

305 107 J

3
ISSN 0019-1442

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

21,

XLI. ÉVFOLYAM
441—488. OLDAL

11

BUDAPEST, 1988. NOVEMBER

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

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

Főszerkesztő: Tariska István

Felelős szerkesztő: Tringer László

Szerkesztőségi titkár: Bitter István, Nagy Zoltán

Szerkesztőbizottság: Csanda Endre, Huszák István, Magyar István, Mérei F. Tibor,
Molnár László, Obál Ferenc, Orosz Éva, Pálffy György, Pataky István, Pásztor Emil,

Pollner György, Szilárd János, Szinetár Ernő

Kéziratokat, leveleket kérjük dr. Tringer László, Budapest, 1446. Pf.: 382.
címre küldeni. Telefon: 142-641.

TARTALOM

Szerkesztőségi közlemény

- Pisztora Ferenc dr.*: Benedek László élete, személyisége, és életművének társadalom- és kulturapszichiatriai pszichológiai és eugenikai vonatkozásai — — 441
- Pisztora Ferenc dr.*: Benedek Lászlónak a balesetbiztosítás, rokkantellátás, a törvényszéki pszichiatria, a kriminológia terén kifejtett szakértői és tudományos tevékenysége, valamint orvostörténeti jellegű munkássága — — 457

Klinikai tanulmány

- Durkó Irene, Somogyi István, Raska László, Balogh Ilona, Budai Dénes, Maróti László, Szerdahelyi Péter, Banka Lajos, Szilárd János*: Krónikus alkoholista férfi beteg vér acetaldehyd és etilalkohol szintjének gázkromatográfiás meghatározása az Antaethyl-terápia tükrében — — — — — 467

Esettanulmányok

- Heiner Lajos dr., Szilárd János dr.*: Két cigány nő sclerosis multiplexes megbetegedése — — — — — 477
- Mészáros István dr., Kövér Ferenc dr., Grexa Erzsébet dr.*: Megacisterna magna — — — — — 481
- Könyvismertetés — — — — — 487

CONTENTS

- F. Pistora*: Life and Personality of László Benedek and the Sociopsychiatric, Culturepsychiatric, Psychologic and Eugenic Aspects of His Life-Work — 441
- F. Pistora*: The Expert and Scientific Work of László Benedek in Accident Insurance, Caring for the Invalids, Medicolegal Psychiatry, Criminology and Criminal psychology and His Contribution to Medical History — 457
- Irene Durkó, I. Somogyi, L. Raska, Ilona Balogh, D. Budai, L. Maróti, P. Szerdahelyi, L. Benke and J. Szilárd*: Gas Chromatographic Determination of Blood Acetaldehyde and Ethylalcohol Levels in Chronic Alcohol Addict Male Patients: Relations to Antaethyl Therapy — — — — — 467
- L. Heiner and J. Szilárd*: Multiplex Sclerosis in Two Gipsy Females — — — 477

Kiadja az Ifjúsági Lap- és Könyvkiadó Vállalat, Budapest VI., Révai u. 16. Telefon: 116-660.

A kiadásért felel: Király G. István, az Ifjúsági Lap- és Könyvkiadó igazgatója.

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatálnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR) 1900 Budapest V., József nádor tér 1.) közvetlenül vagy ostautalványon, valamint átutalással, a HELIR 125-96 192 pénzforgalmi jelzőszámra.

Előfizetési díj egész évre: 552,— Ft, fél évre: 276,— Ft, negyed évre: 138,— Ft.

Megjelenik havonta.

Példányonkénti eladási ár: 46,— Ft.

Index: 23 392

Ideggyógyászati Szemle 41. 441—456. 1988.

A Tolna Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet Elmeosztályának
(osztályvezető főorvos: Pisztora Ferenc dr.) közleménye

Benedek László élete, személyisége és életművének társadalom- és kulturpsychiátriai, pszichológiai és eugenikai vonatkozásai*

I. rész

PISZTORA FERENC DR.

Közlésre érkezett: 1988. február 13.

Benedek L. életének főbb állomásai, gyógyító-tudományos munkájának a színterei, közéleti-társadalmi tevékenységének főbb irányai, valamint a különböző tudományos társaságok részéről irányában megnyilvánult elismerések, s a részére adományozott katonai és állami kitüntetések stb. — a vonatkozó egyetemi évkönyvek [93, 94, 95] és különféle lexikonok [89, 90, 91, 92] adatai alapján — az alábbi pár sorban foglalhatók össze:

Benedek L. a Bihar megyei Belényesen, 1887. szept. 5-én született, református vallásúként anyakönyvezve. Középiskolai tanulmányait Belényesen, Nagyszalontán, Békéscsabán, Hódmezővásárhelyen és Debrecenben végezte, ez utóbbi városban tett érettségét 1905 júniusában. Ugyanezen évben a kolozsvári m. kir. Ferencz József tudományegyetem orvoskarára iratkozott be. Már II. éves hallgató korában jelét adta szorgalmának: *Apáthy I.* professzor szövettani intézetében dolgozott, a mikrotechnikai eljárásokat kívánva elsajátítani. Ugyanakkor a leíró és tájbonctanból — sikeres versenyvizsga letétele után — állami ösztöndíjat nyert. III. éves egyetemistaként hisztopathologiai pályamunkát írt, melyet a Kar felüljutalmazásra tartott érdemesnek. Majd IV. és V. éves hallgató korában *Kenyeres B.* tanár vezetése mellett, a serológiai reakciókat tanulmányozta. 1910. nov. 26-án kitüntetéssel avatták orvosdoktorrá [96, 97].

Még végzését megelőzően, 1910. ápr. 1-jétől kezdődően — egészen 1911. március 1-jéig — a kolozsvári egyetem kórbonctani intézetében gyakornokoskodott. Ezt követően az orvoskar *Lechner K.* professzor vezetése alatt működő Ideg- és Elmekegésztani Klinikáján dolgozott előbb gyakornokként, később, 1912. júl. 1-jétől pedig tanársegédként.

Bécsi, müncheni és svájci klinikákon abszolvált tanulmányutak, s Angliában, Olasz- és Franciaországban folytatott szakmai tájékozódó körutak után [89, 91] 1914-ben Berlinben, *Jacobsohn* professzornál neuropathologiai, másoknál klinikai diagnosztikai és szemtükrözési kurzusokat hallgatott [96].

