

305.10f

# IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XII. ÉVFOLYAM  
129—160 OLDAL

5

BUDAPEST, 1959. MÁJUS

2

## IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK, GYÓGYSZERÉSZEK ÉS EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK  
SZABAD SZAKSZERVEZETE IDEG-, ELME SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

Főszerkesztő: Környey István

Felelős szerkesztő: Juhász Pál

Szerkesztőbizottsági titkárok: Orosz Éva és Pollner György

Szerkesztőbizottság: Angyal Lajos, Geréb Tibor, Horányi Béla, Huszák István, Lehoczky  
Tibor, Nyíró Gyula, Rakonitz Jenő, Szinetár Ernő, Tariska István, Zoltán László

Szerkesztőség: Idegklinika, Debrecen

Kiadóhivatal: Budapest, V., Beloiannisz u. 8.

M. N. B. egyszámúszám: 91.915.272—48.

### T A R T A L O M

<i>Simonyi Gusztáv</i> : A Lissauer-féle apperceptív vakságról	129
<i>Leel-Őssy Lóránt és Török Pál</i> : Malignus melanomák központi idegrendszeri metastasisai .. .. .	136
<i>Irányi Jenőné</i> : A Wahnstimmung strukturalis elemzése	148
<i>Hasznos Tivadar</i> : Vasomotoros reflexek hatása a kóros elektroencephalogrammra .. .. .	156
Ophthalmó-otoneurológiai munkaközösség megalakulása	159
Hírek .. .. .	160

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlap Irodánál.

(Bpest, V., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál.

Előfizetési díj negyed évre 21,— Ft. — Egyes példány ára: 12,— Ft.

Csekkzámlaszám: egyéni 61.299., közületi 61.066 (vagy átutalás az MNB. 47. sz.  
folyószámlájára)

Megjelent: 1050 példányban

Felelős kiadó: a „Medicina“ Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója

48054-689/2 - Révai-nyomda, Budapest, V., Vadász utca 16. (Felelős: Povárny Jenő)

## A Lissauer-féle apperceptív vakságról

Írta: SIMONYI GUSZTÁV

Annak ellenére, hogy az utóbbi 70 évben az agnosia problémával a legnevesebb neurológus kutatók behatóan foglalkoztak, nem jutott nyugvópontra a vita, különösen az optikai agnosziát illetően, sőt ez a vita újabb pszichológiai nézetek és érzékszerv-physiológiai vizsgálatok eredményeképpen az utóbbi években hevesen fellángolt. Igazi tárgy-agnosia esetek rendkívül ritkák és az irodalom klasszikus eseteinek megfejtése is változó az egyes szerzők szempontjai és terminológiája szerint.

A lelki vakság fogalmát *Munk* állatkísérleti úton teremtette meg, és csaknem egyidőben kísérleteivel megindult a klinikai adatgyűjtés. *Munk* (1877) úgy találta, hogy ha kutyák occipitalis kérgének bizonyos területét kiirtotta, a kísérleti állat továbbra is látott, akadályokat kikerült, de nem ismerte meg az előtte lévő tárgyakat, személyeket. A kiirtott idegsejtekkel az azokban elhelyezett emlékképek pusztultak el nézete szerint és ezért nem lehetséges az újra felismerés.

*Lissauer* — akinek alapvető megfigyeléseit és azokból levont következtetéseit ma is élvezettel olvashatjuk, már megállapította, hogy a lelki vakság lényege: látszólag megtartott perceptio melletti képtelenség a látott tárgyak megismerésére. A tárgyat leírni, tulajdonságairól felvilágosítást adni nem tud a beteg. Ennek a definíciónak két feltétele van: 1. Ne legyen általános szellemi eltompulás, 2. ki kell zárni aphasiás zavarokat. Esetével kapcsolatban a tárgymegismerés elméletét fejtette ki, mely két psychés részfolyamatból állana: *a*) tudatos észrehevés, apperceptio, *b*) ezeknek az észrehevéseknek összekötése más fogalmakkal, associatio. Optikai agnosziánál mind a két részfolyamat zavart lehet és így a lelki vakság apperceptív vagy associatív formája jöhet létre. Saját esetét az utóbbihoz sorolta (transcorticalis forma a Wernicke-féle értelemben). Későbbi szerzők ismételten megállapították, hogy a leírt esetek a *Lissauer*-féle lelki vakság két eleméből vannak összetéve, amelyeket tisztán elkülöníteni nem lehetséges, amit egyébként *Lissauer* fejtegetéseiben várhatóan mondott. Gyakorlatilag a következő a helyzet: a lelki vakság associatív formájánál a látás érintetlen. A látási analýsatorokban semmi károsodás nincs. Ha gyorsan akarnánk tájékozódni a két típus között, egyszerű vizsgálat dönt: rajzolja a beteg a tárgyat, amelyet lát, de nem ismeri fel. Az associatív formában szenvedő beteg lerajzolja a tárgyat, vagyis alakját, elhelyezését érzi, csak identifikálni nem tudja. Az apperceptív formában szenvedő nem tudja lerajzolni a tárgyat. Egyes szerzők az optikus agnosziának mint önálló zavarnak a létezését tagadják és azt mondják, hogy minden esetben vagy igen súlyos érzékszervi (perifériás látási) hibák, vagy általános psychés leépülés szerepel (emlékezés-intelligentia-beszédzavarok) (*Stauffenberg, Monakow, Bay*).

Normál kísérleti egyéneken is kimutathatók az agnosziához igen hasonló tünetek, ha a látási analysatorok zavarát mesterségesen állítják elő. Ilyen kísérleteket *Siemerling* és *Poppelreuter* végeztek. *Siemerling* a látásélességet homályüveggel 1/30-ra csökkentette, a színlátást monochromatikus világitással megszüntette, így a lelki vaksághoz hasonlót észlelt önmagán és egy másik orvoson. *Poppelreuter* viszont a szem elé erősített csővel a látóteret erősen beszűkítve, a csőlátáshoz hasonló körülményeket teremtett. Mindezek a kísérletek és a későbbiek is — melyekben az agnosziás látásmódját akarták utánozni — hiányosak, mert bár rossz, de konstáns észrevevést szolgáltatnak, márpedig éppen a változás, mulékonyosság az, ami a kóros működésváltozást leginkább előidézi, *Bay* szerint. De mindenesetre az agnosia-probléma egyik részére utalnak, amit a klasszikusok és később is elhanyagoltak. Ha egy rövidlátó leteszi szemüvegét (*Jung*) ugyancsak nem hasonlítható agnosziához, mert 1. a látási analysatorok számtalan egyéb károsodásában nem szenved (színerzés-csökkenés, metamorphosia, beszűkült látótér, fixálás és „visual attention” zavarai). 2. Ezen kívül az intelligentia szerepét kell figyelembe venni, ami alatt a megismeréshez szükséges összes psychés működést értjük. A tárgyak megismerése nincs kötve azok minden részletének világos érzékszervi észleléséhez, inkább függ bizonyos jellemző részlettől: „kritische Detail” (*Birkmayer*). Ami kimaradt az észrevevésből, azt — természetesen nem tudatosan — spekulatíve kiegészítjük. Ez a körülmény általában észrevétlen marad, mert a normális embernél ez a spekulatív befejezés általában megegyezik a valósággal. Kivétel azonban a sajtóhibák elnézése olvasáskor. Minél elégtelenebbek az érzékszervi adatok, amelyek az észrevevéshez rendelkezésünkre állanak, annál nagyobb része van az intelligentiának a megismerésben egészen a szélsőséges esetig, mint pl. homályban tudatos mérlegelés tárgya lehet, hogy mit is jelenthet egy árnyék.

Fenti okok miatt már a klasszikus szerzők is megállapítják, hogy lelki vakság a magasabbrendű idegrendszeri tevékenység zavarától függetlenül nincsen. *Bay*, mikor tagadja az agnosia létezését, visualis agnosziára nézve, az irodalom klasszikus eseteinek elemzéséből indul ki. A teljesen psychotikus és psychogen eseteket (*Charcot*, *Reinhard*, *Pick*, *Willbrand* esetei) elvetve az optikai zavarokban szenvedőkkel foglalkozik (*Lissauer*, *Stauffenberg*, *Heidenhain*, *Poppelreuter* esetei). Mindezekben az esetekben kimutatja, hogy kétoldali látótér defektusok voltak, egyiknek sem volt 1/5-nél jobb visusa és nagyfokú „Funktionswandel” kellett legyen az egész megmaradt látótérben is tapasztalata szerint, amire következtetni lehet az igénybevétel alatti rapid teljesítménycsökkenésből. Ehhez jön, hogy mindezen esetekben psychés zavarok voltak jelen. *Poppelreuter* esetében pszichológiai okokból, a többi esetben általános agyi leépülés miatt. A *Gelb—Goldstein*-féle esetnek különleges sorsa van, ez lett volna hivatva betölteni azt a hiányt, hogy a *Lissauer* postulatum szerinti apperceptív formát sohasem észlelték. Szokatlan érdeklődést és kezdettől fogva jogos kritikát kapott ez az eset, amit boncelet nélkül a szerzők elméletileg rendkívül megterheltek. *Poppelreuter* vitatta már, hogy agnosziáról lenne szó ebben az esetben, *Lange* kétségbe vonta az említett beteg adatainak megbízhatóságát és felhívta a figyelmet a rengeteg ellentmondásra. Később mások is vizsgálták ezt a beteget, egyéb tüneteket is találtak (tactilis agnosia, intellektus csökkenés), viszont cáfolták, hogy hiányzana a betegnél az optikai elképzelés és emlékezés (*Benary*, *Hochheimer*, *Jung*, *Bay*, *Lauenstein*, *Cibis*). Látászavarát chiasmataji sérülés következményének tartották. A masszív és sajátságos tünetképződésben a beteget ért tartós és suggestív befolyásolás, évekre terjedő vizsgálatok játszottak szerepet, a betegnek szokatlan készsége volt arra, hogy kitalálja és produkálja,

amit kívánnak tőle a vizsgáló orvosok. Szinte úgy látszik, *Bay* ellentétbe jött korábbi nézetével, mikor 1952-ben egy valódi lelki vakságos beteg esetét közölte. Ez szellemileg ép volt, a szokásos szemészeti vizsgálatok sem mutattak kórosat (ez csak bal szemére vonatkozik, mert a jobbal korábbi sérülés óta nem lát). Speciális vizsgálatok fényt derítettek arra, hogy a tárgy- és arcagnosia oka kóros „Funktionswandel” volt. *Bay* az agnosziát ebben az esetben is működésváltozással magyarázza, de hozzáteszi, hogy az agnosia ilyen magyarázata nem alkalmazható minden esetben.

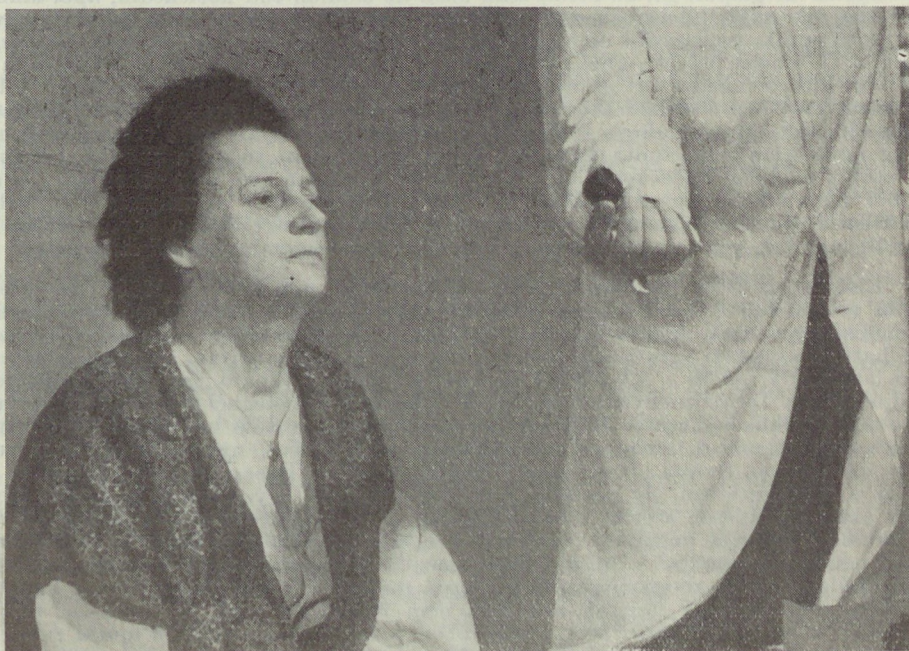
M. V.-né 59 éves nőbeteg. A kórelőzmény részben férjétől származik, aki azonban 1951-től 1956-ig távol volt (börtönben) és csak időnként láthatta, részben egy barátnőjétől, akihez csaknem naponta járt, részben a betegtől. 1953 végén férje észrevette, hogy nem ismeri őt meg a többi fogoly közül, keresgélte az arcok között. A beteg azzal indokolta ezt, hogy a rács miatt nem lát jól. A megvilágítástól függően nyilvánult meg kezdetben a látásromlás. Lépcsőházban bizonytalan lett a járása, panaszkodott, hogy a lépcsőt nem látja, ugyanakkor még a tárgyakat felismerte, zöldséget válogatott, virágokat megkülönböztetett. 1954—55-ben egyre inkább látási zavarokról panaszkodott, vibrált előtte minden, szemüveg nem javított a panaszokon, szemészeti vizsgálat nem mutatott ki kóros eltérést. Írása romlott. 1954—55-ben levelei mind kúszáltabbak lettek, sorai nem egyenesek, hanem hol felfelé, hol lefelé mentek. Ekkor még arcokat felismert. 1956 óta senkit sem ismer meg, csak néha kivételesen férjét, nővérét. Az embereket ruhájukról, mozgásukról ismeri fel, vagy ha ismerősei ráköszönnek, a hangjuk után. Ugyancsak 1956 óta nem ismeri meg a tárgyakat, éspedig nagyságuktól függetlenül sokszor felvesz egy eldobott gyufaszálat, vagy elejtett tűt, máskor nagyobb tárgyat sem talál meg, ha annak átnyújtására felkéri. Míg spontán felismer vagy használ egy tárgyat, minél inkább feladat annak megtalálása, annál kevésbé sikerül. Sokszor az asztalt sem látja meg, mindemellett nem megy neki semminek. 1956 óta képeket sem ismer meg, még családi képeket sem. Férje bélyeggyűjtő, a beteg néhány lépésről meglátja a gyűjteményben, hogy milyen változatos színek vannak, de a bélyeg ábráját közelről üveggel sem. Írasi, olvasási képességét fokozatosan csaknem teljesen elvesztette. Fokozatosan súlyos térbeli tájékozódási zavar alakult ki, az utcán csak azon az oldalon tud közlekedni, ahol lakik. 1957-ben már saját lakásában sem tudott tájékozódni, főleg az előszobában, ahová négy ajtó nyílik, rendszerint nem oda nyit be, ahová szándékozik. Gyakran, ha hazamegy, a II. emelet helyett, ahol lakik, felmegy a III.-ra, ott látja, hogy a fogász táblája van kitéve (megtartott szimultán szöolvasás), ezt elolvassa és visszamegy a II. emeletre. 1957-ben öltözködéskor egyre több ügyetlenség volt megfigyelhető, kis sapkáját sohasem tudta rendesen felenni, felső ruhájának hol az elejét vette hátra, hol pedig egyáltalán nem tudta felvenni, vagy karjait nem tudta a ruhába betenni. Az utóbbi években feledékeny lett, érdeklődése korábban sem volt sokoldalú, de az utóbbi hónapokban egyre inkább beszűkült. Megváltozott személyisége is, valószínűtlen történeteket mondott, felnagyított mindent, régi időkre vonatkozólag is kitalált meséket, gyakran élcelődött, sikamlós vicceket mondott, kritikátlan lett.

Első ízben 1958. júniusában volt klinikánkon, másodízben 1958. november végén vettük fel. A belső szervek részéről nincs kórosként értékelhető. Vérnyomás normális. Agyidegek, vizomér, tónus, érzőkö, reflexek rendben. Kóros reflex nem található. Szemészeti vizsgálat: Baloldali homonym hemianopsia, megtartott macularis látással. V: 5/30 + 1,0 5/20. Funduson kóros nem látható. Ismételt vizsgálatok eredménye ez. Teljesítményei napról-napra változnak. A betegnél aphasia nem mutatható ki. Optikus agnosia: Jellemző a magartartása, keresve néz körül előre vagy jobbra tekintő arecal, szemével bizonytalanul tekintgetve, nyilvánvalóan nem tud bizonyos tárgyat fixálni. Hanginger felé fordítja fejét lassan, beszéd közben is, a vakokra emlékeztetően. Az optikailag nyújtott tárgyak egy részét nem ismeri meg, vagy alakai hasonlóság szerint másnak nevezi, pl. a kulcsot kanálnak, a tojástartót pohárnak, a gyűszűt dugónak. Nem úgy van, hogy semmit sem ismer fel, számtalan tárgy nevét megmondja. Változóak, ellentmondóak teljesítményei. Az egész helyzet, a használat segít a megismerésnél, pl. ágya mellett a papucsot, tálban a kanalat könnyen megismeri. A tárgyak nagysága nem játszik szerepet, ugyanakkor, mikor egy nagy tölcserít nem ismer meg, a kezemben, a köpenyem gombjára mutat és megmondja, hogy ez nem cérnagomb, hanem sárga csontgomb. Ha egy-egy tárgyat teszünk elé, gyakrabban megismeri, mintha egyszerre többet. Ilyenkor zavarba jön. Gyakran teszi fel azt a nagyon jellemző kérdést, hogy „megfoghatom”? „szabad kézbe ven-

nem?”. Amint kézbeveszi és megtapintja, abban a pillanatban helyesen megnevezi, ami azt is bizonyítja, hogy sem tactilis agnósiában nem szenved, sem a szótalálással zavar nincs (1—2. ábra). Arcokat nem ismer fel, bizonyos kategórián belüli könnyítés segítségével sem, pl. az orvost, akivel minden nap találkozik és látja, hogy fehér köpenye van, nem ismeri meg. Arcát homályosnak mondja, de elsorolja, szép szeme van, szép piros kerek arca, szép fogai stb. Egyik beteget, aki arcán megkarcolta magát, erről a sérülésről mindig megismeri (az eset a beteg jelenlétében történt). Optikai emlékezése viszonylag jó, a már látott és ismételt alkalmazott tárgyakat, ha megismeri, emlékszik rájuk. Emlékezetből tárgyak leírását megadja.

