

305.107

# IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XIII. ÉVFOLYAM

33—64. OLDAL

2

BUDAPEST, 1960. FEBRUÁR

2

## IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI SZAKSZERVEZET IDEG-, ELME SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

Főszerkesztő: Környey István

Felelős szerkesztő: Juhász Pál

Szerkesztőbizottsági titkárok: Orosz Éva és Pollner György

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

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

### TARTALOM

<i>Dr. Pertorini Rezső és dr. Juhász Pál:</i> Atypusos epilepsziás psychosisok .. .. .	33
<i>Dr. Dobi Sándor és dr. Gyetvai Erzsébet:</i> Paralysis spinalis spasticára vonatkozó megfigyelések egy családban	46
<i>Dr. Pásztor Emil:</i> A foramen Magendie elzáródás és sebészi kezelése .. .. .	49
<i>Dr. Bodó György:</i> A caloriás mystagmus befolyásolása gyógyszeres úton .. .. .	56
<i>Dr. Séra Ibolya és dr. Oszlánszky Ottó:</i> Hemiconvulsiv kezelés .. .. .	61
Beszámoló .. .. .	64

A szerkesztésért felel: Juhász Pál. Kiadja A Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Bp., V., Beloianisz u. 8. A kiadásért felel: A Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. Telefon: 122-650. Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodánál (Bp., V., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Csekkszám: 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.

## Atypusos epilepsiás psychosisek

Dr. PERTORINI REZSŐ és Dr. JUHÁSZ PÁL

Az epilepsiás megbetegedések psychiatriai szövődményeinek klinikai problematikájában is jelentős előrehaladást hozott az elektroencephalographia. A motoros rohamokkal járó megbetegedésekhez szövődő typusos psychosisek, a prae-, és postconvulsiv és valószínűleg rohamok helyett fellépett dysphoriák, tenebrosus és deliriumszerű állapotok az EEG-val követhetők. Paroxyszticus electromos jelenségek mutathatók ki ezenkívül különböző psychosisek esetén, amelyek közül egyesek hasonlítanak a typusos epilepsiás psychosisekhez, mások a schizophréniához, affectiv psychosisekhez tartozónak látszanak és a betegeknek nem volt megelőzően sem motoros, sem psychomotoros, sem psychosensoros paroxysmusuk. Ezeknek a psychosiseknek egyrészét K. Kleist még az EEG bevezetése előtt „epileptische Randpsychosen”, „epilepsia-affin psychosisek” megjelöléssel az epilepsia formakörhöz sorolta. Különösen a poriomaniák és a Kleist-féle „epizódikus homályállapot” mind több esetben (Haller, Kuhn, Wissfeld), ezenkívül periodusosan ismétlődő depressiókban (Bochnik) évek óta motoros rohamban nem szenvedő betegek-nél fellépett chronicus schizophréniára emlékeztető állapotokban (Landolt) és a különböző schizophreniform psychosisek közül leggyakrabban az oneirophreniák esetében (H. Hoff) lehet electromos paroxysmusokat kimutatni, igen ritkán localisáltan is.

Klinikánk psychiatriai felvételei között az elmúlt egy év alatt 8 atypusos epilepsiás psychosist észleltünk. A klinikai megjelenés alapján betegeinket három csoportra osztottuk és így számolunk be róluk.

1. Az első csoportba tartozó 5 betegnél, akiknek életkora 17—43 év, a több éve, egy esetben 15 éve fennálló megbetegedés periodusokban zajlik le. Az egyes periódusok hirtelen kezdődnek és 1—4 hetes fennállás után fokozatosan gyógyulnak 1—3 nap alatt. Az újabb periódusok minden alkalommal hasonló formában ismétlődnek. Tünettaniilag hangulatzavarok, tudatzavar és motoros nyugtalanság jellemző. A tudatzavar különböző súlyosságú, egy betegnél desorientált homályállapot, a többiek-nél megtartott orientatio mellett a tudat beszűkült. Mindegyik beteg hypothyriás, minden esetben súlyos szorongások is fennállnak. A motivált szorongás két betegünk-nél menekülésszerű elrohanáshoz és elbújáshoz, egy betegünk-nél pedig elbolyongáshoz vezetett. Egy betegünk-nél volt az elkóborlás porioman jellegű, azonban csak az anamnézis utalt erre, megfigyelésünk alatt három alkalommal volt psychoticus állapotban, ekkor poriomania nem jelentkezett. A részletes kikérdezéskor pedig kiderült, hogy külső körülmények is szerepet játszottak az elkóborlásban, mert otthon psychoticus állapotaiban a primitív hozzátartozók többször súlyosan megverték, fegyelmezési céllal, és ezért megbetegedéseikor mindig valamelyik, lehetőleg távollakó rokonához menekült. Betegeink a düh-indulatot könnyen mobilizálták és agressiv gondolataik voltak. Egy betegünk férjével többször brutalisan verekedett. A férj agressiv

alcoholista volt, aki legtöbbször maga kezdeményezte részeg állapotban a verekedést. Egy betegünk bolyongása közben alcoholisál, kritikátlan sexualis kalandokba bocsátkozik, majd suicidiumot kísérel meg.

A nem psychoticus állapotban elvégzett intelligencia vizsgálatnál két esetben debilitást, egy esetben kezdődő dementiát mutattunk ki. A négy betegnél elvégzett Rorschach-testben 5-nél több „organicus választ” (Piorowski jelet) találtunk. Epilepsiás caracterváltozás egy betegünkönél sem volt.

A PEG-en minden esetben frontalisán fokozott, kóros subarachnoidealis levegőtélődés volt. Az organicus eltéréseket alátámasztotta az anamnézis, egyik betegünk kétszer szenvedett commotiót, egynél gyermekkorban encephalitis zajlott le, két betegnél bizonytalan adatok szülési traumára utaltak. Csak a 13 é. k. lázas encephalitisen átesett betegnél volt a lázas időszak alatt, majd közvetlenül a leláztalanodáskor még egyszer rövid, eszméletvesztéssel járó roham, amely a jelenleg 30 éves betegnél többször nem ismétlődött, a többi négy betegnek semmiféle motoros convulsiv jelensége nem volt.

Klinikai diagnózisunk minden esetben sok problémát okozott. A diagnosztikai nehézségekre utal az is, hogy két betegünkönél a megelőző többszöri kórházi tartózkodás alatt schizophréniát, illetve neurosis anancasticát állapítottak meg. Három betegünkönél az első vizsgálatkor, mivel a depressio tünetei domináltak és mivel reactiváló psychogen tényezők is kimutathatók voltak, kezdetben reactiv depressiót diagnosztizáltunk. Az egyik beteg rossz családi körülményei miatt válás előtt állt, az ő férje volt a brutalisan verekedő alcoholista. Másik betegünk válás után a házasság visszaállítására tett teljesen eredménytelen kísérletet és ezzel függött össze a megbetegedés megindulása, harmadik betegünkönél főleg a menses idején lépett fel a megbetegedés, amit azzal motivált, hogy a menses előtt mindig szorong, mert fél a terhességtől, anyagi körülményeik nem engedik meg, hogy ismét gyermekük legyen, férje viszont nem védekezik a fogamzás ellen. A desorientált homályállapotban levő betegnél első diagnózisunk súlyos dementiával járó defect schizophrénia volt. Diagnózisunkat végeredményben az döntötte el, hogy az EEG-val minden esetben epilepsiás jelenségeket tudtunk kimutatni. Klinikailag jellemző az volt, hogy a megbetegedés hirtelen kezdődött és a néhány hetes fennállás után gyorsan oldódott és a periodusok defectushoz nem vezettek.

A psychosisok spontán gyógyulását figyeltük meg. Anticonvulsiv szerek hatására 3 betegünkönél a therápia bevezetése előtt gyakori psychosis hónapok óta nem ismétlődött, egy betegnél a mensesel is összefüggő periodicitás nagymértékben ritkult, egy beteg jelenleg is kezelésünk alatt áll.

2. A következő csoportba két betegünkönél, akik 30 és 32 évesek, paranoid schizophréniform psychosis állt fenn. Mindketten praemorbiden schizothymiásak, egyiknek testvére schizophréniás, másikonál a schizothymiás vonásos epilepsiás caracterváltozással szövődnek. Psychosisukat vonatkoztatások, kóros jelentőségadás, symbolicus, mágikus-misztikus gondolkodás, megfigyelgetéses, üldöztetéses, vonatkoztatásos téveseszmék, időnként fellépő látási és szaglási hallucinációk jellemezték. Az affectiv hangulati zavarok egyik betegnél Wahnstimmung, másikonál feszült állapotok. Magatartásuk a téveseszmék által irányított agressivitás is előfordult, az egyik betegnél kényszeres jellegű sírások és nevetések is előfordulnak.

A lefolyásban ezeknél a betegekönél is bizonyos periodicitás volt megfigyelhető, egyik esetben teljesen tünetmentes szakok is voltak, másik betegnél nem volt teljes tünetmentesség, az affectiv zavarok és a gondolkodászavar nagymértékben csökkent és a periódus lezajlása után a klinikáról mindig

elbocsáthatóvá vált. A megbetegedés fennállása 2, illetve 5 év, a periódusok 4—8 hetesek, egyik esetben 1 hét alatt, a másikinál fokozatosan 1—2 hét alatt fejlődtek vissza.

A nem psychoticus állapotban elvégzett intelligencia vizsgálat egyik esetben enyhe demenciára utal, a másik betegnél lényeges eltérést nem mutat.

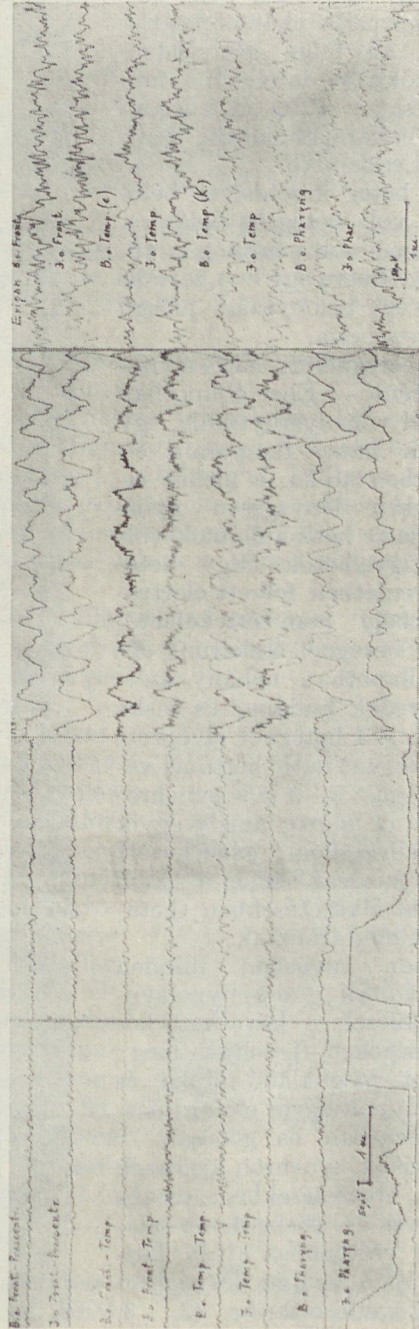
A Rorschach vizsgálat egyik betegnél tipusos epilepsiás eltéréseket mutat, a másik betegnél 7 „organicus válasz” van. A praemorbid személyiség a gyakori periódusok ellenére sem változott. A megbetegedésre nem amnesziások. A részletes kikérdezéskor kiderül, hogy a dementia betegünkönél a megbetegedés előtt is fennállt, és azóta fokozódott.

PEG-en mindkét esetben symmetricus kamratágot és frontális fokozott, kóros subarachnoidealis levegőtélődés látható.

Egyik betegünkönél motoros convulsiv jelenség nem volt, a másikinál pubertástól kezdődően, 26 éven át évente 3—4 grand malja volt, a periódusok megindulása óta rohama nincsen, gyermekkorban influenzás encephalitisen esett át. A másik betegünkönél anamnesticusan fejtraumája volt commotio nélkül, 6 évig alcoholisált és a sikeres Antaethyl elvonó kúra után indult meg a psychosis.

A megelőző kórházi tartózkodások alatt az epilepsia után fellépett psychosist schizopréniaának, másik betegünk psychosist alcoholos paranoid psychosistnak diagnosztizáltuk. Az EEG mindkét esetben súlyos paroxysmusos eltéréseket mutatott. Az évekig grand mal-okban szenvedő betegnél természetesen a characterváltozás és a megelőző rohamok miatt végeztük el az EEG-t.

Anticonvulsiv szerekre egyik esetben a periodicitás ritkult, egy alkalommal a periódus kezdetén adva az anticonvulsansokat, el tudtuk kerülni a kórházi felvételt, másik betegünkönél a legkülönbözőbb kombinációkban adott



1. ábra. Sz. I.-nél 24 é. — első csoportba tartozó — debilis, periodikusan jelentkező depressióban szenvedő beteg EEG görbéje. Nyugalmi állapotban változó frekvenciát mutató lapsos dysrhythmiá, hyperventillatio után magas 2—3/s delta synchronisatio, evipán alvásában időnként több elvezetésben synchron jelentkező tüskéisülések.

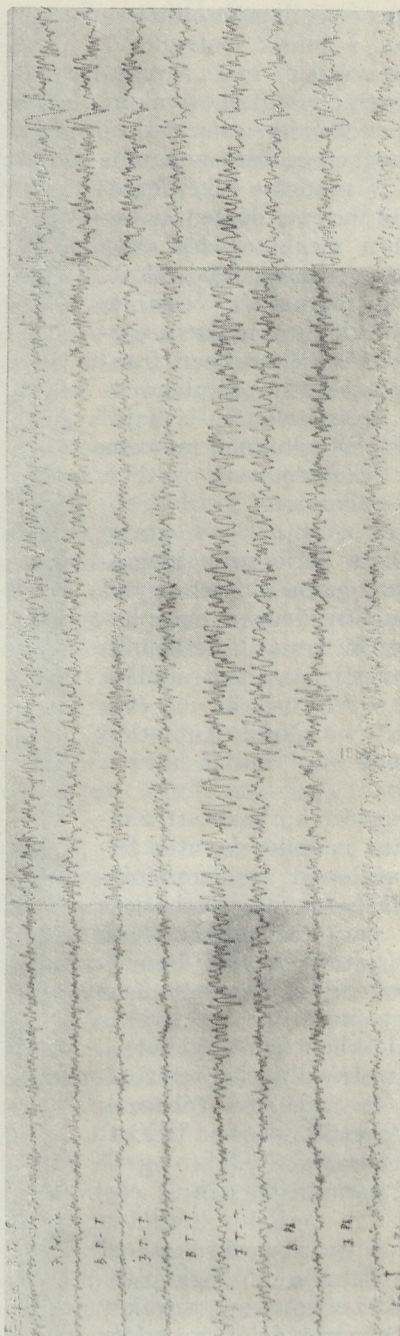
különféle anticonvulsansok hatására sem tudtunk változást elérni, Largactil kúrával értünk el tünetmentességet.

3. Végül egy 17 é. szülési traumán átesett betegnél, akinél debilitás állott fenn, kóros részegségek fordultak elő. Tudata a kismennyiségű alkohol elfogyasztása után rövidesen beszűkült, majd 3—4 napig tartó maniás exaltatio syndromája lépett fel. A psychoticus időszakra nem amnesias, epilepsiás caracterváltozás nem áll fenn. Rorschach-téssel csökkent intellectus mutatható ki, a PEG-en kórosan fokozott subarachnoidealis levegőtélődés észlelhető.

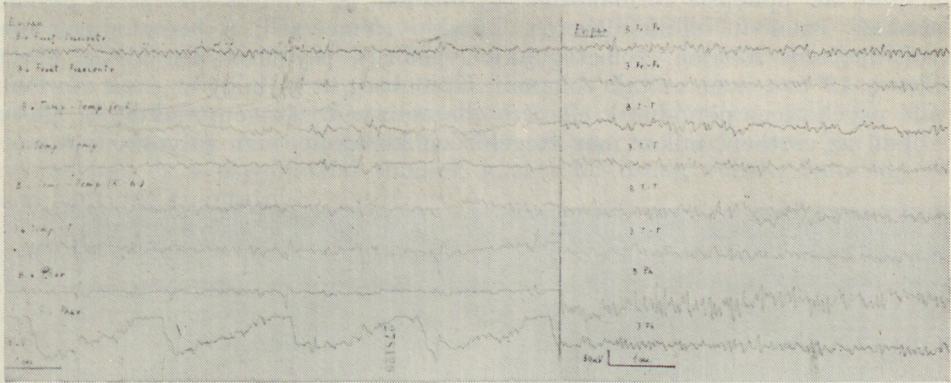
Egy beteg kivételével beteginknek volt betegség belátása. Két betegnél volt neurológiai tünet, egy j., illetve egy b. o. facialis paresis és egy bizonytalan jellegű hemihyphaesthesia.

A 8 betegnél 22 EEG-s vizsgálat történt. — Éber állapotban 6 betegnél volt dysrhythmia, egy esetben a hátsó temporális elvezetésekben alpha, a mellő elvezetésekben lényegesen gyorsabb alpha és béta hullámok voltak megfigyelhetők. Egy betegünk ébrenlétkben felvett electro-mos görbéje nem értékelhető. Csak egy betegnél észleltünk ébrenléti állapotban néhány szétszórt meredek hullámot és tüske alakzatot. A 4 betegnél elvégzett 2'-es hyperventillatio kettőnél vezetett magas 2—3 c/s synchronisatiohoz (1. ábra), amely egyik esetben elhúzódóan jelentkezett és utána hosszabb ideig a hátsó temporális elvezetésekben theta-sorozatok mutatkoztak.

