

305 707

ISSN 0019-1442

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XXXVI. ÉVFOLYAM

193—240 OLDAL

5

BUDAPEST 1983. MÁJUS

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

A MAGYAR ELEKTROENCEPHALOGRAPHIAI TÁRSASÁG ÉS
A MAGYAR IDEGSEBÉSZEK TÁRSASÁGA,
A MAGYAR PSZICHIATRIAI TÁRSASÁG KÖZLEMÉNYE

Főszerkesztő: Tariska István

Felelős szerkesztő: Juhász Pál

Szerkesztőségi titkárok: Tringer László, Orosz Éva

Szerkesztő bizottság: Csanda Endre, Horányi Béla, Huszák István, Magyar István, Mérey F. Tibor,
Molnár László, Obál Ferenc, Pálffy György, Pataky István, Pásztor Emil, Pollner György,
Szilárd János, Szinetár Ernő

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

TARTALOM

| | |
|---|-----|
| <i>Pisztora Ferenc dr.:</i> A 100 éves budapesti Pszichiátriai Tanszék és Klinika kezdeti időszaka, Laufenauer Károly (1882—1901) és Moravcsik Ernő Emil (1902—1925) professzorsága alatt — — — — — | 193 |
| <i>Környei István:</i> Schaffer Károly (1925—1936) és kora — — — — — | 210 |
| <i>Angyal Lajos:</i> Benedek László (1936—1945) és kora — — — — — | 216 |
| <i>Szobor Albert:</i> Nyírő Gyula (1951—1966) és kora — — — — — | 220 |
| <i>Dr. Csanda Endre:</i> Horányi Béla (1946—1975) és a Neurológiai Klinika 25 éve — | 224 |
| <i>Juhász Pál:</i> A SOTE Pszichiátriai Klinikájának 1967—1982 közötti évei — — | 228 |

INHALT

| | |
|---|-----|
| <i>Ferenc Pistora:</i> Der 100jährige Budapester Psychiatrische Lehrstuhl unter Károly Laufenauer (1882—1901) und Ernő Emil Moravcsik (1902—1925) — | 193 |
| <i>István Környei:</i> Károly Schaffer (1925—1936) und seine Zeit — — — — — | 210 |
| <i>Lajos Angyal:</i> László Benedek (1936—1945) und seine Zeit — — — — — | 216 |
| <i>Endre Csanda:</i> Béla Horányi (1946—1975) und die 25 Jahre der Neurologischen <i>Albert Szobor:</i> Gyula Nyírő (1951—1966) und seine Zeit — — — — — | 220 |
| Klinik — — — — — | 224 |
| <i>Pál Juhász:</i> Die Psychiatrische Klinik von 1967—1982 — — — — — | 228 |

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 jelzőszámra.

Előfizetési díj egész évre: 420,- Ft.

Megjelenik havonta.

Egyes példányok beszerezhetők az Ezeremester és az Üttörő Bolt Vállalat Ifjúsági Mozgalmi
Propaganda Boltjában (Bp. VIII., Majakovszkij u. 15.)

Példányszámonkénti eladási ára: 35,- Ft.

Index: 25 392

A Tolna megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet Pszichiátriai Osztályának
(osztályvezető főorvos: Pisztor Ferenc dr.) közleménye

A 100 éves budapesti Pszichiátriai Tanszék és Klinika kezdeti időszaka Laufenauer Károly (1882—1901) és Moravcsik Ernő Emil (1902—1925) professzorsága alatt*

PISZTORA FERENC DR.

„A szellemi, az erkölcsi fejlettség magasabb fokán álló hálás utókor feladata a múltak elhalványulni készülő színetét időnként az emlékek felidézésével felfrissíteni, s az érdemek iránt az elismerés adóját leróni.” [36] Moravcsik E. E. ezen szavai — melyekkel 1906 jan. 18-án, a budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya fennállásának tizedik évfordulóján rendezett tudományos ülésen e társaság alapítója és első elnöke, s egyben az ő néhai mestere, *Laufenauer K.* tanár felett tartott emlékbeszédét vezette be — méginkább érvényesnek tűnnek és sokkal aktuálisabbnak hatnak ma, amidőn a pszichiátriai tanszék megalapításának és fennállásának 100 éves jubileumát ünnepeljük. Amidőn tehát most a kezdetekre — de a klinika egész történetét tekintve is kimagasló fontosságúnak mondható időszakra — emlékezünk, lehetőségünk nyílik arra, hogy az alapítók munkásságát immár történelmi és tudománytörténeti távlatból szemlélve mérlegelhessük, meglátva abban az időtálló értékeket. Ezen túlmenően azonban, a két első professzor, *Laufenauer Károly* és *Moravcsik Ernő Emil* a tanszék léterhozásában, majd a klinika felépítésében, a pszichiátria egyetemi oktatásának megszervezésében, az elmekórtan tudományos művelésében, tanítványaik révén pszichiátriai iskola megteremtésében stb. szerzett elvitathatatlan és egészen kivételesnek számító érdemeinek az ismertetése mellett szólni kell e kiváló férfiak — de ebben a vonatkozásban különösképpen *Laufenauer K.* — hajdani problémáiról, gondjairól is. Eleget kívánva tenni a történelmi hűség, valamint a korszerű történettudományi szemlélet azen követelményének, mely megkívánja a történelmi elemzésben az átfogó teljességre való törekvést, vázolni kell azokat a gátló körülményeket és ellentmondásokat, melyekkel működésük során találkozottak, s azokat a küzdelmeket, amelyeket a kor magasabb intező köreinek, a pszichiátria ügyeibe beleszólással bíró közigazgatási méltóságainak bürokratikus nehézségével, értetlenségével, kicsinyes szűklátókörűségével szemben folytattak. Kívánatos továbbá feltárni legmerészebb elgondolásaikat és álmaikat, s egyben beszámolni arról, hogy mik teljesültek ezekből, melyek csak félig, s milyen terveik maradtak megvalósítatlanok. Egyszóval, meg kell ismerkednünk sikereikkel és kudarcikkal egyaránt.

Az elmekór- és gyógytani katedra létrejöttének az előzményei, megalapításának a célkitűzései és körülményei, a tanszék kezdeti működésének az időszakja majd a klinika tevékenysége egészen *Moravcsik E. E.* professzor 1924. okt. 9-én bekövetkezett haláláig részleteiben is jól követhető és megfelelő történelmi hűséggel rekonstruálható a korabeli orvosi lapok — így mindenekelőtt az *Orvosi Hetilap* [3, 4, 5, 19, 22, 45, 59, 65, 66, 68, 69, 70, 72, 73.] és a *Gyógyászat* [67] — vonatkozó közléseiből, tudósításaiból, továbbá a különböző kórházi [6, 58, 64] és egyetemi [7, 20, 29, 30, 37, 38, 41, 46] emlékkönyvek adataiból, valamint az

* A budapesti Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai Klinikája megalapításának 100. évfordulója tiszteletére rendezett ünnepi ülésen, 1982. dec. 17-én elhangzott előadás bővített formája.

első két tanszékvezető professzorról, *Laufenauer Károlyról* [1, 36, 62] és *Moravcsik Ernő Emilről* [58, 60, 61] mondott emlékbeszédek, illetve a róluk írt nekrológok — nemegyszer az élménybeszámolók frissességével ható — anyagaiból. Miután ez a forrásanyag meglehetősen gazdag, célszerűbbnek vélem, ha jelen alkalommal a klinika 1882-től 1924-ig terjedő 42 évének — vagyis a fennállásának közel az első fél évszázadát felölelő időszaknak — átfogó és részletes kronológiai ismertetése helyett elsősorban a tanszék megalapításának és kezdeti „hőskorának” a bemutatására koncentrálok, s legfeljebb néhány kiemelten fontosnak tűnő téma vonatkozásában kísérlem meg a történeti kibontakozás folyamatosságában való követését és felvázolását. Ilyen különleges figyelmet érdemlő, lényeges témák a következők: mindenekelőtt a pszichiátria egyetemi oktatásának a mérföldkövei; a tanszék és a klinika szervezeti kiépülésének főbb állomásai, s ezzel összefüggésben az ott folyó pszichiátriai diagnosztikus, dokumentációs és gyógyító tevékenység; végezetül, a *Laufenauer K.* és *Moravcsik E. E.* professzorok nevéhez fűződő, illetve az ő vezetésük alatt a klinikán folytatott tudományos munkásság mennyiségi és minőségi jellemzői:

Legelőször is érdemes ráirányítani a figyelmet arra a meghatározó jelentőségű körülményre, melynek betudhatóan a pszichiátria bekerülhetett az egyetemi oktatás hivatalos tantárgyai közé, ily módon mintegy polgárjogot nyerve a medicinán belül. Ez a körülmény pedig — melynek révén az elmekór — és gyógytan a későbbiekben azután professzort, katedrát és hivatott munkatársakat kapott — lényegében nem volt más, mint egy, a gyakorlatból fakadó és mindjobban erősödő igény. Nevezetesen kezdetben az általános gyakorlatot folytató körorvosok, majd később hozzájuk csatlakozóan a köztörvényhatósági és a törvényszéki orvosok azon egyre fokozódó és mindinkább nyilvánvalóvá váló szükséglete, hogy lehetőleg már az egyetemi éveik alatt az elmekórtanból — későbbi feladataikhoz méretezett és azok sikeres teljesítéséhez elegendő — képzést, mégpedig minél gyakorlatiasabb kiképzést nyerjenek. Végül is ennek a teljesen pragmatikus szempontnak volt köszönhető, hogy a pszichiátria, ha lassan is, de meghonosodott az egyetemi berkekben, s az elmekór- és gyógytani tanszék, majd klinika létrehozása megteremtette a megfelelő keretet e diszciplína intenzívebb tudományos műveléséhez, s ezáltal az egyetemi katedrák tevékenységéhez fűződő tudományos közéletben való egész további kibontakozásához.

Hazánkban először *Schwartz F.* fejtette ki részletesen és behatóan a pszichiátria tanításának a szükségességét egy, az elmegyógyintézeteknek az oktatásban való felhasználásáról 1854-ben publikált tanulmányában [63]. Az általános, gyakorló orvosok számára az elmekórtani ismeretek fontosságát — s egyben e diszciplína tanításának az indokait — a következő két fő szempontban foglalta össze: Egyrészt — mint írja — „... az állam az elmebeteggé nyilvánításhoz legkevesebb két szakértő tanúságát kívánja meg, akik graduált doktorok a medicinában. Ez fontos megbízást ad az orvosdoktoroknak, ui. polgártársuk szellemi állapotáról hivatottak tudományosan alapozott és a tényálláshoz hű bizonyítványt adni, az egyén polgári és erkölcsi szabadságát és ugyanakkor a társadalom nyilvános biztonságát is érintő kérdésben kell döntenüök. Ez nemcsak orvosi képzést, de a pszichiátriai ismeretek egy summáját is feltételezi az orvosszakértőktől. A pszichiátriai ismeretek e feladathoz egyenesen nélkülözhetetlenek.” Másrészt „... ha az elmebetegségek ritkasága miatt az orvos a medicina e nehéz ágában kevésbé gyakorlott is, mégis joggal megkövetelhető tőle, hogy legalább a betegség keletkezésénél az első és ténylegesen a legkönyvőbb segítséget biztosítsa, míg a beteg megfelelő intézetbe kerül.”

Fentebb vázolt szempontokra való tekintettel — ismét *Schwartz F.*-t idézve — „Nem pusztán teoretikus dolgokat kell a vezetőnek előadnia, de gyakorlati oktatás kell, arra korlátozódva, ami az elmeorvost és a gyakorló orvost az életben és az életért érdekli, ahhoz szükséges neki . . . A tanulókat az elmebetegség felismerésében, megítélésében és gyógyításában kell oktatni. Meg kell tanulniuk használható kórtörténeteket és tudományosan megalapozott szakértői véleményeket szerkeszteni, valamely elmekórforma gyógyítható—gyógyíthatatlanságát, veszélyességét megítélni, s azt célszerűen kezelni. Útmutatást kell kapniuk a kétes elmeállapotok szakértésére, s ebből kifolyólag a szimulált, eltitkolt és törvényszéki ügyekben szereplő elmezavarok megítélésének a módja sem hiányozhat az oktatásban. . . .”

Miután „. . . a gyakorló orvos, s főleg a törvényszéki orvos és a falusi orvos gyakorlati, betegeken tájékozódó oktatást kíván meg. . . .”, ehhez *Schwartz F.* szerint jól felhasználható az elmeegógyintézetek beteganyaga, legcélszerűbb volna azonban szerinte pszichiátriai klinika létesítése.

Lényegében azonos motívumokat sorol fel a pszichiátria oktatásának előmozdítása érdekében *Laufenauer K.* — e szakma későbbi első professzora — is, egy korai, még 1875-ben publikált, az elmeegógyintézetek túltömöttségének elme okaival foglalkozó terjedelmes tanulmányában [21]. Legelőször leszögezi, hogy az elmeegógyászat tanítása legfőképpen a betegek érdekében szükséges. A gyakorló orvos praxisában ui. elmebántalmak gyakran előfordulnak, ugyanakkor az elmespecialistákkal való konzultáció lehetősége meglehetősen csekély, miután azok legfeljebb nagyobb városokban, s ott is vajmi kevés számban fordulnak elő. Márpedig az akut elmebántalmak kezelése sürgős és fontos, s avatatlan kézben ugyanakkor felette nehéz és veszélyes következményű lehet. Marad tehát az a lehetőség, hogy a gyakorló orvosok megfelelő pszichiátriai iskolázottságát kell szorgalmazni.

További szempont, hogy a bíróság a törvények értelmében bármely gyakorló orvost felszólíthat beszámíthatóságra vonatkozó szakvélemény adására, amittől is élet vagy halál függ sokszor.

Mindezt figyelembe véve, *Laufenauer K.* oda konkludál, hogy „. . . a pszichiátriai studium a mily szükség, ép oly érdekes, s a gyakorló orvosra nézve nélkülözhetetlen segédtudomány. Tehát a pszichiátriai klinikai oktatás égetően szükséges és nélkülözhetetlen követelménye az egyetemnek.”

De a gyakorlati élet követelményein túlmenően, — mint írja — „. . . a pszichiátriai tanszék szükséges már maga a tudományosság miatt is; hogy a pszichiátria, mint exakt tudomány annyira hátramaradt, annak egyedüli oka abban rejlik, hogy az egyetemi oktatás elől visszavonult. . . .”

Csurgói Kéty K. 1902-ben publikált, *Laufenauer K.* életpályáját taglaló tanulmányában [1] azt írta, hogy az „. . . belátta a pszichiátria rendkívüli fontosságát, és szükségét érezte annak, hogy a tárgy behatóbban és tudományosan műveltessék. Elődázhatatlannak vélte e speciális szakma taníttatását az egyetemen. . . .” *Schaffer K.* még pregnansabban körvonalazza a néhai professzor idevonatkozó érdemeit egy 1928-ban megjelent cikkében [62]: „. . . ő már fiatal elmeorvos korában magasra törekvő célt tűzött ki: szakmájának klinikai megalapítását Magyarországon! . . . a magyar orvosi tudományra nézve mindennek előtt egy gyakorlati ágnak klinikai értelemben vett meghonosítója volt. . . . Átvitte az orvosi köztudatba az elmekórtannak jelentőségét, ami végeredményben az egyetemi tanításban mint kötelező szigorlati tárgy később kifejezésre is jutott.”

Am haladjunk történeti sorrendben. A pszichiátria oktatására a budapesti tudomány-egyetemen kezdetben csak magántanári előadások formájában és legfeljebb csak szórványosan került sor. Így pl. az 1860/61-ben habilitált *Schwartz F.*, az 1866/67-ben magántanárságot nyert *Bolyó K.* és az 1878-ban habilitált *Laufenauer K.* tartottak pszichiátriából előadásokat az egyetemen. Ezenkívül privát kollégiumokat hirdetett meg *Niedermann Gy.* és később *Babarczy Schwartz O.*, akik mindketten a jogi karon szereztek habilitációit törvényszéki lélek- és elmekórtanból, előbbi 1865-ben, utóbbi 1885-ben.

Megjegyzendő, hogy a budapesti orvoskari tanártestület már 1873-ban szorgalmazta, hogy a pszichiátria, e fontos szakma az egyetemen rendszeresen is, tanszékkal legyen képviselve. Erre azonban akkor még nem voltak érettek a körülmények. „A tanszék létesítésénél ui. elsősorban a lipótmezei tébolyda jöhetett volna szóba. De *Markusovszky L.* találóan mutatott rá arra, hogy a tanulók sem elég pénzzel, sem elég idővel nem rendelkeztek ahhoz, hogy oda legalább egy fél éven át heti háromszor kijárjanak. A Szt. Rókus-kórház pedig már szóba se került, a múltban is mindig csak barátságtalan magatartású város miatt. Ezért 3—4 évvel elhalasztandónak tartotta a tanszék felállítását...” írja *Nádudvari György T.* [47].

Ugyanakkor *Laufenauer K.* egy 1876-ban közzétett tanulmányában arról számolt be, hogy tudomása szerint az egyetem által létesítendő, 600 betegre tervezett, pavilon-rendszerű klinikák csoportjában szerepel egy 40—60 pszichotikus ellátására képes „elmekóroda” is. Így tehát alapos reményünk lehet, hogy ha nem is a közel jövőben, de mégis pár év múlva a budapesti egyetemen sem fog hiányozni az elmekórtani tanszék” — írta a továbbiakban. Ugyanakkor helyes érzéssel hívta fel azonban a figyelmet arra, hogy „... nem lesz érdektelen, ha már jó eleve ama kérdést szellőztetjük, hogy melyek azok a kellekek, melyekkel egy jól berendezett kórodának bírnia kell.”

Ebben az időben *Laufenauer K.* még lelkes és optimista. Bizonyára szenvedélyes ügybuzgalma sugallta neki és saját szakmai vágyai projekciójaként értékelhető alábbi, entuziaszta és bizakodó jóslata: „Ha ezen elmekórtani kóroda, úgy mint tervezve van, minél előbb felépül és be is rendeztetik, akkor bár mennyire hátra vagyunk e téren maradva, meg lesz adva ama alap, bűvárlati központ, melyből parlagon fekvő elmebetegügyünk üdvös fejlődésnek indulhat, és szorgalom által résztvehetők ama tudományos mozgalmakban, melyekben fájdalom, mindeddig úgy saját kulturális fejlődésünk, mint elmebeteg embertársaink kárára hiányaink voltak.” [22] Sajnos, *Laufenauer* nek ebben a várakozásában későbbi pályafutása során keserűen csalódnia kellett. Tudjuk ui., hogy katedrához jutott ugyan, de korszerűen felszerelt, tudományos kutatások végzésére alkalmas klinikához korán, 53 évesen befejezett élete során már nem.

A hazai egyetemi elmekórtani oktatás és tanszék megtervezésénél *Laufenauer K.* előtt követendő példaként a híres *Griesinger W.* professzor javaslatai állottak. Maga *Griesinger W.* a saját elgondolásait előbb Zürichben, majd Berlinben, az ottani „Charité” klinikai igazgatójaként valósította meg. Konceptióiból a németországi és ausztriai egyetemi pszichiátriai tanszékek, intézmények későbbi szervezésénél a következők lettek elfogadva és a gyakorlatban kivitelezve: az elmekórtani oktatás céljait szolgáló „kóroda” többnyire nem önálló intézmény formájában került megvalósításra, hanem rendszerint valamely városi vagy állami kórház részeként, mégpedig általában 30—40 ágygal rendelkező, ún. „megfigyelő osztályaként” működve; a „megfigyelő osztály” által ellátott területről az „orvosrendőri kázusok”, ezek a jórésztben heveny

pszichiátriai esetek valamennyien erre a „megfigyelő részlegre” lettek irányítva és az oktatásban felhasználásra is kerültek; tancélos demonstrálásuk és heveny ellátásuk után zömükben kis idő múlva azután valamely nagyobb állami elmegyógyintézetbe helyeztettek át.

Laufenauer K. ide vonatkozó írásaiban jól követhető a *Griesinger*-i doktrina hatása. 1876-os tanulmányában pl. így nyilatkozott: „...célszerű lenne, ha a Budapest területén előforduló heveny orvosrendőri elmezavarok mindnyájan az egyetemi elmekórtani kórodára vétetnének fel. Míg az idült esetek a főváros által építendő elmebeteg-menhelyen helyeztetnének el. [22]” *Moravcsik E. E.* ugyanakkor kiemeli, hogy „*Laufenauer*nek már ezen, 1876-ban megjelent cikkében feltalálhatjuk ama, később mintegy megcsontosodott nézete és törekvése csíráját, hogy az egyetemi elmekórtani klinika helyéül legelőnyösebb a kórházi megfigyelő osztály. Emaz irányú törekvése vitte őt később kemény harcra, amely a fővárosi intéző körök és az egyetem között bizonyos ellentétet élesztett ki, akadályozva az ügy síma megoldását” [36].

Végül is az elmekór- és gyógytan tanszék hazai létrehozása — bizonyos kedvező történelmi körülmények találkozásának betudhatóan — lényegében a fentebb vázolt modellnek megfelelően következett be.

1881-ben a Szt. Rókus-kórház, amely akkoriban hazánk legnagyobb, 14 osztállyal és óriási beteganyaggal rendelkező gyógyintézete volt [6], további fiókosztállyal, nevezetesen az „elmebetegek megfigyelő osztályával” bővült. Ezt a részleget rendelőorvosi minőségben *Laufenauer K.* egyetemi magántanár irányította. Ez az I. számúnak nevezett fiókosztály, amely kezdetben 2 kórteremmel és 50 ágygal működött, szervezésileg a *Kéty K.* által vezetett 89 ágyas bel- és idegbeteg anyaosztályhoz tartozott [6].

1881 márciusában tehát a székesfőváros tanácsa *Laufenauer K.* magántanárnak megengedte, hogy a Szt. Rókus kórház elmekóros megfigyelő osztályán mint rendelőorvos a betegeket kezelje. Ezt követőleg pedig *Markusovszky L.* nemsokára megindította az elmekór- és gyógytani tanszék rendszeresítésére irányuló erőfeszítéseit [48]. *Moravcsik E. E.* a *Laufenauer*-emlékbeszédben [36] kiemeli, hogy „Az elmekórtani tanszék felállítását és rendszeresítését mindenestre siettetette *Laufenauer*-nek az intéző körök figyelmét felkeltő szaktevékenysége, de egyúttal nagy érdeme van neki a klinika szervezése körül is.”

Vége 1882. aug. 17-én — amint arról az *Orvosi Hetilap* 1882. aug. 20-i 34. száma [70] tudósított — „A budapesti kir. egyetemen elmekór- és gyógytani tanszék rendszeresítettén, ny.r.k. tanárrá *Laufenauer K.* neveztetett ki, ki az elmekór- és gyógytanon kívül a törvényszéki lélektan előadásával is megbízott. Ezáltal teljesülve van a régi óhajlás, hogy az elmekór- és gyógytan egyetemünkön rendszeresen képviselve legyen, minthogy a fővárosnak egyetemünk tudományos fejlődése iránt tanúsított érdekeltségénél fogva *Laufenauer* tanár egyszersmind a Szt. Rókus-kórházban az elmekórosak figyelő osztályának rendelő orvosa, az új tanszék számára a kellő tananyag biztosítva van, mi orvostanhallgatóinknak kétségtelenül legnagyobb hasznára fog szolgálni. Mindenesre pedig tekintetbe véve *Laufenauer* tanárnak szakképzettségét, valamint teendőinek végzésében eddig tanúsított buzgóságát, megnyugodhatunk abban, hogy az elmekórtani tanítás ügye egyetemünkön jó kézben van.”

És a folytatásban ismét egy tömör és világos meghatározás arról, hogy a pszichiátriai oktatás milyen célkitűzéseknek hivatott eleget tenni az orvosképzésben: „...ezenkívül figyelmeztetjük orvostanhallgatóinkat, hogy az elmekórtan nem csupán a törvényszéki és más hivatalos, hanem a gyakorló orvosokra is általában fontossággal bír, mert épen az utóbbiaknak van legtöbb

alkalmuk az elmebetegségeknek kezdetbeli alakjaival találkozni, mimellett ők vannak leginkább összetévesztések lehetőségének kitéve, mit biztosan csak kellő kórodai oskolázottság mellett kerülhetni ki.”

1881/82-ben tehát, amidőn *Laufenauert* egy. rk. tanárrá nevezték ki, a székesfőváros tanácsa az elmemegfigyelő osztály betegeit az egyetemi tanszéknek tanítási célokra átengedte, s hozzájárult, hogy az egyetemi elmekór- és gyógytani tanszék a Szt. Rókus kórházban nyerjen elhelyezést [6]. A törvényhozás 1882-ben szavazta meg az újonnan rendszeresítendő tanszék felállításához szükséges költségeket, vagyis 1600 Forintot a felszerelésére, 500 Forint évi átalányt és egy tanársegédi, valamint egy szolgálai státusz díját [7, 38]. Az első tanársegéd, *Kádár dr.* a tanársegédi állás megszervezése után néhány hónap múlva távozott, s utódja *Moravcsik E. E.* lett, aki tanársegédi minőségben 1883 okt. 1-től 1889 okt. 1-ig dolgozott a tanszéken *Laufenauer K.* tanár mellett [36, 15]. Időközben, 1886/87-ben az elmekór- és gyógytan magántanárává képesítettett, s mint ilyen tartott privát kollégiumokat. 1886-ban a tanszéken még egy díjazott gyakornoki állás lett rendszeresítve, 1888-ban pedig a székesfőváros tanácsa egy napidíjas segédorvost is alkalmazott a megfigyelő osztályon. 1894-ben az addigi díjazott gyakornoki állás második számú tanársegédi állásra lett átváltoztatva. Tudjuk, hogy *Schaffer K.* még mint ötödéves hallgató töltötte be 1887-ben a gyakornoki állást, majd 1890-től 1895-ig tanársegédként folytatta a működését ugyanott. Ő 1893/94-ben a szokásos kollégium elengedésével képesítettett az idegkór- és gyógytan magántanárává, s ebbeli minőségében tartott habilitációja után előadásokat [7]. De térjünk vissza a kronológiai sorrendbe, mert időközben sok egyéb lényeges történt.

Így pl. érdemes megemlíteni, hogy az 1882-es év őszén, amidőn Trefort Ágoston vallás- és közoktatásügyi miniszter tanártestületi meghívás, illetve felterjesztés útján ny. rk. tanárrá nevezte ki *Laufenauer K.*-t, évente a budapesti orvoskarra beiktatott új hallgatók száma a 200-at meghaladta, s az öt évfolyamon összesen kb. 1000 volt a hallgatók száma. Speciálisan az 1881/82-es tanév első félévére 235 új hallgató iratkozott be, 12-en Bécsből, 2-en Kolozsvárról jöttek [71].

