

✓ 305.107

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XIII. ÉVFOLYAM
129—160. OLDAL

5

BUDAPEST, 1960. MÁJUS

2

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE
AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI SZAKSZERVEZET IDEG-, ELME SZAKCSOPORTJÁNAK KOZLÖNYE

Főszerkesztő: Környey István

Felelős szerkesztő: Juhász Pál

Szerkesztőbizottsági titkárok: Orosz Eva 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, Idegklinika címre küldeni.

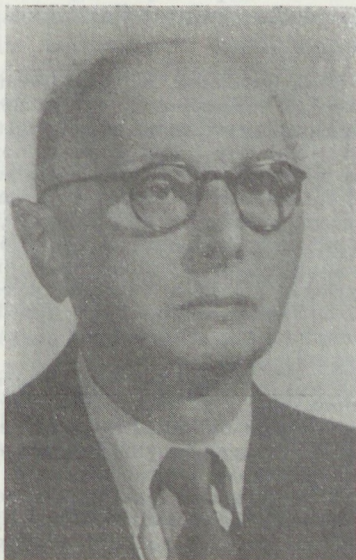
T A R T A L O M

Mária Béla: Búcsú Balassa Lászlótól	129
Fornádi Ferenc dr.: Temporalis tumorhoz társult agy- törzsi reflexek	130
Goldschmidt Dénes dr.: Tapasztalatok és következtetések Hirepin alkalmazása során	136
Patakfalvi Albert dr. és Dus Vince dr.: Altatószermér- gezések beta-beta, -methyl, -aethyl, -glutarimid (Me- gimide) kezelése	144
Beszámoló	147
Kardos György dr. és Simkó Alfréd dr.: 200 Andaxin ke- zelés tanulságai	148
Haraszti Erzsébet dr. és Hullai József dr.: Operált intra- cerebralis vérzések	153

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

Egyes szám eladási ára 10,— Ft.

Búcsú Balassa Lászlótól



Itt mondom el, amit nem volt alkalmam elmondani a koporsónál, mert úgy haltál meg, ahogyan éltél: végtelen szerénységgel. Utolsó kívánságod az volt, hogy ne legyen temetésed, elégetett tested porát földeljük el csendesen a gyászolók részvétele nélkül. Így hát nem kísérhettek el utolsó utadra nagyszámú barátaid, kartársaid, tisztelőid, betegeid.

A szerénység volt fő jellemvonásod. Őszinte szerénységed azonban nem tévesztette meg azokat, akik jól ismertek, melletted éltek, munkatársaid voltak. Mi, akik napról napra együtt voltunk Veled a munkában, tudtuk, hogy szerénységed egyáltalán nem jelent félreállást. Szenvedélyesen tudtál küzdeni az igazságért, melynek szolgálata legfőbb munkaterületed volt, de ugyanakkor bölcs megértéssel viseltetél minden emberi gyengeséggel és gyarlósággal szemben.

A szerénység és szemérmesség mögé bújtatott szenvedélyesség nyilvánult meg politikai állásfoglalásodban is. Fiatalkorod óta elköteleztél magad a haladó eszmékhez és ezekhez hű maradtál mindvégig. Kitartottál a szocializmus mellett akkor is, amikor ez üldöztetéssel és félreállítással járt együtt. Bár fiatal korodtól kezdve a szó szoros értelmében halálos órájáig dolgoztál, politikai állásfoglalásod miatt hosszú évtizedekre hallgatásra voltál ítélve. Mindez azonban nem akadályozhatott meg abban, hogy értékes örökséget hagyj hátra. Az elmegyógyászat és a kriminálpszichiatria területén végzett munkád időtálló érték marad és halálos ágyadon befejezett tankönyved hosszú időre fiatal orvosok és jogászok mindennapi kenyerévé lesz.

Mindenek felett azonban igaz emberséged, halk jóságod és a haladásba vetett hited örzi emlékedet nagyszámú barátaid szívében.

Mária Béla

Temporalis tumorhoz társult agytörzsi reflexek

Írta: FORNÁDI FERENC dr.

Esetünkben egy jobboldali temporalis tumorhoz társuló agytörzsi syndromáról számolunk be, mely részben mint reflexritkaság jut szerephez, részben pedig localisatiós jelentőséggel bír.

Esetünk a következő: 51 é. férfibeteg. Klinikai felvétele előtti 10 hétig panaszmentes, majd legelső tünetként a közérzés és hangulat nyomottsága mellett feltűnő inaktivitás jelentkezett. A közelmúlt eseményei nem keltették fel érdeklődését, „apathiás — szemlélődő természetűvé” vált. Míg azelőtt mozgékony, tevékeny ember volt, addig most túl csendes lett, míg azelőtt a kisvárosban az ún. „öreg padját” mosolyogva kerülte el, mert fárasztotta az öregek program-nélkülisége és a régmúlt események stereotyp feldolgozása, addig most örömmel ült közējük, elbeszélgetett velük és nézelődött. Örömmel ült azok társaságában, kik különös igényeket nem támasztottak vele szemben. — A mindinkább kifejlődő adynamia, hangulati nyomottság és indítékhiány mellett jelentkezik a jobb arcfél, homlok és felső fogsor rohamokban jelentkező fájdalma, melyhez egy intensív strandolás után, hol 4—5 órát tartózkodott a tűző napon, nagyfokú aluszékonyság, majd a szagok iránti túlérzékenység társul. Ezen állapotban kerül klinikánkra.

Klinikai leletei a következők: Belsőszervek épek. Tensio 160/90 Hg. mm. Pulsus 80/min. Mindkét halántéktájon, főleg j. o. kopogtatás érzékenységet jelez. Hallgatózásnál a koponya felett surranás nem hallható. Pupillák centralisak, kerek, egyenlők. Mindkét pupilla fényre valamivel renyhébben reagál. Jelzett j. o. abducens paresis. Szemfenéken kezdetben csupán elmosódott szélű papillát észleltünk, mely rövid idő alatt j. o. 4, b. o. 3 D. pangássá alakult pontoszerű vérzéssel kísértén. Jelzett b. o. centralis facialis paresis. Trigemínus pontok nyomásra nem érzékenyek, érzészavar a trigemínus területén nincs. Cornealis reflex mk. o. egyenlő. Feltűnő érzékenység a szagok iránt. Szaglásvizsgálatnál a szagokat felfokozva érzi, így pl. a rózsajolaj illatát erős „szúrós-savasnak” jelzi, fejét elkapja. Felsővégtagi reflexek kiváltatók, egyenlők. B. o. Hoffmann—Trömner positivitas. Hasreflex b. o. az összes sextansokb. n. renyhébb. Cremaster b. o. renyhébb. Bal patella és Achilles valamivel élelnek. Oppenheim és Gordon mk. o. pozitív. Böttiger és Babinski b. o. pozitív.

Bal felső végtagon agonista-antagonista tónusos izomfeszülési állapot. Egyebütt tonuseltérés nincs. Felállítva maximális ataxiás bizonytalanság, hol jobbra, hol balra dől, járásnál hol jobbra, hol balra deviál, majd balra irányuló deviatió alakul ki. Pronatio, süllyedés nincs. Sem a felső, sem az alsó végtagok részéről bénulásos jelenségek nincsenek. Ízérzés normális. Hallás intact. Aphasiás, agnosiás, apraxiás zavarok nincsenek.

Psychés vizsgálatnál az abstractio beszűkülése volt észlelhető kifejezett concretizáló tendenciával. Megjegyző-, megőrzőképesége nagyfokban beszűkült. Kifejezett indítékzegénység mellett a hangulati életben depressio felé hajló közöny volt felismerhető.

Látótérvizsgálat a többszöri ellenőrzővizsgálat alkalmával is negatív.

Frontalis leépülési reflexek közül Toulouse—Vulpas és Sarnot positivitas állott fenn.

Az anamnesis és a góci tünetek alapján leginkább j. o. fronto-temporalis lebeny-folyamatra kellett gondolnunk, mellyel a psychés kép, az indítékzavar, a b. o. centralis facialis paresis, az ataxia és a frontális leépülési reflexek magyarázhatóak voltak. Ugyanakkor a j. o. trigemínus izgalmi tünetek, a szaglasi hyperaesthesia temporalis folyamat lehetőségére hívta fel a figyelmet. A klinikai észlelés ezen phazisában léptek fel betegünknel a közlésünk anyagát szolgáló agytörzsi reflexek, melyeknek jelentése elsősorban temporalis folyamat valószínűségére hívta fel a figyelmet. Cisternalis enkephalographiát végeztünk. Az AP felvételen a jobb kamrarendszer még kifektetés után sem telődött, a bal kamrarendszer jobbról balra, a III. agykamra jobbról balra dislocált és jobbra döntött volt. Oldalirányú felvételen a jobb alsó szarv nem telődött, a bal alsó szarv tágult volt. J. o. a subarachnoidealis telődés a balhoz viszonyítva lényegesen kevesebb.

Az anamnesis, klinikai tünetek és enkephalographia alapján a jobb temporalis lebeny mélyében basalisan elhelyezkedő daganatot vettünk fel, mely daganat a temporalis hernialisatio következtében, a pedunculusra gyakorolt nyomás útján az agytörzsi reflexek létrejöttét is megmagyarázza.

Műtétnél a jobb temporalis lebeny basalis részében a csúcsnak megfelelően, igen kifejezett gyrus lelapulás mellett, kb. 1,5 cm mélyen borsónyi cysta tűnik elő kocsonyás tartalommal, melyet eltávolítva újabb cystát találunk, sőt a dörzsdúcok felé haladva még egy cysta volt felismerhető. A három cysta tartalmának leszívásakor a betegnél mindkét felső és alsó végtagra localizált extenziós tónusos feszülés jelentkezett. A műtétet követően therapiás röntgenbesugárzást vezetünk be.

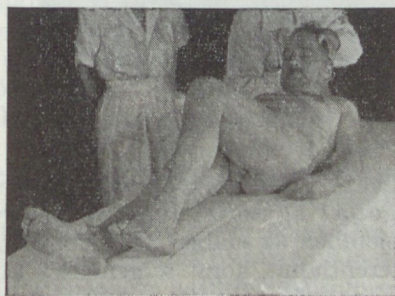
Klinikai esetünk érdekességét adja az agytörzsi reflexek jelenléte, melyek részben a tartási, részben a beállítódásos reflexek sorába tartoznak. Temporalis tumorok a temporalis hernialisatio útján nyomást gyakorolhatnak a pedunculusra, mikor is az agytörzsi reflexek az agytörzs nyomási tüneteként, mint release jelenség léphetnek fel. Esetünkben úgy tartási, mint beállítódásos reflexek ismerhetők fel, melyeknek formáit az alábbiakban elemezzük :

I. Az agytörzsi reflexek vizsgálatánál a beteg alap izomtónushelyzetét kell meghatározni. Betegünkönél decerebratiós rigiditasra jellemző tónuszavar nem észlelhető. Alaptónusában fekvő helyzetben betegünk mindkét alsó végtagja extendált, mindkét felső végtagja enyhén flectált, anélkül azonban, hogy ezen helyzet állandó jellegű lenne, lényegében tehát a hanyatt fekvő egyén élettani helyzetének megfelelő tónuselosztás ismerhető fel. Ha ezen alaphelyzetben a fej mellkasi hajlítását hozzuk létre, úgy a bal alsó végtag térdhajlítása jelentkezik, ugyanakkor a jobb alsó végtag extenziója fokozódik. Ha a fej mellkasi hajlítását fokozzuk, úgy a bal alsó végtag térdi hajlítása fokozódik, ha csökkentjük, úgy a bal alsó végtag térdi hajlítása is csökken. A fejet alaphelyzetbe hozva, a vizsgálóasztalra fektetve, a térdi hajlítás azonnal megszűnik.

Ha a fenti tónusreactiót elemezzük, úgy a fenti reflex a tartási, posturalis reflexek csoportjába sorolható, melyet a Magnus-De Kleyn-féle beosztás a tónusos nyaki reflexek asymmetrikus formájának ismer, hol a tónusos reactiók asymmetrikusan, mindkét végtagon más és más tónuselosztásban jelentkeznek. Az asymmetrikus tónusos reflex mellett meg kell említenünk a symmetrikus tónusos nyaki reflexet, hol a tónusreactio pl. mindkét alsó végtag azonos tónusreactiójában, flexiójában nyilvánul meg. Ezen symmetrikus tónusos nyaki reflex esetünkben az észlelés folyamán egyízben sem jelentkezett (I. ábrásorozat).



1. kép



2. kép

I. ábrásorozat

Következő reflexvizsgálatunknál a fej oldalirányú forgatását hozzuk létre úgy jobbra, mint balra irányuló rotatio formájában, hol a forgástengely a test hossz tengelyének felel meg. Ezen vizsgálatnál lényeges különbséget észlelünk a létrejövő reflexválaszban, annak megfelelően, hogy a fej forgatása milyen szögben történik (II/a, b ábrásorozat).

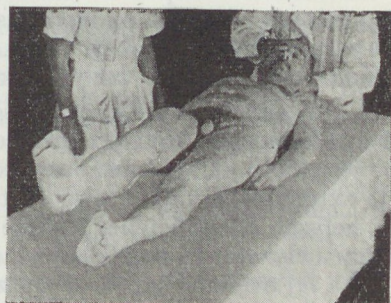
Így pl. a *II/a* vizsgálat esetében a fej kis szögben történő balra irányuló forgatásánál a jobb alsó végtag elevatiója jelentkezik csupán, a bal alsó végtag extenziójával.

Ha a fej balra irányuló forgatását nagyobb szögben végezzük, mint a *II/b* vizsgálat esetében, úgy a jobb alsó végtag az elevatio után a bal alsó végtaggal kereszteződik, majd térdben flectálódik, ugyanakkor a bal alsó végtag extensiója fokozódik.



1. kép

II/a. vizsgálat



2. kép

A fej jobbra irányuló forgatásánál a bal alsó végtag kiefektálódik, a jobb alsó végtag extenziója pedig kiefektálódik. Ha a fej jobbra irányuló forgatását nagyobb szögben végezzük, úgy a bal alsó végtag elevatiója után a jobb alsó végtaggal történő kereszteződés, majd a bal alsó végtag flectálódása következik be.



II/b. vizsgálat

Ha azonban a fej jobbra, vagy balra irányuló forgatását tovább fokozzuk, úgy a test hossz tengelye körül forgást végezve, hanyatt fekvő helyzetből hasi helyzetbe kerül.

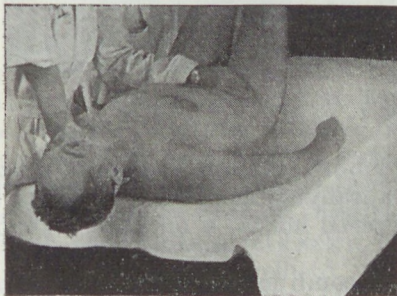
A fent vázolt reflexsort elemezve megállapítható, hogy részben proprio, részben exteroceptív inger hatására létrejövő tónusos tartási reflexről van szó, mely közelebbről aszimmetrikus tónusos nyaki reflexnek felel meg.

A felsorolt ún. tónusos nyaki reflexek meghatározása csak klinikai értelemben történhet. Az állatkísérletekben kidolgozott agytörzsi reflexek ismerete természetesen nem vihető át azonos értelemben az emberi pathológia területére. Így pl. klinikai értelemben eldifferenciálni, hogy a generalis tartási reflexek két formája közül a tónusos labyrinth és tónusos nyaki reflexek közül adott esetben embernél melyik van jelen, nem olyan könnyű, mint pl. állatkísérletekben. A két reflex izolált működése csak akkor vehető fel, ha az egyik componens kizárható. A tónusos nyaki reflex izolált vizsgálata állatkísérletekben csak labyrinth-kiiktatás, cocainozás, vagy kiiktatás útján, a labyrinth-reflex tanulmányozása pedig a tónusos nyaki reflex kiiktatásával, a nyakizmokhoz tartozó hátsó gyökök átmetszése útján, vagy a nyak begipszelésével érhető el. Tekintettel arra, hogy az emberi pathológiában a két componens közül egyik kiiktatása sem lehetséges, ezért számolnunk kell együttes jelenlétükkel, és a tónusos nyaki

reflex felvételekor nem az állatphysiológiában használatos izolált fogalmat kell vennünk.

Az alábbiakban olyan agytörzsi reflexekről számolunk be, melyek a *Magnus* értelmében vett reflexológia szerint a beállítódásos vagy állási (Stell-reflexe) reflexek csoportjába sorolhatók. A beállítódásos reflexek képesítik az állatot arra, hogy bármely helyzetből felálljon, vagy, hogy bármely helyzetből a normál helyzetet vegye fel. *Magnus* a beállítódásos reflexek 5 formáját különíti el, melyek között szerepel a labirinth-beállítódásos reflex, a fej-beállítódásos reflex, a nyaki beállítódásos reflex, test-beállítódásos reflex és az optikai beállítódásos reflex.

Mielőtt az általunk észlelt reflexekre térnénk át, melyeknek jellemzői a végtagmozgásra bekövetkező fejmozgások vizsgálata, pár szóval kitérnénk a



1. kép



2. kép

III. vizsgálat

Magnus értelmében vett „felállás” jelensége és a fejtartás közti kapcsolatra. *Magnus* kiemeli, hogy állatkísérletekben a narcosisból való ébredés után, vagy shockhatás után az állat első kísérlete a fej normál állásba hozatala, és csak ezt követi a törzs megfelelő mozgása a megfelelő testtartás elérésére. Ha esetünket tekintjük, úgy minden esetben az alsó végtag tónusváltozása az, mely a fej helyzetváltozását eredményezi. A fej tónusváltozását pedig a törzs megfelelő mozgása követi. A *Magnus* értelmében vett meghatározás szerint reflexeink a beállítódásos reflexek csoportjába tartoznak, közelebbi meghatározás szerint a fej-beállítódásos reflexek csoportjába.

