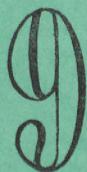


305 1071

2 077

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XXIX. ÉVFOLYAM
385—432. OLDAL



BUDAPEST, 1976. SZEPTEMBER

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, Miskolczy 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>P. Passouant:</i> Influence des états de vigilances sur les sécrétions hypophysaires	385
<i>Halász Béla dr.:</i> Újabb adatok az adenohypophysis működésének szabályozásához	394
<i>Huszár Ilona dr.:</i> Az öregkori szerződés-kötések igazságügyi elmeszakértői véleményezésének problémái	402
<i>Rózsa László dr., Gombi Rózsa dr., Gál Júlia dr.:</i> Meningo-corticalis („rete mirabile”) anastomosis kialakulása a meningealis arteriák és az arteria cerebri media között	418
<i>Szilágyi Á. Katalin dr.:</i> A liquorvétel helyének és módjának hatása a vizsgálati eredményekre	424
A Neurológiai Tudományok 8. Duna-szimpóziuma	431

INHALT

<i>P. Passouant:</i> Influence des états de vigilances sur les sécrétions hypophysaires	385
<i>B. Halász:</i> Neuere Daten zur Steuerung der Funktion der Adenohypophyse	394
<i>Ilona Huszár:</i> Probleme der psychiatrischen Begutachtung bei Vertragsabschlüssen im Alter	402
<i>L. Rózsa, Rosa Gombi, Júlia Gál:</i> Meningo-kortikale Anastomose („rete mirabile”) zwischen meningealen Arterien und der Art. cerebri media	418
<i>Katalin A. Szilágyi:</i> Die Abhängigkeit der Liquorbefunde von Stelle und Art der Entnahme	424

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

Influence des états de vigilances sur les sécrétions hypophysaires

P. PASSOUANT (Montpellier)

L'existence de sécrétions spontanées des hormones de l'hypophyse antérieure au cours du nyctémère a été récemment précisée grâce au développement des techniques radio-immunologiques et une relation avec l'alternance veille-sommeil a pu être identifiée.

Pour situer ce problème, les données concernant la sécrétion de G. H. seront rappelées. Des auteurs japonais: Takahashi et coll. (1968) [1] Honda et coll. (1969) [2] ont montré qu'un pic sécrétoire de G. H. de plusieurs nanogrammes survenait peu après l'endormissement lors du sommeil lent profond, au cours du 1^{er} cycle.

Cette liaison avec le sommeil devait être rapidement précisée. Un retard de l'endormissement de plusieurs heures entraîne un décalage dans la production de G. H. Le sommeil de jour est accompagné de la sécrétion de G. H., qui ne se produit pas durant la nuit [3].

Ces premiers résultats étaient en faveur d'une relation entre la synchronisation propre au sommeil lent et la sécrétion de G. H. Par contre, l'activation cérébrale propre à la veille et au sommeil paradoxal entraînait sa suppression.

Des données complémentaires devaient être apportées par l'influence de l'âge. Chez le nouveau-né, la production de G. H. est intense, en rapport avec l'importance des besoins énergétiques. Elle survient autant durant la veille que pendant le sommeil.

Par la suite, la sécrétion de G. H. diminue et sa relation avec le sommeil, possible d'après Vigneri et coll. (1971) [4] dès l'âge de 3 mois, n'est en fait précise qu'à partir de 4 à 5 ans. A cet âge, l'organisation monophasique de la veille et du sommeil est acquise.

Chez le sujet âgé, de plus de 50 ans, la sécrétion de G. H. liée au sommeil diminue ou peut disparaître, ce qui peut être mis en parallèle avec la diminution du sommeil lent profond.

Ainsi, la liaison G. H.-Sommeil, acquise avec l'âge, diminue vers la fin de la vie et une relation peut être retenue avec l'organisation monophasique de la veille et du sommeil au cours du nyctémère, ainsi qu'avec la qualité du sommeil lent profond.

Il était enfin important de connaître l'influence de facteurs métaboliques sur la sécrétion de G. H. liée au sommeil. Il est bien connu que la sécrétion de G. H. est influencée par de nombreux facteurs: exercice musculaire, hypoglycémie,

* Conférence à L'Université des Sciences médicales Semmelweis, Clinique Psychiatrique (Professeur JUHASZ) le 24 Mai 1976.

taux des acides gras, arginine, stress, etc... Il a été d'abord précisé que la sécrétion de G. H. liée au sommeil n'était pas associée à une modification du sucre sanguin, des acides gras, du cortisol [1].

Toutefois l'injection de corticostéroïdes, une élévation des acides gras par l'héparine, une hyperglycémie entre 3 et 4 grs entraînent une disparition de la sécrétion de G. H. liée au sommeil. Ainsi la sécrétion de G. H. contrôlée par un mécanisme neurologique lié au sommeil n'est toutefois pas complètement indépendante de facteurs métaboliques.

Nous avons abordé l'étude des relations des sécrétions hypophysaires avec les niveaux de vigilance dans trois directions :

1° La sécrétion de G. H. et de cortisol au cours du nyctémère, chez les narcoleptiques [5].

2° La sécrétion de G. H. et des gonadotrophines durant le sommeil au cours des cycles menstruels et lors d'aménorrhées secondaires [6].

3° La sécrétion de G. H. et des gonadotrophines durant le sommeil chez l'enfant et l'adolescent, ainsi qu'au cours de retards staturo-pondéraux [7].

Les études de 24 heures ont été faites chez des sujets couchés après enregistrement du sommeil de la nuit précédente. Les études de sommeil, d'une durée de 8 heures, ont été faites après deux nuits d'adaptation.

Les prélèvements sanguins ont été pratiqués toutes les 20 minutes dans une pièce adjacente à celle de l'enregistrement, par un cathéter antibrachial prolongé par un raccord de 2 mètres. Les méthodes radioimmunologiques pour doser G. H., F. S. H., et L. H. ont été celles de l'association CEA IRE SORIN sans modification. Tous les dosages ont été effectués en triple. La sensibilité de la méthode est d'environ 1 ng/ml et sa précision de 0,5 ng/ml.

La sécrétion du cortisol a été mesurée par radio-compétition avec une sensibilité d'environ 2,5 µg/100 ml pour le cortisol au cours de 2 prélèvements consécutifs par rapport au point initial.

G. H. et cortisol au cours de la narcolepsie

La narcolepsie nous a paru une affection de choix pour l'étude de la sécrétion de G. H. et du cortisol au cours du nyctémère.

Cette anomalie du sommeil se traduit en effet par une inversion des deux sommeils et la production du sommeil rapide dès l'endormissement. La durée totale du sommeil peut être très augmentée, atteignant 17 heures et plus lors des périodes évolutives de la maladie, correspondant aux « hypersomnies narcoleptiques » [8]. Ainsi l'alternance monophasique de la veille et du sommeil est-elle profondément modifiée à la fois par l'endormissement en sommeil rapide et par la longue durée du sommeil.

Avant d'exposer nos résultats, il paraît utile, à titre de comparaison de situer les modalités de sécrétion de G. H. et du cortisol, au cours des 24 heures chez le sujet normal, placé dans les mêmes conditions que le narcoleptique.

a) *Le sujet normal* : La sécrétion de G. H. est marquée par un pic unique, de 10 à 15 ngr, qui survient lors du 1^{er} cycle du sommeil de nuit en période de sommeil lent profond (stade IV). Une sieste durant le jour n'entraîne pas de sécrétion de G. H. (Fig. 1).

La sécrétion de cortisol se traduit par de nombreuses fluctuations, mais les pics maxima surviennent à la fin de la nuit (5 à 6 heures) et se prolongent après le réveil. Aucune relation n'est retenue avec le sommeil rapide, comme il l'avait été antérieurement envisagé [9].

b) *Le narcoleptique* : Chez 10 sujets d'âge compris entre 20 et 45 ans les anomalies suivantes ont été constatées :

1° La sécrétion de G. H. est toujours modifiée et la liaison avec le premier cycle du sommeil de nuit est perdue.

Les anomalies de sécrétion de G. H. ne sont pas univoques et deux types de sécrétion ont été observés :

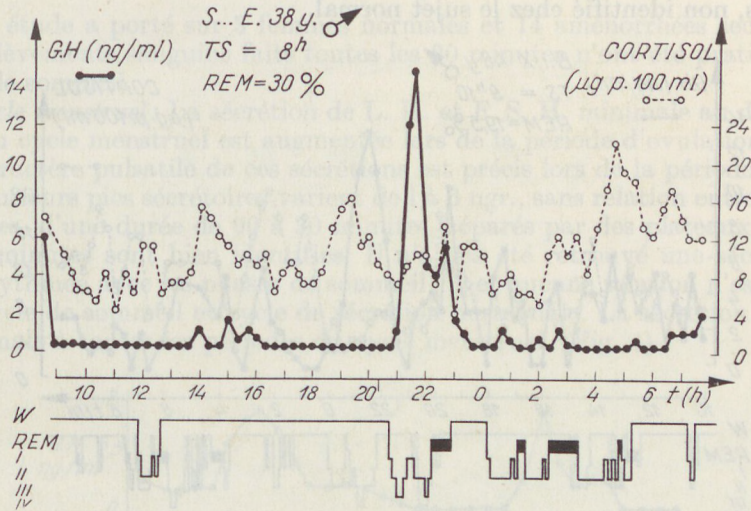


Fig. 1. Sujet normal — Pic de G. H. de 14 ng. survenant lors du 1er cycle du sommeil de nuit. Les pics sécrétoires de cortisol sont maxima entre 4 et 6 heures. En bas : diagramme des états de vigilance-W : vigilance; I, II, III, IV. les 4 stades du sommeil lent

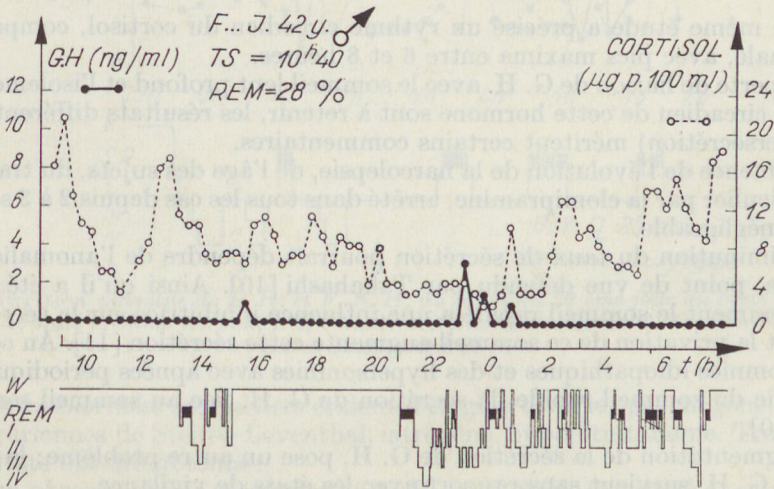


Fig. 2. Narcoleptiques — Hyposécrétion de G. H. — Sécrétion normale de cortisol-T. S.: sommeil total, En bas : diagramme des états de vigilance avec endormissement de jour et de nuit en REM

— une sécrétion diminuée avec absence de pics, ou pics peu nombreux (2 à 3), de faible amplitude (2 à 4 ngr/ml) sans relation avec le sommeil lent profond. (Fig. 2).

— une sécrétion augmentée, avec élévation de la sécrétion basale, de nombreux pics (5 à 10) survenant au cours du nyctémère, de 6 à 20 ngr/ml. (Fig. 3.)

2° La sécrétion de cortisol est proche de la normale. Elle se traduit par de nombreux pics dont l'amplitude maximale (20 à 30 ngr/ml) survient entre 4 et 10 heures.

3° Une étude statistique de l'ensemble de ces résultats, par analyse mathématique, a révélé l'existence d'un rythme circadien de G. H., situé entre 22 et 24 heures, non identifié chez le sujet normal.

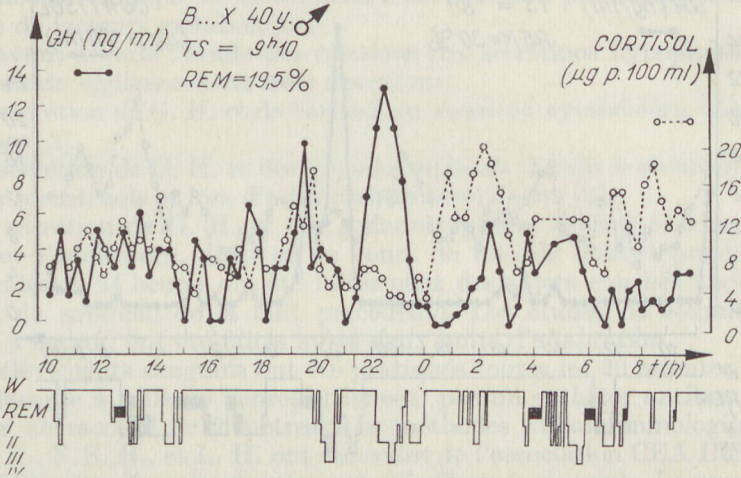


Fig. 3. Narcoleptique — Hypersécrétion de G. H. avec de nombreux pics au cours du nycthémère; En bas: diagramme des états de vigilance

Cette même étude a précisé un rythme circadien du cortisol, comparable à la normale, avec pics maxima entre 6 et 8 heures.

Si la perte de liaison de G. H. avec le sommeil lent profond et l'isolement d'un rythme circadien de cette hormone sont à retenir, les résultats différents (hypo ou hypersécrétion) méritent certains commentaires.

L'influence de l'évolution de la narcolepsie, de l'âge des sujets, du traitement en particulier par la clomipramine, arrêté dans tous les cas depuis 2 à 3 semaines a paru négligeable.

La diminution du taux de sécrétion pourrait dépendre de l'anomalie narcoleptique, point de vue défendu par Takahashi [10]. Ainsi qu'il a été indiqué précédemment le sommeil rapide a une influence inhibitrice sur la sécrétion de G. H. et la privation de ce sommeil augmente cette sécrétion [11]. Au cours des hypersomnies idiopathiques et des hypersomnies avec apnées périodiques, sans anomalie du sommeil rapide, la sécrétion de G. H. liée au sommeil serait normale [10].

L'augmentation de la sécrétion de G. H. pose un autre problème: la production de G. H. survient sans rapport avec les états de vigilance.

Ce type de sécrétion peut être rapproché de celui observé chez le jeune enfant, avant l'organisation monophasique de la veille et du sommeil: la sécrétion G. H. survient lors de n'importe quel état de vigilance.

Les narcoleptiques présentent une organisation polyphasique de la veille et du sommeil au cours du nycthémère. Chez certains d'entre eux soit lors des « hypersomnies narcoleptiques », soit lors de situations particulières type privation sensorielle [12], cette organisation est comparable à celle du nouveau-né. Lors de ces premières recherches nous avons soulevé l'hypothèse d'une involution des niveaux de vigilance au cours de la narcolepsie.

La modalité hypersécrétante de G. H., sans liaison avec le sommeil lent profond, comparable à celle du très jeune enfant est dans le sens d'une involution et précise notre hypothèse.

G. H., L. H. et F. S. H. au cours du cycle menstruel et des aménorrhées

Cette étude a porté sur 3 femmes normales et 14 aménorrhées secondaires. Les prélèvements sanguins faits toutes les 20 minutes n'ont été pratiqués que durant le sommeil.

a) *Cycle menstruel*: La sécrétion de L. H. et F. S. H. minimale au début et à la fin du cycle menstruel est augmentée lors de la période d'ovulation.

Le caractère pulsatile de ces sécrétions est précis lors de la période d'ovulation. Plusieurs pics sécrétoires varient de 1 à 6 ngr., sans relation entre les deux hormones, d'une durée de 90 à 30 minutes, séparés par des plateaux de 1 h à 2 h 30 minutes sont bien identifiés. Il n'a pas été retrouvé une sécrétion de L. H., rythmée avec les phases de sommeil [1] et aucune relation n'est retenue entre cycle de sommeil et cycle de sécrétion hormonale. La sécrétion de G. H. est normale à toutes les périodes du cycle menstruel. (Fig. 4).

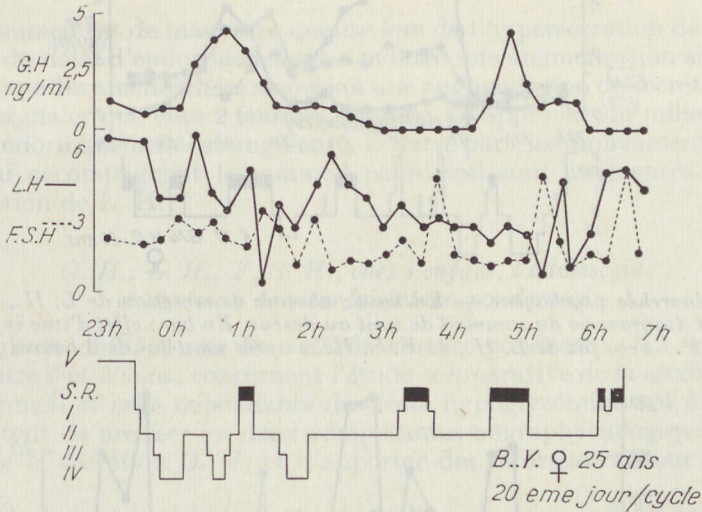


Fig. 4. Sécrétion pulsatile de L. H. et F. S. H. au cours du 20ème jour du cycle durant le sommeil de nuit (femme normale). En haut: sécrétion normale de G. H.; En bas: diagramme du sommeil de nuit

b) *Les aménorrhées secondaires* étaient d'origine diverse : psychogène, dystrophies ovariennes de Stein—Leventhal, iatrogène, hypopituitarisme. Trois types de résultats ont été obtenus :

1° Une absence de pic sécrétoire de L. H. et F. S. H. (9 sujets) avec un taux moyen de L. H. inférieur à 1 ngr. et de F. S. H. un peu plus élevé compris entre 1 et 2 ngrs.

La sécrétion de G. H. est atypique: nulle (3 cas), augmentée (2 cas), décalée par rapport au ler cycle de sommeil (4 cas). Le sommeil est bien organisé et de bonne qualité.

Dans deux cas avec absence de sécrétion de G. H., l'influence de L. H. R. F. a été recherchée par une injection intraveineuse de 100 µg soit au début, soit à la fin de la nuit. Une sécrétion de L. H. (20 ng/ml) et de F. S. H. (5 ng/ml) a été immédiatement obtenue. (Fig. 5).

D'autre part une sécrétion de G. H. de 6 ngr et 8 ngr s'est produite après un délai de 3 heures.

2° Une dissociation de sécrétion entre L. H. et F. S. H. a été observée dans les dystrophies ovariennes type Stein—Leventhal avec des pics de L. H. de 10 à 30 ng/ml et pouvant atteindre 97 ng/ml sans relation avec les cycles de

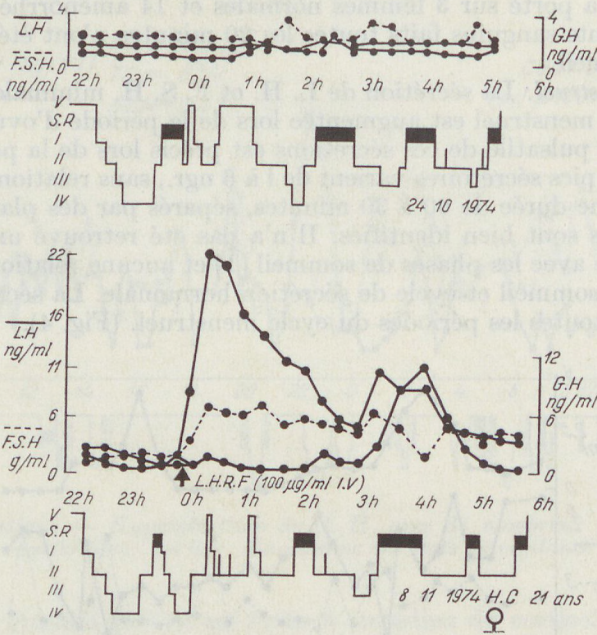


Fig. 5. Aménorrhée psychogène — En haut: absence de sécrétion de L. H., de F. S. H. et de G. H. et diagramme du sommeil de nuit au-dessus. En bas: effet d'une injection I. V. de L. H. R. F.: avec pic de L. H., de F. S. H. et après un délai de 3 heures pic de G. H.

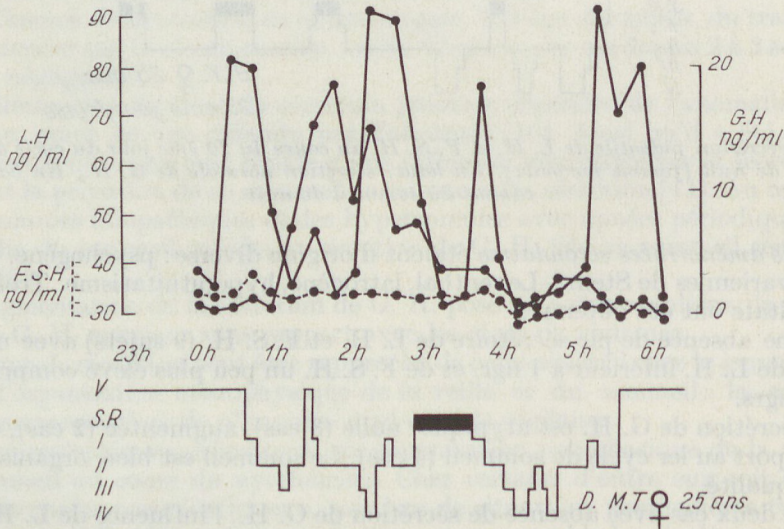


Fig. 6. Aménorrhée—Stein-Leventhal. Dissociation de la sécrétion des 2 gonadostimulines: L. H. très augmentée (39 à 97 ng) avec 4 pics sécrétoires; F. S. H. très diminuée. Diagramme de sommeil de nuit au bas de la figure

sommeil. La sécrétion de F. S. H. est très réduite, celle de G. H. normale. Le sommeil est de mauvaise qualité coupé par de nombreux éveils. (Fig. 6).

3° Une augmentation de sécrétions de L. H. et F. S. H. (ménopause précoce). Les pics sécrétoires sont précis, plus élevés pour F. S. H. que pour L. H. La sécrétion de G. H. est normale et le sommeil de mauvaise qualité.

Certains commentaires méritent d'être faits d'après ces résultats.

1° Les périodes de sécrétion des gonadotrophines surviennent au cours des 3 états de vigilance et il n'existe aucune relation avec les cycles de sommeil.

2° Une corrélation mérite d'être retenue entre la sécrétion de L. H. et F. S. H. et celle de G. H. probablement en rapport avec les R. F. de G. H. et L. H. — F. S. H.

— La sécrétion de G. H. est atypique lors des absences de pics sécrétoires des gonadotrophines et normale dans les autres cas.

— Le R. F. L. H. entraîne une sécrétion de G. H. auparavant nulle, après un délai de plusieurs heures.

3° Une influence sur le sommeil, du type de sécrétion des gonadotrophines peut être avancée.

— Le sommeil est normal lors de l'absence de pics sécrétoires des gonadotrophines.

— Le sommeil est de mauvaise qualité lors de l'hypersécrétion de L. H.

L'étude du délai d'endormissement a montré une augmentation significative pour le groupe des aménorrhées associée à une augmentation de sécrétion de L. H.

Il est à signaler que chez 2 femmes étudiées à l'approche du milieu, du cycle le délai d'endormissement est augmenté. D'autre part, les mouvements oculaires rapides qui accompagnent le sommeil paradoxal sont augmentés lors d'une hypersécrétion de L. H.

G. H., L. H., F. S. H., chez l'enfant, l'adolescent et au cours de retards staturo-pondéraux

Les résultats obtenus sur les retards staturo-pondéraux (12 sujets d'âge compris entre 5 et 20 ans) concernent l'étude comparative de la sécrétion G. H., liée au sommeil et celle dépendante des tests hypoglycémique et à l'arginine. Ils permettent de préciser les deux composantes neurophysiologiques et métaboliques de la sécrétion G. H. et d'apporter des informations sur leur dissociation.

Le groupe des sujets normaux (7 sujets) d'âge compris entre 9 ans et 15 ans est plus intéressant dans le sens d'une liaison des rythmes hormonaux et des rythmes de sommeil.

Chez tous les sujets le pic G. H. se produit durant le 1er cycle. Chez 4 d'entre eux d'âge pubertaire les pics de L. H. et partiellement de F. S. H. sont en relation avec les cycles de sommeil. (Fig. 7).

Ce dernier résultat, confirme celui de Boyar et coll. (1972) [13] obtenu au cours d'enregistrement de 24 heures : sécrétion de L. H. augmentée durant le sommeil, cycles de L. H. comparables à ceux du sommeil.

Une telle corrélation entre la sécrétion de L. H. et le sommeil trouvée au moment de la puberté, n'est pas identifiée dans la période prépubertaire, ni à l'âge adulte. Elle persiste avec un retard du sommeil ou une inversion et production du sommeil durant le jour. Cette liaison de sécrétion de L. H. avec les cycles de sommeil pourrait dépendre d'une programmation du système nerveux central n'existant qu'au moment de la puberté et probablement en liaison avec la maturation sexuelle.