Evipán alvásban minden esetben voltak gyors hypersynchron kisülések. A következő kóros jelenségeket figyeltük meg: 70 mV-ot meghaladó alpha és beta hullámok egyes előfordulásban, sorozatban és gócosan — izolált tüskék, synchron kisülések az összes elvezetésekben, focalis theta burst és tüske-domb alakok. Egy esetben az alvás kezdeti szakában izgalmi desynchronisatio következett be (2., 3.



2. ábra. M. J. 30 é. férfi, paranoid schizophréniformis psychosissal felvételre került. 2. csoportba tartozó betegünk. Evipán alvásban a frontális és temporális elvezetésekben lapos desynchronisatio, később izolált tüske és több tüske-domb kisülés jelentkezik.



3. ábra. P. E. 47 é. férfi, paranoid schizopreniformis betegünk EEG görbéje. A két EEG egy év különbséggel készült. Első részben mindkét temporalis elvezetésben evipan terhelés mellett magas meredek és tüske kisülések jelentkeztek. Az egy évvel később készült felvétel jelentős javulást mutat, ami azonban a bevezetett anticonvulsiv terápiával is magyarázható.

ábra). Egy betegünkél végeztünk Tetracor terhelést, amelyben a photomyoclonus reactio volt kiváltható (4. ábra).

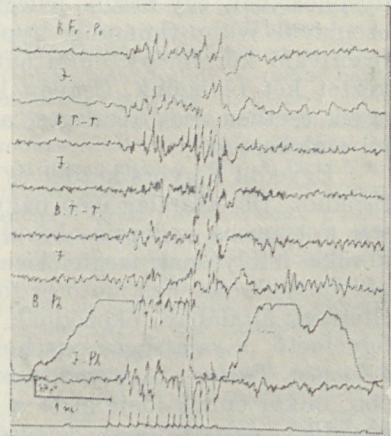
Az Evipanban észlelt gyors, hypersynchron jelenségeket két betegünkél gócosan a j. temporalis elvezetésben figyeltük meg. Két esetben fronto-temporalisan jelentek meg, egyik esetben j. o. túlsúllyal. Diffuzan a meredek és tüske hullámok négy esetben voltak észlelhetők, egy esetben frontalisán, két esetben frontalisán b., illetve j. o. kifejezettebben. A két gócos temporalis és két gócosan nem definiálható esetben voltak a garati elvezetésekben is gyors hypersynchron hullámok.

Egyik betegünkél psychoticus állapotban biztosan paroxysmusos tüneteket nem tudtunk kimutatni, a psychosis spontán lezajlása után, tünetmentes állapotban viszont súlyos paroxysmusos jelenségek voltak kimutathatók.

Négy betegünkél a terápiát is követük EEG-val. Két esetben az anticonvulsiv szerek hatására javulás, illetve gyógyulás következett, EEG-val a görcespotenciálok csökkenése és a görbe rendeződése volt megfigyelhető (5. ábra). Az a betegünk, akinél a tünetmentes időszakban voltak csak biztosan paroxysmusos tünetek az anticonvulsivszerekre paradox módon reagált; klinikailag javult, viszont az epileptikus electromos eltérések száma nőtt. Egy betegünkél pedig az anticonvulsánsok hatására a paroxysmusos jelenségek csökkentek, klinikailag azonban állapota romlott, psychosis lépett fel, amely Largactil kúrára gyógyult, az ekkor elvégzett vizsgálatkor találtunk legkiterjedtebben electromos paroxysmusokat.

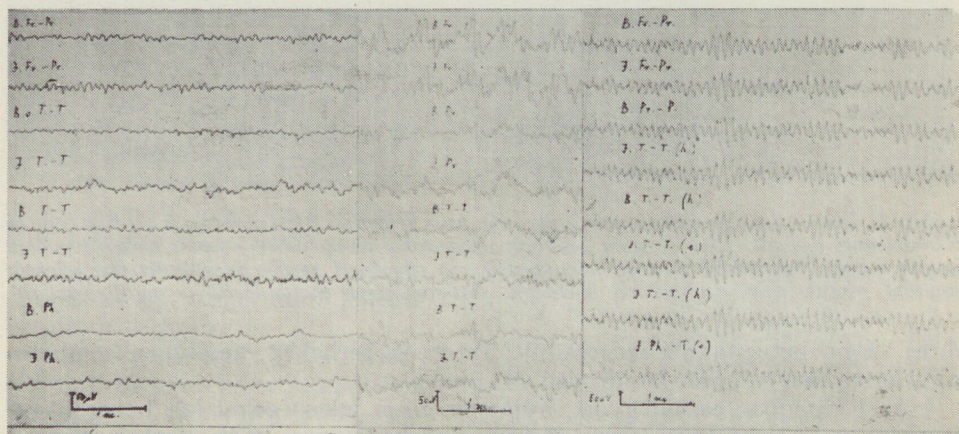
### Megbeszélés

Klinikailag különböző megjelenésű psychosisokat észleltünk, amelyek az EEG



4. ábra. T. I. 30 é. nőbetegünk, akinél 16 éve periódusokban tudatzavarral jelentkező anxiousus-hypothythym syndroma volt megfigyelhető. Tetracor aktiválással synchron tüske — burst (photomyoclonus periódus). jelentkezik.

alapján az epilepsia formakörhöz tartoznak. A tipusos epilepsiás psychosisoktól azonban elkülöníthetők klinikai elemzéssel: 6 betegünknek nem volt motoros rohama, 2 betegünkön pedig a psychosis fennállása óta 5, illetve 16 éve nem voltak rohamai. Különbőség az is, hogy az évek óta fennálló psychoticus periódusok ellenére characterváltozás nem alakult ki, illetve abban az esetben, mikor már megelőzően kialakult, nem súlyosbodott.



5. ábra. L. R. 17 é. leány, akinél 4—5 napig tartó kóros részességek rendszeresen jelentkeztek 3 éve, a bevezetett Sacerno-kezelés mellett az alaphyrtmus néhány nap alatt csaknem teljesen normalizálódott. Az ábra középső szakasza a kezelés előtti, evipan terhelésre jelentkező synchron tüsketevékenységet demonstrálja.

A klinikai kép elemzése alapján a következő különbségek állapíthatók meg. Primär tudatzavar csak egy betegünkön állott fenn, azonban agressziók és hallucinációk nem voltak. Az affectiv hangulati zavarok nem felelnek meg dysphoriának, egy részük jellegzetes anxiosus-hypothym syndroma, előfordul ezenkívül Wahnstimmung, hyperthymia és Spannung állapot. Több esetben reaktiváló körülmény mutatható ki. Schizophrén gondolkodászavarra emlékeztet két betegünk. Csupán két esetben volt enyhébb-súlyosabb amnesia, egyik esetben csak részleges, a többi betegek a psychosis alatt történteke jól emlékeztek.

Egyedül a gyors kezdet és lefolyás hasonlít a tipusos epilepsiás psychosisokhoz, tünettaniilag igen nagy különbségek vannak. Az EEG viszont teljesen a tipusos epilepsiásokéval egyezett és azokhoz hasonlóan változott a klinikai lefolyásnak megfelelően és a therapia hatására. A tudatzavarral járó psychosisok esetében motoros rohammal is járó megbetegedéseknél az EEG-ás eltérések általában fokozódnak (Gibbs, Davis, Lennox, Levin), ugyanez megfigyelhető a sajátos psychopathologiai képpel járó petit mal statusnál is (Forster, Tucker). A psychosisok más részénél, különösen azokban az esetekben, mikor ennek ideje alatt a rohamok szünetelnek, az EEG-ás görbe „rendeződik”, paroxysmusos jelenségek nem mutathatók ki, a rohamokkal járó nem psychoticus szakban viszont az EEG-ás görbén súlyos eltérések vannak. Ugyanezt akkor is megfigyelték, ha a therapia eredményeként rendeződött az electromos kép, klinikailag ilyen esetekben többször psychosis lépett fel. Landolt, Christian ezeket a változásokat azzal magyarázta, hogy „a tudatcentrum fokozottan működik” és egy alacsony szinten létrejött „erőszakolt rendeződés eredménye” a psychosis.



Nem tisztázódott az, hogy mi az atypusos psychosisok esetében az EEG-ás eltérések jelentősége. Elgondolásunk az, hogy az EEG tünetek az organicus jelleg egyik formáját jelentik, pathologiailag azt, hogy különböző betegségek, traumák után (*H. Hoff* szerint az oneirophreniák egyes eseteiben a temporalis lebeny fejlődésben való visszamaradása miatt) csökkenten működő sejt-csoportok vannak a cerebrumban. Eseteinkben az electromos jelenségek localisatiója és a psychiatriai tünetek között biztosnak vehető összefüggést nem tudunk kimutatni.

Végeredményben klinikailag a PEG, EEG-ás vizsgálatok, intelligencia és Rorschach-test, valamint amneszticus adatok alapján betegeinknél organicus hátterű psychosis volt megállapítható. A klinikai kép mégis teljesen más, mint az organicus psychosisok, vagy a typusos epilepsiás psychosisok. Csak a lefolyás jellegzetességei és a therapiás tapasztalatok feleltek meg a typusos epilepsiás psychosisoknak. A kórképek értelmezése egyes esetben több tényező: az organicus eltérések jellege és localisatiója, a praemorbid személyiség, a kiváltó tényezők — multidimensionalis diagnosztika keretében történő felhasználásával lehetséges.

*Betegeink kórtörténeti adatai a következők:*

I.

1. *P. L. 43 é. alkalmi munkás* földműves családból származik, 4 egészséges testvére van, családi terheltég nincsen. Gyermekkorban bárányhímlője volt, jól fejlődött, 5 elemi végzett kp. eredménnyel. 26 é. k.-ban nősült, egy egészséges gyermeke van. A MÁV-nál dolgozott, táviró berendezéseket szerelő csoportnak volt a vezetője. 1954-ben leltárhányai és fegyelmetlensége miatt fegyelmi úton eltávolították. Mint szőlősgazda régebben mértékletesen fogyasztott bort, néhány éve nem iszik. 1944. jul. 2-án légitámadáskor légnyomást kapott, 3—4 órán át eszméletlen volt. Ez évben újabb fejtrauma érte, villanypózna dőlt rá, rövid ideig eszméletlen volt. 1946-ban hirtelen nagyfokú félelem fogta el, úgy érezte, hogy valaki üldözi, meg akarja ölni. Félelme nem határozott személyre, vagy személyekre vonatkozott. El kellett menekülnie, rettegve az erdőben kóborolt, 6 napon át nem evett, nem aludt. Messze elkerülte az embereket és csak azért nem suicidált, mert felesége gyermeket várt. Félelme hirtelen megszűnt és hazament, de ez után még két hétig rövid ideig tartó szorongások jelentkeztek. 1947. szeptemberben munkahelyére utazott, mikor ismét teljes heveséggel fellépett szorongása. Azonnal hazautazott és 14 napig szőlőben, dinnyeföldeken, erdőben bújkált, csak egy elhagyott eszékunyhóban mert lefeküdni időnként az erdőben. Csak szőlőt evett egész idő alatt. A periodus még teljesen nem zajlott le, mikor hazament, ekkor került sor klinikánkon első gyógykezelésére, 1947. okt. 1-től nov. 15-ig állt ápolás alatt. Akkor neurológiailag eltérés nem volt. Liquora negatív. Anxiosus hypothyroidismus állt fenn, amely itt tartózkodása alatt vegetatív tünetekkel kísértén még ingadozóan fennállt. Sedatív kezelésre tünetmentessé vált. A Dg.: Neurosis anancastica volt. 1948-ban volt ismét egy 8 napos elbolyongása. Ezután 3 éven át psychosis nem volt. 1953-ban újabb baleset, eszméletét rövid időre elveszti, j. alsóvégtagja megsérül. Az elmúlt 3 évben évenként 2—3-szor is elment otthonról és a psychosis hosszabb ideig tart, mint megelőzően, másfél-két hónapos elkóborlásai is voltak. Előfordult az is, hogy félelme megszűnt, elindult hazafelé, de közben ismét fellépett a szorongás és menekülnie kellett. Nem psychoticus időszakában igen szorgalmas, jó indulatú „mindent megtesz a családjáért”, nehéz anyagi körülmények között élnek. Ismételt felvételére klinikánkon 1959. jún. 10-től 26-ig került sor.

*Status* : a felvételtkor — *somaticusan* : belgyógyászatiilag physicalis vizsgálattal lényeges eltérést nem találunk. Neurológiailag j. o. centralis N. VII. paresistől eltekintve értékelhető eltérést nem találunk. Vér WaR ; vizelet ; liquor : negatív. PEG : frontalisán nagyobb mértékű symmetricus kamratágulat látható, a subarachnoidealis levegőtölődés fokozott és frontalisán kifejezettebb. EEG : éber állapotban a hátsó temporalis elvezetésekben jól modulált alpha tevékenység van, a frontalisokban lapos szapora alpha, helyenként béta tevékenység, egy-egy magas meredek hullám és tüskékisülés észlelhető. Evipan adása közben az amplitudó fokozatosan növekszik, majd igen hamar solitár, helyenként sűrű szapora rhythmusú meredek hullámok jelennek meg sorozatosan, néhány synchron kisülés is észlelhető. A frontalis convulsiv activitást illetően a j. dominal.

*Psychésen* : A kiskorban nyomott hangulatú betegnél emotionalis labilitás és kp. fokú dementia mutatható ki, megjegyző emlékezése csökkent. Mysoline és Neophedan rendszeres szedése mellett az elbocsátás után 3 hónapig psychosis nem jelentkezett. Azóta újabb kontroll nem volt.

2. T. I. 30 é. leány, földműves, szüleivel lakik együtt. 4 testvére közül egy fiú temporalis epilepsia miatt klinikánkon temporalis lobectomián esett át. Születése, fejlődése rendben, gyermekbetegségei nem voltak. 6 elemit végzett jó tanuló volt. Zárkózott, csendes, de játékos gyermek volt. 1941-ben influenzán esett át, a megbetegedés 3. hetében az egyéb tünetek javulásakor eszméletvesztéssel járó görcsös roham lépett fel, végtagjai rángatóztak, ezután szótlanná vált, gátolt, néhány nap után klinikánkra nyert felvételt. 1941. jan. 22-től febr. 8-ig állt gyógykezelés alatt. Liquora negatív, inaktív katatóniára emlékeztető állapotát és egy convulsióval nem járó néhány perces rohamát észlelték és a lezajlott influenzás encephalitis következményének tartották. 15 é. k.-ban volt az első mensese, amely azután is rendszeresen jelentkezett, 1—2 napig tartott. 15 é. k.-ban jelentkezett az első psychoticus állapot, „búskomorra” vált, nem beszélt, nem táplálkozott. 5 hónapig kezelik a beregszászi kórház elmeosztályán, de csak kismértékű javulást érnek el, és még néhány hónap alatt válik csak tünetmentessé otthon. „Búskomorsága” ezután kisebb mértékben még többször jelentkezett, majd megváltozott a psychosis jellege : szótlan, inaktív állapotban elkóborolt, sokszor árkon-bokron át haladva érte el célját, agressív volt. Az állapotot irritabilitás vezette be. 1949. júl. 18-tól nov. 21-ig, majd 1951. ápr. 17-től júl. 19-ig, majd 1952. ápr. 25-től május 24-ig, végül 1955. ápr. 14-től jún. 9-ig a nagykálói Idegelmegyógyintézetben állt kezelés alatt. Felvételeit elkóborlásai tették szükségessé. A kórrajzkivonat adatai szerint gátolt, zárkózott magatartása arra utalt, hogy érzékszervekkel rendelkező állatokhoz hasonlít, és elbocsáthatóvá vált (utolsó alkalommal XIII. ES. kezelést kapott). A Dg. minden alkalommal schizophrénia volt. Az elkóborlások közti időszakban teljesen nyugodt volt, a házi és mezei munkákban is segédkezett, mindig kissé szótlan volt, udvarló nincsenek, mulatságba nem jár. 1959. jan. 3-tól máj. 4-ig ismét klinikánkon áll ápolás alatt. Felvétele előtt 3 nappal ismét menési készlettel jelentkeztek.

*Status felvételkor — somaticusan* : physicalisan belgyógyászati, és neurológiai vizsgálattal és mellkas rtg.-vel lényeges eltérés nem mutatható ki. RR : 140/90 Hgmm. PEG : symmetricus kamratelődés, az oldalirányú felvételen a b. alsó szarv lefutása egyenesebb, mint a jobbjé, a subarachnoidealis levegő frontalisban bőségesebb. Liquor ; vér WaR ; vizelet : negatív. We : norm. RN : 23,3, 19,85 és 23,30 mgr%. Psychésen : desorientált homályállapot áll fenn, kp. fokú psychomotoros gátoltsággal, hangulata ingadozó, legnagyobbbrészt hypothyrias szorongó igen kevés beszéd produktumában. Szüleiire panaszkodik, mert azok sokszor bántalmazzák, megverik. Rövid ideig tartó nevetgelések is előfordulnak, menési készségei, agressio nem észlelhető. Az osztályon senkivel contactusba nem lép. Állapota néhány napos fennállás után megszűnik. A félszeg magatartású betegünk akkor elmondja, hogy az elkóborlásokra részlegesen amnesias csak, az útvonalat általában pontosan tudja, azért megy el otthonról, mert szülei a psychoticus időszakban durvák vele, többször tetelgesen bántalmazzák, ezért ment el, menekült otthonról, általában valamely szomszéd faluban lakó hozzátartozóját keresi fel. Rorschach testben 7 organicus jegy van. A felvételi psychoticus állapotban felvett EEG-n biztosan epilepsias jel nem mutatható ki, photostimulatio és evipan terhelés is negatív eredményt ad. Rendezett állapotban (mensese idején 1959. I. 14) felvett EEG-n hibernal pacatal szedése mellett nyugalmi állapotban lapos dysrhythmia észlelhető. Evipanban : a k. o. mellő temporalis elvezetésekben legtöbb, kevesebb a b. o. frontalisban, legkevesebb a k. o. basalisban a tüskekilülés, magasab alpha és meredek hullám, néhány synchron kisülés is észlelhető. Monopolaris elvezetésekben a b. dominantia kifejezett, viszonylag legtöbb hypersynchron jelenség a b. temp. poláris elvezetésekben van. 59. I. 19-én gyógyszermentes rendezett állapotban a meredek hullámok inkább a hátsó temporálisban és garati elvezetésekben vannak. Mysolin szedése mellett, nyugodt állapotban (11.23) a photomyoclonus reactio kiváltható (1., 4. ábra). A gyógyszermentes állapotban felvett két EEG-jén (III. 25—31-ig) valamint ambulanter felvett (IX. 21.) hibernal, neophedan szedés mellett nem psychoticus állapotban az éber állapotban felvett elvezetésekben lapos dysrhythmia áll fenn, evipanban a meredek hullámok változóan hátsó temporalis és frontalis túlsúllyal jelentkeznek.

