

305 1071

VII

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XXIX. ÉVFOLYAM
193—240. OLDAL

2

5

BUDAPEST, 1976. MÁJUS

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

A MAGYAR IDEG- ÉS ELMEORVOSOK TÁRSASÁGA,
A MAGYAR IDEGSEBÉSZEK TÁRSASÁGA
ÉS A MAGYAR ELEKTROENCEPHALOGRAPHIAI TÁRSASÁG KÖZLÖNYE

Főszerkesztő: Környey István

Felelős szerkesztő: Juhász Pál

Szerkesztő bizottsági titkárok: Orosz Éva és Tringer László

Szerkesztő bizottság: Csanda Endre, Csorba Antal, Horányi Béla, Huszák István, Miskolczi Dezső, Molnár László, Pálffy György, Pásztor Emil, Pollner György, Szinetár Ernő, Tariska István

Kéziratokat, leveleket kérjük dr. Juhász Pál, 1083 Budapest, Balassa u. 6. címre küldeni

TARTALOM

<i>Maurice Porot: Traitements biologiques de la dépression nerveuse en 1975</i> ..	193
<i>Faragó István dr., Kelemen Judit dr.: Adatok az agydaganatok félrevezető tüneteikhez</i>	202
Ortográfiai alapelvek	218
<i>Pálffy György dr., Hegedűs Katalin dr., Kerényi László dr.: A sclerosis multiplex első tünetei</i>	219
<i>Gács Gyula dr.: Az intracranialis artériák szuperszelektív angiographiájának lehetőségei az agy regionalis vénás elvezetésének megítélésében</i>	226
<i>Gács Gyula dr.: Az arteria ophthalmica szuperszelektív angiographiája</i>	230
Beszámolók	234

INHALT

<i>Maurice Porot: Traitements biologiques de la dépression nerveuse en 1975</i> ..	193
<i>I. Faragó, Judit Kelemen: Über irreführende Symptome von Hirngeschwülsten</i>	202
<i>Gy. Pálffy, Katalin Hegedűs, L. Kerényi: Die ersten Symptome der multiplen Sklerose</i>	219
<i>Gy. Gács: Die Möglichkeiten der Beurteilungen der regionalen venösen Abteilung durch die superelektive Angiographie der intrakraniellen Arterien</i>	226
<i>Gy. Gács: Superelektive Angiographie der Arterie ophthalmica</i>	230
Berichte	234

Főszerkesztő: Környey István

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Pf. 566., Budapest, Révay u. 16. Telefon: 116-660

Felelős kiadó: Dr. Petrus György igazgató

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (Budapest V., József nádor tér 1., postacím: 1900 Budapest) közvetlenül, vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96 162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Előfizetési díj egész évre: 144,- Ft

Megjelenik havonta

Egyes példányok beszerezhetők a Budapest V., Bajcsy-Zsilinszky út 76. sz. alatti hírlapboltban
Példányonkénti eladási ár: 12,- Ft

Index: 25 392

Traitements biologiques de la dépression nerveuse en 1975

MAURICE POROT

Professeur de Clinique Psychiatrique et de Psychologie Médicale à la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand (FRANCE)

Les états dépressifs en général, et plus particulièrement les manifestations mélancoliques, ont vu en peu d'années leur évolution se transformer sous l'effet de thérapeutiques particulièrement actives, chimiques ou physiques, dont certaines en sont encore au stade expérimental. Cette profusion de moyens offerts aux psychiatres, jusque là assez démunis, a pu mettre certains d'entre eux dans l'embarras quant au choix de la meilleure thérapeutique à appliquer dans un cas déterminé et quant à la compatibilité de ces nouvelles thérapeutiques entre elles.

C'est ce qui nous a incité à essayer de faire un panorama des thérapeutiques antidépressives en 1975 et de préciser leurs indications, leurs avantages, leurs inconvénients.

Les moyens thérapeutiques biologiques actuels sont de trois ordres: l'électrochoc, le plus ancien d'entre eux, les chimiothérapies aujourd'hui classiques et enfin un certain nombre de traitements qui sont encore à un stade expérimental.

1. L'électro-choc-thérapie ou sismothérapie

Depuis que CERLETTI et BINI eurent l'idée, en 1939, d'appliquer des courants électriques sur le cerveau de certains malades déprimés, l'électrochoc (ou sismothérapie) a connu, après une période d'engouement, une certaine désaffection qui ne paraît guère légitime étant donné les progrès faits dans le domaine technique. Le mode d'action de cette thérapeutique est encore fort mal connu et les hypothèses émises, pour ingénieuses qu'elles soient, ne sont généralement pas très démonstratives. Avouons en fait notre ignorance des mécanismes exacts tout en constatant les heureux effets d'un tel traitement.

Il convient de faire un certain nombre de séances si l'on veut avoir un résultat durable. Personnellement, nous pensons qu'il faut en faire au moins une douzaine, les premières au rythme de trois par semaine, les dernières de deux ou même de une par semaine. L'amélioration apparaît en général vers la quatrième séance, semble complète vers la huitième mais est parfois suivie d'une rechute si l'on ne poursuit pas le traitement au-delà de la guérison apparente, jusqu'à une douzaine environ. Ces modalités ne sont qu'un schéma, le nombre et le rythme des séances variant selon la profondeur de la dépression mais aussi selon les auteurs. On a pu faire des «cures d'annihilation» comportant deux ou trois électro-chocs quotidiens pendant 5 à 7 jours ou au contraire des cures prophylactiques à raison d'un électro-choc par mois pendant des années.

Trois inconvénients grevaient cette thérapeutique: l'angoisse du malade, qu'évite l'anesthésie préalable, les complications mécaniques, que supprime l'emploi des myorésolutifs et enfin les troubles mnésiques, que prévient l'application unilatérale des électrodes sur l'hémisphère cérébral mineur. Tout ceci est trop connu aujourd'hui pour que nous y insistions ici.

Depuis 1954, nous utilisons la même technique qui nous a permis de faire près de 18 000 séances d'électrochocs sans aucun incident sérieux: le malade reçoit une injection intra-veineuse de un demi milligramme d'atropine avec 0,50 g de penthiobarbital, dont on injecte 0,20 à 0,25 g, dose suffisante pour provoquer une narcose légère; puis assez rapidement, par la même aiguille, on administre de la célocurine (biiodure de succinyl-choline), à la dose moyenne de un milligramme par kilo de poids, soit de 40 à 70 mg. Une minute environ après la fin de l'injection, on pratique l'électrochoc unilatéral. La crise motrice est si minime qu'elle est parfois inapparente. Dès la fin de la crise, la respiration assistée est entreprise avec modération jusqu'à la reprise spontanée de la respiration qui a lieu dans un délai de 3 à 4 minutes environ; elle est totale d'emblée.

Les avantages d'une telle technique sont indéniables pour le malade: suppression totale des risques mécaniques, disparition complète de l'angoisse et des troubles mnésiques. Cette méthode permet de faire, si besoin est, une thérapeutique dissimulée, avec l'accord des familles bien entendu. Pour le médecin aussi l'avantage est considérable. La sécurité est absolue. Le seul inconvénient c'est qu'une telle sécurité n'existe qu'au prix de la présence simultanée auprès du malade d'un psychiatre et d'un anesthésiste.

Cette technique a permis de lever la majorité des contre-indications jusque là avancées pour refuser l'électrochoc: grossesse, hypertension artérielle, cardiopathies majeures ou mineures, tuberculose, personnes âgées, polyfracturés, etc... On a même pu étendre les indications de l'électrochoc à l'hypertension artérielle, aux syndromes d'allure basedowienne, à l'acrodynie et même à l'infection, dans un but immunitaire.

Malgré cette innocuité et les avantages certains de ce traitement, l'électrochothérapie reste trop souvent jugée et condamnée par le public sur les bases d'une mauvaise réputation mal fondée hier et certainement imméritée aujourd'hui, sur des critères irrationnels (caractère dangereux de l'électrochoc, thérapeutique réservée aux « fous », etc...), mais en fait pour des motifs inconscients et illogiques: la peur des mots. Il faut bien reconnaître qu'associer les mots « électrique » et « choc » était une mauvaise idée.

C'est pourquoi la naissance de la chimiothérapie antidépressive fut saluée par certains, prématurément sans doute, comme « la fin de l'électro-choc ».

2. Les antidépresseurs

21 — Les antidépresseurs curatifs

Environ dix ans après l'électrochoc, les neuroleptiques faisaient une entrée brillante sur la scène des thérapeutiques psychiatriques et de grands espoirs naquirent d'en découvrir qui agiraient aussi bien sur la mélancolie que leur chef de file, par exemple, la chlorpromazine sur la manie. Malheureusement, les résultats ne répondirent pas à ces espérances. Et il fallut attendre encore une dizaine d'années, donc vingt ans environ après les électrochocs pour voir apparaître, en 1957, une nouvelle classe de médicaments, celle des antidépresseurs. Deux séries se développèrent parallèlement: d'une part celle des *inhibiteurs de la monoamine-oxydase* (I.M.A.O.) et d'autre part les *tricycliques*. Depuis peu d'autres médications moins facilement classables ont fait leur

Classe	D. C. I.	N. D. (France)	Laboratoire
<i>I. M. A. O. ou THYMERETIQUES</i>			
	(inhibiteurs de la mono amine oxydase)		
	— isocarboxazide	MARPLAN	Roche
	— nialamide	NIAMIDE	Pfizer-Clin
	— phenelzine	NARDELZINE	Substantia
	— tranyleypromine	TYLCIPRINE	Théraplix
	— iproniazide	MARSILID	Roche
	— iproclozide	SURSUM	Merell-Toraude
<i>TRICYCLIQUES</i>			
	<i>Dérivés de la dibenzazépine</i>		
	<i>Dérivés de l'iminodibenzyle</i>		
	— imipramine	TOFRANIL	Geigy
	— désipramine	PERTOFRAN	Geigy
	— clomipramine	ANAFRANIL	Geigy
	— trimeprimine	SURMONTIL	Spécia
	<i>Dérivés de l'iminostilbene</i>		
	— opipramol	INSIDON	Geigy
	<i>Dérivés de la dibenzodiazépine</i>		
	— dibenzépine	ECATRIL	Sandoz
	<i>Dérivés du dibenzocycloheptadiène</i>		
	— amitriptyline	LAROXYL	Roche
	— nortriptyline	ELAVIL	Merck
		PSYCHOSTYL	Lilly
	<i>Dérivés du dibenzocycloheptatriène</i>		
	— protriptyline	CONCORDINE	Merck, Sharp et Domes
	<i>Dérivés de la dibenzoxépine</i>		
	— doxépine	SINEQUAN QUITAXON	Pfizer-Clin Phartec
<i>TETRACYCLIQUES</i>			
<i>AUTRES</i>			
	— maprotiline	LUDIOMIL	Ciba
	— viloxazine	VIVALAN	ICI-Avlon

apparition. Le tableau 1 les rassemble. Les uns comme les autres ont certainement une action chimique au niveau du cerveau, vraisemblablement en agissant sur les amines cérébrales. Il faut toutefois reconnaître que cette action est encore fort mal connue.

Les premières, les I.M.A.O., sont au nombre d'une dizaine environ et leur action semble ralentir la destruction de la sérotonine qui, remontant à un taux normal, permet aux centres nerveux un fonctionnement plus régulier.

La deuxième série a pour chef de file l'imipramine dont l'action antidépresseive se révéla excellente dans la mélancolie classique. Par contre, dans les formes graves et surtout dans les formes anxieuses, son rôle parut parfois aggravant dans la mesure où la désinhibition du mélancolique favorisait les manifestations anxieuses, la douleur morale et surtout les raptus suicidaires.

C'est pourquoi les psychiatres accueillirent avec faveur un produit voisin, la triméprimine qui avait le gros avantage d'agir à la fois sur les signes dépressifs et sur les symptômes anxieux des déprimés. Depuis, d'autres produits de la même série: clomipramine, désipramine, amitriptyline, nortriptyline, doxépine, et plus récemment maprotiline et viloxazine apportèrent un complément heureux aux médications antidépressives.

Efficaces, maniabiles, puisqu'elles sont actives par la voie orale, ces médications semblaient devoir représenter le traitement de choix de l'état dépressif. Et pourtant, en core que généralement bien tolérées, on constata bientôt qu'elles n'étaient pas dépourvues d'inconvénients.

Ce sont certainement les I.M.A.O. qui sont le plus susceptibles d'entraîner des complications sérieuses, soit directement, soit par leur association à certains produits alimentaires ou médicamenteux, notamment les antidépresseurs tricycliques. Ceux-ci ont parfois une action dépressive sur le myocarde et on a noté en particulier un aplatissement de l'onde T.

Elles ont encore d'autres inconvénients chez les mélancoliques. Certains sont bénins telle l'inversion de l'humeur du malade qui, devenu hypomaniaque suspend prématurément un traitement qui doit être poursuivi longtemps après l'amélioration apparente. Plus redoutable est la suppression de l'inhibition du mélancolique qui le jette dans une anxiété paroxystique et le pousse parfois à un geste suicidaire qui reste la première et la plus importante des complications des états dépressifs.

L'emploi des antidépresseurs n'est pas sans inconvénient et ce serait une grave erreur d'opposer leur soi disant innocuité aux dangers, en fait très discutables, des électrochocs. Nous ne pouvons que recommander une bonne connaissance de la sémiologie psychiatrique aux médecins praticiens qui prendraient la responsabilité d'utiliser ces drogues sans en connaître toujours les inconvénients chez les déprimés.

Etant donné les inconvénients et les avantages de ces différents produits, lesquels faut-il prescrire et dans quels cas?

Certains réservent les I.M.A.O. aux états dépressifs peu accentués permettant une thérapeutique ambulatoire et utilisent les dérivés de l'imipramine dans les cas graves, chez les malades hospitalisés, en raison de leurs effets secondaires généralement plus marqués. Une telle distinction ne nous paraît guère légitime et personnellement nous avons purement et simplement abandonné l'emploi des I.M.A.O. étant donné leurs réels inconvénients, leurs dangers certains, même s'il restent rares; étant donné, enfin, que leur action n'est pas supérieure et qu'elle est inférieure dans certains cas à celle des tricycliques, on ne voit guère l'utilité de faire prendre au malade des risques supplémentaires.

22 — Les *antidépresseurs prophylactiques* (normothymiques, psychoorthotiques ou psycho-isoleptiques)

Un des inconvénients des médications ci-dessus étudiées était représenté par le risque de rechute lors de la cessation du traitement. C'est pourquoi on chercha des produits susceptibles de prévenir les rechutes et, tout naturellement, on s'adressa tout d'abord aux *sels de lithium* dont les succès curatifs dans la manie sont aujourd'hui évidents. Dans les psychoses bipolaires, maniaco-dépressives, son rôle prophylactique est évident, tant sur les manifestations maniaques que sur les accès mélancoliques.

Son emploi à titre curatif s'est montré beaucoup moins brillant que dans la manie, notamment sur les dépressions monopolaires. Pourtant certains auteurs lyonnais, notamment DEVIC et ses collaborateurs lui accordent un effet thérapeutique dans 58 % des cas de dépression chronique (55 bons résultats sur 95 malades), à condition de donner du gluconate de lithium en solution chlo-

rurée et de maintenir des lithémies relativement basses, entre 0,3 et 0,8 mEq. Une étude coopérative faite aux USA dans les hôpitaux de vétérans, comparant les résultats obtenus au bout de deux ans dans les dépressions mono et bipolaires, par l'emploi comparé du lithium, de l'imipramine et d'un placebo montre que si le rôle préventifs du lithium et de l'imipramine sont supérieurs à celui du placebo dans les psychoses monopolaires, seul le lithium passe la «barre» des deux ans et se montre supérieur aux deux autres.

Le *dipropylacétamide* a une structure linéaire et aurait un effet prophylactique sur les rechutes, notamment dans les psychoses bipolaires. Notre expérience personnelle sur 26 patients suivis pour certains depuis plus de deux ans indique que, à la dose de 600 à 1200 mg par jour le produit a un effet favorable dans 46 % des cas, soit 15 % de dépressions monopolaires et 31 % de dépression bipolaires. Il potentialise l'action des autres psychotropes. Toutefois son action prophylactique est inférieure à celle du lithium et le produit pourrait tirer ses indications des contre indications de l'emploi de ce dernier.

3. Les traitements encore au stade experimental

31 — Les précurseurs de la sérotonine

On commence à entrevoir le rôle de la sérotonine dans les dépressions. Les I.M.A.O. semblent agir en bloquant le métabolisme de cette amine qui voit ainsi son taux augmenter. Il était logique d'essayer d'en apporter, et ce sous forme d'un précurseur, le 5 — *hydroxytryptophane* (5-HTP) qu'il s'agisse de ses isomères dextro- ou levogyre. Les résultats obtenus sont pour le moment assez contradictoires. Il semble que les doses nécessaires soient de l'ordre de 2 à 3 grammes par jour alors que ce sont des doses de 10 à 100 mg qui ont été employées.

Son association à la clomipramine a été trouvée utile par PRAAG et ses collaborateurs dans le traitement des dépressions résistant à la thérapeutique. Nous avons nous même obtenu des résultats encourageants pour relancer une action anti-dépressive apparemment épuisée, qu'il s'agisse de médications chimiques ou d'électrochocs.

32 — Les peptides hypothalamiques

De grands espoirs sont nés de l'emploi de «releasing hormones» d'origine diencéphalique, notamment la T.R.H. et la M.I.F.

— La *T.R.H.* ou *T.R.F.* (hormone ou facteur de libération de la thyrotropine) appelée encore loprémone est un *tripeptide* isolé en 1966 par GUILLEMIN de l'hypothalamus de mouton. Utilisée d'abord par les endocrinologues comme test de stimulation hypophysaire, ce sont PRANGE et KASTIN qui firent les premières injections à visées antidépressives à la dose de 200 à 800 microgrammes par voie intra-veineuse. La correction de l'humeur antidépressive est rapide, se fait en quelques heures, mais elle n'est guère durable. En France, DENIKER et ses collaborateurs, employant des doses quotidiennes de 1000 microgrammes I.V. ou 30 mg per os pendant 8 à 21 jours ont enregistré 14 échecs sur 20 malades, 2 améliorations discrètes et brèves et 4 améliorations franches, toutes les 6 dans des dépressions bipolaires.

— Le *M.I.F.* (facteur inhibant la libération de l'hormone mélano-stimulante) encore appelée M.S.H.—R.I.H. (hormone inhibant la sécrétion de la M.S.H.) est également un tripeptide. Son emploi a donné à EHRENSING et KASTIN des résultats encourageants dans les dépressions unipolaires à la dose de 60 mg (jusqu'à 150 mg parfois) par jour pendant 6 jours sur 18 malades; 6 d'entre eux furent améliorés de façon rapide (en 48 heures) et durable (un mois).

Nous suivons actuellement une religieuse, déprimée de façon périodique depuis plusieurs années et chez laquelle les traitements classiques sont peu efficaces. Par contre, elle attend avec impatience l'apparition d'une nuit blanche qui, chaque fois, vient mettre un terme à sa dépression.

KRETSCHMER à Tübingen, HIPPIUS à Munich, DENIKER à Paris, d'autres encore, ont essayé de façon systématique cette «cure d'anti-sommeil» chez des malades déprimés. HIPPIUS après avoir supprimé les médications anti-dépressives du patient au moins 12 heures avant, l'empêche de dormir, ne serait-ce qu'un instant, pendant toute une nuit et répète cette privation trois fois par semaine pendant deux semaines, puis une seule fois par semaine pendant un an. Il a ainsi 50 à 70 % de bons résultats.

4. Indications, avantages et inconvénients

Il paraît difficile d'envisager aujourd'hui l'emploi de ces dernières thérapeutiques autrement qu'à titre expérimental ou comme médication d'appoint ou dans le cas d'échec des traitements classiques. Il semble toutefois probable que la poursuite des essais cliniques permettra de distinguer des indications privilégiées de chacune d'elles.

Pour le moment, les antidépresseurs et les électrochocs restent la base de tout traitement de la dépression.

Quelle doit être la place respective de chacun d'eux dans le traitement d'un état dépressif?

D'autre part, l'association de ces deux thérapeutiques est-elle souhaitable et possible sans inconvénient?

41. Choix du traitement

Trop souvent, les médecins cédant à la pusillanimité ou aux préjugés des familles, tardent à envoyer un état dépressif sérieux au psychiatre, et ne le font qu'après avoir largement utilisé la gamme inépuisable des «fortifiants» et des «tranquillisants», qui ne sont pas toujours inutiles, mais souvent aussi illusoire et non sans danger, dans la mesure où ils permettent l'évolution et l'aggravation d'un état dépressif, voire une tentative de suicide. Trop souvent aussi les familles n'osent pas, malgré la suggestion du psychiatre, imposer à leur malade un isolement qui, pour elles, représente une cruauté supplémentaire et inutile envers un parent qui se raccroche à eux. Et pourtant, un isolement précoce et une thérapeutique rapide représentent, en définitive, la prophylaxie la plus sûre de cette complication redoutable de l'état dépressif: la tentative de suicide.

C'est, en fait, *en fonction de ce risque de suicide que doit s'organiser la thérapeutique.*

S'il y a une menace sévère et réelle de suicide, et à fortiori s'il y a déjà eu une tentative, nous pensons qu'il faut d'emblée recourir aux électrochocs, les antidépresseurs, dans la meilleure hypothèse mettant plusieurs jours à manifester leur action; et cette période risque d'être mise à profit par le malade pour réussir son geste fatal.

Si par contre, l'état dépressif est moyen ou sévère, mais sans que la menace suicidaire soit trop importante, on est autorisé à essayer d'abord per os les antidépresseurs et, pour nous de préférence la clomipramine, la triméprimine, l'amitriptyline et la maprotyline qui ont l'avantage, les premiers jours, d'être aussi anxiolytiques et de favoriser le sommeil. Nous pensons qu'il convient

de donner des doses suffisantes et rapidement croissantes, pour atteindre en une semaine par exemple 150 à 200 mg par jour au moins et de reprendre ensuite la progression jusqu'à 300 mg si l'on n'a pas de résultat. On peut aussi utiliser l'amitriptyline et la clomipramine en perfusions I.V. pour un effet plus rapide. S'il n'y a pas d'amélioration après 10 à 15 jours, et bien entendu, si l'état s'est aggravé ou qu'une tentative de suicide ait eu lieu, il convient alors de passer aux électrochocs dans les conditions de sécurité que nous avons indiquées plus haut.

Il faut remarquer que dans ce cas le traitement par antidépresseurs, même inefficace, ne représente pas un temps perdu pour la guérison. Il nous a toujours semblé qu'il « mordançait » en quelque sorte le terrain et rendait plus rapide et plus efficace l'action des électro-chocs, permettant même quelquefois d'en diminuer le nombre.

Très souvent enfin, il nous a semblé qu'un malade, apparemment guéri par la prise régulière et à doses suffisantes d'antidépresseurs, rechutait sans raison, après quelques semaines, malgré la poursuite consciencieuse du traitement. La sismothérapie s'impose dans de tels cas et ses résultats sont alors durables.

Nous pensons qu'il n'est pas nécessaire de suspendre la chimiothérapie antidépressive pendant le cours de la sismothérapie, bien au contraire; on peut toutefois réduire la dose prescrite antérieurement.

2. *L'association électrochocs, anesthésie et anti-dépresseurs est-elle dangereuse?*

Un certain nombre d'auteurs, des anesthésistes surtout, ont émis des réserves sur les dangers d'associer les anti-dépresseurs, I.M.A.O. ou non, à des produits anesthésiques. Comme nous faisons toujours nos électro-chocs sous anesthésie, comme nous l'avons indiqué plus haut, la question était d'importance. Nous avons fait un travail statistique sur nos cas personnels dont les résultats nous paraissent très rassurants.

Cette étude porte sur une période allant de mai 1963 à décembre 1974, soit 11 ans et 8 mois. Pendant cette période 9830 malades ont été hospitalisés à la Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale de Clermont—

INCIDENTS

Tableau 2

	Nombre de malades traités	%	Nombre de séances	Nombre d'incidents	%
Sans antidépresseurs	273	38%	2270 (my = 8,3)	6	2,19%
Avec antidépresseurs	440	62%	4712 (my = 10,7)	10	2,27%
TOTAL	713	100%	6982 (my = 9,8)	16	2,24%

NATURE DES INCIDENTS

- 4 Phlébites
- 3 Vertiges + lipothymies
- 2 Parésies transitoires
- 2 Spasmes laryngés partiels
- 2 Reprises respiratoires difficiles
- 2 Confusions mentales
- 1 Chute de la tension artérielle

Ferrand. 713 d'entre eux (7,25 %) ont reçu 6982 séances de sismothérapie, soit environ 61,2 malades par an recevant chacun 9,8 séances en moyenne:

Au cours des années, devant son innocuité, nous avons de plus en plus souvent utilisé l'association des anti-dépresseurs et de la sismothérapie quand cela paraissait utile: une fois sur trois eu dé but et deux fois sur trois actu-
element.

Nous avons séparé nos 713 malades en deux groupes; ceux qui prenaient des antidépresseurs pendant leur traitement sismothérapique et ceux qui n'en prenaient pas, mais dont certains prenaient d'autres médications, notamment des neuroleptiques ou des tranquillisants. On remarque que le pourcentage d'incidents, tous mineurs, est pratiquement le même dans les deux séries.

On peut faire les *remarques* suivantes:

1 — Le seul cas de chute tensionnelle fut enregistré chez le seul malade prenant des I.M.A.O. qui présenta un incident;

2 — Les deux cas de spasme laryngé survinrent chez deux malades qui ne recevaient pas d'antidépresseur; ils furent toujours partiels, cédant rapidement à la ventilation artificielle.

3 — Les parésies ont toujours été transitoires.

4 — Le syndrome vertiges et lipothymies fut noté chez trois malades prenant des antidépresseurs âgés de 57, 60 et 67 ans.