Localadaptációs vizsgálatot együttműködése hiánya miatt nem lehetett elvégezni. Tachystoscópiás vizsgálatot sem lehetett elvégezni, mert annak expositiós ideje alatt a fényen kívül egyebet nem ismert fel. Ha több másodpercig vetítünk egy-egy képet, egyes részleteket ragad meg. Igen suggestibilis. Feltűnő, hogy ha több alak van, akkor mindig csak egyiket ismeri fel. Pl. van egy kép, ahol a közepén egy jól megvilágított kisgyermek van, a jobbszélen egy árnyékban lévő, ez utóbbit leírja: „kisgyerek, szép barna lesült az arca”, ha eltakarjuk azt az alakot, akkor azonnal felismeri a közepén levőt, leírja: „megölel valamit, fejét a fához hajlítja” stb. Másik képekkel is előfordult ugyanez a jelenség és ez független attól, hogy az alakot a kép jobb oldalára, vagy baloldalára tesszük.

Színeket mindig jól kiválaszt és általában helyesen nevezi meg, árnyalati különbségek előfordulnak, mikor pl. a kékeslilást furcsa kéknek, a pirosat narancssárgának nevezi. Tér mélységbecslése megközelítően jó. Egyes nagyobb nyomtatott betűket elolvas. Többet téveszt rendszerint alaki hasonlóság miatt, mikor valamilyen részletet nem vesz figyelembe. Szavakat nem olvas el, kivéve, ha situációs könnyítés van, pl. a falon „Csendet kérünk” felírás. Egyes számokat felismer, az órát leolvasni nem tudja. Írása csaknem teljesen olvashatatlan, kúszva vonásokból áll. A legegyszerűbb dolgokat sem tudja lerajzolni, elveszti a megkezdett rajz képét, mikor a következő vonást akarja elhelyezni. Egyszerű számtani műveleteket sem tudja elvégezni. Pénzdarabokat tapintás alapján felismer, összeadni már nem tudja. Fogalmi feladatok, viszonyfeladatok, vonatkozási feladatok megoldása aránylag jó. Megjegyzőképessége gyenge. Szópáros vizsgálatnál igen nagy ingadozások a teljesítőképeség-



1. ábra. A beteg az optikailag nyújtott tárgyat nem ismeri meg



2. ábra. A kezébe adott tárgyat azonnal felismeri és megnevezi

ben 10 és 80% hiba között. Alakítási feladatok elvégzése igen gyenge eredménnyel sikerült.

Az intézetben igen rosszul tájékozódik, a folyosón eltéved, a kórteremben saját ágyát nem találja meg. A beteg maga javasolja, hogy piros szalaggal meg kellene jelölni az ő ágyát.

Pneumoencephalographia alkalmával nagyfokú diffúz agyatrophiát találtunk, tág kamrák, bő subarachnoidealis telődés. Elektroencephalographia: Baloldalt occipitalisan mérsékelt aktivitáscsökkenés, jobboldalt temporalisan, temporooccipitalisan alacsony amplitudójú alaptevékenység, állandó kis amplitudójú delta torzítás. Bal és jobb szem külön megvilágítása értékelhető aktivációt egyik oldalon sem eredményez. Generalizált abnormális EEG értékelhető lokalizációs jel nélkül.

Két furatlyukon keresztül végeztünk Neisser punctiót: Jobboldalt frontalisán és parietalisán. A parietálisból nyert készítményen igen nagy mennyiségben fordulnak elő különböző stadiumban levő senilis plaqueok, ezen kívül a pyramis sejtekben Alzheimer-fibrillumok. Schiff-készítményeken az adventitiában Schiff-positív anyagok.

### Megbeszélés

Esetünk legközelebb áll a klasszikus esetek közül *Stauffenberg*-esetéhez, különbség az, hogy annál színagnosia is volt és tárgyagnosija is súlyosabb volt. Ennek az esetnek a boncolásakor a kiterjedtebb lágyulás a j. o. occipitális lebenyben volt. Az agnosia irodalomban nem szokták idézni *Jackson*nak egy régebbi közlését (valószínűleg, mert ez a Munk leírása után megindult anyaggyűjtés előtti 1875-ből), amelyben *Jackson* már kifejti, hogy a j. o. hátsó agyrészt úgy tekinti, mint a tárgyak, személyek és hely megismerésének székhelyét. Ebben az esetben, ahol b. o. hemiparesis, öltözködési képtelenség, b. o. hemianopsia volt, *Gowers* később j. o. a három lebeny határon sectionál gliomát talált. Mindezek szerint bár esetünkben az agyi atrophia igen diffúz, a tünetek legnagyobb részét j. o. occipitalis góccal tudnánk magyarázni, ami mellett az is szól, hogy b. o. hemianopsiát és a balra tekintés elhanyagolását is találtuk. Esetünk kórbonctani alapjául minden valószínűség szerint *Alz-*

heimer-féle betegség szolgál a lefolyás, encephalogrammok és a szövettani vizsgálat figyelembevételével. *Alzheimer*-féle betegségénél írtak le különböző látási és optikai felismerési zavarokat olyankor, ha főleg az occipitalis lebeny betegedett meg. Így pl. *Perusini* egyik betege a lelki vakság állapotához hasonlóan viselkedett; *Lhermitte* és *Nicolas* esetében is szerepel centralis vakság, ennek létezését a beteg élénk optikai hallucinációinak hatása alatt tagadta. *Grünthal* betegénél a tekintés zavarán kívül a *Pick*-féle comprehensios zavart mutatta ki.

Betegünknel a tünetek magját a tárgy-agnosia képezi. Sajnos a betegség kialakulásáról nyert adataink nem elég pontosak és megbízhatóak, feltehetően a bevezető tünet prosop-agnosia volt. Ez optikus rész-agnosia, aminek önálló tünetként kezelése a legtöbb szerző szerint nem jogosult. A betegek, — ahogy a mi betegünk előadja, — az arcnak mindig csak egy kis részletét látják (száj, szem, fül, bajusz), a maradék elmosódik. Betegünk is részleteket emel ki, egy bizonyos beteget mindig felismer egy sérülésről (kritikus részlet). Egyébként homályos előtte minden arc. Az egyéni physiognomia azonban complex „Gestalt-qualitáson” alapszik, az egésznek a megismerése csak az arc szimultán észrevezésével lehetséges és nem jön létre a részlet successiv felépítéséből. Ez kifejezésre jut abban is, hogy egy ember arcvonásait aligha tudjuk olyan plasztikusan leírni, hogy annak az alapján megismerni lehessen, kivéve különös ismertető jeleket.

Hasonlóképpen complex teljesítmény a térbeli tájékozódás; zavara a legkülönbözőbb összetevőkből adódhat. Általános psychés zavarokat kell elsősorban említeni, pl. tudatzavart. Optikai tekintetben a tájékozódásnak határozott irányító pontokra van szüksége, amelyek segítségével a tér felosztható. Mindig a megfelelő kategória szerint: a szoba berendezési tárgyai, az utca jellemző részei, feltűnő kiszögellései segítenek. A tagolatlan térben, tengeren, végül is a csillagok igazítanak útba. Idegen környezetben keresni kell ezeket a pontokat, megszokott helyen ez a tájékozódás a figyelem tudatos irányítása nélkül is megtörténik. Minden esetben nélkülözhetetlenek a perifériás látótérrészek. Ezt kísérletes vizsgálatok is bizonyítják, mikor a látótér concentrikus beszűkítése tájékozódási zavart okozott (*Stollreiter*, *Bay*, *Scheller*, *Seidemann*, *Faust* észlelései). A tekintési korlátozottság, ami még a hemianopsiához adódik, a térhatások egyensúly elosztását még jobban eltolja. A *Bálint*, *Faust*-féle esetekben és ehhez vehetjük a mienket is a térnek csak kis része él; ahová a tekintet esik. Vakoknak nincs szükségképpen térbeli orientációs zavaruk, nagyon jól tudnak tájékozódni, távolságot becsülni, amiből arra lehetne következtetni, hogy a meglévő, rosszul működő analysatorok zavart okoznak, hiányukban a működés jobb. Mindezek mellett a térbeli tájékozódás complex természetét figyelembevéve nem is kell említeni, hogy a látótér beszűkülés hatása általános psychés tényezők hatására bizonyos mértékig egyensúlyba hozható, ill. ellenkezőleg fokozódik.

Az a jelenség, mikor a beteg a képből mindig csak egy alakot lát meg, egy különös zavarra emlékeztet, amit *Bálint* írt le, mint „Seelenlähmung des Schauens-t”. Egy betegnél, akinél a későbbi sectio kiterjedt lágyuláson kívül a hátsó agyrészekben, súlyos általános agysorvadást is mutatott, a látási zavar abban állott, hogy mindig csak egy tárgyat vett észre egyidejűleg. A látótér itt a merev fixálás következtében (nincs spontán impulzus a tekintésre) szétesik egyes mezőkre, melyeket a tekintés változtatása nem tud összekötni. *Bálint* ezt a jelenséget mint a figyelem és akarat zavarát fogta fel (valószínűleg a 19-es area zavara). *Pözl* a térbeli észrevezés zavaraihoz sorolta. A *Bálint* által leírt formában azóta sem észlelték ezt a látási zavart, feltűnően hasonlít azonban hozzá a *Faust* által ismertetett eset, amelynek



lényegét „Gestaltzerfall”-nak nevezte és ez abban állott, hogy a beteg egy nagyobb tárgyat, pl. egy teherautót azonnal megismert és helyesen észrevett, nézése közben azonban igen hamar részeire esett szét és ezek között mindig csak egyik részt tudta nézni. A mi esetünkben nem az egyszerre fel-fogott alak vagy egész egy része válik le, ill. szakad ki, hanem a teljesen üres, figyelembe nem vett háttérből egyetlen figura emelkedik ki.

Az irodalom áttekintéséből kitűnik, hogy a klasszikus optikus agnosia esetek értékelésében kétségek merültek fel. Az észlelt esetek többnyire kiterjedt occipitalis laesiókra vezető, progressive súlyosbbodó vascularis és tumoros elváltozásokon alapszanak. Ezek között is van olyan, amikor a súlyos látási zavart inkább kérgi vakságnak tartanánk, pl. *Willbrand* betege. *Adler* észlelése azért nagyon értékes, mert itt egy fiatal intelligens egyénről van szó, akinél a látási agnosia kezdeti teljes vakságot követett. (Szenmonoxyd-mérgezés, fokozatos javulást éveken át észlelte.) Traumás esetekre nézve *Faust* állítja, hogy jóformán úgy van, hogy mindazok a betegek, akik később mint agnosziások szerepelnek, kezdetben a kérgi vakság szakaszán átmennek. Ezek azonban az irodalom könnyű esetei. A cerebralis vakságban gyógyult betegeknél nem található optikai agnosia a legtöbb esetben, pl. *Bergmann* négy gyógyult esetében. Egy ezek közül tudott tárgyakat megnevezni, mikor még fényt nem látott a periférián.

Az ismertetett esetben hiányosság, hogy midőn észlelésre került, már finomabb szemészeti vizsgálatokkal nem tudott együttműködni. Midőn *Bay* az agnosziának mint önálló zavarnak a létezését kétségbevonja, akkor az észrevevés és megismerés zavarának a létrejöttét két létrejöttével igyekszik magyarázni: érzékszervi és általános psychés elváltozásokkal. Ebben az értelemben minthogy ezek esetünkben is előtérben vannak, az ő nézete igazolást nyerne. A parieto-occipitalis vidék laesióinál szereplő optikai agnosziák azonban a legkülönbözőbb képek olyan gazdag skáláját tüntetik fel, hogy meg nem engedhető egyszerűsítés volna ezeket csak lokáladaptációval, látótér kieséssel vagy dementiaival megmagyarázni. Azt kellene kimutatni, vajon ezek az érzékszerv-physiológiai zavarok a fel- vagy megnem ismerés tünetét megfejtik-e? Minthogy minden eset tünetegyüttese más, mindig vizsgálni kell klinikai és laboratóriumi módszerekkel olyan methodikával, amivel a jellemzőt meg lehet ragadni, de egyelőre az agnosia kifejezést, az agnosia létezését, hagyományos conceptióját nincs okunk elejteni.

### Összefoglalás

Egy 59 éves Alzheimer-féle betegségben szenvedő betegnél öt év alatt lassan tárgyagnosia, prosopagnosia, térbeli tájékozódási zavar, öltözködési apraxia fejlődött ki. Kimutatható a látási analysatorok fogyatékosága, baloldali hemianopsia, visus csökkenés. A tachystoscopiás vizsgálat távolságában és szögében való vetítésnél a Bálint-féle tekintés bénulás. Ezenkívül előrehaladó dementia. Nincs a szokásos tünetek közül szín-agnosia, ill. színmegnevezési zavar, valamint aphasiás tünetek egyébként sem. Ezeket a tüneteket elemzi a szerző, a hagyományos agnosia fogalom elejtését — ami a szakirodalomban az utóbbi években vitatéma volt — egyelőre nem látja indokolt-nak.

### Irodalom

*Adler, A.*: Arch. Neurol. Psychiatr. 51, 243—59 (1944). J. nerv. ment. Dis. 3, 41—51 (1950). — *Bay, E.*: Agnosia u. Funktionswandel. Berlin—Göttingen—Heidelsberg, Springer, 1950. — *Bay, E.*: Dtsch. Z. Nervenhk. 168, 1—23 (1952). — *Bay, E. u. Lauenstein u. P. Cibis*: Psychiatr. J, 73 (1949). — *Bálint, R.*: Mschr. Psychiatr. 25, 51 (1909). — *Benary, W.*: Psychol. Ftschr. 2, 209 (1922). — *Birkmayr, W.*: Dtsch.

Z. Nervenhk. 164, 76, (1950). — *Bergmann, P. S.*: Arch. Neurol. a. Psychiatr. 78, 568—84 (1957). — *Faust, C.*: Nervenarzt. 18, 106 (1947). Festschr. Otto Pötzl. 198. o. — *Gelb, A. u. Goldstein, K.*: Psycholog. Analysen. Hirnpatholog. Fälle. Leipzig, J. A. — *Barth.* (1920). — *Grünthal, ...*: Psych.-Neur. Wochenschr. (1928). — *Heidenhain, A.*: Mschr. Psychiatr. 66, 61 (1927). — *Hochheimer, W.*: Psychol. Forsch. 16, 1 (1932). — *Jackson, J. H.*: Selected Writings. London (1932). — *Jung, R.*: Psychiatrie. 1, 353 (1949). — *Lhermitte et Nicolas*: Ann. méd.-psychol. 81 (1923). — *Lissauer, H.*: Arch. Psychiatr. 21, 222 (1890). — *Monakow, v. C.*: Die Lokalisation im Grosshirn. Wiesbaden, Bergmann, 1914. — *Perusini*: Nissl-Alzheimers Arb. 3 (1909). — *Poppelreuter, W.*: Z. Neur. 83, 26 (1923). — *Scheller, H. u. Seidemann, H.*: Mschr. Psychiatr. 81, 97 (1932). — *Siemerling, E.*: Arch. Psychiatr. 21, 284 (1890). — *Stauffenberg, W.*: Z. Neur. 39, 71 (1918). — *Stollreiter—Butzon, L.*: Arch. Psychiatr. 184, 1 (1949). — *Willbrand, H.*: Dtsch. Z. Nervenhk. 2, 361 (1892).

Густав Шимони: Об апперцептивной слепоте Лиссаера.

G. Simonyi: Über die Lissauersche apperzeptive Blindheit.

Bei einem 59 jährigen, an Alzheimerscher Krankheit leidendem Kranken entwickelten sich langsam, im Laufe von 5 Jahren Objektagnosie, Prosopagnosie, räumliche Orientierungsstörung, Ankleidungsapraxie. Es liessen sich mangelhaft entwickelte Sehanalysatoren, linkseitige Hemianopsie und Visusverminderung nachweisen. Bei Projektion in der Entfernung und im Winkel der tachystoskopischen Untersuchung konnte eine Bálintsche Blicklähmung konstatiert werden, ausserdem fortgeschrittene Dementia. Von den üblichen Symptomen fehlen die Farbenagnosia bzw. Störung der Farbenbenennung, sowie die anderen aphasischen Symptome. Diese Symptome werden analysiert, das eliminieren des traditionellen Begriffes der Agnosie — welcher in den letzten Jahren im Schrifttum Diskussionsthema war — wird vorläufig nicht für motiviert gehalten.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Ideg-Elmeklinikájának  
(igazgató: dr. Juhász Pál egyetemi tanár) közleménye

## Malignus melanomák központi idegrendszeri metastasisai

Írta: LEEL-ÖSSY LÓRÁNT dr. és TÖRÖK PÁL dr.

A központi idegrendszerben háromféle pigment tartalmú daganat fordul elő: metastaticus malignus melanoma, primaer leptomeningealis sarcoma és pigmentalt meningeoma (*Bakody és tsai*). A pigmentes daganatokon kívül mint a bőrben, úgy az idegrendszerben is előfordulhatnak physiológiás pigmentációk: a piában lévő polymorph melanocyták, melanismus (hyperpigmentatio simplex) vagy melanosis (pigment hyperplasia) alakjában (*Touraine*).

