

305.107

VIII.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XXIV. ÉVFOLYAM
529—576. OLDAL

12

BUDAPEST, 1971. DECEMBER

2

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

MAGYAR IDEG- ÉS ELMEORVOSOK TÁRSASÁGA,
MAGYAR IDEGSEBÉSZEK TÁRSASÁGA
ÉS A MAGYAR ELEKTROENCEPHALOGRAPHIAI TÁRSASÁG KÖZLÖNYE

Főszerkesztő: Környey István

Felelős szerkesztő: Juhász Pál

Szerkesztő bizottsági titkárok: Orosz Éva és Pollner György

Szerkesztő bizottság: Angyal Lajos, Csorba Antal, Horányi Béla, Huszák István,
Lehoczky Tibor, Mária Béla, Miskolczy Dezső, Molnár László, Szinetár Ernő, Tariska
István, Zoltán László

Kéziratokat, leveleket kérjük dr. Juhász Pál, Budapest VIII., Balassa u. 6. címre küldeni

TARTALOM

<i>Dr. Tringer László:</i> A szorongás kvantitatív vizsgálata	529
<i>Dr. Fényes György:</i> Egyenes vonalú bőrmetszés temporális craniotomiák kivitelezésére	538
<i>Dr. Kárpáti Miklós, dr. Kóta Ildikó, dr. Liziczai Etelka:</i> A pneumoencephalographia értéke schizophreniánál	542
<i>Dr. Fazekas Árpád:</i> A subarachnoidalis vérzések klinikai képe, lefolyása és prognosisa catamnestikus vizsgálatok alapján	552
Könyvismertetés	573

INHALT

<i>L. Tringer:</i> Die quantitative Prüfung der Beklemmung (Der Beklemmungs-Index)	529
<i>Gy. Fényes:</i> Lineare Hautincision zwecks temporaler Craniotomie	538
<i>M. Kárpáti, I. Kóta, u. E. Liziczai:</i> Der Wert der Pneumoencephalographie bei der Schizophrenie	542
<i>A. Fazekas:</i> Das klinische Bild, der Verlauf und die Prognose der subarachnoidalen Blutung auf Grund Katamnescher Untersuchungen	552

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest VI., Révai u. 16. Telefon: 116-660

Felelős kiadó: Tóth László igazgató

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál, a kézbesítőknél, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (KHI Budapest V., József nádor tér 1.) közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a KHI 215-96 162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Előfizetési díj: egész évre: 144,— Ft

Megjelenik havonta

Egyes példányok beszerezhetők a Budapest V., Bajcsy-Zsilinszky út 76. sz. alatti hírlapboltban

Példányonkénti eladási ár: 12,— Ft

Index: 25 392

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Neurológiai és Pszichiátriai Klinikájának
(igazgató: Juhász Pál dr. egyetemi tanár) közleménye

A szorongás kvantitatív vizsgálata

(A Szorongás-index)*

Írta: TRINGER LÁSZLÓ dr.

A szorongás a legtöbb psychés kórfolyamat alapjaiban megtalálható. Egyesek szerint (*Nacht*) minden psychopathologiai elem egyedüli forrása. Önmagában nem mindig kóros. *Kirkegaard* az emberre sajátos jelenségnek tartja, és a választás szabadságából vezeti le. A nem kóros szorongás a személyiség fejlődésének szerves része, mely a vágyak és azok tárgyai között kialakult konfliktusokból ered. (*Ey*, 1963).

A kóros szorongást legtöbbször úgy határozzák meg, mint tárgyaltalan félelmet. (*Janet*: „peur sans objet”). *Jaspers* (1959) is a tárgyaltalan félelmek között tárgyalja. A nem kóros szorongástól több szempontból különbözik:

- a) a kóros szorongás anakronisztikus, elmúlt szituációkhoz kötődik;
- b) nem a reális én reális helyzetével, hanem valamely, legtöbbször nem tudatos konfliktus inadekvát megoldásával kapcsolatos;
- c) a kóros szorongás ismétlődésre hajlamos.

Phaenomenologiaiilag a kóros szorongásnak (továbbiakban: szorongásnak) három fő elemét különíthetjük el:

1. az affectivitas zavara: nehezen megfogalmazható, kellemetlen érzés, leginkább úgy jellemezhetnénk, hogy a biztonság hiányának érzése. Ez az elem gyakran egyedül jelentkezik (état affectif pur — Ribot);
2. dinamikai zavar: döntési képtelenség;
3. intellektuális zavar: bizonytalanság.

A gyakorlatban a szorongó betegnek több jellegzetes megnyilvánulását figyelhetjük meg. Elfordul mások örömetől, együtt-örülni nem képes. Suggestibilis, ez a suggestibilitás azonban nem olyan gyógyító erejű, mint a hystériásoknál. A szorongó beteg gyakran sthenikus. A múltba menekül, jelentől elzárkózik. Egocentrikus. Gyakran más szorongók társaságát keresi. Megkísérli felvenni a küzdelmet a szorongás ellen, kísérletei azonban (gyógyszer, alkohol) általában kudarcba fulladnak.

A szorongás másodlagosan tárgyat keres. A tárgy azonban inadekvát, időszertülden, irreális. Tárgyhoz való kötöttség szempontjából a szorongásnak három fajtáját különíthetjük el:

1. „szabadon lebegő”, kötetlen szorongás (frei flottierende Angst; angoisse flottante; free floating anxiety) esetében tárgyválasztás még nincs;
2. a kötött szorongás inadekvát tárgyhoz kötődik (pl. nem létező betegség, valamilyen élmény, látszat-konfliktus);

* Az OMF B támogatásával készült tanulmány.

3. a szorongás és annak tárgya sajátos formában jelenik meg a phobiás szorongás esetében, ahol a tárgy teljesen irracionális, még a beteg számára is.

A szorongás eredetét az egyes iskolák különbözőképpen magyarázzák.

1. A somatogen elméletek a vegetatív idegrendszer és a hormonok szerepét hangsúlyozzák. Ide tartoznak a stressz elmélet hívei is. Ismeretes, hogy életfontosságú szervek oxigénellátási zavarai, melyek heveny életveszélyt jelentenek, szorongással járnak együtt, (pl. angina pectoris, szív-infarctus). Endocrin betegségekben (hyperthyreosis) is gyakori jelenség a szorongás. Gyógyszeradagolással, izgatószerrel is lehet szorongást provokálni. *Pitts és McClure* (1967) alapos vizsgálatai szerint kálium laktát infúzióval szorongásos rohamot lehet kiváltani. Véleményük szerint a stressz hatására létrejött szorongásban a tejsavnak is szerepe lehet. Szorongásos állapotokban az elektroencephalogramm is gyakran mutat eltéréseket (*Crighel, Solomonovici*, 1968).

Tudjuk, hogy a szorongásos állapot nem csak a fentebb részletezett psychés megnyilvánulásokkal jár együtt, hanem sokféle testi tünettel is. Leggyakrabban szív-táji nyomó érzés, fulladásérzés, gombócérzés, izzadás, szédülés, ritkábban hasmenés, vizeleti inger vagy farkaséhség jelentkezik. Egyes esetekben inkább a psychés, máskor testi megnyilvánulások vannak előtérben. Ennek alapján francia nyelvterületen régebben a psychés szorongást „anxiété”, a testi tünetekkel jelentkezőt „angoisse” névvel illették. Ma ez a különbségtétel elhalványult.

2. A mélylélektani iskola kezdetben a libido (elsősorban a sexualis ösztön) elfojtásából vezette le a szorongást. Később az elfojtott agresszivitás is szerepelt magyarázatul. *Bleuler* szerint kétségtelen, hogy a szorongás valamilyen összefüggésben van a sexualitással. Sok klinikai tapasztalat szól emellett.

3. Tanuláslélektani irányzatok a szorongásnak késztetés jellegét hangsúlyozzák. Ennek alapja az, hogy a kísérletek szerint (*Taylor, Spence, Farber* — in *Brengelmann* 1967) magasabb szorongás-értéket mutató egyének könnyebben kondicionálhatók. *Taylor* szerint a szorongás chronikus emotionális reactio, késztetés jelleggel. *Brengelmann* kísérleteiben a szorongásos készség (Ängstlichkeit) alapvetően fontos személyiségjegy, tehát minden személyiségnek alkotórésze, melynek késztetés-jellege van.

A szorongás kvantitatív oldalát már *Jaspers* (1959) is hangsúlyozta. Klinikai tapasztalatból tudjuk, hogy a legenyhébb szorongástól a tudatszűkülésre és agressziókra vezető hatalmas erejű szorongásig minden átmenet megtalálható. Ugyancsak ismeretes, főképpen a fenti tanuláslélektani kísérletek alapján, hogy, bár a szorongásos készség minden emberben megtalálható, korántsem egyforma mértékű mindenkinél.

A nálunk alkalmazott pszichológiai tesztek, amennyiben jelzik is a szorongást, annak kvantitatív jellegéről legfeljebb hozzávetőleg tájékoztatnak, s ezzel a pontossággal a kísérleti lélektan nem elégedhet meg. A pszichometrikus vizsgálmódszerek (legtöbbször kérdőívek) felfogása szerint egy adott pszichológiai változó (ez esetben a szorongásos készség) a populáció egészében a legkisebb értéktől a maximumig folyamatos átmenetet mutat, vagyis értéke független statisztikai változóként viselkedik. Úgy képzeljük el, hogy egy egyenes szakasz két végpontja a minimumot, illetve maximumot képviseli, s minden egyed elhelyezhető valahol az egyenesen. A módszer feladata az, hogy egy adott egyén helyét az egyenesen meghatározza. Ideális esetben a skála lineáris (vagyis ún. intervallum-skálának felel meg), azaz egyenlő pontszám-különbségeknek egyenlő szorongásérték-különbség felel meg. Mint később látni fogjuk, a Szorongás-index kidolgozásánál ezt a célt tartottuk szem előtt.

A szorongás vizsgálatára alkalmas kérdőívek közül legismertebb a Manifest Anxiety Scale (*Taylor* 1953). Eredetileg 50 tézist (kijelentés) tartalmaz, melye-

ket a szerző az ismert Minnesota Multiphasic Personality Inventory nevű kérdőív személyiségtesztből emelt ki. Rövidített formája is ismeretes.

Magyar nyelvű módszer kidolgozásánál mi is ezt az ötven kérdést vettük alapul. (A kérdőívek technikai szempontból kérdés vagy kijelentés formájában tartalmazhatják az egyes téziseket. Ugyancsak technikai kérdés, hogy az igenlő vagy a tagadó választ értékeljük. Helyes, ha egyes kérdéseket úgy fogalmazzunk, hogy a tagadó válasz legyen releváns: így az „item set” jelenség zavaró hatása kiküszöbölhető. Egyesek hajlamosak ugyanis azonos típusú válaszokat adni).

A standard populáció

A Szorongás-index kidolgozásának első lépcsőjeként a Taylor-skála magyar fordítását sokszorosítottuk, és 176 személlyel töltöttük ki. A 176 főből 76 férfi, 100 nő. Életkor 18—70 év között. Foglalkozás szerint munkás, értelmiségi, tanuló, egészségügyi közép-kaderek, budapesti lakosok képezik a populációt. 10%-ban belgyógyászati, 10%-ban neurotikus betegek is képviselve vannak. Az aránylag kislétszámú populáció miatt nem törekedtünk arra, hogy a lakosság kor-foglalkozásbeli megoszlása, nemek aránya pontosan képviselve legyen. Egyrészt a skála homogenitásának és linearitásának kialakítására fektettük a hangsúlyt, amelyhez nem szükséges reprezentatív minta, másrészt betegeket is bevontunk a vizsgálatba, hogy a skála magasabb értékei is képviselve legyenek. Durva megközelítésben azonban azt mondhatjuk, hogy mintánk a főváros lakosságát képviseli.

A lineáris skála kidolgozása

A végleges skála kidolgozása négy lépésben történt. 1. Az eredeti értékelés szerinti pontszám alapján nagyság szerint sorba raktuk a skálákat, majd az egészet négy egyenlő számú csoportra osztottuk, egy csoportba 37 skála jutott (itt még csak 148 főnyi populációval dolgoztunk). A homogenitas-vizsgálat lényege az, hogy az egyes kérdéseket megvizsgáljuk, vajon a skála egészének megfelelően viselkednek-e. Azaz ha az I.-től a IV. csoportig a csoportok átlag szorongás-pontszáma fokozatosan emelkedik, akkor az egyes kérdésekre adott pozitív válaszok számának is emelkednie kell. Ha ez nem így van, rossz a kérdés. Emellett az emelkedés lehetőség szerint lineáris legyen. Az 1. táblázat tünteti fel csoportokra bontva az egyes kérdésekre adott pozitív válaszok számát.

2. A pozitív válaszok kérdésenkénti elemzése alapján (grafikus módszerrel) kiszűrtük azokat a kérdéseket, amelyek nem differenciálóképesek. (Vagyis alacsony és magasabb szorongás-értékű csoportban is közel azonos számú pozitív választ kapnak). Az 1. táblázatban a kérdések sorszáma előtt x-szel jelöltük azokat, amelyek már első látásra alkalmatlannak bizonyulnak. Az egyes csoportok oszlopának alján a kérdőívenkénti, az összeg oszlopában a kérdésenkénti átlagot tüntettük fel. Az 1. és 2. lépés tulajdonképpen az ún. „item analysisnek” felel meg.

3. Fentiek alapján az eredeti 50 kérdésből 37 maradt. Várható, hogy amennyiben a megmaradt kérdések alapján átértékeljük a kérdőíveket, a nagyság szerinti sorrend megváltozik, ennek következtében további finomításra nyílik lehetőség. Ezt az átértékelést elvégezve az első két lépésben ismertetett művelet megismételtük. (Második item-analysis, l. 2. táblázatot). Így további hét kérdést szűrtünk ki, melyek differenciálókészsége gyenge. Itt már 176 fő populációval dolgoztunk.

4. A megmaradt 30 kérdésre adott összes pozitív válaszok megoszlását vizsgálva azt látjuk, hogy egyes kérdéseknél, annak ellenére, hogy differenciáló-

Sorszám	I.	II.	III.	IV.	Ö.	Sorszám	I.	II.	III.	IV.	Ö.
1.	15	12	17	26	70	27.	3	11	11	19	44
2.	4	9	16	27	56	28.	9	13	14	15	51
3.	9	13	22	29	73	29.	1	5	11	27	44
× 4.	20	16	25	22	83	30.	11	14	24	29	78
5.	2	5	8	25	40	× 31.	4	17	16	20	57
6.	3	6	12	17	38	32.	3	10	15	29	57
7.	2	4	7	19	32	33.	1	5	15	23	44
8.	1	6	10	12	29	34.	15	15	19	24	73
9.	7	12	16	28	63	× 35.	13	11	13	23	60
10.	1	5	6	16	28	36.	4	7	27	28	66
11.	6	12	10	25	53	37.	4	10	8	21	43
12.	3	7	6	16	32	38.	4	14	15	30	63
× 13.	24	23	25	30	102	39.	1	3	10	18	32
× 14.	17	21	20	19	77	40.	2	8	13	28	51
× 15.	18	15	30	29	92	41.	3	9	9	21	42
16.	3	6	19	29	57	× 42.	21	14	22	21	78
17.	6	9	20	24	59	43.	7	15	24	26	72
18.	3	10	15	28	56	44.	2	3	15	27	47
19.	12	20	26	25	83	45.	5	8	15	22	50
20.	1	5	8	22	36	× 46.	22	20	23	22	87
21.	2	4	17	29	52	47.	1	5	9	19	34
× 22.	12	13	12	21	58	48.	6	14	22	25	67
× 23.	12	20	16	26	74	× 49.	21	21	22	22	86
24.	2	5	19	29	55	× 50.	9	11	11	13	44
25.	1	3	15	22	41	össz.	362	522	771	1173	2828
× 26.	4	2	11	26	43	átlag	9,8	14,1	20,8	31,7	56,6

A kiesett tételeket a sorszám előtt ×-szel jelöltük.

készségük jó, még a magas szorongásértékű csoportban is aránylag kevés a pozitív válaszok aránya. Feltételezzük, hogy ezek a válaszok, mivel ritkábban fordulnak elő, nagyobb szorongás-mennyiséget jeleznek. Ezért a skála értékelését úgy módosítottuk, hogy az alacsony válaszgyakoriságú kérdéseknek két pontot tulajdonítottunk. Ezek számát úgy határoztuk meg, hogy a pozitív válaszok eloszlásgörbéjének 1. quartilise alá eső kérdéseket vettük tekintetbe. Az egyes kérdésekre adott pozitív válaszok száma (176 kérdőív alapján) 34–95-ig terjed. Így a 34–51 válasz közé eső kérdéseket (összesen tíz) két ponttal értékeljük. A 2. táblázat feltünteti a korrekció utáni átlagértékeket is.

Az első ábra grafikusan illusztrálja, miként válik az egyes elemző lépések után lineárisabbá a szorongás-pontszám viszony. Az I. vonal a nyers skála, II. az első

sorszám	I.	II.	III.	IV.	Ö.	sorszám	I.	II.	III.	IV.	Ö.
×1.	22	19	18	29	88	32.	4	9	22	29	64
2.	3	10	24	32	69	33.	2	3	17	29	51
3.	17	18	27	33	95	34.	12	20	21	35	78
5.	3	4	12	29	48	36.	4	5	26	31	66
6.	3	6	9	19	37	×37.	2	9	6	25	42
7.	2	4	9	27	42	38.	5	14	21	29	69
8.	2	6	11	19	38	39.	0	6	7	28	41
9.	4	12	22	32	70	40.	1	7	18	29	55
10.	1	3	10	21	35	×41.	5	11	11	30	57
11.	10	15	16	28	59	43.	7	17	26	30	80
×12.	3	9	9	18	39	44.	0	6	14	31	51
16.	1	10	26	35	72	45.	4	10	22	26	62
17.	8	15	21	31	75	47.	4	8	12	23	47
18.	2	8	15	31	56	48.	5	14	22	30	71
19.	10	21	26	29	86	össz.	166	369	633	1045	2213
20.	0	4	6	24	34	átlag.	4,5	10,0	17,1	28,3	59,7
21.	3	4	19	35	61	standard tételek:					
24.	1	3	25	33	62	össz.	115	273	502	859	1749
25.	0	6	13	27	46	átlag.	2,6	6,2	11,4	19,5	58,3
×27.	4	17	13	29	63	korrekció után:					
×28.	8	14	14	25	61	össz.	130	326	605	1099	2160
29.	1	5	13	34	53	átlag.	3,0	7,4	13,8	25,0	72,0
×30.	7	17	30	30	84						

A kiesett tételeket a sorszám előtt ×-szel jelöltük.

3. táblázat

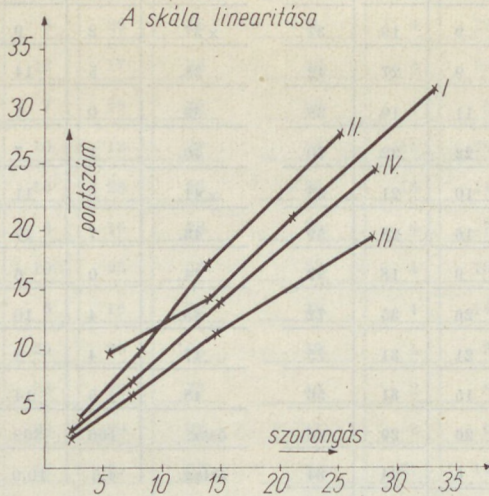
A skála standard értékei

	Terjedelem	Átlag	s ²	s	Confidentia i. v.
Összes	0—40	11,89	78,43	8,85	10,57—13,21
Férfi	0—40	9,88	76,57	8,73	7,78—11,98
Nő	0—40	12,84	83,28	9,12	10,97—14,71

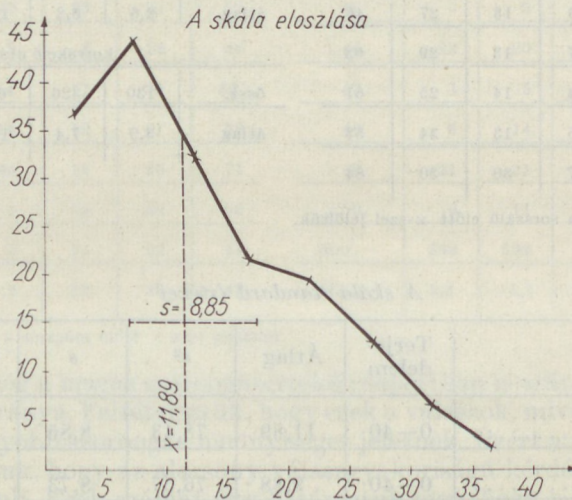
item analysis utáni, III. a második item analysis utáni, IV. a kétpontos korrekció utáni összefüggést mutatja. Látjuk, hogy a IV. gyakorlatilag már egyenes.

A homogen skála validitása

A skála pontértékeit külső criteriumokkal hasonlítottuk össze, hogy lássuk, a skála azt méri-e, amit kívánunk tőle. Első criteriumként tapasztalt orvosok és psychologusok szubjektív becslését használtuk fel, akik a vizsgált egyének szorongáskészségét jól ismerték, ezt a készséget 0–5-ig terjedő számmal jellemezték. Ezen számok és a skála pontérték-korrelációja 0,95, amely a skála nagyon magas fokú validitását bizonyítja.