5 — La grande majorité des malades ayant présenté des incidents avait dépassé la cinquantaine: minimum 49 ans, maximum 76 ans.

6 — Quand aux phlébites enfin, elles n'eurent jamais de conséquences fâcheuses et leur proportion, bien que nous n'ayons pas de point de comparaison, ne semble pas avoir été supérieure à celle que l'on peut constater dans une population hospitalière courante.

7 — Il faut enfin noter qu'aucun de ces incidents n'eut de conséquence fâcheuse et que dans un tiers des cas (5 sur 16) ils n'ont pas empêché la poursuite du traitement.

On peut se demander si au cours de toute chimiothérapie, voire même de toute psychothérapie, on ne pourrait pas relever une proportion d'incidents analogues dûs à une simple coïncidence.

Nous pensons donc que le risque d'associer les antidépresseurs aux électrochocs sous anesthésie et myorésolutifs est peu important, voire négligeable et que les incidents survenant au cours du traitement sont bénins et régressifs.

Bien plus, nos collègues anesthésistes ont l'impression que la proportion d'ennuis et d'incidents anesthésiques est moindre chez nos malades que chez leurs patients habituels, comme si la médication antidépressive apportait un facteur de stabilisation biologique, humoral ou neuro-végétatif.

M. Porot: *A depresszió biológiai kezelése 1975-ben*

A szerző összefoglalja az aktuális antidepressziós kezeléseket és igyekszik körvonalazni azok indikációját, előnyeit és kellemetlen mellékhatásait. 1. Az elektrosokk kezelésében egy betegnél legalább 12-t tartanak szükségesnek, kezdetben hetenként háromszor, későbbiekben hetenként kettőt, vagy egyet. Az anaesthesia, izomrelaxánsok alkalmazásával és az elektródák unilaterális felhelyezésével a szórványos szövödményeket ki lehet védeni: a betegnél nem alakul ki mechanikus sérülés, szorongás és mnestikus zavar. Emellett a módszer mellett alig fogalmazható meg kontraindikáció. 2. Antidepresszán-sok. a) Kuratív antidepresszánok: MAO inhibitorok hatásmechanizmusát pontosan nem ismerjük, feltehetően késleltetik a szerotonin lebomlást. Az imipraminoknak kiváló hatása van a klasszikus melankóliában, ezzel szemben veszélyesek lehetnek a szorongásos formában. Az újabb készítmények (pl. a Treprimil) egyidőben hat a depresszióra és a szorongásra. Veszélyt jelent a hypomaniás állapotok megjelenése, ami a szükséges tartós kezelést korlátozza. b) Profilaktikus antidepresszánok: a lithiumsók a mánia gyógykezelésében és a bipolaris psychosisok prophylaxisában kapnak szerepet. Kedvező hatás van imipramin társítással. A driprophylacetamid szintén profilaktikus

ORAP *tabletta*

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 1, ill. 4 mg pimosid-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Olyan tartós hatású neurolepticum, amely előzetes neurolepticus kezelés után a korábban téveseszmékkal, hallucinációval, beteges fantáziával küzdő betegek fenntartó kezelésére alkalmas anélkül, hogy hypnosedatív hatást okozna.

ELLENJAVALLATOK: Extrapyramidalis kórképek, depressív állapotok minden formája.

ADAGOLÁS: Naponta egyszer, 1—8 mg, individuálisan, szakorvos utasítása szerint.

MEGJEGYZÉS: ☒☒ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján idegbeteg-gondozó intézetek, ideggyógyászati szakrendelések szabadon rendelhetik, illetőleg csak a javaslatukra (fekvőbeteg-gyógyintézeti, elme-, idegosztály javaslatára) rendelhető. Elmebetegségekből, idegbetegségekből szakorvosi képzéssel rendelkező körzeti, üzemi stb. orvosok is szabadon rendelhetik az ellátásukba tartozó betegek részére.

C SOMAGOLÁS:

50 tableta 1 mg 13,— Ft
20 tableta 4 mg 15,60 Ft

K Ö B Á N Y A I G Y Ó G Y S Z E R Á R U G Y Á R, B U D A P E S T X.



HALOPERIDOL

injekció, tableta, solutio

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 5 mg, 1 tableta 1,5 mg, az oldat (10 ml) üvegenként 20 mg (10 csepp=1 mg) haloperidol.-ot.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, mely motoros és pszichés agitációval jár, mánia, paranoidhallucinációs kórképek, agitált depressio, erethikus oligophrenia és epileptiformis psychosísok, delirium tremens. Csillá-píthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kór-
képek. Hysteria.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az átlagos orális napi adag 2—4 mg. Amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan.

MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig tör-
ténő kezelés után a betegek nagy részében akinesia, tremor, izom-hypertonia vagy egyéb parkinson-szerű tünetek léphetnek fel.

MEGJEGYZÉS: ☒ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján idegszakrendelések, ideggondozók szabadon rendelhetik. Körzeti, üzemi orvosok csak idegszakrendelés (ideggondozó, fekvőbeteg-gyógyintézeti elme-idegosztály) javaslatára rendelhetik.

CSOMAGOLÁS: 5x1 ml amp 14,70 Ft, 50x1 ml amp 123,90 Ft, 50 tabl. 13,70 Ft, 250 tabl. 58,30 Ft, 1 üveg (10 ml) 17,20 Ft.

K Ö B Á N Y A I G Y Ó G Y S Z E R Á R U G Y Á R , B U D A P E S T X .



hatással rendelkezik (600—1200 mg naponként) 46%-os kedvező hatást biztosít részben a mono-, részben a bipoláris depresszió gyógykezelésében. 3. Kísérleti stádiumban levő gyógykezelések. a) A szerotonin precursorai: 5-hydroxytryptophan-nal az eredmények ellentmondók, rezisztens esetben jó eredményeket írnak le. b) Hypothalamikus peptidek: T.R.H. vagy T.R.F. (thyreotrophint mobilizáló hormon) intravénás adása órák alatt javítja a hangulatot, tartós kúrában is hatásosnak látszik elsősorban bipoláris depressziókban. A M.I.F. (gátolja a melanin stimulációs hormont) hatása szintén gyors bipoláris depresszióban. c) Az éjszakai alvás felfüggesztésével jó eredmények érhetőek el a gyógyszerekre általában rezisztens betegeknél, egy héten háromszor is alkalmazzák két héten keresztül, 50—70%-ban jó az eredmény. 4. Indikációk, előnyök, mellékhatások. Ma az antidepresszánsok és az elektrosokk képezi a kezelés alapját. Sajnos a betegek későn kerülnek szakkezelésbe, mert az általános orvosok sokáig kísérleteznek tranquillánsokkal, melyek nem mindig haszontalanok, de többnyire feleslegesek és az állapot rosszabbodása miatt nem veszélytelenek. A gyors kezelést a suicidium veszélye miatt kell megszervezni. Ha nincs meg a suicidium veszélye és a depresszió súlyos, gyorsan emelkedő dózisban kell az antidepresszánsokat beállítanunk (150—200, esetleg 300 mg naponként). Amennyiben 10—15 nap alatt érdemleges eredmény nincs, az elektrosokkhoz kell folyamodnunk. Úgy véljük, hogy az elektrosokk kezelés alatt a kemoterápiát nem szükséges megszakítani, legfeljebb a dózist kell csökkenteni. A klinikára felvett betegek 2,25%-a kapott elektrosokk kezelést, évenként kb. 61,2 beteg, átlagosan 9,8 kezelést. A betegek egy része az elektrosokk kezelés mellett antidepresszánsokat is szedett. Ennek a társításnak a veszélye anaesthesia és izomrelaxatio mellett jelentéktelen. Az anaesthesiával foglalkozó orvosok az anaesthesia veszélyét kisebbnek látják antidepresszáns szedése mellett mint anélkül.

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet
(Főigazgató: Forgács József dr.)
Idegosztálya (Osztt. vez. főorvos: Faragó István dr.) közleménye

Adatok az agydaganatok félrevezető tüneteihöz

FARAGÓ ISTVÁN dr. és KELEMEN JUDIT dr.

A klinikai gyakorlat mindinkább bizonyítja, hogy az agydaganatok kórlefordulásának ún. tankönyvi formái meglehetősen ritkák. A klasszikusnak tartott tumor-tünetek (fejfájás, hányás, tudatzavar, pangásos papilla, bradycardia, egy gócba visszavezethető progresszív neurológiai tünetek) inkább csak a késői, dekompenzált stádiumra jellemzőek.

Az agydaganatok többségének terápiája napjainkban még a műtéti megoldás. A beteg sorsa a tumor lokalizációján és hisztológiai sajátosságain túl jórészt attól is függ, hogy a műtét milyen időpontban, közelebről: a kompenzált, vagy már a dekompenzált stádiumban történik. Ebből egyértelműen következik a diagnózis korai felállításának alapvető fontossága. A kórismézéssel nem késlekedhetünk a klasszikus tünetegyüttes kialakulásáig. A helyes diagnózishoz lehetőség szerint már akkor el kell jutnunk, amikor a koponyaűri nyomásfokozódásnak manifeszt klinikai tünetei még nem jelennek meg.

Az említett cél elérése érdekében mindenek előtt azt a gyakorlati tapasztalatot kell szem előtt tartanunk, hogy az agydaganatok kezdeti tünetei sok esetben atípusosak sőt, megtévesztőek lehetnek. Bizonyos szokatlan tünettársulások egyéb természetű idegrendszeri megbetegedés gyanúját kelthetik és kellő körültekintés hiányában figyelmünket helytelen irányba terelhetik.

Az irodalom évtizedek óta foglalkozik az agytumorkok szokványostól eltérő kezdeti tüneteivel és az atípusos kórlefordulással (l. később). Hasonló tapasztalatokról egyikünk már 1966-ban beszámolt előadás keretében.

Jelen közlemény megírására részben saját diagnosztikus tévedéseink, másrészt az osztályos, illetőleg konziliáriusi munkánk során felmerülő differenciáldiagnosztikai nehézségek késztettek. Tíz évre visszamenőleg tekintettük át osztályunk és a kórház egyéb osztályainak agytumoros beteganyagát. A következőkben 141 agydaganatos eset részletes katamnesztikus feldolgozása során összegezett tapasztalatainkról számolunk be, — összevetve ezeket a rendelkezésünkre álló szakirodalmi adatokkal.

A primer benignus és malignus, továbbá a metastatikus tumorok vonatkozásában felmerülő diagnosztikai problémák bizonyos mértékig eltérőek, ezért anyagunkat a három kategóriának megfelelően külön-külön is elemeztük. Az anyag feldolgozása a következő szempontok szerint történt:

1. A típusosnak tartott kezdeti tünetekkel szembeállítva elemeztük a leggyakoribb korai atípusos kórjeleket.

2. Áttekintettük a leggyakrabban előforduló diagnosztikus tévedéseket és azt, hogy ezek következtében milyen mértékben hosszabbodott meg a betegség felismerésének időtartama.

3. A laboratóriumi és egyéb kiegészítő leletek mennyire segítették elő általában a helyes diagnózis felállítását?

4. Katamnesztikusan milyen összefüggés mutatkozott a neoplasma lokalizációja, hisztológiai természete és a klinikai tünetek, illetőleg kiegészítő vizsgálatok eredménye között?

Az I. táblázatban beteganyagunk nem, kor és foglalkozás szerinti megoszlását mutatjuk be.

Megoszlás nem, kor és foglalkozás szerint

I. táblázat

	Primér benignus	Primér malignus	Meta-stasis	Összesen
Férfi	14	15	27	56
Nő.....	40	24	21	85
Összesen.....	54	39	48	141
<i>Életkor</i>				
0—20 év	2	—	1	3
21—30 év	3	1	1	5
31—40 év	10	1	3	14
41—50 év	16	9	3	28
51—60 év	16	16	16	48
61—70 év	4	12	17	33
70 év felett	3	—	7	10
Fizikai dolgozó	21	18	24	63
Szellemi dolgozó	16	8	9	33
Egyéb.....	17	13	15	45

A nemek szerinti megoszlásnak nem tulajdonítunk különösebb jelentőséget, mert ezt bizonyos statisztikai tényezők is befolyásolják (pl. a nők nagyobb arányszáma az átlagpopulációban, a kórházi ágyak számának nemek szerinti megoszlása stb.), másrésről a nemhez kötött agytumor-előfordulás nem verifikált.

Korosztályok szerint a 40. életévtől látszanak halmozódni a tumoros megbetegedések, bár ha figyelembe vesszük a benignus tumorok manifeszt tüneteinek hosszú latenciáját, az valamelyest módosítja az előző megállapítást. Az 50—70. életévek között, illetőleg a 70. életév felett kiemelkedik a metasztázisok gyakorisága, amihez képest a primer tumorok számának szaporodása e korcsoportban nem jelentős.

A foglalkozások szerinti megoszlás nem jellegzetes, — azt csupán a teljesség kedvéért jelöltük táblázatunkban.

A második táblázatban a típusosnak tartott kezdeti panaszokat és tüneteket elemezzük. A szűkebb szemfenéki erek nem tartoznak ugyan a tumoros manifesztációk közé, — az erre vonatkozó számadatokat csak összehasonlítás céljából közöljük.

II. táblázat

A ún. típusos kezdeti panaszok és tünetek előfordulása

	Primér benignus	Primér malignus	Meta-stasis	Összesen	Nem volt	Eseteink száma összesen
Fejfájás	41	30	20	93	48	141
Szédülés	26	26	22	74	67	141
Hányinger-hányás	20	16	15	51	90	141
Szemfenéken elmosódott papilla ...	9	9	3	21	120	141
Szemfenéken promineáló papilla ..	4	11	5	20	121	141
Szűkebb szemfenéki erek	16	14	12	42	99	141
Bradycardia	6	8	7	21	120	141

Fejfájás az esetek mintegy $\frac{2}{3}$ -ában jelentkezett, leggyakrabban a primér malignus, legritkábban a metastasis esetekben. Nagyjából hasonló a számszerű megoszlás a *szédülés* előfordulását illetően az egyes tumorfeleségek csoportján belül, de szédülésről a betegeknek csak alig több mint fele számolt be. (Szédülés alatt itt a szubjektív és objektív térvizonyok közötti diszkrepanciát értjük anélkül, hogy meghatároznánk a szédülés élményének jellegét.) *Hányinger*, *hányás* valamivel több, mint $\frac{1}{3}$ arányban jelentkezett, ritkábban a metastatikus, gyakrabban a másik két kategóriában.

Feltűnő az általában jellegzetesnek tartott funduskép: *pangásos papilla* viszonylag ritka előfordulása a primér benignus és metastatikus tumorok korai szakában. A primér malignus neoplasmák valamivel több, mint kétszer olyan gyakran okoztak szemfenéki pangást anyagunkban, mint az előzőek. Különösen ritkán volt észlelhető a prominenciát megelőző *elmosódott határu papilla* metastasisos eseteteinkben.

A korai szakban *bradycardiát* mindössze 21 betegen észleltünk.

A következőkben a ritkábban előforduló kezdeti tünetekről számolunk be, melyek ismerete és helyes értékelése sok esetben már igen korán felkelthetik az agydaganat gyanúját.

III. táblázat

Ritkábban előforduló kezdeti tumortünetek

Tünetek	Primér benignus összesen: 54 eset	Primér malignus összesen: 39 eset	Metastasis összesen: 48 eset	Összesen	Nem volt
Sacer	17	11	10	38	103
Tudati fátyolozottság aluszékonyság ..	7	10	20	37	104
Dezorientáció	9	17	10	36	105
Euphori amoria	5	5	3	13	128
Frontalpsiché	23	20	8	51	90
Parietalis tünetek	8	6	1	15	126
Extrapiramidalis tünetek	2	4	2	8	133
Azonos oldali pyramis-pálya tünetek ..	22	13	12	47	94

Az *epilepsiának*, mint korai tumor-tünetnek előfordulása ma már tankönyvi adat. Ez a tény azonban az általános orvosi gyakorlatban még mindig nem kellően ismert és hangsúlyozott. Anyagunkban közel egyenlő gyakorisággal észleltük saceres epizódok korai előfordulását benignus és malignus primér tumorok eseteiben, — jóval ritkábban metastasisok következtében. Sokszor tapasztaltuk, hogy a helytelen értelmezés késleltette a korai diagnózist, a betegek egy része heteken, hónapokon (előfordult, hogy éveken!) keresztül antikonvulzív gyógyszereket szedett előzetes kórhistai kivizsgálás nélkül, hiszen a tumor sokáig fel sem merült. Konzíliumok során bizonyos sajtáságos tudati állapotok észlelése (pl. *tudati fátyolozottság*, *aluszékonyság* stb.) több alkalommal terelte gyanúnkat agydaganat irányába már olyankor, amikor kifejezettebb organikus neurologiai tünetek még nem mutatkoztak. Hasonló sajtáságos jelenség a hirtelen karakterváltozás is. Primér malignus tumorok következtében viszonylag gyakran észleltük a hangulati élet zavarát mind

pozitív, mind negatív irányban, a morális-szociális érzék csökkenését vagy elvesztését, illetőleg az orientáció enyhébb-súlyosabb zavarait. Óvatosságra int az a gyakorlati tapasztalat, mely szerint — főként a metastasisok kórfolyása során kialakuló pszichoszindrómák nem egyszer tévesen pszichózis gyanúját keltik a beteget elsődlegesen észlelő belgyógyászati képzettségű orvosban, de esetleg a kevesebb gyakorlattal rendelkező ideggyógyászban is.

A korai szakban megjelenő *frontalis és parietalis szindrómák* lehetnek gócjelenségek, de előidézheti ezeket a koponyaúri tömeg átrendeződés következtében fellépő agyi keringési zavar, illetőleg oedema is. A frontalis és parietalis szindrómák lokáldiagnosztikai értékére a későbbiekben még visszatérünk.

Sajátságos gócjelenségként nyolc esetünkben észleltünk *extrapyramidalis tünetegyüttest* a korai szakban. A felmerülő diagnosztikus, pontosabban differenciál-diagnosztikus nehézségek miatt ezen esetek egyikét részletesebben ismertetjük.

I. eset. F. F.-né betanított munkás 1970-ben, 50 éves korában az egyik budapesti kórház idegosztályán került felvételre. Elmondotta, hogy néhány év óta fokozódó mértékben ideges, ingerlékeny, álmatlan, feledékeny. Egy alkalommal — izgalmat követően — néhány órán át cél nélkül járkált az utcákon, — utólag nem emlékezett rá, hogy merre járt, mikor és milyen útvonalon tért haza.

Fizikális státusz: kövér nőbeteg. Szívtompulat minden irányban kissé megnagyobbodott, tompa szívhangok. Egyebekben ép belszervi státusz. RR: 140—160 hgmm systoles érték között. Organikus neurológiai státusza minden tekintetben negatív.

A kórházból néhány nap múltán kibocsátották azzal, hogy az anamnézisben szereplő tudatzavar hátterében organikus elváltozás nem mutatható ki. Két hónappal később, 1970 május 19-én került osztályunkon felvételre járászavar, fokozódó bal oldali végtaggyengeség, tarkótáji fejfájás, imperatív vizelési inger és nagyfokú ingerlékenység miatt.

Felvételi státuszából: RR: 140/90 hgmm. P: 68/min. Bal szemrés minimálisan szűkebb, bal szájjug árnyalattal renyhébben innervált. Élénk, ko. egyenlő felső végtagi sajátreflexek. Patella reflex b. o. élénkebb, mint j. o. Achillesek egyenlőek. Kóros reflex nincs. Mk. felső végtagban kifejezett rigor. B. o. latens hemiparesis, Mingazzini helyzetben a jobb alsó végtag is fáradékony. Mk. felső végtagban célbizonytalanság. Romberg helyzetben balra dől. Mimikaszegény arc, igen kifejezett antero- és retropulsio, szélesebb alapú járás. A felső végtagok együttmozgása járáskor hiányzik. Nagyfokban meglassult pszichomotorium.

Leleteiből: koponya rtg: neg. EEG: (felvételkor) értékelhető org. eltérés nélkül. Kontroll: diffúze meglassult elektromos tevékenység, értékelhető oldaliság nélkül. Szemfenéken: mérsékelt érsklerosis, egyebekben neg. szemfenéki lelet. Lumbalis liquor ssz: 1/1 cmm, P: +, feh.: 26 mg%, szabályos kolloid görbe.

A felvételi státusz és vizsgálati eredmények alapján parkinsonismus diagnózisát állítottuk fel. Ezt alátámasztotta a felvétel után néhány nappal fellépő kp. hullámú felső végtagi nyugalmi tremor is. Antiparkinsonos gyógyszerelést kezdtünk, a rigor és tremor azonban a dózis emelése során sem mutatott remissziót, míg a bal oldali hemiparesis mérséklődött. Mintegy hat heti kórházi kezelés után — a parkinsonos tünetek progressziója mellett — a beteg tudati állapotja fokozatosan romlott; rohamosan dementalódott, térben-időben részlegesen dezorientálttá vált, a hozzá intézett kérdésekre inadekvát válaszokat adott. Fentiekre tekintettel a beteg bentfekvésének nyolcadik hetében jobb

IV. táblázat

A klinikai tünetegyüttes alakulása, tumorok lokalizációja és szövettana

	Primér benignus	Primér malignus	Metas- tasis	Össze- sen
Tünetegyüttes a műtéti, ill. sectió lelettel megegyezett	39	32	27	98
Tünetegyüttes a műtéti, ill. sectió lelettel nem egyezett meg	17	9	17	43
Lokalizáció				
frontalis	14	15	9	38
parietalis	9	3	7	19
temporalis	7	16	5	28
occipitalis	7	—	4	11
suprasellaris	1	—	—	1
basis	—	1	2	3
ventricularis	3	—	—	3
hypophysis	4	—	1	5
strio-thalamicus	3	2	—	5
cerebellaris	2	2	11	15
pontocerebellaris	3	—	—	3
agytörzsi	—	—	2	2
Cavum Meckeli	1	—	—	1
Multiplex	—	—	7	7
Histológia				
Meningeoma	32	—	—	32
Neurinoma	2	—	—	2
Plexus papilloma	2	—	—	1
Cholesteatoma	1	—	—	1
Adenoma	5	—	—	5
Astrocytoma	8	—	—	8
Glioblastoma multiforme	—	30	—	30
Astroblastoma	—	5	—	5
Sarcoma	—	4	4	8
Carcinoma	—	—	41	41
Melanoblastoma	—	—	3	3
Cysta	4	—	—	4

oldali carotis arteriographiát végeztettünk, ami a jobb frontális lebenyben olhelyezkedő, de a bal oldalra is átterjedő tumort igazolt. Röviddel a diagnózis felállítása után műtét történt, — a tumornak csak részleges eltávolítása volt lehetséges. (A műtétet dr. Környey István professzor úr végezte.)

A beteg két hónappal a műtét után exitált. Szövetteni diagnózis: oligodendrogloma.

Esetünkkel kapcsolatosan felhívjuk a figyelmet a frontális kiindulású tumor mellett kialakuló és progrediáló parkinsonos tünetekre, valamint arra, hogy az EEG lokalizációs értékű gócjelet mindvégig nem mutatott.

Igen figyelemre méltónak tartjuk a *tumorról azonos oldali pyramispálya tünetek korai előfordulásának* feltűnő gyakoriságát a lassan növekvő primér benignus neoplasmák esetében, alig ritkábban a primér malignus csoportban és nem jelentéktelen számban az agyi metastasisok eseteiben.

IV. táblázatunkban foglaljuk össze a tumorok lokalizációját, számszerű megoszlásukat a hisztológiai sajátosságok tekintetében, valamint a műtéti és sectiós lelet egyezését, illetőleg diszkrepanciáját, a klinikai tünetek vonatkozásában.

Tapasztalataink szerint a primér malignus agydaganatok tünetei alakulnak leginkább a tumor elhelyezkedésének megfelelően. Ezzel kapcsolatosan feltehető, hogy a daganat gyors növekedése miatt másodlagos, a klinikai diagnózist nehezítő gócjelek kevésbé alakulhatnak ki, mint a lassan növekvő benignus formákban. Metastasis esetében az összefüggések tisztázását az esetleges multiciplicitas nehezíti meg.

Megfigyeléseink arra utalnak, hogy a frontális gócjelek jóval gyakoribbak, mint ahogy ez a verifikált tumor-elhelyeződés alapján várható volna. Eszerint a frontális tünetek egy részét távolhatás következményeként kell értelmeznünk (nyomatás, pályamegszakítás, az agyi keringés általános károsodása). Ezzel szemben jobban egyeznek a klinikai tünetek a parietális tumor elhelyeződésénél. Ennek talán részben az is lehet a magyarázata, hogy a parietális tünetek a frontálisnál jobban definiáltak és ezáltal észlelésük is inkább objektív.

A tumorok szövetteni megoszlása anyagunkban a nagy gyűjtő statisztikák adataihoz képest jelentősebb elérést mutat.

Az elhelyeződés sokszor megnehezíti a helyes diagnózis felállítását. Példaképpen részletesebben ismertetjük két esetünket. Egyik esetünkben a daganat a cavum Meckeliben foglalt helyet, a másokban pedig a boncolás alkalmával striothalamikus lokalizációjának bizonyult.

2. eset. D. K.-né 60 éves nyugdíjas adminisztrátort 1969. április 15-én vettük fel osztályunkra. Kb. négy hónappal felvétele előtt kezdődött zsidbadás, majd fájdalom jobb arcfelében. Tompa fájdalom állandó, ezen belül azonban a jobb homlok, kevésbé a jobb falcsont táján hirtelen villanásszerű fájdalmi jelentkeztek naponta több alkalommal. Nyelvének jobb fele zsidbad. Röviddel fellépése után kettős látása is kialakult, jobb szemgolyója befelé fordult.

Felvételi státusz: Kp. fejlett és táplált. Belső szervek fizikálisan eltérés nélkül. RR: 150/80 hgmm. P: 72/min. J. o. abducens paresis. A jobb arcfelén, a nervus trigeminus mindhárom ágának ellátási területében tactilis hypaesthesia, hypalgnesia. Jobb corneareflex kiesett. Jobb oldalon a nervus trigeminus motoros funkciója is csökkent. Értékelhető hosszúpálya-tünet nincs.

