

✓ 305.107

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XIII. ÉVFOLYAM
289—320. OLDAL

10

BUDAPEST, 1960. OKTÓBER

2

Főszerkesztő: Környey István

Felelős szerkesztő: Juhász Pál

Szerkesztőbizottsági titkárok: Orosz Éva és Pollner György

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

Kéziratokat, leveleket kérjük Dr. Juhász Pál, Debrecen, Idegklinika címre küldeni.

T A R T A L O M

Böszörményi Zoltán dr. és Srágli Gyula dr.: Adatok a női alkoholizmus kérdéseihöz	289
Antal János dr.: Kísérleti eosinophil szám változás egy új iminodibenzyl származék hatására	301
Gombi Róza dr. és Hullay József dr.: Intracranialis me- tastasisok	306
Könyvismertetés	320

A szerkesztésért felel: Juhász Pál. Kiadja: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Bp., V., Belolan-
nisz u. 8. A kiadásért felel: A Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. Telefon: 122-650.
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodnál (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.

Az Országos Ideg- és Elmegyógyintézet (Igazgató: Mária Béla dr.) közleménye

Adatok a női alkoholizmus kérdéséhez

Írta: BÖSZÖRMÉNYI ZOLTÁN dr. és SRÁGLI GYULA dr.

Az alkoholizmus világméretű komplex socialis, gazdasági, jogi, ethikai és orvosi problémát jelent. Ennek egy elkülönített részletével, a női alkoholizálással újabban egyre többen foglalkoznak (Berner—Solms, Lecoq, Bochnik és társai, Linsansky stb.). A kérdés fontosságára joggal mutatnak rá Berner és Solms a bécsi klinikán tett észleléseikkel kapcsolatban, mely szerint a felvételre került női alkoholisták száma az utóbbi években absolute és relative egyaránt lényegesen emelkedett: szerintük a férfi és női alkoholisták között 1919-ben az arány 1:18,9 volt, ugyanez az arány 1952-re 1:7,3-ra változott. A frankfurti idegklinikai (Mies) adatai szerint 1913-ban 1:12,8, míg 1950-ben 1:5,7 volt az arány. Lemere és társai közel 8000 elvonókúrával kapcsolatban 15 év alatt egy kaliforniai szanatóriumban ez aránynak 15,1-ről 5,6-ra való módosulását észlelték. Intézetünk szervezési és módszertani osztályának szíves segítségével az 1951—58 évek között felvett férfi és női alkoholisták arányát mi is kiszámítottuk: ez az egyes egymásutáni években 1:19, 1:12,3 1:12,7, 1:9,8, 1:10,4, 1:11,7, 1:8,9, és 1:10,0-t tett ki, tehát az arány nálunk is a női felvételek némi emelkedését mutatta, ha korántsem az említett külföldi adatoknak megfelelő mértékben.

Míg Lemere és társai e jelenséget azzal magyarázták, hogy az idők folyamán a szanatóriumi kezelést a közvélemény mintegy ethikailag elfogadta, tehát így a női alkoholisták készségesebben jelentkeztek elvonásra, addig a többi szerző szinte egybehangzóan az arányszám eltolódásának okaként az alkoholizáló nők számának tényleges megnövekedését hozza fel. Bochnik és társai Bürger-Prinz nyomán a női alkoholisták szaporodását az ún. neutralisatiós-jelenségek fokozódásának részjelenségeként fogják fel: szerintük a nemek közötti szerepkülönbség világszerte fokozatosan elmosódik, a fokozódó ipari szerveződés következtében. A neutralisatiós-folyamat egyre több nőt vet a socialis teljesítmény és elismerés ama erőterébe, mely azelőtt csupán a férfiak számára volt fenntartva. Legtöbben kiállják a teherpróbát, egy töredékük azonban felmorzsolódik a megterhelés és elviselőképesség aránytalansága miatt; ez tükröződik szerintük a neuroticus-kimerülési állapotok, sőt a suicid-kísérletek emelkedő számában is. Sok conventio korlátainak lebomlása is velejárója eme neutralisatióknak: a munkában való egyenlőség elősegíti az egyenrangúságot a fogyasztások, az élvezetek, azaz a legtágabban értelmezett consumatiók terén is, gyakran az excessusokig menően, ami nyilvánvalóan a nők részére is komoly veszélyt jelent. Harte az amerikai életkörülményekkel kapcsolatban más pathogen tényező fontosságára mutat rá: szerinte a női neurosisok és alkoholizálások hátterében jelentős számban szerepelt az elavult, szinte még victorianus nevelési mód következtében ki-

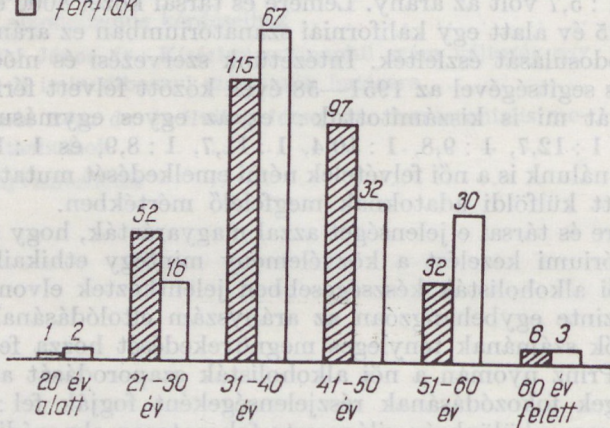
* A „Pavlov” Ideg-Elme Szakcsoportban 1960. II. 18-án tartott előadás nyomán.

alakuló gátlásos, függőségre, engedelmességre szoktatott nők conflictusa, mely kirobban, ha a realis élet ellenkező irányú követelményeivel szembekerülnek. Linsansky az USA-ban levő alkoholista nők számát jelenleg mintegy 700 ezerre becsüli.

Mint a fentiekből is kitűnik, ezen közlemények nem erősítik meg Hewitt megállapítását, mely szerint a női iszákosság kialakulásához előzetesen nagyobb személyiség-desorganisatióknak kell bekövetkeznie, mint a férfiak alkoholizálásához. Lecoq újabb megfigyeléseiből mégis arra következtet, hogy a női alkoholistáknál nagyobb az átlagos személyiségkárosodás, emiatt rosszabb a kezelés prognosisa is, az intézeti ápolást is nőknél általában tovább kell folytatni. Szerinte az alkoholista nők mindegyikénél „neuroticus” személyiségvonások találhatók, tehát ún. normál személyiség kizárható. Hasonló megállapításra jutott száz női alkoholista részletes tanulmányozásával Berner és Solms is, kik ezek közül 56-nál psychopathiát, 33-nál neurosist, míg 11-nél elmebetegséget, ill. elmeengedet állapotot állapítottak meg, normál egyént tehát ők sem találtak közöttük. Még meglepőbb ama következtetésük, hogy egyetlen paciensnőjüknel sem tudták az ivás kezdetét csupán külső körülmények hatására vagy a kedvező alkalom elősegítő szerepére visszavezetni, anélkül, hogy e betegek előzetesen „psychésen feltűnőek ne lettek volna”.

Életkor

▨ nők
□ férfiak

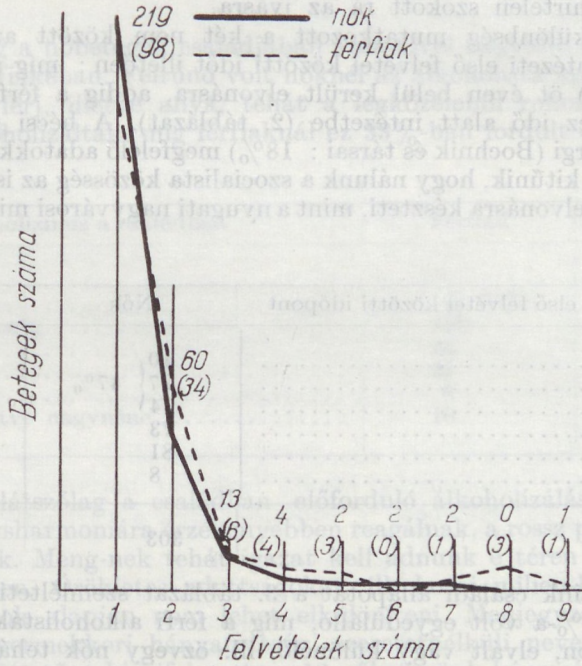


1. ábra

Mindezek alapján célszerűnek véltük intézetünk utóbbi években kezelt női alkoholistáinak kórrajzait áttanulmányozni, hogy a fent vázolt és kapcsolatos kérdésekhez a hazai tapasztalatok alapján hozzászólhassunk. Ezért az 1954. I. 1—1959. XII. 31. közötti hat év alatt az intézetből elbocsátott azon 303 nő kórrajzát választottuk ki, kiknek kiírási diagnózisában a heveny részegség vagy idült alkoholizmus, ill. ez utóbbinak következményes állapotai szerepeltek. Ezen betegek nagy többségét egyikünk személyesen is kezelte, tehát az alábbi részletek lényege nem csupán ún. „apersonalis adatfeldolgozás” eredménye; ez utóbbi hibaforrás lecsökkentésére mellőztük az 1954. előtti kórrajzokat. Összehasonlítási alapként ugyanezen időből származó 150 férfi alkoholista kórrajzi adatait használtuk fel, 100 kórrajzot az alkohol-elvonó osztály, 50 kórrajzot a férfi elmeosztályok alkoholista anyagából válogatás nélkül véve ki. (Természetesen beteganyagunk nem nyújt teljesen

városunkra vagy országunkra jellemző ún. „reprezentatív mintát”, mert a jobb társadalmi helyzetben levők nagyobb része nem jött intézetünkbe elvonókúrára, hanem mindkét nembeliek ambuláner elvonással kísérleteztek.) Nyert adatainkat az alábbiakban néhány táblázat és diagram segítségével szemléltetjük.

A női és férfi alkoholistáink átlagos életkora csaknem azonos volt: nőknél 39,36, férfiaknál 41,21 év. A korcsoportok szerinti megoszlás is hasonló volt mindkét nembelieknél (1. ábra), a felvételek száma, mely a visszaeséseket is bizonyos fokig tükrözi, szintén lényegileg egyezett (2. ábra).



2. ábra

Az intézeti felvétel okát illetően kiemelendő nőknél a nagyobb számban előforduló öngyilkossági veszély; a kórelőzményben 32 nőnél szerepelt elkövetett suicid kísérlet, szemben nyolc férfival, tehát nőknél kétszer gyakrabban történt kísérlet, és az ily irányú veszély is felvételükkor kb. kétszer gyakoribbnak látszott. Nők önként elvonásra relative valamivel nagyobb számban jelentkeztek (72,6%), mint férfiak (61%) (1. táblázat). A hallucinatoros, ill. delirosus zavartságban több férfit vettünk fel, delirium tremens háromszor, kóros részegség négyszer nagyobb számban szerepel férfiaknál, bár ez az arány a kis számok miatt kevésbé értékelhető; a polyneuritisések és Korsakow syndromásak száma kb. azonos volt.

I. táblázat

A felvétel oka	Nők	Férfiak
Önként elvonásra jött	218 (72,6%)	92 (61%)
Részezen beszállították	14	4
Halluc. delir. zavartság	29	25
Kriminalitás veszélye	15	21
Suicid veszély	27	8
	303	150

Az alkoholizálás típusa, ill. foka szerint a beteganyagot nem tartottuk célszerűnek széttagolni, mert az állandóan és a gyakori periodusokban (pl. hétvégeken) ivók között eléggé elmosódott a határ (Amark férfi vizsgálataival szemben mi az „iszákos” és az „idült alkoholista” között sem tettünk különbséget azon az alapon, hogy utóbbiaknál józan állapotban is észlelhetők az ivás testi vagy lelki jelei.) Nők között 203, míg a férfiak között 117 volt mindennapi ivó, a kórelőzmény 100 nőt és 33 férfit jelölt periodikus alkoholistának, bár valódi dypsománnak a pontosabb adatok alapján csupán 27 nő és hat férfi bizonyult. Mindkét nemű alkoholisták közül mintegy 2/3-ad lassan, 1/3-ad hirtelen szokott rá az ivásra.

Lényeges különbség mutatkozott a két nem között az alkoholizálás kezdete és az intézeti első felvétel közötti időt illetően: míg a nőknek csaknem fele (47%) öt éven belül került elvonásra, addig a férfiaknak csupán 20%-a került ez idő alatt intézetbe (2. táblázat). A bécsi (Berner-Solms: 24%) és hamburgi (Bochnik és társai: 18%) megfelelő adatokkal a sajátunkat összehasonlítva kitűnik, hogy nálunk a szocialista közösség az iszákos asszonyt jóval korábban elvonásra készíti, mint a nyugati nagyvárosi milieu és életmód.

II. táblázat

Ivás kezdete és első felvétel közötti időpont	Nők	Férfiak
0— 1 év	40	8
1— 2 év	27	8
2— 5 év	74	14
5—10 év	73	29
10 éven túl	81	84
Nincs adat	8	7
	303	150

Alkoholistáink családi állapotát a 3. táblázat szemlélteti; kiemelendő, hogy a nők 41%-a volt egyedülálló, míg a férfi alkoholisták közül csupán 28%. A hajadon, elvált vagy különélő, ill. özvegy nők tehát az iszákosok jelentős számát teszik ki, mint ezt más statisztikák is igazolják. A családi élet asszonyoknál általánosságban bizonyos protektív hatást fejt ki az ita-

III. táblázat

Családi állapot	Nők	Férfiak
Férjezett, illetve nős	172	105
Közös háztartásban él	8	3
Hajadon, illetve nőtlen	38	20
Elvált	40	7
Külön él	25	11
Özvegy	20	4
	303	150

lozással szemben, a gyermekekről való gondoskodás szüksége szintén stabilizálólag hat, mert Bochnik és társai szerint a fiatal gyermekek léte többnyire megakadályozza anyjuknak „az iszákossághoz szükséges egocentrikus magába-süppedését”. Ezt a mi adataink is jól szemléltetik (4. táblázat), mert míg a gyermektelenek a női alkoholisták 41,3%-át, az egy és két gyermekesek pedig további 42,6%-át képezik, a 3 és többgyermekesek már csak a betegek

16%-át tették ki; a férfiaknál egyébként e szempontból hasonló volt a statisztikai megoszlás.

IV. táblázat

Gyermekek száma	Nők	Férfiak
Gyermektelen	125 (41,3%)	53 (35%)
1—2 gyermek	129 (42,6%)	75 (50%)
3—8 gyermek	49 (16%)	22 (15%)
	303	150

Iszákosság a nőbetegek családjában valamivel nagyobb számban fordult elő, mint a férfiakéban. Feltűnő volt nőknél az alkoholista apák nagy száma: az apa vagy férj, illetve anya, tehát a legközelebbi rokonok nőbetegeink 51%-ánál alkoholizáltak, míg férfiaknál ez 33%-ban fordult elő (5. táblázat).

V. táblázat

Alkoholizmus a családban	Férfiak	Nők
Apa	100	46
Anya	19	3
Férj, illetve feleség	34	1
Testvér	25	24
Nagyapa	21	12
Nagyanya	8	—
Nagybátya, illetve nagynéne	10	5

A nők tehát látszólag a családban előforduló alkoholizálásra, ill. az ezzel kapcsolatos dysharmoniára érzékenyebben reagálnak, a rossz példát is mintegy jobban követik. Meng-nek tehát igazat kell adnunk e téren az utazás fontosságát illetően. Örökletes adottságokat, ill. korai milieu-hatást természetesen az adatok alapján nem lehet elkülöníteni. Megjegyzendőnek tartjuk itt, hogy a gyermekkori hányatottság, szeretetnélküli nevelés stb. 109 női kórrajzból (36%) tűnt ki kifejezetten. 12 nőbetegünk házasságon kívül született; szülők válása, ill. különélése 48 betegnél szerepel.