1. ábra



2. ábra

Második validitascriteriumként az általunk magyar viszonyokra alkalmazott Brengelmann-féle kérdőív Neuroticismus-skáláját használtuk fel, mely az irodalmi adatok alapján (Frank, 1956) a Taylor-skálával szoros korrelációt ad. Saját vizsgálatunk eredménye ($r_s = 0,90$) is ezt igazolja.

A standard populáció alapján megrajzoltuk a skála eloszlásgörbéjét, amely, unipolaris személyiség-változóról lévén szó, természetesen ferde eloszlást ad. A 2. ábrán feltüntettük emellett az átlagértéket és szórást is. A skála megbízhatóságát a teszt-reteszt-korreláció alapján határoztuk meg: 0,95-ös érték igen nagyfokú állandóság mellett szól. Vagyis a skálaérték hosszabb idő elteltével is azonos egy adott személynél. (Természetesen kiszűrtük a kóros állapotokkal kapcsolatos változások lehetőségét).

A 3. táblázat a skála standard értékeit tünteti fel, azzal a megszorítással természetesen (mint már fentebb vázoltuk), hogy nagyobb reprezentatív mintavétel esetén az átlagértékek némileg módosulhatnak.

A Szorongás-index tehát 0—40-ig terjedő skálán mozoghat. A vizsgálati populációban átlagértéke 11,89, nőknél valamivel magasabb (12,84), férfiaknál alacsonyabb (8,73).

A skála felhasználhatósága

Irodalmi adatokkal egyezően tapasztalataink amellet szólnak, hogy a Sz. i. pontértékét elsősorban a szorongásra való hajlam határozza meg, vagyis a skála nem a szorongást mint klinikai tünetet, hanem a szorongásos reakcióra való készséget mint személyiségvonást jelzi. Tehát magas Sz. i. érték nem jelent feltétlenül aktuális szorongásos állapotot, mint ahogy alacsony érték sem jelenti ennek feltétlen hiányát. Azonban minél magasabb az érték, annál könnyebben és gyakrabban alakul ki szorongásos állapot. Extrem magas értékeknél — mivel ilyen egyéneknél a mindennapi étellel együttjáró minimális stressz-helyzetek is szorongást provokálhatnak — aktuálisan tüneti szorongást is jelezhet.

Önkontrollos vizsgálatoknál mégis jelzi a skála a szorongásos állapot elmúlását vagy fellépését. Ugyanannál a személynél a szorongásos állapotban kitöltött skála valamivel magasabb értéket mutat általában, mint a szorongás elmúltával. Ezért önkontrollos therapiás kísérletekre kiválóan alkalmas, mert, bár a pontszámkülönbségek kezelés előtt és után nem túlságosan nagyok, kellő nagyságú csoport esetén statisztikailag értékelhetők. Annál is inkább, mert a skála teljesen lineáris, mint ahogy a fentiekben láttuk.

A Sz. i. nemcsak therapiás kísérletekben, hanem személyiségkutatásban, psychopathologiai vizsgálatokban is felhasználható. Tapasztalataink szerint a neurosisok prognosisának jelzésére is alkalmas: minél magasabb a Sz. i. érték, annál valószínűbb, hogy a neurotikus tünetek chronikussá válnak.

A skála értékét és felhasználhatóságának egyéb területeit a jövő tapasztalatai fogják pontosan meghatározni.

Összefoglalás

A szerző a Taylor-féle Manifest Anxiety Scale alapján magyar viszonyok között standardizált kérdőívet dolgozott ki. A standardizálásban újszerű a kettős item-analysis. A skála eredeti értékelési módját megváltoztatta, hogy az intervallumskála criteriumait minél inkább megközelítse. Vázolja a skála felhasználhatóságának egyes lehetőségeit.

IRODALOM: 1. *Bleuer, E.*: Lehrbuch de Psychiatrie. 9. Aufl. Springer, Berlin—Göttingen—Heidelberg. 1955. — 2. *Brenghelmann, C. J.*: Bedingte Reaktion, Lerntheorien und Psychiatrie; in Psychiatrie der Gegenwart Bd I/1. 1041. Springer; Berlin—Heidelberg—New York 1967. — 3. *Crighel E., Solomonovici, A.*: Electroclinical Correlations in Neurosis with Anxiety and Depression. Psychiatr. Clin. 1: 143—151. 1968. — 4. *Delay, J., Pichot, P.*: Abrégé de psychologie. Masson et Cie. Paris, 1965. — 5. *Ey, E., Bernard, P., Brisset, Ch.*: Manuel de psychiatrie. Masson et Cie. Paris, 1963. — 6. *Eysenck, H. J.*: Manual of the Maudsley Personality Inventory. London. Univ. Press. 1959. — 7. *Jaspers, K.*: Allgemeine Psychopathologie. 7. Aufl. Springer, Berlin—Göttingen—Heidelberg. 1959. — 8. *Kelly, D., Walter, C. J. S.*: Clinical and Physiolo-

gical Relationship between Anxiety and Depression. *Brit. J. Psychiat.* 115: 401—406. 1969. — 9. *Lemke, R.*: Neurologie und Psychiatrie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, 1956. — 10. *Michaux, L.*: Psychiatrie. Flammarion, Paris, 1965. — 11. *Nyirő Gy.*: Psychiatria. Medicina, Budapest, 1962. — 12. *Pitts, F. N., McClure, J. N.*: Lactate Metabolism in Anxiety Neurosis. *New Engl. Med. J.* 227: 1329—1333. 1967. — 13. *Taylor, J. A.*: A Personality Scale of Manifest Anxiety. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 48: 285—290. 1953. — 14. *Taylor, J. A., Elaine, C., Farber, I. E., Kabrick, R. P.*: New Evidence of a Favourability Effect upon Scores on the Taylor Manifest Anxiety Scale. *Proc. Iowa Acad. Sci.* 60: 562—565. 1953. — 15. *Tringer L.*: A Brengelmann-féle személyiségvizsgáló kérdőív magyar változata. *Magyar Pszichol. Szle.* XXVI.: 477—491. 1969.

Függelék

Az alábbiakban közöljük a Szorongás-index teljes szövegét. A sorszám után zárójelben feltüntetjük az eredeti Taylor-skála szerinti sorszámot is. (A teljesség kedvéért a függelék végén összeítjük az elemzések során kiesett tételeket is.) A sorszám előtti jellel azokat a kérdéseket jelezzük, melyek pozitív válasz esetén két pontot jelentenek. Kurzív szedéssel jelezzük az értékelendő, pozitív választ.

Név Kor Foglalkozás

Útmutatás: Az alábbiakban mondatokat fog találni, melyekre igennel vagy nemmel lehet válaszolni. Ha a mondat illik önre, az „igent” húzza alá, ha nem illik, akkor a „nemet”. Mivel az első közvetlen válasza vagyunk kíváncsiak, gyorsan dolgozzék, ne fontolgassa sokáig a mondatok értelmét vagy a választ. A kitöltés néhány percig tartson. Nem képességvizsgálatról van szó, tehát nincs helyes vagy helytelen válasz. Kérjük, hogy minden kérdésre, sorrendben válaszoljon.

- | | | |
|---|-------------|------------|
| 1. (2.) Gondjaim miatt gyakran voltak álmatlan éjszakáim | <i>igen</i> | nem |
| 2. (3.) Ismerőseimmel összehasonlítva magam, ritkán fordul elő, hogy félelmeim vannak | <i>igen</i> | <i>nem</i> |
| <input type="checkbox"/> 3. (5.) Gyakran vannak rossz álmaim | <i>igen</i> | nem |
| <input type="checkbox"/> 4. (6.) Gyakorta vannak gyomorfájdalmaim | <i>igen</i> | nem |
| <input type="checkbox"/> 5. (7.) Kezem gyakran remeg amikor tennem kell valamit | <i>igen</i> | nem |
| <input type="checkbox"/> 6. (8.) Néha hasmenéseim vannak | <i>igen</i> | nem |
| 7. (9.) Anyagi és munkahelyi problémák hamar gondot okoznak | <i>igen</i> | nem |
| <input type="checkbox"/> 8. (10.) Könnyen hányás fog el | <i>igen</i> | nem |
| 9. (11.) Gyakran elpirulok | <i>igen</i> | nem |
| 10. (16.) Gyakran annyira felizgatom magam, hogy nehezen tudok elaludni | <i>igen</i> | nem |
| 11. (17.) Általában nyugodt vagyok, nehezen jövök ki a sodromból | <i>igen</i> | <i>nem</i> |
| 12. (18.) Gyakran annyira nyugtalan vagyok, hogy nem bírok sokáig egy helyben maradni | <i>igen</i> | nem |
| 13. (19.) Majdnem mindig jókedvű vagyok | <i>igen</i> | <i>nem</i> |
| <input type="checkbox"/> 14. (20.) Nagyon nehezen tudom figyelmemet munkámra összpontosítani | <i>igen</i> | nem |
| 15. (21.) Valami vagy valaki miatt majdnem mindig vannak szorongó érzéseim | <i>igen</i> | nem |
| 16. (24.) Gyakran észreveszem magamon, hogy akármilyen gondot okozhat | <i>igen</i> | nem |
| <input type="checkbox"/> 17. (25.) Gyakran van olyan érzésem, hogy semmi hasznomat sem lehet venni | <i>igen</i> | nem |
| 18. (29.) Másoknál sokkal szorongóbb vagyok | <i>igen</i> | nem |
| 19. (32.) Nagyon könnyen szrok | <i>igen</i> | nem |
| 20. (33.) Előfordulhat, hogy félttem bizonyos dolgoktól vagy emberektől annak ellenére, hogy azok nem árthattak nekem | <i>igen</i> | nem |
| 21. (34.) Gyakran hajthatatlan vagyok | <i>igen</i> | nem |
| 22. (36.) Jelentéktelen dolgokból is gyakran nagy ügyet csinálok | <i>igen</i> | nem |
| 23. (38.) Könnyen zavarba jövök | <i>igen</i> | nem |
| <input type="checkbox"/> 24. (39.) Gyakran gondolok arra, hogy semmit sem lehet velem kezdeni | <i>igen</i> | nem |
| 25. (40.) Nagyon ideges vagyok | <i>igen</i> | nem |
| 26. (43.) Érzékenyebb vagyok, mint az emberek általában | <i>igen</i> | nem |
| <input type="checkbox"/> 27. (44.) Gyakran volt az az érzésem, hogy nagy, legyőzhetetlen nehézség előtt állok | <i>igen</i> | nem |
| 28. (45.) Munkám mindig sok idegfeszültséggel párosul | <i>igen</i> | nem |
| <input type="checkbox"/> 29. (47.) Gyakran olyan dolgokról álmodom, melyeket legszívesebben magamban tartok | <i>igen</i> | nem |
| 30. (48.) Kevés az önbizalmam | <i>igen</i> | nem |

A Taylor skálából kiszűrt, alkalmatlan kérdések

(Zárójelben a pozitív válasz.)

1. Felszínesen alszom és könnyen felébredek (igen)
4. Nem vagyok idegesebb, mint mások (nem)
12. Majdnem állandóan éhesek érzem magam (nem)
13. Nagyon magabiztos vagyok (nem)
14. Nem vagyok túlságosan fáradékony (nem)
15. Idegessé tesz, ha várakoznom kell (igen)
22. Nem szívesen szállok szembe nehézségekkel, válságokkal (nem)
23. Szeretném, ha annyira boldog lehetnék, mint amennyire mások boldognak látszanak (igen)
26. Néha csaknem összeroppanok (igen)
27. Könnyen izzadok, akkor is, ha hideg van (igen)
28. Életmódom általában túlfeszített (igen)
30. Egy esetleges kudarc mindig nagy gondot okoz nekem (igen)
31. Ritkán fordul elő, hogy szívdobogást vagy fulladást érzek (nem)
35. Ritkán vannak fejfájásaim (nem)
37. Nehezen tudom magam egy dologra összpontosítani (igen)
41. Ha zavarban vagyok, könnyen elönt a veríték, nagy bosszúságomra (igen)
42. Nem pirulok el gyakrabban, mint mások (nem)
46. Kezemet és lábamat általában melegnek érzem (nem)
49. Gyakorlatilag sohasem pirulok el (nem)
50. Ritkán szenvedek székrekedés miatt (igen)

Л. Трингер: *Количественное исследование страха. (Показатель страха.)*

Автор разработал на основании Manifest Anxiety Scale Тейлора в условиях Венгрии стандартизированную анкету. Новым при стандартизации является двойной анализ. Автор изменил первоначальный вид оценки шкалы, чтобы в возможно большей мере приближаться к критериям интервальной шкалы. Автор описывает отдельные возможности использования шкалы.

L. Tringer: *Die quantitative Prüfung der Beklemmung (Der Beklemmungs-Index).*

Verf. arbeitete auf Grund der Taylorschen Manifest Anxiety Scale einen den ungarischen Verhältnissen angepassten standardisierten Fragebogen aus, bei der die doppelte item-Analyse in der Standardisierung neuartig ist. Die ursprüngliche Bewertungsweise wurde geändert, damit sie den Kriterien der Intervall-Skala möglichst nahe kam. Einzelne Anwendungsmöglichkeiten der Skala werden angeführt.

A Szegei Orvostudományi Egyetem II. sz. Sebészeti Klinikájának közleménye

Egyenes vonalú bőrmetszés temporalis craniotomiák kivitelezésére

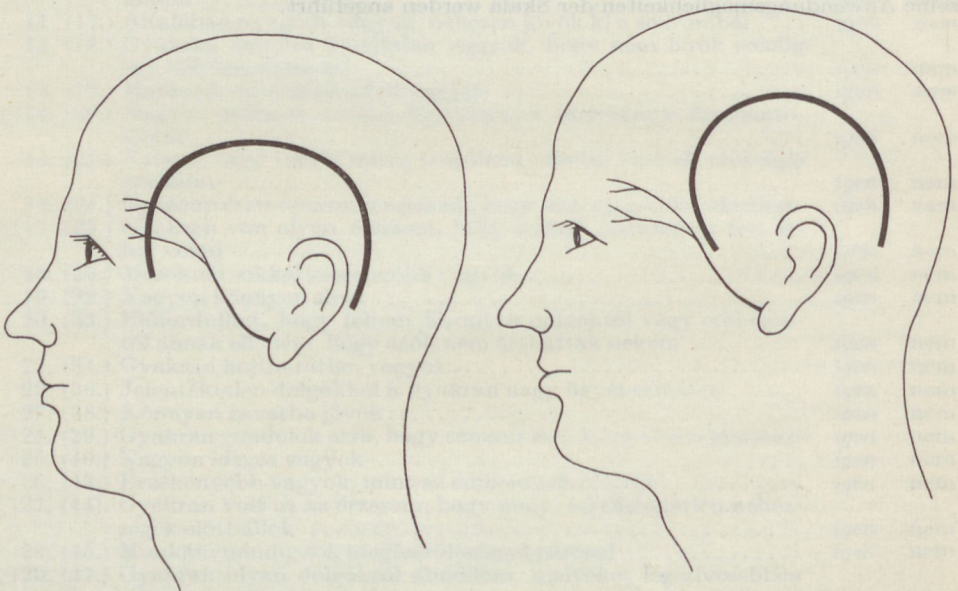
FÉNYES GYÖRGY dr.

Az idegsebészetben, mint a sebészet egyéb ágazataiban is, azzal párhuzamosan, hogy állandóan egyre komplikáltabb műtéti feladatok megoldására törekszünk, a gyakorlat során a műtétek technikai kivitelezése folytonosan módosul, miközben hosszú időn át végzett eljárásokat elhagyunk, mert újakat találunk, amelyek alkalmasabbnak bizonyulnak a műtéti feladatok minél egyszerűbb eszközökkel történő megoldására.

Ilyen egyszerűsítési törekvés szerény eredménye a most ismertetendő módszer, amelyet a temporalis craniotomiák kivitelezésére dolgoztunk ki.

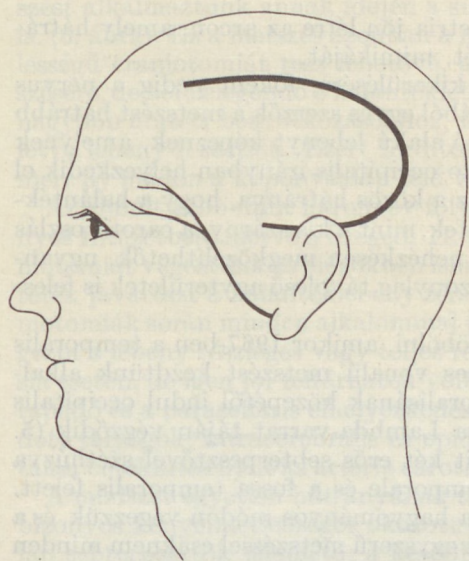
A nagy agyféltekék különböző területeinek feltárása többnyire patkó alakú bőrmetszésből végzett craniotomiákon át történik. A metszésnek olyannak kell lennie, hogy megfelelő nagyságú feltárást biztosítson, minél jobb feltételeket teremtsen a sebgyógyulás számára, de az sem elhanyagolható követelmény, hogy a műtéti sebzéssel lehetőleg a legkevesebb kozmetikai károsodást okozzuk a betegnek. A kozmetikai követelményeket elsősorban természetesen a haj által nem fedett homloki és halántéktáji műtétek során igyekszünk kielégíteni többnyire oly módon, hogy a bőrmetszéseket lehetőleg a hajas fejbőrön végezzük, még azon az áron is, hogy ezáltal a feltáráskor bizonyos kényelmetlenségeket is vállalunk.

Külön gondot jelent a temporalis craniotomiák kivitelezésekor, hogy a sajátos anatómiai viszonyok miatt nem mindig sikerül a megfelelő terjedelmű feltárást oly módon biztosítani, hogy a műtéti sebzés a kozmetikai követelményeket

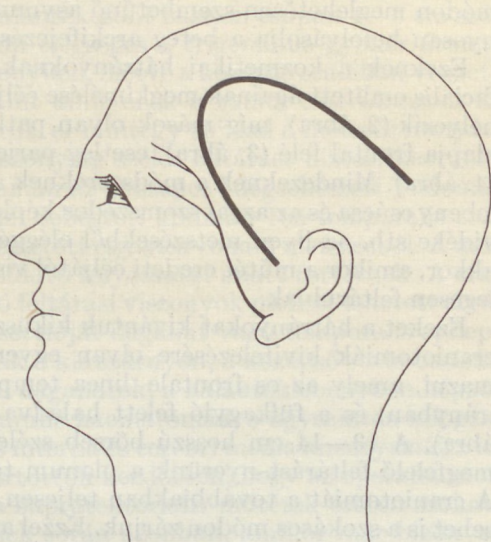


1. ábra

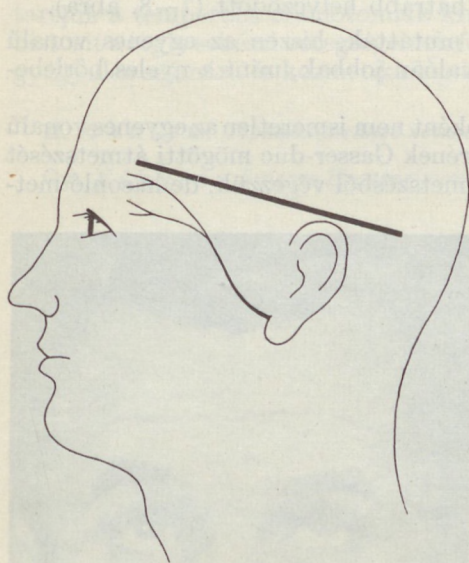
2. ábra



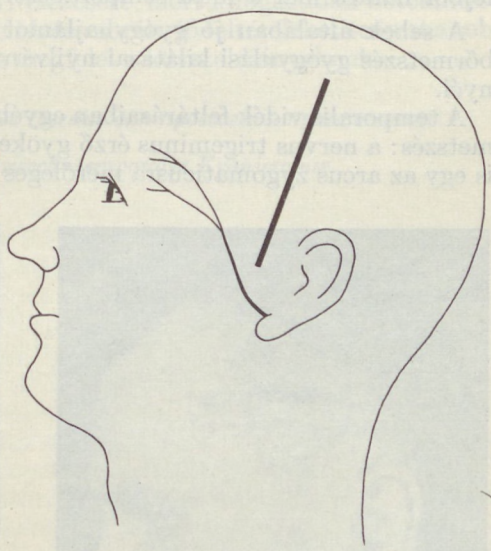
3. ábra



4. ábra



5. ábra



6. ábra

is kielégítse. A hagyományos patkó alakú metszésnek ugyanis, amelynek nyelve a basis felé néz, az a hátránya, hogy ha a halántéklebény pólusát, illetve a kis szárnyat is kielégítően fel akarjuk tární, a metszés elülső szárát meglehetősen frontal felé kell vezetni. Az ilyen feltárás nemcsak azzal a hátránnyal jár, hogy a metszésvonal elülső szára sokszor nem helyezhető el a hajás fejbőrön, de így módon gyakran átmetszésre kerülnek a nervus facialisnak a musculus frontalist ellátó bőr-ágai is (1. ábra). Ennek következményeképpen pedig az azonos oldali homlokráncolás lehetetlenné válik, a szemöldökív pedig lejjebb ereszkedik. Ily

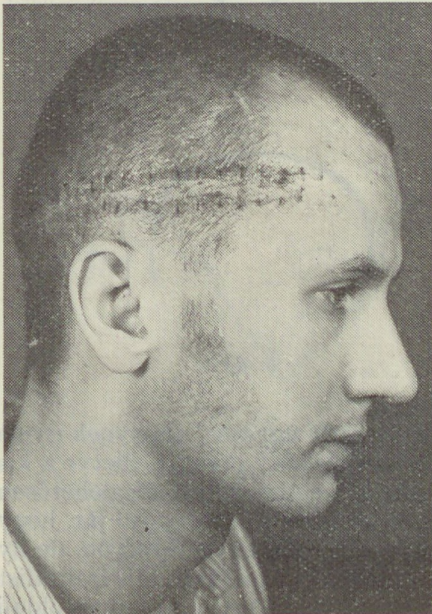
módon meglehetősen szembetűnő aszimmetria jön létre az arcon, amely hátrányosan befolyásolja a beteg arc kifejezését, mimikáját.