Megfigyelésünk alatt rövid ideig,  $\frac{1}{2}$ —3 napig tartó psychoticus állapot háromszor jelentkezett. Ezek nagyjából hasonlóan folytak le, gátolt psychomotorium enyhe szorongás, hypothyria által jellemzeten, egyszer alakult ki ezek közül a fokozódó gátoltságban homályállapot, amelyben hypersexualis és homosexuális megnyilvánulásai voltak. A psychosisok Mysoline, majd Neophedan később kombinációjuk és Sacerno szedése ellenére felléptek. Elbocsátás után Neophedant, Hibernalt szedett rendszertelenül,

négyszázötven négy hónap múlva kontrolláljuk, háromszor volt közben mensessel összefüggő 1—2 napos gátoltsága, elköborlás nélkül, ami az előző időszakhoz viszonyítva nagyfokú javulást jelent.

3. K. I.-né, 35 é. htb. *seprűkészítő neje*. „Nehéz szülésből” született, utána néhány évig „angolkóros” volt (nehezebben tanult meg járni és beszélni). Négy elemít végzett, kp. eredménnyel, munka miatt nem tudott többet végezni. Szülei földművesek, egy testvére van, aki egészséges. Első mensis 15 é. k.-ban, azóta is rendszeresen van. 22 é. k.-ban ment férjhez. Nagyon sokat dolgoztak, sokat segített férjének, 3 évre házat is tudtak venni. Férje iszákos, agresszív ember, aki részeg állapotban a házasságuk kezdete óta súlyosan bántalmazta betegünket. Sokszor el is menekült tőle. Férje nemcsak vele, hanem saját apjával is sokszor összeveszett, az apa és fia között lezajlott egyik súlyos összeveszés után 1955-ben az apát holtan hozták haza, vonat alá került. Betegünk meg van győződve, hogy nem baleset, hanem suicidium okozta halálát. A halott látványa felizgatta, majd súlyos depressio alakult ki, éjszakai szorongásokkal, amikor a halott látványa is felmerült mindig. A férj klinikánk ambulanciáján vizsgáltatta, depressiót állapítottak meg, de nem vétette fel. Azóta retteg a férjétől, egész nap remeg a hazajövetelétől, képesnek tartja arra is, hogy őt megölje. Állandóan lehangolt és szorong, főleg éjszaka. Azóta férje brutalitásait nem tűri, védekezik, vagy elmenekül. Olyan súlyos verekedések is előfordultak, hogy a férj a ruhát is letépte róla. Az utóbbi két évben mindig a férje miatt súlyos szorongás lép fel, elég sokszor csak ha meglátja és elrohan otthonról kukoricásba, a szomszéd faluba menekül, és napokig nem megy haza. Ez év májusában a férje megmondta, hogy mást szeret és gyermeke is van más asszonytól, el akar válni. Akkor egy brutális verekedés után elmenekült otthonról, nem tudott aludni és napokig rettegett, hogy értemegy a férje, fokozatosan megnyugodott és visszament. Júliusban ismét elrohant, rendőrök fogták meg, szülei magukhoz vették, otthon is állandóan szorongott, éjszaka kiszökött a kukoricásba és ott aludt. Psychosisai a mensessel nem függtek össze. A körzeti orvos sedatívumokat és larcagtölt adott, parenteralisan is, de állapota nem javult, ezért klinikánkra hozták. Férje elismeri, hogy súlyos sürlődások vannak köztük, de elmondja, hogy ezektől függetlenül spontán jelentkeztek egy-két hétig tartó lehangolt szorongó állapotok, 2—3 havonként teljesen rendezett kapcsolatuk idején is.

*Status a felvételtkor — somaticusan*: physicalisan belgyógy. és neurológiai eltérést nem találtunk. Rutin labor. vizsgálatai és liquora negatív. RR: 130/80 Hgmm. PEG: frontalisan durva foltos levegőtöltés, zárt sella, vasok crista galli látható. EEG: a nyugalmi alaphrhythmus nem értékelhető, evipiban solitár magas alphák, meredek hullámok észlelhetők diffúzan, egy-egy alkalommal pedig diffúz synchron göres-potenciálok.

*Psychésen*: anxiosus hypothyrim syndroma mutatható ki a nagyfokban primitív intellectusú betegnél. Az intelligencia vizsgálattal dementiát nem tudtunk kimutatni. Rorschach testben a hét organicus jegy mellett neurosisra utaló öt jegyet is találunk.

Psychosisa néhány nap alatt Andaxin, Sacerno szedésére megszűnik, elbocsájtása után a valóperi tárgyaláson résztvesz anélkül, hogy zavar jelentkeznék, két hónap múlva is tünetmentes.

4. T. S.-né, 27 é. *földműves neje*. Egy nagynénje öngyilkos lett (felakasztotta magát), két testvére van, egyik „nagyon ideges”. Első mensis 15 é. k.-ban. Dysmenorrhoeas, az utóbbi időben, mensis körül mindig idegesebb. 18 é. k.-ban ment férjhez, házassága hatodik hónapjában a rokonságban hirtelen haláleset fordult elő, ezzel összefüggően két hetes depressio lépett fel, sokat sírt, nem beszélt, csak írásban közölte a mondanivalóját, többször szorongott, kezeit tördelte. 5 hónap múlva férjének gyomorpanaszai miatti aggodalmi miatt lett depressió. 1952. októberben és 1954. szeptemberben szült, a terhesség és szoptatás ideje alatt depressio nem lépett fel. 1955. őszétől kezdve ismét felléptek a periódusok, évente általában 2—3 ízben voltak 5—8 napig tartó depressív állapotai, szorongásokkal, a periódusok a mensis előtt jelentkeztek általában. Felvétele előtt is szorong, három napja alig táplálkozik. 1959. szeptember 29-től 1959. október 30-ig állt klinikánkon gyógykezelés alatt.

*Statusa a felvételtkor — somaticusan*: Belgyógy. és neurológiai kóros eltérést nem találtunk. Rutin labor. vizsg. leletei; liquor: negatív. PEG: koponyája és kamrái asymetriásak, a j. kamra keskenyebb, mint a b. a subarachnoidealisan levegő j. o. dúsabb, a b. processus clinoides anterior meredekebb, mint a jobb. A sella sekély. A subarachnoidealisan levegőrajolat frontalisán igen kifejezett. EEG: (két alkalommal végeztünk a két vizsg. teljesen hasonló eredményt adott) éber állapotban lapos dysrhythmia, evipanban diffúzan magas alphák, meredek hullámok és néhány synchron túskekesülés észlelhető.

*Psychésen*: a felvételtkor maximalis szorongás lép fel, nem akar az osztályra jönni sedatívumok hatására szorongása hamarosan megszűnik, és súlyos psychomotoros gátoltság, nyomott hangulat kerül előtérbe, önvádjai, suicid gondolatai vannak.

Három nap múlva menses jelentkezik, tünetei megszűnnek. Periodusait motiválni igyekszik, arra hivatkozik, hogy azért van a menses körül a rosszullete, mert férje nem védekezik a terhesség ellen, és ő minden menses előtt fél a terhességtől, anyagi körülményeik miatt ugyanis több gyermekük nem lehet. Inteligencia vizsgálatlalt kóros eltérést nem tudunk kimutatni, intellectusa iskolai végzettségének (négy polgárit végzett jó eredménnyel) és helyzetének felel meg. Rorschack testben 6 organicus választ ad, neurosisra utaló válaszai is vannak.

Itt tartózkodásának további ideje alatt teljesen tünetmentes, dysmenorrhoeája miatt nőgyógyászati indicatoria curetaget végeztek, amelyet minden zavar nélkül viselt el. Sacerno szedést javasoljuk elbocsátásakor. Nem jelentkezik újra.

5. Sz. I.-né, 24 é. elvált. „Nehéz szülésből” született, későn tanult meg beszélni és járn. Iskolába nem járt, mert „nem fogott a feje”. Bátyja, testvére és anyja sem járt iskolába, de számolni és egyszerűbb dolgokat leírni megtanultak. Ő számolni sem tanult meg, csak úgy tud bevásárolni, ha a pénzt előre kiszámolják. 18 é. k. menstruál. 21 éves korban férjhezment és egy egészséges gyermeke van. 21 éves korban volt egy néhány hetes időszaka, suicid gondolatai is voltak, az állapot spontán megszűnt. Házassága nem sikerült, férje iszákos, durván bánt vele, ezért két éve elváltak. Jelenleg többször gondolt arra, hogy férjével ismét felveszi a kapcsolatot, férje azonban tudni sem akar róla. Részben emiatt, másrészt azért, mert otthon erősen felügyelnek rá, nagyon elkeseredett, lehangoztóságában tovább korholták, ekkor elment hazulról, több napig is távol volt, ivott, majd férfikkal barátkozott, suicidiumot kísérelt meg éjjel az utcán, rendőrségre került, onnan hozzák klinikánkra.

Status a felvételkor — somaticusan : Belgyógy. lényeges eltérést nem találnak. Neurológiailag : jelzett b. o. N. VII. paresis áll fenn, Rutin labor. vizsg. leletei : liquora negatív. PEG : frontalisan legkifejezettebb durvább subarachnoidealis levegőteldés. EEG : lásd I. ábrát.

Psychésen : anxiosus depressiv syndroma áll fenn, suicid szándékát továbbra is hangoztatja. Intellectusa : súlyos debilitás áll fenn, ennek megfelelnek a Rorschack-test adatai is.

Sedativ majd ES. kezelésekre javul, Sacernot, majd Actedron-Coffein gyógykezelésre tünetmentessé válik.

## II.

1. Dr. P. E. 47 é. ügyvéd, családjában ideg-elmebetegség nem fordult elő. Születése után m. k. o. alsótagja duzzadt volt, a duzzanat 3—4 é. k.-ban spontán visszafejlődött. Kanyarón és bányahimlőn esett át, 12 é. k.-ban pedig „spanyolja” és j. o. középfülgyulladás is volt, ezen oldalon hallása csökkent. Kp. tanuló volt, egyetemi hallgató korában édesapja halálakor megbukott. 16 é. k.-tól 42 é. k.-ig évente 3—4 főleg éjszakai grand mal-ja volt, az anticonvulsiv szerek szedése ellenére. Egy nővére van, aki piknikus alkatú, soha ideges panasza nem volt. Mindig nagyon félnék, zárkózott, csendes természetű volt. Félnéksége a grand malok fellépte óta fokozódott. Barátai nem voltak, a szűkebb családi körhöz kötődtek mindig érzelmei, szüleit nagyon tisztelte. Soha nem udvarolt, sexualis életet nem élt. Vallásos világnézetű. Legfőbb szórakozása az olvasgatás, szentimentalis ihletettséggé irredenta és vallásos verseket írt, 1—2 meg is jelent. 1940-től fokozatosan körülményeskedővé, ingerlékenyebbé vált. Ingerlékenysége miatt több évig tartó fegyelmi eljárás után 1952-ben felfüggesztették. Ügyvédi pályáján sok válópere volt, a rábízott ügyekkel mindig szívvel-lélekkel foglalkozott, ügyvédi foglalkozásának utóbbi éveiben vallásos elgondolások miatt többször kísérletet tett a valóni akarók kibékítésére.

1952. januárban arról számolt be, hogy fokozott jókedve van, nagy szellemi frisseséget érez, majd fokozatosan szorongóvá feszültté vált, attól félt, hogy üldözik, a lakásba is behatolnak és kihallgatják, ezért suttogva beszélt. Üres papírlapokon és házakon jeleket vélt felfedezni, a megjelölt házak valószínűleg „védve vannak”, ezért házuk ajtajára is titokban keresztet rajzolt. A bibliában olvasottakat a jelenre vonatkoztatta, pl. a bibliai sáskajárást a nyári szövőlepké elterjedésével hozta párhuzamba. 1952. február 27-től április 2-ig klinikánkon állt gyógykezelés alatt, paranoiditása kiterjedt a klinikára is, szorongása fokozódik, sedativ kurára tünetmentesen elbocsáthatóvá válik. 1952. május 25-től szeptember 20-ig, majd 1952. december 4-től december 14-ig, 1954. augusztus 9-től szeptember 11-ig, 1954. október 13-tól november 30-ig, 1955. január 4-től február 25-ig, 1955. április 27-től június 30-ig, 1956. február 19-től március 7-ig, 1956. július 19-től 25-ig, 1958. szeptember 23-tól december 22-ig és 1959. augusztus 31-től klinikán gyógykezelés alatt áll. Psychoticus állapotainak létrejöttében két alkalommal reaktiváló körülményre, lakásváltoztatás, ügyének tárgyalása is szerepet játszott. A periodusok nagyrészt hasonlóan zajlottak le, Spannung, szorongás hypothyria kísérte paranoid állapot, üldöztetése téves eszmékkel, vonatkoz-

tatásokkal. 1952-től 1956-ig 5 alkalommal (átlag 10 convulsio conservativ módon) ES kezelésben részesült, két alkalommal sedativ kezelésre rendeződött. Négy alkalommal ambulanter kapott 4—8 ES.-t. 1959. májusban összesen 40 tabl. Mysoline szedésére rendeződött állapota. A kezelésekre affectiv tünetei teljesen megszűntek, a doxasmákról nem számolt be, de halványan mindig fennálltak, a nyugodt időszakokban állása nem volt, zárkózottan élt, olvasgatott, írásokat készített, főleg régebbi ügyeivel kapcsolatban. Legutolsó jelen felvételére azért került sor, mert agresszív volt, több tankönyvté árusító üzletben járt, és a tankönyvek visszavonását követelte, mert azoknak erkölcsi tartalmát nem találta megfelelőnek, hatásági közegekkel is összetűzésbe került, két napig nem aludt, éjjel nappal járta a várost, éjjel bujkált, mert üldözőktől félt, nappal „hősiesen” igyekezett megoldani „hivatását”. Másfél hónapja a Sacernot rendetlenül szedi.

*Somaticusan* : asthenias alkatú betegünknel b.-ra két h. u. nagyobb szív, tompa szívhangok állnak fenn, decompenzált. Az EKG kp. fokú myocard. laesiot mutat. RR : 120/90 Hgmm. Strabismus convergens van (j. szem j.-ra tekintéskor nem tér ki), j. testfélen bizonytalan jellegű tactilis és algeticus hypaesthesia áll fenn. WaR liquorban és vérben negatív, vizeletben ubg. fok, egyéb eltérés nincsen. Liquora egyéb vizsgálatokkal negatív. We : norm. PEG : (1958. dec. 9.) lekerékített kamrák, a frontalis szarvak kifejezett tágulata, dús főleg frontalis subarachnoidalis levegőtölődés. EEG : (1958. novemberből 1959. novemberig) lásd 3. ábrát.

*Psychésen* : kp. fokban szorong, feszült, bizalmatlan, elmondja, hogy kiterjedt üldöztetésnek van kitéve, lakásában folyton behatolnak ha csak rövid időre is távol van. Meglopják akármilyen pontosan is bezárja az ajtót. Az üldözés részben gyógyszerrel történik, ez azonban nemcsak ellene irányul, hanem más „rendes emberek” ellen is : a külföldről kapott gyógyszereket eladják és helyettük mérgező anyagokat hoznak forgalomba. A vizit közben más betegnél említett Hibernál tabl. is mérgező, neve a régebben növény irtószerenek használt Hibernának felel meg, más gyógyszer mássalhangzói felelnek meg egy mérgező szer mássalhangzóinak. Most döbben csak rá, hogy egyszer régebben, amikor alszárán orbánca volt azt mondták, hogy erythemája van, aminek az a jelentése, hogy a magyar nép erü-je (egy Eötvös Károly regényből olvas hozzá idézetet) az téma, — vagyis tönkre kell tenni a hazához hű magyarokat. Symbolicus vonatkozásai igen nagyszámúak, több közülük nem is követhető, mert magyarázatukkor kiskövi incoherentia is fellép. Az üldözők igen nagyszámúak, az osztályon is vannak olyanok, akik a rendőrséggel összeköttetésben állnak, mindig újabb jeleket fedeznek fel, amik arra utalnak, hogy az orvosok, ápolók az üldözőkhöz tartoznak. Beszédje e mellett tapadás, egy-egy tárgynál hosszabb ideig megtapad, és nem téríthető el, hosszú körmondatai vannak. Változóan ingerlékeny, beszédese, majd zárkózott. Érzelmi élete ambivalentiákkal van tele, testvérét és egyik kezelőorvosát kedveli, de azokra is állandóan gyanakszik és változóan gyűlölettel beszél róluk. Intellectualisan csökken teljesítményeket nyújt mind a foglalkozására, mind az általános tájékozottságra vonatkozó ismeretekben, mind a magasabb kvalitásokra vonatkozóan. Enyhe demenciája a Rorschach-test vizsgálatból is kimutatható, ezenkívül még tiszta színválaszok, perseveratio (megtapadás egy alaptémánál) anatómiai stereotípiák fordulnak elő.

Mysoline rendszeres szedésére affectiv tünetei ismét visszafejlődnek, doxasmái változatlanul fennállnak.