A foglalkozási megoszlást tekintve feltűnő a női alkoholisták között a csupán háztartást vezető nagy száma (109 = 36%), továbbá az egyszerűbb, primitívebb munkát végzők (segédmunkás, háztartási és egyéb alkalmazott stb. 103 = 34%), míg az igényesebb, ill. szellemi munkát végzők (tisztviselő, tanár, szakmunkás stb.) száma csupán 67 = 22,3%; férfiak között ez utóbbiak száma 77 = 51,3% (6. táblázat). Aránylag kevés volt betegeink között a vendéglátóipari dolgozó nők száma; 11 = 3,2%. E számadatokból kitűnik, hogy az iszákos nők több mint harmada csupán saját háztartásában dolgozott, ezeknél tehát az ipari-competitív munkavégzés által egyes hajlamos személyeknél kiváltott negatív érzelmi megterhelés ivási okként nem jöhetett szóba. Ez utóbbi konkrét panaszként alig is merült fel. Érvényesülési, ill. beosztási-rangbeli problémák a férfiakkal szemben szintén ritkán szerepeltek. Egyeseket bántott ugyan alantasabb munkájuk, de ezen nők többségénél már maga az alkoholizálás okozta a degradációt. Nyugati közlemények kiemelik e téren azt, hogy a munkamegterhelés gyakran kellemetlen affectív kísérőjelenségeivel szemben ellenszabályozó erők is működnek a gazdasági és társadalmi intézmények által kifejtett józansági propaganda alakjában a figyelem-, az idő- és teljesítmény-faktorok fokozása

Foglalkozás	Nők	Férfiak
Háztartásbeli	109 (36%)	—
Eltartott	24	1
Segédmunkás	73	33
Háztartási alk.	5	—
Mezőgazd. m.	5	16
Alkalmazott	20	17
Szaktmunkás	26	50
Tisztviselő	28	11
Önálló iparos	8	12
Pedagógus	5	—
Mérnök, technikus	—	4
Bányász	—	4
Nyugdíjas	—	2
	303	150

érdekében. Legtöbben e szerzők közül elfelejtik kiemelni a munka nemcsak megterhelő, hanem kielégülést nyújtó, tehát emotionalisan protectiv hatását is, mely mindkét nemű dolgozók szellemi homeostasisát elősegíti. Maga a henylés közismerten hajlamosít az ivásra ; egyes országokban az ún. „luxus-alkoholizmus” okoz komoly problémát, melynek keletkezésénél az életniveau magasságától függetlenül bizonyos idő és pénz feletti rendelkezés a döntő. Ennél a kezelés alapja a célszerű elfoglaltság keresése és a felesleges pénz lekötése (Bochnik).

Feltűnik a férfi és a női adatok egybevetésénél, hogy ún. „normál” személyiség a férfi alkoholisták között csaknem háromszor annyi fordult elő (42% a 15,3%-kal szemben, 7. táblázat), míg a psychopathák, de főleg

VII. táblázat

Személyiség	Nők	Férfiak
Psychopathia		
a) Epileptoid	22	21
b) Narcoman	11	3
c) Sensitiv	19	3
d) Haltlos	67	26
e) Hysteroid	20	5
f) Schizoid	5	5
g) Expansiv	2	1
h) Circularis	7	2
Neurosis		
a) Depressió	46	4
b) Asthenias	8	2
c) Anxietas	3	1
Normal	46	63
Infantilis primitiv	40	9
Epilepsia	1	2
Schizophrenia	4	2
Dementia art. scler.	2	—
Paralysis progressiva	—	1
	303	150

a neuroticusok száma a nők között volt nagyobb, az infantilis-primitiv-debilis személyiséggel együtt. Bár a normál praemorbid személyiségek számát mindkét nembeliéknél növelhette a hiányos adatfelvétel is, a különbség mégis jelentős, tehát saját adataink szerint is a női alkoholisták túlnyomó többsége (82%) psychopatha, neurotikus, illetve primitiv-debilis személyiség. (A 9 heveny részegséggel intézetbe először szállított nő közül hét normálnak, kettő primitiv-debilnek bizonyult.) Adataink tehát Hewitt, Lecoq és Berner-Solms említett feltevését részben alátámasztják a női alkoholisták eleve kóros személyiségét illetően, bár a normál egyéniségű női iszákosok létezését utóbbiakkal szemben állítanunk kell. Természetesen egyes több évtizede alkoholizálók alapszemélyiségének megítélése már gondos teszteléssel is alig sikerült volna, mert tapasztalataink alapján részben helyeselnünk kell Ödegaard megállapítását, mely szerint maga az alkoholizálás „oly elméleti mechanizmust indít meg, mely a saját törvényei szerint fejlődik tovább, gyakran a személyiség igazi természetével teljesen ellentétes irányban”. Amark-nak igazat kell adnunk abban, hogy alkoholistáknál már lehetetlen a szerzett és örökletes személyiségvonások elkülönítése, továbbá abban is, hogy az iszákosságra hajlamosító egyetlen személyiségtípust sem férfiaknál, sem nőknél nem lehet elkülöníteni. Az Amark által alkoholizálásra leginkább hajlamosító személyiség-alkatúak — a dysphoriás depressív, a psycho-infantilis, a hysteroid-suggestibilis és epileptoid (ixoid) — a mi betegeink között is jelentős számban szerepeltek mindkét neműeknél, de nőknél a hysteroid psychopathák száma kétszeres, a depressió neurotikusaké nyolcszoros (!) volt férfiakkal viszonyítva. (Ez utóbbi felelt meg Amark dysphoriás-depressív típusának; a nők többségénél reaktív, részben már az italozással kapcsolatos hangulati eltolódás szerepel. Az Amark által hysteroid-suggestibilis csoportba tartozók jelentős részét mi a Kraepelin-féle (1915) „haltos”, azaz állhatatlan, akarategyenge, befolyásolható psychopathák csoportjába soroltuk, kik az összes alkoholistáink egy lényeges részét képezték; nőknél 22,1%-ban, férfiaknál 17,1%-ban szerepeltek.)

Meg kell jegyeznünk, hogy fenti osztályozások kivitelezésével kapcsolatban igen komoly nehézségek előtt álltunk. Egyes kórrajzi adatok hiányosak voltak, másutt nyilvánvaló volt, hogy a kórelőzmény személyiségrajza már az idült iszákosra és nem az ivás előtti személyre vonatkozott; valószínűleg emiatt emelkedett meg pl. a férfi epileptoid psychopathák száma. A társadalmi-moralis bírálókat tartalmazó adatokat sem lehetett az objektívebb leírásoktól elkülöníteni, másrészt ezeket a betegek besorolásánál fel is kellett használni, pl. a psychopathia megítélésénél. Nagyfokú „reservatio mentalis”-ra voltunk tehát kényszerítve, mert pl. normál személynek az átlagos környezetének fel nem tűnő, a társadalomba beilleszkedő egyént vettük, eleve tudva ezen eljárásnak relatív-subjektív jellegét. (Egyes bortermő vidékeken pl. egy gyermekora óta ivó debilis férfi, sőt nő lehet „nem feltűnő”, ugyanígy egyes psychastheniás egyének is csupán bizonyos milieuban válnak neurotikussá, tehát nem normállá stb.) Hasonlóan nehéz volt a psychopathia és neurosis közötti határ megvonása is. Psychopathának K. Schneider, Kauders és mások nyomán azt vettük, kinél a személyiségösszetevők dysharmoniaja oly fokot ért el, hogy emiatt nemcsak önmaga, de környezete is szenvedett, ill. akinél a lelki összhang tartós hiánya kóros reakció készségben nyilvánult meg (Nyirő). A neurosis Binder ismert meghatározása alapján állítottuk fel, tekintetbe véve az alkohol hatását is, melytől neurotikusok belső feszültségük, ill. nyomott hangulatuk enyhülését várták. Az osztályozás szükség-szerűen gyakran egy-egy rövid jellemzés alapján történt, mely csupán egy-két személyiségtényezőt domborított ki, de kimerítő részletességű adatok

mellett is a legjellemzőbb adottság alapján soroltuk be betegeinket, hogy a két nembelieket összehasonlíthassuk. Amarnak ugyan igazat adunk abban, hogy ugyanazon személyben több különböző személyiségtípus egyesülhet, de a domináló típus megállapítását éppúgy, mint a döntő vagy fő ivási ok kiemelését — néhol esetleg a motivációk szövedékéből — az iszákosság gyűjtőfogalmán belül szükségesnek tartottuk a férfi-női alkoholisták adatainak egybevethetőségéhez. (Amark az ivó nők adatait sebészetten kezelt nőbetegekével, Berner és Solms pedig neurológiai osztályon fekvőkével vetette egybe, míg mi az ugyanakkor elvonásra került férfiak adataival tartottuk érdekesebbnek az összehasonlítást, éppen a bevezetésben említett kérdésfeltevések miatt, jól tudva az egybevethetőség eleve korlátozott érvényességét.)

Hasonlóan nehéz a betegek által megadott iszákossági ok, az ún. motivatio megítélése, melyet a 8. táblázat szemléltet. A munkatársak példáját,

VIII. táblázat

Motivatio	Nők	Férfiak
Munkatársak (milieu)	88	51
Házastársi konfliktus	89	13
Egyéb családi konfliktus	34	5
Súlyos psychotrauma	26	7
Chron. depressio	19	2
Somaticus betegség	5	8
Sex. konfliktus	5	—
Féltékenység	4	2
Epilepsia	2	—
Ismeretlen	31	62
	303	150

a munkakörülmenyeket, ill. egyéb környezethatást férfiak és nők kb. azonos mértékben adnak meg okként. A nők azonban lényegesen nagyobb számban hivatkoznak házastársukkal kapcsolatban testi-lelki dysharmoniára, egyéb családi nézeteltérésekre (anyós-, lakásproblémák stb.) továbbá psychotraumára idült depressió is mintegy ötször gyakrabban szerepelt nőknél feltételezhető okként. (E téren a személyiségtípus és motivatio — mint egyéb pontokon is gyakran — keresztezi egymást; cikloid psychopathák és neurotikus depressiók közül azokat soroltuk ide, kiknél az italtra a tartós hangulati nyomottság elviseléséhez volt szükség.) Feltűnő volt, hogy a férfiak több mint 40%-ánál nem lehetett semminemű indokolást kapni. Ezek többségénél rokoni vagy saját bemondás szerint az iszákosság fiatal kora óta fennállt („mióta az eszét tudja”), részben környezeti adottságokra visszavezethetően. Nőknél ezzel szemben csupán 10%-nál hiányzott valamilyen megokolás. Ebből részben az következik, hogy a nők alkoholizálásukat mintegy mentegetendő, jobban igyekeztek azt motiválni, de a családi surlódások, súlyos lelki behatások stb. elviselését elősegítendő, valóban többet is használták az alkoholt emotionalis feszültségük enyhítésére. Negatívumként kell kiemelni, hogy homosexualitás csupán egy betegnél szerepelt, de az egyesek által hangoztatott női-szerep elleni „lázádat” kifejezetten egy női iszákosnál sem észleltük, bár két nőbeteg adatai között szerepeltek fiús kedvtelések, túlfíús öltözködés és magatartás; egy nőnél kóros apa-, egy másíknál túlzott anya-kötődés volt megállapítható. Ezzel és a sokat emlegetett apa-azonosítással kapcsolatban Bochnik-ék álláspontját osztjuk, mely szerint az elfogulatlan szemlélőnek ez több lehetőség közül kiemelt egy-egy izolált magyarázatnak tűnik.

Nők ivási okaként gyakran említik a menstruációs és egyéb hormon-zavarokat. Betegeink között csupán ötnél volt rendetlen és görcsös vérzés, míg hét továbbinál a küllemet is érintő dyshormonismus szerepelt; egyes dypsománok többnyire praemenstrualis szakban kezdték ivásukat. Több betegnél szülések után rövidebb-hosszabb idővel kezdődött az ivás, egyeseknél a climax beálltával. E statisztikailag nehezen értékelhető adatok mind mutatják a női életteni folyamatok és velük kapcsolatos hangulati ingadozások fontosságát, de ezen túlmenően sok rájuk alapozott feltevés csupán spekulációnak bizonyult (Lisnansky). Nehéz a sexualis conflictusok és gyakran említett frigiditás megítélése is: utóbbi többször az általános kapcsolatétesítési zavar részjelensége. Jelentőségét a családi dysharmoniával együtt abban látjuk, hogy a nők affektív „bebiztosítottságát” veszélyezteti, mely viszont psychés teherbíró-képességüknek az alapja (Bochnik).

Az alkati vagy szerzett kóros személyiségvonások és a praecipitáló-elősegítő tényezők együttesen teszik többnyire lehetővé a női iszákosság kialakulását. A motivatio és személyi adottságok bonyolult szövevénye áll tehát gyakran az alkoholizmusként jellemzett kóros magatartásmód mögött, mely számszerű-statisztikai adatokkal éppen ezért meg nem fogható, csupán kórrajzi elemzésekkel érzékeltethető. Ezért néhány kazuisztikai példát az alábbiakban szükségesnek tartunk ismertetni.

F. F. 41 éves nő. Mentők heveny részegség állapotában szállítják az intézetbe; felvételkor zavart, desorientált, ellenszegülő. Kórelőzmény: Gyermekkora óta „gyengék az idegei”. 20 éves korában „idegösszeroppanása” volt. I. menses 9 éves korában, vérzései állandóan rendetlenül jelentkeztek, sokszor havonta 2 ízben is. 3 gyermeket szült, 1 gyermek csecsemőkorban bronchopneumoniában meghalt, 2 gyermeke egészséges. Mintegy 5 éve iszik, teljesen rendszertelenül, 1—2 napos szakaszokban; ilyenkor 3—4 dl rumot fogyaszt el. Az ivást mindig társaságban kezdi, majd egyedül folytatja. Az öntudatlanságig nem részegedik le, de gondolkodása zavarossá válik. Sokszor 1—2, sőt 6 hónapos abstinencia után jelentkezik egy újabb ivási fázis. Józan állapotban az ital ízét is kifejezetten utálja, de ha az ivásba belekezdett, képtelen abbahagyni. Pár hónapja éjjelenként baloldali migraines görcsrohamai jelentkeznek.

Jelen állapot: jól táplált, piknicus alkatú beteg: P: 76/min, RR 140/95 Hgmm. Belső és szervi idegi lelete teljesen Ø. Összes laboratóriumi leletek: Ø, lumbalisan nyert liquor lelete is: Ø. EEG lelet ép elektromos aktivitást mutat: oldaldifferentia, focalis laesióra utaló jel nem látható. Nyaki Rtg-felvétel: kezdődő spondylosis. Lelki vizsgálat: hangulata kissé nyomott, amit iszákossága miatti önvédelmével magyaráz. Tudata már teljesen tiszta, tájékozott, képzettársítás rendben. Elmondotta, hogy apját, kit igen szeretett, fiatal leánykorában vesztette el. Anyja nevelte fel, ki szorgalmasan dolgozott, erélyes, határozott és takarékos asszony volt. Férje, aki anyjánál alig fiatalabb, előbb édesanyjának udvarolt, sőt mint később megtudta, a férje és anyja között komoly szerelem és nemi kapcsolat állott fenn. Egy ízben férjét anyjával „in flagranti” is érte. Ekkor idegösszeroppanást kapott. Később anyjától külön költöztek, házasságuk ezután lassan békésebbé vált. Bár sokat szenved férje durvasága miatt, mégis ragaszkodik hozzá. Szerinte férjének ridegsége és meg nem értése nagyban hozzájárult az alkoholizálásához; elkeseredésében ivott eleinte, mert ivás közben „kedélyesebben fogta fel az életet.” Ivási periódusa után utálja önmagát, utálja az italt és azt, aki az első pohár megívására rávette. Ilyenkor pokolian szenved a lelki-furdalástól, ismételten abstinenciát fogad.