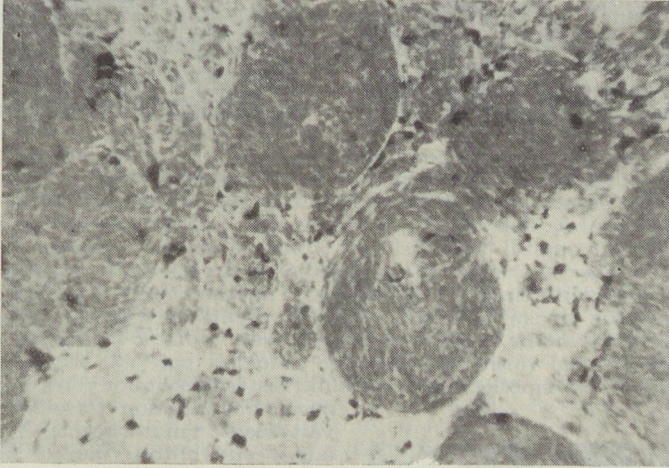
Ezen pigment tartalmú daganatok közül, közleményünkben csak a metastaticus melanomákat tárgyaljuk. Az agyi metastaticus daganatok jelentős százaléka a bőr malignus melanomáiból (továbbiakban m. m.) származik. Klinikánkon 1952—1958-ig terjedő időben öt betegnél találtunk a központi idegrendszerben bőr melanomából származó áttétet 50 carcinoma metastasis közül.

Betegeink ismertetésével kapcsolatban foglalkozunk a melanoma metastasis által okozott klinikai képpel, az idegsebészeti beavatkozás kérdésével és néhány pathológiai problémával.

Betegek ismertetése.

1. beteg. L. A. 46 éves férfi (krsz.: 9473/52). Felvétele előtt négy évvel a bal fül fölött levő sötétbarna „naevust” távolítottak el. Egy hónapja émelygés, két hete bal homloktáji fejfájás, feledékenység, hányás. Beszéde zavaros és kellemetlen szago-

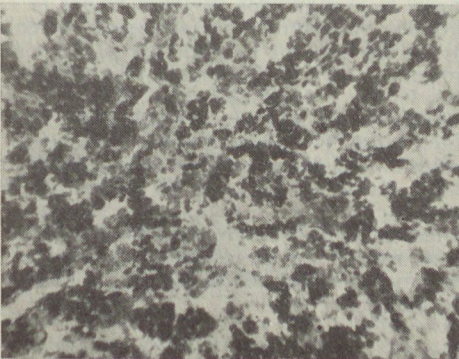
kat érzett. Vizsgálatnál szaglász baloldalt hiányzott, bal szemrés szűkebb. Pangásos papillák b. o. vérzéssel. Anisokoria. J. o. centr. VII. paresis, ami emótióban kifejezettebb. J. o. élénkebb mélyreflexek közepes hemiparesissel. Részleges motoros aphasia, frontalis jellegű agraphiás zavar. We: 2/10 mm/h. Ventriculographia elvégzése után bal frontalis craniotomiával (dr. Hullay) a frontalis III. tekervény hátsó részéből mélybe terjedő, két diónyi nagyságú, cysticus, körülírt, barnás színű daganatot távolítottunk el radicalisan. Műtét után rövid idő múlva a paresis megszűnt, aphasiája



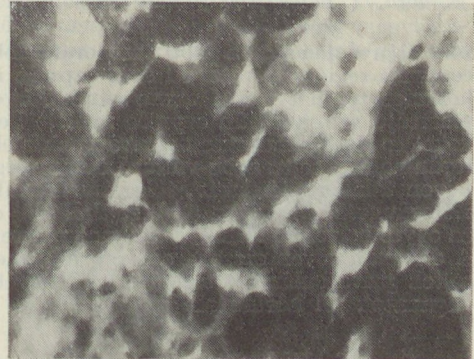
1. ábra. A daganatsejtek perivascularis elrendeződése jól látható. Az egymástól független csomók között melanin van nagyrészt intracellulárisan (H—E festés).

javult. Négy hónap múlva tünetei ismét súlyosabb fokban jelentkeztek. Reoperatívánál az előbbinél nagyobb daganatot távolítottunk el radicalisan. Ezután fokozatosan teljesen aphasiássá és hemiplegiássá vált. Egy hónap múlva hazaszállították és otthon két héttel később meghalt. Autopsia nem történt.

Szövetteni vizsgálatnál a fészkes, perivascularis szerkezetet mutató daganatban (1. ábra) feltűnő a sejt-polymorphismus, de leggyakoribbak a fusiformis alakok. Az intracelluláris pigment finoman szemcsés eloszlást mutat, néhol a sejt szerkezetét teljesen elfedi (2/a—b ábra). Van extracelluláris pigment is. A daganat érdús, kötő-



2/a ábra. Csaknem fekete, nagy mennyiségű intracelluláris pigment finom, szemcsés eloszlásban, fusiformis sejtekben, a sejtmagot is elfedve (H—E festés).

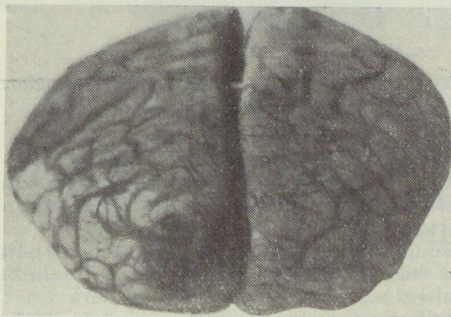


2/b ábra. Ugyanaz nagyobb nagyításban (H—E festés).

szövetben szegény, az agyállomány felé élesen elhatárolt. A második műtét alkalmával eltávolított daganat szövettani képe annyiban különbözött az elsőtől, hogy gyakoribbak voltak a necrosisok, degenerált sejtalakok, kötőszövet bővebben mutatkozott, és a pigmenttartalom kissé csökkent.

**Összefoglalás :** 46 éves férfi beteg. Négy évvel az idegrendszeri tünetek jelentkezése előtt bal fül fölötti naevus eltávolítás. Műtéttel bal hátsó frontalis malignus melanomát távolítottunk el radicalisan, mely négy hónap után recidivált és ismét teljes eltávolításra került. Hat hónapos túlélés. Szövettanilag melanotikus malignus melanoma. Sectio nem történt.

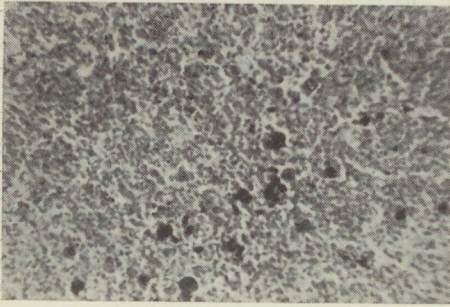
2. beteg. Sz. A. 48 éves férfi (krsz. : 107/IV/1954.). Felvétele előtt öt évvel a bal inguinális tájékról két forintosnyi nagyságú anyajegyet távolítottak el. Egy hónapja tartó fejfájás, hányás, szédülés, járásbizonytalanság, kétoldali felsővégtag gyengeség. Utóbbi hónapokban sokat fogyott. Vizsgálatnál oedema papillarum incipiens, anisokoria, b. o. hemi tünetek, aluszékonyság, rossz cooperatio, bradycardia. Ventriculographiánál a jobb temporalis szarv nem telődött, a jobb kamra és a III. kamra kissé a középvonaltól balra dislocált. Jobb temporalis craniotomia (dr. Hullay) : a temporalis II. tekervény középső harmadából szederjes-vörös cysticus diónyi nagyságú daganatot távolítottunk el radicalisan. Tünetmentesen távozott. Egy évvel a műtét után Jackson-típusú epilepsziás rohamok jelentkeztek psychomotoros jelleggel. Újra felvettük klinikánkra fejfájás, tántorgó járás, jobbkéz gyengeség és nehéz légzés miatt. Vizsgálatnál tarkórögzítettséget, baloldali paresist, psychomotoros meglassúbodottságot, figyelmetlenséget találtunk. Cisternalis liquor véres sárgás. Pneumoencephalogrammon térszűkítésre utaló elváltozás nem mutatkozott. A bal lágýékhatból eltávolított diónyi nagyságú nyirokesomó szövettanilag melanosarcomának bizonyult. Állapota fokozatosan romlott az állandó baloldali tünetek mellett enyhe jobboldali tünetek is jelentkeztek zavartsággal, aluszékonysággal. Több alkalommal vizsgált cisternalis liquora sárgás volt. Két hónapi klinikai kezelés után agynyomásos tünetekkel meghalt.



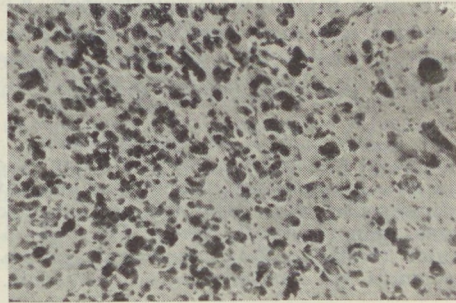
3. ábra. 2. beteg jobb frontalis góca.

zöld diónyi daganat a jobb temporalis lebeny elülső felében helyezkedik el, az alsó centralis régióra is ráterjed és a capsula internát is eléri. A daganatok metszészlapja kékesfekete, illetve sötétbarna színű. Szövettani lelet : Polygonalis nagy világos cytoplasmájú sejtek sűrűn egymás mellett helyezkednek el, csak elvétve alkotnak fészkeket és ritkán mutatnak perivasculáris elrendeződést. Többmagvú óriássejtek is előfordulnak. A sejtmagok változó mennyiségű chromatint tartalmaznak. A daganatban bőven található melanin, főleg intracellularisan. Kiterjedt vérzések és necrosisok is előfordulnak. Elszórtan 5—6 sejtből álló csomók is vannak bő pigment tartalommal, az egyes helyeken látható hatalmas pigment massák ezekből származhatnak (4. ábra). A daganat bőven erezett, az erek fala megvastagodott. Egyik részletben a daganatsejtek privasculárisan terjedve infiltrálják az agyállományt (5. ábra). Egyébként a daganatok jól körülírtak. Mitosis ritkán fedezhető fel.

**Összefoglalás :** 48 éves férfinél öt évvel egy inguinális anyajegy eltávolítása után a klinikai képnek és a ventriculogramnak megfelelően melanotikus malignus melanomát távolítottunk el radicalisan a jobb temporalis lebenyből. Húsz hónapos túlélés. Sectiónál belszerveken daganatos áttétet nem találtunk. Liquorban, daganatban vérzés volt.



4. ábra. A nagy pigment massák 5—6 sejtből álló csomóknak megfelelően (H—E festés)

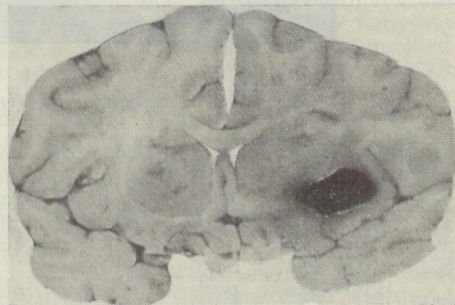


5. ábra. Perivascularis infiltratív terjedési mód a kéregben (H—E festés).

3. beteg. E. Zs. 33 éves nő (krsz. : 117/VII/1957.). Két évvel felvétele előtt nyakáról „anyajegyet” távolítottak el, mert időnként vérezgetett. (Szövetteni dg. : Naevus pigmentosus papillomatosus.) Röntgen besugárzást kapott. Később melléről és hónaljából szövettanilag verificált melanómás csomókat metszettek ki és sugároztak be. Egy évvel felvétel előtt jelentkező nyakfájás, négy napja többször ismétlődő jobb fülzúgás, szédülés, jobb tarkótáji erős fejfájás. Álmatlanság, étvágytalanság. Felvétele előtti napon panaszai súlyosbodtak és tarkótájon felszínes csomók növekedését észlelte. Vizsgálatnál az occipitalis tájon, a nyakon műtéti hegek, ugyanitt és a hasfal bőre alatt, továbbá a felkaron nagyobb csomók a subcutisban. Kétoldali vérzések pangásos papilla, oldalra tekintéskor nystagmus. Tarkóköttöttség, általános adynamia. Cisternalis liquora véres sárga. Klinikai tartózkodása ötödik napján bal oculomotorius, bal peripheriás facialis paresis jelentkezett, cisternalis liquora véres-barnássá vált és légzésbénulásban meghalt.

Boncolási lelet : Kiterjedt melanoma metastasisok a subcutisban, tüdőben, mediastinális és peritrachealis nyirokesomókban, ovariumban. A bőrön több papillaris naevus pigmentosus a malignitás jeleivel. A nyúltvelő körül köpenyszerű vérömleny, mely beborítja végig a gerincevelőt, leterjed a caudarostok közé is. Az agy és kisagy felett subarachnoidealisan kevés mennyiségű vér látható. A jobb temporalis polus basalis felszíne okkersárgás. A cisterna magnát véralvadék tölti ki. Mindkét tonsilla és a bal hippocampus beékelődést mutat, a tekervények lelapultak, a sulcusok elsimultak. Frontalis metszésekkel a jobb féltekében zölddiónyi vérzés (6. ábra), ami a frontális lebeny hátsó basalis részének velőállományában foglal helyet és a genu corporis callosi síkjában az egyik sulcus mélyén kiér a felszínre. A IV. kamra fala vörhenyesen elszíneződött. A gerincevelő kemény és lágyburkai végig megvastagodottak (0,5—1 mm). A subarachnoidealis rést masszív vérzés tölti ki. A cauda gyökerei véralvadékba burkoltak és összetapadtak. A rostokhoz több lencsényi, borsónyi barnás szövet tapad. A Th<sub>8</sub> elülső gyökérének szintjében baloldalt babnyi szövet-szaporulat emelkedik ki, mely ékalakban betérjed a gerincevelő centrumáig.

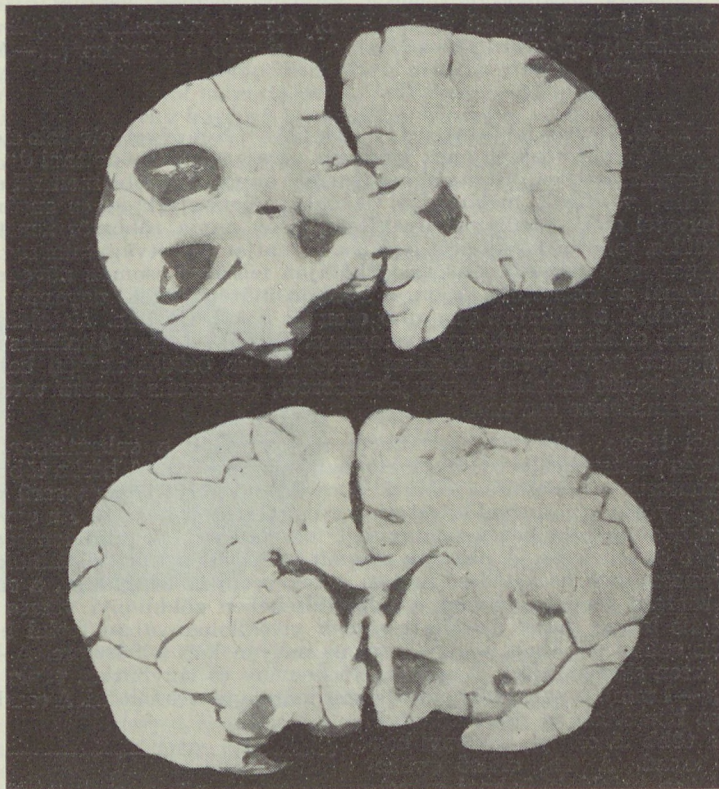
A gerincevelőben talált és caudarostokon tapadó daganatok szövettanilag sötét-magvú, kerek, polygonalis sejteket mutatnak jól kivethető cytoplasma szegéllyel. Néhol intracellularisan a plasmában finom eloszlásban pigment található. Az agyi metastaticus góc tömegét vérzés alkotja és benne szigetszerűen vannak bő plasmájú epitheloid jellegű sejtek perivascularis elrendeződésben. Stroma nem fedezhető fel, érzettség szegényes. Mitosis elszórtan található.



6. ábra. 3. betegünk jobb féltekéjében lévő bevérzett tumoros góc.

Összefoglalás : 33 éves nőnél nyaki anyajegy eltávolítása után multiplex subcutan melanomák keletkeztek. Két évvel később subarachnoidealis vérzésben tíz nap alatt meghalt. Sectionál kiterjedt bőr és belszervi metastasisok, egy agyi és gerinevelői góccal, liquortérben való szóródással, melyek szövettanilag pigmentszegény malignus melanomának bizonyultak.

4. beteg. M. I. 39 éves férfi (krsz. : 130/X/1957.). Négy napig tartó lázas állapot és zavart viselkedés miatt került egy vidéki kórházba, ahol magatartása hetekig kritikátlan, hypomaniás, moriára emlékeztető volt. Klinikánkra való bezállítása előtt stuporosussá vált. Baloldali végtagjait kevésbé mozgatta, incontiens, negativisticus volt, nem cooperált, hányt. We : 25/55 mm/h. Cisternalis liquorban fehérje szaporulat (Kaffka : 2,1). Ventriculographia jobbra dislocalt kamrarendszert és hátra nyomott bal frontalis szarvat mutatott. Bal frontalis craniotomiával (dr. Török) a



7. ábra. 4. betegünk multiplex kéreg és subcorticalis gócai.

frontalis polus felszínére kiérő, a durával is összekapaszkodó tumort távolítottunk el a polus resectiójával. Műtét után állapota egyre romlott és a harmadik napon beékelődéses tünetekkel meghalt. A halál után nyertünk arról tudomást, hogy körülbelül egy éve a beteg hátáról cseresznyemagnyi vöröses színű, gyulladásos udvarral körülvett „anyajegyet” távolítottak el, mely az utóbbi években kissé növekedni kezdett. Szövettani leletét nem ismerjük.