1914-ig — amidőn is a mozgósítás során katonai szolgálatra hívták be, s folyamatosan a harc téren teljesítve szolgálatot, egy ízben meg is sebesült, összesen 31 dolgozatot publikált. A magántanárság megszerzéséért beadott folyamódványa — melyben azt kérte, hogy heti 2 alkalommal, főleg a funkcionális betegségek aetiológiájáról, tünettanáról, kórjóslatáról és gyógytanáról tarthasson a hallgatóságnak előadásokat — a kolozsvári Orvoskar 1916. október 27-i II. rendes ülésén került *Lechner K.* felterjesztésében megtárgyalásra, s *Lechner K.* és *Jancsó M.* professzo-

* A Magyar Orvostörténelmi Társaság, a Magyar Psychiátriai Társaság és a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága Benedek László és Richter Hugó születésének 100. évfordulója alkalmából közösen rendezett emlékülésén, Budapesten, 1987. nov. 27-én elhangzott előadás, bővített formában.

rok lettek a véleményes jelentéssel megbízva. *Lechner K.* 1916. nov. 14-i keltezésű összefoglaló értékelésében azt írta a fiatal *Benedek L.*-ről, hogy „... az ideg- és elmegyógyászat minden ágában otthonos, sokoldalúságában gyakorlatias érzéket áruul el.” [97]. *Jancsó M.* pedig 1917. febr. 4-i átiratában úgy vélekedett, hogy nevezett egyike volt a Kar legjelesebb tanulóinak, aki nemcsak a vizsgáit tette le kitűnő eredménnyel, hanem privát szorgalomból a mikrotechnikát, a szövettani és a serológiai vizsgáló módszereket már mint hallgató elsajátította, amelyek tudásának későbbi munkálataiban nyilvánvalóan nagy hasznát veszi. „Mindent egybefoglalva: folyamodó olyan orvos, aki komolyan dolgozik, dolgozni szeret és dolgozni tud... Az Erdélyi Múzeum Egyeslet Orvosi Szakosztályának ülésein korábban tartott előadásai alapján meggyőződhattünk arról, hogy *Benedek L.* értelmesen ad elő és jó előadó-képességgel rendelkezik” — írta [96]. Mindkét professzor a szokásos kollokviumok elengedésével javasolta részére a magántanári képesítés és a kért venia legendi megadását. Végül is 1917-ben lett *Benedek L.* az „idegyógyászat” tárgyköréből a kolozsvári tudományegyetem magántanára.

Életútjának további fontos állomása: 1921. okt. 1-jén, a debreceni Tisza István Tudományegyetem Ideg- és Elmegyógyászati Klinikájára nyert nyilvános rendes tanári kinevezést. Tárgyköre: ideg- és elmegyógyászat. Az 1935/1936. tanévben ugyanezen egyetem Rector Magnificus-a is volt. Debreceni működése idején egyben a Klinikai Bizottság h. elnöke, az egyetemi kezelésbe átvett m. kir. államí Hor-ty Miklós közkórház h. igazgatója, MÁV szakorvosi tanácsadó, Debrecen szabad kir. város tb. tiszti főorvosa [93].

Schaffer K. professzor nyugállományba vonulása után, 1936-ban — *Hómann B.*, akkori kultuszminiszter kifejezett óhajára *Miskolczy D.*, a Kar által első helyen történt jelölése ellenére [101] — *Benedek L.*, a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem Elme- és Idegkórtani Klinikájának az igazgatójává, s egyben a pesti Orvoskar egyetemi nyilv. r. tanárává lett kinevezve, mely posztot egészen 1945-ig, az országból történt távozását követő nyugdíjaztatásáig töltötte be. 1944 októberében ui. elhagyta Magyarországot, majd 1946 márciusában az ausztriai Kitzbühel-ben súlyosbodó reaktív depressziója következtében öngyilkos lett [99].

Benedek L. német, francia, angol és román nyelven beszélt [90], ami a nemzetközi szakirodalom követésén kívül számos nemzetközi tudományos szereplést, illetve szerepvállalást tett lehetővé a számára. Így pl. a Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien és Gesellschaft der Aerzte in Wien, továbbá a Bolgár Ideg-Elme-gyógyászok Egyesületének és a Svéd Idegorvosok Egyesületének tiszteletbeli tagja, a Rio de Janeiro-i Elme- Idegorvosok és Törvényszéki Szakértők Egyesületének külföldi levelező tagja, a Verein Deutscher Nervenärzte rendes tagja, az International Federation of Eugenic Organisation „representative man”-je, a Permanent Committee of International Neurological Congress titkára, majd társelnöke (1939), a Ligue Internationale Contre l'Épilepsie magyarországi képviselője, s a londoni Nemzetközi Anthropometriai Committee psihiater tanácsadója volt [93, 94, 95]. 1939-ben a New York-i Pszichiátriai Klinika megtisztelő meghívásának eleget téve, ott előadást tartott, egyszersmind az észak-amerikai elme- és idegyógyintézeteket, valamint a rokonterületek intézményeit és kutató munkáját, továbbá az USA elmeügyének helyzetét tanulmányozta [67].

Ezenkívül a „*Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*” és a philadelphiai „*Confinia Neurologica*” igazgatótanácsi tagjaként a Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift szerkesztőbizottsági tagjaként, a *Monatschrift Ungarischer Mediziner*”, valamint az „*Orvostudományi Szemle*” szerkesztőjeként, s a „*Magyar Pszichológiai Szemle*” társszerkesztőjeként tevékenykedett. Az ideg- és elmegyógyászati szakirodalomban magyar, német, angol, francia és spanyol nyelven, számos dolgozata jelent meg különböző európai, amerikai, dél-amerikai, sőt indiai tudományos folyóiratokban. Közleményeinek a számát egyes források — különböző időpontokban — 185-ben [92], ismét mások 250-ben [90] jelölik meg, hivatkozva arra, hogy közülük nem egy útjelző jelentőségű volt és a világ tudományos közleményében méltán keltett feltűnést [90]. A leghitelesebb adatnak idevonatkozólag, talán egykori tanítványa, *Pap Z.* közlése [99] fogadható el, aki hajdani mestere egész életművét szem előtt tartva, annak mintegy 350 publikációjáról számolt be.