8 hónappal ezelőtt anyja meghalt, ez őt nagyon megrázta. Gyakran most is még sirdogálva bolyong a temetőben, veszteségét kibírhatatlanak érzi. Anyja halála óta állását felmondta, mert tőle házat és földet örökölt, de az otthoni életnek hátrányai is vannak, mert több ideje van arra, hogy „spekuláljon”, vagy hogy anyját sirassa, többet forog társaságban, ahol inni kezd. Újabban az is előfordul, hogyha idegessé válik, vagy italozás után „agya kihagy”, képtelen gondolkodni, értelmetlenül beszél és cselekszik; minderről utólag értesül.

(E beteg ivási excessusainak hátterét valószínűleg szerencsétlen házassága és anyjával való konkrét vetélkedése képezte.)

Cs. I., 29 éves. Önként jelentkezik elvonókúrára. Családi kórelőzménye Ø. 7 évvel ezelőtt tuberculoticus tüdőfertőzése miatt szanatóriumban feküdt. Töltötték, gyógyultnak nyilvánítva távozott. 2 év óta iszik, a betegségével kapcsolatos félelmi érzései

miatt kezdett inni, de később megszokta az italt. Eleinte csupán bort ivott, később rumot is, az elfogyasztott mennyiség is fokozatosan emelkedett, jelenleg már napi 1—1½ liter bort fogyaszt, többször teljesen lerészegedik. Ilyenkor elkóborol, cselekedeteire nem emlékszik, kijózanodva igen szégyelli magát. Napi kb. 30 cigarettát szív.

Belsőrvégi és neurológiai lelet: Ø Laboratóriumi leletei: Ø. P: 68/min. RR: 120/80 Hgmm. Psychés vizsgálatnál elmondja, hogy atyja üveges iparos volt, aki szeretett inni, de nem volt részeges, csendes és szerény ember volt mindig. A családban az anyja tartott rendet, aki energikus, sőt indultatos természetű volt. A gyermekeket, őt és két testvérét csak az anyja nevelte. Vidám, élénk, játékos gyermek volt, hat elemi végzet, nem szeretett tanulni. Eleinte otthon dolgozott, majd egy sörgyárban. 16 éves korában teherbe esett, de barátja elhagyta az országot és ő 8 hónapos terhességével magára maradt. Gyermeke halva született. Ekkor kezdett jelenlegi férjével udvarolni neki, akihez hozzámért, bár nem szeretett, most sem szereti, de sorsába már beletörődött. 1951-ben egy ellenőrző vizsgálatnál fedezték fel tüdőbaját, két és fél éven át kezelték, töltötték, összesen övéseit égették stb. A műtéktől nagyon félt, a fájdalomakat nem tudta elviselni, tulajdonképpen emiatt szokott rá a borra, mert az „erőt adott neki”. Eleinte csak akkor ivott, ha kezelésre kellett mennie, de később már állandóan hiányzott neki az ital. Gyógyulása után csupán otthon, a háztartásban dolgozott. Egyre többet ivott, hetenként többször lerészegedett. Csupán azért jött elvonásra, mert a férje megfenyegette, hogy iszákossága miatt elhagyja. Kissé nyomott hangulatú, időnként mégis „akasztófahumorról” élcelődik. Elégedetlen jelen helyzetével, de a megalkuvást szükségesnek tartja. Antaethyl elvonókúra és rövid psychotherapiás kezelés után javultan távozott.

(Bár a beteg ivási okként tüdőbajára hivatkozik, hányatott serdülőkora, továbbá jelen családi helyzete és ezzel kapcsolatos érzelmi kielégületlensége iszákosságához kétségtelenül hozzájárult.)

H. I. 43 éves nő önként jelentkezik elvonókúrára. Anyját 8 éves korában vesztette el, tuberculosisban halt meg. Apja rövidesen újból megnősült, heten voltak testvérek, mostohaanyja még két gyermeket hozott a házhoz, mostohaanyjával kezdettől fogva nehezen fértek össze, főleg a fukarsága miatt szenvedett. 4 polgárit végzett. Serdülőévekben rendszeresen sportolt, mellúszásban jó eredményeket ért el. Hazulról igyekezett megszabadulni; 2 évi ápolónői tanfolyamot végzett, felvételeig mint ápolónő működött.

Nehezen létesített érzelmi kapcsolatokat. 18 éves korában volt egy szerelme, aki elhagyta, ez sokáig bántotta. Később egy másik férfitől teherbe esett, a gyermeket megszülte, de az 4 hónapos korában meghalt. Lelkileg ez is nagyon megviselte. 1944-ben férjhez ment egy nála jóval idősebb férfihez, akit nem szeretett és midőn a férjétől származó gyermek is röviddel a szülés után meghalt, férjétől különvált. 1946—51. években hadifogságban volt, ottani élményei is súlyos hatással voltak rá. Az utóbbi években több kísérletet tett arra, hogy kilépjen elszigeteltségéből, de tartósabb érzelmi kapcsolatot nem sikerült létesítenie.

A hadifogságból hazatérve kezdett el inni, eleinte csak társaságban fogyasztott italt, nem részegedett le többnyire, néha azonban már kevés ital is megártott neki. Általában évenként egyszer fordult elő ilyesmi, de mindig súlyos következmények származtak belőle. Az utolsó ilyen ittas állapot 2 hónappal ezelőtt volt. Akkor sok kellemetlenség érte: férje, kivél a kapcsolatot különélésük ellenére is fenntartotta, hirtelen meghalt; anyósáról kellett gondoskodnia, munkahelyén is nehézségei támadtak. Látszólag ezektől függetlenül, mert influenzás volt, 3 pohár bort megivott. Utána a kórház folyosóján valakivel beszélgetni kezdett, de a többire már nem emlékezett, csupán elmondásból tudja, hogy nagy botrányt rendezett, agresszív volt, több embernek nekiment. Állásából fegyelmissel elbocsátották. Másfél évvel ezelőtt hasonló esete volt egy másik kórházban. A történetek nagyon elkésírtették és az utolsó 2 hónapban állandóan ivott.

Az utóbbi néhány évben elég gyakran ivott kismennyiségű alkoholt, főleg sört, minden kellemetlenség nélkül. Spontán jelentkezik nála az alkohol utáni vágy, menses előtt csaknem mindig. Ilyenkor kisebb idegfeszültséget érez, majd erős szomjúság jelentkezik és hatalmasokat ásít. Munkatársai ilyenkor már tudják, hogy mi a baja, málnával, vagy limonádával itatják, de az legtöbbször „nem szokott elég lenni”. Ha valami lelki trauma éri, akkor is vágya támad az ital után, de ez nem kifejezett szomjúság alakjában, hanem gyomortáji szorító-érzés képében jelentkezik. Italboltokba csak az utolsó két hónapban járt, ritkán történik meg az, hogy kisebb mennyiség is megárt, ilyenkor ködös állapotba kerül és nem tud a történetekről. Másoktól hallja, hogy ilyenkor támadó, veszkezik, egy izben bele is harapott valakibe. Ilyen állapotai után hetekig letört, búskomor, szégyelli a történeteket.

Bellelet : májtájék nyomásérzékeny. P : 80/min, RR : 140/90 Hgmm.

Szervi idegi lelet : Ø. Labor leletei : Ø.

Antaethyl-kúrát végeztünk nála, a 3 próbaitatás jó reakcióval zajlott le, psychotherapiás kezelésben készséggel résztvett. 2 hét után saját kérésére megnyugodva távozott.

(Ezen esetünk érdekessége, hogy ő volt az egyetlen betegünk, kinél a sokat emlegetett „oralis fázisbeli fejlődési megrekedés” — Berner Solms — némileg sejtethető volt. Erre utalt a vízzel nem oltható szomjúság, ásítás, erős dohányzás, ittas állapotban harapások stb. Ezen részletek kihangsúlyozása azonban jórészt már iatrogen eredetű is lehetett, tekintettel a beteg ápolónő voltára, illetve előző kezeléseire.)

A therapiás eredmények értékelését mellőzzük, csupán az egyikünk által éveken át végzett csoport-psychotherapiás kezelése alatti magatartásról akarunk még szólni. A 6—10-es csoportokban rendezett társas beszélgetéseken feltűnt, hogy mennyivel zárkózottabbak a nők egymás között is ivási szokásaikra, ezek okára, illetve egyéb életkörülményeikre vonatkozólag. Ebben nemcsak bizonyos szegényérzet nyilvánult meg, hanem gyakran a kapcsolat-létesítési gátoltság is, mely egyes női alkoholisták izolálódásának és így részben iszákosságának is oka volt. A nem alkoholista női neurotikusokkal végzett csoport-therapia ennek összehasonlító megítélését jól lehetővé tette. Néhány képzetesebb nőbetegünkönél kifejezett narcisticus-infantilis személység állt az ivás hátterében : az alkoholra mintegy önámításként volt szükség, melynek segítségével fenn tudták tartani az önmagukról alkotott idealizált véleményüket (Carver). Elvonásnál ez az önillúzió megszűnik, a valóságra eszmélés psychotraumaként hat (Prout és társai), ennek átvétele néha éppen sikerült csoport-therapia keretében, ahol orvosok és beteg-társaik részéről egyaránt megkapták a megértést és elismerést.

A fentiekből joggal következtethetünk arra, hogy a világszerte végbe-menő gazdasági és társadalmi átalakulás valóban némileg oka a női iszákosság bizonyos fokú megszorodásának. Ezzel együtt lassan megdől az az állítás is, hogy alkoholistává csupán kóros személyiségű nő válhat. A munka terén megszerzett egyenlőség minden egyéb téren enyhítette a közösség által a női magatartásra kifejtett kontrollt, illetve a vele kapcsolatos előítéleteket, melyet az egyes történelmi (háborús) események egyébként is meglazítottak. Ennek ellenére úgy véljük, hogy nem szabad belenyugodnunk abba, hogy az alkoholizmus társadalmi létünk szükségszerű kísérője (Randerscheinung). Nem vigasztaló az sem, ha a női alkoholisták számának szaporodását az említett neutralizációs-folyamat következményeként, mint „oly adót tekintjük, melyet néhányan azon sokak helyett fizetnek, akik előtt nagyobb élmény- és fejlődésbeli lehetőség nyílt meg” (Bochnik és társai). Nálunk a szocialista közösség ellenszabályozó erői hatásosan működnek e téren is, ami az aránylag korán elvonókúrára történő jelentkezések nagy számában is megnyilvánul. Kellő széleskörű felvilágosítással orvosi kötelességünk ezen erőkkal együtt küzdeni, mert e kérdést természetesen megoldott-nak nem tekinthetjük.

Összefoglalás

A közlemény a statisztikai adatok szerint világszerte fokozódó női alkoholizmussal foglalkozik ; ismerteti e jelenség magyarázatára vonatkozó jelentősebb adatokat. Szerzők saját észlelésüket az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetből 1954. I. 1.—1959. XII. 31. között elbocsátott 303 nőbeteg, ill. az ugyanezen időből származó és kontrollképpen használt 150 férfi alkoholista kórrajzáinak összehasonlító tanulmányozásából nyerték. Megállapították a női alkoholisták számának kisebb emelkedését, továbbá azt, hogy a nők többsége jóval előbb kerül elvonásra, mint a férfiak, iszákosság is nagyobb

arányban fordul elő a családjukban. Az ivó nők többsége csupán háztartási vagy más egyszerűbb-primitívebb munkát végez. Normálnak tekinthető alkoholista nő csupán 15,3%, míg férfi 42% volt; utóbbiak jóval kevésbé igyekeztek ivásukat megokolni. A nők csoportpsychotherápiás üléseken zárkóztakabbak, de e kezelésre látszólag a férfiaknál nagyobb szükségük van. Szerzők három illusztratív kórrajzkivonatot közölnek. Megállapítják, hogy a női alkoholisták számának emelkedését nem szabad mint a neutralisációs folyamat (Bürger-Prinz) szükségszerű következményét elfogadni, hanem kellő felvilágosítással küzdeni kell ellene.

Irodalom

Amark, Curt : A Study in Alcoholism. Acta psychiat. scand. Suppl. 70 (1951). — *Berner, P., Solms, W.* : Wien. Z. Nervenheilk. 6,275 (1953). — *Binder, H.* : Schweiz. Med. Wschr., 5. (1947). — *Bochnik, H. J., Burchard, J., Dieck, C.* : Nervenarzt 30, 433 (1959). — *Bochnik, H. J.* : Suchtgefahren H. 3. (1955). — *Böszörményi, Z.* : Therap. Hung. 3, 1 (1953). — *Böszörményi, Z.* : Ideggy. Szemle mell.: Schizophrenia és Epilepsia (1956). — *Carver, A. E.* : Brit. J. Med. Psychol. 11, 117 (1931). — *Harte, J.* : Személyes közlés. — *Hewitt, Ch.* : cit Berner és Solms. — *Lecoq, R.* : Thérapie, 10, 897, 1955. — *Lemere, F., O'Hollaren, P. és Maxwell, M. A.* : Quart. J., Stud. Alcoh., 17, 437, (1956). — *Linsansky, E.* : Ref. Zbl. d. ges. Neur. u. Psych. 147, 122, (1958). — *Meng, H.* : cit. Bochnik et al. — *Ödegaard, Ö.* : cit Amark. — *Prout, et al* : cit. Progress in Neurology and Psychiatry, 1958. Grune-Stratton. New-York. 348. — *Nyiró, Gy.* : Elmekórtani jegyzet. 1955.

3. Бесермени и Дь. Шрагли: Данные к вопросу алкоголизма среди женщин.

Zoltán Böszörményi und Gyula Srágli: Beiträge zur Frage des Alkoholismus bei Frauen.

Die Arbeit behandelt den Alkoholismus bei Frauen, der nach statistischen Angaben der Weltliteratur ganz allgemein im Zunehmen begriffen ist; auch werden die wichtigeren Versuche, die Erscheinung zu erklären, besprochen. Die Folgerungen der Verf. beruhen auf einer vergleichenden Prüfung der Krankengeschichten 303 weiblicher und — als Kontrollen herangezogen — 150 männlicher Alkoholiker, die aus der Landesheilanstalt für Nerven- und Geisteskranke in den 6 Jahren 1954—1959 entlassen wurden. Die Zahl der weiblichen Alkoholiker ist etwas angestiegen; die Mehrzahl der Frauen wird viel früher einer Entziehungskur unterworfen, als die Männer, auch ist bei Frauen die familiäre Belastung häufiger. In der Mehrzahl leisten sie nur primitive Arbeit. Als normal war 15,3% der Frauen, hingegen 42% der Männer anzusprechen; die Letzteren legten viel weniger Gewicht darauf, ihre Trunksucht zu begründen. Die Frauen erweisen sich gegenüber der Gruppenpsychotherapie abweisender, benötigen dieselbe jedoch scheinbar stärker, als die Männer. Es werden 3 illustrative Krankengeschichten mitgeteilt. Verf. sind der Ansicht, dass die Zunahme der Zahl trunksüchtiger Frauen nicht als eine notwendige Folge des Neutralisationsprozesses (Bürger—Prinz) zu betrachten, sondern durch entsprechende Aufklärung zu bekämpfen ist.

Kísérleti eosinophil szám változás egy új iminodibenzyl származék hatására

Írta: ANTAL JÁNOS dr.

Az N-(γ -dimethylamino-propyl)iminodibenzylum HCl (Tofranil, Geigy) első vizsgálói között Kuhn (1) megállapította, hogy tartós adagolás során egy-két hét múlva enyhe eosinophilia lép fel anélkül, hogy egyéb változás bekövetkeznék a vérképben. A jelenség okáról, hatásmechanizmusáról nem mond semmit. Coirault (2) viszont később arról számolt be, hogy saját anyagában ezt az eosinophiliát nem észlelte.

