

305.107

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XII. ÉVFOLYAM
225—256 OLDAL



BUDAPEST, 1959. AUGUSZTUS

2

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI SZAKSZERVEZET IDEG-, ELME SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

Főszerkesztő: Környey István

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

TARTALOM

| | |
|---|-----|
| <i>Bozsik György</i> : Az idegrendszer szövettani elváltozásai Coxsackie B 3 fertőzésnél csecsemőkorban | 225 |
| <i>Zappe Lajos és Nagy Vilmos</i> : A gerinccsatornán belüli daganatok korai diagnosizálásának lehetőségei és jelen- tősége | 232 |
| <i>Szegedy László és Szobor Albert</i> : Teljes compressiós liquorsyndromát okozó atypusos, tünetszegény spi- nalis fibroblastoma | 242 |
| Könyvismertetés | 247 |
| Beszámoló | 249 |
| Meghívó | 250 |
| Hírek | 256 |

A szerkesztésért felel: Juhász Pál. Kiadja A Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Bp., V., Beloianisz u. 8. A kiadásért felel: A Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. Telefon: 122-650. Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodánál (Bp., V., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Csekk számlaszám: egyéni 61.299; közületi 61.066 vagy átutalás az MNB 47. sz. folyószámlájára. Megjelenik havonként. Előfizetési díj negyed évre 21,— Ft. Egyes szám eladási ára 10,— Ft. Példányszám: 1050.

A budapesti Orvostudományi Egyetem Neurológiai klinikájának
(Igazgató: Dr. Horányi Béla egyetemi tanár) közleménye

Az idegrendszer szövettani elváltozásai Coxsackie B 3 fertőzésnél csecsemőkorban

Írta: BOZSIK GYÖRGY dr.

Az 1958. évi országos Bornholm-járvány alatt a budapesti II. Szülészeti klinikán és a tatabányai kórház Szülészeti Osztályán halmozottan észleltek csecsemőknél is tisztázatlan aetiológiájú, acut lázas megbetegedéseket. Budapesten 1958. IX. 16—24. közötti időszakban 17, Tatabányán 9 megbetegedés történt. A budapesti járványt klinikailag Lukács és Romhányi dolgozták fel, a vírusvizsgálatokat Dömök és Molnár végezték és 19 esetben Coxsackie B 3 típusú törzseket izoláltak. 7 betegnél a vizsgálat időpontjában a vírus kimutatás negatív eredményű volt. A budapesti járvány egyik betege, egy 4 napos csecsemő, háromnapos betegséglefolyás után exitált. A központi idegrendszert szövettani vizsgálatokra klinikánk kapta meg. Tekintve, hogy gyermek és felnőtt korban a Bornholm betegség könnyű lefolyású, a kórkép szövettani jellegzetességeiről emberben, még a legújabb neuropathológiai kézikönyvek is csak hiányosan tartalmaznak adatokat és tudomásunk szerint ez Magyarországon az első virológiailag igazolt és boncolásra került eset, ezért érdemesnek tartottuk közlésre.

Esetünk. Gy. J. 4 napos újszülött. Felvétel 1958. IX. 22-én a budapesti I. Gyermekklinikára (igazgató: Prof. Gegesi Kiss Pál). Családi anamnesis negatív. Normalis terhesség és szülés. Születési súlya 3650 g. Felvétele napján 38,2 °C láz. Status praesensből kiemelendő: enyhe icterus, jobb parietooccipitalis tájon csecsemő-ököllyi cephalhaematoma, kissé nedvedző köldök. Kutacs nem feszes, meningealis tünetek nem észlelhetők.

Kórlefeljárás. IX. 22-én végzett lumbalpunkciónál közepes nyomással enyhén sárga, kissé megtört liquor ürül. Pándy: +, sejtszám 36/3 ly., összfehérje vizsgálat a liquor kis mennyisége miatt nem történt, cukor 44 mg %, Felvétele napján egy alkalommal hány. Therapia: 3 ml gamma globulin im., 2 × 25 mg Polycyclin im., C—B,—K vitamin, 20%-os dextrose iv. Táplálás: 10 × 20 g colostrum + tea. Láz-talan. Másnap kissé nyugtalanabb, kétszer hány, láztalan. Mellkas Rtg. (átvilágítás): negatív. Fülészeti vizsgálat: negatív. Vizelet: negatív. Szemfenék ép. Ekg.: értékelhető kóros eltérést nem mutat. Therapia: eadem + 120 gamma B₁₂ im. Táplálás: 10 × 30 g colostrum + tea. Következő napon 38,2 °C; elég élénk, adagját elfogyasztja. Este 23 órakor hirtelen cyanoticus lesz, hüppögő légzés, pulsus 200/min., könnyen elnyomható. Therapia: 0,1 mg Strophantin iv., 0,2 ml Pulsoton im., 0,3 ml Lobelin im., O₂ belégzés, mesterséges légzés. Átmeneti javulás után 10 perc múlva acut keringési elégtelenség tünetei között exitál.

A sectio halál után 12 órával történt.

Boncolási lelet (budapesti Igazságügyi Orvostani Intézet, igazgató: Prof. Ökrös Sándor): mindkét tüdőn subpleurálisan, az endocardium alatt, a máj és vesék felszínén, a húgyhólyag nyákhártyáján elszórtan néhány petechia. A jobb szívfél kítágult. A tüdők oedémásak, diffus bronchiolitis és kezdődő disseminált bronchopneumonia. A köldökerek thrombotisáltak; a ductus Botalli csaknem teljesen zárt.

A szervek szövettani vizsgálatánál a szívizomzatban súlyos, diffus myocarditis látható. A bal kamra izomfalából készített metszeten a szívburok laza szövete vizenyősen fellazult és lebenyesmagvú fehérvérsejtekkel elég sűrűn infiltrált. A szívizomzat kötegei foltonként fellazultak. A szívizomrostok ezeken a területeken helyenként csaknem teljesen eltűntek, más helyeken csak töredékei maradtak meg, melyek

megvékonyodtak. A sarcolemma-hüvely magvai megszaporodtak. A rostok között lebenyesmagvú fehérvérsejtek elég nagy számban láthatók ; az elpusztult, töredezett izomplasma részleteket részben már phagocytálták. A szívizomnyalábok közti kötőszövetes septumok oedémásan fellazultak és sejtesen beszűrődtek. A szív jobb kamrájából vett metszeteken még kiterjedtebb és súlyosabb az elváltozás, főként a zsigeri szívburok alatti rétegekben. A *tüdő* metszeteiben a lebenyek közti kötőszövet savós beszűrődése, továbbá a mellhártya savós és sejtes beszűrődése szembetűnőbb jelenség. A *máj* metszeteiben a májsejtek duzzadtak, apró vacuolákkal áthatottak. A sinusok általában tágultak, vérrel teltek, a Kupfer-sejtek duzzadtak. Legsúlyosabb az elváltozás a periportalis szövetben, mely foltonként vizenyősen és nagyobb fokban leukocytásan beszűrődött.

A *virusvizsgálatokat* az Országos Közegészségügyi Intézetben végezték (dr. Dömök és dr. Molnár) : a betegség első napján vett székletből Coxsackie B 3 izoláltak ; az ugyanakkor vett liquor negatív volt. Boncolás alkalmával virusvizsgálat céljaira a következő szervekből vettek anyagot : nagyagy, kisagy és nyultvelő, gerincvelő nyaki duzzanata, *tüdő*, szív bal kamrája, máj, lép és pankreas. Ezek mindegyikében Coxsackie B 3 találtak. A vizsgálatok szopósegereken és majomvesén történtek. Az egyes szervek virustartal-máról úgy tájékoztattak, hogy az ezekből készült 10%-os suspensiókat napos egerekben megtitrálták. Megállapították, hogy a suspensiók 0,03 ml-e a központi idegrendszer máj, lép és pankreas esetében 10^4 , a *tüdő* esetében 10^3 , míg a szív esetében 10^7 hígításban is tartalmazott olyan virusmennyiséget, mely az állatok felének megbetegedését képes volt kiváltani.

További kísérleteket folytatunk *Dömök* dr.-ral annak eldöntésére, hogy esetünk különböző szerveiből kitenyésztett törzsek és a járvány kapcsán más betegekből izolált Coxsackie B 3 törzsek szervaffinitas szempontjából eltérnek-e egymástól a későbbi egérpassageknál ?

Az agyat és gerincvelőt, a virológiai vizsgálatok céljaira kimetszett részletek kivételével, formalin-fixált állapotban kaptuk meg.*

Makroszkópos leírás : az agyon enyhe oedemán és a lágyburkok kisfokú vérbősé-gén kívül kóros elváltozás nem látható.

A gerincvelő lágyburkai és a dura, főleg a cervicalis és thoracalis szakaszon szorosabban tapadnak egymáshoz, ezért a durát fixálás után sem vágjuk fel, hanem különböző magasságban, a burkokkal együtt készítenk harántkorongokat a gerincvelőből. A gerincvelőn szabad szemmel kóros elváltozás nem látható.

Szövettani vizsgálat : különböző kéregrészekből, a törzsdúcokból, mesencephalonból, a gerincvelő különböző magasságaiból fagyasztott metszeteken zsír- (Sudan III.), velőshüvely- (Spielmeyer), Holzer féle gliarost-festést ; Globus—Cajal arany-szublimát-, Penfield- és Bielschowsky-impregnatiót végeztünk. Ugyanezen területekből részben celloidin, részben paraffin beágyazás után Nissl-, haematoxylin-eosin-, van Gieson-festést és egyes metszeteken PAS reactiót alkalmaztunk.

Nissl-képeken : a meninxek általában megvastagodtak, sejtűdűs, helyenként még nagy, világos magvú, fiatal kötőszöveti sejteket is bőven tartalmaznak. Emellett enyhefokú sejtes infiltratio is látható, főleg a barázdák mélyén. Az infiltratum sejtjei lymphocyták, néhány plasmasejt ; polynuclearis leukocytát csak igen elvétve találunk. A barázdák mélyén több helyütt előfordul, hogy néhány lymphocytából álló infiltratum, a meningealis erek mentén, a kéreg felső rétegére is ráterjed (I. ábra). A Schaper-féle superficialis szemcsés réteg már csaknem teljesen eltűnt, frontocentralisan látható még egyes barázdák mélyén egy-két sejtsorból álló maradványa. A meningealis elváltozások az egész nagyagykéreg felett meglehetősen diffus eloszlásúak, a fronto-centralis vidékeknek megfelelően talán valamivel kifejezettebbek. A meningealis erek általában tágak, vérrel teltek.

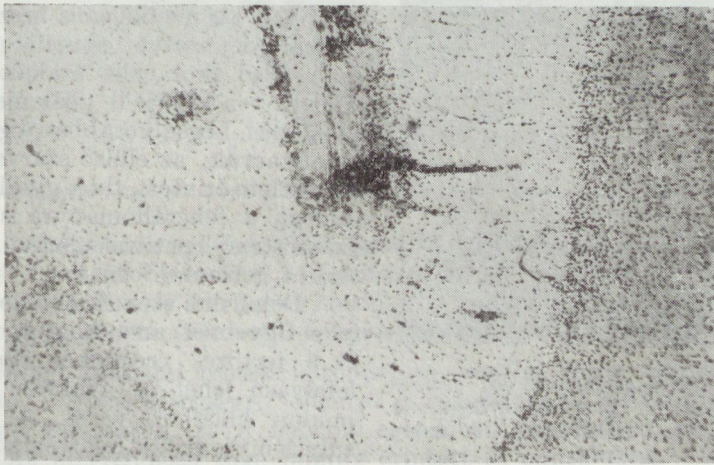
A molekuláris réteg sejtűdűs, egyes helyein diffus jellegű, enyhefokú mikrogliazsaporulat látható, pálcasejtek formájában. Bár ez ebben a fejlődési stadiumban meg-

* E helyen mondunk köszönetet a budapesti Igazságügyi Orvostani Intézet igazgatójának, Dr. Ökrös Sándor professzor úrnak, a központi idegrendszer szíves átengedéséért és a zsigeri szervek szövettani leletének közléséért.

szokott, mégis helyenként a meningealis elváltozásokkal párhuzamos localis hangsúlyozottság alapján mérlegelnünk kell — *Roback* és *Scherer* álláspontjához csatlakozva — annak pathológiás jelentőségét is. A granularis típusú kéregrészekben a jól fejlett külső és belső granularis réteg között a III. réteg diffuse, kissé rareficáltnak tűnik, idegsejt vagy glia elváltozások azonban itt sem találhatók. Egyes helyeken, így a bal F I. hátsó részletében, a kifejezettebb meningealis infiltratio alatt, a külső granularis réteg kis erei körül néhány halványmagvú astrocyta és mikroglia tömörül; valódi gliasomó-képzés azonban seholszem található. A fehérállomány kis és középnagy erei tágak, vérrel teltek. Egyes helyeken a capillarisok duzzadt endothelje az ér lefutását szinte kirajolja. A bal capsula internában, néhány középnagy ér körül, szerény gliaszaporulat mellett egy-egy kis lymphocyta is látható. Az oldalkamrák szögletében egyes erek körül, néhol félhordalაკúan, még matrix-sejthalmazok is feltalálhatók.

A kisagyban az embryonalis külső granularis réteg még mindenütt megtartott; a velőállomány tágabb, vérrel telt erein kívül egyéb kóros elváltozás nem látható.

Sudan-készítményeken a frontalis polustól az occipitalis polusig, a nagyagy fehérállományának mélyebb, periventricularis rétegeiben, számos diffus eloszlású zsírszemcsés sejt található. Jelen esetünkben ezt *Wohlwill* nézetének megfelelően a physiologiás myelogenesis kísérőjelenségének tartjuk, mert általános toxicus hatásra (*Neubürger*),



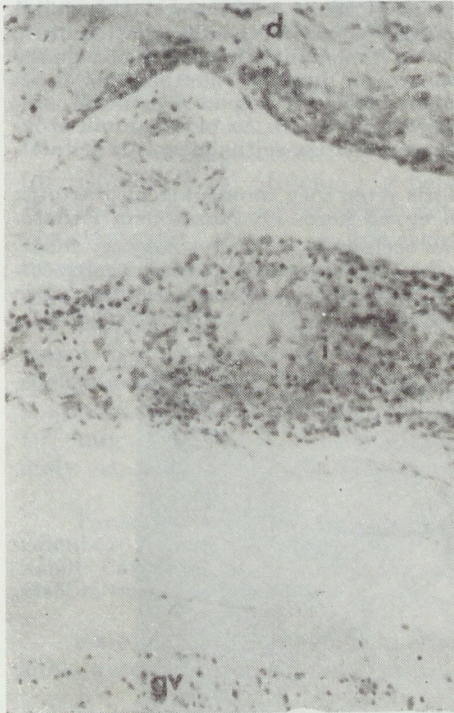
1. ábra. Baloldali temporalis polus. A barázda mélyén a meningealis infiltratio a kéreg felső rétegére is ráterjed. Nissl-festés. 100-szoros nagyítás

vagy anoxyás károsodásra utaló egyéb elváltozást nem találtunk. A kisagy fehérállományában csak igen elvétve látható egy-egy zemeses sejt.

Globus—Cajal- és Penfield-készítményeken a kornak megfelelő gliaképeket kapunk, kórosként értékelhető gliás reakcióit, a már fentebb említett stratum molekularebeli enyhefokú mikroglia-rájazáson kívül nem találtunk.