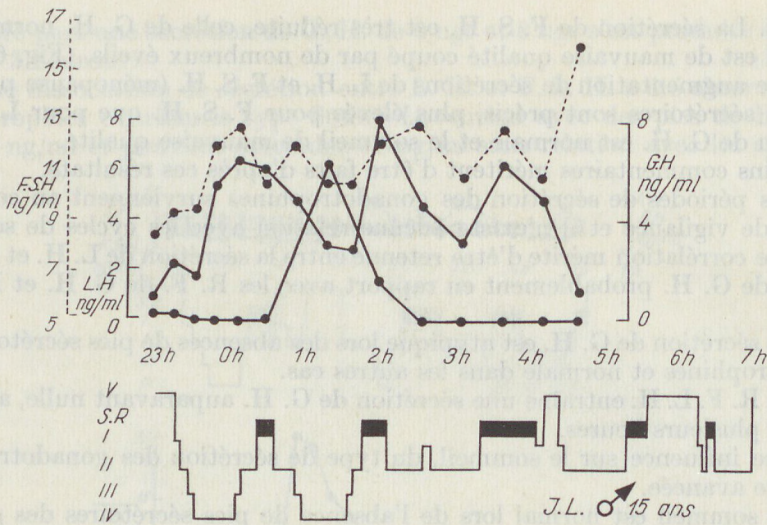


Fig. 7. Période pubertaire — Périodes sécrétoires de L. H. synchrones avec les cycles de sommeil. Sécrétion de G. H., au cours du 2^e cycle de sommeil. Diagramme du sommeil de nuit au bas de la figure

Discussion et conclusions

1° La sécrétion périodique d'hormones de l'hypophyse antérieure et leur relation avec l'alternance veille-sommeil est en faveur de l'interférence de rythmes biologiques. Cette interférence est variable selon les hormones : précise pour G. H. et pour la prolactine, d'après les données de la littérature, elle apparaît au moment de la puberté pour L. H. et paraît pratiquement nulle pour l'A. C. T. H. Il est enfin à souligner que même pour G. H. cette interférence est momentanée, comme l'ont montrée les études de G. H. au cours de l'âge.

2° Bien que les données actuelles soient fragmentaires et parfois discutées on peut avancer que le mécanisme de sécrétion des hormones de l'hypophyse antérieure est dépendant, à des degrés divers, selon les hormones, d'une programmation du système nerveux central liée à l'alternance veille-sommeil. La localisation est probablement hypothalamique. L'influence des monoamines, précisée pour les mécanismes du sommeil, indiquée par la libération des R. F. est possible, mais imprécise.

3° La signification de l'influence du sommeil reste mystérieuse. Le rôle possible de la liaison L. H.-Sommeil au moment de la puberté sur la maturation sexuelle a été signalé. L'influence de G. H., hormone anabolisante, sur la restauration de la fatigue de jour est une hypothèse séduisante. Il est possible que des études biomoléculaires concernant la biosynthèse des protéines cérébrales précise cette hypothèse, qui tout en retrouvant une constatation de chaque jour, permettrait de comprendre la fonction restauratrice, fonction dominante du sommeil.

BIBLIOGRAPHIE. 1. Takahashi Y., Kipnis D. M. and Daughaday W. H.: Growth hormone secretion during sleep — *J. Clin. Invest.*, 47, 2079, 1968. — 2. Honda Y., Takahashi K., Takahashi S., Azumi K., Irie M., Tsushima T. and Shizume K.: Growth hormone secretion during nocturnal sleep in normal subjects — *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 29, 20, 1969. — 3. Sassin J. F., Parker D. C., Mace J. W., Gotlin R. W., Johnson L. C. and Rossman L. G.: Human growth hormone release to slow-wave sleep and sleep-waking cycles. *Sciences*, 165, 513, 1969. — 4. Vigneri R. and D'agata R.: Growth hormone release during the first year of life in relation to sleep-wake periods — *J. Clin.*

ORAP *tabletta*

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

JAVALLATOK: Olyan tartós hatású neurolepticum, amely előzetes neurolepticus kezelés után a korábban téveseszmékkel, 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 (fekvőbeteggyógyintézeti, elme-, idegosztály javaslatára) rendelhető. Elmebetegségekből, idegbetegségekből szakorvosi képesítéssel rendelkező körzeti, üzemi stb. orvosok is szabadon rendelhetik az ellátásukba tartozó betegek részére.

CSOMAGOLÁS:

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 psychosisek, delirium tremens. Csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. 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 történő 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-idegostály) 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.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.



Endocrinol. Metab., 33, 561, 1971. — 5. Besset A., Billiard M., Crastes de Paulet A. et Passouant P.: Sécrétion de GH et de cortisol en rapport avec les états de vigilance au cours du nyctémère chez 10 narcoleptiques — *Rev. d'Electroenceph. Neurophysiol.*, 6, 17, 1976. — 6. Passouant P., Crastes de Paulet A., Descomps B., Besset A. et Billiard M.: Sécrétions des gonadatrophines au cours du sommeil — *La Nouvelle Presse Médicale* 5, 975, 1976. — 7. Besset A., Amilhou D., Bonardet A., Descomps B., Billiard M. et Passouant P.: Sécrétions de GH, FSH et LH au cours du sommeil chez l'enfant normal et avec retard statur pondéral — *C. R. Soc. Biol.*, 169, 1557, 1975. — 8. Passouant P. et Billiard M.: Evolution de la narcolepsie — 1^{er} Symposium International sur la Narcolepsie, La Grande-Motte 7—9 Juillet 1975, Edit. Spectrum Publication, 1 vol. à paraître. — 9. Weitzman E. D., Schamburg H., Fischbein W.: Plasma 17 hydroxycorticosteroid levels during sleep in man — *J. Clin. Endocrin.*, 26, 121, 1966. — 10. Takahashi K., Takahashi Y., Takahashi S. and Honda Y.: Growth hormone and cortisol secretion during nocturnal sleep in narcoleptics and in dogs — *Psychoneuroendocrinology*, 1974, 67. — 11. Daughaday W. H., Othmer E. and Kipnis D. M.: Hypersecretion of growth hormone following REM deprivation. *Abst. 51 st Meet. Endocrine Soc.*, 1969, New York 126. — 12. Passouant P., Halberg F., Genicot R., Popovicu L. et Baldy-Moulinier M.: La périodicité des accès narcoleptiques et le rythme ultradien du sommeil rapide — *Rev. Neurol.*, 121, 155, 1969. — 13. Boyar R., Finkelstein J., Roffwarg H., Kapen S., Weitzman E. D., Hellmann L.: Synchronization of augmented luteinizing hormone secretion with sleep during puberty — *N. Eng. J. Med.*, 1972, 582.

P. Passouant (Montpellier): *Az éberségi szintek hatása a hypophysis secretióra*

1. A mellő hypophysis lebeny hormonkiválasztásának periodikus jellege és ennek kapcsolata az alvás és ébrenlét váltakozásával meghatározó a biológiai ritmusok interferenciájában. Ez az interferencia a hormonok szerint változó: nagyon határozott a G. H. és a prolactin szempontjából, az irodalmi adatok szerint, az interferencia megjelenik a pubertásban, az L. H. szempontjából és gyakorlatilag mellőzhető az A. C. T. H. szempontjából. Ki kell hangsúlyozni, hogy ez az interferencia a G. H. szempontjából alkalomszerű, amint ezt meg lehet állapítani a különböző életkorokban elvégzett G. H. tanulmányok alapján.

2. Annak ellenére, hogy a rendelkezésünkre álló adatok még csak részletekre vonatkoznak, és néha vitatottak, megfogalmazható, hogy a mellő hypophysis lebeny hormon secretiójának mechanizmusa függ — hormonok szerint különböző szinten — az alvás és ébrenlét váltakozásához kapcsolódó központi idegrendszeri programozástól. Ennek meghatározója valószínűleg a hypothalamus. A monoaminok befolyását, amely szerepet kap az alvás mechanizmusaiban, feltehetően, de nem biztosan a R. F. liberatioja jelzi.

3. Az alvás hatásának jelentősége meglepő és bizonytalan. Az L. H. és alvás kapcsolatának a pubertás korában a sexualis érésben lehetséges szerepe felismerhető. A G. H., anabolitikus hormonnak a hatása a nappali fáradtság restitutiójára egy vonzó hypothesis. Lehetséges, hogy a cerebralis proteinek bioszintézisére vonatkozó biomolekuláris tanulmányok fogják ezt a hypothesis tisztázni és megmagyarázni azt a mindennapi jelenséget, amit az alvás alapvető, restauráló functiója jelent.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Anatómiai,
Szövet- és Fejlődéstani Intézetének közleménye

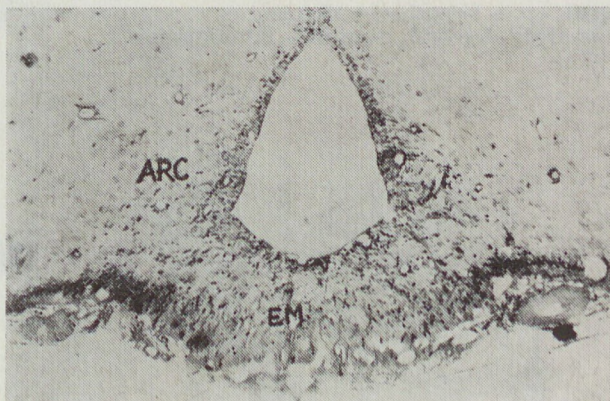
Újabb adatok az adenohypophysis működésének szabályozásához

HALÁSZ BÉLA dr.

Közel 30 évvel ezelőtt fogalmazódott meg a hypophysis mellső lebeny idegi szabályozásának neurohumoralis elmélete és indult meg intenzíven az a kutató munka, amely a szabályozó rendszer megismerésére irányult.

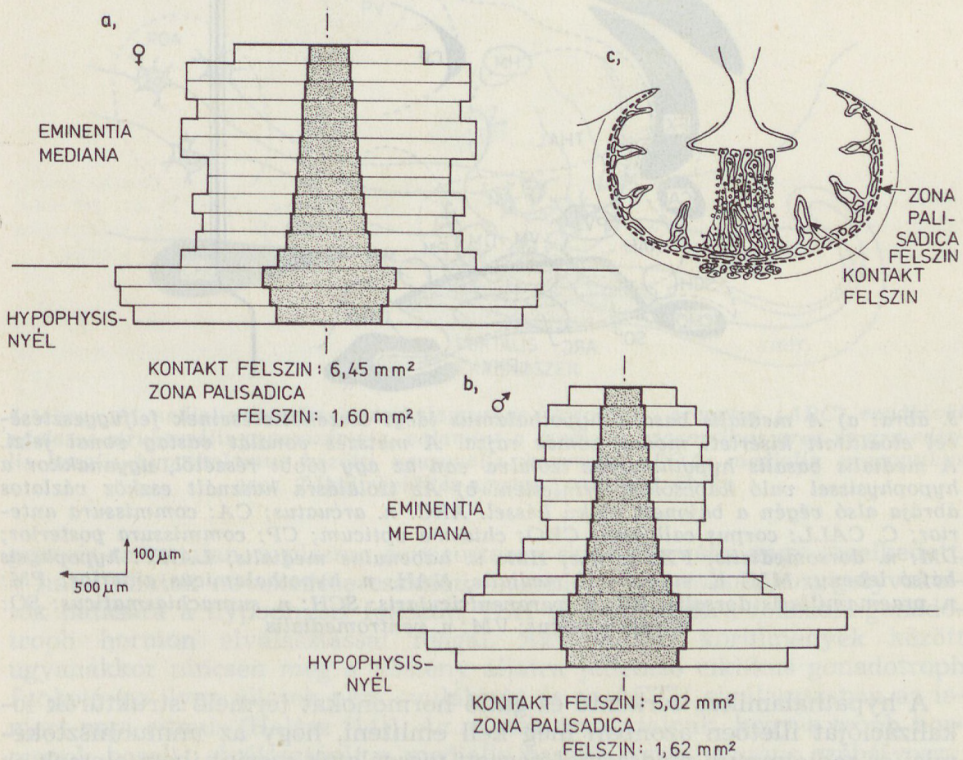
Az eltelt három évtized a feltételezett neurohumoralis mechanizmus létezését egyértelműen igazolta. Ezzel kapcsolatosan csak az utóbbi évek néhány kiemelkedő adatára utalok. A hypothalamikus troph hormon serkentő és gátló faktorok (hormonok) léte bizonyítást nyert. Közülük hármát, a thyreotroph hormon releasing hormon-t (TRH), a luteinizáló hormon releasing hormon-t (LH—RH) és a növekedési hormon elválasztást gátló hormont (Growth Hormone Inhibiting Hormone [GIH] vagy somatostatin izolálták, megállapították kémiai szerkezetét, sőt szintetikus formában is előállították. A TRH tripeptid, az LH—RH decapeptid, a GIH tetradecapeptid. Ezen anyagoknak tisztított formában való előállítása lehetővé tette ezekkel szembeni ellenanyagok termelését, s ezzel radioimmun eljárással történő mennyiségi meghatározásukat. Megállapították, hogy a szóbanforgó troph hormon releasing, illetve inhibiting hormonok a hypophysis portalis vérében kimutathatók, a perifériás plasmánál nagyobb koncentrációban. Ezen anyagok mennyisége a hypothalamusban és a vérben az endokrin anyagok működésével összhangban változik. Hatásmechanizmusukat illetően az adenyl-cyclase — ciklikus AMP rendszeren keresztül hatnak, hatásukhoz Ca^{++} jelenléte szükséges. (E témakörrel összefoglalóan foglalkozik Blackwell és Guillemin [6].)

A neurohumoralis mechanizmusban az eminentia medianának kulcsszepe van. Kezdetből fogva feltételezik, hogy az itt levő idegvégződéseknél



1. ábra: Patkány hypothalamus frontalis metszete az eminentia mediana elülső részében. Periventricularisan a n. arcuatus területén (ARC) és az eminentia medianában (EM) immunhisztokémiai eljárással feltüntetett LH-RH tartalmú axonok és axonterminalisok láthatók (fekete pontok). 100× nagyítás (Sétáló György dr., Pécsi Orvostudományi Egyetem, Anatómiai Intézet, mikrofelvelele)

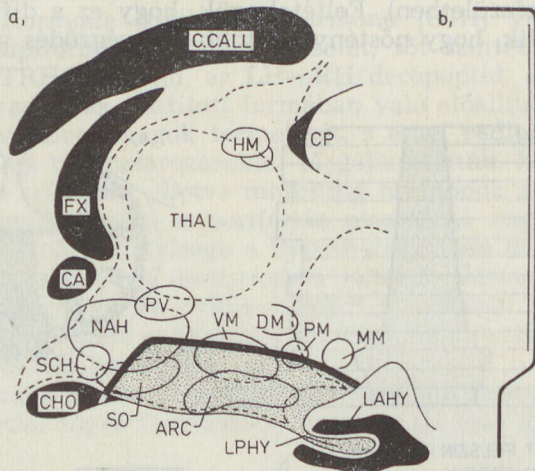
szabadulnak fel a hypothalamikus hypophysiotroph anyagok, és jutnak be a portalis keringésbe, vagyis az idegi befolyás itt transzformálódik hormonális jellé, és jut el humoralis úton a mellső lebeny sejtekhez. Egyes hypothalamikus serkentő illetve gátló hormonok izolálásával mód nyílt ezeknek immunhisztokémiai eljárással történő kimutatására. TRH (Hökfelt és mtsai [17]), LH—RH (Barry és mtsai [5]; Baker és mtsai [2]; Sétáló és mtsai [28]) (1. ábra) illetve somatostatin (Sétáló és mtsai [29]; King és mtsai [20]; Dubé és mtsai [11]) pozitív rostok és végződések nagyszámban találhatóak az eminentia medianában, legnagyobb számban a felületes zónában, ami nagyon jól alátámasztja a tárgyalt neurohumoralis mechanizmust. Megemlítem, hogy intézetünkben Réthelyi dr. meghatározta az eminentia medianának és a hypophysisnyélnek az adenohypophysis pars tuberalisával érintkező felszínének (zona palisadica felszín), valamint az érhúrkoknak az eminentia medianába történő betüremkedéséből adódó lamina basalis által határolt felszínnek (kontakt felszín) a nagyságát hím és nőstény patkányban. Ebből az összehasonlításból kiderült, hogy a kontakt felszín, vagyis az idegszövetnek a portalis érrendszer kapillárisaival érintkező területe nőstényben 30 százalékkal nagyobb, mint hímekben (2. ábra) (észleletek közlésre előkészületben). Feltételezzük, hogy ez a differencia valószínűleg abból adódik, hogy nőstényben több idegvégződés van az eminentia



2. ábra a) b): Az eminentia mediana és a hypophysisnyél területén a zona palisadica felszínének (sötétebb terület) és a kontakt felszínnek (világos terület) a méretei nőstény és hím patkányban. Az ábra a felszínüket kiterítve ábrázolja. A meghatározás rostrocaudalis irányban haladó frontális síkban készített sorozatmetszeteken történt. c) E sémás rajz a z. palisadica felszínnek és a kontakt felszínnek a frontális metszetben megjelenő vonalát szemlélteti (Réthelyi Miklós dr. vizsgálati adatai)

medianában, mint hímben. Erről azonban jelenleg objektív adatunk nincsen.

Korábbi vizsgálatainkban tanulmányoztuk az eminentia mediana felületes zónájában végződő idegrostok eredetét. Az általunk bevezetett stereotaxikus eljárás (Halász és Pupp [15]) segítségével kerestük azt a legkisebb agyi területet, melynek az agycélzó készülékre erősített kis bajonett alakú késsel (3. ábra) történő körülvágása után axon illetve axonterminalis degeneráció az eminentia mediana felületes zónájában nem következik be. Megfigyeléseink szerint (Réthelyi és Halász [27]) ez az area a suprachiasmaticus regio medialis részét is magába foglaló medialis basalis hypothalamus. Ebből arra következtettünk, hogy a troph hormon elválasztást serkentő illetve gátló hypothalamikus anyagok itt termelődnek. E feltételezést immunhisztológiai és radioimmun vizsgálatok megerősítik. LH—RH (Barry és Carette [3]; Barry és Dubois [4]; Naik [26]) valamint somatostatin (Alpert és mtsai [1]) pozitív perikaryonokat mutattak ki a medialis basalis hypothalamusban és a TRH-t legnagyobb koncentrációban ezen areában találták (Brownstein és mtsai [7]).

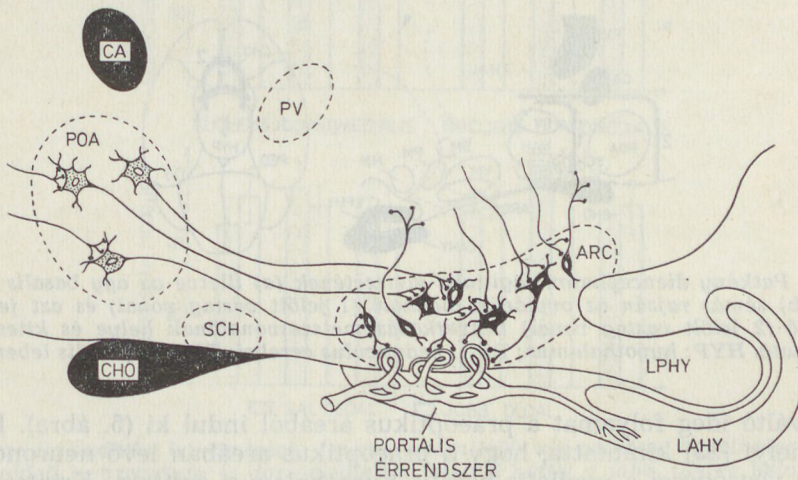


3. ábra: a) A medialis basalis hypothalamus idegi összeköttetései felfüggesztésével előállított kísérleti modell sémás rajza. A metszés vonalát vastag vonal jelzi. A medialis basalis hypothalamus izolálva van az agy többi részétől, ugyanakkor a hypophysissal való kapcsolata érintetlen. b) Az izolálásra használt eszköz vázlatos ábrája alsó végén a bajonett alakú késsel. ARC: n. arcuatus; CA: commissura anterior; C. CALL: corpus callosum; CHO: chiasma opticum; CP: commissura posterior; DM: n. dorsomedialis; FX: fornix; HM: n. habenulae medialis; LAHY: hypophysis hátsó lebeny; MM: n. mammillaris medialis; NAH: n. hypothalamicus anterior; PM: n. praemammillaris dorsalis; PV: n. paraventricularis; SCH: n. suprachiasmaticus; SO: n. supraopticus; VM: n. ventromedialis

A hypothalamikus serkentő és gátló hormonokat termelő struktúrák lokalizációját illetően azonban meg kell említeni, hogy az immunhisztokémiai és radioimmun módszerrel végzett vizsgálatok szerint ilyen elemek az agy egyéb részeiben és a gerincvelőben, sőt a somatostatin esetében más szervekben is jelen vannak. Így például TRH pozitív terminalisok a perifornicalis areában, septumban, n. accumbensben, agytörzsi motoros magvakban, gerincvelőben (Höckfelt és mtsai [17]), somatostatin pozitív perikaryonok a spinalis dúcban, a pancreas insulákban, somatostatin pozitív ros-

tok a gerincvelőben, vékony és vastagbélben is előfordulnak (Höckfelt és mtsai [18, 19]). Ezen észleletekkel nem kívánok részletesen foglalkozni, pusztán annyit jegyzek meg, hogy ezek arra utalnak, hogy ezen anyagok nemcsak hormonként szerepelnek, hanem valószínűleg neurotranszmitterként is. A somatostatin esetében úgy tűnik, hogy az egy sokkal általánosabban előforduló anyag, s hatásában is sokkal szélesebb spektrumú mint a többi.

Vizsgáljuk meg ezek után, hogy a mellső lebenyre ható serkentő és gátló anyagokat termelő medialis basalis hypothalamusnak mi a funkcionális jelentősége a szabályozásban. Ezen kérdés tanulmányozására alkalmaztuk a már említett stereotaxikus eljárásunkat, mely lehetőséget ad arra, hogy a medialis basalis hypothalamust teljesen vagy részlegesen izoláljuk a környező agyi struktúráktól úgy, hogy az izolált területnek a hypophysissal való kapcsolata érintetlen maradjon (3. ábra). Kiterjedt vizsgálataink közül néhány megfigyelésünket említem meg. A medialis basalis hypothalamus összes idegi kapcsolatának megszakítása után a perifériás endokrin mirigyek nem sorvadnak el, a herében a spermiogenesis és a spermiohisto-



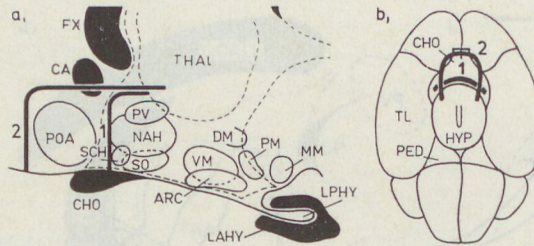
4. ábra: A medialis basalis hypothalamushoz tartozó n. arcuatus (ARC) rendkívül vázlatos strukturális organizációja, valamint a medialis praeoptikus area és a medialis basalis hypothalamus közötti neuronális kapcsolat. POA: medialis praeoptikus area. Többi rövidítés ugyanaz, mint a 3. ábrán

genesis zavartalan, a plasma corticosteron szint normális vagy emelkedett, a fiatal állatok növekedése csaknem hasonló a kontrollokéhoz, golyvakeltők hatására a hypophysis fokozott TSH és kasztrációra fokozott gonadotroph hormon elválasztással reagál. Az említett körülmények között ugyanakkor nincsen meg a nőstény állatra jellemző ciklikus gonadotroph funkció (az ilyen állatok nem ovulálnak) és az ACTH elválasztásban az ismert napi ritmus (Halász [14]). Az adatok arra utalnak, hogy a troph hormonok basalis elválasztását a medialis basalis hypothalamus szabályozza. A patkányban tett észleleteket megerősítik és az azokból levonható következtetésekkel összhangban vannak Krey és mtsai-nak [24, 25], valamint Butler és mtsai-nak [8, 9] a hypothalamus deafferentációs eljárásunkkal a közelmúltban majomban végzett vizsgálatai. Adataik alapján úgy tűnik, hogy majomban a medialis basalis hypothalamus funkcionális kapacitása

a gonadotroph hormon elválasztás szabályozása vonatkozásában a patkányénál nagyobb. Nőstény majomban ugyanis a szóbanforgó hypothalamikus terület izolálása nem zavarja meg a ciklikus gonad működést és az oestrogénnek az LH szekrécóra kifejtett hatását.

Milyen a medialis basalis hypothalamus strukturális organizációja? Arról már megemlékeztem, hogy ezen area neuronjai az eminentia medianában végződnek. E területben vannak azonban interneuronok is és az area idegsejtjei küldenek axonokat areán kívüli struktúrákhoz is (4. ábra), amint munkatársamnak Bodoky dr.-nak adatai mutatják (észleletek közlésre előkészületben). Ez arra utal, hogy a medialis basalis hypothalamus nem egy zárt rendszer egyetlen kimenő csatornával (releasing és inhibiting faktorok), hanem egy nyílt rendszer, számos efferens kapcsolattal.