A Tofranilhoz hasonló szerkezeti képletű Chlorpromazinnak az eosinophil sejtszámra — elsősorban a hypothalamus-hypophysis-mellékvesekéreg rendszeren keresztül — kifejtett hatásával már foglalkoztak (3, 4). Mivel az eosinophil szám regulatioja eléggé tisztázatlan, érdemesnek tartottuk ezen új, centrális támadáspontú thymolepticummal ilyen irányú vizsgálatot végezni acut és chronicus körülmények között.

Módszerek

A vizsgálatokat beltenyésztésű, átlagosan 150—200 g súlyú, normál, ill. előzetesen 1—6 héttel a szokásos módon thyreoidectomizált, hím, Wistar, fehér patkányokon végeztük. Az állatokat standard diétán és hőmérsékleten tartottuk.

A vizsgálatra a vért farokvágással szereztük, és fehérvérsejt-keverő pipettában 1:10 arányban methylenkék-eosin oldattal (5) kevertük, majd 30 perc múlva teljes Bürker kamrában számláltuk. A második vérvételt és sejtszámlálást — az eosinophil változásokkal kapcsolatban általánosan elfogadott időpontban — a különböző beavatkozások után négy órával végeztük, és a változást az alapérték százalékában fejeztük ki.

A Tofranilt az eredeti ampulla 0,9%-os NaCl oldattal, összmennyiségben 0,5 ml-re való hígítása után a hát bőre alá subcutan adtuk: 0,1; 0,2; 0,5; 1,0 és 5,0 mg/100 g mennyiségben.

Eosinopeniás reactiót 50 μ g adrenalint tartalmazó Tonogen (Richter) oldat sc. adásával váltottunk ki.

Egyik kísérletsorozatban a különböző mennyiségű Tofranilt egymagában alkalmaztuk és az eosinophil számot négy órával, ill. egy héttel később ellenőriztük. Más kísérletünkben a szert a Tonogennel együtt alkalmaztuk, és négy óra múlva vizsgáltuk az eosinophil szám változását. Volt olyan kísérletünk is, amelyben Tofranilt az első vérvétel és a Tonogen beadása előtt egy órával adtuk be az állatoknak.

Végül egy kísérletsorozatban a különböző dózisu Tofranilt egy héti naponta adagoltuk a patkányoknak és utána a nyolcadik napon végeztük el az adrenalinus eosinopeniás reactio vizsgálatát.

A statisztikai számításokat Student-féle „t test”-tel végeztük.

Eredmények

1. Első kísérletsorozatunkban megvizsgáltuk, hogy kis dózisu Tofranil hét napon keresztül naponként adva hogyan hat az eosinophil sejtszámra. A kiindulási 472 eo./mm³ értékhez képest valamennyi adat körülbelül egyforma fokú eosinophiliát idézett elő. A különbség a kiindulási értékekhez képest igen erősen szignifikáns (I. I. tábl.).

I. táblázat

	\bar{x}	s_x	n	t	p	
a) Kezdeti eo/mm ³ alapérték	472 ± 78		30			
b) Egy heti 0,5 mg/100 g T. után	967		10			
c) Egy heti 0,2 mg/100 g T. után	887		8			
d) Egy heti 0,1 mg/100 g T. után	882		10			
e) b—c—d sorok értékei együtt.	908 ± 74		28	4,07	≤ 0,1%	a—e

2. Hasonló hatást észleltünk akkor is, ha a Tofranilt egyetlen alkalommal adtuk be: az eosinophil szám egy héttel a beadás után nagyobb volt a kezdetinél. Az eosinophilia mértéke arányos volt az alkalmazott dózissal (I. II. tábl.). Az adag megismétlésére, újabb hét elteltével, az eosinophil sejtszám tovább növekedett, kivéve az az 5 mg/100 g-os értéket: itt további emelkedés nem következett be.

II. táblázat

a) Kezdeti eo/mm ³ alapérték	472 ± 78		30			
b) 5 mg/100 g T. után 1 héttel	1541 ± 426		10	3,882	<0,1%	a—b
c) Újabb 5 mg/100 g T. után 1 héttel	1384 ± 383		10	3,592	<0,1%	a—c
d) 1 mg/100 g T. után 1 héttel	854 ± 185		10	2,206	=2—5%	a—d
e) Újabb 1 mg/100 g T. után 1 héttel	1463 ± 232		9	5,252	≤0,1%	a—e
f) 0,2 mg/100 g T. után 1 héttel	711 ± 120		10	1,674	=10—20%	a—f
g) Újabb 0,2 mg/100 g T. után 1 héttel	1069 ± 179		10	3,522	<0,1%	a—g
				2,093	=5—10%	d—e
				1,883	=5—10%	f—g

3. A szer hatását acut viszonyok között is megvizsgáltuk. A III. táblázat mutatja, hogy 1 és 5 mg/100 g Tofranil 4 óra múlva nagyfokú acut eosinophiliát okoz, míg 0,2 mg/100 g a kiindulási értéket nem változtatta meg jelentősen.

III. táblázat

a) 5,0 mg/100 g T után 4h-val (eo %) . . .	+56,9 ± 15,5	10	3,70	<1%	(O-hoz)
b) 1,0 mg/100 g T. után 4h-val (eo %) . . .	+62,5 ± 16,1	10	3,90	<1%	(O-hoz)
c) 0,2 mg/100 g T. után 4h-val (eo%) . . .	+ 6,0 ± 16,0	10	0,374	=70—80%	(O-hoz)

4. A továbbiakban megvizsgáltuk, hogy pajzsmirigyirtott állatban a Tofranil okoz-e acut eosinophil sejtszám emelkedést. A IV. táblázatban látható, hogy — az ép állatban nagyfokú eosinophiliát kiváltó — 1 és 5 mg/100 g mennyiség thyreoidectomizált állatban nem változtatja meg jelentősen a kezdeti értéket. Az ép állatok hasonló adataihoz képest szignifikáns különbség észlelhető.

IV. táblázat

a) 5,0 mg/100 g T. után eo% normálban	+56,9 ± 15,5	10	3,918	<0,1%	a—b
b) 5,0 mg/100 g T. után eo% pm. irtott	—13,3 ± 7,6	9	1,750	=10—20%	(O-hoz)
c) 1,0 mg/100 g T. után eo% normálban	+62,5 ± 16,1	10	2,395	=2—5%	c—d
d) 1,0 mg/100 g T. után eo% pm. irtott	+ 4,2 ± 18,4	9	0,228	=80—90%	(O-hoz)

5. Végezetül az 50 μg Tonogennel kiváltott eosinopeniás reactio alakulását figyeltük meg Tofranil hatására. Ha az adrenalinnal együtt nagy adag Tofranilt adtunk, az eosinopenia teljesen elmaradt (I. V. tábl.), míg 0,2 mg Tofranil csak csökkentette a reactiót, bár a különbség itt nem szignifikáns. Ha a Tofranilt egy órával az első vérvétel és a Tonogen beadása előtt adtuk, akkor az eosinopeniás reactio gátlása kisebbfokú volt.

V. táblázat

a)	50 μg sc. adr. eo%	.....	-48,6 \pm 2,2	817			
b)	5,0 mg/100 g T-lal együtt						
	adr. eo%	.....	+ 9,0 \pm 22,6	10	2,815	<1%	a—b
c)	1,0 mg/100 g T-lal együtt						
	adr. eo%	.....	+ 28,8 \pm 14,4	10	3,798	<0,1%	a—c
d)	0,2 mg/100 g T-lal együtt						
	adr. eo%	.....	-17,7 \pm 21,7	10	1,511	=10—20%	a—d
e)	1,0 mg/100 g T. után 1h-val						
	adr. eo%	.....	-11,8 \pm 16,1	10	1,805	=5—10%	a—e
f)	0,2 mg/100 g T. után 1h-val						
	adr. eo%	.....	-24,3 \pm 20,7	10	1,19	=10—20%	a—f

6. Az egy hétig naponta adott Tofranil még 0,1 mg/100 g-nyi mennyiségben is csaknem szignifikánsan gátolta a rákövetkező nyolcadik napon elvégzett adrenalin eosinopeniás próbát (VI. tábl.). Nagyobb adagok gátló hatása még kifejezettebb volt.

VI. táblázat

a)	Előkezelés nélkül 50 μg adr.						
	eo%	.....	-48,6 \pm 2,2	817			
b)	0,5 mg/100 g T. 7 napig +						
	adr. eo%	.....	- 5,8 \pm 14,1	10	2,11	=2— 5%	a—b
c)	0,2 mg/100 g T. 7 napig +						
	adr. eo%	.....	+ 5,7 \pm 22,4	9	2,522	=1— 2%	a—c
d)	0,1 mg/100 g T. 7 napig +						
	adr. eo%	.....	-10,2 \pm 19,7	10	1,882	=5—10%	a—d

Tárgyalás

Eredményeink első részében megerősítettük Kuhn (1) adatait, megállapítván, hogy kísérleti körülményeink között chronicus Tofranil adagolásra az eosinophil sejtszám emelkedése patkányon is kiváltható. A továbbiakban azt is észleleltük, hogy egyetlen Tofranil injectio a beadás után 1 héttel, a dózissal nagyjában arányos eosinophiliát tart fenn. Ezen észlelésünk magyarázata lehet az, hogy a szer lassan ürül ki a szervezetből, vagy még inkább az, hogy a Tofranillal kiváltott functionalis változás még egy hét múlva is megfigyelhető.

Az egyszeri adagolás hatását az eosinophil sejtszámára acut viszonyok között is vizsgáltuk, és azt találtuk, hogy 1,0 mg/100 g vagy ennél nagyobb adagban 4 óra múlva is szignifikáns eosinophil sejtszám növekedés jön létre: az adag további növelése nagyobb eosinophiliát nem okoz (I. III. tábl.). Ez lehet a magyarázata annak is, hogy tartós adagolásnál valamennyi adag majdnem egyforma effectust hozott létre (I. I. tábl.), továbbá annak, hogy az első alkalmazás után egy héttel ismét adott 4 mg/100° g Tofranil, újabb egy hét múlva nem fokozta tovább az eosinophil számot (I. II. tábl.).

Bíró és munkatársai szerint acut eosinophiliát ki lehetett váltani patkányokban erős csengőhanggal is (6). Ez a neurogen eosinophilia nem jött létre előzetesen pajzsmirigyirtott állatban.

Saját vizsgálataink szerint a thyreoidectomizált állatokban a Tofranil sem vált ki eosinophil sejtszám emelkedést. Nincs szándékunkban direkt összefüggést feltételezni a pajzsmirigy és az említett kétféle módon létrehozott

eosinophilia között. Feltételezhető azonban a pajzsmirigy hormonok valamiféle permissiv jelentősége az eosinophil szám regulációjában, vagy még inkább a pajzsmirigyét vesztett állatban előbb-utóbb kialakuló csökkent mellékvesekéreg működés lehetősége (7).

Valószínű, hogy az eosinophil szám szabályozásában az endocrin rendszer többirányú szerepet játszik, így pl. Schweizer vizsgálatai szerint (8, 9) az oestrogenek és az androgenek ellentétes hatásúak az eosinophil szám alakulásában. Az eosinopeniás reactiot (10) pedig — bár sok jogos bírálat érte a megbízhatóságát illetően — egyszerűsége miatt ma is szívesen alkalmazzák a gyakorlatban a hypophysis-mellékvesekéreg rendszer functióképességének a mérésére.

Észlelésünk szerint a Tofranil a dózistól függően csökkentette vagy megszüntette az adrenalin hatására létrejövő eosinopeniát. Ha a Tofranil adása egy órával megelőzte az adrenalinét, ez a gátló hatás kisebb volt. Egy hétig naponkénti Tofranil adás aránylag kis dózisban is jelentősen gátolja az eosinophil szám csökkenését Tonogen beadására.

A Tofranilhoz hasonló szerkezeti képletű Chlorpromazinnak az ACTH elválasztására gyakorolt hatásáról ellentétes vélemények olvashatók az irodalomban (11—15). Az ellentmondások okát Sevy (16) abban látja, hogy az egyes szerzők különböző dózissal és a beadás után különböző időpontokban végezték a hypophysis-mellékvesekéreg rendszer választékoságának a vizsgálatát. Különbséget lát továbbá abban is, hogy egyesek éber, mások altatott állatokon végeztek Chlorpromazinos kísérleteket; s végezetül voltak, akik a szerhez többszöri alkalmazással hozzászoktatták az állatokat, mások viszont ilyen előkészítést nem végeztek.

Saját, éber állatokon végzett vizsgálataink szerint, az egyszeri és a huzamos adagolás hasonló effectusra vezet: gátolja az eosinopeniás reactiot, és kialakul az eosinophilia. Többszöri adagolás után kisebb dózissal is elérhető ez a hatás, míg egyszeri adagban nagyobb mennyiségben kell alkalmazni a Tofranilt az effectus elérésére. A többszöri adagolásnál természetesen nem lehet kizárni a cumulatio lehetőségét sem.

Fortier a corticotrop hormon elválasztásának az ingereit két csoportra osztotta: systemás és neurogen hatásúakra (17). A Nowell által vizsgált (18) tranquillans anyag, a reserpin, csak a neurogen stressek hypophysis-mellékvese rendszert aktiváló hatását tudta kivédeni, a metabolicus támadáspontú ingerekre hatástalan volt. Jóllehet Fortier az adrenalint nem a neurogen ingerek közé sorolta, eredményeink szerint ezzel, a központi idegrendszerre ható thymolepticummal, meg tudtuk gátolni az adrenalinus eosinopeniát.

Ha a reactiogátló hatást összevetjük a Tofranilnak az eosinophiliát kiváltó hatásával, illetve ennek az eosinophiliának az elmaradásával thyreoidectomia után, feltételezhető, hogy a szer a hypothalamuson és esetleg magasabb idegrendszeri strukturákon keresztül komplex hatást fejt ki a neuroendocrin rendszerre.

Összefoglalás

Megvizsgáltuk egy új iminodibenzyl származék, a Tofranil hatását a keringő vér eosinophil számának az alakulására, valamint az eosinopeniás reactiora. Megállapítottuk, hogy 0,1—0,5 mg/100 g adagban egy heti naponkénti adagolás után az eosinophil sejtszám majdnem kétszeresére nő. Nagyobb adagban (1—5 mg/100 g) egyetlen injectio is fenntartja a magas eosinophil szintet egy hét múlva is. Ugyancsak nagy adagra (1—5 mg/100 g) az eosinophilia már 4 órával a beadás után kialakul. Pajzsmirigyirtás a Tofranil acut eosinophiliás hatását megszünteti. Nagy adagban egy alkalommal (1—5

mg/100 g), vagy kis adagban egy hétig naponként adva (0,1—0,5 mg/100 g) meggátolja az 50 μ g adrenalin adásra 4 óra múlva kialakuló eosinopeniás reakciót. Kis adag egyszeri alkalmazásában, vagy a Tofranilt az adrenalin előtt egy órával adva az eosinopenia gátlása csak kisebbfokú volt. Feltételezhető, hogy a Tofranil komplex neuroendocrinológiai hatást vált ki a patkányokban.