A gerincevelő Nissl metszeteiben a dura sejtűs, helyenként az intraduralis kis erek körül kifejezett infiltratumok vannak. A sejtek legnagyobb része lymphocyta, helyenként azonban néhány nagy, egymagvú monocyta és egy-egy plasmasejt is látható. A lágyburkok a cervicalis szakasztól egészen a lumbalis szakaszig, egész kiterjedésükben, főleg lymphocytákkal infiltráltak (2. ábra). Az infiltratio a be- és kilépő gyökerek között a fasciculusok közé terjed. A thoracalis szakaszon szinte a gerincevelő egész keresztmetszetét érintő, diffus eloszlású gyulladásos elváltozások láthatók (3. ábra). A Th 5—6 magasságában a gerincevelő hátsó kötéleben, az egyik oldalkamrától egész kiterjedésében, mindkét oldalszarvban (4. ábra) — az egyik oldalon hangsúlyozottabban — kevésbé az egyik oldali mellső szarvban, számos gliosus és lymphocytás beszűrődés észlelhető. Polynuclearis leukocyta csak egészen elvétve található. Az egyik oldali oldalszarvban, továbbá az egyik oldali mellsőszarvban elvétve neuronophagiás kép is előfordul. Sajátságos módon mindkét Clark-oszlop, mind a neurocytás elváltozásokat, mind a glia-haematogen beszűrődéseket tekintve intact. Egyébként a mellsőszarvi idegsejtek túlnyomó része csak jelentéktelen elváltozásokat

mutat. Az oldalszárvi sejtek között már találunk elmosódott határu, Nissl-structurájában károsodott sejteket. Eosinophil plasmájú idegsejteket, zárványokat nem találtunk. A fehér állomány erei körül helyenként kifejezett, főként lymphocytás beszűrődés (5. ábra). Az egyik oldali hátsókötél alapi részében, a kis intramedullaris



2. ábra. Lumbalis gerincvelő. gv: gerincvelő, d: dura, i: kiterjedt infiltratio a lágy- burkokban. Nissl-festés. 150-szeres nagyítás

részében klinikailag és kórbonctanilag is meningoencephalitist találtak. Az első johannesburgi, Coxsackie B 3 okozta járvány alkalmával a 10 csecsemő közül 6 meghalt. (Javett, Heymann, Mundel, Pepler, Lurie, Gear, Measroch és Kirsch.) A második járvány mindhárom esete gyógyult. Majd 1955-ben dél-Rhodesiában Coxsackie B 4 fertőzésnél 3 csecsemő közül 1 halt meg (Montgomery, Gear, Prinsloo, Kahn és Kirsch). 1955-ben Hollandiában Coxsackie B 4 okozta 4 halálesetről számol be van Creveld és de Jager. 1957-ben a Cape Town-i Coxsackie B 3 járvány 9 megbetegedés közül 4 exitált. Suckling és Vogelpoel; Simenhoff és Uys.) A hazai 1958. évi járvány, a csecsemőknél észlelt Bornholm járványok közül, időbeli sorrendben a hatodik esetszámait tekintve valamennyi eddig ismertettnél nagyobb. A budapesti, aetiologailag és klinikailag elemzett 17 esetből csak 1 — a jelen közlemény esete — exitált. Tatabányán a 9 megbetegedett közül is 1 meghalt és boncolásra került. A boncjegyzőkönyv kóros elváltozást az idegrendszer részéről nem jegyzett fel; szövettani vizsgálat nem történt. A szervekből (agy, tüdő, szív, lép, máj és pankreas) ez esetben is végeztek virusvizsgálatokat és azok mindegyikéből Coxsackie B 3 izoláltak.

Sporadicus egyes eseteket ismertettek sectiós lelettel Gear (1955), Kibrick és Benirschke (1956) és Hosier és Newton (1958).

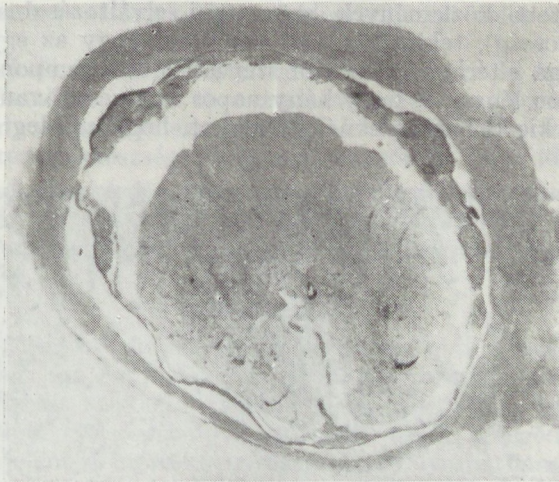
találunk elmosódott határu, Nissl-structurájában károsodott sejteket. Eosinophil plasmájú idegsejteket, zárványokat nem találtunk. A fehér állomány erei körül helyenként kifejezett, főként lymphocytás beszűrődés (5. ábra). Az egyik oldali hátsókötél alapi részében, a kis intramedullaris erek körül friss vörösvértestek láthatók szabadon. A kisebb vérzések helyenként összefolynak és hosszanti csík alakjában csaknem eléri a gerincvelő felszínét is a hátsószárvi mellett.

Bielschowsky-készítményeken még a legkifejezettebb gyulladási elváltozások területében sem láttunk axon elváltozásokat. Velőshüvely (Spielmeyer) és zsírfejtésnél (Sudan III., Sudan black) a még csak igen gyéren myelinisált elülső és oldalsó pyramis-pálya hiányos festődését és diffuse néhány myelogenesises zsírszemcsés sejteket (Scheyer) találtak.

Összefoglalva a szövettani leletet: a nagyagyban igen enyhefokú, diffus, lymphocytás meningealis beszűrődések. Sokkal kifejezettebb spinalis meningitis és a felső thoracalis szakaszon a gerincvelőben kiterjedt gliás-mesodermás gyulladás. Legsúlyosabban a gerincvelői oldalszárviak, az elülső szárviak lateralis részlete érintett, de a gyulladás szétszórtan a fehérállományra is ráterjed. Számottevő perivascularis infiltratio csak a gerincvelőben van.

Délafrikai szerzők 1952-ben hívták fel a figyelmet arra, hogy a Coxsackie B 3 fertőzés csecsemőkorban súlyos lefolyású lehet és gyakran fulmináns módon halálhoz vezet. A halálok a súlyos myocarditis miatti acut keringési elégtelenség; emellett az esetek egy

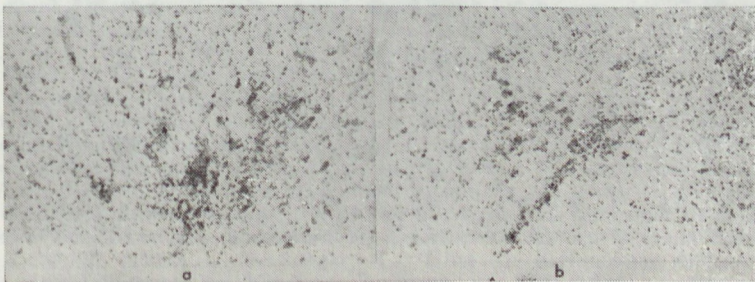
A budapesti 17 eset klinikai analysisénél *Lukács és Romhányi* megállapították, hogy vannak enyhe formák, melyeknél bevezető lázas szak és néhány nyákos széklet után, klinikailag csaknem tünetmentessé válhatnak. Vannak súlyosabb lefolyásúak, melyek kifejezett, napokig tartó lázzal, tudatzavarral,



3. ábra. Gerincvelő átnézeti képe Th 5 magasságából. Nissl-festés. 12-szeres nagyítás

meningealis tünetekkel, olykor eklampsiás megnyilvánulásokkal (3 esetben), egyeseknél cardialis tünetekkel (4 esetben) járnak. Liquor elváltozások minden esetben voltak, már a betegség kezdetén: sejtszám 4—320 ly., összfehérje 30—110 mg% között változott, cukorérték significans eltérést nem adott.

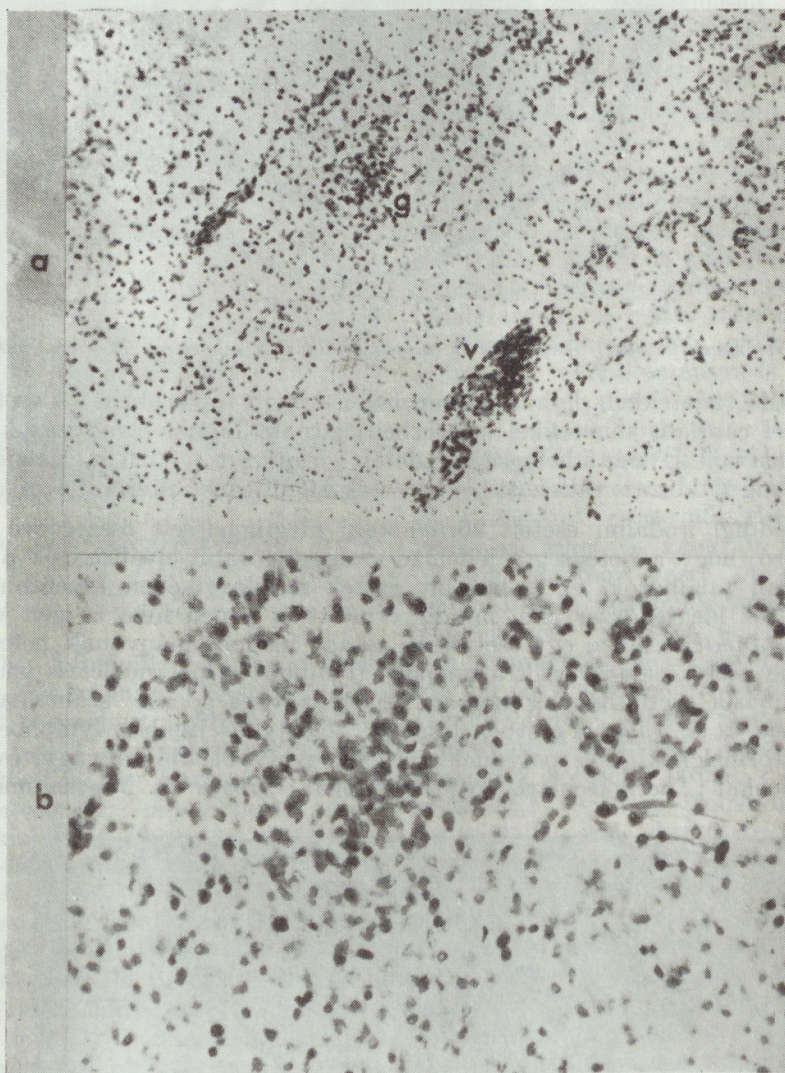
Az eddigi irodalmi esetek kórbonctani megfigyeléseit összegezve megállapítható, hogy a betegségekre jellemző és legsúlyosabb elváltozások a szív-izomzatban találhatóak, ez a boncolt esetek mindegyikében kivétel nélkül megvolt. Az idegrendszer nem mindig érintett és ennek foka is igen különböző. Így *Javett* és *mtsai* egy esetükben az agy fehérállományának petechiáiról, enyhe perivascularis infiltratumokról (lympho- és polynuclearis leukocytákból), másik esetükben az agyban „encephalitisés góceról” számolnak be. *van Creveld* és *de Jager* 3 esetben találtak, főleg gliasejtekből, lymphocytákból, magtörmelékekből és polynuclearis leukocytákból álló nagyagyú és agytörzsi góccokat; perivascularis infiltratumokat. *Hosier* és *Newton* második



4. ábra. Részlet a 3. ábrából, a: baloldali oldalszarv, b: jobboldali oldalszarv. Nissl-festés. 15-szeres nagyítás

esetében voltak az agyban és az agytörzsben gyulladós gócok. Esetünkhöz még leginkább *Kibrick* és *Benirschke* közlése hasonló, ahol szintén 7 napos csecsemőnél a cerebellum és a pons kis encephalitiszes gócai mellett a gerincvelő thoracalis szakaszán kiterjedt gyulladós gócokat találtak, melyeket makrophagok és polynuclearis leukocyták alkottak.

Az ismertetett közlemények szövettani elváltozásainak értékelésénél (localisatio, súlyosság), tekintetbe kell vennünk, hogy az egyes virustörzsek biológiai sajátága eltérhet egymástól szervaffinitas szempontjából. Emellett azonban az is igen lényeges, hogy hány napos fertőzésről van szó, mert állatkísérletes Coxsackie B fertőzéseknél jól ismert, hogy az idegrendszeri elválto-



5. ábra. Gerincvelő a Th 6 magasságában. a : oldalkötélrészlet, gliás-lymphocytás gócok (g) és tárgult véredények (v) kifejezett perivascularis beszűrődéssel. Nissl-festés. 150-szeres nagyítás. b : az 5. ábra g góciának 320-szoros nagyítása

zások kialakulásához bizonyos idő kell (*Pappenheimer, Daniels, Cheever és Wehler*). Ezért pl. ha a szívizom, máj-, pankreas laesio súlyossága következtében az állatok korán elhullanak, idegrendszeri elváltozások sem fejlődnek ki (*Pappenheimer és mtsai., Godman, Bunting és Melnick*). Ez magyarázata lehet annak, hogy az irodalmi esetek egy részében csecsemőknél is csak súlyos szívizomelváltozásokat találtak és az idegrendszeri lelet „még negatív” volt.

A leletek értékelésénél tekintettel kell lennünk arra is, hogy közvetlenül a szülés utáni időszakban — és tapasztalatok szerint a Coxsackie B 3 megbetegedés ezen súlyos formája erre az időszakra jellemző — a központi idegrendszer szöveti reakciókészsége még nem azonos az érett idegrendszerével.

Nyitott marad az a kérdés, hogy hasonló jellegű és kiterjedésű szövettani elváltozások esetén az acut functiókárosodáson túlmenőleg maradványállapotokkal számolnunk kell-e? Ez csak ilyen irányú későbbi megfigyelések alapján dönthető el.

Összefoglalás

Coxsackie B 3 fertőzés következtében exitált 7 napos csecsemőnél súlyos myocarditist, az agyban enyhe meningitist, kifejezett spinalis meningitist és a gerincvelő thoracalis szakaszán súlyos gliás-mesodermás gyulladást találtunk. A gerincvelőben elsősorban a szürkeállomány betegedett meg, de a fehérállomány is jelentős mértékben résztvett a folyamatban. A halál utáni vírus izolálásnál és virustitrálási kísérleteknél a szívizomzatban ezerszeres virusmennyiséget találtak a központi idegrendszerhez viszonyítva. Ezen adat és az eddigi irodalmi közlések értékelése alapján úgy látszik, hogy az idegrendszeri elváltozások kifejlődésében az egyes törzsek biológiai sajátága mellett az időtényezőnek is jelentős szerepe van.