A hypothalamus medialis basalis része a troph hormonok elválasztásának finom szabályozását (ciklikus gonad működés, ritmikus hormon szekréción) önmaga nem képes ellátni, ehhez egyéb struktúrák és a hozzájuk neuralis és humoralis úton befutó információk szükségesek. Kövessel végzett korábbi vizsgálataink (Köves és Halász [22]) szerint patkányban az ovulá-

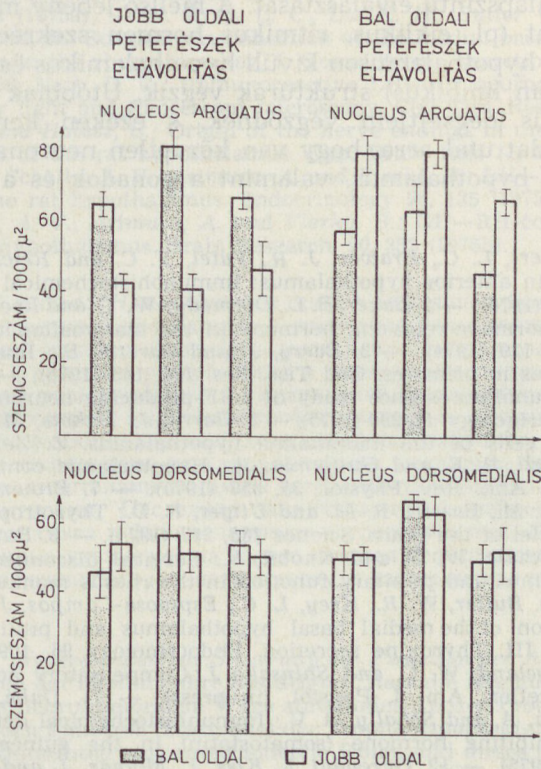


5. ábra: Patkány diencephalon sagittalis metszetének (a) illetve az agy basalis felszínének (b) sémás rajzán az ovulációt blockoló (1 jelölt vastag vonal) és azt fel nem függesztő (2 jelölt vastag vonal) beavatkozás metszésvonalának helye és kiterjedése látható. HYP: hypothalamus; PED: pedunculus cerebri; TL: temporalis lebeny

ciót kiváltó ideg folyamat a praeoptikus areából indul ki (5. ábra). Köves és Réthelyi [23] kimutatta, hogy a praeoptikus areában levő neuronoknak vannak végződésai a medialis basalis hypothalamus sejtjein. Koritsánszky és Köves [21] intézetünkben végzett vizsgálatai szerint a n. praeopticus medialis idegsejtjeinek nincsenek terminálisai az eminentia mediana felületén zónájában.

Jól ismert, hogy környezeti tényezők, valamint a szervezet belsejéből neuralis és humoralis úton érkező jelek (vér hormonszint változások) nagymértékben befolyásolják a mellső lebeny működését. Ezzel kapcsolatosan Gerendai és mtsai [12, 13] által végzett azon intézeti vizsgálatainkról szeretnék megemlékezni, melyek arra utalnak, hogy van neuronális kapcsolat a mellékvese és a hypothalamus, valamint a gonadok és a hypothalamus között. Közel 20 évvel ezelőtt végzett karyometriai vizsgálatainkban (Halász és Szentágothai [16]) azt találtuk, hogy a hypothalamus kétoldali n. ventromedialisában az idegsejtek magja félloldali adrenalektómia után eltérően viselkedik, az irtással ellentétes oldalon megduzzad, míg az azonos oldalon zsugorodik. Gerendai és mtsai [12] azt észlelték, hogy félloldali mellékvese eltávolítás után 2 héttel a kétoldali n. ventromedialisban a sejttek fehérje szintetikus aktivitása (jelzett leucin fehérjébe történő beépülésének mértéke) eltérő. Ugyanezt tapasztalták az egyik oldali here (Gerendai és mtsai [13], illetve petefészkek eltávolítása után is (6. ábra). Az

ezen adatok alapján feltételezhető idegi kapcsolatoknak a funkcionális jelentősége nem ismert. Azonban, hogy szerepük lehet, arra utalnak Dallman és mtsai-nak [10] észleletei, melyek közül csak egyet említek: patkányban az egyik oldali mellékvesén történő manipuláció után a másik mellékvese súlya hirtelen, átmenetileg megemelkedik.



6. ábra: Radioaktív koncentráció (szemcseszám/1000 μ^2) patkány hypothalamus jobb és baloldali n. arcuatusa és dorsomedialis felett 4 héttel a jobb, illetve baloldali petefészék eltávolítása és 30 perccel ^3H -leucin *in vitro* hozzáadása után. Egy oszloppár egy állatra vonatkozó értékeket tünteti fel. (Gerendai és mtsai vizsgálati adatai)

Mondanivalóm végére értem. Egy előadás keretében nem lehetséges a mellső lebeny szabályozásának valamennyi aspektusát tárgyalni. Nem beszéltem többek között az egész szabályozó rendszer működésében kulcszerepet betöltő hormonális feed-back-ről, a különböző struktúrák egymáshatásában szerepet játszó, az utóbbi időben az érdeklődés előterébe került neurotranszmitterekről, s számos egyéb kérdéstről. Ennek ellenére úgy érzem, hogy az elmondottakból is kiderült az, hogy a tárgyalt témakörrel ismereteink az utóbbi időben lényegesen gyarapodtak, s egyre jobban megismerjük annak rendszernek a működését, amely az egyed és a faj fenntartásában alapvető szerepet játszik.

Összefoglalás

Az utóbbi évek kutatásai igazolták, hogy a hypophysis mellső lebeny idegi szabályozása neurohumoralis úton történik. A hypothalamikus troph hormon serkentő és gátló faktorok (hormonok) termelésében a hypothalamus medialis basalis része döntő szerepet visz, s ez a terület szabályozza a troph hormonok alapszintű elválasztását. A mellső lebeny működésének finom szabályozását (pl. ciklikus, ritmikus hormon szekréció regulációja) a medialis basalis hypothalamuson kívüli hypothalamikus és extrahypothalamikus (elsősorban limbikus) struktúrák végzik. Utóbbiak a medialis basalis hypothalamus idegsejtjein végződnek, s ezeken keresztül hatnak. Több kísérletes adat utal arra, hogy van közvetlen neuronális kapcsolat a mellékvesék és a hypothalamus, valamint a gonadok és a hypothalamus között.

IRODALOM. 1. *Alpert, L. C., Brawer, J. R., Patel, Y. C. and Reichlin, S.*: Somatostatinergic neurons in anterior hypothalamus: immunohistochemical localization. *Endocrinology* 98, 255 (1976). — 2. *Baker, B. L., Dermody, W. C. and Reel, J. R.*: Localization of luteinizing hormone-releasing hormone in the mammalian hypothalamus (1). *Amer. J. Anat.* 139, 129 (1974). — 3. *Barry, J. and Carette, B.*: Immunofluorescence study of LRF neurons in primates. *Cell Tiss. Res.* 164, 163 (1975). — 4. *Barry, J. and Dubois, M. P.*: Immunofluorescence study of LRF-producing neurons in the cat and the dog. *Neuroendocrinology* 18, 290 (1975). — 5. *Barry, J., Dubois, M. P. and Poulain, P.*: LRF producing cells of the mammalian hypothalamus. *Z. Zellforsch.* 146, 361 (1973). — 6. *Blackwell, R. E. and Guillemin, R.*: Hypothalamic control of arenophyophysal secretions. *Ann. Rev. Physiol.* 35, 357 (1973). — 7. *Brownstein, M., Palkovits, M., Saavedra, J. M., Bassiri, R. M. and Utiger, R. D.*: Thyrotropin-releasing hormone in specific nuclei of the brain. *Science* 185, 267 (1974). — 8. *Butler, W. R., Krey, L. C., Lu, K. H., Peckham, W. D. and Knobil, E.*: Surgical disconnection of the medial basal hypothalamus and pituitary function in the rhesus monkey. *Endocrinology* 96, 1099 (1975a). — 9. *Butler, W. R., Krey, L. C., Espinosa-Campos, J. and Knobil, E.*: Surgical disconnection of the medial basal hypothalamus and pituitary function in the rhesus monkey. III. Thyroxine secretion. *Endocrinology* 96, 1094 (1975b). — 10. *Dallman, M. F., Engeland, W. C. and Shinsako, J.*: Compensatory adrenal growth; a neurally mediated reflex. *Am. J. Physiol.* (in press). — 11. *Dubé, D., Leclerc, R., Peletier, G., Arimura, A. and Schally, A. V.*: Immunohistochemical detection of growth hormone-release inhibiting hormone (somatostatin) in the guinea-pig brain. *Cell Tiss. Res.* 161, 385 (1975). — 12. *Gerendai, I., Kiss, J., Molnár, J. and Halász, B.*: Further data on the existence of a neural pathway from the adrenal gland to the hypothalamus. *Cell Tiss. Res.* 153, 559 (1974). — 13. *Gerendai, I. and Rácz, K.*: Significant differences in the RNA-synthesizing activity between the two sides of the hypothalamus arcuate nucleus following unilateral orchidectomy. *Acta biol. Acad. Sci. hung.* (in press) (1976). — 14. *Halász, B.*: The endocrine effects of isolation of the hypothalamus from the rest of the brain. In: *Frontiers in Neuroendocrinology*. Eds. W. F. Ganong, L. Martini, 307—342 (1969). — 15. *Halász, B. and Pupp, L.*: Hormone secretion of the anterior pituitary gland after physical interruption of all nervous pathways to the hypophysiotropic area. *Endocrinology* 77, 553 (1965). — 16. *Halász, B. and Szentágothai, J.*: Histologischer Beweis einer nervösen Signalübermittlung von der Nebennierenrinde zum Hypothalamus. *Z. Zellforsch.* 50, 297 (1959). — 17. *Hökfelt, T., Fuxe, K., Johansson, O., Jeffcoate, S. and White, N.*: Distribution of thyrotropin-releasing hormone (TRH) in the central nervous system as revealed with immunohistochemistry, *European Journal of Pharmacology*, 34, 389 (1975). — 18. *Hökfelt, T., Efendic, S., Hellerström, C., Johansson, O., Luft, R. and Arimura, A.*: Cellular localization of somatostatin in endocrine-like cells and neurons of the rat with special references to the A₁-cells of the pancreatic islets and to the hypothalamus. *Acta Endocrinologica (Suppl.)* 80, 5 (1975). — 19. *Hökfelt, T., Elde, R., Johansson, O., Luft, R., Nilsson, G., and Arimura, A.*: Immunohistochemical evidence for separate populations of somatostatin-containing and substance P-containing primary afferent neurons in the rat. *Neuroscience* 1, 131 (1976). — 20. *King, J. C., Gerall, A. A., Fischback, J. B. and Elkind, K. E.*: Growth hormone-release inhibiting hormone (GH—RIH) pathway of the rat hypothalamus revealed by the unlabeled antibody peroxidase-antiperoxidase method. *Cell Tiss. Res.* 160, 423 (1975). — 21. *Koritsánszky, S. and Köves, K.*: Data on the absence of medial preoptic area neurons in the surface zone

of the median eminence. *J. Neural Transm.* 38, 159 (1976). — 22. Köves, K. and Halász, B.: Location of the neural structures triggering ovulation in the rat. *Neuroendocrinology* 6, 180 (1970). — 23. Köves, K. and Réthelyi, M.: Direct neural connection from the medial preoptic area to the hypothalamic arcuate nucleus of the rat. *Exp. Brain Res.* 25, (1976). (in press). — 24. Krey, L. C., Lu, K. H., Butler, W. R., Hotchkiss, J., Piva, F. and Knobil, E.: Surgical disconnection of the medial basal hypothalamus and pituitary function in the rhesus monkey. II. GH and cortisol secretion. *Endocrinology* 96 1088 (1975a). — 24. Krey, L. C., Lu, K. H., Butler, W. R., Hotchkiss, J., Piva, F. and Knobil, E.: Surgical disconnection of the medial basal hypothalamus and pituitary function in the rhesus monkey. I. Gonadotropin secretion. *Endocrinology* 96, 1073 (1975b). — 26. Naik, D. V.: Immunoreactive LH—RH neurons in the hypothalamus identified by light and fluorescent microscopy. *Cell Tiss. Res.* 157, 423 (1975a). — 27. Réthelyi, M. and Halász, B.: Origin of the nerve endings in the surface zone of the median eminence of the rat hypothalamus. *Exp. Brain Res.* 11, 145 (1970). — 28. Sétáló, G., Vigh, S., Schally, A. V., Arimura, A. and Flerkó, B.: LH—RH-containing neural elements in the rat hypothalamus. *Endocrinology* 96, 135 (1975a). — 29. Sétáló, G., Vigh, S., Schally, A. V., Arimura, A. and Flerkó, B.: GH—RH-containing neural elements in the rat hypothalamus. *Brain Research*, 90, 352 (1975b).

Д-р Б е л а Х а л а с : *Новые данные в связи с регуляцией функции аденогипофиза*

Научные исследования, проводимые в последние годы подтвердили, что нейрорегуляция передней доли гипофиза происходит нейрогуморальным образом. В производстве факторов (гормонов) раздражения и торможения гипоталамического трофогормона решающая роль принадлежит медиальной базальной части гипоталамуса и данная область регулирует выделение трофогормонов на основных уровнях. Основное регулирование функции передней доли гипофиза (например, циклическая, ритмическая гормонально-секреторная регуляция) помимо медиально-базального гипоталамуса производится гипоталамическими и экстрагипоталамическими (в основном лимбическими) структурами. Последние заканчиваются в нейроклетках медиально-базального гипоталамуса и функционируют посредством них. Многократные экспериментальные данные указывают на то, что имеется непосредственная неврональная связь между надпочечниками и гипоталамусом, а также между гонадами и гипоталамусом.

В. H a l á s z : *Neuere Daten zur Steuerung der Funktion der Adenohypophyse*

Die Forschungen der letzten Jahre bestätigten, dass die Regelung des Hypophysenvorderlappens auf neurohumoralem Wege stattfindet. In der Produktion der anregenden und hemmenden Faktoren (Hormone) der Trophormonsekretion spielt der mediobasale Hypothalamusanteil eine entscheidende Rolle, und dieses Gebiet regelt die Absonderung der Trophormone auf dem Grundniveau. Eine feinere Regulierung der Funktion des Vorderlappens (z. B. Regulierung der zyklischen, rhythmischen Sekretion) vollführen sonstige Abschnitte des Hypothalamus und Gebilde ausserhalb des Hypothalamus (in erster Linie das limbische System). Diese wirken durch Endigungen auf den Nervenzellen des mediobasalen Hypothalamus. Experimentelle Resultate weisen darauf hin, dass zwischen den Nebennieren bzw. den Gonaden und dem Hypothalamus neuronale Verbindungen bestehen.

Az öregkori szerződés-kötések igazságügyi elmeszakértői véleményezésének problémái

HUSZÁRILONA dr.

Az átlagos életkor növekedése mind gyakrabban teszi szükségessé az idős egyének jogügyeleteinek elmeszakértői véleményezését. Az „eltartási szerződések” ill. „végrendeletek” érvényességének vitatása különösen gyakori tárgya peres eljárásoknak. Az érvényesség megtámadása az esetek kiemelkedő többségében a szerződés-kötő vagy végrendelező cselekvőképességének kétségbevonásán alapszik. Az öregkori jogügyletek véleményezése önmagában is speciális problémákat vet fel az öregkor sajátságai ill. az idős kor megbetegedéseinek korspecifikus jellege miatt. A szerződés-kötések ill. végrendeletek véleményezésének különös nehézsége azonban abból származik, hogy a jogügylet megkötésének idején fennálló pszichés állapot többnyire csak a periratok alapján rekonstruálható. A szerződés-kötés után esetleg évekkel elvégzett vizsgálat idején ugyanis általában alapvetően megváltozott helyzettel állunk szemben, lévén az öregedés progresszív állapot, az öregkor számos megbetegedése progresszív jellegű. Az idős egyén személyes vizsgálata az előbbieket miatt ily módon csak bizonytalan következtetésekre ad lehetőséget és a szerződés-kötés idején fennálló körülményekből, a szerződés-kötésre vonatkozó tanúvallomásokból, a szerződés-kötés motivációjából stb., stb. tudjuk csak a szerződés-kötőképesség fennállását vagy hiányát megállapítani. (A végrendelet érvényességének vitatása idején a bekövetkezett halál miatt kizárólag csak a periratok képezhetik a véleményezés alapját). A szerződés-kötés idején fennálló állapotra való következtetés tehát az esetek nagy részében bonyolult feladatot jelent, adatok hiányában pedig néha csak valószínűségi véleményt tesz lehetővé.

Esetek ismertetése

1. M. J.-né, a vizsgálat idején 82 éves nőbeteg elmeszakértői vizsgálata kétségtelenné tette az előrehaladott dementia fennállását. A per során meghallgatott tanúk, ill. az őt 7 éve ismerő kísérője szerint évek óta rendkívül feledékeny, csak igen régi barátait ismeri fel, azokat sem minden esetben. Állandóan „jön-megy”, elkóborol, gyakran összetöri magát. Egyik szomszédja látja el élelemmel, de őt sem ismeri fel, — azt állítja maga főz. A szakértői vizsgálat előtt három évvel egy alkalommal a csizmáját égette el, más esetben az ágyat gyújtotta fel. Rokonai és az előzményi adatokat szolgáltató szerint is a megbetegedése 8—10 éve előrehaladó, kb. 3 év óta azonos súlyosságú. — A szakértői vizsgálat idején kifejezett motoros dementia, orális liberatio volt regisztrálható, míg a pszichés képet a tér és időbeli orientáció teljes hiánya, a mnestikus funkciók jelentős csökkenése, az intellektusnak a vegetatív funkciók szintjére történő leépülése jellemezte. A vitatott szerződés-kötés a szakértői vizsgálat előtt 4 évvel történt; — a szerződés-kötést orvosi vizsgálat nem előzte meg, de a szerződés-kötés idejére vonatkozó tanúvallomások sem álltak a véleményezés számára rendelkezésre. (A megelőzőkben idézettek nem voltak határozott időponthoz kötöttek.)

A szakértői vizsgálat nyilvánvalóvá tette, hogy a vizsgálatnál kb. 8—10 éve induló, a vizsgálat idején a pszichés funkciók szinte teljes hiányában megnyilvánuló dementia áll fenn. A kórkép indulásának ideje, — azon adat, hogy a vizsgálatnál rögzített előrehaladott állapot kb. 3—4 éve stagnál arra utaltak, hogy a négy évvel előbb megkötött eltartási szerződés is már olyan időpontban történt, amikor nevezett szellemi képességei erősen hanyatlottak voltak. (A heteroanamnesisben szereplő évek óta fennálló

magatartászavarok is e megállapítást látszanak erősíteni.) A progresszív dementiát illetően tehát a hiányos előzmény ellenére sem adódhattak kétségek (legfeljebb a senilis dementia — dementia arteriosclerotica differenciálása képezhette volna vita tárgyát), mégis a szerződés-kötés idején fennálló cselekvőképességre vonatkozóan nem bizonyossággal csak valószínűséggel állítható, hogy megbetegedése miatt az már ekkor is hiányzott. A kórisme egyértelmű volta ellenére a válasz határozatlansága a szerződés-kötés idejére vonatkozó azon adatok hiányából fakad, melyek egyéreltműen bizonyíthaták volna, hogy a jogügylet megkötésében is már az előrehaladó elbutulás érvényesült. A kórisme, a kórkép progresszív voltának igazolása, a megbetegedés súlyossági foka önmagában eldönthette ugyan a cselekvőképesség mibenlétét a vizsgálat idején, de nem elegendő egy négy évvel előbbi szerződés-kötésnél a szerződés-kötőképesség hiányának egyértelmű igazolására, mégha a megbetegedés lényegesen régebbi fennállása feltételezhető is volt.

2. T. I. 82 éves férfibeteg esetében, aki szerződés-kötésének idején autószerelő műhellyel rendelkezett, eltartási szerződés hatálytalanítása miatt folyt peres eljárás. Előbbi beteggel ellentétben nevezetnél több orvosi vizsgálat is történt, tanúvallomások is nagy számban álltak rendelkezésre, de a szerződés-kötés idején szakzerű orvosi vizsgálatra nem került sor, a szerződés megkötésének indokolására, bonyolítására vonatkozó adatok nem álltak rendelkezésre, mely hiány hosszas peres eljárásnak képezte alapját.

A szerződés-kötést megelőző és követő időszakban is nevezett állapotát a tanúvallomások alapján az jellemezte, hogy „össze-vissza beszélt”, „mindent hamar elfelejtett”. Közvetlen munkatársa — aki az autószerelő műhelyt lényegében vezette — főként feledékenységét emelte ki; „gyakran indult el hozzá feltételezhetően határozott céllal, de mire odaért már elfelejtette mit akart”, „számlaírásnál is hosszú ideje mindig elfelejtette az előzőleg diktáltakat”. Hangsúlyozta, hogy „évek óta nehéz volt főnökével az együttműködés, mert gyakran kihagyott az agya, a számlák összeállításánál elképesztő számokat mondott, zavarosan beszélt”. A tanúvallomások zöme hasonló jellegű kóros magatartásmódok fennállására utalt, de szerepelt néhány olyan tanúvallomás is, melynek alapján célirányos cselekvés, rendezett magatartás lehetőségét nem lehetett kizárni. — A szerződés-kötést követően nyolc, illetőleg tíz hónappal elmeszakértői vizsgálatra került sor. Mindkét vizsgálat megegyezett abban, hogy nagy mértékben előrehaladott dementiát tárt fel. Teljes tér- és időbeli tájékozatlansága, nagyfokú emlékezés kiesés mellett a legegyszerűbb számtani feladatokat sem volt képes elvégezni, előző körülményeiről, gazdasági ügyeiről felvilágosítást adni egyáltalán nem tudott, a szerződés-kötés tényét körülményeit nem tudta felidézni, a szerződés-kötés lényegére általánosságban sem volt képes nyilatkozni. Mindkét vizsgálat egyértelműen megállapíthatta, hogy a vizsgált „ügyeinek önálló viteléhez szükséges belátási képessége teljesen és véglegesen hiányzik” — de megválaszolatlan maradt, hogy mi volt a helyzet a szerződés-kötés időpontjában.

A periratok között egy a szerződés-kötést négy hónappal követően végzett részletes pszichiátriai vizsgálat adatai is fellelhetők voltak. — Eszerint „időben tájékozatlan”, „a közelmúlt eseményire nagyfokú emlékezéskiesés áll fenn”, „egyszerűbb számtani feladatokat sem tud elvégezni”, „az egyszerű kérdésekre adott válaszai sem helytállóak” —, ami mind arra utal, hogy állapotán ebben az időben is azonos volt vagy megközelítette az elmeszakértői vizsgálatnál észlelték súlyossági fokát. Ugyanebben az időben tartott tárgyalás jegyzőkönyve és megállapításai is a megbetegedés hasonlóan előrehaladott voltára utaltak. Összefoglalva mindezt a már idézett tanúvallomásban szereplőkkel — annak ellenére, hogy adat a szellemi hanyatlás kezdetére vonatkozóan nem állt rendelkezésre — nem látszott problematikusnak az egyértelmű választadás.

Kétségeket támasztott azonban az az utólag benyújtott igazolás, mely egy két hónappal a szerződés-kötés után ambulánsan végzett neuro-pszichiátriai vizsgálat adatait tartalmazta. Eszerint a beteget a vizsgálatra „eltartói”, a peres eljárás alperesei kísérték. A vizsgálatnál többször elismételte, hogy „ragaszkodik alperesekhez” és néhány szót ejtett a házáról, ill. bizonyos kölcsönökről. A lelet ezenkívül még annyit foglalt magába, hogy nevezett a vizsgálatnál térben-időben tájékozott volt. Ennek alapján két lehetőség vetődhetett fel: a) a beteg szellemi hanyatlása ekkor még enyhe fokú volt és csak a vizsgálatot követően progrediált a két hónap múlva észlelt súlyossági fokra, b) a kórkép hullámzó volta miatt a vizsgálat egy kedvezőbb idő-

pontban történt. — A vizsgálat értékelhetőségét azonban nagy mértékben csökkentette, hogy bár célzatosan a per megindulása után a pszichés állapot rögzítésére szolgált — az rendkívül hiányos és nem tartalmazott olyan adatokat, melyekből akár a dementia fokára akár a vizsgált szerződés-kötéssel kapcsolatos ismereteire következtetni lehetett volna és még azt sem közölte, hogy mit jelentettek a beteg által említett kölcsönök. — A vizsgálat hiányosságai kétségbevonhatták értékelhetőségét, de a kórkép hullámlásának lehetőségét még sem lehetett kizárni. A szerződés-kötés ködülő időszakban fennálló pszichés állapotot leíró laikus tanúvallomások eléggé egyértelműen amellett szóltak, hogy az elbuzulás már a szerződés-kötést megelőzően számos tünetben „hosszú ideje” megmutatkozott, és csak néhány utalás szerepelt, mely a kórkép hullámlására engedett következtetni. Segítségét jelentett, hogy a laikus tanúvallomások zöme — szemben a szakorvosi vizsgálat általánosságaiával — olyan megállapításokat tartalmazott, melyek kóros magatartásmódokra, kifejezett mnestikus zavarokra, szellemi leépülésre utaltak, — ezért a probléma elemzésénél laikus voltuk ellenére nagyobb súllyal kerülhettek értékelésre. Összegeze azonban a rendelkezésre álló adatokat, határozott véleményem ebben az esetben sem volt kialakítható a szerződés-kötés idején fennálló cselekvőképességre vonatkozóan, csak nagy valószínűséggel volt feltételezhető annak hiánya.

Az ismertetett esetben sem lehetett kétség az előzőkhöz hasonlóan a kórismét illetően, a kórkép hullámlásuktól mentes folyamatos előrehaladása azonban nem volt egyértelműen rögzíthető. A szerződés-kötés és a szakértői vizsgálatok, de méginkább a „második”, értékelésre alkalmas, orvosi vizsgálat közötti lényegesen rövidebb idő (4 hónap szemben a 4 évvel) — a kórkép súlyosságát is tekintetbe véve — megkönnyítette a végső állásfoglalás kialakítását, de azt elsősorban a beteg magatartására vonatkozó laikus tanúvallomások segítették. A határozott vélemény helyetti valószínűségi vélemény adását ebben az esetben is a szerződés-kötés időpontjában végzett szakszerű orvosi vizsgálat vagy legalábbis az erre az időpontra vonatkozó adatok hiánya akadályozta.