III. Az alábbi vizsgálatunknál az alaphelyzetben fekvő beteg fejét kézzel feltámasztjuk, majd mindkét alsó végtagját térdben kissé nyújtva, csípőben pedig hajlítva, a csípőhajlítást fokozzuk. Amilyen mértékben a csípőhajlítás növekedik, olyan mértékben nő a fejnek hátra irányuló hajlítása. A fej hátra irányuló hajlása a legkifejezettebb azon állásban, hol a (merőlegesen elhelyezkedő) comb a törzssel derékszöveget zár be. Ha a csípőhajlítást csökkentjük, ill. az alsó végtagokat az alaphelyzetbe, extendált fekvő helyzetbe hozzuk, a fej is felveszi eredeti alaphelyzetét. Ha a jelentkezett reflexet elemezzük, úgy megállapítható, hogy az alsó végtag, ill. a medencei hajlító-feszítő mozgást a fej hajlító, ill. feszítő mozgása követte. Ezen reflex beállítódási reflexként fogható fel.

IV/a. Következő vizsgálatunknál az alap testhelyzetben levő, háton fekvő beteg bal combját behajlítjuk, míg az a törzssel derékszöveget zár be, majd a derékszöveget megtartva, a beteg bal vállát fixálva, combját jobbra döntjük. A comb jobbra irányuló mozgásával egyidőben a fej jobbra irányuló mozgása indul meg. A bal combot lassú mozgással az alaphelyzetbe hozva, a fej az eredeti alaphelyzetet foglalja el (IV/a 1—2 képsorozat).

A *IV/b.* vizsgálatunknál a jobb comb balra irányuló mozgását hozzuk létre a váll fixatiója mellett. A jobb végtag balra irányuló mozgása megindulásánál a fej balra irányuló mozgása következik be. A jobb alsó végtagot alaphelyzetbe hozva, a fej hasonlóképpen az alaphelyzetet foglalja el.



1. kép

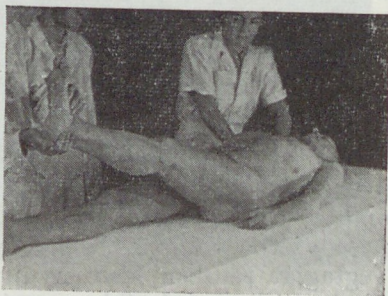


2. kép

IV/a. vizsgálat

A *IV/c* vizsgálatunknál a jobb comb jobbra irányuló mozgását hozzuk létre. A mozgás megindulásakor a fej jobbra irányuló mozgása következik be. A jobb alsó végtagot a kiindulási alaphelyzetbe hozva, a fej hasonlóképpen az alaphelyzetet foglalja el.

Mindhárom esetünkben az alsó végtag, a comb jobbra irányuló mozgásával a fej jobbra irányuló mozgása, a comb balra irányuló mozgásával a fej balra irányuló mozgása jelentkezett, tekintet nélkül arra, hogy a jobb, vagy a bal alsó végtag mozgását végeztük-e.

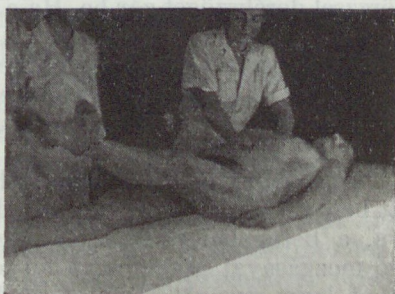


1. kép



2. kép

V/a. vizsgálat



3. kép

A következő *V/a* vizsgálatainkban az alaphelyzetben levő, hanyatt fekvő beteg bal alsó végtagját nyújtott helyzetben kb. 45°-ig felemelve, jobb vállát fixálva, a bal lábat balra rotáljuk. A bal alsó végtag balra irányuló mozgásával egyidőben a fejnek kiefordulása, balra irányuló rotációja indul meg. A bal alsó végtagot alaphelyzetbe hozva, a fej hasonlóképpen az alaphelyzetet foglalja el (*V/a* 1—2—3 képsorozat).

Az *V/b* esetünkben ugyanezen alaphelyzetből kiindulva, a jobb alsó végtagot balra rotáljuk, a fej balra irányuló mozgása jelentkezik (2. ábra), majd a jobb alsó végtagot jobbra rotálva, a fej jobbra irányuló mozgása indul meg.

A fentiekben vázoltuk azon reflexjelenségeket, melyek a *Magnus—Rademaker-de Kleyn* által állatkísérletekben észlelt agytörzsi reflexeknek felelnek meg.

Esetünk két szempontból bír jelentőséggel.

1. Az agytörzsi reflexek keretében olyan tartási és beállítódásos reflexeket ismertünk fel, melyek közül a beállítódásos reflexek az agydaganat diagnosztikában a ritkábban észlelt reflexjelenségek közé tartoznak. Az agydaganatokhoz társuló agytörzsi reflexek irodalma elsősorban a decerebrációs rigiditas kérdésével és ezen belül a tartási reflexek megjelenésével foglalkozik. Esetünkben a *Magnus—Rademaker-de Kleyn* által állatkísérletekben kidolgozott beállítódásos reflexeknek megfelelő, és az emberi neuropathológiában megjelenő beállítódásos reflexeket ismertük fel, melyeknek jelentősége a tumor diagnosztikában értékelhető.

2. Esetünk az agydaganatokhoz társuló agytörzsi reflexek létrejöttének mechanizmusához adatot szolgáltathat. Ezen kérdés szempontjából jelentős az agytörzsi reflexek megjelenése és az agynyomás fokozódása közti párhuzam, mely a kórlefolyás folyamán bizonyos mértékig klinikailag kimutatható volt. A kórlefolyás első phazisában a neurológiai tünetek domináltak csupán elmosódott szélű papillával. Ezen phazisban agytörzsi reflexek nem voltak észlelhetők. Ezt követően a neurológiai tünetek mellett j. o. 4, b. o. 3 D-nak megfelelő szemfenéki pangás alakult ki, mely mellett úgy a tartási, mint a beállítódásos reflexek megjelentek. Ezt követte a harmadik phazis, hol az elvégzett műtét után a tartási és beállítódásos reflexek csökkenése következett be.

Ezen kórlefolyást tekintve felvetődik azon elgondolás, hogy esetünkben a temporalis tumorhoz társult agytörzsi reflexek fellépte a homolateralis pyramis laesio létrejöttéhez hasonló mechanizmus után jön létre. A temporalis tumor növekedése bizonyos phazisban fokozott agynyomást eredményez, hol az agynyomás növekedése uncus hernialisatiohoz vezet. Az uncus hernialisatio kísérő jelensége a pedunculusra gyakorolt azonos oldali nyomás, mely az agytörzsi dyslocatióját eredményezve a tentorium cerebelli ellen oldalnyomásával az agytörzsi compressiót teljessé teszi. Ezen agytörzsi compressio eredményének tartjuk esetünkben az agytörzsi reflexek felléptét. Az agytörzsi compressio hiánya, ill. ingadozása magyarázza meg az agytörzsi reflexek megjelenését, ill. fokozódását.

Ференц Форнади: *Рефлексы ствола мозга, присоединяющиеся к темпоральной опухоли.*

F. Fornádi: *Hirnstammreflexe bei Temporalgeschwulst.*

Tapasztalatok és következtetések Hirepin alkalmazása során

Írta: GOLDSCHMIDT DÉNES dr.

II. RÉSZ

III. A Hirepin és a parkinsonoid tünetek

A Hirepin, összetételét illetően (25 mg Hibernál, 0,50 mg Rausedyl, 5 mg Pipolphen), a Flügel által ajánlott és a Bayer gyár által Megaphen compositum néven gyártott gyógyszerkombinációval egyezik.

22 betegnél kíséreltük meg Hirepin adását. A betegeket különböző szempontok szerint válogattuk össze, betegségük formája, előző kezelésük is különböző. Mind a 22 betegnél közös vonás, hogy több éve elmeosztályi ápolás alatt állnak, mindnyájan a schizophrénia valamelyik chronicus formájában szenvednek. Közülük 12 férfi, 10 nő, koruk 20—56 év. A vizsgált betegek 2—30 éve állnak elmeosztályi ápolás alatt, éspedig: 10 évnél kevesebb idő óta 12-en, 10 évnél több idő óta 10-en. A 22 beteg kórforma szerinti megoszlása: 8 sch. simplex chronica, 8 sch. paranoides chronica, 6 sch. katatonica chronica (hypokineticus forma).

Először 9 betegnél vezettük be a Hirepin kezelést. Ezek különválasztását indokolja, hogy a gyógyszerrel csak rövidebb időn át kapták, így megfigyelésük is kevesebb részletre terjedhetett ki. Ez a csoport 18—29 napon át kapott 3×1 , 3×2 tbl. Hirepint.

A 9 beteg közül 2 nem kapott eddig Hibernál v. Rausedyl kezelést, Hirepin kezelés alatt melléktünetek jelentkezése nélkül kiséfokú javulást mutattak.

3 beteg régebben kapott Hibernál kezelést, 300, 600 és 750 mg-os kezdő, majd fenntartó adaggal, közülük 1-nél kifejezett parkinsonoid tünetek jelentkeztek, amik a fenntartó adag adásakor is fennmaradtak, 2-nél átmeneti és kiséfokú parkinsonoid tünetek jelentkeztek. Mindhárom beteg Hirepin kezelés alatt átmeneti aluszékonytságon kívül egyéb melléktünetről nem panaszkodott, psychés állapotuk lényegében változatlan maradt.

4 beteg közvetlenül a Hirepin megkezdése előtt kapott Hibernál + Rausedylt, fenntartó adagban. Közülük 2-nél a kis fenntartó adag ellenére a súlyos parkinsonoid tünetek fennmaradtak, quantitative egyenértékű Hirepin adása mellett a melléktünetek nagyfokban javultak, egyiknél a nyálfolyás csak Bellafit hozzáadásával szünt meg, a másíknál kiséfokú rigiditas maradt fenn. Végül ketten a nagyobb kezdő Hibernál + Rausedyl adagnál közepesen súlyos parkinsonoid tüneteket mutattak, amik az igen alacsony fenntartó adag mellett megszüntek és ennél a fenntartó adagnál magasabb Hirepin adagra sem jelentkeztek ismét.

Összefoglalva: 9 beteg, aki az előzőekben részben Hibernál, vagy Hibernál + Rausedyl kezelést kapott, részben nem, Hirepin kezelés alatt parkinsonoid tünetmentes maradt, ill. fennálló parkinsonoid tünetei nagyfokban javultak.

13 beteg 36—110 napig kapott 3×1 -től 3×6 tbl. Hirepint. 12 beteg kapott már Hibernál + Rausedyl kezelést, egy Decentant kapott. A Hibernál—Rausedyl hatása és mellékhatásai szempontjából a vizsgált betegek a következőképpen oszlottak meg:

4 betegnél a Rausedyl—Hibernál kezelés közepesen súlyos — súlyos

parkinsonoid tüneteket okozott, psychés állapotuk csak kismértékben és csak rövid időre javult. (Jelölés : Pa : +, Psy : —).

5 betegnél a Rausedyl—Hibernal kezelést félbe kellett szakítani, ill. olyan alacsony adagra kellett leszállítani a súlyos parkinsonoid tünetek miatt, ami mellett psychés rosszabbodás állott be, bár a kezelés elején biztató javulás mutatkozott. (Jelölés : Pa : +, Psy : +).

Végül 4 betegnél a kezelésnek nem volt mellékhatása, a psychés állapot azonban egyáltalán nem, vagy csak kismértékben és rövid időre változott. (Jelölés : Pa : —, Psy : —).

Fent leírt Hirepin kezelés eredményét ezeknél a betegeknél az alábbiakban kísérlem meg összefoglalni :

IV. Táblázat

Az eset száma	Dg.	Előző kezelés				Hirepin kezelés				
		H. mg.	R. mg.	Pa.	Psy.	H. mg.	R. mg.	P. mg.	Pa.	Psy.
14. sz.	Simplex . . .	300	7,5	+	—	375	7,5	75	—	±
15. sz.	Simplex . . .	250	2,5	+	—	225	4,5	45	—	+
18. sz.	Paranoid . . .	24 mg Decentan		+	—	150	3,0	30	—	++
20. sz.	Paranoid . . .	225	2,25	+	—	150	3,0	30	—	—
2. sz.	Paranoid . . .	150	3,0	+	+	150	3,0	30	—	++
3. sz.	Paranoid . . .	150	2,25	+	+	150	3,0	30	—	++
10. sz.	Paranoid . . .	75	1,5	+	+	75	1,5	15	—	++
17. sz.	Paranoid . . .	—	2,25	+	+	75	1,5	15	—	—
5. sz.	Paranoid . . .	225	7,5	—	—	300	6,0	60	—	—
19. sz.	Paranoid . . .	300	—	—	—	225	4,5	45	—	+
8. sz.	Kataton . . .	75	1,5	+	+	150	3,0	30	—	+
7. sz.	Kataton . . .	300	—	—	—	225	4,5	45	—	±
9. sz.	Kataton . . .	600	—	—	—	225	4,5	45	—	—

H = Hibernal, R = Rausedyl, P = Pipolphen, Pa = parkinsonoid tünet : + fennállása, — tünetmentesség, Psy = psychés hatás : — nincs hatás, ± kismértékű psychés javulás + kifejezett javulás, ++ jelenleg teljes rendezettség.

A feltüntetett adagok mg-ban napi mennyiséget jelentenek ; ha nem voltak parkinsonoid tünetek, a kúra alatt adott legnagyobb napi mennyiséget adtam meg, ha jelentkeztek parkinsonoid tünetek, akkor azt a legkisebb napi mennyiséget, ami mellett a tünetek még tartósan fennálltak. Tehát a Pa. mellett feltüntetett H. R. mennyiségek nem a Pa. kiváltó, hanem fenntartó adagjai.

Az eset száma a 22, összesen Hirepinnel kezelt és sorszámmal ellátott eset közül kiemelt 13 eset sorszáma.

Fenti táblázatból kitűnik, hogy míg a Hibernal—Rausedyl kezelés alatt a 13 beteg közül 8-nál jelentkeztek többé-kevésbé súlyos parkinsonoid tünetek, addig Hirepin kezelés alatt egynél sem.

A 10. sz. beteg pl. napi 3 × 1 tbl. Rausedyl (à 0,25 mg.) mellett is látászavarokról, tremorról, borzongásról és egyéb hasonló tünetekről panaszkodott, 3 × 1 tbl. Hirepin adása mellett ilyen tekintetben panaszmentessé vált, ismét dolgozni kezdett a szabóműhelyben, régebbi intézeti therapiás munkahelyén.

A 8. sz. betegnek 3×2 tbl. Rausedyll (\dot{a} 0,25 mg.) és 3×1 tbl. Hibernál szedése mellett szubjektív panasza nem volt, de mozgása meglássúbbodott, merev volt, végtagjaiban tremor jelentkezett: 3×1 tbl. Hirepinnél ezek a tünetek megszűntek és 3×2 tbl.-nál sem jelentkeztek ismét.

Az első csoportban tárgyalt 9 betegünk csak rövid ideig kapott Hirepint, ezért kezelésük a psychés javulás szempontjából egyáltalán nem értékelhető. De melléktünetek vonatkozásában fentiek alátámasztására felhasználható: a 9 beteg közül 1-nél a H + R kúra alatt fellépett nyálfolyás, 1-nél a rigor, bár lényegesen enyhébb fokban, de Hirepin kúra alatt is fennmaradt, a többi 7-nél semmiféle parkinsonoid tünet nem jelentkezett, ill. a fennálló tünetek megszűntek.

A vizsgált és fent részletezett tüneteken kívül a Hirepin kezelés alatt még a következőket észleltük: a kezdetben rendszeresen ellenőrzött vérnyomás nem mutatott ± 10 Hgmm-nél nagyobb orthostaticus eltérést, a betegek legnagyobb része néhány napos Hirepin kezelés után akadálytalanul tovább dolgozott megszokott munkahelyén. Néhány beteg átmenetileg szédülésről, ketten aluszékonyságról panaszkodtak, de ezek a tünetek is megszűntek a további kezelés során anélkül, hogy az adaggal leszálltunk volna, vagy gyógyszeresen be kellett volna avatkoznunk.

A tűrőképesség lehetséges felső határának kísérletére egy betegünk (14. sz.) 12 napon keresztül napi 3×6 tbl. Hirepint (450 mg H. + 9 mg R. + 90 mg P.) kapott. Ilyen adag mellett a beteg, aki egyébként az intézet egyik sertés-gondozója, napközben többször leheveredett a park fűvébe és aludt egy kicsit, de munkáját azért továbbra is ellátta. Mozgása talán kissé merevebb volt. Amikor adagjával ismét 3×5 -re szálltunk le, ezek a tünetek elmúltak.