Hazai tudományos közéleti funkcióit illetően: az 1928. febr. 24-én megalakult Magyar Pszichológiai Társaság második elnökévé választották 1931. márc. 19-én tartott közgyűlésen, az előző elnök, *Ranschburg P.* hároméves mandátumának lejártával; a Magyar Individual-Pszichológiai Egyesület tiszteletbeli elnöke; a Magyar Elmeorvosok Egyesületének másodelnöke, majd elnöke; a Magyar Családvédelmi

Szövetség társelnöke; a Magyar Dermatologusok Társaságának és a debreceni Tisza István Tudományos Társulatnak tiszteletbeli tagja; fontos egészségpolitikai feladatként részt vett az Igazságügyi Orvosi Tanács és az Országos Közegészségügyi Tanács munkájában, mint e legfelső szintű testületek tagja [89, 90, 91, 92, 93, 94, 95].

Az első világháborúban fiatal zászlóaljorvosként teljesített harctéri szolgálatot, s 1917-ben az I. hadsereg kórházának központi idegosztályát vezette San Daniele del Friuliban [87, 89]. Több hadi kitüntetésben is részesült: így megkapta a Nemzetvédelmi keresztet, a Károly csapatkeresztet, a sebesülési érmet, s a porosz és a bajor hadiérmet. Ezenkívül a hadiékítménnyel díszített Ferencz József lovagkereszt, a szalagján kardokkal felékesített Signum laudis vitézségi érem, a koronás arany érdemkereszt (az érem szalagján a kardokkal) és a hadiékítménnyel ellátott II. osztályú Vöröskereszt-tisztikereszt tulajdonosa is volt [93, 94].

Személyiség, életvezetés és életmű összefüggései

Már a fentebb ismertetett, csupán a lexikális adatokat tartalmazó élettörténetből is világosan kitűnik, hogy *Benedek L.* életpályája egyfelől — a befejezéstől eltekintve — mindvégig kimagaslóan sikeres volt, karrierje az akkori társadalmi-politikai viszonyokhoz való igen jó adaptációjával párhuzamosan bontakozott ki, másfelől pedig rengeteg tudományos szereplést, s egy nemcsak rendkívül terjedelmes, de egyben igen sokrétű életművet foglalt magában. Mindez — mint minden hasonló esetben — arra ösztönöz bennünket, hogy mélyrehatóan vizsgáljuk meg a személyi adottságok és az alkotás terén elért eredmények közötti lehetséges összefüggéseket, s keressük, hogy melyek azok a szellemi és karakterbeli tulajdonságok, amelyek nyilvánvalóan döntő szerepet játszhattak az életmű kiépülésében.

A személyiség vizsgálata főleg két vonatkozásban érdekes és fontos: először a *személyiség* és az *életvezetés*, másodsor a *személyiség* és az *életmű* kapcsolatai elemzésének a szempontjából.

Benedek L. személyiségének, életstílusának és életművének az összefüggéseit vizsgálva, szembeötlő, hogy mentális képességei, individuális temperamentum-adottságai és karakterbeli sajátosságai, valamint életvezetése, életműve egészének néhány meghatározó jellegzetessége között kétségtelen megfelelések mutatkoznak.

Mindennapi életvitelére, szakmai működésére és tudományos tevékenységére is kiható, jellemző személyiségvonásait, két hajdani munkatársa — *Pap Z.* [99], aki debreceni klinikai időszakában dolgozott mellette, és *Angyal L.* [87], aki megkülönböztetett módon értékelt egyik helyetteseként pesti professzorságának volt a közvetlen szemtanúja — lényegében megegyezően írta le. Igen nagy értékű, hiteles, élményszerű és mértéktartó kritikái szempontokat is tartalmazó információs anyagot volt szerencsém szerezni, továbbá *Benedek Lászlóról*, egykori debreceni orvostanhallgatójával, majd későbbi, pesti klinikai tanítványával, *Böszörményi Z.* c. professzorral folytatott személyes interjúm kapcsán. Ezenkívül nem ismeretlen szakmai közvéleményünk előtt a *Schaffer-* és a *Sántha*-iskola egyes tagjainak *Benedek L.* személyéről és tevékenységéről kialakított, esetenként erőteljesen kritikus hangvételű nyilatkozata sem — bár e vonatkozásban értékelésük összképe korántsem közismert.

Mindenesetre elmondható, hogy a két világháború közötti hazai ideg- és elmegyógyászat, e központban álló vezető személyisége halála után is, — mint egy szegletkőként — valósággal provokálja a körülötte kavargó szenvedélyes állásfoglalások létrejöttét, megosztva a vele kapcsolatos, ellentétes beállítottságú nézeteket. Egyfelől, volt munkatársai és egykori orvostanhallgatói, — akikre mint előadó és mint ötletgazdag inspirátor, egyaránt lenyűgöző hatást gyakorolt — lelkes és pozitív hangvételű nyilatkozataikban még ma sem tud-

nak szabadulni néhai mesterük invenciózus, sziporkázó, nagyívű egyéniségének a varázsától. Másrészt, ellenlábasai, s kritikussai megnyilatkozásaiban, nem ritkán mind a karakterét, mind szakmai tevékenységének a jellegét, mind pedig tudományos teljesítményének az értékét illető, élesen pejoratív jelzők.

A róla alkotott vélemények e szélsőséges polarizálódásának a háttere, és távolabbi oka, kétségkívül *Benedek L.* temperamentum- és karakterbeli adottságainak látszólag ellentétes vonatkozásaiban keresendő. Ám egyéniségének ellentmondásai inkább csak ugyanazon alapszemélyiség előnyös, illetve hátrányos tulajdonságainak — olykor talán korlátainak — tűnnek. Valójában arról van szó, hogy hypománjellegű és erős szereplési vágygal, sikerélményigénnyel áthatott személyiségében egyszerre voltak jelen értékes jellemvonások, pozitív húzóerők, de ugyanakkor azonos gyökérből eredő előnytelen, esetleg társadalmi-szociális kihatásaikban hátrányos megnyilvánulások is.