Irodalom

- Berger, E. és Melnick, J. L.* : Progress in medical virology. Vol. I. Karger. Basel-New-York. 1958. — *van Creveld, S. és De Jager, H.* : Myocarditis in Newborns caused by Coxsackie Virus. Clinical and Pathological Data. Ann. paediat. 187:100 (1956). — *Dömök, I. és Molnár, E.* : Meningoencephalomyocarditis esetek újszülöttek között az 1958. évi Bornholm járvány alatt II. Kóroktani adatok. Ann. paediat. Közlés alatt. — *Dömök, I. és Molnár, E.* : Bornholm járvány Magyarországon 1958-ban. Járványtani és kóroktani tanulmányok. Közlés alatt. — *Gear, J. H. S.* : Coxsackie vírus infections of the newborn. *Berger, E. és Melnick, J. L.* : Progress in medical virology. Vol. I. Karger-Basel-New-York (1958) 59. o. — *Gifford, R. és Dalldorf, G.* : The morbid anatomy of experimental Coxsackie vírus infection. Am. J. Path. 27: 1047. (1951). — *Godman, G. C., Bunting, H. és Melnick, J. L.* : The histopathology of Coxsackie vírus infection in mice. I. Morphological Observations with four Different Viral Types. Am. J. Path. 28:223 (1952). — *Javett, S. N., Heymann, S., Mundel, B., Pepler, W. J., Lurie, H. I., Gear, J., Measroch, V. és Kirsch, Z.* : Myocarditis in the newborn infant. A study of an outbreak associated with Coxsackie Group B. Virus infection in a Maternity Home in Johannesburg J. Pediat. 48:1 (1956). — *Hosier, D. M. és Newton, W. A.* : Serious Coxsackie infection in infants and children. A. M. A. J. Dis. Child. 96:251 (1958) — *Kibrick, S. és Benirschke, K.* : Acute aseptic myocarditis and meningoencephalitis in the newborn child infected with Coxsackie virus group B, type 3. New. Eng. J. Med. 255:883 (1956) — *Lukács, V. F. és Romhányi, J.* : Über eine Meningo-Enzephalo-Myocarditis-Epidemie bei Neugeborenen, während der Bornholmschen Epidemie in Ungarn im Jahre 1958. I. Klinische und pathologische Befunde. Ann. paediat. Megjelenés alatt — *Montgomery, J., Gear, J., Prinsloo, F. R., Kahn M. és Kirsch Z. G.* : Myocarditis of the newborn. An outbreak in a maternity home in southern Rhodesia associated with Coxsackie group-B virus infection. S. Afr. Med. J. 29:608 (1955) — *Neubürger, K.* : Über die sogenannte diffuse Gliaverfettung im Grosshirnmark bei Kindern. Z. Neur. 97: 598 (1925) — *Pappenheimer, A. M., Daniels, J. B., Cheever, F. S. és Wehler, T. H.* : Lesions caused in suckling mice by certain viruses isolated from cases of so called non-paralytic poliomyelitis and of pleurodynia. Am. J. Path. 92:169 (1950) — *Roback, H. N. és Scherer, H. J.* :

Über die feinere Morphologie des frühkindlichen Gehirns unter besonderer Berücksichtigung der Gliaentwicklung. Virchows Arch. 294:365 (1935) — *Scheyer, H. E.*: Über Fettkörnchenzellbefunde im Rückenmark von Föten und Säuglingen. Z. Neur. 94: 185 (1925) — *Simenhoff, M. L.* és *Uys, C. J.*: Coxsackie Virus Myocarditis of the Newborn. A Pathological Survey of 4 Cases. Med. Proc. Johannesburg 4:389 (1958). Ref. Bulletin of Hygiene 34:28 (1959) — *Suckling, P. V.* és *Vogelpoel, L.*: Coxsackie Myocarditis of the Newborn. Med. Proc. Johannesburg 4:372 (1958) Ref. Bulletin of Hygiene 34:28 (1959) — *Wohlwill, F.*: Zur Frage der sogenannten Encephalitis congenita (Virchow). I. Über normale und pathologische Fettkörnchenzellbefunde bei Neugeborenen und Säuglingen. Z. Neur. 68:384 (1921).

Д ъ р д ь Б о ж и к : Гистологические изменения нервной системы при инфекции Коксаки В 3 в грудном возрасте.

G y. B o z s i k : Über die histologischen Veränderungen des Nervensystems im Säuglingsalter bei Coxsackie B 3 Infektion.

Bei einem infolge Coxsackie B 3 Infektion gestorbene 7 tägigen Säugling wurden schwere Myokarditis, leichte Meningitis im Gehirn, ausdrückliche spinale Meningitis und im thorakalen Abschnitt des Rückenmarkes schwere Entzündung der Glia und des Mesoderms gefunden. Im Rückenmark war hauptsächlich die graue Substanz erkrankt, aber auch die weisse Substanz war in beträchtlichem Masse am Prozess beteiligt. Bei der Virusisolation nach dem Tod und bei den Virustrations-Experimenten wurde in der Herzmuskulatur im Verhältnis zum zentralen Nervensystem eine tausendfache Virusmenge gefunden. Auf Grund der Bewertung dieses Befundes und der Literaturangaben besitzt anscheinend in der Entwicklung der Nervensystemveränderungen nebst der biologischen Eigenschaft der einzelnen Stämme auch der Zeitfaktor eine bedeutende Rolle.

Az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet
(igazgató: Zoltán László dr.) közleménye

A gerinccsatornán belüli daganatok korai diagnosisának lehetőségei és jelentősége

Írta: ZAPPE LAJOS dr. és NAGY VILMOS dr.

A gerinccsatornán belüli daganatok sebészi kezelésével foglalkozó közlemények szinte egyöntetűen állapítják meg, hogy a műtéti eredmények a sebészi technika s az előkészítési és utókezelési módszerek jelentős fejlődése ellenére sem tekinthetők kielégítőnek. A még mindig elég magas mortalitást és a várt functionalis regeneratio viszonylag gyakori elmaradását nem tarthatjuk elfogadhatónak, ha meggondoljuk, hogy a spinal-tumorok 60—65%-át a majdnem mindig radikálisan eltávolítható, histologiailag túlnyomórészt benignus extramedullaris-intraduralis daganatok teszik ki. Az eredménytelenség fő oka az, hogy az esetek jelentős része későn kerül műtétre, s az irreparabilis károsodásokat szenvedett gerinccel elveszett működéseit a compressio megszüntetése után sem képes visszanyerni.

Az irodalmi statisztikák szerint az első panaszok jelentkezésétől a műtéti eltelő idő átlagosan legalább egy, de túlnyomórészt két-három év, annak ellenére, hogy a fájdalmai vagy mozgásképességének csökkenése miatt szenvedő beteg baját „nem hanyagolja el”, hanem orvosról-orvosra járva keresi a gyógyulás útját.

Nittner—Tönnis (7) 138 esetéből 15 exitált, e 15 közül csupán 4 beteg anamnesise volt egy évnél rövidebb, a többi 11 kórelőzménye három és húsz év között váltakozott. A megelőző panaszok időtartamánál, azaz a kialakulás lassabb vagy gyorsabb voltánál lényegesebb a műtét idején fennálló neurológiai kép súlyossága, elsősorban a mozgás-füctiók állapota; természetesen legrosszabb a para-, vagy tetraplegia mellett operáltak prognosisa. *Grant—*

Austin (5) 13 paraplegiás szakban operált betege közül csak egy mutatott műtét után érdemleges neurológiai javulást. *Nittner—Tönnis* (7) már említett 15 fatális esetének egyikében sem hiányoztak a motoros kiesési tünetek: 2-nek enyhe paresise, a többi 13-nak súlyos para-, vagy tetraparesise, illetve plegiája volt.

Az anamnesis felvételekor a téves diagnosisok s az inadaequat conservativ therapiás próbálkozások mellett nem túl ritkán a kisugárzó fájdalmak alapján tévesen indikált és elvégzett műtétekkel is találkozunk. *Craig* (3) szerint a Mayo-Klinika spinal-tumoros betegeinek kb. 10%-án végeztek felesleges műtétet (appendektómia, cholecystektómia, ovariektómia stb.), mielőtt betegségük valódi természetére fény derült volna. *Benedek—Bonkáló—Verébély* (2) 3 subforaminalis tumorról számol be; ezek közül kettőn a paresiseket, érzészavarokat megelőzőleg göc fertőzéssel hozták összefüggésbe és tonsillektomiát végeztek.

A kár, ami a beteget s a társadalmat a hosszantartó, gyakran súlyos szenvedés, a munkából való huzamos kiesés s a gyakran költséges kezelés révén éri, még azokban az esetekben is jelentős, amelyekben a műtét késése ellenére jó eredményt hoz.

Az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet spinal-tumoros anyagában 1949. VI. hó és 1958. VI. hó között 52 histológiailag is benignus, kizárólag intraduralis-extramedullaris elhelyezkedésű daganatot találtunk; tapasz-talatainkat ennek az 52 esetnek az elemzése kapcsán kívánjuk ismertetni. Válogatásunk némileg önkényesnek tűnhet, hiszen a sebészi beavatkozás szükségessége a gerinccsatornán belüli daganatok mindegyik fajtájában fennáll, s a különböző csoportok közt tünettaniilag sem huzhatók éles határvonalak. Mégis úgy gondoljuk, hogy a mind szövettaniilag, mind elhelyezkedés szempontjából jóindulatú, elvileg tehát teljesen gyógyítható esetek különválasztása a diagnosztikai hibák jelentőségének megvilágítása s az eredmények értékelése szempontjából hasznosabb, mint a végleges gyógyulás szempontjából kilátástalan casusokkal együtt való tárgyalás.

52 esetünk megoszlása magassági localisatio és histologiai lelet szerint a következő:

| | Menin-geoma | Neuri-noma | Cystás cauda-tumor | Ependy-moma | Angi-oma | Összesen |
|--|-------------|------------|--------------------|-------------|----------|----------|
| Cervicalis | 2 | 1 | — | — | — | 3 |
| Felső thoracalis (Th _I —VI) | 8 | 5 | — | — | — | 13 |
| Alsó thoracalis (Th _{VII} —XII) | 14 | 6 | — | — | — | 20 |
| Lumbalis-sacralis | 3 | 9 | 2 | 1 | 1 | 16 |
| Összesen | 27 | 21 | 2 | 1 | 1 | 52 |

Ami a magassági megoszlást illeti, feltűnő anyagunkban a nyaki segmen-tumoknak a vártnál csekélyebb részesedése. Szövettaniilag a thoracalis sza-kaszon a meningeomák, a conus-cauda vidéken a neurinomák dominálnak, —

megegyezően az általános tapasztalatokkal. Szerepel anyagunkban egy filum terminale ependymoma is, mely szigorú értelemben véve nem extramedullaris daganat, azonban teljes eltávolíthatósága miatt indokolt volt ide sorolása.

A műtét előtti kórelőzmény átlagos hosszúsága 2 és $\frac{1}{2}$ esztendő; de találunk 15, 10, illetve 9 éves anamnesissel rendelkező eseteket is. Csak 9 betegünk anamnesise volt $\frac{1}{2}$ éves vagy ennél rövidebb. Ezek a számok nagymértékben egyeznek *Steinke* (11) adataival, akinek 1918-ban feldolgozott 279 esetében a műtét előtti kórlefordulás átlagideje 28 hónap volt, 15 nap és 15 év szélső értékekkel.

A kórelőzmény hosszúságát régiók szerint kiszámítva a következők adódtak :

| | |
|--------------------------------|---------|
| Cervicalis szakasz | 4,1 év |
| Felső thoracalis szakasz | 1,83 év |
| Alsó thoracalis szakasz | 2,26 év |
| Lumbalis szakasz | 4,1 év |

A nyaki szakasz adatát — miután csupán 3 esetből számítottuk — nem vehetjük figyelembe. A másik 3 értékből ktünik a caudatumorok lényegesen hosszabb műtét előtti anamnesise, amit a rendelkezésre álló tér nagyobb volta, a gyökereknek compressióval szemben mutatott nagyobb resistenciája, s ebből eredően a súlyosabb (motoros) tünetek későbbi jelentkezése magyaráz.

Meg kell itt jegyeznünk, hogy a daganatfejlődéssel összefüggő első panaszok jelentkezési idejének pontos megállapítása sokszor a bemondások pontatlanságán túlmenően is nehézségekbe ütközik. Nem lehet mindig eldönteni, hogy a beteg által említett, néha többéves hát-, és derékfájások daganat okozta korai tünetnek tekintendők-e vagy attól független szokványos panaszoknak, amihez csak később csatlakoztak a compressióval kapcsolatos fájdalmak.

Mint erre előbb már utaltunk, helyesebb, ha az eseteket elsősorban a felvételkor észlelt neurologiai állapot súlyossága szerint elemezzük.

Oppenheim (9) az extramedullaris-intraduralis, rövidebben iuxtamedullaris tumorok lefordulásában 3 fázist különböztetett meg :

1. a gyökök compressiója,
2. a gerincvelő kezdődő compressiója,
3. a gerincvelő extrem összenyomataása, azaz teljes harántlaesiója.

Mi a felvételi állapot szerinti csoportosításban célszerűbbnek tartottuk 4 stadium megkülönböztetését :

1. *Fájdalmi panaszok, vagy paraesthesiák, neurologiai tünet nélkül vagy csak jelentéktelen tünetekkel.* Ilyen volt 6 betegünk, anamnesisük átlagideje 18,6 hónap.

2. *Értékelhető neurologiai elváltozások* (érvészavar, paresis, esetleg enyhébb sphincter zavarok), *de a beteg támasz nélkül járóképes.* Ide 20 beteget soroltunk, átlagos előzményük 28.1 hónap.

3. *Járásképtelenséget okozó súlyosabb paresisek, kifejezett érvészavar, sphincter-tünetek.* Ebbe a csoportba 16 betegünk tartozik, felvétel előtt 24.0 hónapos kórlefordulással.

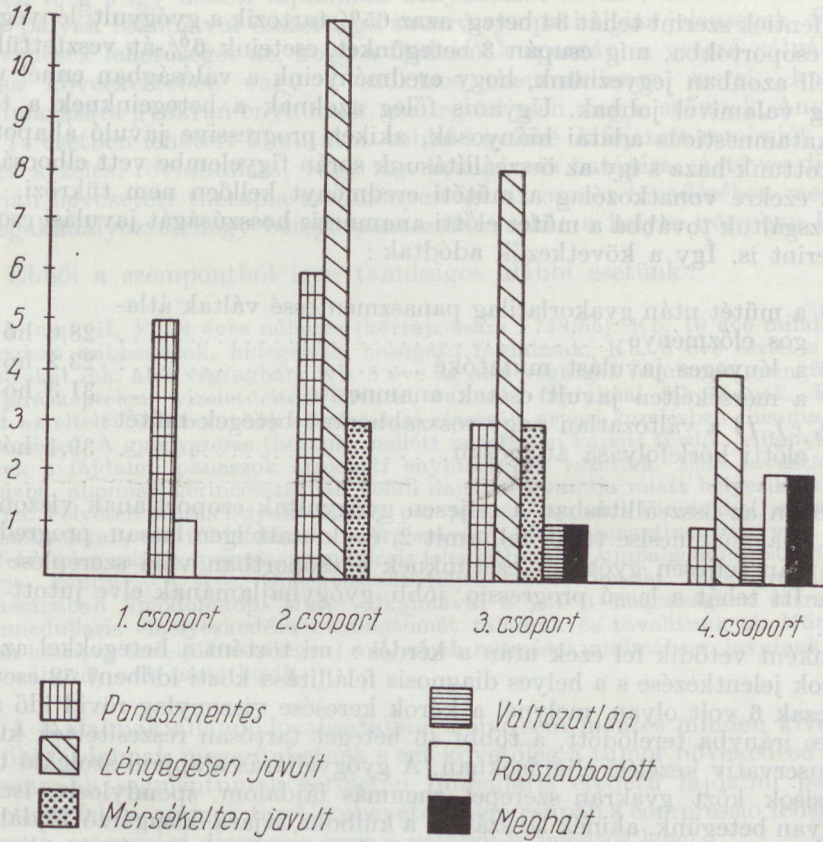
4. *Teljes vagy majdnem teljes gerincvelői harántlaesio.* Ilyen tünetekkel 10 betegünk jelentkezett felvételre, ezek átlagos anamnesise 36.8 hónap volt.

Nem meglepő, hogy a súlyosabb állapotban felvett betegek kórelőzménye hosszabb időtartamot ölel fel. Kivételnek csupán a második csoport

látszik; ezt azonban egy 10 éves anamnesisű casus súlyosan megterhelte. Ha ezt az extrem és így nem teljesen megbízható adatot figyelmen kívül hagyjuk, a csoport átlagos előzményének 24,3 hónapot kapunk, ami a többi értékkel összhangban áll.

Előbbi felosztásunk alapján ismertetjük műtéti eredményeinket is:

Az 1. csoportba sorolt 6 betegünk közül 5 teljesen vagy majdnem teljesen panaszmentes állapotban távozott. Egy idetartozó, a spinal-tumor mellett azonban tabes dorsalisban, súlyos általános arteriosclerosisban is szenvedő



1. ábra

betegünkön műtét után teljes gerincvelői harántlaesio képe alakult ki, s feltartózatlanul romló állapotban helyeztük vissza a beküldő osztályra.

A 2. csoport 20 betege közül 6 vált panaszmentessé, 11 lényegesen, 3 mérsékeltlen javult.