A Hirepinnek a parkinsonoid tünetekkel való kapcsolatára még a következő megfigyeléseket említeném:

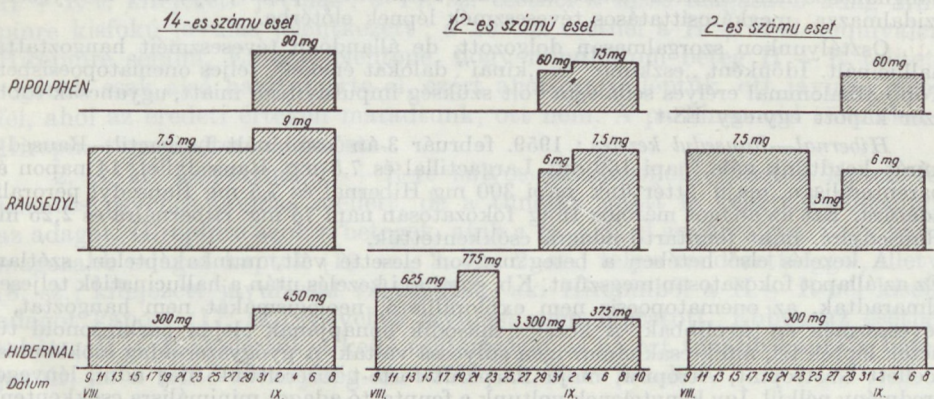
1. 3 betegünknel (2. sz., 12. sz., 14. sz.) a Hirepin kúra lefolytatása után kontrollképp a melléktünetek kialakulásának és megszűnésének folyamatát rövidítve megismételtük. (Lásd: I. grafikon, 139. oldal) 20 napos kezelés során ugyanazt a maximális Hibernál, ill. Rausedyll adagot kapták, mint ami eredeti kúrájuk alatt a parkinsonoid tüneteket kiváltotta, majd áttértünk kb. aequivalens mennyiségű Hirepinre. A 20 nap alatt mindhárom betegnél igen súlyos parkinsonoid tünetek léptek fel. Közülük kettőnél (2. sz. és 14. sz.) a tünetek a kb. aequivalens Hirepin adásának első 7 napján belül teljesen visszafejlődtek, a harmadiknál (12. sz.) kisebbfokú kényszereszerű (dranghaft) izgalmi állapot maradt fenn, ami a Hirepin adásának 10. napján szűnt meg, *miután a 4. napon a Hirepin adagot az előző Hibernál adag fölé emeltük.*

2. 19. sz. betegünknel a Hiperin kezelést a gyógyszer kifogyása miatt meg kellett szakítanunk, ekkor aequivalens mennyiségű Hibernál + Rausedyllre állítottuk be (225 mg H. + 4,5 mg R.) A változtatást követő negyedik napon az adagot le kellett szállítanunk a súlyos parkinsonoid tünetek miatt, amik ennek ellenére a fenntartó kezelés végéig, bár enyhébb fokban, fennmaradtak. (Lásd: II. grafikon, 139. oldal.)

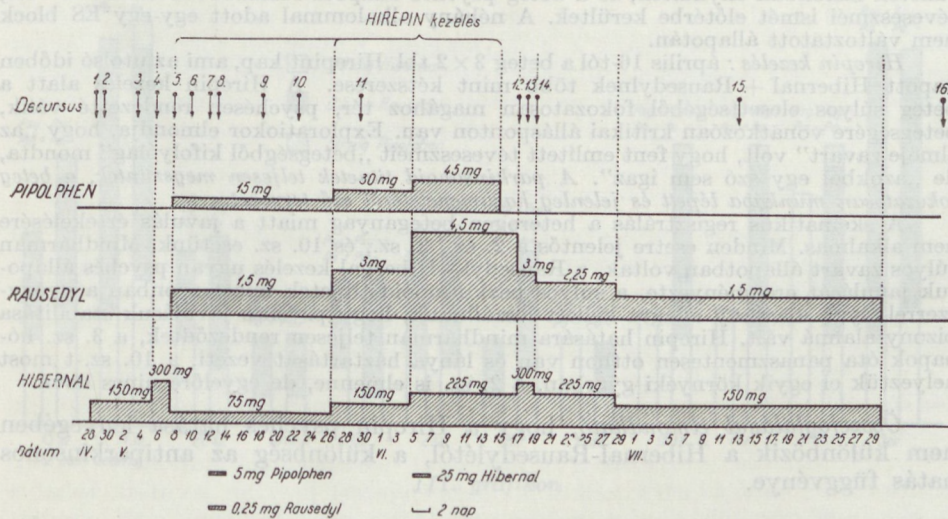
3. Végül 19, éppen kezelés alatt álló betegünknel a Hirepin adását, átmeneti hiánya miatt, 6 napra meg kellett szakítanunk. Ezalatt a 6 nap alatt a betegek aequivalens mennyiségű Hibernál + Rausedyllt kaptak. *A 19 beteg közül 7-nél jelentkeztek ismét a melléktünetek, köztük 4-nél olyan mértékben, hogy az gyógyszeres beavatkozást (Atropin) tett szükségessé.*

E rész összefoglalásaként elmondható, hogy 22 beteggel végzett kísérleteink során bebizonyosodott, hogy a Hirepin szedése mellett lényegesen kevésbé alakulnak ki a Hibernál-Rausedyll szedése mellett gyakran jelentkező parkinsonoid tünetek, illetve a már kialakultak Hirepin szedése mellett nagy-

fokban javulnak, vagy megszűnnek. Ezzel a Hirepin módot nyújt arra, hogy az adagok kényszerű csökkentése nélkül folytathassuk kezelésünket, hogy a beteget megszabadítsuk a melléktünetek subjektív gyakran nehezen elviselhető élményétől, valamint, hogy az adagokat szükség szerint az eddigieknél magasabbra emelhessük anélkül, hogy kellemetlen szövődmények-től tartanunk kellene. Végül és nem utolsósorban, a Hirepin tágabb lehetőséget nyújt melléktünetelimináló hatásával a kezelés következtében megközelíthetővé vált beteg psychotherapiás befolyásolására.



I. grafikon. (Jelmagyarázat a II. grafikonon)



II. grafikon. 19. sz. eset. A beteg gyógyszerelése IV. 28-tól VII. 26-ig. A nyilak feletti szám a becursus hivatkozási száma: 1. egész nap nem csinál semmit, ha szólnak hozzá sírvajakad; 2. fekszik, sír; 3-4-5-6. sír; 7. szorgalmasan dolgozik; 8. rendezettebb, szépen elbeszélget; 9. jókedvű, rendezettebb; 10. sír; 11. szorgalmas, rendezett; 12. nyál-folyása van, dranghaft; 13. igen erős nyál-folyás, dranghaft; 14. kínzó nyál-folyás, dranghaft; 15. tremor; 16. teljesen rendezett, szorgalmas

IV. A Hirepin psychés hatásáról

A IV. táblázatból a psychés javulás csak nagyfokú fenntartással értékelhető, mert az egyes kórformákon belül álló esetek sem hasonlíthatók egymással össze a betegnek egymásától egészen különböző állapota miatt.

A javulás demonstrálására mellékelem egyik esetünk részletes ismertetését (2. sz. eset).

2. sz. (G. I. tksz. 652. osz. 62/59. 51 éves) 1958. I. 28. óta áll osztályunkon ápolás alatt, Schizophrenia paranoides chronica kórismével. Az Orsz. Intézettől vettük át, évek óta áll elmeosztályi kezelés alatt.

Felvételi statusából: tudata zavart, minden tekintetben desorientált, teljesen kúsza téveseszméi világában él. (Ő Rákosi lánya, fény- és hangkirálynő, a neve Li Csu Csen Csun Lilike, Rákosi Szidi, beszél kínaiul és eszkimóul stb.) Majdnem állandóan hanghallásos hallucinációk hatása alatt áll. Időnként impulzív, ilyenkor környezetét szidalmazza, megkárosíttatásos téveseszmék lépnek előtérbe.

Osztályunkon szorgalmasan dolgozott, de állandóan téveseszméit hangoztatta, hallucinált. Időnként „eszkimó” és „kínai” dalokat énekelt, teljes onematopoesisben. Több alkalommal érleyes sedálásra volt szükség impulzivitása miatt, ugyancsak többször kapott egy-egy ES-t.

Hibernal—Rausedyl kezelés: 1959. február 3-án kombinált Largactil—Rausedyl kúrát kezdtünk nála, napi 150 mg Largactillal és 7,5 mg Rausedyllel, 14 napon át parenterálisan, majd áttértünk napi 300 mg Hibernal és 7,5 mg Rausedyl peroralis adására. Ezt az adagot március 16-ig fokozatosan napi 75 mg Hibernalra és 2,25 mg Rausedylre, mint fenntartó adagra csökkentettük.

A kezelés első hetében a beteg nagyon elesetté vált, munkaképtelen, szótlan. Ez az állapot fokozatosan megszűnt. Kb. egy havi kezelés után a hallucinációk teljesen elmaradtak, az onematopoesis nem explorálható, neologismákat nem hangoztat, a téveseszmék én-távolibbak. A kezelés második hónapjának elején parkinsonoid tünetek léptek fel, amik csakhamar igen súlyossá váltak. A gyógyszer-adag csökkentése mellett Gastropint, Atropint, majd Parpanit forte-t kíséreltünk meg adni, lényeges eredmény nélkül. Így kénytelenek voltunk a fenntartó adagot minimálásra csökkenteni. Ilyen minimális adagolásban kapta a beteg a gyógyszert április 16-ig. A parkinsonoid tünetek kiszűntek, a beteg psychés állapota rosszabbodott: tétlen volt, téveseszméi ismét előtérbe kerültek. A néhány alkalommal adott egy-egy ES block nem változtatott állapotán.

Hirepin kezelés: április 16-tól a beteg 3×2 tbl. Hirepint kap, ami az utolsó időben kapott Hibernal + Rausedylnek több mint kétszerese. A Hirepin kezelés alatt a beteg súlyos elesettségből fokozatosan magához tér, psychésen rendezetté válik, betegségére vonatkozóan kritikai állásponton van. Exploratiókor elmondja, hogy „az elméje zavart” volt, hogy fent említett téveseszméit „betegségből kifolyólag” mondta, de „azokból egy szó sem igaz”. *A parkinsonoid tünetek teljesen megszűntek, a beteg fokozatosan munkába lépett és jelenleg hazameneteléről szó lehet.*

A skematikus regisztrálás a heterogen beteganyag miatt a javulás értékelésére nem alkalmas. Minden esetre jelentős a 2. sz., 3. sz., és 10. sz. esetünk. Mindhárman súlyos zavart állapotban voltak, a Rausedyl—Hibernal kezelés ugyan psychés állapotuk javulását eredményezte, a súlyos parkinsonoid tünetek miatt azonban a gyógyszerrel olyan alacsony adagra kellett leszállnunk, hogy psychés javulásuk stabilitása bizonytalanná vált. Hirepin hatására mindhárman teljesen rendeződtek, a 3. sz. hónapok óta panaszmentesen otthon van és lánya háztartását vezeti, a 10. sz.-t most helyezzük el egyik környéki gyárban, a 2. sz. is elmenne, de egyelőre nincs hová.

—*Összefoglalásul elmondható, hogy a Hirepin psychés hatása lényegében nem különbözik a Hibernal-Rausedylétől, a különbség az antiparkinsonos hatás függvénye.*

V. A psychés hatás és a parkinsonoid tünetek összefüggéséről

Az első részben ismertettem, hogy a különböző szerzők véleménye megoszlik a psychés hatás és a parkinsonoid tünetek közötti összefüggés kérdésében. Deniker a parkinsonoid tüneteket a gyógyszeres telítettség jelének, Flügel a tüneteket a psychés javulással intim kapcsolatban állóknak, Haase a gyógyszer fajlagos hatása integráns részének tartja. Kiindulópontul fenti szemléletet szeretném venni és ennek alapján meg szeretném kísérelni az összefüggések mélyebb feltárását.

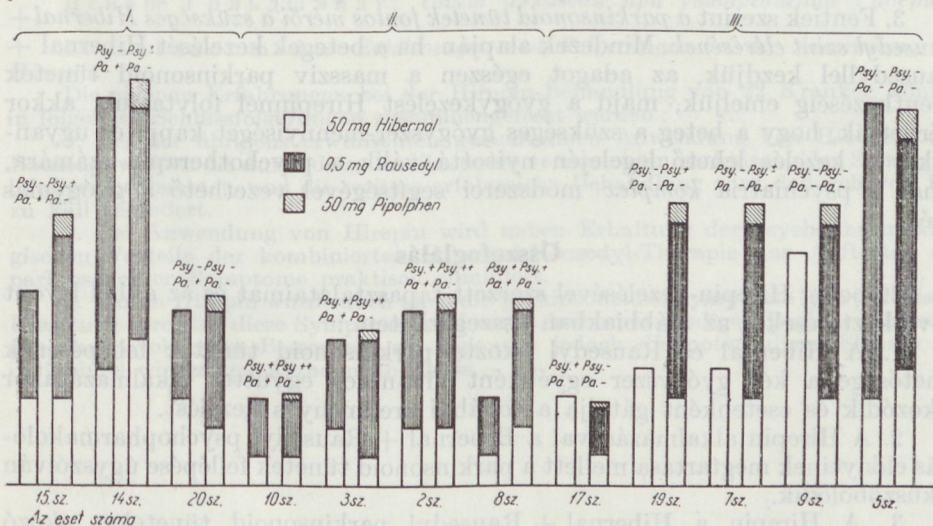
A szemléletesség kedvéért a IV. táblázatot grafikusán is ábrázolom (lásd III. grafikon, 141. oldal). A táblázaton feltüntetett 13 esetből itt csak 12

szerepel, a 18. sz. esetet kihagytam, mivel az előzetes kezelést ott Decentannal végeztük és annak kvantitatív egybevetése a Hirepinnel nem lehetséges.

Ha ezt a grafikont fenti szemlélet alapján kísérlem meg értékelni, akkor a következő eredményre jutok :

1. Az I. csoport mindhárom tagjánál (15. sz., 14. sz., 20. sz.) Hibernál-Rausedyll kezelés alatt közepesen súlyos—súlyos parkinsonoid tünetek jelentkeztek, csak átmeneti psychés javulással, vagy anélkül. A 15. sz. esetről Hirepinre, amit a beteg lényegesen magasabb adagban kapott, mint előtte a H + R-t, kifejezett javulás ; a 14. sz. esetről a kissé magasabb adag Hirepinre kiskokú javulás jelentkezett ; a 20. sz. esetről a H + R-el aequivalens Hirepinre semmi. Ez azt jelentené, hogy mindhárom beteg H + R telítettségének csak alsó határát érte el, ezért ahol ezt túlléptük, ott javulás lépett fel, ahol az eredeti értéken maradtunk, ott nem. A parkinsonoid tüneteket a Hirepin természetesen elmosta.

2. A II. csoportnál H + R-re súlyos parkinsonoid tünetek léptek fel, jelentős psychés javulás mellett, de a tünetek miatt le kellett szállítanunk az adagot. Hirepinre azok a betegek, akik a H + R-el aequivalens, vagy annál magasabb adagot kaptak (10. sz., 3. sz., 2. sz.) teljes rendezettséggel, illetve (8. sz.) kifejezett javulással választottak, aki Hirepinből a H + R-nél kisebb adagot kapott (17. sz.), psychés javulást nem mutatott. Ebben az esetben tehát a H + R-el elértük a kellő telítettséget és ha ezt tovább kapta a beteg, javult, ha a telítő mennyiség alá szálltunk, nem javult.



III. grafikon

3. Végül a III. csoportnál H + R alatt sem parkinsonoid tünet, sem psychés javulás nem volt, fenti szemlélet szerint azért, mert a gyógyszer nem érte el a kellő telítettségi fokát. Így azokban az esetekben, ahol a Hirepin adag lényegesen túlszárnyalta a H + R adagot, kifejezett javulás (19. sz.), illetve kiskokú javulás (7. sz.) lépett fel, ahol csak kiskokban lépte túl (9. sz.), vagy alatta maradt (5. sz.), ott nem volt javulás. Ez a harmadik csoport a „sötétben tapogatózás” csoportja adagolás szempontjából, hiszen H + R-re parkinsonoid nem volt, tehát telítettség sem, Hirepinnel viszont a telítettségnél sem jelentkezik parkinsonoid.

4. Fentiekhez csatlakozik még egy szempontból a 19. sz. eset. Érdekessége

miatt itt is fel kell rá hívnom a figyelmet (lásd : II. sz. grafikon). A beteg alacsony Hibernál adagolás után, amire sem psychésen, sem parkinsonoid tünetekkel nem reagált, lényegesen magasabb adag Hirepint kapott és e kezelés alatt szépen javult. A Hirepint aequivalens mennyiségű Hibernál-Rausedyllel feleserélve súlyos parkinsonoid tünetek jelentkezése mellett a javulás tovább tartott és teljes rendeződésig vezetett. Ebben az esetben tehát a fenti szemlélet szerint, a H + R adagját a Hirepin parkinsonoid tünetfedő hatása mellett „sötétben tapogattuk ki” és a Hirepin elhagyása után jelentkező parkinsonoid tünetek utólag igazolták, hogy valóban a telítettség szintjén álltunk az adagolással, amikor a javulás bekövetkezett.

Ezek alapján fenti szemléletet a következőkben tudom konkretizálni :

1. A felsorolt 12, ebből a szempontból egyáltalán nem válogatott chronicus schizophren betegnél a *psychés javulás szignifikánsan párhuzamosan folyik a parkinsonoid tünetek jelentkezésével* ; a parkinsonoid tünetek valóban a gyógyszeres telítettség jeleinek, a psychés javulással intim kapcsolatban állóknak tűnnek.