Ilyen karakterbeli ellentétpároknak tekinthetők pl.:

Hihetetlen energiatelítettség, ebből eredő szakadatlan tevékenységi készítése, rendszeres korán kelése, folytonos tudományos munkálkodása — s ezzel egyidőben ugyanilyen mértékű aktivitás *indokolatlan elvárása* a környezetétől, gazdag és változatos inspiratív ötleteinek *azonnali* megvalósítási akarása, rendszerint a beosztottjainak adott gyors és váratlan, ukázszerű feladatok révén, vagyis a munkatársaival szemben megkívánható diszkréció, tapintat és belátás hiánya — hypomán-hyperaktív fellángolásai során nem ritkán tapasztalható — hiánya; ám ismét máskor — *Angyal L.* megállapítása [87] szerint — tudott meglepően megértő, segítőkész és mélységesen emberi is lenni.

Mivel ő maga természeténél fogva élénk mozgású, s gyors gondolkodású és beszédű volt, tanársegédeitől is hasonlóképpen gyors és pontos munkát követelt, s sebes, pattogó referátumokat kívánt meg.

Gyors asszociációs és lényegfelismerő képességére épülő azonnal és pontos diagnosztizálási készsége, az átlagost messze meghaladó mértékű tudományos produktivitása, mindenirányú sikerei érthetően egodistolót és nagy fokú magabiztosságot fejlesztettek ki nála. Emellett jól ismert, hogy *Benedek L.* szerette a rivaldafényt, kívánta a szüntelen sikerélményeket, állandóan szerepelni vágyó ember volt [87] —, ami egyébként számtalan előadásának, kongresszusi felszólalásának, elnöki megnyitó és záróbeszédének, feltűnően sok rektori alküciójának, bizonyára az egyik fő lélektani mozgatóerejét képezte, s jelentősen elősegítette, hogy szívesen hallgatott, színes, eleven egyetemi előadó váljon belőle —, akinek jóformán minden megnyilvánulása hatáskeltő módon „*tálatva*” lett, s egész életvezetése valamiféle *folytonos teatralitás jegyében zajlott le*. Ezen kívül a társadalmi érvényesülés, s bizonyos státusszimbólumok (a katonai kitüntetések pl. nagyra tartotta!) megszerzésének az igénye is erősen dolgozott benne.

Életvezetésében egyáltalán nem érvényesült a helvét vallású kálvinistákra jellemző puritanizmus, annál inkább a nagyvonalú, nagystílusú, költséges életmód, a luxus szeretete. Szerette a társaságot, s a nagyvilági életet [87]. Első feleségével baltézott, második felesége híres színésznő volt. Liberális életstílusát, a művészvilággal ápolt baráti kapcsolatait, s természetesen a tehetősebb társadalmi osztályok körére kiterjeszkedő intenzív magánpraxisát a kálvinista Rómaként emlegetett Debrecenhez, s az erősen református szellemű Tisza István Tudományegyetemhez képest a fővárosban, budapesti egyetemi tanárságának az időszakában tudta igazából kiteljesíteni.

Már korábbi, debreceni működésének az idejéből is idevonatkozó jellemző adatokat közöl *Juhász P.* egy tanulmányában [101]:

„*Benedek L.* közönséget kápráztató produkcióról Debrecenben is, Pesten is legendák keringenek. Lóháton érkezett reggel 8 órakor a nagyerdei klinika elé, inasa átvette a kantárt, portása a kabátot levette róla, a lépcsőn a tanársegéd feladta a köpenyét és 8 óra 1 perckor megkezdte előadását.

Gyakran járt Debrecenből Budapestre. A vonat első osztályú fülkéjébe Szolnokon tálcán ebédet adtak be neki, és a budapesti pályaudvaron várta a kocsija ugyanazzal a sofőrrel, aki őt kivitte a debreceni pályaudvarra.

A magánbetegek tömegei keresték. Klinikai dolgozószobájában vizsgálta meg őket, és ha felvette a klinikára, akkor a felvételi irodába letelefonált, hogy X. Y.-t felvette ebbe vagy abba a különszobába, és hozzátette azt, hogy *kép*, vagy azt, hogy *kép, szőnyeg*, vagy azt, hogy *kép, szőnyeg, virág*. Ezek a tárgyak a fizetési differenciákat jelentették és ennek értelmében fizettek a betegek hozzátartozói a felvételi irodában”.

A református valláshoz való tartozásából kifolyólag, s talán a Debrecenben töltött gimnazista, majd professzori évei során reáható kálvinista légkör befolyásából eredően, mindazonáltal egy — jó részben a protenstatizmus értékorientációjára jellemző — tulajdonság, mégis felfedezhető volt a személyiségében. Ez pedig nem volt más, mint — bizonyára személyi adottságaival is összefüggően — határozott, erős individualizmusa, s a személyiség szabad fejlődése iránti hangsúlyozott igénye és respekta.

A *Tisza István* emlékünnepegyt 1936. ápr. 22-én megnyitó rektori beszédében pl. lelkesedéssel szolt a „*kálvinista vallási ideáljaiért és nemzetéért egyaránt rajongó, brilliáns képességű magyar államférfiúról*” [39], akinek legjellemzőbb vonását éppen hangsúlyozott individualizmusában, s a valódi haladás tényleges motorjaként az egyéni iniciatívát hangsúlyozó és az egyéniség szabad fejlődését szorgalmazó politikai akaratában látta. Érthető azután szerinte, hogy ez a markáns személyiség a tömegek szokványos gondolkodásmódjával szemben, mindenkor éles kontrasztot alkotott.