2. M. J. 30 é. villanyserelő, 6 testvére van, ezek közül egy schizophrénia miatt jelenleg is elmeosztályon kezelés alatt áll. abd. 1951-ben. Öt elemit végzett kp. eredménytel. Hat évvel ezelőtt veszekedés közben fejtrauma érte, egy tányért vágta a fejéhez. Nyolc éve kezdett nagyobb mértékben alcoholizálni, ivótársak vették rá a különben zárkózott, nehezen barátkozó beteget. A korezmában sem beszélt senkivel, csak fogyasztotta az italt, s figyelte társait. 1955-ben nősült, családját nagyon szereti, amikor nem iszik, nagyon kedves és készséges, még a házi munkában is segít, de munkahelye távol van családjától és ott mindig ivott. 1958. július 31-től augusztus 25-ig, majd 1958. szeptember 17-től október 15-ig a miskolci kórház elmeosztályán állt kezelés alatt. A Dg : Alcoholos paranoid psychosis, alc. chron. Első alkalommal sedativ és largactil kúra után, második alkalommal insulin kúra után Antaethyl elvonásban részesült, megfigyeléses, üldöztetéses és mérgeztetéses doxasmái voltak. 1959. június -ig jól volt az Antaethylt rendszeresen szedte, azután fokozatos alvászavar alakult ki, majd nem evett, mert az ételnek furcsa ízét érezte. Feleségét betegnek tartotta és rá akarta beszélni, hogy szedjen gyógyszert. Ekkor 1959. július 13-án került sor a klinikánkra való felvételére, október 29-ig állt ápolásunk alatt.

*Status* a felvételtkor — *somaticusan* : Neurológiailag lényeges eltérést nem találtunk. Belgyógyászatilag pajzsmirigye kiskövi diffúze megnagyobbodott. Mellkas rtg.:

j. hilus kötegesebb, j. rekesz medialisán visszamaradt. EKG : R tengely jobbra devial, j. hypertrophia. Rutin labor. vizsg. leletek : liquor negatív. PEG : subarachnoidealisan frontalisán bőséges levegőtélődés mutatható ki. EEG : lásd 2. ábrát. Az ismételt vizsgálatokkal a különböző anticonvulzansok hatására a diffúzan megjelenő, különböző görespotenciálok számának csökkentését érjük el, tisztán Largactil adva érünk el teljes klinikai tünetmentességet, a görespotenciálok viszont ekkor észlelhetők a legkifejezettebben.

*Psychésen* : elmondja, hogy az ételnek valami különös ízét érezte, azért gondolta, hogy „valami bele van keverve”. Az üzembelen hirtelen rossz érzése támadt, minden olyan furcsa lett, többen néztek rá, akkor ment el mellette a szakszervezeti vezető és az üzemvezető, biztosan azért jöttek, hogy megfigyeljék. A munkatársai bosszantották „furcsán viselkedtek”. Éjjel többször halálfélelmei voltak, nagyon rossz érzései voltak, ezért volt ellenséges környezetével szemben. Érzései megváltoztak, a gyermekeit pl. szeretete, de meg is tudta volna őket ölni.

Tünetei spontán megszűntek, szorgalmasan segédkezett az osztályon, az anticonvulsansokra azután EEG.-ja is javult, majd a javulás ellenére a szerek szedése közben ismét psychoticussá válik. Úgy érzi, hogy megváltozott idegen volna a környezete, saját magát öregnek érzi, többször az az érzése, mintha Szegeden volna, társai között többeket mintha már régebben látott volna. A rádió mintha a gondolatait mondaná ki. Az ágyában kölnívíz szagot érzett, méltatlankodva mondja, hogy nem tudja, hogy az hogy került oda. Feleségét a látogatáskor teljesen idegennek látja, majd autisticussá válik, nem lehet vele contactusba lépni, hirtelen sírások, nevetések lépnek fel, később úgy mondja el, hogy ezek kényszerűen léptek fel. Három hétig tart psychosisisa, javulást és gyógyulást a régen alkalmazott tisztán Largactillal végzett kurával érünk el. Tünetmentes állapotban elvégzett intelligencia vizsgálattal dementiát nem tudjuk kimutatni. Rorschach-testében 6 organicus jegy van. Tünetmentes állapotban bocsájtjuk el 3 × 2 tabl. Hibernalt, 3 × 1 Sacernot javasolva, egy hónap múlva a controllon tünetmentes.

### III.

1. R. R. 17 é. leány, segédmunkás. „Gyengén fejlődő gyerek” volt. Hat testvére egészséges. Szülei földművesek, 5 é. k. óta nevelőapja van, tanyán laknak. Hét elemit végzett, rossz tanuló volt, többször bukott. Ingerlékeny, folyton fiúkkal járkált, nem lehetett rábízni semmit. Egy éve újját elvágta, sebészeti osztályra került, mikor meglátogatták, egy pohár bort adtak neki, ami után izgalmi állapot lépett fel, leugrott az első emeletről, énekel kiabált és zártosztályra kellett szállítani, néhány nap alatt megnyugodott. F. év június 10-én megszökött otthonról, szökését azzal indokolta, hogy nem engedték, hogy egy fiú ismerősével járjon. 1956. jún. 27-től aug. 21-ig klinikánkon gyógykezelés alatt állt. Felvételekor részeg, eszméletlen, felébredéskor súlyos izgalmi állapot alakult ki.

A felvételt követő napon *status — somaticusan* : physicalisan belgyógy. vizsgálattal és neurológiailag lényeges eltérést nem találtunk. Rutin labor. vizsg. leletei : liquor negatív. RR : 120/90 Hgmm. PEG : diffúze fokozott subarachnoideális levegőtélődés. EEG : lásd 5. ábrát.

*Psychésen* : előző napon venásan Largactil és Sevenalt kapott, éjszaka aludt, de korán reggel, már kiszaladt a kórteremből, az udvaron ugrál, tornászik, cigánykerekeket hány, 2,5 m magas falra nagyon ügyesen felmászik, ott csinál hidat, majd ismételten leugrik, torkaszakadtából trágár nótákat énekel, nevetve megjegyzéseket mond mindenkire, csak nehezen tudjuk vizsgálatra behívni. Itt trágár megjegyzéseket tesz, színesen és részletesen előadást tart arról, hogyan volt nevelőapjával sexualis kapcsolata, associatiója felgyorsult, minduntalan eltérül, hatalmas szóáradatban számol be arról, hogy színész és légtornász akar lenni, egyszerre énekel és tornászik, a legkisebb ellenmondás miatt dühindulatot mobilizál, toporzékol, majd egy trágárság ismét trivialis nóták ismétlése felé irányítja. Nyugtalansága később jactatioig fokozódik. 3 × 1 tabl. Sacerno és 3 × 50 mgr. Largactil adására fokozatosan megnyugszik. Magatartása ezután is liberált, könnyen dühbegurul, de azért szorgalmasan segédkezik az osztályon. A psychosisisa alatt történetekre jól emlékszik. Mivel kiderül, hogy kismennyiségű alkohol elfogyasztása után is fellép a nyugtalanság, fél dcl rummal terhelést végzünk, és EEG. vizsgálatot is végzünk. Az alaptevékenység, bár nyolc napja kihagytuk a Sacernot, jó alpha tevékenység, amely kevésbé stabil, mint a Sacerno szedése mellett, 30 perc múlva desynchronisatio lép fel, mely azonban nem tartós. Egy óra múlva súlyos nyugtalanság lép fel, EEG. vizsg. nem végezhető. A felvételinél súlyosabb manias exaltatio syndromája Largactil és Sacerno szedésére 5 nap alatt megszűnik. Az exaltatio tetőfokán tudatavar lép fel, incoherens, hatalmas mozgásvihar észlelhető. Nyugodt állapotban elvégzett intelligencia vizsgálatnál debilitás fókán álló oligophréniát állapítunk meg. Távozása után controllra nem jelentkezett.

## Összefoglalás

8 betegünkről számoltunk be, ötnél depressív tünetegyüttes, kettőnél paranoid schizopreniform psychosis, egynél pedig kóros részesség fordult elő, és EEG-val minden esetben jellegzetes epilepsiás paroxysmusok voltak kimutathatók. Két betegünkél volt megelőzően 17, illetve 6 éve motoros roham, egy betegnél volt epilepsiás caracterváltozás. A psychosisok klinikailag nagymértékben különböztek a tipusos epilepsiás psychosistól, hasonló volt a lefolyásuk és az anticonvulsiv szerekre való reakciójuk. Az EEG anélkül, hogy a localisatióra vonatkozó következtetéseket tudtunk volna levonni az organicus jelleg egyik kifejezője, egyéb adatok is amellettt szóltak, hogy organicus háttér fennállása nyilvánvaló és ez adja meg a thérápia irányát.

## Irodalom

1. *Bochnik, J.*: Előadás a német idegsebészek, ideggyógyászok és EEG-sek Berlinben 1956. szept. 19—22-ig megtartott ülésén. Ref. Zbl. 140. I. 24. (1957.) — 2. *Christian, W.*: Deutsche Zeitschr. Nervenheilkunde. 176. 693—700. (1957) — 3. *Gibbs, A., H. Davis, W. G. Lennox*: Arch. of Neur. 34, 1133—1148. (1935) — 4. *Hoff H.*: Wien Klin. Wchschr. 67, 137—140. (1955). — 5. *Haller W.*: Nervenarzt. 28, 385—389. (1957). — 6. *Kleist, K.*: Episodische Dämmerzustände. — G. Thieme Verlag, Leipzig (1926). — 7. *Kuhn, R.*: Schw. Arch. Neur. Psych. 76, 365—369. (1955). — 8. *Landolt, H.*: Schw. Arch. Neur. Psych. 76, 313—321. (1955). — 9. *Levin, S.*: J. Nerv. Ment. Dis. 116. 215—225. (1952). — 10. *Tucker, M., F. M. Forster.*: Arch. Neur. 64. 823—827. (1950). — 11. *Wissfeld, E.*: Nervenarzt. 28. 289—399. (1957).

Режэ Перторини—Паль Юхас: Атипичные эпилептические психозы.

R. Pertorini und P. Juhász: *Atypische epileptische Psychosen.*

Es wird über 8 Kranken berichtet, über 5 depressive Syndrome, 2 paranoide schizoforme Psychosen und über einen Fall von pathologischer Trunkenheit. Mit Hilfe des EEG konnten in jedem Falle charakteristische epileptische Paroxysmen nachgewiesen werden. Bei 2 Kranken zeigte sich vor 17 bzw. 6 Jahren ein motorischer Anfall, bei einem Kranken epileptische Charakterveränderung. Die Psychosen waren klinisch von der typischen epileptischen Psychose stark abweichend, ihr Verlauf und die Reaktion auf antikonvulsive Mittel waren ähnlich. Das EEG ist, ohne dass Folgerungen auf die Lokalisation gezogen werden konnten, eine Ausdrucksform des organischen Typ. Auch andere Daten sprechen für das Bestehen eines organischen Hintergrundes; hier durch wird die Richtung der Therapie bestimmt.

## Tájékoztató

Az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetben 1960. február 1-én *Rorschach tanfolyam* kezdődött, dr. Sai Halász András vezetésével.

Az 1960. II. 8—9-i III. *Eeg. tudományos ülés* előadóit kérjük, hogy előadásuk 15—20 soros kivonatát — magyar és angol nyelven — sürgősen küldjék el Dr. Juhász Pál, Debrecen, Idegklinikai címre.

## Paralysis spinalis spasticára vonatkozó megfigyelések egy családban

Írta: Dr. DOBI SÁNDOR és Dr. GYETVAI ERZSÉBET

A különböző kórfolyamatra visszavezethető spasticus gerincevelői bénulások képétől egy ritka familiarisan jelentkező betegséget kell elkülöníteni. Az *Erb* által „spasticus spinalparalysis”-nek nevezett betegség familiaris, „endogen” jellegét *Strümpell* hangsúlyozta. Kórbontani lényegét a gerincevelői pyramispályák caudalis irányba fokozódó velőtlenedése, a motoros kéreg Betz-féle pyramissejtjeinek pusztulása jelenti. Emellett enyhe velőshüvely pusztulás van a Goll nyálábokban és a Clarke-oszlop sejtjei is megfogyatkoznak. A folyamat tehát tisztán degeneratív jellegű, és *Schaffer* patológiai megfigyelései alapján annak csiralevel-electivitását emelte ki.

A betegség rendszerint fiatal korban kezdődik, férfiaknál gyakoribb és súlyosabb, subjective az alsó végtagok fáradékonysága, gyengesége, elnehezülése, objective paraspasticus tünetegyüttes, spasticus járászavar képében. A felső végtagokat csak később és enyhén érinti a megbetegedés, amely igen lassan progrediál és végül is járásképtelenséghez vezet.

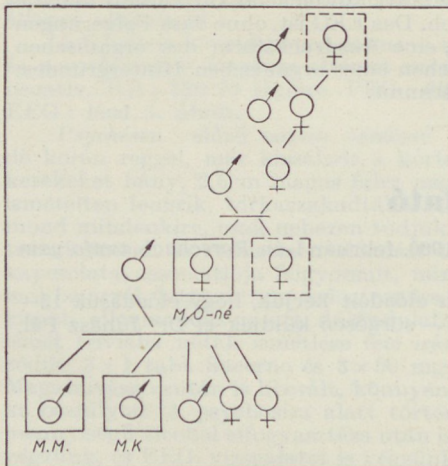
Az elmúlt években egy család két generációhoz tartozó három tagján volt alkalmunk a betegséget megfigyelnünk. Megfigyeléseinket az alábbiakban ismertetjük:

1. M. Mihály 47 éves, 1958. VII. 14-től VIII. 30-ig feküdt osztályunkon. Kórelőzmény: 3 éve kezdtek alsó végtagjai gyengülni, járása egyre nehezebb lett, lábai merevek, főleg a b. oldali. Hideg időben a merevség fokozódik.

Status: ép szemfenék; egyenlő, szabályos, normalisan reagáló pupillák; ép agyidegkör; m. o. hasreflexek renyhék; alsó végtagokban spasticus tónusfokozódás; m. o. térdreflex zónája a tibiára terjed, m. o. Babinski-, Rossolimo f. reflex; érzőkörben, kisagyi működésekben eltérés nincs. — Vizelet, vér WaR neg. RR: 95 Hgmm. We: 8 mm/óra. Vérvkép: vvt: 4 millió. Hgb: 60%. fvs: 7600. Se: 60%. Eo: 6%. Ly: 34%. Liquora minden tekintetben negatív. A gerinc Rtg enyhe arthrosis elváltozásokon kívül egyéb kórosat nem mutat.

2. M. Károly 37 éves, M. Mihály öccse, 1959. III. 16-tól IV. 9-ig feküdt osztályunkon. Kórelőzmény: kb. 3 éve kezdtek gyengülni az alsó végtagjai, időnként fájnak és zsibbadnak is. Fokozott igénybevételre és hidegre lábai merevek lesznek. Felső végtagjain hasonló tüneteket észlel, de igen kis mértékben. B. kezén háborús sérülés után karomállás fejlődött ki.

Status: ép szemfenék; egyenlő, szabályos, normalisan reagáló pupillák, ép agyidegkör; j. o. felső végtagon tónuseltérés nincs, invers radius periost reflex, b. kéz ujjain flexiós contractura (karomállás). Alsó végtagokon spasticus tónusfokozódás. B. o. kp. és alsó hasreflex hiányzik. M. o. térdreflex zónája a bokáig terjed, m. o. lábclonus, Babinski-, Schuchovskij f. reflex. Érzőkörben eltérés nincsen. — Vizelet, vér WaR neg. RR: 130 Hgmm. We: 4 mm/óra. Vérvkép: vvt: 4,3 millió. Hgb:



□ M. család általunk vizsgált beteg tagjai  
 □ Paralysis spinalis spast. gyanús esetek a családban (elhunytak)

1. ábra



85%. fvs : 6000. Se : 62, Mo : 8, Ly 30%. Gerinc Rtg kistokú arthrosison kívül egyéb eltérést nem mutat.

3. M. Orbánné, 71 éves, M. Mihály és Károly anyja. Lakásán vizsgáltuk. Kórelőzmény : kb. 30 éve alig tud járni, többnyire ágyban fekszik. Alsó végtagjai fokozatosan gyengültek és merevek lettek, az utóbbi években vizeletét nehezen tudja tartani. Leánytestvérének és anyai dédnagyanyjának volt hasonló betegsége. Őt gyermeke közül (2 leány, 3 fiú) két fiának van hasonló betegsége.

Status : egyenlő, szabályos, normalisan reagáló pupillák ; ép agyidegkör ; felső végtagokon tónus-, reflexeltérés nincs ; m. o. hasreflexek hiányoznak ; alsó végtagokon spasticus paraparesis, m. o. térdreflex zónája a bokáig terjed, m. o. lábcлонus, Babinski-, Schuchovski f. reflex. Érzőkörben, kisagyi működésekben eltérés nincsen.

Az M. családban előforduló megbetegedéseket családfarészleten mutatjuk be (1. ábra).

Eseteink egymáshoz igen hasonlóak, jellemző vonásaikat a következőkben foglalhatjuk össze : a kórelőzményben mindhárom esetben az alsó végtagok gyengülése és merevvé válása szerepel, ami a járást egyre nehezebbé tette. Két férfi betegünk néhány száz métert tud menni, anyjuk évtizedek óta csak néhány lépést. A járást kezdetben az alsó végtagok „gyengesége”, később inkább a nagyfokú merevség, spasticus tonusfokozódás, mint a bénulás, akadályozza. A merevséget a fokozott igénybevétel és a hidegbehatás is növeli. Felső végtagjaira csak egyik betegünknek (M. Károly) volt enyhe panasza, az objectív lelet azonban itt is szegényes. Az alsó végtagokon észlelhető tünetek mindhárom esetben azonosak : kétoldali spasticus tónusfokozódás, reflexfokozódás, kórosreflexek, a pyramispálya sérülésének jelei. A tünetek intenzitásában a két oldal között csak jelentéktelen különbség volt. Érzészavart, kisagytünetet, agyidegsérülés tünetét egyik esetben sem láttunk. Hólyag-, végbélműködési zavar sem volt, még 71 éves betegünknel sem kifejezett. A betegség kezdete pontosan egyik esetben sem állapítható meg. Betegeink a betegség kezdetének azt az időt jelölték meg, amikor az járásukat és munkavégzőképességüket jelentősen befolyásolta. Ez mindhárom esetben 34—44 életév közé esett. Kétoldali spasticus tünetegyüttest okozó egyéb kórfolyamat egyik esetben sem volt kimutatható. A jellemző kórelőzmény és klinikai kép alapján, figyelembevétel a familiaris jellegzetességet is, eseteinket jogosan paralysis spinalis spasticának tartjuk.