Leleteiből: koponya rgt-felv.: neg. EEG: kóros eltérés nélkül. Szemfenék: ép. Lumbalis liquor sssz: 2/1 cmm, P: ++, feh.: 63 mg%, kolloid görbe normális. PEG: ép kamrarendszer és norm. subarachnoideális telődés. Otonenrológiai lelet: negatív. Jobb oldali percutan brachialis angiographia: a carotis és vertebralis rendszerben ér-anómália, érdiszlokáció nem látható.

A kórlefolyás során a beteg panaszainak előterében a jobb oldali nervus trigeminus mindhárom ágának területét érintő neuralgiform fájdalmak álltak. Az említett neurologiai státusz és emelkedett liquor fehérje érték alapján koponyaúri térszűkítő folyamat gyanúja felmerült annak ellenére, hogy a pneumoencephalographia és a jobb oldali percutan brachialis arteriographia negatív eredményt adott. A beteget a basison propagaló térszűkítő folyamat iránydiagnózisával az Orsz. Idegsebészeti Tudományos Intézetbe helyeztük át.

Az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetben a klinikai kép alapján a Meckel-tasak régiójában elhelyezkedő organikus folyamatot supponálva jobb oldali temporalis craniotomiát végeztek. A temporalis lebenyt felemelve a Meckel-tasak előboltosult és a dura-kettőzetet megnyitva, daganatszövet vált láthatóvá, mely a ganglionhoz tapadt.

A daganatot sikerült radikálisan eltávolítani. A szövettani kép alapján elsősorban carcinoma metastasis lehetősége merült fel, — a primér tumort azonban ekkor még nem sikerült kimutatni.

A beteg a műtét után kb. 10 hónapon át — kettőslátástól eltekintve — panaszmentes volt, majd jobb arcfélre lokalizálódó neuralgiform fájdalom fokozatosan visszatért. Egyidejűleg a jobb oldali orrjáratból váladékozás volt megfigyelhető. Ismételt vizsgálattal a középső és hátsó rostasejtekből kiinduló polyposist sikerült kimutatni. Hisztológiai diagnózis: carcinoma cylindromatosum.

3. eset. O. I. 45 éves polgári fegyveres ör első ízben 1964-ben került osztályunkra. Már ekkor közel négy éve fennálló bal arcfél fájdalomról panaszkodott, ami kiterjedt a nervus trigeminus mindhárom ágának ellátási területére és jellegét tekintve neuralgiának felelt meg. 1964-ben panaszai miatt az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetben a bal oldali Gasser-dúc égetését végezték el. A fájdalmak rövid időre megszűntek, majd a bal oldali 2. ág területében ismét jelentkeztek. A beteg neurologiai státuszában ekkor bal oldali trigeminus anaesthesia mellett csupán patella és Achilles hyporeflexiát észleltünk. A bal arcfélen mutatkozó érzészavart a műtét következményének tartottuk.

A beteg két év múltán, 1966-ban került ismét felvételre osztályunkon. Megelőzően a bal oldali nervus trigeminus intraduralis átmetszése is megtörtént, — a fájdalmakat azonban ez is csakis időlegesen csökkentette. Ekkor (a testszerte látható bőr alatti csomók alapján) már ambulanter felmerült a neurofibromatosis gyanúja, — intracranialis neurofibromára utaló elváltozást azonban kimutatni nem tudtunk.

A beteg 3. felvételére 1969. április 28-án került sor. Az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetből hozott zárójelentéséből kitűnt, hogy osztályunkról való távozását követően jobb, majd a későbbiek folyamán bal oldali thalamotomia történt, — az első felvételekor panaszkodt bal arcfél fájdalmai azonban ennek ellenére sem szűntek meg. Ezen fájdalomtól eltekintve szubjektíve panaszmentes.

Felvételi státuszából: Bal szemrés szűkebb. Mindkét arcfélen bizonytalan határu analgesia, ami azonban mko. az V/2 ág területében a legkifejezettebb. Bal szájzug kislökő kontraktúrában, innervációkor elmarad. Nyelvcsúcs kissé balra tér. Bal felső végtagi sajátreflexek valamivel élénkebbek, mint j. o. Felső végtagokban b. o.-i túlsúlyú rigor. Értékelhető paresis sem a felső, sem az alsó végtagokban nincs. Patella igen renyhe mko, jobb valamivel élénkebb a balnál. Jobb Achilles renyhe, bal Ø. Kóros reflex: Ø. Mérsékelt törzstaxia konstans irány nélkül. A bőr alatt testszerte számos rugalmas tapintatú babnyi, kismogyorónyi csomó.

Perlepsin adását követően a beteg fájdalmai mérséklődtek. Kiírasi dg: Neuralgia n. trigemini, — St. p. rhizotomiam l. s. et thalamotomiam l. u. — Morbus Recklinghausen. — Spondylosis lumbasacralis.

A beteg néhány hónap múltán negyedik alkalommal is felvételre került osztályunkon. Ezen felvételét megelőzően arcfájdalma fokozódott, mk. arcfélre kiterjedt. Étvágytalan volt, fogyott, majd fokozatosan zavarttá vált, széketét, vizeletét maga alá bocsátotta. A felvételét megelőző napon lakásában a földön fekve találták, kérdésekre nem válaszolt, jobb oldali végtagjait mozgatni nem tudta.

Felvételi státusz: Testszerte megszámlálhatatlan, rugalmas tapintatú bőr alatti csomó. Incontinens, nem kooperál. Kifejezett dysarthria. Tarkó kissé kötött. Mko. jelzett Kernig. Jobb pupilla árnyalattal tágabb a balnál. A trigeminus funkciók a kooperáció hiányában nem vizsgálhatók. Jobb centralis VII. és XII. paresis. Jobb oldali végtagokban Wernicke-Mann típusú praediectios túlsúly. Jobb felső és alsó végtagokon hyperreflexia: j. o. Babinski pozitivitás.

Leleteiből: Rutin labor. vizsgálatok kóros eltérés nélkül. A lumbalis liquorban ssz: 4/1, P: + + +, *feh.*: 134 mg%, mastix görbében kis bal oldali cakk. Liquor Kolmer: pozitív. *Mellkasfelvétel:* tüdő, szív negatív, Struma árnyék. Bal oldali percutan carotis arteriographia: jó telődés, éranómia, érújdonságok zördés nem látható.

A státusz alapján neurofibromatosis intracranialis komplikációjának lehetősége merült fel. További obszervációra azonban nem volt lehetőségünk, mivel a fellépő heves psychomotoros nyugtalanság miatt a beteget zártosztályon kényszerültünk elhelyezni.

Az áthelyezést követően az organikus státusz fokozatosan progrediált, a beteg hamarosan exitált.

Sectiós lelet: Extrém fokú agyduzzadás. Szürkés-fehér színű tumorszövet látható bal oldalon a fronto-basalis vidéken. A substantia perforata anterior, a fornix kezdetének területe bal o. a tumor-szövet által átszótt. A III. kamra összenyomott és jobbra tolt. A thalamus, caps. interna és hypotalamus vidékét a felismerhetetlenségig átszővi és megszelesíti a kissé lágy tumorszövet. A tumor a pedunculus állományát is infiltrálja, elfoglalja a pulvinart, a nucleus ruber és niger területét, az aquaeductust pedig jobbra diszlokálja. A jobb oldali thalamusban több kis sárga színű heg látható a stereotaxiás műtét nyomaként. Szövetteni dg.: Astrocytoma fibrillare (*dr. Tariska*).

Az eset érdekessége a trigeminus neuralgia centralis eredetén kívül a feltűnően hosszú, közel tízéves kórlefolyás, melynek során neurológiai góctünetek csak igen későn alakultak ki. Figyelemre méltó az is, hogy az exitus előtt 3 hónappal elvégzett carotis arteriographia a később sectióval igazolt rendkívül nagy kiterjedésű tumort nem mutatta ki.

Az 5. táblázatban ismertetjük a három tumoros kategóriának megfelelően az első tünetek jelentkezésétől a diagnózis felállításáig eltelt átlagos időtartamot, valamint a kórlefolyás során mutatkozó remisszió arányszámát.

Az V. számú táblázatból világosan kitűnik, hogy a diagnózis felállítása sokszor hosszú időre elhúzódik, kiváltképpen a primér benignus tumorok esetében. Egy éven belül az eseteknek mintegy kétharmadában sikerült eljutni a helyes kórisméhez. Figyelemre méltó, hogy a katamnesztikus elemzés alapján a primér benignus tumornak több, mint 50%-a csak egy éven túl kerül felismerésre.

Nem menti fel ugyan a klinikust, de a diagnózis felállításának késedelmét részben magyarázhatja egy sajátos körülmény; nevezetesen tüneti javulás előfordulása a kórlefolyás során. Míg a klasszikus tankönyvi megfogalmazás

Első tünetektől a diagnózis felállításáig eltelt idő és remisszió előfordulása

Az első tünetektől a diagnózis felállításáig eltelt idő	Primér benignus (össze- sen: 54 eset)	Primér malignus (össze- sen: 39 eset)	Metas- tasis (össze- sen: 48 eset)
1 hónapon belül	3	14	13
1-től 6 hónapig	17	16	31
6-tól 12 hónapig	3	3	3
1 éven túl	25	6	1
10 éven túl	3	—	—
15 éven túl	3	—	—
Remisszió előfordulása	20	13	3

szerint az agydaganatokra a lassú, vagy gyors, folyamatos progresszió jellemző, addig a gyakorlatban mind a panaszokat, mind az objektív neurológiai státuszt illetően átmeneti javulással találkozhatunk. Ebből adódhat pl. multicentrális idegrendszeri tünetek esetében sclerosis multiplex téves diagnózisának felállítása. Remisszió anyagunkban leggyakrabban a primér benignus tumorok csoportjában fordult elő, ezen esetek valamivel több, mint $\frac{1}{3}$ részében! Alig ritkábban tapasztaltunk átmeneti javulást a malignus primér tumorok kórelfolyása során. Sajátságos módon még a metastasisok kis százalékában is előfordult a klinikai tünetek átmeneti javulása.

Hátráltathatják az agytumor diagnózisának felállítását bizonyos tünetek helytelen értelmezéséből adódó téves vélemények. Ennek alátámasztására a VI. táblázatban összeállítottuk az anyagunkban előforduló leggyakoribb diagnosztikus tévedéseket, melyek következtében a betegek csak viszonylag késői stádiumban kerültek kivizsgálásra, illetőleg átmenetileg a téves diagnó-

Diagnosztikus tévedések és félrevezető anamnesztikus adatok

Téves első diagnózisok	Primér benignus (összesen: 54 eset)	Primér malignus (összesen: 39 eset)	Metastasis (összesen: 48 eset)
Belbetegség	1	—	—
Meningitis, encephalitis	2	1	5
Opticus atrophia	6	—	3
Morbus sacer	8	—	—
Polyneuritis cranialis basalis	1	—	—
Cerebrovascularis-laesio parkinsonismus	9	17	11
Neuro — Schaudium	2	3	—
Sclerosis multiplex	3	—	—
Migréne — cephalgia	4	4	1
Neurozis — pszichozis	4	1	—
Félrevezető anamnesztikus adatok	31	20	13

zisanak megfelelő, a tumor szempontjából inadekvát terápiában részesültek. Ugyanebben a táblázatban számszerűen feltüntettük azokat az eseteinket, melyekben a kórelőzmény valamilyen félrevezető, tévesen értelmezhető adatot tartalmazott.

Az anamnézisen szereplő *félrevezető adatok* oka lehet a kórelőzmény felvételének technikai hiányossága, vagy a beteg önmegfigyeléséből adódó téves adatok túlértékelése. A félrevezető anamnézisek nagy száma főként a primér benignus tumorok csoportjára jellemző (az esetek több, mint 50%-a!). Ez az arány valamivel 50% alatt marad a primér malignus tumorok esetében, a metastasisokkal kapcsolatosan pedig nem haladja meg a klinikai gyakorlatban általában előforduló félrevezető anamnesztikus adatok gyakoriságát. Ilyen tévesen értelmezett kórelőzmény pl. ha a klinikai tüneteket traumával, lázas betegséggel, pszichés megterheléssel igyekszünk ok-okozati összefüggésbe hozni azáltal, hogy elfogadjuk a beteg által tévesen felállított, valójában legfeljebb csak időbeni kapcsolatot.

Diagnosztikus tévedések: Számos körülményből adódhatnak. Példaképpen említjük a szemfenéki vénapulzus jelenlétének túlértékelését. Kórrajzaink több esetben regisztrálnak a tumor jelenléte ellenére észlelhető pozitív szemfenéki vénapulzust, ez azonban korántsem zárja ki agydaganat lehetőségét. Hasonlóképpen félrevezetheti a vizsgáló orvost az opticus atrophia, ami pedig agydaganatok esetében (nemcsak Gowers—Kennedy szindróma részjelenségeként, hanem egyéb tumor-lokalizáció mellett is!) nem tartozik a ritkaságok közé.

Idős betegek egyidejűleg fennálló agyi érelváltozása nagymértékben nehezíti a helyes diagnózis felállítását.

Figyelemre méltó az is, hogy 9 esetünk — hosszabb, vagy rövidebb időtartamra — a migrén-cephalalgia gyűjtőfogalom csoportba került, míg neurosis-
psychosis, téves diagnózisa 5 esetünkben késleltette az adekvát terápiát, azaz a műtétet.

Metastasisos eseteink közül azokat tartjuk kiemelkedőnek, melyekben az agyi áttét kórjelei megelőzték a primér neoplasma manifest klinikai, illetőleg laboratóriumi tüneteit. Máskor a helyes diagnózis felállítását éppen ellenkezőleg az nehezíti, hogy a klinikai képben a primér daganat tünetei a dominálóak.

VII. táblázat

A metastasisok áttekintése

A metastasis kiindulási helye	Esetek száma
Pulmo	25
Mamma	5
Epipharynx	4
Uterus	4
Ventriculus	2
Prostata	2
Festékes naevus	2
Rectum	1
Parotis	1
Pleum	1
Nyálmirigy	1
Soliter cereбрalis metastasis	31
Multiplex cereбрalis metastasis	17

VII. táblázatunk csupán a metastatikus tumorokra vonatkozik. A táblázatban feltüntettük a primér tumor lokalizációját a gyakoriság sorrendjében, valamint a soliter illetőleg multiplex agyi metastasisok számszerű megoszlását anyagunkban.

A laboratóriumi és egyéb kiegészítő vizsgálatok teszik lehetővé sok esetben a pontos diagnózis felállítását. Ugyanakkor azonban néha hibás következtetések levonására is lehetőséget adnak. A VIII. táblázatban foglaltuk össze, hogy az egyes diagnosztikus segéd eljárások eseteiben milyen számarányban adtak típusos eredményt.

VIII. táblázat
A diagnosztikus segéd eljárások eredményei

Diagnosztikai segéd eljárások	Primér benignus (összesen: 54 eset)	Primér malignus (összesen: 39 eset)	Metastasis (összesen: 48 eset)
Liquor fehérje emelkedett	20	20	14
Liquor fehérje nem emelkedett	7	4	—
Liquor sejtszám emelkedett	6	10	3
Liquor sejtszám nem emelkedett	18	11	9
Kolloid görbében baloldali kiesés	7	12	—
Osteogramm nem értékelhető, ill. nem történt .	22	14	31
Osteogramm negatív	17	18	7
Osteogramm pozitív	15	7	10
Gócpozitív EEG	27	20	15
PEG eltérés	8	4	4
Arteriographia pozitív, jellegzetes	24	28	8
Arteriographia pozitív, nem jellegzetes	3	2	5
Arteriographia nem történt	27	9	35

Mint a táblázatból is kitűnik, a legnagyobb óvatosság a liquor vizsgálat eredményének értékelésekor kívánatos. Azt a tankönyvi adatot amely szerint az agydaganatokra a liquor fehérje értékének emelkedése jellemző, semmiképpen sem fogadhatjuk el általános érvényű szabályként!

Ugyanez a tapasztalatunk a kolloid görbében mutatkozó bal oldali kiesést illetően is. A minden tekintetben negatív liquor lelet tehát nem zárja ki az agytumor lehetőségét! A sejtszám emelkedését — irodalmi és tankönyvi adatokkal egybehangzóan — leginkább a hátsó scalaban helyett foglaló neoplasmák esetében észleltük. (Számszerű, pontos adatok megállapítására nincs lehetőségünk, mivel eseteink egy részében — rajtunk kívül álló okok miatt — liquor vizsgálat nem történt.)

Az osteogramm gyakran negatív. Az esetleg észlelhető aspecifikus elváltozások (pl. kifejezettebb impressiones digitatae, a dorsum sellae porosisa) nem könnyítik meg lényegesen a diagnózis felállítását. Figyelmet kell azonban fordítanunk a natív koponya röntgenfelvételen észlelhető hyperostosisra, mely gyakran meningeoma kísérője lehet.

Az EEG a primér benignus és malignus tumorok mintegy 50%-ában jelezte a neoplasmát. Pozitív eredményt azonban főként a nagyagyi hemisphaeriumok daganatainak esetében várhatunk. Az EEG görbe lehet negatív, de előfordulhatnak tévedésre okot adó, leginkább vascularis genesisre utaló görbék is

Pneumoencephalographiát — a beékelődés veszélye miatt — csak igen kevés

esetben végeztünk. Vizsgálataink kis száma következtetések levonására nem jogosít fel.

Az agydaganatok felismerésében és lokalizálásában egyik legértékesebb diagnosztikus segéd eljárás az *arteriographia*. Előnyei általánosan ismertek, ezért inkább csak korlátaira kívánjuk röviden felhívni a figyelmet. Korai szakban a tumor esetleg még nem okoz ér-diszlokációt. A daganat jelenléte következtében az agyi keringés meglassúbbodik. Ez adja a magyarázatát annak a gyakorlati tapasztalatnak, miszerint az esetek egy kis százalékában az arteriogramm nem tumort, hanem — félrevezetően — carotis oclusio képét mutatja.

4. eset. Sz. G. 54 éves tisztviselőt 1965 júniusában vettük fel. Mintegy két héttel felvétele előtt erős fejfájása jelentkezett, bal karja hirtelen ügyetlenné vált, majd néhány perc múltán teljesen megbénult, szája balra elhúzódott. Kb. 5 nappal később bal alsó végtagja is elgyengült. Egyik fővárosi kórház idegosztályán vizsgálták; elvégeztették a jobb oldali percutan carotis arteriographiát is. A kontrasztvizsgálat jobb oldali carotis interna thrombosis képét mutatta. (Arteriographiás lelet: az oldalfelvételen jól látszik a carotis communis oszlásának vidéke. Az arteria carotis interna az eredés után kb. 3 cm-es szakaszon fokozatosan elkeskenyedve erőteljesen telődik, ettől proximál felé a telődés fokozatosan halványul. Intracranialis telődés az arteriás fázisban nem látható. A vénás fázisban készített felvételeken a media-rendszer területén halvány telődés.)

A beteget a kórházból néhány nap múltán jobb oldali carotis interna thrombosis diagnózisával hazabocsátották. Bal oldali végtag gyengeségének progressziója miatt került ismét osztályunkra. 1965. szeptember 9-én.

Újrafelvételi státusz: Belső szervek fizikális eltérés nélkül. RR: 130/70 hgmm. P: 84/min. Tudata tiszta. B. centr. VII. és VII. paresis. B. o. spastikus hemiparesis. B. o. FV-i és AV-i hyperreflexia. B. o. poz. dorsal extensiókóros reflexek.

Leleteiből: rutin labor. leletek eltérés nélkül. Szemfenéken éles határú papillák, szűk arteriák, pozitív keresztvezetési tünet. EEG: J. o. az elülső és kp. temporalis vidéken és praencentrálishan durva org. laesio jelei. A precentralis-centrális vidéken subcorticalis irritáltság. Az alaptévékenység jellege diffúz vascularis érintettségre utalhat. Lumbalis liquor ssz: $\frac{2}{3}$, P: ++, feh.: 127 mg%, Mastix görbében jelzett b. o.-i kiesés. Meinicke: poz. Liquor és szérum TPIT negatív.

Az EEG, valamint a korábban végzett arteriographiás vizsgálat eredményének megfelelően vascularis terápiát kezdtünk. A beteg állapota javult, bal oldali hemiparesise határozott remissziót mutatott. J. o-i carotis interna thrombosis diagnózisával bocsátottuk haza.

Röviddel távozása után állapotában hirtelen rosszabbodás következett be. Emiatt osztályunkra visszavettük, majd a jobb oldali percutan carotis arteriographia ismétlése céljából — ekkor már térszűkítő folyamat gyanújával — az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetbe helyeztük át. Ez alkalommal az arteriographia már igazolta a tumort: j. o. frontocentralisan saját tumorereket is tartalmazó, tyúktojisnyi nagyságú daganat vált láthatóvá. Az AP felvételen az art. cerebri ant. jobbról-balra átnyomott.

Műtétkor jobb oldali fronto-centralis lokalizációjú nagy kiterjedésű tumort távolítottak el, amely hisztológiailag glioblastoma multiformenak bizonyult.

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a két — különböző eredményű — jobb oldali carotis arteriographia vizsgálat között feltűnően rövid idő: nem egészen két hónap telt el!

Scintigraphiás diagnosztikus metodikák igénybevételére hosszú éveken át nem volt lehetőségünk. A rendelkezésünkre álló néhány újabb eset nem teszi lehetővé általános érvényű következtetések levonását.

Megbeszélés

141 esetünk katamnesztikus feldolgozása során levont következtetéseinket összehasonlítottuk a rendelkezésünkre álló irodalmi adatokkal. Mindenekelőtt azt hangsúlyozzuk, hogy még mindig relatíve kevés — bár számszerűleg nem jelentéktelen — az olyan közlemény, ami határozott formában hívja fel a figyelmet az *atípusos kezdeti tünetek* jelentőségére. A hazai szakirodalomból ebben a vonatkozásban *Zoltán* és *Gátai* munkásságát emeljük ki.

Igen figyelemre méltónak tartjuk *McLaurin* és *Helmer* adatait. Sectiók anyagukban az agytumороk 8%-át mintegy „véletlen”, élőben fel nem ismert leletként észlelték.

A kórisme késői felállításánál okát *Wörz* abban látja, hogy a típusosnak tartott tumor-szindróma csak kb. 20%-os gyakoriságú. *Paal* ismételten rámutatott az agydaganatokkal kapcsolatos diagnosztikai nehézségekre.

A hosszú időn át ismétlődő halmozott *epilepsiás* rohamok jelentőségét többek között *Vittini* hangsúlyozza. Számos törekvés irányult arra, hogy tisztázzák a tumor lokalizációja és hisztológiája, illetőleg az epilepsiás történések közötti esetleges összefüggéseket. (*Cushing, Penfield, Tönnis, Müller, Fried, Paal, Schürmann.*) Végső fokon azonban mind ez ideig nem igazolódott olyan törvényszerűség, ami arra utalna, hogy a saceres epizódok a tumor lokalizációjának, vagy szerkezeti sajátosságának volnának függvényei.

Eseteinkkel kapcsolatos megfigyeléseink megegyeznek az irodalmi adatokkal abban, hogy a *korai pszichés anomáliák* (fáradékonyság, közönyösség, indítékszegénység, feledékenység, hangulati zavarok stb.) feltűnően gyakoriak, és olyan hangsúlyozottak lehetnek, hogy pszichiátriai kórkép gyanúját keltik. (*Bourgeois, Paal, Isermann, Walther—Büel, Martin.*) A liberatiós tünetek korai megjelenésére hívja fel a figyelmet *Peiffer*, továbbá *Messimy* és *Brakka*.

Arseni és *mtsai* a parietalis tünetek értékelésének szempontjaival foglalkoztak. Hangsúlyozzák, hogy különféle lokalizációjú tumorok hozhatják létre a térszemlélet zavarát.

Viszonylag ritkák a tumoros eredetű *extrapyramidalis* kórjelenségek, így pl. parkinsonismus. *Zhorobski* choreoathetoid hyperkinesisek megjelenését figyelte meg daganatos betegen. Általános vélemény alapján — és ezt anyagunk is alátámasztja — az extrapyramidalis kórjelenségek nem a tumor lokalizációjának függvényei, más szóval: a megjelenő hyperkinesisek nem lokalizációs értékűek. Az ok a különböző cerebralis szisztémák dezintegrációja a daganat jelenléte következtében.

Primér thalamus tumorok előfordulásáról és az ezzel kapcsolatos diagnosztikus problémákról számol be *Lawrie, Paillas* és *mtsai* az általános tumortünetek mellett emlékezteti és affektív zavarokat 13%-os, extrapyramidalis kórjelenségeket 23%-os gyakorisággal észleltek tumoros anyagunkban.

Az *agyidegek* közvetlen, vagy — koponyaűri nyomás fokozódása folytán kialakuló károsodásával számos közlemény foglalkozik. *Papo* sinus petrosus superior meningeóma korai tüneteként *trigeminus neuralgiát* észlelt. Az V. agyideg neuralgiáját magunk — *Baeck* megfigyeléséhez hasonlóan cavum Meckeli tumor kapcsán tapasztaltuk, valamint egy ízben thalamus tumor esetében.

A hátsó scala tumorai okozta positionalis vertigo első leírója *Nylen* volt, későbbiekben többek között *Harrison* foglalkozott ezzel a kérdéssel.

Pialoux a pontocerebellaris tumorok differenciál-diagnosztikájával foglalkotott. *Skrzypczak* mutat rá a ritka kétoldali acustikus neurinoma által okozott diagnosztikus nehézségekre.

Facialis spasmus és *tic* tévesen neurosis gyanúját keltheti. E jelenség organikus eredetére — agytörzsi tumorokkal kapcsolatosan — *Arseni* és *Petrovici* hívták fel a figyelmet, míg hasonló tumor lokalizáció mellett *Scott* inkább a korai pszichés zavarokat tartja jelentősnek.