A tanszék 1882-ben a Szt. Rókus-kórház elmebeteg megfigyelő osztályán történt megalakulásával egyébként az államkincstárnak különösebb költséget nem okozott, mivel a tanításhoz szükséges beteganyag ily módon adva volt, ezen kívül a kórház a laboratóriumnak helyiséget, a tanársegédnek pedig benti lakást biztosított [7]. A tényleges helyzet tehát az volt, hogy az egyetemnek volt ugyan rendszeresített elmekórtani tanszéke, de nem rendelkezett önálló beteganyaggal és klinikával. *Moravcsik E. E.* erről az időszakról azt írja, hogy „*Laufenauer* látva, hogy a klinika létesítése még pénzügyi akadályokba ütközik, s várni kell, . . . a körülményekkel megalkudva, minden erejét oda irányította, hogy a fővárosi Szt. Rókus-kórház megfigyelő osztályát minél szorosabb kapcsolatba hozza az egyetemmel, hogy így a különben nagyon tanulságos beteganyagot a tanítás céljaira megszerezze” [36].

Meg kell említeni, hogy kezdetben a fővárosi kórházak intéző köreiben bizonyos tartózkodás mutatkozott a kórházi tevékenység és az egyetemi feladatok ezen új típusú társításával szemben. Attól tartottak ui., hogy a kórházi és a klinikai kezelés között — különösen finánciális szempontokból — éles ellentétek fognak mutatkozni. Ezen kívül a Szt. Rókus-kórház korábbi elmeosztálya számú kívánnivalót hagyott maga után, s e tekintetben még rosszabbá vált a helyzet 1899-ben, a megfigyelő Budára, a Régi Szt. János kórházba való áthelyezésével. *Laufenauer K.* minderről egy későbbi drámai hangvételű,

„Budapest székesfőváros elmebetegügyéről”-1900-ban, az első országos elmeorvosi értekezleten tartott referátumában [27] éles kritikai élel számolt be, leszögezve, hogy immár egy új, a higiéné és a humanizmus követelményeinek megfelelő megfigyelő osztály építése a főváros elodázhatatlanná vált kötelessége lett. Korábban azonban, a székesfőváros és az egyetem között kötött frigy „mézesheteiben, éveiben” ő maga nagy tapintattal azt igyekezett kimutatni, hogy a megfigyelő osztály szakszerű vezetése az ügy érdekében áll, a kórház renomóját emeli, s az egyetem voltaképpen szolgálatokat tesz a kórháznak akkor, amidőn saját maga által fizetett embereivel látja el az osztály ügyeit, a betegek ellátásának költsége a kórházi megszabott határokon túl nem terjeszkedik, s így külön finaciális terheket nem ró rá, ezenkívül a tanítás és a tudományos bűvárkodás gyakorlása érdekében felmerült szükségleteit az egyetem maga fedezi [36].

A már ismertetett előnyökön kívül *Moravcsik E. E.* a közkórházzal, — a ma divatos kifejezéssel élve: az egyetemi intézmény által ellátott területtel, kerülettel vagy szektorral — kötött szövetség, szerződés a klinikusokra háramló hátrányaira röviden a következőkben utal: „Mindent elkövettünk, hogy a kórház keretéhez alkalmazkodjunk, s szakműködésünket ott szellemi áldozatok árán is — ha nem is nélkülözhetetlenné, de — szükségessé tegyük. Éppen ezért a tanársegéd az egyetemi tanítással kapcsolatos teendőikön kívül végezni volt kénytelen a kórházi orvosokra kötelező összes munkálatokat” [36].

Időközben, 1884-ben, *Gebhardt Lajos*, a Szt. Rókus-közkórház igazgatója az elmemegfigyelő osztályt vezető tanárra — „ad personam” — egy 12 ággyal rendelkező idegbeteg osztályt is bízott. Ily módon — *Laufenauer K.* szavait idézve — „...e fiatal tanszék már keletkezése első éveiben minden tekintetben oly módon volt felszerelve, hogy abban a jelzett szaktudomány a legsikeresebben volt művelhető” [7].

Ebben az időszakban a tanszéken előadások tartattak: 1. elmekór- és gyógytanból; 2. törvényszéki lélektan- és elmekórtanból; 3. agybetegségek kórtanából; 4. végül laboratóriumi munkálatok folytak a központi idegrendszer ép- és kórszövettanából.

Laufenauer K. szakmai elképzeléseire és ambícióira — de nyugodtan elmondható, hogy magára a pszichiátia egyetemi oktatásának az ügyére is — a legnagyobb csapást az jelentette, amidőn az 1889-es év elején a tanszéket a főhatóságot képviselő székesfővárosi intéző szervek — a tanszékvezető professzor és a kultuszminiszter ellenzése dacára — Budára helyezték át. Az elmemegfigyelő osztály számára a II. ker., Nagy Rókus-u. 20. szám alatti, ún. Eisenberger-féle házat bérelte ki a fővárosi tanács. Az osztályt igazgatás szempontjából a Szt. János-kórházhoz csatolták, s *Laufenauert* rendelőorvosi minőségben ugyanide helyezték át. *Laufenauer* professzorként, az oktatás terén változatlanul csakis a klutuszminisztériumnak maradt alárendelve, mint oszt.vez. főorvos, vagyis, mint „székesfővárosi adlkalmazott” a János kórház igazgatóságának. E sajátságos helyzetről ő maga mondta: „Kettősszerep ez, mely semminemű szerződés által nincs szabályozva” [7]. A tanszék idegosztályi részlege viszont az orvoskar központi épületében, az Üllői út 26. szám alatt lett elhelyezve [6, 7].

Az *Orvosi Hetilap* 1889-i 2. száma [5] — nem minden kritikai él nélkül — így számol be erről az eseményről: „E tanszék az átköltöztetéssel működésében tetemesen meg van bénítva. Beteganyagát a tanításra, a többi egyetemi intézettől való nagy távolság miatt alig használhatja. Így féltő, hogy a már lendületnek induló és az orvosi gyakorlatra kétségenkívül fontos elmekór- és gyógy-

tani tanítás ez által könnyen visszaesik azon fokra, melyen volt akkor, midőn még a Lipótmezőre kellett vándorolni a tanulóknak a végből, hogy elmebajos embert lásson. Bizonyára csak kevéssé lesz segítve ezen az által, hogy az elmekór- és gyógytan tanára az Üllői-úti központi intézetben kezdődő elmebajosok és idegbetegek számára ambulanciát és laboratóriumot szándékozik berendezni. Sajnálattunkat kell kifejezni, hogy ez az ügy ide jutott. Hogy a megfigyelő osztály a Rókus-kórházból kitédessék, az ellen sem humanistikus, sem tudományos szempontból kifogást emelni nem lehet, de hogy Budára tették át, eltekintve már egyéb inconventiákon kívül, az mindenesetre az oktatás érdekeinek figyelembe vétele nélkül történt.” S valóban, amíg a tanszék teljes egészében a pesti oldalon volt, a hallgatóság létszáma 60—80 között ingadozott félévenként. Budára történt áthelyezése után viszont az elmekórtani előadásokat látogató medikusok száma 30—60-ra csökkent le. Az 1896 előtti években — főleg a nyári félévben — ismét némi emelkedés mutatkozott, ami nyilván azzal függhetett össze, hogy az elmekór- és gyógytan 1893/94-től a tiszti- és törvényszéki orvosi vizsgáknál mint szigorlati tárgy szerepelt [7]. Mindenesetre *Laufenauer K.* 1896-ban tett nyilatkozata szerint „... kétséget sem szenved, hogy az elmekór- és gyógytant sokkal intenzívebben kellene tanítani, mint az eddig történik; az elmekórtani anyag, a betegek rettenetes távollága azonban ezt a követelményt teljesen megghiúsítja” [7].

Joggal merül fel a kérdés, hogy voltaképpen miért volt szükség erre a Budára történő áthelyezésre, minthogy annak súlyosan retrográd jellege kezdettől fogva nyilvánvaló kellett, hogy legyen az illetékesek előtt? A választ a kór történeti dokumentumokban elszórtan szereplő megjegyzésekből legfeljebb csak sejteni lehet. *Laufenauer K.* 1896-ban, a millénium évében immár 14. évébe lépő elmekórtani tanszék történetéről és működéséről írott összefoglalójában [7] pl. csak finoman és burkolt formában panaszkodott arról, hogy „...elsősorban a közkórház érdekei tartatnak szem előtt, és csak másodszorban szerepelnek a tanítás igényei.” *Simon T.* a pesti Szt. János kórház pszichiátriai és neurológiai osztályának történetét ismertető tanulmányában [64] már szókimondóbb: „A Budára áthelyezett megfigyelő osztály a régi János-kórháznak lett a függelékosztálya. *Bevételei a kórház deficitjének fedezésére szolgáltak*”.

Így tehát — miként *Csurgoi Kéty K.* emlékebeszédében megállapította — „*Laufenauer* ... élete legfőbb vágyát, hogy ti. modern berendezésű elmegyógyászati klinikát kapjon, elérni nem tudta. Vigasztalására szolgált idegkórtani ambulatóriuma...” [1]. Hasonló értelemben nyilatkozott *Schaffer K.* is a *Laufenauer K.* jelentőségét méltató cikkében [62]: „... ő csak a szerény kezdetet tudta megteremteni, mert mi tűrés-tagadás, súlyos akadályok bénították a klinikai pszichiátriára vonatkozó terveit... Egészen véve rendkívüli szellemi érték és rugalmasság képviselője volt, aminek köszönhető, hogy a magyar klinikai pszichiátria sajkája a közöny tengerén, erős ellenáramlás által sodortatva, nem merült el, jóllehet, hogy a kedvezőtlen szelek hosszabb időre igen sivár partra hányták. *Laufenauer* mozgékony szelleme, meg nem hátráló egyénisége kellett ahhoz, hogy ezekben a kemény időkben nem csüggedt el, sőt olyan munkával kompenzálta a hiányokat, mely viszonylagos fejlődést is jelentett ... és csakis a neurológia és az idegrendszer anatómiája terén elért sikerek tudták őt a jelzett kudarccal szemben vigasztalni.”

Ennek folytán megállapítható, hogy a Monarchia provinciális szemléletben megrekedt közigazgatási méltóságai, s az egészségügyi adminisztráció vezető posztjain dolgozó, szűklátókörű és kicsinyes bürokratái nemcsak, hogy nem ismerték fel azt a kivételes lehetőséget és szerepet, melyet adott esetben mint

ORAP[®] tablettá

ÖSSZETÉTEL: 1 tablettá 1 mg, ill. 4 mg pimozidumot tartalmaz.

JAVALLATOK: Elbocsátott schizophreniás betegek tartós utókezelése, valamint krónikus paranoid schizophreniás betegek rehabilitációja és fenntartó kezelése. Enyhe tünetekkel zajló akut paranoid schizophreniás betegek egy részében az Orap alkalmazása a hospitalizációt elkerülhetővé teszi és önmagában is tünetmentes klinikai remisiót eredményezhet.

Izgalmi tünetek fennállásakor a kúrát erősebb psychosedatív hatású, nem fluorozott neurolepticumokkal és szükség esetén néhány relaxatívóban végzett ES-kal kell kombinálni.

ELLENJAVALLATOK: Extrapyramidalis kórképek, depressív állapotok minden formája.

ADAGOLÁS: A kezdő adag általában napi 2–6 mg, amely szükség szerint 8, legfeljebb 10 mg-ig emelhető. A gyógyszert legcélszerűbb reggel, egy adagban beadni. Minthogy a készítmény íztelen és szagtalan, szükség esetén a beteg ételébe keverve is beadható.

MELLÉKHATÁSOK: Nagyobb adagok alkalmazásakor, különösen a kúra kezdetekor, enyhébb extrapyramidalis tünetek előfordulhatnak. E tünetek a kezelés megszakítását soha nem teszik szükségessé, Parkan, Pipolphen hatására, de rövid idő alatt spontán is megszűnnek. Tartós kezelés néhány esetben gyengeséget, fáradékonyságot, étvágytalanságot és enyhe hangulati nyomottságot okoz. E mellékhatások a szokásos roboráló és thymoleptikus szerekkel jól befolyásolhatók.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Óvatosan adható:

— központi idegrendszerre ható gyógyszerekkel!

FIGYELMEZTETÉS: E gyógyszer szedésekor fokozott elővigyázatosság szükséges.

RENDELHETŐSÉG: ✠✠✠ Az 1 mg-os tablettát az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. A 4 mg-os tablettát az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallata szerinti betegség esetén a beteg gyógyszerelésére területileg és szakmailag illetékes. Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS:
50×1 mg tablettá
20×4 mg tablettá

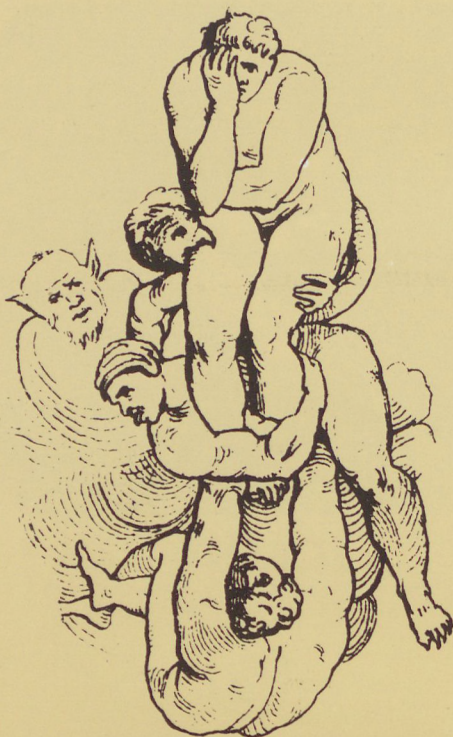


KÖBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



TRISEDYL

injectió, tableta, cseppek



ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 2,5 mg triflupe-
ridol. hydrochlor.-ot, 1 tableta 0,5 mg triflupe-
ridol. hydrochlor.-ot 1 üveg (10 ml) 10 mg
triflupepidol. hydrochlor.-ot tartalmaz.

JAVALLAT: Motoros és pszichés nyugtalansággal
járó kórképek, a paranoid – hallucinatoros syndro-
mák különböző formái – delirium tremens – lázas,
infekciós és toxikus eredetű delíriumok. Más anti-
emeticummal nem befolyásolható hányás.

ELLENJAVALLAT: Extrapyramidalis pályarend-
szer és a pyramis-pálya organikus megbetegedései
és funkciózavarai.

ADAGOLÁS: A parenteralis alkalmazás elsősorban
súlyosabb psychosisokban indokolt, ha kifejezett a
psychomotoros nyugtalanság, vagy más okból az
orális adagolás keresztülvihetetlen.

Átlagos egyszeri adagja a felnőtteknek 1/2–1 am-
pulla im. Ezt az adagot szükség esetén intézeti
kezelésben emelni lehet és 24 órán belül 3–4-szer
is meg lehet ismételni. 0,5 mg-os per os kezdő adag
után az egyéni szükséglet és tűrőképesség figye-
lembevételével fokozatosan 1,5–2 mg-ig lehet e-
melni felnőttek napi adagját. Intézeti körülmények
között előbbinél lényegesen magasabb adagok is
adhatók.

Gyermekeknek az életkor és testsúly figyelembe-
vételével 5 éves korig általában a felnőtt adag
egynegyede, 5–15 éves korig a felnőtt adag fele
adagolható.

MELLÉKHATÁSOK: Extrapyramidalis tünetek,
elsősorban akathisia, fokozott izomtónus, tremor,
izomgörcs, álmoság, anorexia, izzadás, túlzott
nyáladzás, bőrreakciók, sárgaság, nagyon ritkán
hypotensió és vér-dyscrasia.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS:

Csak óvatosan adható:

– központi idegrendszerre ható gyógyszerekkel:
barbitálokkal, ópiátokkal, benzodiazepinekkel
(hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETÉS: E gyógyszerrel történő keze-
lés folyamán gépjárművet vezetni, magasban vagy
veszélyes gépen dolgozni és szeszes italt fogyasztani
tilos.

RENDELHETŐSÉG: ✠ Az a szakrendelés (gondó-
zó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai
szerinti betegség esetén a beteg gyógyszerelésére
területileg és szakmailag illetékes. – Csak vényre
adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb
három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS:

5x1 ml amp.

50 tabl.

1 üveg (10 ml)



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR

meecénások — *Laufenauer K.* kimagasló tehetségének, valamint az általa képviselt törekvéseknek megfelelő támogatása révén — az európai tudományos közvélemény szemében játszhattak volna, hanem egyenesen gátolták őt legjobb és legnemesebb szakmai ambíciói megvalósításában. Éppen ezért méltányosnak tűnik, hogy a hálás utókor és a szakmai utódok részéről külön tiszteltet és elismerés illesse *Laufenauer K.* professzort a korabeli magyar pszichiátria mostoha és sanyarú helyzete miatti gondjaiért, jogos bánatáért, de legfőképpen a *Schaffer K.* által is idézett, meg nem hátráló, harcoss egyénisége miatt!

A tanszék további történetéből ismeretes, hogy *Laufenauer K.* nyilvános rendes tanári kinevezését 1891-ben kapta meg [14, 54], s a tanszékot egészen 53 éves korában bekövetkezett váratlan haláláig vezette. 1901 ápr. 27-én hirtelen fellépő szívkoszorúér elzáródás végzett vele.

Nem lehet továbbá említés nélkül hagyni, hogy az 1895/86-os tanévben a pesti orvoskaron már 22 tanszék volt rendszeresítve — köztük az elme- és gyógytani katedra is —, s hogy keletkezési idejük sorrendjét figyelembe véve, az utolsó három között szerepelt az 1892 febr. 9-én létesített törvényszéki elme- és lélektani, valamint az 1892/93-ban az idegkórtan számára létrehozott rendkívüli tanszék. [9, 49, 54, 57] A törvényszéki elme- és lélektant *Moravcsik E. E.* adta elő mint ny.rk. tanár, heti 5 órában [8, 15, 44, 61].

A korabeli egyetemi és klinikai emlékkönyvekből [7, 37, 38] tudjuk továbbá, hogy már 1896-ban az elme- és lélektani tanszéken a következő előadások kerültek megtartásra: „1. Elmebetegségek kór- és gyógytana, heti 2 órában; 2. Idegbetegségek kór- és gyógytana, ugyancsak heti 2 órában; 3. Dolgozói gyakorlatok és előadások a központi idegrendszer ép- és kórszövettanából, hetenként 3 órában” [7].

Az 1916 szept. 19-i kari ülésen hirdették ki azt a „legfelső elhatározást”, mely megengedte, hogy az elme- és lélektan heti óraszámát 5-re emeljék, s az elme- és lélektan kötelező tárggyá tétessék [53, 67]. Ez a dátum azonban már *Moravcsik E. E.* professzorságának az időszakára esik, amely a magyar pszichiátriátörténet egy nyugalmasabb, sikerekben és eredményekben bővelkedő periódusa volt, röviden úgy is mondhatnám egyszerűen, hogy az „aranykora”.

Joggal a pszichiátria „aranykorának” volt nevezhető és ilyenként értékelhető ez, a *Moravcsik E. E.* nevével fémjelzett korszak úgy a klinika, mint a hazai elme- és lélektan történetében, mindenekelőtt azért, mert — míg *Laufenauer K.* „kétkezessége” dacára is elsősorban a kor sajátosan neurológiai orientációjú klinikai nagyságai között tartható számon, — *Moravcsik E. E.* személyében döntően az elme- és lélektan elkötelezettje és aktív művelője volt [57]. *Laufenauer K.*-t illetően ez a méltatás akkor is helyénvaló, ha *Csurgói Kéthly K.* a róla mondott emlékbeszédében [1] szükségesnek látta, hogy kiemelve a következőket: „Mint minden elmeorvosnak, neki is éreznie és tapasztalnia kellett, hogy habár a központi idegrendszer szerkezetére vonatkozó durvább és finomabb bonctani vizsgálatok ismereteinket több irányban gyarapították, az egyes elme- és lélektanformák lényegét, a pszichés zavarok anyagi alapját nem voltak képesek megvilágítani, s ezért az elme- és lélektanban a domináló szerep mégis csak a klinikumi észlelések és megfigyelések számára marad... tevékenységének későbbi szakában csaknem kizárólag a klinikai irány művelésének szentelte idejét.» Munkásságának e későbbi szakával kapcsolatban maga *Moravcsik E. E.* is megemlíti, hogy „... hazánkban ő tanulmányozta először behatóbban a histeriát és hypnosist, s idevonatkozó vizsgálatai maradandó becseűek.” [35] Ugyanakkor *Moravcsikkal* kapcsolatban egyértelmű és érvényes az Orvosi Hetilap cikkírójának a megállapítása: „*Moravcsik E. E.* (1858—1924) a klinikai

pszichiátria legnevezetesebb képviselője az 1945 előtti Magyarországon” [44]. (Miként — véleményem szerint nyugodtan hozzátehetjük — ugyanaz volt *Nyirő Gy.* 1945-től haláláig.)

Moravcsik E. E. a *Laufenauer K.* feletti emlékbeszédében [36] valóságos tudománytörténeti kitekintését nyújtva, a XIX. század második felében kibontakozó, tudományos célkitűzéseit tekintve mindinkább konkretizálódó és módszertanában egyre finomodó agypathologiai irányzatot a következőképpen jellemzi és bírálja: „Az e téren kifejlesztett bűvárokodás fényes eredményei a klinikai vizsgálódás irányát nemcsak háttérbe szorították, de egy ideig a tudományos jelleget csupán maguk számára vindikálták.” Hazai viszonylatban *Laufenauer K.* „A terjedő hűdéses butaság kórképe, kórtana és kórbonctana” című magántanári próbaelőadásában [36, 68] fejtette ki azon nézeteit és célkitűzéseit, amelyeket a pszichiátria művelésében szükségeseknek tartott, követett és amelyek követésére tanítványait is sarkalta: „A hűdéses butaság kórodai és histotechnikai vizsgálata egyszersmind egy új, s a pszichiátria történetében korszakot alkotó áramlat képviselője lett, melynek jelszava: felkeresni a kóros objectumot, az agyat magát, s azt makroszkopikus és górcsővi összetételére, súlyára, élettani, kórtani és kórvegytani működésére megvizsgálni. *Ez az irány az, melytől az agy, a psziche pathológiája a legszebb eredményeket várja, s a mely nélkül a pszichiátria mint exact studium tudományos létjogot nem nyerhet.*” *Moravcsik E. E.* szerint [36] *Laufenauer K.* „Azok közé tartozott, akik az elme- és idegkórtant minél szorosabban összekapcsolni törekedtek, ... bár a pszichiátriát a neurológiával szemben gyakran megrövidítette... hogy tanítványai jelentékeny része inkább a neurológia felé vonzódott, a mester felfogásának és hajlamainak kifejezője.”

Maga *Moravcsik E. E.* jóllehet korántsem kicsinyelte le *Sarbo A.* szerint [60] a bonctani és szövettani kutatásokat, sőt klinikáján megkövetelte, hogy foglalkozzanak velük, de mentalitása a klinikai irányba terelte és itt tudott is újat s maradandót produkálni. Emellett azonban „... a klinika szövettani laboratóriumában végzett munkálatai nagy technikai ügyességről, kitartó szorgalmáról és az egész központi idegrendszer makro- és mikroszkopikus alkatának ismeretére kiterjedő jeles készségéről adnak bizonyosságot.” — miként ezt *Németh Ö.* a róla szóló nekrológiájában [58] írta. De a *Laufenauer* féle irányzat legfőbb követője, s a mester legjelesebb tanítványa, *Schaffer K.* — úgy is, mint *Moravcsik E. E.* tanszéki kollégája és kortársa — rámutatott egyben arra is, hogy „... miképpen igazodott a fiatal *Moravcsik* az anatómiai irányt követő főnökéhez? Egyéni önállóságát mi sem bizonyítja jobban, minthogy tanítómestere mellett megőrizte a tiszta klinikai iránnyal szemben érzett érdeklődését és így kizárólag klinikai megfigyelések tekintetében rendkívül szorgalmas és beható észlelésekről tanuskodó működést fejtett ki.” És: „... amidőn 1902-ben az elmekórtani klinikán ő lett az utód, ezzel megindult egy újabb munkairány, melyet az alapos klinikai vizsgálatok jellemeznek... Vérébeli pszichiáter klinikus volt ő, tehát a beható, finom betegészlelés embere, akinek figyelmét az egyes markáns kórtünetek épúgy lekötötték, mint a komplex kórképek. Az egyes kórtünetek tanulmányozásában a modern kísérletes pszichológia eszközeivel dolgozott, a kórképek elemzésében árnyaltszerű finomsággal járt el” [61].

Moravcsik E. E. így értékelte az agypathologiai irányzat súlyát és tényleges eredményeit az elmekórtanban: „A durvább és finomabb ép- és kórbonctani vizsgálatok ugyan a központi idegrendszer szerkezetére, valamint kóros elváltozásaira nézve nagyon értékes adatokat szolgáltatottak, s ismereteinket jelenté-

keny mérvben gyarapították, de a szellemi élet jelenségeinek, az elmebetegségek tüneteinek lényegét megvilágítani nem voltak képesek. Még manapság is úgy vagyunk, hogy a boncolásnál talált elváltozások önmagukban nem nyújtanak alapot a kórisme felállítására, valamint az életben észlelt tünetek magyarázatára sem. Ily módon nem csodálható, ha a pszichiátria másfelé keresett eredményekre jogosító támpontokat” [35]. És saját maga, valamint iskolája részére követendő példaként az alábbi irányzatot jelölte meg: „A pszichiátriában . . . az utóbbi évtized alatt ismét a klinikai bűvarkodás iránya lépett előtérbe. Amint az elmeorvosok ismét visszatértek a betegágyhoz, s a rendelkezésre álló minden modern vizsgálati módszer segélyével vizsgálják a tüneteket, megfigyelik a betegség lefolyását, kikutatják keletkezésének körülményeit, a számbavehető aetiológiai mozzanatokot: a pszichiátria újra lüktető erővel kezd továbbfejlődni, élesebben körülírt, egységesebb kórformák bontakoztak ki. Ezen irány . . . legkiválóbb képviselője a németeknél *Kraepelin, Schüle*, s a franciáknál *Magnan*, s ilyen volt Ausztriában *Krafft-Ebing*. . . mely nyom ez idő szerint minden esetre legtöbb kilátást ígér, de csak úgy, ha elmeorvosaink a többi módszer fejlődését és eredményeit nemcsak folyton figyelemmel kísérik, hanem azokat alkalmazzák is. *Ezen irányt és elveket követem én is a budapesti egyetemi elme-kórtani klinikán. . .*” [35] *Moravcsik E. E.* a német *Kraepelin* és iskolája iránti nagyrabecsülését másutt is kifejezte: „Az egyes esetek pontos klinikai észlelése, az aetiológiai mozzanatok beható mérlegelése, az ép és kóros szellemi műveleteknek a kísérletes pszichológia eszközeinek segélyével való megfigyelése . . . biztosabb és egészségesebb alapot, mintegy új életet adott a pszichiátriának, s ismereteinket szélesebb alapon bővítette” [39].

Másodszor „aranykort” jelentett a *Moravcsik* éra az elmekórtan oktatására nézve is, mégpedig a mester kétféle adottságából, illetve sajátos felkészültségéből kifolyólag.