Boncolásnál peritrachealis nyirokcsomók, mellékvesék, epehólyag, gyomor, vékony- és vastagbelek melanoma malignum metastasisait találtuk. A bal frontalis polus hiányzik a bulbos olfactoriusig, itt az agyállomány véresen roncsolt. Az agy felszínén subpialisan több különböző nagyságú barnásfekete, a felszínből enyhén kiemelkedő góc tűnik szembe. Mindkét tonsilla és hippocampus beékelődött. Frontalis

metszéspalapon nagyszámú, különböző nagyságú, bevérzett, barnásfekete vagy szürke színű, jól körülhatárolt metastatikus góccok láthatók. A góccok többsége a kéregben, vagy a subcorticalis velőállományban helyezkedik el, de a bal oldalkamra falában, a thalamusban, a spleniumban, a IV. kamra fölött és a kisagyi hemispheriumban is vannak nagyobb góccok (7. ábra). A bal kamrában liquorral keveredett vér látható.

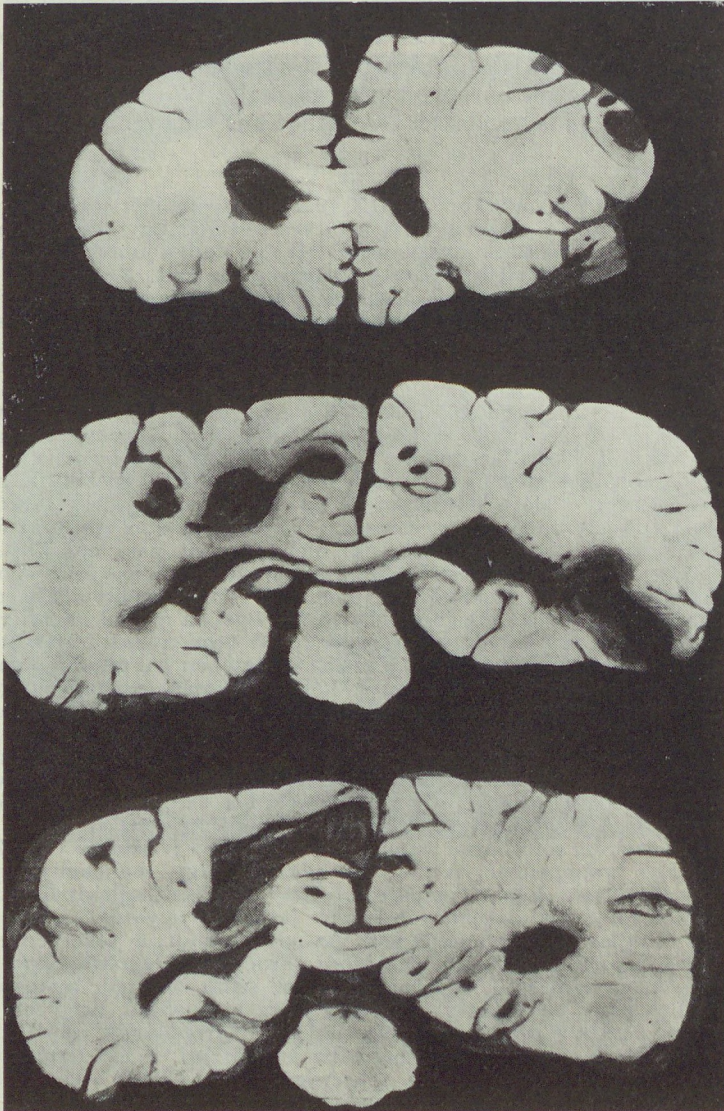
Szövettanilag a mellékvese, a vékonybél daganat pigmentzegény m. m. metastasis. A cerebralis góccokra a rendkívüli polymorphismus és polychromasia jellegzetes, gyakoriak a hatalmas világos cytoplasmájú, az óriássejtek méretét majdnem elérő alakok. Mitosis sűrűn előfordul. A stromát csak az erek vékony kötőszövetes fala adja. Néhol csak az érlumen látszik néhány endothel sejttel övezve, kötőszövetes fala nincs. Ezeket az ereket a daganatsejtek sűrűn rétegződve veszik körül. Egyik részletben perivascularis eloszlást mutató szerkezet hézagait eosinnal halvány rózsaszínre festődő alvadék (plasma ?) tölti ki. A daganatok élesen körülhatároltak.

Összefoglalás : 39 éves férfinél az idegrendszeri tünetek előtt egy évvel gyulladós anyajegyvet távolítottak el. A bal frontalis pólusban elhelyezkedő daganat eltávolítása után három nappal meghalt. Boncolásnál kiterjedt belszervi és központi idegrendszeri amelanotikus malignus metastasisokat találtunk.

5. beteg. F. M. 57 éves nő (krsz. : 27/X/1958.). Felvétel előtt egy hónappal létráról leest, fejét megütötte, de eszméletét nem veszítette el. Egy héttel a baleset után eszméletvesztés, aluszékonyság, nyugtalanság. Pár nap múlva jobboldali bénulás miatt kórházba szállították. Lumbalis liquora cseresznyepiros volt. Neurológiai vizsgálat : balra conjungalt deviatio, sensoros aphasia és jobboldali hemiparesis. Néhány nap alatt tünetei lényegesen enyhültek, majd átmenetileg hányinger, hányás, csuklás, nyelészavar, bradycardia, később szemfenéki pangás alakult ki. A fluctuáló tünetek és traumás anamnesis subduralis haematoma gyanúját vetette fel, ezért klinikánkra került. Vizsgálatnál pangásos papillákat, anisokoriát, j. o. jelzett centralis facialis paresist, élénkebb reflexeket, enyhe jobboldali hemiparesist, positiv Romberg tünetet, súlyosan ataxiás járást találtunk. Tarkója kissé kötött volt. Psychésen iniciatívátlan, közönyös, desorientált, beszűkült tudatú. We : 20/40 mm/h. Cisternalis liquor sárgás színű. Pneumographiánál szegényes subarachnoidealis telődés mellett a bal kamra temporalis szarva nem telődött. Pár napos javulás után ismét fejfájás, tarkóköttőség, aphasia alakult ki. Cisternalis liquor cseresznye piros. Aneurysma rupturált feltételezve baloldali carotis arteriographiát végeztünk, mely kórosat nem mutatott. Állapota átmenetileg újra javult, de egy héttel később szemfenéki pangása fokozódott, aluszékonnyá vált, kapcsolatot alig lehetett vele teremteni. Cisternalis liquora barnás-pirosá vált. Hét nappal ezután a bal trigeminus harmadik ágának megfelelően herpes jelentkezett, ami a második ág területére is kiterjedt. Pár napi rosszabbodás után megint némi javulás mutatkozott. Klinikai kezelésének 6. hetében bal pupillája maximálisan kitágult, aluszékonnyá vált, egymás után két epilepsziás generalisált görcsroham jelentkezett, mely után mély coma maradt vissza-és egy nap múlva meghalt.

Boncolási lelet : m. m. metastasisok vannak a pajzsmirigyben, myocardiumban, pleurában, jobb tüdő felső lebenyében, jobb hilus nyirokcsomóiban, gyomor és belek submucosájában. epehólyagban, mesenteriumban, mellékvesékben, a jobb vese tokjában. Agyalapi eisternákban feketés barnás véralvadék van. A féltékék convexitása barnásan, okkersárgásan elszíneződött. A felszín több részén változatos nagyságú 1 mm-től 2 cm átmérőig sötétbarna színű plakkok, amik a felszínből vagy kiemelkednek, vagy enyhén besüppednek. A nagyobb plakkok lágy, mállekonny tapintatúak, míg a kisebbek tömöttek. A jobb temporalis lebeny basalis áthajlásánál a kéreg szélesen roncsolts és a roncsolás alapján véralvadék látható ; ugyanígy a bal temporalis lebeny basalis áthajlásnál is roncsolás van. Az agy duzzadt, a tekervények kiszélesedtek, sulcusok kissimultak. Beékelődés nincs. Frontalis metszéspalapon számtalan 0,5 mm-től 1—2 cm átmérőjű sötétbarna, fekete színű daganat metastasisok láthatók, melyeknek nagy része bevérzett. Négy nagy kiterjedésű bevérzett góc található a bal gyrus centralis anterior és posterior felső harmadának velőállományában, mely az interparietalis gyrus velőállományába is betérjed, a bal temporalis lebeny basalis részében, a jobb temporalis III. tekervényben (ez utóbbi a kamrafalat elérve azt roncsolja) és a bal occipitalis lebeny medialis részében a polushoz közel. Feltűnőek a kéregállományban elszórtan található gombostűfejnyi góccok (8. ábra). A kamrákat véresbarnás massa tölti ki öntvényyszerűen, faluk véresen beivódott. A különböző szervekben talált tumorok szövettani vizsgálatnál pigmentes m. m. metastasisoknak bizonyultak, melyeknek primaer kiindulási helye ismeretlen. Az agyi góccok szövet-

tanilag változatos képet mutatnak. Leggyakoribbak a nagy világos plasmájú polygonalis sejtek. A sejtmag rendszerint kerek, ovalis vagy félholdalakú, chromatin tartalma változó, hálózatos, rögös eloszlású. Igen sok pigmentes sejt van, melyeknek plasmáját halványbarna, finom eloszlású pigment alkotja, néhol a perinuclearis zóna pigmentmentes. Előfordulnak óriássejtek is. A sejtek vagy mozaikszerűen egymás mellett helyezkednek el, vagy perivascularis sejtkoszorú formájában. A stromát csak az érfalak kötőszöveve adja. Néhol a daganatsejtek az érlument összenyomják, vagy teljesen elzárják. Gyakori a daganatos góccok bevérvése. Fekete haemosiderin pigment bőven látható, azonban ez szabálytalan rögök formájában extracellularisan foglal helyet, míg a melanin barna színű, finom eloszlású, inkább intracellularis elhelyezkedésű. Mitosis bőven található az összes góccokban. Jellegzetesek az intracorticalis néhány sejtből álló daganatcsomók. A daganatok élesen elhatárolódtak az agyállo-



8. ábra. 5. betegünk multiplex gócai két nagy apoplectiformis vérzéssel és számtalan apró kérgi góccal.



mány felé. A felszínes góccokat a piától 1—2 mm szélességű agyállomány választja el. A lágylóburkok megvastagodottak, de a subarachnoidealis résben daganatsejtek nincsenek. Egyes részekben bőven található haemosiderin a lágylóburkok között.

Összefoglalás: 57 éves betegnél fejtrauma után jelentkező többször kiújuló subarachnoidealis vérzés változó focalis tünetekkel. Két és fél hónapos kórlefolyás. Kiterjedt belszervi és központi idegrendszeri multiplex m. m. metastasisok, melyeknek kiindulási helye ismeretlen.

### Megbeszélés

A malignus melanomák (naevocytoblastoma, melanosarcoma, melanocarcinoma, melanoepithelioma, melanoblastoma) központi idegrendszeri metastasisainak előfordulása az egyéb rosszindulatú metastasisok között az egyes statisztikák adatai szerint eléggé változó. *Earle* nagy statisztikájában 167 agyi metastasisból 12 melanoma metastasis volt, másik közleményében 79 metastasisból 8 bizonyult melanomának. Más szerzőknél az arány a következőképpen alakul: *Baker* 114 : 9, *Baker és tsai* 100 : 9, *Courville* 256 : 25, *Courville és tsa* 107 : 13, *Störtebecker* 158 : 12, *Knights* 102 : 6, *Lesse és tsai* 193 : 3, *Gallavardin és tsa* 68 : 2, *Dunlop* 95 : 5, *Arseni és tsai* 145 : 10. Az eltérő adatok azt mutatják, hogy az egyes szerzők nem egységes szempontok szerint válogatták össze anyagukat. Klinikánkon az említett hat év alatt 50 malignus tumor metastasis volt és ebből 5 eset bizonyult m. m.-nak. Ez 10%-nak felel meg és azt mondhatjuk, hogy az átlagos százalékos előfordulás az irodalom és saját adataink szerint 8—12% között változik. Arra vonatkozóan kevés adattal rendelkezünk, hogy a m. m.-ák milyen gyakran képeznek agyi metastasisokat. *Moersch és tsai* 347 melanoticus tumorból 24, *Bibergeil* 32 bőr melanomából mindössze 4 alkalommal találtak agyi metastasist. *Earle* egyik közleményében 17 melanomából, — ahol csak 14 esetben volt agyi autopsia — 8, másik közleményében 13 esetéből 12-nél fordult elő cerebialis áttét.

Az agyi és egyéb szervi metastasisokat rendkívül gyakran előzi meg békésnek látszó, vagy malignusnak induló naevusok kritikátlan és nem eléggé körültekintő eltávolítása még napjainkban is. Ezt a megállapítást az utóbbi években megjelent jónéhány közlemény is (*Reyes és tsa*, *Glaser és tsa*, *Wünscher*, *Spotá és tsa*, *Desvignes és tsai*) hangsúlyozza. 5 betegünk közül négyenél derült ki, hogy évekkal vagy hónapokkal megelőzően a bőrből naevust, vagy melanomát távolítottak el. Sokszor meglepően hosszú idő — egyik betegünkénél 5 év — telik el a naevus eltávolítása és az idegrendszeri tünetek jelentkezése között. Nehezen hódít tért az a szemlélet, hogy az ártalmatlannak látszó többnyire csak kozmetikai hibát jelentő naevust (anyajegy) nem szabad eltávolítani, de még a malignitás jeleit mutató pigmentes bőrtumor eltávolítása is megfontolandó. Ha ez utóbbi nem kerülhető el, akkor mindig a lehető legnagyobb környéki kimetszéssel történjen, prae-, és postoperatív röntgen besugárzásokkal a műtéti területre és a környéki nyirokcsomókra. Ismert tény, hogy a melanomák igen nagyfokban sugárreszistensek, ezért meglepő *Bibergeil* közlése, aki 32 bőr melanoma közül csak négy esetben talált agyi metastasist, amit csak tisztán conservatív (Rtg) therapia alkalmazására vezet vissza.

A m. m.-ák idegrendszeri metastasisai háromféle klinikai megjelenési formát mutatnak: subarachnoidealis vérzés, multiplex és solitár góccra utaló tünetesoport. Leggyakoribb a fentiek közül a subarachnoidealis vérzés.

Betegeink közül négyenél a liquor xantochrom, illetve barnás véres volt. Sajnos melanin kimutatás nem történt egyik betegünkénél sem. A harmadik betegnél csak subarachnoidealis vérzés volt és a halált is ez okozta, itt a vérzés forrása a multiplex bőralatti melanoma metastasisok leletének birtokában

nem lehetett kétséges. Ötödik betegünknel a trauma során kialakuló góctünetek subduralis haematoma, majd a többször jelentkező subarachnoidealis vérzés aneurysma gyanúját keltette, pedig a többiben nyert barnás véres liquor alaposabb vizsgálata útbaigazíthatott volna.

*Madonick* és *Savitsky* részletesen foglalkoznak a subarachnoidealis vérzés előfordulásával és jelentőségével a központi idegrendszeri melanomák esetében. Irodalmi adatokkal is alátámasztják azt, hogy míg egyéb malignus metastasisoknál igen ritka, addig melanoma metastasisoknál a legtöbb esetben xantochrom, vagy véres a liquor, ami subarachnoidealis vérzésre utal. Kiemelik, hogy a melanuria, melanin jelenléte a liquorban és a subarachnoidealis vérzés, biztos diagnózis a melanoma metastasisnak. A primaer idegrendszeri melanomák a tapasztalatok alapján (*King* és *tsai*) nem arrodálják az érfalakat, tehát rendszerint nem okoznak subarachnoidealis vérzést.

Általános az a megfigyelés, hogy a m. m. gyakran gyors és kiterjedt, sok gócu metastasis okoz. Meglepő az, hogy a negyedik és ötödik betegünknel a multiplicitás nem volt klinikailag bizonyítható. Így fordulhatott elő, hogy egyik betegünknel idegsebészeti beavatkozás is történt, ami természetesen nem eredményezhetett még átmeneti javulást sem. Bár a multiplicitás pathológiailag igen gyakori, a klinikai kép sokszor ezt nem bizonyítja kellően, mivel a metastaticus gócok igen hajlamosak bevérzésre. Tehát egy nagyobb velőállománybeli góc apoplectiformis vérzése már focalis tüneteket okoz, ami elfedi a többi kisebb gócok tüneteit.

Aránylag ritka, de a klinikai gyakorlat szempontjából nagyfontosságú az utolsó csoport: az egy gócu melanoma metastasis. 5 betegünk közül 3 ízben történt idegsebészeti beavatkozás. A műtéti túlélés 2 betegnél számottevő: első betegünk 6 hónapot élt az első műtét után, második betegünk egy évet és 8 hónapot. Mindkét beteg feltűnő javulást mutatott a műtét után, sőt mindkettőnél még a munkaképesség is helyreállt bizonyos ideig. Negyedik betegünknel a már említett okok miatt a műtéti beavatkozás semmi javulást sem eredményezhetett.

