

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XXXII. ÉVFOLYAM
145—192. OLDAL



BUDAPEST, 1979. ÁPRILIS

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, Horányi Béla, Huszák István, Magyar István, Molnár László, Pálffy György, Pataky István, Pásztor Emil, Pollner György, Szinetár Ernő, Tariska István

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

TARTALOM

<i>Bodosi Mihály dr.:</i> Az arteria occipitalis és az arteria cerebri media anastomosisa az arteria carotis interna területi keringészavar befolyásolásában	145
<i>Pálvölgyi Richárd, Faragó András és Gallai Margit:</i> Pszeudohipertrofiás izmok röntgenvizsgálata dystrophia muscularis progressivában szenvedő testvérpárnál	152
<i>Berky Mihály dr., Deák György dr.:</i> Kétoldali üvegtesti metastasist okozó primer agyi reticulosarcoma	159
<i>Horváth Miklós dr., Vajda János dr., Juhász János dr.:</i> Az arteria cerebri anterior distalis aneurysmái	164
<i>Horváth Zoltán dr.:</i> Adatok a kisagy angioblastomájának szövettanához családi előfordulás kapcsán	172
<i>Szabó Mihály dr.:</i> Oldalkamrai ependymoma ellenoldali ismétlődése 10 év után	180
Beszámoló	186

INHALT

<i>M. Bođosi:</i> Anastomosenbildung zwischen der Art. occipitalis und der Art. cerebri media in der Beeinflussung der Kreislaufstörungen im Gebiet der Art. carotis int.	145
<i>R. Pálvölgyi, A. Faragó und Margit Gallai:</i> Röntgenuntersuchung der pseudohypertropischen Muskeln eines Geschwisterpaars mit Dystrophia muscularis progressiva	152
<i>M. Berky und Gy. Deák:</i> Primäres Retikulosarkom des Gehirns mit Metastasen im Glaskörper beiderseits	159
<i>M. Horváth, J. Vajda und J. Juhász:</i> Die distalen Aneurysmen der Arteria cerebri anterior	164
<i>Z. Horváth:</i> Zur Histologie des Angioblastoms des Kleinhirns bei familiärem Vorkommen	172
<i>M. Szabó:</i> Kontralaterale Wiederholung eines Subependymoms des Seitenventrikels	180

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest VI., 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 (KHI 1900 Budapest V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy postautalványon, valamint átutalással a KHI 215-96 162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Előfizetési díj egész évre: 324,— Ft

Megjelenik havonta

Egyes példányok beszerezhetők a kiadó Budapest XIII., Fürst Sándor u. 14/b alatti boltjában

Példányonkénti eladási ára: 27,— Ft

Index: 25 392

Az arteria occipitalis és az arteria cerebri media anastomosisa az arteria carotis interna-területi keringészavar befolyásolásában

BODOSI MIHÁLY dr.

Az arteria carotis interna ellátási területében jelentkező keringészavarok befolyásolására, következményeik megelőzésére a betegek egy részénél ma már megbízható sebészi módszerek állnak rendelkezésünkre. Az a. carotis direkt sebészi beavatkozás számára alkalmas és hozzáférhető extracranialis elváltozásainak különféle megoldásai az érsebészet mindennapos eljárásává váltak. Az a. carotis interna elzáródása, vagy magas nyaki-, ill. koponyaűrön belüli szűkülete, valamint az a. cerebri media hasonló elváltozásának áthidalása pedig az a. temporalis superficialis és az a. cerebri media corticalis ágának anastomosisa révén történhetik [Donaghy és Yasargil (1967), Mérei és mtsai (1974)], eléggé körülhatárolt indikáció esetén.

Ilyen betegek közül néhánynál azonban az a. temporalis superficialis – elsősorban elégtelen mérete miatt – nem alkalmas megfelelő anastomosis készítésére. Ekkor megkísérelhető az a. occipitalis és az a. cerebri media corticalis ágának anastomosisa [Spetzler és Chater (1972)]. Közlésünkben e műtetet kívánjuk bemutatni.

Az eset ismertetése

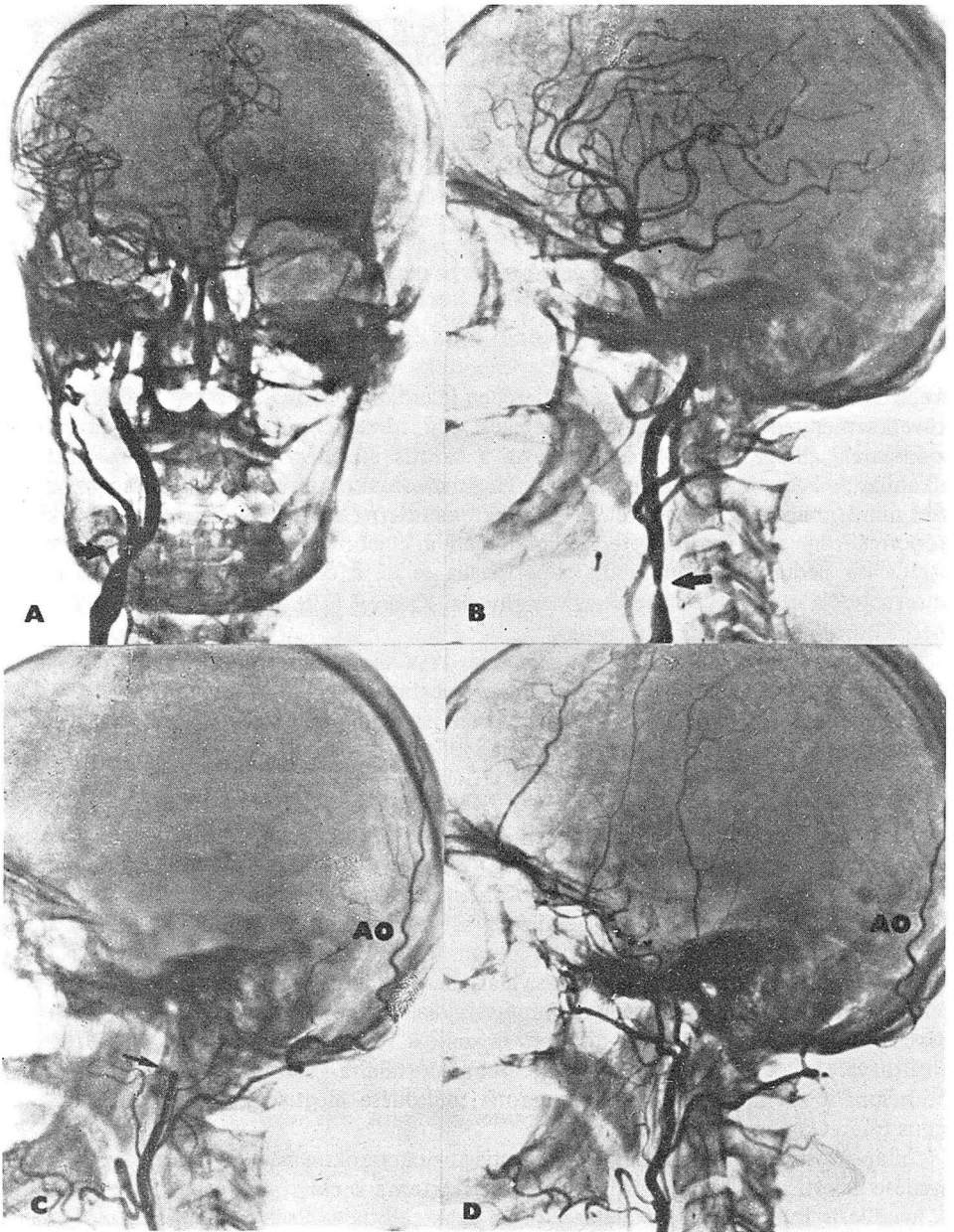
K. I. 53 éves férfi. Munka közben hirtelen jelentkezett j. o.-i végtaggyengesége és beszédzavara, amely klinikai felvételéig valamelyest javult. A Pécsi OTE Ideg- és Elmeklinikájára került, ahol latens j. o.-i hemiparesist, élénkebb mélyreflexeket, dorsalflexiós tendenciát és mk. o-on leépüléssel jelezte, valamint enyhe fokú, kevert típusú aphasiát találtak. EEG: b. o.-i frontotemporalis lassúhullám-szabálytalanság.

3 nap múltán a klinikai tartózkodása alatt állapota ictus-szerűen rosszabbodott: súlyos, felső végtagi hangsúlyozottságú hemiparesis alakult ki és a beszédzavar is jelentősen rosszabbodott. Az előzően is diszkrét organikus léziót jelző EEG-vizsgálat ezúttal az elváltozást kifejezettebbnek és kiterjedtebbnek találta. Kompressziós tesztek alapján funkcionális szempontból mindkét carotis működése elégtelennek és mindkét carotis-sinus túlérzékenynek bizonyult.

Állapotrosszabbodáskor készített carotis-angiogramokon b. o.-on az a. carotis interna eredése feletti elzáródásán kívül az a. carotis externa is elzártnak látszott közvetlenül az a. maxillaris interna eredése alatt. J. o.-on az a. carotis externa nyaki szakaszán, eredése után 2 cm-rel, jelentős, orsószzerű szűkület látszott és beszűkült a siphon is. A jobb carotis felől telődött a jobb félteke érrendszerén kívül a bal oldali a. cerebri anterior területe is (1A–C ábrák).

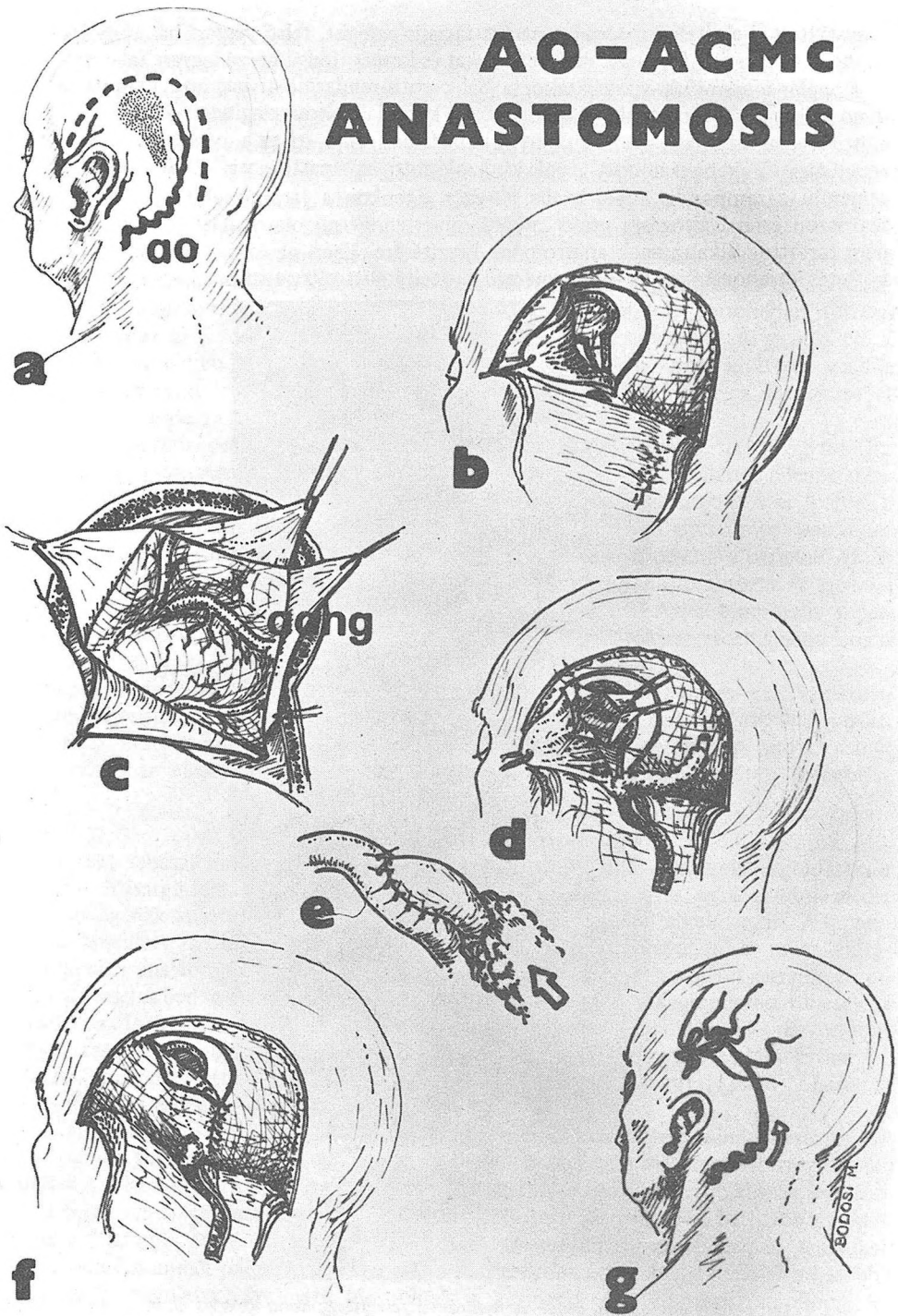
Papaverin, Cavinton, Rheomacrodex, Colfarit kezelés után állapota kismértékben javult. 2 hét után otthonába bocsátották. A beteg állapota a későbbiek folyamán fokozatosan tovább javult, járóképessé vált, újabb ischémiás attackja nem jelentkezett.

Ideggyógyász kezelőorvosa (dr. Rónai Éva) tanácsára félévvel első attackja után kereste fel klinikánkat annak elbírálása céljából, hogy e jelentősen javult állapot megtartása, ill. újabb rosszabbodás meggátlása érdekében nem végezhető-e keringésjavító érsebészeti



I. ábra. A és B - J. o-i percutan carotis-angiográfia nyíl- és oldalirányú arteriás fázisai. A nyaki szakaszon az a. carotis internán orsószerű szűkület (←). Jobbról telődik mk. a. cerebri anterior kissé meglasszult keringéssel. C. B. o-i carotis angiográfia. Csak externa-telődés látható, valamint az a. carotis externa elzáródása (←) az atlas magasságában, az a. maxillaris interna eredése előtt. D. Fél év múltán az a. carotis externa elzáródása megnyílt, az a. temporalis superficialis járomívvel párhuzamos szakaszán (↘↘) gyöngyfüzér szerű szűkületsor látható jelöl az érfalkárosodásnak. (AO - a. occipitalis)

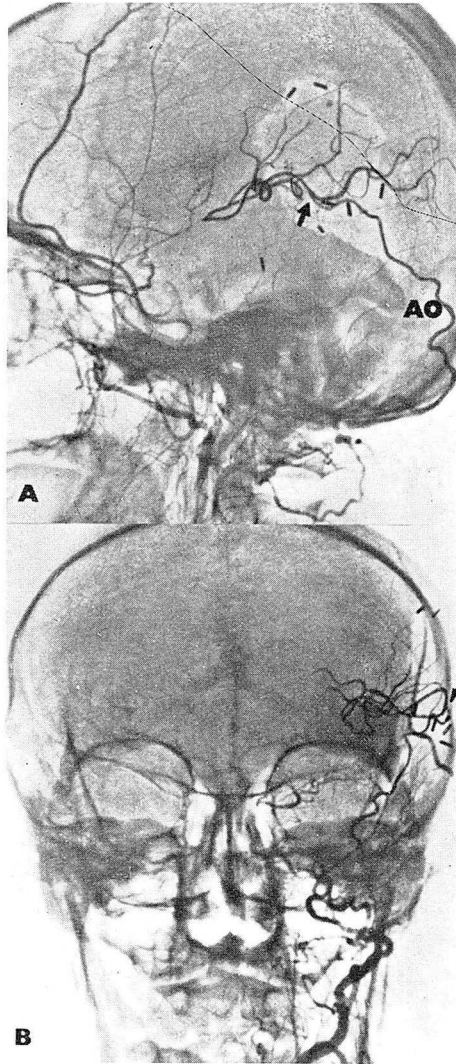
AO-ACMc ANASTOMOSIS



2. ábra. Az a. occipitalis és a. cerebri media corticalis ága (AO-ACMc) anastomosis-műtétének sémás rajza. Részletes leírását lásd a szövegben. A jelölések: ao - a. occipitalis; aang - a. angularis

beavatkozás. Felvételekor j. o.-i centrális facialis-paresist, felső végtagi hangsúlyozottságú enyhe hemiparesist, fokozott mélyreflexeket és kevert típusú beszédzavart találtunk.

Doppler-sonográfias vizsgálatok a bal carotis-rendszerben haemodynamikai zavarra utaló kóros görbét kaptunk. Megismételve a kétoldali carotis-angiográfiát, j. o.-on a fél év előttivel gyakorlatilag egyező viszonyokat találtunk. B. o.-on az a. carotis externa korábbi elzáródása „rekanalizálódott”, jól kirajzolódott az anastomosis-készítés céljára kellő átmérőjű a. temporalis superficialis is, ezen azonban a járomívvel párhuzamosan futó szakaszon érfalelváltozásra utaló „gyöngyfüzérszerű” rajzolatot láttunk (1D ábra), s így nem tartottuk alkalmasnak anastomosis készítésére. Ezért az extra-intracranialis érösszeköttetés létrehozásához az ideális méretű a. occipitalist választottuk.



3. ábra. Posztoperatív angiogram, oldal- és nyírlirányú felvételek, korai artériás fázis. – A. Az externa rendszerből a kontrasztanyag az a. occipitalis (AO) révén a művi anastomosison át (←) az a. angularisba, innen a környező corticalis arteriákba jut. Az externa-ophthalmica anastomosison át néhány operculofrontalis arteria is kirajzolódik. B. Anteroposterior irányú felvételen a visszatelődés rajza jól látható. Az anastomosis helyét nyíl jelöli

Intratrachealis narkózisban — enyhe, kontrollált hipertenzióban — végeztük a műtétet. A temporo-occipitalis tájon ejtett ív alakú lágyrészmetszéssel alakítottuk ki a bőrlebensyt, amely magába foglalta az a. occipitalist (2a ábra). A halántéki izomzat hátsó harmadát a csonttól leválasztottuk és frontotemporalis irányba kihajtottuk. A Sylvius-árok végének megfelelően a koponyacsonton furatlyukat, ebből kiindulva gyermektenyérszerű craniec-tomiát készítettünk. A csontnyílást alsó-hátsó részéből kiindulva ék alakú „csatornát” alakítottunk ki az a. occipitalis elhelyezése céljára (2b ábra). A keményburok megnyitása után az a. angularis bizonyult anastomosisra alkalmas méretűnek (2c ábra).

Csak ezt követően történt meg az a. occipitalis felszabadítása (2d ábra), majd a retrográd- (antidrom-) irányú anastomosis az a. occipitalis és az a. angularis között a már megszokott módon készítettük el (2e ábra). A clipek megfelelő sorrendben történő levétele után az új rendszerben a keringést megindítottuk. Az a. occipitalis jó pulzációja, az a. angularis enyhe tágulata jó keringésre utalt. A keményburok kiöltése, majd a temporális izomzat megfelelő módon történő zárása (2f ábra) után a lágyrészszebet rétegesen, selyemvarratokkal egyesítettük.

A posztoperatív periódus zavartalan volt, sebe szövődménymentesen gyógyult. Az a. occipitalis átjárhatóságát rendszeresen, Doppler-szonográfias vizsgálattal ellenőriztük. Egy héttel a műtét után készítettünk ellenőrző angiográfias vizsgálatot (3A és B ábrák). Az anastomosisra felhasznált a. occipitalis szabaddá tett szakasza ugyan még spasztikus, de rájta keresztül telődnek az a. angularis ágai mellett — visszatelődve — a parietalis vidék artériái is. Halványan rajzolódnak ki az externa-ophthalmica anastomosison át a b. o.-i a. cerebri media-rendszere további — operculofrontalis — ágai. Az a. temporalis superficialis megelőző szűkülete ezúttal már csak finom fal-egyenletlenség formájában ismerhető fel.

Ellenőrző vizsgálatokor a beteg enyhe hemiparesise a felvételihez képest nem változott, a beszédteljesítményei, elsősorban beszédzavara szenzoros komponense azonban javult. Két héttel műtete után bocsátottuk otthonába azzal, hogy egy hónap múltán ismét jelentkezék az elzáródással ellentétes oldali nyaki carotis-szűkület műtéti megoldása miatt.

Megbeszélés

A direkt sebészi módszerek számára nem hozzáférhető érelváltozások megoldására a Donaghy—Yasargil-féle műtétet — az a. temporalis superficialis és az a. cerebri media corticalis ágának anastomosisát — ma már számos helyen sikerrel alkalmazzák. A tapasztalatok mellett szólnak, hogy gondosan válogatott beteganyagban a művi extra-intracranialis anastomosis képes megakadályozni súlyos ischémias roham létrejöttét, de bizonyos esetekben a már kialakult és „maradandónak vélt” idegrendszeri tünetek is mérséklődhetnek, ha azok megelőzően javuló hajlammal rendelkeztek. Ez utóbbi magyarázatául az szolgál, hogy az új érkapcsolat jelentős vérmennyiséggel támogatja a keringésében károsított féltekét [Austin és mtsai (1976), Gratzl és mtsai (1976), Chater és Popp (1976), Mérei és Bodosi (1977), Reichman (1976)].

A carotis-területi keringészavarok befolyásolására az említettek minden esetben az a. temporalis superficialis és az a. cerebri media corticalis ága anastomosisát készítették. E műtét indikációi közt azonban szerepel, hogy az a. temporalis superficialisnak legalább 1,4–1,6 mg átmérőjűnek kell lennie ahhoz, hogy a kisegítő keringésben hathatós szerepet nyújtson. Kisebb átmérőjű artériával készített sikeres anastomosis csupán technikai bravúr, miután annak jelentős vérhozama nincs. E vékony artériák alig képesek a későbbi funkcionális tágulatra, így nem idomulnak a keringési- és nyomásviszonyokhoz, és gyakoriak szövődmények is, elsősorban a korai anastomosis-elzáródás révén.

A carotis-területi keringészavarok befolyásolására a Donaghy—Yasargil-féle műtét mintájára többen megkísérelték extra-intracranialis anastomosis létrehozását egyéb módon. Így carotis-elzáródás áthidalására Lougheed és mtsai (1971) az a. carotis

communist véna közbeiktatásával az intracranialis a. carotis interna-szakasszal kötötték össze. Egy további változatban hasonló anastomosis-típusok készültek – artéria-, ill. véna-szakasz felhasználása révén – ily módon az extracranialis a. carotis externa és a. cerebri media összeköttetését hozták létre [Weinstein és mtsai (1977)]. Minthogy az említett módszerek vascularis betegekben túlságosan nagy és megterhelő beavatkozásoknak számítanak, az említett műtéti típusok alkalmazása nem nyert teret.

Az a. temporalis superficialis alkalmatlansága esetén így egyéb externa-végágakra eshetett a választás. Spetzler és Chater (1974) ötlete volt, hogy bizonyos esetekben az a. occipitalis volna felhasználható extraintracranialis érösszeköttetés létrehozásával. Cadaver-tanulmányok után ők készítették el először 57 éves betegüknél az a. occipitalis és az a. cerebri media egyik corticalis ága (a. angularis) anastomosisát, miután az a. cerebri media elzáródásának áthidalására a 0,7 mm átmérőjű a. temporalis superficialis nem látszott alkalmasnak.

S bár kézenfekvő volna az ilyen esetekben az a. occipitalist gyakrabban felhasználni anastomosis készítésére, mégis ritkán végzik. Ennek egyik oka az artéria mobilizálhatóságának nehézsége több más tényező mellett, mint arra Schuster és mtsai (1977) is rámutattak. Így nem meglepő, hogy csak néhány munkacsoport közléseiből tudjuk, hogy készítették a. occipitalis – a. cerebri media anastomosisát [Gratzl és mtsai (1976), Spetzler és Chater (1974), Reichman (1976), Deruty és mtsai (1977)]. Ez a megoldás klinikai anyaguknak csupán 1–2%-át képezi.

Magunk azon a véleményen vagyunk, hogy – amennyiben lehetséges – az extra-intracranialis anastomosisat az a. temporalis superficialis felhasználásával ajánlatos végezni, s erre feljogosít bennünket a több mint 200 ilyen típusú beavatkozás tapasztalata. Mégis, elégtelen méretű a. temporalis superficialis esetén, az a. occipitalis anastomosisa is sikeres lehet, mint azt esetünk is példázza.

Összefoglalás

Extra-intracranialis érösszeköttetés egy további típusát, az a. occipitalis és az a. cerebri media corticalis ágának anastomosis-műtétét ismerteti. A műtétet alkalmasnak ítéli arra, hogy az a. temporalis superficialis elégtelen mérete esetén az a. occipitalist használják fel a carotis-területi keringészavarok befolyásolására.