Láthattuk, hogy *Moravcsik E. E.*, a vérbeli klinikus pszichiáter milyen nagy súlyt fektetett a beható észlelésre és milyen nagyra értékelte — mindenekelőtt diagnosztikai szempontból — a tünetek finom, részletes elemzését. Mármost pontosan ez a tulajdonsága és beállítottsága tette őt kiválóan alkalmassá arra, hogy mint professzor, a jövő általános orvosait elmekórtanra oktassa. Mert miként *Lechner K.* egy könyv recenziója [28] kapcsán írta: „Hiszen a gyakorló orvosnak elsősorban éppen az elmebetegség tüneteit kell felismerhetnie, hogy azok révén útba igazodjék.” (Pontosan ezért hiányolta *Konrád J.* vonatkozó művéből a tünettannal való részletesebb foglalkozást!) Ezenkívül „*Moravcsik* lelkes tanító volt; hallomásból tudom, hogy előadásaiban tárgyának különösen általános lélektani részét, valamint a finomabb tünettani elemzést betegbemutatók kapcsán előszeretettel kultiválta.”, *Schaffer K.* közlése szerint [61].

Figyelembe véve a körorvosokra a Monarchia időszakában háruló — és az előzőekben már vázolt — eseti elmeszakértői kötelmeket is, a leendő gyakorló orvosok pszichiátriai és törvényszéki elmekórtani oktatásában nyilván nem lehetett közömbös szempont a tárgyat előadó professzor ezirányú felkészültsége. Ezzel kapcsolatban leszögezhető, hogy az első két professzor mindegyike, de különösen *Moravcsik E. E.* kiváló forenzikus pszichiátriai gyakorlattal és ismeretekkel rendelkezett. *Csurgói Kéty K.* azt írja *Laufenauerről*, hogy az — betudhatóan még a lipótmezei másodorvos korában a tébolyda törvényszéki megfigyelési beteganyagán szerzett tapasztalatainak — „. . . a törvényszéki elmekórtanban nagy iskolázottságra tett szert.” Fokozottan érvényes ez a megállapítás *Moravcsik E. E.*-re. Tudjuk, hogy ő 18 éven át volt a budapesti és pestvidéki királyi törvényszék elmeorvos szakértője, ezenkívül 1890-től, az

Igazságügyi Orvosi Tanács megalakulásának az időpontjától kezdve annak rendes tagja, 1913-tól pedig az elnöke. [58] Ismeretes továbbá az is, hogy a budapesti orvoskaron a törvényszéki elmekórtan és lélektan — részben, mert mint önálló szakma vált ki tudományos alapon a pszichiátriából, másrészt pedig gyakorlati szükségletből kifolyólag — önálló katedrát kapott, s erre egyet. ny. rk. tanárrá 1892 febr. 9-én, éppen *Moravcsik E. E.* neveztetett ki. (A heti 5 órában tartott előadásokra 1892 és 1895 között 132 hallgató iratkozott be, de ezen előadások a törvényszéki orvosi vizsgálatokra készülő orvos-tudorok számára is hozzáférhetőek voltak.) [8] De ugyancsak ő volt az, aki megszervezte a büntetett elmebetegek és a pszichózisban megbetegedett elitáltak megfigyelésére és gyógyítására szolgáló Országos Megfigyelő és Elmeorvosgyógyító Intézetet, s annak 1894-től 1902-ig első igazgatójaként működött. Ily módon, a törvényszéki elmekórtant és lélektant, sőt a penitenciárius pszichiátriát magas szinten, mintegy második szakmai specialitásként képviselve, *Moravcsik E. E.* az ismertetett kívánalmaknak megfelelő pszichiátriai oktatás legnagyobb nyereségére szolgált.

De kanyarodjunk vissza a klinika történetének kronológiai sorrendjéhez.

Laufener halála után hárman aspiráltak a katedrára: *Lechner K.*, aki akkor már a kolozsvári egyetem ideg- és elmeklinikájának volt a professzora ny. r. tanári minőségben, *Schaffer K.* c. rk. tanár és *Moravcsik E. E.* ny. rk. tanár, utóbbi kettő a pesti orvoskarról. Végül a kari ülésen *Moravcsik* szerzett szótöbbséget a szavazásnál, s őt terjesztették fel kinevezésre. Az 1902/1903. tanévben kezdte meg ny. r. tanárként a működését, s a tanszéket, majd később a klinikát 1924. okt. 19-én, 66 éves korában bekövetkezett, — szintén korai és váratlan — haláláig igazgatta [54].

Professzorsága első hat évében ő is — miként elődje — a Régi János-kórház azon függelékosztályán volt kénytelen működni, melyről *Schaffer K.* igen pejorativén így nyilatkozott: „... a klinika képtelen elhelyezése Budán, a Lövőház utcában, a Marczibányi-rét közelében mint fővárosi megfigyelő osztály, továbbá minden tudományos felszereléstől mentes, gyarló összeállítása *a komoly és sikeres szaktanítás egyenes kigúnyolása volt.*” [61] De fáradozásai és állhatatos sürgetései, hogy egy új, speciális klinika épüljön az elmebetegeknek, amely mind a tudományos kutatás, mind pedig a tanítás céljait megfelelően lesz hivatva szolgálni, végül is eredménnyel jártak. Az 1906. máj. 15-i rendes kari ülésen végleges megállapodás született arról, hogy az egyetem régi botanikus kertje helyén, az ún. külső klinikai telepen épüljön fel az elmeklinika [51]. *Moravcsik E. E.* instrukciói alapján 1906 őszén kezdtek hozzá az alapozás munkálataihoz, s az építkezés 1908 novemberében fejeződött be. Építése és felszerelése 1, 171 221 Koronába került [47].

Már *Laufener K.* pregnánsan megfogalmazta az egyetemi kóroda lényegi célkitűzéseit a következőkben: „A klinika tanít, a szakmát tudományosan műveli és annak irodalmi feldolgozását végzi.” Az új elmeklinika tervezésénél és kivitelezésénél is ugyanezek az elvek érvényesültek: segítse elő, amennyire csak lehetséges, a tudományos kutatást, az oktatást és a betegek ésszerű kezelését, különös tekintettel individuális gyógyításukra. *Moravcsik, E. E.* idevonatkozó elképzeléseit egy korabeli tanulmányában [35] így összegezte: „... az elmebetegek elhelyezésére szolgáló intézetek építésénél manapság már a pavillon rendszer előnyei elvitázhatatlanok, nemcsak higiénikus okoknál fogva, de különösen a betegeknek az egyéni hajlamok, a kórforma tünetei, a betegség különféle stádiumai szerint való elkülöníthetése szempontjából is...”

Az új klinika 80 férfit és 80 nőt, összesen 160 beteget volt képes befogadni. Orvosi személyzete: igazgató tanár, 3 tanársegéd, 2 gyakornok. Szemeszteren-

ként 180—220 hallgató tanult a klinikán. Részükre heti 4—5 órában mentálpatológiából, 2 órában törvényszéki pszichiátriából, s 1 órában az elme- és idegbetegségek határterületi formáiról tartattak professzori előadások [37, 38].

Apró, de jellemző és érdekes adat: míg kezdetben, 1908-ban az új intézmény elnevezése egyszerűen csak „*elme-kórtani klinika*” volt, az 1909. szept. 14-én tartott pesti orvoskari ülésen a professzorok kollégiuma tudomásul vette a miniszter hozzájárulását azon kari határozathoz, mely szerint az „*elme-kórtani klinika*” a jövőben „*elme- és idegkórtani klinikának*” neveztesse [52]. Ezen intézkedés gyökerei még bizonyára az előd *Laufenauer K.* néhai törekvéseibe és döntően neurológiai szemléletű gyakorlatába nyúltak vissza, melynek eredményeképpen „. . . Szt. Rókus kórházbeli figyelő osztályhoz, 1885. szept. 1-jétől kezdve két, összesen 12 ágygal rendelkező idegszoba csatoltatott. Ezen körülmény folytán az osztály a külföld hasonló intézeteinek egyikét-másikat meg is előzte; mert hovatovább erősebb gyökeret ver ama meggyőződés, hogy az elmebetegségek sikeres gyógykezélése és tanulmányozása szempontjából az idegbajosok ma már nélkülözhetetlenek [73].”

Párhuzamos összehasonlításként érdemes megemlíteni, hogy Kolozsváron már 1889-ben létesítettek elme-kórtani katedrát, s arra *Lechner K.*-t hívták meg. A klinika 1890. okt. 3-án nyílt meg, öt apró magánház egybekapcsolásával és 22 ágygal, csupán 20 hallgató részére. Az új klinika épületei 1901. okt. 16-án — jóval megelőzve a pestit — lettek átadva rendeltetésüknek. 1903-ban még hozzáépült az ideg- és kedélybajosok pavilonja. Így ebben az évben a klinika 10 épületében összesen már 230 ágy volt, éspedig 200 ágy az elmebajosok, s 30 ágy az ideg- és kedélybajosok számára. A tanterem 80 hallgató befogadására készült. Összesen 7 orvos látta el a klinikai szolgálatot: 1 igazgató tanár, 3 tanársegéd, 2 díjas és 1 díjtalan gyakornok [29, 30].

A Pécsi Ideg- és Elmeklinika előzményei Pozsonyba nyúlnak vissza, ahol is tanszéki létesült 1918 tavaszán, miután *Reuter Camillát* az Erzsébet Tudományegyetemen az elme-kór- és gyógytan ny.r. tanárává nevezték ki. A klinika 1924-ben Pécsre történt áthelyezésekor a Városi Kórház Elmeosztályát vette át, betegállománya a későbbiekben 135 körül mozgott, túlnyomóan pszichiátriai jellegű volt, kevés szervi és pszichogén idegbeteg mellett [20].

Ami a budapesti elme-kórtani klinikán folyó diagnosztikai és kórrajzírasi dokumentációs munkát illeti, megállapítható, hogy az *Moravcsik E. E.* professzorsága alatt — a klinika egész történetét is figyelembe véve —, kimagaslóan magas színvonalú volt. Maga *Moravcsik E. E.* 1911-ben a klinikai munkatársai számára 63 nyomtatott oldalas klinikai tájékoztatót adott ki a betegek megvizsgálásának főbb szempontjairól [41]. Ebben részletesen taglalja a „*Körelőzményben*” a beteg esetleges örökletes terheltségére, szerzett dispositiójára, testi és szellemi fejlődésére, a jelen betegség bekezdő tüneteire vonatkozó és a vizsgáló orvos által feldolgozandó kérdéseket. A „*Status praesens*” részletesen felöleli a testi és lelki vizsgálatokat, előbbieken csupán a különböző koponyaméreték rögzítése legkevesebb 8 érték megadását kívánja meg. Ismeretes [57] ezenkívül, hogy *Moravcsik E. E.* professzor milyen nagy súlyt helyezett a belgyógyászati vizsgálatokra az elmebetegeknél. Érdemes idevonatkozóan idézni nézeteinek a rövid summáját: „Az egész szervezetet át kell kutatnunk, a belgyógyász szemébel néznünk. . . Magunk részéről nemcsak nagyon fontosnak, de szükségesnek is tartjuk, hogy az elmeorvos alapos belgyógyászati előtanulmány után lépjen pályájára.” A pszichés státusban 120 kérdés puhatolja a beteg tájékozódását, ismeretkörét és érzésvilágát, s képzettársításának a vizsgálatánál felhasználásra került a *Kraepelin—Aschaffenburg—Jung*-féle és a *Riklin* szerinti asszociációs próba stb. Kidolgozandó továbbá „*A betegség lefolyása*” és

speciális kritériumok alapján leírandó „*A beteg állapota gyógyulása vagy távo-
zása idejében, vagyis a status retrospectivus.*”

S mindez egy kórrajzon belül! — E sorok írója egy kutatási program kereté-
ben a klinika több ezres kórrajzanyagát nézte végig, így az 1910-es évek kór-
rajzait is. Megállapítható volt, hogy az anamnézis és a status praesens átlago-
san 10—30 kézírásos oldalt tett ki, a decursusok ennek olykor többszörösét,
újabb explorációs anyagokkal gazdagítva a kórtörténetet. A decursusokban
nem ritkán még a beteg álmainak a részletes leírásai is szerepelnek. Előfordul-
nak a kórrajzokban a betegekre vonatkozó életrajzok, az orvos és a beteg beszél-
getései kérdés-felelet formájában, a szabad asszociációs kísérleteknél a hívószá-
vak, az adott válaszok és a válaszok reakciós időinek egyaránt pontos rögzí-
tése stb. Mindegyik kórrajzot *Moravcsik E. E.* professzor írta alá [55].

Az elme-kórtani klinikán folyó gyógyító tevékenységről több korabeli és
újabb tanulmány [35, 37, 38, 39, 40, 56, 58, 60, 61] számol be. Most csupán az
egyres terápiais tevékenységeket összefogó, azoknak irányt szabó *Moravcsik*-i
alapelveket idézem e témára vonatkozóan: „A pszichiátria legfontosabb újabb
vívmányai közé tartozik... a betegeknek a kényszereszközök elkerülésével
való szabadabb, humánusabb, az egyéni sajátosságok szerint való kezelése és
ezzel kapcsolatosan azon tapasztalati tény érvényre juttatása, hogy az elme-
betegek egy nagy részénél a szociális élethez hasonló légkör biztosítása, a helye-
sen megválasztott foglalkoztatás, a szabadban való testmozgás előnyösen
befolyásolja a kóros tüneteket...” [35] Továbbá: „Az ún. pszichés befolyásolás
eszközeit mindig az eset és a betegség különféle szakainak megfelelően alkalm-
mazzuk. Mindez nagy türelmet, fáradságot, tapintatot és kellő önfegyelmézést
kíván az orvos részéről is” [40]. *Moravcsik E. E.* izgatottsági állapotok kezelé-
sében pl. a korabeli gyógyszereknél jobbnak, hatásosabbnak tartotta a tartós
langyos fürdőket, vizes lepedőbe pakolást, ágynyugalmat stb.; az elmebetegek,
véleménye szerint alig vagy agyáltalán nem hipnotizálhatók, ellenben nagy
hatással van rájuk az egész környezet pozitív vagy negatív irányban ható
szuggesztív ereje; igen lényegesnek véli továbbá a gyógyítás módszereinek és
eszközeinek mindenkor individuális kombinációban való alkalmazását.

Végül, ha az elme-kórtani tanszék, illetve klinika tudományos munkásságát
vizsgáljuk az első két professzor működésének az időszakában, úgy összefogla-
lóan megállapíthatjuk, hogy az mennyiségében meglehetősen bőséges volt,
minőségét tekintve pedig nemzetközi viszonylatban is kimagaslónak érté-
kelhető. Ebben mindenekelőtt a két tanszékvezető példamutató szorgalmá-
nak, személyes tudományos produktivitásának és iskolateremtő tevékenységé-
nek volt oroszlánrésze, de nem elhanyagolható szempont a tanítványok
ambíciója, kreativitása sem.

Megemlítendő, hogy *Laufenauer K.* tanítványai közül *Moravcsik E. E.*
1866/67-ben elme-kór- és gyógytanból, *Schaffer K.* 1893/94-ben idegkór- és
gyógytanból, *Sarbo A.* 1897/98-ban idegkórtani diagnosztikából és vizsgálati
módszerekből, *Ráthonyi Reusz Fr.* 1903/04-ben a központi idegrendszer élette-
nából, *Pándi K.* 1909/10-ben általános elme- és idegkórtanból, *Ranschburg P.*
1909/10-ben orvosi pszichológiából és *Hajós K.* 1929/30-ban a belső secretiós és
vegetatív idegrendszer klinikumából szerzett magántanári képesítést. (Közülük
később többen ny. r. és ny. rk. tanárok lettek.)

A *Moravcsik E. E.* iskolából *Hudovernig K.* 1907/08-ban elme-kórtanból,
Németh Ö. 1908/09-ben törvényszéki elme-kór- és lélektanból, *Reuter C.* 1917/18-
ban elme-kór- és gyógytanból, *Bakody A.* 1922/23-ban elme-kórtani diagnosztiká-
ból és *Somogyi I.* 1928/29-ben az elmebetegségek kór- és gyógytanából habi-
litált [54].

Már e fentebb jelzett habilitációs témák is világosan utalnak a két tanszékvezető professzor eltérő szakmai orientációjára. Ezt a különböző elkötelezettséget tükrözi továbbá szakirodalmi munkásságuk jellege is.

1896-ig *Laufenauer K.*-nak mintegy 90. tanítványainak összesen 84 tudományos közleménye jelent meg. Pályája kezdetén, majd ismét annak későbbi szakaszában pszichiátriai epidemiológiai kérdésekkel [21, 23, 27], szociálpszichiátriai témákkal [25, 26] és a hisztéria, valamint a hipnózis problémáival is foglalkozott. Utóbbi témakörben 17 tanulmányt publikált. Érdekes, hogy mint akadémiai levelező tag, székfoglalóját 1898-ban „A múlt századi boszorkányperek”-ről tartotta. Tudományos produktójának a gerincét azonban 21 klinikai -neurohisztopatológiai és 10 neuropszichiátriai határterületi témájú cikke alkotja [14]. 1878-ban elhangzott magántanári képesítő előadásának a tárgyköre is neuropatológiai természetű volt: „Az előhaladó általános hűdés kórképe, kóroktana és kórbonctana” [68].

Ezzel szemben — *Sarbo A.* [60] szerint — *Morvacsik E. E.* mindössze egyetlen agyszövetani tanulmányt publikált, holott írásos műveinek a száma legkevesebb 120, az összes kisebb cikkét figyelembe véve azonban — *Németh Ö.* becslése alapján [58] — mintegy 300. A 120 jelentősebb műből 56 pszichiátriai, 42 törvényszéki elme- és lélektani, illetve börtönpszichiátriai, 6 szociálpszichiátriai, 4 orvosi lélektani, 4 csak neurológiai, újabb 4 neuropszichiátriai és szintén 4 általános orvostudományi jellegű. Szociálpszichiátriai tanulmányai-ban a századvégi degenerációval [34], az idegesség és az elmebetegség társadalmi összefüggéseivel [32, 33], valamint az első világháború pszichiátriai szövődményeivel [43] foglalkozott. Jelentősnek mondható még az 1897-ben megjelent „*Gyakorlati elme- és lélektan*”-című könyvecskéje, amelyről *Sarbo A.* úgy vélekedett, hogy az „... az első szélesebb alapon kidolgozott hazai pszichiátriai kompendium volt, amely főleg a gyakorlati igények kielégítését célozta...” [60] „*Elme- és gyógytan*” — címet viselő főműve első kiadásban 1913-ban látott napvilágot, harmadik kiadása 1922-ben.

Egyértelmű tehát, hogy „Irodalmi munkássága főleg a törvényszéki elme- és lélektan körébe tartozik, vagy klinikai jellegű...” [44], miután — *Schaffer K.* értékelése szerint — „*Benne a klinikus pszichiáter testesült meg, akivel még az elsőrangú törvényszéki elmeorvos találkozott...*” [61]. Egész tudományos életművének úgy tartalmi, mint formai szempontból való tömör jellemzését egyébként mintaszerűen állítja elének *Epstein L.* méltatása: „*Morvacsik* meggyőződéssel követője a klinikai irányzatnak, miként azt Németországban főleg *Kraepelin, Sommer* stb. művelték, s igen nagy számban magyar, német, sőt francia lapokban megjelent tudományos munkái — amelyekben egyébként az anyag tökéletes átfogása, uralma mellett különösképpen finom megfigyelési talentum is megnyilvánult — majdnem kizárólagosan klinikai, részben forenzikus-pszichiátriai kérdéseket tárgyalnak” [2].

Magának a tudományos munkának a pozitív emberformáló hatását mindkét professzor jól ismerte és alkalmazta is, mind önmagával, mind beosztottjaival szemben. *Csurgói Kéty K.* így jellemzi *Laufenauer*-t e tekintetben: „... nagy lelki energiájára vall az, hogy ő a legmostohább viszonyok közt is dolgozott és dolgoztatott. Éber szemmel őrködött azon, hogy az anyag tudományosan értékesítve legyen, tudva azt, hogy az irodalmi munkásság nemcsak felfedezésekre és az egyéni hiúság kielégítésére való, nem is csupán reprezentatív kötelessége a klinikusnak, hanem a tanításnak, önképzésnek is legbiztosabb eszköze. Azért nála mindenkinek, lett légyen az asszisztens, gyakornok vagy kórházi orvos, dolgoznia kellett, a dolgozatokat mindig ő maga ellenőrizte” [1]. *Morvacsik*

közléséből [36] ugyanakkor azt is tudjuk, hogy „...tanítványai nála egyéni hajlamaik szerint képezhették ki magukat.”

Az elmekórtani tanszék két első professzorát nemcsak életpályájuk időelőtti és váratlan befejezése, valamint akadémiai levelező tagságuk tette hasonlóná egymáshoz, hanem sokkal inkább ernyedetlen szorgalmuk, bámulatos munkabíráruk és munkaerkölsük. „*Laufenauer K.* vagyontalan szülők gyermeke lévén, már mint orvostanhallgató tanítással kereste kenyerét, s talán ez magyarázza, hogy egész életén keresztül a munkaszeretet s szünetet nem ismerő tevékenység voltak kiváló szellemi erői mellett sikereinek egyedüli rugói” — írta róla *Csurgói Kétyl K.* [1] *Moravcsik E. E.* pedig atyja, a puritán jellemű evangélikus lelkész, *Moravcsik Mihály* jelmondatát: „*Officium ante omnia*” íratta fel klinikája tantermének a homlokzatára, s követte azt híven egész életében.

IRODALOM: 1. *Csurgói Kétyl K.*: *Laufenauer Károly* dr. lev. tag emlékezete. *Orv. Hetil. 19—20, 324 és 337 (1902)*. — 2. *Epstein, L.*: Die Entwicklung der Psychiatrie und des Irrenwesens in Ungarn. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 23, 209 (1909)*. — 3. *Hajós L.*: *Laufenauer* tanár klinikai idegbeteg ambulatoriumának kimutatása az 1898. évről. *Orv. Hetil. 13, 154 (1899)*. — 4. Heti szemle: A fővárosi Szt. Rókus-kórház elmebeteg megfigyelő osztályán... *Orv. Hetil. 35, 1153 (1887)*. — 5. Heti szemle: Elmebeteg-megfigyelő osztály áthelyezése Budára. *Orv. Hetil. 2, 31 (1889)*. — 6. *Hollán H.*: Elmebeteg Megfigyelő Fiókosztály. In: Adatok és szemelvények a Szt. Rókus kórház és fiókjai alapításának és fejlődésének történetéből. *Medicina Könyvkiadó, Budapest, 92 (1967)*. — 7. *Högyes E.*: Emlékkönyv a Budapesti Királyi Magyar Tudomány Egyetem Orvosi Karának múltjáról és jelenéről. (Magyarország ezredéves fennállásának ünneplése alkalmával.) Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadása, LXXIV kötet. Budapest, 1896. Ebben: Elmekórtani intézet. Ismerteti *Laufenauer K.*, 536. — 8. Mint fent: Törvényszéki elmekórtani és lélektani tanszék. Ismerteti *Moravcsik E. E.*, 644. — 9. Mint fent: Tanszékek, 41. — 10. Mint fent: Gyakornoki rendszer, 53. — 11. Mint fent: *Pomutz, Sz.*, 208. — 12. Mint fent: *Schwartzter, F.*, 208. — 13. Mint fent: A tanártestület 1892. évi javaslata az egyetemes orvosdoktori szigorlati rend reformtervezete tárgyában, 326. — 14. Mint fent: *Laufenauer K.*, 403 és 710. — 15. Mint fent *Moravcsik E. E.* 405 és 743. — 16. Mint fent: *Bolyó K.*, 771. — 17. Mint fent: Tisztiorvosi vizsga, 39 és 956. — 18. Mint fent: Törvényszéki orvosi vizsga, 39 és 960. — 19. *Hudovernig K.*: Kimutatás a budapesti elmekórtani klinika nyilvános rendelkezések 1901. évi működéséről, casuistikával kapcsolatban. *Orv. Hetil. 25, 408 (1902)*. — 20. Ideg- és Elmeklinika. In: A Pécsi Orvostudományi Egyetem Jubileumi Évkönyve. Pécs, 125 (1967). — 21. *Laufenauer K.*: Az elmeegógyintézetek túltömöttsége, annak okai és elhárításáról. Franklin Társulat Nyomdája, Budapest, 18—19 és 27—32 (1875). — 22. *Laufenauer K.*: Néhány szó a hazai elmekórtani oktatás tárgyában. Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan 5, 90 (1876). (Az *Orv. Hetil. 1876. 39. számának melléklete*.) — 23. *Laufenauer K.*: Budapest öngyilkossági statisztikája. Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan 1, 1 (1884). (Az *Orv. Hetil. 1884. 8. számának melléklete*.) — 24. *Laufenauer K.*: Az idegességről. In: Népszerű Természettudományi Előadások Gyűjteménye. Kiadja a Kir. Magyar Term. tudományi Társulat, Budapest, 1886. IX. kötet, 1—47. — 25. *Laufenauer K.*: A boszorkánymesterek és boszorkányasszonyok tana. In: Előadások az idegélet világából. Kiadja a K. M. Természettudományi Társulat, Budapest, 219 (1899). — 26. *Laufenauer K.*: Részlet a hőmezővásárhelyi boszorkányperekből. Mint fent: 223. — 27. *Laufenauer K.*: Budapest székesfőváros elmebetegügye. In: Az 1900. évi október 28—29-én Budapesten tartott első országos elmeorvosi értekezlet munkálatai. Szerkesztette: *Epstein L., Pallas Rt.* Nyomdája, Budapest, 135 (1901). — 28. *Lechner K.*: Konrád Jenő „Az elmekórtan gyakorlatilag fontos tételei, tekintettel a közigazgatásra. Budapest, 1895.” című művének ismertetése. *Gyógyászat 17, 198 (1895)*. — 29. *Lechner K.*: Ideg- és Elmeegógyászati klinika. In: Emlékkönyv. A Kolozsvári Magyar Királyi Ferenc József Tudományegyetem és különösen ennek orvosi és természettudományi intézetei. Kiadta a Kolozsvári Egyetem Orvosi Kara, 384—412 (1903). — 30. *Lechner L.*: La clinique des Maladies nerveuses et mentales. In: Les Facultés de Médecine des Universités Royales Hongroises de Budapest et de Kolozsvár. Franklin Társulat Rt. Nyomdája, Budapest, 375—381 (1909). — 31. *Mitt-heilungen*: Ungarn. *Psychiatr. Wochenschrift 45, 436 (1901)*. — 32. *Moravcsik E. E.*: Az idegesség szerepe a társadalomban. *Természettudományi Közöny 259, 113 (1891)*. — 33. *Moravcsik E. E.*: Az elmebetegség társadalmi szempontból. *Politikai Szemle 6, 704 (1892)*. — 34. *Moravcsik E. E.*: A századvégi degenerációról. *Márkus S. Könyvnyom-*