A 3. csoport 16 betege közül 3 tekinthető teljesen gyógyultnak, 8 lényegesen, 3 csekély mértékben javult, 1 változatlan maradt, 1 műtét után néhány nappal exitált.

A 4. csoportból csak 1 beteg vált panaszmentessé, 4-en voltak mérsékelt javulás jelei észlelhetők, 1-nek állapota nem változott, 2-nek állapota rosszabbodott, 2 beteg pedig a műtét után exitált (1. ábra).

Jól látható, milyen szoros az összefüggés a műtét idején fennállott neurológiai állapot és a műtéttel elért functionális gyógyeredmény között.

Eredményeinket összegezve :

| | |
|--|----------|
| a) gyakorlatilag panaszmentessé vált | 15 beteg |
| b) lényegesen javult | 19 beteg |
| c) mérsékelten javult | 10 beteg |
| d) változatlan maradt | 2 beteg |
| e) rosszabbodott | 3 beteg |
| f) exitált | 3 beteg |

A fentiek szerint tehát 34 beteg, azaz 65% tartozik a gyógyult, lényegesen javult csoportokba, míg csupán 3 betegünket, eseteink 6%-át veszítettük el. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy eredményeink a valóságban ennél valószínűleg valamivel jobbak. Ugyanis főleg azoknak a betegeknek a távolabbi katamnesticus adatai hiányosak, akiket progressive javuló állapotban bocsájtottunk haza s így az összeállításunk során figyelembe vett elbocsájtási állapot ezekre vonatkozólag a műtéti eredményt kellően nem tükrözi.

Vizsgáltuk továbbá a műtét előtti anamnesis hosszúságát javulási csoportok szerint is. Így a következők adódtak :

| | |
|---|---------|
| a) a műtét után gyakorlatilag panaszmentessé váltak átlagos előzménye | 28,0 hó |
| b) a lényeges javulást mutatóké | 23,2 hó |
| c) a mérsékelten javult esetek anamnesise | 31,3 hó |
| d), e), f) a változatlan vagy rosszabbodott betegek műtét előtti kórlefordulása átlagosan | 39,1 hó |

Ebben az összeállításban a teljesen gyógyultak csoportjának viszonylag hosszú átlaganamnesise tűnik fel, amit 2. évek alatt igen lassan progrediáló, műtét után teljesen gyógyult esetünknek e csoportban való szereplése magyaráz. Itt tehát a lassú progressio jobb gyógyhajlamának elve jutott kifejezésre.

Önként vetődik fel ezek után a kérdés : mi történt a betegekkel az első panaszok jelentkezése s a helyes diagnosis felállítása közti időben? 52 esetünk közül csak 6 volt olyan, melynél a kórok keresése viszonylag rövid idő alatt a helyes irányba terelődött, a többi 46 beteget tartósan részesítették különféle conservatív kezelési eljárásokban. A gyógyeljárás alapjául szolgáló téves diagnosisok közt gyakran szerepel rheumás fájdalom, spondylosis, ischias. Volt olyan betegünk, akinek lábszárbá, a külboka tájára kisugárzó fájdalmait thrombo-phlebitissel magyarázták; más esetben az alhasba sugárzó radicularis fájdalmak miatt bélgyulladás diagnosisát vették fel. Találtunk anyagunkban arachitis spinalissal, myelopathiával, neuritissel, neuralgiával, csigolya-haemangiómával, spondylitissel való összetévesztést is.

A tévedések alapja mindenekelőtt az, hogy az első és gyakran sokáig egyedüli panasz rendszerint sensibilis izgalmi jelenség, *fájdalom* vagy ritkábban *paraesthesia*. 42 esetünkben fájdalom volt az első kóros jel, 8 esetben paraesthesia (ebből 2 segmentalis, 6 funicularis eredetű), és csak 2 esetben kezdődött a betegség paresissal. Mivel a bénulások, zsibbadások panaszok könnyebben terelik a gyanút idegrendszeri betegség irányába, *legfontosabbnak a fájdalom kérdésével való foglalkozást tartjuk*, amit ennek, mint első tünetnek a gyakorisága is indokol. A bevezető fájdalmi panaszok 17 esetben voltak ún. „ramus posterior” típusú, azaz a gerincbe, derékba, keresztcsontba localisált fájdalmak, 20 alkalommal bizonyultak segmentalis-radicularis, 5 esetben pedig funicularis eredetűeknek. Meg kell jegyeznünk azt, hogy a segmentalis és a

„ramus posterior” típusú fájdalmak gyakran egyszerre vagy egymáshoz bizonyos idő után csatlakozva jelentek meg.

A spinal-tumorok okozta fájdalmak számos jellegzetességét írták le. Ilyenek: fokozódás gerincmozgásokra, köhögésre, tüsszentésre, préselésre; erőssödés fekvő helyzetben, éjszaka; egyoldaliság; a dermatomáknak megfelelő lefutás. Starr (10) szerint nincs más betegség, mely ilyen határozottan localisált, visszatérő és tartós fájdalmat okozna. A szabályok alól számos kivétel akad: cauda tumorok rendszerint mindkét alsó végtagba kisugárzó fájdalmat okoznak; a gyöki fájdalmak gyakran a Head—Foerster-féle maximum-pontokon jelennek meg s így ízületi fájdalmak benyomását keltik; ismeretesek a vegetatív pályák laesiójával összefüggő zavaró sympathalgias jelenségek. Fokozza a tévedések lehetőségét az, hogy a fájdalmak spontán, a vezető pályák pusztulása következtében vagy a szokásos rheumaellenes szerek kuraszerű alkalmazására gyakran enyhülnek, esetleg teljesen meg is szűnnek. Anyagunkban 14 esetben lehetett kimutatni többé-kevésbé kifejezett remissiót gyógyszeres kezelés, rövidhullám, vagy rtg. besugárzás hatására. A téves diagnosis alapján bevezetett therapia eredményessége az orvost tévedésében megerősíti s megakadályozza, hogy betege panaszainak okát a helyes irányban keresse.

Ebből a szempontból igen tanulságos alábbi esetünk:

1. eset. H. F. 74 éves nőbeteg (kórrajz-szám: 738/55). Kb. 10 éve mindkét alsó végtagban zsibbadások, hidegérzés, hasogató fájdalmak. Kb. 8 éve észlel e mellett rángásokat mk. alsó végtagban. Kb. 5 éve az alsó végtagok izomereje gyengül, fél év óta jársképtelen, vizeletürítési zavarai vannak, fájdalmai fokozódnak. Panaszai miatt az eltelt 10 évben több alkalommal részesült orvosi kezelésben rheuma, ischias diagnossal. A gyógyszeres therapia mellett ismételtén kapott fürdő-, villanykezelést, melyek a fájdalmi panaszok átmeneti enyhüléséhez vezettek. 1955 tavaszán került kórházba, ahonnan gerincsatornán belüli daganat gyanúja miatt helyezik át Intézetünkbe. Felvételi status: gyakorlatilag paraplegias, pyramis tünetekkel, spinal automatismusokkal; térdtől lefelé mk. o. érzékszavara, vizelet-incontinentiája van. Gerinc-rtg. felvételen csigolyaporosis, spondylosis jelei láthatók. Lumbalis liquorban 700 mg% fehérje, Pándy ++++. Queckenstedt teljes blockot mutat. Myelographia: Thi magasságában lipiodol-stop. Műtét alkalmával a jelzett magasságban intraduralis-extramedullaris elhelyezkedésű meningeomát találunk és távolítunk el. Műtét után három hónapig észleljük a beteget: a lábujjak mozgásai minimálisan javulnak, egyébként változás nem mutatkozik.

A fájdalmak állandó localisatiójának elve sem mentes minden kivételtől: a gyöki fájdalmak megszűnhetnek s ezt követőleg a tumor növekedése folytán alacsonyabb segmentumok területén funicularis eredetű fájdalmi panaszok léphetnek fel, — aminek figyelembevétele nem csupán a compressio felismerése, hanem a magassági diagnosis szempontjából is jelentős lehet.

Fájdalmi panaszok idegrendszeri eredetének kiderítésében azok jellegének kellő elemzése mellett nagyon fontos bizonyos negatív kritériumok tekintetbe vétele is. Ilyen panaszok magyarázatául ízületi vagy zsigeri betegséget csak akkor szabad elfogadnunk, ha annak fennállását az általános betegvizsgálat adatai megbízhatóan alátámasztják. Az elkülönítésben „ex iuventibus” módszerek is segíthetnek. Egy neuralgiform mellkasi fájdalmak miatt Intézetünkbe került betegen Diaphyllin eredményes alkalmazása tette lehetővé a panaszok stenocardias eredetének kimutatását. Alapos kritikával kell élnünk a csigolyafelvételen látható elváltozások (spondylosis, porosis) fájdalom-okozó szerepével szemben. Anyagunkban 52-ből csak 22 esetben volt negatív a spinogramm, spondylosis 19, scoliosis 10, porosis 6 esetben került észlelésre; betegeink panaszát mégsem ezek az elváltozások okozták. Itt említjük meg azt is, hogy az egyszerű gerincfelvételek a korai stádiumban semmiféle pozitív

felvilágosítást nem adnak; a canalis kiszélesedése a tumor jelentős nagyságát tételezi fel s így nem tartozik a korai tünetek közé.

Antoni (1) szerint a gerincdaganatok korai diagnosisa a tünetszegény stádiumban való kórismézéssel egyértelmű. Mivel a betegség az esetek túlnyomó többségében fájdalommal vagy ritkábban paraesthesiákkal kezdődik, mondhatjuk azt is, hogy a korai diagnosis ezeknek a sensibilis jelenségeknek a stádiumában, azaz a felosztásunk szerinti első fázisban való kórjelzéssel egyenlő.

Igen lényeges a kezdődő compressio jeleinek felismerése szempontjából a beteg *ismételt neurologicali vizsgálata*, mégis a gyakorlatban ezen a téren gyakran történik mulasztás. A rheumatologiai szakrendelésre utalt beteg sokszor neurologicali ellenőrzés nélkül, pusztán panaszai alapján, szinte automatikusan kapja a fizikoterapiás kezeléseket, fájdalomcsillapító gyógyszereket, fürdőket, — s eközben a baja halad előre a progressio útján. Megezik néha az is, hogy a rheomásnak elkönyvelt beteg paresiseit fájdalmi contracturákkal tévesztik össze és így ezek a már komoly progressióra való jelek is sokáig felismeretlenül maradnak. Értékes lehet a korai diagnosis szempontjából *Krayenbühl* (6) megfigyelése: a paresiseket bevezető első tünet igen gyakran egy, később mindkét lábfej dorsalflexiójának gyengülése.

A spinal-tumorok okozta neurologicali kép változatait, a progressio különböző típusait e helyen nem ismertethetjük, ez túl is haladná tanulmányunk témakörét. Csupán két szempontra kívánjuk felhívni a figyelmet:

1. az irodalomban több eset ismeretes, melyben előzetes panasz nélkül acutan alakult ki súlyos neurologicali kép, vagy a tünetszegény stádium hirtelen rosszabbodással ment át a súlyos bénulások szakába. Ez tehát épp úgy nem zárja ki daganat lehetőségét, mint a fent már említett átmeneti remissiók;

2. nem túl ritkán a segmentalis-radicularis és funicularis eredetű tünetek között tünetmentes szabad terület van; ez az egyenletes progressio mellett a tumoros compressio másik fő sajátóságaként leírt egygócúság megítélésében tévedéshez vezethet (1. alább ismertetendő 4. esetünket).

Gyakori és súlyos hiba a lumbalpunctiótól való óvakodás, — holott már *Nonne* (8) megállapította, hogy gerincdaganat gyanuja esetén a legfontosabb tennivaló a liquor összfehérjetartalom meghatározása. *Betegeink első panaszai az első liquorvétele között átlagban 2 esztendő telt el.* Jóllehet tudjuk, hogy sem a liquor-fehérje tartalom emelkedése, sem a hydrodynamikai liquor-vizsgálatok (Queckenstedt-próba) positivitása nem kizárólag tumor esetén fordul elő, mégis oly nagy mértékben irányítják a figyelmet idegrendszeri kórok felé, hogy értéküket a korai diagnosis szempontjából túlbecsülni nem lehet. Ki kell e helyen térnünk a Froin-syndroma kérdésére is. Szeretnénk, ha ez a fogalom mint a gerinctumorok diagnosztikus jele, kimenne az orvosi köztudatból. 52 esetünk közül csak 12-ben volt valódi Froin-syndroma észlelhető, általában az igen súlyos, teljes vagy majdnem teljes harántlaesiót mutató esetekben. Jelenléte tehát az állapot bizonyos súlyosságával függ össze és így a késői jelek közé tartozik. Ezzel szemben *a liquor összfehérje-tartalom 3 eset kivételével minden alkalommal kórosan emelkedettnek bizonyult.* A Queckenstedt-próba positivitási aránya valamivel alacsonyabb, de még mindig igen jó: tumoros betegeink közül a passage csak 6 esetben bizonyult szabadnak. Kelően értékelt anamnesis és pontos neurologicali lelet birtokában a liquor kémiai és hydrodynamikai vizsgálata igen gyakran dönt a spinal-tumor fennállásának kérdésében vagy legalább is annyira megszűkíti a szóbajóhető kórfolyamatok körét, hogy a továbbiakban a válogatás viszonylag könnyűvé válik. Előfordul azonban, nem túl ritkán, hogy a liquorvizsgálatok negatív eredményt adnak, bár komoly gyanú irányul tumorra. Ilyenkor el kell végeznünk a myelogra-

phiát ; normális vagy attól csak kevéssé eltérő liquor-lelet nem zárja ki, hogy a contrast-eljárás segítségével daganat váljék kimutathatóvá.

2. eset. Sz. P., 48 éves nőbeteg (kórlapszám : 930/58) 25—30 éve lábfejások. Kb. 1 éve fokozatosan gyengül mindkét alsó végtag izomereje, néhány napja csak segítséggel jár. Kb. 6 hónapja hasogató j. o. deréktáji, a j. alsó-végtagba is lesugárzó fájdalmak, kisugárzó fájdalmak a j. bordaív mentén is. Néhány hónap óta mk. lábfej zsidbad, a zsidbadás felfelé terjed. 4—5 hónapja vizelet nehezen indul, felvételekor a hólyag kiürítése már csak kézzel történő nyomással vihető ki. Neurologiai statusban : mk. o. hiányzó hasreflexek, mk. o. fokozott patella és Achilles reflex, mk. o. pozitív Babinski, mk. alsó végtag distal-felé fokozódó spasticus paresise, Th₇ segmentumtól



2. ábra. Lipiodol cseppárnyékok a thoracalis gerincszakaszon. Ebben az esetben a Th 1X-X. csigolya magasságában intraduralis- extramedullaris meningeomát távolítottunk el.

lefelé distal-felé fokozódó, minden kvalitásra vonatkozó hypaesthesia, retentio urinae. Lumbalis liquor nyomása 60—70 vizmm., ami Queckenstedt próba alkalmával lassan 100 vizmm-re emelkedik, a compressio megszüntetésekor lassan süllyed. Stookey normális. Liquorban sejtsz. 10/3, Pándy negatív, feh. 30 mg%. Lumbal punctio után a fájdalom s a paresis átmenetileg fokozódik. 2 nap múlva myelographiát végzünk: a lipiodol a Th_V magasságában átmenetileg megakad, 2 óra alatt azonban teljes egészében lejut a durazsák aljába. Műtéti feltárást végzünk: a Th_V magasságában dorsalis elhelyezkedő meningeomat találunk és távolítunk el. — 5 hónap múlva végzett kontrollnál gyakorlatilag panaszmentes.