Ezeknek a kozmetikai hátrányoknak kikerülésére, főként pedig a nervus facialis említett ágainak megkímélése céljából egyes szerzők a metszést hátrább helyezik (2. ábra), míg mások olyan patkó alakú lebenyt képeznek, amelynek alapja frontál felé (3. ábra), esetleg parieto-occipitalis irányban helyezkedik el (4. ábra). Mindezeknek a módszereknek az a közös hátránya, hogy a halánték-lebeny csúcsa és az azzal szomszédos képletek, mint a kis szárny, a carotis oszlás vidéke stb. az ilyen metszésekből eléggé nehézkesen megközelíthetők, ugyanakkor, amikor a műtét eredeti céljától viszonylag távoleső agyterületek is feleslegesen feltáruznak.

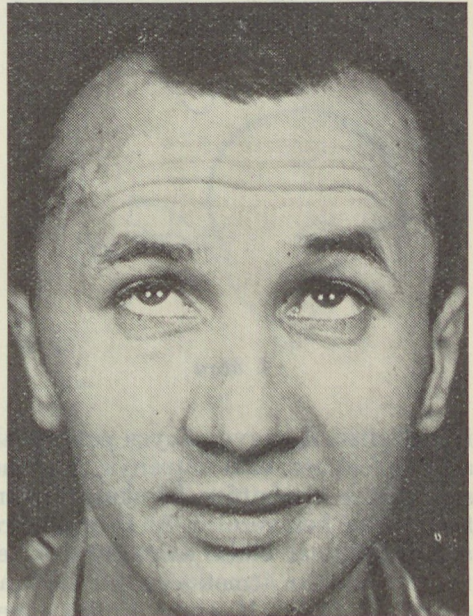
Ezeket a hátrányokat kívántuk kiküszöbölni, amikor 1967-ben a temporalis craniotomiák kivitelezésére olyan egyenes vonalú metszést kezdtünk alkalmazni, amely az os frontale linea temporalisának közepétől indul occipitalis irányban, és a fülkagyló felett haladva a Lambda-varrat táján végződik (5. ábra). A 13–14 cm hosszú bőrseb széléit két erős sebterpesztővel széthúzva megfelelő feltárást nyerünk a planum temporale és a fossa temporalis felett. A craniotomiát a továbbiakban teljesen a hagyományos módon végezzük, és a sebet is a szokásos módon zárjuk. Ezzel az egyszerű metszéssel csaknem minden esetben sikerül megkímélni a homlokráncolást beidegző nervus facialis ágakat, a metszésvonal a hajas fejbőrön húzódik, legfeljebb a seb elülső végén 1–2 cm kerül hajjal nem fedett területre, többnyire olyan férfi betegeken, akiknek a hajas fejbőr határa már a linea temporalistól hátrább helyeződött (7–8. ábra).

A sebek általában jó gyógyhajlamot mutattak, hiszen az egyenes vonalú bőrmetszés gyógyulási kilátásai nyilvánvalóan jobbak, mint a nyeles bőrlebenyéi.

A temporalis vidék feltárásaiban egyébként nem ismeretlen az egyenes vonalú metszés: a nervus trigeminus érző gyökerének Gasser-duc mögötti átmetszését is egy az arcus zygomaticusra merőleges metszésből végezzük, de hasonló met-



7. ábra



8. ábra

szést alkalmaztunk annak idején a subtemporalis decompressiók kivitelezésére is. (6. ábra). Ez a metszés azonban a halántékcsonot basisán csupán 4—5 cm szélességű craniotomiát tesz lehetővé, ami elégséges a trigeminus gyökér átmetzésére, de nem elegendő a halántéklebenyben, illetve a középső scalában végzett nagyobb műtéti beavatkozásokhoz, mint amilyenek a tumor-eltávolítások, illetve lebeny-resectiók. Ezért fordítottuk el mintegy 90°-kal a metszés irányát, mert így módon a koponyaualap felé viszonylag széles feltárást biztosíthatunk.

Az elmúlt több mint három év folyamán az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetben, illetve a Szegedi II. sz. Sebészeti klinikán 105 temporalis craniotomiát végeztünk az előzőekben ismertetett egyenes vonalú metszésből. A műtétek javarészt a halántéklebeny térszűkítő folyamatai miatt történtek. A craniotomiák során minden alkalommal jó feltárási viszonyok mellett lehetett elvégezni a lebeny részleges vagy teljes resectióját daganat vagy temporalis epilepsia esetén, de igen jól feltárhatók voltak a kis szárnyon, a középső scala basisán tapadó és a parasellaris elhelyezkedésű daganatok, a halántéklebenyben képződött tályogok, intracerebralis és epiduralis haematomák, s úgyszintén kifogástalan betekintés nyílt az arteria carotis interna és cerebri media aneurysmáira is.

A módszer egyetlen hátrányának tartottuk kezdetben, hogy az operateurnek bizonyos kényelmetlenséget okozott a supratentorialis műtétek esetén szokatlan sebterpesztők jelenléte: a későbbiek során azonban, amikor már bizonyos gyakorlatra tettünk szert, az így végzett műtétekben ez a hátrány jelentéktelenné vált.

Tapasztalatainkat összegezve az egyenes vonalú bőrmetszést megfelelőnek tartjuk a temporalis craniotomiák kivitelezésére, mert kifogástalan betekintést biztosít a regio sebészi betegségeinek feltárása során, jó feltételeket teremt a sebgyógyulás számára és kozmetikailag is megfelel a követelményeknek.

Д. Ф е н ь е ш: *Прямолинейное кожное сечение для проведения краниотомий.*

Гу. F é n y e s: *Lineare Hautincision zwecks temporaler Kraniotomie.*

Országos Ideg- és Elmegyógyintézet (igazgató: Mária Béla dr.) Röntgenosztályának
(főorvos: Kárpáti Miklós dr.) és II/A. férjiosztályának (főorvos: Orthmayr Alajos dr.)
közleménye

A pneumoencephalographia értéke schizophreniánál

Írta: KÁRPÁTI MIKLÓS dr., KÓTA ILDIKÓ dr., és LIZICZAI ETELKA dr.

A mintegy ötven éve bevezetett pneumoencephalographia lehetővé tette az emberi agyfelszín vetületeinek vizsgálatát, ezzel nagy jelentőségre tett szert az intracranialis térfoglaló és degeneratív cerebralis folyamatok felderítésében. A pszichiatriában nem vált általánosan alkalmazott módszerré, mert a segítségével nyert információ eléggé bizonytalan. A legtöbb pszichiáter személyes tapasztalatai alapján ítéli meg az encephalographiás képet, és csak kevesen támaszkodnak a mérések eredményeire, sőt az azonos mérési feltételek mellett dolgozók sem értenek egyet a külső és belső liquortér meghatározásának tekintetében, mert a vizsgálat körülményei, a módszerek és változatok szélesek.

Az elmebetegekre vonatkozóan kevés pneumoencephalographiás tanulmány jelenik meg, és ezeknek nagy része pathológiásnak vélt eredményeket közöl. Mint azt Schimmelpending (1958) mondotta, nincs megszokottabb lelet az elmebetegek vizsgálatánál, mint a pneumoencephalographiás kép alapján kimondott cerebralis atrophia.

A schizophreniára vonatkozó pneumographiás irodalmi anyag az egyéb tárgykörű közleményekhez képest kis terjedelmű.

1927-ben Jacobi és Winkler nagyrészt fiatalkorú schizophrennél 19 esetből 18-nál közepes vagy kisméretű hydrocephalus internust észlelt. Három betegnél a külső liquortér kifejezett, hatnál pedig mérsékelt fokú tágulatát is megállapították. 1928-ban egy másik, rövid anamnesisre visszatekintő 15 betegből álló csoporton mind a belső, mind a külső liquortér tágulatát észlelték. Egy 8 éves betegüknel pedig a röntgenfelvétel normális viszonyokat mutatott. Fischer egy betegénél az oldalkamrák és a III. kamra tágulatáról számol be, felszíni atrophia nélkül. Guttmann (1929), Eberhard és Forster (1933) erősebb subarachnoidalis telődést, intenzív kamratágulatot és asymmetriát figyelt meg. Forster, Moore, Nathan, Elliot, Laubach (1933) 60 betegben a parietalis és insularis vidék atrophiját, 25 betegüknel ezenkívül még kamra-, valamint basalis cisternatágulatot is megfigyelt. Guerner (1935) ugyancsak körülírt subarachnoidalis tágulatot észlelt betegeinél. Kisimoto (1936) 55 betegénél azt tapasztalta, hogy a pathológiás elváltozások a betegség előrehaladtával nagyrészt súlyosbodtak. A harminc évek elején fellelhető irodalomban Goette és Level a heidelbergi klinikán 24 kezdődő schizophreniás betegen csak két alkalommal talált éppen pathológiásnak mondható oldalkamrákat. Ennek alapján támadták Jacobi és Winkler eredményeit.

Nagyobb számú beteg vizsgálatát végezte el Lemke, Huber, Haugh, B. Nagy, Borenstein, Metzger.

Lemke 100, a klinikai kép alapján kétséget kizáróan chronikus, évtizedek óta schizophren betegek pneumogrammját dolgozta fel, akiknél 84 esetben a normálistól eltérő felszíni rajzolatot és 50 alkalommal még hydrocephalus internust is talált. A személyiség desintegrációjának mértékét párhuzamosnak ítélte meg a kamra-dilatatio mértékével. Hat olyan betegnél, akiknél 8 évvel korábban

* Az OTKI Neurológiai tanszékének (tszv.: Prof. Tariska István dr.) továbbképző tanfolyamán tartott előadás rövidített anyaga. 1970.

már *Jacobi* és *Winkler* pneumogrammot készítettek, — a pneumographiás elváltozást változatlanak vélte.

Huber (1957) 190 beteg pneumogrammját analizálta — a betegség stadiuma szerint. Észleléseinek kétharmadában volt pneumographiás elváltozás — a belső liquortérben kifejezettebb, mint a külsőben. A klinikai kép előrehaladott állapotában összefüggést vélt felfedezni a klinikai status és a pneumogramm kóros foka között. *Haugh* (1962) hasonló eredményekről számolt be. *B. Nagy* 479 chronikus schizophren betegének képei 50—50%-ban normális, illetve kóros viszonyokat mutattak. Megfigyelte, hogy fiatalkori schizophreniánál látott kezdődő kamratágulat később visszafejlődött. Nem tudott összefüggést megállapítani a személyiségváltozás és a pneumographiás elváltozás között.

Borenstein és *Metzger* (1969) 134 schizophrenen fractionált pneumoencephalographiás vizsgálatot végzett, s 88%-ban vagy a felszín, vagy a kamrarendszer localis vagy diffus tágulatát észlelte.

Más psychiatriai kórképeken vizsgálva a pneumogrammok, hasonló elváltozások hasonló számban, de kisebb mértékben észlelhetők, mint schizophreniánál. (*Burning, Wigert* 1938, *Bredmose* 1941, *Kárpáti, Annau, Orthmayr* 1967).






A témával foglalkozó szerzők tanulmányait nehéz összehasonlítani egyrészt a pneumographia különböző kivitelezése, másrészt annak szubjektív kiértékelése miatt, ill. mivel a kiértékelés alapját különböző tanulmányok képezik. Továbbá a pneumographián a cerebralis atrophia, ill. az anatómiai variációk — melyek különösen a frontalis-occipitalis szarvak alakjában és méretében gyakoriak —, nem különíthetők el egymástól. Ugyanez a változatosság a III. kamra, cella media és a temporalis szarvak esetében ritkább. A kamra-asymmetria kóros vagy normális volta is bizonytalan. *Knudsen* sectiók anyagában normál személyeken is 70%-ban fordult elő jobb, illetve 76,5%-ban bal oldalon, amit *Robertson* 1941-ben röntgenológiai is igazolt. Ez megegyezik *Lönnum* és *Lindgren* radiológiai észleléseivel is.

A subarachnoidalis tér tágasságának megítélése is nehéz, mivel a levegőtöltés módja, mennyisége és a levegő megoszlása, valamint az agyi barázdák nagyságváltozása és alakja is forrása lehet. A *Lindgren* és *Schiersmann* (1943—52) szerint az agyfelszín megítélését bizonytalanná teszi az is, hogy a cisternák alaki és méret-variációiról keveset tudunk, így az atrophia értékelése kétséges. A cerebralis atrophia kifejezés egy röntgenletben nem is jogos, mivel az atrophia befejezett szerv- vagy szervnagyságcsökkenést jelent és ez ilyenformán pathológiai kifejezés, melynek röntgendiagnostikai használata praejudicatio.

A következőkben húsz schizophren betegen szerzett pneumographiás tapasztalatainkról számolunk be. Méréseinket *Heinrich, Lönnum, Lindgren, Robertson, Schiersmann* adatai alapján végeztük. Az enyhe kamratágulatot 3,5-től, a kifejezett kamratágulatot 3,0 kamraindex-től számítottuk. *Schiersmann* a normál határt 3,5 indexnél jelölte. A caudatum-septum vonalon mérve a 2 mm-nél nagyobb oldalkülönbséget kóros asymmetriának tekintettük. Külön csoportot alkottunk az egyoldali és külön a kétoldali tágult asymmetriás kamrák számára. A septum-caudatum vonalat 15 mm felett már kórosnak tekintettük. Az intergyralis résekre vonatkozóan a 3 mm feletti értéket tartottuk kórosnak, és nagyobb fokú tócsás telődést is elkülönítettünk.

A pneumogrammok feldolgozása, értékelése utólag történt, így a betegek befűvésével kapcsolatos actualis körülményekről csak részben tudtunk információt kapni, továbbá ugyancsak részleges tájékozódást kaphattunk a vizsgálatokat megelőző időről, mivel azok egy része más intézetekből került osztályunkra.

A pneumoencephalographiát minden esetben csak azért végezték el, mert

S. i. 3,5—	S. i. 3—3,5	S. i. 2,5—3	Asymmetriás oldalkamrák	
			normál kamraméret	
			B	J
				
4	1		3	4

Ábráinkon „S. I.”-betűkkel a Schiersmann-indexeket jelöltük. Az oldalkamrák asymmetriáját

PEG-elváltozások az

A kórkép formái	Eset-szám	S. i. 3,5—	S. i. 3—3,5	S. i. 2,5—3	Asymmetriás oldalkamrák	
					normál kamraméret	
					B	B
hebephren	1	1				
paranoid	8	2	1		2	
kataton	1					
simplex	10	1			1	4

PEG-elváltozások a különböző

Betegség lefolyása	Eset-szám	S. i. 3,5—	S. i. 3—3,5	S. i. 2,5—3	Asymmetriás oldalkamrák	
					normál kamraméret	
					B	J
processus	8		1		1	1
schub	6	1			2	1
processus-schub	6	3				2

egyéb diagnostikai probléma merült fel, melynek tisztázása után történt csak a schizoprenia diagnosis végleges felállítása.

A leleteket aszerint csoportosítottuk, hogy:

1. hány esetben és milyen fokú eltérés volt a belső, ill. a külső liquortérben,
2. az eddigi tanulmányokhoz hasonlóan a klasszikus felosztást használtuk a pneumographiás elváltozások értelmezésénél.
3. Regisztráltuk, hogy processus-szerűen vagy schubokban lezajlott állapotok milyen elváltozásokkal járnak.
4. Az életévek és a betegség időtartama mennyiben befolyásolják a pneumographiás képeket.

Asymmetriás oldalkamrák				Tág III. kamra		A subarachnoideum telődése				
féloldali kamratágulat		kétoldali kamratágulat		isoláltan	oldalkamrákkal együtt	normál	Fokozott			
B	J	B	J				intergyalarisan	tócsásan		
4	2	2		1	3	12	3	2	1	2

figuralisan ábrázoltuk. A fronto-temporo-parietalisregiókat F—T—P-betűkkel jelöltük.

sch. egyes formáinál

2. ábra

Asymmetriás oldalkamrák				Tág III. kamra		A subarachnoideum telődése				
féloldali kamratágulat		kétoldali kamratágulat		isoláltan	oldalkamrákkal együtt	normál	Fokozott			
B	J	B	J				intergyalarisan	tócsásan		
1	1	1			1	4	1	2		1
1							1			
2	1	1		1	2	7	1		1	1

lefolyasú kórképeknél

3. ábra

Asymmetriás oldalkamrák				Tág III. kamra		A subarachnoideum fejlődése				
féloldali kamratágulat		kétoldali kamratágulat		isoláltan	oldalkamrákkal együtt	normál	Fokozott			
B	J	B	J				intergyalarisan	tócsásan		
3	1	1			2	4	1		1	2
1		1				3	2	1		
	1			1	1	5		1		

Összehasonlítva a pneumogrammok eredményeit a következőket láttuk (1. ábra). Mindkét oldalt kóros kamrákat találtunk 3,4-es kamraindexszel: egy esetben. Négy esetben bal, kettőben jobb féloldali tágult kamrát észleltünk. Mindkét oldalkamra tágabb volt, de bal oldali túlsúllyal két esetben — a III. kamra izoláltan egy — az oldalkamrákkal együtt három esetben volt tágabb. A subarachnoideum kismértékben fokozottan (intergyalarisan) 5, — jelentősen, azaz tócsás jelleggel telődött 3 esetben. Az elváltozás minden esetben kiterjedt a fronto-temporalis vidékre, két-két esetben pedig a parietalis régióra is.

A schizophrén syndromák szerint a következőket láttuk (2. ábra): a hebefren és cataton csoportba egy-egy beteg jut, közülük csak a catatonnál láttunk

mérs. kamratágulatot bal oldalon, és kismértékben fokozott subarachnoidalis telődést, frontotemporalisan. Nyolc paranoid betegnél az oldalkamrák négy esetben — egyben mindkét oldalkamra symmetriásan, kettőben csak az egyik oldalkamra, egyben pedig mindkét oldalkamra asymmetriásan — volt tágabb. Kismértékben fokozott kérgi telődést három esetben, tócsás jellegűt pedig egy esetben — mégpedig frontotemporo-parietalisan — láttunk. A kismértékben fokozott telődést két esetben frontotemporo-parietalisan, egyben pedig frontotemporalisan találtuk. Simplex formánál 10 esetünk volt, ahol az oldalkamrák három esetben féloldali, egy esetben kétoldali asymmetriás tágulatot mutatnak, melyhez két alkalommal a III. kamra tágulata csatlakozott, ill. egy alkalommal izoláltan fordult elő. A subarachnoidalis telődés egy esetben frontotemporalisan kismértékben fokozott, — egy esetben frontotemporalisan, egy esetben pedig parietalisan is, tócsás jellegű volt. Lefolyást tekintve (3. ábra) 8 processus-jellegű esetünkben hatnál kamratágulatot észleltünk — egy esetben symmetriás, négy esetben asymmetriás féloldali, egyben pedig asymmetriás kétoldali, baloldali túlsúllyal. Az oldalkamra-tágulathoz két esetben a III. kamra tágulata is csatlakozott. A subarachnoideum kismértékben egy, fokozott mértékben 3 esetben volt tágabb. Az elváltozás itt is regionalisnak bizonyult. A hullámzó kórlefoiyás eseteiben egy féloldali és egy kétoldali asymmetriás kamratágulatot észleltünk. A subarachnoideum frontotemporalisan kettő, parietalisan is egy esetben bizonyult kismértékben tágabbnak.

A kevert syndromákban lényegében csak egy jobb féloldali kamratágulatot találtunk, melyhez dilatált III. kamra csatlakozott. Egy esetben pedig a III. kamra izoláltan volt tág. A külső liquortér fronto-temporo-parietalisan kismértékben egy esetben volt tágabb.

A betegek kor szerinti megoszlását vizsgálva évtizedenként (4. ábra) közel azonos számú beteg került vizsgálatra. A kamraelváltozások 40—60 év között nagyobb számban, összesen hat esetben, — 40 év alatt 4 esetben mutatkoztak. Az oldalkamra-tágulatokhoz az idősebb korcsoportban két III. kamratágulat is csatlakozott — a fiatalabban egy esetben a III. kamra izoláltan volt tágabb — egyben oldalkamrákkal együtt.