dája, Budapest, 1900. 1—16. — 35. *Moravcsik E. E.*: A pszichiátria fejlődése hazánkban az utolsó 50 év alatt. *Orv. Hetil.* 1, 38 (1906). — 36. *Moravcsik E. E.*: Emlékbeszéd Laufenauer Károly felett. In: *Elme- és Idegkörtan. Szerkesztik: Babarcsi Schwartzter O. és Moravcsik E. E.* III. kötet. A Pesti Lovd Társulat Könyvnyomdája, Budapest, 82—95 (1906). — 37. *Moravcsik E. E.*: A budapesti kir. tudomány-egyetem elmekörtani klinikája. In: *Elme- és Idegkörtan. Szerkesztik: Babarcsi Schwartzter O. és Moravcsik E. E.* IV. kötet. A Pesti Lovd Társulat Könyvnyomdája, Budapest, 1908. 168—172. — 38. *Moravcsik E. E.*: La Clinique des Maladies mentales. In: *Les Facultés de Médecine des Universités Royales Hongroises de Budapest et de Kolozsvár. Franklin Társulat Rt. Nyomdája, Budapest, 1909. 209—212.* — 39. *Moravcsik E. E.*: Aetiologias és therápiás irányelvek a pszichiátriában. A Budapesti Orvosi Körben 1909-ben tartott előadás. — 40. *Moravcsik E. E.*: Az elmebetegségek gyógyítása. *Orvosképzés* 8, 527 (1911). — 41. *Moravcsik E. E.*: Klinikai Tájékoztató. A betegek megvizsgálásának főbb módszerei. (A budapesti Kir. Magyar Tud. egyetemi Elme- és Idegkörtani Klinika számára.) Franklin-Társulat Nyomdája, Budapest, 1—63 (1911). — 42. *Moravcsik E. E.*: Az elmebeli állapotok megfigyelésénél szem előtt tartandó főbb iránypontok. (A IV. szüneti orvosi cursus hallgatói számára.) Budapest. — 43. *Moravcsik E. E.*: A háboró befolyása alatt keletkező elme- és idegbetegségek. *Szabad Lyceum*, 2, 157 (1915). — 44. Száz éve született *Moravcsik E. E.* *Orv. Hetil.* 22, 740 (1958). — 45. *Müller K.*: A fővárosi kórházügy jövője. (Emlékirat) *Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan* 2, 13 (1889). (Az *Orv. Hetil.* 1889. 10. számának melléklete.) — 46. Elmekörtanból magántanári előadások szorgalmazása Kar által. In: *Nádudvari Gy.*: Az Orvostudományi Kar Története 1770—1935. (A Királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem Története, III. kötet. A Pázmány P. Tud. egyet. kiadása.) Budapest, 444 és 540 (1936). — 47. Elmekörtani tanszék felállításának terve. *Mint fent*: 634—635. — 48. *Laufenauer K.* ny. rk. tanárrá való kinevezése, s elmekör- és gyógytani tanszék létesítése. *Mint fent*: 655—656. — 49. A törvényszéki elmekör- és lélektan oktatásának a megkezdése az 1892/93-i tanévben. *Mint fent*: 700. — 50. Új szigorlati rend 1901-es jóváhagyása. *Mint fent*: 704. — 51. Az építendő ideg- és elmeklinika helyének kijelölése. *Mint fent*: 715. — 52. Az elemeklinika elnevezése. *Mint fent*: 720. — 53. Az elmekörtan oktatásának óraszámra és kötelező szigorlati tárgya tétele. *Mint fent*: 742. — 54. Az ideg- és elmekörtan nyilvános rendes, rendkívüli és magántanári 1850 óta. *Mint fent*: 791—792 és 797—807. — 55. *Pisztora F., Farkas J.*: A Monarchia-korabeli pszichiátriái dokumentáció és korrajzírás sajátosságai és hasznosítható szempontjai a jelen számára. A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága Tiszántúli Tagozatának 1975. évi, Miskolcon tartott tudományos ülésén, dec. 6-án elhangzott előadás kézírata. — 56. *Pisztora F.*: A schizophrénia és a paranoid kórformák gyógyítási kísérletei a Monarchia korabeli Magyarországon különféle pszichiátriái intézményeiben. *Orvostörténeti Közlemények* 4, 53 (1980). — 57. *Pisztora F.*: A bel-, az elme- és az ideggyógyászat viszonya hazánkban a századforduló körül. *Orv. Hetil.* 26, 1621 (1982). — 58. *Németh Ö.*: Professzor Moravcsik E. Emil. In: *Moravcsik Emlékkönyv. Dolgozatok az elme- és ideggyógyászat köréből.* (irták: tanítványai.) Novák Rudolf és Társa Kiadása, Budapest, 5—10 (1926). — 59. *Sarbó A.*: Kimutatás Laufenauer tanár egyetemi elme- és idegkörtani ambulanciájáról. *Orv. Hetil.* 27, 333 (1891). — 60. *Sarbó A.*: Moravcsik Ernő Emil (1858—1924). Emlékbeszéd. (Különlenyomat) Budapest, 49—60 (1925). — 61. *Schaffer K.*: Moravcsik Ernő Emil lev. tag emlékezete. In: *A Magyar Tudományos Akadémia elhunyt tagjai fölött tartott emlékbeszédek.* Kiadja a Magyar Tud. Akadémia, Budapest, XX. kötet 4, 1—14 (1927). — 62. *Schaffer K.*: Laufenauer Károly jelentőségéről. *Orv. Hetil.* 9, 243 (1928). — 63. *Schwartzter, F.*: Bestimmung der Irrenanstalten zum psychiatrischen Unterrichte. *Ztschrft. f. Natur u. Heilkunde in Ungarn*, 10, 73 (1854). — 64. *Simon T.*: A pszichiátriái és neurológiai osztály története. In: *Fővárosi Tanács János Kórház Jubileumi Évkönyve.* Állami Nyomda, Budapest, 78—82 (1970). — 65. *Tárca:* A köztörvényhatósági és rendőri orvosok minősítő vizsgálatáról. *Orv. Hetil.* 26, 703 (1883). — 66. *Tárca:* Törvényszéki orvosi minősítő vizsgálat. *Orv. Hetil.* 26, 706 (1883). — 67. *Tárca:* A budapesti magyar kir. tudomány-egyetem orvosi karának javaslata a szigorlati rend reformtervezete tárgyában. *Gyógyászat* 37, 446 (1892). — 68. *Vegyések:* Laufenauer Károly magántanári képesítő előadásáról. *Orv. Hetil.* 20, 424 (1878). — 69. *Vegyések:* Elmebetegek számára szolgáló figyelő osztály célszerűbb elhelyezésének kérdése. *Orv. Hetil.* 10, 222 (1881). — 70. *Vegyések:* Laufenauer Károly 1882. aug. 17-i nyilván. rk. tanárrá való kinevezéséről. *Orv. Hetil.* 34, 879 (1882). — 71. *Vegyések:* Egyetemünk orvosi karának népessége az 1882/83. tanév első felében. *Orv. Hetil.* 41, 1071 (1882). — 72. *Vegyések:* Kimutatás a Szt. Rókus közkórház elmebeteg-megfigyelő osztályáról. *Orv. Hetil.* 2, 46 (1884). — 73. *Vegyések:* 1885. évi betegforgalom a fővárosi Szt. Rókus közkórház elmebeteg-megfigyelő osztályán. *Orv. Hetil.* 5, 135 (1886).

Schaffer Károly (1925—1936) és kora*

K Ö R N Y E Y I S T V Á N

A 100 éves múltból mindössze 11 és 1/2 év esik *Schaffer Károly* igazgatására. Ez az időszak azonban gyökeres változásokat hozott az oktatásban, a klinika beteganyagának megválogatásában és tudományos értékelésében, a klinika orvosainak képzésében és kutató tevékenységében.

Az Orvosi Hetilap 1925. évi 1. száma közli, hogy „Schaffer Károly tanárt hívták meg az elme- és idegkörtani tanszékre”. Első mondatában olvassuk hogy Schaffer „ismételten szerényen elhárította magától a meghívást. A kiváló bűvár nem tudta magát elhatározni arra, hogy csendes, de oly világszerte elismert kutatási melegágyát, a neki, »ad personam« szervezett agyszövettani intézetét elhagyja, bűvár-tevékenységét egy nagyklinika professzori és adminisztratív, súlyos feladatai által korlátozza. A december 16-i kari ülés azonban olyan egyhangúan, annyi melegséggel és elismeréssel intézte közvetlenül hozzá meghívását, hogy a professor megindult szavakban jelentette ki: a »bízalom elől többé nem térhet ki, s a Fakultás kívánságát teljesíteni kötelességül ismeri«.¹

Amidőn Schaffer számára a belépés a Balassa-utcai szép klinikára új volt, ugyanakkor azt a régi intézményt vette át, amelyben, mint *Laufenauer Károly* asszisztense tudományos pályáját megkezdte és annak hirtelen ívelését átélte. A tanszékre már 1901-ben pályázott; a három jelölt közül azt Moravcsik nyerte el. A harmadik a nagyérdemű kolozsvári professor, *Lechner Károly* volt. Ekkor *Lenhossék Mihály* különvéleményt terjesztett be *Schaffer* érdekében.

Schaffer klinikavezetésének magam szemtanúja voltam 1925-től 1929 végéig, kivéve egy évet, amelyet Bécsben töltöttem. Amidőn később külföldön éltem, levelezésben voltam klinikai barátaimmal és évente legalább kétszer szabadságra hazajőve össze-összejöttem velük. Mesterünkdel pedig tiszteletemet tettem. Azt hiszem, noha csak hallomásból, ezekre az évekre vonatkozólag is merhetek nyilatkozni.

„*Schaffer Károly* megnyerése nagy nyereség a budapesti Pázmány Péter-tudományegyetemnek, s orvosi karának tekintélyét kifelé is öregbíteni fogja. Vele közelebb jön ez a fontos tanszék a gyakorló orvosképzés igényeihez is, s a mindennapi életben gyakrabban szükséges neurológia elfoglalja megillető túlsúlyát a speciálisabb elme-körtani tudás mellett orvosképzésünkben. Örömmel üdvözöljük e meghívást és a meghívottat, sok szepet és jót várunk tőle”. A várt megvalósult.

Midőn *Schaffer* a klinikát átvette, az idegkörtan oktatása a belgyógyászati kollégiumokban történt; *Moravcsik* professor az elme-körtan előadására szorított. Korábban mind *Jendrassik Ernő*, mind *Korányi Sándor* a belgyógyászati diagnosztika mellett az idegkörtan tanárai is voltak és *Jendrassik* kis klinikáját teljesen idegbetegek számára tartotta fent. Amidőn azonban mind a kettő nagy belgyógyászati tanszéket vett át, érthetően ezeken az idegkörtan

¹ A cikkből az alábbiakban több részletet idézünk; ahol forrást nem nevezünk meg, az idézőjelbe foglalt rész ebből a cikkből származik. — Szigatúrája Sz.; a szerkesztő Vámosy Zoltán volt. Két mosolykeltő sajtóhibája van: „bóvérés” bőrrzés, és „ép és kóros neuralgia” neuroglia helyett.

* A Klinika 100 éves évfordulója ünnepegn elhangzott előadás alapján (1982. december 17-én).

előadása, mondhatni, alkalmi volt. Hallhattunk nagyon szép idegkörtani előadásokat mint a két professzortól, és aránylag gyakran adott elő idegkörtani problémákról *Jendrassik* utóda, *Herzog Ferenc* is. Rendszeres idegkörtanoktatás azonban csak *Schafferral* tért vissza. Emlékezetem szerint a téli félévben idegkörtan, a nyári félévben elmekörtan volt az előadások tárgya. A szigorlók mind a két szakmából kaptak kérdéseket.

Schaffer az oktatásba és a klinika tevékenységi körébe behozta az idegkörtannak mind organikus, mind psychogén fejezeteit. Emellett képviselte az ideg- és elmekörtan együtttartásának szükségességét. Kifejezésre jutott ez abban a tankönyvben is, amelyet hamarosan azután összeállított, hogy a tanszéket 1925 elején átvette. Amint előadásai igen szabatosak és világosak voltak, kiváló didaktikus érzékről tanúskodtak, úgy a tankönyv is. Röviden összefoglalja az idegkörtannak és a pszichiátriának akkori állásából azt, amit az életbe készülő fiatal orvosnak tudnia kell. Más országokban hasonló jellegű volt *C. Winkler Manuel de Neurologie*-ja és a *Weygand* szerkesztette *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten* tankönyv. A pszichiatriai rész erősen támaszkodik *Moravcsik* tankönyvére és kidolgozásában jelentős része volt *Somogyi Istvánnak*, aki már *Moravcsik* idejében első tanársegéde volt a klinikának és az egész *Schaffer*-időszak alatt megmaradt ebben, illetve az adjunktusi állásban. Hogy mennyire igyekezett *Schaffer* a modern követelményeknek megfelelni, arról tanúskodik, hogy psychotherapiának szentelt fejezetben tárgyalja *Freudnak* és *Duboisnak* tanait is.

Így nyílt *Schaffernak* alkama arra, hogy gyakorlati klinikai téren is szélesebb körökre gyakoroljon befolyást. Szinte páratlan az a vonzó hatás, amely annyi fiatal orvost vezetett *Schaffer* első szerény munkahelyeire, kutatóintézetébe és klinikájára. Ebben nemes emberi tulajdonságai és rajongása a tudományért voltak döntőek. Így lett megalapítója egy számban is tekintélyes idegorvosi és különösen az idegrendszer ép szerkezetét és kóros elváltozásait vizsgáló iskolának, amely nagy nemzetek szakmabeli gárdájával nemcsak felvehetette a versenyt, de azt némely téren felül is múlta. A klinikán egyidőben, illetve váltva dolgoztak *Miskolczy Dezső*, *Lehoczky Tibor*, *Meduna László*, *Angyal Lajos*, *Rakonitz Jenő*, *Sántha Kálmán*, *Horányi Béla*, *Juba Adolf*. Nevükkel még ma is találkozunk idézetekben.

Megváltozott a klinika beteganyaga is; érthetően szaporodott az idegkörtani, főleg az organikus esetek száma. Tudnunk kell ehhez, hogy akkor a psychogén, vagy amint annakidején nevezték, funkcionális idegbetegek a neurológus és nem a psychiater hatáskörébe tartoztak. A betegfelvétel igen korlátozott volt, bár nem annyira mint korábban, lényegileg mégis az intézeti igazgató személyes engedélyéhez volt kötve. A neurológiai beteganyag gazdagodásának talán éppen ez volt az egyik oka.

Schaffer feltételül szabta a tanszék átvételekor, hogy az Agyszövettani Intézet, mint osztály, autonómiával betagosítódjék a klinikába. Elméleti intézetének és tanszékének megszületéséhez bizony 9 évre volt szükség. Már 1903-ban javasolták *Pertik Ottó* és *Liebermann Leó*, hogy a kar legyen lépéseket *Schaffer* nyilvános rendkívüli tanárrá való kinevezésére. A kinevezés 1912-ben történt meg nyilvános rendkívüli tanárrá, és egy bár kicsiny, de az igényeket kielégítő agyszövettani intézet nyert helyet ott, ahol ma a Wesszprémi István-Könyvtár olvasóterme van.

Az intézet gyűjteményét a klinikán kitünően el lehetett helyezni az egyik igazgatói szoba és az előadó-terem közötti helyiségben. Az eredetileg már szép nagy szövettani laboratórium pedig négy-öt munkahelyet fogadott be.

A laboratóriumban egy ideig nem volt technikai segéderő és később is csak egy volt. Magunk készítettük metszeteinket, és legmegbízhatóbbjaink készítették azokat Schaffer számára is. Ennek köszönhetjük, hogy a technika követelményeit megismerhettük; talán érdemes volna egy és mást az annak idején tanultak és ma már feledésbe merülők közül megmenteni.

A klinika tudományos munkássága Schaffernak akkor már csaknem négy-évtizedes tevékenységét követte. Ezt az előzményt röviden át kell tekintelnünk. Idegen — német és francia — nyelven megjelent „Dolgozatainak tül-nyomó része az idegrendszer anatómiájának és kórszövettanának körébe vág” s mind „localisatiós és pályatani”, mind „finomabb szövettani kérdéseket tárgyalnak”. „Munkásságának legnagyobb szabású eredménye az öröklődő idegbajok egységes kórszövettani jellemzése”. „Tisztázta a másik nagy magyar ideg orvos. Jendrassik Ernő által klinikailag egységesnek felismert betegségecsoport: a heredodegeneratiós idegbántalmak kórszövettanát. Ezirányú vizsgálatainak végső eredményeit, mint hivatalos referátumot, előterjesztette a német ideg orvosok idei innsbrucki kongresszusán, s felfogásának nagy körvonalait rajzolta a magyar orvosi közönség előtt is nemrég tartott Balassa-előadásában.”

Schaffer intézetét abban az időben szervezte, amidőn Magyarországnak már módjában volt egyetemeken kutató-intézeteket felállítani, amelyek nem annyira a felső szakoktatás, mint inkább az önálló tudományos bűvárkodás céljait szolgálják. Az Agyszövettani Intézet dolgozatai jórészt a Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie c. új, de hamarosan vezetővé lett folyóiratban láttak napvilágot. A kiadó cég nagyvonalúan Schaffernak és munkatársainak közleményeit egymáshoz csatlakozóan hozta és a különlenyomatokat éveken át „Hirnpathologische Beiträge” címmel összefűzve bocsátotta az Intézet rendelkezésére.

Ez a kiadvány a 11. kötettől kezdve már nemcsak a budapesti klinika dolgozatait tartalmazta, hanem a szegedi idegklinikáéit is, amelynek az élére 1930. nyarán Schaffer kedvelt tanítványát nevezték ki. A Hirnpathologische Beiträge folytatódott, és Schaffer nyugalombavonulásáig, 1935. augusztus 31-ig megjelent a 15. kötet. A 19. kötettel zárult a sorozat; jóllehet jelentékeny részben klinikai problémákat tárgyal, a dolgozatok igen nagy része szövettani természetű, sok áll a klinikai-neuropatológiai egyeztetés szolgálatában. A 6., majd a következő kötetek jó felét klinikai tanulmányok foglalják el, az akkor nagyon aktuális maláriakezelés általános és szerológiai problémáiról, psychés epidémiákról és néhány egyéb szerológiai, illetve terápiás kérdésről. Új tárgyként találkozunk az exogén és endogén elmebetegségek problémáival és egynémely psychogén betegséggel. Miskolczy Dezső több alkati-örökléstani tárgyú megfigyelés közlése veltágította a Schaffer-iskola érdeklődési körét. Kibontakoztak *Angyal Lajos* törekvései, hogy schizophren tüneteket analógiába állítson kétségkívül organikus kórjelekkel és azokat agyi területek károsodására vonatkoztassa.

Említenünk kell Lehoczky vizsgálatait a lázkezelés hatásáról a paralysis progressiva szövettani képeére, Horányi dolgozatai közül elsősorban az alvás-ébredésre vonatkozó daganatos megfigyelésen alapuló közleményt. Ekkoriban találta meg *Fényes István* az Alzheimer-féle fibrilla-elváltozást postencephalitis parkinsonismusban. Kiemelendők Sánthának a nemzetközi irodalomban máig is idézett dolgozati az ún. poliomyelitis posteriorról, a diffúz lemmoblastosísról és az agyi erek reumás elváltozásairól.

Schaffer saját kutató tevékenysége ekkor kevésbé terjedt az öröklődő betegségek túl. Sajnálatos, hogy ő ezeknek az éveknek irodalmi vitáiban nem azt az érdemét hangsúlyozta, hogy — mint Miskolczy joggal mondja — ő volt tulajdonképpen a lipidosis első leírója, hanem állandóan heredodegenerációs koncepcióját védte. Ezekben az írásokban igen sok az ismétlés; nem csoda, hogy a nemzetközi irodalomban hamarosan csak éppen a vitatkozók figyeltek fel rájuk, és ezzel Schaffer felfedező érdeme is feledésbe ment. Persze, a vigasztalást megtalálhatjuk *Cajal* mondásában: tények, amelyek kezdetben az egyénhez kötöttek, személytelenül mennek át a tudomány közkinccsei közé.¹

Schaffer már korábban az akkori technika minden eszközét felhasználva kitünően jellemezte a Tay—Sachs-betegség kórszövettanát, és írta le ennek számos részletét. Későbbi munkásoknak új, más területek módszerei szolgáltathattak új eredményeket. A vita igen lényeges pontja volt, hogy Schaffer morfológiai alapon ellenezte azt a felfogást, amely a Tay—Sachs-betegségben és a Niemann—Pick-betegségben egységes, csak az anyag tárolása szempontjából különböző kórképet látott. Nagy elégtétel volt Schaffer számára megérni, hogy az 1930-as évek vége felé kiváló biokémikus *Klenk* kimutatta, hogy a Niemann—Pick-betegségben sphingomyelin rakódik le, ami idegen a Tay—Sachs-betegségre. Néhány évvel később — ezt Schaffer már nem élte meg — ugyancsak *Klenk* felfedezte a gangliosidákat, amelyeknek tárolása a Tay—Sachs-féle és több rokon betegségre jellemző.

Bizonyos mértékig érthető, hogy a szakirodalomban kevés a visszhangja a jellemzésnek, amelyet Schaffer az általa rendszeres heredodegenerációknak nevezett betegségekről adott. Ebben a Schaffer-féle triasban hármas válogatás, — csíralemez-, szelvény- és rendszer-válogatás — érvényesül. Alapjában véve ez a neurontanból önként következik, — legyen a megbetegedés a centrogén, mint Schaffer vélte, induljon ki a neurithból, mint sok más szerző véli. Az azonban vitatható, hogy az irodalom Spatz által javasolt rendszeratrophia jelöléssel helyesen cseréli-e fel a „rendszeres heredodegeneráció” kifejezést. Ezeknek a betegségeknek többségében az idegsejtpusztulás kiterjedt, tehát a folyamat túlmegy azon, amelyet mikroszkópos értelemben sorvadásnak nevezhetünk. Az amyotrophiás lateralsklerosisban pedig a lebontás is kimutatható, míg Spatz szerint éppen ennek hiánya jogosítja az atrophia nevet.

A rendszeres heredodegenerációk tanában Schaffer koncepciója nem fejlődhetett eléggé, mert vizsgálati anyaga aránylag csekély volt. Nem ismerhette az a számos kombinációt, amelyben a különböző rendszereknek a megbetegedése társul egymással. Viszont emlékezzünk meg arról, hogy az idegsejt hereditér megbetegedésével, amelyet neuronális abiotrophiának nevezett, szembeállította a leukodystrophiákat, mint neurogliás abiotrophiát.

Schaffer a szellemi alkotással mint pszichológiai-pszichiatriai problémával már az Agyszövetani Intézetben szembe került. 1924-ben akadémiai értekezésével a tisztázás felé vezette a vitát, amelyet jeles történész-publicistánk, *Grünwald Béla* gróf *Széchenyi István* idegéletének értékelésére vonatkozóan megindított. *Schaffer* kifejtette, hogy *Széchenyi* leszármazásilag terhelt lehetett ugyan, finomult, szenzibilisebb idegrendszerrel is bírt, de nem volt kifejezett melancholiával elborult elméjű. *Schaffer* mindjárt közlésük után elfogadta szemléleti alapul *Kretschmer* tanait és ezek hatása alatt tanulmányozta *Széchenyi*, *Vörösmarty*, *Arany*, a *Bolyaiak* és *Semmelweis* lelki alkatát. „Sok téves

¹ Die Tatsachen, die anfangs mit den Menschen verbunden sind, werden schliesslich anonym und verlieren sich im Ozean der universellen Wissenschaft. . .”

hiedelmet oszlat el és ezzel szaktudományár. túl a magyar kultúra történetének kutatói számára nyújt becses felvilágosításokat.” (Miskolcзы).

A klinikán különösen foglalkoztatta *Schaffert* az összefüggés az elmebeli képességek és az agy anatómiai-szövet-tani felépítése között. Erre alkalmat kínált a zenei tehetséget illetően *Pogány György* jeles operaénekesünk és a szerencsétlenül járt *Nagy János* hegedű-csodagyermek agyának a vizsgálata, amelyről *Somogyi István* közölt. Maga *Schaffer* és *Sántha* jelentős megfigyeléseket tettek egy-egy kiváló nyelv-, illetve számolótehetségű egyénnek agyán.

Emberi szempontból *Schaffer* érdeme, hogy itthon is és a nemzetközi szakirodalomban is, szembeszállva a 30-as évek áramlatával, ez ún. selejtező eugenika alkalmatlan, sőt kockázatos módszert hirdette.

Helyesen mondja Miskolcзы *Schaffer* egyéniségét harmonikusnak, szintonnak. Nem lehet azonban benne egy diszharmonias vonást fel nem fedeznünk. Ez a tudományos eredmények méltatásának vágyából származott. Mint említettük, talált ellenzőkre, és ezek az ellenzők nem is voltak mindenkor egészen lovagiasak. Emlékszem egy nyilatkozatára, amelyben azt mondta, hogy az ő megfogalmazásai változhatnak, ami azonban koncepciójában maradandó, az a heredodegeneratív betegségek fejlődéstanilag meghatározott volta. Ebben a mondásban is megnyilvánult, hogy *Schaffer* mennyire annak a gondolkodásmódnak a híve volt, amelyet a XIX. század büszkén nevezett természettudományosnak. Ez a természettudományos gondolkodás pedig szigorúan determinista volt. Ez érteti meg velünk azt is, hogy *Schaffert* annyira foglalkoztatta az alkat és az öröklés problémája.

Mi volt az a vonzóerő, amely *Schaffer* egyéniségéből kiáradt? Ha melegséget legfeljebb kivételesen éreztünk a vele való érintkezésben, mindenkor éreztük a jóakaratot. Nem foglalkozott magánügyeinkkel, mégis tisztán látta helyzetünket és igyekezett jövőnkrol is gondoskodni. Ami a melegség hiánya ellenére is hatott, a szellemi és erkölcsi fölény volt. Feltétlen tiszteltük benne azt a tudóst, aki nemzetünknek a tudomány nemzetközi porondján elismerést szerzett. És tiszteltük abszolút korrekt magatartását. Halálával emlékszem vissza ma is nem egy apróságra, amelyben gyöngédséget kellett látnom; persze, nem tudni, hogy ebből mi származott tisztára érzelmi alapból és mi volt az, amit egy élet nevelése intellektuálisan is megszürt. Valóban tréfával alig-alig élt; ha igen, az áthajlott szarkazmusba, anélkül, hogy sértő lett volna. Magánérintkezésben, ami azt jelentette, hogy évente egyszer vagy kétszer az illetőt a házához meghívta, általában vacsorára, csak kevesünkkel volt, csaknem kivétel nélkül azokkal, akik az Agyszövet-tani Intézetben vagy később is a szövet-tani laboratóriumban csatlakoztak hozzá. Ilyenkor a formák betartásával, de kedélyesen telt el az este. Nős a klinika tagjai között alig volt, úgyhogy azt lehet mondani, hogy még akkor is, amidőn már klinikai tagok is résztvettek a vacsorán, a családtagokon kívül jóformán csak férfiak voltak jelen. Talán elvárta tőlünk, de legalábbis jól esett neki, hogy nősülésünk után feleségünkkel tiszteletet tettünk családjánál.