A *myelographia* értéke és megbízhatósága pozitív esetben vitathatatlan, azonban óvatossá kell lennünk, ha a vizsgálatnál negatív eredményt vagy a felvételen lipiodol-cseppárnyékokat kapunk. Anyagunkban 37 lipiodolographia szerepel; ebből 29 betegen teljes stopot találtunk, 2 esetben a contrastanyag a tumort átmenetileg körülrajzolta, majd továbbfutott; 1 esetben negatív volt a vizsgálat, 5 esetben pedig a felvételen többé-kevésbé körülírt területen lipiodol-cseppárnyékok mutatkoztak. Ezekben az esetekben a myelogramm alapján spinalis arachnitis lehetősége is felmerült ugyan, mégis a feltárást elvégeztük s a tumor eltávolításra került. Egy további beteg esetében a myelographiás kép fajlagos diagnosticus jelentőségének túlértékelése intézetünkbe való felvétele előtt súlyos therapiás hibához vezetett:

3. eset. Gy. G. 40 éves nőbeteg (kórlapszám: 210/58). Öt évvel felvétele előtt a j. comb külső felső felszínén zsibbadás lépett fel, majd ez az egész j. alsó végtagra kiterjedt. Egy év múlva a j. lábfej pareticussá vált, a zsibbadás a b. alsó végtagon is fellépett. Fokozatosan paraparesis alakult ki. Panaszai kezdetén pes planus miatt talpbetétet, háskötőt rendeltek. Később egyik kórházunk idegosztályára került, ahol tekintettel a paraparesisre myelographiát végeztek, a myelogrammon az alsó thoracalis és a lumbalis csigolyák magasságában csepp-árnyékokat kaptak, emiatt arachnitis spinalis diagnózisát állították fel és conservative kezelték. A therapia eredménytelensége és további progressio jelentkezése miatt más intézetben utánvizsgálták: a myelographiás képeket megtekintve az arachnitis diagnózisát helyben hagyták s a conservatív kezelés folytatását javasolták. Ezután tovább romlott: járóképtelenné vált, majd vizelet-, és székürítési zavarok léptek fel, a zsibbadás felterjedt a mellbimbók vonaláig. Intézetünkbe kezelőorvosa küldi; felvételekor Th₂ magasságában teljes gerincvelői harántlaesio képe észlelhető, Queckenstedt teljes block, liquorában 66 mg%-os fehérje-szaporulat mutatható ki. A myelographiát megismételjük: a lipiodol a Th_{II} magasságában tumort rajzol ki, majd lefut a durazsák aljába. Laminectomiát végzünk, Th_{II} csigolya szintjében dorsalis elhelyezkedésű neurofibromát találunk, melyet a gerincvelő burkaival való bensőséges összekapaszkodása miatt csak subtotalisan tudunk eltávolítani. Műtét után 3 hónapig észleljük, ezalatt neurologiai állapotában javulás nem jelentkezik. Egy évvel később végzett kontrollvizsgálata során is csak minimális javulási jelek mutatkoznak.

Lumbal punctio és myelographia után elég gyakran figyelhető meg tumoros esetekben a neurologiai kép többé-kevésbé kifejezett rosszabbodása. Ez 52 esetünk közül 10-ben fordult elő. *Elsberg* (4) ezt a jelenséget diagnosticus szempontból felhasználhatónak tartja; a liquorvétele után bekövetkező romlás a compressio jelenlétét bizonyítja, a markánsabban jelentkező neurologiai tünetek a magassági diagnózist megkönnyítik.

Mindezek ellenére, a liquorvizsgálat idejében történt elvégzése, a myelographia igénybevétele mellett is adódnak olyan esetek, melyekben biztos diagnózist felállítani nem tudunk. Ilyen esetekben, ha csak komoly kontra-indikáció nem áll fenn, inkább végezzük el a gerinc feltárást feleslegesen, minthogy varakozásunkkal esetleg jóvátehetetlen kárt okozunk. A laminectomia veszélyessége ma már annyira csökkent, hogy indokolt esetben exploratív műtétként is elvégezhető.

E helyen ismertetjük egy több szempontból érdeklődésre számottartó esetünket:

4. eset. L. J. 40 éves férfi (kórlapszám: 1043/56.). Kilenc éve vannak b. o.-i nyak- és vállfájdalmai, főleg éjjel. Fájdalmait fekvés, bő folyadékfelvétel fokozza. 5 éve b., 2—3 éve j. alsó végtagja is gyengül, mk. alsó végtagja merev, vizelete nehezen indul. 2 éve fájdalmai vannak a b. o.-i végtagokban, b. felső végtagja is gyengül. Műtét előtt 1 évvel kórházi kivizsgálásban részeseül: neurologiailag spastico-pareticus járás, mk. o. Babinski, Achilles—clonus, b. alsó végtagon végig, j. o. csak a térd alatt érzészavar észlelhető, nehezen vizek; liquorban sejtszám 21/3, fehérje 286 mg%, Pándy + + +. Arachnitis spinalis diagnosissal arzént, B, vitamint, amyodant, novalgint, intrajodot, fürdőt, masszaget, rtg.-besugárzást alkalmaznak. 1 évvel később ismét a fenti kórházba kerül, ekkor felvetik a gerincvelő-compressio lehetőségét és intézetünkbe helyezik át. Felvételi statusában súlyos paraparesist észlelünk, kifejezett extenziós tónusfokozódással, pyramis tünetekkel; a hypothénar izmai mk., de főleg b. o. sorvadtak; segmentalis—radicularis érzészavara van mk. o. C₈-ban, funicularis kb. a köldök magasságától lefelé. A súlyos paraparesis és spasticitás miatt járásképtelen. Nyaki gerincfelvételen enyhe spondylosis; lumbalis liquorban teljes block, sejtszám 3/3, fehérje 246 mg%, Pándy + + +; cisternalis liquor negatív. Myelographia: C_{VI} magasságában teljes stop. Műtét: C_{VII} szintjében ventralisan elhelyezkedő neurinomát találunk és távolítottuk el. Műtét után gyors javulás, majd teljes gyógyulás.

Ez a szerencsésen végződött eset 3 féle hibára nyújt példát: helytelenül értékelték a neurologiai képet, nem végezték el a liquor-hydrodynamika vizsgálatát, a positiv liquorkémiai lelet ellenére elmulasztották a myelographiát. Érdekes a fájdalom panaszoknak folyadékfelvétellel összefüggő fokozódása.

Fejtegetéseink lezárásaképpen röviden összefoglaljuk azokat a főbb szempontokat, melyeket a gerincesatornán belüli tumorerkrankások korai diagnosissában lényegesnek tartunk:

1. Fájdalmi panaszokkal, zsibbadással, hideg-paraesthesiákkal jelentkező betegen a panaszok idegrendszeri eredetének lehetősége mindig komolyan mérlegelendő; különösen, ha azok belsőszervi vagy ízületi eredettel történő magyarázatát objectiv vizsgálati adatok nem támasztják kellően alá. 2. Paresisre utaló panaszok organikus idegrendszeri eredet — tumoros compressio — iránti leggondosabb vizsgálatot tesznek szükségessé. 3. Tumorgyanú esetén a lumbal punctio s ennek kapcsán a liquor összfehérje-tartalom, valamint a hydrodynamika vizsgálata (Queckenstedt próba) haladéktalanul elvégzendő és a kóros eltérések kellőképpen értékelendők. Figyelemmel kísérendők a neurologiai statusnak a lumbal punctiót esetleg követő változásai is. 4. A klinikai képből mutatkozó remissiók vagy acut rosszabbodások tumor lehetőségét biztonságosan nem zárják ki. 5. Myelographia a liquorvizsgálat negativitása esetén is értékes felvilágosításokkal szolgálhat, tisztában kell azonban lennünk korlátaival a fajlagos diagnosissal felállítás terén. Negatív lelet vagy lipiodol-cseppárnyékok nem bizonyítanak feltétlenül tumoros compressio ellen. 6. Indokolt esetben nem szabad visszariadnunk az explorativ műtéttől sem, nehogy a különben gyógyítható betegség az irreparabilis károsodások stádiumába jusson.

Irodalom

1. Antoni N.: Tumoren des Rückenmarks, seiner Wurzeln und Häute. Bumke—Foerster: Handbuch der Neurologie XII. — 2. Benedek L.—Bonkáló S.—Verebély T.: Orvostud. Közl. 6., 1944. — 3. Craig, W. M.: J. A. M. A. Vol. 163. Feb. 9., 1957. — 4. Elsberg, C. A.: Arch. of Neurol. 22., 949. 1929. — 5. Grant, F. C.—Austin, G. K.: J. of Neurosurg. Nov. 1956. — 6. Krayenbühl, H.: Schw. med. Wschr. II. 1049—1057. 1940. — 7. Nittner, K.—Tönnis, W.: Zbl. f. Neurochir. 100—108. 1952. — 8. Nonne, M.: Dtsch. Z. Nervenheilk. 47—48, 436. 1913. — 9. Oppenheim, H.: Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 15, 607. 1906. — 10. Starr: id. Krayenbühl. — 11. Steinke, C. R.: J. nerv. Dis. 47, 418. 1918.

Лайош Жеппе—Вильмош Надь: Значение и возможности раннего диагноза опухолей внутри позвоночного столба.

L. Zappe und V. Nagy: Über die Möglichkeiten und die Bedeutung der Frühdiagnose der Tumoren innerhalb des Wirbelkanals.

Teljes compressiós liquorsyndromát okozó atypusos, tünetszegény spinalis fibroblastoma

SZEGEDY LÁSZLÓ dr. és SZOBOR ALBERT dr.

Napjainkban az idegsebészet rohamos fejlődése során egyre fontosabbá válik a spinalis tumorok korai diagnosisa. Az első sikeres gerincműtétet Gowers és Horsley végezték 1887-ben. A gerincvelői tumorok osztályozásában Elsberg, Humby, Cushing és Eisenhardtnek van kimagasló szerepe. Számos szerző, így Bloom, Ellis, Jennett, Rowbotham, Guidetti, Carloni és mások felhívják a figyelmet a korai diagnosis szerepére a kórfolyamat sikeres gyógyításában; rámutatnak arra, hogy a spinalis extramedullaris tumorok, főleg kezdeti stadiumban nem egyszer igen kevés klinikai tünetet okoznak, ami téves diagnosisokhoz vezethet.

Közleményünkben egy spinalis angiomatosus fibroblastomát ismertettünk, mely klinikailag tünetmentes volt súlyos liquorelváltozás ellenére és az anamnesisben szereplő lueses infectió a vizsgálatokat más irányba terelve késleltette a helyes diagnosis felállítását a beteg klinikánkra való felvételéig.

S. T. 38 éves nőbeteget 1957. IV. 24-én vettük fel klinikánkra. Kórelőzményében 1944-ben aquirált lueses infectió szerepel, ami miatt 1 Bismut-kúrát kapott, ezután gyógykezelésben nem részesült 1953-ig. Betegsége tulajdonképpen 1953-ban kezdődött. Megfázás után deréktáji fájdalom jelentkezett. A fájdalom mindkét combjának hátsó részébe sugárzott, felváltva jelentkezett a jobb—bal oldalon, több óráig, esetleg egy napig tartott, jellege éles, húzó, hasogató erős fájdalom volt, mely 3—4 naponként jelentkezett, minden különösebb ok nélkül. Fájdalmát lancináló gyöki fájdalomnak minősítve 3 éven át 3 kombinált kúrát és $2 \times 6\,000\,000$ E Penicillint kapott, vére azonban egész idő alatt Wa positiv maradt. A kúrálás alatt derék- és combfájdalma határozottan enyhült, ritkábban, kisebb intenzitással jelentkezett. Kb. 2 év óta dereka és combjai nem fájnak, ill. a dereka kb. 3 hónaponként enyhe érzékenységgel fáj, 1—2 óráig, ami a beteg foglalkozásával (varrónő) is összefüggésbe hozható volt. Felvételtkor panaszmentesnek mondja magát. Fejfájás, szédülés, hányinger, látás-hallásromlás nincs. Végtagjai nem zsibbadnak, nem gyengébbek. Rosszul alszik, étvágya jó. Vizelet, széklet rendben.

Statusában a belszervek részéről fizikalis vizsgálattal kóros eltérés nem észlelhető. Máj I ujjnyira meghaladja a bordaívét. RR: 130/80 Hgmm. P: 76/min. Neurologiailag: Koponya ép. Meningealis tünet nincs. Szemfenéken mko. ép papillák, normalis érviszonyok. Kissé egyenetlen szélű, kp. tág pupillák, bal pupilla fényre kissé renyhébben, kisebb kitéréssel reagál. Nyelv balra deviál. Egyéb agyidegek épek. Felső végtagi inreflexek mko. renyhék, egyenlőek, Mayer r. mko. renyhe. Hasreflexek baloldalon renyhék, jobboldalon kiestek. Patella r. baloldalon műfogással igen renyhén kiváltható, jobboldalon kiesett. Achilles r. mko. kiesett. Clonus, kóros refl. nincs. Sensibilitás ép. Izomtonus az alsó végtagokban csökkent, baloldalon kifejezettebb mértékben. Paresis nincs. Ataxia, cerebellaris tünet nincs. Járás, vakjárás ép. Psychésen intact.

Egyéb leletei: Sülyyedés: 10—22 mm. Vizelet: negatív. VÉRWA: negatív. Kahn, Citochol: +++++. Májfunctiós próbák negatívak. Vértkép: vvs: 4 800 000. Hb.: 98%. Fi: 1,0. fvs: 8600. Qualitativ vértkép normalis. Szemészeti vizsgálat: visus correctióval mko. 5/5. Szemfenék ép. Teljes látótér. Oldalirányú koponya rtg: kistokú frontalis hyperostosis, frontálisan halvány kerek mézszárnyék, környéke reakciómentes. Kétirányú háti és lumbosacralis gerincfelvételen enyhe scoliosis, valamint torsiós scoliosis a háti, ill. lumbosacralis szakaszon. Csigolyákon alaki és structuralis eltérés nincs.

Tabellarisan ismertetjük a beteg liquorvizsgálatának adatait :

| | Év | Szín | Sejtszám | Fehérje | Pándy-r. | Wa.R. | Benzoe görbe | |
|----------------------------------|-------|-------------|---------------|---------|----------|-------|--------------|---------------------------|
| Klinikai felvétel előtti leletek | Cist. | 1954 | ? | 0/3 | 150 mg% | +++ | — | normalis |
| | | 1955 | ? | 154/3 | 140 mg% | ++++ | kétes | normalis |
| | Lumb. | 1955 | ? | 9/3 | 1000 mg% | ++++ | — | normalis |
| | Cist. | 1956 | ? | 7/3 | 220 mg% | ++++ | — | |
| | 1957 | ? | 1/3 | 280 mg% | ++++ | — | | |
| Klinikai liquor-kép. | Cist. | 1957. IV.28 | sárga zavaros | 5/3 | 300 mg% | ++++ | — | |
| | | 1957. V.29 | sárga zavaros | 5/3 | 480 mg% | ++++ | — | |
| | Lumb. | 1957. IV.28 | sárga | 0/3 | 4356 mg% | ++++ | | megkocsonyásodott |
| | | 1957. V.29. | sárgás zöld | | | | | Azonnal megkocsonyásodott |

* Kétes az esetleges sanguinolens volta.

Klinikánkon végzett lumbalpunkciók alkalmával a *Queckenstedt* jel teljes compressióra jellemző volt, a liquor a nagy viscositás miatt lassú cseppekben ürült, jugularis compressiora nem fokozódott cseppszáma.