Az életkor és a betegség időtartamát összehasonlítva a pneumographiás leletekkel (5. ábra) azt láttuk, hogy az 5—10 éves lefoiyásnál 20—40 évig, tulajdonképpen csak egyoldali kamratágulat mutatkozott 3 esetben, melyhez egy alkalommal a III. kamra tágulata is társult, — egy alkalommal pedig ez izoláltan volt tágabb. Kérgi elváltozást mindössze egy esetben találtunk. Míg a 40—60 éves csoportnál 3 féloldali tágulaton kívül egy asymmetriás kétoldali tágulatot

A PEG-elváltozások és a betegek

Korcsoportok	Eset-szám	S. i.	S. i.	S. i.	Asymmetriás oldalkamrák	
		3,5—	3—3,5	2,5—3	normál kamraméret	
					B	J
21—30 éves	5	1				3
31—40 éves	5	1			2	
41—50 éves	6	2				
51—60 éves	4		1		1	1

és egy tág asymmetriás oldalkamrát észleltünk, melyhez egy esetben a III. kamra tágulata is csatlakozott. Ebben a csoportban kifejezett corticalis elváltozás is volt. Hosszabb betegségtartamnál — 11 év felett — lényeges eltérés a két csoport között nem mutatkozott számszerűen.

Összegezve pedig azt látjuk, hogy a külső liquortérben 4, a belső liquortérben az oldalkamrákat illetően 2, az oldal- és a III. kamrát illetően 3, izolált III. kamrát érintően pedig egy esetben volt változás. A külső és belső liquortér pedig négy esetben volt tágabb.





Így tehát betegeink kétharmadának volt normálistól eltérő pneumogrammjá. A különböző syndromákban lényeges eltérés a pneumographiás leletekben nem mutatkozott. Az erősebb kérgi elváltozásokat mutató paranoid és simplex betegek idősebb korcsoportba tartoztak. A lefolyást tekintve látjuk, hogy processus jellegűeknél a belső liquortéri elváltozások kifejezettebbek, mint a schubos, illetve kevert formánál.

Kórleflyást, a gyors vagy lassú progressiót vizsgálva azt látjuk, hogy a lassú progressio esetén a normális pneumogramm nagyobb számú. A syndromáktól függetlenül az elváltozások zömmel az 50—60 éves betegeknél mutatkoztak. Így felvetődik az életkor esetleges szerepe a talált elváltozásokban. Az egész felmért anyagot tekintve azt látjuk, hogy az elváltozások mértéke nem volt kiugró. A legfeltűnőbb talán a 11 mm-es III. kamra tágulat, melynél azonban a klinikai kép nem volt egészen tisztázott. Ennél a betegnél ugyanis latens pyramis-jelek és a liquorban 62 mg% fehérje, valamint az EEG-ben bifrontalis organikus functio-zavar jelei mutatkoztak. Az oldalkamra-asymmetriánál különbséget a két kamra között a C—S vonalon mérve 2—6 mm-ig találtunk. A megoszlást tekintve a kóros mértékű tágulatnál azt láttuk, hogy az jobboldalt 2, baloldalt 6 esetben fordult elő. A normál asymmetria is bal oldalon gyakoribb. (Knudsen, Mallison). Ezeknek az asymmetriáknak jelentős része 50—60 év közé esett. A subarachnoideum 5 esetben kismértékben, 3 esetben pedig fokozottabban tócsás jelleggel mutatott elváltozást regionalisan.

Az átvizsgált anyag tehát az elváltozások számát illetően az irodalmi anyaggal megegyezik, azonban a belső liquortéri elváltozások kisebb mérvűek. Ennek oka valószínűleg a befúvás körülményeiben rejlik, — közelebről a beadott levegő mennyiségével van kapcsolatban. Krüger és Veltin (1969) beszámol arról kombinált pneumographiás és echo-vizsgálat alapján, hogy változó mennyiségű levegővel végezve a befúvást, a III. kamra tágasságában több mm-nyi különbséget lehet produkálni. A subarachnoideum értékelését korlátozza a fentebb már említett sokféle tényező.

életkorának összefüggései

4. ábra

Asymmetriás oldalkamrák				Tág III. kamra		A subarachnoideum telődése				
féloldali kamratágulat		kétoldali kamratágulat		isoláltan	oldalkamrákkal együtt	normál	Fokozott			
B	J	B	J				intergyralisan		tócsásan	
							F—T	F—T—P	F—T	F—T—P
1				1		4	1			
1	1				1	5				
2	1	1			2	3	1	1		1
		1					1	1	1	1

Saját anyagunkat — illetve annak kis száma miatt a rendelkezésre álló irodalmi anyagot — elemezve, a következő kérdésekre kíséreltünk meg feleletet kapni:

1. Van-e correlatio klinikai jelenségek és a pneumographiás elváltozások között.

2. A pneumographiás elváltozások létrejöttét a schizoprenia melyik szakaszához lehet vonatkoztatni.

3. Mi a pathogenesise az elváltozásoknak.

4. Diagnostikus vizsgálómódszer gyanánt felhasználható-e a pneumoencephalographia.

5. Mit várhatunk a pneumoencephalographiától a továbbiakban.

ad. 1. A pneumographiás lelet és a klinikai kép közötti quantitativ összefüggések nincsenek összhangban. Ez az eltérés azonban még nem tenné kétségessé a pneumoencephalographia psychopathologiai, morphologiai correlatiós értékét. Az anatómiai variációk — mint látjuk — igen gyakoriak, és lehetséges, hogy ezek a variációk nemcsak normális, hanem a kóros folyamatok esetében is megvannak. Az emberi agy compensatiós képessége nagy, és esetről esetre változó. Megtörténhet, hogy kis anatómiai elváltozás tünetekkel jár (*Huber*), és kiterjedt elváltozás is járhat functio-zavar nélkül (*Russel*). Figyelembe kell venni azt is, hogy radiologiailag nem mondható meg, hogy a különbség korábban lezajlott cerebralis károsodás következménye-e, azaz defectus, — vagy progressiv cerebralis atrophias folyamat. Hosszú idő óta fennálló atrophias folyamatoknál valamelyes compensatio is létrejöhet, — ezeket az összefüggéseket a radiologiai lelet, valamint a klinikai symptomatologia között számításba kell venni.

Hogy a cerebrum egyes részeinek érintettségére vonatkozóan mennyire lehet következtetéseket levonni a belső liquortér tágulatából, esetleg az oldalkamrák alakjáról, — nem tudtuk biztonsággal felmérni. *Brenner, Hempel, Göllnitz* összehasonlító vizsgálatai alapján legfeljebb csak feltételezik schizopreniánál, hogy a kamraközeli subcorticalis régiók érintettek. Úgy véljük, azonban, hogy ezek túlságosan messzemenő következtetések, melyeknek a megalapozottsága — legalábbis nagyrészt — kétséges. Ugyancsak hypothesis, hogy schizopreniánál a subcorticalis elváltozások a személyiségváltozással egyidejűleg jelentkeznek, és a kéri elváltozások másodlagosak. Megjegyezzük, hogy a schizopreneknél észlelt belső liquortéri elváltozásokkal ellentétben az organikus, neurohistologiailag kimutatható corticalis atrophias folyamatoknál — melyeknél az intellektualis hanyatlás felismerhető — a pneumogrammonok on a corticalis atrophia fokozottabban jut kifejezésre. Bár az elváltozások fokára, gyakoriságára, valamint localisatiójára vonatkozóan a vélemények eltérőek, az azonban kétségtelen, hogy a schizoprenek pneumogrammján magas százalékban észlelhetők. Megnehezíti a pneumographiás elváltozásoknak a klinikai képpel történő egyeztetését az is, hogy a pneumogramm és a sectiós lelet gyakran különbözik egymástól, mivel a várt, illetve a pneumogramm alapján feltételezett állománycsökkenést a sectiónál nem találják meg. Erről több szerző beszámolt. (*Josephy, Spatz, Peters, Scholtz, Bleuler, Broser*). A discrepantiának, ami a pneumographiás és a sectiós lelet között van, magyarázata csak részleges. Felvethetjük, hogy a schizoprenek atrophiasja nem olyan feltűnő macroscoposan, mint a praesenilis folyamatoké. Lehet, hogy agoniás oedema, vagy az exitust követő duzzanat változtat a képen és bizonyos fokú liquor-inhibitio miatt az agyállomány súlya nem csökken (*Hönnich, Wolf, Birkmann*). Lehetséges azonban az is, hogy a pneumogramm eredményei inkább megfelelnek a valóságos agyi viszonyoknak in vivo, mint amire retrograd a sectiónál következtetni lehet. Így a röntgenologiailag bizonyított hydrocephalus internus és externus még olyan esetben is

helytálló lehet, amikor a sectionál a prae- vagy postmortalis események kapcsán macroscopos elváltozás nem mutatható ki.

ad. 2. A pneumogramokon látható atrophias elváltozások kialakulásának idejére vonatkozóan a vélemények ugyancsak eltérnek. *Lemke* congenitalis anomaliát feltételez, mivel az első, acutan fellépő schubnál atrophiat talált, amely később sem változott. Tapasztaltuk azonban más eseteknél is — így *Pick*-nél —, hogy lehet nagyfokú atrophia már az első klinikai felvételnél. Vannak továbbá olyan esetek schizophreniánál, amikor a klinikai kép határozott kialakulása után hónapok múlva sincs pneumoencephalographias elváltozás. Az a tény, hogy néhány betegnél az első schubtól számított 8 év múlva sem volt változás a pneumogrammon: azt bizonyítaná, hogy ezeknél a betegeknek az agyi elváltozás folyamata elérte a végső állapotot. Hogy a schizophren betegnél észlelt agyi atrophia a schizophren folyamat alatt fejlődik-e ki, illetve a psychés elváltozásokkal arányban nő, — nem lehet bizonyítani. Lehetséges azonban, hogy az agyi atrophia és a psychopathologiai syndroma között van a correlatio, illetve coordinatio egy klinikailag még ki nem mutatható szakaszban.

ad. 3. Az elváltozások eredetét illetően nincs még kialakult vélemény: kérdéses az is, hogy ezek az elváltozások a betegségnek szerves részét alkotják-e vagy csupán kísérő jelenségnek tekinthetők. Az agyi elváltozásokat, schizophreneknél, a gyakran tapasztalható rossz táplálkozással is kapcsolatba hozzák. Nehéz felmérni az elektroshock és az insulinshock következményét is, mivel *Alpers* és *Neuburger* (1942) ES után enyhe parenchymás degeneratiót észleltek, így ez a lehetőség is felmerül. *Huber* és *Haugh* azonban — akik a pneumoencephalographiát ES előtt és azt követően is elvégezték — nem találtak olyan elváltozásokat, amelyek az ES károsító hatására utalnának. *Kennard* és *Levy* úgy vélték, hogy egyes schizophreniánál észlelt cerebralis elváltozásokat a betegség egy részének kellene tekinteni. Szerintük a radiologiai lelet a kórkép multidimensionalis structuralis correlatióit igazolja.

A schizophrenia aetiologiáját nem tisztázza és nem is tisztázhatja a pneumoencephalographias lelet.

A mai álláspont az, hogy minden mentális zavar bizonyos fokban cerebralis dysfunctióval társul. Elvitathatatlan, hogy a hosszú időn át fennálló ilyen dysfunctio structuralis elváltozásokhoz vezethet. Ha a Weiss—English-képlet (psychologiai zavar — functionalis rendellenesség — cellularis megbetegedés — structuralis változás) érvényes a gastrointestinalis tractus és a cardio-vascularis rendszer zavaraira, — ugyanúgy alkalmazható a központi idegrendszerrel is. Az endocrin functio hidat képezhet a psychologiai stress-állapot és az organikus cerebralis zavarok között (*Bleuler*). Az eddigi eredményeket tekintve a legelfogadhatóbb magyarázat az lenne, hogy schizophreniánál számos esetben biokémiai zavar áll fenn, amely az agy normál funkcióját befolyásolja és bizonyos esetekben valószínűleg más constitutionalis tényezőtől függően cerebralis atrophiahoz vezethet.

ad. 4. A pneumographias vizsgálatok eredményeit *Lemke* prognostikailag értékesnek tartotta. Szerinte a nagyfokú hydrocephalust mutató schizophrenek prognostikus lehetőségei rosszak. *Huber* is úgy véli, hogy egy normális pneumographias lelet mellett az esetek reversibilisek voltak, és a therapias effectus is hatékonyabb. Így tehát — mivel a cerebralis állapotot is figyelembe tudjuk venni — a külső és belső agyfelszín képe alapján, a többdimenziós diagnostikának megfelelően, többdimenziós prognosis is felvázolható lenne. Amikor a diagnosist felállítjuk, a psychopathologiai tények megvannak — ezért beszélhetünk schizophreniáról —, és mivel a somatikus leletek is rendelkezésre állnak, agyi atrophiaival együttjáró schizophreniáról.

A pneumographiás elváltozások kiértékelése nem vezet megbízható egyértelmű eredményre, akár az elváltozások mértékét, azok elhelyezkedését, akár a pneumographiás kép és a klinikai forma közötti correlatiót tekintjük. A pathogenesisre vonatkozóan sem tudunk információt nyerni. Arra a kérdésre, hogy mit lehetne tenni a nyitva hagyott problémák tisztázására, nehéz választ adni. A praepszichotikus agyi viszonyokra vonatkozóan nincsenek tapasztalataink, — és ilyen tapasztalatokra alig lehet szert tenni. Schizophren betegek radiológiailag kimutatható agyi viszonyairól csak hosszú időn át folytatott, szisztematikusan végzett vizsgálatokkal nyerhetünk tájékozódást. Ha schubról schubra történő pontos megfigyelés mellett egy-egy feltételezett összefüggést fedeznénk fel a kvantitatív agyi viszonyok és a psychés tünetek progressiója között, még akkor sem kaphatnánk teljes értékű választ arra nézve, milyen kapcsolat áll fenn a schizophreniás pathogenetikus folyamat és a cerebralis atrophia között. Egyáltalán nem nyernénk bizonyosságot a schizophrenia pathogenesiséről.

ad. 5. Egy radiológiai vizsgálmódszer értékét mindig annak információ-tartalma szabja meg. E szempontot tekintve azt kell mondanunk, hogy a kapott információk az atrophias — főleg a kamrai — elváltozásokra vonatkoznak, és nagyon egysíkúak; s mint láthatjuk, nem értékesíthetők sem a klinikai correlatio, sem a pathogenesis, és megbízhatóan a prognosis tekintetében sem.

Vitatható, hogy schizophrenia esetében a pneumographiás vizsgálat egyáltalán indokolt-e, mivel az összefüggések a vizsgálati eredmények és a kórkép között lazák, illetve csupán hypothesisek.

Úgy véljük, hogy addig, amíg a pneumogramm térszűkítő folyamatok tekintetében nagy biztonsággal értékes felvilágosítást ad, a schizophren képeknél ennek a vizsgálati módszernek akkor van helye, ha a kórkép tisztázásánál olyan problémák merülnek fel, melyeket pneumographiás vizsgálatokkal lehet bizonyítani vagy kizárni.

Bibliographiai adatokkal szerzők az érdeklődőknek készséggel állnak rendelkezésre.

М. Карпати, И. Кота, Э. Лизицаи: *Значение пневмоэнцефалографии при шизофрении.*

M. Kárpáti, I. Kóta u. E. Liziczai: *Der Wert der Pneumoencephalographie bei der Schizophrenie.*

A subarachnoidalis vérzések klinikai képe, lefolyása és prognosisa catamnestikus vizsgálatok alapján

FAZEKAS ANDRÁS dr.

Subarachnoidalis vérzéskor a liquor-térbe vér kerül, ezt követően a növekvő intracranialis nyomás és meningealis izgalom tünetei és jelei fejlődnek ki. A subarachnoidalis vérzés mindig tüneti és nem aetio-pathogenetikai diagnosis. A cerebralis angiographia alkalmazása előtt a subarachnoidalis vérzést előidéző aetiológiai tényező az esetek nagyrésztében in vivo lehetetlen volt megállapítani. Angiographiával lehet kimutatni az intracranialis vascularis elváltozásokat, melyek leggyakoribb okozói az intermeningealis vérzéseknek.

Bailey (1961) megfigyelései szerint 25 és 50 éves kor között a subarachnoidalis vérzés leggyakoribb oka a megrepedt intracranialis aneurysma. Az aneurysmák az arteriák falának kisebb-nagyobb körülírt kiöblösödései, saccularis tágulatai. Az esetek döntő többségében congenitalisak és a circulus arteriosus Willisii-t alkotó ereken találhatóak. 25 éves kor alatt is előfordul aneurysma ruptura miatt fellépő vérzés, azonban jóval ritkábban. 50 éves kor felett a vérzés előidézőként arterio-sclerotikus érelváltozások kerülnek előtérbe.

Locksley és mtsai (1966) 24 intézet 6368 esetének komputer elemzése során megállapították, hogy a subarachnoidalis vérzés legáltalánosabb okozója az intracranialis aneurysma: 51%; hypertensiv-artetiosclerotikus érelváltozások 15%-ban, arteriovenosus malformatio 6%-ban, különféle vagy multiplex elváltozások 6%-ban voltak okozói a vérzésnek; az esetek 22%-ában a vérzés okát biztonsággal nem lehetett megállapítani.

Az angiographia időpontjának megválasztása; angiographiás szövődmények

A 6368 eset angiographiás vizsgálatait *Perret és Nishioka* elemezte. A betegek 86%-ánál (5484 betegnél) történt angiographia. Az első felismert subarachnoidalis vérzés után 2961 betegnél kétoldali carotis angiographia történt a vérzés után változó időpontban. Aneurysmát a vérzés utáni 7. 8. és 9. napon lényegesen nagyobb számban lehetett kimutatni, mint az első három napon végzett vizsgálatoknál. A kétoldali carotis angiographia az esetek 54%-ában (1586 eset) mutatott ki aneurysmát. Angiographiás szövődmény a vizsgálatok 7,6%-ánál fordult elő. Az 5484 esetből 64 esetben az angiographiát lehet az exitus okozójaként felelőssé tenni; ez 1,17%-os letalitást jelent. Ha ebből levonásra kerül az a 19 eset, ahol újabb ruptura következett be a vizsgálat után, akkor a letalitás csak 0,82%.

Az aneurysma localisatiója; multiplex aneurysmák

Locksley (1966) rupturált egy aneurysmás eseteiben (2349 eset) az aneurysmák alábbi localisatióját figyelte meg:

Az esetek közül 1333 nő (57%) és 1016 férfi (43%) volt. Figyelemre méltó különbség észlelhető, ha az aneurysmák localisatióját a nemmel és korról összefüggésben vizsgálják. Általában a carotis aneurysmái nőknél 20 év felett több mint kétszer gyakrabban fordulnak elő, mint férfiaknál. A cerebri media aneurysmáinál is a nők túlsúlya figyelhető meg: az arány 3 : 2. Ugyanakkor a

communicans anterior aneurysmái 58%-ban férfiaknál fordulnak elő és férfiaknál a rupturák 41%-a erre a helyre localizálódik.

Az esetek 62%-ban az első vérzés 40—64 év között lépett fel. 20—62 éves kor között a nem traumás subarachnoidalis vérzések leggyakoribb oka az aneurysma megrepedése. Aneurysmából származó vérzések nőknél gyakoribbak, de 40 év alatt a férfiak vannak túlsúlyban. Az V. évtizedben a két nem aránya közel egyenlő, 50 év felett ismét a nők túlsúlya látszik. A 3321 aneurysmás eset kb. 20%-ánál multiplex aneurysmát lehetett kimutatni (angiographiával és/vagy sectióval). Az eseteknek kb. 15%-ánál két aneurysma, 3,5%-ánál három, 1,4%-ánál négy vagy több aneurysma volt. A multiplex aneurysmák kimutathatóságát tekintve, selectált anyagon (ahol várható a többszörös aneurysma) a kétoldali carotis angiographia az esetek 92%-ában kimutatta az újabb aneurysmát.

I. táblázat

Aneurysma	Esetek száma	%
A. carotis interna	886	38
ezen belül a c. int.-comm. post. kereszt- nél	576	25
A. cerebri anterior	848	36
ezen belül a comm. anterior területén	711	30
A. cerebri media	488	21
A. basilaris	67	2,9
A. vertebralis	20	0,9
A. cerebri posterior	21	0,9
Cerebellaris arteriák	10	0,8
Összesen	2349	

A klinikai kép; a diagnosis felállítása

Az aneurysmák elhelyezkedésének megfelelően a localis tünetekhez — de gyakran minden előző tünet nélkül — kialakul az aneurysma hirtelen megrepedésével az acut subarachnoidalis vérzés képe (Horányi 1962). A betegnél hirtelen igen heves, szinte elviselhetetlen fejfájás lép fel, majd rohamosan mentális zavartság alakul ki, gyakran hányás kíséretében. A vérnyomás rendszerint emelkedik, a pulszszám csökken, a légzés Cheyne—Stokes-típusúvá válik a fokozott agynyomás következtében és bekövetkezhet a halál. Jellemzőek az igen kifejezett meningealis tünetek. Kezdetben láz nincs, de már a 2—3. napon hőemelkedések jelentkehetnek.