A lassan növekvő suprasellaris meningeomák aspecifikus agyideg- és pszichés tüneteivel foglalkoztak *Francois* és *Noetens*, *Guiot* és *mtsai*, valamint *Müller*.

Anyagunk ismertetésekor hangsúlyoztuk, hogy viszonylag gyakori a *góccal* azonos oldali *pyramis tünetek* korai fellépése. A kérdéssel többek között *Probst* foglalkozott részletesen. Jelentős megfigyelés, hogy amikor a tumorral azonos oldali pyramis tünetek a dekompenzált stádiumban, tehát átnyomás következtében alakulnak ki, a jobb oldali paresis mellett aphasia nem alakul ki. A daganat oldallocalizációjával nem egyező idegrendszeri góctünetekről számolniuk be *Gassol*, valamint *Paillas* és *mtsai* az agyidegek vonatkozásában. *Krayenbühl* is hangsúlyozza a tumor oldaliségének megállapításával kapcsolatos tünettani nehézségeket.

A hátsó scala tumorok aspecifikus tüneteivel, ezek kialakulásának patomechanizmusával foglalkozott *Juhász*.

Amikor az anyagunkban előfordult *diagnosztikus tévedéseket* elemeztük, felhívtuk a figyelmet arra, hogy ezek a tévedések néha egy-egy típusosnak vélt tünet hiányának helytelen értelmezéséből adódnak.

Táblázatunkból kitűnt, hogy pl. a pangásos papilla sok esetben hiányzik. *Gátai*, *Isermann* hangsúlyozzák, hogy idős korban a papilla oedema vagy egyáltalán nem, vagy csak igen későn alakul ki.

Az ún. „néma agyterületekről” kiinduló tumorok esetében az organikus idegrendszeri góctünetek sokáig hiányozhatnak. Máskor szokatlan tünettársulásuk vezetheti félre a vizsgáló orvost, megnehezítve az esetleg már felismert tumor lokalizálását. *Shephard* és *Wadia* pl. acusticus neurinoma esetében féloldali papilla oedemat és ellenkező oldali opticus atrophiat észleltek. Gyakori hibaforrásnak tartja *Gátai* a sella-környéki tumorok által okozott opticus atrophia helytelen értelmezését, hasonlóan acusticus neurinoma következtében lassan progrediáló hallászavart.

A félrevezető *anamnesztikus adatok* közül legjelentősebb a traumás kórelőzmény (*Paal*). Ezekben az esetekben a beteg vizsgálatakor észlelt idegrendszeri góctünetek nem következményei, ellenkezőleg, sok esetben okai a balesetnek.

A primér multiplex agydaganatok ritkák (*Solomon* és *mtsai*). Ezeket a betegeket gyakran hosszú időn át kezelik tévesen sclerosis multiplex diagnózissal.

Az agydaganatok diagnosztikus nehézségeit növeli, hogy nemcsak a tumor közvetlen tüneteivel kell számolnunk, hanem olyan *másodlagos kórjelekkel* is, melyek a daganat környezetében kialakuló oedema (*Collier*), általános agyi keringési zavar és peritumoralis lágyulások (*Arendt*, *Solomon* és *mtsai*) folytán keletkeznek.

A vegyi ill. citológiai vizsgálatok vonatkozásában elsősorban *Sayk* áttekintő feldolgozását említjük meg. Véleménye szerint a liquor-vizsgálat hibahatára nem éri el a 6%-ot. Anyagunk alapján ezen megállapítást megnyugtató módon nem tudjuk alátámasztani.

A natív *osteogrammon* egyik jól értékelhető elváltozás a corpus pineale diszlokációja (*Ribadeau Dumas*, *Paillas* és *mtsai*), illetőleg a neoplasmában keletkezett meszesedés (*Környei*, *Döpfer*, *Gold*). Tumor gyanúját kelthetik az osteomák is, valamint a tölcseyszerűen tágult sella, a dorsum sellae porosisa és a kifejezett és mély impressiones digitatae.

Balmer és Korbowski szerint az EEG a korai fázisban az eseteknek csak mintegy $\frac{1}{4}$ részében mutat specifikus elváltozást. Schwarz úgy véli, hogy az epilepsias jellegű EEG görbe néha késlelteti a helyes diagnózis felállítását.

A kontrasztos vizsgálatok diagnosztikus értékével többek között Fischgold, Haller, Hogan, Schulze, David foglalkoztak.

Elméleti vonatkozásban igen érdekesek, a klinikai gyakorlat szempontjából azonban kisebb jelentőségűek azok a közlemények, melyek az agydaganatok leggyakoribb lokalizációjával és hisztológiai sajátosságaival foglalkoznak (Ostertag, Liebaldt, Finkemeyer és mtsai, Fényes stb.). A metastasisok korai felismeréséről és a lehető műtéti megoldásokról számolt be Romy.

A vonatkozó irodalmat csak vázlatosan ismertettük következtetéseink alátámasztására. Anyagunk és a rövid irodalmi összefoglalás alapján ismételtelen hangsúlyozzuk, az atípusos kezdeti tumortünetek és a szokványostól eltérő kórlefordulás ismeretének, helyes értelmezésének jelentőségét. A kérdés fontosságát igazolják azok a statisztikák, amelyek összehasonlítják a korai és késői tumorműtétek eredményét.

Összefoglalás

141 agydaganatos beteg kórtörténetének katamnesztikus feldolgozása során szerzett tapasztalatainkról számoltunk be összehasonlítva ezeket az irodalom jelentősebb adataival.

Felhívjuk a figyelmet a félrevezető anamnesztikus adatok, atípusos kezdeti tünetek, szokatlan tünettársulások és a kórlefordulás során mutatkozó javulás diagnosztikus jelentőségére. Röviden elemeztük a vizsgálati segéd eljárások diagnosztikai értékét.

IRODALOM: 1. Arent A.: Histologisch-diagnostischer Atlas der Geschwülste d. Zentralnervensystems. Jena, 1964, G. Fischer. Ref.: Nervenarzt 36, 368 (1965). — 2. Arseni C., C. Popescu, M. Ghitecu: Brain stem Ischaemia as the Presenting Feature in a Case of Cerebellar Tumour. J. Neurol. Sci. 8, 507 (1969). — 3. Arseni C., I. Petrovici: Persistent Tonic Facial Spasm in Brain Stem Tumours. J. Neurol. Sci. 7, 107 (1969). — 4. Arseni C., I. Voinescu, M. Dinu: Diagnose und Symptome der Tumoren des Parietallappens. Schweiz. Arch. f. Neurol., Neurochir. u. Psychiat. 106, 209 (1970). — 5. Arseni C., F. Nereantiu, N. Carp. G. Mihaila: Cerebral Vascular Accidents in the Course of tumors of the Cerebellopontine Angle. Europ. Neurol. 10, 144 (1973). — 6. Balmer F., K. Korbowski: Das EEG bei der Früherfassung von Grosshirnhemisphärentumoren und Tumorzidiven. Praxis 58, 401 (1969). — 7. Baeck E.: Über zwei Fälle von Meningiom des Cavum Meckeli. Arch. Psychiat. Nervenkr. 211, 343 (1968). — 8. Bourgeois M.: Hallucinations olfactives et angoisse paroxysmique. Ann. Med. Psychol. 129, 377 (1971). — 9. Chorobski J.: Involuntary Movements in Patients with Intracranial Tumors. Arch. Neurol. 6, 27 (1962). — 10. Collier J., S.: The False Localizing Signs of Intracranial Tumour. Brain 27, 490 (1904). — 11. Cushing: Cit. Gibbs.: Arch. Neurol. Psychiat. 28, 969 (1932). — 12. David M.: Kongressuzsi bevezető. Neuro-chirurgie, Paris, 13, 9 (1967). — 13. Döpper Th.: Röntgendiagnostik von Hirn- und Rückenmarkstumoren. Med. Welt 24, 239 (1973). — 14. Fényes I.: Zur Osteohistopathologie des Tumorschädels. Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol. 78, 61 (1931). — 15. Finkemeyer H., Krämer W., Pfingst E., Tzonos T.: Malignität u. Recidiv bei den hirneigenen Tumoren. Zbl. Nervenchr. 25, 281 (1965). — 16. Fischgold H.: Particularités et Limites de la Radio-Neuro-Ophthalmologie. J. Radiol. et d'Electrol. 48, 243 (1967). — 17. Francois J., A. Neetens: Oculomotor Paralysis and Tumors of the Pituitary Gland. Conf. Neurol. 30, 239 (1968). — 18. Fried H.: Zur Operativen Behandlung zerebraler Anfallsleiden. Psychiat., Neurol. u. Med. Psychol. 17, 256 (1965). — 19. Gassel M. M.: False Localizing Signs. Arch. Neurol. 4, 526 (1961). — 20. Gáta Gy.: Adatok az időskori intracranialis térszűkítő folyamatok diagnosztikájához és differenciáldiagnosztikájához. Ideggyógy. Szemle. 11, 327 (1963). — 21. Gáta Gy.: Diagnosztikus tévedések látásromlással jelentkező agydaganatokban. Orvosi Hetilap 106, 831 (1965). — 22. Gáta Gy.: Diagnosztikus tévedések jelentősége agydaganatokban. Ideggyógy. Szemle. 19, 1 (1966). — 23. Gáta Gy.: Diagnosztikus tévedések hallásromlással jelentkező agydaganatokban. Orvosi Hetilap 108, 1688 (1967). — 24. Gold L., S. A. Kieffer,

SAPILENT®

**injekció
drazsé**

**antidperessivum
trimipraminum**

A Sapilent az imipramin és a levomepromazin — depressio szempontjából legelőnyösebb — hatásait egyesíti magában, vagyis thymoleptikus, antidepressív és gátlásokat oldó hatása mellett kifejezett szorongáscsökkentő effektusa is van.

JAVALLAT: jellegzetes és atypusos melancholia, ill. depressio, neurotikus és reaktív depressiók, depressív állapotok, melyeket organikus betegségek vagy különféle functionális zavarok okoznak: dysthymiás psychopathiák, psychasthenia, hypochondria.

ELLENJAVALLAT: monoaminooxidáz-bénítókkkal együtt és terhességben nem adható.

ADAGOLÁS: intézeti kezelés esetén a betegség heveny stádiumában a szokásos kezdő adag napi 75–100 mg per os, 2–3 egyenlő részre elosztva, mely szükség esetén fokozatosan napi 300 mg, sőt 500 mg-ra növelhető.

A fenntartó napi adag 50–200 mg, mely több héten át adható. Parenterális adagja napi 5–100 mg im., 2–4 részletben. A kezelés csak intézetben végezhető! Az első napokban szigorú ágynyugalom szükséges.

Ambulanter csak per os alkalmazható. A kezdő adag 50–75 mg/die 2–3 részletben, amely napi 150 mg-ig növelhető.

MELLÉKHATÁS: szédülés, aluszékonyság, szájszárazság, tremor, orthostatikus hypotensio, fejfájás, paraesthesia, epileptiform görcs, kedélyhullámzás, gastrointestinalis izgalom.

FIGYELMEZTETÉS: adagolása fokozott óvatosságot igényel glaucomában, hepatitisben, tachycardiában, vesebetegségben, prostata-hypertrophiában szenvedők, továbbá idős egyének és olyan betegek esetében, akiknek az anamnesisében epilepsia, hypertonia, chronikus alkohol-abusus szerepel.

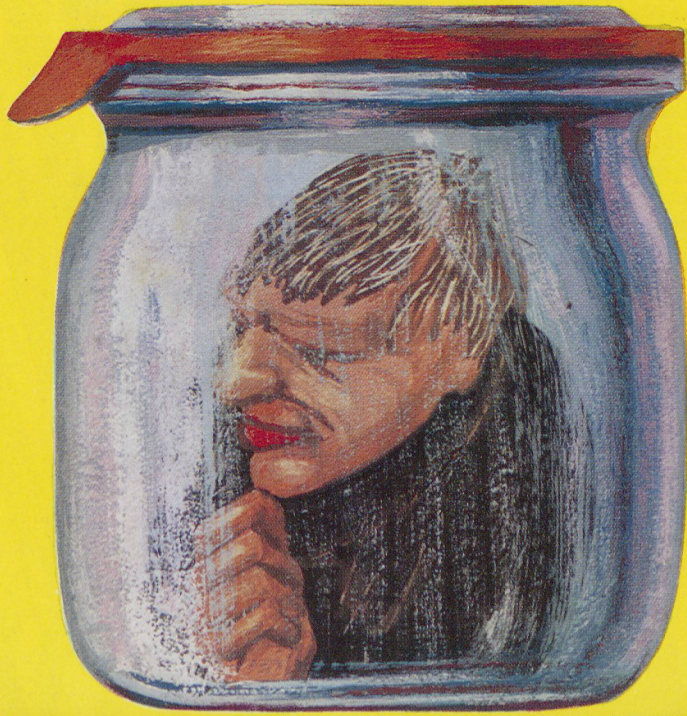
Maniás depressio kezelésekor a maniás fázisba való átváltás első jeleire le kell állítani a készítmény adagolását.

Cardialis decompensatióban nem adható. Huzamos alkalmazás esetén a vérképet és a májfunkciót időnként ellenőrizni kell. Magasban dolgozóknak és gépjárművezetőknek a készítmény adása nem ajánlatos. Alkalmazásának ideje alatt tilos a szeszes ital fogyasztása!

Társadalombiztosítás terhére idegszakrendelések szabadon, körzeti, üzemi orvosok csak idegszakrendelés javaslatára rendelhetik.

10 × 2 ml à 25 mg 19,80 Ft
100 × 2 ml à 25 mg 158,— Ft
50 drazsé à 25 mg 20,20 Ft
500 drazsé à 25 mg 166,— Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYSZETI GYÁR, BUDAPEST



PARKINSON-KÓR és különböző, nem gyógyszeres aetiológiájú PARKINSON
a hangulati élet vagy tudatzavar (pl. de

VIREGYT[®]-K

kapszula

amantadinum

ANTIPARK

Alkalmazása az extrapyramidalis rendszer megbetegedésére visszavezethető mozgászavarok esetében is megkísérelhető.

ELLENJAVALLATOK: Centralis idegrendszeri stimulánsokkal végzett egyidejű kezelés, illetve epilepsia.

Súlyos psychosis, máj- és vesebetegségek esetén, továbbá terhes és szoptató anyáknak nem adható.

ADAGOLÁS: Kezdő adag: egy kapszula/die 4—7 napig (100 mg). Fenntartó kezelés: 2 kapszula/die (200 mg). Maximális adag: 3 kapszula/die (300 mg) étkezés után. Kívánatos anticholinergiás vagy más antiparkinsonos gyógyszerekkel kombinálni.

MELLÉKHATÁS: Az ajánlott dosisban komplikációkat nem okoz. Előfordulhatnak azonban a kúra kezdetekor gyomorpanaszok, ritkán szájszárazság, anorexia, nycturia, cutis marmorata. Nagyon ritkán psychés zavarok (paranoid-depressív jelenségek) jelentkezhetnek. E tünetek a legtöbb esetben néhány nap elteltével megszűnnek, néha azonban az adag átmeneti csökkentése, elvétele a kúra félbeszakítása is szükséges lehet.

Az ajánlottnál nagyobb adag szedése esetén idegesség, álmatlanság, szédülés, részszégyérzés, hibás beszéd, ataxia, koncentrációs képtelenség, depressio mutakozhatnak. Esetenként látási hallucinációt is tapasztaltak, ami idősebbek kezelésakor kisebb adagokra is jelentkezhet.

FIGYELMEZTETÉS: Központi idegrendszeri megbetegedés, agyi arteriosclerosis, görcshajlam esetén a Viregyt-K adagolása fokozott elővigyázatosságot igényel. Folyamatos kezelés alatt (ill. a gyógyszer bevétele után 8—10 órán belül) járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, továbbá szeszes italt fogyasztani tilos!

Alkoholisták és psychopharmacont szedő betegek kezelése nagyfokú óvatosságot igényel.

Hosszabb adagolás esetén rendszeres májfunkció- és vérképellenőrzés szükséges.

Társadalombiztosítás terhére csak antiparkinsonicumként rendelhető. Szakrendelések rendelhetik, illetőleg csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

30 db 100 mg-os kapszula 66,— Ft.



Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

SYNDROMA, továbbá minden olyan hypo- vagy akinesis esetében, mely nem (hypotensio, somnolentia) talaján alakul ki.

PARANSONICA

DOPAFLEX[®]

tabletta

levodopa

ELLENJAVALLATOK: Súlyos, decompenzált endocrin, hepaticus, renalis, cardialis és pulmonalis megbetegedésekben, továbbá súlyos neurosis, glaucoma, vér-dyscrasia és psychosis eseteiben. Terhes és szoptató anyáknak, továbbá 12 éven aluli gyermekeknek a készítmény szedése nem ajánlatos.

ADAGOLÁS: A gyógyszer adagolása, ill. a kezelés félbeszakítása csak a napi adagok fokozatos növelésével, ill. csökkentésével történhet. Az adagolás nagyságát szakorvos határozza meg. Általában:

Idő:	Napi adag:
1. és 2. nap	250 mg (1/2 tabl.; 2 x 1/4 tabl.)
3. és 4. nap	500 mg (1 tabl.; 4 x 1/4 tabl.)
5. és 6. nap	750 mg (1 1/2 tabl.; 6 x 1/4 tabl.)
7. nap	1 g (2 tabl.; 4 x 1/2 tabl.)

A dosis fokozatosan növelhető 6—8 tabl./die mennyiségig; szükség esetén napi 12 tabl., sőt több is adható.

A Dopaflexszel végzett kezelést tartósan, kúraszerűen kell alkalmazni. Más antiparkinsonicummal végzett együttes kezelés esetén az adagokat nem kell feltétlenül redukálni.

MELLÉKHATÁS: Az adagok nagyságától és az egyéni tolerantiától függően: hányinger, hányás, álmoság, étvágytalanság, feszültségérzés, hypotensio. Kivételesen előfordulhat orthostatikus collapsus és szívrythmus-zavar.

Túladagolás esetén choreoathetotikus mozgászavar, hallucinatio és leukopenia jelentkezhet. Ritkábban psychosisra emlékeztető tünetek, depressív paranoid állapot, ill. hypomania (pl. fokozott sexualis ösztönzés) észlelhető.

A mellékhatások a kezelés során néha az adag átmeneti csökkentésével megszűnnek, ill. tolerabilissá válnak. Ellenkező esetben a kúrát fokozatosan félbe kell szakítani.

FIGYELMEZTETÉS: B₆-vitaminnal, továbbá MAO-inhibitorokkal együtt nem adható. A Dopaflex adagolásának megkezdése előtt két héttel a MAO-inhibitor adagolását be kell szüntetni.

A Dopaflex a sympathicomimeticumok hatását erősíti, ezért az azokkal való kombinálás különös elővigyázatosságot igényel; ellenjavallatok esetén Dopaflex sem adható.

Antihypertensív készítményekkel végzett egyidejű kezelés (hypotonia-veszély), továbbá gyomorfekély, görcskészség esetén elővigyázatosság szükséges.

A neurologiai, a psychés és a belgyógyászati státust somatikus és laboratóriumi vizsgálattal időnként ellenőrizni kell (vérkép, máj- és vesefunkció). Érzéstelenítés alkalmazása előtt 24 órával a Dopaflex adagolását be kell szüntetni.

Folyamatos kezelés alatt (ill. a gyógyszer bevétele után 8—10 órán belül) járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, szeszes italt fogyasztani tilos!

Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik, ill. csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

50 db 500 mg-os tabl. 220,— Ft.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

TEPERIN®

draszé
injekció

antidepressivum
amitriptylinum

Az imipraminnál bizonyos esetekben hatásosabb, kevésbé toxikus, jó és gyors thymolepticumnak bizonyult.

JAVALLATOK: endogen depressio, psychosis maniac-depressiva depressiv fázisa, involutiós, kimerüléssel, psychoreactiv, neurotikus és organikus depressio; schizopren folyamatok depressiv tünetei.

ELLENJAVALLATOK: glaucoma, vizelet-retentio, cardialis és veseelégtelenség, valamint prostata-hypertrophia. MAO-gátlókkal együtt nem adható; az azokkal végzett kezelések befejezése után 3–6 hetes szünet tartandó.

Terhesség esetén alkalmazása nem ajánlatos.

ADAGOLÁS: átlagos napi adag felnőtteknek 3×1 draszé (75 mg). Szükség esetén ez a mennyiség 25 mg-onként napi 150 mg-ig növelhető.

Súlyosabb esetek (különösen az agított formák) intézeti kezelését célszerű parenterális adagolással kezdeni (100 mg/nap im.) és csak pár nap után áttérni az oralis adagolásra. A Teperin-kezelés electroshockkal kombinálható.

A gyógyszer adagja csak fokozatosan redukálható. Utókezelésben napi 25–100 mg fenntartó adagot legalább 4–8 héten át célszerű adni.

MELLÉKHATÁSOK: leggyakrabban szájszárazság és szomjúság mutatkozik. Továbbá előfordulhat: tremor, izzadás, fáradtság, gyengeség, kábultság, szédülés, obstipatio, vizelet-retentio, oedema, étvágytalanság, fejfájás, nausea, accommodatiós zavarok, tachycardia, a nyelv és az ajakmozgás inkoordinációjával összefüggő beszédhiba, ritkán bőrkiütés. Parenterális alkalmazva vérnyomáscsökkenést okozhat.

FIGYELMEZTETÉS: idős, valamint olyan betegek Teperin-kezelése, akiknek anamnesisében epilepsia, chronikus alkohol-abusus, organikus agyi károsodás szerepel, különös gondot és feltétlen hospitalizálást igényel. Barbiturátokkal, más sedativumokkal vagy hypnoticumokkal együtt csak óvatosan adható és ez esetekben a napi Teperin-adagot csökkenteni kell. Ambulans kezelésben (depressiók suicidium lehetősége) fokozott óvatosság és szigorú orvosi felügyelet szükséges. A vérnyomáscsökkenők (főleg a Sanotensin) hatását antagonizálja, ezért együttes alkalmazásuk elővigyázatos igényel. A vérképet és a májfunkciót — huzamosabb alkalmazás esetén — időnként ellenőrizni kell.

Teperin-kúra ideje alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, szeszes italt fogyasztani tilos!

Társadalombiztosítás terhére idegszakrendelések szabadon, körzeti, üzemi orvosok csak idegszakrendelés javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartamban, de legfeljebb a javaslat keltétől számított 3 hónapon belül történő gyógykezelés céljából. A javaslatot adó szakrendelést és a javaslat keltét a vényen fel kell tüntetni.