Egy korábbi, 1932-ben „*A világválság néplélektani okairól*” közzétett tanulmányában még részletesebben és mélyebb megalapozással fejtette ki ugyanezen tézisé, vagyis, hogy „*Az individualitás sorvadásában a kultúra legnagyobb veszélyét kell látnunk!*” [29]. *Úgy tetszik, mintha általában a személyiség kikülönböződött értékeinek a jelen idők nem kedveznének*. — írta a továbbiakban. „*A mechanizált üzemi részletmunkán kívül, a kapitalista országokban a személyiség kibontakozását az ipariásodás, a közlekedési és közlési technika maga is hátráltatja, mert az emberi életet mindinkább közös, kényszerített együttregésre hozza. A technikai fejlődésnek legmagasabb foka sem járul hozzá magában véve a belső valódi kultúrának emeléséhez. Az utóbbi az érzelmi élet mélyítése nélkül el nem képzelhető. Ennek a belső egyéni kultúrának mélyítése, a mai kornak egyik legfontosabb feladata, mert csak ez egyensúlyozhatja ki a lélektelen technikai és ipari haladás által okozott eltolódást. A mai Szovjetországon a fiatal generációt is a kollektív munka egyhangú homlokvonala kényszerítik bele, amelyben éppen az értéket jelentő egyéni vonások mindinkább elmosódnak*” [29].

Már most, a fentiekben vázolt, *Benedek L.-nál* szemebetűnő karakterbeli elmentéparokat figyelembe véve válik érthetővé a *Schaffer-*, illetve a *Sántha-*iskola képviselőinek némely kritikai észrevétele. Nyilvánvaló ui., hogy akinek a mereven konzervatív, halk szavú, abszolút korrekt és egyértelműen histopathológiai orientációjú *Schaffer K.* volt a főnöke, vagy, aki a tudományos munkában, elmélyülésre, a diagnosztikában gyakran „titubálásra” hajlamos, aprólékosan precíz, betegeivel kapcsolatban maximálisan lelkiismeretes, etikailag kifogástalan, elveihez mindenkor hű, ezen felül még püritán *Sántha K.* mellett dolgozhatott, az könnyen hajlamos lehetett arra, hogy az ellentétes archetypust megjelenítő *Benedek L.* egyes allűrjeiben túlbujánzó teatralitást, felesleges színészkedést, hedonizmusra való hajlamosságot, mértéktelen luxusszeretet stb. lásson, bizonyos fantáziadús szemfényvesztést és szigorú tudományos mércével mérve megbízhatatlanságot — véljen felfedezni, ami azután egyes kritikusok szemében könnyen egész életműve értékességének a kérdésessé tételéhez vezetett. *Juhász P.* idézett tanulmányában [101] megállapítja pl., hogy jöllehet, *Benedek L.* a két világháború közötti magyar társadalomnak, talán legismertebb ideg- és elmegyógyásza volt, szakmai oldalról nézve azonban ez

kétes hírnevet is jelent. Szól arról is, hogy a Schaffer-iskola tagjai egyébként nagyon rossz viszonyban voltak *Benedek L.*-val és munkatársaival.

Jellemző erre a Magyar Elmeorvosok Egyesülete X. Országos Értekezletén (1928. okt. 21—23.) a *Benedek L.* és *Schaffer K.* között lezajlott vita hangvétele. Az Értekezleten *Schaffer K.* „*Kórszövettan és elmekórtan*” — címen, tanítványa, *Miskolczy D.* pedig „*A schizoprenia kórszövettanáról*” tartott előadást. *Benedek L.* hozzászólásában mindenekelőtt méltatta *Schaffer K.* nagy érdemeit a heredodegenerációk histopathologiai kutatása körül. Majd saját eseteire hivatkozva, egyfelől utalt arra, hogy a biológiai membránműködés és az anatómiailag megállapítható hátrtyák között discrepantia lehetséges, másfelől kiemelte, hogy a lelki és az anatómiai kép koránt sincsenek egymással szorosan függő viszonyban. Ezenkívül véleménye szerint, az eukolloiditás és így az „eufunctio” más szervek szabályozó és kolloidkorrektúrárt végző működése nélkül nem lehetséges, ezért az idegrendszer pathológiájában is a szervkölcönösség szerint való tájékozódás fog mindinkább tért hódítani. — Nem így *Schaffer K.* Válaszában közölte, hogy klinikáján 7 schizopreniás eset lett cyto-tektonice átvizsgálva, mindegyikben túlnyomóan a frontális lebeny 3. rétegében talált kieséssel. Tekintettel a homloki lebeny ismeretes elsörendű associatio jelentőségére az Én irányában, az itt székelő lemezes folyamat a schizoprenia tünetteni értelmezésében mindenesetre fontossággal bír. Jelezte egyben, hogy az idő szerint, messzemenő psychopatológiai következtetésekbe ugyanakkor nem kíván bocsátkozni.

De *Benedek L.* azon megjegyzésére, hogy az ő — mint előadó — anatómiai osztályozásai és fejtegetései inkább teoriás jellegűek, minél fogva azok teljesen biztosítottak még nem tekinthetők, illetve változásoknak lesznek alávetve: *Schaffer K.* a legnagyobb nyomatékkal kifejtette, hogy azokban szemernyi theoria sincs, sőt, ellenkezőleg, az általa megállapított anatómiai triász, vagyis az ektodermogen, szelvényes és rendszeres válogatás szinte kézzel foghatóan demonstrálható a neurózis abiotrophia minden esetében. Ezek anatómiai valóságok és nem teoriák.

Szakmai működését és tudományos tevékenységét meghatározó, lényeges személyiségvonásai:

Benedek L. kimagasló, s rendkívül intenzív szakmai produktivitásának és életműve hallatlan sokrétűségének a kulcsa, voltaképpen néhány alapvető tulajdonság kivételesen szerencsés találkozásában keresendő. Ezek: állandóan magas lánggal lobogó életenergia, gyors eszmetársítás és lényegmegragadó-képesség, élénk szereplési, érvényesülési készletés, intellektuálisan bámulatós memória és ötletgazdagság, ezenkívül, páratlan, célirányos szorgalom.

Tudományos szereplésének és teljesítményének további fontos előfeltételét képezte jelentős nyelvtudása: még fiatalon, 27 éves korában ösztöndíjjal, ideg-elmegyógyászati kurzusokat hallgatott Berlinben [96, 97], majd később Bécsben, Münchenben, s svájci egyetemeken folytatott tanulmányútjai során tökéletesítette tovább elsősorban német nyelvtudását [89]. Ezenkívül még angolul, franciául és románul is beszélt [90]. Monográfiái és cikkei egy részét németül, olaszul, franciául, spanyolul és angolul publikálta.