A subarachnoidalis vérzés kórisméje a jellemző klinikai kép alapján felállítható, azonban bizonyossá csak a lumbal punctio elvégzése után válik. A liquor legtöbbször fokozott nyomással ürül. Kisebb, friss vérzésnél húslé-szerű, nagyobbaknál véres-haemolytikus a liquor. Átlagban 8 napos vérzéseknél a liquor xantochrom. A véres, haemolytikus liquor fél órai állás után 3 részre rétegződik. A tiszta haemolytikus részből végzik el a cytologiai vizsgálatot. (Az arteficialisan véres liquor is 3 részre rétegződik, ebből azonban hiányzik a haemolysis). A sejtszaporodás a pia-vascularis sejt-reactio mértékétől és a granulocytosistól függ, az idegtest mentingitis értelmében. Jellemzőnek számítanak a macrophagok (5—30%), erythro, haemosiderin vagy haematoidin phagocytosissal. A vér lebontási termékeinek mennyiségéből és minőségéből bizonyos valószí-

núséggel következtetni lehet a vérzés idejére. Lipoid macrophagok, haemato-macrophagokkal együtt agyi parenchyma sérüléssel vérzésre utalnak (Sayk 1962).

Az acut subarachnoidalis vérzések letalitása; ismétlődő vérzések

McKissock és Paine (1959) 789 esetéből a subarachnoidalis vérzés oka 355 esetben aneurysma ruptura volt (45%). Az eseteknek kb. 30%-ánál újabb vérzés következett be. Az első és második vérzés között eltelt intervallumot vizsgálva megfigyelték, hogy az esetek 41%-ánál ez az időszak 1 hétnél kevesebb és 57%-ánál 2 hétnél rövidebb volt. Az esetek többségét konzervatív módon kezelték; a betegek 49%-a halt meg. Érdekes az a megfigyelésük, hogy az esetek 22%-ánál már az első vérzés halálos és valószínűleg ez műtéttel sem előzhető meg; 26% a 2. vérzés áldozata lett, ezeket esetleg műtéttel meg lehetett volna menteni; a betegek 25%-a túlélte a 2. vérzést, de újabb ruptura miatt exitált. Hasonlóan az előbbiekhöz 28% a 3. vérzés után is életben maradt, de a következő vérzés náluk is letális volt. — Fentiekből lesűrhető az a megállapítás, hogy a subarachnoidalis vérzésből felépült betegek közül kb. négyből egy mindig újabb vérzés áldozata lehet.

Tappura (1962) subarachnoidalis vérzéssel kezelt eseteinek száma 387. Közülük 120-nál aneurysmát lehetett kimutatni. Ezek közül 57 betegnél csak egy vérzés volt, 5 halt meg. Az életben maradtak közül 63-nál újabb vérzés következett be, közülük 48 halt meg, tehát az ismétlődő vérzések letalitása 76% volt. Az újabb vérzések több, mint a fele az első vérzést követő 8 héten belül következett be.

Locksley (1966) 6368 esetének 92%-a (5844 eset) járt subarachnoidalis vérzéssel. A vérzés letalitását vizsgálva megállapították, hogy a vérzés után 72 órán belül legtöbbször hypertensiv-arteriosclerotikus eredetű vérzés miatt haltak meg: 52%, utána az aneurysma rupturából származó vérzések letalitása következik: 36%.

830 aneurysmás (egy aneurysma, műtét nem történt) eset közül az adatok értékeléséig meghalt 562 (68%). Az extitások 14%-a vérzés utáni 24 órán belül, 40%-a egy héten belül, 73%-a egy hónapon belül és 93%-a egy éven belül következett be.

2. táblázat

Aneurysma localisatioja	Konz. kezelt esetek	2. vérzés	Prae-operatív esetek	2. vérzés
A. comm. ant.	288	161	242	56
A. carotis int.	170	68	188	49
A. cerebri m.	144	38	211	42
Összesen	602	267 (44%)	641	147 (22%)

A második vérzés gyakoriságát is vizsgálták:

A második vérzés az esetek 31%-ában az első héten, az esetek 70%-ában az első vérzés után még egy hónapon belül következett be. Az újabb vérzés szempontjából a legkritikusabb időszak az 5–11. nap közötti periodus volt.

A második vérzés gyakorisága a communicans anterior aneurysmáinál nagyobb (41%), mint a carotis interna (33%) vagy a cerebri media aneurysmáinál (23%).

Összehasonlították az első és második vérzés letalitását:

3. táblázat

Meghalt	A. carotis int.	A. cerebri m.	A. comm. ant.	Összesen
1. vérzés köv. Letalítás	62/632 9,8%	34/358 9,9%	98/643 15,2%	194/1633 11,6%
2. vérzés köv. Letalítás	54/117 46%	33/80 41%	92/217 42%	179/414 43%

Megfigyelhető, hogy a 2. vérzés letalítása — kb. 43% — igen magas, összehasonlítva az első vérzés letalításával, mely kb. 12%.

Konzervatív kezelés; túlélés, munkaképesség

A konzervatív kezelt aneurysmák esetek tapasztalatait *Nishioka* (1966) foglalta össze. A *circulus arteriosus Willisii* elülső ágrendszerére localizálódó aneurysmák esetek közül — a prognózis reális értékelése végett — ki kell rekeszteni azokat az eseteket, akiknél a klinikai állapot súlyossága miatt az angiographiát el sem lehetett végezni, akiknél a súlyos tünetek miatt a műtét szóba sem jöhetett, illetve akik még a műtéti beavatkozás előtt meghaltak. Ezen esetek száma 304. Ezek az esetek a rupturált aneurysmák beteganyag gyakorlatilag kezelhetetlen részét jelentik (a letalítás 85—100% között van), tehát a prognózis szempontjából nem tekinthetők irányadónak és összehasonlíthatónak a műtétilag kezelt esetekkel. A továbbiakban tehát a fenti kategóriába nem tartozó betegek sorsát vizsgáljuk: 338 beteg. A 4. táblázat az aneurysmák localisatióját és a túlélési adatokat mutatja.

Követési idő

4. táblázat

Aneurysma	Összesen	3 hp	6 hp	1 év	2 év	Él	Meghalt
A. carotis int.	67	47 70%	45 67%	43 64%	42 63%	41 61%	26 39%
A. cerebri m.	89	61 69%	60 67%	59 66%	58 65%	57 64%	32 36%
A. cer. ant. a. comm ant..	162	99 61%	97 60%	96 59%	95 58%	94 58%	68 42%
A. pericallosa	20	9 45%	8 40%	7 35%	7 35%	5 25%	15 75%
Összesen	338	216	210	205	202	197 59%	141 41%

5. táblázat

	A. carotis int.	A. cerebri m.	A. cerebri a. a. comm. a.	A. peric.	Összesen	%
Tünetmentes	18	14	39	3	74	38
Mín. tünetek	13	20	29	2	64	31
Részl. munkaképesség csökk. Minkaképtelen, de magát ellátja	4	5	10	—	19	10
Magatehetetlen	1	7	6	—	14	7
Nincs adat	4	8	7	—	19	10
Összesen	1	3	3	—	7	4
Összesen	41	57	94	5	197	

A 338 beteg közül a közlemény megírásáig meghalt 141 (41%). A vérzés után egy hónappal a haláleseteknek 65%-a (92 eset) következett be. 6 hónappal a vérzés után az exitusok 88%-a, 1 éven belül 92%-a következett be: vagyis a 141 esetből 130 halt meg. 63 esetben (44%) újabb vérzés volt a halál oka. Az életben maradtak 79%-a munkaképes, saját magát el tudja látni 86%. Az 5. táblázat az életben levők egészségi állapotát tükrözi az aneurysmák localisatiójával összefüggésben.

A carotis internán ülő aneurysmás esetek 87%-a, a cerebri anterior-communicans anterior aneurysmás eseteknek 86%-a, a cerebri media aneurysmás eseteknek 72%-a munkaképes. Összefoglalva megállapítható, hogy a cerebri media aneurysmáinál a legmagasabb a túlélés (l. 4. tábl.), de a munkaképes betegek száma itt a legkevesebb. Ennek valószínűleg a haemisphaeriumokat érintő vérzés és az azt követő residualis tünetek a magyarázata.

Műtési kezelés-műtési mortalitás; túlélés; munkaképesség

Skuttety és Nishioka (1966) számolnak be az aneurysmás esetek műtési kezeléséről. 1113 esetben történt intracranialis beavatkozás. Az aneurysmák localisatiója, a nemek szerinti megoszlás és a műtési mortalitás közötti összefüggést mutatja a 6. táblázat.

6. táblázat

	Férfi			Nő			Mortalitás együtt, %
	Eset	meghalt	%	eset	meghalt	%	
A. carotis int.	77	19	25	165	60	36	33
A. cerebri m.	93	32	34	129	29	22	27
A. comm. ant.	172	59	34	78	30	38	36

Általában az esetek többsége az utolsó vérzés után 2 héten belül műtetre került. Az aneurysma műtéteknél fellépő komplikációk (aneurysmaruptura, intracerebralis haematoma stb.) természetesen emelték a műtési halálozást. 579 esetben fordult elő műtét közben komplikáció; ezek 46%-a fatális kimenetelű volt (267 eset). Az életben levők 46%-a gyakorlatilag tünetmentes és munkaképes. Az operált carotis interna aneurysmás esetek 49%-a munkaképes, a cerebri media aneurysmáinál az esetek 55%-a, a communicans anterior aneurysmáinál az esetek 43%-a munkaképes.

Az irodalmi adatok összefoglalása

Az irodalomban eddig közölt legnagyobb számú eset (*Locksley* 1966) áttekin-tése alapján az alábbi következtetések vonhatók le:

1. a subarachnoidalis vérzés legáltalánosabb okozója a rupturált intracranialis aneurysma volt;

2. a legtöbb aneurysmát angiographiával a vérzés utáni 7—9. napon lehetett kimutatni. Két oldali carotis angiographia az esetek 54%-ban mutatott ki aneurysmát. Az angiographia mortalitása 1% alatt volt;

3. az aneurysmás esetek kb. 20%-ánál multiplex aneurysmát találtak;

4. az eseteknek kb. 60%-ánál az aneurysma rupturája 40—60 év között következett be. A vérzés nőknél gyakoribb, de 40 év alatt a férfiak vannak túlsúlyban;

5. a subarachnoidalis vérzés eseteiben az első 72 órában a legtöbben hypertensiv-arteriosclerotikus eredetű vérzések miatt haltak meg (52%), ezután az aneurysma rupturából származó vérzés letalitása következik (36%);

6. a 2. ruptura az esetek 70%-ban az első vérzés után a 4. héten belül következett be; az újabb vérzés veszélye a communicans anterior aneurysmáinál volt a legnagyobb;

7. aneurysmás beteganyagban az első vérzés letalitása kb. 12%, a 2. vérzésé kb. 43% volt;

8. realis prognostikai következtetés csak a konzervatív kezelt esetek selectiója után lehetséges: a hyperacut, rövid idő alatt exitushoz vezető eseteket ki kell zárni a sebészeti esetekkel való összehasonlításból, mivel ezeket megoperálni sem lehetne. A konzervatív kezelt esetek 41%-a halt meg egy éven belül, a legtöbben újabb vérzés miatt (nem selectált anyagban a letalitás 68% volt). Az életben levők 79%-a munkaképes;

9. az operált aneurysmás esetek többségét a vérzés után 2 héten belül megoperálták. A műtéti mortalitás kb. 30% volt. Az életben levők 46%-a munkaképes.

Catamnestikus vizsgálatok az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet anyagán

Ezúton szeretnék köszönetet mondani az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet igazgatójának, Dr. Zoltán László tanár úrnak, hogy engedélyezte és lehetővé tette, hogy az intézetben catamnestikus vizsgálatokat végezzek. Az intézet anyagából vett esetek feldolgozásával vizsgálataim értéke megnőtt; így nyílt lehetőség arra, hogy összehasonlítást lehessen tenni műtéti és konzervatív kezelt esetekben.

Az anyag ismertetése

1951—60 között az OITI-be intracranialis aneurysma vagy arterio-venosus agyi ér-anomalia miatt felvételre került 153 beteg közül 100 esetben a subarachnoidalis vérzést kétséget kizáróan diagnostizálni lehetett. 53 beteg nem került ismertetésre, mert náluk az agyi érelváltozás mellett a subarachnoidalis vérzést sem az anamnesisben, sem pedig az elvégzett vizsgálatok alapján nem lehetett kimutatni. Nem kerültek ismertetésre a traumás esetek sem.

A selectio során a következő szempontokat vettük figyelembe:

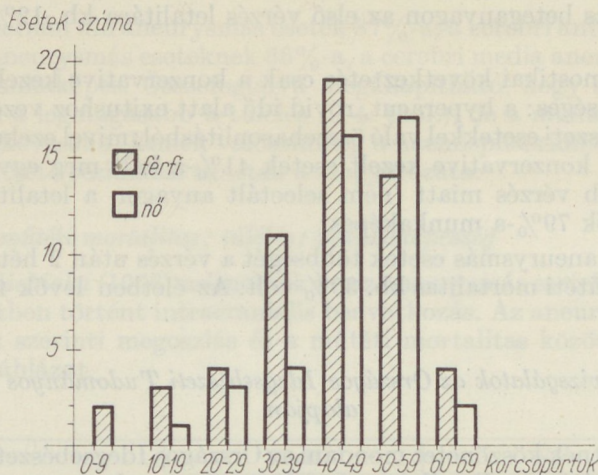
1. anamnesisben esetleg más kórházban diagnostizált subarachnoidalis vérzés;
2. felvételi status, kórlefolyás;
3. az intézetben elvégzett vizsgálatok eredményei;
4. műtéti exploratio;
5. sectió lelet.

Amennyiben a fentiek figyelembevételével az adott esetben subarachnoidalis vérzést ki lehetett mutatni, úgy az eset ismertetésre került, ellenkező esetben nem.

1951—55 között 14 beteg, 1956—60 között 86 beteg került észlelésre (összesen 100 eset). Az intézetből távozott 59 beteg további sorsáról kérdőív útján tájékoztunk. A kérdésekre 46 beteg válaszolt (4 esetben csak azt sikerült megtudni, hogy az illető életben van), 10 beteg meghalt (ezeknél a halál oka 1 kivételével — suicidium — nem ismeretes), 3 betegnek a sorsa ismeretlen (közülük 1 négy évig volt követhető).

Nem és kor szerinti megoszlás

A 100 eset közül 57 férfi és 43 nőbeteg volt. A legfiatalabb 5, a legidősebb 64 éves volt, mindkettő férfi. Az esetek $\frac{2}{3}$ -a 40—59 éves kor között került észlelésre. A nem és kor szerinti megoszlást mutatja az 1. ábra.



1. ábra

Angiographiás vizsgálatok eredményei

89 esetben a vérzés okának kiderítése érdekében rutin-szerűen egy-, illetve szükség esetén kétoldali angiographiás vizsgálat történt. 10 beteg általános állapota a vizsgálat elvégzését nem tette lehetővé, ezeknél a tünetek progressiója rövid időn belül exitushoz vezetett. 1 beteg az angiographia elvégzésébe nem egyezett bele.

89 esetből 83-nál (93%) az angiogrammon intracranialis vascularis rendellenességet (aneurysmát vagy arterio-venosus angiomát lehetett kimutatni, 2 esetben a lelet nem volt egyértelmű és a beteg meghalt, mielőtt újabb vizsgálatot lehetett volna végezni, 4 esetben ismételt kétoldali carotis angiographia sem mutatott ki elváltozást (közülük egynél a sectio során sem lehetett a vérzés okát megállapítani). A műtétilag kezelt betegeknél a műtét után kontroll angiographiát végeztek 24 esetben: 17 betegnél az aneurysma nem telődött, 7 betegnél a vizsgálat az aneurysma részleges telődését vagy megkisebbedését mutatta.

Az intracranialis ér-anomalia localisatiója

95 esetben ismert az érelváltozás, közülük 83 esetben élőben diagnostizált. 56 esetben csak angiographiával, 12 esetben csak autopsziával, 27 esetben angiographiával és autopsziával igazolt intracranialis vascularis érelváltozás idézett elő subarachnoidalis vérzést. 5 esetben nem lehetett kimutatni a vérzés okát. A vérzést okozó érelváltozásokat mutatja a 7. táblázat.

A vérzés előtti panaszok és tünetek; a vérzést kiváltó tényezők

Leggyakrabban a fejfájásról panaszkodtak a betegek: 31 esetben. 2 betegnél néhány héttel a vérzés előtt intenzív fejfájás jelentkezett, 15 betegnél $\frac{1}{2}$ évtől 2 évig terjedően szerepel az anamnesisben fejfájás, 1—1 betegnél 3, illetve 5 éve

7. táblázat

Elváltozás	Esetek száma	Férfi	Nő
Aneurysma:			
A. communicans anterior	34	23	11
A. carotis interna	20	6	14
A. cerebri media	12	9	3
A. cerebri anterior	4	1	3
A. communicans posterior	4	1	3
A. basilaris	1	—	1
A. vertebralis	1	1	—
	76	41	35
Arterior-venosus érelváltozás	19	13	6
Nem ismeretes	5	3	2
Összesen	100	57	43

voltak ilyen panaszok, 1—1 betegnél 30, illetve 40 éve jelentkezik fejfájás. Az anamnesisekben fülzúgás, szédülés, látászavar, neuralgiás fájdalom szerepel még, azonban ezek az esetek kis száma miatt nem értékelhetők. Érdeemes megjegyezni, hogy az arterio-venosus angiomáknál a vérzést 6 esetben saceres rosszullétek előzték meg [6/19].

Az esetek elemzéséből megállapítható, hogy 28 esetben esetleges kiváltó tényező szerepel az anamnesisben: 11 esetben munka közben (erőkifejtés után), 4 esetben a vérzés sex. actus után következett be, 3 esetben emotionalis izgalom, 4 esetben a vérzést insolatio előzte meg, 2 esetben székelés után lépett fel, 4 betegnél esetleges fej-trauma idézhette elő az érelváltozás megrepedését.

Az esetek klinikai állapot szerinti csoportosítása

A csoportosítás a konzervatív kezelt betegeknél a felvételi status, a műtéti anyagon a műtét előtti status alapján történt:

I. tünetmentes és/vagy enyhe szubjektív panaszok;

II. kifejezett szubjektív panaszok és/vagy jelzett neurológiai tünetek, tiszta tudat;

III. kifejezett meningealis jelek, góctünetek, tudatzavar;

IV. súlyos neurológia góctünetek, comatosus állapot.

A fenti csoportosítás alapján az esetek számszerű megoszlása a következő: I: 17 eset, II: 34 eset, III: 35 eset, IV: 14 eset.

A subarachnoidális vérzés letalitása

16 beteg került az első, illetve az utolsó vérzés után 72 órán belül felvételre. A vérzés utáni első héten még felvételre került további 22 beteg. A 38 beteg közül az első héten meghalt 11, a 2. héten meghalt 6, 1 hónapon belül 2 beteg, további 3 beteg még fél éven belül meghalt.

Tehát a vérzés utáni első héten felvételre került 38 beteg közül 22 nem érte meg a fél évet.

A 2—4. héten további 26 beteg került felvételre, közülük 10 egy hónapon belül meghalt, további 2 beteg pedig fél éven belül. Tehát a vérzés után 1 hónapon belül felvett 64 beteg közül 34 nem érte meg a fél évet.

33 beteg a vérzést követő fél—egy éven belül került felvételre, közülük 7 halt meg. 3 betegnél a vérzés és a felvétel között eltelt időt pontosan nem lehetett meghatározni.

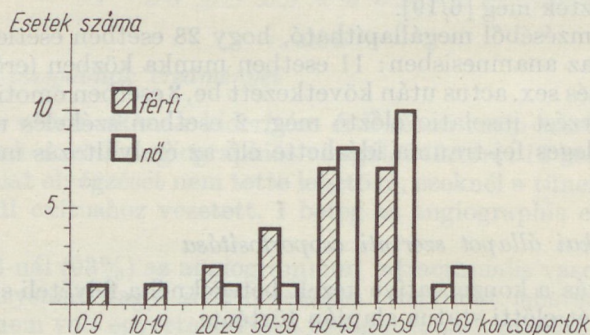
Összefoglalva : a vérzés után felvételre került 100 eset közül 41 éven belül meghalt. A 41 beteg közül 17-nél történt sebészi beavatkozás: 14 esetben intracranialis műtét, 3 esetben carotis lektetés a nyakon.

Az ismétlődő vérzések gyakorisága és azok letalitása

Az anamnesisek gondos átnézése után megállapítható volt, hogy a betegek közül 63-nál egy, 29-nél kettő, 8-nál három subarachnoidalis vérzés zajlott le. A 100 eset közül 37-nél szerepel ismétlődő vérzés. Az újabb vérzések közül 17 az előző vérzés után 4 héten belül következett be, fél éven belül az újabb rupturák közül 28, egy éven belül pedig 32 esetben következett be újabb vérzés, 5 esetben pedig egy év után. A 37 újabb vérzés közül 23 halálos kimenetelű volt. A 2. ruptura 29 esete közül 15 volt halálos, míg a 3. ruptura valamennyi betegnél exitust okozott (8 esetben).