Az anamnesis és a klinikai tünetek alapján elsősorban specificus idegrendszeri folyamat valószínűsége merült fel, amit a kórelőzmény adatai mellett a vérben a Wa társreakciók pozitivitása, a pupillaszélek egyenetlensége, a pupillareactió renyhébb volta, ill. a patella és Achilles areflexia is alátámasztott. Nem lehetett azonban ezen feltevésünkkel kapcsolatba hozni a liquorban (cisternalisan, de különösen lumbalisan) észlelt igen magas fehérje értéket. Az irodalmi adatok szerint, bár a központi idegrendszer lueses megbetegedése a liquorban fehérjeszaporulattal jár, a 120—160 mg% feletti összfehérje értéket ezen kórfolyamattal kizárólagosan magyarázni nem lehet. Hasonlóképpen megmagyarázatlan maradt a cisternalis és lumbalis liquor összetételében mutatkozó nagyfokú különbség és a *Queckenstedt* jel pozitivitása is. A cisternalis és lumbalis liquor összfehérjeértékében mutatkozó ilyen különbség, a *Froin* syndroma, spinalis térszűkítő folyamatokra jellemző, mikor a tumor növekedése közben a gerincsatorna üregét teljesen elzárja, és a distalis liquoráramlást teljesen megakadályozza. A liquor passage zavarát esetünkben spinalis siphiloma jelenlétével magyarázhattuk volna, azonban ezen feltételezésünk ellen szólt az a tény, hogy a gerinc rtg. felvételeken a csigolyákon usuratió nyoma nem látszott. További problémát jelentett betegünkönél az is, hogy súlyos discrepantia mutatkozott a neurológiai kép és *Froin* syndroma között.

Végül felmerült annak lehetősége is, hogy a lumbalpunkció alkalmával egy esetleges spinalis cystából nyertünk folyadékot, amit a cisternalis liquorban észleltnél lényegesen magasabb összfehérje mellett az is alátámasztott, hogy a lumbalisan nyert folyadékban a sejtszám 0/3 volt.

Mindezen vitás kérdések eldöntésére cisternalis myelographia végzésére határoztuk el magunkat.

Cisternalis myelographia (1 ml. descendáló 40%-os Lipiodollal) : Röntgenernyőn követve a descensust a kontrasztanyag teljes egészében (minimalis tapadó foltot kivéve a felső dorsalis szakaszon) leszaladt az L 1 csigolyáig. Ennek felső szélénél összegyűlve stoppot mutat. E szint alatt kontrasztanyag 2 óra múlva sincs. Felfelé a passage akadálytalan, az olajcsepp könnyen elszakad és felfelé mozdul. Rövid ülés

után újra meggyűlik a D 12—L 1 szinten. A stopp helyzete a vizsgálat után, valamint 24 óra múlva változatlanul az L 1 lumbalis csigolya testének felső és középső harmada magasságában van, lefelé élesen, fekvő S alakban elhatárolt (1 és 2. ábra).

Myelographia után átmenetileg subjectiv gyengeségérzés és spinalis automatismusok jelentkeztek a beteg alsó végtagjaiban, 4 nappal a myelographia után azonban a beteg ismét panaszmentes, jár.



1. ábra



2. ábra

A myelographiás vizsgálat eredményét, mely a D 12—L 1 magasságában stoppot mutatott, az előzőekben ismertetett adatokkal összevetve az a véleményünk alakult ki, hogy a betegnek az L 1 csigolya középső harmada magasságában kezdődő térszűkítő folyamata van, mely teljes compressiós liquorpassagét okozott a liquorpassage megszakításával és Lipiodol stopppal. A térszűkítő folyamat természetét illetően nagy valószínűséggel syphilmára gondoltunk, a fentebb ismertetett aggályok ellenére.

A beteget mindezek alapján az Országos Idegsebészeti Intézetbe helyeztük át, műtét elvégzése céljából.

Műtét (1957. VI. 11. op. : *Dr. Fényes Gy.*) : Laminectomia D 12—L 1 után jól látható, hogy a dura az L 1 magasságától caudalfelé nem pulszál. Megnyitva a durát az L 1 magasságában a caudarostok között az L 3-ig terjedő szilványi, barna-vörös tumor helyezkedik el. A daganat cranialis része jól mobilizálható, többi szakasza azonban erősen tapad a cauda rostjaihoz. A daganatot gondosan lepreparálva az idegrostokról, eltávolítják. Egyes kicsiny tokrészetek eltávolítását az idegelemek sérülésének veszélye miatt nem lehet erőszakolni. Duravarrat, pontos vérzéscsillapítás, réteges sebzés, epiduralis cső. Sebgyógyulás zavarmentes. A beteg a műtét után 3 héttel jár, közérzete jó. Kontroll neurológiai vizsgálatnál reflexstatus változatlan. J. o.-on a külső bokától az V. lábujjig enyhe tactilis hypaesthesia, b. o.-on a lábszár belső felszínén térdtől distal felé enyhe algeticus hypaesthesia észlelhető. Motorium ép. Mind a prae- mind a postoperatív szakban észlelt spinalis automatismusok a műtét után egyre ritkábbá váltak.

Az eltávolított daganat szövettanilag angiomasus fibroblastoma volt (*Dr. Csanda E.*) (3. és 4. ábra).

A laminectomia során eltávolított angiomasus fibroblastoma függetlenül az anamnesisben szereplő lueses folyamattól fejlődött és vezetett teljes gerincvelői compressióhoz, teljes liquorpassage zavarhoz. Az egyidejűleg

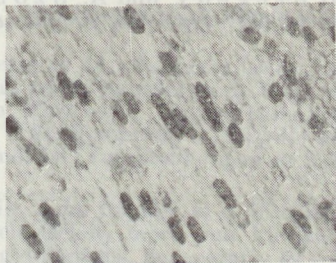
fennálló lueses folyamat azonban a vizsgálatok más irányba terelésével hosszú időn át késleltette a helyes diagnosis felismerését.

Ismertetett esetünk tanulságaként a következőket kívánjuk megemlíteni :

1. Bár az általános orvosi gyakorlatban és így a neurológiában is megnyilvánuló törekvés, hogy a klinikai tüneteket minél kevesebb, lehetőleg egy



3. ábra. Átnézeti kép (lupe-nagyítás). A vörösvérsejt tömegekben nagy sinusoid éredények vékony falai láthatók, nagyon kevés interstitialis sejttel. A bal felső sarokban elmeszesedett rostkötegek vehetők ki.



4. ábra. Vörösvérsejt tömegeket szórva-nyosan átszövő fibroblast vonulatok. (4,1 x oc. és 0,65 obj. H. E. festés).

gócra vagy betegségre vezessük vissza, a tünetegyüttesből kirívó leletet abba beleerőszakolni nem szabad, hanem egyéb lehetőség után kell kutatni.

2. Diskrét tünetek, ill. tünete szegénység esetén is — esetünkben paresis, gyöki fájdalmak, paraesthesiák hiánya — súlyos liquorfehérje szaporulat mellett gondolnunk kell sokszor igen előrehaladt neurológiai károsodás lehetőségére, így tumorra is.

3. Tünete szegény klinikai képeknél igen magas liquorfehérje érték mellett nem szabad lueses folyamatot feltételezni, még ha az anamnesis adatai, vér-WaR és adaequat tünetek, erre utalnak is. 120—160 mg% feletti összfehérje értéket lueses folyamattal magyarázni általában nem lehet, ilyenkor mindig egyéb lehetőségekre is kell gondolnunk.

4. Az idegrendszer, jelen esetünkben a gerincvelő conusának és a caudarostoknak a functionális tolerantiája extrem fokot is elérhet. Teljes compressió esetén is, mikor diffúzió kívül más liquoresere nem lehetett, az L 4—5 gerincvelői segmentumból eredő idegek és a caudarostok a mechanikus compressiót compensálni tudták.

Összefoglalás

Klinikailag tünete szegény, ugyanakkor súlyos liquorelváltozással, teljes gerincvelői compressióval járó spinalis tumort ismertettünk, melyben az anamnesisben szereplő lueses folyamat a vizsgálatokat hosszú időn keresztül tévútra vezette. Az ismertettett eset során felhívtuk a figyelmet arra, hogy egyrészt nagyfokú liquorösszefehérje szaporulat neuroluessel általában nem magyarázható, másrészt, hogy klinikailag tünete szegény esetekben is igen súlyos neurológiai elváltozások lehetnek jelen, melyeket adott esetben az idegrendszer hosszú időn át is jól compensálhat.

Irodalom

Alexander, E. jr., Davis, C. H. jr., Field, O. H.: Neurology (Menneapolis), 6, 103, 1956. — Bloom, H. J. G., Ellis, H., Jennett, W. B.: Brit. Med. J. 4904, 10, 1955. — Dworacek, H., Reif, R.: Wien. klin. Wschr., 86, 1956. — Elsberg, C. A.: Arch. Neurol. Psychiat., 22, 949, 1929. — Guidetti, B., Carloni, G.: Riv. Pat. neur. 76,

Robert Wartenberg: *Neuritis, Sensory Neuritis, Neuralgia*. New York. Oxford University Press 1958. 444 old.

Wartenberg a freiburgi egyetem rendk. tanára a nácizmus elől menekült Amerikába és San Francisco-ban a neurológiai tanszék professzora lett. E könyvén 10 éven át dolgozott és néhány héttel halála előtt (1956. nov. 16.) fejezte be. A könyvet barátja Dr. Francis Schiller rendezte sajtó alá.

A címnek megfelelően a könyv 3 nagy fejezetre és 44 alfejezetre oszlik, minden fejezet végén a megfelelő irodalommal. Az előszóban szerző hangsúlyozza, hogy minden egyes irodalmi adatát eredetiben ellenőrizte. De Wartenberg könyve túlhaladja „a forrásmunka” vagy a „referálás” kereteit. Így pl. a 21. fejezetben a „*migráló sensoros neuritis*”-ről, tehát új és szokatlan kórképről számol be: tulajdonképpen ez indította őt — mint írja — e monográfia megírására.

A „*Neuritis*” (A) fejezet 13 alfejezetre oszlik. Nem fogadja el a Wechsler által ajánlott „*neuropathy*”, „*polyneuropathy*” megjelöléseket, mert sem klinikai, sem pathológiai alapon nem lehet éles határt vonni a gyulladásos, degeneratív és traumás formák között. A tradicionális neuritis, polyneuritis elnevezést tartja helyesnek.

A *neuritis okai című nagy fejezetben* az ismert átiológiai adatokon kívül az „*idiopathiás*” neuritisek gyakoriságát említi, — továbbá a vasculogen (pl. arteriosclerotikus), diabetogen, hepatogen neuritisekkel foglalkozik. A *multiplex agyideg-neuritisnél* mindenkéltől basalis daganatra, luesre kell gondolni, de van vírus vagy más fertőző által okozott alakja is, amelynél az előbbivel ellentétben teljes gyógyulás várható. A *szimmetrikus mononeuritis* leggyakoribb formája a n. thoracicus longus sérülése (sérum betegség). Figyelemre méltó szerző megjegyzése: általában ritkán gondolnak arra, hogy *mononeuritist* általános megbetegedés is okozhatja: typhus, influenza, malaria, diabetes, serum-inj. stb. Az *agyidegek mononeuritis*e — fejezetben kiemeli, hogy bár pl.: a hideg-hatást a facialis neuritisben újabban kevésbé tartják fontosnak, de ennek szerepét nem lehet tagadni és ez összeegyeztethető az inféctiós eredettel. A *brachialis neuritisnél* szerző hangsúlyozza — saját tapasztalatai alapján — a kicsiny, sokszor jelentéktelen trauma, és toxi-inféctiós folyamatok szerepét. Utóbbi döntő klinikai jelentőségű; neuritis iránt legérzékenyebb a felső, majd az egész plexus, aránylag kevésbé az alsó-plexus. Az *intercostalis neuritis*ek közt említi a diabetes, alcoholismus, ismeretlen inféctiós ártalom által okozott hasizombénulást, — a *femorális neuritisnél* hangsúlyozza a cauda tumor kizárásának fontosságát és az appendectomia utáni neuritist. A *neuritis ischiadica* nagy fejezetében tárgyalja — 174 irodalmi adat felsorolásával — a *discus hernia* és a *mononeuritis ischiadica* kérdéseit. Végső következtetése: a n. ischiadicusnak éppúgy van toxi-inféctiosus mononeuritis-e és önálló, vagyis általános betegséghez nem csatlakozó mononeuritis-e, mint minden más idegnek. Elfogadja azok véleményét, akik szerint a *discus-hernia* kb. 50%-ban szerepel, mint oki tényező. A fejezetet ezzel zárja: „reméljük, hogy a *discus-hysteria* szerencsétlen intermezzója rövidesen csökken.” Itt említjük meg, hogy a későbbi (42. fej.) *neuralgia ischiadica* (ischias) fejezetben hat pontban sorolja fel érveit az „*essentialis*” vagy „*idiopathikus*” neuralgia ischiadica ellen. Szerinte csak *neuritis ischiadica* van, amelynek számos formája között az egyik az *algias neuritis ischiadica*: ez az, ami tulajdonképpen megfellel az „*ischias*”-nak.

A *sensoros neuritis* (B) fejezet 20 alfejezetet tartalmaz. Ezek közül szerző saját állásfoglalására hívom fel a figyelmet: a *sensoros polyneuritis* létezését egyesek kétségbe vonják, mások ritkának tartják; Wartenberg szerint egyáltalán nem ritka: a) lehet a későbbi (kevert) polyneuritis bevezető tünete és b) önálló kórkép (alkohol, diabetes, tbc, influenza, rheuma stb.); a legtöbbször nincs biztos átiológiája. A *szomszédos idegek sensoros neuritis*e, érdekes csoportba sorozza szerző a *notalgia paraesthetica*-t, a *gluteus-paraestheticiát*, és a szlovákiai epidemiás plexus brachialis neuritist (oka: neurotrop vírus; *Rektor és Libikova*).

Igen tanulságos a *sensoros mononeuritis* fejezet, amelyben Wartenberg 7 partialis és 5 totalis trigeminus neuritis-esetét ismerteti, ezekben az ő első diagnosisa angulus tumor volt (!). A bőr-idegágakat gyakoriságuk és fontosságuk szerint külön tárgyalja. Érdekes a cheiralgia, digitalgia, gonyalgia paraesthetica ismertetése; utóbbi kettőt Wartenberg írta le: a gonyalgia a n. sephanus infrapatellaris ágának neuritis-e. Aránylag nagy fejezet a *meralgia paraesthetica*, amelyben állást foglal amellett, hogy a mechanikus (traumás, orthopédiás) factor *egymagában* nem elégséges, az általános toxico-inféctiosus alapot számos klinikai észlelés igazolja.

Szokatlan a recurráló, intermittáló, remittáló „migráló sensoros neuritis” (21. fej.), ezt előbb említettük. Ennek irodalma — alig van : *F. Schultze* önmegfigyelésén és *Wartenberg* 2 közleményén kívül más szerző nem is említi. *Wartenberg* részletesen és plasztikusan ismerteti 9 esetét, amelyek közül az elsőt 31 éven át észlelte ! A 9 beteg közül 8-nál nem volt sem fertőző, sem trauma, — a kilencediknél 3 héttel később súlyos *Guillain—Barré-syndroma* fejlődött ki.

Említésre méltó, hogy szerző a sensoros neuritisek klinikai tünetei közt legfontosabbnak a „feszítési-tünet”-et tartja, — enélkül szerinte nincs sensoros neuritis. Jellemző az egész idetartozó csoportra a gyakori visszaesés. Külön fejezetekben tárgyalja a compressio és a konstitutio szerepét : — foglalkozik a poliomyelitis, encephalitis epidemica, sclerosis multiplex *polyneuritises formáival*. *Wartenberg* a „migráló sensoros neuritis” és a sclerosis multiplex közt valami összefüggést tételez fel.

A *Neuralgia (C) fejezet* 10 alfejezetre oszlik. Az elsőben a *neuritis-neuralgia* elvi kérdéseivel foglalkozik, széles irodalmi alapon. Elitéli az orvosi irodalom túlzásait, ilyen szerinte az „arterioneuralgia és neuroarterialgia” elnevezés. Ezek semmit nem tisztáznak. Hat pontban tárgyalja a kettő közti különbséget : azonban nincs abszolút biztos elkülönítő jel, annál kevésbé, mert a neuralgia a neuritisnek első, közbülső vagy utolsó szakja. Szerinte különbséget kell tenni a kettő közt, de tudomásul kell venni, hogy a kettő közeli vonatkozásban van egymással.