IRODALOM: 1. Austin G. M., Hayward W., Laffin D.: Modification of cerebral ischemia by microsurgical intracranial anastomosis in G. M. Austin (Ed): *Microneurosurgical Anastomoses for Cerebral Ischemia*. Ch. C. Thomas, Springfield, 1976. – 2. Chater, N. L., Popp J.: Microsurgical vascular bypass for occlusive cerebrovascular disease: Review of 100 cases *Surg. Neurol.* 6, 115 (1976). – 3. Deruty R., Lecuire J., Dechaume J. P., Bret Ph.: Angiographic features of the extra-intracranial anastomosis in P. Schmiedek (Ed): *Microsurgery for Stroke* Springer, New York, Heidelberg, Berlin, 1977. 218–221. – 4. Donaghy R. P. M., Yasargil G. M.: *Micro-Vascular Surgery* G. Thieme, Stuttgart, 1967. – 5. Gratzl, O., Schmiedek P., Spetzler R., Steinhoff, H., Marguth F.: Clinical experience with extra-intracranial anastomosis in 65 cases *J. Neurosurg.* 44, 313 (1976). – 6. Loughheed, W. M., Marshall B. M., Hunter M., Michel E. R., Sandwith-Smith H.: Common carotid to intracranial internal carotid bypass venous graft. Technical note. *J. Neurosurg.* 34, 114 (1971). – 7. Mérei F. T., Bodosi M., Gács Gy., Kékési F., Szántó J., Scháb R.: Az arteria temporalis superficialis és az arteria cerebri media anastomosisa az agyi keringési elégtelenség kezelésében *Orv. Hetil.* 115, 963 (1974). – 8. Mérei F. T., Bodosi M.: Microsurgical anastomosis for cerebral ischemia in ninety patients in P. Schmiedek (Ed): *Microsurgery for Stroke* Springer, New York, Heidelberg, Berlin, 1977. 264–270. – 9. Schuster H., Koos W. Th., Kletter G.: Some comments on the technique of STA-cortical MCA anastomoses in P. Schmiedek (Ed): *Microsurgery for Stroke* Springer, New York, Heidelberg, Berlin, 1977. 214–217. – 10. Spetzler N., Chater N. L.: Occipital artery – middle cerebral artery anastomosis for cerebral artery occlusive disease. *Surg. Neurol.* 2, 235 (1974). – 11. Weinstein Ph. R., Chater N. L., Peters N. D., Popp A. J.: Evaluation of 2 mm diameter prosthetic grafts for use in extra to intra-cranial bypass in P. Schmiedek (Ed): *Microsurgery for Stroke* Springer, New York, Heidelberg, Berlin, 1977. – 12. Reichman O. H.: Neurosurgical Microsurgical Anastomosis for Cerebral Ischemia: Five years' experiences in P. Scheinberg (Ed): *Cerebral Vascular Diseases* Raven Press, New York, 1976, 311–330.

М. Бодоши: *Анастомоз затылочной артерии и средней артерии мозга и его влияние на расстройство кровообращения в области внутренней сонной артерии*

Автор излагает дальнейший тип вне-внутричерепного соединения, операцию наложения анастомоза между затылочной артерией и кортикальной ветвью средней мозговой артерии. Операция кажется пригодной для того, чтобы в случае недостаточного калибра поверхностной височной артерии использовать затылочную артерию для воздействия на устройство кровообращения области сонной артерии.

М. Bodosi: *Anastomosenbildung zwischen der Art. occipitalis und der Art. cerebri media in der Beeinflussung der Kreislaufstörungen im Gebiet der Art. carotis int.*

Die extra-intrakraniale Anastomose zwischen der Art. occip. und der kortikalen Äste der Art. cerebri media ist bei unzureichendem Kaliber der A. temp. superficialis anwendbar.

Pseudohipertrofiás izmok röntgenvizsgálata dystrophia muscularis progressivában szenvedő testvérpárnál

PÁLVÖLGYI RICHÁRD, FARAGÓ ANDRÁS és GALLAI MARGIT

A végtagizomzat röntgenvizsgálata lehetővé teszi, hogy non invazív módon in vivo betekintést nyerjünk a vázizomzat legnagyobb részének makroszkópos elváltozásába, ami eddig csak boncoláskor volt megvalósítható. Ismeretlen adatok feltárása újtan választ adhat egyes, a klinikai vizsgálat során felmerülő kérdésekre és segítségével mód nyílik a progresszió objektív követésére.

Vizsgálati módszer

A röntgen lágyrésztechnikai eljárás elméletét, elvégzését, klinikai alkalmazását és a benne rejlő diagnosztikus lehetőségeket korábbi közleményeinkben részletesen ismertettük. Tekintettel arra, hogy a módszer új és kevésbé ismert, az alábbiakban lényegét röviden vázoljuk [3–7].

A szokásosnál hosszabb hullámhosszú, azaz kisebb áthatolóképességű röntgensugárzással speciális fólia nélküli filmre, vagy xeroradiográfiás módszerrel a végtagokról olyan felvételeket lehet készíteni, amelyeken a lágyrészek diagnosztikailag értékelhető módon ábrázolódnak. Az izom- és kötőszövet, az erek, az idegek, valamint a vér sugáráteresztőképessége közel egyforma, azért ezek a felvételeken homogén árnyékot adnak, nem differenciálhatók. A zsírszövet sugárelnyelő-képessége viszont közel fele akkora, mint az említett szöveteké, ezért árnyékát jól el lehet különíteni.

Fiatal, egészséges egyének izomzata intenzív, homogén árnyékot ad. Idős korban, valamint az izomszövet különféle károsodásaiban az elpusztult rostok helyét felszaporodott intersticiális zsírszövet foglalja el s ez az izomzat röntgenképének sajátos csíkozottságát okozza. Ennek megjelenése, mennyisége, valamint eloszlásának jellege alapján lehetőség nyílik arra, hogy objektív módon regisztráljuk egyes kórfolyamatok fennállását, következtessünk jellegükre, kiterjedésükre és súlyosságukra.

A röntgenmorfológiai elváltozások specifikitása nem éri el a szövettani vizsgálattal feltártakét. A röntgenvizsgálat számára viszont a végtagizmok többsége hozzáférhető, a beavatkozás a betegnek kellemetlenséget nem jelent, veszélytelen és ismételt elvégezhető.

Esetismertetés

1. eset

34 éves nő.

Családi anamnézis: Szülei egészségesek, felmenő ági rokonaiknál izombetegség nem fordult elő. 1939-ben született nővére „izombeteg” volt, 18 éves korában tüdőgyulladásban halt meg. (Diagnózis, kórtörténeti adatok nem állnak rendelkezésre.) Másik nővére, aki 1941-ben született, egészséges. Húga izombetegségben szenved (2. esetünk).

Kórelőzmény: 8 éves korában alakult ki a medenceöv, az alsó, majd a felső végtagok izomzatának gyengesége. A kórfolyamat olyan gyorsan progrediált, hogy két év alatt járásképtelenné vált, 24 éve ágyhoz kötött.

A belső szervek részéről kóros eltérés nem észlelhető.

Neurologiailag: A nyakizmok ereje csökkent. Karjait emelni és abdukálni nem tudja. A könyökízületi mozgások minimális erővel történnek, a kéz és az ujjak mozgásának ereje csak kisebb mértékben gyengült. Mindkét alsó végtagban semiflexiós kontraktúra. Fekve lábait emelni, addukálni nem tudja. Fordulni, felülni és felállni nem képes. A végtagok

IMAP[®]

injekció

ÖSSZETÉTEL:

2 ml-es ampullánként 4 mg fluspirilén-t tartalmaz mikrokristályos suspenzióban.

JAVALLATOK:

Elsősorban az elmeosztályról elbocsátott schizopreniás betegek hosszú időn át végzendő ún. fenntartó kezelése. Idült paranoid schizopreniás betegek rehabilitációja, munkaterápiába állítása és a társadalomba való beilleszkedése. Súlyosabb izgalmi állapotok esetén előnyösen kombinálható erősebb psychosedatív hatású, nem fluorozott neuroleptikumokkal és relaxációs ES kezeléssel.

ELLENJAVALLATOK:

Parkinson-syndroma, mozgászavarokkal járó betegségek, depressiós állapotok.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS:

Az IMAP injekció kizárólag i. m., lehetőleg azonban i. glutealisán adható, az ampulla használat előtt felrándó. Az injekciót hetenként egyszer adjuk. A kezdő adag általában 3 ml, amely a szükségletehöz mérten 4, majd 5 ml-re emelhető. Az optimális hatás elérése után az adag fokozatosan és lassan csökkenthető a fenntartó heti 1–3 ml (2–6 mg)-ig.

Tartós kezelés esetén 3–4 hetenként az injiciálás egy alkalommal elhagyható. A kúra időtartama 3–6 hónap, de egyes esetekben 1 év is lehet.

MELLÉKHATÁSOK:

Extrapyramidalis hypokinesis, vagy különböző dyskinesisek enyhébb formában kb. a betegek 25%-ában lépnek fel. Kivételes esetben akathisia is jelentkezhet. Mivel az extrapyramidalis mellékhatások az injekció beadását követően 6–12 óra múlva jelentkeznek és mintegy 24–48 óráig tartanak, helyes, ha az Imap injekcióhoz — annak adagjától függően — 1–3 ml Tremblex injekciót szivunk fel, hogy a két készítmény együttes adásával a mellékhatások jelentkezését megakadályozzuk. Az extrapyramidalis mellékhatások sohasem érik el a Haloperidol kezelés kapcsán észlelt erősségi fokozatot és a kezelés megszüntetését egy alkalommal sem teszik szükségessé. Tartós kezelés sóványodást, gyengeséget, álmatlanságot okozhat, ami megfelelő gyógyszerekkel megszüntethető. Egyes esetekben a paranoid tünetek megszüntetésével egyidejűleg kifejezett depressio alakulhat ki, amely imipramin vagy ES-kezelést tehet szükségessé.

FIGYELMEZTETÉS:

Bár teratogen, embriotoxikus hatása a vizsgálatok szerint nincsen, a terhesség első harmadában — más központi idegrendszerre ható gyógyszerekhez hasonlóan — alkalmazása nem ajánlatos. E gyógyszer ha-



tása alatt fokozott elővigyázatosság szükséges. A gyógyszer bevétele után 8–10 órán belül vagy folyamatos szedése esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos.

Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS: ✱✱

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes. Lejárati idő 3 év.

CSOMAGOLÁS:

3 x 2 ml ampulla, térítési díj: 4,40 Ft

TREMBLEX[®]

injekció



ÖSSZETÉTEL:

2 ml-es ampullánként 0,25 mg dexbenzetimidet tartalmaz (sósavas só alakjában).

HATÁS:

A TREMBLEX injekció anticholinerg hatású készítmény, amely hatékony a neurolepticumok által kiváltott extrapyramidalis tünetek kezelésében.

JAVALLATOK:

Neurolepticumok által előidézett extrapyramidalis tünetcsoport megelőzése és kezelése.

ALKALMAZÁSA ÉS ADAGOLÁSA:

Felnőtteknek Imap injekcióval kombinálva adjuk, annak adagjától függően 0,125–0,250 mg mennyiségben, ugyanabba a fecskendőbe felszívva. Egyéb extrapyramidalis mellékhatást okozó készítmények (pl. butyrophenonok) mellett is alkalmazható hasonló adagban, 2–4 napos időközökben.

MELLÉKHATÁSOK:

Az anticholinerg készítmények ismert mellékhatásai.

FIGYELMEZTETÉS:

A TREMBLEX injekció Parkinson-betegség és Parkinson-syndroma kezelésére nem alkalmas. Glaucomában és prostatahypertrophiában csak nagy óvatossággal alkalmazható!

Bár állatkísérletekben a dexbenzetimid nem mutatkozott embryotoxikusnak, terhések számára történő rendelésekor mérlegelni kell ennek esetleges kockázatát.

MEGJEGYZÉS: ✕✕

Az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes. Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS:

3 db 2 ml-es ampulla, térítési díj: 2,— Ft
50 db 2 ml-es ampulla, térítési díj: 33,— Ft
Lejárati idő 3 év.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

izomzata hypotoniás, az izmok térfogata csökkent. A felső végtagok areflexiások, az alsók sajátreflexei igen renyhék. Kóros reflex, érzészavar nincs. Ép intellektus.

A végtagok körfogata centiméterben:

	Jobb oldal	Bal oldal
Felkar	26	27,5
Alkar	22,5	23
Comb	42	42
Lábszár	28	29

Diagnózis: Dystrophia muscularis progressiva, végtagövi forma

2. eset

33 éves nő.

Kórelőzmény: Izombetegsége 10 éves korában kezdődött a medence, a vállöv, majd a felső végtagok izomzatának gyengülésével. Járása fokozatosan „kacsázóvá” vált. Nála a kórfolyamat olyan lassan progrediált, hogy 23 év múltán, erősen hyperlordosisos tartásban még állni és járni tud.

A belső szervek részéről kóros eltérés nem észlelhető.

Neurologiailag: A nyakizomzat ereje mérsékelten csökkent. Karjait emelni, könyökben hajlítani nem tudja, a könyökízület feszítése viszont csak kissé gyengült. A kéz és az ujjak ereje megtartott. Segítséggel felül, feláll és néhány lépést önállóan jár. Térhajlítás minimális erejű, a feszítés ereje csak kismértékben gyengült.* A lábfej és az ujjak mozgásának ereje alig csökkent. A comb és a lábszár térfogata mindkét oldalt megnőtt. Testszerte hypotonia és areflexia. Kóros reflex nincs. Érzőkör ép. Pszichésen kóros nem észlelhető.

A végtagok körfogata centiméterben:

	Jobb oldal	Bal oldal
Felkar	33	31,5
Alkar	27	26
Comb	57	56
Lábszár	46	46

Diagnózis: Dystrophia muscularis progressiva, végtagövi forma.

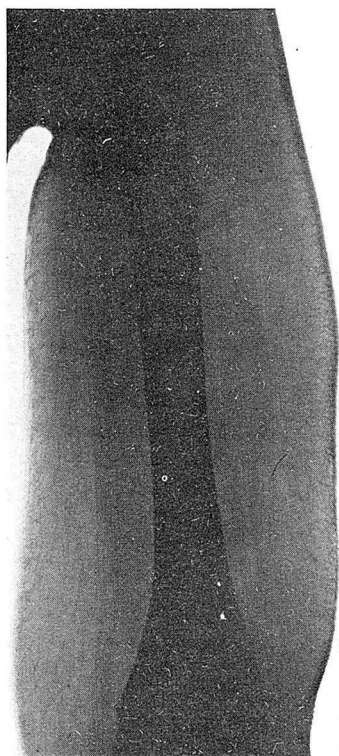
A testvérpár évek óta rendszeres ellenőrzésünk alatt áll. A vizelet kreatin-tartalma mindkettőjükénél fokozott, a szérum CPK értéke emelkedett. A végtagizomzat ismételt EMG vizsgálata mindkét betegnél típusos myopathiára utaló elváltozásokat mutatott ki.

A végtagok lágyrészeinek röntgenvizsgálata

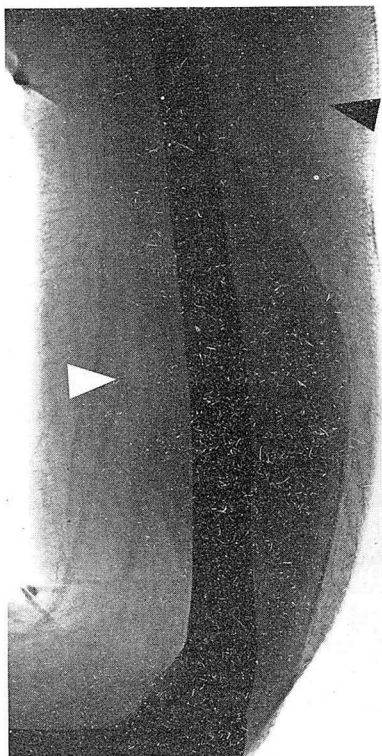
1. eset

A jobb felkarról készült lágyrészfelvétel: A csökkent terjedelmű izomzat transzparenciája annyira fokozott, hogy a bőralatti zsírrétegtől alig különbözik. A zsírszövet helyenként elmosott szélű csíkok és foltok formájában ábrázolódik. A szubkután és szubfasciális zsírréteg megvastagodott (1. ábra).

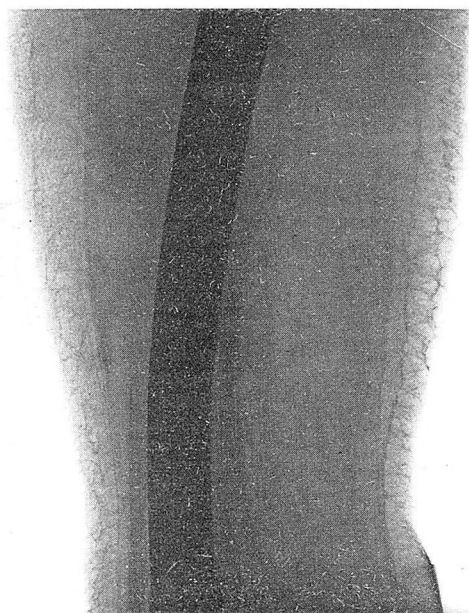
A jobb comb alsó harmadáról készült oldalirányú felvétel: Az izomzat transzparenciája fokozott, terjedelme csak kismértékben csökkent. Az izomrostok többsége elpusztult, helyüket felszaporodott intersticiális zsírszövet foglalja el. A zsírszövet helyenként elmosottszerű csíkokat, foltokat alkot. A bőralatti zsírréteg megvastagodott (3. ábra).



1. ábra



2. ábra



3. ábra

A jobb lábszár oldalirányú felvételén: A csökkent volumenű izomzat a subcutiséhoz viszonyítva intenzív röntgenárnyékot ad (vö. 3. ábra). Az izmok vetületében helyenként elmosottszerű csíkok, foltok látszanak, jelezvén az intersticiális zsírszövet felszaporodását. A szubkután zsírszövet jelentősen megszorodott (4. ábra).

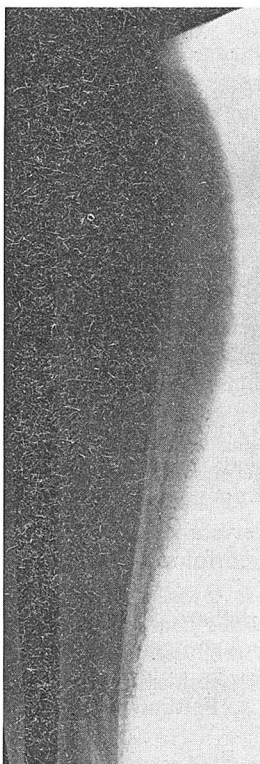
2. eset

A jobb felkarról készült lágyrészfelvételen: A m. deltoideus terjedelme normálisnak ítéltető, transzparenciája nagymértékben fokozott (2. ábra, fekete nyíl). A nagymértékű intersticiális lipomatosis arra utal, hogy az izom rostjainak nagy része elpusztult (2. ábra).

A megnövekedett volumenű m. triceps intenzív, éleshatárú röntgenárnyékot ad, vetületében egyenletes, finom csíkozottság látszik. Az izmot fedő bőralatti zsírréteg vastagsága normális.

A hajlítók terjedelme ezzel szemben jelentősen csökkent (2. ábra, fehér nyíl). Állományunkban durva, zsírszövet-szaporulatra utaló csíkok, foltok látszanak. Az izmok kontúrya elmosódott, alig követhető, felettük a szubkután zsírréteg szokatlan mértékben megvastagodott.

A jobb lábszár oldalirányú felvételén: Az izomzat terjedelme jelentősen megnőtt, intenzív röntgenárnyékán belül diffúz, egyenletes eloszlású finom csíkozottság látható. Foltszerű zsírszövet-szaporulat nem látszik. Az egyes izmok egyenlő mértékben károsodtak. A szubkután zsírréteg normális vastagságú (5. ábra).



4. ábra



5. ábra

A bal oldali végtagok izomzata mindkét betegnél az ellenoldalival azonos elváltozást mutat.

A betegeknel három évvel ezelött is készítettünk a lábszárakról, illetve a felkarokról lágyrészfelvételeket. Ezekhez viszonyítva az elváltozások jellege nem változott, az izmok intersticiális lipomatosisa fokozódott, terjedelme pedig csökkent.

I. táblázat

A végtagizmok röntgenfelvételen mért legnagyobb átmérője milliméterben

	1. eset			2. eset		
	1975-ben	1978-ban	csökkenés %-ban	1975-ben	1978-ban	csökkenés %-ban
Jobb lábszárizmok ebből m. gastrocnemius	43	38	12	90	78	13
				35	32	9
Felkarizmok ebből m. triceps	66	58	12	75	67	11
				40	32	20

II. táblázat

Összefoglaló áttekintés közölt eseteinkről

	1. eset	2. eset
Betegség kezdete	8 éves korban	10 éves korban
Progresszió	2 év alatt járásképtelen	23 év múltán járóképes
Nyakizomzat ereje	csökkent	kissé csökkent
Karemelés		nem kivitelezhető
Könyökizületi nyújtás	nem kivitelezhető	minimálisan csökkent erejű
Kéz- és ujjmozgások ereje	kissé gyengült	megtartott
Alsó végtagi kontraktúra	mko. semiflexiós	nincs
Állni, járni	nem tud	tud
Lábszár és felkar körfogata	csökkent	megnőtt

Megbeszélés

A testvérpárnál gyermekkorban jelentkezett disztrófiás folyamat kb. azonos idő eltelte után nemcsak klinikailag, de röntgenmorfológiailag is jelentős mértékben eltérő képet okozott. Az első, 24 éve ágybanfekvő betegnél a végtagizmok nagymértékű rostpusztulása és terjedelemcsökkenése jött létre, a combizomzat volumene közel normális maradt. Testvérénél, aki 23 év alatt járóképességét megtartotta, a gravitáció-ellenes végtagizmok teriméje megnőtt, bennük csak kisebb mértékű rostpusztulás alakult ki.

Nyitott a kérdés, hogy a körlefolyas és a röntgenmorfológiailag kép eltérő volta mennyiben tekinthető genetikusan determinálnak és az állapotképek kialakulásában milyen patoplasztikus szerep jutott az inaktivitásnak, illetve a járásképeség fennmaradásának. Figyelemre méltó, hogy a betegeknel a röntgenmorfológiailag eltérések és a paresis súlyossága arányosak.

1. esetünkben a felkar, comb és lábszár felvételeken észlelhető nagymértékű rostpusztulás jól összeegyeztethető a súlyos funkciókárosodással. A röntgenmorfológiailag elváltozásokra a nagymértékű intersticiális lipomatosissal jellemző, a károsodott izomzatnak megfelelően a volumencsökkenés viszont nem jelentős. Feltűnő a bőralatti zsírréteg jelentős megvastagodása.

2. esetünkben a felkar hajlítói az első esetéhez hasonlóan károsodtak, funkciójuk is olyan mértékben csökkent. Ezekben az izmokban a terimecsökkenés mellett nagymértékű intersticiális lipomatosissal jött létre. A m. triceps intenzív röntgenárnyéka és feltűnően megnövekedett terjedelme nagyszámú megkímélt, valószínűleg hipertrofiás izomrost jelenlétére utal s ez összhangban áll azzal, hogy a beteg könyökizületi extenziójának ereje csak kismértékben csökkent. A m. deltoideus transzparenciájának fokozódása nagymér-

tékű zsírszövet-szaporulatra utal, rostjainak túlnyomó többsége elpusztult. Ennek megfelelően funkciója súlyosan károsodott, terjedelme viszont, — ellentétben a hajlítókéval — nem csökkent.

A lábszárizomzatról készült felvételeken az 1. esetben az izomzat elváltozását az intersticiális lipomatosis mellett jelentős terimecsökkenés jellemzi, a funkció súlyosan károsodott. A 2. esetben az izmok a csíkozottság ellenére intenzív röntgenárnyékot adtak, terjedelmük megnőtt, funkciójuk csak enyhén károsodott.

Figyelemre méltó, hogy a nagymértékű rostpusztulást és volumencsökkenést mutató izmok szomszédságában a bőr alatti zsírréteg kifejezetten megvastagodott, míg a pseudohipertrofiás izmoknak megfelelően normális vastagságú maradt. Úgy látszik, hogy a végtagok subcutan zsírszövetének vastagsága a szomszédos izmok épségének is függvénye.

Hasonlóképpen figyelmet érdemel, hogy a hároméves időszakban az egyes végtagizmok, izomcsoportok terjedelme nem arányos mértékben csökkent.

Következtetések

Két esetünk klinikai lelete és röntgenfelvételei alapján az alábbi következtetéseket vonhatjuk le.

1. A végtagizomzat állapotának és terjedelmének valamint az ezekben beállott változásoknak objektív megítéléséhez a röntgenvizsgálat értékes adatokat szolgáltat.

2. A testvérpárnál a kb. azonos életkorban jelentkezett dystrophia muscularis progressiva közel azonos idő eltelte után a kórlefolást, klinikai képet és a röntgenmorfológiai elváltozásokat illetően nagymértékben eltérő állapotképet eredményezett.

3. A betegek végtagizomzatának röntgenmorfológiai elváltozásai összhangban állnak a klinikai vizsgálat során észlelt funkciókárosodással.

4. Dystrophia muscularis progressivában, véleményünk szerint az izomzat kétféle terimenővekedése jöhet létre: 1. túlnyomóan kötő- és zsírszövet-szaporulatból adódó, valóban „pseudo”-hipertrofia és 2. nagyjából a megkímélt izomrostok hipertrofiájából adódó [8]. Az utóbbihoz az szükséges, hogy az izom igénybevétele ne szűnjék meg, sőt esetleg kompenzációs mechanizmusokban fokozott feladatot lásson el. A kétféle volumennővekedés röntgenmorfológiailag elkülöníthető. Az elsőnél a zsírszövet-felszaporodás folytán az izomzat transzparenciája fokozódik, vetületében elmosott szélű csíkok, foltok látszanak. Ilyenkor az izmok nagymértékű funkciócsökkenése a terime csökkenésében nem tükröződik (3. ábra). A másodiknál a megtartott, vagy megnövekedett területű izomzat intenzív röntgenárnyékot ad és ezenkívül finom, egyenetlen eloszlású csíkozottság figyelhető meg (l. 5. ábra), a funkció csak kismértékben károsodott. A klinikai és röntgenmorfológiai adatok alapján valószínű, hogy e második típusú terfogatonővekedés oka, legalább részben az izomrostok terimenővekedése.