Konzervatív kezelt esetek

44 esetben nem történt műtéti beavatkozás: 22 férfi, 22 nő. A kor és nem szerinti megoszlást mutatja a 2. ábra.



2. ábra

Az esetek közül 34-nél aneurysma, 5-nél arterio-venosus angioma okozta a vérzést, 5 esetben a vérzés oka nem ismert. A 8. táblázat az érelváltozások localisatióját, azok nemek szerinti megoszlását és a halálesetek számát mutatja.

A betegek általános állapota a felvételi status alapján (a kategóriák jelentése az 559. oldalon látható).

	Esetek száma	Közülük meghalt
I.	9	2
II.	6	1
III.	20	14
IV.	9	7
Összesen	44	24

A subarachnoidalis vérzés letalitása a konzervatíván kezelt csoportban

A konzervatíván kezelt 44 beteg közül 24-nél egy vérzés zajlott le. Közülük 7 halt meg, valamennyien a vérzés után 1 hónapon belül; négyen a vérzés utáni első héten.

13 betegnél az első vérzés után újabb attack következett: közülük 8-nál az 1. vérzés után 1 hónapon belül következett be újabb ruptura, közülük 7 meghalt, 4 esetben az első vérzés után 1 éven belül újabb vérzés következett be, 4 meghalt. 1 betegnél 2 évvel az első vérzés után fellépő újabb ruptura halálos volt.

8. táblázat

Elváltozás	Esetek száma	Férfi	Nő	Meghalt
Aneurysma:				
A. communicans anterior	18	11	7	12
A. carotis interna	8	3	5	5
A. cerebri media	2	2	—	1
A. cerebri anterior	3	—	3	2
A. communicans posterior	2	—	2	1
A. basilaris	1	—	1	1
Arterio-venosus érelváltozás	5	4	1	1
Nem ismeretes	5	3	2	1
Összesen	44	23	21	24

Összegezve : a 13 esetben fellépő újabb vérzés közül 10 halálos kimenetelű volt. 7 esetben 3 ruptura is bekövetkezett a 2. vérzés után; valamennyien meghaltak. Tehát a konzervatíván kezelt 44 beteg közül 24 halt meg. Megfigyelhető, hogy a 2., illetve a 3. ruptura eseteiben ugrásszerűen nő a halálozások száma.

A betegek sorsának továbbkövetése az intézetből való távozás után

20 beteg (12 férfi, 8 nő) távozott az intézetből. A 9. táblázat az életben levők, a meghalt és tovább nem követhető esetek számát, valamint a követési időt mutatja.

9. táblázat

Követési idő	Életben levők	Meghalt	Nem követhető
1 év	20	—	1
2 év	19	1	—
3 év	18	—	—
4 év	18	—	—
5 év	18	1	—
6 év	17	—	—
7 év	15	1	—
8 év	10	—	—
9 év	4	1	—
		4	1

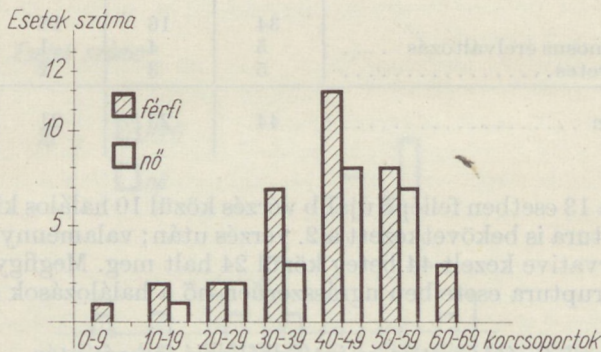
(Megjegyzés: fontos annak hangsúlyozása, hogy a betegek száma a követési idő előrehaladásával csökken, azonban ez a csökkenés nemcsak a halálozásokból adódik; mivel a betegek nem azonos évben kerültek észlelésre és így az egyes években észlelt betegek száma sem egyforma).

Ha a meghalt és nem követhető esetek száma levonásra kerül az 1 évig követett esetek számából, akkor megkapjuk a jelenleg életben levők számát (15 beteg).

15 beteg van életben (9 férfi és 6 nő). 4 beteg meghalt — egyikük suicidált 9 évvel az intézetből való távozás után, egy beteg 7 évvel a távozás után (29 éves korban), egy beteg 5 évvel a távozás után (47 éves korban), egy beteg 2 évvel távozása után (52 éves korban) halt meg — náluk a halál oka nem ismeretes (újabb vérzés lehetősége nem zárható ki). Egy esetben nincs megfelelő adat a beteg további sorsát illetően. Az életben levők közül 10 beteg gyakorlatilag panasz- és tünetmentes, munkaképes, 3 betegnél kóros neurológiai tünetek vannak, 2 esetben nincs megfelelő információ a jelenlegi egészségi állapotot illetően.

Műtétileg kezelt esetek

56 betegnél történt műtéti beavatkozás: 35 férfi, 21 nő. A kor és nem szerinti megoszlást mutatja a 3. ábra.



3. ábra

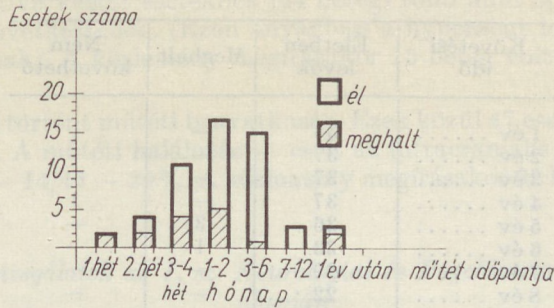
10. táblázat

Elváltozás	Esetek száma	Főrfi	Nő	Meghalt
Aneurysma:				
A. communicans ant.	16	12	4	5
A. carotis interna	12	4	8	6
A. cerebri media	10	7	3	1
A. cerebri anterior	1	1	—	1
A. comm. posterior	2	1	1	—
A. vertebralis	1	1	—	1
<hr/>				
Anterio-ven. érelv.	42	26	16	14
	14	9	5	3
<hr/>				
Összesen	56	35	21	17

Az esetek közül 42-nél aneurysma, 14-nél arterio-venosus érelváltozás volt a vérzés okozója. A 10. táblázat az érelváltozások localisatióját, azok nemek szerinti megoszlását és a műtét után meghaltak számát mutatja.

A műtét időpontja; a betegek műtét előtti általános állapota

A 4. ábra a vérzés után eltelt időt és a műtét időpontját mutatja.



4. ábra

A betegek általános állapota a műtét előtti status alapján (a kategóriák jelölése az 559. oldalon látható).

	Esetek száma	Közülük meghalt
I.	8	1
II.	28	4
III.	15	7
IV.	5	5
Összesen	56	17

A műtéti beavatkozás típusai; műtét utáni halálozás

Intracranialis műtét: 47 esetben;

Radicalis: (teljes eltávolítás, clippelés, lekötés, coagulálás) 31 esetben;

Palliatív (az aneurysma falának megerősítése körülpakolással) 16 esetben;

Extracranialis műtét: 9 esetben.

A műtét után kontroll-angiographia történt 24 esetben: 17 esetben negatív volt — 6 betegnél az érelváltozást teljesen eltávolították, 9 esetben a tápláló erek kötötték le, 1 betegnél carotis lekötés történt. 7 esetben a kontroll-angiographia az érelváltozás részleges telődését, illetve megkisebbedését mutatta.

A műtét után 1 hónapon belül 13 beteg halt meg, közülük 11-nél intracranialis beavatkozás történt; 2 betegnél közvetlenül a második ruptura után carotis lekötest kísértek meg, azonban mindketten meghaltak (mindkét beteg a IV. kategóriába tartozott). 2 betegnél az intracranialis beavatkozás után 1, illetve 4 hónap múlva az aneurysma újra rupturált és ez okozta az exitust. 1 esetben az intracranialis műtét után 3 hónappal következett be az exitus, 1 esetben pedig a műtét után transfúziós szövödmény lépett fel és a beteg 4 hónappal a műtét után meghalt.

Összegezve : 17 beteg halt meg a műtét után, közülük 14 esetben intracranialis, 3 esetben extracranialis volt a műtét.

Az operált esetek sorsának továbbkövetése az intézetből való távozás után

39 beteg (24 férfi, 15 nő) távozott műtét után az intézetből. A 11. táblázat az életben levők, a meghalt és tovább nem követhető esetek számár, valamint a követési időt mutatja.

11. táblázat

Követési idő	Életben levők	Meghalt	Nem követhető
1 év	38	—	1
2 év	37	—	—
3 év	37	—	—
4 év	37	—	1
5 év	36	3	—
6 év	33	1	—
7 év	29	—	—
8 év	22	—	—
9 év	15	—	—
10 év	11	—	—
11 év	9	—	—
12 év	3	—	—
13 év	2	—	—
		4	2

(Megjegyzést lásd az 562. oldalon). Ha a meghalt és nem követhető esetek száma levonásra kerül az egy évig követett esetek számából, akkor megkapjuk a jelenleg életben levők számát (32 beteg).

32 beteg él (20 férfi, 12 nő). 5 beteg meghalt, hárman 5—5 évvel az intézetből való távozás után (ketten 63, egy beteg 52 éves korban), egy beteg 6 évvel a távozás után halt meg (61 éves korban), egy esetben az exitus időpontja nem ismeretes — ezeknél a betegeknek nem ismert a halál oka (újabb vérzés lehetősége sem zárható ki). Egy eset 5 évig volt követhető, egy esetben pedig nincs megfelelő adat a beteg további sorsát illetően.

Az életben levők közül 14 beteg gyakorlatilag panasz- és tünetmentes, munkaképes, 12 betegnek kisebb-nagyobb panaszai, neurologiai tünetei vannak (parezis, eszméletvesztéses rosszullétek stb.) — közülük négyen dolgoznak. 4 beteg súlyos tünetek miatt saját magát ellátni nem képes, 2 esetben nincs megfelelő informatio a jelenlegi egészségi állapotot illetően.

Összefoglalás

1. az OITI-ben 1951—60 között subarachnoidalis vérzéssel kezelt 100 eset kórtörténetét dolgoztuk fel. Catamnestikus vizsgálatot 50 esetben végeztünk, közülük 56 beteg sorsáról sikerült informatiót nyerni. A catamnestikus (follow-up) vizsgálatok metodikájának kidolgozása során megállapítást nyert, hogy megfelelő és értékelhető következtetések levonásához legalább 80%-os felkutatást kell végezni (Truelove 1965). Ennél kevesebb adat értékeléséből levont megállapítások torzíthatnak. — Anyagunk a fenti követelménynek megfelel, mivel az ismeretlen esetek száma csak 3, vagyis 5% (3/59).

2. 95 esetben a vérzést okozó érelváltozást sikerült kimutatni, 83 esetben angiographiával diagnosztizálni. 76 esetben aneurysma, 19 esetben arterio-veno-

sus érelváltozás okozott subarachnoidalis vérzést. A carotis interna aneurysmái nőknél, a communicans anterior aneurysmái férfiaknál fordultak elő gyakrabban és okoztak vérzést.

3. a felvételre került 100 eset közül 41 a vérzés után 1 évvel meghalt; 18 beteg az első vérzés után, 23 beteg a 2. vagy 3. ruptura után halt meg. Más felbontásban: a felvett 100 beteg közül 37-nél kettő vagy három ruptura következett be, közülük 23 beteg meghalt.

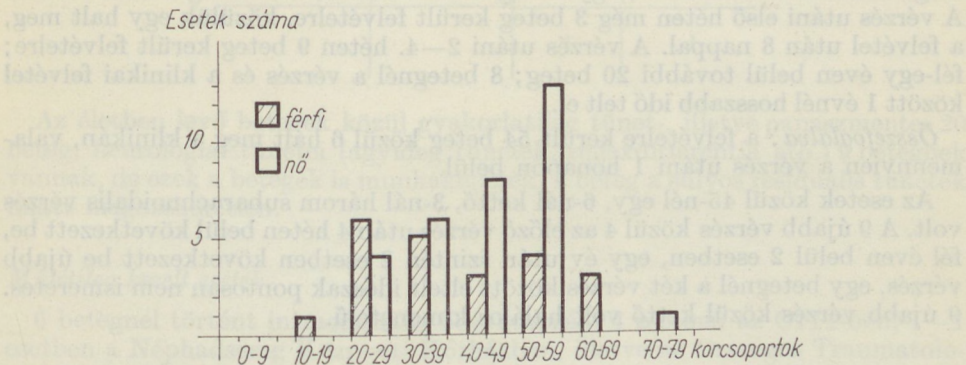
4. a konzervatív kezelt eseteknek (44 beteg) több mint 50%-a (24/44) halt meg a vérzés következtében. (Ezen anyagban a hyperacut lefolyású esetek is benne foglaltatnak). A közlemény megírásakor 15 beteg volt életben (15/44 — 34%).

5. 56 betegnél történt műtéti beavatkozás. Ezek közül 47 esetben intracranialis volt a műtét. A műtéti halálozás — csak az intracranialis beavatkozásokra vonatkoztatva — 14/47 — 29%. A közlemény megírásakor 32 beteg volt életben (32/56 — 57%).

Catamnestikus vizsgálatok az I. sz. Neurologiai és Pszichiatriai Klinika anyaga alapján

1958—70 között 54 beteg került a klinikára subarachnoidalis vérzés kóris-mével. Az esetek egy részénél már más egészségügyi intézményben diagnosztizáltak az intermeningealis vérzést, másik részénél a klinikai vizsgálatok alapján állítottuk fel a kórismét.

Az esetek kor és nem szerinti megoszlását mutatja az 5. ábra.



5. ábra

Angiographiás vizsgálat (a klinikán vagy máshol) 26 esetben történt: 13 betegnél egyoldali carotis angiographia 10 esetben mutatta ki a vérzés okát, 8 esetben a kétoldali carotis angiographia csak 1 esetben mutatott ki aneurysmát, 5 betegnél vertebralis angiographia volt, közülük 3-nál a vizsgálat kimutatta az intracranialis vascularis ér-anomaliát. Tehát a 24 betegnél végzett 26 angiographiás vizsgálat 14 betegnél kimutatta a vérzés okát. 30 betegnél angiographia nem történt. A sectióra került 6 eset közül kettőnél sikerült az aneurysmát megtalálni, 1 esetben hypertoniás eredetű, mély fehérállományba és a kamrarendszerbe betörő vérzés volt a halál oka, 3 esetben a vérzés biztos okozója nem ismeretes. A 12. táblázat a kimutatott érelváltozásokat mutatja.

Az acut vérzést megelőzően az 54 beteg közül 16-nál szerepel az anamnesisben fejfájás, rendszerint évekkel a vérzést megelőzően. 12 betegnél a vérzést eset-

12. táblázat

Elváltozás	Esetek száma	Férfi	Nő
Aneurysma:			
A. carotis interna	4	—	4
A. comm. anterior	1	1	—
A. cerebri media	1	1	—
A. cerebri anterior	1	—	1
A. cerebri posterior	2	2	—
A. basilaris	1	—	1
A. vertebralis	1	—	1
Arterio-ven. érelv.	11	4	7
	5	2	3
Összesen	16	6	10

legesen kiváltó tényező szerepel az anamnesisben: 7 esetben munka közben (erőkifejtés kapcsán) következett be a vérzés, 2 esetben sex. actus, 3 esetben emotionalis izgalom előzte meg a vérzést.

A subarachnoidális vérzés letalitása; ismétlődő vérzések

14 beteg került a klinikára a vérzés után 72 órán belül. Közülük 5 beteg halt meg: ketten 24 órán belül, egy beteg 2 héten belül, két beteg 4 héten belül. A vérzés utáni első héten még 3 beteg került felvételre, közülük egy halt meg, a felvétel után 8 nappal. A vérzés utáni 2—4. héten 9 beteg került felvételre; fél-egy éven belül további 20 beteg; 8 betegnél a vérzés és a klinikai felvétel között 1 évnél hosszabb idő telt el.

Összefoglalva: a felvételre került 54 beteg közül 6 halt meg a klinikán, valamennyien a vérzés utáni 1 hónapon belül.

Az esetek közül 45-nél egy, 6-nál kettő, 3-nál három subarachnoidális vérzés volt. A 9 újabb vérzés közül 4 az előző vérzés után 4 héten belül következett be, fél éven belül 2 esetben, egy év után szintén 2 esetben következett be újabb vérzés, egy betegnél a két vérzés között eltelt időszak pontosan nem ismeretes. 9 újabb vérzés közül kettő volt halálos kimenetelű.

Konzervatív kezelt esetek

A felvételre került 54 beteg közül 48-nál műtéti beavatkozás nem történt. A felvételi status alapján a betegek megoszlása a következő volt (a kategóriák jelentése az 599. oldalon látható).

	Esetek száma	Közülük meghalt
I.	11	—
II.	12	—
III.	20	3
IV.	5	3
Összesen	48	6

42 beteg távozott a klinikáról; jelenleg életben van 31 beteg, valamint az a 3 beteg, akik 1970-ben kerültek észlelésre és így a felvétel és a catamnestikus vizsgálat időpontja között 1 év még nem telt el. 6 betegről a távozás után nem sikerült információt szerezni, 1 beteg csak 3 évig volt követhető, 1 beteg 2 évvel a távozás után meghalt. A 13. táblázat az életben levő, a meghalt és tovább nem követhető esetek számát, valamint a követési időt mutatja. (megjegyzést lásd az 562. oldalon).

Ha a meghalt és nem követhető esetek száma levonásra kerül az 1 évig követett esetek számából, akkor megkapjuk a jelenleg életben levő és legalább 1 évig követett esetek számát (31 beteg).

13. táblázat

Követési idő	Életben levők	Meghalt	Nem követhető
1 év	33	—	—
2 év	32	1	—
3 év	22	—	1
4 év	16	—	—
5 év	12	—	—
6 év	10	—	—
7 év	4	—	—
8 év	4	—	—
9 év	4	—	—
10 év	2	—	—
11 év	2	—	—
12 év	1	—	—
		1	1

Az életben levő betegek közül gyakorlatilag tünet-, illetve panaszmentes 20 beteg, neurológiai tünetei (agyideg tünetek, reflexdifferentia stb.) 9 betegnek vannak, de ezek a betegek is munkaképesek, 2 beteg a súlyos residuais tünetek miatt magatehetetlen.

Műtétileg kezelt esetek

6 betegnél történt intracranialis beavatkozás: 4 esetben az OITI-ben, 1—1 esetben a Néphadsereg Központi Kórházban, illetve az Országos Traumatológiai Intézetben végezték el a műtétet. A betegek közül négyenél arterio-venosus angiomát távolítottak el totalisan, egy esetben a carotis interna supraclinoïdalis localisatiójú aneurysmáját coagulálták, egy esetben pedig a cerebri anterioron ülő aneurysmát tápláló arteria cerebri anticát clippelték le. A műtétileg kezelt betegek valamennyien életben vannak, négyen gyakorlatilag panaszmentesek, munkaképesek, egy betegnél a műtét után temporális jellegű saceres roszszullétek léptek fel, egy betegnél a műtét után hemiparesis alakult ki, mely jelenleg is fennáll.

Összefoglalás

A klinikáról távozott 48 beteget kontroll-vizsgálatra kértük be, közülük 40 beteg megjelent, 6 beteg további sorsa ismeretlen, 1 beteg csak 4 évig volt követhető, 1 beteg meghalt. Az ismeretlen esetek száma 7, vagyis 14% (7/48).

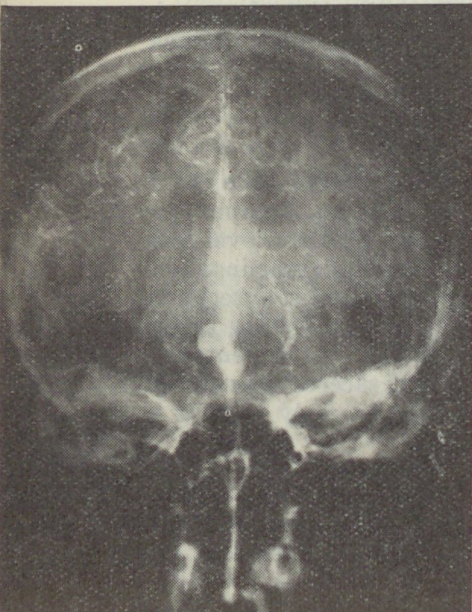
A műtétileg kezelt anyag kicsi, ezért értékelhető következtetések levonására nem alkalmas. A konzervatív kezelt és legalább 1 évig követett esetek közül

jelenleg életben van 31 beteg, vagyis a túlélés 68% (31/45). (Az 1970-ben észlelt 3 eset ezek között nem szerepel). A betegek közül 29-nél lényeges neurológiai deficit nem maradt vissza, gyakorlatilag panaszmentesek, munkaképesek.