Schaffer érdeklődési köre nem látszott tágának. Irodalmi problémákról talán soha nem esett szó. Ő maga, mint a determinisztikus oksági gondolkodás embere *Goethe*-nek volt lelkes híve, és *Goethe*től vette a jelszót is egyik nyilván kedvenc értekezéséhez, akadémiai rendes tagsági székfoglalójához. Tudjuk, hogy magyar költők közül *Arany Jánost* szerette, de nem tudnám megmondani, hogy melyek voltak az ő költeményei közül *Schaffernak* kedvenc olvasmányai.

Volt néhány év, amidőn Magyarország négy elme-idegkórtani tanszéke közül hármát az ő tanítványai töltötték be és a negyediket Miskolcзы tanítvá-

nya látta el. Miskolcgy maga ugyanakkor a határainkon kívül működő Bolyai-Egyetem ideg-elmekórtani tanszékét vezette. Így hatott Schaffer tevékenysége nemzedékekre.

Schaffer tapintata megnyilvánult abban is, ahogy a klinika és az Agyszövet-tani Intézet személyzetét egyesítette. Midőn átköltöztünk a klinikára, csupán Miskolcgy nyert klinikai beosztást. Mi többiek megmaradtunk a laboratóriumban és csak az évek során kerültünk át lassan a klinika személyzetébe. Ilyen módon a régi klinikai tanszemélyzetnek nem volt oka sértődésre. A kétféle személyzet valóban kielégítően olvadt össze. Amennyire méltatta az egész tanszéki személyzet a főnökkel szemben a hierarchia jelentőségét, annyira nem volt merev az érintkezés az idősebb és fiatalabb asszisztensek között. Magatartásunkat megszabta a spontán koordináció — a demokráciának ez a rendszerint figyelembe nem vett feltétele — és a főnökkel szemben a vezető iránti tisztelet.

A klinika szakmunkássága mutatja, az egyik nagy nehézséget, amellyel minden főnök szembekerül. Tudniillik intézményének olyan munkairányokat kell művelnie, amelyben ő maga nem kompetens. Ennek egyik nagy veszélye, hogy a munkatársak között lehetnek, akik kellő kritika nélkül, sőt esetleg a megengedett határokat túllépve, vélnék eredményhez jutni. Sajnos ilyesmi megtörtént a klinikán is. Azt hiszem, Schaffer ennek némelykor tudatában volt, de — amennyire tudom — nem zárkózott el soha az ilyen természetű munka folytatásától. Hogy milyen elnéző volt, arról tanúskodik, hogy egyszer évek múltán említette legbizalmasabb munkatársának, hogy valamelyik tanársegéd félrevezette őt egy betegvizit alkalmával, amit ő reakció nélkül látszott tudomásul venni.

Benedek László (1936—1945) és kora*

ANGYAL LAJOS

A rendelkezésemre álló idő nagyon kevés arra, hogy feladatomnak megfeleljek. Könnyű lenne megelégednem a lexikális adatok felsorolásával: a kolozsvári egyetem magántanára, s előbb a debreceni, majd 1936—1945-ig a budapesti ideg-elmeklinika igazgatója; jelentős eredményeket ért el az agydaganatok diagnosztikája és helyük meghatározása terén. — Ennyi a lexikon, jellegénél fogva személytelen közlése egy ember életművéről és ennyit talál róla egy mai ideg- vagy elmeorvos, ha netalán a munkája felől érdeklődne. 1945. III. 15-én Kitzbühelben bekövetkezett tragikus halála óta 37 esztendő telt el, iskolát nem teremtett, tudományos kezdeményezéseit és ötleteit az orvostudományba betört modern technika messze túlhaladta, mégis engedjék meg, hogy megkíséreljem az elmúlt évtizedek homályából néhány esetvonással felidézni *Benedek Lászlót*, az embert, felidézni a kort, amelyben élt-, tudományos munkásságát és azt a hatást, amelyet egyéniségével, szemléletével és munkastílusával klinikánkra gyakorolt.

Lechner Károly tanítványa volt, azé a *Lechneré*, aki a lelki eseményeket a protoplazma fizikai és kémiai állapotváltozásaiból származó energiafelszabadulással magyarázta, és aki már *Pavlovval* egyidőben az elmekóros tüneteket is egy általa részletesen kidolgozott reflexelméletre, tehát természettudományos alapra építette. Ez a szemlélet az, amelynek kisugárzásában a fiatal *Benedek László* tudományos kutatóvá érett és amely munkáiban vezérfonalként felismerhető még akkor is, ha ez a munkásság felszínes megközelítésre gyakran kaotikusnak tűnik.

Mint fiatal orvos 1917—18-ban az I. sz. hadsereg kórházának idegosztályán dolgozik *San Daniele del Friuliban* és posttraumás epilepsiás betegek vizsgálatára itt szerkeszti meg első koponyakopogtatásos diagnosztikus eszközét. Már ebben az időben is foglalkoztatják egyéb idegorvosi problémák, de tényleges tudományos munkásságának kibontakozására természetesen csak később, a debreceni klinikán kerülhetett sor. A klinikai beteganyag sok gyakorlati, diagnosztikus és tudományos kérdést vet fel és ezekkel kapcsolatban szinte megszállottként, hipomániás bőséggel jelenteti meg tanulmányait a legkülönbözőbb tárgykörökből, néhány téma azonban tartósan foglalkoztatja. Lelkesen dolgozik korábbi koponyakopogtatási apparátusának tökéletesítésén és arra törekszik, hogy a vizsgáló személyével összefüggő szubjektív tényezőket sikerüljön kiiktatnia. Ennek a célnak az elérésére szakemberek bevonásával automatikus perkussziós apparátust szerkeszt, amely az ütések másodpercenkénti számát és erejét pontosan szabályozza, a kopogtatási hang lehallgatását pedig pick-up erősítővel *Erickson-fejhallgatóval* teszi lehetővé. Az egyetem kórbonctani intézetében a koponyacsont vastagságának mérésére speciális, század mm pontossággal dolgozó eszközt szerkesztenek, 80 koponya közül 18 típus-koponyát választanak ki és a csont vastagságát ezek mindegyikén pontosan meghatározzák azon a 16 perkussziós ponton, amely a klinikai vizsgálatok folyamán kialakult. A mérési eredményeket 23 táblázaton mutatja be és a felüntetett adattömeg középtértékei alapján a koponyacsont vastagságáról topográfiai térképet szerkeszt, — a hangokról oszcillo- és vibrográfias görbéket vesz

* A klinika 100 éves évfordulója ünnepségén elhangzott előadás alapján (1982. december 17).

fel. Módszerét ismertető monográfiáját sikeresen diagnosztizált esetek ismertetésével zárja. — Ezzel a munkával azért foglalkoztam kissé terjedelmesebben, mert mind a történeti bevezetésével, mind precizításával, mind a belefektetett munka mennyiségével alkalmas arra, hogy helyesbítse azt a képet, amely Benedek tudományos munkásságának felületességéről helytelenül fennmaradt. Természetes, hogy ezt a vizsgálati módszert, amelyet egyébként az állatorvosi gyakorlatban birkák cysticercusának kórismézésére és lokalizációjára már a XVII. század óta sikerrel alkalmaztak, az új, modern vizsgáló eljárások még pontos kifejlesztésének lehetősége előtt elavulttá tették, de tudjuk, hogy hasonló volt a sorsa sok más tudományos felfedezésnek is: kérdem, ki alkalmaz ma már pl. maláriát a paralysis kezelésére, holott Wagner Jauregget ennek az eljárásnak a bevezetéséért Nobel díjjal tüntették ki. — Ismételten foglalkozik a diencephalon kórtanával és a Korsakow-szindrómával: ezen a területen elért eredményei időállóak és a szakirodalomban máig is idézettek. — Egyes bizarr extrapyramidális mozgásegysétekben éppúgy az ontogenetikus regresszió elvének az érvényesülését ismeri fel, mint az inzulin-shocknak a vizuális szemléltre gyakorolt hatásában. — Meg kell még említsem Csörsszel közös munkáit a paralysis agitans és a Huntington-chorea családi előfordulásáról, mert nyilván ez adta az első impulzust 1931-ben megjelent monográfiájához, amelyben az eugenika öröklésbiológiai és orvosi vonatkozásával foglalkozik. A kérdés társadalmi jelentőségének és morális kényességének tudatában ebben a művében rendkívüli alaposággal ismerteti a probléma állását mind az USA-ban, mind az európai államokban. Munkájából megtudjuk, hogy az USA államai közül elsőként Indiánában már 1907-ben sterilizációs törvényt alkottak abból a célból, hogy a szexuális bűnözők, az idioták és imbecillisek nem kívánatos szaporodását gátolják, 1931-ben pedig az USA-nak már 21 államában létezett hasonló sterilizációs törvény, bár az egyes tagállamokban különböző jogi megszorításokkal. Műve kidolgozásakor Harry H. Laughlinnal, a Chikágói Carnegie Intézet igazgatójával állt kapcsolatban és nyilván általa sikerült megszereznie azt a rengeteg információt és számszerű, exakt ténybeli adatot, ami a mű mai olvasóját is csak tiszteletre készítheti. — Budapestre történt kinevezéséig Benedeknek 10 monográfiája jelent meg részben olasz és német nyelven is és emellett szinte megszámlálhatatlan, értékében természetesen különböző közleménye magyar és külföldi szaklapokban, — számos külföldi szereplés volt mögötte és nemzetközi tudományos kapcsolatai is igen kiterjedtek voltak.

Schaffer Károly nyugdíjba vonulása után a klinika igazgatójává Benedek Lászlót nevezték ki. Nehéz lenne két ember között nagyobb ellentétet elképzelni, mint ami Schaffer és Benedek között fennállott. Schaffer — klinikai igazgatóként — maga a megtestesült, merev konzervativizmus: megjelenésében, magatartásában polgári szolidaritás, megbízhatóság, — halk beszéd; a klinika régi személyzetével közvetlen kapcsolata nincs, velük kizárólag adjunktusán Somogyin keresztül érintkezik; betegviziteken a banális neurológiai tünetek legaprólékosabb részleteit is megköveteli, sőt nemegyszer utánvizsgálja, de minden újat, így pl. az aphasia irodalmában közölt újabb formákat, eleve gyanakvással fogad és lehetőség szerint elutasít. Vitathatatlanul nagy és komoly értékű tudományos teljesítmény áll mögötte, azonban ezt a teljesítményt éppúgy véglegesen lezártnak tekinti, mint ahogyan változhatatlannak és csalhatatlannak tekinti az általa alkotott hármasszelektivitás elvét, amely szerinte az örökletes idegbetegségekre jellemző, sőt azokat meghatározza. Betegvizsgálatkor csak az érdekli, ami valamilyen organikus neurológiai tünet által megfogható, és az is leginkább akkor, ha azt az agyboncoláskor és végül a

mikroszkóp alatt valóban sikerül is megfognia. Mindezt el kellett mondanom, hogy megértessem, mit jelentett mindannyiunk számára Benedek professzor berobbanása a klinikára. Még szerencsénk volt, hogy érkezését pár hónapos interregnum előzte meg Somogyi vezetésével, mert ezalatt a korábbi, a Hansa városok szellemére emlékeztető hűvös klinikai légkör lényegesen felengedett, a betegforgalom megélnéült, sőt már egyes klinikai esetek megbeszélése is lehetővé vált, — és közben vártuk szorongva az új professzort, akiről Debrecenből a legvadabb hírek érkeztek. És megérkezett, majd elérkezett az első vizit ideje is. Én a férfi osztályt vezettem mintegy 70—75 beteggel. Vizit alatt csakhamar rájöttem arra, hogy Benedek a gyors, pattogó referátumok kívánja: a lényeges, hogy néhány, tómondatban odavetett tünet alapján a diagnózist már ő tudja helyesen felállítani, ő mondja ki. A vizit vége felé egyik, az ambuláns tanársegéd referátuma alapján már általa felvett beteg kórisméje felett nézeteltérés támadt köztünk. Diagnózisom nem egyezett az ambulanciáéval és én kitartottam a saját kórismém, Benedek az ambulanciáé mellett anélkül, hogy a beteget megvizsgálta volna. A vizit végén meglehetősen hűvösen váltunk el. A következő vizit alkalmával Benedek a kérdéses beteg ágya mellett úgy ment el, mintha az ágy helyén légüres tér lenne, de az ezt követő viziten a kórterembe belépve egyenesen a szóban forgó beteg ágyához sietett, a beteget részletesen kikérdezte, utána alaposan átvizsgálta, majd a következő szavakkal fordult hozzám: „Kartárs úrnak igaza volt, X tanársegéd engem becsapott!” Érzésem szerint ennek a kis epizódnak is szerepe volt abban a jó kapcsolatban és együttműködésben, ami a továbbiak folyamán Benedek professzor és közötttem kialakult.

Benedek professzor beszéde és mozgása gyors volt: a lépcsőket mindig kettesével vette, — de gyors volt a gondolkodása is. Minden iránt érdeklődött, minden új iránt fogékony volt, — emellett hallatlanul színes, ötletes, szinte szípkorkázó, ítéleteiben gyakran megdöbbenően előrelátó, — ugyanakkor állandóan szerepelni vágyó volt, aki szerette a társaságot, a nagyvilági életet, szerette és kívánta a rivaldafényt: munkatársaitól pontos és gyors munkát követelt, de azt meg is becsülte. Tudott meglepően megértő, segítőkész és mélysegesen emberi is lenni, — ezt a mellette eltöltött 8 év tapasztalatai alapján számos élmény felidzésével tanúsíthatnám. Rendelkezett azzal a kiváló képességgel is, hogy a felmerülő problémákat, így a tudományos kérdéseket is fontosságuknak megfelelően súlyozza, így gyakran előfordult, hogy jelentéktelen dolgokon felszínesen átsiklott, komoly kérdésekben azonban hallatlanul precíz, alapos, éleslátású, — és egyes visszatérő témaköreinek a követésében kitartó volt. Előadásai színesek, élvezetesek voltak, tanévnyitó előadása pedig mindig szinte társadalmi esemény számba ment, amelyen a hallgatók mellett számos mozgékony agyú fiatal értelmiségi is ott tolongott, köztük pszichológusok, jogászok, sőt nemegyszer a szakmánktól teljesen távolálló személyiségek is. Ez az előadás általános filozófiai bevezetés után mindig az elmeügy történeti áttekintését fejlődését és jelenét ismertette: nevek, adatok, számoszlopok tömegével a táblán szinte bűvészmutatványokat produkált és hallgatóságát elkápráztatta. — Ismeretanyagának gazdagsága, szakirodalmi tudása és tájékozottsága szinte lexikális volt, de emellett igen széles körűek voltak filozófiai, pszichológiai ismeretei is és otthonos volt a szépirodalomban és a képzőművészetek világában is.

Nem vitatható, hogy Benedek László a klinikára személyiségével katalizátorként hatott. Akit csak lehetett, mindenkit bevont a tudományos munkába; gyakran ő adott ötletet egy-egy érdekes eset közlésére, vagy tudományos téma

feldolgozására, ilyenkor szívesen szerepelt társszerzőként, de akkor a munka kidolgozását mindig figyelemmel követte, a tanulmány értékét egyéni meg-látásaival, ötleteivel, irodalmi forrásművekkel gazdagította. Budapesti éveit alatt korábbi témái ismét felbukkantak: foglalkozott a különböző agydagana-tok szöveti struktúrájával, szövettenyészetben vizsgálta a meningeómákat és gliómákat, újabb értékes adatokat közölt a diencephalon és a Korsakow szindróma kortanához, foglalkozott a Pick atrophia ban található angiográfiás elváltozásokkal. A tisztán klinikai tárgyú közléseiben ismét megjelennek az ontogenetikus leépülési formákat reprezentáló mozgásegysétek, de új témák a paroxysmalis bénulás hyperkalaemiás formája, a cavum septi pellucidi, a patellareflex kivátlására alkalmas új műfogás, amelynek hatékonyságát chro-naxiás mérésekkel is igazolja, és monográfiának megfelelő terjedelmű tanul-mányban elemzi a testvázlat zavarait, hogy csak néhány témát említsek abból a közleménytömegből, amely rövid 7 évig tartó klinikai igazgatósága alatt teremt. Nagy, maradandó alkotás nem teremhetett, erre a világpolitikában zajló események és a tudományos kapcsolatok területén is lecsapódott sorom-pók nem adtak lehetőséget, — a Budapest első bombázásakor bekövetkezett tragédia pedig, amelyben feleségét elvesztette, Benedeket súlyos depresszióba döntötte. Az utolsó hónapokban már alig törődött a klinikával, 1944 novembe-rében pedig elhagyta az országot. Kint a németekkel való együttműködést megtagadta, Kitzbühelben internálták, élelmiszerjegyeit megvonták; időnként egyik debreceni tanítványa, Bagothay tudott valamit segíteni nehéz helyzeté-ben, végül 1945. III. 15-én teljes depresszióban főbelötte magát.

Tisztelt Ünneplő Közönség!

Előadásom végére értem, de engedjék meg, hogy Benedek professzorral való együttműködésem idejéből egy, lényegében jelentéktelen, de személyisé-gébe annál sokkal mélyebb betekintést nyújtó epizódot még felidézzek. A kli-nika egyik fiatal orvosa valami inkorrekt ügybe bonyolódott. Benedek a véle-ményemet kérdezte és az lesújtó volt. Ekkor megszólalt, és amit mondott, úgy érzem, minden vezető számára megszívlelendő vezérfonal lehetne. „Könnyű a kartárs úrnak, — mondta, — de nekem 17 orvosom van és higgye el, egyikük sincs hiba nélkül. Elsősorban nekem kell mindnyájukhoz alkalmazkodnom, mert az én feladatom az, hogy valamennyiükből kihozzam mindazt, amire a tehetségük képesíti!”

Nyirő Gyula (1951—1966) és kora

SZOBOR ALBERT

Nyirő Gyula címzetes egyetemi rendkívüli tanár, a magdolnavárosi elmegyógyászati intézmény, majd az angyalföldi kórház igazgatója rendkívüli körülmények között lett az egyetemi Ideg- és Elmekórtani Klinika igazgató-professzora. E körülményeket a következőkben összegezzük: Nyirő Gyula soha nem kívánt egyetemi nyilvános tanárrá lenni, intézetében teljes aktivitását kifejthette munkatársai tisztelete és szeretete övezetében; nem értett egyet az előd azonnali leváltásával; végül nem érthetett egyet — személyiségi tulajdonságai miatt sem — az egyetemi katedra önkényes módszer szerint történő betöltésével. Mindezen tények ismeretében és ezek ellenére át kellett vennie az Ideg- és Elmeklinika igazgató-professzori tisztét, — pályázat nélkül, rendelkezésre. E körülmény mintegy három éven át rányomta bélyegét tevékenységére már akkor is, amikor a Klinika élén állott. A kezdettől vele dolgozó tanítvány és munkatárs, — mint jelen sorok írója és másodmagával a legidősebb Nyirő-tanítvány, — nagyon korán tanúja lehetett azoknak a küzdelmeknek és belső vívódásoknak, amiket az újonnan kinevezett professzornak át kellett élnie ahhoz, hogy valóban egyetemi tanárrá és a Klinika igazgatójává válhasson.

E szomorú általános képből kiemelkedik mégis néhány pozitívum is: Az önkény rendelkezése is lehet — véletlenül — hasznos, mint Nyirő Gyula esetében, aki nemcsak nem törölte el a múltat, hanem annak legjobb folytatójának bizonyult másfél évtizedes egyetemi tanári működése alatt. Neki köszönhető, hogy az értékes hagyományokat nemcsak nem söpörte el az akkori idő katarzise, hanem azok tovább éltek és nyilván neki és az utódnak köszönhetően élnek ma is.

Amikor Nyirő Gyula váratlanul igazgatója lett e Klinikának, sajátos helyzetet talált. A nagymúltú Klinika tagjai között nem szakmai szempontok szerint keletkezett megosztottság uralkodott; élesen polarizált emberi magatartásmódok fogadták az új vezetőt, — e sematikus polarizáltság minden hátrányával. Az előzmények és az ambivalenciát keltő körülmények ellenére Nyirő Gyula lendületesen látott munkához. Ebben csaknem egyértelműen támogatták őt a vele szinte egyidőben a Klinikára került fiatalok, s a Klinika idősebb tagjainak egy része, akikben hamarosan megfogalmazódott, hogy az új professzor nem jelent egzisztenciális veszélyt senkire nézve sem, sőt a kialakuló meleg, emberi, szinte családi hang és hangulat munkát serkentő és örömet adó stimulussá élelődött, szinte sziget volt az akkori idők munkaköri légkörének viharában. E kezdeti lendületet, sajnos, hamar megtörte Nyirő Gyula súlyos betegsége, ami egy évig távollattarta őt Klinikájától és munkájától. Gyógyulása után az újrakezdést nemcsak a súlyos betegség testi és lelki utótünetei nehezítették, hanem az ötvenes évek hangulatának megfelelő magatartású figurái is, akik méltatlan és aljas módszerekkel zaklatták őt, a Klinika közösségét, és nehezítették az új vezetésű Klinika arculatának kibontakozását. Másfelől azonban szorosabbra fűződött a Klinika nagyobb részének nemcsak munkatársi, hanem eszmei és baráti szolidaritásból vont védőgyűrűje is az akkor már tisztelt és szeretett vezető körül. Így az igazi alkotó időszak 1953-ban kezdődhetett Nyirő Gyula számára, aminek első, jól érezhető jele volt az azévi nagygyűlésen elmondott, hatalmas lélegzetű referátum a halmozott elektroshock kezelésről, kulminációs pontja pedig az 1956 évi nagygyűlésen a schizophreniáról tartott referátum, ami mintegy lezárja ezt az első, alkotó periódust.

A nehéz években a Klinika hétköznappjai látványos eredmények nélkül, de szorgalmas és következetes munkában teltek. A professzor pszichiátriai érdeklődése ellenére nemcsak sok biztatással, hanem megvalósítható ötletekkel és objektív segítséggel kísérte a neurológiai osztályok munkáját is. Az állandó gondok ellenére, a felszereltség elavult jellege és a megújítási törekvések szinte állandó elutasítása ellenére, megvalósította a Klinikán belül a neuro-radiológiai laboratóriumot, s ezen belül hazánkban az elsők között, megindította a rendszeres agyi angiográfiás vizsgálatokat. A nagy pszichiátriai témák iránti ismert érdeklődése mellett fokozódó figyelemmel fordult a neurozisosok felé is, talán elsőként ismerve fel és fogalmazva meg az igazságot: A társadalom rendjében és szerkezetében, sőt anyagi jólétében bekövetkező pozitív változások nem tükröződnek olyképpen az emberi tudatban és magatartásban, ami a neurozisosok akkor remélt megszűnéséhez vezet, sőt az új körülmények — új, addig ismeretlen konfliktusok révén —, új neurozisos kialakulásához vezetnek. E tétel megfogalmazásának gyakorlati következménye volt, hogy a Klinikán belül létrehozott neurozisos osztályokat.

Az 1956-os év vihara a Klinikán belül is jelentős megrázkódtatást okozott, amit rövid megtorpanás is követett, nemcsak a Klinika személyi állományában bekövetkezett jelentős változások miatt, nemcsak a Klinika ekkor történt megosztása miatt, hanem a professzort érő váratlan, alaptalan és hamis vádaskodás miatt is. A megtorpanás rövid volt, az eszmélés és újrakezdés gyors, és a reménykeltő új helyzetben a Klinika egységesen állott vezetője mellett, és sokirányú, rendszeres szakmai munka következett, *Nyirő Gyula* számára pedig az a megújult, második alkotói időszak, ami csaknem 10 éven át, töretlenül, haláláig meg is maradt. Sok és jó közlemény jelent meg a Klinikáról hazai és külföldi szaklapokban, s bár a Klinika hivatalosan is Pszichiátriai Klinikává vált, nem szűnt meg az érdeklődés a neurológia iránt sem, sőt néhány nagyobb téma következetes vizsgálatához vezetett, ami jórészt még ma is tart.

Nyirő Gyula szakmai munkásságát nem könnyű összefoglalóan ismertetni — érdeklődésének oly széles köre miatt. Nevéhez fűződik három tan-, ill. kézikönyv. Az elsőt még primáriusával, *Szabó Józseffel* írta; e ma már nagyon ritkán felbukkanó pszichiátriai kézikönyv — ritkaságában rejtlő értékén túl — ma is megkapó olvasmány fenomenológiai és tünettani szempontból. Életének fő műve nyilván az 1961-ben megjelent nagy *Psychiatria*, amiben az általános pszichopatológia mindmáig felül nem múlt logikájú és szépségű elemzése a fő érték. Ezt az általános pszichopatológiát sikerült átmenteni az általa szerkesztett és tanítványai által írt harmadik, kisebb pszichiátriai tankönyvbe is, ami a medikusigényeknek jobban megfelelt, s amiben az általános pszichopatológiát — sokszár már betegen, olykor nehezen —, szintén ő írta. Megjelenését már nem érte meg, így azonban azt sem kellett szemlélnie, hogy e harmadik könyv — a közben önállóvá érett tanítványok szemléleti heterogenitása következtében — részletes részében már nem egészen egyenletes és nem mindenben tükrözi a nyirői pszichiátriai koncepciót. Ennek ellenére hasznos és használható tankönyvnek bizonyult, két kiadást ért meg, s nem ritkán halljuk örömmel, hogy szigorló orvosaink és szakorvosjelöltek használják e könyvet.

Pszichiátriai nézeteit és egész munkahipotézisét — számos tanulmány után — második, nagy könyvében fejtette ki. Szemléletének lényege és magja a reflex-elmélet volt. *Szecszenov* reflextanát mestere, *Lechner Károly* révén ismerte meg. Ezt fejlesztette tovább és ötvözte a pavlovi reflex-elmélet eredményeivel. Biológiai szemlélete, emberi tartása és ízlése azonban megóvták a

politikai slogan-né vált, erőszakolt pavlovi reflexológia túlzásaitól és vulgarizmusától. Ez kétségtelenül jelentős tett és kiállás olyan időszakban, amikor még a tudományos nézetek egységesítése is politikai penzum volt — akár a hamisítás árán is. Valószínűen e szerencsétlen időbeli egybeesés is egyik oka annak, hogy a lechneri-nyirői reflex szemlélet nemcsak általános elfogadást nem nyert, de még tanítványai, munkatársai körében sem volt egyértelműen elfogadott. Ez kétségtelenül okozott neki nehéz töprengéseket, olykor fájdalom rezignációt is, noha tudta, tudnia kellett, hogy reflex-elméletét és a benne rejlő igazságokat, lehetőségeket a reflex-elméletre általában ráarakódott hamis képzetek miatt utasította el a pszichiátriai gondolkodás, — vállalva ezzel a valóban hasznos, sőt igazolható tételek negligálását is. Ma két-három évtized távlatából sine ira et studio visszatekintve szemléletmódjára, úgy látjuk, egyike a lehetséges pszichológiai-pszichiátriai munkahipotézisnek, s bizonyára megalapozottabb biológiailag, mint az újabban burjánzó, bizonyított alap nélküli szemléletmódok egyike-másika.