2. A parkinsonoid tünetek, fenti esetekben, kiküszöbölhető Hirepin segítségével, az eredeti Hibernál + Rausedyl adag fenntartása, vagy *emelése* mellett, és a psychés javulás mégis bekövetkezik. *A parkinsonoid tünetek tehát ezeknél a betegeknél nem jelentik a psychés javulás sine qua non-ját, csupán szignálják a szükséges gyógyszer-mennyiséget* ; az elektroshock izom-clonusához tűnnek hasonlóknak, ahol a Pipolphen a Succinylcholin szerepét tölti be.

3. Fentiek szerint a *parkinsonoid tünetek fontos mérői a szükséges Hibernál + Rausedyl szint elérésének*. Mindezek alapján, ha a betegek kezelését Hibernál + Rausedyllel kezdjük, az adagot egészen a masszív parkinsonoid tünetek jelentkezéséig emeljük, majd a gyógykezelést Hirepinnel folytatjuk, akkor elérhetjük, hogy a beteg a szükséges gyógyszer-mennyiséget kapja és ugyanakkor a kezelés lehető legelején nyitottá válik a psychotherapia számára, tehát a *psychiatria komplex* módszerei segítségével vezethető a gyógyulás felé.

Összefoglalás

22 beteg Hirepin-kezelésével szerzett tapasztalataimat és az abból levont következtetéseket az alábbiakban összegezhetem :

1. A Hibernál és Rausedyl okozta parkinsonoid tünetek fellépésének lehetősége a két gyógyszer egyébként kívánatos együttes alkalmazásakor fokozódik és esetenként gátolja a további eredményes kezelést.

2. A Hirepin alkalmazásával a Hibernál + Rausedyl psychopharmakológiai előnyeinek megtartása mellett a parkinsonoid tünetek fellépése úgyszólván kiküszöbölődik.

3. A Hirepin a Hibernál + Rausedyl parkinsonoid tüneteket okozó szintje felett, fenti tünetek nélkül is eredményezett psychés javulást, tehát a parkinsonoid tünetek nem szükséges velejárói a psychés javulásnak, viszont szükséges jelzői az egyénileg hatásos gyógyszer-szintnek.

Ezúton szeretnék köszönetet mondani dr. Angyal Lajos professzor úrnak igen értékes tanácsaiért, amikkel munkámhoz nagy segítséget nyújtott.

Irodalom

1. *Angyal L.* : Zeitschr. Neur. Psych. 1929. 122. — 2. *Angyal L.* és *Pertorini R.* : A neuropsychiatria néhány problémája. Medicina. 1958. 3—28. — 3. *Balestrieri A.* : Reserpin-Chlorpromazin symposion. Milano. 1955. — 4. *Barsa J.* és *Kline N.* : Arch. Neurol. Psychiatr. 1955. 74. 280. — 5. *Baruk H.* és *mtsai* : Ann. méd.-psychol. 1955. 1. 3. 439. — 6. *Baruk H.* és *mtsai* : Ann. méd.-psychol. 1955. 1. 5. 705. — 7. *Baruk H.* és *mtsai* : Ann. méd.-psychol. 1956. 2. 2. 337. — 8. *Baruk H.* : Ann. méd.-psychol.

1958. 116. 698. — 9. *Böszörményi Z., Gimesné és Orthmayr A.* : O. H. 1955. 38. 1039. — 10. *Delay J., Deniker P. és mtsai* : Különkiadás. 1956. 793. — 11. *Denber H. és Bird E.* : Amer. J. of Psychiatry. 1955. 112. 6. 465. — 12. *Deniker P.* : Hibernothérapies et médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique. L'Encéphale. Különkiadás. 1957. 3. — 13. *Eiber H.* : Arch. Neurol. Psychiatr. 1955. 74. 136. — 14. *Flügel F.* : L'Encéphale. Különkiadás. 1956. 790. — 15. *Flügel F. és mtsai* : Eeg. Clin. Neurophysiol. 1956. 8. 712. — 16. *Flügel F. és Bente D.* : Dtsch. med. Wschr. 1956. 81. 2071. — 17. *Flügel F. és mtsai* : Dtsch. med. Wschr. 1958. 12. 445. — 18. *Freyhan F.* : L'Encéphale. Különkiadás. 1956. 613. — 19. *Freyhan F.* : Nervenarzt. 1957. 28. 504. — 20. *Goldmann* : II. Nemzetk. Psychiatr. Kongr. Zürich. 1957. — 21. *Guiraud P. és David* : LVIII. Cong. des Al. et Neur. L. Fse. Besancon-Neuchatel. 1950. — 22. *Haase H.* : Nervenarzt. 1954. 12. 486. — 23. *Hoff H.* : L'Encéphale. Különkiadás. 1956. 52. — 24. *Kardos Gy. és Pertorini R.* : Ideggy. Szle. 1955. 3. 65. — 25. *Kleinsorge H. és Rösner K.* : Die Phenothiazinderivate in der Medizin. G. Fischer. Jena. 1958. — 26. *Kline N.* : Psychiatr. Quart. 1958. 32. 41. — 27. *Laborit H. és Leger L.* : Presse Méd. 1950. 58. 492. — 28. *Largactil—Symposion*, Basel, Arch. f. Neurol. und Psychiatr. 1954. 73. 1—2. 288. — 29. *Launay J. és Despature M.* : Ann.méd.-psychol. 1956. 2. 2. 340. — 30. *Magyar T.* : Ideggy. Szle. 1957. 2. 59. — 31. *Meyer H.* : II. Nemzetk. Psychiatr. Kongr. Zürich. 1957. — 32. *Rigal J.* : Méd. Bordeaux. 1952. 10. 899. — 33. *Scholten O.* : Med. Monatschr. 1953. 7. 9. 552. — 34. *Schwab R. és England A.* : Med. Clin. N. Amer. 1957. 41. 369. — 35. *Simkó A. és Stiaszny E.* : Ideggy. Szle. 1956. 2. 53. — 36. *Somogyi S. és Tass Gy.* : O. H. 1957. 34. 937. — 37. *Steck H.* : Ann. méd.-psychol. 1954. 2. 5. 737. — 38. *Steck H.* : L'Encéphale. Különkiadás. 1956. 52. — 39. *Thiebaut M. és mtsai* : Ann. méd.-psychol. 1954. 1. 5. 732. — 40. *Vogt M.* : Britisch Md. Journ. Psych. 1958. X/18. 965. — 41. *Weber E.* : J. Suisse Méd. 1954. 84. 34. 968.

Денеш Гольдшмидт: Опыт и выводы при употреблении Гиперина.

D. Goldschmidt: Erfahrungen und Folgerungen bei der Anwendung von Hirepin.

Die eigenen Erfahrungen bei der Hirepin-Behandlung von 22 Kranken können in folgenden Schlussfolgerungen zusammengefasst werden:

1. Bei der übrigens erwünschten gemeinsamen Anwendung von Hibernol und Rausedyl werden die durch diese Medikamente verursachten parkinsonoiden Symptome häufiger beobachtet, und die weitere erfolgreiche Behandlung wird dadurch von Fall zu Fall gehindert.

2. Bei Anwendung von Hirepin wird neben Erhaltung der psychopharmakologischen Vorteile der kombinierten Hibernol-Rausedyl-Therapie das Auftreten der parkinsonoiden Symptome praktisch eliminiert.

3. Durch Hirepin wurde auch ohne die parkinsonoiden Symptome eine psychische Besserung erreicht; diese Symptome sind somit keine notwendigen Begleiterscheinungen der psychischen Besserung, sie bedeuten jedoch die notwendigen Signale der individuell wirksamen Arzneimittel-Dosis.

Altatószermérgezések beta-beta-methyl-aethyl-glutarimid (Megimide) kezelése

Írta: PATAKFALVI ALBERT dr. és DUS VINCE dr.

1954-ben Shaw (15, 16, 17, 22, 24) különböző anyagokkal folytatott kísérletei közben azt észlelte, hogy a Megimide az állatokon görcsös izgalmi állapotot vált ki. Ez bekövetkezett akkor is, ha az állatoknak kis mennyiségű barbituratot adagolt. Arra a feltevésre jutott, hogy az általa megismert görcskeltő anyag egyben a barbituratok ellenszere.

Az imidek csoportjába tartozó s a gyógyászatban alkalmazott vegyületek hypnoticus, nyugtató hatásukról voltak ismeretek. Széles körben elterjedt altató- és nyugtatószerek pl. az alfa-phenyl-alfa-aethyl-glutarimid (Doriden). A két ellentétes hatású vegyület (Megimide és Doriden) szerkezete hasonlóságot mutat. Hasonlóság van továbbá a Megimide és a barbitursav szerkezete között is. A kémiai hasonlóságból és a nagyfokú antagonizmusból arra következtetett több szerző, hogy a Megimide és a barbituratok között kompetitív antagonizmus áll fenn. (14,22) A Megimide-del történt kísérletek megdöntötték ezt a hypothesis-t (7, 20).

Hahn és Schunk (8, 14) alábbi táblázata mutatja különböző analepticumok életmentő hatását állatokon lethalis Veronal mérgezésnél (1000 mg/kg).

Túlélő kontroll csoport	0%
Cardiazol alkalmazásánál	0%
Picrotoxin alkalmazásánál	60%
Megimide alkalmazásánál	90%

A Megimide a barbituratok eddig ismert leghatásosabb antagonistája (8, 10, 11, 21, 22, 26). Állatkísérletes vizsgálatok és klinikai tapasztalatok igazolják, hogy nem barbiturat tartalmú szerekkel szemben is antagonistikus hatású, és igen eredményes Adalin, Doriden, Chloralhydrat, Urethan, Aethylalcohol és végül Hydantoin származékok ellen (14). Ezzel szemben hatástalan a Morphin és Dolantin csoportra (14, 15). Előnye az eddig használt analepticumokkal szemben, hogy nem csap át bénító hatásba, s bevezetése óta nem figyeltek meg cardialis arrhythmia-t, mely a Cardiazol és Picrotoxin kezelés alatt időnként fellépett(9).

A Megimide antagonizmususa nem fajlagos, hanem functionalis, és a központi idegrendszerre gyakorolt izgató hatásán alapszik (7, 20). Fő eredményessége abban rejlik, hogy az altatószerek súlyos bénító hatását fontos agycentrumokra (légzés és vasomotor központ) felfüggeszteni képes. Az is valószínű egyes szerzők szerint, hogy a Megimide támadáspontja a többi analepticumtól némileg eltér; fokozott barbiturat antagonistikus hatása ennek tulajdonítható. Egereken, patkányokon, macskákon és barbituratmérgezett embe-
reken a coma, ill. alvás ideje jelentősen megrövidíthető (14, 25, 26, 28). A vér barbitursav szintjét és a kiválasztást nem befolyásolja (12,18). Barbituratmérgezett állatokon és betegeken egyaránt enyhe vércukoremelkedést, hőcsökkenést és vérnyomásemelkedést idéz elő. A légzés mélyül (20). Boyan és mtsai (2) az EEG normalizálódást látták. Túladagolásnál általános görcsöket válthat ki (4, 15, 22).

Shaw és más szerzők (3, 9, 16, 19, 23, 25) adatai szerint a Megimide hatása fokozható 2-4-diamino-5-phenylthiazol-hydrobromid (Daptasol) Mo-
antagonista szer hozzáadásával. A Daptasol feltehetően synergista módon hat, önmagában hatástalan barbiturat mérgezéseknél. A kettő együttes alkalmazása csak a légzőközpont depressios állapotában indokolt (20).

A *Megimide adagolásmódja* (14, 15, 26). Acut mérgezésben 3—5 percenként 50 mg-ot (10 ml-t) adunk iv. Könnyebb esetben 30—40 ml elegendő. A gyógyszert addig adjuk, míg a beteg vérnyomása, érverése, izomtónusa, légzésszáma kielégítő és az életfontosságú reflexek újra jelentkeznek. Ha visszaesés következik be, adását még rövid ideig folytatni kell. Az összes dosis az eset súlyosságához, továbbá az altatószer dosisához és természetéhez igazodik. Súlyos comák esetén a fenti adag sokszorosa adható veszély nélkül. Mint legnagyobb adag 2800 ml szerepel az irodalomban.

Mellékhatások körültekintő adagolással teljesen elkerülhetők. Túladagolásakor reflexfokozódás, izomremegés, motoros nyugtalanság, hyperventillatio, hányás és epileptiform görcsök jelentkezhetnek. Ha ezek a tünetek jelentkeznek, átmenetileg szüneteltetjük az injectiókat; szükség esetén iv. gyors hatású barbiturat készítményt adunk, mellyel a túladagolás tünetei prompt megszüntethetők (14, 15, 20).

Az alábbiakban néhány súlyosabb esetünket ismertetjük:

Sz. É. 19 é. nő. 7—8 órával behozatala előtt 25 tabl. Veronalt (a 0,50 g) vett be öngyilkossági szándékkal. Mélyen comatosus, inreflexek nem válthatók ki, fájdalomingerekre nem reagál. Pupilla és cornea reflexe megtartott. Vérnyomás 90/50 hgmm, pulsus szapora, könnyen elnyomható, légzés felületes, szabálytalan. 40 ml Megimide után erős fájdalomingerekre reagál. 110 ml Megimide inj. adása után, 5 óra elteltével vérnyomás 100/60 hgmm, pulsus 60/min., légzés egyenletes. Spontán mozgásokat végez, nyögdécesel. Közben infusios kezelésben részesül, Penicillint kap. 7 és fél óra elteltével 200 ml Megimide adása után a reflexek kiválthatók, vérnyomás 110/70, pulsus 84/min. Összefüggéstelen szavakat mond. 16 órával a beszállítás után a feltett kérdésekre adequat válaszokat ad, somnolens. Összesen 230 ml Megimidet kapott. Az észlelés 3. napján az aluszékonyság fokozatosan megszűnik. A 12. napon panaszmentesen távozik.

M. K. 55 é. férfi. Felvételét megelőzően öngyilkossági szándékkal nagy mennyiségű Dorlotynt vett be. Mélyen comatosus, fájdalomingerekre nem reagál. A pupillák fényre nem reagálnak, a mélyreflexek és hasreflexek nem válthatók ki. Mindkét oldalt néma talp. Vérnyomás 100/70 hgmm, pulsus 90/min., légzés 18/min., felületes. Gyomormosást végzünk, infusiót állítunk be. A következő 3 órában 500 ml Megimidet, 0,40 g Coffeint és 0,033 Strophantint kap. Ekkor fájdalomingerre a lábujjak mozgásával reagál. Ezt követően a bőséges nyáktermelés miatt tracheotomiát végzünk. Antibioticumokat kap, és elektrostimulációt kezdünk másfél órán keresztül 5 percenként, később félóránként. Az első 36 órában 1800 ml Megimidet és ezen felül Pulsotont kapott. Vérnyomás 120/75 hgmm, pulsus 90/min., légzés mély, egyenletes. Reflexek kiválthatók. A következő 24 órában somnolens. Később tudatállapota rendeződik. 15 nap múlva tünet- és panaszmentesen távozik.

H. Zs. 33 é. epilepsiás férfi. Felvétele előtt kb. 7 órával 10 tabl. Sevenalt (a 0,30 g) 40 tabl. Myosolint és Troparint vett be öngyilkossági szándékkal. Mélyen comatosus, areflexiás, fájdalomingerekre nem reagál. Légzésszám 8/min., kihagyó; vérnyomás 80/50 hgmm, pulsus 110/min. Epilepsiája miatt óvatosan kezdjük a Megimide adását. 60 ml után erős fájdalomingerekre reagál, spontán mozgásokat végez, légzése egyenletesebb és szaporább (12/min.), vérnyomása 90/60 hgmm. 11 óra elteltével, 110 ml adása után vérnyomás 115/80 hgmm, pulsus 104/min., légzés egyenletes. Inreflexek kiválthatók. A beteggel kontaktus teremthető. A következő 24 órában még somnolens. A fenti medication kívül gyomormosást végeztünk, infusiókat és Penicillint kapott. Az észlelés 7. napján gyógyultan távozott.

B. R. 38 é. férfi. Felvétele előtt 3 órával öngyilkossági szándékkal 28 tabl. Dorlotynt vett be. Comatosus, fájdalomingerekre nem reagál. Pupillák fényre nem reagálnak. Mélyreflexek, hasreflexek nem válthatók ki. M. k. o. néma talp. Vérnyomás 90/60 hgmm, pulsus 100/min., légzés felületes (16/min.). Gyomormosást végzünk, infusiót állítunk be, Penicillint, Streptomycint adunk profilaktikusan. Felvétele után 17 órával elektrostimulációt kezdünk, negyedóránként 2—3 percig. Az első 33 órában 400 ml Megimidet kapott. Vérnyomás 120/70 hgmm, légzés mélyült. Ezután tudatállapota rendeződött, 9 nap múlva tünet- és panaszmentesen távozott.

S. K. 25 é. férfi. Felvétele előtti napon 6 tabl. Sevenalt, behozatala napján 18 tabl. Sevenalt és 9 tabl. Andaxint vett be öngyilkossági szándékkal. Mély comában van, cornea-, inreflexek nem válthatók ki, fájdalomingerekre nem reagál. Vérnyomás 80/40 hgmm, pulsus 110/min., könnyen elnyomható. Légzés gyér. 3—4 óra elteltével 100 ml Megimide adása után vérnyomás 110/70 hgmm, reflexek kiválthatók, a be-

teggel contactus teremthető. Utána még napokon át szédül, gyenge, aluszékony, lázas. Infusiókat, Penicillint, Tetracort, Coffeint kapott a fenti kezelésem kívül és gyomormosásban részesült. Az észlelés 9. napján jó általános állapotban távozott.