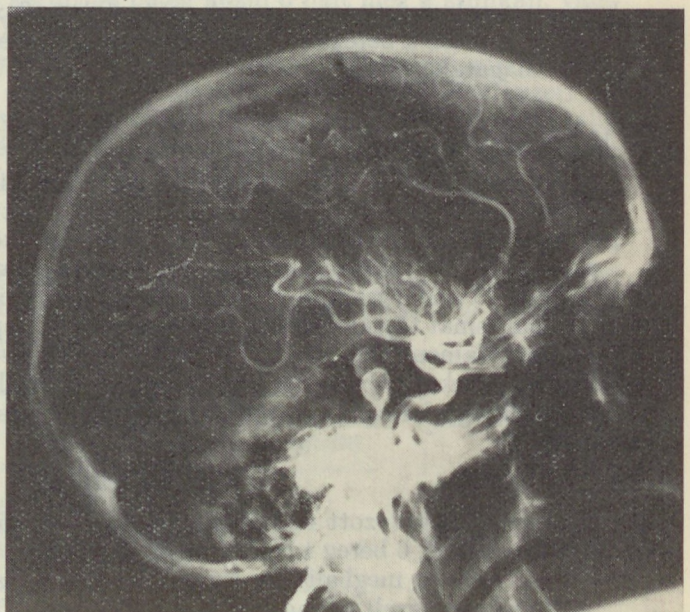
Esetismertetés

1. eset: Cs. M. 53 éves nyugdíjas. 33 éves korában vesepanaszok miatt bal veséjét eltávolították. 44 éves korában izgalom után rosszul lett, elveszítette az eszméletét. Magához térve heves fejfájás, hányinger, majd hányás lépett fel, hidegrázása volt. A beteg a László kórházba került, ahol liquor vizsgálattal diagnosztizálták a subarachnoidalis vérzést. Bentfekvésének 2. hetében egyik reggel jobb szemében heves fájdalom lépett fel, fejfájás, hidegrázás, láz kíséretében. Az újabb liquor-vizsgálat friss vérzést mutatott. Ekkor alakult jobb szemén jobbra tekintési gyengeség, fénymercv pupilla és ptosis, valamint b. o.-i pyramis tünetek. Ezután a beteget az OITI-be helyezték át, ahol az elvégzett jobb oldali brachialis angiographia két nagy kiterjedésű aneurysmát mutatott ki, melyek a cerebri posterior eredésénél ülnek és vérellátásukat legnagyobb valószínűséggel az arteria basilarisból vagy a communicans posteriorból vagy a cerebri posteriorból kapják (1. és 2. kép — az OITI-ben készült felvételek). Tekintettel a localisatióra műtétet nem végeztek. 1970 januárjában került a beteg a klinikára (4 évvel a ruptura után) neurotikus tünetei miatt. Azóta újabb ictusa nem volt. Statusában incomplet j. o.-i oculomotorius paresis és b. o.-i pyramis tünetek voltak kimutathatók. Betegsége miatt leszázalékolták, de jelenleg 4 órás munkakört el tud látni.

2. eset: T. Z.-né 29 éves ügyintéző. Anamnesisében évek óta szerepel fejtetőre localizálódó fejfájás. 1963-ban kb. 1 hónappal szülése után teljes jólét közepette hirtelen rosszul lett: heves fejfájás lépett fel, eszméletét elveszítette. Otthonában kezelték kb. 1 hétig, ezalatt igen heves fejfájás kínozta, hányt, lázas volt. Ezután került kórházba, ahol vizsgálatkor tarkókötöttséget, szemfenéken vér-

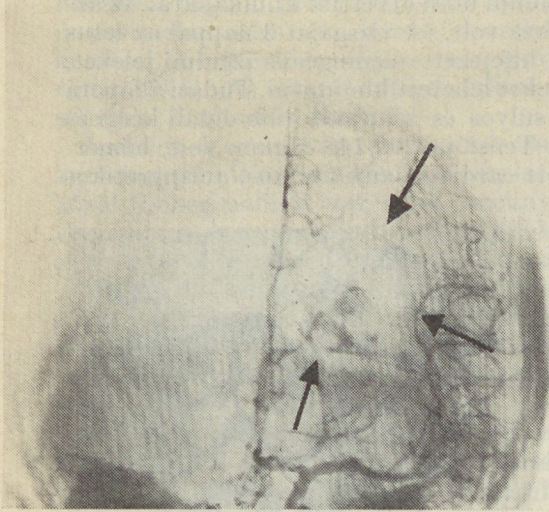


1. kép

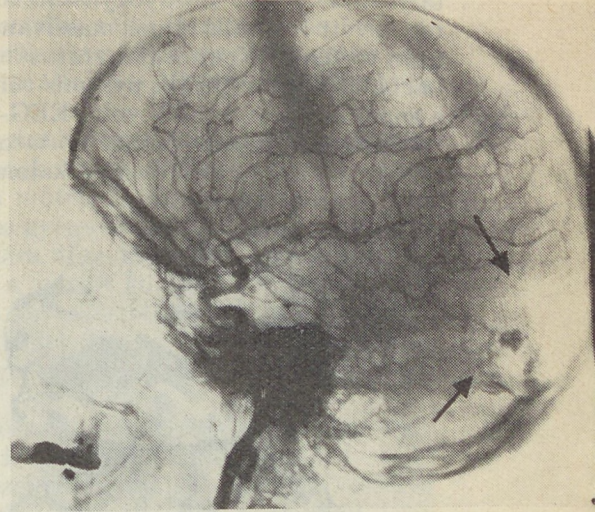


2. kép

zéseket találtak, a levett liquor xantochrom volt. 1964 májusában került a klinikára, két évvel ictusa után. Neurologiai statusában bal oldalt homonym felső quadrans anopsia volt kimutatható, a jobb parietalis tájék kopogtatási érzékenysége mellett. Az elvégzett j. o.-i carotis angiographia occipitalis elhelyezkedésű arterio-venosus angiomát mutatott ki (3. és 4. kép).

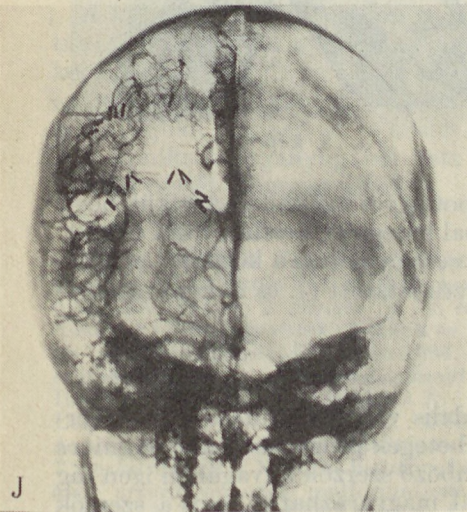


3. kép

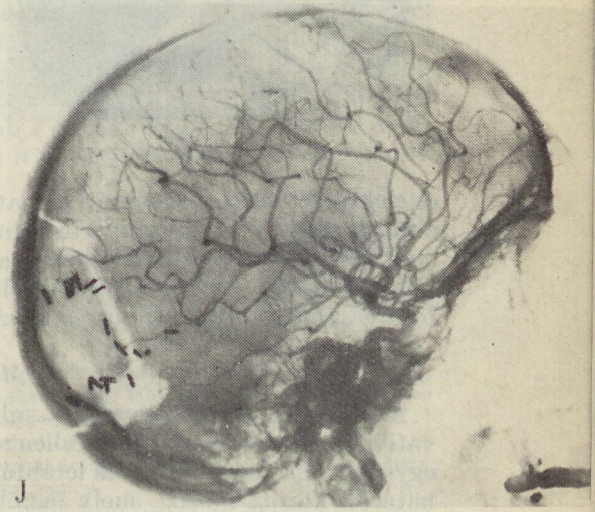


4. kép

A beteget ezután áthelyeztük az OITI-be, ahol megoperálták. A műtéti leírásban olvasható, hogy az angioma nagy részben a jobb occipitalis lebeny convexitas felszínén helyezkedett el, körülötte sárgás-zöldes hegszövet volt a régi vérzés nyomaként. Az occipitalis lebenyt a benne elhelyezkedő érgomolyaggal együtt eltávolították. A lényegében zavartalan postoperatív szak után elvégzett kontroll-angiographián az angioma nem telődött (5. és 6. kép — az



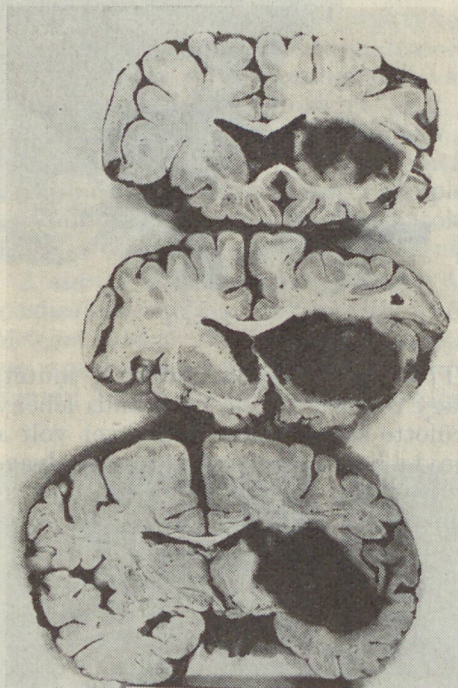
5. kép



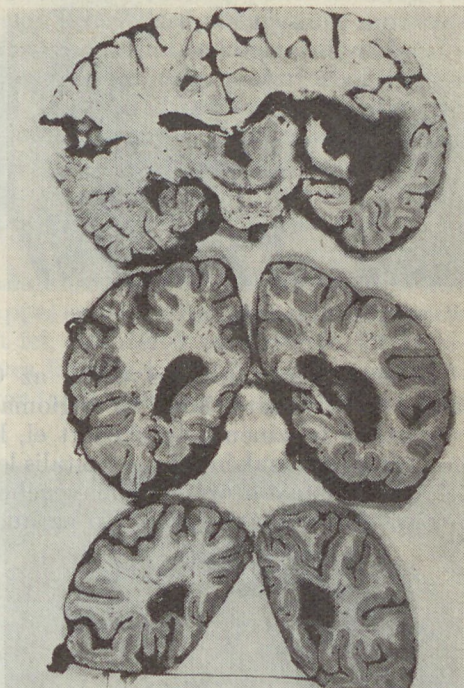
6. kép

OITI-ben készült felvételek). A betegnél a műtét után a látótér-defectuson kívül nem volt kimutatható egyéb neurológiai eltérés. 6 évvel a műtét után — jelenleg — panaszmentes, eredeti munkakörében dolgozik.

3. eset: G. J.-né 59 éves konyhai dolgozó. A beteg anamnesisében évek óta szerepel hypertonia; chronikus alkoholista. 1970 decemberében hősöprés közben elvesztette eszméletét, összeesett. Eszméletlen állapotban került belosztályra. A beteget ideggyógyászati consilium után átvettük klinikánkra. Az aznap levett lumbalis liquor massivan véres volt. (A vizsgálat 3 nappal az ictus után történt.) Neurológiai státusában kifejezett meningealis izgalmi jeleket, bal oldali hemiplegiát és pyramis-tüneteket lehetett kimutatni. Tudati állapota a sopor és coma között volt. EEG-je súlyos és kiterjedt jobb oldali kérgi és subcorticalis functio-zavart mutatott. Tensiója 200/140 Hgmm volt, hőmérséklete 38 °C felett volt. Az alkalmazott cardialis, antibiotikus, antipyretikus



7. kép



8. kép

és elektrolyt kezelés ellenére a comatosus állapot egyre mélyült és anélkül, hogy a beteg eszméletét visszanyerte volna, 9 nappal betegsége kezdete után exitált.

A sectio során a jobb féltékében a centrum semiovaléban a központi magvakat is ronsoló és az oldalkamrába betörő vérzés látszott (7. és 8. kép). A látóburkok alatt lapszerinti vérzés látszott.

Megbeszélés

Az irodalmi adatok szerint a subarachnoidalis vérzés letalitását, a konzervative, illetve sebészeti kezelésben részesített betegek prognosist illetően nincs egységes álláspont. A vérzés letalitása a különböző szerzők anyagában igen tág határok között mozog, mely leginkább azzal magyarázható, hogy a szerzők konzervative kezelt eseteik közé azokat az eseteket is beveszik, akiknél a klinikai

kép súlyossága rövid időn belül exitushoz vezet. Ezek az esetek sem konzervatív, sem sebészileg lényegében nem kezelhetők és így prognostikailag sem hasonlíthatók össze a sebészeti esetekkel. Ezeknél az eseteknél a mortalitás 85—100% körül mozog.

A műtéti statisztikákban a műtéti halálozás megítélése sem egységes, mivel a szerzők a legkülönbébb sebészeti beavatkozásokat végzik, ugyanakkor természetes, hogy a carotis lektése a nyakon nem hasonlítható össze a bonyolult és számtalan előre nem látható veszélyt magába rejtő intracranialis beavatkozással. A műtét időpontjának a megválasztása sem egységes szempontok szerint történik. Az operált betegek műtét előtti általános állapota sem különböz a műtéti halálozást illetően.

Locksley és mtsai nagy aneurysmák anyagának áttekintése alapján a következő megállapítás nem tűnik indokolatlannak: a konzervatív kezelt esetek közül többen halnak meg, mint amennyi a műtéti halálozás. Figyelembe kell venni azt is, hogy a definitív műtét végleges gyógyulást jelent, míg a műtéttel el nem távolított aneurysma a beteg számára állandó életveszélyt jelent.

Miután az aneurysmák kimutathatósága a vérzést követő 7—9. napon belül a legoptimálisabb, nem elhamarkodott az a következtetés, hogy a subarachnoidalis vérzésnél a vérzés után 10 napon belül indokolt elvégezni az angiographiát (egy-, szükség esetén kétoldali carotis angiographiát) a vérzés okának tisztázása céljából.

Kimutatott aneurysma vagy arterio-venosus angioma esetében minden eset gondos egyedi elbírálást igényel a műtéti indicatio felállítását illetően.

A vérzés után 1 évvel észlelésre került eseteknél az újabb ruptura veszélye lényegesen kisebb, bár természetesen annak lehetősége nem zárható ki.

A közleményben ismertetett esetek száma kevés, és természetesen nem mérhető össze a több ezres irodalmi adatokkal. Az acut subarachnoidalis vérzés letalitását illetően értékelhető következtetések nem vonhatók le, mivel az esetek nagyobb része nem az ún. acut szakban került felvételre. Ki szeretném emelni, hogy az idegsebészeti esetek 1951—1960 között kerültek észlelésre, amikor a műtéti technika, a prae- és postoperatív kezelés a jelenlegi lehetőségekhez képest kevésbé volt korszerű, mégis a műtéti letalitás 29% és a sebészeti esetekben a túlélés 57%; ugyanakkor a konzervatív kezelt csoportokban a túlélés 34% volt.

A klinika beteganyagában a vérzés oka az eseteknek csak kisebb részénél tisztázódott, mivel az esetek többsége a vérzés után már hosszabb idő elteltével került felvételre. Ez az anyag aetiologiai szempontból feltehetően heterogénebb és így értékelhető következtetések levonására kevésbé alkalmas. A túlélés ebben az anyagban (konzervatív kezelt és legalább 1 évig követett esetek) 68% volt.

A klinika beteganyagából vett esetekkel a subarachnoidalis vérzés néhány típusos esetét demonstráltuk.

IRODALOM: 1. *Bailey O. T.* : The pathology of subarachnoid haemorrhage. Pathogenesis and treatment of cerebrovascular disease. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas USA 1961. — 2. *Fényes Gy.* : A congenitalis agyi érbetegségek kezeléséről. Az idegrendszer vérkeringésének élettana és klinikuma. Az 1962. évi Ideggyógyász Nagygyűlés tanulmánykötete, Debrecen 1964. 382—93. o. — 3. *Fields W. S., Sahs A. L.* : Intracranial aneurysm and subarachnoid haemorrhage. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois USA, 1965. — 4. *Heidrich R.* : Die subarachnoideale Blutung. Veb Georg Thieme Leipzig, 1970. — 5. *Horányi B.* : Neurológia. Medicina, Budapest 1962. — 6. *Hullay J.* : Az aneurysma sebészeti ellátásának kérdése. Schaffer Károly emlékelőadás. 1970. — 7. *Locksley H. B.* : Natural history of subarachnoid haemorrhage, intracranial aneurysm. and arterio-venosus malformations. *J. Neurosurgery*, 25 : 219—39. 25 : 321—68. 1966. — 8. *Locksley H. B., Sahs A. L., Knovler L.* : General survey of cases in the central registry and characteristics of sample population. *J. Neurosurgery*, 24 : 922—32.

1966. — 9. *Locksley H. B., Sahs A. L., Sandler R.*: Subarachnoid haemorrhage unrelated to intracranial aneurysm and arthro-venous malformations. *J. Neurosurgery*, 24 : 1034—56. 1966. — 10. *McKissock W., Paine K. W. E.*: Subarachnoid haemorrhage. *Brain*, 82 : 356—66. 1959. — 11. *McKissock W., Walsh H.*: Subarachnoid haemorrhage due to intracranial aneurysm. *Brit. Med. J.* 2 : 259—65. 1956. — 12. *Molnár L., Balajthy B.*: Az agy vérkeringési betegségei. Medicina, Budapest 1966. — 13. *Nishioka H.*: Evaluation of conservative management of ruptured intracranial aneurysm. *J. Neurosurgery*, 25 : 574—92. 1966. — 14. *Orosz É., Fényes Gy.*: Agyi saccularis aneurysmák sebészi kezelésében nyert tapasztalatok. Az idegrendszer vérkeringésének élettana és klinikuma. Az 1962. évi Ideggyógyász Nagygyűlés tanulmánykötete. Debrecen, 1964. 488—91. o. — 15. *Perret G., Nishioka H.*: Cerebral angiography. *J. Neurosurgery* 25 : 98—114. 1966. — 16. *Sahs A. L., Perret G., Locksley H. B., Nishioka M., Skultety M.*: Preliminary remarks on subarachnoid haemorrhage. *J. Neurosurgery* 24 : 782—88. 1966. — 17. *Sayk J.*: A subarachnoidealis vérzés syndromája és a liquorlelet jelentősége a differential diagnostika számára. Az idegrendszer vérkeringésének élettana és klinikuma. Az 1962. évi Ideggyógyász Nagygyűlés tanulmánykötete. Debrecen, 1964. 105. o. — 18. *Skultety F. M., Nishioka H.*: The results of intracranial surgery in the treatment of aneurysm. *J. Neurosurgery*. 25 : 683—704. 1966. — 19. *Tap-pura M.*: Prognosis of subarachnoid haemorrhage. *Acta Med. Scand. Suppl.* 392 : 1—75. 1962. — 20. *Truelove S. C.*: Follow-up studies. Medical survey and clinical trials. *Witts L. S.* London. 1965. — 21. *Török P., Hullay J., Faragó L., Mechler F.*: Subarachnoidealis vérzés és az aneurysma műtéti megoldásának kérdése. Az idegrendszer vérkeringésének élettana és klinikuma. Az 1962. évi Ideggyógyász Nagygyűlés tanulmánykötete. Debrecen, 1964. 408—9. o. — 22. *Walton J. N.*: The later prognosis of subarachnoid haemorrhage. *Brit. Med. J.* 2 : 802—8. 1952. — 23. *Zoltán L.*: Személyes közlés, 1971.

A. Ф а з е к а ш: *Клиническая картина субарахноидальных кровотечений, их течение и прогноз на основании катамнестических исследований.*

Авторы вызвали на контрольное обследование 48 больных, выписанных из клиники. Из них явились 40. Дальнейшая судьба 60 больных неизвестная, за судьбой одного больного авторы могли проследить только 3 года, 1 больной умер. Число неизвестных случаев составляет 7, т.е. 14% (7/48).

A. F a z e k a s: *Das klinische Bild, der Verlauf und die Prognose der subarachnoidealen Blutung auf Grund katamnестischer Untersuchungen.*

Dr. Szobor Albert: Affectív és voluntaris magatartásmódok igazságügyi elmekörtani értékelése. Medicina Budapest 1971. 243 oldal.

Az igazságügyi pszichiatria nagy gyakorlati jelentősége ellenére a magyar és nemzetközi irodalomnak eléggé elhanyagolt területe. Elsősorban azoknak az irodalmi összefoglalóknak a száma csekély, melyek a mindennapi élet adta feladatokból indulnak el és ezek bázisán vannak le elvi következtetéseket. Az ilyen célkitűzésű közlésnek jó példája dr. Szobor Albert most megjelent könyve, mely érdekes olvasmány minden pszichiáter számára, de főként hasznos segítség igazságügyi elmeszakértőknek és jogászoknak egyaránt. A könyv két, lényegében különálló részre tagolódik. Az első részben az affectív magatartásmódok és reakciók, a második részben az akarat és voluntaris magatartásmódok forensicus pszichiatriai problémáit tárgyalja, minden esetben igen demonstrabilis példákkal illusztrálva mondanivalóját.