Irodalom

1. Kuhn, R.: Schweiz. med. Wschr. 87. 1135. (1957).
2. Coirault, R., Girard, V., Jarret, R., Fourniet, A., Chazaud, J.: I. int. Kongress für Neuro-Psycho-Pharmacologie, Roma. 1958.
3. Georges, G., Cahn, J.: Anaesth. & Analg. 10. 409. (1953).
4. Tescola, F.: Clin. Pediat. (Bologna) 39. 715. (1957).
5. Bach, I., Szmuk, I., Gyulai, E., Virányi, A.: Orvosi Hetilap 92. 1117. (1951).
6. Bíró, J., Szokolai, V., Kovách, A. G. B.: Acta endoc. 31. 542. (1959).
7. Leblond, C. P., Hoff, H. E.: Endocrinology 35. 299. (1944).
8. Schweizer, M.: Endocrinology 56. 693. (1955).
9. Schweizer, M.: Endocrinology 61. 312. (1957).
10. Recant, L., Hume, D. M., Forsham, P. H., Thorn, G. W.: J. Clin. Endoc. 10. 187. (1950).
11. Aron, E., Chambon, Y., Voisin, A.: Bull. Acad. Med. (Paris) 137. 417. (1953).
12. Olling, C. C. J., De Wied, D.: Acta endoc. 22. 283. (1956).
13. Holzbauer, M., Vogt, M.: Brit. J. Pharmacol. & Chemotherap. 9. 402. (1954).
14. Egdahl, R. H., Richards, J. B.: Am. J. Physiol. 185. 235. (1956).
15. Christy, N. P., Knight, M., Longson, D., Sailer, J. W.: J. Clin. Endoc. & Metab. 16. 913. (1956).
16. Sevy, R. W., Ohler, E. A., Weiner, A.: Endocrinology 61. 45. (1957).
17. Fortier, C.: Endocrinology 49. 782. (1955).
18. Nowell, N. W.: Endocrinology 64. 191. (1959).

Д-р Я. Антал: Изменение в опытах эозинофильного числа под влиянием нового производного иминодибензила.

J. Antal: *Experimentelle Veränderung der eosinophilen Zellzahl auf Wirkung eines neuen Iminodibenzyl-Derivates.*

Die Wirkung eines neuen Iminodibenzyl-Derivates, des Tofranils, wurde auf die eosinophile Zellzahl des kreisenden Blutes, sowie auf die Eosinopenie-Reaktion untersucht. Nach eine Woche dauernder täglicher Dosierung von 0,1—0,5 mg/100 g stieg die eosinophile Zellzahl fast auf den doppelten Wert an. Bei Anwendung einer grösseren Dosis (1—5 mg/100 g) bleibt nach einer einzigen Injektion das hohe Eosinophil-Niveau selbst nach einer Woche erhalten, die Eosinophilie entwickelt sich schon 4 Stunden nach der Verabreichung. Durch Thyreoidektomie wird die akute Eosinophilie-Wirkung des Tofranils aufgehoben. In grosser Dosis (1—5 mg/100 g) einmal, oder in kleiner Dosis (0,1—0,5 mg/100 g) eine Woche lang täglich verabreicht kann die durch 50 μ g Adrenalin nach Verlauf von 4 Stunden bewirkte eosinopenische Reaktion gehemmt werden. Die Hemmung der Eosinopenie war geringer, wenn die kleine Dosis nur einmal verabreicht wurde, oder wenn Tofranil eine Stunde vor der Adrenalin-Gabe injiziert wurde. Annehmbar wird durch Tofranil bei Ratten eine komplexe neuroendokrinologische Wirkung ausgelöst.

Intracranialis metastasisok

GOMBI RÓZA dr. — HULLAY JÓZSEF dr.

A metastasisok a koponyaűri térszűkítő folyamatok jelentős százalékát képezik. Az általános bonctani statisztikák (*Courville, Gutting, Krasting, Ruderschausen, Baker, Globus és Melzer*) 15—35%-ról, az idegsebészetiek 3—7%-ról (*Olivecrona—Störtebecker* 1954 3,5%, *Cushing* 4,2%, *Bailey* 4%) beszélnek. Ez a különbség azt mutatja, hogy a metastaticus agydaganatoknak csak egy kis része, kb. $\frac{1}{5}$ -e kerül műtetre, s metastasisként ezeknek is csak mintegy 30—40%-a. Ennek egyik oka a diagnosztikus lehetőségek elégtelen volta. Nem ritka ugyanis, hogy az agyi metastasis nem kerül észlelésre, gyakoribb azonban az, hogy a primer tumor csak az agyi metastasis manifestálódása, vagy csak annak eltávolítása után derül ki. A másik ok a kórképpel kapcsolatban kialakult pesszimizmus, ami azt eredményezi, hogy nem látják értelmét, hogy a beteget idegsebészeti osztályra küldjék. Ugyanakkor, mivel a műtét mortalitása általában magas — *Störtebecker* 24,8%, *Petit Dutailis* 33% — és a sikeres műtét után a betegek 60%-a fél éven, 90%-a pedig egy éven belül elpusztul, az idegsebészek is meggondolják, hogy operálják-e a metastaticus agydaganatokat, vagy sem. Ennek ellenére úgy látszik, hogy a klinikailag soliternek imponáló metastasis esetén az idegsebészek többsége műtét mellett foglal állást.

A kérdéssel kapcsolatos klinikai és műtéti tapasztalatainkról, valamint a műtéti indikációval kapcsolatos álláspontunkról az alábbiakban kívánunk beszámolni.

A debreceni Idegklinikán, ill. Idegsebészeti osztályán 1952—58-ban 50 olyan beteg került észlelésre, akiknél a kivizsgálás, a műtét, ill. egy esetben a sectio során metastasis derült ki. Közülük 29 volt klinikailag biztosan metastasis kimutatott, ill. 9 esetben műtéttel is verificált primer tumorról. A 29 beteg közül 14-et soliternek imponáló agyi metastasisként megoperáltunk, 15 beteg rossz általános állapota, kiterjedt egyéb szervi áttét, vagy multiplex agyi áttétre utaló tünetek miatt nem került műtetre, ill. néhány azért nem, mert a beteg, vagy a hozzátartozók a műtéttől elzárkóztak. 21 klinikailag nem tisztázott esetből 11 volt metastasisra gyanús, sőt a primer tumor helyét is gyanítani lehetett, de biztonsággal kimutatni nem sikerült. 10 betegnél a metastasis gyanú műtét előtt fel sem merült, s ezek elsődleges agydaganatként lettek operálva.

A jelzett idő alatt tehát az 50 intracranialis metastasis közül összesen 35-öt, vagyis az esetek 70%-át operáltuk meg.

Klinikum: 35 áttétes esetünk közül 5 nő volt és 30 férfi. Anyagunkban a metastasis az 5-ik, 6-ik dekádban volt a leggyakoribb (az esetek 75%-a

10—20 év	2 eset	50—60 év	12 eset
20—30 év	1 eset	60—70 év	2 eset
30—40 év	3 eset	70—80 év	1 eset
40—50 év	14 eset		

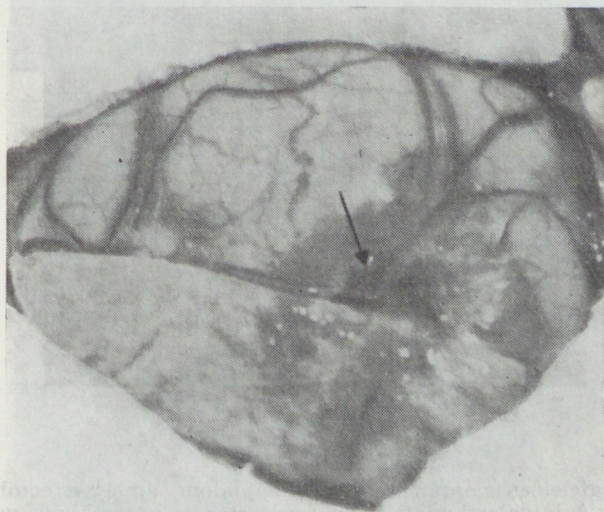
A primer tumor manifestációja és az agyi áttétre utaló tünetek fellépte közt átlag 9 hónap telt el. A legrövidebb idő 2 hónap, a leghosszabb két év volt. Az agyi áttét tüneteinek fellépte és a műtét között eltelt idő átlag 3 hónap volt. A legrövidebb 1 hét, a leghosszabb 15 hónap. A panaszok között elsőként és leggyakrabban a fejfájás szerepelt. Cachexia 8 betegnél volt megfigyelhető,

fokozott süllyedést 15-nél észleltünk. Koponyaúri nyomásfokozódásra utaló tünete 29, az eltávolított tumor localisatiójának megfelelő góctünete 27, psychés tünete 12, epilepsiája 8 betegnek volt. Liquor vizsgálat 29 esetben történt és 21 esetben találtunk (Kaffka szerint 1,6—3,4 körüli) fehérjeshaporulatot.

A metastasisnak tartott esetek közül a tünetek és a pneumographia alapján 4-nél volt gyanú arra, hogy esetleg multiplex áttétről van szó. A vezető tünetek és az ennek megfelelő kamraconfiguratio dominantíája miatt azonban ezekben az esetekben is a műtét mellett döntöttünk.

Műtét, műtéti megfigyelések

A 35 betegnél összesen 40 műtétet végeztünk. Két melanoblastomas betegnél helyi recidiva, egy non-chromaffin paragangliomás betegnél pedig újabb metastasis manifestalódása miatt került sor reoperatióra, ill. újabb műtétre. Egy elülső kisagyi rákátütés betegnél az első műtétnél nem talált daganat felkeresése tett szükségessé újabb beavatkozást, egy a koponyacsontot is elpusztító sarcoma áttétes betegnél pedig a csontdefectus pótlása.



1. ábra

A műtétnél az agyállományban levő rákátütéteket általában közvetlenül a felszín alatt, cortico-subcorticalisan találtuk. Fölöttük az agy felszíne körülírtan sápadt, vagy hyperaemias és erősebben vascularizált, a tekervények kiszélesedettek, a sulcusok pedig elsimultak voltak. Néhány esetben az infiltrált kéreg körülírt elszíneződést mutatott. Ennek megfelelően olykor az agyfelszín és a dura közt tompán leválasztható, lapszerinti vagy szálagos összetapadás volt észlelhető. Különösen érdekes volt ebből a szempontból hypernephroma áttétes esetünk, ahol a tumorosan infiltrált tömött tapintatú, az éptől élesen elhatárolódó kéregrészt közepén köldökszerű behúzóadás volt látható, melynek megfelelően a dura csapszerű nyúlvánnyal tapadt (1. ábra). A lágyburkok a tumoros rész fölött elég gyakran mutattak megvastagodást. Egy a kisagy hátsó részében ülő carcinoma metastasis és egy frontalis non-chromaffin paraganglioma esetünkben a felszínre kiero

tumor szervesen tapadt a durán úgy, hogy az első pillanatra meningeoma, meningosarcoma látszatát keltették. A Gasser-ducban helyetfoglaló carcinoma áttét a duc tokján belül, azt kb. diónyira felfújva foglalt helyet, s benignus tumorra neurofibromára, meningeomára emlékeztetett. A szöveti diagnózis meglepetés volt, s a primär tumort kideríteni nem tudtuk.

Egyik, az elmondottak szempontjából is szokatlan esetünket, akinél a koponya rtg. és a műtéti lelet a metastasis gyanúját keltő sacroiliacalis rtg. elváltozás ellenére, meningeomára engedett következtetni, tanulságos volta miatt részletesen ismertetjük.

G. B. 49 é. férfi. Másfél éve derék és j. alsóvégtagfájdalmak. Kb. egy éve a j. halántékán daganat nő és azóta a j. szeme időnként beduzzad, a halántéka fáj. Az erős fejfájáshoz az utóbbi időben hányinger és hányás társult. Kábult, szédül, feledékeny. Egy hónapja kórházba került, ahonnan conservativ kezelésre nem reagáló ischiassa és a halántékán látható elváltozás miatt idegsebészeti osztályunkra küldték.

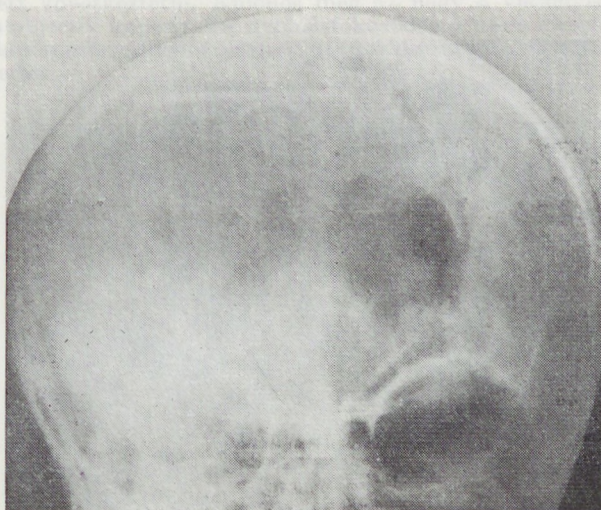
Vizsgálati lelet : RR : 140/90 Hgmm. P : 70/min. Belső szervek részéről kóros nem volt észlelhető. J. halántékán kb. fél diónyi, kemény, nyomásra fájdalmas elődomborodás, fölötte erősen tágult arteria temporalis superficialis látható (2. ábra). A j. sacroilia-



2. ábra

calis ízületnek megfelelően spontán és nyomási fájdalom, amely a comb hátsó részén a vádliba sugárzik. A fájdalom miatt védekező tartás és a derékban, valamint a jobb alsó végtagban mozgáskorlátozottság. Szemfenék ép. Objectiv idegrendszeri tünet nem észlelhető. Elmeállapot ép. We.: 6/14 mm. Lumbalis és cisternalis liquorában mérsékelt fehérjeszaporulat. WaR vérben és liquorában negatív. A sacroiliacalis részről készült rtg. felvételen, j. o. az ízület alsó részének megfelelően a normalis rajzolatot hyperostosis fedi. A koponyáról készült a—p képen a j. orbita fölött, lateralisan két forintnyi területen sugaras rajzolatot mutató hyperostosis, melynek megfelelően az orbitaszél, valamint a pterion conturja elmosódott (3. ábra). Az oldalirányú képen a hyperostosis a pterionalis részre vetül. A fentiek és a pneumographia alapján j. o. pterionalis meningeomát tételezve fel a beteget megoperáltuk (1952. dec. 27.). A lágyrész lebenyt kihajtva, vérzékeny periosteummal fedett exostosis volt látható. A csontlebeny belső felszínén a sün tüskéire emlékeztető csontképződményt láttunk (4. ábra), amely tojásnyi, lágy, karfiolszerű, vérzékeny, extraduralisan helyetfoglaló daganatba mélyedt (5. ábra). A daganat a durán tapadt, melynek megfelelően a durát körülvágtuk. Eközben azonban azt láttuk, hogy a daganat nemcsak tapad a durán, hanem kb. forintnyi területen azon átnöve, intraduralissá válik és mélyen az agy állományába nyomul. A daganat ezen részét izolálva jókora tojásnyi, kékes-szürke, dudoros felszínű, szőlőfürtre emlékeztető, tokos daganat bukott elő és került eltávolításra (6. ábra). Ezután a hyperostosisos csont tumorosan infiltráltak látszó részét és a csontlebeny belső felszínén helyetfoglaló tüskéket eltávolítva, a sebet zártuk. Zavartalan gyógyulás.

A szokatlan küllemű daganatot, amelynek súlya 110 g volt, a műtéti lelet alapján ptreionalis meningeomának gondoltuk. Szövetteni vizsgálata azonban adenocarcinoma áttét képét mutatta, amely jellegét tekintve a pajzsmirigyből metastatizálhatott.