3. Érdekesen veti fel az előzőkkel lényegében azonos problémát a 86 éves F. I.-né, aki gyerekeivel szemben a vele rokon kapcsolatban nem álló N. M.-néra hagyta vagyonát. Az erről szóló végrendelet, ill. ehhez csatlakozó eltartási szerződés 4 évvel a halála előtt íródott, melynek indoklása szerint őt is, élettársát is nevezett „hűségesen gondozza, szemben gyerekeivel, akik nem törődnek vele”. — A periratokból deríthető fel, hogy a végrendelezőnek a szerződés-kötés előtt 1 évvel „agyvérzése” volt. Leánya — az ügy felperese — ismertette, hogy „agyvérzése” után és így a végrendekezés idején is, „anyja már nem törődött semmivel”, N. M.-né is élettársa válaszolta. Az érdektelen tanúk szerint beszéde gyakran összefolyt, „értelmetlen szavakat mondott”, ruháját gyakran fordítva vette fel, alaptalanul keresett szomszédjain különböző dolgokat, — melyek utalhatnak a mnestikus zavarok mellett phasiás-praxiás kiesésekre, de nem igazolják egyértelműen a szellemi hanyatlást. — A szerződés megkötése, ill. a végrendelet megírása után 1 1/2 évvel a gyámhatóság által indított per folyt N. M.-né ellen, gondozási kötelezettség elmulasztása miatt — mivel a szomszédok bejelentése alapján végzett hatósági orvosi vizsgálat rendkívül elhanyagolt körülmények között találta F. I.-né és élettársát —, élelemmel sem voltak ellátva, tisztátalanok voltak. F. I.-né azonban sem a hiányosságok, sem a bánásmód ellen soha senkinél nem tiltakozott, soha senkinek nem panaszkodott, sőt még meghallgatása alkalmával is „megelégedését” fejezte ki. A szerződés-kötésre vonatkozó célzott kérdések feltételére, ugyanezen eljárás során csak néhány hónappal később került sor, amikor kiderült, hogy F. I.-né a szerződésről alig tudott valamit, a szerződés-kötést indokolni nem tudta. — Az elhanyagoltság semmibevétele F. I.-né és élettársa igényességének beszűkülésére, spontaneitásának nagyfokú hiányára és végeredményben szellemi hanyatlásra utal. Orvosi vizsgálat az említett jogügylet idején nem történt, ere az időszakra vonatkozó tanúvallomások sem voltak nyerhetők. Kezelőorvosa, aki az „agyvérzés” után kezelte sem tudott határozott választ adni, csak úgy nyilatkozott: „nem hiszi, hogy olyan állapotban lett volna, hogy végrendelezhet”.

Az előbbi két betegről eltérően ebben az esetben a szellemi hanyatlás feltételezhetően a residualis tünetekkel (phasiás-praxiás zavarok) zárult „agyvérzés”-hez csatlakozott, melyre vonatkozóan azonban kórházi zárójelentés nem állott rendelkezésre, későbbi szakorvosi vizsgálat sem nyúj-

tott útbaigazítást. A szerződésalkötés, végrendelet időpontjára sem állottak adatok rendelkezésre (a tanúvallomások időpont nélkül az agyvérzés utáni időszakra vonatkoztak) — így a vélemény a körülmények figyelembevételével az előbbieknél lényegesen bizonytalanabban és rendkívül vitathatóan csak annyiban volt adható, hogy a végrendelet az „adott időpontban belátási képességgel feltételezhetően nem rendelkezett”.

4. T. J.-né 73 éves falusi asszonynál is a szakértői vizsgálat idején (két évvel a szerződés megkötése után) egyértelmű szellemi leépülés volt kimutatható, de az 1 évvel előbbi vizsgálatok is kisebb intenzitású azonos elváltozásokat igazoltak. A szerződés megkötésekor orvosi vizsgálat nem történt, érdektelen tanúvallomás nem volt beszerezhető — alperes szerint „normális, épelméjű volt”, — felperes sógora szerint „több alkalommal összeesett, sok esetben zavarosan viselkedett”. — A periratokból azonban egyértelműen megállapítható volt, hogy nevezett a szerződésalkötés előkészítésében aktívan közreműködött, szerződésalkötési szándékát rokonságával is közölte, eltartót maga keresett és őt rokonságával is összehozta, — mikor alperes és rokona nem tudtak megegyezni maga vette fel a kapcsolatot alperessel és alkudott vele, utólag rokonainak a jogügylet megkötéséről be is számolt.

Mindezek ellenére enyhe fokú elbutulás a szerződésalkötés idején sem volt kizárható, amely a kritikai készség, a lényegmegragadás csökkenésében, esetleg fokozott befolyásolhatóságban érvényesült (magatartásának elemzése alapján vetődhetett fel). Ugyanakkor nagyfokú aktivitása a számára előnyös és életkörülményei miatt szükséges szerződés létrehozatalára valószínűvé tette, hogy a szerződés megkötése idején ügyei önálló vitelében nem volt súlyosabb fokban korlátozva.

5. A végrendelet érvényességének vitatása képezte a per tárgyát T. J.-né 78 éves végrendelet esetén is, aki 3 hónappal a halála előtt végrendeletet készített. Ebben a családi ház felét legfiatalabb leányára hagyta. Indokolás: „még nem részesült a családi vagyontól, mindvégig vele maradt, betegsége idején gondozta”. A végrendeletet testvérei nem ismerték el; — anyjuk súlyos megbetegedésére hivatkoztak, mely lymphogranulomatosis, érlemeszesedés, szívelégtelenség volt. Két kórházi felvétele alatt (a másodikra a végrendelet után került sor), pszichés rendellenességet nem figyeltek meg, sem időszakos nyugtalanságra, sem túrhetetlen fájdalomra utalás nem történt. Rendszeres gyógyszerelése igazoltan szívszerek és Dionin volt. Kezelőorvosa szerint néha bódultnak látszott, de „mindig lehetett vele beszélgetni”, „néha erős fájdalmak esetén csak fájdalmairól”. A körzeti ápolónő, aki a végrendelet idején is látogatta, ugyanezt oly módon fogalmazta meg, hogy „fájdalmaitól függően élenkebbnek vagy bágyadtabban, de mindig megfelelő válaszokat adott”. Az érdektelen tanúk — akik egy részének tanúvallomása a végrendelet idejére vonatkozott — arról tettek említést, hogy a végrendelet ágyban fekvő beteg volt ugyan, de „odaillően beszélgetett, rokonságának problémáira spontán kitért, végrendeletét előttük is indokolta.

Az egyébként szomatikus súlyos beteg — a tanúk egyöntetű véleménye alapján — a végrendelet idején fájdalomról nem panaszkodott, kábult nem volt, aktívan, frissen és érdeklődően vett részt a jogi aktusban, és annak tárgyát képező értékekkel is tisztában volt. Ily módon sem érdemleges és az ügy szempontjából értékelhető demencia nem volt regisztrálható (a körelőzményben sem szerepelt demenciára utaló adat), tudatzavar is kizárható volt. A végrendelet saját kívánságára történt, a végrendelet férjével egyetértésben készítette, a végrendeletben olyan kitételek szerepeltek, melyeket már évekkal a végrendelet előtt is hangoztatott. Mindezek alapján egyértelműen „igenlő válasz” volt adható cselekvőképességének, ill. végrendeletképeségének megtartottságára vonatkozóan.

6. E. J.-né 94 éves htb. végrendeletét a halála előtt 2½ hónappal készítette, közjegyző előtt és ebben „fia anyagi támogatására” hivatkozva, mindent fiára hagyott. A vitát az képezte, hogy a végrendelet előtt néhány hónappal átmeneti beszéd és írászavarok jelentkeztek. A végrendelet előtt körzeti orvosa is vizsgálta. Tanúvallo-

másában hangoztatta, hogy nevezett évek óta ismeri; — „érgörcs” következtében, időszakosan néhány alkalommal múló beszédzavara lépett fel, de szellemi képessége megtartott maradt. A közjegyző a végrendelező aktív részvételéről tett említést, a gépirónó szerint mindenre szabatos választ adott. A tanúvallomások is „épelműjűségét” igazolták, állapotának ingadozását átmeneti érdektelenségben és szótlanágban jelölték meg.

A phasiás zavarokban megnyilvánuló, ismétlődő, de átmeneti jellegű vascularis insufficientiához vezető arteriosclerosis a szellemi képességek nyilvánvaló hanyatlását nem idézte elő, — a végrendelezés idején tudatzavar nem állott fenn — ily módon pszichiátriai szakvizsgálat nélkül is a végrendelezőképesség megtartottsága mellett lehetett egyértelműen állástfoglalni.

7. D. Gy.-né 82 éves, htb. esetében a szakértői véleményadásra nevezett halála után került sor, de a per fia támogatásával még a halála előtt indult. A periratok szerint évek óta fiánál lakott, fia tartotta el, de több alkalommal átmeneti időre indokolatlanul idegenekhez költözött. A szerződés kötés előtt már két évvel rendszeresen hangoztatta, hogy „pénzét lopják”, jóllakottság esetén „mérgeztetés”-ről beszélt. Rossz kapcsolatát menyével állandóan hangoztatta: „menye vasdoronggal vágja fejbe, ezért többször a sövény mellett ébredt”, „menye nem engedi, hogy fejmosáshoz a kutya lábasában melegítsen vizet” stb. Előfordult, hogy négykézláb mászkált a kukoricásban, sírt, családját kereste. A szerződés kötés előtt hat nappal Nagykőrösre utazott, ahol az eltartási szerződés tárgyát képező háza állott. Magatartását mindazok, akik ekkor találkoztak vele, tanúvallomásukban zavartnak mondták, (a házat sem találta meg, „odavezették”). A szerződés kötés után egy hónappal is az egyik tanú úgy jellemezte, hogy „összevissza beszélt”, „szavát sem lehetett érteni”. A szerződést a számára ismeretlen lakóival kötötte, akik szerint „a szerződés kötést a felperes kezdeményezte”.

A rendelkezésre álló periratok alapján egyértelműen megállapítható volt, hogy szellemi hanyatlásra utaló magatartásmódok mellett meglopátásos, bántalmaztatásos, mérgeztetéses téveseszmék is szerepeltek. Fluktuáló tünetként a tájékozódás zavara volt kimutatható. Az eltartási szerződés kötésében hiányzott a megfontolás (házát idegenekre hagyta, akiknek a nevét sem tudta) — motivációjában téveseszméinek szerepe sem zárható ki (fiának lakását több ízben elhagyta és azt téveseszméivel indokolta). A felsoroltak mellett a szerződés megkötéséhez mindenképpen hozzájárult fokozott befolyásolhatósága, de esetleges kényszer alkalmazása sem volt kizárható.

Bár a szerződés kötés körülményeire semminemű adat nem állott rendelkezésre, a szerződés kötő pszichózisa — kórisme feltehetően dementia senilis — teljesen egyértelműen vált ismertté a tanúvallomásokból, a szerződés kötés körüli időben a téveseszmék intenzív volta mellett tudatzavarok is előtérbe kerültek —, így kétség nélkül megállapítható volt, hogy a szerződés kötés alkalmával a szerződés kötő nem volt cselekvőképes.

8. V. I.-né 76 éves htb.-nél a fia beadványa szerint kb. 10 éve fokozódó szellemi hanyatlás állt fenn. Ezt avval indokolta, hogy anyja holmijából eladogatott — gyakran barangolt az erdőben, virágot, gombát szedegetett és azt eladta —, anyja nem akart a házától megválni és hozzá költözni, — időnként egyes ismerőseinek pénzt kölcsönzött. — Az eltartási szerződést unokájával kötötte, aki ellátást és 500 Ft havi járadékot adott házáért és ingóságaiért, — házában is tovább lakhatott. A tanúvallomások szerint gyakran panaszkodott, hogy nincsen pénze, ezért kell virágot szednie. Kölcsöneiről is tudtak, amelyeket mindig visszakapott. Gyakran rest volt főzni, — bár volt tüzelője lakásában egész télen nem fűtött. A tanúk többsége kiemelte „normális” beszédét.

Szakértői vizsgálata alkalmával elmondotta, hogy fia csak rövid ideig gondoskodott róla, ezért férje egyes holmijainak eladására kényszerült. Az eltartási szerződés részleteit, havi járandóságának összegét pontosan ismertette, — kiemelte, hogy unokája a vállalt kötelességének eleget tett. E szerződést azért részesítette előnyben fia megelőző ajánlatával szemben, mert így régi házat nem kellett elhagynia. Gombát és

virágot szed az erdőben — evvel szívesen foglalkozik és pénzt is jelent a számára. Kölcsöneit elismerte, összegüket is meg tudta határozni, de elismervényt egyetlen esetben sem kért. (A Bíróság a megelőzőkben a nyugta nélküli kölcsönzések alapján nevezettet gondnokság alá helyezte, ami maga után vonta a szerződés kötés érvényességének vitatását is.) Vizsgálatánál elmebetegség kizárható volt. A fogalmak meghatározásánál hiányos absztrakció, konkretizációs tendencia mutatkozott, szimbólumokat hiányosan ismert fel. Felfogása is kissé megnehezült, gondolkodása meglassult volt, a mnestikus funkciók hanyatlása, az ismeretanyag beszűkülése is regisztrálható volt, időbeli tájékozódásában is kissé bizonytalannak mutatkozott. A felsoroltak intenzitása azonban kismértékű volt és összességükben is csak enyhe fokú értelmi hanyatlásra utaltak.

V. I.-né szerződés kötéséig elszigetelten, magányosan élt. Ez feltétlenül hozzájárult ahhoz, hogy az öregkor néhány jellemző vonása „kielezett formában” jelenjék meg. Félelem az elszegényedéstől még kedvezőbb körülmények között is előfordulhat (megélhetési nehézségek miatt virágok, gombák szedése és eladása, — fűtés és étkezés elhanyagolása túlzóan értelmezett takarékoság miatt). Érdeklődési körének beszűkülése helyzetéből fakadt, — nehezebb adaptációs készsége, merevsége, konzervativizmusa (háza eladásának és fiához költözésének elutasítása) ugyancsak öregkori jellegzetesség.

Az öregkor egyes jellemző tünetei tehát kifejezett, de mégsem olyan szélsőséges formában és inenztással voltak kimutathatók, hogy öregkori elmebetegség kórisméje indokolt legyen, értelmi hanyatlás is csak enyhe fokban állott fenn. Szerződés kötése motivált volt, a számára előnyös szerződés fenntartásáért aktívan tevékenykedett. Gondnokság alá helyezésének megszüntetése a vizsgálat alapján lehetségessé vált és megtartott cselekvőképessége is igazolható volt a szerződés kötés után két évvel végzett elmeszakértői vizsgálat alapján.

Megbeszélés

Az öregkori szerződés kötés ill. végrendeletkezés esetén az előtérben álló problémát többnyire az intellektuális szint meghatározása jelenti. A kérdésfeltevés e vonatkozásban azonban nem azonos a gondnokság alá helyezésnél megválaszolttal. A gondnokság alá helyezés alkalmával u. is azt mérlegetjük, hogy vajon az egyén szellemi hanyatlása olyan fokot ért-e el, mely miatt már „az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége állandó jelleggel teljesen hiányzik vagy legalábbis nagymértékben csökkent.” — A szerződés kötés ill. végrendeletkezés alkalmával viszont vizsgálatunk arra terjed ki, hogy a jogügyletet kötő az előrehaladott megbetegedése, szellemi hanyatlása stb. *ellenére* rendelkezik-e a szellemi képességeinek avval a minimumával, mely nélkülözhetetlen az érvényes szerződés ill. végrendelet megkötéséhez. Az idős egyént enyhébb fokú szellemi hanyatlás nem akadályozza abban, hogy képes legyen saját sorsának intézésére, sőt előrehaladott korának, testi és szellemi hanyatlásának felismerése képezi éppen a szerződés kötés indokát, melynek célja általában megfelelő feltételek megteremtésével jövőjének biztosítása, — míg a végrendeletkészítő állapotának súlyosságát ítéli olyan fokúnak, hogy vagyona felosztásáról nyilatkozni kíván. Ily módon a szerződés kötéshez vagy végrendeletkészítéshez igényelt intellektuális szint meghatározásához speciális kritériumok szükségesek, eltérőek a klinikai diagnosztikában általánosan alkalmazottaktól és a kérdésfeltevés különbözősége miatt a gondnokság alá helyezésnél előnyben részesítetteknél. A speciális szempontok még jobban kidomborodnak mindazokban az esetekben, amikor ugyanezt a kérdésfeltevést retrospektíve, az

egyen utólagos vizsgálatával vagy személyes vizsgálata nélkül és hiányos adatok mellett kell megvilágítanunk.

A szakértői tevékenység során ritkán kerülünk abba a helyzetbe, hogy még a jogügylet megkötése előtt módunkban álljon a szerződéskötő képesség megtartottságáról vagy hiányáról véleményt nyilvánítani (végrendeletek készítése előtt gyakrabban kerül sor egyidejű orvosi vizsgálatra). Ebben a kedvező esetben azonban lehetségessé válik az intellektus szintjének pontosabb meghatározása, melynél a szokványos neuro-pszichiátria vizsgálat mellett valamely egyszerűbb teljesítmény-teszttel történő vizsgálatra is alkalmunk nyílik. A teljesítmény-teszt értékelésénél azonban sohasem szabad figyelmen kívül hagynunk azokat a tényezőket, melyek az életkorból származnak és a vizsgálatot módosíthatják, mint pl. a szituációhoz történő nehezebb alkalmazkodást, a meglévő készségek lassúbb mobilizálhatóságát, a vizsgálatkor fellépő szorongást, a gyakran nagyfokú fáradékony-ságot stb. Ha e komponenseket u. is elhanyagoljuk, és a nehézségek áthidalásához nem nyújtunk segítséget a vizsgálat eredménye semmiképpen sem a reális képet, az intellektus tényelegetesen meglévő szintjét tükrözi, mely egyébként is nem önmagában ítéendő meg, hanem mindig hozzátéve a kérdést, hogy az az igényelt minimumot eléri-e. Mindez még inkább szükségessé teszi — amit a teljesítménytesztek gyakorlati felhasználásakor mindig meg is teszünk, hogy bár tudomásul vesszük az egyes készségekre, teljesítményekre vonatkozó adatokat — a tesztes vizsgálat eredményét csak az összmagatartás, a pszichés tevékenység egészének ismeretében, azzal összhangba állítva értékeljük, — amit a jelen konkrét esetben a jogügylethez igényelt szinttel is konfrontálunk. Retrospektív vizsgálatok esetén a véleményezendő különböző megnyilvánulásaira, magatartására, az általa hangoztatottakra vonatkozó tanúvallomások adnak csak lehetőséget a fent vázolt következtetés megtételére.

A vizsgálat speciális célja indokolja, hogy bizonyos összefüggések megtartottsága feltétlenül igényelt, — ezek közül kiemelkedő az életkörülmények reális megítélése, a családi kapcsolatok megfelelő ismerete és értékelése, a jogügylet céljának indokolása saját és családja szempontjából. — Mind az előzetes szakértői vizsgálatnak, mind az utólagos véleményezésnek ezért fontos feladata a felsorolt adatok feltárása, mivel ezek dokumentálják leginkább, hogy a jogügyletet kötő, a szerződés ill. végrendelet lényegével, céljával tisztában volt-e vagy sem, ill. részben lehetőséget adhat esetleges pathológiás motiváció felszínre jutására is (l. alább részlete-sen).

Az ismeretanyag mennyiségi és minőségi értékelése és az intellektuális szint meghatározása szempontjából különösen óvatosságra int. Az ismeretanyag bizonyos beszűkülése egyéb esetekben sem jelzője az intellektus hanyatlásának. (Az általános ismeretek csökkenése az élet folyamán speciális ismeretek — főként a foglalkozással kapcsolatosak — növekedésével párhuzamosan általánosan ismert.) Az ismeretanyag vizsgálatánál — éppen úgy, mint az intellektus egészének megítélésénél — feltétlenül tekintetbe kell vennünk, hogy a vizsgálat milyen szintet ért el az előzőekben és a hanyatlás tényének megállapításához ebből a bázisból kell elindulnunk. A ma élő egyének, különösen ha azok falusi környezetből kerülnek ki, többnyire igen alacsony iskolázottsággal rendelkeznek és életüket inger-szegény környezetben töltötték, híján voltak a ma általánosságban elterjedt információs eszközöknek. Ily módon általános ismeretekre terjedő ismeretanyaguk egészen minimális lehet anélkül, hogy ez az értelmi képességek bárminemű csökkenését jelezné. A hivatás, a mindennapi

FRENOLON®

draszté, injekció

NEUROLEPTICUM, ANTIPSYCHOTICUM

draszté 5 mg
draszté 25 mg
ampulla 1 ml (5 mg)

A chlorpromazinnál lényegesen erősebb neurosedatív hatású és kisebb toxicitású phenothiazin-származék. Vérnyomásesést, collapsust, tachycardiát nem okoz, hypnotikus hatása enyhe.

JAVALLATOK: *Psychiátriában:* schizofrenia paranoid, hebefren, cataton formáinak akut és krónikus esetei, schizoforn reakció, mánia akut alakjai, oligophrenia izgalmi állapotai, cerebrovascularis insufficientiával kapcsolatos psychosikok.

Ideggyógyászatban: anxiétasszal, emotionalis zavarral színezett neurosikok — különösen organikus eredetű szorongásos állapotok — „szerv-neurosikok” stb.

Belgyógyászatban, paediatriciában, sebészetben, szülészet-nőgyógyászatban, onkológiában stb.: nyugtatásra, hányáscsillapításra, műtétek, orvosi vizsgálatok előkészítésére önmagában vagy adjuvánsként.

ELLENJAVALLATOK: Epilepsia, leukopenia, súlyos vese- és májártalom, barbiturát, alkohol, narcoticum okozta coma.

ADAGOLÁS: A Frenolon kezdeti adagja felnőtteknek általában napi $3 \times 5-10$ mg, ez fokozatosan — különösen psychiatriai körképekben — 3×25 mg-ra növelhető. Az egyénileg megállapított fenntartó adag napi $10-25$ mg, mely hosszú ideig adható.

Amint a Frenolon egyszeri adagja a 25 mg-ot eléri vagy meghaladja, célszerű a Frenolon 25 mg-os drasztét alkalmazni. Csecsemő- és gyermekgyógyászatban az optimális napi adag $1-2$ mg/kg per-os, $3-6$ részletben.

Felnőtteknek az injekcióból általában $3 \times 1-2$ amp./die, mely szükség esetén $3 \times 1-4$ amp. mennyiségre növelhető.

MELLÉKHATÁS: Parkinsonoid syndroma, mely az adag csökkentése vagy a gyógyszer elhagyása után gyorsan megszűnik és antiparkinsonos gyógyszerekkel jól befolyásolható, esetleg megelőzhető.

Ritkán szédülés, szájszárazság, székrekedés, enyhe hypnotikus hatás.

FIGYELMEZTETÉS: Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel. A kúra tartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, szeszes italt fogyasztani tilos!

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szakrendelések (ideggondozók) szabadon rendelhetik. Egyébként csak szakrendelés javaslatára, a javaslatban meghatározott időtartamú, legfeljebb a javaslat keltétől számított 2 hónapon belül történő gyógykezelés céljára rendelhető. A javaslatot adó szakrendelést és a szakrendelés keltét a vényen fel kell tüntetni.

A 25 mg-os draszté csak fekvőbeteg-gyógyintézetek részére van forgalomban.

CSOMAGOLÁS

50 db draszté 5 mg (metofenazatum) 14,50 Ft
500 db draszté 25 mg (metofenazatum) 365,— Ft
5 x 1 ml amp. 5 mg (metofenazatum) 8,20 Ft

Égyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST





Anxiolytikus hatását a koncentrációképesség és munkaintenzitás csökkentése nélkül fejti ki; nappali álmoasságot nem okoz

Feszültséggel, vegetatív zavarokkal, enyhe anxiatasszal járó betegségek



tal

PSYCHOVEGET

Hatástaniilag átmenetet képez a minor tranquillansok és az enyhe psychoenergeticumok között. Hatásának, amelyet a limbikus rendszeren keresztül fejt ki, egyrészt jellemzője a feszültségoldás, másrészt a vegetatív panaszok csökkentése. Myorelaxans és cardiodepressív hatása nincs.

JAVALLATOK:

Azon kis pszichiatriai kórképek, amelyeket indítékhiány, fáradtság, reaktív depressio, apathiás, inaktív állapotok jellemeznek. Belgyógyászati terápiában adjuvánsként, pseudoanginás fájdalmak megszüntetésére önmagában is; súlyosabb anginákban pedig tüneti adjuváns kezelésre. A myorelaxans hatás hiánya következtében olyan kórképek esetén is alkalmazható, amelyekben az izom-relaxatio kontraindikált vagy nem kívánatos (myasthenia gravis, myopathiák, neurogen izom-atrophiák).