Agyi metastasisoknál az idegsebészeti beavatkozást illetően megoszlanak a vélemények. Ezzel kapcsolatban *Grant* kifejti, hogy nemsok értelmé van a metastaticus gócok operálásának az élet meghosszabbítását illetően. *Oldbergnek* viszont az a véleménye, hogy a metastasis kiirtása komoly javulást hozhat a beteg számára. *Dandy* szerint gyakran nehéz meghatározni, hogy kell-e a metastaticus tumort operálni vagy nem. Újabban *Earle*, *Störtebecker*, *Gros* és *tsa* hívják fel a figyelmet arra, hogy egyes agyi metastasisoknál (így a melanoma metastasisoknál is) az idegsebészeti beavatkozás lehetséges, sőt kívánatos, mert sok esetben meglepő javulást eredményez. Sokszor nemcsak hónapokat, hanem éveket is jelenthet a betegnek a sikeres műtét. *Guzman* két hónappal egy temporo-occipitalis metastasis eltávolítása után még javulást észlel. Legbiztosabb *Reyes* és *Horrax* közlése, akik bal frontális lebeny m. m.-nak az eltávolítása után 4 évvel még munkaképesnek írják a beteget. *Arnvig* és *Christiansen*, *Ray* és *Foot* 1—1 évi túlélésről számolnak be. *Arseni* és *tsai* 6 operált esetet közölnek, véleményük szerint nincs értelme műtétileg beavatkozni, mivel alig van különbség a nem operált és operált betegek túlélési idejében — Tapasztalataink alapján határozottan állást foglalunk amellett, hogy még ha tudunk is primaer tumorról, egy gócra utaló tünetek esetén, az idegsebészeti beavatkozás indokolt, szükséges, s az élet meghosszabbítását tekintve nem kilátástalan. Relative több sikerrel kecsegtet az egy gócu metastasisok operációja, mint egyes rendkívül malignus glioblastomák eltávolítása.

Egyes klinikai képek elemzése és a szövettani kép igazolja, hogy a pigmentszegénység, illetve hiány malignitást, míg a pigment tartalom bősége a

jóindulatú lefolyást jelenti. Első két betegünknel a daganatok gazdag pigment tartalma mellett kevesebb mitosis látható, gyakori a degeneratio, necrosis, a szóródási hajlam kisebb és klinikailag hosszabb a túlélési idő. Ezzel szemben harmadik és negyedik betegünknel a pigmentszegénységgel, illetve hiánnyal együtt a mitosis gyakori, igen kevés a degeneratio és necrosis, klinikailag a lefolyás gyors és a szóródási hajlam kifejezett. Hangsúlyozni kívánjuk azonban, a daganatok cytológiai és biológiai jellege nagyon változatos, úgy, hogy a klinikai lefolyást minden esetben tekintetbe kell venni. *Boyd* szerint nincs még egy tumor, ami annyira változatos képet mutatna, mint a m. m. — Hasonlíthat a carcinomára, sarcomára, endotheliomára és a lymphosarcomára. Valószínűleg ez a változó jelleg okozza azt, hogy a melanomák eredete körül annyi vita van. *Masson* a dermalis melanomákat idegszöveti elemekből származtatja, *Ewing* szintén azt a nézetet képviseli, hogy a melanomák a *Merkel—Ranvier*, illetve *Wagner—Meissner*-féle testecskékből származnak, *Ribbert* viszont specifikus embrionalis mesoblasticus sejteket említ. — Újabban legtöbb szerző a melanomák genesisét a melanoblastokra és naevus sejtekre vezeti vissza. A naevus sejtek az epidermis basalis lemezéhez közel, a melanoblastok a chorioideában, leptomeninxben, mellékvese velőállományban és az epidermisben találhatók. Az utóbbiak, amelyek a malignus melanomák esetében kétségtelenül túlnyomó szerepet játszanak, világos plasmájúak és a bőrben a basalis membránnal párhuzamosan helyezkednek el, ingerek hatására proliferálnak, nyúlványaik vastagabbakká válnak és DOPA positivitást mutatnak, melanint képeznek. A melanint más sejtek (chromatophorák, melanophorák) is átvehetik. A chorioidea, leptomeninx, mellékvese velőállományának melanoblastjai neuroectodermális származékok, Dublin szerint a velőlécből erednek. A m. m.-ák melanoblastokkal való kapcsolatát mutatja az is, hogy a daganatok kiindulási pontjai a bőr stratum basalejában, chorioideában, corpus ciliáreban, retinában, chromaffin szövetben, *Wagner—Meissner*-féle testekben, subepitheliális idegvégződéseket körülvevő specifikus sejtekben, pia materben vannak. Ha a fejlődéstani és morfológiai jellegzetességeket (legtöbb sejt világos, nagy plasmájú és mozaikszerűen, vagy perivascularis szigetek alakjában helyezkedik el és stroma szegény) egymás mellé állítjuk, a m. m.-ák ectodermális, sőt neuroectodermális eredete látszik a legvalószínűbbnek más felfogásokkal szemben. Ennek a véleménynek szerintünk a melanin jelenléte még további bizonyítéka.

Klinikai diagnostikában sokszor tévedésekre ad alkalmat a pathológiailag jól magyarázható, gyakori subarachnoidealis vérzés. Ezt *Arseni* és *tsai* arra vezetik vissza, hogy az ereket körülvevő pigment gyűrű roncolja az érfalat. A mi elképzelésünk hasonló ezzel kapcsolatban, de nem a pigmentet tartjuk felelősnek az érfal roncolásáért, hanem a daganatsejteket. Olyan esetekben ugyanis, ahol nagyon sok bevérzett góc van sokkal feltűnőbb a perivascularis elrendeződés többrétegű sejt koszorú alakjában. Tehát úgy tűnik, mintha az ereket szorosán övező daganatsejtek roncoló hatással lennének az érfalra, különösen annak kötőszövetes támasztó elemeire. Így érthetővé válik egyrészt a nagyobb erek roncolásából származó apoplectiformis vérzések pathogenesisise, másrészt pedig az, hogy még egyes perivascularis terjedést mutató egészen apró gócok is bevérznek. Más daganatféleségeknél ez utóbbi jóval ritkábban fordul elő.

M. m.-áknál figyelmet érdemel a metastasis módja. Két betegünknel (3—4.) a metastasis terjedésére legvalószínűbb az a gyakori és könnyen érthető mód, amikor egy tüdő metastasisból a vena pulmonalis útján szóródik a daganat, bár kiterjedt szervi metastasisok a pontos meghatározást nehezíti teszik ezekben az esetekben is. Ötödik betegünknel a tüdő metastasis mellett

a myocardiumban is volt áttét. Ebben az esetben közvetlenül a keringés arteriális részében is jöhetett létre szóródás függetlenül a tüdőbeli góctól, amit alátámaszt az a lelet, hogy itt a kéregállományban számtalan gombostűfejni, tűszúrásnyi, sőt mikroszkopikus góc található. Harmadik betegünkénél a gerincevelői és cauda rostokhoz tapadó apró daganatok a cerebrealis gócból származó subarachnoidealis vérzéssel kapcsolatban liquortérbe kerülő tumor-sejtekből származnak. Így is magyarázható némely esetben a kiterjedt központi idegrendszeri metastasisok keletkezése. A *Batson* által felvetett theoria (a tüdő megkerülésével a gerincesatorna vénás plexusain át retrograd úton történő központi idegrendszeri metastasis) bármennyire is tetszetős és *Anderson* vizsgálataival kísérletes bizonyítékot nyer, mégis anyagunkkal nem tudjuk ezt az elméletet alátámasztani. *Earle* még további három lehetőséget említ meg a metastasis létrejöttében: a paradox emboliák mintájára a nyitott foramen ovalén át, észrevehetetlen apró tüdőbeli gócekból és végül, a perineuralis lympharéseken keresztül. Az utóbbi terjedési módot nem volt alkalmunk vizsgálat tárgyává tenni, mivel csak egy betegünkénél került a gerincevelő a gyökerekkel vizsgálatra.

Első két betegünkénél (elsőnél csupán klinikai alapon) merült fel az a lehetőség, hogy a központi idegrendszeri daganat nem metastasis útján keletkezett, hanem a bőr és az idegrendszer melanomájának egyidejű, egymástól független előfordulásáról van szó. Ilyen lehetőséget már régebbi szerzők, mint *Pol*, *Berblinger* és *Weimann* is felvetettek és ez a neuroectodermalis dysembrioplasiának felelne meg.

Nehéz feleletet adni arra a kérdésre is, hogy miért metastatisálnak olyan nagy százalékban a m. m.-ák a központi idegrendszerbe. Feltevésünk szerint ennek biológiai, biochemiai magyarázata is lehet: a melanoma sejtek magas anyagszere igényéhez (oxydase aktivitás) az idegszövet kedvezőbb feltételekkel szolgál, mint más szövetféleség.

### Összefoglalás

A szerzők öt központi idegrendszeri m. m. metastasis klinikopathológiai leírását adják és annak értékelése során a következő megállapításokhoz jutnak:

1. A m. m. központi idegrendszeri metastasisai egyéb malignus tumor metastasisok között 8—12 százalékban fordulnak elő.
2. Felhívják a figyelmet a naevusok, melanomák eltávolításának veszélyére.
3. Leggyakoribb klinikai kép a subarachnoidealis vérzés. A multiplex metastasis tünetei gyakran nehezen ismerhetők fel.
4. Egy gócre utaló tünetek mellett idegsebészeti beavatkozás szükségességét hangsúlyozzák.

A szöveti kép alapján a melanomák neuroectodermalis eredete mellett foglalnak állást. Magyarázatot igyekeznek adni a gyakori subarachnoidealis vérzés pathomechanismusára és foglalkoznak a metastasis keletkezésének módjával.

### Irodalom

1. *Anderson, R.*: J. Neurosurg. 8:411, 1951. — 2. *Arseni, C.*—*Simionescu, M.*—*Opreescu, I.*: Neurol. Psihiatr. Neurochir. 2:12, 1956. — 3. *Arnvig—Christiansen, K. O.*: Idézve *Arseni* és *tsai* nyomán. — 4. *Bailey, P.*: Idézve *Störtebecker* nyomán. — 5. *Baker, A. B.*: Arch. Path. 34:954, 1942. — 6. *Baker, G. S.*—*Kernohan, J.*—*Kiefer, E. J.*: Surg. Clin. North America. 31:1143, 1951. — 7. *Batson, O. V.*: Idézve *Anderson* nyomán. — 8. *Berblinger*,: Idézve *Weimann* nyomán. — 9. *Bakody, J. T.*—*Hazard, J. B.*—*Gardner, W. J.*: Cleveland Clin. Quart. 17:891, 1950. — 10. *Bibergeil, H.*:

Zentralbl. f. d. g. Neurol. und Psychiatr. 120:152, 1952. — 11. *Courville, C. B.*: Essentials of Neuropathology. San Lucas Press. Los Angeles, 1953. — 12. *Dandy, W. E.*: Idézve Störtebecker nyomán. — 13. *Desvignes, P.*—*Brun, M.*—*Vercier, R.*: Gaz. Hop. (Paris), 128:700, 1956. — 14. *Dublin, W. B.*: Fundamentals of Neuropathology Ch. C. Thomas—Springfield, 111. 1954. — 15. *Dunlap, H. F.*: Ann. Int. Med. 5:1274, 1932. — 16. *Earle, K. M.*: J. of Neuropath. a. exp. Neurol. 13:448, 1954. — 17. *Idem.*: Diseases of the Nerv. Syst. 16:2, 1955. — 18. *Gallavardin—Varay*: Handbuch der spec. pathologischen Anat. u. Histol. XIII/3:546. Springer Verl. Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1955. — 19. *Glaser, R. J.*—*Smith, Jr. D. E.*: Amer. J. Med. 10:101, 1951. — 20. *Grant, F. C.*: Idézve Störtebecker nyomán. — 21. *Gros, Cl.*—*Roilgen, A.*: Sem. Hop. Paris, 32:1531, 1956. — 22. *Guzman, M.*: Rev. mex. Psiquiat. 2:1, 1950. — 23. *King, A. B.*—*Chambers, J. W.*—*Garey, J.*: Arch. Nerol. Psychiat. 68:266, 1952. — 24. *Lesse, S.*—*Netsky, M. G.*: Arch. Neurol. Psychiat. 72:133, 1954. — 25. *Madonick, M. J.*—*Savitsky, N.*: Arch. Neurol. Psychiat. 65:628, 1951. — 26. *Moersch, F. P.*—*Love, G. J.*—*Kernohan, J. W.*: J. A. M. A. 115:148, 1940. — 27. *Oldberg, E.*: Idézve Störtebecker nyomán. — 28. *Pol*: Idézve Weimann nyomán. — 29. *Ray, B. S.*—*Foot*: Arch. de Neur. 44:104, 1940. — 30. *Reyes, V.*—*Horrax, G.*: Ann Surg. 131:237, 1950. — 31. *Roca de Vinals, R.*—*Armentariz, E. C.*—*Coma—Fabres, A.*: Med. Clin. Barcelona. 22:304, 1954. — 32. *Spota, B. B.*—*Aranovich, J.*: Exc. Med. Neurol. a. Psychiat. 9:979, 1956. — 33. *Störtebecker, T. P.*: J. Neurosurg. 8:185, 1951. — 34. *Störtebecker, T. P.*: J. Neurosurg. 11:84, 1954. — 35. *Touraine, A.*: Idézve Woringer és Gloor nyomán. — 36. *Weimann, W.*: Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psychiat. 85:518, 1923. — 37. *Woringer, E.*—*Gloor, P.*: Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol. 120:424, 1951. — 38. *Wünscher, W.*: Ztrbl. f. d. g. Neurol. u. Psychiat. 127:305, 1954.

Лорант Л ээль Эшши—Паль Тэрэк: *Метамазы центральной нервной системы злокачественных меланом.*

L. Leel-Össy und P. Török: *Zentralnervensystem-Metastasen maligner Melanome.*

Es wird die klinikopathologische Beschreibung von 5 Zentralnervensystem-Metastasen maligner Melanome gegeben und im Laufe ihrer Bewertung werden folgende Tatsachen festgestellt:

1. Die Zentralnervensystem-Metastasen der malignen Melanome kommen unter den anderen Metastasen maligner Tumore in 8—12% der Fälle vor.

2. Die Aufmerksamkeit wird auf die Gefahr des Entfernens der Naevi und der Melanome gelenkt.

3. Das häufigste klinische Bild ist die subarachnoidale Blutung. Die Symptome der multiplexen Metastasen können oft sehr schwer entdeckt werden.

4. Bei auf einen Herdweisenden Symptomen wird die Notwendigkeit des neurochirurgischen Eingriffes betont.

Auf Grund des morphologischen Bildes wird der neuro-ectodermale Ursprung der Melanome bestätigt. Es wird getrachtet eine Erklärung für den Pathomechanismus der häufigen subarachnoidalen Blutungen zu geben und die Entstehungsweise der Metastasen wird behandelt.

## A Wahnstimmung strukturalis elemzése

Írta: IRÁNYI JENŐNÉ dr.

A schizoprenia bevezető időszakának egyik gyakori psychopathológiai tünetegyüttese a Wahnstimmung vagy révület. A sajátosságos várakozó feszültséggel járó hangulati állapotot változó psychopathológiai tünetek, illetve legtöbbször kóros élmények egészíthetik ki. A tünetegyüttes hosszabb-rövidebb ideig fennállhat és a kínzó tanácstalanságban a különböző tévelyélmények megjelenése már bizonyos fokú oldódást jelent. Az állapot teljes oldódása a felbukkanó téveleszmék hatására következik be. A téveleszmék tartalmilag általában függetlenek a megelőző tévelyélmények színezetétől.

Különösen az elhúzódó révületi tünetek esetében figyelhető meg, hogy a kibontakozó tévelyélmények, illetve téveleszmék az állapotot mintegy két phasisra bontják. A kezdeti psychés egyensúlyvesztés, a pathológiás bomlás átmeneti tüneteit, új pathológiás egyensúlyi állapot követi. A tűnékeny tévelyélmények homályosan, a rögzülő téveleszmék élesen jelzik az új egyensúlyi állapot határkövet.

A Wahnstimmung gazdag tünettannából *Jaspers* után a következőket idézzük: „A meghatározhatatlan hangulatot jelentő Wahnstimmungban mindennek új jelentősége támad. Finom, mindent áthatoló, bizonytalan változás következik be. A környezet más, de nem durván; az érzékszervi észrebevés változatlan. Primér sensatiók, érzések, hangulatok, tudatosulások jelentkeznek. Egymástól való elhatárolásuk rendkívül nehéz... A Wahnstimmungban a bizonytalanság teljesen elviselhetetlen lehet. A bizonytalanság ösztönszerűen új egy biztos pont keresésére, melyben meg lehet kapaszkodni. Egy képzet megjelenése már megkönnyebbülést okoz...”

A Wahnstimmungból differenciálódó élményeket taglalva *Petrilowits* a „személyiség-struktúra és élménykör közötti blockad”-ra hivatkozik. A bevezető diffúz „komplex-qualitásokat” és „als ob” élményeket tévely tartalmak kifejlődése és differenciált „Gestaltqualitások” követik, gazdag objektíválható tünettannal.

A genetikai vonatkozások tisztázásával beható tanulmányok foglalkoztak. *K. Schneider* idevágó megállapítása lépten-nyomon idézik: „A Wahnwahrnehmungok a Wahnstimmungba bele vannak ágyazva, de abból le nem vezethetők.”

Szükségesen eltérő genetikai felfogása miatt térünk ki *Matussek* tévelyélményekre vonatkozó magyarázatára. A Wahnwahrnehmungokat mint döntő hatást kifejtő psychés tartalmakat a Wahnstimmungtól teljesen izoláltan taglalja. A Gestalt szemlélet szerint a Wahnwahrnehmungok — a kóros kulcsészlelések — rendkívüli módon impresszionálnak, lenyűgöznek, csodálatba ejtenek. S csak mintegy következményes hatásuk az affektív színezet, a kialakuló, meghatározhatatlan környezeti tonus.

A következőkben a Wahnstimmung strukturalis elemzését tűzzük ki célunkul. A psychés tevékenység fiziológiai alapjaként dynamikusan szervezett törvényszerű működést feltételezve taglaljuk három alábbi esetünk psychopathológiai tüneteit.