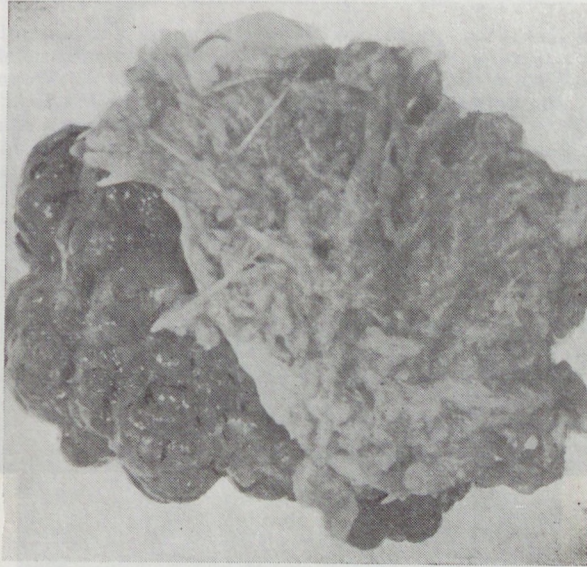
3. ábra



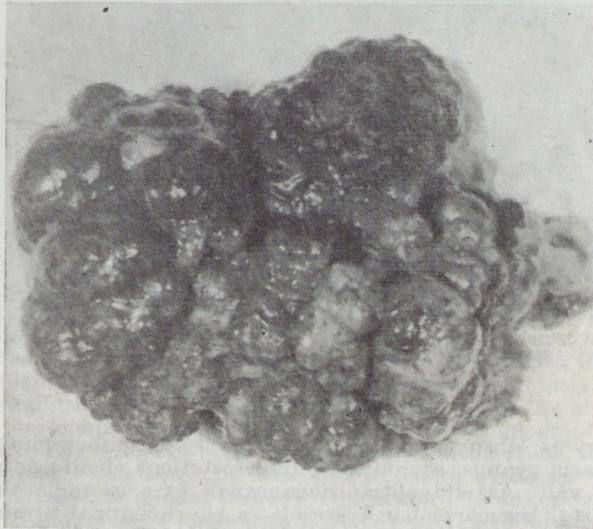
4. ábra

A pajzsmirigy b. lebenyét duzzadtabbnak és tömöttebb tapintatúnak találtuk. Ezután a metastasis gyanús, sacroiliacalis, hyperostoticus elváltozás metastasis volta is nyilvánvalóvá vált. Az eltávolított daganatnak és a sacroiliacalis résznek megfelelően a beteg rtg. besugárzásban részesült és egy hónappal a műtét után tünet- és panaszmentesen távozott. 5 hónappal később alsóvégtag fájdalmai miatt újra felvettük és rtg. besugárzásban részesítettük, ami ismét panaszmentessé tette. Egy év múlva jelentkezett újra alsóvégtag fájdalmakkal és azzal, hogy úgy érzi, hogy a j. szeme kijebb áll. Általános állapota az előzőhöz képest sokat romlott. J. o. exophthalmus és felfelé tekintési zavara volt. Visusa mindkét oldalt romlott, de szemfenéki pangása nem volt. A sacroiliacalis ízület fölött gyermektenyérszerű tömött, a csonttal összekapaszkodó fájdalmas elődomborodást találtunk. Az alsó lumbalis gerincoszlop ütögetésre fájdalmas volt. A koponyáról készült p-a és oldalirányú rtg. felvételen az

orbitatető feltűnő, az előző képeken nem látható hyperostosis mutatott az orbita felé irányuló tüskerajzolatokkal (7a, b ábra). A sacroiliacis elváltozás progressiója mellett a femur felső részében is találtunk áttétek impozáló csontelváltozást. Rectoscopiával a rectum hátsó falán 5, elülső falán 10 cm-magasságban dőnyvi, illetve szilványi,



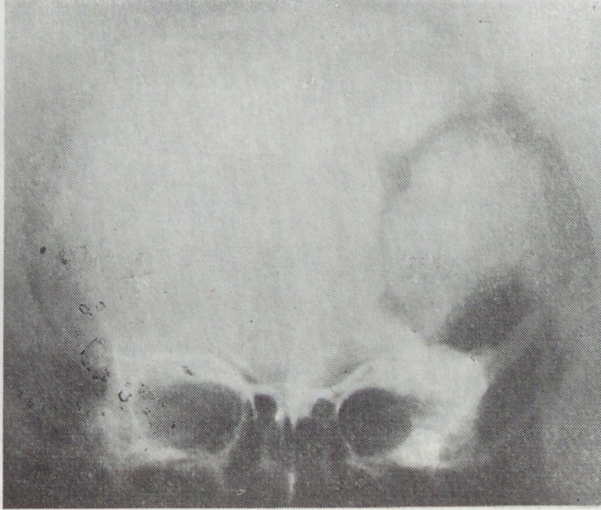
5. ábra



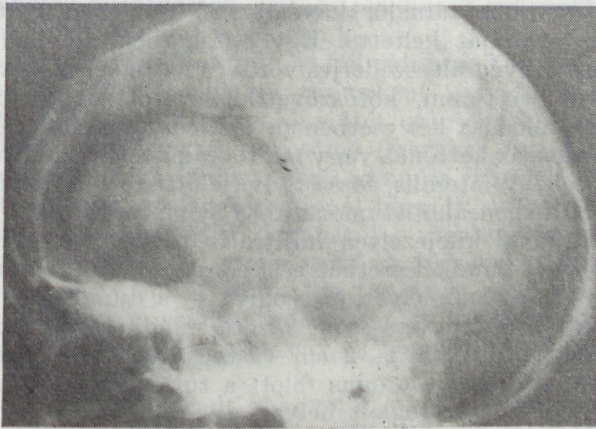
6. ábra

dudoros, kifehélyesedett, vérzékeny tumort mutattak ki. Ismét rtg. terapiában részesült, lábfájásai azonban csak mérséklődtek, de nem szűntek meg. 3 hónap múlva (1954. nov.-ben) erősen leromlott állapotban jelentkezett újra. A műtéttől számított 23. hónapban kapcsolatunk a beteggel megszakadt.

Az eset érdekessége, hogy egy klinikailag teljesen békésnek látszó, kissé tömöttebb tapintatú pajzsmirigyben helyetfoglaló, szinte gyanút sem keltő primár tumor számos metastasisal manifestálódott, amelyek a metastasis helyének megfelelően a csontot hyperostosisra készítették, a koponyacsonton olyan elváltozást okozva, amely meningeomára engedett következtetni. Különös még az, hogy a viszonylag nagy daganat göctüneteket és objectív koponyaűri nyomásfokozódásra utaló tüneteket nem produkált. Hasonló ékesontszárnyi meningeomát utánzó prostata carcinomás esetet *Schaerer* és *Shapiro* ismertet.



7/a. ábra



7/b. ábra

Az agy állománya felé az áttét eseteinkben mindig élesen elhatárolt és rendszerint gömbalakú volt. Az agyállományt közvetlenül a tumor körül minden esetben lágyultnak, attól kissé távolabb pedig oedemásnak, vérbőnek találtuk. Feltűnő volt, hogy olykor egész kis áttét is hatalmas peritumoralis oedemát, s így igen kifejezett koponyaűri nyomásfokozódást okozott. Az áttétek a felszínen vagy a sulcus mélyén akkor is szoros kapcsolatot mutattak

a kéreggel, és a felszín ereivel, ha kívülről a kéreg maga nem látszott infiltrálnak. A kiemelt daganat sok esetben tokosnak imponált, s metszéspapján rendszerint necroticus mag volt látható (8. ábra). A fentiek alapján a rákáltét általában felismerhető volt még akkor is, ha klinikailag ennek gyanúja nem merült fel.



8. ábra

A melanoblastoma áttétek 3 betegnél szintén corticosubcorticalis elhelyezkedést mutattak. A felszín kékesen színező, barnás fekete színűk és egy esetünkben a tumorhoz társuló, kávéaljszerű gyülemet tartalmazó cysta bevérzett tumor gyanúját keltette. Egy esetünkben azonban a daganat a temporalis lebeny mélyén ült, szederjes vörös és feltűnően lágy volt, s különös, szinte pókhálószerűen finom, kötőszöveti hálózatot tartalmazott. A melanoblastoma elhatárolódása két esetben (a cysticus és a mélyenülő) nem volt olyan éles, mint a másik kettőnél, vagy mint a rákáltéteknél láttuk. Különösen nem a frontalis lebeny laterális, fossa Sylvii előtti részében ülő cysticus melanoblastoma esetünkben, ahol a tumor a fossa Sylvii basalis része felé csapszerű, érkörűli nyulványaival kifejezetten infiltratív tovaterjedést mutatott.

A myeloma áttét mindkét esetben a koponyacsontból kiindulva infiltrálta a lágyrészt és — az agyat mélyen benyomva — a durát.

A sarcoma áttét, a dura és a csont között, mindkettővel szoros kapcsolatban, s mindkettőt infiltrálva 1—2 cm vastagságban a frontalis pólustól a tuber parietaleig, medialisan a sinus fölött a túlsó oldalra áttérjedve, lefelé pedig a fossa Sylvii-ig érve foglalt helyet, s igen szívós volt. A daganat az infiltrált csonttal és durával együtt került eltávolításra, de radicalisnak így sem mondható módon.

A daganateltávolítás 4 — a sarcomás, a durával kiterjedten összekapaszkodó kisagyi carcinomás, a kétszer operált elülső kisagyi carcinomás és egy centralis localisatiójú, már a műtétnél multiplexnek bizonyult — esetet kivéve, valamennyi esetben radicalisnak volt mondható.

A daganateltávolítás a rákáltétek és a többi jól elhatárolódó daganatok esetében, általában kéregblokkal együtt történő kihámozásból és a daganat egyben való kiemeléséből, valamint a lágyult peritumoralis agyállomány ki-

szívásából állt. Az éles határral nem rendelkező daganatokat általában az őket övező lágyult résszel együtt, a macroscoposan már épnek imponáló agyállományig kiszívtuk. Az infiltrált durát és csontot a myelomás és sarcomás esetekben szintén eltávolítottuk. A durát fasciával, a csontot pedig műanyaggal pótoltuk.

A műtéileg eltávolított daganatok elhelyezkedés és szöveti jelleg szerinti megoszlása az I. táblázaton látható.

I. táblázat

	Esetek száma	Carcinoma	Hyper-eph-roma	Nonchromaffin paraganglioma	Melanoblastoma	Myeloma	Sarcoma
Frontalis	* 15	10	1	1**	2	—	1
Parietalis	8	5	—	—	1	2	—
Occipitalis	2	2	—	—	—	—	—
Temporalis	* 4	2	—	1**	1	—	—
Cerebellaris	7	7	—	—	—	—	—
Összesen :	36	26	1	2	4	2	1

** Ugyanazon eset b. frontalis és j. temporalis áttétje.

* Ebből egy a Gasser dúcban.

Műtét után egy hónapon belül 6 beteg — egy melanoblastomás és 5 carcinomás (mind secált és mind multiplex) — halt meg, ami 17% eset és 15% műtéti mortalitásnak felel meg. Az életben maradt betegeknek feltűnő volt a tünetek gyors visszafejlődése. 10 beteg a műtét után átmenetileg munkaképesé vált, de további 5 betegnél is értékes hónapokat eredményezett a műtét. 5 carcinomás betegnél kevéssel a műtét után újabb metastasisra utaló tünetek jelentkeztek. Localis recidiva 3 melanoblastoma esetben fordult elő, akik közül kettőt reoperáltunk.

A 35 operált esetből a műtét után 34-nél vált ismertté, hogy az eltávolított daganat metastasis. Egy elsődleges tumorként operált betegnél kiterjedt lágyulást találtunk, de tumort nem. A műtét után egy hónappal a supraclavicularis árokban megjelenő nyirokcsomó duzzanat, majd a mellkas bőre alatt növekvő daganat alapján metastasis gyanúja merült fel, de a kórképet tisztázni csak 4 hónappal később a sectionál sikerült. Az agyban a lágyulástól postero-medialisan a falx felé kierő daganatot, s ezenkívül mindkét féltekében több apró áttétet találtunk. A primer tumor a tüdőben volt.

A műtét után, a 21 műtét előtt nem tisztázott esetből a tumor metastaticus voltát felismerve, a primer tumort kimutatni klinikailag 10 esetben tudtuk, de annak eltávolítására csak egy — tüdőtumoros — betegnél került sor.

A műtét után életben maradt és követett, de a későbbiekben elhalálozott 28 beteg átlagos túlélési ideje 8 hónap volt. A leghosszabb túlélés a műtét után 23 hónapig túlélő melanoblastoma, a 23 hónapig követett pajzsmirigy áttét és a 26 hónapig túlélő non-chromaffin paraganglioma esetben volt. Jelenleg egy beteg él, 25 hónappal a műtét után, akinek bélcarcinomáját az agyi áttét eltávolítása előtt 8 hónappal operálták és most is panaszmentes.

Pathológia

Sectio összesen 15 betegnél történt. Az agyboncolás többek között egy idegsebészeti szempontból igen jelentős adattal szolgált és pedig azzal, hogy

a radicalisan eltávolított cortico-subcorticalisan elhelyezkedő carcinoma áttétek helyén recidiva az olyan esetekben sem volt megfigyelhető, ahol a műtét és boncolás között több hónap telt el. Ezzel szemben valamennyi boncolt carcinomás és melanoblastomás esetben többszörös agyi áttétet találtunk, amelyek túlnyomórésze a nagyagy féltekében, kisebb része a cerebellumban és egy pedig a nyúltagyban foglalt helyet. Az áttétek gombostűfej és zölddió nagyság közötti változatokat mutattak. A melanoblastoma áttéteknél, ha a műtét után elég idő telt el a boncolásig — mint két esetünkben — a klinikai tapasztalatnak megfelelően localis recidivát is találtunk. A carcinoma és melanoblastoma áttétek túlnyomórésze, főleg a nagyobb áttétek, mind a nagyagyban, mind a kisagyban cortico-subcorticalisan helyezkedtek el. Kisebb áttétek a fehérállományban a törzsdúcok közelében is előfordultak. Valamennyi áttét éles határral rendelkezett, a tumort lágyult agyállomány, s ezt pedig oedemás zóna övezte. A melanoblastomák általában barnás festenyzettséget mutattak. Az esetek többségében többé-kevésbé kifejezett hippocampus és tonsilla herniatio volt megfigyelhető.

A klinikailag vagy az általános boncolásnál, ill. mindkettőnél kimutatott primer tumorok és egyéb szervi áttétek, valamint a műtétnél és a boncolásnál talált agyi áttétek a következő elhelyezkedést mutatták :

Tüdőcarcinomája volt 15 betegnek, amely a regionalis (mediastinalis, paratrachealis, supraclavicularis) nyirokcsomókba metastatizált 5, a pericardiumban és a mell bőre alatti szövetben 1—1 esetben, vesébe, mellékvesébe 3—3 esetben, májba, pancreasba 1—1, a hasüregbe, a peritoneumba és a retroperitonealis nyirokcsomókba, valamint a csontba ugyancsak 1—1 esetben. Az agyba 15 esetben, összesen 45, 15 műtétileg eltávolított és 30 a boncolásnál talált áttéttel, amelyek localisatiója a következő volt.

A frontalis lebenyben ült 17 (operált 7), a parietalis lebenyben ült 8 (operált 4), az occipitalis lebenyben 3, a temporalis lebenyben 4, a cerebellumban 12 (operált 4), a nyúltagyban 1.

Gyomor, ill. bélcarcinomája volt 3 betegnek, frontalis volt az áttét 1, parietalis 1 és cerebellaris 1 esetben. Valamennyi operált, de az utóbbinak a boncolásnál még egy cerebellaris áttétje volt.

Emlórák volt a primer tumor 1 esetben. A műtétileg eltávolított cerebellaris áttét mellett a boncolásnál még két áttétet találtunk a kisagyban.

Hypernephroma esetünkben j. frontalis localisatiójú volt az operált áttét.

Paraganglioma esetünkben röntgenologiailag kimutatható többszörös metastasis volt a tüdőben, a hosszú csöves csontokban. Műtétileg verificált áttétje volt a b. frontalis és a j. temporalis lebenyben.

Az előzőekben ismertetett pajzsmirigy áttétes esetünket itt külön nem részletezzük.

Melanoblastoma áttétje volt 4 betegnek, akiknek bőr naevusa 1—5 évvel a metastasis manifestálódás előtt lett operálva. Az egyik betegnél, akinél sectio nem történt, csak a műtéttel verificált és a recidiva miatt reoperált b. frontalis áttétjéről tudunk. A másíknál az operált és recidivált j. temporalis áttét mellett a boncolásnál j. frontalis áttétet is találtunk. A 3-ik esetben az eltávolított b. frontalis áttéten kívül az agyboncolásnál számos kisebb-nagyobb corticalis és subcorticalis, valamint a kamrafalban, a thalamusban, a spleniumban, a IV. kamra fölött a vermisben és a kisagyban ülő áttét volt látható. Az általános boncolás a paratrachlearis nyirokcsomókban, a mellékvesében, a gyomor-bél tractusban és az epehólyagban mutatott ki áttéteket. A negyediknek parietalisan volt a recidiva miatt kétszer operált áttétje. A sectiónál viszont a két temporalis lebenyben, a b. frontalis lebenyben és

mindkét kisagyi féltekében is ült egy-egy áttét, amelyek közül a j. cerebellaris zöldreányi volt.