ADAGOLÁS:

Felnőtteknek általában naponta 1–3-szor 1–2 tabletta (50–300 mg/die). Alkalmoszerű szedése esetén 1–2 tabletta. A megfelelő tolerancia és a vigilitas csökkenésének hiánya miatt az orvos által szükségesnek tartott mennyiségben adható, és nem szükséges az alkalmazandó adagok fokozatos növelése.

ttá

IV REGULATOR

MELLÉKHATÁSOK:

Átmenetileg előfordulhatnak gastrointestinalis panaszok, bőrvizketés, elvétve exanthema; ez utóbbi esetben a kezelés felfüggesztendő.

FIGYELMEZTETÉS:

Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékenységnek megfelelően előírt adagban szedhetik.

Túlzott élelenség és aktivitás, esetleg larvált agressio felszínre kerülése is előfordulhat, amely a dózis csökkentése vagy a kezelés félbeszakítása után megszűnik. Bár teratogen hatást nem észleltek, a készítmény alkalmazása — más tranquilosedatívumokhoz hasonlóan — a terhesség első harmadában mégsem ajánlatos.

MEGJEGYZÉS:

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

CSOMAGOLÁS:

20 tabletta (tablettánként 50 mg tofizopamum)
14,40 Ft.

SZETI GYÁR, BUDAPEST



Climaxos panaszok befolyásolására — az esetek jellegétől függően — önmagában vagy hormonál kombinálva

Alkoholelvonási syndroma, valamint praedelirosus állapotok vegetatív és izgalmi tünetei



TRIOXAZIN[®]

tabletta

ANXIOLYTICUM

Az intellektus és mozgáskészség befolyásolása nélkül szünteti meg a szorongást, a túlfeszített és pszichés nyugtalanságot. Nem befolyásolja a vérkeringést, légzést, az extrapyramidalis rendszert és a normális reflextevékenységet. A munka- és koncentrációképesség teljesen megmarad.

Hozzászokás veszélye nem áll fenn.

JAVALLATOK: Szorongás, túlfeszített idegállapot, pszichés nyugtalanság, neurotikus vegetatív tünetek (hypertonia, climax), külvilági emotionális tényezőkön alapuló izgalmi állapot (lámpaláz stb.). Sajátos gyermekgyógyászati javallata: neuropathia.

ADAGOLÁS: Egyéni. Napi átlagos adagja felnőtteknek 2—6 tabl., ami a körformától függően napi 8—10 tablettára növelhető. Gyermekeknek 2—12 hónapos korig 3—5×¼ tabl., 1—6 éves korig 3—5×½ tabl., 7—14 éves korig 3—5×1 tablettá adható naponta.

MELLÉKHATÁS: Álmoság, fáradtságérzés.

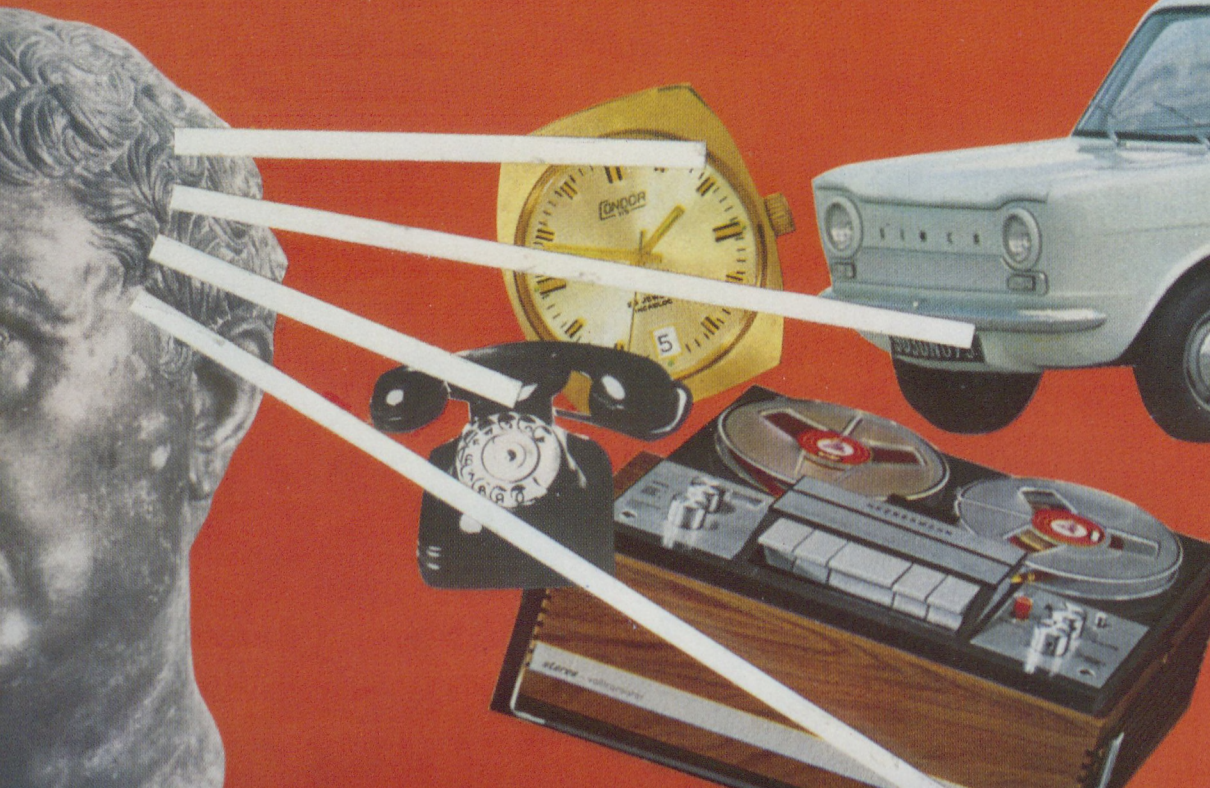
FIGYELMEZTETÉS: A gyógyszer adagolása alatt fokozott elővigyázatosság szükséges. A kúra tartama alatt, illetve a bevétel után 8—10 órán belül járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, szeszes italt fogyasztani tilos!

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

CSOMAGOLÁS:

20 tabletta	
(tablettánként 0,3 g trimetozin)	
	10,50 Ft
200 tabletta	105,— Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



munkával kapcsolatos ismereteinek beszűkülése azonban már jelzés lehet az értelmi szint negatív irányú változására, elvesztésük feltétlenül értelmi hanyatlást igazol. Ebből következik, hogy a bő tárgyi ismeretek hiánya semmiképpen sem zárja ki a szerződéskötő — ill. végrendelkezőképesség meglétét. Ugyanakkor bizonyos ismeretek, meghatározott fogalmak, összefüggések megtartottsága, helyes megítélése e vonatkozásban döntő fontosságú. Amennyire nem jelentős, hogy a vizsgált pl. földrajzi, történelmi, irodalmi stb. ismereteket tud-e mobilizálni vagy sem, annyira lényeges, hogy helyes ismeretekkel rendelkezék a szerződésben ill. végrendeletben szereplő vagyontárgyairól, azok rendeltetéséről, hozzávetőleges értékéről. A jogügyletben az egyén mint értékei felett önállóan rendelkező személy csak a felsoroltak ismeretében szerepelhet; — így annak tudása, hogy „mivel rendelkezik” és „milyen értékben” a legalapvetőbb feltétele annak, hogy a szerződéskötő- vagy végrendelkezőképesség megtartottságát véleményezhessük. Előzetes vizsgálat alkalmával ezért a szokványos neuro-pszichiátriai vizsgálatot mindig ki kell egészíteni olyan kérdések feltételével, melyek segítségével arról tájékozódunk, hogy a szerződésben, végrendeletben szereplő adatokat, a jogügylet tárgyát képező értékeket, azok egymáshoz viszonyított nagyságrendjét ismeri-e vagy sem. Retrospektív értékelésnél a tanúvallomásokból igyekszünk megtudni, hogy a szerződéskötés alkalmával nevezett, kérdésekre vagy spontán, környezete tudomására juttatta-e, hogy vagyona összetételével, értékével tisztában van és ennek megfelelően rendelkezik (l. az 5. esetismertetést, melyben a végrendelkezés időpontjára olyan adatok álltak rendelkezésre, melyből nyilvánvalóvá vált, hogy a végrendelkező által kezdeményezett, megfontolt, a reális értékek ismeretében szerkesztett jogügyletről van szó). Még inkább megkönnyíti ill. pontosítja a véleményadást retrospektíve is, ha olyan orvosi vizsgálat történik, mely ha nem is szakorvos által kivitelezett, a vizsgált általános állapotára vonatkozó megállapításokon túlmenően a felsoroltakról is konkrét adatokat szolgáltat — vagy legalábbis közjegyző, ügyvéd előtt történik a szerződéskötés és azok tudnak e vonatkozásban nyilatkozni (Vitathatatlan azonban, hogy a szakszerű és laikus tanúvallomások ilyen adatai csak támpontot adnak a megítéléshez, segítik azt, de az egyértelmű véleményhez számos egyéb tényező ismerete is megkívánt, ami aláhúzza a szakértői vizsgálat vagy legalábbis a szakszerű, célirányos orvosi vizsgálat szükségességét.)

Az intellektuális szint meghatározása során a megjegyző emlékezés kiskokú gyengülése, az új megtanulásának nehezítettsége, az originalitás elvesztése, a lényegmegragadás, kritikai készség, kombinatív készség stb., stb. csökkenése, önmagában nem elegendő egyértelmű következtetések levonására, mint arra az előbbieken a teljesítmény-teszttel történő vizsgálat alkalmával már utaltunk. U. is egy-egy funkció csökkenése ellenére — amennyiben az nem nagymérvű — az idős egyén képes lehet saját helyzetének, kapcsolatainak reális felmérésére, megfontolt ítéletek alkotására, helytálló következtetések levonására. Előzetes szakértői vizsgálat alkalmával éppen ezért mind az előzményi adatokból, mind a vizsgálatból annak felmérésére kell törekednünk, hogy az idős egyénnek milyen a hozzáállása a mindennapi élet problémáihoz, milyen a gyakorlati életben végzett tevékenységének racionalitása, mégha somaticus állapota miatt teljesítménye alacsony is. Rendkívül fontos, hogy helyzetét, megbetegedését megfelelően képes-e értékelni, rendelkezik-e és milyen mértékben betegségére vonatkozó kellő belátással (az enyhe fokú szellemi hanyatlást a beteg felismeri, sőt gyakran negatív emocionális megnyilvánulások által

kíséri — súlyos demenciánál a betegségbelátás hiányzik). — Mindezek miatt nem egy-egy funkció izolált megítélésére kell törekednünk ill. erre vonatkozó adatokat a periratokból kiemelni, hanem ennél lényegesen nagyobb mértékben esik latba a vizsgálatnál az egyénnek az összteljesítménye — retrospektív véleményezésnél az összmagatartásra vonatkozó adatok —, mivel az összteljesítmény a hiányzó ill. meglevő készségek egymást kompenzáló felhasználásának eredménye, — így értékmérője annak, hogy a véleményezendő a mindennapi élet feladatait meg tudja-e oldani és milyen szinten.

A szerződéskötő- ill. végrendelkezőképesség hiánya állapítható meg minden esetben retrospektíve is, ha a tanúvallomások olyan magatartásmódokat tárnak fel, melyek az intellektuális szint súlyos fokú csökkenésére utalnak vagy pl. olyan fokú mnestikus zavarokra engednek következtetni, melyek lehetetlenné teszik a célirányos cselekvést még alacsony szinten is (l. 1—3. esetismertetést). — Ezekben az esetekben is problematikus lehet azonban, hogy az egyértelmű szellemi hanyatlás, mely a vizsgálatnál állapítható meg vagy a tanúvallomásokból kerül felszínre, vajon a szerződéskötés ill. végrendelkezés idején is fennállott-e. Az előbb idézett esetismertetéseink éppen azt igazolták, hogy miután pl. az 1. és 3. esetben évekre, a 2. esetben hónapokra visszamenően kellett a szerződéskötés idején fennálló szellemi készségekre vonatkozóan nyilatkozni —, végeredményben a rendelkezésre álló adatok mennyiségétől és főként minőségétől függött, hogy egyértelműen, nagy valószínűséggel vagy feltételezéssel lehetett-e a feltett kérdésre válaszolni —, de hiányos adatok esetén előfordulhat, hogy vélemény még „feltételezhető” megjelöléssel sem formálható ki. Elsősorban 1—3 esetünk igazolta azt, hogy a szerződéskötés idején elmulasztott célirányos vizsgálat milyen nehézségekhez vezet, különösen ha a per folyamán megfelelően értékelhető és igazoltan a szerződéskötés vagy végrendelkezés idejére vonatkozó tanúvallomásokat sem sikerül nyerni (a tanúvallomások felhasználásakor mindig meg kell válogatnunk, hogy melyekre támaszkodhatunk, mivel még a hozzátartozók is — akik gyakran nem érdektelenek és a perben alperesként vagy felperesként szerepelnek — egymással teljesen ellentétes információkat szolgáltathatnak a perben elfoglalt helyzetüknek megfelelően). — A tanúvallomások közül általában a legértékesebbek azok, melyek laikus kifejezéseket használva írják le a jogügyletet kötő magatartását, — ezekből egyes esetekben — mint arra 2. esetismertetésünk szolgáltatott példát — sokkal egyértelműbb következtetések vonhatók le, mint a nem megfelelő szintű és irányú, mégis értékeléseket, következtetéseket tartalmazó orvosi vizsgálatból (*Nyirő, Luthe, Varenne*). — Igen fontos adatként szerepelhet a peres eljárás során az a kérdés, hogy milyen volt a szerződéskötő vagy végrendelkező magatartása a szerződéskötést megelőzően és a szerződéskötés alatt. A peres eljárás adataiból néha olyan megállapítások birtokába jutunk, melyek szerint a véleményezendő aktívan tevékenykedett a szerződés ill. végrendelet előkészítésén esetleg még maga is szervezte meg azt (l. a 4. és 5. esetismertetést), vagy szándékát beszélgetéseiben már megelőzőleg is többeknek kifejezésre juttatta; — ilyen tevékenység kizárja a nagyobb fokú intellektuális hanyatlást és ellene szól annak, hogy a jogügylet mások befolyására vagy indokolatlanul, pillanatnyi ötletbetörés következtében történt.

Öregkori jogügyletekben az előbbieken részletezettekkel azonos jelentőségű annak megítélése, hogy vajon a jogügylet idején tudatzavar fennállott-e vagy sem. Mivel a tudatzavarok e korosztályban igen gyakoriak,

— agyi érmegbetegedésekhez, átmeneti keringési zavarokhoz, de a legkülönbözőbb egyéb belgyógyászati kórképekhez is gyakorta csatlakoznak (*Wieck* a funkcionális pszichózisok gyakoriságát említi az öreg korban), mindig meg kell válaszolni a kérdést, hogy a szerződés kötés vagy végrendekezés idején a tudat tiszta volt-e vagy sem. (E vonatkozásban az esetleges kábító hatású fájdalomcsillapítók szedése sem hanyagolható el.) A tudat tisztasága u. is alapfeltétele az érvényes jogügyletnek! Ha megállapítható, hogy a jogügyletet kötő mindazokra a kérdésekre, melyek a szerződés tárgyát képező értékekre, a családi viszonyokra stb. vonatkoztak helyesen válaszolt, emellett a tanúvallomások egyértelműen a magatartás rendezettségét is igazolják, akkor a szerződés kötés idején fennálló tudatzavar valószínűtlen. Ennek megállapításához azonban feltétel, hogy ha a jogügylet kötését szakszerű orvosi vizsgálat nem is előzte meg, olyan tanúvallomások álljanak rendelkezésre, melyek e vonatkozásban is értékesíthetők.

Más a helyzet olyan előzményi adatok esetén, melyek a jogügylet kötésének időpontjától független, időszakosan fellépő tudatzavarokra utalnak. *Stransky* általánosító véleményt képvisel; a tudatzavarok jelentkezését (beleértve az éjszakai delíriumokat is) olyan „tartós elmebetegség”-nek tekinti, mely érvényes jogügylet kötését kizárja. E vélemény nem veszi figyelembe a tudatzavarok különbözőségét és azt, hogyha az előzményben ilyenek szerepelnek, az nem zárja ki, hogy akár a tudatzavart megelőző időben vagy azt követően helyes és érvényes véleménynyilvánításra kerülhessen sor. A tudatzavar okának tisztázása eldönti, hogy az adott esetben accidentalis tudatzavar állott-e fenn, mely nem progresszív cerebralis megbetegedéshez csatlakozott és mely — amennyiben nem éppen ehhez az időponthoz fűződik a jogügylet — nem releváns az érvényesség értékelésénél. Az általánosító vélemény a tudatzavarok ismétlődő fellépésekor sem érvényesíthető, mégha azok cerebralis érmegbetegedések esetén pl. nemcsak az éjszakai órákban, hanem nappal is jelentkeznek. Ezekben az esetekben az aktuális jogügylet időpontjában fennálló tudatállapot vizsgálatán kívül pontosan tisztázni kell, hogy az előzményben szereplő tudatzavar átmeneti vagy állandó jellegű, átmeneti tudatzavar esetén az ritkán fellépő vagy rendszeresen jelentkező ill. főként, hogy a tudatzavartól függetlenül kimutatható-e szellemi hanyatlás és ha igen, milyen fokban. Végeredményben valamely tudatzavart állapot megszűnése utáni pszichés állapot elemzésének eredménye határozza meg, hogy egyáltalán fennáll-e egy érvényes szerződés vagy végrendelet megkötésének lehetősége — amennyiben a vizsgálat még a jogügylet megkötése előtt történik. Retrospektív vizsgálatoknak meg kell kísérelnie annak felderítését, hogy a magatartás, ill. az egyén egyéb megnyilvánulásai alapján fennállhatott-e a lehetősége valamely érvényes jogügylet kötésének és ezt követi annak kimutatása, hogy egy meghatározott időpontban, konkrétan a szerződés kötés vagy végrendelet időpontjában tudatzavar fennállott-e vagy sem.

A tudat tisztaságának meghatározása feltételezi a megfelelő kontaktus felvételt, a kielégítő kooperációt, a rendezett magatartást, odaillő válaszokat stb. (az erre vonatkozó laikus tanúvallomások is többnyire jól értelmezhetők). — A tudat tisztaságának megállapítása azonban a tájékozódás megtartottságának kimutatását is szükségessé teszi. Az öregkor sajátosságai miatt azonban nem minden esetben léphetünk fel a teljesség igényével. Az idős egyén elszigetelődéséből, érdeklődési körének beszűküléséből, az események hiányos követéséből fakad, hogy tiszta tudat és kielégítő intellektus mellett is elsősorban az időbeli orientáció hiányosságokat mutathat, — ugyanakkor a térbeli sokkal kevésbé, a saját személyre vonatkozó

egyáltalán nem szenved zavart (súlyosabb tér- és időbeli tájékozódási zavar, de elsősorban az autopszichés orientáció zavara már súlyosabb mnestikus kieséseket vagy értelmi hanyatlást feltételez és a véleményezendő jogügylet szempontjából cselekvőképtelenséget jelent). Reális követelménynek tekintjük ezért a szerződéskötés ill. végrendekezés szempontjából, hogy a jogügyletet kötő a személyi adatainak pontos meghatározása mellett térben alig térjen el, időben pedig ugyancsak megközelítse a helyes választ.

Tartós, ill. gyakran jelentkező tudatzavarok esetén is előfordulhat, hogy a jogügylet megkötésére ún. lucidum intervallumban kerül sor, melyet egyes szerzők (pl. *Wyrsh.*) az üzletkötő képességnél nem, de a végrendekezés esetén mint jogügylet kötésére alkalmas időpontot elfogadnak. Véleményünk szerint ez csak a zavartsági állapot (többnyire arteriosclerotikus eredetű) rendeződése után fogadható el, de csak akkor, ha a már ismertett kritériumoknak a végrendelező állapota mindenben megfelelt (a végrendekezés tényével, anyagával, összefüggéseivel, következményeivel stb. tisztában volt). Tehát a „lucidum intervallum”-ban készített végrendelet sem nélkülözheti az egyébként igényelt adatok részletes és megbízható feltárását, ill. a végrendelet motivációjának ismeretét. (Tartós tudatzavar esetén a beteg állapota valószínűtlenné teszi, hogy a végrendelező a felsoroltakhoz szükséges készségekkel rendelkezék, ezért a „lucidum intervallum” problémája inkább elvi kérdést jelent.) Megjegyzendő még, hogy a gondnokság alá helyezés demencia kórismével eleve kizárja a jogügylet kötését. (Cselekvőképességet kizáró gondnokság.)

Öregkori jogügyletek is szükségessé teszik annak felderítését, hogy vajon nem állott-e fenn a jogügylet megkötésekor pszichózis, vagy esetleg az előrehaladó demencia talaján nem léptek-e fel olyan produktív pszichotikus tünetek, melyek az egyént döntésének meghozatalában alapvetően befolyásolhatják (hozzátartozóit azért akarja kismézni, mert mérgezik, üldözik, meglopják, mint arra ismertetett 7. esetünk utalt, vagy esetleg hallucinációk „tanácsolják” ilyen jellegű döntés hozatalát). Mindezek miatt nagy jelentőségű, hogy a szakértői vizsgálat alkalmával pszichózis esetleges fennállása után kutassunk, ill. retrospektív vizsgálat esetén ugyanezt tegyék a tanúvallomások segítségével. Pszichotikus tünetek fennállása a szerződéskötés vagy végrendekezés idején a perbeli cselekvőképesség megtartottságát kizárják, mégha a szerződés motivációja ill. a kóros tünetek között egyértelmű összefüggés nem is igazolható, (aktív pszichózis esetén, a gondolkodási funkciók zavara vagy az emocionális tényezők feltárható összefüggés nélkül is a döntésre kóros befolyást gyakorolhatnak). További kérdés azonban, hogy a cselekvőképesség elvesztése végleges vagy csak átmeneti-e, mely egyértelműen a kórisme függvénye. (A jogügylet elbírálásánál jelentős lehet a pszichózis „reakció”, jogos kulcsélményre épülő jellege.) A kórisme felállításától tehát még abban az esetben sem tekinthetünk el, ha a szindromatológiai diagnózis az adott szerződéskötésre vagy végrendekezésre vonatkozóan egyértelmű véleménynyilvánítást tesz lehetővé, elsősorban prognosztikai megfontolásokból —, hiszen az öregkori pszichózisoknál remittáló, krónikusan stagnáló és progresszív kórlefordulás, endogén és pszichoreaktív kórformák egyaránt előfordulhatnak (*Greger*).

Pszichotikus elváltozások igazolhatósága nélkül is gyakran kell számolnunk olyan motivációval, mely az affektivitás szélsőséges megnyilvánulásának következménye (*Bronisch, Langelüddeke, Rauch, Stransky*). Az érzelmek megmerevedése, az egocentricitás kiéleződése olyan méretűvé vál-

hat, hogy akadályát képezi érvényesként elfogadható döntés meghozatalának, mégha egyértelmű téves feldolgozásokhoz nem is kapcsolódik. E vonatkozásban *Luthe* kiemeli, hogy az egocentrikus beszűkülés nem egyértelműen abnormis, de ha az a praktikus, a mindennapos tevékenységre is kiterjed, az egyén képtelenné válhat áttekintő döntés hozatalára. Előbbinél még gyakrabban fordul elő, az idős ember túlzott érzelmi igénye eredményeként a nagyfokú befolyásolhatóság (*Latey*), bár ez leépülésük ill. pszichózisuk következménye is lehet (1. 2. és 7. esetismertetést). — Nagymérvű befolyásolás a jogügylet megkötésénél ill. későbbi megtámadásánál is lényeges tényezőként szerepelhet. Gyakran okoz nehézséget, hogy a jelenlevő orvos, közjegyző csak arra helyez súlyt, hogy a tudatzavart vagy a leépülést kizárja, de a döntés motivációját teljesen figyelmen kívül hagyja. (*Bronisch, Luthe.*) Ezért fontos, hogy a jogügyletet kötő az általános elképzelésein túlmenően döntésének alátámasztását is adja —, amennyiben ez hiányzik, kutatnunk kell a pszichés háttér után, mely néha a látszólagos indokolatlanságot is tisztázhatja (*Langelüddeke*). A szakértő feladata tehát elsősorban annak elemzése, hogy esetleges kóros motiváció fennállását kizárja, de vizsgálata ill. utólagos elemzése olyan jellegű megnyilvánulásokat is feltárhat, melyek akár szélsőséges affektív megnyilatkozásokra, akár fokozott befolyás érvényesülésére utalnak (annak eldöntése azonban, hogy utóbbiak ismeretében vajon a jogügylet elfogadható-e bírói mérlegelés kérdése). — Erősen vitatott kérdés, hogy a szerződés vagy végrendelet tartalma értékesíthető-e és milyen mértékben (*Gruhle, Roer, Bronisch*). A szerződés vagy végrendelet többnyire jogi szakember által előkészített, tehát maga a tartalom és a feldolgozási mód számos kóros jelenséget elfedhet. Nem zárható ki azonban, hogy éppen a szerződés vagy végrendelet tartalma hívja fel a figyelmet a motiváció kóros voltára olyan szerződés vagy végrendelet kötése esetén, mely az illető érdekeivel ellentétben állt, melyet előző körülményei, életvezetése nem indokoltak, ill. hasonlóan értékelhető, ha egy előnyösnek látszó döntését kívánja indokolatlanul megváltoztatni. Ebből következik, hogy a szerződés vagy végrendelet motivációjának megértéséhez tanulmányozni kell a vizsgálandó családi körülményeit, életvezetését, a különböző személyekhez, intézményekhez fűződő kapcsolatát (néha ezt maga a szerződést kötő vagy végrendeletkező ismereti), — adott körülmények között nagy segítséget jelenthet — elsősorban eltartási szerződések esetén — a családi és szociális helyzetet reálisan és kötelezően felmérő környezettanulmány.