F. J. 18 éves diák. Klinikai tartózkodás 1957. máj. 30—szept. 2. Földműves család gyermeke. Gyermekkorától igen értelmesnek mutatkozott, bújta a könyveket. Ezért apja vállalta a tovább taníttatás anyagi gondjait. A pubertás óta visszahúzó-dóbbá, tartózkodóbbá vált. Egy év előtti viszonzatlan szerelem tartós érzelmi feszült-

séget okozott a betegnél. Fél éve tanulmányaiban kifejezetten hanyatlott. Hangoztatta aggódását, hogy vajon érettségi után bekerülhet-e az egyetemre. Néhány héttel felvétele előtt feltűnt merevsége, begubózdása; majd nyugtalanná vált, zavarosan beszélt.

Status praesens: fizikális bellelet negatív. Organikus neurologiailag eltérés nélkül. Rutin laboratóriumi leletek negatívak.

Exploratio: A beteg magatartása felületesen rendezett. Nyugtalan mimika, számos céltalan megnyilvánulással. Nyugtalanlansága fokozódásakor fel-alá járkál, fejét ismételten hátraveti, keresően felfelé tekint, haját simogatja, arca ilyenkor réveteg, feszült. Váltakozva átszellemülten, vagy izgatottan többnyire inadaequat mosollyal ontja kóros tartalmait. Majd szinte visszazökkenve a realitásba, könyörögve kéri, ne nézzék őrülnék. Tájékozódás minden tekintetben megtartott. Figyelem se nem feszült, se nem éber, kóros történései körül összpontosul. Asszociációk felgyorsultak. Tartalmilag gondolkozásban sokszor fellazultság észlelhető. Elmondja, hogy hosszú ideje érez változást. Először a környezet változott meg. A kialakuló révületben mindent különleges mélyen kellett átélnie: „Úgy kezdődött, hogy odahajoltam a könyv fölé és éreztem, hogy minden másfélre vonzott, minden a legkisebb zaj is. Ha házigazdám bejött, mindig beszélni akartam vele és elhatároztam, hogy nem beszélek vele, de szellemem odavonzott. Minden, ami a környezetben volt, mély beleélést, tanulmányozást váltott ki bennem.” A betegben fokozatosan növekvő nyugtalanlanság, feszültség nyomán autisticus tendencia alakult ki, mely régi érdeklődési körét, beilleszkedőképességét, produktivitását lassan kioltotta: „Már hatodikos koromban megismerkedtem a diákszerellemmel. Ismeri Werthert? Majdnem olyan mély szerelembe estem múlt télen. Ez rendkívül mély szellemi képességeket adott nekem. A múlt év végén két tantárgyból érettségiztünk, a dolgokat úgy mint a tanárok, megértettem, mindent átéltem, amikor tanultam. Le kellett küzdeni ezeket, ezért teljesen összerőttem.” A külvilág elidegenedését, egyidejűleg „vonzó hatását” megtestesíti, teste körül „érzi”. A felfokozott propiroceptív ingerlékenység következtében elaraszto élményeit részben testére lokalizálja „nyakából jön fel a szorító érzés, fejében hátulról előre jön az energia...”. Ézert kell hátravetnie minduntalan a fejét és simogatnia haját. Megjelennek az én funkciói zavarai. Testet öltének kivetített érzelmei „vastag gyűrűvel vesz körül az anyag, mely meg akarja fojtani a lelket”. Az elidegenedett környezeti erőkn kívül elszabadult érzéseivel és gondolat tömegekkel is állandóan küzdeni kell, hogy „el ne hatalmasodjanak rajta”. Megtestesített gondolataival harcabszáll: „Amikor az öntudatnak még kis szikrája volt bennem, kimentem a mezőre és akkor felszaladtam a hegyre, vastag burokkal vett körül a cél, mely a gondolatomból származott. De akkor előrehasítottam, tessék idenézni: így (kezével előrevág, int fejével jobbra és balra), egy gondolat jött, — örülség mondtam jobbra, majd örülség mondtam és balra forgattam a fejemet. Akkor Isten adott egy szikrát belém, de éreztem, ha sokat gondolkodom, megint borongás vesz körül... Ki tudja, hogyan küzdöttem le az érzést; Hatalmasan jött fel bennem az érzés, gondolatban lehúnytam a szemem, gondolatban felcsavartam valamire, egy deszkadarabra a gondolatot és gondolatban hasítottam egy mélységet és oda lelöktem, és így sikerült meggátolnom, hogy a gondolkodás uralkodjék rajtam, és az ész...” A derealisációs, depersonalisációs tartalmak, Wahnwahrnehmungok ellen, a befolyásoltatottság érzése ellen védekezni próbál: „De azt küzdöttem le, ami a legjobban érdekelt, moziba, színházba nem mentem, mert annyira foglalkoztatott, hogy nem tudtam tanulni... Sok, legalább tíz embernek elmondtam, de nem értett meg senki. Teljesen függetlenné akartam válni a környezettől... Szeretném, ha sokszor magamra hagynának, hogy leküzdhetném ezeket a gondolatokat. Értse meg, én elemzem azokat a szellemeket, melyek rajtam uralkodni akarnak. Ha magamra hagyta volna magam, már rég örült lennék, higgye el. Én magam vagyok magam orvosa, hiába sokat gondolkodom, vigyáznom kell magamra.” Azonban az öngyógyító kísérletek a parancsoló élmények elleni harcban kudarcra járnak. A beteg integrációs törekvésében végül is expansiv doxasma töredékek jelentenek oldódást „az élethez rendkívül sok erőt örökölttem, bennem mély költői lélek volt már azelőtt is”... A személyiség állásfoglalása fokozatosan nagyzásos tendenciában körvonalazódik „nem vagyok én beteg, csak nagy szellemi erővel rendelkezem. Egészen más vagyok, mint a közönséges emberek — nem tudok alkalmazkodni —, talán arra vagyok hivatva, hogy szellemileg vezessem az embereket...”

A tünetgazdag révületi képből enyhe észrevezési zavarok is szerepelnek, „als ob” élmények, valamint hypnagog hallucinációk formájában.

Dg.: Elidegenedési élményekkel ötvözött elhúzódo Wahnstimmung nyomán kifejlődő paranoid psychosis. (Schizophrenia?)

Ismertetett esetünkben a beteg egyszerű parasztesalád gyermeke. Környezetéhez képest érdeklődése, törekvése fokozott differenciálódásra utal. Pubertas óta érzékenyebb, elkülönülésre hajló. Egy év előtti viszonzatlan szerelmi csalódás tartósan foglalkoztatta. Megterhelésként szerepelt a közelgő érettségi vizsga. Egyre kifejezettebben visszavonult, emellett tanulmányai-ban feltűnően hanyatlott.

A betegség aetiológiai magyarázatát keresve, a pubertas kornak mint asthenizáló tényezőnek, valamint az említett traumatizáló, illetve psychés tenziót fokozó tényezőknek tulajdonítunk szerepet. A psychosis a túlérzékeny, traumatizált psyche talaján fokozatosan alakult ki. Növekvő izolálódás, aktivitási érzelmek hanyatlása utal a viszonyulási (emotionalis) struktúrában bekövetkező regressióra. Úgy tűnik, hogy a beteg hónapokon keresztül élt elhúzódó Wahnstimmungban. A rendkívül intenzív ambivalenciával, növekvő bizonytalanságérzéssel járó állapotot olykor oneiroid plasticitású elidegenedési élmények színezték. A viszonyulási struktúra mély regressiós állapotát mutatja az elhatalmasodó ambivalencia, melynek tükrében először a környezet szenvedett sajátos változást. Minden banális dolog túlságosan „vonzotta”, „mindent különleges mélyen kellett átélnie”. Azonban a legegyszerűbb behatás is (olvasmány, baráti érintkezés vagy mozi) olyan hatványozottan „vették igénybe”, hogy „állandóan küzdenie kellett ellenük, hogy el ne hatalmasodjanak rajta”.

A bekövetkező energetikai mínusz, az átfogó, integrálóképesség gyengülése nemcsak a külvilági behatásokkal kapcsolatban, hanem az én funktiók zavarai-ban is megmutatkozik. Testet öltének a beteg kivetített érzelmei „vastag gyűrűvel vesz körül az anyag, mely meg akarja fojtani a lelket”. Elszabadult érzéseivel és gondolat tömegekkel harcot vív, hogy félrelökhesse ezeket. Képzletben ezeket deszkadarabra kell csavarnia, gondolatban mélységet hasítani és oda lelökni, hogy szelleme ne uralkodhassék rajta. Tehát a desintegrációban lassan, töredékesen felszínre kerülnek az öngyógyító tendencia jelei. A megismerési struktúra regressiós tüneteiként tekinthetők az „als ob” élmények, valamint a különböző coenaesthopathiásan feldolgozott sensatiók „fejembe jön fel az energia, mely örüléshez vezet... stb.”. Ide-soroljuk ezenkívül a hypnagog hallucinációkat.

Az öngyógyító törekvésen túlmenő további polarisációs jelenség a személyiség sthenicus állásfoglalása. A Wahnstimmung örlő feszültségében az én és külvilág synthesisének megbomlásában fokozatosan oldódást jelent a megismerési struktúra egyelőre még bizonytalanul kapcsolódó új stereotypje, elhivatottsági, nagyzásos doxasma töredékek formájában: „Egészen más vagyok mint a közönséges emberek... talán arra vagyok hivatva, hogy szellemileg vezessem az embereket.”

Az alkalmazkodási struktúra regressiós tünete a stuporosus tendentia, az indítékszegénység. A kóros történések erősödésével a beteg produktivitása egyre kifejezettebben hanyatlik. További regressiós tünetek a nyugtalanságkor észlelhető ösztönös védekező, menekülő mozgások, hadakozó megnyilvánulások. A tüneteket bizarr vonások, dissociációs jelek ötvözik. A környezettől, szórakozástól való védekező elzárkozásban, gátolt magatartásban (nem mer könyvet olvasni stb.) visszatükröződik a személyiség öngyógyító törekvése.

Cs. J. 29 éves földműves. Klinikai tartózkodás 1957. okt. 31—dec. 20-ig. Primitív intellektusú, érzékeny, babonákra hajló praemorbid személyiség. Felvétele előtt fél évvel lova hirtelen elpusztult. Efelett erősen bántódott. Fáradékonyság, közérzés-beli panaszok kezdték foglalkoztatni. Majd somaticus panaszai bizarr jelleget öltöttek. Később szorongások, félelemérzések jelentkeztek. Két héttel felvétele előtt zavar-



tan beszélt, hangoztatta, hogy megbabonázták. Növekvő tépelődések egyre jobban igénybevétték, nem tudott dolgozni.

Status praesens: T 130/90 Hgmm. Negatív fizikális bellelet. Organikus neurologiailag eltérés nélkül. Rutin laboratóriumi leletek negatívak.

Exploratio: Magas, astheniás alkatú, enyhén mikrocephal férfi beteg. Nyugtalan, tétova magatartás. Minden tekintetben orientált. Uralkodó hangulati feszültség ellenére jó contactus létesíthető. Lová elvesztése feletti bánkódására vezet vissza betegségét „nagyon bántott, hogy a lovam megdőglött. Azóta fájdalom jött rám, reszketés és félsz...” Tanácstalanul áll megváltozottságérzésével, növekvő belső feszültségével szemben „mintha várnék valamit, hogy segítséget nyújtsan, de nem nyújt senki”. — Ambivalens, tépelődéses tartalmak perseverálnak „mintha az ember állna az úton, jobbra menjen vagy balra, csak állok a kettő között és annyira tör, tör, hogy egyszerre csak kitör a sírás rajtam... A nyugtalanság akkora, mintha ketté akarna a test szakadni... Csak állok, tiporgok egy helyen és nem tudom, mennék is, nem is...” — Számos közérzésbeli panasz mellett coenaesthopathiás sensatiók állanak előtérben: „Fejbőröm úgy viszkedett, hogy lenyírtam a hajamat, azután petróluemmal dörzsöltem, a zsibogás a fejbőr alatt így is nehezen múlt el. Homlok-tájon visszatér a furesa csavaró érzés. Körülírt tenyérnyi terület vándorol bennem, remegő, égő furcsa érzés ez.” — Hónapok óta a beteg körül nyugtalanítóvá, idegenné vált a külvilág. Az elhúzóódó révületben a Wahnwahrnehmungok egymást követik „... a világ valamiképp másképp van. Úgy beszélnek az emberek, hogy a szó nem passzol valahogyan össze, szemközt vannak a szavak. Zsákokat akasztanak a szegre. Az emberek mindig mást mondanak visszafelé, nem értem, miért beszélnek visszafelé. És szalmát és töreket szórnak szét, sosem csináltak máskor ilyet. Az egyik ember ezt tart a kezében, a másik azt”. — Meddő küzdelmet folytat az élményekkel szemben: „Állandóan törtem magam, hogy ezeket az érzéseket visszaszorítsam, de azok áttörtek rajtam...” — A tévelyélmények egyre kifejezettebb befolyásoltatottság-érzést keltenek: „mert hiszen nem tettem rosszat senkinek. Mindig vallásos voltam. Babonában nem nagyon hittem, de most valamilyen más érzésem van. Pünkösdkor a harangozó négyertyát nyomott a kezembe, tudom, hogy aki égő gyertyát tart a kezében, annak lelke vágyik Jézuska után, de amikor nem, annak jószág nincs már a lelkében. Megijedtem, ez nem égő gyertya, mire szól? Biztosan megbabonáztak...” Nyugodtabb időszakban részleges betegségtudat jelentkezik. Atmeneti nyugtalanságban „a megbabonáztatás érzése” elhatalmasodik. Az autizmus és pathológiás élmények növekedésével aktivitása lecsökkent. Legutóbbi időben ismétlődő szorongásos állapotok olykor menési késztetéssel jártak.

Dg.: Wahnwahrnehmungokkal jellemzett Wahnstimmung talaján fellépő paranoid állapot. (Schizophrenia?)

Fentieken 29 éves földműves betegség kifejlődését ismertettük. Primitív intellektusú, szorgalmas, babonákra hajló praemorbid személyiség. Felvétele előtt fél évvel váratlanul elpusztult lova, ezóta sokat bánkódott. Különböző somaticus panaszai később bizarr jelleget öltöttek. Majd szorongások, félelem-érzések léptek fel. Felvétele előtt két héttel zavarosan beszél, hangoztatta, hogy megbabonázták, tépelődött, nem tudott dolgozni.

A psychés zavarok keletkezését közelebbről vizsgálva, a viszonyulási struktura regressiós zavarainak fokozatos kifejlődését állapítjuk meg. Psycho-trauma nyomán fokozatosan vált manifestté a psychosis. Hangulati nyomottság, lassan mutatkozó autisticus tendentia jelentkezett. Az autisticus tünetekhez, további regressiós jelenségeként visszatérő szorongások, ambitendentiák, egyre erősödő feszültség társultak. A Wahnstimmungban a növekvő bizonytalanság, mély regressiós jelként mutatkozó ambivalencia céltalan tépelődések formájában szinte állandósult: „áldogálok, kétkedek, egy helyben tiporgok... mintha az ember állna az úton, jobbra menjen, vagy balra menjen, nem tudja megszabni az irányt”.

A psychés energia gyengülése magával hozza az én egységbefoglaló törekvésének gyengülését. Idegenszerűen éli meg saját énje megváltozását. Az állapothoz a megismerési struktura regressiós tüneteiként diffúz tartósan fennálló coenaesthopathiás sensatiók csatlakoztak „tenyérnyi terület vándorol bennem... stb.”. A kóros tartalmakkal szembeni korrekciós, rend-

szerbefoglaló törekvés mutatkozik egyrészt „a küzdelemben, hogy az érzéseket visszaszorítsa, de azok áttörnek rajta...”. Másrészt sorozatos Wahnwahn-művelésekben nyilvánul meg a személyiség visszahatása „az ágyra rongyok vannak dobva, miért... A világ valamiképp másképp van.. szemközt vannak a szavak, olyan furesa...”.

Végül felbukkan a személyiség asthenicus reakciója. Másodlagos megismerési strukturák épülnek befolyásoltatottsági, megbabonáztatási doxasma töredékek alakjában. Az integráló törekvés parallel illeszt össze ép és kóros stereotyp töredékeket: részleges betegségbelátást hullámzó disszimuláló tendentia vált fel.

A visszahatási strukturában relative későn lépett fel regressiós tünet. A befelé fordulás növekedésével az aktivitás és indítékélet fokozatos hanyatlása fejlődött ki. Nyugtalansága időnkint céltalan menési készlettel párosult, az alkalmazkodás további regressiós megnyilvánulásaként.

T. Zs. 18 éves egyetemi hallgató. Klinikai tartózkodás 1956. szept. 26—1957. jan. 5. — Apja bíró. Jó szívű, vidám, becsületos, könnyen nevelhető gyermek volt. Pubertás kora óta zárkózottabbá vált. Gymnasiumban jó tanuló, feltűnőbb tehetséget nem árult el. Nyaranta fizikai munkát vállalt, kitűnt szorgalmával. Érettségi után fizikai munka végzése mellett örömmel készült egyetemi felvételi vizsgájára. A beteg vidéken nevelkedett, sosem volt távol a szülői háztól. Klinikai felvétele előtt néhány héttel, Pestre kerülésével kezdődött betegsége. A kollégiumban kezdettől fogva feltűnt vitatkozó, erőszakos magatartása, mely vonások szöges ellentétben állottak csendes, alkalmazkodó praemorbid személyiségével. Felvétele előtt öt nappal feltűnően visszavonuló lett. Egyik órán hangoztatta, hogy a „Tanár úr, kérem” filmezése folyik. Zavarosan beszélt. Egy nappal felvétele előtt a Dunába akarta vetni magát, társai a híd korlátja felett akadályozták meg.