Nagy fejezetben tárgyalja a *trigeminus neuralgia* problémáit. Igen tanulságos differential-diagnostikai, ätiopathogenetikai fejtegetése. A *Taarnhöj* decompressio műtét eredményét azzal magyarázza, hogy e műtéttel csak a szorosan vett kiváltó okot (a dura rigiditása, involutiós elváltozás) szüntetik meg ; az idegnek már előzőleg volt vagy lehetett „latens” neuritis. Erre vonatkozólag felsorakoztatja *Babinski*, *Hurst*, *Opalski* stb. és saját tapasztalatait.

Érdekes *Wartenberg* minden oldalról körülbástyázott álláspontja : a *trigeminus neuralgia általános infekciókkal, oral sepsissel függ össze, amire az ideg, — az ő sajátos módján, paroxysmalis fájdalmi rohammal reagál.*

Lényegileg hasonló álláspontra helyezkedik a *glossopharyngeus neuralgia* vitás kérdéseiben : hangsúlyozza az általános és lokális fertőző jelentőségét (a tonsillák sepsise : *Harris*, felszálló neuritis : *Foerster*). Utal arra, hogy 20%-ban tumor, arachnitis okozhatja és, hogy B vitamin és cobra-méreg kedvező hatású.

A többi neuralgia-formát *Wartenberg* röviden, egyéni állásfoglalással tárgyalja. A *laryngealis, occipitalis neuralgia* többnyire konstans, *nem-rohamszerű* fájdalommal jár. Előbbit legtöbbször laryngitis, utóbbit sok minden okozhatja : typhus, influenza, diabetes, tumor, sclerosis multiplex stb. Szerző szerint a régi occipitalis neuralgiából igen kevés marad, így pl. *Krischek* 16,715 neurologicali beteg közt csak 2 monosymptomás occipitalis neuralgiát észlelt. A vállcsúcs és felkar fájdalommal jellemzett *phrenicus neuralgia* olykor a *Guillain—Barré—Strohl* syndroma egyik főtünete lehet. A *brachialis neuralgia* diagnosissal sokszor visszaélnek. Kétségtelen, hogy van egy acut infectiós algiás forma, — de az ätiologiai kutatásban a peripheriától — „a karóraszíjtól” — a központ felé kell haladni. *Wartenberg* általában helyesnek tartja az „infectiós brachialis perineuritis” elnevezést. Az *intercostalis neuralgia* genuin vagy primár alakja igen ritka, *Tobias* 1400 esetből egyetlen egyet talált. Az *ischias-kérdést* előbb referáltuk. A *lumbosacralis* idegek közül megemlítjük a *genitofemoralis-neuralgiát*, amit appendektomia után észlelnek és amit szerző éppúgy *neuritis*-nek tart, mint a „*femoralis neuralgiát*”. A *Morton f. metatarsalgiát* (a IV. metatarsalis csont nyomása v. infectiója), *Wartenberg* egy „migráló sensoros mononeuritis” esetében észlelte.

Az utolsó fejezetben *Wartenberg* összefoglalóan felsorakoztatja érveit amellelt, hogy a neuritis és neuralgia közt nincs éles különbség, átmeneti formák léteznek, az ätiologiai alap közös, a kezelés lényegileg azonos. Szerinte a *neuralgia a neuritis algiás alakja, ami általános toxi-infectiós folyamat egyetlen megnyilvánulása is lehet.*

Wartenberg utolsó műve — kincsesbánya. Egy nagy klinikus-neurologus sok évtizedes tapasztalatának végső összegezése. Éppen ezért könyvét nemcsak a gyakorló orvos, a klinikus-neurologus, hanem a neuritis-neuralgia-kérdés minden kutatója különös haszonnal tanulmányozhatja.

Lehoczky Tibor dr.

**A stereotaxiás agyi műtétekkel kapcsolatos tapasztalataim
hathetes freiburgi tanulmányutamon**

A közelmúltban 6 hetes tanulmányúton voltam Freiburgban a Riechert prof. vezetése alatt álló idegsebészeti klinikán a stereotaxiás agyi műtétek tanulmányozása céljából. Az elmúlt évek folyamán Riechert prof. és munkatársai saját maguk által konstruált — és most már szériában gyártott — célzó készülékük felhasználásával ezidáig mintegy 600 stereotaxiás műtétet végeztek és tevékenységükről, valamint tapasztalataikról számos közleményükben adtak ismertetést.

Jelenlegi ott-tartózkodásom alkalmával az intézetben végzett idegsebészeti beavatkozásoknak közel a fele stereotaxiás műtét volt, s így bő alkalom kínálkozott az eljárás megismerésére. Az elektróda, illetve kanül előre meghatározott helyre való pontos bevezetésére szolgáló célzó készülék könnyű fémből készül, így súlyánál fogva a beteget nem terheli nagyon, a fejre szilárdan rögzíthető és nyugtalan, illetve állandó mozgásban levő betegnél is (hyperkinesisek) biztonságosan használható, mert együtt mozdul a beteggel. Az apparátus az agy bármely pontjának minden választott irányból történő célzásához nagy célzási pontossággal ($\pm 0,5$ mm) használható. A célzandó pont helyének meghatározásához egyrészt modell-agyat használnak, s először ezen mérik le a célpont helyét az agy támpontul szolgáló képleteihez viszonyítva, másrészt a betegről készült pneumoencephalogramm teszi lehetővé, hogy pontos számítások alapján meghatározzák a célzandó pont helyét a betegnél, és a számított értékek alapján beállítható legyen a célzó készülék. Az elektróda bevezetése után röntgenológiai és physiologiai kontroll alapján különböző kórformáknál, másrészt a neuropsychiologiai és neuropathologiai ismeretek gyarapodását teszi lehetővé.

Az egész procedurát jellemzi a technikai precizitás, a beteg állapotának gondos ellenőrzése és a részletes dokumentáció (feljegyzés, fénykép, film). Az eljárás egyrészt új therápiási lehetőséget jelent különböző kórformáknál, másrészt a neuropsychiologiai és neuropathologiai ismeretek gyarapodását teszi lehetővé.

Fő indicatiós területek a következők:

extrapyramidalis mozgászavarok (Parkinsonismus, choreo-athetosis, Huntington chorea, hemiballismus, torsios dystonia),
fájdalom sebészete,
az epilepsia bizonyos formái.

Felhasználásra kerül továbbá:

a hypophysisen történő beavatkozásnál (punctio, isotop behelyezés, hypophysectomia),

tumoroknál isotop behelyezése céljából,
idegtest eltávolításnál,
tályogpunctiónál,
elzáródásos hydrocephalus bizonyos formáinál,
psychochirurgias beavatkozásoknál.

A fentiekén kívül a stereotaxis egyre bővülő irodalmában további újabb indicatiós területekről nyerünk értesülést. Úgy látszik, hogy ezen methodus alkalmazási területe folyton bővül és egyelőre még beláthatatlan, hogy milyen kórformáknál válhat felhasználhatóvá.

A stereotaxiás beavatkozásokkal eddig elért eredmények általában biztatóak és ez serkenti további tevékenységre a kutató és therapeuta orvosokat világszerte. Végleges értékelést adni azonban az eddig elért eredményekről még nem lehet. Egyrészt azért, mert a physiologiai ismeretek főleg az extrapyramidalis kórképeknél elégtelenek, másrészt pedig különböző szerzők különböző methodussal elért különböző eredményeit nehéz közös nevezőre hozni. Egy azonban nem látszik kérdésesnek, mégpedig az, hogy ezen methodussal olyan újabb eljárással gazdagodott az orvostudomány, amivel a kutatók ismeretszerzési lehetősége bővül, a gyógyító orvosok kezébe pedig olyan gyógyeljárás került, amivel — megfelelő kritikával élve — még többet tehetnek a beteg gyógyulása érdekében mint eddig. Éppen ezért szükségesnek, hogy idehaza is bátran hozzáálljunk az eljárás bevezetéséhez, és saját tapasztalatainkra támaszkodva aknázzuk ki a stereotaxis lehetőségeit.

Ezúton is köszönetemet fejezem ki Riechert prof. úrnak, valamint munkatársainak — elsősorban Hassler prof. úrnak —, hogy szívélyes és kollégialis vendégszeretettel segítségemre voltak freiburgi tanulmányutamon és lehetővé tették nagyjértékű munkásságuk megismerését.

Dr. Faragó Lajos
tanársegéd,
Debrecen, Idegklinika

M E G H Í V Ó

az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Pavlov Ideg-Elme Szakosztályának
1959. szeptember 24—25—26-án tartandó

N A G Y G Y Ü L É S É R E

Ülések : Budapest, Semmelweis Kultúrház (VIII, Szentkirályi utca 21.) földszinti és emeleti előadótermében.

Kezdés : délelőtt 8 óra 30 perckor ; délután 15 óra 30 perckor.

N A P I R E N D :

1959. szeptember 24-én, csütörtökön de. 8 óra 30 perc.

Földszinti terem

Elnöki megnyitó. Tartja : *Lehoczky Tibor dr.*

I. főtéma : GLIOMÁK

Referátumok :

Csanda Endre dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.) : A gliomák pathológiája.

Juhász Pál dr. (Debrecen, Ideg-Elmeklinika) : A gliomák klinikuma.

Zoltán László dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.) : A supratentorialis gliomák sebészi kezelése.

Koreferátum :

Major János dr. (Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.) : Az infratentorialis gliomák sebészi kezelése.

Külföldi vendégek előadásai.

Előadások :

1. *Hullay József dr., Faragó Lajos dr., Török Pál dr., Juhász Pál dr., Csanda Endre dr.* (Debrecen, Ideg-Elme klinika) : A gliomák műtéti megoldása a túlélés szempontjából.
2. *Majerszky Klára dr., Majtényi Katalin dr.* (Bp. Orsz. Ideg-Elmeagyógyintézet) : Agyi gliomák pszichiatriai kórformák hátterében.

D é l u t á n

Földszinti terem, 15 óra 30 perc

A délelőtti referátumok és előadások v i t á j a.

Előadások :

3. *Pályi I. dr.* (Szövet- és Fejlődéstan Intézet), *Afra Dénes dr., Csanda Endre dr.* (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.) : Glioblastomák viselkedése szövettanilag.
4. *Aszalós Zoltán dr.* (Bp., Magyar Néphadsereg Eü. Szolgálat) : Adatok a gliomák biológiai aktivitásához.
5. *Gombi Róza dr., Csanda Endre dr.* (Debrecen, Ideg-Elmeklinika) : A glioma metasztázálásának kérdése a prae- és postoperatív fázisban.
6. *Zappe Lajos dr., Csanda Endre dr.* (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.) : Felnőttkori medulloblastomák.

V i t a

7. *Leel Össy Lóránt dr.* (Debrecen, Ideg-Elmeklinika és Megyei Kórház Idegosztálya) : Agytörzsi gliomák.

8. Németh Lajos dr., Bauer Henrietta dr. (Orsz. Idegsebészeti Tud. Int. Bp.): Agytörzsi gliomák.
9. Major János dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): Tapasztalataink ismételt operált supratentorialis jóindulatú gliomák esetében.

V i t a

10. Fényes György dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): Az egyes glioma-fajták elkülönítése angiographia segítségével.
11. Velok Gyula dr., Nagy Tibor dr. (Debrecen, Ideg-Elmeklinika): Gliomák EEG diagnosztikája.
12. Gorács István dr., Németh Márta dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): A gliomák sugárkezelése.

V i t a

Emeleti előadóteremben, kezdés 16 órakor

Előadások:

13. Rusz Sándor dr. (Debrecen, Ideg-Elmeklinika): Adatok a gliomák liquordiagnosztikájához.
14. Barabás Anna dr., Bogsch Sonja dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): Az idegsebészet néhány liquordiagnosztikai problémája.
15. Wollemann Mária dr., Csanda Endre dr., (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): Gliomák és gliomás cysták kolinszteráze aktivitása.
16. Bozsik György dr., Csanda Endre dr. (Bp. Neurológiai Klinika): Histochemiai enzimlocalizáció agydaganatokban.
17. Bogsch Sonja dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): Gliomás betegek vasterhelési görbéi.
18. Cselikovics Franciska dr. (Bp. Neurológiai Klinika): A Csaba-Törő reakció viselkedése agydaganatoknál.

V i t a

19. Paraciz Ervin dr., Szenásy József dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): Gliomák gyermekkorban.
20. Remenár László dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): Az opticus gliomák műtéti kezelése és prognózisa.

V i t a

21. Nagy Vilmos dr., Pásztor Emil dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): Spinalis gliomák.
22. Majerszky Klára dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): A spinalis gliomákról.
23. Faragó Lajos dr., Török Pál dr. (Debrecen, Ideg-Elme Klinika): Gerincvelői gliomák operabilitásának kérdései.
24. Gál Júlia dr., Csanda Endre dr. (Debrecen, Ideg-Elmeklinika): Spinalis gliomák.
25. Czece Éva dr., Majorszky Klára dr. (Bp. Orsz. Ideg-Elmegyógyintézet): A multiplex meningeomáról.

V i t a

1959. szeptember 25-én, pénteken de. 8 óra 30 perc

Földszinti terem

II. főtéma: EMÓCIÓ

Referátumok:

Huszák István dr. (Szeged Ideg-Elmeklinika): Az emóció pathofiziológiája.

Karl Leonhard dr. (Berlin Universitätsnervenlinik d. Charite): Die Mimik der Emotion.

Külföldi vendégek előadásai.

Előadások:

26. Fornádi Ferenc dr. (Bp. Pszichiatriai Klinika): Mesodiencephalikus határterület psychés tünetei.
27. Hullay József dr., Juhász Pál dr. (Debrecen, Ideg-Elmeklinika): Emocionális megnyilvánulások temporalis epilepsiás betegek rohamaiban és helyi elektromos izgatáskor nyert válaszokban.

28. Kajtor Ferenc dr., Nagy A. T. dr., Velok Gyula dr. (Debrecen, Ideg-Elmeklinika): Basalis góccokkal kapcsolatos rohamjelenségek, különös tekintettel az emocionális változásokra.

V i t a

29. Moussong-Kovács Erzsébet dr. (Bp. Pszichiatriai Klinika): Az érzelmi élet és a tudatszint kölcsönhatásainak vizsgálata.
30. Bálint István dr. (Bp. Orsz. Munkaegészségügyi Int.): Emócionális tényezők jelentősége harisnyakötő munkások neurosisában.
31. Gombos Katalin dr., Bodor Elvira dr. (Debrecen, Megyei Kórház Ideg-Elme Osztálya): Emóciók hatása a vegetatív neurosisban.

V i t a

Emeleti terem 11 órákor:

32. Böszörményi Zoltán dr. (Bp. Orsz. Ideg-Elmegyógyintézet): A kísérleti psychosok által előidézett emocionális változások kérdéséhez.
33. Borsy József dr. (Bp. Gyógyszeripari Kutató Int.): A dietil-triptamin HCl hatása az in vitro és in vivo cerotonin hatásokra és kísérleti állatok spontán magatartására.

V i t a

34. Boray József dr. (Bp. Gyógyszeripari Kutató Int.): N-3, 4, 5-trimetoxibenzoil-morfolin farmakológiai vizsgálata.
35. Magyar István dr. (Bp. Magyar Néphadsereg Eü. Szolgálat): Az N-3, 4, 5-trimetoxibenzoil-morfolin hatása a macska-agy elektromos tevékenységére.
36. Böszörményi Zoltán dr., Dér Piroska dr., Miskei Klára dr. (Bp. Orsz. Ideg-Elmegyógyintézet): Adatok a trimetoxibenzooesav vegyületek tranquilláns hatásához.
37. Csányi Endre dr. (Bp. Gyógyszeripari Kutató Int.): A Dimepridin (Palfium, R 875, 2-2-Difenil 3-metil-4 morfolino butil pirrolidin) egyes farmakológiai sajátosságai.