Összefoglalás

Egy testvérpárnál a közel azonos életkorban kezdődő és egyforma idő óta fennálló dystrophia muscularis progressiva a kórlefolást, klinikai képet és az izomzat röntgenmorfológiai elváltozásait illetően nagymértékben eltérő állapotképet hozott létre. A betegeknél az izomzat röntgenvizsgálata útján az izmok kétféle volumennővekedését lehetett elkülöníteni.

IRODALOM: 1. Adams, R. D., Denny Brown, D., Pearson, C. M.: Diseases of muscle Paul B. Hoeber Inc. 1954. — 2. Bekény Gy.: A neuromuscularis megbetegedések diagnosztikája és terápiája. Medicina, Budapest, 1977. — 3. Pálvölgyi R.: A lágyrésztechnikáról. Radiológiai Közlemények 2, 136 (1975). — 4. Pálvölgyi R.: A végtaglágyrészek röntgenvizsgálata. Magyar Radiológia 28, 27 (1976). — 5. Pálvölgyi R., Gallai M., Göblyös P.: A végtagizomzat röntgenvizsgálata neuromuscularis megbetegedésekben. Magyar Radiológia 28, 285 (1976). — 6. Pálvölgyi R., Péntek Z., Csanaky A.: Xeroradiographie in der Röntgendiagnostik von Extremitätenweichteile. Fortschr. Röntgenstr. 127, 54

(1977). – 7. Pálvölgyi R., Péntek Z.: Demonstration of the soft tissues of the extremities by xeroradiography. Acta Morph. 25, 189 (1977). – 8. Walton, J. N.: Disorders of Voluntary Muscle Churchill, Livingstone. Edinburgh, London, New York, 1974.

Р. Палвёлдьи, А. Фараго, М. Галлаи: *Рентгеновское исследование псевдогипертрофических мышц у двух братьев, страдавших прогрессивной мышечной дистрофией*

У двух братьев начавшаяся приблизительно в одинаковом возрасте и существовавшая одинаковое время прогрессивная мышечная дистрофия привела в отношении течения болезни, клинической картины и рентгеноморфологических изменений к весьма различным состояниям. У больных путем рентгеновского исследования мышц можно было дифференцировать двоякое увеличение объема мышц.

R. Pálvölgyi, A. Faragó und Margit Gallai: *Röntgenuntersuchung der pseudohypertrophischen Muskeln eines Geschwisterpaars mit Dystrophia muscularis progressiva*

Bei einem Geschwisterpaar mit beinahe im gleichen Lebensalter beginnender progressiver Dystrophie waren das klinische Bild und die röntgenmorphologischen Veränderungen der Muskeln in gleichem Abstand vom Beginn der Erkrankung recht verschieden. Die Röntgenuntersuchung der Muskeln liess zwei Arten der Volumenzunahme unterscheiden.

Kétoldali üvegtesti metastasist okozó primer agyi reticulosarcoma

BERKY MIHÁLY dr., DEÁK GYÖRGY dr.

A központi idegrendszer reticularis elemeiből kiinduló daganatról első ízben 1929-ben *Bailey* közleményében olvashatunk. Feltételezte, hogy a daganat a RES-hez tartozó mikroglíából indul ki, de mivel feltételezését bizonyítani nem tudta, a tumor eredetére vonatkozóan nem foglalt állást. Tíz évvel később *Yuile* és munkatársai használták először a „reticulum cell sarcoma” elnevezést. 1948-ban *Russel* és munkatársai [12] 7 eset feldolgozása alapján részletesen foglalkoztak a mikrogliómával, mint a RES-ből kiinduló daganatok intracranialis formájával. Eseteikből 4 csak a központi idegrendszerre lokalizálódott, 3 esetben az extracerebralis szerveken is találtak daganatos elváltozást. A primer, a mikroglíából kiinduló daganatot nevezték el mikrogliómának. Későbbi közlemények, többek között *Rubinstein* [11], *Schaumburg* és munkatársai [13], *Hubert* [7] a primer agyi reticulosarcomát, reticularis sejtes sarcomát, mikrogliómát szinonimaként említik, a kettő megkülönböztetését az azonos cytogenezist tekintve nem tartják indokoltnak. *Horvát* és munkatársai [5] a mikroglióma sejtek és az extracerebralis reticulosarcoma sejtek ultrastruktúráját hasonlónak találták.

A szem szöveteiben primer vagy metastatikus reticulosarcoma ritkán észlelhető. A szemben lymphatikus vagy lymphoid szövet nincs, így primer lymphosarcoma kifejlődése nem lehetséges. A histiocyta és monocyta típusú RES sejtekből azonban reticulosarcoma fejlődhet. Metastatikus elváltozás előfordulhat izolált cerebralis vagy szisztemás tumor esetén.

Esetismertetés

49 éves férfi beteg kórházi felvételét megelőzően 3–4 hónappal bal szemén, 1 hónappal jobb szemén látásromlást észlelt. Szemészeti osztályra történt felvételekor látóélessége jobb oldalon 0,3, bal oldalon 1 méterről olvas ujjat. Mindkét szem külsőleg békés, a szaru hátsó felszínén számos túszerűnyi precipitátum. A lencsében fokozott reflexió, az üvegtestben nagyfokú sejtes kiszórás. A szemfenék csak jobb oldalon volt vizsgálható. Éles papillahatár, normális érrajzolat mellett a külső felső kvadránsban egyharmad-fél papillányi szabálytalan, elmosódott szélű, szürkéssárga elváltozást észleltünk. Felvételt követő 3. naptól az üvegtesti kiszórás jobb oldalon is annyira progrediált, hogy a szemfenék vizsgálata lehetetlenné vált.

Belgyógyászati státusában fizikálisan eltérés nem volt. Az elvégzett gócvizsgálatok negatívak voltak. Laboratóriumi vizsgálatok közül: süllyedés: 3 mm/h, vs., fvs., májfunkció, vizelet, ASO., EKG., Mellkassfelv., kétirányú koponyafelv. kóros eltérést nem mutatott. A kétoldali uveitis miatt helyi és általános szteroid terápiát kezdtünk, mely mellett a kórházban kezelés 12. napján hányás, általános gyengeség, szédülés, tudatzavar lépett fel. Az elvégzett neurológiai vizsgálat szerint: térben, időben dezorientált, a hozzáintézett kérdéseket felfogja, válaszai lassúak, többször inadekvátak. Meningealis tünet nem volt. Agyidegek eltérés nélkül, mko. élénk mélyreflexek, kóros reflex nem volt. Bőrreflexek mko. kiválthatók, egyenlőek. Izomtónus, izomerő normális. Vitalis ésgnosztikus érzések mko. megtartottak. Ataxiás próbáknál mko. téveszt, Romberg-helyzetben jobbra-balra dől, vakjárásnál mko.-ra eltér járása széles alapú. Mko. kifejezett palmomentalis reflex, csörtünet. Lumbalpunkció: sejtszám: 55/3, kerek, kromatinban dús magvú, lymphocytákhoz hasonló sejtek, összfehérje: 80 mg%, Takata: I. típ., Benzoe: norm. görbe. EEG: igen sok lassú komponenssel vegyes, 7 c/s körüli alapterékenység. Folyamatos fényinger a cerebralis aktivitást átmenetileg deszinkronizálja. Jobb oldalon minden elvezetésben előforduló delta és téta szakaszosság. PEG: jól telődő, normális alakú, nagyságú, elhelyezkedésű kamrarendszer, mko. átlagos subarachnoideális telődés.

A klinikai kép és a vizsgálati eredmények alapján encephalitist tételeztünk fel, a beteget idegosztályra átvettük, a szteroid és antibiotikus terápiát tovább folytattuk. A kórfolyamat rohamosan progrediált, soporosus tudatállapot, nyugtalansággal váltakozott. Törzsataxia abasiáig fokozódott, bal oldali, majd kétoldali pyramis tünetek, és bal oldali hemiparesis lépett fel. A neurológiai állapot romlása mellett a szemészeti elváltozások regrediáltak, üvegtest nagymértékben feltisztult, szemfenék-

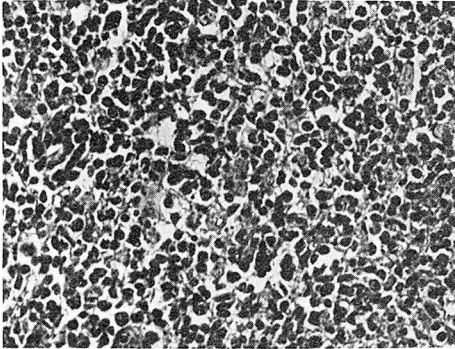
ken mindkét oldalon az aequator területén lapos előemelkedő szürkés-sárgás elváltozások demarkálódtak. Változatlan pszichés és neurológiai státusz mellett bronchitisz majd bronchopneumonia alakult ki és a szemészeti osztályra történt felvétele utáni 39. napon a beteg exitált.

Diagnózis: Encephalitis. Uveitis o. u. Bronchopneumonia.

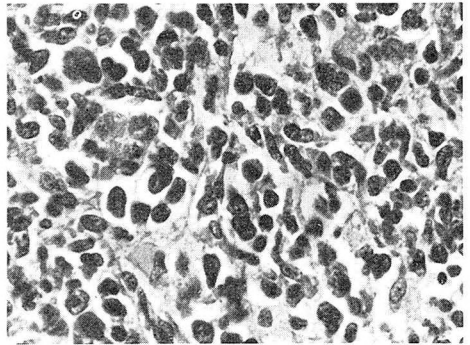
Általános bonctan: Tüdőembólia. Bronchopneumonia.

Agyboncolási lelet: A cerebrum hemiszfériumai aszimmetrikusak, a j. o.-i hemiszférium egészében, ezenbelül a parietalis és temporalis lebenynek megfelelően megnagyobbodott. A látgyburok j. o.-on a gyrus frontalis superior és a gyrus centralis találkozásánál kb. forintnyi nagyságú területen opálos. A bazális nagyerek hártýásfalúak, normális vastagságúak. A gyrusok lelapultak, a sulcusok összefekszenek. A kisagyi tonsillákon kifejezett herniatio látható. A frontalis síkú korongokon a kéreg és a velőállomány jól elhatárolt, a kapillárisok tágultak. A corpus mamillarek magasságában készített metszlapon j. o.-on a thalamus és a n. lentiformis megszokott szerkezete elmosódott halvány rózsaszín, a környezetétől élesen el nem határolt. A többi korongon az ödémán és kapilláris tágulaton kívül egyéb eltérés makroszkóposan nincs. A kisagyi korongokon a fehérállomány ödémás, vérbő. A híd és a nyúltvelő keresztmetszetein makroszkópos eltérés nincs.

Szövetteni lelet: Jobb oldalon a thalamus és a n. lentiformisnak megfelelő halványrózsaszín területből készült, H. E.-val festett szövettani készítményeken sejtdús daganatszövet látható (1. ábra). A sejtek nagy része kerek, ovális, közepes kromatin tartalmú (2. ábra). Több hosszú, elnyújtott magvú, kromatinszegény, ill. kisebb kerek lymphocyta



1. ábra



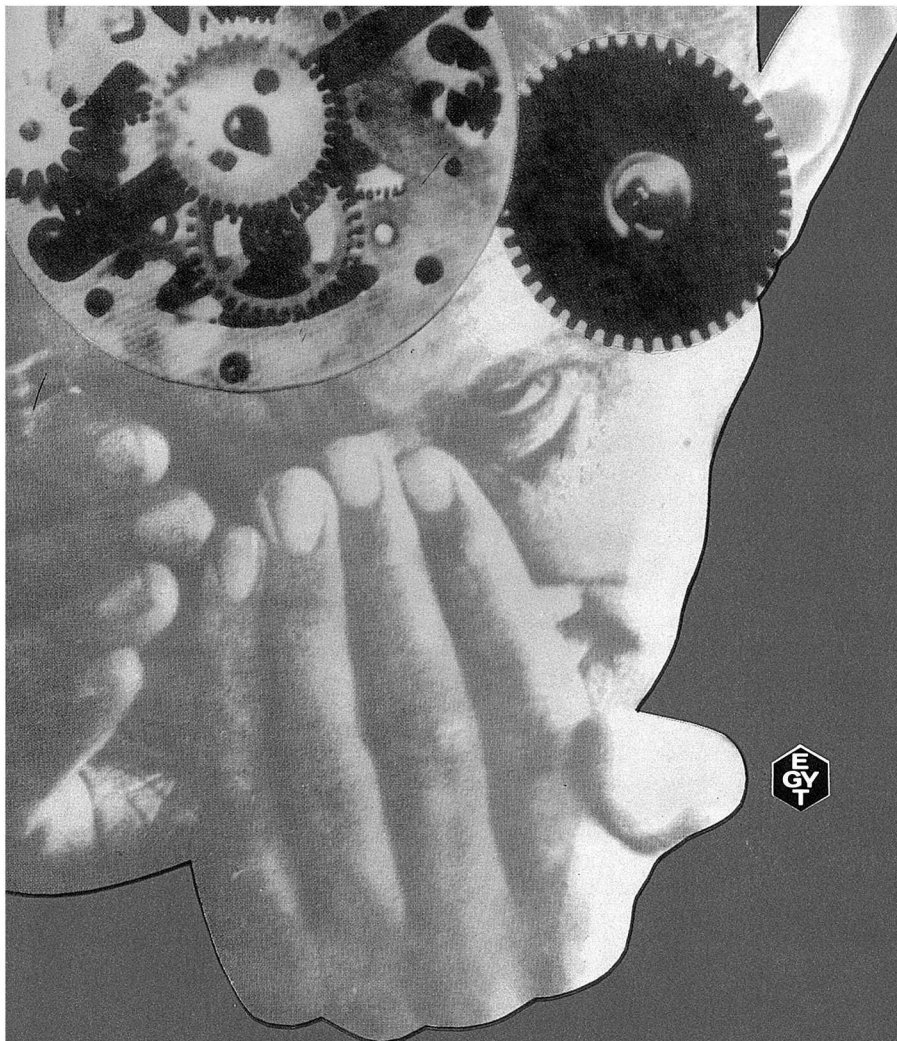
2. ábra

1. ábra. A daganat átnézeti képe. H.-E. festés.

A tumorszövetet szorosan egymás mellett elhelyezkedő sejtek alkotják

2. ábra. A daganatban több habos plazmájú sejt, óriássejt, mitosis található.
H.-E. festés

nagyságú sejt, mitosis és szabálytalan alakú, több magvú óriássejt látható. A tumor centrumában (j. o.-i thalamus és n. lentiformis) Scharlach-al jól festődő habos plazmájú sejtek találhatóak. Az erek, elsősorban a kis vénák környékén, lumen vastagságú, kereksejtes infiltrációk, melyek a daganat centrumában egymással összefolynak. Gallyasféle mikroglia impregnációval (3. ábra) a sötét hosszúkás magvú, érett mikroglia sejtek mellett a kevésbé impregnálódó csillag, csavart alakú átmeneti alakok is megfigyelhetők. A corpus mamillare és a hypothalamus metszetein a daganatsejtek kisebb csoportokban, elsősorban perivascularisan rendeződnek. A b. o.-i thalamus, mko.-i frontalis, temporalis és occipitalis lebeny szövettani készítményein kifejezetten kereksejtes infiltráció, polymorf sejtek kisebb csoportokban való elrendeződése látható. Az elváltozás a kéregállományra nem terjed ki. A leptomeninx a makroszkópos elváltozásnak megfelelően kereksejtes infiltrációt mutat. A kisagyi fehérállományban, hídban, nyúltvelőben ugyan-



GRANDPAXIN[®]

tabletta *psychovegetativ regulator*

A készítmény hatástanilag átmenetet képez a minor tranquillansok és enyhe psychoenergeticumok között.

Jellemzője a feszültségoldás, az anxiolytikus hatás és a vegetatív panaszok csökkentése.

A koncentrációképességet és munkaintenzitást nem befolyásolja, nappali álmoságot nem okoz.

Myorelaxans és cardiodepressiv hatása nincs.

GRANDAXIN®

tabletta *psychovegetatív regulator*

JAVALLATOK:

Feszültséggel, vegetatív zavarokkal, enyhe anxietasszal járó betegségek; azon kis pszichiátriai kórképek, amelyeket az előbbieket mellett indítékhiány, fáradtság, reaktív depresszió, apathiás, inaktív állapotok jellemeznek. Belgyógyászati terápiában adjuvánsként, pseudoanginás fájdalmak megszüntetésére önmagában is, súlyosabb anginákban pedig tüneti adjuváns kezelésre. Climaxos panaszok befolyásolására — az esetek jellegétől függően — önmagában vagy hormonnal kombinálva. Alkohollevonási szindróma, valamint praedelirosus, delirosus állapotok vegetatív és izgalmi tünetei. A myorelaxans hatás hiánya következtében olyan kórképek esetén is alkalmazható, amelyekben az izom-relaxatio kontraindikált vagy nemkívánatos (myasthenia gravis, myopathiák, neurogen izom-atrophiák).

ADAGOLÁS:

Felnőtteknek általában naponta 1—3-szor 1—2 tablettát (50—300 mg). Alkalmoszerű szedés esetén 1—2 tablettát. A megfelelő tolerancia és a vigilitás csökkenésének hiánya miatt az orvos által szükségesnek tartott mennyiségben adható, és nem szükséges az alkalmazandó adagok fokozatos növelése.

MELLÉKHATÁSOK:

A Grandaxin mellékhatásokat csak ritkán és kismértékben okoz. Átmenetileg előfordulhatnak gastrointestinalis panaszok, bőrvizsketés, elvértve 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 érzékenységnél megfelelően előírt adagban szedhetik. Túlzott élénkség és aktivitás, esetleg larvált agresszió felszínre kerülése is előfordulhat, ami a dózis csökkentésére vagy elhagyására megszűnik. Bár teratogén hatást nem észleltek, a készítmény alkalmazása — más tranqüilosedatívumokhoz hasonlóan — a terhesség első harmadában mégsem ajánlatos.

MEGJEGYZÉS:

✕ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

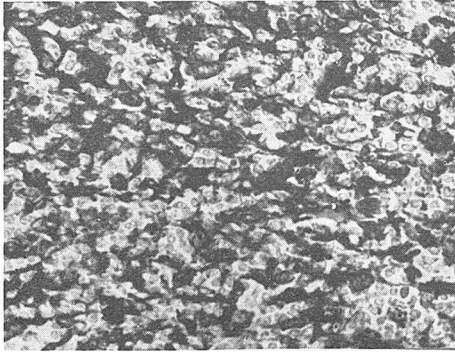
20 tablettát (à 50 mg tofizopamum) 14,40 Ft.

Egyt

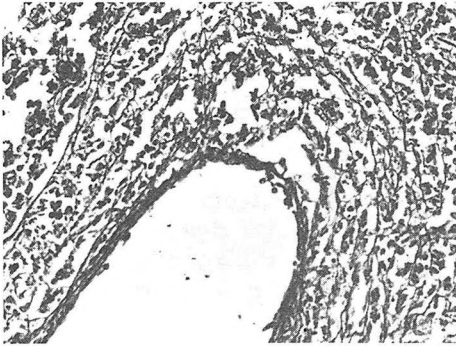
GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

csak kereksejtes, perivascularis infiltráció látható. Gömöri-féle impregnációval (4. ábra) az erek körül reticularis rostképződés figyelhető meg.

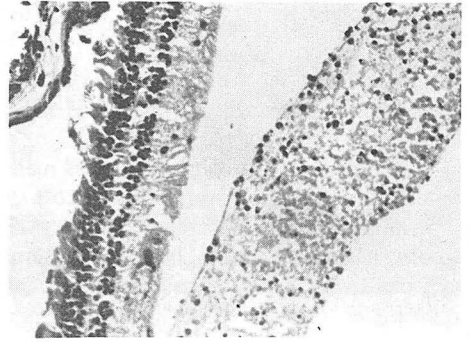
A folyamat kiterjedése, a sejtek morfológiája és argentophiliája, a mitosis, az óriássejtek és a reticularis rostképzés alapján az elváltozást reticulosarcomának tartjuk.



3. ábra. Az érett mikroglia sejtek mellett kevésbé impregnálódó csillag, csavart alakú átmeneti alakok is megfigyelhetők. Gallyas-féle mikroglia impregnáció



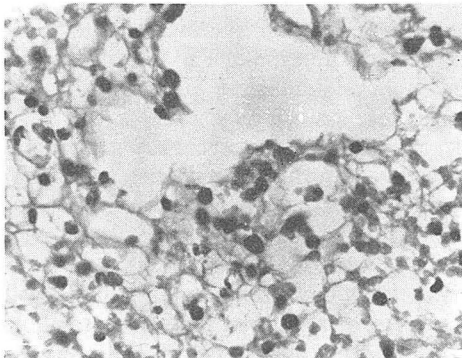
4. ábra



5. ábra

4. ábra. Az erek körül reticularis rostos szerkezet látható. Gömöri-féle ezüst impregnáció

5. ábra. A retinához tapadó hálózatos szerkezetű szövet látható. Szemből készült sorozat metszet. H.-E. festés



6. ábra. A hálózatos szerkezetű szövetben polimorf magvú granulocyták, lymphocyták mellett lymphoreticularis sejtek helyezkednek el. H.-E. festés

Mindkét szemet sorozatmetszetekben dolgoztuk fel. A metszeten szabályos réteges szerkezet látható. Körülírt területen, különösen a corpus ciliare közelében a retina belső felszínéhez hálózatos szerkezetű anyag tapad (5. ábra), mely halvány eosinophil festődést mutat. Gömöri-féle impregnációval ezüstözhető reticularis rostokat nem tartalmaz. Szétesett vörösvérsejtek, polimorf magvú granulocyták és lymphocyták mellett az agyi daganat reticularis sejtjeinek szerkezetére emlékeztető sejtek találhatóak. Az elváltozás környezetében a retina állományában vacuolus degeneráció látható. A fentiek alapján az ocularis elváltozást az agyi daganat következményének tartjuk.

Megbeszélés

Az agyi reticulosarcoma meglehetősen ritkán fordul elő. Az irodalmi adatok [7, 12, 13] szerint az intracranialis tumorok 2 ezreléke. Minden életkorban előfordulhat; leggyakoribb az 5–6. évtizedben. A férfiak között kétszer annyi a megbetegedés, mint a nők között. Az agyban előfordulhat szisztémás reticulosarcoma részeként, de izolált formában is. A daganat az esetek egy részében körülírt, máskor makroszkóposan csak sejthető az elváltozás. Leggyakrabban a hemiszfériumok érintettek, azon belül is a temporoparietális lebeny. Gyakori lokalizáció még a cerebellum, infundibularis regio és az agytörzs. Hisztológiailag sejtsűrű, polimorf tumor, centrumtól távoli régiókban is daganatsejtes infiltrációval, encephalitist utánozó perivascularis sejtes elrendeződéssel.

A szem szöveteiben primer reticulosarcoma előfordulása ugyancsak ritkaságnak számít. Az elváltozás általában extraocularisan észlelhető [10] (orbita, kötőhártya, könnyömlő, szemhéj, caruncula lacrimalis) és csak 26 esetben történt közlés intraocularis előfordulásról [7].

A szem metasztatikus tumorai között a reticulosarcoma különleges helyet foglal el. Szisztémás tumor esetén monocularisan, általában az uveális tractusban okoz metastasist [14, 15]. Tünetei a lokális elváltozás mellett gyakran serosus uveitishez hasonlóak, mely feltehetően a tumorszövet által kiváltott szekunder gyulladás következménye.

Primer agyi reticulosarcoma esetén észlelt szemelváltozások ettől eltérő tünetegyüttest alkotnak, annak ellenére, hogy a szisztémás és az izolált agyi tumor között szövettanilag, még elektronmikroszkópos szinten sem található különbség [9, 16]. A betegek általában a neurológiai tünetek előtt 2–24 hónappal látásromlás miatt jelentkeznek vizsgálatra. A klinikai kép, az izalmi tünetek nélkül fellépő nagyfokú sejtes kiszórással járó hátsó uveitishez hasonló, mely mindkét szemben rövid időn belül jelentkezik. A szemfenék a törőközegek borúsága miatt nem, vagy csak nehezen vizsgálható. Általában a hátsó póluson többszörös, laposan kiemelkedő, elmosódott határú szürkés-fehér elváltozások észlelhetők, melyek konfluálnak. Az elváltozások előtt az üvegtesti borúság fokozottabb.

Az irodalom áttekintése során 7 szövettanilag is feldolgozott esetet találtunk. Ezek mindegyikében a tumoros infiltráció a retinában volt, melyet az üvegtestbe történt tumorsejtes kiszórás kísért [9, 16]. Betegünknel a klinikai lefolyás során észlelt szemészeti elváltozások megegyeztek az irodalomban a primer agyi reticulosarcoma szemészeti komplikációja esetén leírtakhoz. Az elvégzett részletes szövettani vizsgálat a retinában tumorszövetet nem talált, azonban az üvegtest izolált tumorsejtes infiltrációját észleltük. Hasonló, csak az üvegtestben előforduló metastasist az irodalomban 2 esetben [4, 8] közöltek, de mindkét esetben a retinában heges elváltozás volt, melyet a szerzők az üvegtesti elváltozás kiinduló fókusának tekintettek. Definitív diagnózis felállításához a csarnokvíz, esetleg az üvegtest punkciója, a nyert anyag citológiai vizsgálata nyújthat segítséget. Középkorú betegeknél akut szemtünetek nélkül lezajló, kétoldali időült hátsó uvea gyulladásnál neurológiai és pszichiátriai tünetek esetén gondolni kell agyi reticulosarcoma lehetőségére is. Az irodalmi adatok szerint [13] csak a minél korábbi diagnózis alapján elkezdett röntgen terápiától várható a beteg életének meghosszabbítása.