Status praesens: T 120/80 Hgmm. Fizikális bellelet, valamint organikus neurologicali lelet negatív. Rutin laboratóriumi vizsgálatok negatívak.

Astheniás alkatú, erősen lesaványodott fiatalember. Magatartása merev, arc kifejezése réveteg, mimikaszegény. Halkan, vontatottan beszél. Bizonytalanul cooperál. Autopsychésen és térre nézve orientált, időre nézve labilisan tájékozott. Hangoztatja, hogy „elvesztette időérzékét”. Kóros tartalmakat monotonon adja elő. Sajátságos hangulati nyomottságból, feszültségből semmiképp nem zökkenhető ki. Belső törtenései teljesen igénybeveszik. Figyelme nehezen kelthető fel, hypothénax, nehezen centrál. A beteg hetek óta beilleszkedési nehézségekkel küzdött, elhúzódozó feszültségben élt. Az elmúlt napokban tanúsított feltűnő autisticus, negativisticus magatartás mellett gyakran elkóborolt: „Több napja mindig sietési érzést érzek... csak járkáltam egész nap, mindenfelé a városban, mintha kötelességem lett volna, azt akartam volna teljesíteni...” Az útjaival kapcsolatos emlékezőhiány feltehetőleg kaleidoscopikusan nyüzsgő észrevevésbeli zavaraival hozható összefüggésbe. Elemi hanghallások (zúgás, kattogás), visualis hallucinációk (fények, visioszerű jelenetek), valamint ízlelési és szaglási hallucinációk — mind alsó ob jelleggel — váltogatták egymást. Ezek mellett bizonytalan coenaesthopathiás érzések is szerepeltek: „Nem értem össze a fiúkkal, mert különleges szagú a cigarettájuk, mintha égett rongy, vagy égett celluloid szagot éreztem volna, és mindig olyan hiányérzetem volt... Latin órán mintha órák kattogtak volna, filmfelvétel lett volna. Mintha a „Tanár úr, kérem”-ből vettek volna fel jeleneteket, azt hiszem engemet, nem tudom, mit játszottam benne... Volt, amikor szemem előtt két szem volt, ilyen hosszúkás és kerek, különböző. Mikor mentünk az utcákon, akkor is fények és zajok voltak, különleges érzés volt... Mintha erős fényt kaptam volna a homlokomra... Betegnek érzem magam most, mintha mindig sós ízt éreznék, mintha tönkrementem volna... Mindig csak akkor van valami, ha zajt hallok, vagy lámpafényt kapok... Minthogyha valaki húzta volna ki a gyomromat és egész szervezetemet, nem tudok pontosan visszaemlékezni...”

A stereotypen hangoztatott „hiány érzete” érzékelteti a Wahnstimmungot, melyben a környezet változását éli meg. A dolgoknak különös jelentősége támad: „minthogyha felcsereélték volna a házzámablákat, és hiába keresgéltem a dolgokat... Minthogyha 24 órára kellett volna lennem a kiegészítő parancsnokságon, de már 12-re ott voltam... Félttem, mert mintha oda lettek volna készítve a csónakok...” — Egyre fenyegetőbbben jelentkezik az én functiók felbomlásának nyomasztó megéltése:

„Hiányérzetem van, valahogyan összezavarodtam... Az időérzékeimet teljesen elvesztettem, vagy a szemérzékeimet, egyszerre nem tudok a kettővel figyelni, vagy csak a szemmel, vagy csak a füllel tudok figyelni, vagy figyelni nem tudok, akkor nem tudok látni... ha látok, akkor nem tudok figyelni... Nem tudok egyszerre gondolkozni és nézni is... vagy gondolkozom, vagy hallok, ezért, ha érdekes zúgást hallok mindig, most is, nem tudom pontosan megmondani...” — Végül a széthulló világ történései a beteget öngyilkossági kísérletbe sodorják: „féltem a korlától, de megint hiányérzet jött és azért kellett átugorni... többen voltak, akik elkaptak a korlátot, ennek nem örültem. Meg akartam akkor halni, vagy menni akartam, nem tudom... Amikor a Dunába akartam ugrani, olyan sós érzetet éreztem, mintha a gyomromban lett volna valami, attól lett volna hiányérzetem...” — Associációk meglátszottak. Gondolkodásban fellazultság mellett ötletszerű pseudomotivációk állnak előtérben. Kórosságokkal szemben tanácstalan, bizonytalan részleges betegség-érzete van: „betegnek érzem magam most, mintha tönkrementem volna... mindig van valami, biztosan az idegkimerüléstől van...” Rendszerbefoglaló, correctiós törekvés jelei nem figyelhetők meg.

Dg.: Acut psychosensoros zavarokkal jellemzett állapotképbe torkolló Wahnstimmung. (Schizophrenia?)

A közölt 18 éves egyetemi hallgató esetében a kórelőzmény szerint mind anyai, mind apai ágról terhelttség szerepel. A beteg pubertás óta zárkózottabbá vált. A betegség a klinikai felvétel előtt rövid idővel, a betegnek vidékről a pesti egyetemre kerülésével kezdődött. Az új környezetbe, a kollégiumba kerülve, kezdettől feltűnt a beteg vitatkozó, erőszakos magatartása, mely vonások ellentétben állottak, csendes, alkalmazkodó praemorbid személyiségével.

Közelebbről elemezve a tüneteket, a betegnél a pubertás óta csökkent kifelé fordulás már a viszonyulási struktúra regressiós tendenciájaként fogható fel. A sérülékenység az új légkörbe jutáskor vált nyilvánvalóvá. A kollégiumban a megfélemlítő beilleszkedés helyett, kezdődő regressiós jelként indulati anomáliák, irritabilitás, majd növekvő autistikus tendencia mutatkozott. A csakhamar kibontakozó psychosisban a stereotypen, sokszor pseudomotivációként hangoztatott „hiányérzete” érzékelteti a betegben nyomasztóan növekvő feszültséget, az uralkodóvá váló révületet. Ambitendenciákkal jellemzett nagyfokú tanácstalansága, fokozódó feszültsége a viszonyulási szerkezetek mélyülő regressiós tüneteiként tekintendők.

A tudati energia gyengülésével összefüggő hiányos synthetizálóképesség nyomán a külvilág történései megváltoztak. Az érzékeltettek különös jelentősége van (mintha feleserélték volna a házszámokat stb.). A zavarhoz hullámzóan csatlakozik az én funciók felbomlásának nyomasztó megélése (vagy gondolkozom, vagy látok... stb.).

Előtérbe kerülnek a megismerési struktúra regressiós tünetei a kaleidoscopicus „als ob” jellegű tömeges hallucinációk (elemi hanghallások, visuales hallucinációk, víziók, valamint izlelési és szaglási hallucinációk) és időélmény-zavar jelenségeiben. A kifejezett energetikai minusszal magyarázható, hogy nem jelentkezik a tévelyélmények és a kóros sensatiók egységbe olvasztási kísérlete. A szétesett régi stereotypekkel szemben csak részleges betegség-belátás jelentkezett. A személyiség állásfoglalása a kórosságokkal szemben ezen a fokon nem jutott túl.

A viszonyulási struktúra regressiós zavara nyomán az alkalmazkodás regressiós jelei a teljes aktivitás csökkenés, indíték zavarok, negativizmus, stuporosus tendencia. Mély regressiós visszahatási tünet az ösztönyszerű, menekülő járás („menési, sietési érzet”). A menekülési készletetés az önfenntartási ösztönön is felülkerekedik és a széthullott világból suicid törekvésének végrehajtására űzi a beteget.

A Wahnstimmungban kialakuló tünetegyüttest a Nyirő-féle strukturális szemlélet tükrében elsősorban a viszonyulási struktura regressiószavarával látjuk magyarázhatónak. A regressio intra- és interstrukturális alacsonyabb szintű aktivitást jelent. Ősi fokon a viszonyulás még nem különült el a megismeréstől. Ambivalens a viszonyulás, pozitív is és negatív is. Fokozatosan, az alkalmazkodás szolgálatában látjuk további fejlődésként a polarizációt. A viszonyulási strukturát csúcsával lefelé fordított piramissal symbolizálva, a széles legmagasabb szint gazdagsága a megismerési strukturával való növekvő számú kapcsolat alapján válik érthetővé.

Az én functióknak, valamint a külvilággal kapcsolatos elidegenedési — a schizophren gondolkodásra jellemző — élményeknek a „Wahnstimmung” keretében önálló syndromaként való elkülönítése az állapotot sajátosságosan színező várakozási hangulat alapján jogosult. A sajátosság hangulatot főképpen nem is a többnyire negatív előjel, hanem a feszültséget okozó hatása jellemzi. A feszültséget, tanácstalanságot a kialakuló ambivalencia következőképpen magyarázzuk. Az ambivalens psychés állapotot viszont regressiószavaroként, viszonyulási jelenségként értelmezzük. A differentiózó gátlás hiánya folytán az érzelmek polarizációs szabályozása szenved és legmélyebb regressiószavaroként fellép az ambivalencia. További regressiószavaroként uralkodnak a szorongás, az ösztönös érzelmek aktivitása, valamint az autizmus.

A révületben a regressiószavarok desintegrációval kapcsolódnak. A psychés energia csökkenése következtében nincs cohaerens erő a gondolkodás összetartására, szétesnek a régi stereotypek. A megismerési struktura regressiószavaroként a praelogicus gondolkodás elemei, ezenkívül a coenaesthopathiák, az „als ob” és a pseudohallucinációk. A személyiség integrációs törekvése a pathológiás élményekre másodlagos pathológiás megismerési strukturákat alakít ki. Első lépésként a folyamatos tévelyélmények és a kóros kulcsészlelések formájában. Majd megjelenik a magyarázó törekvés idegen erővel, a psychés automatizmus. Az észrevevéshez kapcsolódó téves ötlettel vagy téves viszonyulással szemben a személyiség állást foglal. A psychés strukturák functionalis zavarai által determinált logifikáló törekvés végül pozitív vagy negatív irányú téveseszmék képzéséhez vezet.

Az alkalmazkodás terén regressiószavar megnyilvánulások az ösztön cselekvések, a szorongással kapcsolatos motoros nyugtalanság, valamint a stuporozus magatartás. A visszahatási reakciók tükrözik a viszonyulási és megismerési szerkezetek zavarait.

Eseteink elemzésének rövid összefoglalása :

Három révülettel járó állapotképet elemeztünk a strukturális szemlélet tükrében. Két esetben a psychosis lassan fejlődött ki. Egyik esetben az elhúzódó révülethez káros én-dissolutív élmények társultak. Előtérben a viszonyulási struktura regressiószavaroként, a psychés energia csökkenése kiváltotta tünetek, valamint a megismerési és alkalmazkodási struktura regressiószavaroként állottak. A személyiség correctív reakciója új dynamicus stereotypeket nagyzáros téveseszmék formájában alakított ki.

Másik esetünkben a révületet alkotó viszonyulási szerkezetek regressiószavaroként hamarosan csatlakoztak coenaesthopathiák megismerési struktura regressiószavaroként. Az alkalmazkodás terén regressiószavaroként csak később léptek fel. A személyiség magyarázó, illetőleg öngyógyító kísérlete káros kulcsészlelésekben, majd másodlagos pathológiás megismerési strukturákban, befolyásoltatásos téves eszmeképződésben nyilvánult meg.

Harmadik esetünkben az acutan fellépő psychosisban a Wahnstimmunghoz tömeges psychosensoros zavarra jellemző tünet társult. A viszonyulási, megismerési és visszahatási szerkezetek terén kifejlődő regressiók jelenségek mellett az állapotot energetikai elégtelenség determinálta. A kóros élményekkel szemben a személyiség részéről correctiós kísérlet nem mutatkozott.

### Összefoglalás

Eseteinkben a Wahnstimmungnak a strukturális szemlélet tükrében való psychopathológiai elemzését adtuk. Az állapotképben a viszonyulási struktura regressiók tünetei állanak előtérben. A differenciáló gátlás hiánya folytán bekövetkező érzelmi polarisatiós zavar eredményezi a teljes tanácsalanságot, várakozó bizonytalanságot, a psychés történéseket általánosan színező ambivalenciát. A tünetekhez a psychés energia csökkenése kiváltotta jelenségek, valamint a megismerési és alkalmazkodási strukturák regressiók jelenségei csatlakoznak. Olyan esetekben, amikor a strukturális regressiók tüneteket energetikai elégtelenség kíséri, az állapot megreked a révületet alkotó kóros egyensúlybomlás stádiumában. Új pathológiás egyensúlyi állapotra való törekvés nyilvánul meg a személyiségnek a kóros tünetekkel szembeni correctiós törekvésében. Ilyen esetekben az új dynamicus stereotypeket másodlagos pathológiás megismerési strukturák formájában, pozitív vagy negatív irányú téveseszmeképzésben látjuk kialakulni.

### Irodalom

1. Dr. Nyirő Gyula: A schizophreniáról. Ideggyógyászati Szemle 1956. évi melléklete. — 2. Dr. Nyirő Gyula—dr. Szobor Albert—dr. Fráter Rózsa: Adatok a coenaesthopathia strukturális szemléletéhez. Ideggyógyászati Szemle 1956. évi melléklete. — 3. Karl Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. Springer, V. 1953. — 4. P. Matussek: Untersuchungen über die Wahnwahrnehmung. Arch. Psychiatrie Neurol. 189. 1952. — 5. Petrilouits: Zur Strukturtheorie der endogenen Psychosen. Schweiz. Archiv Neurol. Psych. B. 81. 1958. H. 1/2. — 6. Dr. Nyirő Gyula: A lelki működések strukturális szemlélete a reflexfolyamat alapján. Magyar Tudományos Akadémia „Psychológiai tanulmányok” című 1958. évi I. kötete.

Енэнэ Ирани: Структуральный анализ Вахтшмунга.

Frau J. Irányi: Strukturelle Analyse der Wahnstimmung.

Es wurde bei den eigenen Fällen die psychopathologische Analyse der Wahnstimmung im Spiegel der strukturellen Auffassung gegeben. Im Zustandbild stehen die Regressionssymptome der Verhältnisstruktur im Vordergrund. Durch die emotionelle Polarisationsstörung bei Mangel der differenzierenden Hemmung werden vollkommene Ratlosigkeit, abwartende Unsicherheit und die psychischen Ereignisse im allgemeinen ausmalende Ambivalenz herbeigeführt. Zu den erwähnten Symptomen schliessen sich die durch Verminderung der psychischen Energie ausgelösten Erscheinungen, sowie die Regressionserscheinungen der Erkennungs- und Adaptationsstrukturen an. Bei Fällen, in denen die strukturellen Regressionssymptome von energetischer Insuffizienz begleitet wird, bleibt der Zustand im Stadium der die Wahnstimmung bildenden pathologischen Gleichgewichtsauflösung stecken. Ein Bestreben zu einem neuen pathologischen Gleichgewichtszustand offenbart sich in der Korrektionsbestrebung der Persönlichkeit gegenüber den pathologischen Symptomen. In solchen Fällen sehen wir die neuen dynamischen Stereotype sich in der Form sekundärer pathologischer Erkennungsstrukturen, in Wahnbildung in positiver oder negativer Richtung entwickeln.

## Vasomotoros reflexek hatása a kóros elektroencephalogramra

Írta: HASZNOS TIVADAR dr.

Egy év alatt 1873 betegnél, akik közül 373 volt kilenc év alatti korban, az alább felsorolt vasomotor reflexek EEG-hatását tanulmányoztuk.

### a) *Carotis compressio*

Minden betegen elvégeztük hyperventillatio előtt és után, valamint ha Evipan-terhelést végeztünk, azután is. Mindkét oldalt egyidejűleg 10—15 másodpercig erélyes nyomást gyakoroltunk a carotisokra, a cardialis hatásról részben EKG-val, részben a carotis-pulsatio tapintása útján tájékozódunk.

Az irodalomban a beavatkozás által létrehozott változások magyarázata nem egységes. Az EEG változást (3—6/sec. frequentiájú hullámsorozatok) egyesek a periferiás keringésváltozás másodlagos következményének tartják, mások szerint hasonló effectus létrejöhet számottevő periferiás effectus nélkül, kizárólag cerebralis vasomotor hatás révén. Általában tiszta típus minden szerző véleménye szerint ritkán található és a hatás a cardio-inhibitor, a vasodepressor és a cerebralis hatás keveredéséből adódik.

Beteganyagunkban centralis típushoz sorolható esetet egyetlen alkalommal sikerült észlelni. Centrecephalis típusú saceres 18 éves férfi betegnél 8 mp-es compressio után pillanatnyi tudatvesztés lépett fel, az EEG-n P. M.-complexusok jelentkeztek, periferiás vagy cardialis pulsuseffectus nélkül. Mérsékelt pulsuslassúbbodás mellett egyidejűleg bilateralis frontotemporalis lassú sorozat öt betegünkénél jelentkezett. Az öt beteg közül három vegetatív labilitas, két centrecephalis sacer dg.-sal került vizsgálatra. Megfigyeléseink szerint kis dosis i. v. adott Evipan (15 ctgt) a periferiás compressió választ ritka esetekben megfordíthatja és a megelőző tapasztalt lassúbbodás helyett mérsékelt pulsussszaporodás léphet fel.

### b) *Oculo-cardialis reflex*

*Gastaut* a leghatékonyabb beavatkozásnak tartja vaso-vagal tünetegyüttes kiváltására. 71 betegnél száz alkalommal sikerült a bulbusokra gyakorolt 10—15 mp-es nyomással syncopet létrehoznia.

A syncope fellépésével egyidejűleg az EEG generalizáltan theta, delta sorozatokat mutatott.

*Gastaut* ellentétben másokkal (*Lloyd—Smith, Tatlow*) a jelenséget kizárólagosan a periferiás keringésváltozással magyarázza.