Két parietalis myeloma áttétes esetünkben a primer tumor costovertebralis kiindulású volt.

A sarcomás esetben a tibia volt a primer tumor helye, amelyet $\frac{1}{2}$ évvel az áttét manifestálódása előtt távolítottak el.

A primer tumor helye végeredményben tehát a 35 operált esetből 29-ben lett klinikailag, vagy sectióval verificálva, amelyek közül 26 carcinoma, 2 myeloma, 1 pedig sarcoma volt. 6 carcinoma áttétnél a primer tumor helye ismeretlen maradt. Ezeknél ugyanis sectio nem történt, mivel otthon haltak meg, s klinikailag a primer tumor nem volt kimutatható.

A 35 műtételeg eltávolított áttéten kívül, a közülük boncolt 15 esetben tehát 49 további metastasisot találtunk, vagyis összesen 84 áttétről szereztünk tudomást. Ezek localisatiója a II. táblázaton látható :

II. táblázat

	Tüdő	Gyomor-bél	Emlő	Vese	Izom	Pajzsmirigy	Csigolya (myeloma)	Tibia (sarcoma)	Bőr	Összesen
Frontalis	17	1	—	1	1	1	—	1	7	29
Parietalis	8	1	—	—	—	—	2	—	5	16
Occipitalis	3	—	—	—	—	—	—	—	2	5
Temporalis	4	—	—	—	1	—	—	—	3	8
Cerebellaris	12	2	3	—	—	—	—	—	4	21
Egyéb	1	—	—	—	—	—	—	—	4	5
Összesen	45	4	3	1	2	1	2	1	25	84

A táblázatból kitűnik, hogy az áttéteknél a frontalis és cerebellaris localisatio a leggyakoribb.

Megbeszélés

Az agyi metastasisok előfordulása operált agydaganatos anyagukban 9% volt, ami az átlagosnak kétszerese és 2%-al több, mint az idegsebészeti statisztikákban szereplő legmagasabb százalékos szám, annak ellenére, hogy míg pl. az Olivecrona intézetben az agyi metastasisoknak csaknem 80%-a került műtetre, addig idegsebészeti osztályunkon, a klinikára került eseteknek csak 70%-a lett megoperálva.

A 35 operált esetből a műtét előtt csak 14 esetben volt tisztázva a kórkép, s bár 11 beteg, mint metastasis gyanús került műtetre, részben gyanítható, de biztosan ki nem mutatható primer tumorról, 10-nél fel sem merült a metastasis gyanúja. Ezen 21 beteg közül a műtét után is csak 10-nél volt a primer tumor helye klinikailag megállapítható, s a sebészek csak 1 tüdőtumor esetben látták értelmét a primer tumor eltávolításának. 6 betegnél a primer tumor helye (boncolás híján) végképp kiderítetlen maradt. Mindez arra utal, hogy a szervezet rosszindulatú daganatainak felismerésében diagnosztikus lehetőségeink meglehetősen korlátozottak. Már pedig az eredmények javulása elsősorban a primer tumor korai felismerésétől és eltávolításától volna várható, ami a metastasis lehetőségének csökkenését, ill. metastasis esetén a jobb kilátásokkal operálható soliter áttét arányszámának emelkedését eredményezhetné, a ma még sokkal nagyobb számmal előforduló multiplex áttéttel szemben. A primer tumor eltávolításának jelentőségét anyagukban csak egy bél carcinoma áttétes eset szemlélteti, aki a primer tumor eltávolítása után

33, az agyi áttét eltávolítása után pedig 25 hónappal egészséges, panaszmentes és dolgozik. A többi esetben a primer tumor eltávolításának a metastasis eltávolítása utáni túlélésben különösebb szerepét nem láttuk. A soliternek vélt agyi áttét eltávolítása után ugyanis egyéb szervi, vagy további agyi áttétekre utaló tünetek is jelentkeztek, nyilván azért, mert ezekben az esetekben a primer tumor eltávolítása előtt, ha latensen is, de már meglévő multiplex áttétekről volt szó. *Störtebecker* viszont az általa ismertetett *Olivecrona* anyag 24 ilyen esetében az agyműtét utáni átlagos túlélést kétszer annyinak (17 hó) találta, mint az olyan esetekben, ahol a primer tumor nem lett operálva (7—8 hó). Az elvétve előforduló extrém túlélések is általában az ilyen esetekből kerülnek ki, akiknél e mellett nyilvánvalóan soliter agyi áttétről volt szó.

Egyébként az átlag túlélésre vonatkozó irodalmi adatok igen változók. Bár akadnak 2—3 (*Oldberg*), 3—6 (*Cushing* és *Christiansen*), sőt 10—17 (*Störtebecker*) éves túlélések is, *Davis* szerint az átlagos túlélés általában 2 hó alatt van és *Grant*, *Meager* és *Eisenhart*, *Dandy*, *Bailey*, *Elvidge*, *Baldwin* szerint is csak pár hónap. Az *Olivecrona* anyagban a túlélő esetek fele 1 éven belül elpusztult, s a 2 évet csak az esetek 5,5%-a élte túl. 125 operált esetük átlagos túlélése 10,5 hónap.

Saját anyagunkban az átlagos túlélés 8 hónap. Az esetek zömét (43%) jelentő tüdőrák eseteinkben a túlélés átlag 6 hónap, kétszer annyi, mint az *Olivecrona* anyag tüdő-metastasisainál.

A postoperatív halálozás (a műtét után 1 hónapon belül elhalálozottak) anyagunkban 17%, *Eisenhart*-nál 20,5%, *Cushing*-nál 22,5%, *Petit—Dutail*-nál 33%, *Störtebeckernél* (az *Olivecrona* anyagban, a 20 napon belüli elhalálozás) 24,8%. A műtét után életben maradt betegeink 35%-a (az *Olivecrona* anyagban 20%-a) átmenetileg munkaképessé vált, ill. 51%-a, ha rövid ideig is, de hasznosnak mondható életet élt.

A postoperatív halál oka, amint azt a boncolt esetekből megállapíthattuk, általában a metastasis multiplicitása, ill. az általuk okozott agyoedema volt. Későbbi elhalálozáshoz, a boncolt esetek szolgáltatata adatok szerint a primer tumor és az egyéb szervi áttétek okozta cachectizálódás és esetleges intercurrens megbetegedés (pneumonia) mellett a később beérő vagy újabb agyi áttétek által előidézett cerebralis károsodás, ill. intracranialis nyomásfokozódás vezetett.

Anyagunkban 6-szor annyi volt a férfibetegek száma, mint a nőké. Ilyen számottevő különbség egy anyagban sem észlelhető. Az *Olivecrona* anyagban a nemszerinti megoszlásban lényeges különbség nincs. A metastasis leggyakrabban előfordulása anyagunkban az irodalmi adatoknak megfelelően az V—VI dekádra esik. A primer tumor manifestációjától számított átlagos túlélés 20 hónap volt. A primer tumor eltávolítása és az agyi metastasis manifestációja között olykor évek telhetnek el. Az irodalomban 10 éves latencia idő is előfordul. Mí melanoblastoma eseteinkben észleltünk viszonylag hosszú latencia időt, akiknél a bőrnaevus eltávolítása és a cerebralis áttét manifestációja között 1—1—4—5 év telt el.

A vizsgálati leletek szempontjából ki kell emelnünk, hogy a vérsejt-süllyedés eseteink több mint felében normalis volt és *Störtebecker* is csak 51%-ban talált 20 mm fölötti süllyedést. Az 50—80 mm körüli süllyedés szerinte multiplex áttétre volt pathognomicus. *Störtebecker* 10% alatti liquor pozitivitásával szemben mi a vizsgált esetek 72%-ban találtunk többé-kevésbé kifejezett pozitivitását.

Azzal a kérdéssel kapcsolatban, hogy érdemes-e egyáltalán a metastasisokat operálni vagy sem rá kell mutatnunk arra, hogy a glioblastomás betegek túlélése általában 10—11 hónap körül van (*Ringertz*). Saját anyagunkban

13 hónap, ami nem sokkal jobb, mint a metastasisoké, s a glioblastomákat mégis általában megoperáljuk. A feltett kérdésre tehát igennel kell felelnünk. A műtéti indicatio felállításának kérdése azonban már nem ilyen egyszerű. Bár egyre általánosabb az az álláspont, hogy csak soliter agyi áttét esetén van értelme a műtétnek, a gyakorlatban az esetek ilyenentén kiválogatása nem látszik kivihetőnek. Ennek egyik oka az, hogy a cseresznyénél kisebb áttétek a rendelkezésünkre álló diagnosztikus eszközökkel általában ritkán mutathatók ki, különösen akkor, ha egy nagyobb áttét klinikai és radiológiai tünetei vonják magukra a figyelmet, s elfedik a csak jelzett tüneteket és az esetleges finom radiológiai elváltozást. A másik ok nem ilyen konkrét. Olyan esetekben ugyanis, ahol bár a multiplex áttét mind klinikailag, mind radiológiailag valószínű, de van egy nagyobb áttét, amelynek eltávolításától remélhető, hogy átmenetileg enyhít a beteg helyzetén, nehéz lemondani a műtét elvégzéséről, még akkor is, ha tudjuk, hogy a műtét kockázata ilyenkor sokkal nagyobb. A műtéti indicatio kérdése tehát, mint látjuk bizonyos irányelvek szem előtt tartásával is nehezen körvonalazható, s a beteg általános állapotától függően esetenként revízióra szorul. Absolut reménytelen esetben természetesen soliternek imponáló agyi áttét esetén sincs értelme a műtétnek. Sajnos ma még a betegek elég nagy száma ilyen állapotban kerül intézetbe, amit azoknak a nagy száma mutat, akiknél nem láttuk értelmét a beavatkozásnak, s meg sem kíséreltük a műtétet.

Az agyi metastasis localisatiója szempontjából *Courville* és *Brunner* parietalis, ill. occipitalis praedilectiora utal. Ugyanakkor *Störtebecker* az esetek 70%-ában fronto-temporo-occipitalis localisatiót talált és csak 5%-ban occipitalist. Anyagunkban az eltávolított tumor 75%-ban volt fronto-temporo-parietalis, viszont a frontalis localisatio (42%) gyakoribb volt, mint a temporo-parieto-occipitalis együttevée (38%). Occipitalis localisatiót mi is 5%-ban találtunk. Kisagyi localisatio 20%-ban szerepelt. Az oldaliságot illetően anyagunkban j. o. túlsúly mutatkozott, ami megfelel az *Olivecrona* anyagban találtaknak.

A primer tumor helyeként férfiaknál a legnagyobb százalékban általában a tüdő, nőknél az emlő szerepel. Az *Olivecrona* anyagban azonban a kettő metastasisa együtt sem tesz ki annyit, mint amennyit a hypernephroma áttétes esetek száma. Anyagunkban, ahol a férfiak túlsúlya szinte példátlan, a tüdőtumor 42%-ban szerepel, ami megegyezik *Bakay* (42%) adataival, s kevesebb, mint *Petit—Dutailis*-nál látjuk (48%), viszont csaknem 3-szor annyi, mint az *Olivecrona* anyagban (15,8%), és lényegesen több, mint a *Bailey* (30%), *J. Scheinar* (30%), *Gutting* (21%) anyagában. Hypernephroma esetünk viszont 1 volt, és a 6 nőbetegünk között csak 1 emlőrák áttét akadt. Melanoblastoma áttét 11 (*Olivecrona*-nál 8%), gastrointestinalis rák áttét 9%-ban szerepel anyagunkban, ami nagyjából megegyezik az általánossal. Sarcoma viszont, amely állítólag gyakrabban metastatisál az agyban, mint a rák, csak 1 volt.

Cushing szerint rendszerint minden agyi metastasis multiplex és boncolt eseteinkben mi is mindig többszörös agyi áttétet találtunk. Mégis nyilvánvaló, hogy vannak soliter agyi áttétek. *Störtebecker* az *Olivecrona* anyagban 50%-ban talált a műtétnél soliter áttétet, a boncolt esetekben azonban csak 30% bizonyult annak és csak 20%-ban nem volt egyéb szervi áttét. *Krasting* anyagában még jobb a helyzet, mert az esetek 2/3-ában volt az agyi áttét soliter.

A műtéti és az agyboncolási lelet idegsebészeti szempontból és a metastasis pathomechanismusának kérdésével kapcsolatban szolgáltatott figyelemreméltó adatokat. Azt tapasztaltuk, hogy viszonylag kis tumorok is okoz-

hatnak igen kifejezett peritumoralis oedemát és így komoly koponyaűri nyomásfokozódást.

A metastasis elhelyezkedésével kapcsolatban, mint látjuk azt találtuk, hogy a legtöbb rákáltét mind a cerebrumban, mind a cerebellumban a felszínhez közel cortico-subcorticalisan foglalt helyet, s a felszíni erekből táplálkozott. A boncolt esetek tanulsága alapján ehhez azt tehetjük hozzá, hogy ha volt is mélyen ülő áttét, akkor is mindig a felszín közeli voltak a nagyobbak. Ebből két dologra következtethetünk, egyrészt arra, hogy az agyi erek felszíni ágainak szerepe a metastasis létrejöttében fontos lehet, másrészt pedig arra, hogy cortico-subcorticalisan a vérellátás és az egyéb körülmények gyorsabb növekedést tesznek lehetővé, mint a mélyen ülő áttétek esetében. A mélyen az agyállományban ülő áttétek zömét viszont az arteria cerebri media perforáló, végarteriának nevezett és a vascularis folyamatok szempontjából is fontos ágainak területében találtuk. A fentiek arra engednek következtetni, hogy a metastasis útja elsősorban a vérpálya, s létrejöttében az ütőeres tumorsejt embólia elmélet (*Grant*) a legvalószínűbb, még akkor is, ha extrapulmonalis agyi áttétkor a tüdőben 30%-ban nem található áttét (*Knights*). Az, ha tüdőáttétet kimutatni nem sikerül nem jelenti azt, hogy valóban nincs esetleg csak microscopos áttét, ill. „abortiv thrombus” (*Willis*) sem. De az is lehetséges, hogy az ilyen esetekben a tüdő csak átmeneti állomása a tumorsejt vándorlásának és sejtmegetapadás a tüdőben nem is jön létre. Mindenesetre az, hogy tüdőtumороk oly gyakran metastatizálnak az agyba, s hogy az egyéb szervi tumorok agyi metastasisa esetén 70%-ban van a tüdőben is kimutatható áttét, ugyancsak az arterias tumorsejt embolus elméletet erősíti. Emellett lehetséges, hogy adott esetben *Batson*, *Anderson* által megerősített azon feltevése, hogy a metastasis a vertebralis venahálózaton jut az agyba, szintén beigazolódhat épúgy, mint a nyirok és liquor keringés útján történő áttét elmélete. Az utóbbinak elsősorban akkor lehet szerepe, ha már a meglévő áttétből leváló daganatsejtek a liquor térbe kerülnek (*Barabás—Juhász*). Adott esetben direkt továbbterjedés is lehetséges, pl. az orrmelléküregből kiinduló daganatoknál, ilyenkor azonban nincs értelme metastasisról beszélni.

A rákáltétek műtéti képét általában jellemzőnek találtuk, de néhány esetünk tanulsága azt mutatja, hogy a burkokkal szoros kapcsolatba kerülő áttétek meningeoma, meningosarcoma gyanúját kelthetik, ami — mint azt ismertetett esetünkben láttuk — a radiológiai kép alapján is előfordul.