Ritkábban előforduló speciális kérdés a szerződéskötő, de különösen a végrendeletképző képesség megítélésében a beszédzavar értékelése. A motoros aphasiát — a beszédmegértés teljes megtartottsága mellett is tanúvalomások igen gyakran zavartságnak, leépülésnek írják le. A 6. esetelemzésünkben pl. inaktivitásról, spontaneitáshiányról, szótlanságról tettek említést, holott az orvosi vélemény egyértelműen jelezte, hogy az adott esetben kizárólag expresszív jellegű, múltó beszédzavarok jelentkeztek és azok a beteg értelmi készségeit nem érintették. (Ezt igazolta is a szerződéskötés alkalmával tanúsított aktív, rendezett és céltudatos magatartása.) — Az egyéb psychés elváltozások nélkül fellépő motoros aphasiánál — mégha lényegesen súlyosabb is, mint ismertett esetünkben — a beteg megfelelő gesztusokkal, mimikai megnyilvánulásokkal, esetleg írásban is (amennyiben nem kifejezett a bénulása), olyan válaszokat képes adni, melyek segítségével egyértelműen tisztázható a felsorolt kritériumok jelenléte vagy hiánya. Ha a beszédmegértés is csökkent vagy hiányzik, ill. ha olyan adatok állnak rendelkezésre, melyek értelmi hanyatlást vagy esetleges tudat-

zavart igazolnak (l. 3. esetismertetést) nem is jöhet létre a beszéd hiányának az igényelt szinten és formában történő kompenzációja. (A beszéd és praxiás zavarok igen gyakran kihatással vannak a pszichés tevékenységre, ezért ennek figyelmes vizsgálata nem hanyagolható el.)

Téves következtetésekre adhat lehetőséget a fáradékonyság helytelen értelmezése. Különösen a végrendelkezőnél, de gyakran a szerződés kötőnél is az előrehaladott életkor, a súlyos somatikus megbetegedés kihatásaként igen kifejezett szellemi fáradékonyság léphet fel, mely egy adott vizsgálatnál a teljesítményt nagy mértékben ronthatja és ezáltal hanyatlásnak tűnhet. A fáradékonyságot figyelembe vevő türelmes vizsgálattal, megfelelő pihenők beiktatásával többnyire biztosítani lehet az előbbieken kiemelt leglényegesebb kérdések megválaszolását, melyek bizonyítékai a megtartott tudatállapotnak, az igényelt szellemi szintnek, a jogügyletet lehetővé tevő összefüggések ismeretének, a megfelelő motivációnak. Retrospektív elemzésnél általában elkülönítik a tanúvallomások a helyes választást és a fáradékonyságot, amennyiben gyakran találkozunk olyan adatszolgáltatással; „a kérdésekre helyesen válaszolt annak ellenére, hogy el-esett, gyenge, fáradt volt”. A somaticus és pszichés fáradékonyságra tehát feltétlenül fel kell figyelünk nehogy következményeit tévesen a hanyatlás megnyilvánulásaként értékeljük.

Hibaforrásként szerepelhet a szerződés kötő vagy végrendelkezőképességre vonatkozó vélemény kialakításában, hogy olyan magatartási formák, olyan szokások, melyek idősebb életkorban életkori sajátásként jelentkeznek patológiás értékelést nyernek. *Grosch* szerinti normális feltételek mellett is számos pszichés jelenség a patológiás határát súrolja. *Nyirő* az öregkori cselekvések kvalitatív különbözőségét hangsúlyozza és azt a különböző pszichés összetevők elemzésével be is mutatja. Az öregkori sajátosságok kialakulásának patomechanizmusa sok irányból kidolgozott; — az érzékszervi működések csökkenését, a teljesítőképesség beszűkülését, az elmagányosodást, az affektív kapcsolatok fokozatos elvesztését, az addigi életforma megváltozását és még számos egyéb komplexen ható tényezőt vontak be a meghatározásba (*Bronisch, Kuliche és Bronisch, Nyirő, Pakesch, Sattes*). Az öregek személyiség-típusait is részletesen elemezték, — többen a praemorbid személyiségvonások elemzése alapján az előző személyiség jegyek kiéleződését tartják jellemzőnek. — Az alapkérdésünk szempontjából mindez azért jelentős, mert az enyhe és normálisnak tartható elváltozások patológiás méretet is ölthetnek, ill. a „normális” is a laikus tanúvallomásokban kórosként szerepelhet. (l. 8. esetelemzést). Pl. negatív életkörülmények, de gyakran az igen kedvezők között is az elszegényedéstől, az elmagányosodástól való félelem eredményez olyan magatartásmódokat, melyek önmagukban szemlélve is „furcsának” tűnhetnek, míg intenzív formában senilis pszichózisok tüneteként jelentkezhetnek. Ezért tisztázni kell, hogy az adott magatartásforma a „fiziológiás öregeedés” megnyilvánulása-e és nem értelmi hanyatlás, pszichózis következménye. Ennek eldöntése csak úgy lehetséges, hogy gondosan elemezzük az elváltozások intenzitását, az adott magatartásmódok motivációját ill. a pszichés tevékenység egészét, az összmagatartást és figyelembe vesszük azt a környezetet is, melyben az idős egyén él. „Az öreg ember csak akkor érthető meg, ha környezete ismert.” (*Hallermann-Staak*.)

Mint előbbiekből kitűnik e kérdés elemzése is bonyolult, retrospektíve néha megoldhatatlan. Mindez utal arra, hogy a szerződés kötő — ill. végrendelkezőképesség megállapítása összetett feladat, mely számos tényező ismeretén és egybevetésén alapszik, ezért indokolt lenne e jogügyletek

előtti szakvizsgálat megadott szempontok szerinti kötelezővé tétele, mert a retrospektív állásfoglalás néha nagyon bizonytalan és számos hibalehetőséget rejt magában.

Összefoglalás

A szerző a témaválasztását avval indokolja, hogy az idős egyének jogügyleteinek elmeszakértői véleményezése mindinkább előtérbe kerül. Az öregkor sajátosságai, az öregkori megbetegedések korspecifikus jellege miatt speciális problémát jelent, de a szerző a különös nehézséget abban látja, hogy többnyire a cselekvőképesség megtartottságát vagy hiányát az adott jogügyletre vonatkozóan utólagosan kell meghatározni — az eltartási szerződés vagy végrendelet érvényességének vitatásakor. — Ez csak részben támaszkodhat az utólagosan végzett személyes vizsgálatra, — döntően az előzményi adatokból, a szerződéskötés körülményeiből, elsősorban az erre vonatkozó tanúvallomásokból stb. kell rekonstruálni a szerződéskötés időpontjában fennálló pszichés állapotot. — A problémakör fő kérdéseit eseti ismertetések segítségével exponálja.

Az intellektuális szint meghatározásánál igen fontosnak tartja a szerződéskötéshez ill. végrendelkezéshez igényelt követelmény meghatározását: „rendelkezik-e a jogügyletet kötő a szellemi képességeknek avval a minimumával, mely elegendő a szerződés vagy végrendelet megkötéséhez”. Ebből az alaptételből kiindulva értékeli az egyes pszichés funkciók csökkenését, az intellektus enyhe fokú hanyatlását, az ismeretanyag beszűkülését, a tesztes vizsgálatok eredményét. Hangsúlyozza, hogy az enyhe fokú szellemi hanyatlás nem szól ellene a szerződéskötő vagy végrendelkező-képesség megtartottságának, de bizonyos összefüggések (életkörülmények reális megítélése, a családi kapcsolatok megfelelő ismerete és értékelése, a jogügylet céljának indoklása saját és családja szempontjából) ill. ismeretek megtartottsága („mivel rendelkezik” és „milyen mértékben”) alapvető fontosságú. Hangsúlyozza az egyén összeteljesítményének, összmagatartásának fontosságát az intellektuális szint véleményezésében. Eközben kitér a tanúvallomások értékelhetőségének kérdésére is.

Mivel a tiszta tudatállapot a jogügylet kötésének alapfeltétele, e kérdéssel is részletesen foglalkozik. Külön tesz említést az „előzmény”-ben szereplő tudatzavarokról — igen fontosnak tartja a tudatzavarok jellegének, gyakoriságának tisztázását, de az alapkérdés megválaszolása aszerint történik, hogy a tudatzavart állapotokat követően milyen az egyén intellektuális szintje, meg tud-e felelni a szerződéskötés követelményeinek. Állást foglal abban a tekintetben is, hogy a tájékozódás bizonytalanságai miként értékelendők, ill. a „lucidum intervallum”-ban kötött jogügylet mikor fogadható el. — Foglalkozik a pszichózisok kérdésével is, melyek gyakran vezetnek kóros motivációhoz, — de hangsúlyozza, hogy aktív pszichózis mindenképpen cselekvőképtelenséget jelent függetlenül attól, hogy a kóros motiváció bizonyítható-e vagy sem. A szerző felhívja a figyelmet arra is, hogy a szerződés vagy végrendelet motivációjában gyakran szélsőséges affektív megnyilvánulások, kóros befolyásolhatóság is érvényesülhet. A pszichés motiváció felderítése — mely a családi körülmények, életvezetés ismeretét feltételezik — igen jelentős. A szerződés vagy végrendelet tartalma e vonatkozásban csak kivételesen bizonyító erejű. A motoros aphasia és pszichés fáradékonyosság problémájáról is említést tesz. Végül kiemeli annak fontosságát, hogy az öregkor egyes megnyilvánulásai jellegzetes magatartásmódokat eredményezhetnek, de gondosan vizsgálni

kell, hogy azok mikor korspecifikusak, ill. mikor mutatnak olyan kvalitatív vagy kvantitatív eltérést, hogy pszichózissnak minősülnek. E differenciálás bonyolultsága ismételten aláhúzza a feladat sokrétűségét, és felveti annak szükségességét, hogy az ismertetett jogügyleteket körültekintő orvosi vizsgálat előzze meg, mert retrospektív megítélésük igen problematikus és sok hibalehetőséget rejt magában.

IRODALOM. 1. *Bronisch F. W.*: Psychopathologie des höheren Lebensalters Schweizer Archiv f. Neurologie und Psychiatrie 81, 105 (1958). — 2. *Bronisch F. W.*: Die psychischen Störungen des älteren Menschen F. Enke V. Stuttgart 1962 10—17 117 121—130. — 3. *Greger J.*: Somatische und psychosoziale Faktoren im Vorfeld psychischen Erkrankunken des höheren Lebensalters Psychiat. clin. 4, 159 (1971). — 4. *Greger J.*: Über Verlaufstendenzen und Prognose psychischen Erkrankungen des höheren Lebensalters. Psychiat. clin. 4, 281 (1971). — 5. *Grosch H.*: Psychopathologie des alternden Menschen Internist. prax. 7, 435 (1967). — 6. *Gruhle H. W.*: Der Schlaf der Altersstufen Z. Altersforsch. II. 1 1940 zit. Bronisch F. W. — 7. *Hallermann W.—Staa M.*: Über die Alterskriminalität Ärztl. Praxis 19, 168 (1967). — 8. *Kuliche U.—Bronisch F. W.*: Die krankhaften Störungen im höheren Lebensalter und ihre Bedeutung für die Geschäfts- und Testierfähigkeit. Medizinische I. 169 (1959). — 9. *Langelüddeke*: Gerichtliche Psychiatrie. Walter de Gruyter 1959 330. — 10. *Latey W.*: Testamentary capacity. Med. leg. J. 20 19 1952. Ref. D. Z. ger. Med. 41, 510 (1952). — 11. *Luthe R.*: Beurteilung Erwachsener im Zivil- und Sozialrecht Handbuch der forensischen Psychiatrie II. Springer V. Berlin—Heidelberg—New York 1972 1135—1553. — 12. *Nyiró Gy.*: Die senilen Veränderungen der psychischen Strukturen Psychiatrie, Neurologie und med. Psychologie 10, 159 (1958). — 13. *Nyiró Gy.*: Das Senium und Zurechnungsfähigkeit. Z. f. Altersforschung 13, 130 (1959). — 14. *Pakesch E.*: Die Benandlung und Prophylaxe arteriosclerotischen Geistesstörungen Wiener klin. Wschr. 82, 211 (1970). — 15. *Rauch H. J.*: in Ponsold A.: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin G. Thieme Stuttgart 1959 125. — 16. *Roer H.*: Über Testierfähigkeit D. Z. f. ger. Med. 39, 614 (1949). — 17. *Sattes*: Psychologie des Alterns Ref. Zbl. f. ges. Neurol. u. Psych. 171, 227 (1973). — 18. *Stransky E.*: Die Begutachtung psychischen Veränderungen bei alternden und alten Menschen Wien. med. Wschr. 105, 933 (1955). — 19. *Varenne G.*: Kriminologische Begutachtungen in Zusammenhang mit Arteriosclerose Belg. T. Geneesk. 18, 438 1962. Ref. Zbl. f. ges. Neurol. u. Psych. 170, 295 (1963). — 20. *Wieck H. H.*: Hypoxidotische Funktionspsychosen bei Hirnarteriosclerose Med. Welt II. 1593 1969. — 21. *Wyrsh J.*: Gerichtliche Psychiatrie P. Haupt V. Bern 1946 85.

Д-р Илона Хусар: *Проблемы психиатрических экспертных заключений в связи с заключением сделок по содержанию пожилых лиц*

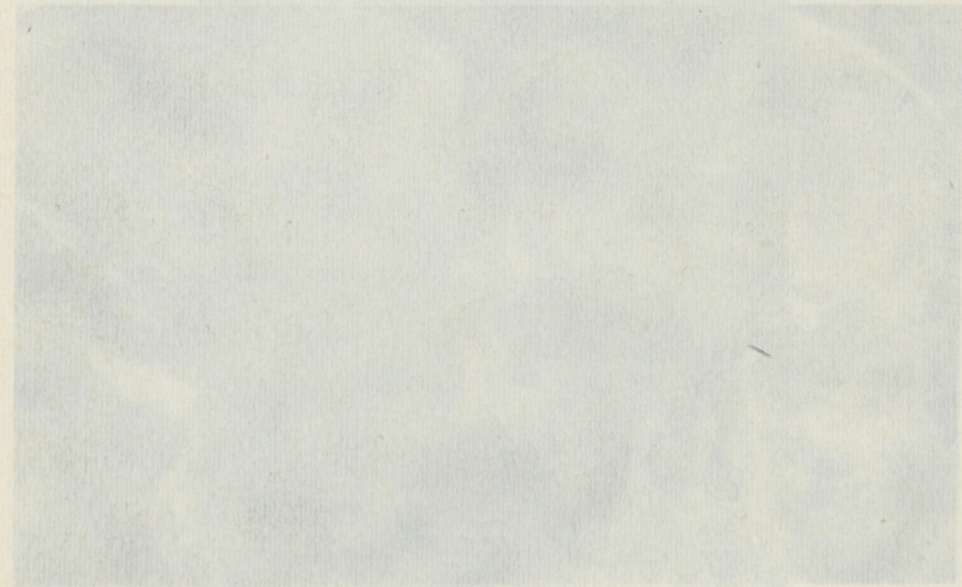
Автор в связи с избранием этой тематики подчеркивает, что психиатрическое экспертное заключение сделок, заключенных пожилыми лицами все более выдвигается на передний план. Особенности пожилого возраста, патоспецифический характер заболеваний старческого возраста причиняют специальную проблему, однако автор, основное затруднение видит в том, что более или менее сохранение или отсутствие дееспособности относительно данной сделки следует устанавливать обычно впоследствии при обсуждении действительности заключенной сделки по содержанию пожилых лиц. Это может служить лишь частичной опорой в ходе исследования лиц, заключающих сделку, однако основательное решение относительно психического состояния лиц в момент заключения сделки можно реконструировать лишь по предварительным данным, по обстоятельствам заключения сделки по содержанию, а также главным образом на основе свидетельских показаний по данному вопросу.

Основные вопросы данной проблематики автор трактует с приведением нескольких случаев из своей практики. При определении уровня интеллекта автор считает весьма важным установление требований, необходимых для заключения сделки по содержанию „располагает-ли заключающее сделку лицо достаточными умственными способностями на минимальном уровне, которые необходимы при заключении сделки или составлении завещания“. Автор, исходя из этого основного положения дает оценку снижению отдельных психических функций, понижению уровня интеллекта, недопониманию материала, а также результатам тестовых исследований. Автор подчеркивает, что слабое понижение умственной способности не снижает силы заключенной сделки и составленных завещаний, однако сохранение отдельных взаимосвязей, (реальное обсуждение жизненных условий, соответствующее знание семейных взаимосвязей, обоснование заключенной сделки со своей и семейной точки зрения) а также

знаний („чем располагает“ и „в какой мере“) являются вопросами основной важности. Автор также подчеркивает важность сохранения пожилым лицом основной дееспособности, основного поведения в обсуждении интеллекта данного лица, с указанием на оценку свидетельских показаний.

Ввиду того, что ясное состояние сознания является главным условием заключения сделки, автор подробно останавливается и на этих вопросах. Автор отдельно упоминает о нарушениях сознания, фигурирующих в „предварительных материалах“, считая весьма важными выяснение характера, частоты нарушений сознания, однако ответ на основной вопрос дается согласно тому, что вслед за нарушениями сознания каков уровень интеллекта данного лица, соответствует-ли данное лицо требованиям заключения сделки или составления завещания. Автор занимает позицию и в том отношении, что как следует оценивать недостаточность информационной способности, т. е. когда может считаться действительной заключенная в период „луцидум интерваллум“ сделка. Автор также занимается вопросами психических состояний, которые нередко приводят к патологическим мотивациям, — однако, подчеркивая, что активный психоз во всех случаях означает недееспособность независимо от того, что патологическая мотивация может быть подтверждена или нет. Автор обращает внимание и на то, что в мотивации заключения сделки или составления завещания могут часто осуществляться крайние аффективные проявления, патологическая внушаемость. Распознавание и выявление психической мотивации — которые имеют целью познание семейных и жизненных условий — считаются весьма важными. Содержание сделки или завещания в этом смысле имеет силу лишь в исключительных случаях. Автор далее упоминает также и о проблемах моторной афазии и психической утомленности. В заключении подчеркивает важность того, что отдельные проявления старческого возраста могут вызывать характерное поведение, но следует особо выявлять то, что это поведение когда следует считать возрастнoспецифичным, или же когда имеет данное поведение такое качественное, либо количественное отклонение, которое может считаться психозом. Сложность этого дифференцирования вновь подчеркивает многогранность этой задачи, и поднимает необходимость того, чтобы перед заключением сделок и составления завещаний проводилось врачебное исследование, так как ретроспективное обсуждение этих случаев весьма проблематично и оно чревато опасностью допущения ошибок в их рассмотрении.

Ilona Huszár: *Probleme der psychiatrischen Begutachtung bei Vertragsabschlüssen im Alter*



Meningo-corticalis („rete mirabile”) anastomosis kialakulása a meningealis arteriák és az arteria cerebri media között

RÓZSA LÁSZLÓ DR., GOMBI RÓZSA DR., GÁL JÚLIA DR.*

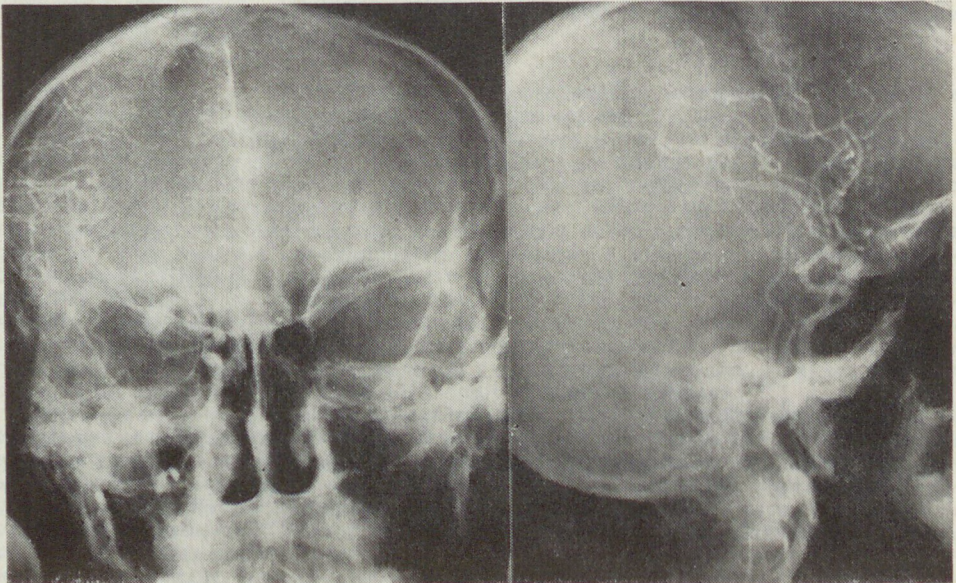
Bevezetés

Az a. carotis externa és interna közötti collateralis keringés kialakulhat: 1. az a. carotis interna petrosus és cavernosus szakaszán, 2. a plexus orbitalisnak megfelelően, továbbá 3. a meningealis és leptomeningealis arteriák, subduralis teret áthidaló meningo-corticalis anastomosisai révén. Ez utóbbi „rete mirabile” néven ismeretes. Esetismertetésünkben egyik változatát — az a. ophthalmica recurrens meningealis ága, ill. az a. meningea media és az a. cerebri media között kialakult — collateralis keringést szemléltetjük.

Esetismertetés

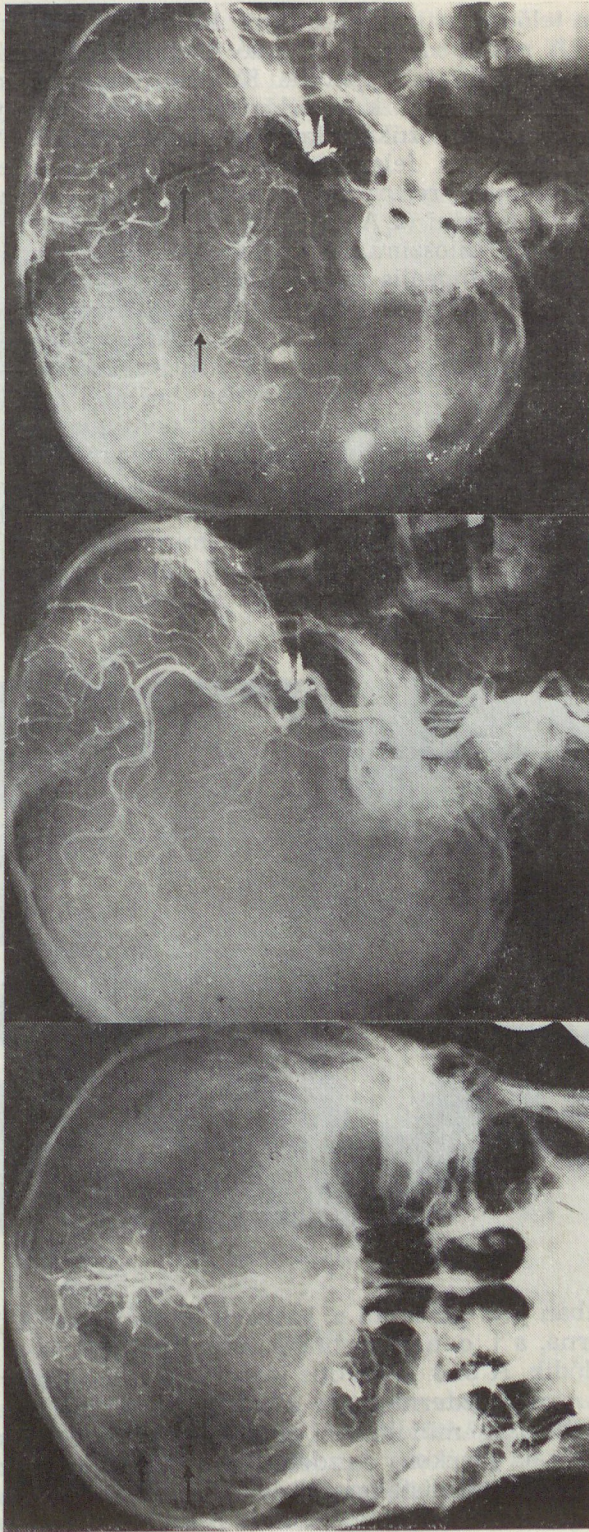
T. J. 39 éves férfi. 1956-ban vesegyulladásra volt, azóta hypertóniás, s gyakran fáj a feje, főleg jobb oldalt. 1971. március 30-án heves fejfájás, hányinger után eszméletét elvesztette, bal oldala megbénult. 1971. április 27-én került felvételre.