V i t a

38. Antal János dr. (Bp. Neurológiai Klinika): Tranquillánsok hatása patkányok hypophysismellékvese rendszerére.
39. Máthé Valéria dr., Kassay György dr., Hunkár Béláné dr., Kiss László (Bp. Orsz. Ideg-Elmegyógyint. Biokémiai Laboratóriuma—Budapesti Műszaki Egyetem Izotóp Laboratóriuma): Egyes tranquillánsok hatása a központi idegrendszer szénhidrát anyagcseréjére.

V i t a

D é l u t á n

Földszinti terem, 15 óra 30.

40. Kraft Franciska dr., Bekény György dr., (Bp. Neurológiai Klinika): A mellékpajzsmirigyműködés jelentősége az emóciók pathofiziológiájában.
41. Szilágyi A. Katalin dr., Pataki István dr. (Bp. Orsz. Ideg-Elmegyógyintézet): Egyes szomatikus jelenségek vizsgálata schizofréniában.

V i t a

42. Pataky István dr., Pfeifer A. Klára dr. (Bp. Orsz. Ideg-Elmegyógyintézet és Budapesti Orvostudományi Egyetem Gyógyszertani Intézete): Elektrosokk utáni állapot kísérletes vizsgálata.
43. Scháb R. dr. (Pécs, Ideg-Elmeklinika): Az elektrokonvulzió hatása az anti-diuretikus hormon termelésére.
44. Mária Béla dr., Böhm Tivadar dr., Adorjáni Ferenc dr. (Bp. Orsz. Ideg-Elmegyógyintézet): Tapasztalatok elmebetegek Acetylcholin kezelésével kapcsolatban.

V i t a

45. Irányi Jenőné dr. (Bp. Pszichiatriai Klinika): Klinikai és kísérletes adatok az indítékgyengesség psychopathológiájához.
46. Varga Lajos dr. (Bp. Pszichiatriai Klinika): A hasznosi tömegpsychosis.
47. Hárdi István dr. (Bp. János Kórház, Elme-Ideg Osztály): Megfigyelések a járás psychopathológiájáról. Filmvetítéssel.

V i t a

48. Gálfi Béla dr. (Pomáz, Egészségügyi Minisztérium Munkatherápiás Intézete): A pomázi Munkatherápiás Intézet. Filmvetítéssel.

V i t a

49. Sai-Halász András (Bp. Orsz. Ideg-Elmegyógyintézet): Kísérleti neurosis hatása a gonadokra.
50. Somogyi István dr., Kukor Imre dr. (Visegrád, Fővárosi Kórház): A vegetatív neurosisok dietatherápiája.

V i t a

51. Drietomszky Jenő dr., Brunecker Györgyi dr. (Bp. Pszichiatriai Klinika): Pubertáskori indíték-változások.
52. Brunecker Györgyi dr. (Bp. Pszichiatriai Klinika): A pubertás-kor dinamikus-strukturális értelmezésének kérdéséhez.

V i t a

1959. szeptember 26-án, szombaton

SZABAD ELŐADÁSOK

Földszinti terem, de. 8 óra 30.

53. Ludo van Bogaert dr. (Anvers, Inst. Bunge): Encéphalites subaigues. Filmvetítéssel.
54. Majtényi Katalin dr., Nagy Tibor dr. (Orsz. Ideg-Elmegyógyintézet): Elektroencephalographiás és agypathológiai vizsgálatok összehasonlítása.
55. Mérei F. Tibor dr. (Pécs, Ideg-Elmeklinika): A központi idegrendszer elváltozásai hosszan túlélő öntudatlan agysérültnél.

V i t a

56. Povázsai Éva dr. (Bp. Neurológiai Klinika): A spondylosis cervicalis klinikai jelentőségéről.
57. Novák János dr., Antony Miklós dr., Szőke Tamás dr. (Bp. István Kórház Idegosztály): Cervicalis myelopathia.
58. Csorba Antal dr. (Magyar Néphadsereg Eü. Szolgálat): A regio supraclavicularis ascultatójának jelentősége a neurológiai diagnosztikában.

V i t a

59. Halasy Margit dr. (Bp. István Kórház Idegosztály): A fáradtság problémái a neurológiában.

V i t a

60. Katona Ferenc dr., Nagy Klára dr., Obál Ferenc dr., Tomka Imre dr., Wollemann Mária dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): A dekonexiós állapot klinikai és kísérletes vizsgálata.
61. Kékesi F. dr., Mérei F. Tibor dr. (Pécs, Ideg-Elmeklinika) Az ionforgalom és vízháztartás zavarai és azok befolyásolása az idegsebészetben.

V i t a

62. Horányi Béla dr., Péter Ágnes dr. (Bp. Neurológiai Klinika): A cerebialis apoplexia therápiájáról.
63. Péter Ágnes dr., Solti Ferenc dr., Iskum Miklós dr. (Bp. Neurológiai Klinika): Kísérleti adatok az agyi keringés kórtanához.
64. Oláh Imre dr., Ambrózy György dr. (Bp. Neurológiai Klinika): Vizuális funkciók változása és azok diagnosztikus jelentősége carotis interna elzáródás eseteiben.
65. Oláh Imre dr., Fenyő Egon dr. (Bp. Neurológiai Klinika): Terheléses ophthalmodynamometriás vizsgálatok fejfájásokban.
66. Pálvölgyi Richárd dr. (Bp. Neurológiai Klinika): Oscillometriás mérések az arteria temporalis superficialison.

V i t a

67. Csanaky A. dr., Scháb R. dr., Mérei F. Tibor dr. (Pécs, Ideg-Elmeklinika): A kapillaris keringés zavara kísérletes arterialis légembóliánál.
68. Simonyi Gusztáv dr. (Bp. Neurológiai Klinika): A ggl-stellatum novocain blokkjának hatása az agyi vérkeringésre.

V i t a

Emeleti terem, 9 óra 30.

69. Huszár Ilona dr., Pásztor Emil dr., Bartos Valéria dr. (Bp. Pszichiatriai Klinika — Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): Carotis communis beszűkítést követő késői amentia esete.
70. Fenyő Egon dr., Kárpáti Miklós dr. (Bp. Neurológiai Klinika): Hyperostosis calvariae diffusa esete cerebrealis vascularis malformatióval.

V i t a

71. Papp Mátyás dr. (Bp. Neurológiai Klinika): A corneomentalis reflexről. (CMR)

V i t a

72. Domonkos Jenő dr., Latzkovits László dr. (Szeged, Ideg-Elmekórtani Klinika): Tonus és tetanikus izmok anyagcseréjének különbözősége.
73. Bekény György dr., Kraft Franciska dr., Urai László dr. (Bp. Neurológiai Klinika és III. Belklinika): Neurológiai vizsgálatok sclerodermásokon.

V i t a

D é l u t á n

Földszinti terem, 15 óra 30.

74. Huszák István dr., Szilárd János dr., Bogdán Ernő dr. (Szeged, Ideg-Elmekórtani Klinika): Vasomotoros funkciók vizsgálata sclerosis multiplexben.
75. Pálffy Gy. dr., Mérei F. T. dr., Farkas G. dr. (Pécs, Ideg-Elmeklinika): Oltások szerepe a sclerosis multiplex kórszármaszásában.
76. Tass Gyula dr., W. Osztrovszky dr. (Szeged, Ideg-Elmekórtani Klinika és Krakko Biokémiai Intézet): Az antihyaluronidase faktor megoszlása sclerosis multiplexben szenvedő betegek serum fehérje fractióiban.
77. Huszák István dr., Széchenyi Ferenc dr., Heiner Lajos dr. (Szeged, Ideg-Elmekórtani Klinika): ACTH-ra és mellékvesehormonok hatására bekövetkező phosphát-anyagsere és elektrolyt változások sclerosis multiplexben.

V i t a

78. Huszák István dr., Somogyi István dr. (Szeged, Ideg-Elmekórtani Klinika): Különböző terhelésekre bekövetkező EEG változások schizophreniásoknál.
79. Somogyi István dr., Huszák István dr., Pórszász János dr. (Szeged, Ideg-Elmekórtani Klinika és Élettani Intézet): A fényingerrel kiváltható bioelektromos válaszok vizsgálata a központi idegrendszer különböző funkcionális állapotjaiban.

V i t a

80. Gátai György dr., Földi Mihály dr. (Bp. Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.): Liquor-resorptió vizsgálatok.
81. Mérei F. T. dr., Scháb R. dr., Csanaky A. dr. (Pécs, Ideg-Elmeklinika): A subduralis hézag resorptió viszonyairól.

V i t a

82. Hasznos Tivadar dr. (Bp. Neurológiai Klinika): Spinalis interneuronok vizsgálata a shock különböző stádiumaiban.

V i t a

83. Ambrózy György dr., Eckhardt Sándor dr., Gallai Margit dr. (Bp. Neurológiai Klinika): Vérképzőszervi megbetegedések idegrendszeri komplikációi.
84. Gallai Margit dr. (Bp. Neurológiai Klinika): Diffus melanotikus meninx tumor.

V i t a

85. Walsz Róbert dr. (Bp. Magyar Néphadsereg Eü. Szolgálat): Elektroencephalographiás megfigyelések az öregkor psychotikus állapotjaiban.
86. Balajthy Béla dr. (Bp. XIII. ker. Tanács Kórház Női Ideg Osztály Agyszövettani Laboratóriuma): A limbikus rendszer öregkori elváltozásai.
87. Orthmayr Alajos dr., Szilágyi Katalin dr. (Bp. Orsz. Ideg-Elmeógyógyintézet): Időskori elbutulások elkülönítésének kísérlete elektrophoresissal.
88. Annau Vilma dr., Szűcs Rozália dr. (Bp. Orsz. Ideg-Elmeógyógyintézet): A Pick és Alzheimer-féle betegség röntgenológiai eldifferenciálása.
89. Simor Erzsébet dr. (Orsz. Ideg-Elmeógyógyintézet): Az úgynevezett senilis ér-elváltozások szövettana és histochemiája.

V i t a

Emeleti terem 16 óra 30.

90. Szabó Endre dr., Bobory Júlia dr. (Balassagyarmati Városi Kórház Idegosztálya és Debrecen, II. Belklinika): Antaethyl kezeléskor itatásra jelentkező kardiovaszkuláris elváltozások.
91. Schéda Vilmos dr. (Gyöngyös, Városi Kórház): A gyöngyösi kórház férfi alkoholistá anyagának ismertetése.
92. Bálint István dr. (Bp., Alkoholista Gondozó Intézet): Alkoholista gondozás jelen problémái.

V i t a

93. Varga Ervin dr. (Bp., Pszichiatriai Klinika): A schizophren beszéd kísérletes vizsgálata.
94. Várady Géza dr., Nagy Tibor dr. (Bp., Orsz. Ideg-Elmeagyógyintézet): Veleszületett szósüketség.
95. Takács László dr. (Bp., Pszichiatriai Klinika): A szóártalom (jatrogenia) kérdéséhez.

V i t a

96. Szegedy László dr., Szobor Albert dr. (Bp., Pszichiatriai Klinika): Malignus thymoma okozta myasthenia gravis pseudoparalytica.

V i t a

Megjegyzés:

1. A vidéki kartársak részére az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet ingyenes szálláslehetőséget nyújt korlátozott számban. Igények legkésőbb augusztus 25-ig jelentendők be az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet Gazdasági Hivatalának (Bp. V., Nádor utca 32.).

2. Azok számára akik szállodában kívánnak lakni, az IBUSZ a Palace Szállóban (Bp. VIII., Rákóczi út 43.) 3 napra szobát és reggelit biztosít 200,— Ft befizetés ellenében. A befizetést legkésőbb augusztus 25-ig az alábbi csekk számlára kell eszközölni: IBUSZ MNB 46.

A befizetőlapra fel kell tüntetni: „Ideg-Elme Nagygyűlés.”

A befizetésről értesíteni kell: Antal Jánost Bp. IBUSZ V., Felszabadulás tér 5.

A **Fédération Mondiale de Neurologie (World Federation of Neurologie)** első értesítőjét e hónapban küldte szét. A *Neurológiai Világszövetség L. van Bogaert* ajánlatára 1957. júl. 24-én (a bruxellesi kongresszus alatt) alakult meg. Az ideiglenes bizottság felszólítására 35 ország (köztük Magyarország is) bejelentette csatlakozását. A Világszövetség tisztikarát 1959. V. 30-án választották meg Londonban; elnöke: *Ludo van Bogaert*, alelnökei: *MacDonald Critchley*, *Auguste Tournay*, főtitkára és pénzügyi megbízottja: *Pearce Bailey*, a Világszövetség alkotmányának és alapszabályainak bizottságában *Georg Schaltenbrand* az elnök.

A Neurológiai Világszövetség keretében rendezték 1959. V. 10—14. között Antwerpenben az *Encephalitis-symposiumot*, amelyen 14 ország (köztük Magyarországról: *Tariska István*), 50 neuropathologusa vitatta meg az encephalitisek neuropathológiáját, biochémiáját és neurophysiologiai vonatkozásait.

A Világszövetség rendezte Kopenhágában 1959. jun. 20—21 közt a „Geomedical Conference”-t, amelynek elnöke: *K. Hyllested*, és amelynek főthemája: „Mit tudunk a neurológiai betegségek geographiai elterjedéséről?” E konferenciára Magyarországot is meghívták (*Dr. Lehoczky Tibort* és *Dr. Halasy Margitot*).

Vita

- 80. *Csáti György dr., Páldi Mihály dr. (Bp. Orsz. Ideggyógyintézet):* A szellemi képességek vizsgálata.
- 81. *Ujvári P. P. dr., Székely B. dr., Cserepy A. dr. (Ujvári P. P. dr. Orsz. Ideggyógyintézet):* A szellemi képességek vizsgálata.

Vita

- 82. *Reznek Péter dr. (Bp. Orsz. Ideggyógyintézet):* A szellemi képességek vizsgálata.

Vita

- 83. *Ambrózy György dr., Fehérvári Sándor dr., Ujvári P. P. dr. (Bp. Neurológiai Klinika):* A szellemi képességek vizsgálata.
- 84. *Galla István dr. (Bp. Neurológiai Klinika):* A szellemi képességek vizsgálata.

Vita

- 85. *Waha Robert dr. (Bp. Magyar Népbiztonsági Szolgálat):* Elektroencephalographia vizsgálata az uremia pszichosomatiában.
- 86. *Balsajthy Imre dr., Kilián Imre dr., Tóth István dr. (Bp. Orsz. Ideggyógyintézet):* Laboratóriumi és klinikai vizsgálatok az uremia pszichosomatiában.
- 87. *Ortkovics Árpád dr., Székely B. dr. (Bp. Orsz. Ideggyógyintézet):* Időskori elmebetegségek vizsgálata.
- 88. *Annai Vilmos dr., Balogh Róza dr. (Bp. Orsz. Ideggyógyintézet):* A Pick és Alzheimer-típusú demencia vizsgálatának differenciálása.
- 89. *Székely B. dr. (Bp. Orsz. Ideggyógyintézet):* Az uremia pszichosomatiájának vizsgálata.

Vita



ERGOSEDYL DRAZSÉ

1 draszté (0,3 g) 0,2 mg dihydroergocristin aethansulfon., 40 mg papaver. hydrochlor és 30 mg butorbarb.-t tartalmaz

Javallatok: Centralis és neurogen eredetű hypertonia
Angina pectoris. Coronaria insufficientia. Migraine

Adagolás: 2—6 draszté naponta, 10—30 napon át

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető

Csomagolás: 20, ill. 250 darab drasztét tartalmazó dobozban

Gyártja:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST X.

Új készítmény!

TRIFAVIT inj.

1 amp. (1 ml) 1000 gamma vitamin B₁₂ III. faktort tartalmaz.

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

Virushepatitis utáni állapotok.

Adagolás: Hetenként 2—3x1 ampulla i. m. 1—2 héten át, majd az adagolást heti 1 ampullára csökkentjük. Trigeminus és egyéb neuralgiák, valamint infekciós polyradiculitis esetén 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.