Összefoglalás

A szerzők kétoldali üvegtesti metastasist okozó primer agyi reticulosarcoma esetét ismertetik. Klinikailag a látásromlás a neuro-pszichiátriai tünetek megjelenését hónapokkal megelőzte. Az idegrendszeri tünetek fellépése után a megbetegedés gyors lefolyásúvá vált. Az irodalmi adatok szerint a daganat sugárérzékeny, ezért a korai diagnózis alapján elkezdett rtg-terápiától a beteg életének meghosszabbítása várható. A diagnózis felállításához a csarnokvíz punktatum cytológiai vizsgálata nyújthat segítséget.

IRODALOM: 1. *Balajthy Béla*: Adventitialis sarcoma. *Ideggyógy. Szle.* XIII, 107 (1960). – 2. *Farkas, J.*: Agyi reticulomatosus megbetegedéshez társuló demyelinisatio. *Ideggyógy. Szle.* XXIV, 509 (1971). – 3. *Gallai M., Eckhardt S., Ambrózy Gy.*: Progressiv multifocalis leukoencephalopathia Hodkin kórhoz társuló esete. *Ideggyógy. Szle.* XV, 257 (1962). – 4. *Givner, I.*: Malignant lymphoma with ocular involvement. *Am. J. Ophthalmol.* 39, 29 (1955). – 5. *Horvat, D., Pena, C., and Fischer, E. R.*: Primary reticulum cell sarcoma (mikroglioma) of brain. *Arch. Path.* 87, 609 (1969). – 6. *Hubert, J. W. A.*: Tumours of the reticuloendothelial system. Handbook of clinical neurology. Volume 18. Part III. p. 221. Amsterdam 1975. North-Holland Publishing Company. – 7. *Klinge, T. G., Hogan, M. J.*: Ocular reticulum cell sarcoma. *Am. J. Ophthalmol.* 79, 39 (1975). – 8. *Minckler, D. S., Font, R. L., Zimmermann, L. E.*: Uveitis and reticulum cell sarcoma of brain with bilateral neoplastic seeding of vitreous without retinal or uveal involvement. *Am. J. Ophthalmol.* 80, 433 (1975). – 9. *Neault, R. W., Van Scoy, R. E., Okazaki, H. MacCarty, C. S.*: Uveitis associated with isolated reticulum cell sarcoma of the brain. *Am. J. Ophthalmol.* 73, 431 (1972). – 10. *Radnót M.*: Pathologie des Auges. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1958. – 11. Tumors of the central nervous system by Lucien J., Rubinstein, M. D. 1972. 215–234. Atlas of tumor pathology. Armed Forces Inst. of Pathology. Washington 1969. – 12. *D. S. Russel, A. H. E., Marshall and F. B. Smith*: Mikroglomatosis (a form of reticulosis affecting the brain). *Brain* 71, 1 (1948). – 13. *Schaumburg, H. H., Plank, C. R. and Adams, R. D.*: The reticulum cell sarcoma-mikroglioma group of brain tumours. *Brain* 95, 199 (1972). – 14. *Sommer, P., Kunze, P.*: Uveitis bei metastatischen Reticulosarcoma des Auges. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 151, 175 (1967). – 15. *Varga M., Gergely, Z.*: Reticulosarcometastase im Auge. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 160, 439 (1972). – 16. *Vogel, M. H., Font, R. L., Zimmerman, L. E., Levine, R. A.*: Reticulum cell sarcoma of the retina and uvea. *Am. J. Ophthalmol.* 66, 205 (1968).

М. Берки, Д. Деак: Вызванная двусторонний метастаз в стекловидное тело первичная ретикулосаркома головного мозга

Авторы описывают случай первичной ретикулосаркомы мозга, вызвавшей двусторонний метастаз в стекловидное тело. Клинически ухудшение зрения на много месяцев опередило появление нейро-психиатрических симптомов. После появления симптомов со стороны нервной системы заболевание стало протекать быстро. По литературным данным опухоль чувствительна к действию лучей и поэтому от рентгеновского лечения, начатого на основании ранней постановки диагноза, можно ожидать продление жизни. Для постановки диагноза помощь может оказывать цитологическое исследование пунктата камерной влаги.

M. Berky und Gy. Deák: Primäres Retikulosarkom des Gehirns mit Metastasen im Glaskörper beiderseits

In einem Fall von primärem zerebralem Retikulosarkom mit Glaskörpermetastasen ging der Verfall der Sehkraft den neuro-psychiatrischen Symptomen mehrere Monate voran. Nach Auftreten der neurologischen Symptome nahm die Krankheit einen rapiden Verlauf. Da nach den Daten der Literatur der Tumor strahlenempfindlich sei, so dürfte bei frühzeitiger Diagnose von einer Rtg-Therapie die Verlängerung des Lebens zu erwarten sein. In der Diagnose kann die zytologische Untersuchung des Kammerpunktats behilflich sein.

Az arteria cerebri anterior distalis aneurysmái

HORVÁTH MIKLÓS dr. – VAJDA JÁNOS dr. – JUHÁSZ JÁNOS dr.

Az intracranialis aneurysmáknak ebbe a csoportjába az arteria cerebri anterioriornak (továbbiakban ACA) az arteria communicans anterioriortól (ACoA) distalisabb részén, illetve ágain elhelyezkedő aneurysmákat sorolják, amelyek legtöbb esetben az arteria pericallosa és az arteria callosomarginalis szögletből erednek. *Yasargil* és *Carter* (1974) a distalis anterior aneurysma elnevezést javasolja, mert az ACA többi aneurysmái sebészi szempontból hasonlóak.

Előfordulását az összes aneurysmákhoz viszonyítva 2–4,5%-ban adják meg. Gyakorik multiplex aneurysma esetekben. *Yasargil* és *Carter* (1974) 13 esetéből 5-nél volt még egy aneurysma, *Skultéty* és *Nishioka* (1966) 16 esetéből 8 volt multiplex, *Laitinen* és *Snellman* (1960) 14 betegénél végzett angiográfiás vizsgálatok összesen 22 aneurysmát és egy angiomát mutattak ki. *Locksley* (1966) a Cooperative Study statisztikáját elemezve megállapítja, hogy a 279 kimutatott, de subarachnoidalis vérzést nem okozó aneurysma közül csak 1 volt a distalis ACA-on. A vizsgált 449 többszörös érmalformáció eseteiben 17-szer fordult elő distalis ACA aneurysma, a közül 2672 aneurysma esetből 2,6% volt ilyen lokalizációjú.

A distalis ACA aneurysmák kóreredete általában megegyezik a többi aneurysmákéval, bár néhány megfigyelés említésre méltó. *Asari* és munkatársai (1977) 61 traumás eredetű aneurysma-szériájából 8 volt a distalis ACA-on. A subarachnoidalis vérzés 5–60 nappal a trauma – általában zárt koponyasérülés –, után lépett fel. Egy esetben sebészi ténykedés (leukotomia) okozta az érsérülést és traumás aneurysma kialakulását (*Lassman* és munkatársai, 1974). *Asari* és munkatársai (1977) feltételezik, hogy a trauma kapcsán az ACA falxhoz való ütődése gyengíti az érfalat, ezt az elképzelést szövettani vizsgálatok is valószínűsítik (*Smith* és *Bardenheier*, 1968).

Néhány vizsgáló a mycotikus aneurysmáknál is több esetben distalis ACA lokalizációt észlelt, többször, mint más elhelyezkedést (*Skultéty* és *Nishioka*, 1966), (*Sypert* és *Young* 1972).

A subarachnoidalis vérzés tüneteiben lényeges különbséget ez a lokalizáció nem jelent a többi aneurysmákhoz képest. A prognózis általában rosszabb (*Laitinen* és *Snellmann* 1960), ezért van olyan idegsebész, aki azonnali műtétet lát indokoltnak a diagnózis felállítása után (*Longheed* és *Marshall*, 1973).

Az első sikeres műtétet *Sugar* és *Tinsley* 1948-ban végezték. A sebészi kezeléssel kapcsolatban azt jegyzik meg, hogy az interhemiszfériális behatolás biztosítja a legjobb műtéti viszonyokat és az aneurysma nyaka gyakran szélesebb (*Yasargil* és *Carter* 1974).

Saját megfigyeléseink

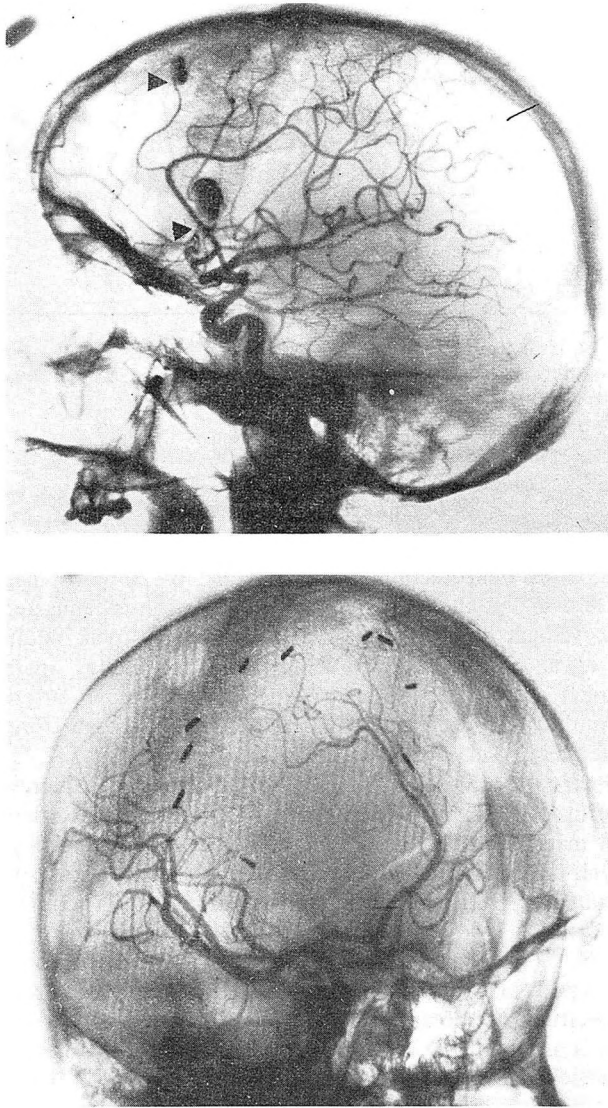
1959-től 1977-ig 440 esetben végeztünk műtétet intracranialis aneurysma miatt. Ebből distalis ACA aneurysma 9 volt (2%). Sorozatunkban 10 esetet analysáltunk, 9 beteget megoperáltunk, egy súlyos állapotban felvett beteg műtét nélkül, rövid ápolás után meghalt. Betegeink adatait a táblázatok tartalmazzák.

3 esetben találtunk még egy aneurysmát, kétszer az arteria cerebri medián, egyszer ACoA-n.

Ezen esetekben nem a distalis ACA aneurysmából történt a subarachnoidalis vérzés a műtéti lelet szerint. 8 esetben a pericallosa-callosomarginalis szögletből indult ki az aneurysma, egynél distalis ACA mellékágából (mycotikus), 1 esetben pedig az ACA-ból distalisán, de nem érelágazódásnál.

A közvetlen anamnézisban 3 betegnél szerepelt trauma, de ezek szerepét az aneurysma létrejöttében nem lehetett biztosan igazolni.

Az 1–2. és 8. betegünkönél a subarachnoidalis vérzés eszméletvesztés nélkül zajlott le, egy esetben pedig epilepsziás rohammal szövődött (3. sz. beteg). A 8. sz. betegünk a subarachnoidalis vérzés kapcsán paraparetikus lett. A 4. számú betegünknek 12 éves korától endocarditist követő bicuspidalis billentyű-elégtelensége volt, ilyen állapotban egy éve meglevő, fokozódó beszédzavar mellett lépett fel subarachnoidalis vérzés. A bal carotis angiográfia az 1. ábrán látható képet adta.



1. ábra. 4. sz. beteg a) műtét előtti oldalirányú felvétel. b) műtét utáni félferde AP felvétel. A műtéti lelet szerint a media aneurysma vérzett. Ez az aneurysma 3–4-szer nagyobb volt az angiográfián láthatónál

Szám	Nem	Kor	Multiplicitás	Szemfenéki vérzés	Hipertenzió az anamnézisben	Lokalizáció	Trauma a 3 hónapos anamnézisben	Spazmusok	Hydrocephalus
1.	ffi	58	—	—	—	ACA b. o.	—	+	—
2.	nő	43	—	+	+	APC b. o.	—	—	—
3.	nő	40	—	—	+	APC j. o.	+	—	—
4.	ffi	23	+	—	—	ACM j. o. és perif. ant. ág.	—	—	+
5.	nő	42	+	+	—	APC j. o. és ACoA	+	+	—
6.	ffi	55	—	—	—	APC b. o.	+	+	—
7.	ffi	47	—	—	+	APC b. o.	—	—	—
8.	ffi	50	—	—	+	APC j. o.	—	—	—
9.	nő	60	—	—	+	APC b. o.	—	—	+
10.	nő	51	+	+	+	APC b. o. és ACM j. o.	—	—	+

Rövidítések: ACA – arteria cerebri anterior
 APC – arteria pericallosa
 ACM – arteria cerebri media
 ACoA – arteria communicans anterior

Sebészi kezelés és eredmények

Az utóbbi időben a bifrontalis craniotomiából ellenoldali frontalis parasagittalis feltárássra tértünk át és mikrotechnikát alkalmazunk, 6–20-szoros nagyítású operációs mikroszkóp segítségével. Az ellenoldali craniotomiával és interhemiszfériális behatolással jó tapasztalataink vannak az ACA és ágai, az aneurysma nyak feltárárásában. Emellett fontos, hogy így agyállomány rezekciója szükségtelenné vált. Így operáltuk 6., 7., 8. és 9. számú betegünket. A 10. számú betegünkönél azonos oldali arteria cerebri media aneurysmát is kimutattunk, ezért ebben az esetben azonos oldali frontalis craniotomiát végeztünk, mindkét aneurysma nyakát leclippeltük.

Érdeemes részletezni a műtéteink kapcsán észlelt anatómiai eltéréseket. A 2. számú esetben az aneurysma bal oldalról telődő közös ACA-nak a két arteria pericallosára való oszlásánál ült, két másik esetünkben (6. és 9. sz. betegek) pedig megfigyelhető volt, hogy az aneurysma nyak magasságában külön ággal kommunikál a két ACA. Hasonló eret *Laitinen* és *Snellman* (1960) is megfigyelt és azt „arteria communicans anterior suprema”-nak nevezte.

Betegeink közül 5 volt férfi, 5 nő, koruk 23 és 60 év közötti volt. 6 betegnél derítettünk ki hipertóniát az aneurysma ruptúrát megelőző években. Felvételkor 3 betegünkönél észleltünk szemfenéki pangást, közülük kettő műtét után gyógyult, egy pedig műtét nélkül meghalt, ez utóbbinál a szekció kapcsán jelentős haematómát is találtunk. A műtéti leletek szerint további két betegnél volt haematoma, egyikük kifogástalanul, a másik kevés maradványtünettel gyógyult. Nem mutatnak összefüggést a műtéti eredményekkel az angiográfiákon látható spazmusok (1., 5., 6. sz. beteg), valamint a hydrocephalusra utaló jelek (4., 9., 10. sz. beteg) sem. 3 kétszeres aneurysmás betegünk közül kettőnél végeztünk műtétet, mindegyik aneurysmát leclippeltük. A betegek állapotát *Botterell* szerint regisztráltuk, felvételkor, közvetlenül műtét előtt és távozáskor.

A számozás értékelése: 1. jó tudat, negatív neurológiai státus, 2. kissé zavart beteg, neurológiai eltérés nincs, 3. zavartság, emellett neurológiai góctünetek, 4. a) jelentős neurológiai eltérések, progresszív haematomára utaló jelek, b) idősebb betegek, kevésbé kifejezett neurológiai tünetek, általánosan is rossz cerebrovascularis állapot, 5. coma, decerebratiós regiditás. Gyakorlatunkban a 4-es pontot nem osztottuk fel alcsoportokra. Ezen adatok és a késői eredmények között nem találtunk összefüggést (II. táblázat).

II. táblázat

Szám	Műtét	Volt haematoma	Felvételtkor	A beteg állapota (Botterell) műtét előtt	Távozáskor	Követés	
						Ideje, év	Eredmény
1.	+	—	3	2	1	17	Kifogástalan
2.	+	—	2	2	1	14	Jó, más betegségben meghalt
3.	+	—	3	2	1	11	Kevés maradványtünet
4.	+	+	3	3	2	5	Kifogástalan
5.	—	+	4	exitus	—	—	—
6.	+	—	1	1	1	5	Kifogástalan
7.	+	—	2	2	exitus	—	Műtét utáni ruptúra
8.	+	+	2	2	1	3	Kevés maradványtünet
9.	+	—	1	1	1	1,5	Kifogástalan
10.	+	—	3	2	2	1	Kifogástalan

A 7. sz. betegünk a műtét utáni 4. napon kiugró magas vérnyomás, újabb subarachnoidalis vérzés következtében meghalt. Boncoláskor látható volt, hogy a clipp kinyílt és lecsúszott az aneurysma nyakról és ismét vérzett az aneurysma. Mellékleteként ennél a betegnél szilványi meningeomát találtunk a falx tentorium szögletében.

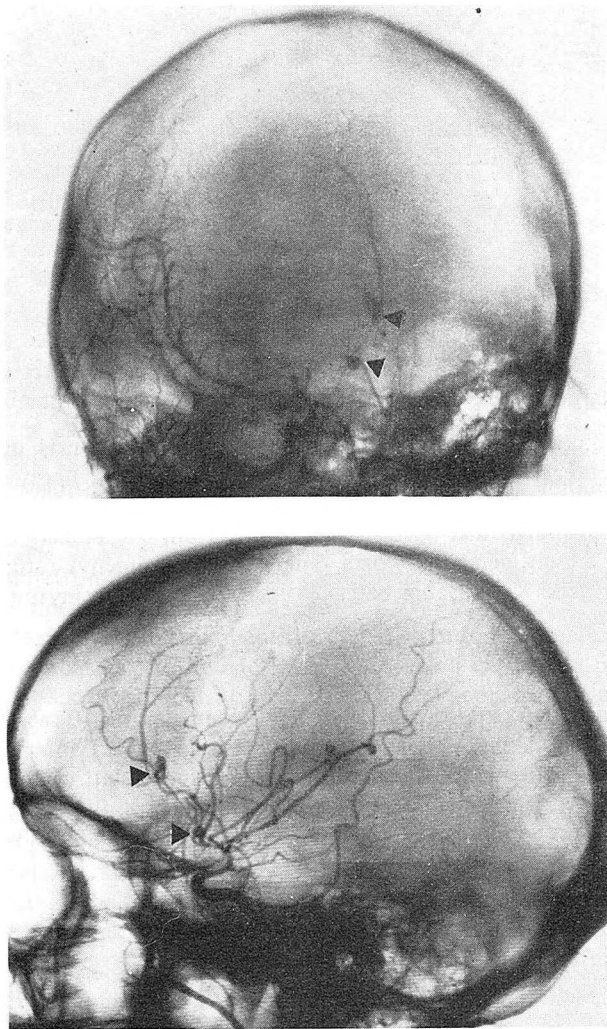
A 9 műtéttel kezelt betegünk közül 6-nál kitűnő eredményt értünk el, ők eredeti foglalkozásukat végzik. Két további betegnél neurológiai maradványtünetek miatt ápolás szükséges.

Összefoglalás

A szerzők az idevonatkozó irodalmi adatok tükrében elemzik 10 saccularis aneurysmás betegük kórlefolását, akiknél az aneurysma az arteria cerebri anterior distalisabb (az arteria communicans anteriortól distalisabb) részén helyezkedett el. Megállapítják, hogy ezen lokalizáció esetében valamivel gyakoribb a traumás illetve mycotikus eredet. A sebészi kezeléssel kapcsolatban felhívják a figyelmet a műtét sürgős voltára, valamint a mikrotechnika előnyös szerepére.

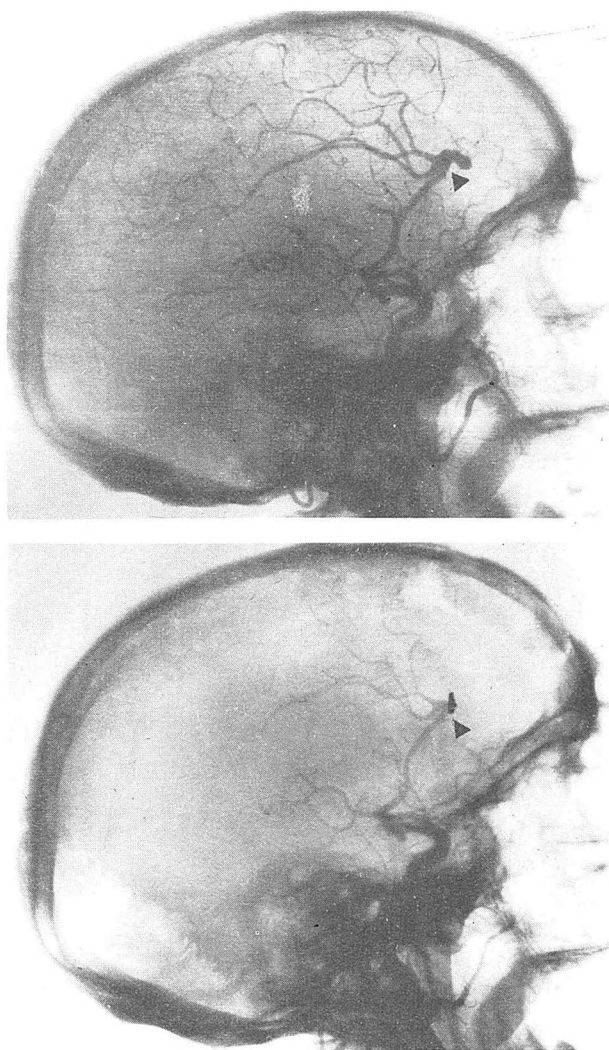
IRODALOM: 1. Asari, S., Nakamura, S., Yamada, O., Beck, H., Sugatani, H., Higashi, T.: Traumatic aneurysm of peripheral cerebral arteries. Report of two cases. J. Neurosurg 46, 795 (1977). — 2. Fisher, R. G., Ciminello, V.: Pericallosal aneurysms J. Neurosurg 25, 512 (1966). — 3. McKissock, W., Paine, K. W. E., Walsh, L. S.: An analysis of the results of treatment of ruptured intracranial aneurysms. Report of 772 consecutive cases. J. Neurosurg. 17, 762 (1960). — 4. Nishioka, H.: Report on the Cooperative Study of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage. Section VII. Part 1. Evaluation of the conservative management of ruptured intracranial aneurysms. J. Neurosurg 25,

683 (1966). – 5. *Laitinen, L., Snellman, A.*: Aneurysms of the pericallosal artery. A study of 14 cases verified angiographically and treated mainly by direct surgical attack. *J. Neurosurg* 17, 447 (1960). – 6. *Lassmann, L. P., Ramani, P. S., Sengupta, R. P.*: Aneurysms of peripheral cerebral arteries due to surgical trauma. *Vasc. Surg.* 8, 1 (1974). – 7. *Locksley, H. B.*: Natural history of subarachnoid haemorrhage, intracranial aneurysms and arteriovenous malformations (based on 6368 cases in the Cooperative Study). *J. Neurosurg* 25, 321 (1966). – 8. *Lougheed, W. M., Marshall, B. M.*: In *Neurological Surgery*, edited by I. R. Youmans, 1973. W. B. Saunders Company P. 731–768. – 9. *Sahs, A. L.*: Intracranial aneurysms and polycystic kidney *Arch's Neurol. Psychiat (Chicag)* 63, 524 (1950). – 10. *Skultéty, F. M., Nishioka, H.*: Report on the Cooperative Study on intracranial



2. ábra. Az 5. sz. beteg kissé elfordított AP (a) és oldalirányú (b) angiogramja. Kifejezett spasmusok láthatók. A két nyíl egy-egy aneurysmára mutat

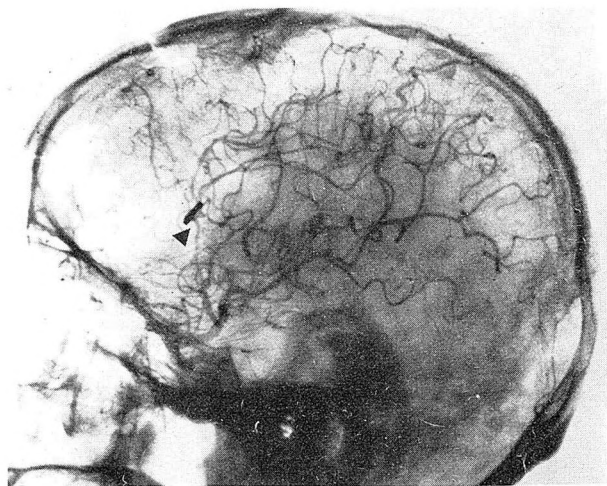
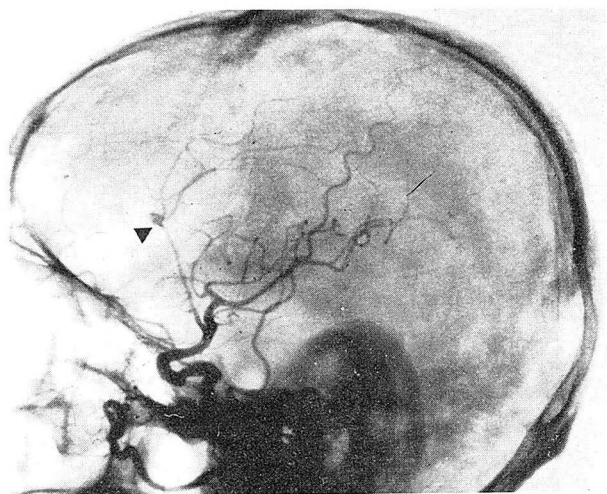
aneurysms and subarachnoid haemorrhage. Section VIII. Part 2. The results of intracranial surgery in the treatment of aneurysms. J. Neurosurg. 25, 683 (1966). – 11. *Smith, K. R., Bardenheier, I. A.*: Aneurysm of the pericallosal artery caused by closed head trauma. Case Report. J. Neurosurg 29, 551 (1968). – 12. *Sugar, O., Tinsley, M.*: Aneurysm of terminal portion of anterior cerebral artery Arch. Neurol. Psychiat. 60, 81 (1948). – 13. *Sypert, G. W., Young, H. F.*: Ruptured mycotic pericallosal aneurysm with meningitis due to *Neisseria meningitidis* infection. Case Report. J. Neurosurg 37, 467 (1972). – 14. *Yasargil, M. G., Carter, L. P.*: Saccular aneurysms of the distal anterior cerebral artery J. Neurosurg. 40, 218 (1974).