Említett nagy referátumából is, könyvéből is kiderül, hogy a schizophreniát nem tekintette egységes kórszármazású pszichózisnak, innen a többszám: schizophreniák. Ellentmondásnak tűnik: A heterogén kóroktani szemlélet ellenére nem ismertünk precízebb, szélesebb látókörű diagnosztát, mint éppen őt, aki oly óvatos volt e súlyos kórkép kimondásában.

A schizophreniával és depresszióval kapcsolatos kutatómunkája vezette el az aktív terápiák alkalmazásához, így a halmazott elektroshock kezeléshez és az akkor már részletesen elaborált insulin-shock kezeléshez. A görckezelések *Meduna* által történt kimunkálásában *Nyirő*-nek is szerepe volt: *Jablonszky*val vizsgálták és észlelték nagy anyagon a schizophrenia és epilepsia közötti antagonizmust, ami azután *Medunának* újabb impulzust adott, hogy kísérleteit a bekövetkező epilepsziás roham ellenére, sőt a roham előidézésének törekvésével folytassa. Azidőben az elektroshock kezelés második, nagy hullámát jelentette a halmazott vagy block-kezelés. Ennek kiterjedt alkalmazása mellett a Klinikán történtek az első kísérletek a görckroham relaxációs mitigálására, de a roham meghagyásával. E kezelési forma egyik előfutára volt a ma kiterjedten használt RES-nek.

Külön gonddal és szeretettel foglalkozott *Nyirő Gyula* az idős emberekkel mind a gyakorlatban, mind irodalmi tevékenységében az időskorúak pszichopatológiájával és betegségeivel, amit könyvének e témára vonatkozó, szinte lírai hangvételű része igazol. Tőle tanultuk meg az idős ember izolálódásának keserveit, s az ebből fakadó, olykor kellemetlen, de érthető és levezethető magatartásjegyeket, az időskor szociális problémáinak összefonódását pszichopatológiai jelenségekkel, az agyi keringés dekompenzációjának fogalmát és értelmét, az exsiccatio és metabolikus zavarok vagy toxikus ártalmak súlyos, tudatzavarral járó következményeit, az exogén reakciók gyakoriságát, vagy a paranoid senilis személyiségfejlődés ismérveit. E munkája révén a hazai geriatriai kutatás egyik úttörője volt, e munkájának a pszichiátria körén belül azonos szintű és intenzitású folytatója azóta sem akadt.

Életében végighúzó érdeklődési területe volt az igazságügyi elmekórtan, aminek kiemelkedő szakértője volt, és az Igazságügyi Orvosi Tanácsban, majd az ETT Igazságügyi Bizottságában állandó tagként élete végéig rendkívüli aktivitást fejtett ki. Halálát megelőző cardialis attackja is bizottsági ülésen érte. Ez volt az a terület, ahol nemcsak magasszintű szakmai ismereteit fejthette ki, hanem megértő humanizmusa és izzó igazságszeretete is érvényesülhetett. Munkabírása e tekintetben páratlan volt, ügyek százait referálta és

korreferálta, bevonva e munkába közeli munkatársait is, érvelt, bizonyított, sőt a személyiségétől távolálló harcot is vállalta, ha igazságérzete úgy diktálta. E munkája során dolgozta ki a paranoid kórformák finoman nüanszirozott fokozatait a paranoid pszichopatiától a paranoid reakción és személyiségfejlődésen át a tisztán megvalósuló paranoiáig, élesen elkülönítve ezeket az endogén kórképektől, hangsúlyozva reaktív, exogén jellegüket, a milliónek, peristasisnak döntően kórnemző szerepét. Kidolgozta a patológiás indulati reakció alapvető ismérveit, valamint a rövidzárlati cselekmény egyes fázisait, s megállapította azokat a jegyeket, melyek alapján e két primitív reakció egymástól bizonyosan elkülöníthető. Forensikus pszichiátriai szemlélete modern és dinamikus volt, hangsúlyozta, hogy nem minden kóros állapot fogható fel egy adott cselekmény vonatkozásában exculpáló okként, másrészt az egészséges ember is kerülhet olyan kivételes tudati állapotba, ami magatartásának mentesítését vonhatja maga után. E modern elvek tükröződtek az előző büntetőjogi kodifikációban is, aminek fogalmazásában résztvett, és ezen elvek kerültek az új konstrukcióba is. Hazai forensikus pszichiátriai szakértőink jelentős része az ő elveinek és gyakorlatának útján halad ma is, szerepe és hatása máig él, és nagyrészt ennek köszönhető a hazai szakértői gyakorlat nagyon nívós, magas szinten differenciált és humánus jellege.

Számos egyéb munkaterülettel fennállott kapcsolatát, intuicióját, ötleteit, tanácsait, érdeklődését mind nem idézhetjük fel. Akik közelebről ismerhették, azok előtt az emlékezés ködéből is felmagasodik nemcsak termete, hanem mindig nyílt, őszinte, barátságos és közvetlen modora, hatalmas tudása és tapasztalata, sugárzó humanizmusa is. Akiknek pedig megadatott, hogy együtt dolgozhattak vele, életre szóló élményként hordozzák alakját és emlékét.

Schizophreniáról szóló nagy referátumának befejező mondata így hangzik: „A beteg emberi méltóságának sértetlenségét minden vonatkozásban biztosítani kell.” E tétel jellemezte leginkább életét, és emlékét sem idézhetjük fel jobban, mint e gondolattal.

Horányi Béla (1946—1975) és a Neurológiai Klinika 25 éve*

DR. CSANDA ENDRE

Nekem jutott osztályrészül az a megtisztelő feladat, hogy a klinika életének a felszabadulást követő periódusáról beszéljek, arról a periódusról, amelyet Horányi professzor neve fémjelzett. Bár feladatom 1945-től emlékezni a történetekre, megbocsátják, ha néhány hónappal korábbi időszaknál kezdem visszapillantásomat.

1944 októberétől egészen a felszabadulásig a klinika a hősi helytállásnak nagyszerű példáját szolgáltatta. A klinika megbízott vezetője ekkor *Horányi Béla*, címzetes rendkívüli tanár volt, helyettese *Angyal Lajos*, ugyancsak címzetes rendkívüli tanár. Az ő bátorságuknak és ügyességüknek nagyon sok üldözött köszönhetette életét, többek között jómagam is. Angyal professzor többször is közvetlen életveszélybe került miattam és mások miatt is, az igazi bátorságot és emberséget rajta keresztül ismertem meg.

Benedek professzor halála után, 1945-ben Horányi Béla professzor lett az Ideg-Elmeklinika igazgatója. Az első feladat a klinika háború okozta sérüléseinek eltüntetése volt. Ezt követően a tanszéken megindult a felszabadulás első éveit jellemző aktív tervező tevékenység, megindult az oktatás. Negyedéves orvostanhallgatóként magam is résztvehettem Horányi professzor úr felkérésére a neuropatológiai laboratórium helyreállításában, a szövettani technikai munkák újraindításában. Különös megtiszteltetés volt számomra meghívott negyedéves orvostanhallgatóként abban a laboratóriumban lehetővé tenni a munka folytatását, amelynek valamikor Schaffer professzor volt a vezetője; az asztal, amelyen dolgoztam pedig *Sántha Kálmáné* volt.

Horányi professzort 29 éves korában egyetemi magántanárrá képesítették, 41 éves korában kapta meg egyetemi tanári kinevezését. Ezt követően megnövekedett az orvosok, oktatók létszáma, és a kutatások új lehetőségei bontakoztak ki. Előtérben azonban mindig a neuropathológiai kutatások álltak, amelyek a klinika egyik fő feladatát és az oktatás alappilléreit képezték.

Horányi professzor előadásai egyetemszerte híresek voltak. Lendületes, szuggesztív előadói egyénisége magával ragadta a hallgatóságot, sokan végzés után is eljártak az előadásaira. Igen sok hallgatójában keltett érdeklődést a neurológia iránt, de legalább annyira figyelmet keltőek voltak pszichiatriai előadásai is. Megbocsátják nekem, hogy mint neurológus, elsősorban a neurológiát emeltem ki. Oktatói tevékenysége a viziteken és az osztályos munka ellenőrzésében is megnyilvánult. Kérlelhetetlenül megkövetelte a neurológiai vizsgálat legpontosabb kivitelezését, orvosaitól a beteg legapróbb részletekig menő ismeretét. Rendkívül igényes volt, s ez abban a korszakban, amelyben a klinikai neurológia nem támaszkodhatott még a kontraszteljárások oly széles skálájára, mint manapság. A beteg sorsát a klinikai megfigyelés pontossága, megbízhatósága határozta meg.

Az Ideg- és Elmeklinika életében új színfoltként, haladásként jelentkezett 1949-ben egy új részlegként, 45 ágygal működő idegsebészeti osztály, *Zoltán László* vezetésével. Azon kiváltságosak közé tartoztam, akik az idegsebészeti munkában résztvettek, ugyanakkor Horányi professzor úrral is vizitelhettek.

* Elhangzott a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai Klinikája megalapításának 100. éves évfordulóján megrendezésre kerülő ünnepi ülésen, 1982. december 17-én.

1950-ben azonban a sors egy behívó formájában a honvédséghez szólított, s ekkor a klinikát mint munkahelyet elhagytam. Egy évvel később, 1951-ben Horányi professor is áthelyezést nyert az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézetbe, ahonnan 1957-ben került vissza. Az időközben a klinika vezetésével megbízott *Nyirő Gyula* professor jelenlétében a tanszéket megosztották, és létrejött Horányi professor vezetése alatt a Neurológiai, Nyirő professor vezetésével a Pszichiatriai Klinika. A Balassa u. 6. sz. alatti épületet függőleges képzelteti síkkal kettéosztották, mindkét klinika egy-egy 50 ágyas részleggel bővült, a II. ker. Nyéki út 4. sz. alatti épület bevonásával. 1968-tól I. sz. Neurológiai és Pszichiatriai Klinikának nevezték el az általa vezetett részleget, mert a neurológiai betegségek mellett pszichiatriai zártosztályok is működtek.

Az 1964/65. tanévben a két féléves neuropsychiatria államvizsgatárgy lett, egyhónapos gyakorlati oktatással a VI. év folyamán. Horányi professor ismét oktat a neurológián kívül pszichiatriát is, sőt a későbbiekben orvosi pszichológiát is. Az évfolyam egyik fele az I. számú, másik fele a II. számú klinikán hallgatja az előadásokat. Az orvostanhallgatók oktatásán kívül az Eötvös Loránd Tudományegyetem pszichológia-szakos hallgatóinak oktatását is vállalják.

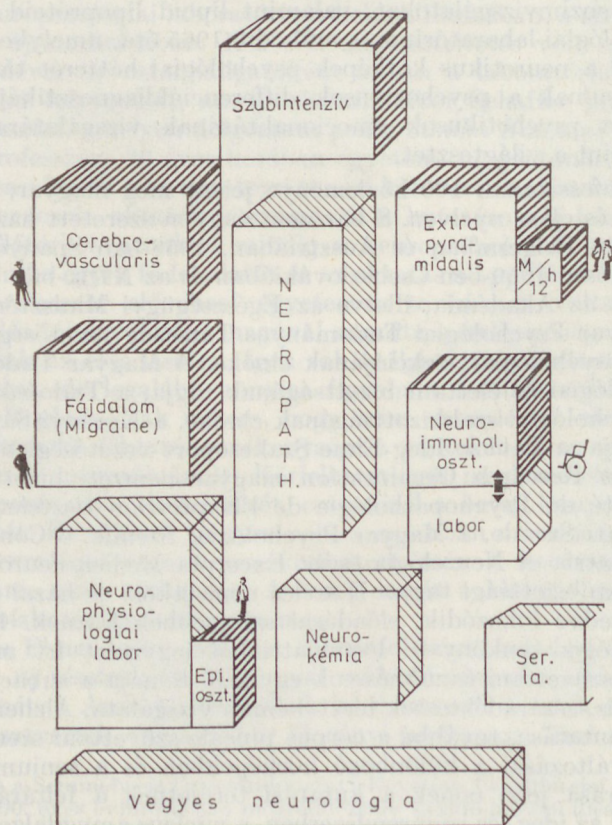
A neuropatológiai laboratórium Horányi professor második korszakában továbbfejlődik, 1967 óta függetlenített vezetője van, s mellette két orvos dolgozik állandóan. Jól kiépített neurofiziológiai laboratórium, valamint 1965-től kezdve biokémiai laboratórium is létesül vezetése alatt, amely különböző izom-enzimvizsgálatokat, valamint lipoid lipoproteid vizsgálatokat végez. Pszichológiai laboratórium is működik 1965 óta, amelyben személyiségvizsgálatokkal a neurotikus kórképek pszichológiai hátterét tárják fel, valamint hozzájárulnak a pszichotikusok differenciáldiagnosztikájához. Először alkalmazták a pszichotikusok emocionalitásának vizsgálatára a Rudolph-testtet, valamint a világtesztet.

Horányi professzornak 190 közleménye jelent meg magyar, német, angol, orosz, lengyel és olasz nyelven. S bár nem nagyon szeretett hazájából kimozdulni, 1957-ben Belgiumban és Ausztriában, 1958-ban Spanyolországban és Lengyelországban, 1959-ben Csehszlovákiában és az NDK-ban járt előadások tartása végett az Akadémia, illetve az Egészségügyi Minisztérium megbízásából. A Magyar Pszichológiai Tudományos Társaság vezetőségi tagja, e társaság orvosi pszichológiai szekciójának elnöke. A Magyar Tudományos Akadémia pszichológiai és élettani bizottságának tagja, a Tudományos Minősítő Bizottság pszichológiai szakbizottságának elnöke, a Korányi Sándor Társaság vezetőségi tagja, a Pavlov Ideg-Elme Szaksoport vezetőségi tagja, az International Brain Research Organisation magyar nemzeti bizottságának alelnöke, a Société de Psychopathologie de l'Expression tiszteletbeli tagja, az Idegyógyászati Szemle, a Magyar Pszichológiai Szemle, a Confinia Neurologica, a Psychiatria et Neurologia és az Excerpta Medica neurológiai szekciójának szerkesztőbizottsági tagja. E széles nemzetközi és hazai elismerés mellett oktatói kedve fokozódik, előadásai színesebbek lesznek. 1960-ban megjelenik neurológia tankönyve. Pszichiatriából jegyzetet írt munkatársaival együtt. A kórszövettani tanulmányok egyik fő témája a subacut sclerotizáló panencephalitis, a záradéktestek hisztokémiai vizsgálata, Alzheimer fibrillum-elváltozás kimutatása, továbbá a corpus pineale szövettani szerkezete és kórszövettani elváltozásai a különböző kórképekben és a seniumban, ectopiás pinealoma leírása jelzi ennek a kutatási területnek a feltárását. A senilis elváltozásokat az ideg- és izomrendszerben, a nucleus amygdalae-ban, a corpus

pineale-ban, a plexus chorioideusban munkatársaival együtt vizsgálta, számos előadást tartott, és számos közlemény jelent meg e tárgykörből. Elindítója és animálója volt a hisztopathológiai munkák másik nagy csoportjának, a neuromuscularis megbetegedésekkel foglalkozó témáknak. Klinikopatológiai vascularis tanulmányok látnak napvilágot munkatársai tollából, továbbá az agykérgi működészavarokkal foglalkozó közlemények jelennek meg. A pszichiatriai munkák a depresszió kezelésével, a gyógyító altatás alkalmazásával, az imipramin hatásmechanizmusával, a tetaniát kísérő psychés tünetekkel, elmebetegeken végzett időábrázolási vizsgálatokkal, a nemi kromoszómák psychopatológiai jelentőségével foglalkoztak. A pszichológiai tárgykörű tanulmányok témái az orvosi pszichológia helyzetét, feladatait, a kutatás etikai vonatkozásait, az orvosi személyiség kialakulásának kérdéseit, a mentalhygiene aktuális problémáit ölelték fel.

1975-ben, nyugállományba vonulását követően a klinika „I. sz. Neurológiai és Psychiatriai” elnevezése megváltozik, „Neurológiai” nevet kap, és profíljá tisztán organikus neurológiai arculatot ölt. Megszűnnek a pszichiatriai ágyak, a Horányi professzor vezetése alatt a Nyéki úti részleggel összesen 158 ágy időközben 128-ra csökken, a Nyéki úti részleg átszervezése folytán.

A Neurológiai Klinika, amely Horányi professzor vezetése alatt 1957-ben alakult meg, 25 éves évfordulóját ünnepelhetné jelenleg. Így talán megbocsátható, ha a Horányi professzor úr által vezetett klinika mai arculatát röviden ismertetem.



A specializálódás korszakát éljük. A neurológia és pszichiatria nem teljes szétválása, s az eddigi hasadás sem egészen zökkenőmentes jellege ellenére a szaktárgyon belüli további specializálódás tendenciája érvényesül világszerte. Így klinikánkon is kialakultak profilok, melyek közül talán a legbüszkébbek arra a subintenzív részlegre vagyunk, amelyet a klinika valamennyi dolgozójának erőfeszítése csekély külső anyagi támogatás nélkül hozott létre, az állami vezetés erkölcsi támogatását élvezve. Ehhez csatlakozik egy fiatalkori cerebrovascularis részleg, amelynek feladata a reverzibilis cerebrovascularis kórképek időbeni diagnosztizálása, korra való tekintet nélkül. Továbbá kiemelt profilja e részlegnek a subarachnoidealis vérzésben szenvedő betegek konzervatív, műtét előtti, illetve utókezelése is. Fő profilként működik a klinikán az extrapyramidalis részleg, elsősorban Parkinson syndromában szenvedők kezelésének problémáival foglalkozik. Amint az ábrán látható, a jelzett speciális osztályokon járó beteg-rendeléssel is foglalkoznak, a kibocsátott betegek utógondozását is vállalva. A pontozott részek a specializált részlegekhez csatlakozó laboratóriumokat jelzik ez elősegíti a betegellátást, valamint a megfelelő kutatási lehetőségeket biztosítja. A fájdalom syndromák osztályán elsősorban a fejfájás különböző formái dominálnak, hangsúlyosan a Magyarországon kissé háttérbe szorult migraine-nel, de ide kerülnek a különböző neuralgiában szenvedők is.

A Horányi professzor úrtól átvett fejlett neurofiziológiai és neuropatológiai részlegek továbbfejlődtek. A hagyományok ápolásának jegyében természetesen a legtöbbet a neuropatológia fejlődése jelentette, néhány további jelentős műszerrel gazdagodva, klinikopatológiai jellegű munkák mellett experimentális jellegű kutatás is folyik. A beta-sugárzás központi idegrendszerre kifejttet hatásának tanulmányozása folyik, és ennek keretén belül kidolgoztunk egy agyoedema modellt és egy kísérletes demyelinisatiós modellt. Agyi barrier problémák kutatása is folyik, az agyszöveten belüli és az idegrendszerből történő anyagmozgásra vonatkozóan, morfológiai módszerekkel. Ennek egyik vetülete az agy és az extracraniális nyirokrendszer kapcsolatának tanulmányozása. A subarachnoidalis vérzés és extrapyramidalis kórképek klinikopathológiai munkái szorosan kapcsolódnak a klinikumban folytatott therapiás vizsgálatokhoz, amelyek között a cerebrovascularis kórképek kezelése is szerepel. Az e témakörökben folyó kutatások eredményi nagy nemzetközi kongresszusokon rendszeresen ismertetésre kerülnek. A klinika rendezte 1978-ban a Neurológiai Tudományok Duna Symposiumát; a klinika több tagja tisztségviselő európai társaságokban, illetve a Neurológiai Világszövetségben.

Úgy érzem, a neuropatológiai laboratórium megbecsülésének és munkájának vonalán saját személyemben is átvettem a stafétabotot Horányi professzor úrtól, s bízom abban, hogy ha lejár az időm, olyasvalakinek tudom továbbadni azt, aki a Schaffer—Benedek—Horányi-féle vonalat méltó módon tudja tovább vinni.

A SOTE Pszichiátriai Klinikájának 1967—1982 közötti évei*

JUHÁSZ PÁL

Az értékes hagyományokat öröklő klinikának az utolsó 15 éve is mozgalmas volt. Szeretném bemutatni a klinika jelenlegi munkájának keresztmetszetét, az elmúlt másfél évtized újonnan megfogalmazott célkitűzéseit és néhány eredményét, ma is fennálló hiányosságát.

Oktatásban három szempont vezette klinikánkat. Az ideg- és elmegyógyászati gondokodás és a gyakorló orvos részére szükséges ismeretanyag elsajátítása. Célunk volt az is, hogy a hallgatók minél szélesebb rétegében az ideg- és elmegyógyászat iránti érdeklődést felkeltjük, elősegítsük a szakorvosi pályára való felkészülést. Végül igyekeztünk az orvossá nevelés nehéz munkájában, a többi egyetemi tanszékkal közös munkában résztvenni.

Mindezek érdekében a *kötelező oktatás* keretében dia-, film-, képmagnó, TV-lánc, írásvetítő segítségével korszerű audiovizuális eszköztárat hoztunk létre és előadásokon rendszeresen alkalmaztuk a betegbemutatók kiegészítéseként. A gyakorlati oktatásban több, mint 10 éve 5—7 főből álló kiscsoportokat szerveztünk, s ezzel az oktatók nevelői munkájához, a közvetlen kapcsolatteremtéshez adtunk keretet. A speciálkollégiumok mellett TDK tanfolyamot szerveztünk, amikor egy-egy paraklinikai szakterület munkájának, problémáinak és módszereinek áttekintését biztosítottuk. Az elmúlt 10 évben évenként 3—12 rektori pályamunka készült el klinikánkon, hallgatóink eredményesen szerepeltek TDK konferenciákon. Szerveztünk részükre Rorschach-tanfolyamot, Bálint-köröket és önismereti csoportokat. — Az elmúlt 15 év alatt az ötödik tanév végén rendezett gyakorlati versenyvizsgán évenként a hallgatósnak több mint fele, 80—120-an vettek részt. Kellett ezt szerveznünk azért, hogy ezen az évfolyamon szorgalmazzuk a folyamatos tanulást.

Az V. éven nincsen kötelező beszámoltatás, csupán a VI. évfolyamon az államvizsga keretében. Az új oktatási reform az 1983—84-es tanévtől az V. évfolyam részére már kötelező kollokviumot ír elő. Ebben a tanévben először értük el, hogy az eddigi egy hónapos gyakorlat helyett 2 hónapos gyakorlat biztosítja az államvizsgát megelőző időszakban a felkészülést.

Az ideg- és elmegyógyászat mellett 1972—78-ig klinikánk oktatta két félévven át az *orvosi pszichológiát*. Az új oktatási rend keretében az Egyetem önálló oktatási csoportot alakított ki, megszüntette a gyakorlati képzést és az oktatási időt két félévről egy félévre redukálta. Az orvossá nevelés szempontjából a pszichológia oktatás volumenének ez a csökkentése mindenképpen hátrányos. Nem szerencsés az sem, hogy az oktatási csoport nem a pszichiátria keretében működik. Kétségtelen, hogy az orvosi pszichológia nemcsak a pszichiátriának, hanem az egész medicinának egyik propedeutikai tárgya, azonban ma a pszichiátriának a munkájához jelent elengedhetetlen feltételt. Valamennyi szakterület között a pszichiátria az, amelyik az orvosi pszichológia művelésében leginkább érdekelt. Akár diagnosztikai, akár terápiás szempontból, az oktatásban nélkülözhetetlen gyakorlati munkát a pszichiátria tudja elsősorban biztosítani.

* A Klinika 100 éves évfordulója ünnepségén elhangzott előadás alapján (1982. december 17-én).

Az oktatás feltételeit biztosító *gyógyító és kutató munkának* a következő szempontjai alakultak ki az elmúlt másfél évtized alatt:

Igyekeztünk hagyományos női- és férfi osztályok helyett — a *szakmai profi-*lokot képviselő részlegeket és állandó munkacsoportokat kialakítani. Meggyőződésünk, hogy az ideg- és elmeegógyászat külön-külön is olyan széles munkaterület, amit eredményesen csak beszűkített feladatok mellett lehet művelni. Szűk profilok mellett elvárható az irodalom naprakész követése, az új diagnosztikai és terápiás módszerek meghonosítása és kidolgozása. Biztosítható egy-egy kutató munkának a stabilitása. A *váltakozó beosztás vagy elszakítja egymástól a gyógyító és kutató munkát, vagy mindkettőt elsekélyesíti.* Évek, évtizedek szükségesek ma már egy szűk munkaterületnek is az eredményes és aktív műveléséhez. Személyi és dologi feltételeink nem tették lehetővé a kidolgozott elvek teljes keresztülvitelét, de ma már *hatékony közösségek képviselik a preferált részterületeket.* Ez a szemlélet a paraklinikai szakterületeknek is viszonylag gyors fejlődését eredményezi.

15 évvel ezelőtt, 1967-ben klinikánk mint a 2. számú ideg- és elmeklinika kezdte meg működését. 1975-ben, Horányi professzor nyugdíjazása idejében *lett pszichiátriai klinika.* Úgy gondolom, hogy kifejezi a szakmai fejlődés igényét; magyarázatát az előbb kifejtett szemlélet adja. Ez a lépés nélkülözhetetlen volt, nem mintha a neurológia és pszichiátria nem lenne szorosan egymásra utalva, nem mintha biológiai szempontból nem mindkettő ugyanannak az idegrendszernek a funkciózavarait vizsgálná, így mindkettő sok közös vizsgálati módszert alkalmaz, azonban a kérdés felvetés a neurológiában megmarad a biológiánál, a pszichiátria azonban emellett — a maga speciális aspektusában — integrálja a pszichológiát és a szociológiát. A neurotranszmitterek nemcsak a neurológiának, de a pszichiátriának is új perspektíváit nyitják meg. A cerebrális biogén aminok, az endorfinok, egyéb polipeptidek, legújabban az amfetamin receptorok, egyéb szinaptikus változások felismerése, de a humán neoformáció funkcióinak, a kéregtannak, a kommunikációs funkciónak a feltárása és elemzése mindkét szakmának közös munkaterületét fogja érinteni. A pszichiátria azonban nem mondhat le feladatainak megfogalmazásában sem a molekuláris, sem a közösségi szinten *zajló jelenségek patogenetikai vagy tünethordozó szerepének elfogadásáról.* Ugyanekkor le kell mondania azoknak a betegségeknek az ellátásáról, amelyekben a szomatikus *jelenségek kizárólagosak* vagy *elsődlegesek,* egyúttal erjesztője kell legyen pszichoszomatikus betegségek elfogadásának.