10 × 2 ml 50 mg 32,70 Ft

100 × 2 ml 50 mg 253,— Ft

50 db draszé 25 mg 40,— Ft

500 db draszé 25 mg 363,— Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



H. O. Peterson: Intracranial meningiomas. A retrospective analysis of the diagnostic value of plain skull films. *Neurology* 19, 873 (1969). — 25. *Guiot G., B. Montrieux, A. Goutelle, J. Comoy, S. Langie*: Méningiomes supra-sellaires rétrochiasmatiques. *Neurochirurgie* 16, 273 (1970). — 26. *Haller P., U. Patzold*: Der diagnostische Wert epileptischer Anfälle für Topik und Morphologie von Hirngeschwülsten. *Z. Neurol.* 203, 311 (1973). — 27. *Harisson N. S., C. Ozsahinoglu*: Positional Vertigo: Aetiology and Clinical Significance. *Brain* 95, 369 (1972). — 28. *Hogan P. A., R. M. Woolsey*: Hydrocephalus in the Adult. *J. A. M. A.* 198, 524 (1966). — 29. *Isermann H.*: Larvierte Hirntumorsymptomatik. *Dtsch. Med. Wschr.* 98, 713 (1973). — 30. *Isermann H.*: Das psychopathologische Frühsyndrom bei Hirntumoren. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 217, 343 (1973). — 31. *Juhász P.*: Über ein diffuses Kleinhirnligodendrogliom und das Oligodendrogliom der hinteren Schädelgrube. *Z. ges. Neurol. u. Psychiat.* 174, 701 (1942). — 32. *Környey St.*: Über die Diagnostische Bedeutung röntgenologisch darstellbarer Kalkherde in den Grosshirnhemisphären von Erwachsenen nebst Bemerkungen zur Klinik und Pathologie des Oligodendroglioms. *Zbl. f. Neurochirurgie* 2, 224 (1937). — 33. *Krayenbühl H., M. G. Yasargil*: Zur Diagnose der subtentoriellen Hirntumoren. *Schweiz. Arch. Neurol., Neurochir. u. Psychiat.* 96, 337 (1965). — 34. *Lawrie S. W.*: Radiology of thalamic Tumours. *Clin. Radiol.* 21, 10 (1970). — 35. *Liebold G.*: Ätiologie und Pathologie der Hirntumoren. *Fortschr. der Medizin* 76, 195 (1958). — 36. *Martin J., J.*: The mental and pseudocerebellar symptomatology of tumors of the thalamus. *Encephale* 57, 99 (1968). — 37. *McLaurin R. L., F. A. Helmer, Cincinnati*: Errors in Diagnosis of Intracranial Tumors. *J. A. M. A.* 180, 1011 (1962). — 38. *Messimy R., S. Brakha*: Orbicularis Oris — Tiefenreflex (Mundreflex), Seine semiologische Bedeutung bei cerebralen Läsionen-Lokalisationsversuch. *Z. Neurol.* 200, 98 (1970). — 39. *Müller N.*: Die Bedeutung d. epileptischen Anfalles für die Diagnose einer organischen Hirnerkrankung. *Dtsch. Med. Wschr.* 90, 1852 (1965). — 40. *Müller W.*: Beitrag zur Klinik und Morphologie der Hypophysenadenome. *Dtsch. Zschr. Nervenheilk.* 191, 97 (1967). — 41. *Nylen C. O.*: The Oto-neurological diagnosis of tumors of the brain. *Acta oto-lar. Suppl.* 33. (1939). *Cit.*: *Harrison*: *Brain* 95, 369 (1972). — 42. *Ostertag B.*: Die hyperplastischen Hamartome des Hypothalamus und ihre gemeinpathologische Bedeutung. *Acta neuropath. (Berl.)* 4, 107 (1964). — 43. *Ostertag B.*: Pathologie der raumfordern Prozesse des Schädelinnenraumes. *Ferdinand Enke Verlag* 1941. — 44. *Paal G.*: Zur Frühdiagnose von Hirntumoren. *Hippokrates* 36, 185 (1965). — 45. *Paal G.*: Zur klinischen Diagnose von Hirntumoren. *Hippokrates* 36, 387 (1965). — 46. *Paal G.*: Zur Bedeutung psychischer Befunde für die Frühdiagnose von Hirntumoren. *Schweiz. Arch. f. Neurol., Neurochir., u. Psychiat.* 97, 134 (1966). — 47. *Paal G.*: Anfall und Hirntumor. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose cerebraler Anfälle. *Dtsch. Zschr. Nervenheilk.* 191, 331 (1967). — 48. *Paal G.*: Unfall und Hirntumor aus klinisch diagnostischer Sicht. *Med. Welt.* 19, 295 (1968). — 49. *Paillass J. E., J. Legré, A. Massad*: Les calcifications intracraniennes. *Presse Med.* 65, 768 (1957). — 50. *Paillass J. E., W. Pellet, P. Janny, M. Tournilhac, J. Komminoth*: L'atteinte contro-latérale des nerfs crâniens au cours des tumeurs de la fosse postérieure. *Rev. Neurol.* 121, 452 (1969). — 51. *Papo I., G. Caruselli*: Trigeminal neuralgia with sensorymotor deficit caused by meningioma of the contralateral superior petrosal sinus. *Acta Neurol. (Napoli)* 24, 500 (1969). — 52. *Peiffer J.*: Zum lokalisatorischen wert pathologischer Greifphänomene. *Arch. f. Psychiat. u. Zschr. f. d. ges. Neurol.* 206, 406 (1964). — 53. *Penfield W., T. C. Erickson, J. Tarlov*: Relation of intracranial tumours and symptomatic epilepsy. *Arch. Neurol. Psychiat.* 44, 300 (1940). — 54. *Pialoux P., F. Legent, G. Freyss*: Aspects actuelles de la séméiologie otologique du neurinome de l'acoustique. *Rev. Neurol.* 119, 495 (1968). — 55. *Probst Ch.*: Die herdsseitige Hemiparese. *Schweiz. Med. Wschr.* 98, 1793 (1968). — 56. *Ribadeau Dumas L.*: Les dangers de la ponction lombaire en cas d'hypertension intracranienne. *Presse Med.* 25, 485 (1970). — 57. *Romy M.*: Aspect anatomoclinique des métastases cérébrales opérées. *Arch. suisses de Neurol., Neurochir. et de Psychiat.* 111, 37 (1972). — 58. *Sayk J.*: Klinische und instrumentelle Diagnostik der intrakraniellen Geschwülsterkrankung. *Ztschr. Psychiat., Neurol. u. Med. Psychol.* 20, 462 (1968). — 59. *Schulze A.*: Der Einfluss von Lebensalter und Geschlecht auf die Grösse des Ventrikelsystems. *Zbl. f. Neurochir.* 27, 222 (1966). — 60. *Schürmann K.*: Die Zisterno- und Ventrikulotomographie. *Zbl. f. Neurochir.* 28, 1 (1967). — 61. *Schwarz H. J.*: EEG Beurteilungen als Ursache verzögerter Hirntumor-Diagnostik. *Psychiat. Neurol. u. Med. Psychol.* 20, 416 (1968). — 62. *Scott M.*: Transitory Psychotic Behavior following Operation for Tumors of the Cerebello-pontine Angle. *Psychiat., Neurol., Neurochir.* 73, 37 (1970). — 63. *Shephard R. H., N. H. Wadia*: Some observations on atypical features in acoustic-neurinoma. *Brain* 79, 282 (1956). — 64. *Skrzypczak J.*: Doppelseitige Akustikusneurinome. *Zbl. f. Neurochir.* 30, 167 (1969). — 65. *Skrzypczak, J.*: Unilateral papilledemas. *Zbl. f. Neurochir.* 30, 249 (1969). — 66. *Solomon A., G. E. Perret, W. F.*

Mc. Cormick: Multicentric gliomas of the Cerebral and Cerebellar Hemispheres. J. Neurosurg. 31, 87 (1969). — 67. Tönnis W.: Krampfanfall und Hirngeschwulst. Dtsch. Zschr. f. Nervenheilk. 176, 281 (1957). — 68. Vittini F.: Diagnostic problems concerning tumoral epilepsy over a long period. Neurochir. 18, 171 (1972). — 69. Walther-Büel H.: Die Psychiatrie der Hirngeschwulste. Acta neurochir. Suppl. II. (1951). Cit.: Isermann: Arch. Psychiat. Nervenkr. 217, 343 (1973). — 70. Wörz R.: Zur frühen Manifestation intrakranieller Neoplasmen. Münch. Med. Wschr. 115, 2009 (1973). — 71. Zoltán L.: A korai diagnózis jelentősége és lehetőségei az agydaganatok sebészeti-ben. Orvosi Hetilap 105, 1969 (1964).

Д-р Иштван Фараго, д-р Юдит Келемен: *Данные в связи с ложными симптомами при опухолях головного мозга*

В ходе катamnестической разработки историй болезни 141 больного, страдающего опухолевыми заболеваниями, авторы отчитываются о приобретенном ими опыте и сравнивают свои результаты с более значительными литературными данными.

Авторы обращают внимание на ложные анамнестические данные, на атипичные первичные симптомы, на необычные побочные симптомы и на значение диагностики при улучшении состояния больного в ходе патологического процесса.

Далее авторы кратко характеризуют диагностические показатели вспомогательных методов исследования.

J. Faragó und Judit Kelemen: *Über irreführende Symptome von Hirngeschwülsten*

Auf Grund der Krankengeschichten von 141 Hirntumorfällen wird auf die irreführenden anamnестischen Angaben, ungewöhnlichen Anfangssymptome und Symptomassoziationen sowie auf die diagnostischen Bedeutung der während des Verlaufs auftretenden Besserung aufmerksam gemacht. Kurz wird die Bedeutung der diagnostischen Hilfsverfahren erörtert.

Ortográfiai alapelvek

A közelmúltban megalakult MTA Orvosi Szaknyelv- és Helyesírási Bizottsága az egységes orvosi helyesírás kidolgozását tűzte ki céljául. A Bizottság munkájának befejezéséig, az átmeneti időszakban — lehetőség szerint — a köztudatba átment kifejezéseket (pl. diagnózis, reakció, frekvencia, lokalizáció, szignifikáns, patológia stb.) magyarosan írjuk. Ehhez segítségként ajánljuk Bakos Ferenc: Idegen szavak és kifejezések szótárát, valamint a Helyesírási Tanácsadó Szótárt.

A diagnosztikai és anatómiai kifejezések latinosan írandók.

Az elemek neveit a magyar helyesírás szabályai szerint írjuk.

A kémiai elnevezések egységes írásmódjához Erdey-Grúz Tibor és Fodorné Csányi Piroska: A magyar kémiai elnevezés és helyesírás szabályai, Akadémiai Kiadó, Budapest 1972 c. könyve szolgálhat útmutatásul.

A -cus végződésű latin melléneveket magyaros szórendben -kus végződéssel írjuk (traumatikus).

Latin szóból magyarosan képzett igék és főnevek képzőjét fonetikusan írjuk (atrofizál).

Ugyanazt a szót egy dolgozaton belül egyformán írjuk.

Ha magánhangzóra végződő idegen szó magyar ragot kap, szóvégi magánhangzója megnyúlik (laesiója).

Kérjük a szerzőket, hogy fenti alapelveket dolgozatuk megírásánál vegyék figyelembe, és vállalatunk stílszerkesztőinek javításán ne változtassanak!

*A Pécsi Orvostudományi Egyetem Ideg- és elmeclinikájának
(Igazgató: Pálffy György dr.) közleménye*

A sclerosis multiplex első tünetei

I. Az első tünetek, az életkor, a provokáló faktorok, a kórlefolyás és a liquorlet összefüggései

PÁLFFY GYÖRGY dr., HEGEDŰS KATALIN dr. és KERÉNYI LÁSZLÓ dr.

A sclerosis multiplex első tüneteire vonatkozó adatok objektív megítélését Kurtzke és mtsai (1968) szerint a következő tényezők nehezítik:

1. A korai tüneteket gyakran nem észleli orvos, így később már csak a beteg emlékezetére vagyunk utalva.

2. A legtöbb munka kórházi beteganyagot dolgoz fel és a súlyos kórházi esetek a tünetek valódi előfordulásának arányát meghamisítják.

A Pécsi Ideg- és elmeclinika különösen alkalmas a sclerosis multiplex első tüneteinek vizsgálatára. Egyrészt azért, mert Dunántúl jól ellátott ideg-orvosokkal és a kezdeti tüneteket nemcsak a körzeti orvos, hanem csaknem mindig az ideg orvos is látja. Másrészt mivel a klinika érdeklődésének középpontjában a sclerosis multiplex kutatása áll, ezeket a betegeket már betegségük kezdetén klinikai ágyon figyeljük, és így a súlyos és enyhe kezdeti tünetek előfordulásának valódi arányát látjuk.

Anyag és módszer

A Pécsi Ideg- és elmeclinika 1947. I. 1. és 1975. VI. 30. között kezelt 429 sclerosis multiplexes betegének kórrajzi adatait dolgoztuk fel; közülük 178 volt férfi, 251 nő.

A kórjelzés Schumacher és mtsai (1965) kritériumai alapján történt. Valamilyen ismert kiváltó faktoral hozta összefüggésbe a beteg panaszainak ill. tüneteinek kezdetét az esetek 40,4%-ában. Ezek a következők voltak: graviditás (G), vaccinatio (V), műtét (M_1), hideg (H), trauma (T), allergia (A), fizikai (M_2) ill. pszichés megterhelés (PM), infekciók (F) az ismert kiváltó faktor után keletkezett esetek 14, 12, 2, 10, 8, 2, 5, 2, ill. 45%-ában (1. ábra).

Vizsgáltuk, van-e összefüggés a provokáló faktor és a betegség kezdetének ideje,

az első tüneteket okozó laesio anatómiai lokalizációja,

a betegség kórlefolyása,

a lokalizáció és az életkor,

a lokalizáció és a kórlefolyás, és

a betegség kezdetén észlelt liquorlet, különösen az agarelectrophoretogram, a liquor IgG és a betegség stádiuma között.

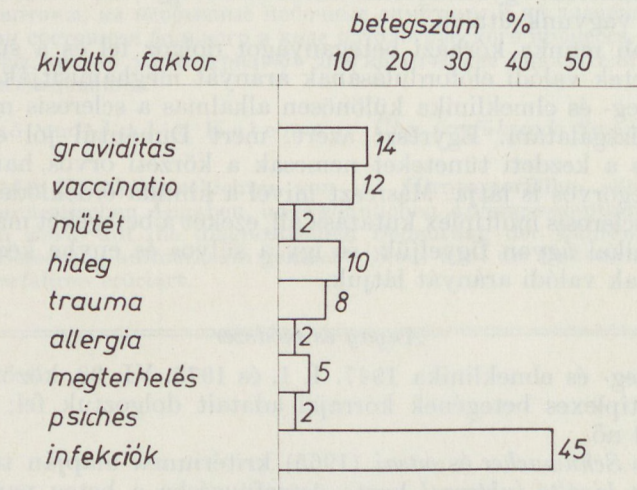
Eredmények

A betegség kezdete korábbi élet évekre esett azokban az esetekben, amelyekben a kórleőzvényben az első tünetek jelentkezése előtt valamilyen kiváltó faktor szerepelt, mint azokban, amelyekben kiváló faktort kimutatni nem lehetett. Előbbieknél a 25—30., utóbbiaknál a 30—35. életévben kezdődött leggyakrabban a betegség (2. ábra).

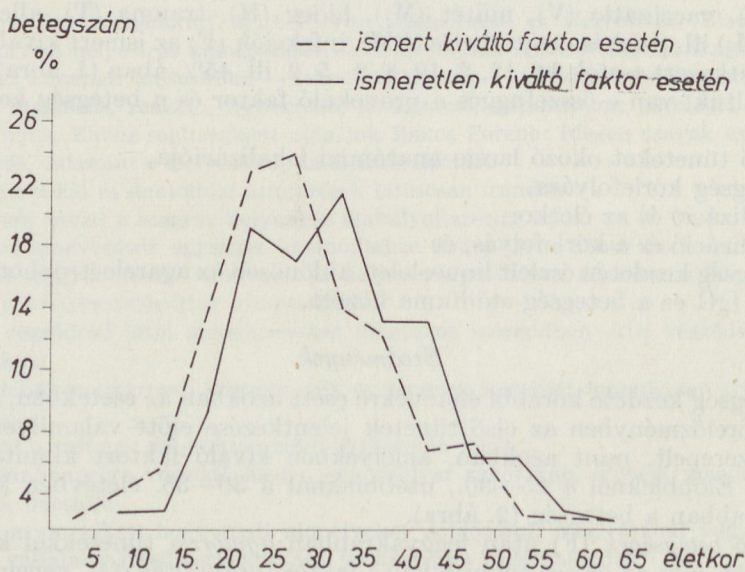
Fertőző betegségek (F) után leggyakrabban agytörzsi tünetekkel kezdődött a betegség, míg az összes többi kiváltó faktor [graviditás (G), vaccinatio (V), műtét (M_1), hideg (H), trauma (T), allergia (A), fizikai (M_2) ill. pszichés meg-

terhelés (PM)] után az esetek többségében a gerincvelő sérülésére valló tünetek jelentkeztek először (3. ábra).

Összes beteg	429	100,0%	
férfi	178	41,5%	
nő	251	58,5%	
Kiváltó faktor	összes	férfi	nő
ismert	40,4	38,9	61,1
ismeretlen	59,6	43,7	56,3



1. ábra. Ismert kiváltó faktor előfordulása



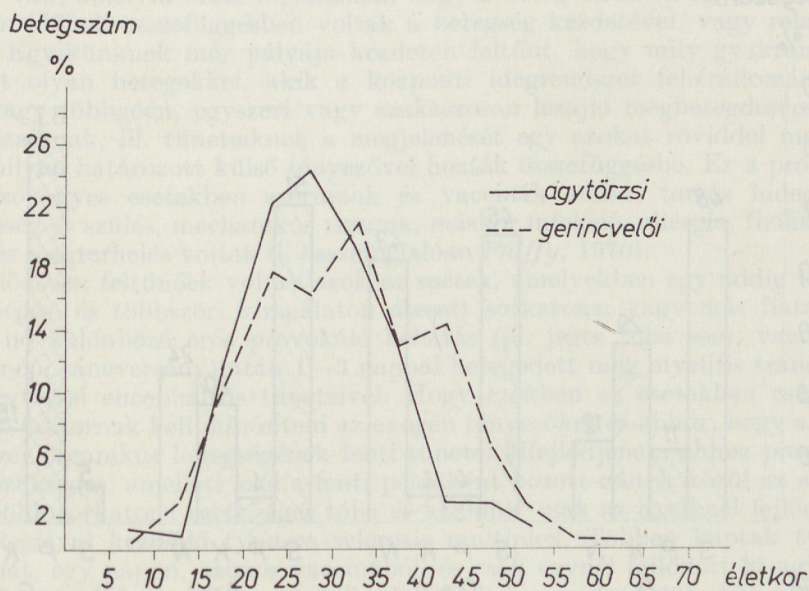
2. ábra. A betegség kezdete

Lokalizáció	Kiváltó ok									össz	%
	G	V	M ₁	H	T	A	M ₂	PM	F		
Opticus	4			1	3			1	7	16	9,2
Opt + agytörzsi		2		1		1	1		9	14	8,1
Agytörzsi	6	5		6	3	1	1	1	38	61	35,3
Gerinevelői	15	12	4	7	7	1	6	1	24	77	44,6
Féltekei		2						1	1	4	2,3
Kisagyi									1	1	0,5
										173	100,0

Az agytörzsi tünetekkel kezdődő esetek leggyakoribb előfordulása 10 évvel korábbra esett, mint a gerinevelői tünetekkel kezdődő eseteké (4. ábra).

Az ismert kiváltó faktor után kezdődött esetekben a kórlefolyás leggyakrabban szakaszos, schubszerű (S) volt, míg azokban az esetekben, ahol provokáló faktor nem szerepelt a beteg kórlelményében, az esetek többségében progresszív (P) volt a kórlefolyás (5. ábra). Az ábrán K-val jelöltük a kevert, előbb szakaszosan, majd progresszíve lefolyó eseteket, N-el pedig azon esetek százalékos arányát, akiknek kórlefolyását legalább két évig nem tudtuk követni.

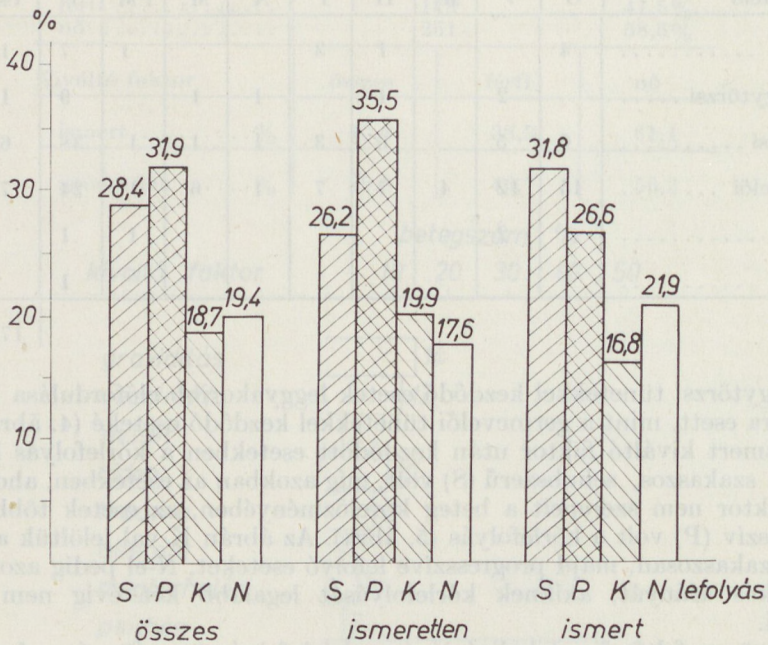
Különösen feltűnő a lokalizáció és a kórlefolyás összefüggése. Az opticus (O), opticus + agytörzsi (O + A) és az agytörzsi (A) tünetekkel kezdődő esetek



4. ábra. A lokalizáció és az életkor összefüggése

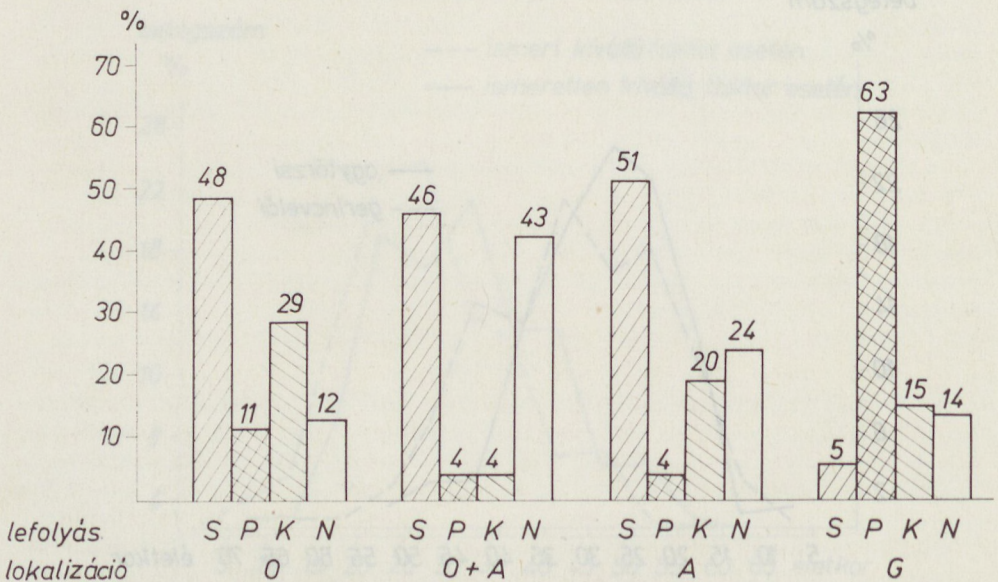
többsége szakaszos kórlefolyást mutatott, és csak kis százalékban volt progresszív, vagy kevert itt a kórlefolyás. Ezzel ellentétben a gerincvelői (G) tünetekkel kezdődő esetek többségében progresszív volt a kórlefolyás és csak ritkán schubszerű (6. ábra).

betegszám



5. ábra. A kiváltó faktor és a kórlefolyás összefüggése

betegszám



6. ábra. A lokalizáció és a kórlefolyás összefüggése

A liquor agarelektrophoretogrammja az első, vagy újabb schub (exacerbatio, E) alkalmával 33 beteg közül 31 esetben ún. SM-typusú (oligoclonalis) gamma-szubfrakciót és 2 esetben diffúz gamma-szaporulatot mutatott. Normális gamma-szubfrakciót mutató liquor exacerbatiók esetén nem fordult elő. Remissiókban (R) levő sclerosis multiplex betegek között talákoztunk csak normális szubfrakcióval (11 esetben), de 19 esetben itt is oligoclonalis gamma-szaporulatot, egy esetben pedig diffúz szaporulatot találtunk. Különösen jellemző volt a 3—10 mg% között levő IgG tartalom esetén az oligoclonalis, ritkábban diffúz agarelektrophoretogramm előfordulása. Normális agarelektrophoretogrammal leggyakrabban az ez alatti IgG értékek esetén talákoztunk (7. ábra).

7. ábra.

A liquor gamma szubfrakció és IgG összefüggése a betegség stádiumaival

Szubfrakció	IgG			Stádium		Össz
	0,5—3	3—10	> 10	E	R	
SM típus	3	40	7	31	19	50
Normális	9	2			11	11
Diffúz szap.		3		2	1	3
Összesen	12	45	7	33	31	64

Megbeszélés

Prineas (1969) szerint „... a sclerosis multiplex egy olyan betegség, amelyben mind a praedispositio, mind specifikus praecipitáló tényezők szükségesek a klinikai megnyilvánuláshoz. A sclerosis multiplexnek ez a szempontja kevesebb figyelmet keltett fel, mint amit megérdemelne és aránylag kevés tanulmány van, amelyik azzal foglalkozik, hogy a beteg életének egyes eseményei milyen időbeli összefüggésben voltak a betegség kezdetével, vagy relapsusával”. Egyikünknek már pályája kezdetén feltűnt, hogy mily gyakran találkozott olyan betegekkel, akik a központi idegrendszer fehérállományának egy vagy többgóci, egyszeri vagy szakaszosan lezajló megbetegedésére utaló panaszaiknak, ill. tüneteiknek a megjelenését egy azokat röviddel megelőző valamilyen határozott külső tényezővel hozták összefüggésbe. Ez a provokáló tényező egyes esetekben szérumok és vaccinák adása, tartós hideghatás, terhesség és szülés, mechanikus trauma, máskor infekció, allergia, fizikai vagy pszichés megterhelés voltak (l. összefoglalóan *Pálffy*, 1970).

Különösen feltűnőek voltak azok az esetek, amelyekben egy addig teljesen egészséges, és többszöri vizsgálaton átesett sorkatona, vagy más fiatal férfi vagy nő különböző erős provokáló behatás (pl. jeges tóba esés, vaccinatio, vagy népi táncverseny) után 1—3 nappal betegedett meg myelitis transversa, ill. agytörzsi encephalitis tüneteivel. Hogy ezekben az esetekben csak provokáló faktornak kell minősíteni az exogén tényezőket és ahhoz, hogy az idegrendszer organikus betegségének fenti tünetei kifejlődjenek, ahhoz praedispositio szükséges, amellel szól a fenti példaként hozott esetek közül az az eset, ahol több sorkatona esett jeges tóba és közülük csak az egyiknél fejlődött ki paraplegiával kezdődő typosus sclerosis multiplex. Többen kaptak typhusvaccinát, egy napon, azonos vaccinából, és csak egynél fejlődött ki agytörzsi encephalitis. Másrésztől igazat kell adnunk *Prineas*nak (1969) abban is, hogy a praedispositio mellett provokáló faktor is szükséges a sclerosis multiplex

megjelenéséhez, hisz az említett 20—22 éves és addig teljesen egészséges egyéneknél a fent felsorolt neurologiai tünetcsoportok viharos megjelenését egy durva exogén behatás után 1—3 nappal nem lehet egyszerűen a véletlennek tulajdonítani. Az exogén tényezők, főleg a vírusinfekciók első schubot és relapsust provokáló hatása minden sclerosis multiplexszel foglalkozó neurologus gyakori, szinte hetente észlelt megfigyelése.

Mint *Prineas* (1969) említi, az exogén tényezők sclerosis multiplexet provokáló hatásával foglalkozó tanulmányok száma kevés. Olyan tanulmánnyal pedig nem találkoztam, amelyik a *provokáló faktor* és a *lokalizáció* ill. *kórlefolyás* összefüggését elemezte volna. Ezért látszott érdemesnek ezzel a kérdéssel foglalkoznunk.

Kerényi és Gallyas (1973) által a klinikán kidolgozott módszerrel nem koncentrált liquorból készült *agarelectrophoretogramnak* a sclerosis multiplexre jellemző gamma szubfrakcióit már leírtuk (*Kerényi, Hegedüs és Pálffy* 1975), de ennek a *betegség stádiumával* való összefüggését sem mi, sem mások még nem vizsgálták.