3a–b ábra. A 6. sz. beteg műtét előtti és utáni oldalirányú angiogramja
(részletek a táblázatokban)

М. Хорват, Я. Вайда, Я. Юхас: Дистальные аневризмы передней артерии головного мозга

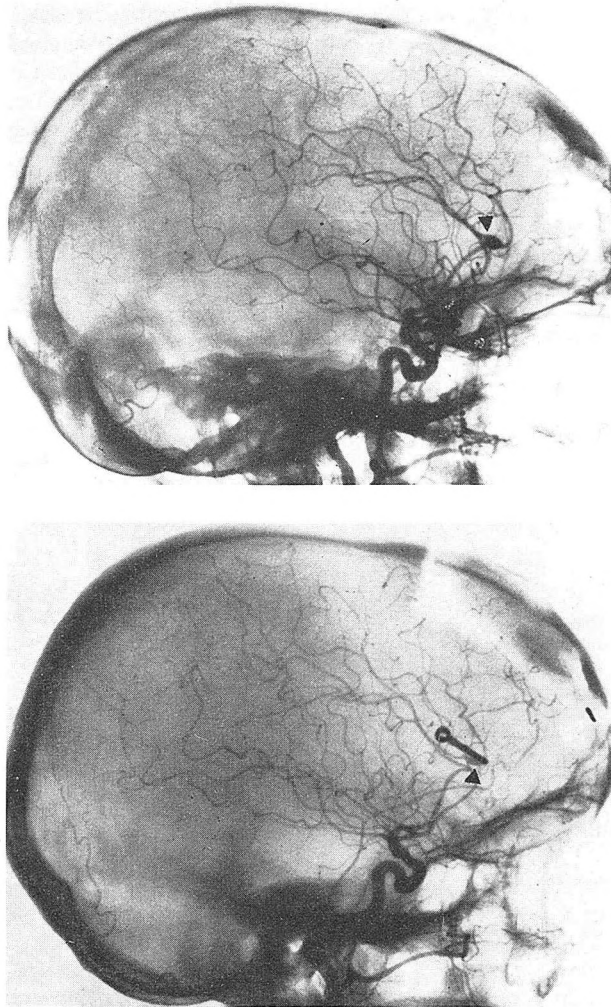
В зеркале литературных данных авторы анализируют течение болезни 10 больных с мешковидной аневризмой, у которых аневризма располагалась в дистальной части передней артерии головного мозга (дистальнее передней соединяющей артерии). Авторы констатируют что в случае этой локализации травматическая или микотическая этиология более частая. В связи с хирургическим лечением они указывают на срочность проведения операции и на преимущества микротехники.



4. ábra. A 8. sz. beteg műtét előtti és utáni oldalirányú angiogramja

M. Horváth, J. Vajda und J. Juhász: *Die distalen Aneurysmen der Arteria cerebri anterior*

Unter Zugrundelegung der Literaturangaben wird der Krankheitsverlauf von 10 Kranken analysiert, die sacculäre Aneurysmen im distalen Teil der Art. cerebri ant, d. i. distal von der Abzweigung der Art. communicans ant, hatten. Bei solcher Lokalisation ist der traumatische oder mykotische Ursprung häufiger. Die Dringlichkeit der Operation, sowie die Vorteile der Mikrotechnik werden betont.



5a-b ábra. A 9. sz. beteg műtét előtti és utáni angiogramjai. A műtét után készült angiographias képen látható, hogy az aneurysmának csak egy részét lehetett leclippelni

Adatok a kisagy angioblastomájának szövettanához családi előfordulás kapcsán

HORVÁTH ZOLTÁN dr.

Rövid időn belül 31 éves anyja és 11 éves leánya kisagyi angioblastomáját távolítottuk el. Néhány újszerű szövettani lelet miatt tartjuk az eseteket közlésre érdemesnek.

A betegek ismertetése

1. P. B.-né, 31 éves, 1977. IX. 19-én nyert felvételt. Gyermekkorában j. szemén kancsalság-ellenes műtétet végeztek; gyulladásos szövődmény miatt látását elvesztette. Egyéb komoly betegsége nem volt. Három hónappal felvétele előtt a hajnali órákban heves homlok- és tarkótáji fejfájást érzett, másfél-két hónapja van hányingere, gyakran hányt. Három hete homályosan lát, járása bizonytalan lett: – Lelete: mk. lábszáron varicositas, mely b. o. kifejezettebb. A belgyógyászati és laboratóriumi vizsgálatok eredménye normális. Polycythaemia nincs. Vizeletében kóros alakelemet vagy vegyi alkatrészt nem találtunk. RR: 140/90 Hgmm, P: 72/min. Idegrendszeri vizsgálat: b. o. mosódott határu hyperaemiás papilla, 2,5 D előemelkedés, telt vénák. Értorzóképződmény nem látható. J. o. heges cornea, amaurotikus zsugorszem. Balra tekintési nystagmus, rotatorikus komponenssel. A b. o. végtagokban enyhe ataxia, adiadochokinesis. EEG: lokalizációs értékű elváltozás nincs. Koponya-rtg: kóros nem látható. Vertebralis angiográfia: a b. kisagyféltekében mandulányi nagyságú, vérellátását az a. cerebelli inferior posteriorból nyerő érgazdag tumor (1. ábra). IX. 23-án suboccipitalis craniectomia (dr.



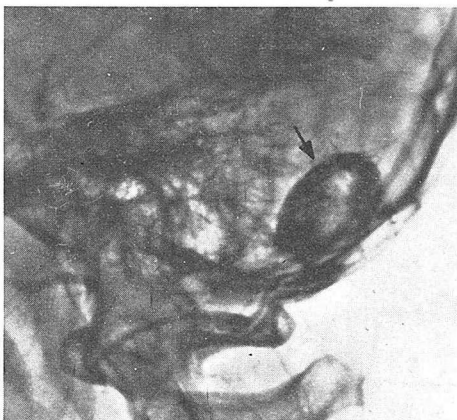
1. ábra. Az a. femoralis felől felvezetett katéterrel készült b. o. vertebralis angiogram oldalirányú felvétel, artériás fázis. Az a. cerebelli inferior posteriorból telődő babnyi nagyságú érgazdag daganat (nyíl)

Bodosi): a b. lobulus semilunaris superior felszínén ujjbegynyi nagyságú, érgazdag tumor, mely vérellátását az a. cerebelli inferior posteriorból kapja. Felette és megötte kb. 15 ml élénksárga, gyorsan megalvadó folyadékot tartalmazó cysta, melynek lebocsátása után a daganatot eltávolítjuk. Zavartalan posztoperatív körlefolyás. Ötnegyed évvel később panasz- és tünetmentes.

2. P. G.-t, az előző beteg 11 éves leányát, 1978. X. 13-án vettük fel. A felvétel előtt 3 héttel reggeli fejfájást, szédülést, néhány alkalommal hányingert érzett, hányt. Fejét balra

döntve tartotta, pszichésen meglassult, feledékeny lett. Később átmeneti kettőslátásról panaszkodott. Lelete: a b. ágyéktájon tenyérnyi területen számos, kb. babnagyságú, éleshatáru pigmentált folt látható. A száj körül, s a jobb arcfélen több szeplő. A jobb térd belső felszínén tízforintos nagyságú heges terület. (A születés után kb. 10 fillérnyi nagyságú, élénkpiros, később növekvő, szederszínűvé váló csomót 3 hetes korában „leégették”.) A belgyógyászati és laboratóriumi vizsgálatok eredménye normális. Polycythaemiája és haematuriája neki sincsen. RR: 120/80 Hgmm, P: 66/min.

Idegrendszer: mk. o. mosódott határu, hyperaemiás, enyhén előemelkedő papilla, peripapillaris csíktolt vérzések. Jobbra tekintési nystagmus. Fejét balra döntve tartja. Enyhe j. o. végtagataxia. Vertebralis angiográfia: a j. kisagyféltekében hátul alul elhelyezkedő diónyi, érgazdag, vérellátását a j. arteria cerebelli inferior posteriorból nyerő tumor (2. ábra). X. 20-án suboccipitalis craniectomia (dr. Mérei): a j. kisagyfélteke nagyobb a



2. ábra. A j. o. a. brachialis felől retrograd túlnyomásos befecskendezéssel készült angiogram, oldalirányú felvétel, artériás fázis. Az a. cerebelli inferior posterior által táplált diónyi érgazdag daganat (nyíl)

tonsillák mélyen az öreglikba nyúlnak le. A j. lobulus semilunaris superiorban és inferiorban a kéreg alatt sima felszínű, a kisagy állományával kb. 20 fillérnyi területen összefüggő, barnás-szederjes, kisdiónyi tumort találtunk, mellette laterálisan zölddiónyi nagyságú, halványsárga folyadékot tartalmazó cystát; ennek lebecsátása után a tumort eltávolítottuk. Zavartalan postoperatív időszak. A 11. napon otthonába bocsátottuk, azóta is panasz- és tünetmentes.

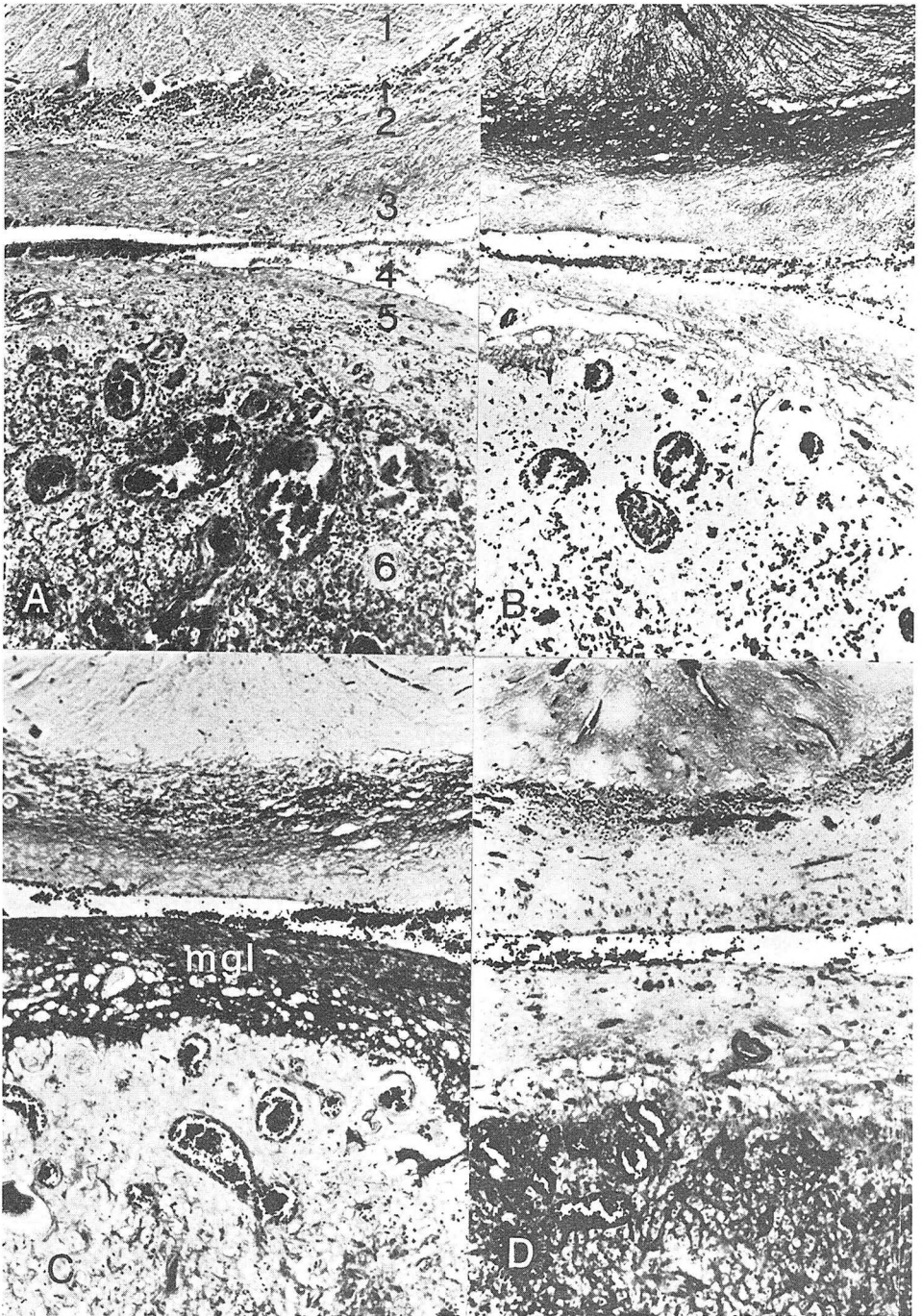
Retina-angiomatosis, zsigeri érintettségre vonatkozó panasz egyik betegnél sem fordult elő. Megemlítjük, hogy a gyermek apai nagyanyja és nagynénje uterus daganatban szenvedett.

A szövettan ismertetését a leány műtéti anyagának leírásával kezdjük, mivel az gyrificált kisagyállományt is tartalmazott, ami lehetőséget biztosított a tumor növekedésével kapcsolatos megfigyelésekre. A daganatos területen nagyszámú vékony- és vastagfalú ér átmetszete látható, köztük kapillárisok tömege burjánzott endothellel, valamint számos világos cytoplazmájú kerek, vagy ovális magvú sejt. Atípusos sejt nem látható (3. és 4. ábra).

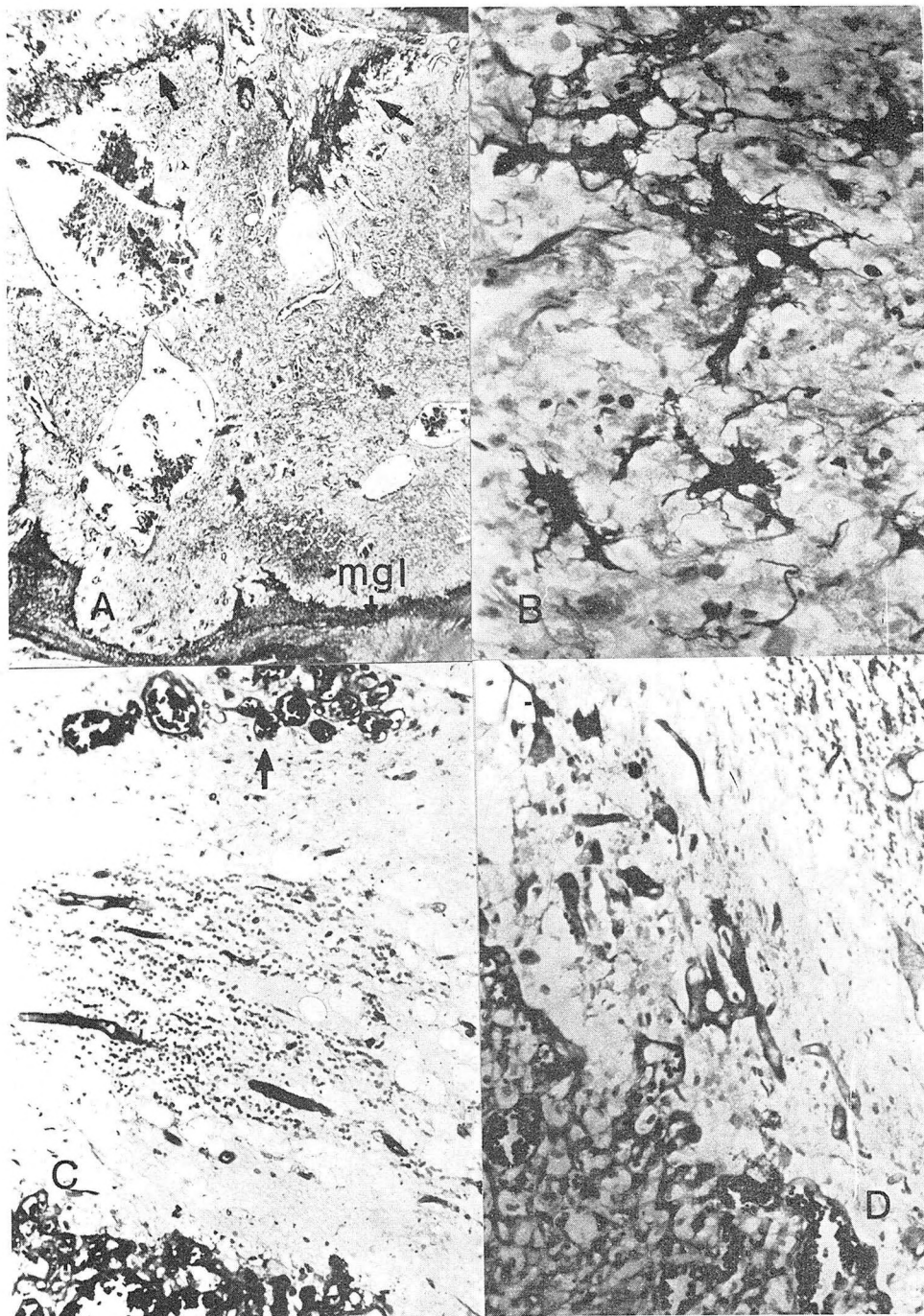
Külön említést érdemel a daganatnak az ép kisagyállomány közelében elhelyezkedő része, mely – részben a sejtmagvak nagysága és festődési tulajdonsága (4a ábra), részben pedig az ép kisagy folium str. granulosumába való átmenete miatt – fellazult str. granulosumnak felel meg. Ezen a területen csak elvéve fordulnak elő angiomatosis erek (5d ábra). Ugyanitt erősen hipertrofiás mikroglia-sejtek és nyúlványaik olyan sűrű



3. ábra. A A daganat állományának szöveti képe. HE: 400 ×. B A mikroglia szigeteket körülölelő infiltráló angiomasus érhálózat. A világos foltok a mikroglia szigeteknek felelnek meg. Gallyas-féle kapilláris ezüstözés. 400 ×. C A daganatot körülvevő mikroglia sánc (mgl) mentén található mikroglia szigetek (←). Az egyneműen feketére ezüstöződő felületeken a mikroglia sejtek olyan sűrűn helyezkednek el, hogy nem különíthetők el egymástól. A halványszürke terület az angiomasus kapillárisoknak felel meg. Gallyas-f. mikroglia ezüstözés. 40 ×. D A C ábrának megfelelő daganatrész; az angiomasus érhálózat feketére festődik. A világos foltok a mikroglia szigeteknek felelnek meg, mgl = külső mikroglia sánc. Gallyas-f. kapilláris ezüstözés. 40 ×



4. ábra. A daganat és az ép kisagyállomány közti átmeneti zóna, mely a következő rétegekből áll: 1. a daganattal szomszédos kisagyi folium str. molecularareja, 2. a daganattal szomszédos kisagyi folium str. granulosuma. 3. fehérállomány, 4. a műtéti preparálás során képződött szakadás, 5. az infiltrált str. granulosum a folium ellenkező oldalán, 6. a daganat állománya. A HE festés. 90 X. B Gallyas-f. rostos glia ezüstözés. 90 X. C Gallyas-f. mikroglia ezüstözés. 90 X. D Gallyas-f. kapilláris ezüstözés. 90 X



5. ábra. A A daganatot körülölelő külső mikroglia sánc (mgl), valamint mikroglia szigetek (nyíl). Gallyas-f. mikroglia ezüstözés. 16 ×. B Erősen hipertrofizált mikroglia sejtek egy, a daganat által infiltrált mikroglia szigetben Gallyas-f. mikroglia ezüstözés. 400 ×. C Angiomatosus ereket tartalmazó szigetcské (nyíl) a daganattal szomszédos folium str. molekularejének felszinközeli részén. Gallyas-f. kapilláris módszer. 160 ×. D Külső mikroglia sáncot infiltráló angiomatosus erek. Gallyas-f. kapilláris módszer. 250 ×

E
GY



TRIOXAZIN[®]

tabletta

anxiolyticum

Az intellektus és a mozgáskészség
befolyásolása nélkül szünteti meg a szorongást,
a túlfeszített idegállapotot és a pszichés nyugtalanságot.

TRIOXAZIN[®]

tabletta

anxiolyticum

ÖSSZETÉTEL:

1 tabletta 0,3 g trimetozinumot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Szorongás, túlfeszített idegállapot, pszichés nyugtalanság, neurotikus vegetatív tünetek (hypertonia, climax), külvilági emócionális tényezőkön alapuló izgalmi állapot (lámpaláz stb.).

Sajátos gyermekgyógyászati javallat: neuropathia.

ADAGOLÁS:

Egyéni; a beteg állapotától és egyéni reagálóképességétől függ. Napi átlagos adagja felnőtteknek 0,60–1,80 g (2–6 tabl.), de ez az adag a kórformától függően napi 2,4–3,0 g-ig (8–10 tabl.) növelhető.

Gyermekeknek a kornak megfelelő csökkentett adag rendelhető.

GYERMEKADAGOK:

2 hónapos kortól 14 éves korig 40–20 mg/kg/die, 3–5 adagra elosztva, vagy 2–12 hónapos korig 3–5-ször $\frac{1}{4}$ tabl./die; 1–6 éves korig 3–5-ször $\frac{1}{2}$ tabl./die; 7–14 éves korig 3–5-ször 1 tabl./die.

MELLÉKHATÁSOK:

Álmoság, fáradtságérzés.

Főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnak megfelelően – előírt adagban szedhetik, ill. alkalmazhatják.

MEGJEGYZÉS:

✕ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS:

20 tabletta 2,— Ft.

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR,
Budapest**

hálózata látható (3b ábra), amelyben még nagy nagyítással is alig különíthetők el egymástól a sejtek. Ily módon a mikroglia mintegy védősáncot képez a daganat körül.

Ebből a sáncból azonos szöveti felépítésű szigetek, ill. szigetfüzérék nyúlnak a tumorba (5a ábra), amelyet ezáltal lebenyekre tagolnak. E képződmények szerkezete lazább; nagyobb nagyítással a mikrogliasejtek jól elkülöníthetők (5b ábra). Egyes területeken a külső mikroglia-sáncnak párhuzamosan is láthatunk ilyen szigetfüzért, amely belső sáncot képez (3c ábra). A mikroglia-szigetek területén néhány, a tumorra jellemző kapilláris látható (3b és d ábra). A külső mikroglia-sáncához kívülről keskeny fehérállomány csatlakozik; ennek mentén a műtéti preparálás során helyenként finom szakadások keletkeztek (4a–d ábra). A daganathoz csatlakozó folium másik oldalán a granularis réteg nagyfokban gliosis (főleg rostos-, kevés mikroglia); belőle nagyszámú nyúlvány hatol a molekuláris rétegbe (4b ábra). Helyenként a daganatos elváltozás apró szigetek formájában a szomszédos folium molekuláris rétegében is fellelhető (5c ábra). A daganattól távoli foliumok kapilláris hálózata épnek tűnik, s hiányoznak a mikro- és rostosglia elemek is.

Az anya daganata alapvető szövettani sajátágaiban egyező a leányáéval, csupán néhány, a lényegét nem érintő különbség található: – a daganatot határoló mikroglia sánc lazább szekezetű, kívülről helyenként vékony, bevérzett fehérállományból álló szegély borítja – kisagyállomány nem került eltávolításra a preparálás során, így a reaktív rostos gliosis léte nem ítéhető meg, – a külső gliasánc mentes az angiomasos kapillárisoktól, normális kapilláris is csak elvétve látható, – a mikroglia szigetekben található sejtek még kifejezettebben hipertrofiásak.

Megbeszélés

Családi előfordulású Lindau-daganat nem irodalmi ritkaság – két nőtestvér és az egyik leányának esetét ugyanabban a folyóiratban *Julow* és *mtsai* (1972) írták le. A családi előfordulást inkomplett penetranciájú autosomás domináns öröklésmenttel magyarázzák (*Julow, Pásztor és Váczi, 1972*). A daganat elhelyezkedésének változatossága a familiaris (*Wyburn–Mason, 1943; Brandford, 1948; Cramer és Kinsey, 1952; Pennybacker, 1954*), s ugyanígy a ritkán előforduló multiplex angioblastomás esetekben (*Julow és Pásztor, 1975*) arra látszik utalni, hogy a kórképet létrehozó örökletes – vagy nem familiáris esetekben mutáns (?) – faktor nem kötődik az érrendszer egyik vagy másik részéhez, bár bizonyos lokalizációk (kisagyi hátsó-, oldalsó fekvése) kétségtelenül előtérben állnak.