Mindezek eredményeképpen — *Angyal L.* szavaival élve, — „... szinte megszállottként, hypomániás bőséggel jelentette meg tanulmányait a legkülönbözőbb tárgykörökből...” [87]. Valóban rengeteget írt, és sokféle témáról, ami lehetővé teszi számunkra, hogy publikációiból nem csak alkotásait, de jelentősebb felismeréseit és egész gondolatvilágát is alaposan megismerhessük, s szakmai-társadalmi szemléletének alakulását szorosan nyomon követhessük.

Tág horizontú — de mindazonáltal főképpen a klinikai beteganyag diagnosztikai és terápiás kérdéseire irányuló — érdeklődését a problémák rendkívüli sokasága foglalkoztatta. Valósággal elképeszt bennünket érdeklődési körének széles skálája és személyiségének páratlan sokoldalúsága. Tudományos tevékenysége felölelte a klinikai neurológia, neuroradiológia, serológia, az elmegyógyászati diagnosztika és terápia témaköreit, s kiterjedt az orvosi lélektan, a társadalmi psychológia és psychiátria, az örökléstan, a kultúrpsy-

chiátria és az orvostörténelem, a balesetbiztosítás és rokkantellátás, a törvény-
széki elmeorvostan és -lélektan szakértői kérdéseire, valamint a kriminállé-
lektan, a kriminológia és a preventív célkitűzésű paenitenciárius pszichiátria
problémáira is. *Benedek L.* életművének talán egyik legfigyelemre méltóbb,
legjellemzőbb vonása éppen abban mutatkozik, hogy a legheterogénebb te-
rületeket olvasztotta magába, az ezekbe sorolható témákkal nem ritkán
mélységükben foglalkozva.

Ha *Benedek L.* tudományos összteljesítményének *mennyiségi vonatkozását,*
továbbá *tér- és időbeli megoszlását* tesszük vizsgálat tárgyává, úgy a követ-
kezők állapíthatók meg:

Összesen mintegy 200—350 közleményt publikált [90, 92, 99] magyarul és
más nyelveken különböző folyóiratokban. (Itt megjegyzendő azonban, hogy
számos tanulmánya jelent meg magyarul, s a későbbiekben valamilyen más,
idegen nyelven is.) *Angyal L.* pedig arról tudósít [87], hogy csupán Budapest-
re történt egyetemi tanári kinevezéséig, 10 monográfiája látott napvilágot,
részben németül és olaszul.

Benedek L. tudományos „curriculum vitae”-je jól taglalhatóan a három, különbö-
ző egyetemen eltöltött időszakához kapcsolódik:

Pályafutása kezdetén a kolozsvári m. kir. Ferencz József tudományegyetemen
tanult, s ugyanott lett 1917-ben magántanár. 1916-ig, vagyis 29 éves koráig 31 dol-
gozatot jelentetett meg, részben hazai, részben osztrák és német szaklapokban,
főbbnyire azonban párhuzamosan. Az „idegyógyászat” tárgyköréből aspirálva a
magántanárságra, tanulmányai ehhez illőek voltak: részben klinikai kazuisztikai,
részben serologiai, részben kórbonctani-kórszövetteni témájúak. Dolgozatai közül 13-
ban foglalkozott a kor gyakori népbetegségének, a paralysis progressivának aetiologi-
ájával, serologiai diagnosztikájával és histopathológiájával.

Élete második, kimagaslóan sikeres periódusa Debrecenhez fűződik. 1921.
okt. 1-jén nevezték ki egyet. ny. r. tanárrá, a m. kir. Tisza István tudomány-
egyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának az élére. *Papp Z.* közlése sze-
rint, debreceni időszakának az 1929-től 1936 végéig terjedő éveiben, 113 ta-
nulmánya és 27 vitahozzászólása hagyta el a sajtót, s 43 előadást tartott kü-
lönböző kongresszusokon. Debreceni rektorsága idején, vagyis, csupán az 1935/
/1936-os tanévben, 25 közleménye jelent meg, 11 előadása, s 5 vitamegjegyzé-
se hangzott el, ezen kívül 1935 júliusában kiadta a vezetése alatt álló klini-
ka orvosi karával együtt a 980 oldal terjedelmű, és 57 dolgozatot tartalmazó
Hughlings Jackson Memorial Volum-t, továbbá szerkesztette az *Orvostudo-
mányi Szemlé-t* és a *Monatschrift Ungarischer Mediziner-t* [93]. Debreceni mű-
ködésének summázataként, *Angyal L.* [87] megállapítja, hogy igen nagy szá-
mú, értékében természetesen különböző közleménye jelent meg magyar és
külföldi szaklapokban, 10 monográfiát publikált, részben német és olasz nyel-
ven is, számos külföldi előadást tartott, s nemzetközi tudományos kapcsolatai
igen kiterjedtek voltak.

Életműve befejezésének és betetőzésének utolsó, — immár harmadik —
színtere, a budapesti Ideg- és Elmekórtani Klinika volt, melynek igazgató
professzorává 1936-ban nevezték ki. Úgy tűnik, hogy rövid, hét évig tartó kli-
nikai igazgatóságának időtartamára esik legtermékenyebb tudományos kor-
szaka, úgy mennyiségi, mint minőségi tekintetben. Ebben az időszakban ui.,
valósággal ontotta a közlemények tömegét. Ebben — olykor, mint társszer-
zők is — nagy segítségére voltak a korábbi *Schaffer*-klinika olyan prominens
tagjai, mint pl. *Angyal L., Juba A., Horányi B.* stb. *Benedek L.* ui. kiváló ér-
zéssel — kezdeti aggodalmaikat eloszlatva —, közvetlen munkatársakként fo-
gadta be őket, hamar lehetőséget adva nekik élénk szakirodalmi tevékenység-

gébe való bekapcsolódásra [101]. Szövevtani munkáit főleg *Juba A.-lal* együtt publikálta, míg neuropsychiátriai és elmekeortani tanulmányainak az előkészítéskor, az általa különösen respektált *Angyal L.*, a klinika első számú pszichiáter szakemberének a tanácsaira támaszkodott.