B. S. 31 é. férfi. Felvétele előtt 10 órával nagymennyiségű Dorlotynt (30 tabl.?) vett be. Comatosus, fényreflexek igen renyhék, mélyreflexek, hasreflexek nem válthatók ki. M. k. o. néma talp. Fájdalomingerekre nem reagál. Gyomormosást végzünk, infusiót állítunk be, Penicillin védelemben részesítjük. 24 óra alatt 320 ml Megimidet és 0,60 g Coffeint kap. Negyedóránként 5 percig elektrostimulációt végzünk. Ezt követően pár óráig zavartan viselkedik, majd psychésen rendeződik. A 11. napon tünet- és panaszmentesen távozik.

V. I. 61 é. férfi. Pár órával behozatala előtt félliter pálinkát ivott és 25 tabl. Dorlotynt vett be. Comatosus, pupillák fényre renyhén reagálnak, mélyreflexek renyhék, hasreflexek nem válthatók ki. Gyomormosást végzünk, infusiót állítunk be, bő nyáktermelés miatt tracheotomisáljuk, antibioticumokat adunk. Vérnyomás 90/60 hgmm, pulsus 100/min. A beszállítást követő 14 órával 300 ml Megimidet kap, fájdalomingerekre reagál, reflexek kiválthatók. 24 óra múlva tudatállapota rendeződik. A 13. napon panaszmentesen távozik.

A felsorolt eseteken kívül még hat betegnél alkalmaztuk a Megimidet. A nem részletezett esetekben a coma középsúlyos, ill. enyhe volt. 13 eset közül 2 esetben az erős nyáksecretio miatt tracheotomiát végeztünk, 2 súlyos esetünkben elektromos ingerléssel egészítettük ki a Megimide kezelést. Négy esetben combinált mérgezésről volt szó (Sevenal-Mysolin, Sevenal-Andaxin, Dorlotyn-Aethylalcohol, Sevenal-Rausedy).

Megbeszélés

A centralis analepticumokat széles körben alkalmazzák acut barbiturat mérgezéseknél (13). Picrotoxintól és Cardiazoltól *Koppányi* és *mtsai* láttak jó eredményt kísérleteikben (10). Számos szerző előnyben részesíti a Megimide alkalmazását állatkísérletek és klinikai tapasztalatok alapján (20). Itt említjük meg az új hazai gyártmányú analepticumot, a Spiractint, mely szintén eredményesnek bizonyult acut mérgezések kezelésében (6). A Megimidenek a művesével szemben az a nagy előnye, hogy jelentősen megrövidíti a coma idejét (1). Igen előnyös lehet ezen felül az elektrostimulatio, erről *Oszlánszky* számolt be (17).

Tapasztalatainkat összegezve legjelentősebb hatásként említjük meg, hogy a coma ideje minden esetben megrövidült. Ezen felül a légzés egyenletesebbé válása, mélyülése, a vérnyomás emelkedése, a reflexek újrajelentkezése, ill. élénkülése volt észlelhető. A Megimide adása alatt a szív részéről arrhythmia jelentkezését nem tapasztaltuk. Görcsöket egy esetben sem észleltünk, holott egyik betegünknek gyermekkorában óta epilepsiája volt. Egy betegünkönél, aki az osztályon vett be otthonról magával hozott Veronalból 3 g-ot, 50 ml Megimide adása után élénk inreflexek, motoros nyugtalanság jelentkezett s a korábban rendkívül hallgatag, depressios hangulatú beteg beszédessé vált. A barbiturat mérgezés ismert kellemetlen complicatioi, mint pl. pneumonia, decubitusok stb. minden esetben elkerülhetők voltak. Maradandó idegrendszeri károsodást nem tudtunk kimutatni. Saját tapasztalataink is amellettszólnak, hogy a Megimide hatása functionális és a barbituratoktól szerkezetileg teljesen eltérő anyagokkal szemben is antagonistá hatású.

Összefoglalás

Szerzők 13, zömmel súlyos, részben tisztán barbiturat, részben combinált mérgezett beteg Megimide kezeléséről számolnak be. A Megimide előnye, hogy gyorsan hat, gondos adagolásnál a melléktünetek elkerülhetők, és igen nagy a therapiás hatásszélessége. Esetünkben 1800 ml alkalmazásánál sem léptek fel toxicus tünetek.

Irodalom

1. *Alwall N. und Lunderquist A.*: Acta Med. Scand. 1953. 147. 119. — 2. *Boyan C. P. és mtsai*: J. A. M. A. 1957. 163. 835. — 3. *Buchmann J.*: Brit. Med. J. 1955. 2. 203. — 4. *Clemmesen C.*: Lancet 1956. 271. 966. — 5. *Eckenhoff J. E. und Dam W.*: Amer. J. Med. 1956. 20. 912. — 6. *Csiky P.*: Gyógyszereink 1959. 36. 1. — 7. *Hahn F. és mtsai*: Dtsch. Med. Wschr. 1956. 81. 1580. — 8. *Hahn F. und Schunk R.*: Dtsch. Med. Wschr. 1956. 81. 1643. — 9. *Holten C.*: Lancet 1955. 269. 619. — 10. *Koppányi Th. és Fazekas J. F.*: Amer. J. Med. Sci. 1950. 220. 559. — 11. 1952. 224. 577. 11. *Kutschera-Aichbergen H.*: Dtsch. Med. Wschr. 1954. 79. 1866. — 12. *Louw A., Sonne L. M.*: Lancet 1956. 271. 967. — 13. *Maloney A. H. és mtsai*: J. Pharmacol. 1931. 41. 465. — 14. *Moeschlin S.*: Schw. Med. Wschr. 1959. 89. 181. — 15. *Moeschlin S.*: Klinik und Therapie der Vergiftungen. Thieme, Stuttgart, 1956. — 16. *Montuschi E., Wickenden P. D.*: Lancet 1955. 269. 622. — 17. *Oszlánszky O.*: Ideggyógyászati Szle. 1959. 11. sz. — 18. *Pederson J.*: Lancet 1956. 271. 965. — 19. *Perinpanayagam M. S.*: Lancet 1955. 269. 620. — 20. *Planta P., Klinger M.*: Schw. Med. Wschr. 1956. 86. 691. — 21. *Shaw F. H. és mtsai*: Nature 1954. 173. 402. — 22. *Shaw F. H. és mtsai*: Brit. Med. J. 1955. 1367. — 23. *Shaw F. H.*: Lancet 1955. 268. 969. — 24. *Shaw F. H. és mtsai*: Nature 1954. 174. 402. — 25. *Schulman A. és mtsai*: Brit. Med. J. 1955. 1. 1238. — 26. *Shaw F. H. és mtsai*: Med. J. Austr. 1957. 712. — 27. *Schulmann A.*: Nature 1956. 177. 703. — 28. *Webb J. W. S.*: Brit. Med. J. 1955. 2. 956.

Альберт Патакфальви—Винце Душ: Лечение отравлений от снотворных средств бете — бета — метиль — этиль — глютаримидом.

A. Patakfalvi und V. Dus: Behandlung der Schlafmittelvergiftungen mit Beta-beta-methyl-äthyl-glutarimid (Megimide).

Verfasser berichten über die Megimide-Behandlung von 13 Kranken, überwiegend schwere Fälle, die teilweise ausschliesslich mit Barbiturat vergiftet waren, teilweise bestand eine kombinierte Vergiftung. Der Vorteil des Megimide besteht in seiner schnellen Wirkung; bei sorgfältiger Dosierung können die Nebensymptome vermieden werden, die therapeutische Wirkungsbreite des Mittels ist sehr gross. Bei den eigenen Fällen traten selbst bei der Anwendung von 1800 ml keine toxischen Symptome auf.

BESZÁMOLÓ

Böszörményi Zoltán, Dér Piroška, és Simkovits Miklós: Újabb terápiás kísérletek Huntington-choreásakkal (1960. III. 4-én az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetben elhangzott tudományos előadás)

Három chorea hereditaria tarda-ban szenvedő nőbetegnél, kik közül két unokatestvér 43, ill. 57 éves, míg a harmadik beteg 61 éves volt, terápiás kísérleteket végeztek. Előbb $\frac{1}{2}\%$ -os i. v. novocain-cseppinfúzióval próbálkoztak, napi 1—2 g-os novocain összadaggal, mellyel kisebb tüneti eredményt értek el. (E kísérletre az ötletet egy saját és egy Majerszky által tett észlelés adta, két idősebb betegnél ugyanis vascularis alapon keletkezett hemiballismust sikerült ily módon megszüntetniük.) Később betegeknek napi 2,5 mg Rusedylt adtak, melyre ezek jobban reagáltak, hyperkinesiseik nagyfokban csökkentek, lelkébe is megnyugodtak, az ún. choreophrenia néven össze-foglalt psychés syndroma kevésbé manifestálódott; a betegek megerősödtek és híztak. Legutóbb a Frenolon nevű új magyar perphenazin-származékot alkalmazták a két idősebb betegükönél. A legjobb tüneti eredményt napi 30 mg Frenolon adásával érték el, mely az egyéb perphenazin készítményeknél is (Tricafon) hatásosabbnak bizonyult, az állatkísérletekben beigazolódott nagyobb katalepsiás hatásának megfelelően, bár a heredogeneratív alapfolyamatot természetesen e szer sem befolyásolja. Eredményeiket sorozatos filmfelvétellel szemléltették.

Szerzők hangsúlyozták, hogy a hamburgi idegklinika munkatársainak (Mertens és Fischer) állítását fogadják el, mely szerint az új pharmaconoktól sem várható Huntington-choreában más hatás, mint a cortex diffus fékezése nélkül a pallidum és substantia nigra működésének electiv gátlása. Jelenlegi tudásunk szerint ez az elérhető terápiás optimum.

200 Andaxin kezelés tanulságai*

KARDOS GYÖRGY dr. és SIMKÓ ALFRÉD dr.

Az Andaxin (a továbbiakban: A.) a psycholepticumok (*Delay*) népes családjához tartozó ataracticum; „minor tranqviláns” hatású új gyógyszerünk egyike. Egy tabletta 200 mg 2-methyl-2-n-propyl-1,3-propandiol-dicarbamatot (Meprobamat) tartalmaz. Főbb tulajdonságai a meprobamáttal (Quaname, Miltown, Quamil, Equamil, Restenil, Cyrpon) azonosak, tehát izomrelaxáns, (főleg a spasticus izmokat lazítja el; csökkenti a strychninnel és a tetanus toxinnal kísérletesen létrehozott görcsöket, valamint a tetracorgörcsöket is, utóbbiakat a barbiturátoknál kifejezettebben; *Thal* szerint az electroshock okozta tonusos-clonusos rohamot is enyhíti;) és ugyanakkor kellemes nyugtató hatása van. Egyes esetekben euphoriához közel álló, derűs nemtörődömséget okoz (*Hift*). Ezzel megváltoztatja a magatartást. A meprobamáttal kezelt majmok szelídek és mégis barátságosan érdeklődők. A Largacitillal és a Reserpinnel kezelték csak látszólag nyugodtak, csak látszólag közönyösek; ellenséges gyanakvásukat mindvégig megőrzik és a kísérletek közben váratlanul támadnak (*Genevard*). Az állatkísérleteken túl az öngyilkossági kísérletek is igazolták azt, hogy a szer nem toxicus, hiszen 40 g (200 tabletta!) bevétele sem okozott halált, sőt a mérgezés 1—2 nap alatt maradványtünetek nélkül lezajlott. Veszélytelen és nem gyakori mellékhatásaira eseteink megbeszélésekor térünk vissza.

Az A. kioltja a mono- és poly-synapticus spinalis reflexeket, tehát egyik támadáspontjaként az interneuronális mediatoranyagok vehetők fel. Megváltoztatja az agyvelő bioelectromos aktivitását: synchronisatiós tendenciát okoz, ami először a thalamus-görbén jelenik meg, a legtöbb szerző így írta le. *Magyar* szerint a formatio reticularisról elvezetett görbéken a synchronisatio megelőzheti a thalamust, sőt előtte (az egyes esetekben előforduló, paradox klinikai reakciónak megfelelően) desynchronisatio ill. annak fokozódása mutatható ki; amikor pedig a synchronisatio már diffuzzá vált, hypersynchron paroxysmalis aktivitás is jelentkezhet. Ezek szerint az A. tranqviláns hatásának az EEG-en visszatükröződő lényege: synchronisatiós „befolyás”, amely (valószínűleg az agytörzsi aktivációs systémán keresztül) módosítja a thalamusban, ezen corticopetális csomópontban össze- és szertefutó polysynapticus folyamatokat. Itt elsősorban az emotionális étellel kapcsolatos, az újabb kutatások és munkahypothézisek előterébe került limbikus rendszerre gondolunk, továbbá azon bonyolult kölcsönhatásokra a cortex és a subcortex között, amelyeknek a psychopathológiai tünetekkel való összefüggését megmagyarázni igen nehéz feladatnak ígérkezik.

A meprobamat megjelenését fogadó lelkesedés néhány év alatt elcsendesedett, sőt — mikorra a magyar meprobamat: az A megjelent — kételkedő hallgatásba fulladt az a közlési kedv, amely (az új gyógyszerekhez hasonlóan) a Miltownt és társait fogadta. A mi tapasztalataink azt mutatják, hogy az ataracticumokat helytelen és korai lenne elrejtteni. Megfelelő esetekben, megfelelő kritikával és megfelelő helyen nagyon hasznos és hatásos segítő-társunk lehet az ataraxis. Ez a „megfelelő hely” a psychiatriai ambulancia, a „kis psychiatria”.

* A Pavlov ideg-elmegyógyász szakcsoport 1959. nov. 19-i ülésén elhangzott előadás alapján.

1959. első felében a III. és a XIX. kerületi idegbeteg-gondozóban 200 beteget kezeltünk A.-nal. A betegeinket és eredményeinket összefoglaló táblázaton *Kurt Schneidert* követtük, mert úgy érezzük, hogy ma már számos pszichiatriai fogalom nem fedi azt, amire szánták; sok „kórisme” elkopott és megfakult, határai elmosódtak, fogalmi jelentése pedig (a pszichológusok és a fiziológusok harcaiban) összekuszálódott.

Kórformák	száma	I.	II.	III.	IV.
<i>Abnormis élményreakciók:</i>					
a) Reactiv depressio	14	4	6	3	1
b) Szorongásos, vegetatív reactio	12	10	2	—	—
<i>Abnormis személyiségek élmény-reactiói:</i>					
a) Külső konflikt-reactio.....	64	9	28	20	7
b) Belső konflikt-reactio	22	7	4	6	5
c) Paranoid reactio	3	—	1	2	—
d) Amentiformis reactio	3	3	—	—	—
e) Explosiv reactio	7	—	4	1	2
f) Toxicomániás reactio	11	—	9	1	1
Schizophrenia	27	—	7	14	6
Cyclothymiás depressio	10	1	4	1	4
Epilepsia	3	—	2	1	—
Oligophrenia	6	—	—	5	1
Organikus psychosyndroma az öregkorban	12	—	5	4	3
Parkinsonismus	6	—	2	4	—
Összesen.....	200	34	74	62	30
%-ban kifejezve.....	100	17	37	31	15

A táblázat élén álló *abnormis élmény-reactiók és abnormis személyiségek élmény-reactiói* a normális élményi reactióktól eltérnek inadaequát voltukban azaz súlyosságukban, tartalmukban, „témáikban” (tüneteik tartalmában). Mindkettő: *felelet*, válasz egy élményre, és a jellege „abnormis”, vagyis a szokásostól, az emberileg elvárhatótól, a helyénvalótól eltérő, észszerűtlen, túlzó és „beteges”. (De nem betegség! „Csak” psychopathologiai syndroma.) Az abnormis élmény-reactiókat két alcsoportra osztottuk, aszerint, hogy a klinikai képet mi jellemezte, t. i. a „tisztá” depressio, vagy pedig az általa illetve a rémület ((Schreckneurosen) vagy a szorongás (Angstneurosen) által okozott vegetatív zavarok. Az abnormis élmény-reactiók és az abnormis személyiségek élmény-reactiói közé tulajdonképpen nem lehetne éles határt húzni, hiszen az egyik feltételezheti a másikat. Majdnem ugyanez áll a *külső és belső konfliktreactiókra*. A külső konflikt-reactiók: abnormis személyiség („neuropathia”, „psychopathia” „traumás karakteropathia” etc) talaján keletkezett, külső (de az emberek többsége

számára elviselhető) konfliktus kiváltotta, és az abnormis személyiség jellegzetességivel színezett reaktív depressiók. A belső konflikt-reakciók: az ún. „psychoneurosisok”, tehát azon kényszeres, phobiás, „hysteriás” etc esetek, ahol a hangulati nyomottság és a milieu-traumák strukturális jelentősége elhanyagolható. Az abnormis személyiségek élmény-reakcióin belül alcsoportokat képeztünk még azon betegeink részére, akiknél a *féltelen indulati cselekmények* vagy a *paranoid* vonások mellett a fentiek háttérbe szorultak, továbbá az *amentiformis* desintegratio jellemezte határesetek részére. Az utolsó alcsoportot *toxicomániás reactio* néven foglaltuk össze. Ezen abnormis személyiségszerkezetű egyének, abnormis élményreakcióikból illetve az e mögött álló „Daseinsdefizit”-ből az alkohol okozta megkönnyebbülés és derültség segítségével akartak kiszabadulni. Menekülési szándékuk (t. i. a „Dasein” és a „Sosein” fojtogató volta elől az eupóriába való menekülésük) „persze nem kiút, hanem sokkalta inkább tévút” (5, 7, 12), más szóval: balul sikerült alkalmazkodási kísérlet (*Wexberg*).