Az irodalmi adatokhoz (*Erb, Strümpell, Schaffer, Bodechtel és Schrader*) hasonlóan eseteinket azt látjuk, hogy azok a betegség kezdetét általában korábbi időpontra teszik, mint ami az általunk észlelt esetek kórelőzményéből kiderül. A fent említettek miatt mi is azon a véleményen vagyunk, hogy mindhárom esetünkben a betegség évekkal korábban jelentkezhetett, de betegeink az enyhe kezdeti tünetekre nem figyeltek fel és csak akkor kezdték magukat betegnek tartani, amikor járó- és munkavégzőképességük jelentősen csökkent. A lassú progressiót figyelembevétel ez évekkal korábbi kezdetet jelenthet, mint ahogy az a kórelőzményben szerepel. A pathológiai folyamat megindulását még korábbra kell tennünk. A kórelőzmény egyéb adatait betegeink hasonlóan és igen jellemzően mondták el, ebben a tekintetben az irodalmi adatokhoz képest eltérés nincsen.

Differentialdiagnostikailag számos megbetegedés jön szóba, és a paralysis spinalis spastica (vagy heredo-degeneratio spastica) klinikai kórisméjének a felállítása csak ezek kizárása után lehetséges. A Little-kór tünetei korábban nyilvánvalóvá válnak, úgyszintén az intrauterin agyi károsodások tünetei is, és az utóbbiak rendszerint nemcsak a pyramis-rendszerre korlátozódnak. A sclerosis multiplex tünettana is gazdagabb és változatosabb. A különböző eredetű gerincevelő compressiók érzészavarral járnak, kialakulásuk és előrehaladásuk is gyorsabb. Myelitisek és myelopathiák esetében a folyamat a pyramis pályákon kívül a gerincevelő egyéb részét is érinti és liquorelváltozást is

okoz. A Friedreich f. és Marie f. ataxiánál a hátsó köteg, illetve a kisagy laesiojának megfelelő tünetek előtérben vannak, amyotrophiás lateralsclerosisnál pedig a mellősszarv vagy bulbaris motorium sérülése kifejezett. Az általunk észleltekhez hasonló, tisztán csak két oldali pyramissérülés tünete által jellemzett esetek tehát egyéb kórfolyamattól klinikailag is elég biztonságosan elkülöníthetők. Könnyebbé teszi, ha a familiaris jelleg bizonyítható és a betegség a család több generációjában is jelentkezik (*Schaffer, Bremer, Thums, Voss*), mint eseteinknél is. *Van Bogaert* szerint azonban sporadicus előfordulás is lehetséges. *Babonneix* és munkatársai megfigyelése, csakúgy, mint *Schaffer* testvérpárja egy család egy generációhoz tartozó két-két tagjának megbetegedésére vonatkozik. Több szerző a Friedreich ataxia vagy az amyotrophiás lateralsclerosis felé átmenetet mutató eseteket közölt. *Davidenkov* mindezeket a kórképeket, néhány mással együtt, abiotrophiás folyamatként foglalta egybe. *Schaffer* pedig a paralysis spinalis spasticát a Friedreich f. és Marie f. ataxiával együtt (és általában a heredo-familiaris folyamatokat) olyan ideg-bántalomnak tartotta, amelyre a szövettani-, rendszer és szelvényes electivitás együttesen jellemző, és véleménye szerint a paralysis spinalis spastica „gyakran szövődik más öröklődő bántalommal, pl. heredoataxiával”. A familiaris jelleg kidomborítása véleményünk szerint az elkülönítő kórisme szempontjából hasznos és nem jelentheti az átöröklés problémájának túlértékelését, a genelmélet feltétlen elfogadását. Kétségtelen azonban, hogy vannak familiarisan előforduló idegrendszeri kórképek. A hazai irodalomban *Schaffer* spasticus spinalparalysises testvérpárján kívül *Benedek* a Parkisson-kór családi előfordulásáról és Huntington choreás családról számolt be. *Rakonitz* ballismusos megfigyelése is ide tartozik. A familiaris képek azonban ritkák, hazai megfigyelés a fentiekén túlmenően alig van, az általunk észlelt család ismertetésével mégis arra szeretnénk a figyelmet felhívni, hogy egyes esetekben ezzel a familiaris kórképpel is számolni kell.

### Összefoglalás

Szerzők egy család két generációhoz tartozó három tagján paralysis spinalis spastica kórképét figyelték meg. A kezdet mindhárom esetben a felnőtt kórra esett. Eseteiket az irodalmi adatokkal vetik egybe és típusosnak tartják. A klinikai differentiál diagnostikai kérdések felvetése után a heredo-familiaris idegrendszeri betegségek megfigyelésére vonatkozó csekélyszámú hazai közlést emelik ki.

### Irodalom

1. *Babonneix L., M. Miget* : Bull. Soc. Pédiatr. 29, 278. (1931). — 2. *Bodechtel G., A. Schrader* : Die Erkrankungen des Rückenmarks. Bergmann : Hbuch inn. Med. Neurol. II/2. Berlin. 1953. Springer. — 3. *Bogaert v. L.* : J. belge Neur. 33, 453. (1933). — 4. *Bremer, F. W.* : Arch. Psychiatr. 66, 477. (1922). — 5. *Davidenkov* : Hereditäre Krankheiten des Nervensystems. Moszkva. 1932. (Oroszul) — 6. *Erb* : Krankheiten des Rückenmarks. Hbuch spec. Path. u. Therapie. Bd. 11. Leipzig 1878. Vogel. — 7. *Schaffer K.* : Dtsch. Z. Nervenheilk. 73, 101. (1922). — 8. *Schaffer K.* : Arch. Psychiatr. 77, 675. (1926). — 9. *Schaffer K.* : Elme- és idegkórtan. Bp. 1927. Novák. — 10. *Strümpell A.* : Zbl. Neur. 1901. — 11. *Strümpell A.* : Arch. Psychiatr. 1901. — 12. *Thums* : Z. Konstit. lehre. 16, 513. (1932). — 13. *Voss G.* : Zbl. Neur. 1909.

Шандор Доби—Эржебет Дьетваи : Наблюдения над судорожным спинномозговым параличом в одном семье.

S. Dobi und E. Gyetvai : Beobachtungen über spinale spastische Paralyse in einer Familie.

## A foramen Magendie elzáródás és sebészi kezelése

Írta: Dr. PÁSZTOR EMIL

A Magendie-féle apertura mediana és a Luschka-féle aperturae laterales vezeték a ventricularis liquort a subarachnoidealis térbe, a cisterna cerebello-medullarisba, illetve a kisagyhídszöglet táji basalis cisternákba. *Barr* vizsgálatai szerint a foramen Magendie tágassága igen variabilis, 1—16 mm<sup>2</sup> között váltakozhat. A nyílások kicsiny volta lehetőséget ad ezen összeköttetések elzáródására, mely ha együttesen következik be, a liquor keringés obstructiós jellegű zavarához vezet. Sebészi szempontból elsősorban a foramen Magendie (f. M.) elzáródásának van jelentősége, mivel 1. a Luschka-féle nyílások helyzetüknél fogva nehezen tárhatók fel, ugyanakkor azonban 2. a f. M. felszabadítása egymagában is megoldhatja a liquorkeringési zavart.

A f. M. elzáródás létrejöhet fejlődési rendellenesség, vagy gyulladásos folyamat következtében. Első esetben tk. nem is elzáródásról van szó, hanem a f. M. agenesiájáról, melyet az irodalom (főleg az angolszász irodalom) mint Dandy—Walker syndromát ismertet. Ezen fejlődési rendellenesség kevésbé közismert, ezért az utóbbi években több közlemény foglalkozott a témával, bár még így is kevés a közölt esetek száma.

Normális fejlődés folyamán az intrauterin élet IV. hónapjában a myelencephalon lamina chorioidea epithelialisának átszakadásával jönnek létre a Luschka- és Magendie-féle nyílások. Kb. ugyanezen időben indul meg a liquor-termelődé is. Ha fejlődési zavar következtében a nyílások nem alakulnak ki, a IV. kamra óriási mértékben kitágul, rendszerint bizarr alakú, a vermis is agenesiás, a cerebellaris féltekék sorvadtak (egyesek szerint ezen utóbbi elváltozások secunder jellegűek). Rendszerint már közvetlenül a születés után észlelhető hydrocephalus igen gyorsan progrediál. A hydrocephalusos koponyának különösen occipitalis része hatalmas méretű, jellemző a dolichocephal koponya. Az inion magasabban áll. Craniogrammokon jellemzőek a confluens sinuum és a sinus transversus-táji kifejezett impressiók.

A kórképet elsősorban a csecsemőkorban észlelik, de leírtak már felnőttkori eseteket is. Annak lehetőségeit, hogy f. M. agenesiával a betegek egy része hogyan érhet el felnőttkort, különféleképpen magyarázzák.

A hátsó scalát majdnem egészében kitöltő cysta falából szövettanilag egy neuroepithel és egy kötőszöveti réteg mutatható ki, mely a fejlődési rendellenességet bizonyítja, s egyéb cystás elváltozásoktól biztosan elkülöníti.

A Dandy—Walker syndroma műtéti megoldása a cysta falának resectiójából áll, melynek következtében a liquor circulatiós zavar megoldódhat. A kezdetben igen magas mütéti mortalitással szemben ma már biztató eredményekről számolnak be. (*Dandy és Blackfan* 1914., *Taggart és Walker* 1942., *Coleman és Troland* 1948., *Russel* 1949., *Benda* 1954., *Gibson* 1955., *Gardner* 1957., *Hemmer* 1958., *Holland és Graham* 1958., *Schlegel* 1958., *Brodal és Hauglie—Hanssen* 1959).

Gyulladásos eredetű f. M. elzáródás, mint azt *Ingraham és Matson* (1954) is említi, igen ritkán alakul ki acut gyulladásos szakban, bár ilyen esetben is létrejöhet liquorblockád a purulens exudatum következtében. A f. M. elzáródása rendszerint meningitises folyamat következtében kialakuló heges letapadások miatt jön létre. A bacterialis eredetű gyulladások között elsősorban a meningococcus, az influenza bacillus, a strepto- és pneumococcus szerepelnek. Virus eredetű meningitis is vezethet körülírt arachnitishez (*Pette és Kalm*, 1953). Az arachnitisises folyamat kialakulásában azonban bacterialis

eredeten kívül steril gyulladások is szerepet játszhatnak. A steril gyulladások okai közül első helyen a vérzések állanak (*Russel* 1949). Születés közben felépő intracranialis vérzés is vezethet a későbbiekben arachnitis letapadásokhoz és f. M. elzáródáshoz (*Fraser és Dott* 1922). Arachnoidealis lenövések és f. M. elzáródás következhet be koponya trauma után is, akár késői szövődésményként (*Moritz és Wartmann* 1938).

Gyulladásos eredetű izolált f. M. elzáródásról kevés szerző számol be, mert kezdetben ezt nem különítették el a hátsó scala körülírt arachnitisének más területekre localizált folyamataitól, illetve azokkal egy csoportban tárgyalták. Ma is, főleg szovjet szerzők, összefoglalóan hátsóscala arachnitisnek közlik tapasztalataikat.

Először *Placzek és Krause* 1907-ben számoltak be körülírt, műtét közben észlelt cystás hátsó scala arachnoiditisről. *Oppenheim és Borhardt* 1910-ben közöltek hasonló esetet. A problema első részletes feldolgozása (1924) *Horrax*tól származik, aki Cushing által operált 33 esetet dolgozott fel, melyek a klinikai tünetek alapján hátsó scala tumor diagnózissal kerültek műtetre. *Barré* (1933) a hátsó scala arachnitiseket a következőkben csoportosította: 1. generalizált hátsó scala arachnitis, 2. cisterna magna arachnoiditis, 3. kisagyhídsgögleti arachnoiditis, 4. praepontin, illetve cerebellaris arachnoiditis, 5. IV. kamra serosus meningitis. *Petit—Dutaillis* (1933) ezen esetek sebészi megoldásait tárgyalva *Horrax* közlésén kívül még 13 esetet említ az irodalomból. *Davis* (1953) 194 intracranialis térszűkítő folyamat klinikai tüneteivel jelentkező arachnitiset operált, mely közül 44 volt hátsó scala localizációjú. *Rutenburg* (1957) 10 hátsó scala arachnitis betege operált, *Oglesnev* (1958) pedig 65 gyermekkori hátsó scala arachnitis operált esetéről számolt be.

Ezen utóbbi közleményekben a f. M. tájra localizált folyamat, a hátsó scala más területeire localizált körülírt cystás arachnitis, vagy az általános hátsó scala arachnitis nincsen különválasztva. Ezzel szemben *Dandy* (1921) két gyulladáson alapuló izolált f. M. elzáródásról számol be. *Arendt* (1948) hydrocephalus monographiájában 6 izolált f. M. elzáródást ismertet. *Schlegel* (1958) 4 gyulladáson alapuló f. M. elzáródás műtéti tapasztalatát közli. *Schefer* (1958) 36 hátsó scala arachnitis betege közül 26 esetben észlelt teljes f. M. elzáródást.

A f. M. elzáródás tünetei középvonalas tumor, illetve obstructió hydrocephalus klinikai képében jelentkeznek. Az esetek nagyobb részében szemfenéki pangás észlelhető. Az oclusiv hydrocephalus diagnosztizálásában és az oclusio helyének meghatározásában a ventriculographiának, a liquor-dinamikai- és festék próbáknak van jelentősége.

A gyulladáson alapuló elzáródás megszüntetése a letapadások és heges kötegek oldásával, a f. M. recanalizációjával érhető el. Abban az esetben, ha a heges kötegek igen vaskosak, vagy ha vongálásuk agytörzsi károsodással járhat, a hegek oldása helyett a passage biztosítása céljából a vermis alsó részének incisióját végzik el *Foerster* szerint (*Guleke* 1950).

*Oglesnev* közlésében a gyermekkori hátsó scala arachnitis műtéti mortalitása 18,4%. *Schefer* 33 operált betege közül ötöt vesztett el. *Arendt* 6 betegéből egy, *Schlegel* 4 betegéből egy halt meg a műtét következtében.

Az irodalmi adatokból az is kitűnik, hogy elég tekintélyes a korai és késői, ismételt oclusióhoz vezető recidívák száma, mely rendszerint halálhoz vezet. Saját tapasztalataink csupán a gyulladáson alapuló f. M. elzáródással kapcsolatban vannak, ezért részletesebben ezen kórképről számolunk be s egyben ismertetjük azon műtéti módosításunkat, melyet a postoperatív korai recidívák elkerülése céljából vezetünk be, s ma már rendszeresen alkalmazunk.

Intézetünkben gyulladásos eredetű f. M. elzáródás miatt 8 beteget operáltunk. Hét beteg esetében a gyulladásos eredet kimutatható az anamnesisben (5 esetben meningitis, 1 esetben súlyos influenza, 1 esetben pedig pneumonia és tonsillitis). 1 esetben szülési traumával kapcsolatos vérzés okozta körülírt arachnitisre lehetett következtetni.

Megfigyelésünk szerint, mely megegyezik Schlegel észlelésével, a klinikai képet gyermekeken elsősorban az oclusiv hydrocephalus symptomái, felnőtteken az intracranialis nyomásfokozódás és a kisagy laesiójának tünetei jellemzik. Tapasztalataink szerint a betegség gyakran hullámzó lefolyású, elsősorban a fejfájásos rohamok intenzitását és a tudatállapotot illetően. Megfigyelhettük, hogy a decompensatiós állapot igen gyorsan is kialakulhat. Két betegünk esetében comás állapot, kettőnél pedig légzésbénulás lépett fel egészen hirtelen. Ezen esetekben az azonnal elvégzett ventriculus punctio a súlyos állapotot megszüntette. Hat betegünkönél észleltünk szemfenéki pangást, többségükben súlyos fokban (3—4 D). A klinikai kép értékelése és a diagnosztikus eljárások elvégzése után két betegünk esetében egyértelműen a gyulladásos eredetű oclusiv hydrocephalus (f. M. elzáródás) diagnózisát állítottuk fel. Négy beteg esetében praeoperative nem tudtunk határozottan állást foglalni f. M. elzáródás, illetve hátsó scala térszűkítő folyamat között. Két esetben cerebellaris tumor volt a praeoperativ diagnosis.

Minden esetben a hátsó scala feltárásakor a f. M. elzáródását észleltük, s műtéti eljárásaink a f. M. recanalizációjából, vagy vermisi incisióból, vagy az általunk alkalmazott kiterjedtebb vermisi és tonsillaris resectióból állottak. Utóbbi eljárással négy beteget operáltunk.

Nyolc betegünk közül öt ma is él, a műtét óta eltelt idő: 10 év, nyolc év, hét év, másfél év, 10 hónap; a betegek munkaképesek és panaszmentesek. Resectiós típusú műtét után beteget nem vesztettünk el.

Egy négy éves betegünk a f. M.-t elzáró heges kötegek oldása után három évig volt jól, amikor ismételt oclusio tünetei miatt reoperatio vált szükségessé. Vermisi incisiót végeztünk, mely újabb másfél évig volt eredményes. Ekkor ismét fellépő oclusio miatt shunt műtéttel próbálkoztunk, azonban eredménytelenül. A gyermeket az első műtéti beavatkozástól számított négy év és nyolc hónap után elvesztettük. Két betegünk a műtét utáni első, illetve harmadik napon halt meg. Egyikük műtét közbeni epilepsziás roham okozta kamravérzésben, a másik beteg esetében biztos halálokot megállapítani nem lehetett.