Teljes életművét tekintve megállapítható, hogy *Benedek L.* tudományos munkáinak többsége neurológiai, illetve neuropsychiátriai természetű. Kisebbségű monográfiái is ilyen természetűek („*A paralysis progressiva kezelésének mai állása*”, Berlin, 1926., „*Az insulin-sokk hatása a szemléletre*”, Berlin, 1935; „*A cerebralis stereoangiographia diagnosztikai értéke, főleg intracranialis tumoroknál*”, Basel—Leipzig, 1938. stb.), talán két műve kivételével. (Ezek: „*A cselekvő eugenikának és pszichiátriának öröklésbiológiai és orvosi vonatkozásai*”, Budapest, 1931. és „*Az ún. »sérüléssel idegességről«, annak háttérterületéről és balesetbiztosítási vonatkozásairól a véleményező ideggyógyász szempontjából*”, Budapest, 1935.)

A neurológián kívül, pszichiátriai vonatkozásban elsősorban a neuropsychiátriával foglalkozott, s e téren alkotott maradandót. *Angyal L.* azt írja, hogy „*Ismételten foglalkozott a diencephalon kórtanával és a Korsakow-szindrómával: ezen a területen elért eredményei időtállóak és a szakirodalomban máig is idézettek*” [87]. Hasonlóképpen vélekedik *Nyirő Gy.* is: „*Az organikus psychopathologia és a psychoorganikus szindrómák terén fejtett ki értékes és sokirányú munkásságot. A Korsakow-szindróma vonatkozásában Benedek L. ezirányú munkásságát mind anatómiai, mind klinikai tekintetben, Gamper és Grünthal eredményei mellé helyezik...*” [98]. Hosszan lehetne sorolni neuropsychiátriai cikkeit, szemléltetésképpen ezúttal csupán néhányat említek közülük: 1938-ban az agytumorkok röntgenbesugárzása nyomán fellépő psychotikus tünetekről [57], szervi psychosisban az ordinatív négydimensionalitásról [58], 1940-ben a Korsakow-szindróma agyi substratumának bonctanáról [64] — ezzel kapcsolatban a köztiagy és a hypothalamus daganatairól [63, 65] —, vegetatív idegrendszeri szabályozási zavarairól [63], 1942-ben a diencephalon kórtanáról [75], 1944-ben a kóros szervvérzésekről [79] stb. értekezett. Idevonatközoán érdemes megemlíteni egyébként, hogy már pályafutása kezdetén, tervezett kolozsvári magántanári előadás-sorozata tárgyául a funkcionális idegbetegségeket, — amilyenek pl. a hysteriás, neurastheniás, traumás epilepsziás stb. neurosisok — választotta, kitérni szándékozva aetiológiájukra, kórbonctanukra, tünettanukra, kórjóslatukra és therápiájukra, vagyis, egy olyan területet, melynek eredményes művelése a legszélesebb szakmai látókört, — azaz egyidejű alapos neurológiai és pszichiátriai felkészültséget — kívánja meg. E választásával egyben mintegy előrevetítette a későbbi munkásságának fő irányát, az interdiszciplináris természetű neuropsychiátria művelését is. Ilyen értelemben írhatta *Lechner K.* — *Benedek L.* magántanári habilitációs kérelmét méltatva — a következőket: „*Különösen a működésbeli és szervi idegbetegségek differenciáldiagnosztikájára óhajt súlyt helyezni, valamint azon kapcsolatokra figyelmet fordítani, amelyek ezen bajokat az elmebajokkal kötik össze...*” [97].

Terjedelmes életművében kb. 12—20 jelentősebb társadalompsychiátriai, illetve psychológiai, nagyjából ugyanennyi orvostörténeti jellegű, valamivel több lélektani, 10 körüli forensikus pszichiátriai, kriminológiai és kriminálpsychológiai, s 3 balesetbiztosítási, rokkantellátási tanulmány szerepel csupán.

Jóllehet, *Angyal L.* értékelése [87] szerint *Benedek L.* a szó klasszikus értelmében vett „iskolát” nem teremtett, de munkatársait a tudományos munkára erőteljesen ösztönözte. Így nem hagyható említés nélkül, hogy egykori debreceni klinikai tanítványai közül öten szereztek egyetemi magántanári képe-

sítést, így pl. az örökléskutató Csörsz Károly, az individuálpszichologia hazai meghonosításában jeleskedő Máday István, a laboratóriumi diagnosztikai kérdésekben járatos Kulcsár Ferenc (később, 1940—1945-ig a szegedi Klinika igazgatója), az elmegyógyászati diagnosztikával foglalkozó Nagy Mihály és az „általános pszichiátria” tárgyköréből habilitált Pap Zoltán; Thurzó Jenő c. egyet. rk. tanárként működött már Benedek L. professzorsága alatt, s Stief Sándor pedig később, a Szegedi Egyetemen lett c. rk. tanár [93].

A budapesti klinikán viszont Benedek L. munkatársai közül 1945 előtt Angyal Lajos „Az agykórtan és kórlélektan határterületei” — témakör, Horányi Béla pedig „Az idegrendszer kórszövettana” — tárgykör c. rk. tanárai lettek, míg magántanári habilitációt Juba Adolf és Láng Sándor szereztek [94].

Benedek L. neurológiai és neuropszichiátriai alkotó tevékenysége viszonylag jól ismert a nemzetközi és a hazai szakmai körökben egyaránt. Ide sorolható ragyogó előadásainak és kiváló műveinek a szellemi kisugárzása ugyanakkor meglehetősen homályba borította egyébirányú érdekes és értékes munkálkodását. Tapasztalataim szerint jóval kevésbé közismertek pl. társadalom- és kultúrpszichiátriai, pszichológiai, kriminállélektani, kriminológiai, s orvostörténeti cikkei, eugenika törekvései és a társadalomnak a pszichiátriailag érintett habituális bűnözőktől való preventív védelmét szolgáló fáradozásai, a balesetbiztosítás és rokkantellátás, valamint a törvényszéki pszichiátria terén kifejtett szakértői tevékenysége, s idevonatkozó tapasztalatainak tudományos summázatai. Éppen ezért most, születése 100 éves évfordulóját ünnepelve, életműve ezen „árnyékban maradt” részére kívánom főképpen ráirányítani a figyelmet. (Ennek megfelelően, az irodalomjegyzék összeállításakor nagy számú, kifejezetten neurológiai, vagy a neurológiával határterületi témájú dolgozatai közül legfeljebb csak néhány, különösen fontos, illusztratív cikkeknek a feltüntetésére szorítkoztam.)