Ez a szervezési koncepció eredményezte, hogy *endogén pszichózis osztályunk* behatóan tudott foglalkozni az alapvető nozológiai kérdésekkel, longitudinális kutatómunkájában kvantitatív értékelést biztosító módszereket alkalmazott, igyekezett az adott konstelláció tényezőinek prognosztikai szerepét feltárni. Meghonosította a RES-t, hatékonyan résztvett az újonnan megjelenő neuroleptikumok kipróbálásában, elsők között végzett endorfin vizsgálatokat, mindennapossá tette az elektrofiziológiai módszerek alkalmazását.

Neurózis osztályunk a pszichológiai laboratórium segítségével meghonosította a különböző pszichoterápiás módszereket, azokat fejlesztette és közkincsé tette. Az exploratív pszichoterápiákon túl a beteg aktuális igényének megfelelően alkalmazzuk a különböző szuggesztív-, viselkedés-, csoportpszichoterápiákat. Az osztály meghonosította a különböző pszichofiziológiai klinikai vizsgálatokat. Kutatási területének tekinti a szocializáció összetett útjának klinikai elemzését és értékelését, így a neurózis, suicidium, phobia stb. vonatkozásában.

A *pszichológiai laboratórium* nem elkülönülten, hanem szervesen kapcsolódik a mindennapi munkába; tagjai az egyes osztályokra beosztottan dolgoznak. 15 évvel ezelőtt egyetlen pszichológusunk sem volt. Ma már legalább 30 pszichodiagnosztikai módszerrel rendelkezünk. Több módszernek biztosítottuk nemcsak a hazai alkalmazását, hanem elvégeztük annak standardizálását is.

A neurózis és pszichológiai ellátáshoz szorosan kapcsolódik a hazánkban elsőként létrehozott *szociálpszichiátriai laboratórium* és ennek munkaközössége. Falusi, VIII. kerületi és egyes munkaközösségekben végzett epidemiológiai felmérések során a szituagén, szociogén tényezők és így a háttértényezők feltárására is gondot fordítottunk. Mindehhez különböző vizsgálati módszereket dolgoztunk ki. Ez a kutató munka kapcsolódik jelenleg az országosan szervezett deviantia kutatáshoz.

Gerontopszichiátriai osztályunk az öregkori szociális izoláció problémáinak vizsgálatát tekinti kutatási feladatának, kezdeményező volt a VIII. kerületi elmebeteg öregek gondozása megszervezésében.

Epileptológiai osztályunk kutatásában a tüskehullám mintát mutató rohamformáknak, a rohamoknak az alvásjelenségekkel való összefüggésének *elemzése* elsősorban *említhető* meg, de értékesek az epilepsziások életmódjára, személyiségváltozására és pszichózisaira vonatkozó kutatások eredményei is. Több, mint 2000 epilepsziás tartozik gondozottaink közé.

Szorosan kapcsolódik az epileptológiai osztályhoz a *klinikai elektrofiziológiai laboratórium* is, amelyik elsősorban EEG és EMG részleggel rendelkezik. Epilepszia- és alváskutatás mellett a kiváltott potenciálok elemzése, nem kevésbé az az elektromos jelek számítógépes feldolgozása jelzik mindennapi kutatómunkájukat. A kiváltott potenciálok vizsgálataiban együttműködés alakult ki a rostocki laboratóriummal. Biztató ígéretnek látszik a kiváltott potenciálok vizsgálata a mindennapi diagnosztikai munkában.

A *cerebrovascularis osztály* szoros együttműködést épített ki a Szív- és Érbeszeti Klinikával, közös rendelőt tart fenn.

Kutató munkája a *neuropatológiai laboratóriumhoz* kapcsolódik, s a cerebrális endothel fiziológiáját és patológiáját vizsgálja, együttműködve a montreali neurológiai intézettel. Ebben a laboratóriumban folyik az experimentális epilepszia vizsgálat, elsősorban az MSO-epilepsziák cerebrális histokémiai elemzése. Nem kevésbé értékesek az idegrendszeri vírusok vizsgálata, jelenleg a berlini neuropatológiai laboratóriummal közösen. Új munkaterületet jelent a cerebrális miozinak a vizsgálata. Változatlanul végezzük klinikánkon elhalatknak és más intézetek részére is az idegrendszeri kliniko-patológiai feldolgozását. Agymuzeumunkban több mint 1000 agyvelőt őrzünk további kutatás érdekében.

Neurológiai osztályunk amelyik a cerebrovascularis és epilepsziás megbetegedéseken kívül az egyéb pszichoorganikus szindrómák ellátását fogja feladatának tekinteni, a neuroimmunológiai módszereknek a letéteményese. Ma még profilja a sclerosis multiplex, speciális szakrendelés keretében parkinsonos betegeket lát el.

Neurokémiai laboratóriumunk a rutinnak nevezhető laboratóriumi diagnosztikai feladatok mellett az antiepileptikumok vérszint meghatározását, interakcióját; a biogén aminok intermedier anyagcseréjét vizsgálja és hatékonyan vesz részt a különböző részlegek farmakológiai kutatásában.

1975-ben hoztuk létre — nem kis nehézségek árán — a *nappali szanatóriumot*, ahová az utolsó években naponként 60—80 beteg jár be. A délelőtti mun-

katerápia lehetővé teszi, hogy legtöbb rokkant nyugdíjas betegünk néhány száz, vagy 1—2000 Ft-os keresetre tegyen szert. Jelenleg csaknem 40 munkafolyamatot, munkavállalást szervezünk. Délután különböző egyéb szocioterápiás lehetőséget biztosítunk, így mozgás, tánc, ének, zene, könyvtár stb. terápiát. Nagy gondot fordítunk a kreatív készség felélesztésére és ilyen irányú tevékenység fenntartására. Különböző klubterápiákban erősítjük a közösség alakító szerepének és az ún. öngyógyítás feltételeinek hatékonyságát. Ennek keretében indult meg *adolescens rendelésünk*, egyetemi hallgatóink pszichiátriai gondozásában azonban még csak az első lépéseket tudtuk megtenni.

Több munkatársunk vesz részt rendszeresen a hazai *forenzikus pszichiátriai munkában*, s végez ilyen jellegű kutatást. Alkoholológia vonatkozásában csak alkalmi betegellátást biztosítunk, az elsők között szerveztünk viszont a gyógyuló alkoholista betegek részére klub-terápiát.

Nagy feladatot jelent az Egyetem területén szervezett konzíliumi tevékenység, közeljövőben a pszichiátria konzíliumot kizárólagosan kell vállalnunk.

1969-ben már szoros együttműködést építettünk ki a VIII. ker. ideg- és elmegyógyászati rendeléseivel. A szervezett együttműködés nem alakult ki máról holnapra, számtalan nehézséget kellett leküzdeni, az *integrált szakellátás* ma sem tekinthető megnyugtatónak. Nem olyan jó a VIII. ker. pszichiátriai ellátás, mint ahogy itt dolgozó pszichiáterek száma és az átlagot meghaladó egyéb feltételek lehetővé tennék.

1968-ben valamennyi pszichiátriai osztályunk ajtaját kinyitottuk. A *nyitott ajtó* rendszerének bevezetését lehetővé tette a középkádereink továbbképzése és szemléleti változása, a foglalkoztatás rendszeressé tétele, a klub-terápia, a klub feltételeinek megteremtése, bizonyos fokig a terápiás közösség kialakítása, a nagycsoportos megbeszélések rendszeresítése. Úgy gondolom, hogy ennek jelentőségét nem kell kiemelni. Vannak betegek, — és ezt naprakészen nyilván kell tartani — akik folyamatos felügyeletet igényelnek. Több mint 10 év alatt 4 szucidiumunk volt és 3 szucidium kísérletünk. A 4 szucidium közül egyiknek rendszeres kijárása volt, a másik pedig az orvosi vélemény alapján aznap nyert volna elbocsátást. A nyitott ajtó mellett a betegeknek egymáshoz és az intézethez való viszonya lesz kedvező, megnövekszik saját magukkal és társaikkal szembeni felelősségérzésük és a gyógykezeléssel szemben csökken az ellenállásuk. Az átlagos gyógyszerfogyasztás nem emelkedik, hanem csökken.

Klinikánknak ez a strukturális működése nem máról-holnapra, hanem évek alatt bontakozott ki és ma is változóban van. 15 évvel ezelőtt egy-egy helyiségből állott a neuropatológia, az elektrofiziológia és kettőből a neurokémia. Ma ezek a laboratóriumok egyenként 6—7 helyiséget és 1—1 fél folyosót foglalnak el. Egy közös asszisztense volt az EEG-nek és a neuropatológiának, ma ezekben a laboratóriumokban 3 ill. 4 asszisztens is dolgozik. 2 diplomás a neurokémian, 5 az EEG-ben és ugyancsak 5 a neuropatológiában tevékenykedik. Ezeknek a helyiségeknek, továbbá az orvosi és pszichológiai vizsgálószobáknak a kialakítása nemcsak a rejtett tartalékok feltárását jelentette, hanem a zsúfoltság fokozását is. A kilátásba helyezett rekonstrukció aligha várathat magára, a zsúfoltság csökkentése és higiénés feltételek megjavítása érdekében is. Meg vagyok győződve, hogy klinikánk egész közössége mindenben rendelkezésre áll az átépítés szolgálatában még akkor is, ha az átmeneti súlyos nehézségeket és új kezelési formák kidolgozását jelenti. Rekonstrukció során klinikánk egy új emeletet kap s így a jelenlegi 154 ágynak és a diagnosztikai laboratóriumoknak korszerű elhelyezésére van kilátás.

15 évvel ezelőtt diplomások csak orvosok voltak. Ma van 6 pszichológus, 2 biológus, 2 vegyész, és részállásban 2 elektromérnök. Főiskolátzagy egyetemet végzett terapeutáink vannak; a rehabilitációban tevékenykednek. Diplomásaink közül 13-an nyertek kandidátusi képesítést. 15 évvel ezelőtt 1 minősítettünk volt, ma a felsorolt részlegeknek 11 vezetője közül csak 2 nem rendelkezik tudományos minősítéssel, de több olyan részlegünk van, amelyiken a vezetőn kívül is van minősített. Munkatársainktól évenként 15—61 tanulmány jelenik meg, az utolsó 9 évben összesen 236, ebből külföldi lapokban 64, jelent meg, 1 tankönyv négy kiadásban, 3 monográfia és több könyvrészlet, valamint egy kézikönyv első 2 kötete.

Szervezésünkkel el tudtuk érni, hogy szakvizsga után oktatóink abban a munkakörben dolgoznak, amelyik érdeklődésüknek leginkább megfelel.

A hazai szakmai közéletben klinikánk munkatársai vezető beosztásban dolgoznak a magyar pszichiátriai, ideg- és elmeorvosok, EEG- igazságügyi orvosok társaságában, többen külföldi társaságok tiszteletbeli tagjai.

15 évvel ezelőtt a klinikának egyetlen párttagja sem volt, az utolsó években a létszám 13—18 között ingadozik. Többen voltak vagy jelenleg az MSZMP tisztségviselői. KISZ-szervezetünk a Fialat Pszichiáterek Fórumának szervezője. Szakszervezetünk a közösség megelégedésével biztosítja munkatársaink érdekvédelmét és az irányítási feladatokban való részvételt.

A közösségi életet nehéz egy rövid beszámoló keretében bemutatni. Törzsgárda tagságunk a középkaderek között is magas. Évek óta nincs üres ápolónői állásunk.

Saját nevelésű fiatalokkal tudjuk a szakreszcenciát biztosítani.

Eltávozott orvosaink főorvosi állásokat töltenek be, kivéve azt a két fiatait, aki az ágyaszni csökkentése miatt került át más intézetbe.

Anyagi gondjaink mint minden egyetemi intézetnek jelentősnek mondhatók. Tudományos munkánkban az évi költségvetésen kívül ETT, klinikai farmakológiai és TKB — az utolsó években több, mint 1 millió — támogatással rendelkezünk.

Gazdasági részlegünk mindent elkövet, hogy szakmai munkánkat gördülékennyé tegye. Jelenlegi épületünk állagára jellemző, hogy 1975-ben a karbantartás 0,6, 1981-ben már 1,1 milliót emésztett fel.

Beszámolóim végén köszönetet mondok klinikánk minden munkatársának, akikkel egyetértésben készültünk a mai ünnepi ülésünkre. Külön köszönöm, első sorban diplomásaink, de vezető középkadereink részéről megmutatkozó bátor kezdeményező készséget és a magas szinten tartott kreatív munkát. Munkaidőn felül történő szakmai tevékenységet csak a kreativitás védő és serkentő ereje biztosíthatja. Ez adja a személyes kibontakozást és örömet. A vezetésnek nem lehet más feladata, mint az, hogy ezt a lendületet ne törje le és a dologi feltételeket igyekezzék biztosítani. A közösségi és egyéni érdek kölcsönös facilitálása és támogatása ez. A vezetésnek ezt az elvét és gyakorlatát *Sántha Kálmántól* kaptam útravalóként.

I. táblázat

A Pszichiátriai Klinika struktúrája (1982)

Igazgatás (1 igazgató, 1 igazgatóhelyettes, 1 titkárnő, 1 gép- és gyorsíró) — Tanácsadó vezetőség: egyetemi tanárok, intézetvezető főnövér, gazdaságvezető, párt-, szakszervezet- és KISZ-képviselő.

Betegellátó részlegek

A) *Fekvőbeteg részlegek*: endogén pszichózis (46 ágy, 5 orvos), neurózi és pszichoterápia (46 ágy, 4 orvos), gerontopszichiátria (16 ágy, 2 orvos), epileptológia (10 ágy,

* részfoglalkozás

HALOPERIDOL

injekció, tabletták, cseppek

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 5 mg haloperidolumot, 1 tabletták 1,5 mg haloperidolumot, 1 üveg (10 ml) 20 mg (10 csepp=1 mg) haloperidolumot tartalmaz.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, amely motoros és pszichés agitációval jár, mania, oligophrenia, paranoid hallucinatoros állapotok és epileptiformis psychosisok, delirium tremens, Huntington chorea, csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Izomtónus fokozódással járó extrapyramidalis megbetegedések és az anamnesisben megismert ilyen jellegű mozgászavarok. Depressiók és depressív hangulattal járó elmeegógyászati tünetcsoportok.

ADAGOLÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor intramuscularisan 1 ampulla (5 mg). Felnőttek átlagos orális napi adagja 4,5–18,0 mg (3–12) tabletták. Gyermeknek napi orális dózisa 5 éves korig átlagosan 0,5–1 mg ($\frac{1}{2}$ – $\frac{2}{3}$ tabletták vagy 5–10 csepp), 6–15 éves korig 1–2 mg (10–20 csepp).

Krónikus hányásban általában 2x10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig tartó kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia, vagy egyéb parkinson-szerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére, vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel kupírozhatók.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK: A Haloperidolt ne alkalmazzuk együtt:

- anticholinerg készítményekkel (növekedhet az intracocularis nyomás)
- központi idegrendszeri bénítókkal (hatásfokozódás)
- MAO inhibitorokkal (hatásfokozódás)
- antihipertenzívumokkal (hatásfokozódás)
- Tricyclikus, depressio elleni szerekkel
- Orális anticoagulansokkal együtt adva újra be kell állítani a beteg anticoagulans adagját.

FIGYELMEZTETÉS: A gyógyszer alkalmazása idején fokozott elővigyázatosság szükséges, és alkohol fogyasztása tilos.

MEGJEGYZÉS: ✕ A tablettát és a cseppeket az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Az injekciót az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógyszerelésére területileg és szakmailag illetékes.

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

CSOMAGOLÁS:

5 ampulla (1 ml)

50 tabletták

1 üveg (10 ml)



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



CAVINTON

tabletta, injekció

ÖSSZETÉTEL: 1 tablettá 5 mg vinpocetinu-
mot, 1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinumot
tartalmaz.

JAVALLATOK: *Orálisan:* különböző eredetű
(postapoplexiás, posttraumás vagy sclero-
tikus) agyi keringészavarok psychés vagy
neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok,
aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés,
fejfájás csökkentésére, a klimaktérium
szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelé-
sére.

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló
vascularis cerebriális insufficientia, angiospas-
ticus agyi kórképek, továbbá endarteriitis ce-
rebralis. Ischaemiás agyi károsodásokban, előre-
haladott agyi arteriosclerosisban a kollaterá-
lis keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vas-
cularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. an-
giospasmus okozta maculadegenerációk, par-
tialis thrombosisok, érelzáródás következté-
ben kialakuló másodlagos zöldhályog. Fülé-
szetben korral járó vascularis vagy egyes
toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, laby-
rinth eredetű szédülés.

Parenterálisan: kizárólag cseppinfúzióban.
Neurológiai indikációban olyan akut, gócos
ischaemiás cerebrovasculáris kórkép, amely-
ben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható.

ELLENJAVALLAT: *Orálisan:* terhesség.

Parenterálisan: Súlyos ischaemiás szívbeteg-
ségek, súlyos szívritmuszavarok. Terhesség.

ADAGOLÁS: *Orálisan:* Naponta 3x1—2 tabl., a fenn-
tartó adag napi 3x1 tabl., hosszabb időn keresztül.

Parenterálisan: kezdő napi adag 20 mg lassú cseppinfú-
zióban (2 amp. tartalma 500—1000 ml infúziós oldatban)
infundálva.

A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tar-
talma 500—1000 ml infúziós oldatban), lassan cseppin-
fúzióban infundálva.

Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi — és a
toleranciája megengedi — óvatosan emelve az adagot,
a tizedik napon az infúzióban adott napi összmenyiség
elérheti az 1 mg (tskg-ot).

A készítmény iv. és im. nem alkalmazható.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Az eddigi tapasztal-
atok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kom-
binációs kezelésre is alkalmas.

Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért az infúziót
olyan beteg nem kaphatja, aki heparin kezelésben ré-
szesül.

MELLÉKHATÁS: Kismértékű vérnyomáscsökkenés,
ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós
kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

FIGYELMEZTETÉS: *Parenterális* alkalmazása során az
ampulla sorbitol tartalma miatt diabeteses vércukor
szintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

MEGJEGYZÉS: ⚠ A tablettá csak vényre adható ki. Az
orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalom-
mal) ismételtethető.

Az injekció csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra
van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2 ml)
50 tabl.



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



2 orvos 1 fr*orvos), cerebrovascularis (10 ágy, 2 orvos), neurológia és organikus pszichoszindróma (26 ágy, 3 orvos);
 B) *Nappali szanatórium és alkoholelles klub* (napi 60—80 beteg és kb. 30 klubtag — 1 rf*orvos, 2 orvos, 4 terapeuta)
 C) *Járóbeteg rendelés*: 1. ún. klinikai ambulancia 2. Speciális szakrendelések: pszichoterápia, adolenscens rendelés, epilepszia, parkinsonizmus, sclerosis multiplex, cerebrovascularis.

Diagnosztikai és kutató laboratóriumok

Orvosi pszichológiai laboratórium (5 pszichológus, 5 rf* orvos)
 Elektroneurofiziológiai laboratórium, EEG, EMG és pszichofiziológiai feladatok (1 orvos, 2 rf*orvos, 2 biológus, 2 rf*elektromérnök, 4 asszisztens)
 Neuropathológiai laboratórium (1 orvos, 1 vegyész, 5 rf* orvos, 4 asszisztensnő)
 Szerológiai és neurokémiai laboratórium (1 fr*orvos, 1 vegyész, 7 asszisztensnő)
 Szociálpszichiátriai laboratórium (1 pszichológus, 4 rf*orvos)
 Neuroradiológiai laboratórium — szervezetileg a Radiológiai Klinika részlege

Könyvtár (1 rf*orvos, 1 l rf* adminisztrátor)

Gyógyszertár (1 rf*orvos, 1 rf*gyógyszerész)

Audióvizuális oktatási és terápiás laboratórium

(1 rf*orvos, 1 technikus, 1 rf*fotóasszisztens)

Gazdasági részleg (bér-, anyaggazdálkodás, élelmezés, portaszolgálat — 16 dolgozó)

Irodalmi munkásság:

II. Táblázat

| | Közlemények | | Könyv | Könyvrészlet |
|------|-------------|----------|-------|--------------|
| | összesen | külföldi | | |
| 1973 | 14 | 1 | 1 | 3 |
| 1974 | 15 | 6 | 1 | 4 |
| 1975 | 26 | 7 | — | 5 |
| 1976 | 19 | 4 | 2 | 13 |
| 1977 | 23 | 7 | — | — |
| 1978 | 29 | 7 | 1 | — |
| 1979 | 27 | 8 | 1 | — |
| 1980 | 53 | 18 | — | 7 |
| 1981 | 30 | 10 | — | — |

Megjelent könyvek, könyvrészletek:

III. Táblázat

- Halász Péter és Juhász Pál: Az epilepszia mindennapi klinikai problémái. Medicina, Bp. 1977.
 Juhász Pál: A klinikai neurológia alapjai. 4. kiadás, Medicina, Bp. 1982.
 Juhász Pál: Az idegrendszer diagnosztikája — in: Petrányi Gyula: Belgyógyászati diagnosztika. 4. kiadás, Medicina, Bp. 1983. (436—502)
 Juhász Pál: Az orvos és a beteg kapcsolata. 2. kiadás, Medicina, Bp. 1976.
 Juhász Pál: Epilepsiák és eszméletvesztéssel járó egyéb rosszullétek elkülönítése — in: Magyar Imre: Belbetegségek elkülönítő diagnózisa. Medicina, Bp. 1977. (97—122)
 Juhász Pál: Ideg- és elmegyógyászat — in: A gyakorló orvos enciklopédiája (szerk.: Trecsényi Tibor). 2. kiadás, Medicina, Bp. 1977. (1231—1420)
 Juhász Pál (szerk.): Sclerosis multiplex. Medicina, Bp. 1975.
 Juhász Pál és Pethő Bertalan: Orvosi pszichológia, in: Alkalmazott pszichológia (szerk.: Lénárd Ferenc). 3. kiadás, Gondolat, Bp. 1973. (257—335)
 Juhász Pál és Pethő Bertalan: Általános pszichiátria I—II. Medicina, Bp. 1983.
 Juhász Pál (szerk.): Pszichoszomatikus megbetegedések. Medicina, Bp. 1976.
 J. Kugler: Elektroencephalographia a klinikumban és a gyakorlatban — magyar fordítás: Irányi Jenőné — sokszorosított házi kiadás — 1969.
 Moreno: Csoport-pszichoterápia. Pszichodráma. Fordítás. Sokszorosított házi kiadás. 1982.
 G. Peters: A központi és perifériás idegrendszer betegségeinek speciális pathológiája — magyar fordítás: Szobor Albert és Drietomszky Jenő — sokszorosított házi kiadás, 1969.
 Pethő Bertalan: Technikai javaslatok pszichológiai tesztek alkotására és a vizsgálatok lefolytatására. Akadémiai Kiadó, Bp. 1974.
 T. I. Rubin: A dühös ember, fordította: Iván László, Medicina, Bp. 1980.
 Szegedi Márton: A személyiség vizsgálata — in: Alkalmazott pszichológia (szerk.: Lénárd Ferenc). 3. kiadás, Gondolat, Bp. 1973. (431—462)

Kandidátusi minősítések (az utolsó 12 évben)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Neuropatológia: | dr. Szegedy László (uraemia) dr. Óváry Imre (SSPE) dr. Gosztonyi György (vírus terjedés) dr. Nagy Zoltán (barrier, endothel junctio) |
| Elektroencefalográfia, epilepszia: | dr. Halász Péter (többes tüske-hullám komponens) |
| Neurokémia: | dr. Molnár Gyula (antiepileptikum anyagcsere) |
| Pszichológia: | dr. Szegedi Márton (paranoid gondolkodás) dr. Pataky Ilona (org. pszichoszindróma) |
| Pszichofiziológia és pszichiátria: | dr. Tringer László (neurózis, percepció) dr. Kopp Mária (pszichoszomatika) |
| Pszichiátria: | dr. Huszár Ilona (forenzikus pszichiátria) dr. Pethő Bertalan (nosológiai differenciáldiagnosztika) dr. Iván László (gerontopszichiátria) dr. Hajts Géza (klín. foraminológia) dr. Ungvári Gábor (nosológiai kutatások) |

V. Táblázat

Tartós (minimálisan 6 hónap) tanulmányutak (1970—1981):

Dr. Baraczka Krisztina, neurokémia — Bécs.
 Dr. Bitter István, pszichiátria — NSZK.
 Dr. Fehérvári Éva, hisztokémia — Szeged.
 Dr. Glovicsky Zoltán, EMG — Koppenhága.
 Dr. Gosztonyi György, neuropatológia — Nyugat-Berlin.
 Dr. Halász Péter, EEG-epilepszia — Montpellier.
 Dr. Marosfi Sándor, EEG-epilepszia, Tbiliszi, Montpellier.
 Dr. Mórotz Kenéz, pszichoneurológia — Moszkva.
 Dr. Nagy Zoltán, neuropatológia, endothel funkció — Montreal.
 Dr. Pataky Ilona, orvosi pszichológia — Leningrád.
 Dr. Pisztora Ferenc, pszichiátria — Havanna.
 Dr. Szegedy László, hisztokémia — (két alkalommal) — Utrecht.
 Dr. Szilágyi András, immunológia — Debrecen.
 Dr. Tariska Péter, hisztokémia — Szeged.
 Dr. Tringer László, pszichiátria — Párizs.
 Dr. Ungvári Gábor, pszichiátria — Moszkva.

Rövid tanulmányutak (2 hét—2 hónap)

Dr. Baraczka Krisztina, neurokémia — Rostock.
 Czobor Pál, EEG — Rostock.
 Dr. Gerevich József, pszichiátria — Anglia, NDK.
 Dr. Huszár Ilona, pszichiátria — NDK, NSZK.
 Dr. Karczag István, pszichiátria — Berlin.
 Dr. Nagy Zoltán, neuropatológia — Prága.
 Dr. Pethő Bertalan, pszichiátria — NSZK.
 Dr. Szegedi Márton, pszichológia — Lipse, Berlin.
 Dr. Szegedy László, neuropatológia, immunológia — Brno.
 Dr. Tringer László, pszichoterápia — Berlin, Rostock.
 Dr. Zseni Annamária, pszichiátria — Rostock.
 Külföldi kongresszusok: évenként kb. 10 oktató.

BESZÁMOLÓ

„Az electroconvulsiv terápia aktuális kérdései” című tudományos ülés anyagáról

Szerkesztette: DR. LIPCSEY ATTILA

A Magyar Pszichiatriai Társaság 1982. március 17-én tudományos ülést tartott, melynek témája az electroconvulsiv terápia aktuális kérdései voltak. A nagy érdeklődés és az élénk vita azt jelezte, hogy a hazai pszichiátriában is felfedezhetők az ECT körüli ellentmondások és problémák. Ez bátorított minket arra, hogy az ülés anyagát — ha rövidített formában is — ismertessük. Moderátor *Lipcey Attila dr.* volt, vitaindító előadást *Arató Mihály dr.* tartott. A kerekasztal további meghívott résztvevői voltak: *Baraczka Krisztina dr.*, *Fenyvesi Tamás dr.*, *Gaszner Péter dr.*, *Giacinto Miklós dr.*, *Kuncz Elemér dr.*, *Magyar István dr.*, *Molnár Gyula dr.*, *Peres Aladár dr.* és *Trixler Máttyás dr.*

Bevezető előadásában *Lipcey Attila dr.* emlékezett rá, hogy 45 éve telt el Cerletti és Bini első, ma már legendásnak tűnő kezelése óta, de időnként szükséges a számvetés. Több mint 7 év telt el az előző, sümegi kerekasztal-beszélgetés óta, és a farmakoterápia és a pszichoterápia fejlődése, szélesebb körű alkalmazása szükségessé teszi az ECT létjogosultságának, helyének és indikációjának meghatározását.