Status: RR: 190/110 Hgmm. J. o. tágabb pupilla, k. o. pangásos szemfenék. B. o. hemianopsia, hemihypaesthesia, — hypalgesia, súlyos spastikus hemiparesis, fokozott mélyreflexek, pyramis jelek. Járásképtelen. J. o. percutan a. carotis angiográfia: az a. cerebri media-oszlásánál bab-



1 A—B ábra

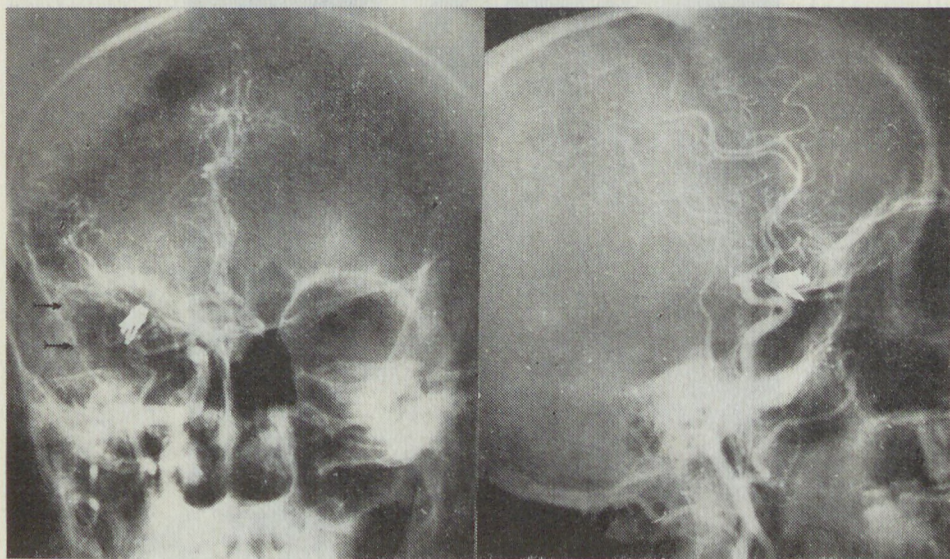
* Jelenlegi munkahelye: DOTE Radiológiai Klinika.



2 A—B—C ábra

nyi aneurysma telődik, s a media ágak fel és medial felé nyomottak (1 A és B kép). A műtét során a roncsoló temporalis állományvérzést kiszívtuk, s az aneurysmát leklippeltük. Kontroll *angiográfia* (1971. július 26.): az a. cerebri anterior m. k. o. telődött, lefutása szabályos. Az a. cerebri medianak csak a beszűkült kezdeti része sejtethető. Az aneurysma nem telődik. Az insularis felszínen viszont kirajzolódik egy media-ág, amely az a. ophthalmica recurrens meningealis ága és az a. meningeae media révén látszik telődni (2 A és B kép) (az a. meningeae media distalis része nem követhető, valószínű, hogy a műtét során coaguláltuk), de az anterior ágak leptomeningealis anastomosisain (nyilak) át is jut kontraszt a hiányosan telődő media-területbe (2 C kép). A műtét után a beteg hemiparesise mérséklődött, 1971. július 26-án féloldali támasszal járóképesen távozott. Az ellenőrző vizsgálatokor — 1973. márciusában — hemiparesise tovább javult, egyedül jár, de a kéz paresise továbbra is súlyos.

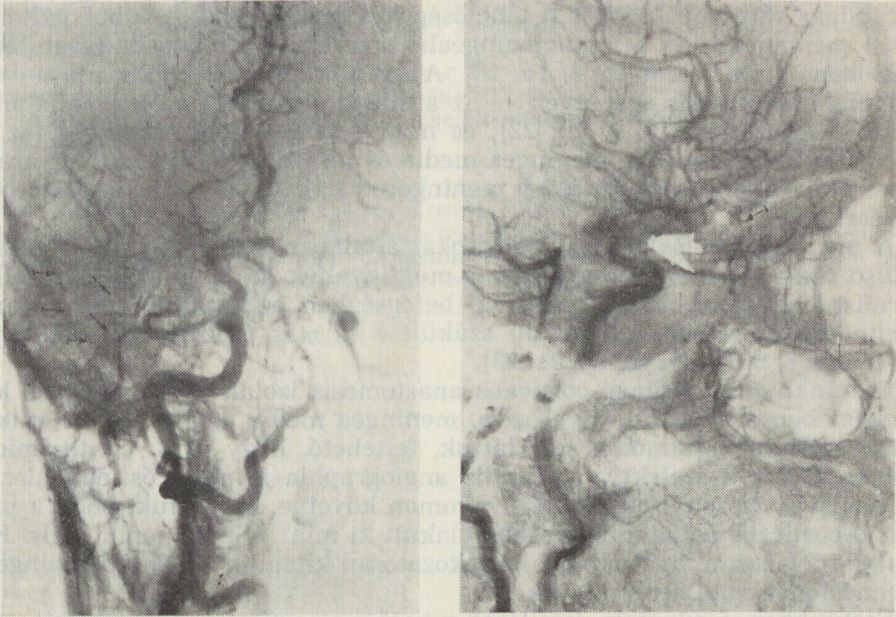
Kontroll angiográfia (1973. március): az a. ophthalmica tágabb mint a korábbi felvételeken, a media ágak telődése intenzívebb, az a. ophthalmica recurrens meningealis és az a. meningeae media elülső ágának (→nyíl) kapcsolata az a. cerebri media-ágakkal szembetűnőbb, ugyanakkor az a. cerebri anterior felőli leptomeningealis anastomosisok kevésbé intenzíven rajzolódnak ki (3. A és B kép). Az egy évvel későbbi kontroll vizsgálat alkalmával neurológiai statusában és angiogramjain érdemleges változást nem észleltünk.



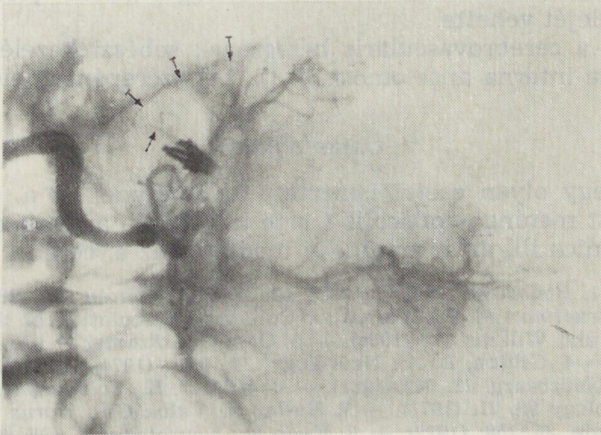
3 A—B ábra

1975. júniusában *j. o. percutan a. axillaris angiográfia*: A *j. o. a. carotis externa* és *interna*, a *j. o. a. vertebralis*, az a. basilaris és a két a. cerebri posterior jól telődik. A *b. o. a. carotis interna* és ágai félárnyékosan rajzolódnak ki. A *j. carotis interna* és az a. cerebri anterior basalis része tág. Interhaemisphaerialisán mindkét a. cerebri anterior telődik. A *j. a. cerebri medianak* csak a vékony kezdeti, kb. 1 cm-es szakasza telődik jól. Valami telődés a klipptől distalisán is sejtethető, amely egy insularis ágban folytatódik. A subtractiók képeken (4. A és B kép) látható, hogy egyes me-

dia ágak az ophthalmica recurrens meningealis ága (→nyilak) és az a. meningea media elülső ága (l→nyilak) felől telődnek. (Leptomeningealis collateralis az a. cerebri posterior felől nem alakult ki, az a. cerebri anterior felőli collateralisok szerepe pedig csökkent.) *J. o. percutan selectiv a. carotis interna arteriographia*: az a. carotis interna tág anteriorban folyta-



4 A—B ábra



5. ábra

tódik, m. k. a cerebri anterior telődik. Az a. cerebri mediának csak a klipp-től proximalis, fonálvékony szakasza látszik. Néhány media-ág mégis telődik. A tág a. ophthalmica meningealis ága (→nyíl) az a. meningea media elülső ágában (l→nyilak) majd az éksont kis szárnya magasságában medial felé fordulva az a. cerebri media-ágakban látszik folytatódni (5. kép).

Megbeszélés

Az a. carotis externa és interna közötti összeköttetések általában a. carotis interna elzáródásakor válnak manifestté. Az externa-ágak és az a. carotis interna petrosus és cavernosus szakasza közötti collateralis (2, 5, 12), ill. az a. ophthalmicán át történő retrograd keringés [2, 4, 12, 15, 19] az a. carotis interna nyaki szakaszának elzáródásakor alakul ki, vagyis ha a secundaer thrombus ezeket a lehetőségeket meghagyja. További változatot a meningealis és a leptomeningealis artériák, a subduralis teret áthidaló kapcsolata jelent [2, 3, 15, 23]. Az a. ophthalmica kapcsolata — recurrens meningealis ága révén — az a. meningeae mediával normális anatómiai változatban [2, 9, 10, 22], és mint fejlődési rendellenesség (az a. ophthalmicából eredő a. meningeae media és fordítva) [2, 6, 9, 13] egyaránt ismert. Az a. ophthalmica így a meningocorticalis collateralis keringésben is részt vehet.

A meningo-corticalis anastomosisokat általában a fossa Sylvii és a falx elülső része mentén, de egyebütt is megfigyelték [1, 3, 11, 14, 19]. Collateralist leggyakrabban „Moyamoya” betegségben, az a. carotis interna supraclinoidealis részének kétoldali szűkülete és más érelzáródás esetén jelentenek [6, 8, 16, 17, 18, 20, 21, 23].

Esetünkben a meningo-corticalis anastomosis izolált media-stenosis következtében alakult ki, Mivel az a. meningeae media extracranialis szakaszát egyik angiogrammon sem láttuk, feltehető, hogy az a. ophthalmicából ered. Ezt a szelektív a. carotis angiographia is megerősíteni látszik. A keringési viszonyok alakulását nyomon követve, azt láttuk, hogy a meningo-corticalis collateralis később alakult ki mint a leptomeningealis. Kialakulásával az a. ophthalmica is fokozatosan kitért, s a leptomeningealis anastomosisok szerepe csökkent.

Esetünkben a tünetek javulását a meningocorticalis anastomosis, ill. collateralis kialakulásának tulajdonítjuk, amely a leptomeningealis collateralis keringés tehermentesítésével az esetleges „steal”-jelenségek kialakulásának is elejét vehette.

Észlelésünk a cerebrovascularis betegségek sebészi kezelésében a művi carotis externa-interna anastomosisok [1, 14] szerepének jelentőségét igazolja.

Összefoglalás

A szerzők egy olyan esetet ismertetnek, amelynél az a. cerebri media stenosisa miatt meningo-corticalis („rete mirabile”) anastomosis alakult ki az a. ophthalmica ill. az a. meningeae media és az a. cerebri media között.

IRODALOM. 1. *Bodosi M., Mérei F. T.*: Ideggyógy. Szemle. 28, 289. (1975). — 2. *Fields, W. S., Bruetman M. E., Weibel J.*: Collateral Circulation of the Brain. Baltimore: Williams and Wilkins Co, (1965). — 3. *Gács Gy., Rihmer A.*: Ideggyógy. Szemle. 27, 561. (1974). — 4. *Gillian, L. A.*: Neurology. 24, 941. (1974). — 5. *Harrison C. R., Hearn I. B.*: J. Neurosurg. 18, 542 (1961). — 6. *Hilal S. K., Solomon G. E., Gold A. P., Carter S.*: Radiology 99, 71. (1971). — 7. *Hullay J., Velok Gy., Borus F., Boczán G.*: Ideggyógy. Szemle. 25, 158. (1972). — 8. *Kudo T.*: Neurology 18, 485. (1968). — 9. *Lasjaunias P., Vignaud J., Hasso A. N.*: Neuroradiology, 9, 87. (1975). — 10. *Lasjaunias P., Michotey P., Vignaud J., Clay C.*: Ann. Radiol. 18, (2) 181 (1975). — 11. *Leeds N. E., Abbott K. H.*: Radiology 85, 628. (1965). — 12. *Lie T. A.*: Congenital anomalies of the carotid arteries. Excerpta medica foundation (1968). — 13. *McLennan J. E., Rosenbaum, A. E., Haughton V. M.*: Neuroradiology 7, 265. (1974). — 14. *Mérei F. T., Bodosi M.*: Ideggyógy. Szemle 29, 241. (1975). — 15. *Mount L. A., Taveras J. M.*: Arch. Neurol. Psychiatry 78, 235. (1957). — 16. *Nishimoto A., Takeuchi S.*: Moyamoya disease. Abnormal cerebrovascular network in the cerebral basal region. Handbook of clinical neurology. 12. P. J. Vinken and G. W. Chapter 11, 352. — 17. *Póór Gy., Gács Gy.*: Ideg-

gyógy. Szemle 26, 211. (1973). — 18. Rózsa L., Gál J., Hullay J.: Ideggyógy. Szemle 28, 385. (1975). — 19. Sindermann F.: Arch. Psychiatr. Nervenkrankheiten 209, 207. (1967). — 20. Suzuki K. J., Kodama N.: Arch. Neurol. 20, 288. — 21. Taveras J. M.: Amer. J. Roentgenol. 106, 235. (1969). — 22. Vignaud J., Aubin M. L., Clay C.: Ann Radiol. 18, /2/1971. (1975). — 23. Weidner W., Hanafee W., Markhaam C. E.: Neurology (Minneap) 15, 39. (1965).

Д-р Ласло Рожа, д-р Роза Гомби, д-р Юлия Гал: *Образование менинго-кортикального анастомоза между менингеальными артериями и медиальной церебральной артерией*

Авторы в своей публикации знакомят с одним случаем, в котором из-за стеноза средней мозговой артерии („rete mirabile“) образовался менинго-кортикальный анастомоз между глазной артерией, средней менингеальной артерией и средней мозговой артерией.

L. Rózsa, Rosa Gombi und Júlia Gál: *Meningo-kortikale Anastomose („rete mirabile“) zwischen meningealen Arterien und der Art. cerebri media*

Bericht über einen Fall, in dem infolge von Stenose der Art. cerebri media sich eine meningo-kortikale („rete mirabile“-)Anastomose zwischen der Art. ophthalmica, bzw. Art. meningea media und der Art. cerebri media ausgebildet hat.

Az Országos Ideg- és Elmegyógyintézeti Intézet
(igazgató: Dr. Tariska István egy. tanár)
Kutató Laboratóriumának közleménye

A liquorvételek helyének és módjának hatása a vizsgálati eredményekre

SZILÁGYI Á. KATALIN dr.

A liquorvizsgálatok sokkal messzebbmenő és egyértelműbb következtetéseket engednek meg a központi idegrendszerben (KIR) lezajló anyagcsere-folyamatokra vonatkozóan, mint egyéb testnedvéké, mivel a liquor a KIR-t közvetlenül körülvevő közeg és a kettő érintkezési határfelületein át állandó az anyagtranszport. A liquorvizsgálatok azonban több olyan problémát vetnek fel és olyan nehézségekkel járnak, amelyekkel általában egyéb testnedvek, különösen a leggyakrabban vizsgált szérum esetén nem találkozunk. A különböző anyagok koncentrációja a liquorban általában lényegesen, gyakran több nagyságrenddel alacsonyabb, mint a szérumban. Így a szérum vizsgálatánál bevált kémiai módszerek érzékenysége nagyrészt nem bizonyul elégségesnek a liquor vizsgálatához. Az utóbbi években azonban egyrészt annyira finomodtak a szétválasztásos módszerek, másrészt annyira növelték a kimutatásra és a kiértékelésre szolgáló készülékek érzékenységét, hogy sok, a liquorban kis mennyiségben levő anyag meghatározása is lehetővé vált, és az egy meghatározáshoz szükséges liquor mennyiségét is csökkenteni lehetett.

Ebből következően viszont új problémák jelentkeztek a liquor kutatásban és a régi problémák is új formát öltöttek. A klasszikus vagy ún. rutin módszerekkel kóros eltérést nem mutató liquor ui. az új módszerekkel számos — a mindennapi gyakorlatban még nem értékelt — mérhető eltérést adhat. Számolnunk kell azzal is, hogy az „egészséges liquor kontroll” fogalma legalább annyi — bár más természetű — terhet ró a kutatóra, mint az előbb említett módszerbeli nehézségek. Következik ez abból is, hogy a liquorvételt már eleve bizonyos klinikai tünetek teszik indokolttá és így bizonyos betegségek vagy tünetcsoportok sokkal nagyobb számban kerülnek a vizsgálok anyagába.

További problémát jelent, hogy számos anyagról kiderült, hogy a liquor-úrben nem oszlanak el egyenletesen. Ezen anyagok eloszlása más lehet a negatívnak mondható és megint más a különböző pathológiás liquorokban. A kutatás mai stádiumában ezeknek az eloszlással kapcsolatos adatoknak elsősorban elméleti jelentősége van, bizonyos esetekben azonban már ma figyelembe kell venni a liquor adatainak diagnosztikai értékelésénél a mintavétel helyét is. Néhány évtizede *Georgi és Fischer* [8] az akkori orvosi ismeretek szerint még joggal vélhették, hogy a diagnosztika számára közböbs a liquor-minta helye (bár pl. *Memmesheimer* [16] már akkor is más álláspontot képviselt). Különösen a pneumoencephalográfia (PEG) és a gázencephalográfia (GEG) folyamán levett liquor esetén problematikus a kérdés, hogy a liquorúr melyik részéből származik a vizsgálandó liquor.

Ebben a közleményben a fenti kérdésekkel kapcsolatos szakirodalom egyes adatait és eredményeit foglalom össze és következtetéseket vonok le elméleti és diagnosztikai szempontból.

TRISEDYL

injekció, tableta, solutio

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 2,5 mg, 1 tableta 0,5 mg, a solutio (10 ml) milliliterenként 1 mg trifluperidol hydrochlor.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Motoros és psychés agitációval járó kórképek, paranoid hallucinatio, epileptiform psychosisok, delirium tremens, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: A pyramis-pálya és az extrapyramidalis pályarendszer organikus betegségei.

CSOMAGOLÁS: 5x1 ml amp 13,70 Ft, 50x1 ml amp 122,30 Ft, 50 tabl. 9,70 Ft, 250 tabl. 42,90 Ft, 1 üveg (10 ml) 15,— Ft.

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:

Parkinsonismus, izomgörcs, izom-hypertonia léphet fel.

MEGJEGYZÉS: ☒☒ Trisedyl kezelés kizárólag orvosi ellenőrzés mellett történhet. Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján idegszakrendelések, ideg-gondozók szabadon rendelhetik. Közzeti, üzemi stb. orvosok csak idegszakrendelés javaslatára rendelhetik.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.





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 tranqüilloledatívum, mely fő hatás mellett izom relaxans és anticonvulsív 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 szak.

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 fellépő álomosság 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 tranqüilloledatívumokhoz 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.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Liquorkomponensek eloszlása a liquorürben

A szakirodalomban gyakran szerepelnek összevontan a lumbalis és cisternalis punkcióból, lumbális vagy/és cisternalis PEG-ből származó liquorok vizsgálati eredményei. Még Pilz-nek 1970-ben megjelent, kézikönyvnek számító liquor-lipid monográfiájában [18] is találkozunk olyan táblázattal, melyben „gyűjtött” liquorok szerepelnek. Az ilyen jellegű adatok alig értékelhetőek és más vizsgálatok eredményeivel is nehezen hasonlíthatók össze, mert a liquorkomponensek koncentrációja igen gyakran függ a liquor származási helyétől.

Már évtizedek óta ismeretes, hogy a liquor fehérjék eloszlása a liquorürben nem egyenletes: koncentrációjuk caudo-cranialis irányban csökken. A papírelektroforézis tette lehetővé az egyes fehérjekomponenseknek és azok eloszlásának pontosabb vizsgálatát a liquorürön belül. Kiderült, hogy nemcsak a fehérje összmenyisége csökken cranial felé, hanem az egyes fehérjekomponensek egymás közötti aránya is változik. A lumbalis liquor fehérjéinek eloszlása hasonlít a széruméhoz, míg a cisternalis és a kamrai liquormintákban a praealbumin és a β -globulin relatív mennyisége nagyobb. Ez utóbbit „liquor-specifikus” fehérje eloszlásnak nevezzük. Különböző megbetegedésekben a liquorür különböző területein megváltozhat a fehérjék jellegzetes eloszlása. Ezeket a ma klasszikusnak minősíthető adatokat többek között Steger [24], Bauer [2] és Mathiar-Vahar [15] közölték.

Alig néhány közlemény kíséri szándékolt figyelemmel más liquor komponensek koncentráció-eloszlását a liquorürben, de számos olyan adat található, melyet szerzők mintegy mellékletként közöltek és amely ebből a szempontból érdekes.

Davies, Cannefax és mtsai [3] lumbalis és cisternalis liquorminták sejtszámai között különbséget nem találtak. Eckess és Mutscher [5] lumbalis PEG folyamán levett első liquormintához képest csak akkor találtak sejtszám emelkedést az utolsóban, ha gyulladási folyamat volt gyanítható a megbetegedés hátterében. Sayk észlelése szerint [20] a PEG folyamán a liquorsejtszám az egymást követő mintákban egyre emelkedik. Ennél valamivel bővebb felvilágosítást szolgáltat Levin [14] lényegében hasonló természetű észlelése, nevezetesen, hogy a liquor-sejtszám a lumbalis PEG folyamán a neuralis axis különböző helyeiről származó liquormintákban a PEG idejével arányosan növekszik. Thallmann szerint különösen magas a majdnem minden esetben észlelt sejtszám emelkedés PEG folyamán az egymás után lecesepező liquormintákban, hogyha klinikailag vagy röntgenologiailag kimutatható idegrendszeri károsodás van jelen. Lumbalis PEG folyamán külön adagokban felfogott liquor sejtszáma a cranialisabb területekről érkező liquorokban „normál” esetekben is csak kivételesen csökken. Weise [31] vizsgálatai szerint drainage alkalmával folyamatosan vizsgált mintákban a liquor cukortartalma emelkedik.

Garelis és Sourkes [7] lumbalis PEG folyamán külön felfogott liquormintákban a homovanilinsav és 5—OH-ecetsav koncentrációk különböző mértékű emelkedését írták le, ezzel lényegében Moir és Aschroft adatait támasztva [17].

A liquor szabad arginin tartalmát általában magasabbnak találtuk [25] cisternalis, mint lumbalis liquor-mintákban (pl. röntgenologiailag megállapított atrophia cerebri-ben szenvedőknél, epilepsziásoknál ez a különbség nincsen meg, vagy kevésbé kifejezett [26]). Egy korábbi vizsgálatsorozatban lumbális PEG alkalmával folyamatosan külön-külön felfogott liquorminták vizsgálatánál a liquor szabad arginin tartalom koncentráció elosz-

lása hasonlóan mutatkozott. A különbségek kisebbek voltak, mint egyszerű liquorvétele alkalmával, amit a PEG folyamán végbemenő liquorkeveredésnek tudtam be [26].

A legtöbb vizsgált enzimről kiderült, hogy a PEG folyamán, külön adagokban felfogott liquormintákban az aktivitás nem azonos, hanem az egymást követő liquormintákban általában emelkedik. Az enzimek aktivitása és az összfehérje mennyisége a liquorúrön belül tehát általában ellentétes irányban változik. Ilyen jellegű koncentrációváltozást talált LDH-ra és — kevésbé kifejezetten GOT-ra vonatkozóan Green, Oldewurtel, O'Doherty és Foster [10], Reitmann, Löser és Stammler [12]. β -glukuronidase aktivitásra vonatkozóan Anyan és Starr [1] savanyú és alkalikus foszfataze vizsgálatokkal Guzowski és Knobloch [11], malatdehydrogenasera vonatkozóan Heitmann és mtsai [12] s arginase aktivitással kapcsolatban magam [28]. Green és mtsai [9] nemcsak lumbalis PEG-nél, hanem ventrikulogramphia kapcsán nyert liquorban is azt észlelték, hogy az LDH és GOT aktivitása emelkedett. Ugyanakkor — bár itt egyetlen esetről számolnak be — egyszerű drainage-al még 60 ml liquor vétele után sem kaptak enzim-aktivitás növekedést. Másrészt viszont azonos aktivitásokat találtak különböző enzimekre vonatkozóan, ha lumbalis és cisternalis punkcióból származó liquorokat vizsgáltak Schütz és Solcher [22] Delank [4], Heitmann és mtsai [12], valamint magam [27].

Seuberling [23] megállapította, hogy az összlipid tartalom a lumbális liquorban magasabb, mint a cisternalisban. Saját vizsgálataim [29] azt mutatják, hogy az egyes liquor lipid frakciók koncentrációja a liquorúrben általában nem egyenletes, és caudo cranialis irányban csökken.

Liquorkomponensek gátrendszeréken való áthaladásának sebessége

Hogy a liquorban a KIR-ben zajló anyagcsere kémiai változásai valamilyen formában megmutatkoznak, már azért sem szorul bizonyításra, mert erre alapul mindennapi liquordiagnosztikánk. Felvetődik azonban a kérdés, hogy milyen gyorsan jelentkezik a liquorban a KIR anyagcserének vagy a szérumkomponensek koncentrációjának valamilyen változása?

A szakirodalomban található idevonatkozó vizsgálatok: Salayameh és mtsai [20] kutyakísérletei szerint 10—20 percig tartó művi hipoxia után az állatok liquorában a tejsavkoncentráció már kb. 20%-al emelkedett a kiindulási, kontrollértékhez képest, a liquor pH 7,3-ről 7,4-re nőtt, míg a CO₂ és különösen az O₂ tenziók csökkentek. Fischer és Christianssen [6] megfigyelték, hogy már az egyszerű hyperventilálás is elegendő ahhoz, hogy a lumbalis és cisternalis liquorban az előzőleg mért értékek megváltozzanak, és pedig a lumbális liquorban 30 perc múlva és a cisternalis liquorban ennél rövidebb idő alatt. Plum és Price [19] már kifejezetten azzal a céllal vettek betegeiktől lumbális és cisternalis liquort, hogy felvilágosítsák kapjanak ezeknek a különbségeknek mértékéről és irányáról. A lumbalis liquorban a CO₂ nyomást magasabbnak, a pH-t alacsonyabbnak találták, mint a cisternalis liquormintákban, a bikarbonát ion koncentrációja egyenlő volt mind a kettőben. A szerzők megállapították, hogy akut és krónikus anoxiás állapotokban nem azonosan változnak a sav-bázis háztartás paraméterei és arra a következtetésre jutnak, hogy a gyakran vizsgált lumbalis liquor nem minden esetben adja a legaktuálisabb felvilágosítást az esetlegesen beállítandó célzott terápia szempontjából.