A provokáló faktor és a lokalizáció tekintetében már korábban is megkíséreltünk magyarázatot adni (*Pálffy* 1968), de a mai nap is csak hipotézisekre kényszerülünk. A test alsó felét ért tartós hideghatás (pl. jeges tóba esett kis katona esete) után jelentkezett myelitis transversa kialakulásában valamilyen lokális hideghatásnak; felső légúti hurutok után kialakult, agytörzsi encephalitis esetekben pedig közvetlen ráterjedésnek lehet szerepe. A magyarázat helyett a fenti tények, összefüggések ismerete a fontos, mert ezek kórjelzésünket támogathatják.

Azt a tényt, hogy a külső tényezők után jelentkezett sclerosis multiplex gyakrabban folyik le szakaszosan, mint ahol a kórelőzényben provokáló faktort kiderítenünk nem sikerült, azzal lehetne magyarázni, hogy előbbi esetben az exogén tényezőknek, utóbbi esetben pedig a predispozíciónak lehet nagyobb szerepe a betegség manifesztálódásában. Így természetesen a betegség első és újabb tüneteinek megjelenéséhez az első esetben valamilyen, rendszerint durva, feltűnő és ezért gyakran ismertté is váló faktor szükséges, és ilyenkor valamilyen durva provokáló tényező behatását rendszerint újabb feltűnő exacerbatio, schub követi és a kórlefolyás szakaszos lesz. Az utóbbi esetben spontán, vagy legalább is minden durva külső behatástól függetlenül is kezdődhet és előrehaladhat a betegség és a kórlefolyás *progresszív* formát ölt.

Következtetés

Adataink az alábbi következtetéseket engedik meg:

1. Az ismert provokáló faktorok után keletkezett esetekben a betegség kezdete korábban van, mint azokban az esetekben, ahol a kórelőzményben provokáló faktor nem szerepel.

2. *Fertőző* betegség után leggyakoribb az *agytörzsi* lokalizációjú tünetek előfordulása.

3. Az agytörzsi tünetekkel induló esetek korábban kezdődnek, mint a egyéb esetek.

4. Az ismert provokáló faktor után keletkezett és

5. az *agytörzsi* lokalizációjú esetek után gyakori a *szakaszos* kórlefolyás, míg a *gerincvelői* kezdet után a *progresszív* lefolyás a szabály.

6. Az exacerbatiók idején vagy oligoclonalis (SM típusú) vagy ritkábban diffúz szaporulatot mutat a liquor agarelectrophoretogramm.

A fenti adatok ismeretének a betegség kórjelzésének és kórjósolatának megítélésében van jelentősége.

Összefoglalás

Szerzők 429 sclerosis multiplexes beteg klinikai és liquorvizsgálati adatai alapján összefüggést találtak egyes provokáló faktorok, a tünetek, a betegség kezdete és kórlefolyása, valamint a liquor agarelectrophoretogramm és a betegség stádiuma között.

IRODALOM. 1. *Kerényi, L. és Gallyas, F.*: A fehérje-fractions normál értékei natív (nem koncentrált) liquorból készült ezüstözéssel festett electrophoretogramokon. *Ideggyógy. Szle.* 26, 571 (1973). — 2. *Kerényi, L., Hegedüs, K. és Pálffy, Gy.*: A liquor cerebrospinalis gamma-globulin szubfrakciói sclerosis multiplexben. *Ideggyóg. Szle.* 28, 155 (1975). — 3. *Kurtzke, J. E., Beebe, G. W., Nagler, B., Auth, T. H., Kurland, L. T., Nefzger, M. D.*: Studies on natural history of multiple sclerosis. *Acta. neurol. scand.* 44, 467 (1968). — 4. *Pálffy, Gy.*: Autoimmun kórképek az ideg- és elmegyógyászatban. *Orvosképzés*, 45, Suppl., 58 (1970). — 5. *Prineas, J. W.*: The etiology and pathogenesis of multiple sclerosis. in: *Vinken, P. J. and Bruyn, G. W.*: Handbook of Clinical Neurology Vol. 9., North-Holland, Amsterdam, 1970. — 6. *Schumacher, G. A., G. Beebe, F. R. Kibler, L. T. Kurland, J. F. Kurtzke, F. McDowell, B. Nagler, W. A. Sibley, W. W. Tourtellotte and T. L. Willmon*: Problems of experimental trials of therapy in multiple sclerosis: report by the panel on the evaluation of experimental trials of therapy in multiple sclerosis. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 122, 522 (1965).

Д-р Дьёрдь Палффи, д-р Каталин Хегедюш и д-р Ласло Керени:

Авторы в своей публикации описывают свои наблюдения в связи с обнаружением взаимосвязи между отдельными провоцирующими факторами, симптомами, началом и процессом течения заболевания, а также между агарэлектрофоретогаммой и стадией заболевания на основе клинических данных и исследования ликвора у 429 больных, страдающих множественным склерозом.

Gy. Pálffy, Katalin Hegedüs und L. Kerényi: *Die ersten Symptome der multiplen Sklerose.*

Die klinischen Daten und Liquorbefunde von 429 Fällen multipler Sklerose liessen Zusammenhänge zwischen gewissen provozierenden Faktoren und Symptomen, zwischen dem Agarelectrophoretogramm des Liquors und dem Krankheitsstadium erkennen.

Az intracranialis artériák szuperszelektív angiographiájának lehetőségei az agy regionalis vénás elvezetésének megítélésében

G Á C S G Y U L A dr.

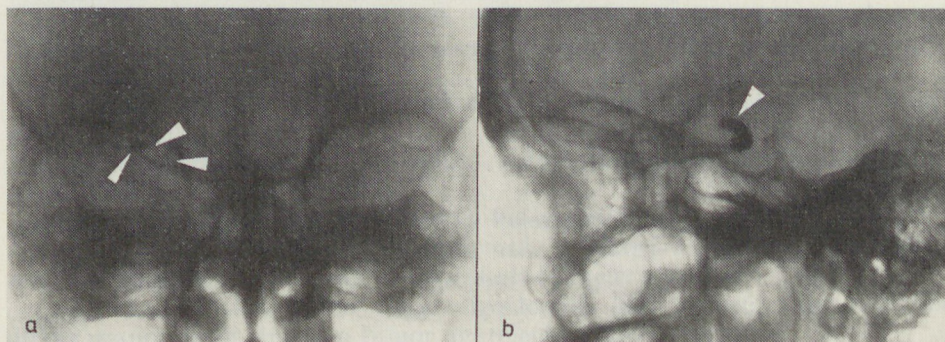
Az agy érrendszerének vénás szára a keringésszavarok pathogenesisében nagy valószínűséggel jelentősebb szerepet játszik, mint amit a vénás elfolyás élettanára és zavaraira vonatkozó eddigi adatainkkal bizonyítani tudunk. Az utóbbi két évtizedben ugyan e tekintetben is számos eredmény született, de messze elmaradva az artériákra vonatkozó ismereteink gyarapodásától.

A vénás keringés kérdésének megoldását több tényező hátráltatja. Az agy vénás rendszerének anatómiáját, az egyes vénák gyűjtőterületét több részletes munka tárgyalja (*Padget* [10], *Ferner* [2]), de a belső vénák rendszerétől eltekintve oly nagy a variációk skálája, hogy az elvezetési területeket általánosan meghatározni gyakorlatilag lehetetlen.

Az egyes sinus szakaszok, ill. vénacsoportok elzáródásánál jellegzetesnek tartott infarctus lokalizációkra, ill. tünetcsoportokra (*Noetzel és Jerusalem* [9], *Stochdorph* [13]) ugyanez érvényes. Az agyfelszín vénáinak méreteiben, lokalizációjában és összeköttetéseiben létező számtalan változat miatt az elfolyás zavarai váratlan tünetcsoportokkal jelentkezhetnek (mint egy esetünkben a középső és hátsó sinus-harmad határán levő parasagittalis meningeománál faciobrachialis paresis mellett tiszta motoros aphasia).

A vénás keringés pathológiás állapotainak megítélésében a serioangiographia (*Huhn* [5, 6], *Sindermann* [12], *Krayenbühl* [7]) jelentős előrelépést jelentett, de — éppen a variációk miatt — értékelése, mint *Huhn* [6] is hangsúlyozza, gyakran nem egyértelmű, az egyes régiók vénás elfolyásának fiziológiás, ill. aktuális irányairól pedig igen keveset mond.

Serbinenko [11] módszere alapján kidolgozott eljárásunk (*Gács* [3]) az intracranialis artériák szelektív angiographiájára tapasztalataink szerint a regionalis vénás keringés bizonyos jellemzőinek megítélését is lehetővé teszi. Bár eddigi anyagunk nem enged meg rendszerezett következtetéseket, a módszer iránt megnyilvánuló egyre nagyobb érdeklődés miatt helyesnek tartottuk, hogy ez irányú hasznosításának lehetőségére felhívjuk a figyelmet.

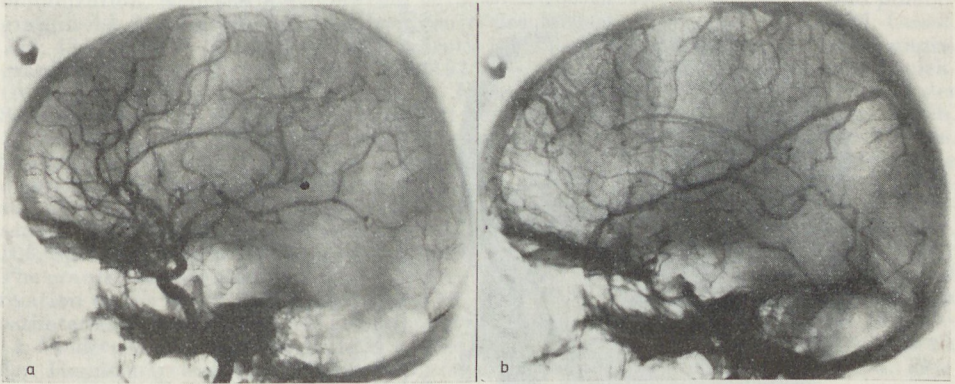


1/a és b ábra. Ballonnal ellátott katéter az a. cerebrális media trifurcatiójáig juttatva. Δ katéter, $\times \Delta \times$ ballon

Módszerünk ismertetését illetően utalunk korábbi közleményünkre, s csak néhány szempontot emelünk ki. Míg a carotis siphon C_3 szakaszáig, s így az a. ophthalmicáig az általunk alkalmazott 0,25 mm belső átmérőjű polietilén katéter egyéb segédeszköz nélkül is (esetleg vékony acél-mandrinnal ellátva) felvezethető (Gács [4], distalisabb érszakaszok elérése gyakran csak ballonnal ellátott katéterrel sikerül. A kontrasztanyaggal feltöltött ballont a véráram könnyedén juttatja át az intracranialis artériák görbületein (1. ábra).

A ballonnal előzetesen nyílást kell készítenünk, hogy a katéter feljuttatása után szelektív angiographiára legyen lehetőség. Különböző megoldások lehetségesek (Djindjian [1]), a lényeg, hogy a nyílás mérete egyaránt tegye lehetővé a ballon kellő mértékű feltöltését, ill. a kontrasztanyag befecskendezését.

A katéter kis keresztmetszete miatt a szükséges 1—2 cm³ kontrasztanyag kézi befecskendezése is viszonylag hosszú időt vesz igénybe, s ez az expozíciós időt kényszerűen megnöveli. Normális keringési sebesség mellett így gyakran kapunk kevert artériás-vénás képeket, ami azonban a legtöbb esetben nem zavaró.



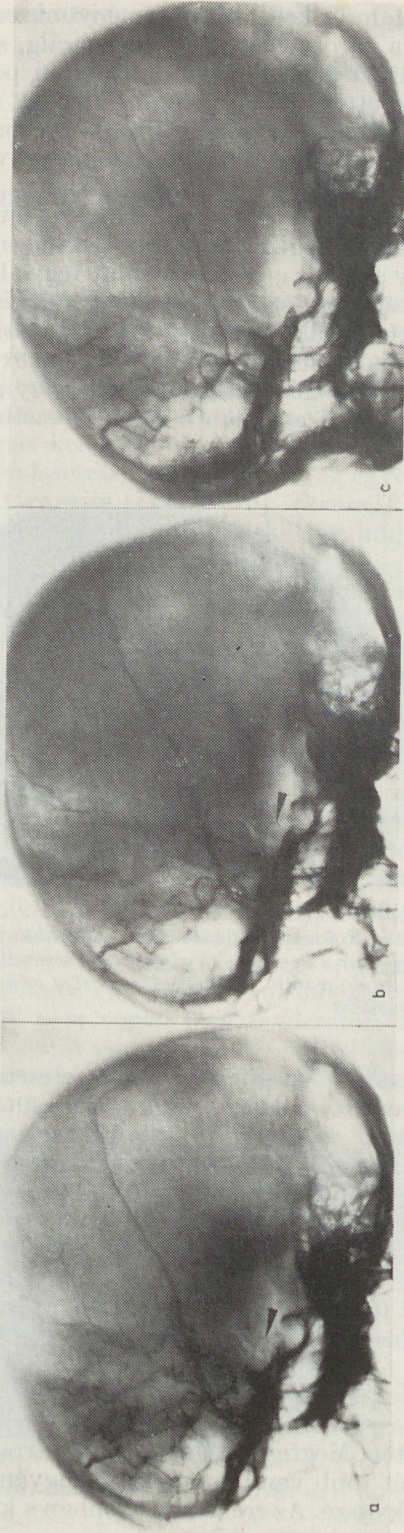
2/a és b ábra. L. B. 39 é. nő. Hirtelen kialakult baloldali faciobrachialis paresis. Jobboldali carotis angiogramm. Az artériás fázisban az a. Rolandica telődési hiánya látható. b) Gazdag vénás hálózat, vaskos vena anastomotica superior (Trolard), melynek funkcionális jelentőségéről, elvezetési területéről a teljes carotis angiogramm további fázisai sem adnak felvilágosítást

A regionális vénás elfolyás viszonyainak megítélése természetesen a teljes carotis angiogramm és a megfelelő terület szelektív angiogramjának összehasonlításával lehetséges (2. és 3. ábra).

Eddigi tapasztalataink szerint az intracranialis artériák szelektív angiographiája a vénás elfolyás következő jellemzőiről adhat felvilágosítást:

1. A telődött artéria területének vénás elvezetése az aktuális — fiziológias vagy kóros — állapotban mely irányokba történik. Hogy ez milyen meglepő eredményeket adhat, azt több hasonló megfigyelésünkkel egyetemben a példaként bemutatott eset is demonstrálja (egyben talán bizonyos magyarázattal is szolgál egyes esetek, mint a bevezetőben említett meningeomás beteg szokatlan tünettanára).

2. A szelektív angiogramokat a teljes carotis angiogramm vénás fázisaival összehasonlítva meghatározható egy-egy vénán belül a vizsgált agyterülethez tartozó véroszlop az ér keresztmetszetén. Megfigyeléseink ugyanis arra utalnak, hogy míg egy-egy régió vérelvezetését több vena is biztosítja, ugyanakkor az egyes vénák több terület vérét gyűjtik össze. Az éren belül azonban a különböző



3. ábra. A 2. ábrán bemutatott betegnél készült szelektív angiogrammok. Mielőtt a szelektív angiographiába juttatva a frontális converitiás erei (a) és b) ábra). A terület az ér elülső és hátsó ága útján telődnek a frontális converitiás erei (a) és b) ábra). A terület véna elvezetése részben négy ascendáló vena útján a sinus sagittalis superior elülső harmadába, egy descendáló vénán keresztül a sinus sphenoparietalisba és a Trolard-vénán át a sinus sagittalis superior hátsó harmadába (1) történik. Ez utóbbit a 2/b ábra teljes vénás képével összehasonlítva jól látható, hogy a frontális converitiásról származó vér a vastag véna keresztmetszetének mély rétegét foglalja el. A katétert az a. operculofrontális elülső ágába tovább vezetve (c) ábra) a vena anastomotica kontrasztanyag rétegének változása jelzi — a most már nem telődő — hátsó opercularis ág területéről származó véroszlop helyét. Δ katéter

területekről származó véroszlopok elkülönülve, laminarisan áramlanak. Ez utóbbi következtetés egybevág *Mérei* [8] fluorescein angiographiás eredményeivel.

3. Különböző művi, ill. funkcionális állapotváltozások (jugularis kompresszió, Valsalva kísérlet, narkózis esetén pozitív, ill. negatív nyomású lélegeztetés) a regionális vénás elfolyás esetleges módosulásait okozva további adatokat szolgáltathatnak.

Összefoglalás

A szerző az intracranialis artériák szelektív angiographiája által nyújtott lehetőségekre hívja fel a figyelmet az agy regionális vénás keringésének vizsgálatában. Módszere lehetővé teszi az agyi artériák egyes ágainak ketéterezését, s területük vénás elvezetésének megítélését. A módszerrel nemcsak az egyes agyterületek vénás elfolyásának irányai, hanem egy-egy vénán belül a különböző területekről származó véroszlop helyére is következtetni lehet.

IRODALOM. 1. *Djindjian, R.*: Superselective internal carotid arteriography and embolization. *Neuroradiology* 9, 145, 1975. — 2. *Ferner, H.*: Anatomische und phlebographische Studien der inneren Hirnvenen des Menschen. *Z. Anat. Entwickl.-Gesch.* 120, 481, 1958. — 3. *Gács Gy.*: Az a. carotis interna és externa ágainak szelektív angiographiája. *Ideggyógy. Szemle* 28, 325, 1975. — 4. *Gács Gy.*: Az a. ophthalmica szelektív angiographiája. (Közlés alatt.) — 5. *Huhn, A.*: Über den diagnostischen Wert der Serioangiographie bei der intrakraniellen venösen Thrombose. *Fortschr. Neur. Psych.* 30, 65, 1962. — 6. *Huhn, A.*: Die Thrombosen der intrakraniellen Venen und Sinus. Schattauer, Stuttgart, 1965. — 7. *Krayenbühl, H.*: Cerebral venous thrombosis. The diagnostic value of cerebral angiography. *Arch. Suisses Neurol.* 74, 261, 1955. — 8. *Mérei, F. T.*: A vér áramlása az agy vénáiban. (Közlés alatt.) — 9. *Noetzel, H. u. F. Jerusalem*: Die Hirnnerven und Sinusthrombosen. *Monogr. Ges. Gebiet Neurol. Psychiat.* 106. Springer, Berlin—Göttingen—Heidelberg—New York, 1965. — 10. *Padget, D. H.*: The cranial venous system in man in reference to development, adult configuration and relation to the arteries. *Amer. J. Anat.* 98, 307, 1956. — 11. *Serbinenko, F. A.*: Ballon catheterization and occlusion of major cerebral vessels. *J. Neurosurg.* 41, 125, 1974. — 12. *Sindermann, F.*: Retrograde Drainage von den Sinus und Venen der Mittellinie zu den Hemisphärenvenen, insbesondere von einer Hemisphäre zur anderen. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 208, 285, 1966. —

Д-р Дьюла Гач: *Возможности суперселективной ангиографии интракраниальных артерий для исследования региональных венозных сосудов мозга*

Автор обращает внимание на возможности, предоставляемые посредством селективной ангиографии интракраниальных артерий при исследовании регионального венозного кровообращения. Его метод дает возможность для катетеризации отдельных сосудов мозговых артерий в целях установления венозной сети прилегающих участков. С помощью данного метода можно сделать предположение не только о направлении венозных оттоков отдельных участков мозга, но также имеется возможность сделать вывод относительно места кровяного столба, возникающего внутри отдельных вен на различных участках.

Gy. Gács: *Die Möglichkeiten der Beurteilungen der regionalen venösen Ableitung durch die superselektive Angiographie der intrakraniellen Arterien*

Die Methode des Verf. ermöglicht die Katheterisierung einzelner Zweige von Hirnarterien und lässt die venöse Ableitung ihrer Versorgungsbezirke, u. zw. nicht nur die Abflussrichtung, sondern auch die Lage der aus verschiedenen Bezirken stammenden Blutsäulen in den einzelnen Venen, erkennen.

Az arteria ophthalmica szuperszelektív angiographiája

GÁCS GYULA dr.

Az agyi angiographia informatív értékének növelésére a kívánt többletinformáció jellegétől függően két lehetőség kínálkozik. Az egyik a szelektivitás változatlan foka mellett az angiogramok részletesebb elemzését elősegítő röntgen-, ill. fototechnikai eljárások alkalmazása, mint nagyított angiographia, subtractio stb. A másik a szelektivitás fokának növelése. A két lehetőség természetesen kombinálható.

Az agyat ellátó erek vizsgálatánál a szelektivitás szokásos maximális mértéke az a. carotis communisok, ill. vertebralisok angiographiája, akár percutan, akár transfemoralis, ill. brachialis úton végezzük. Az a. carotis externa ágainak szelektív angiographiájára részben technikai okokból, részben a katéter okozta lehetséges szövődmények kisebb veszélye miatt hamarabb került sor (*Djindjian* és mtsai [2], *Hekster* és mtsai [6]).

A carotis interna ágainak katéterezése első ízben *Serbinkenkonak* [9, 10] sikerült, s módszere más jellegű kísérleteket, pl. mágnesesen irányított katéterekkel (*Alskne* [1], *Hilal* [7], *Yodh* és mtsai [11]) feleslegessé tesz. *Serbinkenko* nyomán elindulva kialakított módszerünket az a. carotis interna és externa ágainak szelektív ketheterezésére a közelmúltban közzöltük (*Gács* [4]). Hasonló eljárással elért eddigi eredményeiről azóta *Djindjian* [3] is beszámolt.

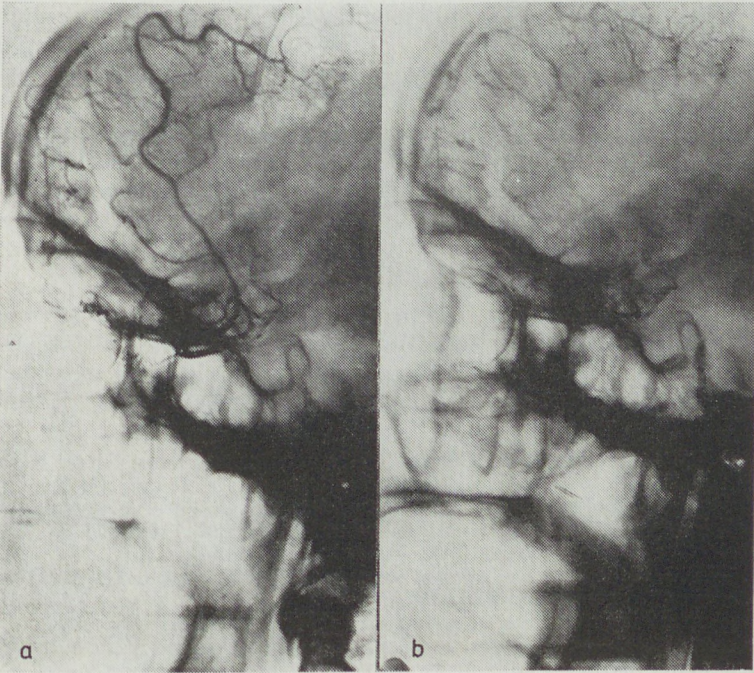
Jelen munkában e módszer alkalmazásáról számolunk be az a. ophthalmica szelektív angiographiás vizsgálatában.

Módszer

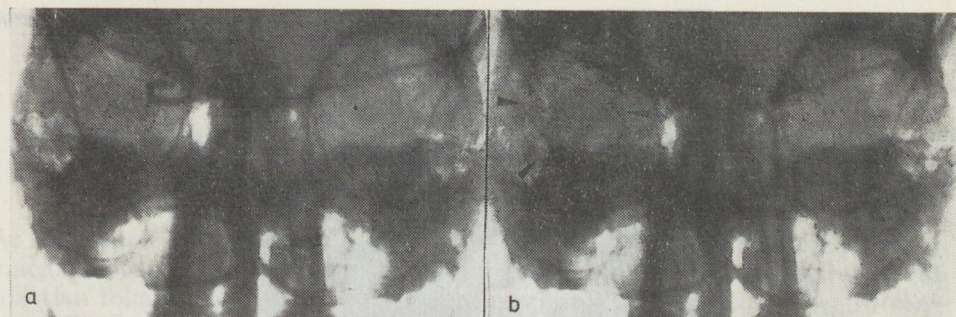
Eljárásunkról, mely az a. carotis interna ágainak szelektív katéterezését teszi lehetővé, korábban beszámoltunk. E helyt csupán az a. ophthalmica szelektív angiographiájának néhány technikai részletére térünk ki. Vizsgálatainkat az a. carotis communis percutan punctiója után a tűn keresztül felvezetett 0,25 milliméter átmérőjű polietilén katéterrel végeztük, melyet esetenként ballonnal láttunk el. A kontrasztanyaggal enyhén felfújt ballon a katéter előrejutását a véráram útján nagymértékben megkönnyíti, s ha a ballonnal a felvezetés előtt megfelelő méretű nyílást készítünk (elég nagyot ahhoz, hogy a befecskendezett kontrasztanyag a ballon veszélyeztetése nélkül az angiographiához szükséges mennyiségben az érbe jusson, de elég szűket, hogy a ballon felfújása lehetséges legyen), a szelektív angiographia elvégezhető. A carotis siphon feletti ágak katéterezésére általában ez a módszer szükséges (*Gács* [5].) A carotis siphon C₃ szakasza, s így az a. ophthalmica többnyire ballon nélküli katéterrel is elérhető, s ez esetben a carotis communis punctiójához az egyébként szükséges 1,0—1,5 milliméter átmérőjű tű helyett 0,4 mm belső átmérőjű punctiós kanül is elég. A ballon nélküli katétert a siphon magasságának eléréséig hajlékony, rugalmas, acél-vezetővel látjuk el, mely amellett, hogy segít a katéter irányításában, röntgenárnyéka folytán útjának követését is jelentősen megkönnyíti (1. ábra). Esetenként nem is szükséges a katétert az a. ophthalmicába közvetlenül bevezetni, ugyanis a kontrasztanyag az érlumenhez képest szűk keresztmetszetű katéter végétől laminarisan áramlik tovább, s a kontrasztanyag-csík irányától függően jut a carotis interna egyik vagy másik ágába, megfelelő helyzet esetén az a. ophthalmicába (2., 3. ábra).