A fentiekben már említettük, hogy az élmény-reakciók nagy csoportján belül éles határokat nem lehet húzni. Eseteink feldolgozásakor mégis megkíséreltük a bonyolult kölcsönhatásokból a legjellemzőbb faktort kiemelni és esetről-esetre haladva betegeinket így csoportosítani; azért, mert arra gondoltunk, hogy a klinikailag, psychopathologiailag hasonló vagy csaknem azonos psychiatriai *syndromákra* különbözőképpen hat (vagy hathat) az ataraxis, ha azok különböző módon, különböző feltételek között keletkeztek. Feltevésünk — amint az alábbiakból kiténik — jórészt beigazolódt.

Betegeink naponta 800—2400 mg A.-t szedtek, minimálisan két hétig, általában 4—6 hétig. Az I. oszlopban állók tünet és panaszmentessé váltak, a II. oszlop tagjai jelentősen javultak; a III.-ban levők részint csak kisfokban javultak, részint pedig számottevő, de csak átmeneti eredményt mutattak, és a IV.-ben levők: nem javultak.

Beteganyagunk zömét 136 abnormis élmény-reakció képezi. Ezek közül 87 (64%) panaszmentessé vált vagy jelentősen javult. Ott, ahol a preamorbid személyiség feltűnőbb eltérést nem mutatott, az I. és II. oszlop esetei 95%-ot tesznek ki; abnormis személyiség esetén ez az arányszám „csak” 57%. A külső konflikt-helyzet okozta depressiókban 53,4%-ban észleltünk kedvező hatást. A belső konflikt-situáció talaján keletkezett reakciók esetén 50%-ban. Ezek az eredmények nagyjában megegyeznek az irodalmi adatokkal (3, 10, 14, 17, 20, 22).

Greenberg szerint a Meprobamát a „legideálisabb” szer az alkoholisták „Spannung”-jainak az enyhítésére; 167 betege 64%-án megszűnt az a feszült, szorongó, ingerült hangulatzavar, amely az ital utáni vágyakozás egyik okozója. Mi is kipróbáltuk néhány betegen az A.-t; először olyanokon, akik az Antabus szófogadó bevétele mellett erősen kívánták az italt és tele voltak panasszal. Mivel kitűnően megszüntette a kísértést”, öt betegnek — a psychotherápia előkészítésére és támogatására — csak A.-t adtunk. Mind az öt abstinens 5—8 hónap óta. Tudjuk, hogy ebből az 5 esetből még nem lehet következtetést levonni, de azt is tudjuk, hogy az *abstinentia az alkoholisták gyógyításának „csak” a feltétele, nem pedig a célja*. A tulajdonképpeni cél: az iszákos köré egy „psychotherápiás varázskört” (*Langen*) vonni, amely az élmény és karakter-analízissel kezdődik és az aktuális konfliktusok megoldásával zárul. Ennek a körnek egyik lánczeme lehet a hypnosis, másik lánczeme lehet az Antabus és az Apomorphin kezelés (azért, hogy az alkohol „bevételét” megakadályozzuk) és a fentiek, valamint *Fox, Turvey, Fenyvesi* és mások tapasztalatai alapján, egy újabb lánczeme lehet az A. illetve az ataraxis.

Schizophren betegeink közül mindössze 7 reagált kedvezően az A.-ra, ami a 27 betegnek kb. 25%-a lenne, ha ilyen kiszámú beteg esetén a %-os arányszám mondana valamit; ezek is tünetszegény, defect-schizophrenek voltak. *Pennington* 300 betegen az esetek 3%-ában teljes, 79%-ában jelentős vagy közepes remissiót észlelt a Meprobamattól, s főleg izgága, indulatos, paranoid betegeknél ajánlja. (*Tucker* és *Wilensky* pedig a szorongással és

feszültséggel jellemzett schizophreniákban.) *Barsa és Kline, Hormia* és mások szerint a Meproamat schizophreniában nem, vagy alig hatásos. A mi 7 javult esetünkben 5 mogorva, ingerlékeny, ellenségesen zárkózott beteg meglepően megváltozott: barátságossá, felszabadulttá, szinte derűssé váltak és közülük kettő (hosszú éveig tartó autiszmust és inaktivitást letéve) visszatért a munkájához (az egyik pedagógus, a másik könyvelő); 2 pseudoneurastheniás-coenesthopathiás betegünk pedig igen sokat javult. Egy 52 éves paranoid schizophren nőbetegünkön a Largactil kúra 5. hetében fellépett, súlyos akathizist sikerült megszüntetnünk 2—4 nap alatt naponta 1800—2400 mg A.-nal. (Hasonló eseteket észlelt *Fenyvesi.*) *Hormia* pedig arra hívta fel a figyelmet, hogy a Meproamat megszünteti, illetve kivédi a Largactil okozta parkinson-szindrómát, és ez a kombinált kezelés jobb eredményeket ígér, mint a tiszta Largactil terápia.

Hat-e az A. a „valódi” Parkinsonismusra? Hat betegnek adtunk A.-t; ezek közül 4 már hosszú idő óta szedett Artane-t. Az A. hozzáadására jelentősen javult a rigor, sőt enyhült a tremor is 2 esetben, a harmadiknál nem változott, s a negyediknek az oculogyr rohamai ritkultak meg. Ez utóbbi betegünknek az A. szedése előtt — bár különböző antiparkinson szereket éveken át szedett — hetenként 2—3 rohama volt, most 4—6 hetenként van egy-egy. Két betegnek csak A.-t adtunk: rigoruk javult, a tremor az enyhébb esetben megszünt, a súlyosabb esetben nem változott.

Az arteriosclerotikus betegek érzelmi-indulati incontinentiáját, lehangolt-ságát, halálfélelmet az A. kedvezően befolyásolja és emiatt a hypertonia is javulhat. 15 betegen észleltük a magas vérnyomás csökkenését, ennek nagysága a 40—50/30—20 Hgmm-t érte el.

Cyclothymiás betegeink közül főleg a climax előtt és alatt fellépett depressiós fázisokban láttunk az A.-tól jelentős javulást. Különösen akkor, ha az A.-t codeinnel vagy hydrocodinnal, de főleg ha Tofranil-lal együtt adtuk. Utóbbinak egyes esetekben már nemkívánatos mértékű élénkítő-izgató hatását az A. kitűnően megszüntette. (Nota bene: a betegek helye a táblázaton a „tiszta” A.-hatáshoz igazodik és nem a tulajdonképpeni eredményekhez, tehát a IV. oszlopban, a változatlanok között vannak azok a betegeink is, akik az említett kombinált kezelésre igen jó remissióba jutottak.)

Befejezésül szólnunk kell az A. mellékhatásairól. Ezek nem súlyosak és nem számosak, nem gyakoriak, ebben a legtöbb szerző megegyezik. Igaz, hogy kezdetben a Meproamatnak nem is voltak (?!) mellékhatásai. Azután leírtak egy-egy esetet (pl. *Berger* és mások urticariát, *Selling* magas láz kísérte „angioneurotikus oedémát”; *Pennington*, valamint *Tucker* és *Wilensky* a Meproamat hirtelen elhagyásakor fellépett epilepsiás rohamokat, amelyeket ők a Fraser féle „abstinentia syndroma”-hoz soroltak; *Böszörményi* pedig hasonló körülmények között status epilepticust, etc.) és ma már ott tartunk, hogy a mellékhatásokat csoportosíthatjuk, és pedig *Koltay* és *Szórady* szerint vannak: 1. paradox reakciók; 2. somnolentiák; 3. allergiás és 4. ritkább mellékhatások. Paradox reakciók lehetőségére (ataraxis helyett a szorongás, feszültség, nyugtalanság kezdeti és átmeneti fokozódása) *Magyar* is felhívta a figyelmet, részint klinikai, részint EEG észlelései alapján. Mi nem észleltünk paradox reakciót. Igazi somnolentiát sem, bár a betegek többsége panaszkodott arról, főleg az első 5—10 napban, hogy „lelkileg” sokat javult, de „testileg” nem, mert gyenge, bágyadt, erőtlen, fáradt. Allergiás jelenségeket 9 esetben láttunk: rendszerint viszkető, papulo-maculosus exanthemákat, öt betegen csak néhányat és csak az arcon és a nyakon, négy esetben a törzsön és a végtagokon is. A kiütések Ca vagy Suprastin, Synopen hatására egy-két nap alatt megszüntek és nem tértek vissza, holott a kezeléseket folytattuk,

az említett szerekkel kombinálva. Csak 2 esetben kellett ezek miatt az A-t elhagyni.

Három betegünkől olyan mellékhatásról hallottunk, amit eddig — a számunkra hozzáférhető irodalomban — nem olvastunk. Ezek 30 percelt 400 mg bevétele után „hirtelen elestek”. A legpontosabban egy mérnök írta le a rohamot: két A. tablettát bevétele után kb. 20–30 percig ült, majd felkelt, néhány lépést tett, felvett egy poharat, inni akart. . . „de ebben a pillanatban összeestem, egy pillanatra elveszíthettem az eszméletemet, mert nem emlékszem arra, hogy a poharat a kezembe vettem-e vagy csak utánanyúltam és levertem, de mire leestem a padlóra, már magamhoz tértem és magam felkelttem. . . az ijedségen kívül semmi mást nem éreztem”. Hasonló eset ezen három betegünkkel sohasem fordult elő. Az összeesés előtt semmit sem éreztek. Verejtékezés, melegségérzés, elsápadás, látási zavar stb. nem kísérte a rosszul-létet.

A felsorolt mellékhatásokon kívül egyéb, súlyosabb, esetleg toxikus károsodásra utaló szövődményt nem észleltünk. A megszokás lehetséges voltával, illetve okaival, veszélyeivel külön közleményben foglalkozunk.

Összefoglalás

Félév alatt (1959 első felében) 200 betegten végeztünk Andaxin kezelést. Tapasztalataink szerint az Andaxin kitűnő hatású az abnormis élmény reakciókban, főleg ha a praemorbida személyiség nem mutat abnormis, „psychopathiás” vonásokat; utóbbi esetben is kedvezőbb a hatása, mint a Hibernál (chlorpromazin) és a Rusedyl (rauwolfia) csoport tagjaié, amiben fontos szerepet játszik az, hogy a mellékhatások kisebb számúak és lényegesen enyhébbek. Az ambuláns pszichiatriában az is jelentős szempont, hogy a szer nem toxikus, gyakorlatilag veszélytelen, öngyilkossági kísérletekre nem alkalmas.

Schizophreniás betegeknel a chlorpromazinok hatásosabbak, de az Andaxinnal való kombináció előnyösnek látszik, ha a klinikai kép (itt főleg defect-szindrómákra gondolunk) előtérben szorongó vagy ellenségesen feszült ingerlékenység áll, illetve akkor, ha parkinsonoid szindróma vagy akathizis-szerű, kényszeres hyperkinesis alakult ki.

Hasznos kiegészítője lehet az Andaxin az idült alkoholisták, a cerebro-scleroticus betegek és a parkinsonosok gyógykezelésének.

Valószínű, hogy depressio esetén Tofranillal, mániás állapotokban pedig chlorpromazinnal való együtt-adása lesz a legeredményesebb alkalmazási mód.

Mellékhatásai kis-számúak és veszélytelenek. Ezek közül kiemeltük a kezelés kezdetén jelentkező „adynámiát”, az eseteknek mintegy 5%-ában előforduló, enyhe allergiás reakciókat, és végül három, nem eléggé tisztázott „tónus-vesztéses” esetet.

Irodalom

1. Barsa J. A., Kline S.: Am. J. Psych. 1958. Vol. 115. No 2. — 2. Berger F. M.: J. Pharmacol. and Exper. Therap. 1954. 112. 413. — 3. Borrus S. C.: JAMA 1955. 157. 1596. — 4. Böszörményi Z.: Személyes közlés. — 5. Burkhardt H.: Fortschr. Neurol. Psych. 1954. 11. 473–492. — 6. Delay J.: Vié méd. 1958. 39. 33. — 7. Faragó I.: Alkohol, coffein, kábítószeres. Medicina. Budapest. 1959. — 8. Fenyvesi T.: Előadás a Róbert Károly körüti kórház alapításának 75. évfordulóján, 1959. — 9. Fox V.: id. Geneward. — 10. Geneward G.: Praxis 1957. 9. 3–23. — 11. Greenberg: id. Fenyvesi. — 12. Heidegger: id. Burkhardt. — 13. Hift St., Kryspin-Ezner K., Solms W.: Wien. med. Wschr. 1957. 485–489. — 14. Hormia A.: II. Internat. Kongress f. Psychiatrie. Zürich. 1957. — 15. Koltay M., Szórády I.: Orvosi Hetilap 1958. 15. 489–496. — 16. Langen: Ref. Zbl. f. Neur. 1958. 48. 11. — 17. Lemère F.: North-west Medicine 1955. 54. 1098–1100. — 18. Magyar I.: Előadás az ideg-elmegyógyász nagygyűlésen. Budapest. 1959. — 19. Pennington V. M.: Am. J. Psych. 1957. 114.

257—260. — 20. *Ruchwarger A.*: Med. Ann. of Columbia 1956. Vol. XXV. No 10. — 21. *Schneider K.*: Klinische Psychopathologie. G. Thieme Verl. Stuttgart. 1955. — 22. *Selling L. S.*: JAMA 1955. 157. 1954. — 23. *Thal N.*: Dis. Nerv. Syst. 1956. Vol. XVII. No 2. — 24. *Tucker K., Wilensky H.*: Am. J. Psych. 1957. 113. 698—703. — 25. *Turvey S. F. C.*: id. Geneward. — 26. *Wexberg*: id. Burkhardt.

Дьёрдь Кардош—Альфред Шимко: Опыт лечения андаксином у 200 больных.

Gy. Kardos und A. Simkó: *Erfahrungen bei der Behandlung von 200 Kranken mit Andaxin.*

Während eines halben Jahres (in der ersten Hälfte von 1959) wurden 200 Kranke mit Andaxin behandelt. Seine Wirkung war vortrefflich bei abnormen Erlebnisreaktionen, besonders wenn der prämorbidem Persönlichkeit keine „psychopathischen“ Züge nachweisbar waren; selbst in letzterem Fall wurde eine günstigere Wirkung beobachtet als bei Verabreichung der Hibernol (Chlorpromazin) und Rausedyl (Rauwolfia) Gruppe. Nebenwirkungen treten seltener auf und sind wesentlich milder. In der ambulanten Psychiatrie ist auch der Umstand von Bedeutung, dass das Mittel nicht toxisch und praktisch gefahrlos, ausserdem für Selbstmordversuche nicht geeignet ist.

Bei schizophrenen Kranken sind die Chlorpromazine wirksamer, die Kombination mit Andaxin scheint jedoch vorteilhafter zu sein, wenn im Vordergrund des klinischen Bildes (hier kommen hauptsächlich Defektsyndrome in Betracht) beklemmende oder feindlich gespannte Reizbarkeit steht bzw. wenn sich ein parkinsonoides Syndrom oder eine akathizenartige Zwangshyperkinese entwickelt hat.

Mit Andaxin kann man die Behandlung chronischer Alkoholiker, cerebralsklerotischer und an Parkinsonismus leidender Kranken nützlich ergänzen.

Wahrscheinlich ist bei Depression die gemeinsame Gabe mit Tofranil, in maniakalische Zustände mit Chlorpromazin die erfolgreichste Anwendungsform.

Die Nebenwirkungen sind gering und ungefährlich. Von diesen werden die „Adynamie“ am Anfang der Behandlung, die in etwa 5% der Fälle auftretenden milden allergischen Reaktionen und schliesslich 3 nicht genügend geklärte Fälle von „Verlust des Tonus“ erwähnt.

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

Operált intracerebralis vérzések

Írta: HARASZTI ERZSÉBET dr. és HULLAY JÓZSEF dr.

Az intracerebralis vérzések műtéti indiciójának kérdésével először Lewandowsky és Stadelmann (1908) fogalkozott. 25 évvel később Bagley (1932) vetette fel újra a kérdést, de néhány operált esettől (Penfield 1933., Lhermitte 1941.) eltekintve tulajdonképpen csak 1945 óta számolnak be (Guillaume, David, Hamby, Fazio, Scott, Small, Ritchie, Chambers, Miller, Lazorthes, Davidoff stb.) nagyobb anyagon szerzett tapasztalatokról. Az eredmények a műtéti megoldás mellett szólnak, de a műtét időpontjának kérdése a vérzések egyrésznél még ma is vita tárgyát képezi.

Az intracerebralis vérzéseket két csoportba osztják. I. Az első csoportba tartoznak az idős hypertoniás, arterioscleroticus betegeknél fellépő vérzések, amelyek klinikailag apoplexia néven ismertek. II. A másodikba a fiatal vagy középkorban fellépő különböző ismert, vagy ismeretlen aetológiájú vérzések.