### Megbeszélés

A témával kapcsolatban három kérdést szeretnék részletesebben tárgyalni: 1. a gyulladásos folyamat localizált jellegének problémáját, 2. a praeoperatív diagnózis felállításának kérdését, 3. a műtéti megoldás lehetőségeit, illetve általunk alkalmazott módszerét.

ad 1. Egyes szerzők véleménye és vizsgálatai alapján (*Baron, Oglesnev*) izolált f. M. elzáródásról pathológiai szempontból nem beszélhetünk, mert a gyulladásos folyamat ill. annak következményei a hátsó scala egyéb helyein is kimutatható. Gyakran a f. M. elzáródásával együtt jár a cisterna magna letapadása is, máskor kiterjedtebb basalis arachnitiszes folyamatot is észlelnek. Klinikai szempontból azonban mégis elfogadható a fent említett Barréféle felosztás, mely jól localizált gyulladásos folyamatokat is elismer. Támogatja ezen véleményt Horrax eseteinek szövettani feldolgozása is, melyet *Bailey* végzett el, s két esetben corticalis scleroticus elváltozásokat észlelt, melyet localisan lezajlott encephalitisnek tartott. *Zulch* (1950) a f. M. elzáródásnak két formáját különíti el. Egyik esetben a gyulladásos folyamat miatt

a f. M. záródik el, másik esetben a cisterna magna körkörös letapadása következtében mintegy subarachnoidealis cysta okozza a IV. kamra kimenetének elzáródását. Patológiai szempontból is jól elkülöníthető tehát egy localizált, izolált elzáródásos forma.

Klinikum és operabilitás szempontjából nem is az a fő probléma, hogy az elzáródott f. M. mellett kimutatható-e a hátsó scala egyéb helyein gyulladáshoz vezető folyamat következménye, hanem az, hogy az esetleg kiterjedtebb arachnitis elváltozás milyen mértékű, s a liquorkeringés szempontjából szerepet játszik-e. Ha a f. M. elzáródása mellett a basalis cisternák is kiterjedten letapadtak, vagy a liquor felszívó felület súlyosan károsodott, az elzáródott f. M. felszabadítása nem oldja meg a szövődményes liquorkeringési zavart. Bár néha még így is átmeneti ideig javulás állhat be, mert a basalis cisternák elzáródása ritkán jelent teljes occlusiót, s az alapfolyamathoz társult f. M. elzáródás megszüntetése javulást eredményez.

P. J. két és fél éves betegen (190/1957) meningitis tbc. után jelentkezett az occlusió típusú hydrokephalus. A hátsó scala feltárásakor a f. M.-t elzáródva találtuk és recanalizációt végeztük. A kétségtelenül fennálló basalis folyamat ellenére az occlusiónak ezen megszüntetése másfél évi panaszmentességet jelentett. Az ezután jelentkező intracranialis nyomásfokozódás már sem az alkalmazott ventriculo-ureteralis, sem ventriculo-pleuralis shunttel nem volt befolyásolható. Feltehetően az alapfolyamat progressiója vezetett a befolyásolhatatlan liquorinamikai zavarhoz. Ezt a beteget nem is soroltuk be jelen közleményünk anyagába, mivel véleményünk szerint az alapfolyamat jelen esetben a basalis meningitis volt, melyhez csak társult a f. M. elzáródása.

A tapasztalatok tehát azt bizonyítják, hogy beszélhetünk klinikailag izolált f. M. elzáródásról, mikor a gyulladás következménye csupán a f. M. területére localizálódik, vagy olyan esetekben is, mikor bár kiterjedtebb, de a liquorkeringés szempontjából nem jelentős az arachnitis elváltozás. Kétségtelenül bizonyítja ezt első, második és harmadik számú esetünk, melyekben a f. M. elzáródás megszüntetése, vagyis a liquorelfolyást biztosító műtét után már 10, 8, 7 év telt el, s a betegek panaszmentesek.

ad 2. A praeparativ diagnózis felállítása azért jelenthet problémát, mert a klinikai kép alapján gyakran nehéz különbséget tenni gyulladáshoz vezető fejlődési rendellenességen alapuló f. M. elzáródás, ill. hátsó scala térszűkítő folyamat között. A fejlődési rendellenesség és gyulladáshoz vezető elzáródás differenciálásában segítséget jelent a fejlődési rendellenességre jellemző koponya Rtg. elváltozás, azonban közöltek már típusos Rtg. jelek nélküli Dandy-Walker syndromát is (*Coleman és Troland*). Gyulladáshoz vezető elzáródás lehetőségére hívja fel a figyelmet az anamnesisben szereplő meningitis, mely az irodalmi adatok szerint néhány héttől több évig terjedő idővel is megelőzheti az occlusiv hydrokephalus kialakulását. Betegeink közül egyiket csupán 3 héttel korábban kezelték meningitis miatt, másik esetben viszont két és fél évvel azelőtt zajlott le meningitis. Ez utóbbi esetben bár elsősorban gyulladáshoz vezető elváltozásra gondoltunk, nem lehetett kizárni esetleges cerebellaris tumor lehetőségét sem. Korábban lezajlott és gyógyult meningitis után ugyanis felmerülhet a meningitistől független tumor lehetősége is. Más esetekben az anamnesisből egyéb szervek gyulladáshoz vezető folyamatairól van tudomásunk, s a meningitis latens formában zajlott le. Egyik betegünket pl. kinek felvétele előtt 6 évvel pneumóniája, majd később tonsillitis volt, meningitissel soha nem kezelték. Egy később részletesen ismertetendő esetünkben az évtizedek óta fennálló b. o. otogén folyamat, valamint a félévvel korábban elvégzett fülműtét után, s a felvételtkor észlelt b. o.-i cerebellaris tünetek alapján joggal gondoltunk elsősorban b. o.-i cerebellaris abscessusra.

A f. M. elzáródás és a cerebellaris tumor közötti differentialdiagnózis

szempontjából a ventriculographiának van nagy jelentősége. Míg f. M. elzáródás esetében szimmetrikus hydrokephalus mellett tág IV. kamra észlelhető, addig tumor esetében a IV. kamra beszűkült, nem telődik, vagy dislocalt, esetleg az aquaeductus is deformált. Egyik esetünkben a szimmetrikus hydrokephalus mellett telődő tág IV. kamra kétségtelenné tette a diagnózist. Más esetekben azonban szimmetrikus hydrokephalus mellett a IV. kamra nem telődött, s ezért kérdéses diagnózissal (f. M. elzáródás, vagy tumor) került a beteg műtetre. Ezen esetekben a IV. kamra elégtelen telődése technikai okokkal magyarázható.

Pontos praeoperatív diagnózis hiányában is azonban a folyamat localizációja ismert, s ezért a hátsó scala exploratio elvégzendő.

ad 3. A gyulladáshoz eredetű f. M. elzáródás eddig alkalmazott műtéti megoldásai: a f. M. recanalizáció, vagy liquor passaget biztosító vermisen incisio, valamint a Dandy (1945) javasolta, vermisen keresztül történő szélesebb resectio. Ha a tonsillák a canali spinalisba érnek le (Arnold—Chiari-forma), ezek eltávolítása is elvégzendő (Dandy).

Irodalmi adatok és saját tapasztalataink is arra hívták fel a figyelmet, hogy bizonyos esetekben a kiterjedt resectio nélküli műtéti megoldások a liquor passaget tartósan nem biztosítják, s ismételt elzáródás alakul ki. Rendszerint a műtét után néhány héttel újra az occlusiv hydrokephalus tünetei észlelhetők.

*Oglesnev* közlése szerint a meghalt betegek kb. 50%-ában az exitus a műtétet követő napokban állott be, a betegek másik fele azonban kettő-három heti kielégítő állapot után ismételt occlusio tünetei közt exitáltak. *Rutenburg* egy betege a műtét után 3 hónappal, *Schefer* 1 betege ugyancsak 3 hónap után az occlusio recidivája miatt halt meg. *Schlegel* egyik betegénél 3 hetes postoperatív javulás után ismét occlusiv hydrokephalus tünetei jelentkeztek, s az ekkor alkalmazott műtét (plexus chorioideus coagulatio) is eredménytelen volt.

Mi is ismertetendő betegünk esetében reoperatiókor az előzőleg felszabadított heges kötegek újbóli letapadását találtuk a f. M. területében.

K. É. 17 éves nőbetegünk (1738/1957) 2 hónappal előbb influenzás eredetű meningoencephalitisen esett át. Kórházi kezelésben részesült, fejfájása és szédülése azonban nem javult, sőt szemfenéki pangás alakult ki. Állapota hirtelen romlott, majd beékelődés tünetei és légzésbénulás lépett fel. Lobelin adására légzésbénulása oldódott. Intézetünkbe helyezték át a beteget. Nálunk a szemfenéki kép inkább a papilla gyulladáshoz való elváltozására utalt és a beteg tünetei is javultak dehidrációra, azonban egy erős fejfájásos roham után eszméletvesztés és újabb légzésbénulás jelentkezett. Ekkor ventriculus punctiót végeztünk, mire állapota rendeződött. Ezek után feltártuk a hátsó scalát, hol f. M. elzáródást találtunk. A hátsó scalában egyéb helyeken gyulladáshoz való elváltozás következményeit nem észleltük. A f. M.-t elzáró heges kötegeket oldottuk, s a liquor passaget helyreállítottuk. Három hét múlva azonban újra elzáródás tünetei jelentkeztek. A ventriculus punctió magas nyomást mutatott, s a kamrából lebecsátott liquor a beteg állapotát javította. Ezért ismételt műtétet végeztünk, melynek alkalmával az előzőleg oldott heges lenövéseket újra összetapadva találtuk. Ekkor a vermisen alsó részének és mko. tonsilla medialis részének resectióját végeztük el, s így a IV. kamra felé újbegynyi széles communicatiót létesítettünk. Ezután zavartalan gyógyulás. Jelenleg másfél évvel a műtét után panaszai nem jelentkeztek.

Esetünkben ismertetett ismételt f. M. elzáródást az első műtéti traumatizatio és vérzés okozta sterilgyulladásos folyamattal magyarázzuk. *Bondarcsuk* véleménye szerint is a műtétet lehetőleg vérzésmentesen kell végezni, mert ez vezet az újabb letapadásokhoz. A *Finlayson* és *Penfield* által leírt „acut postoperatív asepticus leptomeningitis” a műtéti vérzés következtében jön létre. Leírásuk szerint meningitis klinikai jelei nincsenek, a liquor bacteriológiailag negatív, sectionál leptomeningitises elváltozásokat lehet észlelni, s vérpigmentet a műtéti területben.

Ezek alapján jutottunk azon elhatározáshoz, hogy a f. M. gyulladással elzáródása esetén ne elégedjünk meg az egyszerű recanalisációval, vagy vermális incisióval, hanem a liquor passaget tágabb nyíláson keresztül biztosítsuk. Ismertetett esetünkben is reoperatio alkalmával a resectiós műtéttel a tág IV. kamra és a cisterna magna között széles közlekedést biztosítottunk. Feltételezhető, hogy ilyen tág nyílás esetén az esetleges postoperatív steril gyulladással járó folyamat a communicatiót ismételtelen elzárni nem tudja.

Ezen tapasztalatok birtokában operáltuk meg 8. betegünket, akinél már az első műtét alkalmával a resectiós megoldást alkalmaztuk, bár egyszerű recanalisációval is biztosíthatnánk volna a liquor passaget. Sima postoperatív lefolyás után korai recidiva nem jelentkezett, s jelenleg 10 hónappal a műtét után a gyermek panaszmentes.

Áttanulmányoztuk régebben operált f. M. elzáródással betegek klinikai, műtéti valamint postoperatív gyógyulásának adatait is. Ezek között is szerepel egy beteg, akinél a f. M. recanalisációja után 5 héttel ismételt elzáródás következett be. Reoperatiókor a liquorkeringés helyreállítását csak resectiós műtéttel tudtuk megoldani.

M. E. 28 éves nőbetegünknel (256/1949) fél évvel felvétele előtt otogen eredetű meningitis zajlott le. Az anamnesis és a klinikai kép alapján b. o. cerebellaris abscessusra gondoltunk és ventriculus punctio után Bucy-féle laterális feltárást végeztünk. A műtét területén kóros elváltozást nem találtunk, a f. M. látótérbe nem került. Mivel a beteg állapota nem változott, hat hét múlva pozitív ventriculographia után teljes hátsó scala feltárást végeztünk. Az észlelt f. M. elzáródást a heges összenövések oldásával megnyitottuk. Öt hét múlva azonban ismét occlusio tünetei jelentkeztek, mely miatt reoperatiót végeztünk. A f. M.-t az egymáshoz és a nyúltvelőhöz letapadt tonsillák és heges kötegek zárták el. Az óriásira tágult IV. kamra felől úgy tudtuk csak biztosítani a liquor passaget, hogy mko. tonsilla és mko. cerebell. hemisphaerium medialis részét resectáltuk. A műtét utáni ataxiás zavarok fokozatosan megszűntek, s a beteg jelenleg 10 évvel a műtét után panaszmentes.

Még egy betegünk volt korábban, akinek már az első műtét alkalmával az adott situatio miatt a resectiós megoldást alkalmaztuk teljes sikerrel.

Tehát a két régebben végzett s a műtéti situatio megkövetelte resectiós műtéttel kapcsolatban is az utóbbi esetekhez hasonló jó eredményekről számolhatunk be.

Saját tapasztalataink tehát arra az eredményre vezettek, hogy gyulladással eredetű f. M. elzáródás esetében a heges kötegek egyszerű oldása, a recanalisatio vagy a vermális incisio helyett, mint eredményesebb megoldást *minden esetben* a vermális és a tonsillák részleges resectióját végezzük el. Ez a műtét megakadályozza az esetleges postoperatív steril gyulladást okozta ismételt letapadást, mivel tág communicatiót biztosít a IV. kamra és a cisterna magna között. A resectio könnyen elvégezhető és functionális károsodással nem jár.

### Összefoglalás

1. A f. M. elzáródása létrejöhet fejlődési rendellenesség vagy gyulladással járó folyamat következményeként.
2. A f. M. elzáródás klinikailag occlusiv hydrocephalus képében jelentkezik, s a sebészi beavatkozás célja az occlusio megszüntetése.
3. Gyulladással eredetű f. M. elzáródás eseteiben tekintetbevéve az irodalomból is ismert és általunk is tapasztalt korai recidivákat, műtéti megoldásként minden alkalommal a vermális alsó részének és a tonsillák ill. a cerebellum medialis részének resectiójából álló műtétet javasoljuk. Tapasztalataink szerint ezen resectiós műtét az esetleges postoperatív steril gyulladást okozta recidivákat megakadályozhatja.



## Irodalom

1. *Arendt, A. A.*: A hydrokephalus és sebézi kezelése. Moszkva. 1948. Medgiz. (Oroszul). — 2. *Baron, M. A.*: Személyes közlés. — 3. *Barr, M.*: Brain 71: 281—289. (1948). — 4. *Barré, J.-A.*: Rev. Neurol. 40: 897—918. (1933). — 5. *Benda, C. E.*: J. Neuropath. exp. Neurol. 13: 14—29. (1954). — 6. *Bondarcsuk, A. V.*: A gyakorlati idegsebészet alapjai. Leningrád. 1954. Medgiz. (Oroszul). — 7. *Brodal, A., Hauglie-Hanssen, E.*: J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 22: 99—108. (1959). — 8. *Coleman, C. C., Troland, C. E.*: J. Neurosurg. 5: 84—88. (1948). — 9. *Dandy, W., Blackfan, K.*: J. A. M. A. 61: 2216—2217. (1913). — 10. *Dandy, W., Blackfan, K.*: Am. J. Dis. Child. 8: 406—482. (1914). — 11. *Dandy W.*: Surg. Gynec. Obstet. 32: 112—124. (1921). Surgery of the brain. Hagerstown, Maryland. 1945. W. F. Prior Comp. — 12. *Davis, L.*: The principles of neurological surgery. London 1953. H. Kimpton. — 13. *Finlayson, A., Penfield, W.*: Arch. Neurol. Psychiatr. 46: 250—276. (1941). — 14. *Fraser, J., Dott, N.*: Brit. J. Surg. 10: 165—191. (1922—23). — 15. *Gardner, J. W.*: J. Neurosurg. 14: 591—607. (1957). — 16. *Gibson, J. B.*: J. Neuropath. exper. Neurol. 14: 244—262. (1955). — 17. *Guleke, N.*: Die Eingriffe am Gehirn. In Kirschners Operationslehre II. Berlin. 1950. Springer. — 18. *Hemmer, R.*: Arch. f. Psych. Zschr. f. d. ges. Neurol. 197: 206—214. (1958). — 19. *Holland, H. C., Graham, W. L.*: J. Neurosurg. 15: 688—694. (1958). — 20. *Horrax, G.*: Arch. Surg. 9: 95—112. (1924). — 21. *Ingraham, F. D., Matson, D. D.*: Neurosurgery of infancy and childhood. Springfield. Illionis. 1954. Ch. Thomas. — 22. *Moritz, A., Wartmann, W.*: Amer. J. Med. Sc. 195: 65—70. (1938). — 23. *Oglesnev, K. Ja.*: Vopr. Neirochir. 22; 1: 28—34. (1958). — 24. *Oglesnev, K. Ja.*: Vopr. Neirochir. 22: 4: 12—18. (1958). — 25. *Oppenheim, H., Borchardt*: Deutsch. med. Wehschr. 2: 57—61. (1910). — 26. *Petit-Dutaillis, D.*: Rev. Neurol. 40: 919—938. (1933). — 27. *Pette, H., Kalm, H.*: Arachnitis adhesiva circumscripta. In Handbuch der inneren Medizin vol V/3. Berlin. 1953. Springer. — 28. *Placzek, S., Krauses, K.*: Berl. Klin. Wehschr. 44: 911—918. (1907). — 29. *Russel, D. S.*: Observations on the pathology of hydrocephalus. London 1949. — 30. *Rutenburg, M. D.*: Vopr. Neirochir. 21. 6: 42—43. (1957). — 31. *Schefer, D. G.*: A szverdlovszki orvosi főiskola gyűjteményes kiadása. 1958. (Oroszul) — 32. *Schlegel, H.*: Acta Neurochir. 6: 241—267. (1958). — 33. *Taggart, J. K. Jr., Walker, A. E.*: Arch. Neurol. Psychiatr. 48: 583—612. (1942). — 34. *Walker, A. E.*: J. Neuropath. exper. Neurol. 3: 368—373. (1954). — 35. *Zülch, K. J.*: Zbl. f. Neurochir. 10: 25—38. (1950).