A rákáltétek körülírtsága az agyban általában radicalis megoldást tesz lehetővé. A radicalisan eltávolított áttét helyén anyagunkban recidiva sohasem volt kimutatható. Ugyanezt mondja *Störtebecker* is. Nem ez a helyzet a radicalisnak mondható megoldás után is recidiváló malenoblastomák, vagy az agyburkokat és a csontot infiltráló metastasisok esetében, ahol valóban radicalis megoldás ritkán lehetséges.

Osszefoglalás

A szerzők 35 operált agyi metastasis klinikai, műtéti és pathológiai kiértékeléséről számolnak be. Anyagukban a metastasis az agydaganatos esetek 9%-át képezte. A postoperatív halálozás 17%. Műtét után a betegek átlagos túlélése 8 hónap és a hasznosnak mondható túlélés pedig 51% volt. A műtéti és pathológiai kép alapján az ütőeres, tumorsejt embolus áttét mechanizmust tartják valószínűnek, s utalnak arra, hogy a radicalisan eltávolított cortico-subcorticalis rákáltétek helyileg nem recidiválnak. Legtöbb esetük rákáltét volt. Boncolt eseteikben mindig multiplex agyi áttétet talál-

tak. Localisatio szempontjából a frontalis áttét (42%) ill. a tüdőben ülő primer tumor (42%) volt a leggyakoribb. A műtéti indicatio kérdésével kapcsolatban rámutatnak, hogy az az elv, hogy csak a soliter áttéteket érdemes megoperálni, a gyakorlatban egyrészt a mai diagnosztikus adottságok, másrészt olyan okok miatt nem valósítható meg, amelyek az esetek megítélésénél — az abszolút infaust esetektől eltekintve — multiplex áttét esetén is a műtét mellett szólnak.

Irodalom

1. *Anderson, R.* : J. Neurosurg. 1951. 8 : 411—422. — 2. *Bakay* : J. Neurosurg. 1958. 15 : 338—341. — 3. *Bailey, P.* : Springfield, Ill.: Charles C Thomas. 1948. and ed. XXIV. 478 pp. — 4. *Batson, O. V.* : Ann. Surg. 1940. 112 : 138—149. — 5. *Barabás, A., Juhász, P.* : Idegyógy. Szemle. Suppl. 1956. — 6. *Brunner, W.* : Z. ges. Neurol. Psychiat. 1936. 154 : 793—798. — 7. *Christensen, E.* : Acta psychiat. Kbh. 1949. 24 : 353—361. — 8. *Courville, C. B.* : Mountain View, Calif.: Pacific Press Publishing Association, 1937, 344 pp. — 9. *Cushing, H.* : Springfield, Ill.: Charles C Thomas, 1932. XII. 150 pp. — 10. *Davis, L.* : Philadelphia : Lea & Febiger, 1946. 540 pp. — 11. *Eisenhardt, L.* : Arch. Surg. Chicago, 1929. 18 : 1927—1935. — 12. *Elvidge, A. R., and Baldwin, M.* : J. Neurosurg. 1949, 6 : 495—502. — 13. *Globus, J. H. and Selinsky, H.* : Arch. Neurol. Psychiat. Chicago, 1927. 17 : 481—513. — 14. *Globus, J. H. and Meltzer, T.* : Arch. Neurol. Psychiat. 1942. 48 : 163. — 15. *Grant, F. C.* : Ann. Surg. 1926. 84 : 635—646. — 16. *Gutting, J.* : Düsseldorf : Nolte, 1940. 14 pp. — 17. *Kniglets, E. M.* : J. Neurosurg. 1954. 11 : 306—309. — 18. *Krasting, K.* : Z. Krebsforsch, 1906. 4 : 315—379. — 19. *Lesse, J.—Netsky, M. G.* : AMA. Arch. Neurol. Psychiat. 1954. 72 : 133—153. — 20. *Meagher, R. and Eisenhardt, L.* : Ann. Surg. 1931. 93 : 132—140. — 21. *Oldberg, E.* : J. Amer. med. Ass. 1933. 101 : 1458—1461. — 22. *Petit-Dutailis, D., R. Messing, H. Berder* : Revue Neurol. 1956. 95 : 90—115. — 23. *Ringertz, N.* : Acta path. scand. 1950. 27 : 51—64. — 24. *Rudershausen, V.* : Virchows Arch. 1932. 285 : 318—331. — 25. *Schaerer, J. P., Whitney, R. L.* : J. Neurosurg. 1953. 10 : 546—549. — 26. *Scheiner, J.* : Acta Univ. Palackiana Olomucensis. 1956. 11 : 299—304. — 27. *Störtebecker, T. P.* : J. Neurosurg. 1951. 8 : 185—197. — 28. *Störtebecker, T. P.* : J. Neurosurg. 1954. 11 : 84—111. — 29. *Woltman, H. W.* : Arch. Neurol. Psychiat. Chicago, 1922. 8 : 412—428. — 30. *Willis, R. A.* : The C. V. Mosby Company St. Louis, MO. USA 1948. Pathology of Tumors.

Роза Гомби, Й. Хуллай: Внутрочерепные метастазы.

R. Gombi u. J. Hullay: Intrakranielle Metastasen.

Die Autoren berichten über die klinische, operative und pathologische Auswertung von 35 operierten metastatischen Hirngeschwülsten, 9% aller Hirntumorfälle in ihrem Krankengut. Postoperative Todesfälle 17%; Überlebensdauer nach der Operation im Durchschnitt 8 Monate, nützlich zu nennendes Überleben 51%. Auf Grund der Operations- und pathologischen Befunde halten die Autoren den Mechanismus der arteriellen Tumorzellenembolie für wahrscheinlich und weisen darauf hin, dass die radikal entfernten cortico-subcorticalen Krebsmetastasen lokal nicht rezidivieren. — In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Krebsmetastasen. In allen obduzierten Fällen wurden multiple Hirnmetastasen gefunden. Hinsichtlich des zerebralen Sitzes waren die frontalen Metastasen (42%), als primäre Geschwülste die pulmonalen am häufigsten. Das operative Indikationsprinzip, es lohne sich nur die Solitärmetastasen zu operieren, lässt sich bei den heutigen diagnostischen Möglichkeiten nicht durchführen, aber auch deswegen nicht, weil — ausgenommen die absolut infausten Fälle — auch bei multiplen Metastasen eine Operation angezeigt sein kann.

Travaux de l'Institut Bunge. Volume X. Anvers, 1959.

A *Bunge Intézet* ezen 10-ik kötetét alapításának 25 éves évfordulója alkalmából adták ki.

Az Intézet *Bunge* antwerpeni patricius alapítványából létesült 1934-ben és mint tudjuk két fivér: a neurológus *Ludo van Bogaert* és a cardiológus *A. van Bogaert* tudományos vezetése alatt áll.

A kötet két bevezető tanulmányából, amelyeket *N. Vander Stricht* adminisztratív igazgató és *L. van Bogaert* írtak, értesülünk, hogy a világhírű intézet az utóbbi években electroencephalographiai, — myographiai és elektrotonikus, experimentalis bio, — és histochemiai, továbbá cardiológiai laboratóriumokkal és a modern szívsebészet követelményeinek megfelelő műtéti berendezésekkel bővült.

Ezzel, a már eddig is rendkívüli aktivitásáról és jelentős tudományos eredményeiről világszerte ismert *neuropathológiai laboratórium* jelenlegi kerete még szélesebb, a neurológiai tudományok minden területére kiterjedő kutató munkát tesz lehetővé.

Ez a mintaszerű intézmény, amely hatalmas laboratóriumi berendezésein és igen gazdag könyvtárán kívül 70 beteg számára berendezett osztályal és korszerű neurochirurgiai felszereléssel is rendelkezik, — *ma a neurológiai kutatómunka nemzetközi központja*. Ezt láttuk az 1957-es bruxelles-i Nemzetközi Ideggyógyász Kongresszuson, amelynek főtítkára *L. van Bogaert* volt. Azóta létesült az ő kezdeményezésére a *Neurológiai Világszövetség* (World Federation of Neurology), amelynek ő az elnöke.

Ez is magyarázza, hogy olyan sok külföldi kutató dolgozik az Intézet laboratóriumaiban, és hogy a világ minden országából küldenek az Intézetnek különleges vizsgálati anyagot feldolgozás céljából.

L. van Bogaert beszámolójából kitűnik, hogy az intézetben, a klasszikus neuropathológiai kutatómunkán kívül, sokat foglalkoznak a trópusi betegségek neurológiájával és az állatok neurológiai betegségeivel. Az utóbbi években pedig különösen nagy tevékenységet fejtenek ki a biochemiai, neurochemiai problémák (electrophoresis, transaminase, hexoamine, az idegrendszer lipidjai stb.), és a histochemiai kérdések tisztázására.

A kötet 44 neurológiai és 4 cardiológiai dolgozat különlenyomatát tartalmazza; további 17 neurológiai és 4 belgyógyászati vonatkozású munkának csak a címe van felsorolva. Így tehát 1957—1959 között az Intézetből összesen 61 neurológiai és 8 belgyógyászati tudományos munkát közöltek. Ezek a számok beszélnek!

A 61 neurológiai munka közül 27 klinikó-pathológiai (és biochemiai), 12 klinikai (és klinikai-laboratóriumi; valamint E. E. G.); 8 neuro, — histochemiai, — radiológiai; 6 biochemiai; 2 experimentalis neuropathológiai; 3 E. E. G., 2 általános neurológiai; 1 állat-neurológiai kérdéssel foglalkozik.

Minden munkát jellemez a klinikai és laboratóriumi vizsgálatok alapossága, a problémák széleskörű, rendkívül gondos áttekintése, a tudományos részletkérdéseken túlmenően az általános neuropathológiai kérdések szemmeltartása, — röviden: *a munkák magas tudományos szintje, és a problémák gazdagsága*. Joggal mondhatjuk, hogy az Intézet minden neurológiai munkája magán viseli *L. van Bogaert* rendkívüli egyéniségének jellegzetességét!

Az Intézet cardiológiai és kísérleti orvostani laboratóriumaiban *A. van Bogaert* folytat igen értékes, az arteriális pulmonalis hypertensio problémáira, továbbá az intra- és extracardialis-elektromos-tér deviatióinak causalis és pathogenetikai mechanizmusára vonatkozó kutatást.

Az impozáns kötet tanulmányozása meggyőző arról, hogy a tudományos kutatás ilyen briliáns eredményéhez nemcsak a rátermettség és az elmélyült munka, hanem az érdeklődési kör bámulatra méltó szélessége, a kitűnő szervezőképesség, a nemzetközi kapcsolatok állandó ébrentartása és az egyéniség elbűvölő varázsa is szükséges.

Lehoczky Tibor dr.

Dr. med. Dimitrios Fotopulos

A spontán vagy primaer carotis-trombózis klinikumáról, különös tekintettel a látási zavarokra

1960. 100 oldal, 10 ábrával, 16,7 × 24 cm-es formátumban, egészvásznon-kötésben, Ft 58.—.
A szerző munkájában igen világos módon adja meg egy mindezideig kevésbé ismert, de igen fontos kórkép leírását, és elsősorban ismerteti egyértelműen annak sokféle megnyilvánulásait. Számos tünetet és különösen egyes tünetek futólagos mivoltát a szerző rendkívül meggyőzően taglalja. A szerző éppen a mulékony vaksági rohamoknak és a retina artéria-vérnyomás úgyszólván körjelző zavarainak kiemelésével a neuroóógusoknak olyan jeleket mutat, amelyek a jövőben lehetővé fogják tenni, hogy kellő időben gondoljanak a megfelelő kórképre és ne legyenek arra utalva, hogy az esetleges arteriographia mutasson erre.

Prof. N. N. Traugott:

A jelzőrendszer kölcsönhatásainak zavarai, némely az agyban keletkező kóros állapot esetén

1960. 196 oldal, 13 ábrával, 16,7 × 24 cm-es formátumban, egészvásznon-kötés, Ft. 137.—.
Az utóbbi években azt láttuk, hogy számos és sokféle kísérlet történt a lelki zavarok lélektani elemzése irányában. Mindazon munkák közül, amelyeket ezzel a szándékkal írtak, a fenti könyvről elmondhatjuk, hogy az egyike a legsikerültebbeknek és azt az olvasó figyelmébe ajánlhatjuk. A szerző egyszemélyben klinikai pszichiáter és fiziológiai kutató, aprólékos megfigyelő és célratörő bűvár. Ért ahhoz, hogy valamely kóros állapot képét annak teljes gazdagságában és bonyolultságában szemlélje és az így nyert képből kielemezze azokat a mozzanatokat, amelyekből a kóros állapot fiziológiás értelmét fel lehet ismerni.

Dr. med. habil. Hermann Kosic docens:

Átmetszett periférikus idegek sebészete és regenerálása. Állatkísérleti vizsgálatok

Kb 96 oldal, ábrákkal, 16,7 × 24 cm-es formátumban, egészvásznon-kötés, Ft. 50.—
Ez a monográfia olyan kísérleteknek alapszik, amelyeknek célja az volt, hogy a két idegcsont között keletkező hegképződést meggátolják. A mű áttekintő képet nyújt a szakirodalom egészéről és az átvágott periférikus idegek egyesítésével kapcsolatos tapasztalatokról. A szerző különösen azoknál a múlt század hetvenes éveiben sikerrel járó erőfeszítésekkel foglalkozik, amelyek célja az volt, hogy tubulizáció vagy csőkialakítás révén előmozdítható legyen az idegek regenerálása.

Prof. Dr. Georg Merrem:

Az idegsebészet tankönyve

XII/404 oldal, 388 ábrával, 16,7 × 24 cm-es formátumban, egészvásznon-kötés, Ft 243.—
A könyv első része rendszerezve taglalja a bonctani, kórtani, neurológiai és a műszeres idegsebészeti diagnosztika kérdéseit.
A diagnosztikai beavatkozások leírásánál szerző a Lipcsei Klinikán alkalmazott állásfoglalást ismerteti az indikáció kérdésében, valamint az ott alkalmazott technikát. Tág teret szentel természetesen a kontraszt-anyaggal történő ábrázolás áttekintésének és eközben számos röntgenkép közlése révén betekintést nyerhetünk a tégigényes folyamatok ideg-radiológiájába. A mű külön részben írja le a jellegzetes idegsebészeti beavatkozásokat. A szerző külön súlyt helyezett a speciális idegsebészeti kórképek egyenkénti taglalására. A megrendeléseket bármely könyvkereskedés, vagy a KULTURA Vállalat (Budapest 62, Postafiók 149) veszi fel.

VEB VERLAG VOLK UND GESUNDHEIT

*

Berlin C 2

Német Demokratikus Köztársaság

DAIGOL CSEPPEK

Összetétel:

1 ml oldat 0,67 g methylpentinolt tartalmaz.

Hatása:

Szedatívum, enyhe hipnotikum.

Javallatok:

Különböző félelmi állapotok, ideges állapotok és alvászavarok, klimaxos panaszok, vegetatív dystonia, asthma bronchiale

Adagolás:

Átlagos napi adag 3 x 20 csepp kevés vízben, vagy kockacukorra cseppentve.

Forgalomba kerül:

15 ml-t tartalmazó üvegben.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST, X.



NOXYRON TABLETTA

1 tablettá 0,25 g α -phenil- α -ethyl-glutarsavimidet tartalmaz.

A NOXYRON barbituramentes elaltató és átaltató készítmény.

Hatása gyorsan jelentkezik és kb. 4—6 óráig tart. Physiológiás alvást biztosít kellemetlen utóhatások nélkül.

Javallatok:

Különböző eredetű elalvás- és alvászavar esetén.

SZTK terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:

10, ill. 250 tabletát tartalmazó üvegben.

Gyártja:

KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR,



BUDAPEST, X.