Betegeinknél ugyanakkor feltűnő a daganatok szimmetrikus elhelyezkedése, s az ellátó artéria is azonos (a cerebelli inferior posterior). E tény, együtt az angioblastomák ismert predilekciós helyeivel arra hívja fel a figyelmet, hogy az örökletes betegségekben egy-egy csíralemez, vagy rendszer általánosabb ártaalma mellett bizonyos területek kiemelt ésekenysége is öröklődik. Elég, ha analógiaként a Leber-féle opticus atrofiára utalunk, melyről kiderült, hogy nem ectodermalis, hanem az agy burkaira és ereire, azaz mesodermalis rendszerekre lokalizálódó ártaalom, ám e rendszerek érintettségének kisebb jelei ellenére a betegség maradandó és lényeges károsodást csak a nervus opticusban, azaz egy körülírt predilekciós helyen hoz létre (*Gács, Rácz, Szilvássy, 1975*). *Florange Sabinnak* (1920) az agyi keringésről írt, s főleg annak fejlődésével foglalkozó munkája alapján *Lindau* (1926) úgy véli, hogy a tumor a vascularis mesenchyma azon részéből fejlődik ki, mely a harmadik fetalis hónapban megjelenő cerebellumba ágyazódva a IV. kamra plexus chorioideusát hívatott képezni.

Lindau-tumort az esetek 2–20%-ában észlelt szemfenéki angiomasosis alapján (*Julow és mtsai, 1975*) sorolják a phakomatosisok közé. *Fabritius* (1911), *Hall* (1935), *Davison* (1936), *Neame* (1948) egyaránt leírtak angioblastomás betegnél észlelt egyéb phakomatosisos stigmákat: a törzsön, s a végtagokon levő kisebb-nagyobb, néha csoportos, máskor disszeminált festenyzett és erezett naevust. Második esetünkben mind a száj körüli szeplők, mind a lumbális tájékon talált foltok ennek felelhetnek meg. Sajnos, nem tisztázták a születést követően a jobb térd belső felszínéről eltávolított szederszínű csomó szövettani természetét.

Kiemelendő a második beteg életkora is, hiszen a Lindau-tumort általában a 18. és az 50. életév között ismerik fel (*Brayi és Davies, 1949; Olivecrona, 1952; Bourdillon és Hickmann, 1967*), a pubertás előtt ritkán. Jóllehet, csak egy esetről van szó, felvetődik a genetikus antepozíció lehetősége, mely egyéb örökletes betegségeknél jól ismert.

A Lindau-tumorról nem tudhatjuk, hogy folyamatosan progrediál-e, ill. a tünetek manifesztációját egyéb tényezőknek tulajdoníthatjuk-e. A retina angiomatosisánál viszont lehetőség van arra, hogy növekedését nyomunkövessük (*Davison, Brock és Dyke, 1936*). Kezdetben csak egy artéria és véna tágulata látható, később ezek szabálytalan kaliberűekké válnak, üveggyöngyszerű kép alakul ki. Végül élénk piros csomó figyelhető meg, mely összefügg az oda- és elvezető érrel. Ezek alapján feltehetjük, hogy a Lindau-tumor is progresszív, vagyis – bár öröklési zavar alapján – a születés után, esetleg késői életkorban fejlődik.

Külön fejtegetést érdemel a daganat és az ép agyállomány közti terület szövettani képe. Az erre vonatkozó vizsgálatokból megállapítható (*Bergstrand, Olivecrona, Tönnis*), hogy a Lindau-tumor előszeretettel terjed a stratum moleculareban.

Vizsgálataink szerint a daganattal mechanikusan összefüggő „széli zónában” a stratum granulosumra jellemző alaki és festődési sajátosságú sejtek és kapillárisok, továbbá a pusztuló idegszövet egy jellegzetes komponense, a mikroglia található; angiomatosis elemek csak elvétve. Ez arra enged következtetni, hogy a daganat „tok”-ját a stratum granulosum átalakulása révén kialakuló szövet képezi. A gliasáncból benyúló glianyelvek és a gliaszigetek létezése, ill. a szigetek elhelyezkedése, valamint lazább gliastruktúrája, s a bennük látható néhány infiltratív kapilláris azt a benyomást kelti, hogy ezek valaha a daganat külső „tok”-ját alkották, melyet az idővel infiltráció révén, esetleg mechanikusan áttört. Az ily módon a daganat állományába került tokrészek fellazulnak és fokozatosan elpusztulnak. Mindezek alapján valószínűnek látszik, hogy a daganat szakaszosan növekszik. A külső tok áttörése után ismét egy progresszív fázis következik, mely mindaddig tart, amíg az ép agyállomány reaktív gliosisa újabb tokot nem képez.

Valószínűen a tömött külső mikroglia-sánc is hozzájárul ahhoz, hogy a daganat a műtéti eltávolítás során jól elválasztható az agyállománytól és egy darabban eltávolítható, a beteg végleges gyógyulását téve lehetővé, amennyiben a tumor soliter.

Az esetlegesen a tokon kívül elhelyezkedő angiomatosis erek vérellátásukat a tumor felől kapják, így feltehetően annak eltávolítását követően elpusztulnak. Ugyanakkor elképzelhető, hogy a radikálisnak tűnő tumoreltávolítást követő ritka recidívát ezek a mikroszkópos méretű, a mikrogliasáncon kívül levő angiomatosisos kapillárisok okozzák.

A familiaritás, épp úgy mint a phakomatosisos stigmák, a kiegészítő diagnosztikus vizsgálatok megválasztásában segíthetnek.

Noha a komputer tomográfia e körképben is új diagnosztikus lehetőséget jelent (*Balériaux-Waha, 1978*), a daganat ellátó és elvezető ereinek angiográfiás kimutatásáról nem mondhatunk le, mivel ez a kíméletes műtéti technika feltétele.

Összefoglalás

Egy családból rövid időn belül két Lindau-tumoros beteget operáltak. Egyikükön olyan phakomatosisos stigmát észleltek, mely Lindau-daganatos betegnél igen ritka. E beteg fiatal életkora, s a családi előfordulás alapján felvetődik az egyéb örökletes betegségeknél jól ismert genetikus antepozíció lehetősége. Kiemelik a két daganat szimmetrikus elhelyezkedését, azonos artéria általi vérellátásukat, s a vertebralis angiográfia alapvető diagnosztikus jelentőségét. A szövettani vizsgálat során – a daganatot körülvevő mikroglia sejtekből álló sáncot, – a daganatot lebenyekre osztó mikroglia szigeteteket, – a sáncon kívül, közvetlen a daganat melletti gyrifikált kisagyállományban helyenként kóros angiomatosisos érgomolyagot láttak. Ezek alapján a tumor növekedését szakaszosnak tartják.

IRODALOM: 1. *Balériaux-Waha, D., Retif, J., Noterman, J., Terwinghe, G., Mortelmans, L. L., Dupont, M. G., Jeanmart, L.*: CT scanning for the diagnosis of the cerebellar and retinal lesions. *Neuroradiol.* 14, 241 (1978). — 2. *Bergstrand, H., Olivecrona, H., Tönnis, W.*: Gefäßmissbildungen und Gefäßgeschwülste des Gehirns. Thieme, Leipzig, 1936. pp. 52–59. — 3. *Bourdillon, P. J., Hickmann, R. C.*: Von Hippel-Lindau disease presenting at an early age. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 30, 559 (1967). — 4. *Bradford, F. K.*: Hemangioblastoma of the posterior fossa (Lindau's disease). *J. Neurosurg.* 5, 196 (1948). — 5. *Bray, P. T., Davies, W.*: Spontaneous subarachnoid hemorrhage in infancy due to angioma of the cerebellum. *Brit. med. J.* 1, 481 (1949). — 6. *Craig, W. and Horrax, G.*: The occurrence of hemangioblastomas (two cerebellar and one spinal) in three members of a family. *J. Neurosurg.* 6, 518 (1949). — 7. *Cramer, P., Kinsey, W. H.*: The cerebellar hemangioblastomas. *Arch. Neurol. (Chic.)* 67, 237 (1952). — 8. *Davison, C., Brock, S. and Dyke, C. G.*: Retinal and central nervous hemangioblastomatosis with visceral changes (Von Hippel-Lindau's disease). *Bull. Neurol. Inst. N. Y.* 5, 72 (1936). — 9. *Fabritius, A.*: Ein fall von cystischen Kleinhirntumor. *Ziegler's Beitr. path. Anat. allg. Peth.* 51, 311 (1911). — 10. *Gács, Gy., Rácz, P., Szilvássy, I.*: Über die akute Phase der Leberschen Opticusatrophie. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 167, 489 (1975). — 11. *Hall, G.*: Blood vessel tumors of the brain with particular reference to the Lindau syndrome. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 15, 305 (1935). — 12. *Julow, J., Pásztor E.*: Cerebellaris haemangioblastoma. *Ideggyógy. Szle.* 28, 371 (1975). — 13. *Julow, J., Pásztor E. és Váczai P.*: Lindau-tumor két nemzedéken át követhető családi előfordulása. *Ideggyógy. Szle.* 25, 82 (1972). — 14. *Koch, G.*: Phakomatosen. In: *Becker, P. E.* edit. *Humangenetic. Vol. V/1. Krankheiten des Nervensystems.* Thieme, Stuttgart, 1966. pp. 34–111. — 15. *Krayenbühl, H., Yasargil, G.*: Das Kleinhirnhaemangiom. *Schweiz. med. Wschr.* 88, 99 (1958). — 16. *Lindau, H.*: Studien über Kleinhirncysten, Bau, Pathogenese und Beziehungen zur Angiomatosis retinae. *Acta Paht. Mikrobiol. Scand. Suppl.* 1, 1 (1926). — 17. *Mondgar, V. P.*: Cerebellar Hemangioblastoma. *Brit. J. Surg.* 54, 45 (1967). — 18. *Neame, H.*: Angiomatosis retinae, with report of pathological examination. *Brit. J. Ophth.* 32, 677 (1948). — 19. *Olivecrona, H.*: The cerebellar angioretiolomas. *J. Neurosurg.* 9, 317 (1952). — 20. *Pennybacker, J.*: Recurrence in cerebellar haemangioblastomas. *Zbl. Neurochir.* 14, 63 (1954). — 21. *Sabin, F. R.*: Studies on the origin of blood-vessels and red blood-corpuscles as seen in the living blastoderma of the chicks during the second day of incubation. *Contr. Embryol. Carneg. Inst. No 272.* 9, 213 (1920). — 22. *Wyburn-Mason, R.*: Arteriovenous aneurysm of the midbrain and retina, facial naevus and mental changes. *Brain* 66, 163 (1943).

3. **Хорват:** *Данные к гистологии ангиобластомы мозжечка в связи с семейной встречаемостью*

За короткое время автор оперировал двух больных одной семьи по поводу опухоли Линдау. У одного из них наблюдался такой признак факоматоза, который у больных с опухолью Линдау встречается очень редко. На основании молодого возраста больного и семейной встречаемости возникает возможность хорошо известной при других наследственных болезнях генетической антепозиции. Авторы подчеркивают симметрическое расположение двух опухолей, их кровоснабжение тождественной артерией и основное диагностическое значение вертебральной ангиографии. В ходе гистологического исследования авторы наблюдали вал, состоящий из клеток окружающей микроглии, острозки микроглии, разделяющей опухоль на дольки и вне вала, расположено в гирифицированном веществе мозжечка возле опухоли наблюдались местами патологические ангиоматозные сосудистые клубочки. На основании этого автор считает рост опухоли поэтапным.

Z. **Horváth:** *Zur Histologie des Angioblastoms des Kleinhirns bei familiärem Vorkommen*

Innerhalb kurzer Zeit wurden Mutter und Tochter wegen Lindau-Tumors operiert. Bei der Tochter bestanden phakomatöse Stigmata, wie sie sonst beim Lindau-Tumor sehr selten sind. Die bei anderen Erbkrankheiten bekannte genetische Anteposition waltete in dieser Familie. Die symmetrisch-kontralaterale Lage und die Versorgung der Geschwulst durch die gleiche Arterie sowie die grundsätzliche diagnostische Bedeutung der vertebralen Angiographie werden betont. Die histologische Untersuchung deckte eine Mikroglia-schanze um den Tumor, den Tumor auf Läppchen teilende Mikroglia-inseln und angiomatöse Knäuel ausserhalb der Schanze, aber in der dem Tumor benachbarten gyrifizierten Kleinhirns-substanz auf. Dieser Befund lässt sich zugunsten der Annahme verwerthen, dass die Geschwulst periodisch wächst.

Oldalkamrai ependymoma ellenoldali ismétlődése 10 év után

SZABÓ MIHÁLY dr.

A gyermekkor supratentorialis daganatai közt a leggyakoribbnak az ependymomákat említik. Sebészi gyógykezelésük – akár sugárterápiával kombinálva, akár anélkül – ritkán hoz hosszú, tünetmentes túlélést, miután teljes eltávolításuk az esetek többségében lehetetlen (*Chisid, Bartlett, Bernasconi és Cabrini, Kernohan és Felther, Kricheff és mtsai, Moriyasu, Tönnis és Zülch*). A recidiva rendszerint lokális, vagy a liquor-út mentén terjedő implantációk helyén alakul ki (*Chisid, Mabon és mtsai, Tarlov és Davidoff, Zülch és Schmidt*). Ezzel szemben az ún. subependymomák, amelyeknek patológiai jellemzőit először *Scheinker* írta le, lassan fejlődnek, s gyakran nem is okoznak klinikai tüneteket, amennyiben nem zárják el a liquorutakat. Így nem ritkán boncolási mellékleteként találhatók. Noha szöveti szerkezetük jellegzetes, eredetüket illetően a vélemények különbözőek: *Scheinker* szerint a kamrafal subependymalis matrixából kiinduló daganat, melyben a sejtek a gliasejtek irányában differenciálódtak. *French és Bucy* úgy vélték, hogy a tumor a subependymalis astrocytákból származik és a „subependymalis astrocyta” elnevezést javasolják. *Boykin és mtsai* a „subependymal glomerate” astrocytomának nevezték. *Zülch, Russel és Rubinstein* ezzel szemben a subependymomát ependymoma variánsnak tartják, melyben a subependymalis eredetű astrocyták uralhatják a szövettani képet. *Gianpalmo* az ependymomák nyomásos -atrophiás (druckatrophische Form) alakjának tartotta a hasonló ependymomákat s ezzel a véleménnyel ért egyet *Arendt* is.

Fu és mtsai elektronmikroszkópos és szövettényésztési vizsgálataikban mind ependyma, mind astrocyta elemeket találtak s a subependymomát szintén ependymoma variánsnak tartják. E daganatformát egyébként a mérsékelt biológiai aktivitás (oszló sejtalkalakok ritkán láthatók) jellemzi s így a sebészi kezelés kilátásai is érthetően jobbak mint a tiszta ependymomák esetében. *Scheithauer* (1978) szerint minél nagyobb e daganatban a típusos ependymomára jellemző sejtcsoportok aránya, a prognózis annál rosszabb.

A megszokottól eltérő kórlefolyású kétoldali oldalkamrai subependymomás beteget ismertetünk az egyik oldalkamrában elhelyezkedő tumor eltávolítása után. 10 éves panaszmentes periódust követően a daganat az ellenoldali oldalkamrában, a korábbival azonos lokalizációban jelentkezett. Ezt a daganatot is eltávolítottuk s a beteg az azóta eltelt két évben panaszmentes volt.

A beteg ismertetése

B. Zs. (K. J.-né) 1966. XI. 17.–XII. 24-ig állott *első alkalommal* kezelésünk alatt. Az akkor 10 éves leány felvétele előtt 10–12 nappal hirtelen jelentkező fejfájásról, panaszkodott, amelyhez később hányinger és naponta többszöri hányás is társult. Progresszív jelként volt értékelhető a forgó jellegű szédülés, majd járásképtelenség.

A fenti tüneteket a Szekszárdi Kórház Gyermekosztálya észlelte és hátsó koponyagödri térfoglalás gyanújával küldte hozzánk.

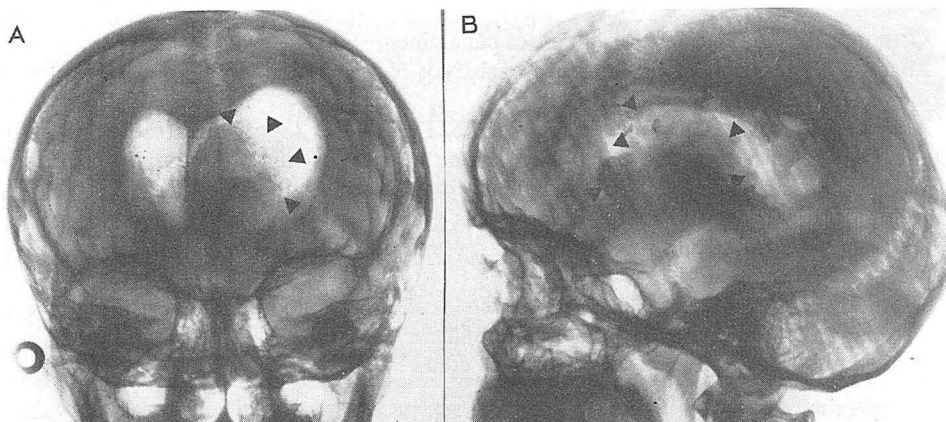
Körelőzmény: Egészséges szülők 5. gyermekeként született ikerterhességéből. Ikertestvére csecsemőkorában meghalt. Elme- és daganatos betegség családjában nem fordult elő. A gyermekkori fertőző betegségeken átesett. 6 é. k. kezdett iskolába járni, tanulmányi eredménye közepes volt. Jobbkezes. Kórházi kezelés alatt 1966. november 17-ig nem állott, amikor a beküldő intézetbe nyert felvételt.

Fizikális vizsgálattal a belszervekben kóros nem volt. Idegrendszeri vizsgálatnál a koponya kopogtatásánál „repedtfazék”-zöreje hallható. Fejkörfogat 53,5 cm. Tarkó

enyhén kötött, visus, látótér ép, a b. pupilla tágabb, jobbra tekintéskor nystagmoid rángások, balra tekintéskor harmadfokú nystagmus figyelhető meg. A szemfenéken a papillák előemelkedése mk. o. 3 D. Jobb oldali centralis típusú facialis paresis, a b. felső végtag tónusa csökkent. Izomerő a végtagokon megtartott, rejtett paresis nincs. A mélyreflexek testszerte igen renyhék, részarányosak, a hasbőrreflexek mk. o. jól kiválthatók. Talpreflexek mk. o. hajlítók, időnként j. o. dorsalflexiós tendencia. Járásnál jobbra tér.

EEG-vizsgálatnál generalizáltan abnormis, spontan kérgi tevékenység, a patológiás hullámok maximuma b. o. fronto-centralisan mélyebb elhelyezkedésű organikus lézióra utal.

A klinikai kép intracranialis nyomásfokozódást jelzett, s további diagnosztikai eljárásként ventriculográfiát végeztünk (*1. ábra*). A b. o. oldalkamra frontális szarvában és a cella mediában a levegő kisalmányi térfoglalást rajzolt ki.



1. ábra. Ventriculográfia a–p irányú felvétel. Aszimmetriásan, nagymértékben tágult oldalkamrák.

A b. o. oldalkamra cella mediájában kisalmányi, domború kontúrú képlet terjed be (a)

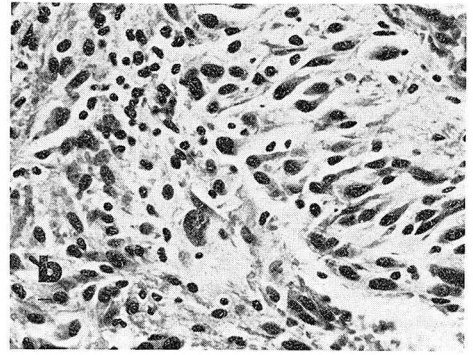
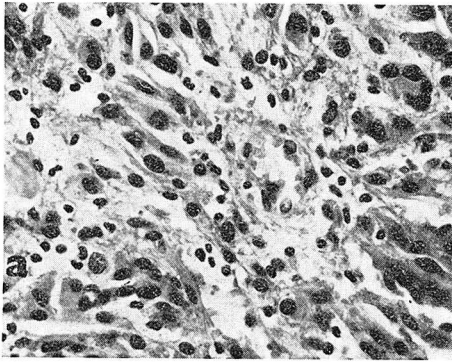
Oldalfelvétele a III. kamra nem rajzolódik ki. Bal oldali fekvésnél a bal oldali oldalkamra térfoglaló folyamata jól látható (b)

Laboratóriumi vizsgálati eredmények: vvt.: 4 400 000, fvs.: 18 200, hgb.: 12 g%, Ht: 28%, Se. Na: 117 maeq/l, Se. K.: 3,8 maeq/l, Se. Cl: 78 maeq/l, RN: 38 mg%.

A b. o. frontális feltárásból végzett műtétnél az oldalkamrából eltávolítottuk a Monro-nyílást elzáró vörhenyes színű, tyúktojásnyi nagyságú és igen vérzékeny daganatot. Ekkor vált láthatóvá, hogy a daganat a tágult foramen Monroin a III. kamrába is beterjed. A tumort innen is sikerült kiemelni. A daganat a foramen Monroi elülső szélén, ill. az ez előtti kamrafalon a N. caudatus feje felett, közel 2 forintosnyi nagyságú területen vette eredését.

Szöveti készítményekben sejtdús, izomorf daganatszövet látható. A sejtek egyik típusa ovális, világos plazmájú. Az ovális vagy kerek megvak a sejtek közepén helyezkednek el, közepes kromatin-tartalmúak. Másik típusánál a sejtek hosszúkásak, a sejtmagvak megnyúltak s jellegzetes a sejtek erek körüli elrendeződése – sugárirányú (pseudorosetta) elhelyezkedése. Az igen sok érátmetszett között megvastagodott falú, hyalinosan elzárt artéria-keresztmetszet is látható (*2a ábra*). A kép szövettileg subependymomának bizonyult.

Távozásakor enyhe j. o. centrális típusú facialis paresisen, a j. kéz szorítóerejének minimális gyengeségén kívül kórjele nem volt. A szemfenéki stasis jelentősen visszefejlődött.



2. ábra. A daganat szövettani képe az I. műtét anyagából (a) (b) Szövettani kép a II. műtét anyagából. H. E.

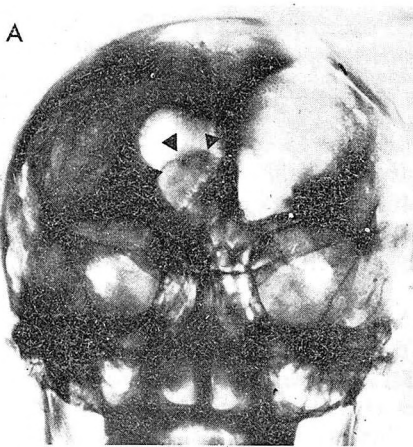
Otthonában rövidesen teljesen tünet- és panaszmentessé vált.

Mensese 13 é. korában jelentkezett, szabályos havi ismétlődést tartva. 19 é. korában férjhez ment, terhes ezideig nem volt.

Második alkalommal 20 éves korában, 1976. IX. 2.–IX. 23-ig állott kezelésünk alatt. Egy héttel kórházi felvétele előtt jelentkeztek ismét koponyaúri nyomásfokozódásra utaló tünetei fejfájás kíséretében. A hangulata fokozatosan színtelenné vált.

Neurológiai vizsgálatnál jobb oldali facialis gyengeség, jobb oldali renyhébb cornea-reflex észlelhető, meglassult pszichomotilitás, valamint szintelen hangulat. A szemfenéken 3 D előemelkedés mérhető.

1976. IX. 7-én kamraközeli tumort feltételezve, ventriculográfiát végeztünk. Az a–p felvételeken aszimmetriásan tágult kamrarendszer látható a j. o. oldalkamra frontális szarvába domborodó zölddiónyi terimével (3. ábra).



3. ábra. A ventriculográfiás a–p felvételen a j. o. oldalkamra középső cellájában zölddiónyi bedomborodó térfoglalás látható. B. o. a tíz évvel korábbi műtét oldalán a kamra nagyfokban tágult (a) Oldalfelvéten a j. o. oldalkamra térfoglaló folyamata és a tágult b. o. elülső szarv látható.

A III. kamra fedett (b)

A műtét során 1976. IX. 7-én, j. o. frontális, osteoplasztikus behatolásból jutunk az oldalkamra elülső szarvába. A kamrát feltárva látható, hogy abban vörhenyes, barnás, zölddiónyi, a nucleus caudatus-thalamus szögletben tapadó, a foramen Monroin keresztül a III. kamrába is terjedő tumor helyezkedik el. A tág Monro-nyíláson a III. kamrába lógó

tumorrészeket is kiemeltük és eltávolítottuk. Így láthatóvá vált, hogy a megelőző műtét helyén sem az oldalkamrában, sem pedig a III. kamra b. o. oldalfalán tumor recidíva nincs.

A daganat makroszkópos képe, valamint szöveti szerkezete hasonló a tíz évvel korábbihoz (2b ábra).

A posztoperatív periódus zavartalan volt, javult állapotban bocsátottuk el.

Megbeszélés

A kamrarendszer daganatai leggyakrabban ependymomák (subependymomák), ezt követik a sokkal ritkább meningeomák, papillomák (Bartlett, Tarlov és Davidoff, Zülch). Az ependymoma bármely életkorban jelentkezhet, leggyakoribb azonban az első négy évtizedben. Az irodalomban e tekintetben elég nagy az eltérés, hiszen Zülch (1965) 8–15 év között; Fokes és Earle (1969) 28,7 évben, Ringertz és Raymond (1949) 25,5 évben, Kricheff (1964) 18,8 évben határozzák meg átlagos előfordulásukat (Bartlett). A subependymoma variáns korátlaga 49 év (Scheithauer, 1978).

Lokalizáció szempontjából kétségtelenül a IV. agykamrában elhelyezkedő daganatokkal találkozni leggyakrabban, sorrendben azonban őket az oldalkamrai ependymomák követik (Fokes és Earle, Ringertz és Raymond, Tönnis és Zülch, Zülch és Schmidt, Scheithauer).