Terjedelmében és az esetismertetések számában is a nagyobb részt az affectív cselekmények forensicus pszichiatriai vonatkozásainak taglalása képezi. Ezt az aránytalanságot teljesen indokolja az a tény, hogy az elmeszakértői gyakorlati munkában is e kérdések fordulnak elő nagyobb gyakorisággal. A szerző témája tárgyalása közben nem követ semminemű nosológiai felosztást, hanem a legkülönbébb eredetű és legváltozatosabb tünetegyütteseket, reakciómódokat helyezi egymás mellé, melyeknek közös összetevője és ezáltal egységbefoglalója az affectusok által létrehozott, bűncselekményhez vezető magatartásmód. E heterogén és u. akkor gyakran csak kis részletekben különböző állapotok árnyalt differentiálását az egész könyvben következetesen és gondosan alkalmazott elemző módszer, ill. a szilárd fiziologiai bázisra támaszkodás biztosítja. Bár csak rövid összefoglalásban, de foglalkozik az affectusok létrejöttét magyarázó modern anatómiai-fiziologiai elméletekkel. Ez teszi lehetővé, hogy egyértelműen tudjon polemizálni és állást foglalni olyan kérdésekben — melyek a gyakorlati tapasztalatok ellenére is vitatottak, — hogy vajjon kísérheti-e, kíséri-e az affectusokat tudati alteratió, kialakul-e valódi amnésia. E bázisból kiindulva nyerne azonban nagy jelentőséget az affectív állapotok elemzésénél a vegetatív tünetek, a fellelhető motoros kisülések, de ugyanebből az alabból elindulva válik lehetővé a protrahált indulat, az affectus irradiáció stb. kellő értelmezése is.

Az affectív cselekmények problémáinak taglalását részben „az affectus által okozott tudatzavar”, részben „az affectív cselekmények személyiségi relációjá” nézőpontjából végzi. E tárgyalási módot szerzőnek az a kiemelése támasztja alá, mely szerint „az affectív magatartás kialakulásának két pillére a tudati állapot és a személyiség” — így az affectív cselekmények szakértői megítélésében a leglényegesebb feladatként a cselekményt megelőző, a cselekmény alatti és azt követő tudati állapotnak (a tudatzavar pathomechanismusának) ill. a személyiségnek elemzését jelöli meg (szemben a voluntaris magatartással, melynek elemzésekor a motívumok és a személyiség szerepe a ki-domborodó).

A tudat zavarainak felosztásában a szerző Nyíró beosztásából indul ki, de azt módosítja ill. főként kibővítve olyan felosztást alakít ki, mely részleteiben ugyan vitatható, de a szakértői munka szempontjából jól hasznosítható. 1. A tudat világosságának zavarait az ismert tudatvesztés és tudatborulás csoportokra osztja az ugyancsak mindenki által használt alcsoportokkal. 2. A tudat feszültségének (integrációjának) zavarait két kategóriába sorolja: *a)* laza tudatállapot (dekoncentrálttság, osztott tudatállapot, amentia) és *b)* szűk, feszes tudatállapotok (koncentrált figyelem, elfogultság, monoideisticus tudatkoncentráció, affectív tudatszűküllet, rövidzárlati cselekvés tudata). 3. A „kevert” jellegű (világosság és feszültségbeli) tudatzavarokat az alábbi alcsoportokra osztja: *a)* hypnagog tudatállapot, *b)* álomittasság *c)* oscilláló tudat, *d)* pseudodementia (simplex dementia, Ganser syndroma, psychogén desorientáció), *e)* suggestibilitás, *f)* explosívus reakció. 4. Az éntudat zavarai. Alcsoportjai: *a)* derealisáció, *b)* depersonalisáció, *c)* alternatív tudatzavar. 5. A „kivételes tudatállapotok”-at az alábbi alcsoportokra bontja: *a)* excessusok, *b)* pszichikai kényszer, *c)* szorongás, *d)* extaticus élmény.

„A tudatzavar mechanizmusa” és „az affectív tudatvesztés” címetek viselő rövid fejezetek a későbbi esetelemzések jobb megértését szolgálják. Ezekben a rövidzárlati cselekményt kísérő szűkült tudatállapot jellemzőivel és a pathológiás indulatkitöréseket kísérő borult tudatállapot kialakulási módjával szinte mint proto-típusokkal foglalkozik, — ill. a „tudatvesztésig fokozódó affect-viharok” kérdésében foglal állást, mi-

közben helyesen bírálja az irodalomnak kb. erre a csoportra alkalmazott „affect-epilepsia” és a modernebb „reactiv epilepsia” fogalmát.

Az eddig taglalt bevezető részek után tér át a különböző eredetű affect-cselekmények tárgyalására, melynek anyagát az E. T. T. évek alatt összegyűjtött válogatott problémái képezik. (Ismeretességük egységesen történik — ez magában foglalja a cselekmény néhány mondatos leírását, a személyiség jellemzőit és az életvezetés főbb adatait, a cselekmény részletes elemzését beleértve a cselekmény utáni magatartásmódot is, majd az előbbieken alapján kialakított véleményt — végül a könnyebb áttekinthetőség kedvéért rövid összefoglalót is ad).

„Az affectus által okozott tudatzavar” fejezet első két esetében az „éntudat zavara” címmel két olyan szociális remissióban levő schizophren beteg bűncselekményének adja az elemzését, melyeknél a hirtelen keletkezett affectív reakció okát pathológiás ötletbetörés, ill. paranoid tartalom képezte. Gyakorlati szempontból igen fontos, hogy a látzólag affectus-mentes, sőt érzelmentes egyénnél is jelentkezhet olyan haránt-stimulus, mely gátlás nélkül azonnal cselekvésbe fordul.

Nagyon tanulságos az a részlet, melyben különböző eredetű, kórlefolysú és ezért nosologiailag — az igen hasonló kóros tartalmak ellenére — különbözőképpen osztályozható paranoid állapotokat ismertet és elemez. A cselekmények leírásánál külön figyelmet fordít a paranoid állapotokban többnyire fellelhető, a túlértékelt vagy téveseszmékkel foglalkozó egyén jellemzőjeként kialakult, a szerző által „monoideisticus tudatkoncentráció”-nak, ill. „tudati terjedelemcsökkenés”-nek nevezett tudat-alterációk kimutatására, továbbá arra az affectív állapotra, melyet ugyancsak a téveseszmével való foglalkozás alakít ki és joggal nevezhet „paranoid alapindulat”-nak.

Az affectív magatartásmódok következő csoportjában a pathológiás és atypusos alkohelmámorban előforduló tudatzavarok és affectív magatartásmódok elemzését adja, melyek jellemzői a szerzőnek Angyallal közös munkáiból jól ismertek. A mindennapi szakértői gyakorlat szempontjából különösen fontos az a megállapítása, hogy az abortív pathológiás részégségnek a tudatzavar obligát tünete, melyet a tudat világosságának és integrációjának oszcilláló, fluctuáló jellege jellemez következményes és a cselekmény alatt is gyakran változó magatartásformákkal. A pathológiás részégségi állapottok kórismézését nagyban segíti azoknak az okoknak taxatív felsorolása is, melyek változó együttes indokolja és magyarázza a részégség e formáinak kialakulását.

A szerző a psychogén tudatzavarok kérdését is érinti, de ennek keretében csak egy affectus irradiációval vagy eltolódással magyarázható pyroman, ill. komplex károsodások által okozott poriomán állapotnak adja ismertetését. Rámutat azonban előbbieken kapcsán az ún. monomániás cselekmények motivációjának gyakran nehézséget jelentő felderítésére, nem egyszer felderíthetlenségére.

„Az affect-cselekmények személyiségi relációjára” fejezetben a szerző annak a forensicus psychiatriában rendkívül lényeges problémának a taglalásához jut el, mely az affectív cselekmény és a személyiség viszonyával foglalkozik; — konkrét kérdésként — „vajon egy adott esetben a személyiség ismert munkamódjával vagy többé-kevésbé személyiségidegen cselekménnyel állunk-e szemben?”. (Ismét esetismertéseiben mutatja be, hogy az előző életvezetés, a személyiség-qualitások és munkamódok — főként az affectív reakció-készség, az etikai-szociális-, morális érzelmek, interpersonalis kapcsolatok — elemzése alapján hogyan adható erre többnyire egyértelmű pozitív vagy negatív válasz). E kérdés fejtegetése közben több ízben nyomatékosan felhívja a figyelmet a személyiség vizsgálatának jelentőségére, amit — vitában a cselekvés alakulásában a motívumoknak kizárólagos szerepet tulajdonító elméletekkel — avval is alátámaszt, hogy rendkívül különböző. A személyiségtől idegennek tűnő cselekmény sem értékelhető a cselekvést elindító motívumok érvényesülése a személyiség összetételétől függően azonban önmagában, csak a cselekmény ad hoc motivációjával, ill. a tudat állapotával együttvizsgálva. E komplex szemlélet szerint egy adott cselekmény végeredményben csak akkor mondható személyiség-idegennek, ha „az affectív magatartás személyiségi és situatív relációjában egyránt motívatlan, idegen, értelmetlen, túlméretezett és a tudat valamilyen zavarával is társul”.

E fejezet keretén belül az indulat és felindulás differenciálásával is foglalkozik. Az „erős felindulás” jogi fogalmához szorosan hozzátartozónak véli a méltányolható okot, az ok tettesen kívül álló jellegét. Az indulat biológiai fogalmával kapcsolatban is rámutat azonban arra, hogy a méltányolható ok nem egyszer a tettes személyiségében,

indulati reakció-typusában, affect systemájának reactibilitásában is megmutatkozhat. Bár példát szolgáltat az indulat és felindulás egyidejű előfordulására, a két fogalom szétválasztásának szükségessége, az indulat orvos-biológiai fogalmának és ebből következő sajátosságai szabatos meghatározásának fontossága mellett foglal állást.

Az agressio kérdésével a szerző külön foglalkozik és kiemeli annak phaenomen jellegét. Ehhez kapcsolódó feltevésének vizsgálata céljából kis kitérőt is tesz. Munkatársával osztályának 5 éves neurotikus beteganyagát vizsgálta át az önagresszív és heteroagresszív cselekmények, impulsív magatartási reakciók és az agressióhoz nem vezető irritatív állapotok regisztrálása céljából. A különböző szempontok szerinti összesítések (elsősorban azonban a nem psychoticus betegeknel található „agressív magatartási sablonok és reakciók” nagy gyakorisága) alapján szerző igazolva látja az „agressió phaenomen-jellegű transformatióját”-ról alkotott, statisztikai adatokra támaszkodó elképzelését. A sexualis tartalmú agressió problémáival további 4 esetismertetésben foglalkozik; melyeknél az agressio hol nyílt brutalitásban, hol conversióban, hol más affectusban nyilvánult meg. Ezek az ismertetések elsősorban a személyiség, motivatív összetevőinek és azok egymáshoz való kapcsolódásának elemzési módjára szolgáltatnak methodikai példát.

A primitív reakciókra éppen nagy gyakorlati jelentőségük miatt tér ki részletesen a szerző és ennek keretén belül az explosív reakciónak, a protrahált affectusnak, a raptus melancholicusnak, a rövidzárlati cselekményeknek jellemző sajátosságaival, diagnosztikus problémáival foglalkozik. — a megelőzőkkel összhangban valamennyit példával illusztrálja.

A könyv második része, „az akarat és voluntaris magatartásmódok” fejezet, az akaratra vonatkozó filozófiai és jogelméleti nézetek vázlatos ismertetésével kezdődik, kiemelve az e kérdésekben mutatózó ellentétes elképzeléseket. Hasonlóan az ellentmondások kibontására törekszik az akarat problémájához kapcsolódó pszichológiai szemléletek tárgyalásakor, de kitér az akarat fiziológiai bázisának tisztázására szolgáló feltételezések taglalására is. Előbbiekkel vitázva bírálja azokat önálló és elsősorban forensicus tapasztalataiból kialakított koncepciója oldaláról. „Az akarás lelki folyamatát és lehetőségeit a primitív-től a komplikált felé történő fejlődésében” igyekszik ábrázolni. Eközben elemzi a primitív differentiatlan személyiség, az átlagos műveltségű jól differentiált személyiség és a kifejezetten magas intellektusú erősen differentiált személyiségű egyén akaratí aktusának felépítését és az egyes lépcsőfokok között meglévő különbségeket. Míg a primitív személyiségnél elsősorban az affect-vezérlésű akaratí aktusok érvényesülnek, a jól fejlett személyiségnél a racionális készletésű, a magasan szervezett személyiségnél a jellem készletésű akaratí aktusok a dominánsak. Hangsúlyozza, hogy az egyes formák szétválasztását interpretációs célból látja elsősorban szükségesnek, — külön kiemeli az átmenetek, a biopsychikai variációk nagy számát ill. a fejlődési lehetőségeket. A szétválasztásnál főként azokat a psychés faktorokat és történéseket keresték, melyek az akarás folyamatára alakító hatásúak. A koncepcióból következik, hogy a voluntaris magatartás alakulásában is döntő szerepet tulajdonít a személyiségnek — a személyiség nívójának, fejlettségének, összetételének és differentiálódása fokának. A személyiség társulva a külső és belső motívumokkal, „az a két döntően fontos pillér, amelyen az akaratí magatartás felépül”. Míg a szerző az affectív magatartásmódok alakulásában a személyiség szűrő szerepét hangsúlyozza (l. előbb), a voluntaris magatartásmódok létrejöttében ez a szűrő szerep beszűkül és az affectív dinamikus helyett a személyiség intellektuális-racionális összetevői, ill. a character motívum formáló hatása kerülnek előtérbe. Összefoglalóan az akaratot „integratív jellegű psychés functio-komplexusnak tartja, mely a causalis normák megszabta keretek között válogatási lehetőséget reprezentál az adott személyiségtől dependens módon.”

E szemléletből kiindulva foglalkozik az olyan állapotokkal, melyek valamilyen formában az akaratképzést befolyásolják; — a kényszer, fenyegetés, jogos védelem akaratkorlátozó szerepét részletesen tárgyalja, míg az akaratképzést befolyásoló biológiai állapotokra csak utal. U. ezen fejezetben kitér a BTK beszámíthatóságra vonatkozó rendelkezésére (21§ 1.2. bekezdés), mely külön választ kér a felismerő és a magatartási functiók mibenlétére. Előbbiek — mint arra szerző is rámutat — többnyire egymással párhuzamosan és egyenlő mértékben károsodnak, de elemzi azokat a lehetőségeket is, melyeknél ez a parallelitas nem áll fenn. Rámutat arra, hogy elsősorban a bonyolultabb esetek szakértői megítélésében mennyire lényeges, milyen segítséget jelent az előbbi kérdés bontása, ill. mennyire fontos a cselekménynek az akaratí functio egyes összetevői szerinti áttekintése (volt-e indítéka és felismerte-e azt, jelentkeztek-e ellenérvek, alkalmas volt-e az egyén a mérlegelésre, átélte-e a tudatos döntést stb. stb.), mert csak így hozható felszínre mind a kóros motíváció, mind a motívatlanosság.) A felsoroltak — hasonlóan az előzőkhöz — logikusan következnek az e probléma feltárására szolgáló esetismertetésekből).

A könyv befejező része az akarati élet zavarának néhány megjelenési formájával foglalkozik — elsősorban a chronicus alkoholismusnál és psychopathiáknál előforduló zavarok ismertetését, azok tüneti leírását tűzi ki célul.

A könyv szabatos stílusban, olvasmányos formában megírt. Jól válogatott irodalomjegyzéket és névmutatót tartalmaz. A könyv esetismertetéseinek válogatása, a tárgyalt problémák feldolgozási módja, az irodalom interpretálása egyaránt a szerző igényességét és a témakörben való magasszintű jártasságát bizonyítja. A könyvhöz dr. Zoltán Imre professzor írt előszót és méltatást.

Dr. Huszár Ilona

FELHÍVÁS

A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága 27. Nagygyűlését és a Magyar EEG-Társaság 16. évi Tudományos Ülését egy időben tartja 1972. szeptember 7—8—9-én Budapesten, a Magyar Tudományos Akadémia termeiben.

A nagygyűlés főtémái:

1. A szociálpsychiatria aktuális kérdései.
Főreferens: Dr. Juhász Pál egyetemi tanár
2. A központi idegrendszer energiaforgalmának zavarai ideg- és elmebetegségekben.
Főreferens: Dr. Molnár László egyetemi tanár
3. Szabad előadások,

Az 1. és 2. főtéma referenseit és előadóit a főreferensek kéri fel. Az EEG-tárgyú szabad előadások bejelentését Dr. Juhász Pál (Bp. VIII., Balassa u. 6.), a neuro-psychiatriai tárgyúakét pedig Dr. Gosztonyi György (Bp. VIII., Balassa u. 6.) címére kérjük.

A bejelentett előadások elfogadása felett a Rendezőbizottság dönt.

A Nagygyűlés *hivatalos nyelvei* magyar, angol, német, francia, orosz.

A *részvételi díj*: 100,— Ft.

A Rendezőbizottság a részvételi szándék bejelentésére jelentkezési lapokat bocsát ki. A jelentkezési lapok beküldési határideje 1972. I. 31.

MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
KÖNYVTÁRA

PERLEPSIN *tabletta*

ANTIEPILEPTICUM

A Perlepsin anticonvulsziós hatásával állatkísérletekben kivédi a tetracor, strychnin és az electroshock által kiváltott görcsöt. Klinikai vizsgálatok alapján anti-epilepsiás hatásának bizonyult. Terápiás adagjaiban mentes a barbiturátokra jellemző általános bódító hatástól.

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 0,5 g α -methyl- α -phenyl-N-morpholinyl-methylen-succinimid. hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Az epilepsia különböző típusait, elsősorban a petit mal és temporális rohamokkal, valamint a petit mal és grand mal rohamok együttes előfordulásával jellemzett formáit és az ezzel járó egyéb klinikai tüneteket kedvezően befolyásolja. Megfelelő adagolással igen gyakran és gyorsan biztosítja a teljes rohammentességet, továbbá a rohamokkal összefüggő klinikai tünetek és a kóros agyi elektromos tevékenységek rendeződését. Egyéb antiepilepticumok részleges hatásossága esetén adjuvansként is adható, mint ahogy a Perlepsin-adagolás is kiegészíthető egyéb antiepilepticumokkal.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést igényel. Felnőtteknél általában napi 3×1 tablettával kell kezdeni a kezelést. Amennyiben a gyógyszer szedése mellett roham jelentkezik, a napi dózist $3 \times 1 \frac{1}{2}$ -re, újabb roham esetén 3×2 tablettára kell emelni. Intézeti kezelés esetén, különösen akkor, amikor a rohamok halmozódása miatt gyors eredményt akarunk elérni, kezdjük a gyógyszerelést napi 3×2 tablettával és rohammentesség után a lehetőségnek megfelelően csökkentjük.

Gyermekek adagja az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb. A napi háromszori adagolás lehetőleg a főétkezésekkel egyidőben, az esetleges negyedik adag bevétele este lefekvéskor történjék.

Hatásosság szempontjából a rendszeres és folyamatos kezelés elengedhetetlen. Intercurrens megbetegedések alkalmi gyógyszerelése a Perlepsin adagolását nem teszi mellőzhetővé.

A gyógyszer adagolásának megszüntetése 2 évi rohammentesség esetén szakorvosi és EEG vizsgálattal egybekötött ellenőrzés mellett jön számításba.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán előforduló nemkívánatos mellékhatások (enyhe gyomorpanaszok, szédülés) az adag csökkentésével általában megszüntethetők. Ha azonban a melléktünetek az adag csökkentésével sem szűnnek meg, ajánlatos az adagolás megszakítása. Az egyéni túlérzékenység súlyosabb esetben (bőrtünetek, haematuria, agranulocytosis) a további adagolást azonnal beszüntetjük.

Hosszabb gyógykezelés és főleg nagyobb adagok rendelése esetén a vizelet és a vérkép rendszeres ellenőrzése feltétlenül szükséges.

CSOMAGOLÁS:

20 db	à 0,5 g tabletta	45,— Ft
200 db	à 0,5 g tabletta	434,— Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CHINOIN GYÓGYSZER- ÉS VEGYÉSZETI TERMÉKEK
GYÁRA, BUDAPEST IV., TÓ UTCA 1—5

TRISEDYL injekció, tableta, solutio

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 2,5 mg, 1 tableta 0,5 mg, a solutio (10 ml) milliliterenként 1 mg 4-fluoro-4'-butyrophenon. hydrochloric.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Motoros és psychés agitációval járó kórképek, paranoid hallucinatoros kórképek, oligophrenia, epileptiform psychosisok, delirium tremens, melancholia, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: A pyramis-pálya és az extrapyramidalis pályarendszer organikus betegségei.

ADAGOLÁS: A parenteralis alkalmazás abban az esetben indokolt, ha az oralis adagolás keresztülvihetetlen. Adagja: $\frac{1}{2}$ –1 ampulla im. Oralisan: 0,5 mg-os kezdő adag után az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével a napi adagot felnőtteknek 1,5–2 mg-ig lehet emelni. Gyermekeknek 5 éves korig a felnőtt adag negyedrése, 5–15 éves korig a fele adagolható.

MELLÉKHATÁSOK: Parkinsonismus, izomgörcs, izom-hypertonia léphet fel. Ezek a tünetek az adag csökkentése vagy a kúra átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinson-szerekkel megszüntethetők.

MEGJEGYZÉS: A Trisedyl potenciálja a központi idegrendszerre ható szerek hatását, ezért alkalmazása barbituratok, ópiátkészítményekkel egyidőben nagy körültekintést igényel. Trisedyl-kezelés kizárólag orvosi ellenőrzés mellett történhet.

FORGALOMBA KERÜL: 5 × 1 ml-es ampullákban

50 × 1 ml-es ampullákban

50 db tableta

250 db tableta

1 üveg solutio (10 ml)

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.