1. ábra. A 0,23 mm vastag acélvezetővel ellátott katéter a carotis siphonig felvezetve



2. ábra. 47 é. ffi, szelektív angiographiájának egyik részlete az a. ophthalmica és a. cerebri anterior szelektív kontraszt-töltése, a katéter vége a siphon felszálló szakaszán, a laminaris kontrasztanyagáramlás következtében az a. ophthalmica ennek ellenére szelektíve telődik, elemzését az a. cerebri anterior telődése nem zavarja, b a szelektív angiogramm későbbi fázisában különösen jól kirajzolódik a chorioidea érhálózata



3. ábra. Szelektív a. ophthalmica angiogramm a—p irányú felvételen. Δ a chorioidea érhálózata

Az a. ophthalmica izolált kontrasztöltésére *Serbinnenko* [10] további lehetőséget ajánl. A carotis siphon distális szakaszának ballonnal történt időleges elzárása után a punctióis tűn keresztül végzett angiographia során az a. ophthalmica izoláltan telődik. A carotis communis punctiója esetén azonban ilyenkor a a. carotis externa másik ballonnal történt elzárása nélkül — mely a vizsgálatot jelentősen bonyolítja — nehezen elemezhető az a. ophthalmica és az externa ágak összeköttetési, s azok haemodynamikája.

Az a. ophthalmica ugyan az esetek egy részében a teljes carotis angiogrammon is jól feltüntethető (*Schurr* [8]), de röntgenanatómiájának és különösen fiziológiás anastomosisainak részletes feltárásában szelektív angiographiája jelentős segítséget nyújt.

Emellett e szelektív angiographia jelentőségét azon kórképeknél látjuk, ahol a carotis externa-interna rendszer a. ophthalmicán keresztül történő összeköttetési döntő szerepet játszhatnak (carotis-cavernosus fistulák, carotis szűkületek).

Az a. ophthalmica által ellátott arteriovenás angiomák műtéttechnikai okokból szükséges részletes angiographiás vizsgálatának lehetőségén kívül a ballannal történő végleges tápláló-ér elzárás (*Serbinnenko* [10]) jelenleg inoperabilis-nok vélt angiomák sebészetének új útját nyithatja meg.

Összefoglalás

A szerző a carotis interna katéterezésével végzett szelektív a. ophthalmica angiographia módszerét ismerteti. Az eljárással elektíve feltüntethető az a. ophthalmica és ágai, valamint anastomosisai az a. carotis externa rendszerével.

IRODALOM. 1. *Alksne, J. F.*: Magnetically controlled intravascular catheter. *Surgery* 64, 339, 1968. — 2. *Djindjian, R., R. Houdart, J. Chopignon, M. Hurth, J. Comy*: Premiers essais d'embolisation par voie fémorale de fragments de muscle dans un cas d'angiome alimente par la carotide externe. *Rev. Neur.* 125, 119, 1971. — 3. *Djindjian, R.*: Superselective internal carotid arteriography and embolisation. *Neuroradiology* 9, 145, 1975. — 4. *Gács Gy.*: Az a. carotis interna és externa ágainak szelektív angiographiája. *Ideggyógy. Szemle* 28, 325, 1975. — 5. *Gács Gy.*: Az intracranialis arteriák selectív angiographiájának lehetőségei az agy regionalis vénás elvezetésének megítélésében. (Közlés alatt). — 6. *Hekster, R. E. M., B. Matricalli and W. Luyendijk*: Presurgical transfemoral catheter embolisation to reduce operative blood loss. *J. Neurosurg.* 41, 396, 1974. — 7. *Hilal, S.*: Catheter with a magnetic tip for cerebral angiography. *Med. Trib. med. News* 2 January 1969. — 8. *Schurr, P. H.*: Angiography of the normal ophthalmic artery and chorioideal plexus of the eye. *Brit. J. Ophth.* 35, 473, 1951. — 9. *Serbinnenko, F. A.*: Cathetersiation and occlusion of cerebral major vessels and prospects for the development of vascularneurosurgery. *Vopr. Nejkrokhir.* 5, 17, 1971. —

injekció, tableta, solutio

ADAGOLÁS: 1 ampulla (1 ml) 2,5 mg, 10 ml ampulla 25 mg, 10 ml ampulla 0,5 mg, a solutio (10 ml) milliliterenként 1 mg trifluoperidol hydrochlor.-ot tartalmaz.

ALLOKÁCIÓK: Motoros és psychés agitáció, akut pszichózisok, paranoid hallucinatio, szorongásos pszichózisok, delirium tremens, alkoholizmus. Depressióval járó delirium. Indítékszegénységgel járó depressio. Alkoholizmus.

FIGYELJENYISEG: A pyramis-pálya és a mesencephalicus pályarendszer organikus károsodásai.

ADAGOLÁS: 5x1 ml amp 13,70 Ft, 50x1 ml amp 122,30 Ft, 50 tabl. 9,70 Ft, 250 tabl. 42,90 Ft, 10 ml amp 15,— Ft.

GYÁRTÓ: BÉNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

ADAGOLÁS: Átlagos egyszeri adagja: $\frac{1}{2}$ —1 ampulla i. m. Oralisan 0,5 mg-os kezdő adag után az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével.

MELLÉKHATÁSOK: Parkinsonizmus, izomgörcs, izom-hypertonia léphet fel.

MEGJEGYZÉS: ❖❖ Trisedyl kezelés kizárólag orvosi ellenőrzés mellett történhet. Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján idegszakrendelések, ideggyógyászok szabadon rendelhetik. Körzeti, üzemi stb. orvosok csak idegszakrendelés javaslatára rendelhetik.





SEDUXEN INJEKCIÓ

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (2 ml) 10 mg diazepam.-ot és 4 mg lidocain hydrochloric-ot tartalmaz.

HATÁS: A Seduxen a limbikus rendszeren keresztül ható tranqilloledatívum, mely fő hatása mellett izom relaxans és anticonvulsiv hatást is kifejt.

JAVALLATOK: Fokozott psychés feszültséggel, motoros izgalmi állapottal, súlyos szorongással járó megbetegedések.

Súlyos hysteriás primitív reakciók.

Status epilepticus. Fokozott izomtónussal és spasticitással járó mozgásszervi megbetegedések.

Tetanus adjuvans kezelése.

Abortus imminens, fenyegető koraszülés, korai burokrepedés.

Terhességi toxicosis: a terhesség 3. hónapja után. Placenta praevia. Szülés kitolási szaka.

Deliriumok (tremens, toxikus, lázas stb.).

ADAGOLÁS: A diagnosis, a klinikai kép súlyossága alapján célszerű az adagot esetenként meghatá-

rozni. A kívánt hatás elérése után a kezelés per os folytatása célszerű.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravis.

FIGYELMEZTETÉS: A kúra kezdetén esetleg fel-lépő álmoság az esetek többségében néhány nap alatt spontán megszűnik, az adag csökkentésével pedig minden esetben kiküszöbölhető.

Gépjárművet vezetőknél és magasban dolgozóknál a Seduxen óvatosan adagolandó.

A terhesség első harmadában, más tranqilloledatívumokhoz hasonlóan, a készítmény alkalmazása nem ajánlatos.

MEGJEGYZES: ✠ A Seduxen injekció más injekcióval közös fecskendőbe a hatóanyagok kicsapódásának lehetősége miatt nem szívható fel.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 5 ampulla, 50 ampulla.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

10. *Serbinenko, F. A.*: Ballon catheterisation and occlusion of major cerebral vessels. *J. Neurosurg.* 41, 125, 1974. — 11. *Yodh, S. H., N. T. Pierce, R. J. Weggel and D. B. Montgomery*: A new magnet system for intravascular navigation. *Med. Biol. Engng* 6, 143, 1968.

Д-р Дьюла Гач: *Суперселективная ангиография глазной артерии*

Автор знакомит с селективными ангиографическими методами глазной артерии, производимой с помощью катетеризации средней сонной артерии.

Посредством данного метода предоставляется возможным элективно увидеть здоровые сосуды глазной артерии, а также ее анастомозы с внешней системой сонной артерии.

Гу. G á c s : *Superelektive Angiographie der Arteria ophthalmica*

Verf. beschreibt seine Methode, durch einen in die Carotis interna eingeführten Katheter die A. ophthalmica, ihre Zweige, sowie ihre Anastomosen mit dem Carotis externa-System elektiv darzustellen.

NDK Orvosi Pszichoterápiás Társaság 2. Csoportpszichoterápiai tanulmányi szeminárium (Klein-Pritz) Mecklenburg, 1975. október 3—12.

A Német Demokratikus Köztársaságban évek óta rendszeresen folyik szervezett pszichoterápiai képzés. Ennek keretében indította el a Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie der DDR csoportpszichoterápiai szekciója idén októberben második csoport pszichoterápiai tanulmányi szemináriumát.

Eddigi tapasztalataik alapján a most megkezdett szemináriumot három évre tervezték. Koncepciójuknak megfelelően a tanulmányi közösség (Ausbildungsgemeinschaft a terápiás közösség mintájára) évente egy alkalommal 8—10 napra jön össze és évente egyszer 36 csoportórát dolgozik hétvégi szemináriumon. Így a résztvevők a három év alatt kb. 42 teljes munkanapon át foglalkoznak intenzíven a csoportpszichoterápia tanulásával.

A most megindult második tanulmányi közösség negyven résztvevőből és tizenhárom csoportvezető-terapeutából (a rendező Társaság nomenklatúrája szerint tréner) áll. A résztvevők elsősorban olyan orvosok, pszichológusok, mozgásterapeuták, ápolók, akiknek csoportpszichoterápiás tapasztalatuk van és tagjai a Társaság csoport pszichoterápiai szekciójának. A csoportvezetők részben idősebb, régebben kiképzett szakemberek, részben pedig már ilyen típusú tanulmányi közösségekben szerezték meg a jártasságot csoportpszichoterápiai tanulmányi csoportok vezetéséhez. A referálót az a megtiszteltetés érte, hogy mint csoportpszichoterápiával foglalkozó szakembert hívta meg az NDK Orvosi Pszichoterápiás Társasága Csoportpszichoterápiai Szekciója kis- és nagyescsoport vezetőnek (trénernek). Ily módon részt vehetett trénerként a csoportpszichoterápiás képzés ezen igen fejlett és modern módszerében.

A tanulmányi szemináriumra több mint száz százalékos volt a túljelentkezés. A résztvevők intézetük hozzájárulásával vettek részt. Sokuk költségeit munkahelyük téríti meg.

A tanulmányi szeminárium helye egy mecklenburgi kis faluban levő üdülő és néhány hozzátartozó barakképület volt. A szervezők a tanulmányi szeminárium hatékonyságának fokozását kívánják szolgálni azzal, hogy távol a világ zajától, izolált környezetben — ahol a természetben kívül semmi nem vonja el a résztvevők figyelmét feladatukról — tartják a rendezvényt.

A Csoportpszichoterápiai Szekció elgondolása a csoportpszichoterapeuta képzésről a következő. Pszichoterápia, így csoportpszichoterápia során is mindig emberi személyiségek, szubjektumok kerülnek egymással kölcsönhatásba. A kölcsönhatás során a személyiségnek nemcsak a tudatos pszichés aktivitása, hanem a tudattalan pszichés aktivitása is jelentős szerepet játszik. A pszichoterápiák során a terapeuta egyik fő munkaeszköze saját személyisége. Ahhoz, hogy a másik ember interszónális megnyilvánulásait a lehető legkevesebb torzulással tudja percipálni és feldolgozni, ismernie kell saját tudatos és nem tudatos reakciómódjait, attitűdjeit, és fokozott önismereti készséggel kell rendelkeznie, hogy egy adott csoportpszichoterápiás helyzetben differenciálni tudjon saját egyéni érzelmi válasza és a csoport vagy egy csoporttag által indukált érzelmek között. Meg kell tanulnia a csoportpszichoterápiás helyzetben adódó különböző, feszültségekkel járó eseményeket úgy kontrollálni, hogy azokat a csoporttagok számára kreatívvá alakítsa. Ehhez meg kell ismernie csoporttagként a pszichoterápiás kiscsoportok dinamikáját, a különböző szabályszerűen előforduló csoportjelenségeket, az interakciók folyamatjellegét és a folyamat szabályozásának módszereit. Ez a fajta tanulás az empatiát fokozni képes és lehetővé teszi a leendő csoportpszichoterapeuta számára pszichoterápiás csoportok tagjainak, a tagoknak egymással és a terapeutaival kialakuló kapcsolatának jobb megértését.

Az interszónális kapcsolatok hálózatának kis- és nagyescsoportokban egyaránt van egy reális és egy imaginárius szintje. A tanulmányi csoportmunka során meg lehet és meg kell ismerkedni mindkét szinttel. A szemináriumnak pedig lehetőséget kell nyújtania arra, hogy a résztvevők megismerjék azokat a szerkezeti elemeket és módszereket, amelyek ezt a két különböző szintet szétválasztják és láthatóvá tehetik.

Tapasztalatuk szerint eredményes pszichoterapeuták nagyfokú spontaneitással, kontaktusképességgel, emocionális reagálási móddal rendelkeznek. A pszichoterápia eredménye nagymértékben a „kognitív flexibilitástól” függ, tehát attól a képességtől, hogy saját viselkedését situáció-adekvátan állítsa be, nyitott legyen új tapasztalatokkal szemben, és el tudja kerülni az elszett megoldásokat. Véleményük szerint ezeket a képességeket fejleszteni valószínűleg csak önismereti úton lehet (Höck, 1975).

A csoportpszichoterápiás tanulmányi szeminárium napirendje a következő. Reggeli

után az egész közösség megbeszéli az aktuális szervezési problémákat. Fél kilenckor elkezdődnek a kis csoportülések. Az önismereti kis csoportokat egy tréner és egy kotréner vezeti, lehetőleg egy férfi és egy nő. A csoportok 8 tagból állnak, szintén fele férfi, fele nő. A csoportok vezetése non-direktív, szabad-interakciós jellegű, elsősorban az interperszonális kapcsolatok itt és most vonatkozásait figyelik. Valóban hatásosnak ők is az interperszonális konfrontációt tartják, magasra értékelik. (Németül a „sich auseinandersetzen” fejezi ki ezt az interakciót, erre megfelelő magyar kifejezés nincs.) A kis csoportülés másfél órát tart. Naponta kétszer reggel és délután van ilyen kis csoportülés, a szeminárium nyolc teljes napját alapul véve 16 alkalommal van együtt egy-egy kis csoport. Ennyi idő alatt a csoportfolyamat megindul és általában kialakul kohézió. Elkezdődik a csoportvezetőkkel, mint tekintélyekkel szembeni agresszív színezetű problémakör megbeszélése is.

A szeminárium vezetői innen kezdve számítják a csoportfolyamat második fázisát. Nagyon fontosnak tartják az autoritással kapcsolatos érzelmek megjelenését és megbeszélését. Naponta egyszer délelőtt minden csoporttag részt vesz mozgásterápiás (non verbális terápia) kis csoportban. Ebben a csoportban a gyakorlatok a csoportban kialakult szubfázisokhoz idomulnak, soha nem kezd olyan gyakorlatot a mozgásterapeuta, amely például túllépné a csoporttagok közt már kialakult bizalom lehetőségeit. Igen sok kis csoport struktúra, egymásközi viszonylat sokkal világosabban rajzolódik ki a gyakorlatok során, mint például a verbális csoportban. Az egyes tagok konfrontálódnak önmaguk szociometriás helyzetével a kis csoportban, a különböző együttes mozgások tükrében.

Ebéd előtt még másfélórás pszichodiagnosztikai feladatokat végeznek a résztvevők, vagy pedig valamilyen művészi feladatot kapnak. Klein-Pritzben ez festést jelentett megadott témára. Ilyen téma volt: én a csoportban; a csoportom; milyen vagyok; milyen szeretnék lenni stb. Hosszabb ebédszünet után délután ismét a szabadinterakciós kis csoportülés, majd este nyolctól tízig a nagycsoportülése zajlott. Ily módon nyolc nagycsoportúléseken vehettem részt, mint a nagycsoport egyik vezetője. A hazai Pszichoterápiás Hétvégeken és néhány más külföldi pszichoterápiás tudományos rendezvényen szerzett nagycsoport vezetési tapasztalatok után igen érdekes volt ezeken az alternáló kis- és nagycsoportúléseken résztvenni. A nagycsoportok létszáma 53 volt. Történt tudományos igényű regisztráció, magnetofon-felvétellel, Hill szerinti interakció-jelöléssel, topográfiai interakció-rögzítéssel. A regisztrálás komplex módszerét Höck dr. a Magyar Népköztársaság és az NDK közti egészségügyi egyezmény keretében tett magyarországi tanulmányútja során vette át a IV. Pszichoterápiás Hétvégen alkalmazott regisztrálási módszert (kidolgozta: Harmatta J. dr., Lust I. dr., Szőnyi G. dr.) megismerve. Ezek az alternáló nagycsoportülések is azt mutatták, hogy a nagycsoportok egy tudományos rendezvény szisztémájában a tudományos rendezvény látens áramlatait képesek tükrözni, sokkal jobban megérthető bennük az egész szeminárium eseményfolyamata és annak összetevői. Az alternáló nagycsoport a kis csoportokkal együtt dinamizálja az egész rendszert, elsősorban oly módon, ahogyan erre először a francia Béjarano mutatott rá, az indulatáttétel disszociációjával. A kis csoportba koncentráldik a pozitív, a nagycsoportba a negatív indulatáttétel.

A nagycsoportúlésekkel szemben eleinte idegenkedés mutatkozott, azonban ahogyan előrehaladt a szeminárium munkája, beépült a résztvevők kognitív és emocionális szférájába. Megfogalmazták, hogy a nagycsoport számukra átmeneti védett modelljét nyújtja a munkahelyi közösségeiknek is.

Naponta kétszer ültek össze csoportba tréner megbeszélési az egész szeminárium és kis csoportjaik aktuális eseményeit, a folyamat alakulását. A tréner-csoport Höck vezetésével ugyanazoknak az elveknek az alapján dolgozott, mint az önismereti kis csoportok. Mindig az itt és most helyzetből indultak ki, elemezték az egymásba átmenő viszonylatokat. A tréner viszonyulása az egész szeminárium vezetőjéhez Höckhöz, az ő kapcsolata velük, elvárása, féltelmei, sztereotípiái a különböző interakciókban, a tréner egymással való kommunikatív küzdelme, érzelmi kapcsolatai mind nyílt megbeszélés tárgyát képezték. Figyelemre méltó volt mindvégig a demokratikus légkör a tréner-csoportban. Nagy jelentőséget tulajdonítottak annak, hogy a tréner egymásközi, a szeminárium vezetőivel való kapcsolata hogyan hat ki az egész szeminárium életére, az egyes szerkezeti elemek részrendszerére. Így folyamatosan meg tudtuk figyelni a szeminárium mint szisztéma interaktív történéseit, és ezek tudatosításával korrigálni lehetett zavaró interperszonális tényezőket a tréner-csoport munkájában. Ez tette lehetővé, hogy a szabályozás sok eseménye mind a nagycsoport üléseken, mind pedig a záró kiértékelésen (feed back) nyilvánvalóvá vált.

Összefoglalóan: a Német Demokratikus Köztársaság Orvosi Pszichoterápiás Társaságának tanulmányi csoportpszichoterápiás közössége a csoportpszichoterápia tanulmányának fejlett és differenciált formája. Alkalmas különböző adottságai miatt arra, hogy még egy hazánknál lényegesen nagyobb területű, iparilag fejlettebb országban is mint

az NDK, hosszú időtartamú, földrajzilag változó székhelyű feltételek mellett intenzív csoportpszichoterápiás tanulási lehetőséget nyújtson sokaknak. Jelenleg az NDK-ban két ilyen tanulmányi csoportpszichoterápiás közösség működik. Mindkettőben dolgozik egy csehszlovákiai, illetve egy magyar szakember az 1973-ban Prágában a szocialista országok által aláírt Pszichoterápiás Tézisek szellemében.

Ezúton fejezem ki köszönetemet a meghívó NDK Orvosi Pszichoterápiás Társágnak és elnöküknek OMR dr. Kurt Höck-nek; Dr. Jürgen Ott-nak, aki messzemenően segítségemre volt mint csoportvezető társam abban, hogy egy másik kultúra szakembereinek nyelvi és non-verbális kifejezőmódjába valamint ritualizált viselkedési formáiba bele tudjam magamat élni. Beszélgetéseink során felmerült terv az interperszonális kommunikáció összehasonlító vizsgálatára magyar és német nyelvterület között.

Szeretném megköszönni a Magyar Orvosi Társaságok és Egyesületek Szövetségének messzenem érkező és anyagi támogatását, amellyel utamat segítették.

Hidas György dr.

Tapasztalatok a Barcelonai Pszichiatriai Klinikán

1975. október 19—26-ig *Ramon Sarró* prof. vendégeként tartózkodtam Barcelonában. Az egyetlen hét alatt szerzett benyomások alapján aligha lehetne átfogó képet szerkeszteni a spanyol pszichiatria jellegéről és természetéről. Még a „katalán” pszichiaterkek nézeteiről, vizsgálati módszereiről és terápiás elveiről nyert információim is nehezen foglalhatók egységbe. A kollégákkal, de különösen a vendéglátómmal folytatott eszmecsere kölcsönös, kiterjedt tapasztalat átadásokra nyújtottak alkalmat. Ezek keretében bepillantást nyerhettem a spanyol iskolák néhány jelentős szemléleti irányzatába, de elsősorban — és ez talán természetes is — Sarró prof. felfogását ismertem meg.

Bár *R. Sarró* rövid idő előtt nyugdíjba vonult, tevékenysége továbbra is a klinikához köti; szinte egyedüli irányítója maradt a pszichiatria egyetemi oktatásának és a szakorvosképzésnek, megtartván egy tekintélyes szaklap főszerkesztői irányítását is.

A négyszázéves Barcelonai („Katalán”) Egyetem Spanyolország 16 egyeteme közül a legrégebb. Közel egy-évszázados Pszichiatriai Klinikájának, az orvosi fakultás „Departamento de Psiquiatria y Psicología Médica”-jának jelenlegi igazgatója — Sarró utóda — „catedrático” *J. Obiols*. A 110 ágyas klinika kizárólag pszichiatriai profillal rendelkezik. A neurológiai tanszék nem képez önálló egyetemi egységet, hanem csupán egyik részlege a Belgyógyászati Klinikának, s egy rendkívüli tanár vezetése alatt áll.

Ami a Pszichiatriai Klinika tudományos irányultságát illeti, *Obiols* prof. és munkacsoportja, ezen belül egyik helyettese *J. Pujol Domenech* prof. is, elsősorban a rövid analitikus explorációs és „kathartikus” módszerek után kutat, mely eljárásaikat iv. subnarcosisban végzik. E sajátos érdeklődésből eredő beállítottságukat megfelelően a klinika addig gazdag és változatos psychotikus beteganyagát többségében neurotikus kórformák váltották fel; ezt a változást a volt igazgató-tanár sajnálatos körülményként emlegeti. *Obiols* prof. másik helyettese *C. Ballus* prof. különösen a klinikai oktatásban veszi ki részét. Érdeklődési körének központjában az endogen psychosisok feltételezett kórlényegét képező, valamint a psychopharmaconok hatásmechanizmusait jelentő biochemiai és pharmacológiai vonatkozások állnak.

A psychotikus betegek kezelésében a relaxációs-convulsiv terápia alkalmazásával kapcsolatban megfontolt tartózkodást tapasztaltam. A javallati terület a schizophréniák heveny izgalmi állapotaira, a stuporos képekre és az idült képek exacerbatiós szakaira, valamint psychoreactiv recidíváira szorítkozik; a depressiós betegek E. S.-kezelésére csak kivételesen kerül sor. Insulin-coma-terápiát nem alkalmaznak, psychochirurgiai műtéteket nem javasolnak. A magas-potenciálú neuroleptikus terápia — szemben a düsseldorfi iskola intelmeivel — végig „cholinergolytikus nyertékban” végzik. A még csak labilis remissióba jutott acut és rendeződött krónikus schizophréniás betegeiket — lehetőség szerint — depot-neurolepticumra beállítva bocsátják el, jöllehet a fenntartott kezelésnek eme formája, a területi psychoambulatorikus rendszer fejletlen volta rá való tekintettel, a klinikán kívül alig biztosítható. Ugyanez vonatkozik a hazabocsátott cyclothymiás betegek recidíváinak elhárítását célzó, prolongált lithium-terápia fenntartására is.

Érthető, hogy a klinika — aktuális beállítódásánál és jelenlegi beteganyagánál fogva — elsősorban a psychoterápiás eljárások alkalmazásában érdekelt. Ezek meghatározásában és bevezetésében *Sarró* prof.-nak különös szerepe volt. Ő maga, miként elmondta, 1926—29-ig *P. Schilder* mellett a Bécsi Idegklinikán dolgozott, egyidejűleg közvetlenül *S. Freud*-tól és munkatársaitól tanulta a psychoanalysis „őstechnikáját”.

Ezen orthodox, „dialogus”-módszerekkel szemben kezdettől fogva fenntartó volt. Az „Übertragung”-ot olyan interpersonális phaenomenologiai tényállásnak tekintette, melynek a suggestio lényeges eleme; ez pedig óhatatlanul befolyásolja a beteg kritikáját, irányítja asszociációit, helytelen értelmezések elfogadására bírhatja. (Sarró-nak ezt az aggályát *D. Langen* is jogosnak tartja.) A „dialógus”-situáció további hátránya, hogy a páciens kioldva természetes interpersonális kötelékeiből, „ráutalt” kötődésbe kerül az orvos személyével; ha ez fixálódik, az egészséges szociális alkalmazkodásbeli képesség kialakításának akadályává válik. Mivel az interpersonális kontaktusok zavara csaknem minden neurotikus állapot feltétele vagy következménye, a terápia súlypontja ennek megszüntetésére kell, hogy irányuljon.