A gyermekkor leggyakoribb supratentorialis daganata az intraventricularis ependymoma, amely rendszerint temporo-parietalis elhelyezkedésű, miután a trigonum tájáról indul ki. Nem ritka azonban a foramen Monroi tájáról eredő forma sem (Zülch és Schmidt).

Az ependymomák általában jellegzetes szöveti képet adnak, kórisméjük általában nem okoz gondot, bár alapszerkezetük ugyanúgy mint külső megjelenésük, számos variációt mutathat (Zülch), ezek egyike az ún. subependymoma.

Az ependymomák nem az agyállomány destruálása révén okoznak tüneteket, hanem rendszerint azzal hívják fel magukra a figyelmet, hogy jelenlétükkel liquorkeringési zavart hoznak létre. Ez elsősorban a hátsó koponyagödri, a III. kamrai és az elülső oldalkamrai (foramen Monroi környéki) daganatokra áll. Így magyarázható betegünknel is mindkét alkalommal a hirtelen kezdet és az állapot gyors rosszabbodása (Kernohan és Felther), míg másoknál hosszú időn keresztül tünetmentes a lefolyás.

Az esetünkben látott subependymoma elhelyezkedése sem az első, sem a második műtétnél nem rendhagyó. Az viszont, hogy a bal oldali oldalkamra-tumor „teljes egészében”, lokális recidíva nélkül eltávolítható volt és itt nem nőtt újra, már vitára készíthet különösen akkor, amindőn 10 éves nyugodt periódus után az ellenoldalon hasonló elváltozást találtunk. Zülch a gyermekkori ependymomák során a recidívát 1–4 évek között találta, később igen ritkán. Hosszabb, 6 éves periódust írt le Tönnis és Brock (1955), a röntgenkezelés hatását demonstráló Kaplan (1941) pedig 15 éves túlélést említ.

Kétségtelen azonban, hogy a „teljes sebészi eltávolítás” nem szükségszerűen jelent szövétileg is teljes kiirtást, hiszen az annak vélt esetekben sokszor látni lokális recidívát vagy anélkül is daganat-sejtcsoportokat (Zülch).

Kézenfekvő lenne a második daganatot az első liquor-metastasisaként értékelni. Furcsa volna azonban ez a b. o. oldalkamra látható épsége és egyéb liquor-metastasisra utaló jel nélkül. A direkt terjedés lehetősége ellen szól a III. agykamra érintetlensége. Ugyanis nem láttuk sem a III. agykamra, sem a túloldali oldalkamra „ependymitis granularis”-át, amely subependymomához gyakran csatlakozik és a lumbalis liquor-üledékben sem voltak tumorsejtek.

Az ependymomák metastasisáról általában azt írják, hogy „éretlenebbek” az alap-tumornál, gyakran arra nem is emlékeztető szöveti szerkezetűek, sok bennük a

kötőszöveti elem, így patológiás erekben is gazdagok (Tönnis és Zülch, Zülch, Zülch és Schmidt). Esetünkben viszont a két daganat teljesen egyező szöveti szerkezetűnek bizonyult.

A további lehetőség mérlegelése a kialakulást illetően már igen messzire vezetne, ugyanis azt is mondhatnánk, tíz év után ugyanúgy – ugyanolyan hatásra – jött létre a daganatfejlődés a j. o. oldalkamrában, mint korábban a b. oldalon történt. Ez esetben a daganat biológiai tulajdonságai és a szervezet kölcsönhatása (a kamrán belüli nyomásviszonyok azonossága pl.) lehetne az alapja az azonos szöveti képnek.

Nem kívánunk azonban túllépni az észlelés adta lehetőségeken, így csupán arra kívánjuk felhívni a figyelmet, hogy hosszabb nyugodt periódus után, „teljes sebészi eltávolítást” követően is számolhatunk azzal, hogy a subependymoma „recidívájával” találkozunk, noha „érett” tumorról van szó.

Összefoglalás

A szerző gyermekkori oldalkamra tumor operált esetét ismerteti. A daganat teljes eltávolítása után a beteg 10 évig panaszmentes volt. Tíz év múltával a gyorsan kialakuló koponyaűri nyomásfokozódás tüneteit a túloldali oldalkamrában növekvő, azonos szöveti szerkezetű, a szövettani vizsgálat szerint az ependymomák ún. subependymoma variánsa okozta, amelyet műtétilag ugyancsak eltávolítottak. Rámutat, hogy a daganat teljes eltávolítása milyen mértékben befolyásolja a túlélés lehetőségét.

IRODALOM: 1. *Arendt, A.*: Histologisch-diagnostischer Atlas der Geschwülste des Zentralnervensystems und seiner Anhangsgebilde. VEB Fischer Verl. Jena, 1977. – 2. *Bartlett, J. R.*: Tumors of the lat. ventr. Hdb. of Clin. Neurol. North Holland Publ. Co., 1974. Vol. 17, pp. 596–609. – 3. *Bernasconi, V. and Cabrini, G. P.*: Radiological features of tumors of the lateral ventricles. Acta Neurochir. (Wien) 17, 291 (1967). – 4. *Boykin, F. C., Cowen, D., Iannucci, C. A. J. et al.*: Subependymal glomerate astrocytomas. J. Neuropath. exp. Neurol. 13, 30 (1954). – 5. *Chisid, J. G.*: Ependymoma in the third and fourth ventricles, with implants in spinal subarachnoid spaces. Arch. Neurol. (Chic.) 59, 408 (1948). – 6. *Fokes, E. C. and Earle, C. E.*: Ependymomas: clinical and pathological aspects. J. Neurosurg. 30, 585 (1969). – 7. *French, D. J., Bucy, P. C.*: Tumors of the septum pellucidum. J. Neurosurg. 5, 433 (1948). – 8. *Fu, Y. S., Chen, A. T. L., Kay, S. and Young, H. F.*: Is subependymoma (subependymal glomerate astrocytoma) an astrocytoma or ependymoma? Cancer 34, 1992 (1974). – 9. *Giampalmo, A.*: Zur Frage der extraventrikulären Ependymome. Zbl. Neurochir. 2, 2983 (1937). – 10. *Kernohan, J. W. and Felther, E. M.*: Ependymomas. A study of 109 cases. Williams and Wilkins, Baltimore, 1937. – 11. *Kricheff, I. I., Becker, M., Schneck, S. A. and Taveras, J. M.*: Intracranial ependymomas: factors affecting prognosis. J. Neurosurg. 21, 7 (1964). – 12. *Mabon, R. F., Kernohan, J. W. and McCraig, W.*: Ependymomas. Proc. Mayo Clin. 24, 65 (1949). – 13. *Phillips, G. L., Sheline, G. E. and Boldrey*: Therapeutic consideration in tumors affecting the central nervous system. Ependymomas. Radiology 83, 98 (1964). – 14. *Ringertz, N. and Raymond, A.*: Ependymomas and choroid plexus papillomas. J. Neuropath. exp. Neurol. 8, 355 (1949). – 15. *Rubinstein, L. J.*: Tumors of the central nervous system. Atlas of tumor pathology. 2nd ser., fasc. 6. Washington D. C. Armed Forces Inst. of Pathol. 1972. – 16. *Russel, D. S., Rubinstein, L. J.*: Pathology of Tumors of the Nervous System, ed. 4. London, Edward Arnold, 1977. – 17. *Scheithauer, B. W.*: Symptomatic subependymoma. Report of 21 cases with review of the literature. J. Neurosurg. 49, 689 (1978). – 18. *Scheinker, I. M.*: Subependymoma – A newly recognized tumor of subependymal derivation. J. Neurosurg. 2, 232 (1945). – 19. *Tarlov, I. M. and Davidoff, L. M.*: Subarachnoid and ventricular implants in ependymomal and other gliomas. J. Neuropath. exp. Neurol. 5, 213 (1964). – 20. *Tönnis, N. and Zülch, K. J.*: Das Ependymom der Grosshirnhemisphären im Jugendalter. Zbl. Neurochir. 2, 141 (1937). – 21. *Zülch, K. J.*: Brain tumor. Their biology and pathology. Heineman, London, 1965. – 22. *Zülch, K. J. u. Schmidt, E. E.*: Über das Ependymom der Steitenkammern am Foramen Monroi. Arch. Psychiatr. u. Z. Neur. 193, 214 (1955). – 23. *Zülch, K. J.*: Hirngeschwülste im Jugendalter. Zbl. Neurochir. 5, 238 (1940).

SYDNOCARB®

tabletta

ÖSSZETÉTEL:

Tablettánként 10 mg N-phenylcarbamoyl-3-(β -phenyl-isopropyl)-sydnominium-ot (= mesocarbum-ot) tartalmaz.

JAVALLATOK:

Alkalmazása általában kiegészítő terápiaként javasolt, kivételesen önálló gyógyszeres terápia formájában is lehetséges.

Neurastheniás, pseudoneurastheniás, exhaustív állapotok. Inaktivitás, intellektuális gátoltság és csökkent koncentráció-készség. Gyógyszeres neuroleptis okozta nem kívánt adynamia.

Depressió kezelésére önmagában nem alkalmas. Kombinált kezelésben a reactiv vagy exhaustív eredetű gátolt depressiókban gyorsítja a thymoleptikus vagy thymoretikus gyógyszerek hatásának kifejlődését és adjuvánsként alkalmazható a gátolt jellegű depressio javuló fázisában az inaktivitás csökkentésére, a koncentrációs készség javítására.

ELLENJAVALLATOK:

Mindazon kórformák és tünetcsoportok, amelyek kizárják a psychostimulánsok adagolását, nyugalmat követelő betegségek (infarctus myocardi, hypertonia, angina pectoris, hyperthyreosis stb.), valamint arteriosclerosis. Gyógyszer abususra, narcomániára való hajlam, mániás fázis veszélye. Productív psychopathologiai tüneteknél (hallucináció, téveseszmék, oneroïd állapotok stb.) agresszív, szorongó, agított betegeknek nem adható.

Terhesség.

ADAGOLÁS:

A terápiás kezdeti adag napi 5 mg ($\frac{1}{2}$ tabl.), az átlagos napi dózis 10–20 mg (1–2 tabl.) a betegség természetétől függően általában napi 2–3 adagra elosztva, maximálisan 3–4 hétig.

Általában 16^h után ne alkalmazzuk!

MELLÉKHATÁSOK:

Alvászavar, hangulat-labilitás, étvágytalanság, esetenként kiskökö vérnyomás-változás és tachycardia. Túlzott élnkség, az aktivitás nem kívánt növekedése előfordulhat. Ezek általában átmeneti jellegűek és a gyógyszer kihagyására, ill. a dózis csökkentésére megszűnnek.

Alvászavar esetén a napi adagot célszerű két dózisban alkalmazni, ill. szükség esetén altató adható.

Alkalmazásánál néha paradox hatás jelentkezhet!



FIGYELMEZTETÉS:

Kúraszerű adagolása nem tarthat 3–4 hétnél tovább!

Fénytől védeni kell.

MEGJEGYZÉS: ☒☒

Vényre csak egyszer kiadható. Orvos részére, személyi igazolvány felmutatása mellett nem adható ki.

Rendelése, kiszolgáltatása és gyógyszer-tári nyilvántartása tekintetében a 20/1972 (Eü. K. 15) Eü. M. sz. utasítás hatályos.

CSOMAGOLÁS:

20 tablettá

Téritési díj: 4,80 Ft

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST**

EUNOCTIN[®]

tabletta



ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 10 mg nitrazepam.-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 emotionális 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-fokozó-dással járó organicus neurológiai megbetegedések. Fokozott psychés feszültséggel, szorongással járó psychiatriai kórképek, fekvőbeteg-gyógyintézetben kiegészítő kezelésére.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravis.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek este $\frac{1}{2}$ —1 tabletta (5—10 mg), — idős, legyengült egyéneknek $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ tabletta (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 tabletták alkalmazása nem ajánlatos. Eunoctin bevétele után 10—12 óráig gépkocsit vezetni, magasban, veszélyes munkahelyen dolgozni nem lehet.

MEGJEGYZÉS: ☩ „Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.”

CSOMAGOLÁS: 10 tablettá

Térítési díj: 2,— Ft



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

М. С а б о: *Повторение субэпендимомы бокового желудочка на противоположной стороне.*

Автор описывает оперированный случай опухоли бокового желудочка в детском возрасте. После полного удаления опухоли у больного на протяжении десяти лет жалоб не было. Спустя десять лет у больного появилось быстро возникшее повышение внутричерепного давления, которое вызывалось растущей в другом боковом желудочке опухолью, тождественной тканевой структуры. Гистологическое исследование выявило так называемый субэпендимомный вариант эпендимом. Опухоль также была удалена. Автор указывает на то, в какой мере влияет полное удаление опухоли на шансы выживания больного.

М. S z a b ó: *Kontralaterale Wiederholung eines Subependymoms des Seitenventrikels*

Totale Entfernung eines Tumors des Seitenventrikels erzielte bei einem Kind 10 Jahre Beschwerdefreiheit. Danach entwickelten sich schnell Hirndrucksymptome, deren Ursache eine Geschwulst im gegenseitigen Seitenventrikel war. Dieser ebenfalls durch Operation entfernte Tumor hatte gleiche histologische Struktur wie der erste, d. i. erwies sich als sog. Subependymom-Variant der Ependymome. Auf die Bedeutung der totalen Abtragung des Tumors für das Überleben wird hingewiesen.

Beszámoló

8. Pszichiátriai Duna-Szimposium.

Pozsony, 1978. szeptember 28–30.

A 8. Pszichiátriai Duna-Szimposiumot a Szlovák Orvosi Társaság és a pozsonyi Komensky Egyetem közösen rendezte. Elnöke Guensberger professzor, alelnöke Molcan docens volt. A résztvevő pszichiáterek és pszichológusok elsősorban a dunamenti országokból, de máshonnan is érkeztek; hivatalos nyelv a német volt.

A Kiev szállóban tartott tudományos üléssorozat egyetlen témája: „A Pszichoterápiák”. Jóllehet az analitikus kezelések – idő hiányában – eleve nem szerepeltek a programban, az előadások nagy száma párhuzamos szekciókat igényelt. A Szimposium mindhárom napján tartott plenáris üléseken hangzottak el a téma általános, elvi kérdéseit elemző referátumok, majd 3 szekcióban került sor a speciális problémakörökkel és technikai szempontokkal foglalkozó előadásokra. Az ülések naponta kerekasztal-konferenciákkal zárultak; ezek keretében nyílt lehetőség a tisztázatlan, avagy menetközben felmerülő kérdések megvitatására. A gazdag de szoros program ismert következménye, hogy a résztvevő választani kényszerült az egyidőben folyó és érdeklődésre egyaránt igényt tartó előadások, viták között.

A tudományos üléssorozat I. napján – a megnyitó ünnepséget követően – a *pszichoterápiák általános kérdéseivel*, a szemlélet változásával, a bevezető referátumában az „integratív pszichoterápiában” jelölte meg a haladás útját. Véleménye szerint, korunk pszichoterápiás szemléletére jellemző, hogy beteg- és rehabilitáció-centrikus. E cél érdekében választja a terapeuta az egyes módszereket és gyakran azok kombinációját alkalmazza. *Leder* (Varsó) a szemléletváltozás lényegét a megfelelő technika elméleti kidolgozásában, az indikáció kérdésének elemzésében látja. *Guensberger* (Pozsony) és *Szegedy M.* (Budapest) különböző tárgyú referátumának közös mondanivalója, hogy minden pszichoterápia lényege az emberi magatartás módosítása, amit különböző módszerekkel érhet el. A pszichoterapeuta legfőbb feladata, hogy betege alapos ismeretében megtervezze terápiás stratégiáját, felállítsa a kezelés indikációját és megválassza a leginkább eredményesnek ígérkező módszert. *Juhász* és *Veér* (Budapest) falusi neurotikusok exploratív pszichoterápiájának, *Reimer* (Weisberg–Weissenhof) pszichotikusok intézeti kezelésének, *Dominik* (Krakkó) neurozisosk terápiájának eredményeiről számoltak be. Élénk vitára adott alkalmat *Pogády* és *Breier* (Pezinok) referátuma, amely a pszichoterápia etikai és jogi problémáival foglalkozott. Jóllehet a személyiségbe – a pszichoszociális restitúció céljából – történő beavatkozás nem tekinthető izolált etikai kérdésnek, egyike csupán terápiás módszereinknek, mégis sajátos problémákat vet fel.

A Szimposium II. napján mind a plenáris ülés, mind a szekciók csaknem kizárólag a *magatartás-terápiáival* foglalkoztak. *Wolpe* (Philadelphia), *Guensberger* (Pozsony), *Zapotoczky* (Bécs) bevezető referátumai, valamint az előadások lényegében egységesen tükrözték azt a szemléletet, hogy a beteg gondos elemzése alapján lehet és kell eldönteni, vajon magatartás-, – avagy más terápiától várható elsősorban a viselkedés alakulása, a szorongásmentes magatartás kifermálódása. – A különböző módszerek technikai kérdéseit szekció üléseken vitatták meg a résztvevők.

Az *alkoholizmus* pszichoterápiás problémáit *Skála* foglalta össze. Ezen az ülésen került sor *Dobranovits*, *Katona* és *Szilárd* (Szeged) előadására, akik az önkéntes és kényszer-elvonókúrák terápiás tapasztalatairól számoltak be.

A pszichoterápiák szerepét és lehetőségeit *pszichozisokban Hofmann* (Linz) referátuma elemezte. *Pollner* (Budapest) a depressziók pszichoterápiájáról tartott előadást, *Huszár* és *Szegedy L.* (Budapest) a sclerosis multiplex pszichoterápiás megközelíthetőségéről beszélt.

A *kombinált terápiákkal* foglalkozó ülésen az állásfoglalás egyértelmű volt a tekintetben, hogy pszichozisokban csakis biológiai és pszichés kezelés együttes alkalmazásától várható eredmény. Megoszlottak azonban a vélemények neurozisosk „is-is”, illetve „vagy-vagy” terápiája kérdésében. *Bukowczyk* (Lodz) hangsúlyozta, hogy az orvos feladata mindenkor – válasszon bármilyen kezelési módot – a beteg észlelése és rugalmasság a rehabilitációt szolgáló terápiás változtatások, kombinációk kérdésében. A szekció programjában szerepelt a magyar résztvevők közül *Gaszner* (Pécs) előadása az atropin-coma kezelésben részesült betegek pszichoterápiájáról, valamint *Frater* (Budapest) beszámolója a biológiai és pszichoszocioterápiás módszerek együttes alkalmazásának eredményeiről.

A Szimposium III. napját a gyermekpszichiátriának szentelték. *Spiel* (Bécs) bevezető referátumában tárgyalta a pszichoterápia és fejlődés vonatkozásait, a gyógyítás gyermek- és serdülőkorban felmerülő elvi és gyakorlati problémáit. A speciális kérdéseket (neurozisosk, pszichozisosk, iskoláskori magatartászavarok, enuresis, epilepszia, beszédzavarok stb.) kerekasztal-üléseken vitatták meg.

– A gyermekpszichiátriai előadásokkal párhuzamosan folytak technikai problémákkal foglalkozó szekciók és a *szexuális zavarok* pszichoterápiáját tárgyaló ülés. Utóbbi referense *Molcan* (Pozsony) volt, aki összegezte az ún. klasszikus és a magatartásterápiák eredményeit, saját kezelési módjuk tapasztalatait. – *Zsemlye Klára* (Budapest) ugyanitt matrimoniális konfliktussal rendelkező betegek terápiás eredményeiről számolt be.

A Szimpózium szeptember 30-án délután Guensberger professzor zárszavával ért véget. Az ülésorozatot – a program zsúfoltsága ellenére is – a jó szervezés, a résztvevők aktivitása, élénk vitaszellem, kollegiális légkör jellemezték. Sikeréhez nagymértékben hozzájárult a vendéglátók segítőkészsége, figyelmessége, ami úgy a tudományos, mint a társasági program szervezésében érvényesült.

A Szimpózium ideje alatt ülésező Kuratórium határozata értelmében – megfelelően a hagyományos sorrendnek – a következő, 9. *Pszichiátriai Duna-Szimpózium 1980. őszén, Budapesten* lesz. Főtémája: „*Organikus pszichoszindrómák*”

Frater Rózsa dr.

Beszámoló

XX. Román Nemzeti Idegyógyász Kongresszusról, s az ehhez csatlakozó Román Nemzeti Klinikai EEG, EMG és Neurofiziológiai Konferencia. Bukarest, 1978. október 18–21.

A MOTESZ megbízásából a Román Idegyógyász és Idegsebész Társaság vendékküldöttjeként vettem részt a Bukarestben 1978. október 18–21. között megrendezett XX. Nemzeti Idegyógyász Kongresszuson, illetve az ehhez csatlakozóan megtartott Nemzeti Klinikai EEG, EMG és Neurofiziológiai Konferencián. A kongresszus másik magyar vendékküldöttje dr. *Csanda Endre* egyetemi tanár, a Semmelweis OTE Neurológiai Klinikájának igazgatója volt. A hivatalos küldötteken kívül a kongresszusnak még 5 magyar résztvevője volt.

A kongresszus szervezőbizottságának tiszteletbeli elnöke *A. Kreindler* akadémikus, elnöke prof. *V. Voiculescu*, alelnökei prof. *C. Arseni* és prof. *AL. Sofletea* voltak. Nemzeti kongresszus lévén az előadások hivatalos nyelve a román volt. A külföldi résztvevőkre tekintettel a rendezőség angol, orosz és francia nyelvű szinkron tolmácsolásról gondoskodott. A tolmácsolás sajnos nem tudta követni az előadásokat, s így sok esetben a hallgató kénytelen volt az előadások angol-francia nyelvű összefoglalását tartalmazó kivonatkozetre hagyatkozni.

A kongresszus munkájában számos külföldi (szocialista és nyugati országokból jött) előadó is részt vett.

A kongresszusnak 3 főtémája volt:

1. Az extrapyramidalis betegségek kórtana és terápiája.
2. A liquor cerebrospinalis patológiája.
3. Az izombetegségek.

A főtémák mellett a szervezőbizottság két kerekasztal-konferenciát is szervezett az aphasiák, ill. a cerebellocerebralis összeköttetések témakörében.

1. Az extrapyramidalis betegségek kórtana és gyógykezelése főtémában elsősorban a parkinsonizmus klinikumára, kórtanára, gyógykezelésére vonatkozó előadások hangzottak el. E megbetegedés patomechanizmusát, gyógyszeres és stereotaxiás műtéti kezelésének lehetőségeit foglalták össze a bevezető referátumok is. Több előadás foglalkozott a catecholaminok parkinsonizmusban észlelt megváltozott anyagcseréjével, az L-Dopa és Sinemet kezelés tapasztalataival. E főtéma keretében hangzottak el a magyar résztvevők (*Antal* és mtsai, *Csanda* és mtsai) előadásai is, melyek egyrészt a parkinsonos tünetek kiértékelésének objektív módszereit, másrészt a betegség modern gyógyszeres kezelését, s annak eredményességét elemezték.

Az e főtémához csatlakozó előadások más része az extrapyramidalis betegségek széles skáláját ölelte fel. Így hangzottak el előadások a chorea thiopterazine és chorea butyphenone kezeléséről, a hemiballizmus klinikumáról és patológiai szubsztrátumáról, a palatalis és ocularis myoclonusról, a torticollis és a blepharospasmus kezeléséről.

2. A liquor cerebrospinalis patológiája főtémában számos előadás foglalkozott a normo- és hypertensiv hydrocephalusok kérdésével, a liquorkeringés és hydrodinamikájával, a hydrocephalusok sebészi kezelésének kérdésével. Más előadások a liquordiagnosztika lehetőségeit elemezték az agyi vérzéses és ischemiás lágyulások elkülönítésében.

3. Az izombetegségekkel foglalkozó ülésszakon számos előadó foglalkozott a dystrophia myotonica klinikumával, biokémiájával, genetikai kérdéseivel. Értékesek voltak a myasthenia gravis klinikumát és immunszuppresszív gyógykezelését elemző előadások.

A szabad előadások keretében az előadások a neurológiai megbetegedések széles skáláját felölelő megfigyelésekről, terápiás tapasztalatokról adtak számot.

A Nemezzti Idegyógyász Kongresszust követően került megrendezésre a Román Nemzeti Klinikai EEG, EMG és Neurofiziológiai Konferencia. A konferencia tiszteletbeli elnöke *O. Sager* akadémikus, elnöke prof. *I. Cincă*, alelnökei prof. *L. Popoviciu*, prof. *V. Nestianu* és *I. Stoica* voltak. A konferencia két főtémája a kiváltott potenciálok vizsgálatára, illetve az agyi keringés neurofiziológiai vizsgálatának módszereire vonatkozott.

Az előadások a vizuális, auditív és szomatoszenzoros kiváltott potenciálok elemzésével foglalkoztak ép és kóros körülmények közt, elsősorban vascularis károsodásokban, különböző eredetű anyagcsere-encephalopathiákban, epilepsziában. Az EMG vizsgálatok a perifériás idegek motoros vezetési sebességének változásait elemezték. Az agyi regionalis átáramlásra vonatkozó vizsgálatokkal négy előadás foglalkozott. Vizsgálataikat az előadók angioszintigráfias módszerrel végezték és az arteriális okklúziókat követően megfigyeléseikről számoltak be.

dr. Szegegy László

Beszámoló

elmeosztály és elmebetegeket gondozó szociális otthon kapcsolatáról

Az elmeosztályok és elmebetegeket gondozó szociális otthonok kapcsolatának átfogó, általánosabb témáján belül, jelen közleményben e kapcsolat egy ténylegesen megvalósult, szervezett formájáról, a Szentgotthárdon működő Fővárosi Elmeszociális Otthon és a XIII. ker. E. GY. M. I. elmeosztályai között létrejött szakmai együttműködés alapelveiről és tapasztalatairól számolunk be.