A liquorvételek módjának befolyása a liquor összetételére

A liquorvételeknél elvben számolnunk kell a különböző KIR-i compartmentek-ből származó liquor keveredésével, amelyet a liquorvételek helye felé irányuló áramlás okoz. Ezt a keveredést fokozza a PEG, illetve a GEG esetén a liquor-úrben a liquoráramlással ellentétes irányban áramló gáznemű kontrasztanyag. Ezek a folyamatok azonban csak a koncentráció kiegyenlítés irányában hathatnak, úgy, hogy a különböző liquorfrakciók között mért koncentráció-különbségek mindig kisebbek a valóságosnál. Ezen hidrodinamikai effektuson kívül a PEG illetve a GEG folyamán aspecifikus ingerek is felléphetnek, amelyek befolyásolhatják a liquor gátrendszerének működését. *Heitmann és mtsai* [12], *Ivanainen és Collen* [13], valamint *Szilágyi* [28] vizsgálati eredményeikből arra következtettek, hogy az általuk vizsgált enzimek a liquor-úrben egyenletesen, vagy közel egyenletesen oszlanak el, és a PEG, GEG vagy ventriculográfia közben egymást követően gyűjtött liquorfrakciókban tapasztalt enzim aktivitásemelkedésének oka az e beavatkozásokkal együttjáró specifikus ingerekben keresendő. Ezek gyors enzimkiáramlást váltanak ki a liquorúrt közvetlenül körülvevő sejtekből (ependyma, plexus, agyhártyák stb.).

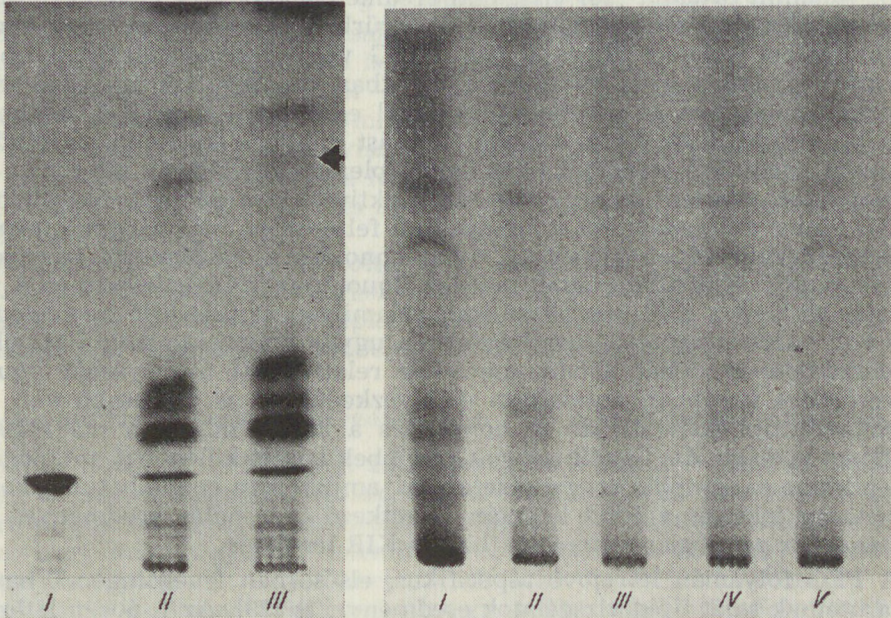
Magasnak találtam az arginase enzim aktivitását a pneumoenkephalografias liquor azon adagjaiban, amelyekhez feltehetően már nagyobb mennyiségben keverednek a kamrai, subarachnoideális területekről származó liquoradagok. Különösen olyan betegek liquorában volt észlelhető ez a jelenség, akiknél a KIR-ben aktuálisan valamilyen sejtkárosító megbetegedés volt valószínűsíthető. Ezen esetekben ugyan már a lumbalis PEG első liquoradagjában, tehát abban, amelyhez relatíve kis mennyiségű liquor keveredik a korábban cranialisán elhelyezkedőkből, is magasabb volt az arginase enzim aktivitás, de az emelkedés a 25–30 ml táján már 150–300%-ot is elért. Megfigyelhető volt ez többek között különböző aetiológiájú epilepsia és atrophia cerebri esetekben, amiből arra gondolhatunk, hogy különösen jelentős a PEG kapcsán jelentkező ingerhatás eredménye, ha ugyanakkor patológiás történések zajlik le a KIR területén.

A PEG folyamán létrejövő aspecifikus, elsősorban levegőingerek hatására utalnak saját lipid vizsgálatok eredményei is [29]. Az 1. ábrán látható lipidogramok egy betegtől származó, egymást követően felfogott, 10 ml-es adagok koncentrációváltozásait mutatja. Ebben az esetben az egyes lipidek koncentrációja párhuzamosan változik, a III. adagig csökken, majd emelkedik. Ez a jelenség csak részben magyarázható azzal, hogy a lumbalis liquor a cranialis idegrendszeri régiókból egyre nagyobb mennyiségű liquor keveredik, s ezekben a liquoradagokban kevesebb a lipid. A IV. és V. liquormintákban észlelt koncentrációemelkedés azzal magyarázható, hogy valahonnan nagyobb mennyiségű lipid jut a liquor-úrbe, és pedig — mint a liquorenzimek esetében — a PEG irritatív hatásának következményeként.

Sok esetben azonban egyes lipidkomponensek koncentrációja nem párhuzamosan, hanem egymástól függetlenül, sőt ellentétes irányba változik a liquor-úrön belül (2. ábra). Ennek oka az lehet, hogy az anyagcsere megváltozása következtében a barrierek egyik oldalán nagyobb mennyiségben jelentkeznek egyes anyagok, vagy olyan molekulák is megjelennek ugyanitt, amelyek egészséges körülmények között ott elő sem fordulnak. Elképzelhető az is, a barriére funkciók kisebb-nagyobb mérvű károsodása önmagában, vagy az anyagcserefolyamatok kóros irányba való eltolódásá-

val együtt eredményezi azt a képet, hogy az áteresztőképesség különböző molekulákra vonatkozóan megváltozik (2. ábra).

Gyakran nem tudjuk a jelenségeknek más magyarázatát adni, mint a barriére funkciók bizonyos fokú károsodását, sérülékenységét. Érdekes, hogy olyan betegségekben figyelhetők meg, ahol nem tudnak róla, hogy a barriére funkciók komolyan laedáltak lennének, ui. nem gyulladáshoz vezetnek, hanem epilepsia, atrophia cerebri különböző fajtáiban szenvedő egyének liquoráról van szó (legalábbis a vizsgálati anyag nagy részét, ha nem is teljes egészét ilyen betegek liquora teszi ki). Ritkák az olyan esetek, akiknek liquorában a PEG közben a lipidek és az enzimek változatlanok maradnak. Ez a jelenség további vizsgálatra szorul, lehet-



1. ábra: Sz. J. Egymás után levett 10 ml-es adagokban külön felfogott liquorminták lipidogrammjai. A római számok az adagok sorrendjét jelzik. A startvonalban foszfo- és glykolipidek, ettől felfelé a következő lipidek helyezkednek el: monogliceridek, digliceridek, koleszterin, szabad zsírsavak, trigliceridek, zsírsav-etilészterek, koleszterin-észterek

2. ábra: T. L. Egymás után 10 ml-es adagokban külön felfogott liquorminták lipidogrammjai. I. koleszterin, azonosító anyag, II. 0–10 ml liquor, III. 11–20 ml liquor. Lipidek sorrendje, mint 1. ábrán. A III-al jelzett liquorportióban a lipidek koncentrációja általában emelkedett, a nyíllal jelzett lipid koncentrációja csökken.

séges, hogy a vizsgált beteganyag természetében rejtőzik az oka. Nem ismeretes, hogy a PEG terhelő hatása nélkül ezekre a lipidekre és a vizsgált enzimek koncentráció változásában megnyilvánuló barriére laesiókra valami is utalna. Moir, Aschroft és mtsai [17] állatkísérletekben beépített kanülök segítségével vizsgálták, hogy a különböző KIR régiókból származó liquor milyen mennyiségben tartalmaz homovanillinsavat és 5-OH-indolil-ecetsavat. A beépített kanül lehetővé teszi, hogy az implantáció után bármikor, aktuális sértés nélkül egy-egy terület liquorát akár több alkalommal is meg lehessen vizsgálni. A módszerek segítségével nagy bizonyossággal kimutathatók azok a különbségek, amelyek az egyes területek anyagcse-

réjében lehetnek, s amelyek a liquorban is megmutatkoznak. Azt, hogy ezen különbségek oka a helyi anyagcsere különbözőségében keresendő, *Plum és Price* [19] említik közleményükben s lehetőségét magam is felvettem [26].

Következtetések

Sem elméleti, sem diagnosztikus szempontból nem közömbös, hogy a vizsgálandó liquor a liquorúr melyik részéről származik és milyen módon kerül levételre.

A lumbalis, ill. a cisternalis területek aktuális anyagcseréjéről a legrealisabb felvilágosítás akkor nyerhető, ha lumbalis és cisternalis punkcióval lehetőleg kis mennyiségű liquor kerül levételre.

Minthogy a PEG, GEG stb. eljárások nem csak diagnosztikus jellegű beavatkozások, hanem egyben terheléses kísérletnek is felfoghatók, érdemes a befolyásolható körülményeket (a befűjt levegő mennyisége, a folyamatosan levett liquor-adagok mennyisége, a PEG beavatkozás időtartama stb.) standardizálni, hogy az eredmények jobban összehasonlíthatóak legyenek. Amúgy is számos tényező (pl. az egyén magassága, a durazsák nagysága, a kamrák méretei) adott és nehezen ellenőrizhető.

Összefoglalás

Irodalmi áttekintés, mely a következő kérdésekkel foglalkozik: liquorkomponensek egyenlőtlen eloszlása a liquorúrbán, ezen anyagok gázrendszerében történő áthaladásának sebessége s végül a liquorvétele ill. encefalografia közben valószínűleg a beavatkozás által előidézett nem specifikus ingerek hatására provokált koncentrációváltozások. Elméleti és gyakorlati következtetések elsősorban a liquorvétellel kapcsolatos kérdéseket illetik.

IRODALOM. 1. *Anlyan, A. J., A. Starr*: Cancer (Philad.), 5, 578 (1952). — 2. *Bauer, H.*: Dtsch. Z. Nervenheilk. 175, 354 (1956). — 3. *Davis, M. R., G. r Cannefax, E. B. Johnwich.*: J. Vener. Dis. Informat. 32, (1951) Ref. Zblatt f. d. ges. Neurol. Psychiat. 123, 50 (1953). — 4. *Delank, H. W.*: Dtsch. Nervenheilk. 184, 632 (1963). — 5. *Eckes, H., D. Mutschler*: Nervenarzt 24, 302 (1953). — 6. *Fischer, V. J., L. C. Christianson*: J. Appl. Physiol. 18, 712 (1963). — 7. *Garelis, E., T. L. Sorrkes*: J. Neurol., Neurosurg. Psychiat. XXXVII 704 (1974). — 8. *Georgi, F., O. Fischer*: Handbuch d. Neurologie Bumke u. Förster VII. 1. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1938. — 9. *Green, J. B., H. A. Oldewurtel, D. S. O'Doherty, M. F. Forster, P. L. Sanchez-Longe*: Neurology (Minneap.) 7, 313 (1957). — 10. *Green, J. B., H. A. Oldewurtel, D. S. O'Doherty, F. M. Forster*: Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.) 80, 148 (1958). — 11. *Guzowski, K., J. Konobloch*: Neurology (Minneap.) 8, 105 (1963). 12. *Heitmann, R., R. Löser, A. Stammeler*: Dtsch. Z. Nervenheilk. 186 121 (1964). — 13. *Iivanainen, M., R. Collan*: Scand. J. Clin. Lab. Inv. 21 Suppl. 101. 121 (1968). — 14. *Levin, M. C.*: Neuroradiol (Springer) 5, 1 (1973). — 15. *Matiar—Vahar, H.*: Arch. f. Psychiat. u. Ztsch. f. d. ges. Neurol. 210, 76 (1967). — 16. *Memmescheimer, A. M.*: Die Technik und Anwendung der Suboccipital oder Cisternalpunktion. Stuttgart: Montana 1929. Zit.: Mathiar—Vahar, H.: Arch. f. Psychiat. u. Ztschr. f. d. ges. Neurol. 210, 76 (1967). — 17. *Moit, A. T. B., G. W. Achcoft, T. B. B., D. Eccleston, H. C. Guldberg*: Brain 93, 357 (1970). — 18. *Pilz, H.*: Die Lipide des normalen und pathologischen Liquor cerebrospinalis, Springer—Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1970. — 19. *Plum, F., R. W. Price*: New. Eng. J. Med.: 289, 1346 (1973). — 20. *Salayameh, M. T., A. S. Geha, A. E. Baue*: J. surg. Res. 11, 198 (1971). — 21. *Sayk, J.*: Cytologie der Cerebrospinalflüssigkeit VEB Gustav Fischer Verlag, Jena. — 22. *Schütz, E., H. Solcher*: Dtsch. Z. Nervenheilk. 185, 488 (1963). — 23. *Suberling, O.*: Z. Neurol. 161, 402 (1938). — 24. *Steiger, J.*: Dtsch. Z. Nervenheilk. 171, 1, (1953). — 25. *Szilágyi Á. K., Pataky I.*: Ideggy. Szle. 19, 14 (1966). — 26. *Szilágyi Á. K.*: Dtsch. Z. Nervenheilk. 190, 136 (1967). — 27. *Szilágyi Á. K.*: J. neurol. Sci. 10, 407 (1970). — 28. *Szilágyi Á. K.*: J. neurol. Sci. 18, 143 (1973). — 29. *Szilágyi Á. K.*: The Meeting of the ISN, Barcelona 1975, Abstr. No 377. — 30. *Thallmann, H.*: Nervenarzt. 39, 129 (1968). — 31. *Weise, H.*: Klin. Wschr. 28, 416 (1950). —

Д-р Каталин А. Силади: *Влияние места и способа взятия ликвора на результаты исследования*

Данная публикация является литературным обзором, в котором затрагиваются следующие вопросы: неравномерное распределение ликворных компонентов в ликворном пространстве, скорость потока этих веществ через барьерные системы, и наконец, во время взятия ликвора, а также при энцефалографии — по всей вероятности вызванные вмешательством — изменения концентрации, спровоцированные под влиянием неспецифических раздражителей. Автор делает теоретические и практические выводы главным образом в связи со взятием ликвора.

Katalin Á. Szilágyi: *Die Abhängigkeit der Liquorbefunde von Stelle und Art der Entnahme*

Literaturüberblick folgender Fragen: ungleiche Verteilung verschiedener Substanzen im Liquorraum, die Geschwindigkeit des Durchtrittes dieser Substanzen durch die Schrankensysteme und die Konzentrationsänderungen, welche nicht-spezifische Reize bei den Eingriffen (Punktion, Encephalographie) hervorrufen. Theoretische und praktische Folgerungen werden in erster Linie in bezug auf Fragen der Liquorentnahme gezogen.

BESZÁMOLÓ

A Neurologiai Tudományok 8. Duna-Szimpoziona, Bécs, 1975. okt. 22—25

Ez a Szimpozion 1973 óta utóda a korábban Neurologiai-, Neuropathologiai- és Gyermeckorkeológiai Duna-Szimpozíciók néven tartott összejöveteleknek. Független ezektől a Pszichiátriai Duna-Szimpozíciók szervezése.

A korrabiakhoz képest az 1975. évi Szimpozion népszerűbbnek és látogatottabbnak bizonyult. Jelentős volt a magyar részvétel is (11 fő, 9 előadás).

A Szimpozion 3 főtémája 1. dementia, 2. gerincevelői folyamatok, 3. myoclonusok voltak.

Az 1. főtémához tartozó előadások a *dementia* lehetséges okainak sokféleségét tükrözve heterogének voltak. A témát Roth-nak (Bécs) a dementia és amentia fogalom történeti alakulásáról szóló áttekintése vezette be. Sok ellenvetésre talált *Hildenhausen* és *Schifter* (Berlin) munkája, akik a 80 év feletti egészséges egyéneknél található neurologiai tüneteket (elsősorban agytörzsi reflexeket) a fiziológias öregedéssel magyarázták. Figyelmet érdemelt *Reich*-nek (Münster) az oligophreniával, Little-kór tünetivel és *ichthyosis congenitával* járó Sjögren-Larsson szindrómáról szóló előadása. *Maida* és *Schnaberth* (Bécs) Huntington-choreának gyermekkorban kezdődő esetéről számoltak be, melynél a progresszív dementia évekké megelőzte a hyperkinesist. A reverzibilis demenciák közül az utóbbi években egyre több érdeklődéssel fordulnak a normotensziós hydrocephalus felé, mely klinikailag demenciában, fokozódó járászavarban és vizelet-incontinentiában nyilvánul meg. *Reisner* (Bécs) foglalta össze a syndroma diagnosztikai kritériumait: 1. pneumoencephalográfia kifejezett hydrocephalus internus és normális tágasságú subarachnoidealis tér jellegzetes képét nyújtja, 2. scintigráfiánál lumbalis beadás után az izotóp 24 óra múlva az oldalkamrákban is megjelenik, 3. shunt-műtét jelentős javulást hoz az intellektuális teljesítményekben. A patomechanizmus tisztázatlan. Nem egységes kórképről, hanem szindrómáról van szó, mely valószínűleg sokkal gyakoribb, mint amennyit jelenleg felismerünk. *Deisenhammer* és *Jellinger* (Linz és Bécs) lökésekben progrediáló orthochromatikus leukodystrophia esetét ismertették, melyek neuropathológiai feldolgozása során extrém ritkaságként súlyos multiplex üregképződést találtak. A dementia-téma *Musetanu* (Berlin) experimentális neuropatológiai munkájával zárult: emberek kísérletes encephalitisnél labirintusban való futtatással vizsgálta a szellemi teljesítményt és megállapította, hogy a futási idő a vírus-szuspensio töménységével és az idegrendszeri laesiók kiterjedésének nagyságával arányosan megnövekszik.

A 2. főtéma — *gerincevelői folyamatok* — a második nap délelőttjét töltötte ki. A tárgyalásból a tumorok és a traumák eleve ki voltak zárva. Az előadások a fejlődési rendellenességek, értorzképek, keringési zavarok és gyulladási folyamatok tárgyköreire tagozódtak. Kiemelkedtek a gyermekidegsebészeti előadások, különösen *Koos* és munkatársainak (Bécs) az arteriovenosus angiomák sikeres műtéti kezeléséről szóló beszámolója. *Gosztanyi*, *Várkonyi* és *Tóth* előadása a gerincevelői metastasisokhoz társuló, myelomalaciához vezető keringésszavarokról szólt.

Szintén a második napon, párhuzamos ülésen hangzottak el a Neuropathologiai Duna-Szimpozion előadásai, melyek ugyancsak a *dementia* témával foglalkoztak. A bevezető referátumot a newcastle-i kutatóintézet igazgatója, *Henry Wisniewski* tartotta. A referátum a neurotubulusok, neurofilamentumok és synapsisok normális morfológiájával és senilis elváltozásaival foglalkozott. Kóros állapotokban, leggyakrabban az Alzheimer-betegségben, ritkábban fiziológias öregedésben is, leggyakoribb kóros jelenség az argentophil „fibrillaelváltozás”. Elektronmikroszkópos vizsgálattal ezek különleges rostokból állónak bizonyultak, melyeket a szerző és munkatársai leírása óta csavart tubulusoknak („twisted tubules”) neveznek. Ezek felépítését a szerző plasztikusan demonstrálta. Biokémiai elemzéssel kimutatták, hogy a kóros fibrillák fehérjéje a normális neurofilamentum-fehérjéhez nagyon hasonló. Senilis és praesenilis demenciákban sok a kóros synapsis a kéregben, melyekben amyloid rakódik le. E kóros synapsisok aggregátumai képzik a senilis plakkokat, melyeket már korábban sikerült különböző anyagokkal, pl. akrilammiddal kísérletesen is előidézni. Most *Wisniewski* arról számolt be, hogy scrapie-agenssel sikerült kísérletesen előidézni ezeket a képződményeket. Ez az első kísérletes adat arra vonatkozóan, hogy fertőzőes tényező senilis plakk létrejöttében szerepet játszhat. *Majtényi* 8 praesenilis vagy senilis esetről számolt be; 6-ban a szürkeállományban a senilis plakkok tömegét találta, emellett azonban a Creutzfeldt-Jakob betegség egy-két szövettani jellemzője is megfigyelhető volt; az lehet az ún. határesetekben az említett megbetegedések közös morfológiai jele.

Hans Jacob (Marburg) az Ammonszarv neuropathologiai elváltozásairól számolt be senilis folyamatokban. Igen jellemzőnek találta a fasciá dentata szemcsesejtjeiből kiinduló és a véglemez idegsejtjeivel összefüggő moharost-rendszer és a hozzátartozó synaptikus végződés magas cinktartalmát. Véleménye szerint ez a sajátság jelentőségében a többi senilis és praesenilis elváltozásokkal egyenértékű.

Szirmai és munkatársai (Pécs) a vizuális kiváltott választ elemezték Creutzfeldt-Jakob betegségben. Úgy gondolják, hogy a betegségre jellemző kóros kisülések generátora a felső agytörzs egy körülírt pontja. Schiffer és munkatársai (Torino) kiterjedt féltelkei elvelőtlenedéssel járó Marchiafava-Bignami- esetet mutattak be. Hozzászólásában kérdezték, hogy nem elsődleges oligodendroglia-laesio hozza-e létre a megbetegedést.

Számos érdekes beszámoló hangzott el a szabadon választott tárgyú neuropathologiai előadások között is. Gross és Simányi (Bécs) amaurotikus idiotia felnőttkori esetét demonstrálták, W. Müller (Köln) féltelkei térfoglaló folyamat képében jelentkező cryptococcus-laesioról számolt be, Gross és munkatársai (Bécs) reticulo-histiocytás granulomás encephalitis mutattak be. Pilz (Salzburg) intracranialis disseáló aneurysmákkal társult fibromuscularis dysplasiát demonstrált. Henn (Innsbruck) agyi zsír-embóliák purpura-vérzéseinek térbeli rekonstrukciója alapján érdekes pathogenetikai megállapodásokra jutott. Cervós—Navarro (Berlin) elektroshock útján macskákban az agyi erek kontrakcióját hozta létre és ezek ultrastruktúráját vizsgálva úgy találta, hogy a kontrakció lokalizációja a vascularis idegvégződésekkel esik egybe.

A magyar előadók közül Garzuly és munkatársai holoprosencephaliás agyvelőket mutattak be. Pohl és munkatársai Arnold—Chiari-torzképződésben az agytörzs elváltozásait elemezték. Baltavári és Guseo progresszív sclerodemiában létrejött izom- és perifériás ideg-laesiókat ismertettek. Guseo és Jellinger 143 sclerosis multiplexben elhunyt beteg elvelőtlenedéses gócaiban talált gyulladáshoz vezető beszűrődések típusait és jelentőségét elemezték.

A Szimpozion harmadik napján a 3. témát, a myoclonusokat tárgyalták. Az előadók a myoclonusok klinikai osztályozását, fiziológiai lényegét, strukturális alapját elemezték. Beszámoltak azokról a műtétekről, melyeket az NSZK-ban végeztek abból a célból, hogy az ún. actiós myoclonusok intenzitását csökkentik. A stereotaxiás műtét a pallido- és thalamo-nigralis rostokat pusztításán alapszik és a betegek célmozgásait — a beszámoló szerint — nagymértékben javítja.

Majtényi Katalin
Gosztonyi György

Quarelin[®]

TABLETTA

Spasmoanalgeticum

Az összetett hatóanyagú Quarelin tabletta egyesíti a fájdalomcsillapító és hőcsökkentő novamidazophenum, a központi izgató és értonizáló coffeinum és az erek 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 ½—1 tabletta.

MELLÉKHATÁS:

Mellékhatásként amidazophenum származékokra érzékeny betegeknél előfordulhat allergiás reakció.

FIGYELMEZTETÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

10 db tabletta ára: 7,50 Ft

MEGJEGYZÉS:

✠ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján az illetékes orvos szabadon rendelheti.

Lejáratási idő: 3 év.



EUNOCTIN

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 10 mg nitrozepam.-ot tartalmaz.

HATÁS: A limbicus rendszerben, elsősorban a hippocampuson át ható altató, mely ezen központi idegrendszeri functionális 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 izomrelaxans-hatást is kifejt. A harántcsíkolt izmok tónusos-clonusos görcsét oldja, anticonvulsiv hatása is van.

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

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravisban az Eunoctin tableta alkalmazása ellenjavallt.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek este $\frac{1}{2}$ —1 tableta (5—10 mg), idős, legyengült egyéneknek $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ tableta (2,5—5 mg), csecsemőknek és gyermekeknek 0,25 mg/kg. Az organicus neurológiai és psychiatriai kórképekben alkalmazandó dosist 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 tableta alkalmazása nem ajánlatos. Eunoctin bevétele után 10—12 óráig gépkocsit vezetni, magasban, veszélyes munkahelyen dolgozni nem lehet.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 10 tableta 11,90 Ft,
200 tableta 200,— Ft.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.