A szívmegeállás tartamától függően változnak a kísérőjelenségek, hosszabb stop után gyakran megfigyelhetők végtagrángások, opistotonus, nyálfolyás, sőt ritkán incontinentia is.

Véleménye szerint ez a tünetcsoport semmiféle összefüggésbe nem hozható az epilepsiás megnyilvánulásokkal, az EEG elvezetésnél jelentkező spike-dome complexusok műtermékként kezelendők.

A motoros izgalmi tünetek, az anoxiás állapotnak megfelelő decerebratio miatt felszabaduló, az oxygen hiányra kevésbé érzékeny pontobulbaris reticularis tonus szabályozó központokból erednének.

Ezt a tonusfokozódást soha nem követi csökkenő clonus, mint generalizált epilepsiás rohamnál lenni szokott, tehát a két tünetcsoportot különböző mechanizmus hozza létre.

*Lloyd—Smith* és *Tatlow* az előbbiekkal éles ellentétben azt vallják, hogy a tünetcsoport a paroxysmusok közé sorolható, és a P. M. complexusokat nem tartják műtermékeknek. Elképzelésük szerint az epilepsiások kp-i idegrendszere anoxiával szemben érzékenyebb és csökkent oxygentensio hatására a paroxysmusok aktiválódhatnak.

A mi anyagunkon a beavatkozás mindössze hét esetben eredményezett értékelhető EEG változást. A változás nem volt karakterisztikus, a hyperventillatio hatására megjelent paroximalis hullámformák a reflexkiváltás alatt ismét jelentkeztek. A pozitív választ adó betegek közül négy P. M. és három G. M. típusú EEG jeleket mutatott. Vénásan adott 10—15 cgtg Evipan után a reflexválasz értékelhetően nem módosult.

Egy alkalommal azt tapasztaltuk, hogy halmazott ES kezelés hatására a kezdetben negatív reflex pozitívvá vált.

Azoknál a betegeknél, ahol a reflex kóros hullámformákat nem aktivált, érélyes azonnali és hosszantartó desynchronisatio következett be akkor is, ha szemnyitás vagy egyéb érzékszervi ingerlés ilyen változást nem eredményezett.

#### c) *Apnoe*

A hyperventillatiót követően 2—3 percig tartó apnoe *Lloyd—Smith* és *D. Silvermann* szerint hatékony provocatiós eljárás. Több esetben észlelték, hogy hatására vagy a hyperventillatiós válasszal azonos EEG kép jelentkezett, vagy negatív hyperventillatio után adott értékelhető kóros hullámformát.

Megfelelő időtartamú apnoet beteganyagunk negyedénél tudtunk csak végeztetni, ezeknél semmiféle EEG elváltozást nem láttunk.

#### d) *Amylnitrit belélegeztetés*

Ha az EEG-n vascularis eredetűnek tartott localis amplitudócsökkenést észleltünk, vagy a beteg migrain dg.-vel került vizsgálatra, amylnitritet lélegeztettünk be az arcpír megjelenéséig.

40 esetből 27 betegnél (migraine?) mérsékelt, általános amplitudó-fokozódást és az alphamodulatio szabályosabbá válását tapasztaltuk. Három localis érelzáródásnak diagnostisált esetről a megelőzőleg jelenlevő localis depressió zónát átmenetileg részben megszüntette.

A többi esetben mérsékelt pulsusszaporodáson kívül más hatást nem észleltünk. Amylnitrit belélegeztetés után több esetben ismételen carotis compressiót végeztünk, EEG elváltozást ekkor sem tapasztaltunk, a compressio hatására a már meglévő tachycardia gyakran tovább fokozódott.

#### e) *Evipannal kombinált hyperventillatio*

Az éber állapotot és az alvás különböző mélységű fokozatait jellegzetes elektromos hullámformák kísérik. Az éber ún. aktivált EEG-re beta componensek jellemzők, relaxatiónál alpha orsók dominálnak. Szendergés alatt az elektromos tevékenység nagyfokú elszegényedést mutat, csak kis amplitudójú beta componensek láthatók, felületes alvásra az ún. alvási orsók, mély alvásra szabálytalan delta hullámok jellemzők.

Rendszeres vizsgálatokkal megállapítottuk, ha az Evipan vénás adását az alvási orsók megjelenésekor megszakítjuk és a beteget hyperventilláltatni kezdjük, 2—3 perc múlva olyan esetekben is kóros hullámformák jelentkeznek, amikor Evipan előtt végzett mély lélegeztetés eredménytelen volt.

Az eljárás jónak bizonyult, ezért hosszú idő óta rendszeresen alkalmazzuk. Tetracor intermittáló fényingerlés kivételével a többi aktivációs módszerrel összehasonlítva számos esetben győződünk meg arról, hogy az eset-

ben, ha ez a módszer is eredménytelen, a többi rutinszerűen alkalmazott aktivációs eljárás sem hatásos.

### Összefoglalás

Adatainkat áttekintve és az irodalom adataival összehasonlítva kitűnik, hogy a mi beteganyagunkon a mások által leírt aktivációs eljárások viszonylag igen kis százalékban bizonyultak csak eredményesnek.

A vizsgálatra került betegek nagy száma kizárja, hogy statisztikai szórással magyarázzuk a negatív eseteket. Elsősorban az apnce hatástalan voltát nehéz magyarázni, mert míg carotis compressiónál elképzelhető, hogy a nyomást nem adequat helyen és erővel alkalmaztuk, az apncet végző betegnél minden esetben módunkban állt ellenőrizni, hogy a beteg felszólításunknak eleget tett-e.

A negatív eredmények alapján a felsorolt aktivációs módszereket a továbbiakban nem alkalmaztuk válogatás nélkül minden betegnél.

A carotis compressiót és oculo-cardialis reflexet olyan betegeknél végezzük el, ahol syncope és sacer között kell differentiálni.

Vascularis kórképeknél az amylnitrit belélegeztetést továbbra is elvégezzük. Ez a terület ugyanis viszonylag nehéz EEG diagnostikai problémát jelent és a kis számú pozitív eset is indokolja a próba alkalmazását.

Rendszeresen alkalmazzuk az Evipant hyperventillációval együttesen. Ennek véleményünk szerint kifejezett előnye, hogy viszonylag kis adag, tehát veszélytelen Evipan alkalmazása mellett ugyanazt a hatást érhetjük el, mint a nagyobb adagot igénylő mélyebb altatással, vagy egyéb hosszadalmasabb, komplikációkkal inkább járó módszerekkel.

### Irodalom

1. H. Gastaut: Syncope and Seizure. — 2. Gastaut H. und Gastaut Y.: EEG and clinical study of anoxic convulsions in children. EEG. Clin. Neurophysiol., 1958, 10:607—620. — 3. Lloyd Smith, D. L., Tatlow W. F. T.: Syncope and Seizure. EEG. Clin. Neurophysiol., 1958, 10:573—574. — 4. Lloyd Smith, D. L. and Tatlow W. F. T.: Syncope and Seizure. EEG. Clin. Neurophysiol., 1958, 10:153—157. — 5. Lloyd Smith, D. L.: The EEG. during hyperventillation followed by apnoea EEG. Clin. Neurophysiol., 1950, 2:289—296. — 6. Daniel Silvermann: A comparison of hyperventillation and apnoea activation of the EEG. EEG. Clin. Neurophysiol., 1956, 8:41—48. — 7. Daniel Silvermann: Sleep as a general activation procedure in the EEG. EEG. Clin. Neurophysiol., 1956, 8:317—324.

Тивадар Гаснош: Влияние вазомоторных рефлексов на патологическую электроэнцефалограмму.

T. Hasznos: Über die Wirkung vasomotorischer Reflexe auf das pathologische Elektroenkephalogramm.

Auf Grund des Vergleiches der eigenen und der Literaturangaben erwies sich, dass am eigenen Krankengut die von anderen beschriebenen Aktivationsverfahren sich nur bei einer sehr geringen Prozentzahl für erfolgreich bewiesen. Bei der grossen Zahl der untersuchten Kranken können die negativen Fälle mit keiner statistischen Streuung erklärt werden. In erster Reihe ist es schwierig eine Erklärung für die Wirkungslosigkeit der Apnoe zu finden, denn solange es bei Carotis-Kompression denkbar ist, dass der Druck nicht an adäquater Stelle und mit adäquater Kraft angewandt wurde, kann beim Kranken, der Apnoe durchführt, in jedem Falle kontrolliert werden ob er der Aufforderung genug getan hatte.

Auf Grund der negativen Ergebnisse haben wir im weiteren die erwähnten Aktivationsverfahren nicht ohne Wahl bei allen Kranken angewandt. Die Carotis-



Kompression und der Okulo-kardiale Reflex werden bei Kranken durchgeführt, bei denen zwischen Synkope und Sazer differenziert werden soll. Bei vaskulären Krankheitsbildern wird das Einatmen von Amylnitrit auch weiterhin durchgeführt. Dieses Gebiet bedeutet nämlich ein relativ schweres EEG diagnostisches Problem und selbst die geringe Zahl der positiven Fälle motiviert die Anwendung der Probe. Sie wird regelmässig mit Evipan-Hyperventilation zusammen angewandt. Nach Meinung des Verf.-s bedeutet es einen ausdrücklichen Vorteil, dass mit einer relativ kleinen Dosis, also durch gefahrlose Anwendung von Evipan die gleiche Wirkung erreicht werden kann, wie mit der eine grössere Dosis benötigenden tieferen Narkose, oder mit anderen, langwierigeren, eher mit Komplikationen verlaufenden Methoden.

## Ophthalmo-otoneurologiai munkaközösség megalakulása

1959. március 25-én, az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet székházában megalakult az ophthalmo-otoneurológiai munkaközösség, a „Pavlov“ Ideggyógyász Szakcsoport keretében.

Az alakuló ülést Darabos Pál dr., az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet orvos szakosztályának titkára nyitotta meg. Üdvözölte az ophthalmo-otoneurológiai munkaközösség megalakulását, mely összekötő kapcsot jelent az ideggyógyászat, fülészet és szemészet között azáltal, hogy ezen szakmák határterületeinek a művelését tűzte ki céljául. A munkaközösség programját Pogány Ödön dr. terjesztette megvitatásra az egybegyűltek elé, majd Weinstein Pál dr. és Simonyi Gusztáv dr. méltatták a munkaközösség jelentőségét. Rakonitz Jenő dr., a „Pavlov“ Ideggyógyász Szakcsoport főtitkára, felszólalásában bejelentette, hogy az Ideggyógyász Szakcsoport örömmel vállalja a megalakuló munkaközösség patronálását.

Az alakuló ülés, az előterjesztett javaslatok alapján a következőket határozta el:

1. Elfogadta a munkaközösség vezetőjéül az ideggyógyász, fülész és szemész szakcsoportok vezetősége által kijelölt Simonyi Gusztáv dr.-t. A munkaközösség titkárává Bodó György dr.-t választotta.
2. A munkaközösség céljaként az alakuló ülés az ophthalmo és otoneurológia vizsgálómódszereinek tanulmányozását, az újabb vizsgálómódszerek értékelését, egységes nomenclatura és jelölőrendszer kialakítását, idegrendszeri megbetegedések szem- és fültüneteinek és ezek diagnosztikai értékének tanulmányozását tűzte ki.
3. Elhatározta, hogy az üléseket két havonként tartja. A következő ülést 1959. április 29-én este 7 órakor tartották az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet Nádor utcai székházának Weil-termében. Ezen ülésen Weinstein Pál dr. számolt be az ophthalmoneurológia újabb haladásáról. Az ezt követő ülésen Nákó András dr. ismertette az otoneurológia utóbbi tíz évben elért fejlődését. Újabb két hónap múlva Simonyi Gusztáv dr. előadást tart arról, hogy mit vár az ideggyógyász az ophthalmo- ill. otoneurológustól. Ezeknek az üléseknek a pontos időpontjáról az Orvosi Hetilapban tájékoztatja az érdeklődőket a munkaközösség.  
A munkaközösség már erre a három első ülésre is várja kazuisztikai esetek bemutatását. A bemutatásokat Bodó György dr.-nál lehet bejelenteni (Bp., XII., Malinovszki fasor 10.).
4. A munkaközösség nemcsak az ideggyógyászokat, szemészeket és fülészeket, hanem a kérdés iránt érdeklődő anatómusokat, pathológusokat, érzékszerv fiziológusokat és gyermekgyógyászokat is felkéri, hogy minél nagyobb számban kapcsolódjanak be ebbe a munkába.

## H Í R E K

Lehoczky Tibor professzort a *Congrès Mondial de Médecine Prophylactique et de l'Hygiène Sociale* elnöksége referátum tartására kérte fel; a vilá kongresszust Bad Aussee-ben tartják.

\*

Jean Lhermitte professzor 81 éves korában Párisban elhunyt. (1959. jan. 24.) A neurológia és pszichiátia kimagasló művelője volt. Munkássága élenken visszatükrözi széleskörű érdeklődését. Az első világháború alatt a gerincvelő sérülései foglalkoztatták, később a legkülönbözőbb tárgykörből vett kérdések képezték jelentős munkái tárgyát, így pl. az öregkori paraplegia, neuromyelitis optica, sclerosis multiplex, az olivo-rubro-cerebellaris atrophia, a chorea különböző formái, továbbá a peduncularis hallucinosis, a fájdalom, a testvázlat zavarai, az autoscopia stb., stb.

A francia neuropsychiatriai iskola jellegzetes képviselője volt. Világos, szép stílussal írt munkái maradandó, komoly értéket jelentenek. Kitűnő, érdekes előadásai mindig mély hatást gyakoroltak a nemzetközi kongresszusok hallgatóságára. Színes közvetlen egyénisége sok barátot szerzett neki és a francia neuropsychiatriának.

\*

Olvasóinkkal a következő külföldi kongresszusokat ismertetjük:

Psychiatriai kongresszus (neurosisok, toxicus eredetű elme zavarok). Marienske Lazne 1959. IX. 7—11-ig. (Csehszlovákia.)

Élettani kongresszus (az idegrendszer farmakológiája). Libice, 1959. V. (Csehszlovákia.)

Ideg-elmegyógyász kongresszus 1959. okt. 22—24. Drezda, (NDK).

II. Nemzetközi Idegsebész Kongresszus, Washington, 1961. okt. 14—20. (titkár: Dr. Bronson S. Ray, 525 E 68 th. St. New York 21).

**Új készítmény!**

# **TRIFAVIT inj.**

1 amp. (1 ml) 1000 gamma vitamin B<sub>12</sub> III. faktort tartalmaz.

**Javallatok:** Anaemia perniciosa súlyos idegrendszeri elváltozásokkal (myelosis funicularis). Trigemínus és egyéb (posztherpeszes, alkoholos, diabeteses stb.) neuralgiák, infekciós polyradiculitis, herpes zoster és egyéb neurotrop vírusbetegségek, izomatrófiás és disztrófiás kórképek. Osteoarthritis és osteoporosis esetén a kísérő tünetek enyhítésére.

Vírushepatitis utáni állapotok.

**Adagolás:** Hetenként 2—3x1 ampulla i. m. 1—2 héten át, majd az adagolást heti 1 ampullára csökkentjük. Trigemínus és egyéb neuralgiák, valamint infekciós polyradiculitis esetében naponta 1 ampulla i. m. a fájdalom megszűnéséig, azután másodnaponként 1 ampulla 4—5 héten át. Ha a naponta adott, összesen 10—15 ampulla alkalmazásával a fájdalom nem szűnik meg, Trifavit inj.-val a kezelést nem folytatjuk.

**Forgalomba kerül:**

3 (1 ml) ampullát tartalmazó dobozban, 50 (1 ml) ampullát tartalmazó dobozban.

**Gyártja:**

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST, X.**

# **RAUSEDYL injekció**

1 ampulla (1 ml) tartalmaz 1,0 ill. 2,5 mg kristályos reserpint.

**Javallatok:** Hypertonia különböző formái.

**Adagolás:** A 0,1% (1 mg) i. m. injekció súlyosabb hypertoniás betegek intézeti kezelésében használandó. Súlyos psychosis és izgalmi állapotok kezelésére különösen alkalmas.

**Forgalomba kerül:** 5 és 25x1 mg-os ampulla dobozban, 5 és 25x2,5 mg-os ampulla dobozban.

**Gyártja:**

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST, X.**

---

---

KÜLFÖLDRE KÜLDHET rokonainak — ismerőseinek — jóbarátainak

## Orvosegészségügyi szaklapot forint befizetés mellett

Befizethető 61.280. csekkszámára (POSTA Központi Hírlapiroda). A magánközlemény rovatban kérjük feltüntetni a címzett nevét, pontos címét.

	Fél évre Ft	Egész évre Ft
Acta Pharmaceutica Hungarica — — — —	39,—	78,—
Bórgyógyászati Szemle — — — —	35,—	70,—
Fogorvosi Szemle — — — —	38,—	76,—
Gyermekgyógyászat — — — —	58,—	116,—
Gyógyszerészet — — — —	36,—	72,—
Kísérletes Orvostudomány — — — —	72,50	145,—
Magyar Belorvosi Archivum — — — —	30,—	60,—
Ideggyógyászati Szemle — — — —	54,—	108,—
Tuberkulózis — — — —	60,—	120,—
Magyar Nőorvosok Lapja — — — —	72,—	144,—
Magyar Radiológia — — — —	38,—	76,—
Fül-, Orr-, Gégegyógyászat — — — —	48,—	96,—
Magyar Sebészet — — — —	55,—	110,—
Szemészet — — — —	36,—	72,—
Orvosi Hetilap — — — —	84,—	168,—
Népegészségügy — — — —	23,—	46,—
Egészségtudomány — — — —	60,—	120,—
Magyar Onkológia — — — —	48,—	96,—

---

---