I. Az apoplexia Russel, Fazio szerint a vérzések 50%-át, operált anyagban Lazorthes szerint 28,2% át képezi. A hypertoniás vérzés okát a hypertonia következtében kialakuló keringési zavarban, parenchyma és érfal károsodásban látják. A hypertonia az érfalban hyalinosishoz, vagy atherosclerosishoz vezethet. Egyesek szerint az előbbi rupturára, az utóbbi lágyulásra hajlamosít. A lágyulásban szintén létrejöhet vérzés, s egyesek szerint (Sántha) ez a gyako-

ribb. Itt azonban diapedesises vérzésről van szó. A vérzés jellege a klinikai képen is megmutatkozik. A rupturált vérzés klasszikus apoplexia képét mutatja acut kezdettel, súlyos, általános és góctünetekkel, s gyakori és gyors exitussal. A lágyulásba történt vérzésnél viszont a klinikai kép, ha acut kezdetű is, általában subacut vagy chronicus lefolyást mutat. Apoplexias vérzés leggyakrabban a claustrumban, a striatumban, a pallidumban, capsula internában jön létre. Pia sebészi szempontból kétféle vérzés localisatióról beszél, a ritkábban előforduló, a capsulától medialisán elhelyezkedő, s gyakran a kamrába törő, általában letalis kimenetelű vérzésről és a gyakoribb, a capsulától lateralisán helyetfoglaló, olykor parieto-occipitalis tovaterjedésű, benignusabb vérzésről, amely mind klinikai, mind műtéti szempontból jobb prognosist. Apoplexiás vérzésnél az utóbbi 10 évben próbálkoznak rendszeresen műtéti megoldással. A sebészek egyrésze (Hamby, Guillaume, Fazio, Riishedes, Rosner) a korai műtét mellett foglal állást, hivatkozva Rose, Zimmermann azon megállapítására, hogy az apoplexiás vérzések az esetek 80%-ban 24 órán belül exitushoz vezetnek. Ilyenkor azonban a műtéti halálozás igen magas. A sebészek nagyobb része (Pia, Lazorthes, Davidoff stb.) ezzel szemben azt az álláspontot képviseli, hogy az első napokban, az amúgyis súlyos általános állapotot nem helyes a műtéttel súlyosbítani. Véleményük szerint a 10—14. napon végzett műtét adja a legjobb eredményeket.

Klinikánk idegsebészeti osztályán az elmúlt években 3 hypertoniás arterioscleroticus betegnél próbálkoztunk műtéti megoldással.

1. eset. Sz. E. 67 éves, hypertoniás nőbetegnél a felvétel (1951. X. 14.) előtt egy órával eszméletvesztés kíséretében jobboldali hemiplegia és igen súlyos aphasia alakult ki. Lumbalis liquora véres volt. 4 hét után a legegyszerűbb felszólításokat megérti, egyébként azonban góctünetei nem javultak. Ézalatt koponyaúri nyomásfokozódásra utaló tünetek nem alakultak ki. Fronto-centrális vérzést feltételezve mégis megkíséreltük a vérzés leszívását (1951. XI. 8.). 7 cm mélységből 20—25 ccm kávéaljszerű folyadékot távolítottunk el (Hullay dr.), de a beteg állapota ezt követően sem mutatott érdemleges változást.

2. eset. S. M. 58 éves, hypertoniás férfibeteg, meningealis izgalomra utaló panaszokkal, sensorosan kezdődő, két hét alatt kifejlődő, baloldali hemiplegiával és hemianopsiával, valamint súlyos intracranialis nyomásfokozódásra utaló tünetekkel (1957. II. 2.) került felvételre. A tünetek és a pneumographia alapján parieto-occipitalis térszűkítő folyamatot, a xantochrom liquor alapján vérzést, vagy bevérzett tumort tételezve fel a beteget (1957. II. 4.) megoperáltuk (Török dr.). Osteoplasticus megnyitásból temporo-parieto-occipitalisan a felszíntől a kamrafalig érő, nagyrészt alvadákból álló vérzést és kávéaljszerű folyadékot szívtunk le. 3 hét múlva (1957. II. 27.) a beteg saját lábán távozik, s az egy év múlva megejtett ellenőrző vizsgálatnál csupán baloldali hemianopsia, s minimalis hemiparesis volt észlelhető, amely a végtagok használatában nem zavarta.

3. eset. K. J.-né 52 éves beteg, 4—5 éve fennálló hypertonia mellett, egy napos eszméletlenség után (1957. VI. 11.) került klinikánkra, ahol fokozatosan jobboldali hemianopsia, enyhe hemiparesis és tartós zavartság alakul ki. Liquora sárga. Egy hét múlva koponyaúri nyomásfokozódásra utaló tünetek jelentkeznek. A pneumographia bal temporalis térszűkítő folyamatot mutat. A klinikai kép alapján elsősorban vérzésre, vagy tumor bevérzésre gondolva a beteget (1957. VI. 20.) megoperáltuk (Faragó dr.). A bal temporalis lebenyből gyermekökölnyi haematomát távolítottunk el. A műtét után a beteg tartósan zavart volt úgy, hogy zártosztályra került, s csak két és fél hónap múlva távozott. 9 hónappal a műtét után végzett kontroll vizsgálatkor részleges, jobb felső quadrans hemianopsiát észleltünk, egyébként panasz és tünetmentes volt.

Eseteinkben az átlagos életkor 59 év volt. A kezdet mindhárom esetben acut volt, két esetben tudatvesztéssel járt. Két betegnek sárga, egynek véres liquora volt.

Az első beteg egy órás anamnéssissal került felvételre, s csak egy hónappal később próbálkoztunk műtéttel. A vérzés elhelyezkedése a tünetekből ítélve s a műtéti lelet alapján capsularis lehetett.

A második beteg két hetes anamnésissal, s progrediáló tünetekkel került felvételre és két nap múlva műtetre. A vérzés capsulo-lateralis, parieto-occipitalis elhelyezkedésű volt.

A harmadik betegnél a felvételt megelőző napon acutan fellépő eszméletlenség után fokozatosan alakultak ki a göctünetek, s lépett fel zavartság, de csak a koponyaűri nyomásfokozódásra utaló tünetek megjelenése után, a felvételt követő 9. napon került sor műtetre. A vérzés temporalis, apoplexiánál szokatlan localisatiót mutatott.

Három esetünk műtéti eredményéből nehéz tanulságokat levonni, de úgy gondoljuk, hogy apoplexia esetén a műtéti megoldás az acut szakban is indokolt lehet, ha határozott göctünetek és a betegek jó általános állapota mellett koponyaűri nyomásfokozódás uralja a képet. Subacut vagy chronicus lefolyást mutató esetekben a tünetek stagnálása vagy progressiója esetén, de koponyaűri nyomásfokozódásra utaló tünetek felléptekor mindenképpen arterio-, pneumographia és műtét mellett kell döntenünk. Első esetünkénél, akinek koponyaűri nyomásfokozódásra utaló tünetei nem voltak, a műtétet akkor végeztük, amikor az enyhe spontán javulás megállt. Az utóbbi két esetben a tünetek, s a koponyaűri nyomásfokozódás még progressióban voltak, amikor a műtétet végeztük, de a vérzés tulajdonképpen mindkét betegnél subacut lefolyású klinikai képet produkált. Az első esetben a műtétnek hasznát nem láttuk, mert a beteg állapota a műtét után sem változott. A két utóbbi esetben azonban a beavatkozást eredményesnek könyvelhetjük el.

A műtéti beavatkozás annyit vitatott időpontjának rögzítésére vonatkozó törekvések és különböző állásfoglalások értelmét nem látjuk, mert, ha a műtéti beavatkozás jogosultságát általánosságban már elfogadottnak tartjuk, akkor a műtét indicatio felállítása és az időpont megválasztása minden egyes esetben kötöttség nélkül rugalmasan kell, hogy történjék. A beteg gondos észlelése kapcsán a határozott formában felmerülő műtét gondolata azonnali végrehajtást igényel, mert megfelelő tapasztalat alapján ez csak akkor vetődhet fel, amikor a beteg állapota és a körülmények ezt indokoltá teszik, vagyis a legalkalmasabb pillanatban. De, hogy ez mikor van, azt általánosságban naphoz kötni nem lehet, mert míg az egyik betegnél a harmadik, addig a másiknál a kilencedik napon érkezhethet el a beavatkozás szükségességének időpontja.

II. A második csoportba sorolható vérzések oka Russel szerint, a már említett 50% hypertonias, apoplexias vérzés mellett 4%-ban angioma, 21%-ban aneurysma, vagyis 25%-ban érkórképződmény, 17%-ban egyéb és 8%-ban ismeretlen ok. Operált vérzéses anyagban Lazorthes 28,2% hypertónias apoplexiás vérzés mellett 11,5%-ban angiomás, 22,5%-ban aneurysmás, 6,3%-ban pedig egyéb eredetet talált, 31,5%-ban azonban az ok tisztázatlan maradt. Az egyéb okok között minden statisztikában előfordul trauma is, amely lehet jelentős, vagy jelentéktelen. Az utóbbi esetben olykor nehéz a vérzés és a trauma közti összefüggést magyarázni.

A tisztázatlan aetiológiájú esetekről, mint spontán subcorticalis haematomákról írnak. Ezek egyrészt azonban végső fokon mégis kiderül valamilyen oki elváltozás.

Az éranomáliák rupturájának okát faluk congenitalis gyengeségében látják.

A traumának a késői állományvérzés létrejöttében kettős szerepet tulajdonítanak. Marburg trauma okozta, lassú progrediáló érfal elváltozásban látja a vérzés okát. Symonds szerint pedig a traumás parenchyma károsodás, lágyulás tesz lehetővé bevérzést. Valószínű azonban, hogy a két feltételezés együttes szerepéről lehet szó.

Bármilyen okozza is a vérzést, a tünetek az esetek többségében, Guillaume szerint 75—80%-ban hirtelen lépnek fel, s a betegek bizonyos százaléka órák vagy napok alatt elpusztul. Nagyobbrészüik azonban életben marad, s a kép subacut, vagy chronicus formát ölthet, az állapot javulásával vagy progressiójával, koponyaűri nyomásfokozódás kialakulásával, esetleg újabb vérzés manifeszálódásával. Az esetek 20—25%-ban az acut kezdet helyett lassan kialakuló tüneteket látunk, s a klinikai kép chronicus, pseudotumoros progressiót mutat, mind a góc, mind az általános koponyaűri nyomásfokozódásos tüneteket illetően. A nem hypertoniás intracerebrális vérzések műtéti megoldásának kérdésében a sebészek álláspontja egységes. A műtétet lehetőleg minél előbb el kell végezni, s ha van, az oki elváltozást is meg kell oldani.

A vérzés localisálására, s az esetleges oki elváltozás kiderítésére legalkalmasabb diagnoszticus eljárás az angiographia. Jefferson állományi vérzést okozó aneurysma rupturáknál, a nem kielégítő angiographias kép kiegészítésére ventriculographia elvégzését is szükségesnek tartja egyrészt azért, hogy az esetleges kamrai vérzésről tudomást szerezzünk, másrészt, hogy az állományvérzést pontosan localisáljuk.

Az acut szakban végzett műtétek kockázata természetesen itt is nagyobb, mint a subacut, vagy chronicus szakban végzetteké, de az eredmények mindenképpen biztatóak.

Osztályunkon 9 nem hypertoniás intracerebrális vérzéses beteget operáltunk.

1. eset. Gy. B. 38 éves férfibeteg. A felvétel reggelén (1951. V. 29.) erős fejfájásra ébredt, hányt. Véres liquora subarachnoidealis vérzés gyanúját keltette. Átmeneti javulás után a 3-ik héten fokozódó zavartság, ismét heves fejfájás és hányás lépett fel, majd baloldali hemianopsia alakult ki. Az ekkor levett liquor sárga volt, s a szemfenéki vizsgálat pangásos papillát mutatott. Jobboldali kamrapunctio kísérlet közben kávéaljszerű folyadékot nyerünk és szívunk le, ami átmenetileg javít a beteg állapotán. Újra jelentkező rosszabbodás miatt azonban (1951. VI. 19-én) megoperáljuk (Hullay dr.), s lebenyis feltárásból a temporo-parietalis állományból tojásnyi tömegű vérváladékot távolítunk el. A műtétnél a vérzést magyarázó oki elváltozást nem találunk. A beteg (VII. 1-én) gyógyultan távozik, részleges hemianopsián kívül 6 évvel a műtét után sincs egyéb tünete, s panaszmentes.

2. eset. K. I.-né, 32 éves betegnél csak a műtét után kiderített banalis fejtraumát követő 4-ik napon hirtelen eszméletvesztés. Másnap (1955. VIII. 28-án) nyugtalan, zavart állapotban kerül felvételre. Bradycardias, tarkója kötött, jobb pupillája tág, fénymerv. Egyébként göctünete nincs. Liquora negatív. Kévéssel a felvételt után comatosussá válik. Az azonnali ventriculographia jobb temporalis térszűkítő folyamatot mutat, melynek alapján a felvétel estéjén megoperáljuk (Hullay dr.). A temporo-occipitalis állományból kb. kisalmányi subcorticalis haematomát távolítunk el. A beteg (IX. 21-én) gyógyultan távozik. Egy évvel később epilepsziás roszszullétei miatt eeg. vizsgálatra kerül, amely jobb fronto-temporalis focust mutat. Az ugyanekkor elvégzett angiographia negatív volt. A vizsgálat bal felső quadrans látótér kiesést registrál, egyébként tünetmentes. 4 évvel a műtét után évenként egyszer-kétszer előforduló epilepsziás roszszullétről számol be.

3. eset. P. I. 35 éves férfibeteg. 4 napja hirtelen fellépő jobboldali fejfájás, aluszékonyosság, baloldali hemitünetek miatt (1959. IV. 25.) kerül felvételre. A kamra liquora viziizta. 5 órával a felvétel után comává mélyülő tudatzavar miatt ventriculographiát végzünk, amely jobb temporalis térszűkítő folyamatot mutat. Lebenyis feltárásból, a jobb temporalis lebenyből tojásnyi vérzést távolítunk el (Faragó dr.). Az üregben éranómália nem található. A beteg (V. 13-án) gyógyultan távozik. 3 hónappal később elvégzett angiographia a jobb arteria cerebri media oszlása fölött kis babnyi aneurysmát mutat. Kisfokú látótér beszűkülésen kívül egyéb tünete vagy panasza nincs, s így az aneurysma megoldásába egyelőre nem hajlandó beleegyezni.

4. eset. R. K.-né 57 éves beteg. 4 hete hirtelen eszméletvesztés nélkül fellépő fejfájás miatt kórházba került, ahonnan szemfenéki pangással (1955. XII. 17-én) klinikánkra küldik. Az előzményi adatok szerint 10 éve megütötte a fejét, s 2—3 percig eszméletlen volt, azóta különösebben pedig 5 éve gyakran fáj a feje, s arról panaszodik, hogy az ütés helyén úgy érzi, mintha „támadása” nőne. Jelzett jobboldali

hemiparesis mellett megrekedt, tájékozatlan. Cisternalis liquora neg. A pneumographia bal subfrontalis térszűkítő folyamat képét mutatja, melynek alapján (1955. XII. 20-án) megoperáljuk (Hullay dr.). A bal frontalis lebeny alsó feléből a kamrába bedomborodó zölddiónyi tokos vérgyülemet hámozunk ki. A beteg a műtét után gyorsan rendeződik, s (1956. I. 25-én) tünet és panaszmentesen távozik.

5. eset. Cs. L.-né, 23 éves beteg. 3—4 hete eszméletvesztés nélkül hirtelen fellépő fejfájás, amely két hét múlva átmenetileg csökken, de két-három napja ismét fokozódik. Egy napja szagérzésből és látomásokból álló rosszulléte volt. Felvételtkor (1951. XII. 17-én) tarkókötöttség, anosokoria, kissé elmosott határu papillák, szótalálási nehézség és meglassubbodottság. Liquora xantochrom. Vérzés, bevérzett tumor gyanújával (1951. XII. 21-én) pneumographiát végzünk, amely bal temporalis térszűkítést mutat, és megoperáljuk (Hullay dr.). A bal temporalis lebenyből zölddiónyi alvadékrögöt és barna folyadékot tartalmazó tokos képletet hámozunk ki, melynek falában a szövettani vizsgálat capillaris angiomát mutatott ki. A beteg (1952. I. 1-én) gyógyultan távozik, s azóta jól van.

6. eset. C. P.-né 43 é. beteg. Két hete fejfájásra ébredt, azóta fekszik, egy hete jobb keze ügyetlenebb, beszéde időnként elakad, zavart, feledékeny. Felvételtkor (1951. XII. 3-án) tájékozatlanság, beszédzavar, jobboldali látótér kiesés és hemiparesis. Liquora sárga. A pneumographia bal parieto-occipitalis térszűkítő folyamatot mutat, melynek alapján (1951. XII. 6-án) a beteget megoperáljuk (Hullay dr.). A parieto-occipitalis állományból 2 cm mélységből diónyi tokos képletet hámozunk ki, amely felmetszve bevérzett tumornak imponált. Angiogliomára gondoltunk, de a szövettani vizsgálat capillaris angiomát mutatott. A beteg (1952. I. 10-én) gyógyultan távozik, s azóta jól van.

7. eset. M. A.-né 41 éves beteg. 6 hete hirtelen tudatvesztés nélkül fellépő szédülés, fejfájás, hányás. 4 hete kórházba szállították, ahol mint subarachnoidealis vérzést kezelték. Klinikánkra (1957. VIII. 8-án) szédüléssel panaszokkal került. A felvételtkor tarkókötöttséget, nystagmust, enyhe bal cerebellaris tüneteket találtunk. Liquora xantochrom volt. A beteg állapota az általános tüneteket illetően javuló tendenciát mutatott, de a cerebellaris tünetei lassan súlyosbodtak, s végül szemfenéki pangása is jelentkezett. A ventriculogramm alapján, amely bal cerebellaris térszűkítő folyamatot mutatott (1957. IX. 7-én) megoperáltuk (Hullay dr.). Suboccipitalis megnyitásban a bal kisagy féltéke medialis részéből véralvadékot és sárga folyadékot tartalmazó cystát távolítottunk el, melynek falában babnyi csomó volt, amely szövettanilag haemangioblastoma képét mutatta. A beteg (1957. IX. 28-án) gyógyultan távozott.