Arató Mihály dr. Kendell nyomán, dégy pontban foglalta össze az ECT és alkalmazói ellen gyakran hangoztatott vádakat:

1. Hatékonysága nem bizonyított.
2. Ismeretlen a hatásmechanizmusa.
3. Ijesztő és veszélyes kezelési mód.
4. A pszichiáterek visszaélnek alkalmazásával, gyakran súlyosan sértve a betegek jogait.

A legújabb irodalom adatainak ismeretében, többé-kevésbé megnyugtató módon megválaszolhatók ezek a kérdések, de nem kisebb viták támadtak az elmúlt években az ECT alkalmazási módja és körülményei ügyében. Angliában végzett alapos felismerés „szégyenteljes” állapotokat észlelt a brit kórházakban. A kiterjedt vizsgálat szerint az elavult technikai felszerelések, a nem megfelelő szakképzettség, a betegek elégtelen előkészítése és tájékoztatása, bilaterális kezelési mód alkalmazása stb. eredményezték az ECT „lejárását”. Félő, hogy egy hasonló hazai felmérés is számos ellentmondást, hiányosságot, problémát hozna felszínre. Időszerű lenne megvitatni ezeket a kérdéseket, feltárni az ellentmondásokat, a lehetőségek szerint közös nevezőre jutni — a kényelmes struccpolitika helyett.

Baraczka Krisztina dr. hozzászólásában röviden ismertette saját vizsgálatait, amelyek az ECT hatásmechanizmusának kérdéséhez szolgáltathatnak adatokat. Az ECT hatására bekövetkező akut változásokat vizsgálták a plazma adrenalin és noradrenalin szintjében. Az aminváltozások eltérők voltak az egyes diagnosztikus csoportokban, ennek további szisztematikus vizsgálata perspektivikusnak tűnik.

Trixler Máttyás dr. irodalmi adatokra hivatkozva megemlítette, hogy az Egyesült Államokban és az NSZK-ban csökkent az ECT alkalmazása az elmúlt években. Ez összhangban áll saját tapasztalataival, azonos területet és beteg-

anyagot látnak el (Pécsi Klinika), mint régebben, anélkül, hogy alkalmaznának ECT-t. A pszichofarmakológia és a szocioterápiás eljárások fejlődésével nem pótolhatatlan kezelési eljárás az ECT. Farmakoterápiára rezisztens depressziók esetén lehet indikált az ECT, ismételt felvétel esetén az előző kezelések tapasztalatai alapján akár azzal kezdhető a kezelés. A másik klasszikus indikáció a kataton schizophrenia, ami viszont egyre ritkábban fordul elő, és az esetek többsége gyógyszerrel kezelhető. Utánvizsgálataik alapján úgy tűnik, hogy ritkábban és kevésbé súlyos relapszusok következnek be a farmako- és pszichoterápiával kezelt betegek esetében, mint az ECT után.

Magyar István dr. felszólalásában vitába szált *Trixler dr.*-ral. Kétségtelen, hogy az elektroshock abban a periódusban keletkezett, amikor az agresszív eljárások voltak divatosak. A pszichiátria felemelkedésével, a terápiás lehetőségek bővülésével igyekeztek megszüntetni az erre a korra jellemző eszközöket (rácsoságy, kényszerzubbony, zártosztály), és egyesek ezzel együtt az ECT-t is ki akarták iktatni. A Hibernál megjelenését olyan lelkesedés követte, hogy már-már az egész pszichiátria fölöslegessé válását jóslták meg a „csodaszert” birtokában. Ma már tudjuk, hogy sem a Hibernál, sem a többi gyógyszer nem gyógyította meg a pszichiátriai betegségeket. Kétségtelen, hogy nem ismerjük az ECT hatásmechanizmusát, ugyanúgy, ahogy számos gyógyszerét sem tudtuk bevezetésekor, de alkalmazták; mire kiderült a hatásmechanizmusa, kiderül az is, hogy nem is olyan veszélytelen gyógyszerek. Tisztáznunk kellene, hogy mit értünk az ECT alatt: egy kúrát, ami gyógyítja a betegeket, vagy egy olyan beavatkozást, amely egy heveny állapot megoldására szolgál. Az ECT inkább az utóbbira alkalmas, a veszélyeztető állapot megszüntetésére. Az a tény, hogy az ECT kezelések száma csökkent, kétségtelen tény, de nem olyan biztos, hogy ez jó. Sok esetben hagyják a beteget hosszú ideig súlyos, veszélyeztető állapotban, és ez a vegetatív funkciók kimerülését is eredményezheti, a közvetlen veszélyeken kívül. A józan kritikával és nem drasztikus módon alkalmazott ECT nem károsítja a személyiséget, ezt igazolták saját vizsgálataik is.

Kun Miklós dr. amerikai látogatása során szerzett tapasztalatairól tett említést. Az antipszichiátria nézeteinek terjedésével, a laikus közvélemény nyomására több kórházban betiltották az ECT alkalmazását, ezt a pszichiáterek többsége sajnálattal volt kénytelen tudomásul venni. Szociálpszichiátriai szemlélettel vezetett osztályán *Kun* professzor maga is alkalmazta az ECT. Az ECT pszichológiai magyarázata a beteg büntudatának kielégítése lehet. Még anaesthesiában végzett kezelés esetén is a beteg a tudattalan mélyén átérzi a pusztulást, és a feltámadást.

Kuncz Elemér dr. megemlíti, hogy egy összefoglaló közlemény 50 féle teóriát sorol fel az ECT patomechanizmusára, ezek közül 27 patofiziológiai és 23 pszichológiai, pszichoanalitikus.

Fenyvesi Tamás dr. szerint azért gyűltek össze ilyen rengetegen arra az ülésre mert talán büntudata van a pszichiátereknek. Manapság a pszichiátriában nem betegek vannak, hanem áldozatok és bűnösök, akik gyakorolják a pszichiátriát, és még elektroshockot is alkalmaznak. Ezzel számolni kell, a kérdés csak az, hogy ez a büntudat reális-e vagy sem. *Fenyvesi* főorvos megkérte a hallgatóságot, hogy tegye föl a kezét, aki az ECT-t száműzendő dolognak tartja. (Egy, majd még egy kéz.) Az eredményt nem tartotta meggyőzőnek, mert ha ugyanezt a kérdést nem a biológiai szekcióban tette volna fel, hanem a szociálpszichiátriában, akkor egész más lett volna az eredmény, pedig ugyanazok ülnének ott is.

További paradoxon fellelhető az irodalomban is: két nagy monográfia szerint is az egyetlen indikáció a depresszió, ugyanakkor a közleményekből, de a gyakorlatból is az derül ki, hogy schizopheniában és más kórképekben is hasznos és alkalmazott módszer az ECT.

Összegezve tehát még egymás között sem vagyunk őszinték ebben az ügyben. Az indikációt illetően nem mozzológiai egységekben kellene gondolkozni; szindrómákat kezelünk, patológiás affektusokkal járó állapotokat, amelyek veszélyeztetőek, és gyors kezelést igényelnek. Kérdés, hogy gyógyszerrel is meg lehet-e oldani ezeket az állapotokat. Kétségtelen, hogy jelentős a közvélemény ECT ellenes nyomása, emiatt többször is megkísérelték az ECT mellőzését Fenyvesi főorvos osztályán. Egy-két hétig ez sikerült is, de aztán mindig volt egy olyan eset, amikor úgy érezték, hogy a beteg veszélyeztetettebb állapotba kerül, mint ha időben alkalmaznák az elektroshockot. Amilyen a pszichiatriával kapcsolatos közhangulat, tulajdonképpen az a meglepő, hogy nem volt még elektroshock per Magyarországon, amikor is nehezen tudnánk válaszolni ilyen kérdésekre, hogy hatásmechanizmus, hogy volt-e írásos beleegyezés, ez szükséges-e, s hogy milyen károsodást okoz? Ezért is fontos ez a konferencia, és itt az ideje, hogy nem csak a Magyar Pszichiatriai Társaság szintjén, hanem magasabb fórumokon is állást foglaljunk az ECT alkalmazását illetően.

Giacinto Miklós dr. azzal kezdte hozzászólását, hogy ha pszichiáterek bűnösnek érzik magukat, akkor ő mint anaesthesiológus csak bűnsegédi bűnrészeseznek. 1961-ben kezdték el Magyarországon a narkózisban és izomrelaxációban történő kezelést. Az intravénásan adott barbiturattal végzett narkózis szubjektíve nem kellemetlen. Az izomrelaxáció pedig számos objektív veszélyt szüntet meg, pl. keringés túlterhelést, léguti akadályozottságot, fracturát. Az atropin premedikáció nemcsak a nyáleválasztás csökkentése miatt ajánlatos, hanem az esetleges ritmuszavarok megelőzése miatt is. A Sombrevin adásával próbálkoztak a barbituratok helyett, de gyakrabban allergizál, és vénás károsodásokat eredményezhet. Abban az esetben ha a beteggel nem tudnak kellőképpen foglalkozni, zsúfoltság, átépítés, kevés a nővér, nincs elég orvos, pszichológus stb. miatt, esetleg előbb kerül sor a kezelésre, mint egy jobb körülmények között dolgozó osztályon.

Magyar István dr. szerint ezek nem játszhatnak szerepet az ECT indikációjában.

Marosfi Sándor dr. ahhoz a kérdéshez szólt hozzá, hogy meddig használjuk az ECT-t, erre mint EEG szakember kívánt választ adni. Az irodalom és saját véleménye szerint is schizophreniek között szignifikánsan gyakrabban fordulnak elő nem specifikus EEG anomáliák, mint a normál populációban, bár schizopheniára jellegzetes EEG eltérés nem ismeretes. A kérdést vizsgáló tanulmányok általában nem veszik figyelembe, hogy ezek a betegek már részesültek ECT-ben régebben, és ennek következménye az EEG eltérés. Neuropathológiai eltérések is kimutathatók az ECT kezeléseket után, az agyödémáról is volt már szó. Saját vizsgálatairól számolt be a továbbiakban *Marosfi dr.*, melyek szerint az elektroshock dezorganizálja az agyi elektromos tevékenységet, sőt csak akkor hatékony. Ha nincs maradandó EEG nyoma a kezelésnek, akkor hatása elégtelen volt, és a beteg hamarosan visszaesik. A néhány RES kezelés csak az akut tüneteket csökkenti, de tartós gyógyulást nem eredményez. „Amikor a régi nagy shockok voltak, azok a betegek ritkábban kerültek

relapsusba.” A „meddig shockoljunk” kérdéshez az EEG hasznos segítséget nyújt.

Magyar István dr. elmondta, hogy kiterjedt vizsgálatai szerint az említett EEG eltérések nem az ECT következményei. Követéses vizsgálatban nem észleltek maradandó EEG változást, halmozott kezelések után sem.

Peres Aladár dr. a János Kórház Neuro-pszichiátriai Osztályán végzett felmérésről számolt be. 1981-ben 995 beteg került felvételre, ezek közül 65 részesült RES kezelésben. A betegek többsége 40 év alatti volt, a legidősebb beteg 77 éves volt. Diagnosztikus megoszlás a következő volt: 3 simplex, 3 hebefren, 22 paranoid, 20 kataton schizofren, 12 ötvözött pszichózis, 4 involúciós pszichózis, 1 endogén depresszió. A vezető tünetek leggyakrabban a szorongás, a negativizmus, az impulzivitás voltak. Összehasonlító elemzésük szerint 1954-ben (a neuroleptikumok előtt) az osztályunkra felvett schizofren betegek 70 százaléka, 1957-ben (mikor a Hibernál már elérhető volt) mintegy 55 %-a, és 1981-ben 23 %-a részesült RES kezelésben. 1954-ben az első alkalommal felvett schizofren betegek átlagos ápolási ideje 98 nap volt, 1981-ben 34.

Bitter István dr. szerint a pszichofarmakon kontra ECT vitában, nagy dóziszú iv. adott haloperidol hatékonyságát kellene összehasonlítani az ECT-vel. Sajnálatos, hogy a haloperidol iv. adása nem engedélyezett hivatalosan hazánkban.

Molnár Gyula dr. hozzászólásában először reagált az előző javaslatra. Véleménye szerint a folyamatos infúziós kezelés intenzív, vagy szubintenzív részlegekben történhet csak meg. Utalt arra, hogy ismerjük a brit felmérés eredményét, és a new yorki állami kórházak adatait, ezért a János Kórházban végzett felméréshez csatlakozva, ismertették a Merényi Kórházban történt vizsgálat adatait. *Pándy László dr.* számolt be az elmúlt öt év kórrajzi adatainak elemzéséről. 285 beteg részesült ECT kezelésben. A leggyakoribb indikációt képező tünetek a következők voltak: szorongás, Wahn-állapot, amentia, paranoid-hallucinátoros szindróma. A betegek 74 %-ában az összes kezelés száma nem haladta meg a 10-et. Az esetek 72 %-ában mutatkozott jelentős tünetredukció. *Molnár* főorvos az adatok kommentálása során hangsúlyozta, hogy maga a schizofrenia, mint gyűjtődiagnózis nem jelentheti az ECT indikációját. A paranoid esetekben nem a doxasmák miatt történt a kezelés, hanem más, sürgető, veszélyeztető tünetek miatt. Az ECT egy sürgősségi beavatkozás, ha heti két alkalommal alkalmazzuk, mondjuk 4—6 héten át, akkor már nincs előnye a neuroleptikumokkal szemben.

Gaszner Péter dr. *Magyar* professzor megjegyzésére válaszolva elmondta, hogy nem az osztály helyzete és körülményei határozzák meg az ECT indikációját, de befolyásolhatja az indikációs kör szűkítését, vagy tágítását.

Magyar István dr. *Bitter dr.* hozzászólására reflektálva kifejtette, hogy a nagy adag neuroleptikus terápiát, akár iv. adott formában nem szükséges szembeállítani az ECT-vel, mindkettőt be kell helyezni a terápiás körbe.

Fenyvesi Tamás dr. szerint kérdéses az, hogy az intravénás neuroleptikum adás azonos hatást képes kifejteni a patológiás limbikus rendszerre, mint az ECT.

Bujdosó Zoltán dr. ismertette a MNKK Pszichiátriai Osztályának ECT tapasztalatait az elmúlt 3 év anyagának elemzése alapján. 279 beteg részesült ECT kezelésben, közülük 199 volt schizofren. Ez az arány a beteganyag összetételéből adódik, és nem az az oka, hogy előszeretettel shockolják a schizofreneket. 97 beteg volt akut, első szub-os schizofren, részletesebben ezt az anyagot elemezték. A betegek átlag életkora 27 év volt, az átlagos ápolási idő

40 nap. A konvulziók átlagos száma 9 volt. A kezelést naponta végezték, egy alkalommal 2 konvulziót váltottak ki. A betegek nagy része incisív neuroleptikus kezelésre nem szorult. Az irodalmi adatok alapján schizophrénia esetén az ECT alkalmazása háttérbe szorul. Mégis úgy tűnik, hogy az indukáló kórképekben, függetlenül az esetleg csak később elvégezhető mozológiai klasszifikációtól, az ECT, ha nem is tekinthető oki kezelésnek, kedvezően befolyásolja a neurotranszmitter rendszereket. Az alkalmazás módját illetően nem lehet vitás, hogy a legkorszerűbb módon kell végezni, a megfelelő anaesthesiológiai háttér birtokában. *Giacinto* főorvos segítségével és támogatásával nemhogy az elmúlt 3 évben, de gyakorlatilag 1963 óta sem észleltek szövődményt a kezelés során. A kezelést követően kétségtelenül észlelhető kognitív károsodás, de ez csak átmeneti, és 3 hét múlva már nem észlelhetők az amnestikus szindróma jelei.

Haraszi László dr. annak a meggyőződésének adott hangot, hogy megnehezíti a vitát az, hogy jelentősek a nézetkülönbségek abban, hogy ki mit ért elektroshock terápiá alatt. Alkalma volt 8–10 budapesti kórházban megnézni, hogy hogyan végzik a kezelést, és mindenki másképpen csinálta. Volt olyan osztály, ahol csak az izomrelaxánst adják iv. barbiturat nélkül. Különbségek vannak abban, hogy bilaterális, vagy unilaterális kezelést alkalmaznak. Különböző számú konvulziót váltanak ki egy anaesthesiában, és változó az is, hogy naponta másnaponta, vagy harmadnaponta adják a kezelést. Nem mindegy az sem, hogy pulzáló, vagy kontinuus áramot alkalmaznak, vagy hogy milyen az áramerősség és alkalmazásának időtartama. Vizsgálataik szerint a kontinuus áram okoz inkább kognitív károsodást. Az utóbbi évek irodalma szerint az egy ülésben végzett több konvulzió nem hatékonyabb, mint az egyetlen, sőt inkább káros, mert több nem kívánt mellékhatást okoz. Egy módszertani levél kidolgozása talán elősegítené, hogy nagyobb legyen az egyetértés a hazai pszichiátriai gyakorlatban ezekben a kérdésekben. Saját vizsgálataik során az unilaterális, subdomináns kezelés esetén kisebb memória károsodást észleltek, ugyanakkor a korai relapszusok gyakrabban következtek be, mint a bilaterális elektródákkal történő kezeléseknél.

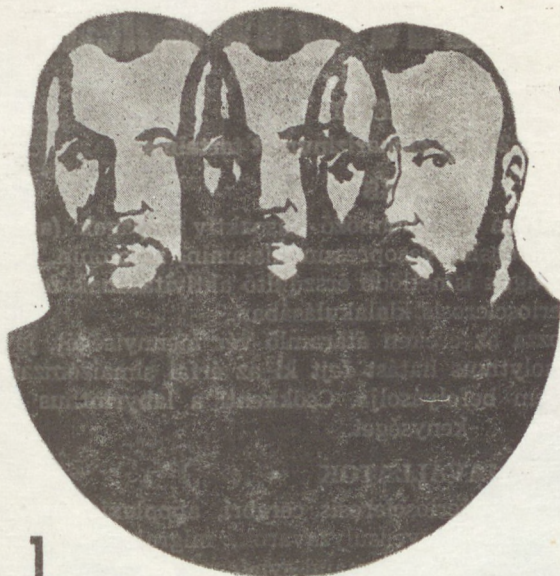
Giacinto Miklós dr. borzasztónak tartotta, hogy altatás nélkül alkalmaztak izomrelaxációt. Ez minősíthetetlen eljárás. Nem az elektrokonvulzió miatt kell alkalmazni az altatást, hanem pontosan azért, hogy ne kelljen a betegnek megélnie a rendkívül kellemetlen izomrelaxáns hatást.

Kuncz Elemér dr. szerint az antipszichiátriai irányzatok túlozták el az ECT veszélyeit. A lényeg az, hogy az orvos a beteg alapos vizsgálata után, az alkalmazás módjának ismeretében és megfelelő technikai felkészültséggel jogosult alkalmazni az ECT-t, és ezért semmiféle vád nem érheti. Mindenkinek jogában áll döntenie arról, hogy alkalmazza a kezelést vagy sem. Helytelen elképzelés, hogy az ECT hatását EEG-vel kell ellenőrizni. Pszichopatológiai tünetegyüttest kezelünk, és a tüneteket kell figyelni, és ennek alapján kell döntenünk arról, hogy meddig folytatjuk a kezelést. Ugyanigy nem lehet cél, vagy támpont az amnesztikus szindróma megjelenése. Véleménye szerint részletkérdés, hogy uni- vagy bilaterális kezelést alkalmazunk, mert a generalizált konvulzió a lényeges, és az mindkét esetben kiváltódik.

Arató Mihály dr. Haraszi dr. vizsgálataira utalva elmondta, hogy az irodalom egyértelmű állásfoglalása az, hogy endogen depresszióban hatékony az unilaterális, subdomináns kezelési mód, de nem kellően vizsgált, hogy schizophrénia esetén is hatékony-e? Az említett vizsgálat schizophrén betegeken történt, lehet, hogy ez az oka annak, hogy több volt a korai relapszus. Egy másik kérdés az egy altatásban végzett kezeléseknél. Nincsenek pontos

hazai adatok, de az elhangzott beszámolókból is az tűnt ki, hogy a hazai gyakorlatban több konvulziót váltanak ki egy alkalommal. Az újabb irodalmi adatok szerint ez helytelen, a kezelés hatékonysága nem javul, csak a memóriazavar lesz kifejezettebb. Ez pedig a közhiedelmekkel ellentétben (agymosás, átmeneti psychoorganos syndroma stb.) nem része a terápiás hatásnak. Ezt igazolja az az adat is, hogy az Egyesült Államokban ismét alkalmaztak egy kémiai görcskeltőt, aminek memória károsító hatása nem volt, viszont a therapiás hatékonysága megegyezett az ECT hatékonyságával.

Lipcey Attila dr. foglalta össze zárszavában a kerekasztal ülés tanulságait. Bár számos kérdésben ellentmondások merültek fel, és ezek további megvitatása feltétlenül szükséges, néhány óvatos következtetés megállapítható volt. Megfelelő indikáció esetén az ECT továbbra is adható és adandó. A kezelést minden esetben altatásban és izomrelaxációval kell végezni. Helyes lenne, ha a Szakmai Kollégium ezt módszertani levél formájában nyomatékosan leszögezné. Megállapítható, hogy az ECT nemcsak depresszióban lehet indikált, hanem veszélyeztető tünetek esetén schizopreniában, vagy más kórképekben is, az akut tünetek csökkentésére jól használható. Nagyon fontosnak látszik, hogy a megindult klinikai adatgyűjtést, és a tapasztalatok ismertetését és cseréjét folytassuk. Ezek a vizsgálatok, a további elméleti kutatásokkal együtt elősegíthetik, hogy realisabb képet kapjunk az ECT hazai helyzetéről és problémáiról.



JUMEX®

tabletta



CHINOIN-BUDAPEST

ANTIPARKINSONICA

A mitokondriális monoamino-oxidáz (MAO) két fő típusát, az A és B típust különböztetik meg. A JUMEX a B típusú MAO szelektív bénítója. A két enzim egyenlőtlenül oszlik meg a szervezetben. Emberben a bélben majdnem kizárólag MAO-A, az agyban főleg MAO-B található. A két enzim szubsztrát-specifitása különböző. A MAO-A bontja a szerotonint, az adrenalint és a noradrenalint, a MAO-B szelektív szubsztrátja a feniletilamin, a dopamint pedig mindkét enzim metabolizálja. A parkinsonizmus szempontjából fontos nigrostriális neuronokban emberben MAO-B található. A JUMEX az enzim gátlásával a sérült dopaminerg neuronokban növeli a dopamin-szintet, és levodopával együtt adva nagy dopamin-koncentrációt biztosít a corpus striatumban. Fokozza a levodopa hatását, lerövidíti a kedvező hatás kialakulásának latencia idejét, megnyújtja a hatástartamot. Nem gátolja az egyéb monoaminok lebomlását, ezért nem hozza létre a hagyományos, nem szelektív MAO-bénítók mellékhatását (hipertóniás krízis).

Összetétel: 5 mg selegilinum hydrochloricum tabl.-ként.

Javallat: Parkinsonizmusban a levodopa terápia adjuválása. A jó terápiás effektus fenntartása mellett a levodopa mennyisége esetenként csökkenthető. Alkalmazható a parkinsonizmus minden fázisában, különösen előnyös előrehaladott parkinsonizmusban, ahol a betegek állapota jelentős napszakos ingadozást mutat. Ezekben az esetekben az éjjel teljesen kiürült dopaminraktárakat a reggel nagy mennyiségben adott levodopa gyorsan feltölti, de viszonylag gyorsan ismét hatástalanná válik. Ez az on-off periódusváltás a betegnek rövid időre jó mozgáskészséget biztosít, majd újból hirtelen akinesis alakul ki az újabb gyógyszeradag bevételéig.

Ez az akinesis Jumex alkalmazásával jelentősen csökkenthető.



Ellenjavallatok: Minden dopaminhiánnyal nem járó extrapiramidális megbetegedés (essenciális, familiáris tremor, Huntington chorea stb.).

Adagolás: Fekvőbeteg-gyógyintézeti beállítás szükséges. Szokásos kezdő adagja napi 1–2 tabl. (5–10 mg), reggel, esetleg reggeli-esti elosztásban. Néhány hét múlva a kezdő adag a felére csökkenthető.

Kombinált kezelés: A levodopa szubsztitúció mértéke Jumex adása során esetenként csökkenthető; az egyéb antiparkinsonos szerek (paraszimpatolitikumok, amantadin stb.) alkalmazását rendszerint nem befolyásolja.

Mellékhatások: Megegyeznek a levodopa-túladagolás nem kívánt hatásaival. Amennyiben a levodopa mennyiségét nem csökkentik a megfelelő, individuális mértékben, annak mind cerebrális mellékhatásai (nyugtalanlás, álmatlanság, hallucinációk, téves eszmék, hyperkinesis), mind extracerebrális hatásai (elsősorban gyomor-bélpanaszok) fokozódhatnak a Jumex adagolására. A decarboxiláz-gátlóval kombinált levodopa-terápia kiegészítése JUMEX-el kedvezőbb, mert kisebb az extracerebrális mellékhatások kialakulásának lehetősége.

Csomagolás: 50 tabl. **Térités:** 2,70 Ft

Megjegyzés:   Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti ideosztályon történt beállítás után a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti. A beállítást végző osztály a beteget minimálisan 3 havonként ellenőrizni tartozik. A vényen a javaslattevő intézet pontos nevét és címét, valamint a javaslat, illetve ellenőrzés keltét fel kell tüntetni. Ennek hiányában a gyógyszerárnak a gyógyszer kiszolgáltatását meg kell tagadnia.

STUGERON tabletta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnarizinumot tartalmaz

HATÁS

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktív anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, bradykinin, nictin) hatást. Ezen anyagok ismétlődő érszűkítő aktivitásának fontos szerepet tulajdonítanak az arteriosclerosis kialakulásában.

A Stugeron ezen felül fokozza az ereken átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolytikus hatást fejt ki az érfal simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labirintus ingerlékenységet.

JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebrocranialis sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, diabetes, acrocyanosis) a claudicatio intermittens, paraesthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ELLENJAVALLAT

Ez ideig nem ismeretes.

ADAGOLÁS

Naponta 3×1 vagy 3×2 tablettá hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

MELLÉKHATÁS

Az átlagcsnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

MEGJEGYZÉS

✕Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

50 tablettá, térítési díj: 4 Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