Эмиль Пастор: Закупорка отверстия Магендии и её хирургическое лечение.

E. Pásztor: Okklusion des Foramen Magendie und ihre chirurgische Behandlung.

1. Die Okklusion des Foramen Magendie kann als Folge einer Entwicklungsanomalie oder eines entzündlichen Prozesses zustandekommen.
2. Klinisch äußert sich die Okklusion des Foramen Magendie als okklusiver Hydrokephalus; durch den chirurgischen Eingriff soll die Okklusion behoben werden.
3. Die bisher angewandten operativen Lösungen der durch Inflammation verursachten Foramen Magendie-Okklusion waren Rekanalisation des Foramen Magendie oder Inzision des Vermis. In Anbetracht der sowohl aus den Literaturangaben, als auch im Laufe der eigenen Erfahrungen früh eintretenden Rezidive wird als Lösung eine Operation empfohlen, die aus Resektion des unteren Teiles des Vermis und der Tonsillen bzw. des medialen Teiles des Cerebellum besteht. Die eigenen Erfahrungen erwiesen, dass durch diese Resektion die durch eine eventuelle postoperative sterile Entzündung verursachten Rezidive verhütet werden können.

## **A caloriás nystagmus befolyásolása gyógyszeres úton\***

Írta: BODÓ GYÖRGY dr.

Számos olyan centrális eredetű spontán nystagmus van, amelynek központja ismeretlen. Ilyen spontán nystagmus például a nystagmus alternans. 1957-ben Ozsváth Károly dr.-al két nystagmus alternans esetet ismertettünk. Beszámolóinkban említettük, hogy ennek a nystagmusnak az okát eddig nem sikerült megtalálni.

Az ismeretlen eredetű centrális spontán nystagmusok eredetének a felderítésére új utakat kerestünk. Elgondolásunk az, hogy a vestibuláris készülékre ható különböző gyógyszerek hatásának tanulmányozása révén esetleg elérjük a jelenleg ismeretlen eredetű centralis nystagmus fajták elkülönítését és keletkezési helyük felismerését.

Így lehetséges, hogy idővel a vestibularis készülék jelenlegi vizsgálo módszereit egy új vizsgálo eljárással, a gyógyszeres testek kiépítésével gazdagíthatjuk.

Első lépésként a chlorpromazin vegyületek közül a magyar Hibernál tablettának és a francia Largactil iv. injectiónak a vestibularis készülékre gyakorolt hatását vizsgáltuk. Ezeknek a vizsgálatoknak az eredménye tanulmányunk tárgya.

A chlorpromazin széleskörű hatásai közül csak az antiemeticus hatást említjük meg. Az apomorhin hatását gátolja, viszont a digitalis és morphium okozta ugyancsak centralis hányást egyáltalában nem csökkenti. Cook és Toner leírták, hogy a kineticus izgalmak által kiváltott hányást, mint amilyen a tengeri betegség, csökkenti. E hatásainál fogva a vestibularis készülék megbetegedései által létrehozott szédülés és hányás gyógykezelésében jól bevált.

Hatásmechanismusáról nem sokat tudunk. Támadási pontja valószínűleg a formatio reticularis. Wase, Christensen és Poley S<sup>35</sup> izotopot építettek be a phenothiazin gyökbe és ezen a réven megállapították, hogy az a hypothalamusban gyülemlik fel nagy mennyiségben.

Hatásmódja valószínűleg abban áll, hogy a fehéjéhez kötött serotonint szabaddá teszi. Decsi és Méhes szerint a depressiv hatást az agyi phosphat-synthesis gátlásával idézi elő.

### *Módszer*

A chlorpromazinnak a vestibularis készülékre gyakorolt hatását tíz olyan 21 éves férfin vizsgáltuk meg, akiknek ép volt a cochleo-vestibularis apparatusuk, továbbá két olyan 21 éves férfin, akiknek ismeretlen okú, centralis eredetű spontán nystagmusa volt.

A tíz egészséges egyénnél mindkét oldalt electronystagmograph segítségével meghatároztuk azt, hogy a fülnek 150 ml. 20 C°-os vízzel történt calorizálása milyen hosszú ideig tartó, milyen frekvenciájú és mekkora amplitudójú nystagmust hoz létre. A nagy caloriás ingert azért választottuk, mert a chlorpromazinnak a nystagmust gátló hatását így jobban ki tudtuk mutatni.

Ezeknek az adatoknak a meghatározása után 5 egyénnek 3 × 1 tbl. Hibernált, további 5 egyénnek 5—10 mgr Largactilt adtunk.

A Hibernállal kezelt egyéneken 3—5 nap múlva újra elvégeztük a caloriás vizsgálatot a leírt módszerrel. A Largactillal kezelt egyéneken az iv. injectió beadása után a jobb oldalon 10 perc múlva, a bal oldalon 15—17 perc múlva végeztük el a calorizálást.



A spontán nystagmusos betegeken meghatároztuk a spontán és a caloriás nystagmus adatait, majd Largactil iv. beadása után újra meghatároztuk ezeket az adatokat.

\* A Fül-Orr-Gége Szakcsoport 1959. októberi vándorgyűlésén elhangzott előadás alapján.

## Eredmények

Öt esetben Hibernal tablettát adtunk. Az ismertetett módszerrel nyert eredményeket mutatja az 1. táblázat. Megállapítottuk, hogy a jobb fülnek 150 ml. 20 C°-os vízzel való calorizálásakor két esetben a Hibernal teljesen megszüntette, egy esetben lényegesen csökkentette a caloriás nystagmust. További két esetben az öt napig adott 3×1 tbl Hibernal nem befolyásolta a caloriás nystagmust.

Eset	Gyógyszerelés	Nystagmus időtartama										Maximalis frequentia										Maximalis amplitudo									
		sec.										/min										%sec									
		20	40	60	80	100	120	140	160	180	200	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200	220	240	40	20	30	40	50	60	70	80
1	N.B.	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
	2lc	Nincs reactio																													
2	G.B.	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
	2lc	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
3	H.J.	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
	2lc	Nincs reactio																													
4	Sz.L.	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
	2lc	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
5	F.I.	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
	2lc	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
6	K.L.	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
	2lc	Nincs reactio																													
7	V.I.	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
	2lc	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
8	B.L.	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
	2lc	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
9	W.I.	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
	2lc	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
10	K.G.	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									
	2lc	[Hatched]										[Hatched]										[Hatched]									

**Megjegyzés:** A jobb fül calorizálásakor nyert electronystagmographiás eredmények  
 chlorpromazin előtt  
 chlorpromazin után

1. ábra

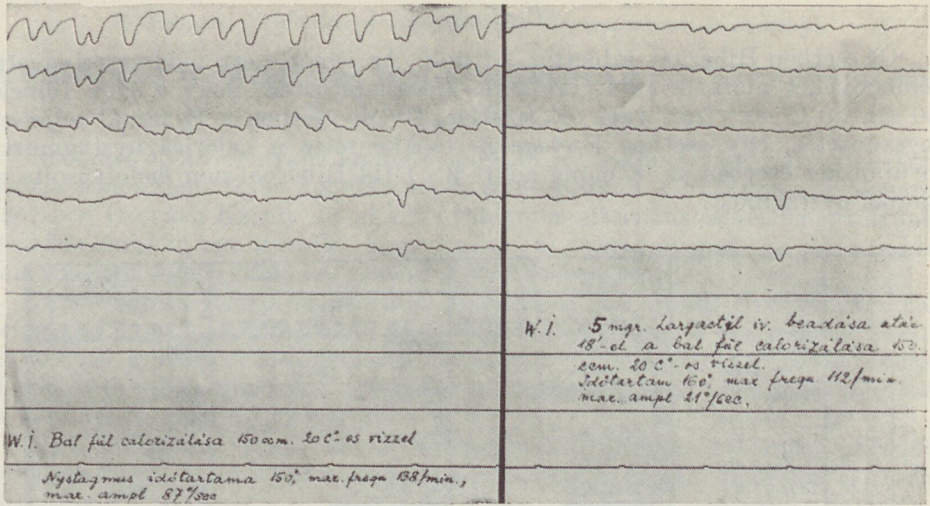
Más öt esetben Largactilt adtunk. Egy esetben 10 mg Largactil teljesen megátolta a caloriás nystagmus létrejöttét, míg 5 mg Largactil további négy esetben csökkentette a caloriás nystagmust. A caloriás nystagmus csökkentésének érzékeltetésére a 9. sz. esetünk electro-nystagmogramjának két részletét mutatjuk be a 2. ábrán.

Az első részlet a bal fülnek a calorizálása után keletkező jobbra irányuló nystagmus maximumát, a másik 5 mg Largactil iv. beadása után 18 perc múlva jelentkező caloriás nystagmus maximumát mutatja. Jól megfigyelhető a két felvétel közötti nagy amplitudó különbség.

Vizsgálataink alapján tehát megállapíthatjuk, hogy a chlorpromazin már kis adagban is csökkenti, nagyobb adagban pedig megátolja a caloriás ingerrel kiváltható nystagmus létrejöttét. A hatás 5—10 mg. Largactil iv. beadása után kb. 10 perc múlva már jelentkezik és a későbbiekben fokozódik.

Az egészségeseken elvégzett vizsgálatok után két spontán nystagmosos betegen is elvégeztük a Largactil kísérletet.

Az egyik beteg T. K. 21 éves férfi, akinek idülten gyulladt tonsilláit eltávolítottuk. Mint mellékletet fedeztük fel, hogy a betegnek jobbra és balra tekintéskor tekintés irányú spontán nystagmusa van. Sem az otoneurológiai,



2. ábra

1. táblázat

T. K. 21 é. Electronystagmographiás adatai

	Időtartam sec.	Frequentia min.	Amplitudo sec.
Előre néz .....	—	—	—
Jobbra néz .....	∞	240	25
Balra néz .....	∞	280	36
Jobb fül calorizálása (150 ccm 20 C°-os vízzel)	150	264	64
Bal fül calorizálása (150 ccm 20 C°-os vízzel)	230	222	120

10 mgr Largactil iv.

Spontán nystagmus .....	—	—	—
Jobb fül calorizálása (150 ccm 20 C°-os vízzel)	70	186	11
Bal fül calorizálása (150 ccm 20 C°-os vízzel)	—	—	—

sem a szemészeti, sem a neurológiai vizsgálat nem tudta kideríteni a spontán nystagmus eredetét. Egyedül az volt biztos, hogy a nystagmus centrális eredetű. A betegnek nystagmusa semmi panaszt nem okozott. A következő táblázat mutatja a beteg spontán, és caloriás nystagmusának, valamint 10 mg Largactil iv. beadása után előállott nystagmusának az adatait. Tehát 10 mg iv Largactil ebben az esetben a spontán nystagmust megszüntette, a caloriás nystagmust a jobboldalon csökkentette és amikor a baloldalt calorizáltuk (az injectio beadása után 15 perccel) 150 ml 20 C°-os vízzel sem tudtunk caloriás nystagmust kiváltani.

A másik betegünk P. E. 21 éves férfi, aki 15 éves kora óta tudja, hogy a szeme rezeg. Az utóbbi két hónapban enyhe egyensúly zavarról panaszkodik. A neurológiai, szemészeti vizsgálat semmi lényegeset nem tudott kimutatni. Audiogramján a magas hangok területén mindkét oldalt 50, 70 db-es halláscsökkenést találtunk. A nystagmographiás felvétel adatait a következő táblázat mutatja :

*P. E. 21 é. Electronystagmographiás adatai*

	Időtartam sec.	Frequentia min.	Amplitudo sec.
Középre néz .....	—	100	11
Jobbra néz .....	—	165	69
Balra néz .....	—	66	40
Bartels .....	Lassú ingamozgás		
Szemét becsukja .....	∞	38	4
Csukott szemhéjain keresztül fotostimulator ..	∞	54	7
Jobb fül calorizálása (150 ccm 20 C°-os vízzel)	110	270	27
Bal fül calorizálása (150 ccm 20 C°-os vízzel)	170	168	33

10 mgr Largactil iv.

Spontán nystagmus .....	—	—	—
Jobb fül calorizálása (150 ccm 20 C°-os vízzel)	—	—	—
Bal fül calorizálása (20 C°-os vízzel) .....	—	—	—

1 ccm (0,10 gr) Evipán iv.

Spontán nystagmus .....	Csak felszólításra van néhány rángás jobbra		
Jobb fül calorizálása (150 ccm 20 C°-os vízzel)	140	210	22
Bal fül calorizálása (150 ccm 20 C°-os vízzel)	150	156	35

Ezek az adatok azt mutatják, hogy a centrális eredetű spontán nystagmus, melynek sok közös vonása van a nystagmus alternans-al, mind Evipánra, mind Largactilra megszűnik. Azonban az Evipán hatása alatt a caloriás nystagmust ki lehet váltani, míg 10 mg Largactil beadása után a caloriás nystagmust nem lehet kiváltani. Ezt a jelenséget úgy magyarázhatjuk, hogy a barbiturát a magasabb, subcorticális centrumok működését gátolja, ezért szünteti meg a spontán nystagmust, viszont képtelen a caloriás nystagmus létrejöttét meggátolni. A Largactil viszont a mélyebben fekvő központokra vagy pályákra hatva meggátolja mind a caloriás, mind a spontán nystagmust.

## Összefoglalás

A chlorpromazinok közül a Hibernál és a Largactil kisebb adagokban csökkentti, nagyobb adagban meggátolja a calorías ingerrel kiváltott nystagmus létrejöttét. Két centrális jellegű, ismeretlen eredetű spontán nystagmus esetben az iv. adott Largactil mind a spontán, mind a calorías nystagmust megszüntette. Ezek közül az egyiknek Evipant is adtunk. Az Evipan a calorías nystagmust nem csökkentette.

Ezeknek a kísérleteknek a jelentőségét a következőkben látjuk:

Bizonyítottunk véljük a chlorpromazin szédülést gátló hatását a centrális vestibularis készülékre való hatás révén.

A centralis vestibularis készülékre ható gyógyszerek vizsgálata révén új pharmacologiai diagnostikai eljáráshoz juthatunk.

## Irodalom

Beckman, H.: Drugs, W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1958. — Bodó Gy., Ozsváth K.: Fül-Orr-Gégegyógyászat 4, 8, 1958. — Boissier, J. R.: Presse Méd. 67, 337, 1959. — Decsi L. és Méhes J.: Acta Physiol. Hung. 14, 95, 1958. — Mamo, H.: Presse Méd. 66, 321, 1958. — Pöldinger, W.: Praxis, 48, 58, 1959. — Véghelyi P.: A mesterséges hibernatio. Akad. Kiadó 1959.

Дьёрдь Бодо: Влияние на calorийный нистагм лекарственным путем.

Gy. Bodó: Über die Beeinflussung des calorischen Nystagmus durch Arzneimittel.

Von den Chlorpromazinen wird durch kleinere Dosen von Hibernál und Largactil der durch calorischen Reiz ausgelöste Nystagmus vermindert, durch grössere Dosen sein Zustandekommen verhindert. Bei zwei Fällen von kryptogenem spontanem Nystagmus zentralen Charakters wurde durch i. v. verabreichtes Largactil sowohl der spontane, als auch der calorische Nystagmus behoben. Bei einem der Fälle wurde auch Evipan verabreicht, der calorische Nystagmus wurde jedoch nicht vermindert.

Die Bedeutung dieser Experimente besteht in folgendem: Die den Schwindel hemmende Wirkung des Chlorpromazins gilt für bewiesen, und durch die Untersuchung der auf den zentralen vestibulären Apparat wirkenden Arzneimittel wurde ein neues pharmakologisches diagnostisches Verfahren gefunden.

## **Hemiconvulsiv kezelés**

Dr. SÉRA IBOLYA, Dr. OSZLÁNSZKY OTTÓ

Cerletti (4) óta az elektromos convulsiv kezelés a legelterjedtebb és egyik leghatásosabb terápiás eljárás a pszichiátriában. Viszonylag könnyű alkalmazása miatt gyorsan elterjedt, azonban — komplikációira való tekintettel — csak megfelelően válogatott beteganyagon célszerű alkalmazni.

Az Es.-sel együtt járó komplikációk jól ismertek. Ezek részint cerebralis komplikációk — legfőképpen epilepsiás rohamok, memoriazavarok —, részint a csontrendszert érő károsodások: fracturák, luxatiók stb. (3, 5, 16, 17, 18).

A modern, módosított convulsiv kezeléseknél célja: elérni a jó terápiás effectust, de ugyanakkor kiküszöbölni, ill. csökkenteni a kezelés előtti szorongást, a veszélyt jelentő nagy, motoros excitációt és a kísérő súlyos vegetatív tüneteket. A hatást több módosítással próbálták elérni: 1. sedatívumokkal, anaesthesiával csökkentették a szorongást, 2. izomrelaxansok használatával redukálták a fractura veszélyt, 3. az elektrodok elhelyezésének változtatásával, kombinált kezelési eljárásokkal (convulzív + nonconvulzív kezelés), rövid stimulusú technikával csökkentették a nem kívánatos mellékhatásokat, 4. az elektromos inger típusában alkalmazott változtatások (alternáló vagy direkt, négyszög vagy sinus hullám, hirtelen vagy lassan emelkedő áram) pedig fokozták a kezelés biztonságosságát és újabb megoldási lehetőségeket vetettek fel (2, 6, 11, 12, 14).