A szentgotthárdi elmeszociális otthon, szocialisan ellátatlan, gondozásra szoruló pszichiátriai betegeket befogadó 530 férőhelyes, nagy intézmény, amely a szociális otthonok hálózatában és a fővárosi idült pszichiátriai betegek gondozásában jelentős szerepet tölt be. Az elmeotthoni gondozottak közt a pszichiátriai kórformák széles skálája fellelhető. E gondozottak betegségük természeténél fogva rendszeres, folyamatos elmeorvosi kezelést és gondozást is igényelnek, ennek ellenére a szociális otthoni elhelyezésük elsősorban társadalmi helyzetük degradációjának a következménye.

Az elmeszociális otthon tehát szociális otthon és elmeosztály funkcióját szolgálja. Jogi és szervezési szempontból *szociális otthon*, ahol függetlenített, önálló és kizárólagosan ilyen munkát végző elmeorvosra nem volna szükség. (Ennek megfelelően az évek során véglegesen letelepedő orvost az otthon nem is tudott magának biztosítani.) A gondozottak pszichiátriai státusa szempontjából: *elmeosztály*, mely csak abban különbözik hazai elmeosztályainktól, hogy új-felvételre betegek, friss, heveny köresetek felvételére és ellátására nem jogosult és nincs berendezkedve. Ezen dialektikus paradoxon áthidalását szolgálta az a keretmegállapodás, amely a Fővárosi Tanács kezelésében levő legnagyobb elmeokrház és a Fővárosi Tanács Szociálpolitikai Osztályának igazgatása alatt álló legnagyobb fővárosi elmeszociális otthon, a szentgotthárdi otthon között jött létre. A keretmegállapodás tulajdonképpen szakmai közelítést, vagy ha úgy tetszik integrációt takar; megvalósítását természetesen megkönnyítette volna, ha nem egymástól 260 km-nyire levő intézményekről lenne szó. A távolság ellenére, az integrációs célkitűzések bizonyos jólsikerült tapasztalatairól szeretnénk az alábbiakban beszámolni.

1976. augusztus 1-ével érvénybe lépett integrációs megállapodás meghatározta az együttműködés kereteit. Ennek értelmében a Szentgotthárdi otthonban az elmeorvosi ellátás, szakmai irányítás és felügyelet a kórházi elmeosztályok feladata. Az elmeosztályok orvosi folyamatos, egymást felváltva látják el az intézetben a pszichiátriai teendőket. Az orvosok rotációja részleges; két orvos minden év egyik felét az otthonban tölti és az év másik felében is felügyeletet gyakorol a helyileg ott-tartózkodó kolléga munkája felett. – A betegotthon csak a kórház elmeosztályairól vesz át beutalt betegeket, megfigyelés, felülvizsgálat és szociális otthoni gondozásra való alkalmasság elbírálása után. A kórházi felülvizsgálat vonatkozik az elmeosztályok ellátási területéhez tartozó, a területén kívüli, budapesti beutaltakra és az olyan általános szociális otthoni gondozottakra, akiknél elmeszociális otthoni áthelyezés szükségessége merül fel. A tartósan veszélyeztető állapotú intézeti gondozottakat, akik huzamos, aktív elmeosztályos kezelést igényelnek, az elmeosztály visszaveszi. Szociális otthoni gondozásra való végleges alkalmatlanság esetén, az intézetből történő kiléptetésre az elmeorvos tesz javaslatot, a gondozottat pedig továbbra is az elmeosztály ápolja. A megállapodás kiter az otthonban működő elmeorvos véleményezési jogkörére is, kiléptési és áthelyezési kérelmek, hatósági megkeresések esetében.

Az együttműködés vázolt keretei között kezdtük meg orvosi tevékenységünket az intézetben 1976 augusztusában. Már az első hónapok tapasztalatai rámutattak több olyan, jogi-szakigazgatási-orvosi szempontból tisztázatlan és rendezetlen kérdésre, melyek nehezítik a szakmailag korszerű jogi és etikai követelményeknek megfelelő pszichiátriai működést.

Ilyen nehézség forrása az, hogy az elmeszociális otthoni gondozottak köre orvosi (pszichiátriai) szempontból nem egységes. Csak egy részük szenved egyértelműen elmebetegségben, másik részük a szervei idegrendszeri és lelki kórállapotok különböző eredetű és súlyosságú formájában szenved. Megtalálhatók közöttük az értelmi fogyatékosok, epilepsziások, alkoholbetegek, kóros személyiségek, súlyos érzékszervi fogyatékosok, akik – kórosan csökkent adaptációs készségük folytán – átlagos emberi közösségbe való beilleszkedésre tartósan – bár nem feltétlenül véglegesen – képtelenek. A gondozottak heterogén jellege differenciált kezelési és foglalkozási módot tesz szükségessé és a véleményezési munkában, az elmeszociális intézeti tartózkodás indokoltágának megítélésében is nehézségeket okoz. – Másik probléma, a veszélyeztető állapotban levő gondozottak orvosi ellátásának és intézeti gondozásának kérdése. Az otthon működését szabályozó rendelet értelmében – az akkori kifejezés szerint – ön- és közveszélyes elmebeteg elmeszociális otthonban nem helyezhető el, illetve nem tartózkodhat. Ez az elv a gyakorlatban nem valósítható meg. Szinte elkerülhetetlen, hogy a gondozottak egy részénél, betegségük természetéből adódóan, időszakosan jelentkeznek olyan múltó vagy tartós állapotrosszabbodások, melyek veszélyeztető magatartással járnak. Ilyen veszélyeztető állapotnak tekinthető pl. az idült skizofrén betegeken jelentkező elmekegros heveny izgalmi tünetek, az epilepsziás betegek roham utáni ködös állapota vagy kóros indulati reakciója stb. E kérdés megoldására szükséges volna az intézetben belül egy 40–50 ágyas, elmeosztályos feltételek közt működő betegosztály-részleg kialakítása, kizárólag az otthonban gondozott betegek időszakos, intenzívebb pszichiátriai ellátása céljából, ami lehetővé tenné az átmenetileg veszélyeztető állapotú gondozottak szakszerű gyógykezelését és felügyeletét. Ennek személyi feltételei az intézetben adódnak (elmeorvos állandó jelenléte, a jól képzett, részben elmeápolói képesítést is szerzett ápolószemélyzet). Megjegyzendő, hogy ezen részleg kialakítását, pénzügyi szempontok nehezítik; az elmebetegeket (!) ápoló szociális otthonokban nem jár veszélyességi pótlék. – További rendezetlen kérdés az, hogy jogilag nem szabályozott az intézeti gondozottak tartós vagy átmeneti korlátozott beszámíthatóságából eredő szabadságkorlátozása. A kóros elmeállapotból adódó, olykor hosszabb ideig vagy tartósan szükséges szabadságkorlátozás miatt, az elmeszociális otthoni gondozottakra vonatkozóan is indokolt lenne létrehozni az – elmeosztályokon kötelező – orvosi bizottsági szemlélt. Ellenkező irányú tapasztalat, hogy felül kellene vizsgálni a gondozottak végleges jellegű elhelyezésének kérdését is, részben a lehetséges javulásra, részben szociális-családi körülményeik esetleges rendeződésére tekintettel. Az elmeszociális otthonban gondozottak jelentős része viszonylag fiatal életkorban van.

Az együttműködés több mint másfél éve alatt az említett nehézségeket is figyelembe véve, az adott lehetőségek határain belül, igyekeztünk munkánkat az elmeorvosok korszteri elveinek megfelelően kialakítani. A szociális otthon elhelyezésére javasolt betegek körét korlátoztuk, hogy nem kellően indokolt esetek vagy szociális otthoni gondozásra nem alkalmas betegek ne kerüljenek az intézetbe. Elsősorban a progresszív jellegű, zavartsággal, elbutulással járó időskori elmezavarban szenvedők és az idősebb (skizofrén) elmebetegek elhelyezését javasoltuk, akiknél a hosszú, gyakran többévtizedes kórelőzmény, a rehabilitáció kudarca, huzamos, olykor sokéves kórházi ápolás során észlelt állapot alapján valóságosan – legalábbis belátható időn belül – érdemi javulás nem várható; vagyis olyan betegeket, akik főként gondozásra és felügyeletre szorulnak. A fiatalabb betegek közül lehetőleg csak az irreverzibilis kórosok, súlyosabb értelmi fogyatékosok beutalását javasoltuk. Nem kezdeményeztük, illetve már érvényes beutaló határozat esetén, felülvizsgálatkor nem javasoltuk azoknak a fiatalabb elmebetegeknek elhelyezését, akiknél az észlelt tüneti kép és betegségfolyás alapján akárcsak csekély remény is maradt a javulást, illetve a reszocializációt és rehabilitációt illetően, vagy azoknak, akik a betegség tünetei és lefolyása alapján, várhatóan a jövőben is aktív kezelésre szorulhatnak vagy feltehetően az otthonban is veszélyeztető magatartást tanúsíthatnak.

A beutalt betegek legalább egyhónapos elmeosztályi tartózkodás után, egyenesen a kórházból kerülnek az otthonba és nem a lakóterületről. Régebben gyakran megtörtént, hogy a beutaltak a lakóterületről kerültek az otthonba, előzetes elmeosztályos kezelés vagy ambuláns gondozás és gyógyszerelés nélkül. Közülük nem egy, már érkezésekor heveny elmekegros tüneteket, veszélyeztető magatartást tanúsított. Az előzetes kórházi tartózkodás és megfigyelés, az elhelyezésre való alkalmasság újlágos megítélése, a kezelés beállítása és a közvetlen elhelyezés minimalisra csökkentette – bár teljesen nem zárja ki – annak lehetőségét, hogy veszélyeztető állapotú beteg kerüljön az otthonba. A bevált gyógyszeres kezelést az otthonban azonos módon folytattuk tovább. Elmeosztályainkról a beutaltak – a korábbi gyakorlattól eltérően – a szociális és jogi helyzetre is kiterjedő, részletes orvosi dokumentációval érkeznek az otthonba, ami határozottan javítja az orvosi és gondozási munka színvonalát.

Az otthonban elhelyezett betegek jogi helyzete az előírásoknak megfelelően rendezett. Csak gondnokság alá helyezett beteg kerül az otthonba és minden beutalt beteget elhelyezés előtt, kórházi tartózkodása alatt orvosi bizottsági szemle elé állítjuk.

Az otthonban folytatott diagnosztikus, gyógyító-gondozó orvosi tevékenység során, amely vizitek és ambuláns rendelés formájában történik, a nagyszámú beteg diagnózisának és főleg jelenlegi pszichiátriai státuszának megállapítására és komplex kezelésre törekedtünk. Viszonylag nagy számban

találtunk aktív tüneteket mutató pszichotikus betegeket és gyakori rohamokban szenvedő epilepsziásokat, akiknél folyamatos és intenzív gyógyszeres kezelést alkalmaztunk. A tünetszegényebb, a maradványtünetekkel vagy főleg személyiség hanyatlással jellemzett elmebetegeknél, és a remisszióban levő betegek esetében is rendszeres pszichiátriai gondozást folytatunk, ami magában foglalja a gyógyszeres, egyéni pszichoterápiás kezelést és munkaterápiás foglalkoztatást is.

Elősegítette orvosi munkánkat, hogy az intézetben minden szükséges gyógyszer kórházi igényeket is kielégítő módon, széles változatban és kellő mennyiségben, korlátozás nélkül rendelkezésre áll, és hogy a betegek megismerésében és gondozásában jelentős segítséget kaptunk a szakmailag jól képzett, segítőkész és toleráns gondozószemélyzettől.

A betegek állapotának alaposabb megismerése céljából, az utóbbi fél évben megkezdtük az általunk szerkesztett 30 pontos „adatfelvételi lap” alapján, mind az 530 gondozott pszichiátriai állapotának és szociális viszonyainak felmérését, különös figyelemmel a betegek funkcionális állapotára, vagyis a szociálilitás és produktivitás mértékére, valamint szociális kapcsolataikra. A felmérés célja a nagyszámú gondozott betegség folyamatában a jelenlegi állapot tisztázása, a további terápiás és esetleges rehabilitációs teendők meghatározása céljából. Ennek eredményéről a munka végleges befejezésekor részletesen be fogunk számolni.

Gyógyító- gondozó orvosi munkánk ellátásában bizonyos nehézségeket okozott és okoz a betegek nagy létszáma; a különböző súlyosságú beteg gondozottak szétszórt elhelyezése; az intézet otthon-jellegéből fakadó sajátos helyzet; az alkoholisták adaptációs zavarából és olykor aszociális, antiszociális magatartásából adódó konfliktusok. Utóbbiak, különösen a fiatalabb, munkaterápiában foglalkoztatható alkoholbetegek – otthonjellegű intézményben való gondozásának célszerűsége és alkalmassága egyébként is vitatható.

A véleményezési ténykedésben a korábbi gyakorlathoz viszonyítva változást jelent az, hogy nem egy, hanem legalább két vagy három elmeorvos véleményétől függően történik a beutalási javaslattevél, valamint az, hogy a kilépési kérelmek vitás eseteiben az elmeosztály felveszi a gondozottat megfigyelés és felülvéleményezés céljából. Mindez alaposabb, egyéni és méltányos elbírálásra ad lehetőséget, bár egy lényegi kérdést ez sem old meg. Ugyanis még az ilyen módon kiadott vélemény is csak arra vonatkozóan nyilatkozhat, hogy a gondozott rehabilitációja, elmeállapota alapján megkísérelhető-e? A tényleges rehabilitáció elindításához szükséges lenne olyan „védett” otthonjellegű intézmény létesítése, ahová a gondozottat átmenetileg elhelyezni, munkábaállítását, társadalmi beilleszkedését segíteni lehetne. Erre jelenleg még az integrációs keretek közt sincs lehetőségünk. Ezért a reális megalapozott kilépési kérelmek elbírálása orvosi és etikai szempontból egyaránt komoly gondot okoz.

Az együttműködés ideje alatt több, a helyi területi elmeosztályon történt ismételt kezeléssel ellentétben tartósan veszélyeztető állapotú gondozottat visszavettünk elmeosztályunkra meghatározatlan időre gyógykezelés és ápolás céljából. Közülük többnek az otthonból való végleges kilépését javasoltuk, és őket továbbra is osztályunkon kezeljük. Ezzel a megoldással az elmeszociális otthon működésében első ízben adódott lehetőség a tartósan veszélyeztetett gondozottak kiléptetésére és egyúttal tartós elmeosztályi visszahelyezésre, amire az integrációt megelőzően eddig egyáltalán nem volt mód és lehetőség. Ezeknek a gondozottaknak elhelyezése javította az otthon légkörét és a gondozás körülményeit. (Ezen betegek várhatóan huzamos, esetleg többéves elmeosztályi kezelése ugyan többletterhelést rótt osztályainkra, de ugyanakkor a kölcsönösen előnyös megállapodás lehetővé tette, hogy a kórházi kezelést nem, de gondozást igénylő betegeinket nagyobb számban elhelyezhessük az otthonban.)

Általánosságban azt tapasztaltuk, hogy az életfeltételek, kulturális lehetőségek, a gondozás anyagi-szociális körülményei az elmeszociális otthonban jobbak, mint ami akár az elmeosztályon, akár a szociális otthon hanyatlott beteg izolált életvitele során lehetséges. Ily módon megfelelően megválogatott esetekben, a betegek életkörülményei kedvezőbben alakulnak a szociális otthoni környezetben. A betegek rendszeres foglalkoztatása, különösen a fiatalabb korú gondozottak esetében, szociális otthoni környezetben is feltétlenül szükséges. A 70-es évek elején megindított, és azóta mintegy 80–100 gondozottra kiterjedő szervezett foglalkoztatás elősegítette a betegek aktivizálását és reszocializációját. A rendszeres munkavégzés és a vele járó anyagi juttatás az intézetben belüli élő gondozott számára a rehabilitáció bizonyos szintjét jelenti. A szakmai integráció további lehetőségeket tartogat a foglalkoztatás változatosabb formáinak kialakításában és színvonalának emelésében, a kórházban működő munkaterápiás foglalkoztató részleggel való közvetlen kapcsolatfelvétellel és együttműködés révén.

További tapasztalat, hogy a gondozottak egy részénél a betegségfolyamat a sokéves előzmény és szociális otthoni elhelyezés ellenére sem tekinthető véglegesen lezártnak. Éppen a gondozás folytán, a betegek állapota javul, szociális remissio sokszor következik be és ezzel együtt életsorsuk, helyzetük sem tekinthető befejezett és megváltoztathatatlan ténynek. Ezért is lenne korszerűbb és a realitásoknak jobban megfelelő az olyan rendelkezés, amely végleges helyett, „meghatározatlan ideig tartó, de nem feltétlenül végleges” elhelyezést mond ki. A rendeleti formulától eltekintve a kérdés

lényege az – és ez a pszichiáterek előtt jól ismert probléma – hogy a szociális gondoskodás árnyaltabb formáit megvalósító intézményekre van szükség, ún. éjjeli és nappali szanatóriumokra, tartósan lakást biztosító „védett” otthonokra, nagyobb számban védett munkahelyekre. A gondozottak említett felmérése még nem fejeződött be, de kb. 10–15%-ra tehető azoknak a száma, akiknek nem kellett volna passzív elmeotthoni gondozási keretek közé kerülniök vagy az intézetből elhelyezhetőkné, ha ilyen átmeneti szociális intézményformák működnének, ami módot adna arra, hogy a javult és reszocializálódott beteg gondozottak újra beilleszkedjenek a társadalomba és emellett saját eltartásukhoz anyagilag nagymértékben hozzájáruljanak.

Összefoglalva az együttműködés tapasztalatait, ez a kísérlet a kórház és elmeszociális otthon szoros orvosi integrációjára sikeresnek mutatkozik. A kölcsönös előnyök mellett, az integráció az elmeszociális otthon számára biztosította az egységes szemlélet és szakfelügyelet alapján működő folyamatos elmeorvosi ellátást, az állandó elmeosztályi háttért, a beutalások mind orvosi, mind etikai és jogi szempontból korszerű szemléletet tükröző megvalósítását, és minimálisra csökkentette a tartósan veszélyeztető állapotú gondozottak számát és lehetőségét.

Az integráció kedvező szakmai tapasztalatai alapján javasoljuk más elmeszociális otthonok és elmeosztályok között is hasonló együttműködés létrehozását.

Az elmeszociális otthon, jöllehet a betegeket – szociális helyzetük degradációjából következően – a szociális ellátatlanság szempontjából gyűjti össze, az elmeügyi ellátás integráns részét képezi. Nem állítjuk, hogy az elmeszociális otthon pszichiátriai ellátásában ez az együttműködés az egyetlen lehetséges forma. A szakmailag kedvező kapcsolat az aktív elmeellátást végző elmeosztály és az idült betegek gondozásával foglalkozó elmeszociális otthon között az elmeellátásban egyaránt jelentős szerepet betöltő intézményeket hoz közelebb egymáshoz, dinamikusabb szemléletet alakít ki, az otthonban javítja a betegellátás és gondozás körülményeit, és – kismértékben – csökkenti az elmeosztály idült beteganyaggal való túlzúsúfoltságát.

*Dr. Lax Veronika és
Dr. Fenyvesi Tamás*

T Á J É K O Z T A T Ó

az 1979. évi nemzetközi kongresszusokról

International Conference on „Treatment in Alcoholism”

London, England April 1979.

Inf.: Institute of Psychiatry

10th International Congress on „Suicide Prevention et Crisis Intervention”

Ontario, Canada 17–20. June 1979.

Inf.: Secretariat IASP Congress 79 Suite 700, 71 Bank Str. Ottawa

European Congress of Paedopsychiatry

Madrid, Spain 26–30. June 1979.

Inf.: Prof. dr. Serrate, Sarragossa Madre, Veduna 4.

3rd Congress on „International et Environmental Neurology”

Prague, CSSR

Inf.: J. E. Purkyne, Czechoslovak Med. Society, Sokolska 31. 120 26 Praha 2, CSSR

III. C. I. N. S. Congress (Collegium Internationale Activitatis Nervosae Superioris)

Milano, Italy Spring 1979.

Inf.: Prof. C. L. Cazzullo, Ist. di Clinica Psichiatrica, Via Privata G. F. Besta 1, 20161 Milano, Italy

European Conference of the Society for Psychotherapy Research

Oxford, England 1–5. July 1979.

Inf.: Prof. M. Gelder, Warneford Hospital, Oxford, England

11th International Congress of Psychotherapy

Amsterdam, Netherlands 27. July–1. Sept. 1979.

Inf.: c/o Holland Organizing Center, 16 Lange Voorhout 2514 EE, The Hague

III. International Congress on „Rehabilitation in Psychiatry”

Orebro, Sweden 11–15. Sept. 1979

Inf.: S. Rost, Psychiatric, Rehab. Dept. Regional Hospital 700/04 Orebro

2nd European Congress of EEG et Clinical. Neurophysiology

Salzburg, Austria 16–19. Sept. 1979.

Inf.: Prof. H. Lechner, Univ. Nervenklinik, Auenbruggerplatz 22, 8036 Graz,

Austria

2nd International Symposium on „Adapted Physical Activity for the Handicapped”

Brussels, Belgium November 1979.

Inf.: Universite Lebre de Bruxelles, Av. Paul Heger 28

PERLEPSIN tabletta antiepilepticum

A Perlepsin anticonvulsiv hatásával állatkísérletekben kivédi a tetracor, strychnin és az electroshock által kiváltott görcsöt. Klinikai vizsgálatok alapján antiepilepsiás hatásának bizonyult. Terápiás adagjaiban mentes a barbiturátokra jellemző általános bódító hatástól.

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 0,5 g α -Methyl- α -phenyl-N-morpholinyl-methylen-succinimidum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Az epilepsia különböző típusai. Elsősorban a petit mal és temporalis rohamok együttes előfordulásával jellemzett formáit és az ezzel járó egyéb klinikai tüneteket kedvezően befolyásolja.

Megfelelő adagolással igen gyakran és gyorsan biztosítja a teljes rohammentességet, továbbá a rohamokkal összefüggő klinikai tünetek és a kóros agyi tevékenységek rendeződését.

Egyéb antiepilepticumok részleges hatásossága esetén adjuvánsként is adható, mint ahogy a Perlepsin adagolás is kiegészíthető egyéb antiepilepticumokkal.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést igényel. Az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 3-szor 1 tablettá. Amennyiben a gyógyszer adagolása mellett roham jelentkezik, akkor a napi adagot 3-szor $1\frac{1}{2}$, illetve újabb roham esetén napi 3-szor 2 tablettára növeljük.

Intézeti kezelés esetén, különösen, amikor a rohamok halmozódása miatt gyors eredményt kívánunk elérni, az adagolást napi 3-szor 2 tablettával kezdjük, majd a rohammentesség után az adagot lehetőleg csökkentjük. Gyermekek adagja az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb.

A napi háromszori adagolás lehetőleg a főétkezésekkel egy időben, az esetleges negyedik adag bevétele este lefekvéskor történjék. A hatásosság szempontjából a rendszeres és folyamatos kezelés természetesen elengedhetetlen. Egyéb, közbeeső megbetegedések kezelésénél a Perlepsin adagolása nem mellőzhető.

Az adagolás megszüntetése 2 évi rohammentesség esetén, csak szakorvosi és EEG vizsgálat együttes ellenőrzése mellett lehetséges.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán előforduló nem kívánatos mellékhatások (enyhe gyomorpanaszok, szédülés) az adag csökkentésével általában megszüntethetők. Ha azonban a melléktünetek az adag csökkentésével sem szűnnek meg, ajánlatos az adagolás megszakítása. Az egyéni túlérzékenység súlyosabb esetében (bőrtünetek, haematuria, agranulocytosis) a további adagolást azonnal beszüntetjük!

Hosszabb gyógykezelés és főleg nagyobb adagok rendelése esetén a vizelet és vérkép rendszeres ellenőrzése feltétlenül szükséges.

FIGYELMEZTETÉS! E gyógyszer hatása alatt fokozott elővigyázatosság szükséges. A gyógyszer bevétele után 8–10 órán belül vagy folyamatos szedése esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos.

Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani!

CSOMAGOLÁS: 20 db a 0,5 g tablettá

Térítés: 6,80 Ft

MEGJEGYZÉS: ✖ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CHINOIN  BUDAPEST

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 hatása mellett izom-relaxans és anticonvulsiv hatást is kifejt.

JAVALLATOK: Fokozott psychés feszültséggel, motoros izgalmi állapottal, súlyos szorongással járó megbetegedések. Súlyos hysteriás primitív reakciók. Status epilepticus. Fokozott izomtónussal és spasticitással járó mozgásszervi megbetegedések. Tetanus adjuvans kezelése. Abortus imminens, fenyegető koraszülés, korai burokrepedés. Terhességi toxicosis: a terhesség 3. hónapja után. Placenta praevia. Szülés kitolási szaka. Delíriumok (tremens, toxikus, lázas stb.).

ADAGOLÁS: A diagnosis, a klinikai kép súlyossága alapján célszerű az adagot esetenként meghatározni. A kívánt hatás elérése után a kezelés per os folytatása célszerű.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravis.

FIGYELMEZTETÉS: A kúra kezdetén esetleg fellépő amosság 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.

MEGJEGYZÉS: A Seduxen injekció más injekcióval közös fecskendőbe a hatóanyagok kicsapódásának lehetősége miatt nem szívható fel. ✕ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS: 5 ampulla, (2 ml), térítési díj: 3,30 Ft.

GYARTJA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