8. eset. Sz. F. 30 éves férfibeteg. Két hete koponyatrauma, az orbita felső szélének az orbitatetőre érteződő repedésével. Zavart állapotban a baleseti osztályról (1955. II. 25-én) kerül klinikánkra. Felvételtkor enyhén elmosott papillahatárok, jobb centralis facialis paresis, tarkókötöttség, tájékozatlanság, fluctuáló zavartság. Meningitises liquor, lázas állapot. A liquor feltisztulása és a lelázatlanodás után tályoggyanával befűjjük. A pneumogramm bal frontalis térszűkítő folyamatot mutat, melynek alapján (1955. VIII. 3-án) a frontalis lebenyből a koponyaalapon szorosan tapadó tömlőt hámozunk ki (Hullay dr.), amely kávéaljszerű barnás folyadékot tartalmaz. A beteg a műtét után pár napig zavart, de 3 hét múlva (III. 24-én) gyógyultan távozik. Távozása után egy fél éven belül háromszor volt epilepsziás rohama, amelyek gyógyszer szedésére előbb ritkultak, majd elmaradtak.

9. eset. M. E. 18 éves nőbeteg. Egy éve időnként beszédzavar és jobboldali végtagzsibbadás. 5 napja a tünetek állandósultak. Felvételtkor (1951. júl. 6-án) szemfenéki pangás, súlyos aphasia, jobboldali hemiparesis, aluszékonyosság. Liquora sárga. Éranomáliából származó vérzést tételezve fel ventriculographiát végzünk. A bal kamra punctiósi kísérlete közben 30 ccm barnás fekete kávéaljszerű folyadékot nyerünk, ezt követően a tünetek gyorsan visszafejlődnek, a beteg járóképesé válik, de pár nap múlva állapota ismét rosszabbodik úgy, hogy (1951. VI. 11-én) megoperáljuk (Hullay dr.). A centro-parietalis régióban baloldalt subcorticalisan helyet foglaló véralvadékot, ettől basalisan tojásnyi, rupturált falu tömlőt találunk, amelyet ugyancsak véralvadék tölt ki. A tömlőt eltávolítva a lebenyben keresztül a basalis fossa Sylimbe jutunk, ahonnan a tömlő falához néhány nagyobb ér futott. A lelet alapján arteriovenosus aneurysma lehetősége merült fel, s azt a szövettani vizsgálat is valószínűsítette. Két hét múlva a beteg gyógyultan távozott. Azóta egyetlen vizsgálatot végzett, s jelenleg pedagógus.

Az első esetben a klinikai kép kezdetben subarachnoidealis vérzésnek imponált, s csak a későbbiekben jelentkező göctünetek terelték állomány-, ill. tumorbevérzésre a gyanút. Az ok a műtét után is tisztázatlan maradt.

A második esetben a víztiszta liquor miatt, az acut kezdet ellenére tumor gyanú és beékelődés állt előtérben. A vérzés okát a később elvégzett angiographia sem tisztázta.

A harmadik esetben hasonló volt a helyzet, viszont a postoperatív angiographia arteria cerebri media aneurysmát derített ki.

A negyedik betegnek mérsékelt hypertoniája volt, de az előzményben régi trauma is szerepelt. A vérzés helye apoplectiformis vérzésnek teljesen atypusos volt, viszont a régi trauma szerepe is nehezen képzelhető el, noha a vérzés, tokját tekintve, régi lehetett.

Az ötödik esetben a xantochrom liquor vérzés, bevérzett tumor gyanúját keltette. A szövettani vizsgálat capillaris angiomát mutatott.

A hatodik esetben a liquor ugyancsak vérzés gyanúját keltette. A műtéti lelet alapján azonban bevérzett tumorra, angiogliomára gondoltunk. A szövettani vizsgálat viszont capillaris angiomát mutatott ki.

A hetedik esetben a klinikai diagnózis subarachnoidealis vérzés volt, s csak a lábadozáskor kerültek előtérbe a cerebellaris tünetek, amikor a szemfenéki pangás is megjelent. Az oki elváltozás kisagyi haemangioblastoma volt.

Nyolcadik esetünket posttraumás, orrmelléküregi fertőzésből származó meningitisként kezeltük, s tályoggyanúval került műtétre. A vérzés valószínűleg egy posttraumás lágyulásba történt.

Kilencedik esetünkben az évek óta jelentkező focalis paroxysmalis jelenség állandósulása és a xantochrom liquor bevérzett érkórképződményre utalt. A vérzés arteriovenosus aneurysmából származott.

A nem hypertonias esetek átlagos életkora 32 év volt. Acut rosszulléttel kezdődtek a tünetek 8 esetben, de csak egy esetben tudatvesztéssel. Két beteg vált a felvétel után órák alatt comatosussá. Az egyik 24, a másik 96 órával a tünetek fellépte után. A tünetek jelentkezése a felvételt átlagosan 13 nappal előzte meg. Két beteg 24 órán belül, öt beteg két héten túl került felvételre. Két esetben volt a klinikai kép acutnak, egy esetben subacutnak és hat esetben chronicusnak mondható, de valamennyi esetben progressio mutatkozott mind a góctüneteket, mind a koponyaűri nyomásfokozódásos tüneteket illetően. Négy esetben volt a liquor xantochrom, egy esetben volt véres és egy esetben utalt a liquorlelet meningitisre. Három betegnek a liquora víztiszta volt, az egyiknek egy, a másiknak négy nappal, a harmadiknak négy héttel a tünetek fellépte után. Psychés tünete volt öt betegnek, objectív idegrendszeri tünete 9, koponyaűri nyomásfokozódásra utaló tünete 9 betegnek és epilepsiás megnyilvánulása 2 betegnek.

Hat beteg a felvételt követő 6 napon belül került műtétre. Négy betegnél a tünetek fellépte és a műtét időpontja 10 napon belül volt. Két betegnél egy hónappal a felvétel után végeztük a műtétet, mivel először mindkettőnél subarachnoidealis vérzés volt feltételezve.

A műtét előtt angiographia technikai okok miatt egy esetben sem történt. A localisatio alapjául a klinikai kép és a pneumogramm szolgált.

A műtétet valamennyi esetben helyi érzéstelenítésben végeztük. A megoldás 8 esetben osteoplasticus feltárásból, egy esetben suboccipitalis craniotomiából történt és a vérzés kiszívásából, ill. tokos vérzés esetén kihámozásból állt.

A vérzés helye 3 esetben a jobb, 6 esetben a bal félteke volt. Frontalis volt a vérzés két, fronto-centralis egy, parieto-occipitalis két, temporalis három, cerebellaris egy esetben. A leggyakoribb a temporalis és parieto-occipitalis localisatio volt, ami megfelel más szerzők adatainak.

A vérzés két esetben szövettani vizsgálattal kimutatott capillaris angiomából, egy esetben arteriovenosus aneurysmából, egy esetben pedig haeman-gioblastomából származott, egy esetben a postoperatív angiogramm arteria cerebri media aneurysmát mutatott ki, ami a műtétnél észrevétlen maradt.

Három esetben szerepelt az előzményben fejtrauma, ami két esetben csak hosszas faggatás után derült ki, s jelentőségük kérdéses. Egy esetben a vérzés eredetét illetően semmit sem sikerült kimutatnunk.

A műtét valamennyi esetben fokozott koponyaűri nyomás megoldására, vagyis agydaganatokkal azonos indicatio alapján történt, s négy esetben a vérzés mellett az oki elváltozást jelentő angiomát is eltávolítottuk. Két beteg comában, kettő súlyos állapotban került műtétre. A műtét minden esetben eredményes volt. Érdelemleges góctünetként 3 esetben maradt vissza látótérbeszűkülés, két temporalis és egy parieto-occipitalis vérzésnél, s egy beteg lett epilepsziás.

A klinikai képpel kapcsolatban eseteink tanulsága alapján azt mondhatjuk, hogy acutan kezdődő tünetek és xantochrom liquor esetén, vagy subarachnoidalis vérzésnek minősített esetben góctünetek és, ill. vagy koponyaűri nyomásfokozódásra utaló tünetek felléptekor mindig gondolni kell állományvérzésre. Ha az acut kezdetet a kórképpel kapcsolatba hozható paroxysmalis jelenségek előzik meg, érkrképződményből származó vérzés lehetőségével kell számolnunk.

A műtétet illetően azt az általánossal egybehangzó álláspontot képviseljük, hogy a nem hypertonias intracerebralis vérzések akár mint pseudotumor, akár mint feltételezett vérzés minden esetben műtéti megoldást igényelnek. Az angiographia a helyes diagnózis felállításában nagy segítséget jelenthet, mert a vérzés mellett az oki elváltozást is kimutatja, s így a beavatkozásnál az oki elváltozás megoldását is lehetővé teszi. Ha az angiographia az oki elváltozást illetően felvilágosítással nem szolgál, a műtétnél fokozott körültekintéssel kell eljárunk, hogy a vérzés okát megtaláljuk, s az eltávolított alvadékot is mind makro-, mind mikroszkoposan, gondosan át kell vizsgálni.

A műtéti eredmények alapján nem mondhatjuk, hogy a műtét időpontja rosszul volt megválasztva, de nyilvánvaló, hogy néhány esetben a helyes diagnózis korábbi megoldást, s a betegség tartamának megrövidülését eredményezte volna.

Összefoglalás

Az intracerebralis vérzésekre vonatkozó és sebészi gyógyításukkal foglalkozó irodalmi adatok rövid áttekintése mellett ismertettük 12 esetünk klinikumát és műtéti megoldását. A klinikai képre az acut kezdet és a véres vagy xantochrom liquor mellett a góctünetek és a progressív koponyaűri nyomásfokozódás kialakulását lehet jellemzőnek mondani, ami magas kor és hypertonia esetén apoplexiára, egyébként leggyakrabban éranomáliából származó vérzésre lehet pathognomicus, az utóbbira különösen akkor, ha az acut kezdetet megelőzően paroxysmalis jelenségek is szerepelnek. A vérzés oka eseteinkben az irodalmi adatoknak megfelelően hypertonia, angioma, aneurysma, trauma és ismeretlen ok volt. A műtéti megoldás a vérzés kiszívásából, ill. a tokos vérzés kihámozásából, s ahol erre mód volt az oki elváltozás megoldásából állt. 12 betegből a műtét után egyet sem veszítettünk el, s 11 esetben az eredmény kielégítőnek mondható. Állásfoglalásunk a műtét kérdésében a nem hypertonias vérzések esetében azonos az általános elvekkel, a hypertoniás vérzésekkel kapcsolatban azonban mellőzi az időpont megválasztással kapcsolatos általánosító kötöttséget.

Irodalom

1. Bagley, C. Jr.: Arch, Neurol. Psychiat. Chicago 27: 1133—1174, 1932. —
2. Chambers, W. R.: J. Internat. Coll. Surg. 22: 89, 1954. — 3. David, M., Hecaen, H.: Rev. Neurol. 73: 600—601, 1941. — 4. Davidoff, L. M.: Journal of Neurosurg. Vol. XV. 3: 322—328, 1958. — 5. Fazio, C., Sacchi, U.: Rivista di Patol. Nerv. e. Ment. Vol. 62: 283—317, 1943. — 6. Guillaume, J., Rogé, R., Mazars, G.: Presse Médicale, Vol. 58: 517—518, 1950. — 7. Hamby, W. B.: New York State Journ. of Med. Vol. 45. 8: 866—875, 1945. (Riishede, idéz.) — 8. Jefferson, G.: Rev. Neurol. Vol. 83: 342—350, 1950. — 9. Lazorthes, G.: L'Hémorragie Cérébrale Vue par le neuro-chirurgien, Monographia, 1956. Masson kiadás. — 10. Lazorthes, G.: Journ. of Neurosurg. Vol. 16. 4: 355—364, 1959. — 11. Lewandowsky, M., Stadelmann, E.: J. Psychol. Neurol. Lpz. 11: 249—265, 1908. — 12. Lhermitte, J., Guillaume, J.: Pr. méd. 41: 1161—1164, 1941. — 13. Marburg, G.: Deutsche Ztschr. Nervenhe. 22: 105, 1928. — 14. Miller, R. H., Clark, E. C. Dodge, H. W. Jr.: Neurology 5: 567, 1955. — 15. Penfield, W.: Canadian. M.A.J. 28: 369, 1933. — 16. Pia, H. W.: Acta Neurochir. 7: 425, 1959. — 17. Riishede, J.: Rev. Neurol. Vol. 83. 5: 342—350, 1950. — 18. Ritchie, W. P., Haines, G.: A.M.A. Arch. Surg. 66: 452, 1953. — 19. Rose, W.: The Lancet. Vol. 2. 15: 561—563, 1948. — 20. Rosner, S.: J. Nerv. Ment. Dis. 119: 245—250, 1954. — 21. Russel, D. S., Falconer, M. A., Beck, D. J. K., McMenemy, J.: Proc. Roy. Soc. Med. 47: 689—704, 1954. — 22. Sántha, K., Haberland, K.: A. Neuropsychiátria néhány problémája, Medicina. Bp. 1958. — 23. Scott, M.: J.A.M.A. 149: 129, 1952. — 24. Small, J. M., Holmes, J., MacD, Connolly, R. C.: Brit. M. J. 2: 1072, 1953. — 25. Zimmermann, H. M.: N.Y. St. J. Med. 49: 2153—2157, 1949.

Эржебет Гарасты—Иожеф Гуллаи: *Оперированные интрацеребральные кровотечения.*

E. Haraszti und J. Hullay: *Operierte intracerebrale Blutungen.*

Nach kurzer Übersicht der Literaturangaben über intracerebrale Blutungen und über ihre chirurgische Heilung wird das Klinik und über die operative Lösung 12 eigener Fälle berichtet. Bezeichnend für das klinische Bild sind der akute Beginn und der blutige oder xanthochrome Liquor, sowie die Herdsymptome und die Entwicklung einer progressiven Druckerhöhung in der Schädelhöhle. Dies kann in hohem Alter und im Falle von Hypertonie für Apoplexie, anderenfalls meistens für durch Gefässanomalie verursachte Blutungen pathognomisch sein, in letzterem Fall besonders wenn vor dem akuten Beginn auch paroxysmale Erscheinungen vorkamen. Mit den Literaturangaben im Einklang wurden in den eigenen Fällen die Blutungen durch Hypertonie, Angiom, Aneurysma, Trauma verursacht, manchmal war die Ursache unbekannt. Die operative Lösung bestand im Absaugen bzw. Ausschälen des Hämatoms und wenn möglich im Beheben der kausalen Veränderung. Nach der Operation verloren wir keinen der 12 Kranken und in 11 Fällen konnte das Resultat als befriedigend betrachtet werden. Bezüglich der Operation entspricht unsere Stellungnahme bei durch Hypertonie verursachten Blutungen den allgemeinen Prinzipien, die verallgemeinernde Gebundenheit im Zeitpunkt wird jedoch nicht übernommen.

KÜLFÖLDRE KÜLDHET rokonainak — ismerőseinek — jóbarátainak

Orvosegészségügyi szaklapot forint befizetés mellett

Befizethető 61.280. csekkszámlára (POSTA Központi Hírlapiroda). A magánközlemény 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,—

RHEUMATOLÓGIA BALNEOLÓGIA ALLERGOLOGIA

most megjelent 1960. 1-es számának tartalma:

Schulhof Ödön dr.: A mozgásszervek és a gyomor-bél-rendszer betegségeinek néhány kapcsolatáról.

Forgács Péter dr.: A Cortison terapia néhány kórélettani kérdéséről.

Gáspárdy Géza dr., Bányay Barna és Vida Margit dr.: A cukoranyagcsere zavara rheumatoid arthritis esetén.

Bobkó György dr.: Adatok a periarthrit humeroscapularis aethiológiájához és pathogenesiséhez.

Kovács László dr.: A lumbosacralis röntgenleletek klinikai értékelése.

Irányi Jenő dr. és Riesz Ede dr.: Vibrációs érzés vizsgálatának jelentősége a Bechterev-kór diagnosztikájában.

Fekete Sándor dr.: Az alneológia jelentősége a nőgyógyászatban.

Hajós Károly dr.: Allergiás légzőszervi betegségek kezelése endogen allergenekkel.

A „MAGYAR TRAUMATOLÓGIA, ORTHOPAEDIA ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET”

1960. 1-es számának tartalma:

Szántó György dr.: 10 év jelentősebb eredményei a traumatológiában.

Prof. Lorenz Böhrer dr.: A jól megszervezett baleseti sebészet nemzetgazdasági jelentősége.

Prof. Csaklin V. D.: Új műtéti eljárás coxitis tuberculosa és a medence egyes daganatainak kezelésére.

Prof. MuDr. Novák Vladimír: A fedett koponyaűri sérülések problémái.

KLINIKAI TANULMÁNYOK:

Manning János dr., Szabó László dr., Kazár György dr.: A medialis varus (adductió) combnyaktörés.

Berentey György dr., Kalabay László dr., Megyesi Zoltán dr.: A combnyakálizületek kezelésében szerzett tapasztalataink

Zoltán János dr.: A lokális lebenyplasztikáról.

Barabás Csaba dr., Berend Endre dr.: Tapasztalataink a Brittain-féle ischio-femorális arthrodesissel.