A csoport-situációban alkalmazott „behaviourista” és „operans”, valamint psychodramatikus eljárások az emberközi kapcsolatok kialakítását és visszaállítását különösképpen szolgálják. Sarró a *J. Z. Moreno*-tól tanult módszereket nemcsak számos árnyalattal gazdagította, hanem új elméleti tartalommal is feltöltötte. A klinikán jelenleg alkalmazott psychodráma — technikáját tekintve — *A. Schützenberger*, *J. Enneis*, *Rojaz Bermudez* és *Sarró* felfogásának jegyeit tükrözi. E jelenlegi módszer a kezelést vezető orvos számára bizonyos fokozati elvek betartását írja elő; ezek értelmében a betegnek először egy „transition”-hoz kell eljutnia, azaz meg kell tanulnia, hogy miként lehetséges saját tapasztalatainak köréből a terápiás situáció által teremtett „representatív” körbe „átlépnie”. A második követelmény a „transformation” fokozatának elérése: ekkor a páciens már arra is képessé válik, hogy saját viselkedési attitűdjeibe ezeket az újonnan tanult mintákat bevigye és sajátjaiként alkalmazza. Lényeges továbbá, hogy a terapeuta mindenkor utánozható („mimetikus”) és „kathartikus” értékű szerepeket is készítsen a betegek számára. Sarró prof. *Miguel Unamuno* filozófiai nézeteiből és *Luigi Pirandello* drámáiból vonja le azt a következtetést, hogy a psychodramatikus viselkedési mintáknak nem kell feltétlenül valóságúkének lenniük, hiszen ennek a követelménynek a mindennapi élet szerepei sem felelnek meg. Sokkal inkább kell törekednünk arra, hogy ezek a „kreált viselkedésminták” reális, értékhorizontó emberi kapcsolatok megteremtéséhez vezessék el páciensünket. Ezen a valóságos *Sarró* prof., saját egzisztencialista felfogása szerint az „empathiás valóság”-ot érti.

A klinika neurozisz-koncepciójának egyik lényeges szemléleti eleme szintén eltér a hagyományos mélylélektani állásponttól. A neurotikus állapotok keletkezésében a gyermekkori konfliktusok szerepét nem teszük abszolúttá; a felnőttkori traumatizációknak, az ezeket kísérő túlerős vegetatív reakcióknak, valamint az eltanult hibás tartásoknak jelentőségét hangsúlyozva, *Eysenck*, *Petrlowitsch* és *D. Langen* nézeteivel azonosulnak.

A spanyol pszichiatriában a német és francia iskolák befolyásainak eredményeivel egyaránt találkozunk. Ez a körülmény sajnálatos módon nehezíti a psychopathologiai fogalmak pontos elhatárolását és tovább növeli a pszichiatriai nyelvezet „bábéli zűrzavart”-át. Példaként utalok *Kraepelin*, *E. Bleuler* és *K. Schneider* rendszertanainak relatív érvényére. Így a „dementia praecox” — követve *Morel* hagyományos definícióját — csak a fiatalkori, idősülésre hajló, feltétlenül progresszív lefolyású és kedvezőtlen kimenetelű (heboid, simplex és cataton) schizophréniaformák megjelölésére szolgál. Ezeket az állapotokat egy ma még ismeretlen, de bizonyosan feltételezhető „somatosis” eredményének tartják. A demencián mindenkor — s ezt hangsúlyozzák — az affectivitás deficiens természetű zavarát értik. Megát a „schizophrénia”-elnevezést jobbra csak a szakaszos és hullámzó lefolyású, többnyire paranoiid tematikájú és kevésbé súlyos végállapotokhoz vezető esetekre nézve tartják fenn. Ezek létrejöttében több teret engednek az alkati reakció-készenlét fajlagosságának, melyet a gyakori reverzibilitás ténye is alátámaszt. A heveny schizophrénias képek, éles nosologiai határvonalak megvonása nélkül, az „akut confusiók” és a „deliriumok” csoportjában kaptak helyet. Ez a Claude-féle hármast elv, mint ismeretes, H. Ey modern felfogásába is átkerült. — Egyértelműen megállapítható, hogy a francia és spanyol iskolák a schizophrénias képek osztályozásában fokozott jelentőséget tulajdonítanak a lefolyás jellegzetességeinek. E jegyek a diagnózist meghatározó feltételek szerepét töltik be, szemben a német nyelvterületi iskolák nézeteivel, ahol a „schizophrénia” egyidejűleg gyűjtőfogalom és aktualdiagnosztikai kategória. A „Wahn”-állapotokat a spanyolok, a franciákhoz hasonlóan, „deliriumok”-nak nevezik. Az exogen psychosisok értéksalódásait, az ún. eidoliákat (azaz a pareidoliákat, vagyis illúziókat, és a proteidoliákat, vagyis hallucinációkat) a „deliriumok”-tól elhatárolják. Ilyen értelemben pl. a schizophrénias verbal-hallucinációk „deliriumok”, azaz „Wahn”-jelenségek. *E. Kretschmer* „constitutio”-tana a spanyol pszichiatriában nem vert gyökeret, annál inkább elfogadták a sensitiv fejlődésekre utaló több-dimensiót nézetét. Az utóbbi koncepció kiterelvényesedett és számos sok-tényezős kérdésfeltevési módszernek adott helyet.

A spanyol psychopathologiai gondolkodásban fokozottan érvényesül *Nicolai Hartmann* kategória-elmélete, melynek klinikai adaptálása *Barahona Fernandez* nevéhez fűződik, s így a portugál szellemi befolyás eredményének tűnik. Érdekes pl. a „subli-

matio" psychologiai jelenségének a „kategórikus visszatérés” szabályával való értelmezése. Eszerint a biológiai ösztönző történések kategóriájában lefolyó események törvényszerűen tükröződnek a mentális kategóriákban is, tehát nem új jelenségekről van szó, hanem csupán az előbbiekről újra megjelenéséről.

Az endogen psychosok somatogenesisét szükségszerűen feltételezik: így a biogen aminok anyagcserezavarát megértésíteni látszó eredményekben éppen úgy, mint a kétségtelenül hatékony lítium-terápiában a testi betegségeredet garanciáját látják. Psychogenetikai értelmezéseknek csak a tágabb értelemben vett psycho- és karakterneurosisok, továbbá a feltételezett „psychogen psychosok” eseteiben engednek teret.

Francisco Llavero decompensatio-elméletének is számos híve van. E felfogás szerint a neurológiai és psychiatriai betegségtünetek, teljességükben vagy részben, valamilyen „functionalis decompensatio”-nak a kifejeződései. Ezeknek a tüneteknek a felismerése és követése a diagnosztikai gondolkodás alapja. A decompensatiót felderítve juthatunk csak el az ismert vagy ismeretlen „noxa” tanulmányozásához. A decompensatio és a compensatiós tényezők ismerete nélkül adquat terápiára sincs lehetőségünk. *Lopez Ibor* nevére is gyakran hivatkoznak, midőn az ún. „larvált endogen depressiók”-ra utaló neurotikus, phobias, szorongásos és psychosomatikus tünetek után kutatnak. Ibor számos ilyen „depressiós aequivalens”-t írt le, s az atipusos larvált depressív formákat a „szorongásos thymopathiak” gyűjtőfogalma alatt egyesítette.

Az „anthropologiai phaenomenologia” — ma már letűnő irányzatának — spanyol művelői közt szintén *Sarró* prof. neve áll az első helyen. *L. Binswanger* túlzásaitól mentesen, felfogását elsősorban *E. Cassierer* filozófiájára alapozza. A psychotikus tünetekből nem kovácsol sem szubjektív világképet, sem egy kórosan megváltozott „létezési formát”, hanem csupán bizonyos „delirás” és paraphreniás tünetek elemzésére vállalkozik. A kóros szimboliztikák élményi hátterének feltárásában megmarad objektív elemzőnek. A „Wahn”-jelenségek pontos leírását „deliriographiá”-nak, magyarázó kifejtését „deliriologia”-nak nevezi. E jelenségek leírása és aestheticai jellegű magyarázata során használt kifejezései (mint a mythogeme, a soterologia, az eschatologia, stb.) inkább érdekesek, semmint jelentősek; plasztikusan illusztrálják a prof. gazdag képgyűjteményét, mely elsősorban schizopreniás alkotásokat foglal magában. Kétségtelesen jelentős az a megállapítása, mely szerint a schizopreniás processus specifikus „kreatív tevékenység” elindítója lehet. Ez a tüneti jelenség, sem Kraepelin, sem E. Bleuler munkáiban nem kapott rangos helyet.

Tanulmányutam során látogatást tettem az „Instituto Municipal de Psiquiatria” 96 ágyas kórházi részlegén is, mely *J. Costa Molinari* prof. vezetésé alatt működik. Ezen az aktív osztályon a „nagypsychiatriai” esetek változatos formáival találkozom. Az intézmény még detoxikáló apparátussal is rendelkezik az alkoholisták és a kábítószerfogyasztók akut excessusainak ellátására. Ide veszik fel a suicid altatószermérgezetek jelentős részét is. Évenként közel háromezer személy kerül felvételre a félig nyitott rendszerű intézetbe. Az ES-kezelések tekintetében, a klinikához viszonyítva itt valamivel nagyobb aktivitással találkoztam. Előszeretettel végzik a schizopreniás betegek 3-lépcsős neurolepsiát (1. hypno-sedativumok, 2. incisív szerek, 3. depot-készítmények). Molinari-tól (ki egyébként a Barcelonai Autonóm Egyetem Psychiatriai Klinikájának rendkívüli tanára) néhány érdekes adatot is kaptam az elméjű helyzetére vonatkozólag. Így tőle tudtam meg, hogy Barcelona 3,5 millió lakossága közel ötezer elmeágyggyal rendelkezik, ami mill-indexben 1,42. E számhoz járul további 2,5 ezer férőhely a neurotikus-funkcionális esetek számára. Egész Spanyolország 35 millió lakosára átszámított mill-index 1,26-ot tesz ki. Ugyancsak Molinari számolt be arról is, hogy gyakorlatilag csak önkéntes elvonó kezeléseket végeznek; kötelező kezelésekre elvételre kerül sor, ha bíróságok rendelik el azokat. A Stopaethyl és Esperal szerek alkalmazásának jelentőségét a psychotherapiával szemben alárendelt jelenségűnek tartja. Különös jelentőséggel húzta alá a csoport-terápiás foglalkozások fontosságát. A fekvő-intézeti kezelés eredményes minimumaként az 5—6 hónapot jelöli meg.

Az elmeosztályokon igazságügyi felülvizsgálatra kizárólag konkrét feljelentés esetén kerül sor, de az ilyen esetek ritkák. Molinari úgy véli, hogy minden kórházi kezelés tartalmaz korlátozásokat és helyteleníti, hogy bizonyos országokban a bizalmatlanság éppen a psychiatria területén került emancipált helyzetbe. Az intézetben tartott megbeszélésen *Sarró* prof. is részt vett. Az antipsychiatriáról szólva megjegyezte, hogy ennek képviselői végeredményben antiszcientifikusok, s „a tudományosan képzett és morális alapokon álló psychiatrista önmagához nem méltó szerepet vállal, ha a tudománytalanság képviselőivel bocsájtkozik vitába”.

Az involúciós depressiók sok-tényezős szemléletéről tartott előadásomat a klinika orvosai érdeklődéssel hallgatták. A vita során számos kérdést tettek fel szakmai és etikai szemléletünkkel kapcsolatban. Különösen nagyra értékelték az idegrendszert érintő hálózatunk révén megvalósítható „extramuralis” ellenőrzés és kezelés lehetőségeit.

Rövid tartózkodásom alatt sajnos nem került sor a Barcelonai Autonom Egyetem alig tíz éve működő Psychiatriai Klinikájának meglátogatására, melynek vezetője Ruiz Ogara prof. A két klinika volumenét és szervezeti felépítését tekintve közel azonos egymással.

Zárószavamban köszönettel emlékezem meg Sarró prof. páratlan vendégszeretetéről, melyet fáradhatatlan gondoskodásával, értékes instrukcióival, személyes jelenléteivel és magántermészetű meghívásaival juttatott kifejezésre.

Simkó Alfréd dr.

Beszámoló a zürichi tanulmányútról

Zürich és a Zürichi Kanton különböző psychiatriai intézetének látogatása és a vezetőikkel folytatott konzultációk, a rendelkezésemre bocsátott dokumentáció alapján lehetőségem nyílt Svájc ezen területének psychiatriai munkafeltételeiről és az aktuálisan folyó mindennapi munkáról információkat kapnom és ezek összefoglalását a Szemle olvasóinak részére érdeemesnek vélem.

A közel hat és félmillió lakost számláló Svájcban 16 400 elmebeteg ágya van és ebből hat intézetben 2300 ágy működik a Zürichi Kanton területén. Ugyancsak itt egy újabb intézet működése — csaknem 600 ágygal — a közeljövőben várható. A zürichi kantonban, melynek 1 100 000 lakosa van, működik még 380 ágy epilepsiások, 35 ágy alkoholisták és 80 ágy gyermekpsychiatriai betegek részére. Ugyancsak a zürichi kantonban 110 férőhely áll rendelkezésre az éjszakai, 63 pedig a nappali kórházak részére.

Magyarországi fogalmak értelmében a psychiatriai betegek gondozása nem megszervezett. A területhez kötött ellátás elvét igyekeznek realizálni és a zürichi kanton déli részét Zürichre, annak egyetemi Poliklinikájára kívánják koncentrálni, míg az északi részen két centrumot kialakítani Rheinauban és Embrachban.

Burghölzli a zürichi egyetem Psychiatriai Klinikája. Régi tradíciókkal rendelkező intézmény, melyet M. Bleuler tanítványai vezetnek. A betegellátó részlegnek igazgatója N. Ernst professzor és ezen a részlegen összesen 450 ágyon különböző betegosztályok működnek a régi épületen belül építészetileg követésre méltóan modernizált feltételek között. Az évi betegfelvétel kb. 1300, közülük 500 a schizophren, 100 a különböző neurosis, kb. 120 az organikus psychosis, a többi pedig különböző egyéb megbetegedés. Évenként kb. 25 exitusuk van. A betegek általában zárt részlegre kerülnek és a klinika nyílt osztályáról távoznak, ugyanakkor biztosítják, hogy a különböző osztályokon keresztül mindig ugyanaz az orvos biztosítsa a gyógykezelését, ezenkívül psychoterápiáját (Fallarzt). Elbocsátást követően utókezelést nem biztosítanak. Az osztályok foglalkoztatási és szórakozási feltételeket biztosítanak a betegek részére. Kezelési elvek újat nem mondanak, az ES kezeléstől igyekeznek tartózkodni, bár rendszeresen alkalmazzák. A neurolepticumok közül a Laponexet nem tartják mellőzhetőnek. A klinikai részlegnek van egy Igazságügyi Elmemegfigyelő részlege. A klinika másik egysége a kutatómunkát biztosítja, a Forschungsdirektion igazgatója J. Angst, mellette dolgozik ugyancsak professzori beosztásban Ch. Scharfetter. Ennek a részlegnek 30 munkatársa van, önálló fekvőbeteg részleggel nem rendelkezik, a nagyszámú klinikai megfigyelést tudományos munkához az előbb említett klinikai részlegnek biztosítják, a másik részleggel való kooperáció alapján a két igazgató együttműködése biztosítja a felmerülő nehézségek megoldását. A kutatórészleg egyik fő területe a psychopharmacologiai vizsgálatok és a gyógyszerek anyagcserejének, hatékonyságának elemzése. Példamutató precizitással történik az adatok összegyűjtése és számítógépes feldolgozása. Ennek a módszertanának ismerete alapján aligha lehetünk megelégedve a hazai ilyen jellegű vizsgálatokkal. Kiterjedt vizsgálat folyik a psychosisosok genetikai tanulmányozásában, elsősorban rokonsági kutatások alapján. Jelenleg 215 endogen-psychotikus betegnek, átlagosan kb. 25 elsőfokú rokonának a vizsgálatát végezték el és ennek az értékelése folyamatban van. A psychopathologiai kutatásokban az egyes kórképeken belül a syndroma változásokkal foglalkoznak és ennek meghatározott tényezőit próbálják felderíteni. Ez a kutatás még az adatgyűjtés fázisában van. Ez a kutatómunka egy széles nemzetközi kollaborációnak a résztvevőenysége.

Az experimentális alkalmazott pszichologiai vizsgálatokban, A. Dittrich pszichológusnak a vezetésével a túlterhelésnek (filmrészleteknek, zenedaraboknak értelmetlen összevágása), valamint az ingerdeprivációnak (sötét, hangtalan szobában teljes izoláció) vizsgálják a psychosist meghatározó szerepét. Egy másik munkacsoport M. Sieber pszichológus vezetésével pedig a drog-fogyasztás társadalmi terjedését és feltételeit, valamint a drog-fogyasztásnak a személyiség struktúrával fennálló összefüggését vizsgálja. 1971-ben egy többeszes fiatalokorú populációnak a felmérésekor 5%-ban, 1974-ben

pedig 10%-ban találtak súlyos drog-fogyasztókat, amikor az alkalmi drog-fogyasztók száma százalékosan nem emelkedett.

Szilárd bázist jelent a kutatómunkában az elektrofiziológiai laboratórium, amelyiket *N. Lehmann-Koukou* asszony vezeti. Elsősorban a hallucinogeneknek az agyi elektromos tevékenységre kifejtett hatását vizsgálja. Hasis hatása mellett fokozódik az adott populáció lassú hullám tartománya. Több olyan esetet gyűjtöttek össze, akiknél az epilepsia során kibontakozó psychosist EEG-vel vizsgálták. A hydantoinok mellőzésével és butyrophenonok adásával a psychosistakat rendezni lehetett. Ezekben a psychosistokban a butyrophenon „elégséges meredek hullámot” produkál. A phenothiazin hatást psychosistokban szinkronizációs tendenciákban fogalmazzák meg.

A Pszichiátriai Klinika harmadik részlege a szociálpszichiátriai szolgálat, melynek vezetője *A. Uchtenhagen*, aki munkatársaival részben a klinikáról elkerült, részben az egyetemi poliklinikáról, vagy magán szanatóriumokból átvett betegeknek gyógykezelését és szociális ellátását biztosítja. 30 férőhelyes, nagyon jól szervezett nappali kórházat irányít, melynek pillanatnyilag legnagyobb nehézsége a svájci munkanélküliség miatt a munkafeltételek biztosítása. Éjszakai kórháza van, valamint a nálunk ismeretlen elmebeteg-otthonnal rendelkezik. Az utóbbit a lényegileg gyógyult, csak időszakos ellenőrzésre szoruló olyan elmebetegek részére tartják fenn, akik nemcsak önellátóak, hanem munkavállalás, vagy egyéb feltételek mellett önálló megélhetési forrással rendelkeznek. Családtérápia adja a gyógyszeres és foglalkozásterápia mellett a szociálpszichiátriai szolgálatnak a mindennapi gyógyító munkáját. Főiskolát végzett munkaterapeutákkal rendelkezik.

Az egyetemi pszichiátriai poliklinika, mely szintén részt vesz az orvos- és szakorvosképzésben *Kind* professor vezetésével lényegileg a Zürich város pszichiátriai szakrendelését biztosítja azok részére, akik nem privát szanatóriumokat vesznek igénybe. 1973-ban csaknem 2000 új beteget és csaknem 1000 régi beteget látott el, 60 betegnek biztosította a rendszeres psychoterápiát. Rendelkezik egy 22 ágyas neurosis részleggel. Foglalkozás-, csoport- és egyedi psychoterápiára, ritkán hipnózisra, gyakrabban az autogén tréningre helyezik a fő súlyt.

Az egyetemi Pszichiátriai Klinikán minden szerdán egy házi tudományos ülést szerveznek, szombaton pedig külső előadókkal továbbképzést biztosítanak. Az orvosképzésben a III. évfolyamon a klinika propedeutica keretében két héten át oktatják az orvosi pszichológiát, majd a három felső évben háromszor két héten át pedig a pszichiátriát, a VI. év végén van a pszichiátriai szakvizsga. A gyakorlati oktatás keretében egy aszisztens 8—10 medikussal foglalkozik.

A Rheinai Pszichiátriai Klinika, mely 1967-ben tartotta fennállásának 100. évfordulóját, néhány éve kezdte meg a régi kolostori épülettől távolabb a város szélén egy teljesen modern létesítmény keretében működését. Összesen 850 ágygal rendelkezik, évenként 250 új beteget vesznek fel, évenként kb. 60 halottjuk van. Ezek az adatok is mutatják, hogy nagyszámban vannak elfekvő betegek. Igen korszerű a foglalkoztatás lehetőségeik és idős betegek foglalkoztatására szervezeten is, jó feltételek mellett és jó hatékonysággal gondoskodnak. Igazgatója *R. Knab* főorvos, aki Baseltől került az intézet élére.

Alkalmam volt meglátogatni az epilepsiás betegek kivizsgálását és gondozását biztosító és a volt igazgatója *Landolt* professzor vezetése alatt nemzetközi tekintélyre szert tett intézetet. 13 orvos, 4 pszichológus mellett több munkaterapeuta, a gyermekek tanulását biztosító pedagógusok dolgoznak az intézetben. A modern 60 ágyas és nagy ambulanciai feltételekkel rendelkező intézet néhány éve készült el. Betegeik utókezelését is biztosítják. A különböző módszereket alkalmazó EEG vizsgálatok mellett nagy súlyt helyeznek az antiepilepticumok vérszintjének meghatározására. Terápiás gyakorlatokban a korszerű precíz megfigyelés és értékelés kapja a hangsúlyt. Komplex kezelés álláspontján vannak, a nálunk ismert gyógyszerek közül az Ospanolot igyekeznek mellőzni. A Rivotril epilepsiás statusban — csaknem kizárólagosan — alkalmazzák. Átépités alatt van a nappali kórházuk modern nagy munkatermekkel és ezen kívül egy kb. 100 ágyas utókezelő otthonnal rendelkezik.

A kanton egész területén fekvőbeteg intézetekben a magasszintű higiéniés feltételek mellett a betegellátás gördülekenységét és a korszerű gyógykezelés maximális hatékonyságát nemcsak az orvosi kar magasszintű képzettsége, hanem a főiskolai képzettséggel rendelkező ergo- és szocioterapeuták nemcsak magas létszáma, hanem hivatástudata is biztosítja.

Dr. Juhász Pál

QUARELIN[®] tableta

Spasmoanalgeticum

Az összetett hatóanyagú Quarelin tableta egyesíti a fájdalomcsillapító és hőcsökkentő novamidazophenum, a központi izgató és értonizáló coffeinum és az ezek görcsét oldó drotaverinum hydrochloricum előnyös hatásait.

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 40 mg drotaverinum hydrochloricum, 60 mg coffeinum és 400 mg novamidazophenum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Fejfájás, elsősorban migraines roham. Hatásosnak bizonyult elsősorban az érgörcsből eredő — a szokásos fájdalomcsillapítókkal nem szüntethető — igen heves fejfájás és egyéb eredetű fejfájások megszüntetésére is.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 2–3-szor 1/2–1 tableta.

MELLÉKHATÁS: Mellékhatásként amidazophenum származékokra érzékeny betegeknél előfordulhat allergiás reakció.

FIGYELMEZTETÉS: Tartós adásakor — különösen az idősebbek esetében — a fehérvérsejtszám időnként ellenőrizendő.

CSOMAGOLÁS: 10 db tableta ára: 7,50 Ft.

MEGJEGYZÉS: ✕ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján az illetékes orvos szabadon rendelheti.

Lejárati idő: 3 év.



CHINOIN BUDAPEST

EUNOCTIN

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 1 tablettá 10 mg nitrazepam-ot tartalmaz.

HATÁS: A limbicus rendszeren, elsősorban a hippocampuson át ható altató, amely ezen központi idegrendszeri functionalis központok ingerküszöbét emelve akadályozza az élettani alvást gátló emotionalis ingerek érvényre jutását, így elősegíti a physiologiai alvást. Elaltató hatása 30—50 perccel az orális adagolás után fejlődik ki és 6—8 óráig tart. A polysynapticus gerincvelői reflexek gátlása útján izomrelaxáns hatást is kifejt. A harántcsíkolt izmok tónusos-clonusos görcsét oldja, anticonvulsiv hatása is van.

JAVALLATOK: Különböző eredetű alvászavarok, álmatlanság. Izomtónus-fokozódással járó organikus neurológiai megbetegedések. Fokozott psychés feszültséggel, szorongással járó psychiátriai kórképek, fekvőbeteg-gyógyintézet kiegészítő kezelésére.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravisban az Eunoctin tablettá alkalmazása ellenjavallt.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek este $\frac{1}{2}$ —1 tablettá (5—10 mg), idős, legyengült egyéneknek $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ tablettá (2,5—5 mg), csecsemőknek és gyermekeknek 0,25 mg/kg. Az organikus neurológiai és psychiátriai kórképekben alkalmazott dózist esetenként kell meghatározni.

FIGYELMEZTETÉS: Az Eunoctin hatását az alkohol potenciálja, ezért az Eunoctin-kúra során az alkoholfogyasztást kerülni kell. Más, központi idegrendszerre ható szerekhez hasonlóan a terhesség első harmadában az Eunoctin tablettá alkalmazása nem ajánlatos. Eunoctin bevétele után 10—12 óráig gépkocsit vezetni, magasban, veszélyes munkahelyen dolgozni nem lehet.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető

CSOMAGOLÁS:

10 tablettá 11,90 Ft,
200 tablettá 200,— Ft.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.