Az általunk ismertető hemiconvulsiv vagy másképpen unilateralis kezelést Impastato alkalmazta először a pszichiátriai terápiában 1950-ben (2, 11, 12, 14). Concepciója az volt, hogy a motoros rendszer olyan izgalmát hozza létre, amelynek kapcsán csak az egyik oldali végtagizomzat vesz részt a convulsióban, a törzsizomzatra azonban a göres nem terjed át. Megfigyelte, hogy ha minimális elektromos áramot az egyik hemisphaeriumra alkalmaz, az eredményezett neuromuscularis aktivitás csak az ellentétes oldali testfélre fog korlátozódni. Ilyen mitigált, csak az egyik testfél végtag izmaira vonatkozó kezelés veszély nélkül alkalmazható öreg osteoporotikus csontrendszerű, sőt cardialisan decompensált betegeken is.

A hemiconvulsiv kezelés módszerét irodalmi adatokra támaszkodva dolgoztuk ki. Célunk egyrészt a módszer kidolgozása és rutinszerű használatra alkalmassá tétele volt, másrészt olyan betegek kezelése, akiknél az electroshock kezelés valamilyen okból nem volt alkalmazható.

Az alábbiakban ismertetjük az általunk használt módszert: a kezeléseket a Reiter C. W. 47. D. electroconvulsatorral végeztük. (A készülék hasított tüskéjű, pulsatio-csoportokban váltakozó amplitudójú egyenirányított áramot szolgáltat.) A kezelést megelőzően a beteget i. v. barbiturat készítménnyel (Evipan vagy Hexobarbital) altattuk. Az alkalmazott barbuturat dosis 0,5—1,0 gramm között váltakozott. Az elektrodokat minden esetben az egyik oldali koponyafélre helyeztük, frontotemporalisan vagy mastoideo-temporalisan. Az elektrodok közötti távolság általában 4 cm volt.

A beteg elalvását követően kezdtük el a kezelést. Az áram intenzitását (0 alaphelyzetből kiindulva) emeltük mindaddig, míg az ellenoldali végtagokban convulsio jelentkezett. Általában 7—8 M. A -nél már megjelent az ellenoldali felső végtagban a tónusos göres, 10—12 M. A.-ig emelkedve pedig a lábujjak finom clonusa is. Megfigyeléseink szerint célravezető gyorsan emelni az áramintenzitást, mert lassú, fokozatos emelésnél előbb az ipsilateralis vég-

tagokon jelentkeztek tónusos megfeszülések, ami viszont azonnal kiküszöbölhető az intenzitás további emelésével. 12—14 M. A.-nél tovább emelve az áramerősséget, a convulsio generalizálódott, de hasonlóan mitigált formában. A kezelés időtartama 1 perc.

Minden kezelés alkalmával regisztráltuk a vérnyomás és a pulsus ingadozásokat. A táblázat szemlélteti betegeink megoszlását diagnózis, életkor és nem szerint. (Lásd I. táblázat.)

I. táblázat

Név	Kor	Indicatio	Es contraind.	Th. eff.
S. I. ffi . . . . .	31 é.	Depressio	tbc-s csigolya foly.	++
H. E. ffi . . . . .	16 é.	Sch.	veg. dystonia	+
K. I. ffi . . . . .	34 é.	Pp. Hallucinozis	—	++
A. K. nő . . . . .	55 é.	Depressio. Hyperton.	cardioscler.	++
Sz. S. nő . . . . .	65 é.	Mania	cardioscler.	+
N. L. nő . . . . .	49 é.	Depressio.	—	++
N. J. nő . . . . .	53 é.	Depressio.	—	±
Sz. I. nő . . . . .	24 é.	Hypoman állapot	—	±
B. I. nő . . . . .	32 é.	Paranoid reactio.	—	±
T. S. nő . . . . .	39 é.	Sch.	—	+
B. K. nő . . . . .	31 é.	Paranoid reactio	—	±
N. G. nő . . . . .	34 é.	Sch. chr.	—	++

Az általunk kezelt 12 beteg közül 3 depressziós betegünknel kifejezett javulást értünk el. 1 depressziós betegünk nem javult. Három schizophren betegünknel a kezelést szükségessé tevő tünetek szintén remissiót mutattak, míg a 2 paranoid reakciót mutató, illetve hypoman betegünknel az eddig alkalmazott kevés számú kezelés eredménytelennek mutatkozott. Maniás betegünknel a kezelést már javuló stadiumban kezdtük el, a hemischock további javulását siettette. Paralysis progressivában szenvedő betegünknel a kezelést indicáló hallucinatoros állapot jelentősen javult. A kezelt betegek közül 4 esetben állt fenn elektroshock-contraindicatio. Közülük külön kiemelnénk a súlyos vegetatív dystoniában szenvedő cataton schizophrent, akinél a hemiconvulsiv kezelése előtt végzett electroshock kezelés majdnem katasztrofális kimenetelű volt a vegetatív összeomlás miatt. Ennél a betegnél 15 hemiconvulsiv kezelést végeztünk, melyeknek kapcsán súlyosabb vegetatív zavarokat nem észleltünk.

Meg kell jegyeznünk, hogy az alkalmazott kezelések folytán egyetlen betegnél sem észleltünk retrograd amnesiát, bár néhány betegünknel az elvégzett kezelések száma meghaladta a 10-et. Nem vettünk észre különbséget a kezelés lefolyásában olyan szempontból, hogy az electrodokat a dominans vagy a nem dominans féltéke fölött alkalmaztuk.

A kezeléseket folyamán észlelt vérnyomás és pulzus ingadozásokat az 1. ábra szemlélteti. Összehasonlításképpen ugyanitt közöljük az electroshock kezelés kapcsán észlelt vérnyomás és pulzus ingadozásokat is (2. ábra).

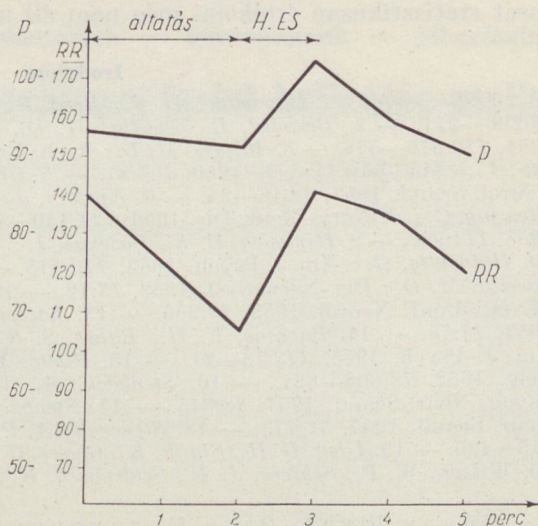


Figyelembevéve a betegek és a kezelések kis számát (12 beteg, 100 kezelés) érdemleges statisztikai következtetést a therápiás effectusra vonatkozóan levonni jelenleg még nem tudunk. A rendelkezésünkre álló irodalmi adatok alapján (2, 12, 14) megállapítható, hogy a vélemények e tekintetben megoszlanak. Ez az azal is magyarázható, hogy a hemiconvulsiv kezelés eredményességének értékeléséhez kellő időbeli távlat és nagyobb számú beteganyag még nem áll rendelkezésre.

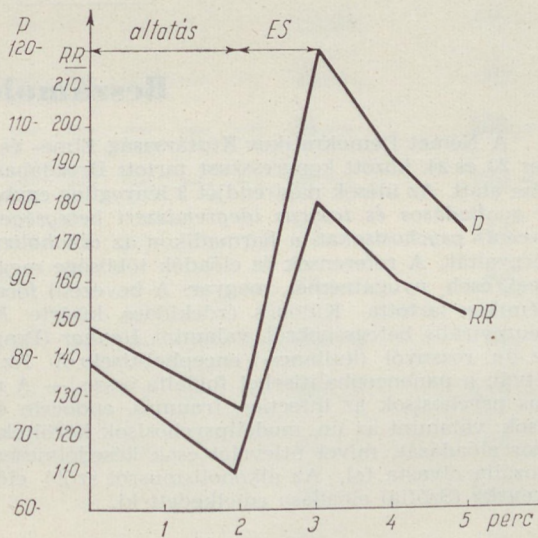
A kezelés előnye a szokványos electroshock kezeléssel szemben abban áll, hogy cardialis, csontrendszeri vagy neurológiai szempontból (vegetatív dystonia) contraindicált esetekben is végezhető, a kezelés folyamán cardiorespiratorikus zavar nem lép fel és a kezeléseket követően retrograd amnesia nem alakul ki eddigi tapasztalataink szerint.

A hemiconvulsiv kezelés bevezetése ezen előnyei miatt indokolt. Felmerül azonban az a kérdés, hogy az electroshock és a hemiconvulsiv kezelés therápiás hatása azonos-e. Figyelembe kell vennünk, hogy mindazok a tényezők, amelyek az electroshock kezelés döntő mozzanatait alkotják, tehát: 1. az áram behatolása az agyba, 2. a tudatvesztés, 3. a motoros convulsio — a hemiconvulsiv kezelésnél is megvannak azzal a különbséggel, hogy a tudat elvesztése már az áram behatása előtt bekövetkezik az altatás kapcsán, továbbá hogy a convulsiv jelenségek a kisebb áramintenzitás következtében csak enyhe, mitígtált formában jelentkeznek.

Kérdés viszont az, hogy az elmaradt súlyos vegetatív zavarok, az apnoe, a következményes anoxia hiánya nem vezetnek-e a therápiás effectus csökkenéséhez. Az a tény azonban, hogy a hemiconvulsiv kezelés nem mutatott észrevehetően eltérő therápiás hatást, mint a klasszikus electroshock kezelés, továbbá, hogy mindkét módszer hatásmechanizmusa végső fokon tisztázatlan (7, 8, 9, 10, 15, 19, 20), ezért a hemiconvulsiv kezelés további alkalmazása és nagyobb beteganyagon való statisztikus kiértékelése indokolt.



1. ábra



2. ábra

## Összefoglalás

Irodalmi adatok és saját tapasztalataink alapján ismertettük a hemiconvulsív kezelés methodikáját, eredményeit, előnyeit. A kezelés therápiás effectusát statisztikusan értékelni még nem áll módunkban.

### Irodalom

1. Bergman, S., Impastato, D. J., Berg, S., Feinstein, L.: Conf. Neurol. 1953, 13:266—271. — 2. Bernard, L., Pacella, M. D., Impastato, D. J.: Am Jour. Psych. 1954, 110:576—578. — 3. Brown, M. L.: Arch. Neurol. Psych. 1952, 69:601. — 4. Cerletti, U.: Am. Jour. Psych. 1950, 107:87. — 5. Cronholm, B., Blomquist, C.: A. Psych. Neurol. Scand. 1954, 34:18—25. — 6. Epstein, J.: Dis. Nerv. Syst. 1954, 15:146. — 7. Fleming, C.: J. Nerv. Ment. Dis. 1956, 124:440—450. — 8. Harmes, E.: Am. J. Psych. 1955, 111:932. — 9. Himwich, H. E., Fazekas, J.: Arch. Neurol. Psych. 1942, 47:800. — 10. Holmberg, G.: Am. J. Psych. 1953, 110:115. — 11. Impastato, D. J., Bernard, L., Pacella, M. D.: Dis. Nerv. Syst. 1952, 13:12. — 12. Impastato, D. J., Berg, S. Pacella, M. D.: Conf. Neurol. 1953, 13:266. — 13. Larsen, E. F.: A. Psych. Neurol. Scand. 1953, 18:75. — 14. Parsons, E. H., Banet, S. R., Keating, J. U., Lawrence, G. H.: Am. J. Psych. 1955, 112:18—21. — 15. Piette, Y., Grauwels, J.: A. Neurol. Psych. Belg. 1952, 12:808—827. — 16. Stenbäck, A., Viitamäki, R. O., Kukkonen, S.: A. Psych. Neur. Scand. 1957, 32:345. — 17. Stenbäck, A., Viitamäki, R. O.: A. Psych. Neur. Scand. 1957, 32:473. — 18. Stensrud, A. P.: A. Psych. Neur. Scand. 1958, 33:115—126. — 19. Ulett, G. H., Smith, K., Gleser, G. C.: Am. J. Psych. 1956, 112:795. — 20. Wilson, W. P., Schieve, J. F., Schlinberg, K.: Arch. Neurol. Psych. 1952, 68:651.

Иболя Шера—Отто Ослански: Гемиковульсивное лечение.

I. Séra und O. Oszlánszky: Hemikonvulsive Behandlung.

## Beszámoló

A Német Demokratikus Köztársaság Elme- és Ideggyógyász Társasága 1959. október 22. és 24. között kongresszust tartott Drezdában Dr. K. Leonhard tudományos vezetése alatt. Az ülések napirendjét 3 lényegileg egybefonódó téma alkotta. Az első napon a *gyulladásos és toxicus idegrendszeri betegségek*-et, a másodikon a *symptomás és toxicus psychosisokat*, a harmadikon az *alkoholizmus neuropsychiatriai vonatkozásait* tárgyalták. A referensek és előadók többsége meghívott és külföldi volt: szovjet, lengyel, cseh, nyugatnémet, magyar. A bevezető főreferátumot Dr. Környey István akadémikus tartotta. Különös érdeklődés kísérte H. Pette (Hamburg) referátumát a neuroviralis betegségekről, valamint Henner (Praga) beszámolóját a csehszlovákiai és az ún. roznynói (kullancs-) encephalitisekről. Az első nap előadói sorában Tariska István a panencephalitiseket foglalta össze. — A második napon asymptomás és toxicus psychosisok az infectios, traumás, endocrin és anyagcsere zavart kísérő psychosisok, valamint az ún. modellpsychosisok kerültek megvitatásra. Nyírő Gyula professzor előadását, mivel útlevelét csak késedelmesen kapta kézbe, távollétében Szücs Rozália olvasta fel. Az alkoholizmusról szóló előadások között különösen Schipkowensky (Szófia) előadása emelkedett ki.

---

---

KÜLFÖLDRE KÜLDHET rokonainak — ismerőseinek — jóbarátainak

## Orvosegészségügyi szaklapot forint befizetés mellett

Befizethető 61.280. csekkszámú lára (POSTA Központi Hírlapiroda). A ma-  
gánközlemény rovatban kérjük feltüntetni a címzett nevét, pontos címét.

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

---

---

# ÚJ FOLYÓIRATAINK:

Régi kívánságoknak tehetünk eleget, amikor bejelentjük, hogy 1960. január 1-től három új folyóirattal gazdagodik szakfolyóirataink sora. Örömmel közöljük, hogy ezzel oly rég esedékes és szükséges szakirodalmak megjelentetése vált lehetővé, amelyek lényegesen előbbre viszik a szakmai képzést, a tudomány fejlődését.

## „ORVOSKÉPZÉS“

Főszerkesztő: SIMONOVITS ISTVÁN dr.

Az újonnan meginduló folyóirat szerkesztésében az „ORVOSKÉPZÉS“ legjobb hagyományaira kívánunk támaszkodni. Az „ORVOSKÉPZÉS“ a magyar orvosi irodalom egyik legtekintélyesebb és legszínvonalasabb folyóirata volt. Arra törekszünk, hogy a folyóirat kielégítse a mindennapi gyakorlat problémáival küzdő gyakorló orvost és a legképzettebb szakorvost is. Az „ORVOSKÉPZÉS“ hasábjain a legkiválóbb elméleti és gyakorlati szakemberek összefoglaló munkái fognak megjelenni.

Előfizetési ára fél évre 32,— Ft, egész évre 64,— Ft.

## „MAGYAR TRAUMATOLÓGIA, ORTHOPAEDIA ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET“

Főszerkesztő: SZÁNTÓ GYÖRGY dr.

A folyóirat foglalkozni kíván a hazai és külföldi baleseti sebészet időszerű kérdéseivel. Magába foglalja a kísérletes kutatómunka eredményeit, a beteganyag statisztikai feldolgozása alapján nyert tanulságok ismertetését, orthopaed szakorvosaink és plasztikus sebészeink munkásságát, különös súlyt helyezve arra, hogy az elméleti kutatások és tudományos dolgozatok a gyakorlatot szolgálják. A lap közölni kívánja elismert külföldi szakemberek cikkeit is, hogy ezzel is szélesítse olvasóközönségének látókörét. Célja még a lapnak a továbbképzés és az újítások szolgálata is.

Előfizetési ára fél évre 48,— Ft, egész évre 96,— Ft.

## „RHEUMATOLÓGIA - BALNEOLÓGIA - ALLERGIOLÓGIA“

Főszerkesztő: FARKAS KÁROLY dr.

A rheumás betegségek népegészségügyi és népgazdasági jelentősége egyre inkább növekszik. Ebből a szempontból is jelentős a most meginduló szaklap. A Rheuma Szakcsoport és a Belgyógyász Szakcsoport Allergia szekciójának hivatalos lapja a rheumás betegségek klinikai és laboratóriumi kutatási problémáival, a rheumás betegségek és sok más betegség gyógyításában igen fontos balneoterápia és általában fizioterápia speciális kérdéseivel, továbbá — figyelembe véve az allergiás mechanizmus fontos szerepét a betegségek, elsősorban a rheumás természetűek keletkezésében — az allergológia gyakorlati és elméleti problémáival kíván foglalkozni.

Előfizetési ára fél évre 40,— Ft, egész évre 80,— Ft.

Megrendelhető: a „MEDICINA“ Egészségügyi Könyvkiadó Laposztályánál, Budapest, V. ker., Beloiannisz u. 8.