Benedek L. tudományos hagyatékának áttanulmányozása során azt is meg kellett állapítanom, hogy — korának hazai szakmai fejlődési szintjét e tekintetben messze túlhaladva — figyelme már korán az összehasonlító szociokulturális nézőpontokból és vizsgálatokból adódó új felismerések, gazdag szellemi meglátások lehetőségeire irányult, s nem volt érzéketlen az inter- és transzkulturális pszichiátria, pszichologia, etnographia stb. problematikája iránt sem. Írásaiban a komparatív szociokulturális módszer általa történt tényleges alkalmazási kísérleteivel — s főleg hasonlatok formájában való felhasználásával — lépten-nyomon találkozhatunk.

A társadalmi-pszichiátria iránti érdeklődésére és elkötelezettségére utalnak többek között a Magyar Elmeorvosok Egyesülete 1941. jún. 1-jén Kassán tartott évi rendes közgyűlésén elhangzott elnöki megnyitó beszédének alábbi szavai: „Mi, elmeorvosok, megszoktuk azt, hogy a társas jelenségekben, politikai constellációkban szerkezetilemzően a lélektani és néplélektani motívumokat keressük, a társas közösségeknek életében bekövetkező változásokat, a sorsközösségi kereteknek alakulásait, származás és jelenségtanilag értelmezzük és az állapotváltozásokat a normalitás és mínuszvariáció, egészség és betegség szempontjából bíráljuk el” [73]. Ilyen klasszikus „szerkezetilemzésnek” tekinthető — egyebek mellett — a világválság, néplélektani okairól 1932-ben közzétett értekezése [29].

Benedek L. rektori székfoglaló előadását [38] — melyre a debreceni Tisza István Tudományegyetem év megnyitó ünnepi közgyűlésén, 1935. okt. 7-én került sor — „A pszichiátria a társas utilismus szolgálatában” — címmel tartotta. Témaválasztása egyértelműen bizonyítja, hogy milyen jelentőséget tulajdonított a pszichiátria társadalmi, szocio-kulturális vonatkozásainak. Már be-

vezető szavaiban hivatkozott arra, hogy az elmegyógyászati hivatásnak azon tevékenységi területeivel kíván foglalkozni, „amelyek közvetlenül szolgálják a közösségi életet, a közjót, vagyis, amelyekben a pszichiáter közreműködésének iránya és határfoka egyetemesebb jellegű...” Megállapította, hogy az elmegyógyásznak fontos szerep jutott az utolsó másfél évtizednek népegészségügyi kultúrájában, ami éppen az első világháború veszteségei után, győzőknél és legyőzötteknél egyaránt — mintegy reaktív módon — virágzásnak indult. Meglátása szerint a kulturaközösségeknek éppen az ösztönös önvédelme segítette elő az általános psychohygienés mozgalomnak fellendülésével a prae-ventív eugenikai törekvések soha nem remélt nemzetközi elterjedését. Éppen ezért az egészség-politika cselekvőképesebbé fejlődése során a pszichiáter egyik legfontosabb hivatása az *eugenikai tanácsadás* lesz. Célkitűzés a „*propogatio üzemenek tehermentesítése a kakogen minusvariánsoktól*” [38], ellenkező esetben ui., a defektnek statisztikailag is kimutatható túlszaporodásával szükségyszerűen a szellemi kultúra és erkölcsi színvonal fokozatos hanyatlása következik be.

Megállapította továbbá, hogy a területileg megcsonkított Magyarország lakosságának természetes szaporodása elmaradt a környező új államalakulatok népességének természetes szaporodása mögött. Ennek egyik fő oka szerinte az akkori idők hedonista-materialista világnézetében keresendő. És ezzel kapcsolatban ismét egy összehasonlító ethnográfiai ellenpéldát hoz: A kínaiak ősi hite az ősök tiszteletét írta elő, ami csakis gyermekáldással biztosítható. Ezen felül vallási meggyőződés volt, hogy a túlvilági élet annál fennköltebb lesz, minél nagyobb a gyermekeknek és unokáknak száma. A gyermekgazdagságnak tehát Kínában vallási alapja van: az utódokkal nem bíró családoknál ti., az ősöknek rituális tisztelete a nekik való áldozással együtt elmarad, miért is azok a túlvilágon „kóduló szellemek”-ké válnak. Így biztosítja a vallás a biológiai népi erőt.

További, fel nem becsülhető segítséget képes nyújtani az elmegyógyász a társadalmi közösségnek a lelki higiéne mozgalmának irányítása, intézményeinek szervezése által is. Ez utóbbiak közül a megelőzés szempontjából leginkább szóbaeső: a gyermek-lélektani poliklinikák, szülőtanácsadó és gyógy-pedagógiai-tanácsadó intézetek, amelyek mindannyian a szociálisan kevesebb értékűeknek korai felismerését és gyógypedagógiai ellátását célozzák.

Nem elhanyagolható az a jelentékeny, és sokoldalú segítség sem, amelyet az elmegyógyász, mint kriminál- és penál-psychopathológus, a bűnüldöző és igazságügyi szerveknek nyújthat. A kriminál-pathológiai „*special typus*”-oknak, a „*normális*” értékhatárának, az indulatcselekményeknek, a kriminogen környezet-befolyásolnak stb. kérdései ui. elsősorban a pszichiátertől várnak feleletet. A bűnözés fokozódásának problémakörében is a pszichiátria jöhet segítségére a néplélektannak. A magánjogi esetekben a gazdasági és a társasélet folytonosan alakuló viszonylatainak megfelelően, az elmegyógyász igen fontos szerepet tölt be annak megállapításában, hogy a jogügyleti akarat és annak kinyilvánítása, mennyiben volt kórlélektani tünetekkel függő viszonyban.

Végezetül, a dolgozók egészségügyi védelmében és biztosításában jut a neuropszichiáternek jelentékeny szerep. Az ún. „*sérüléssel idegességnek*” jelentőségét és az esetek e csoportjára nézve annak kóroktani hátterét a baleset biztosítása képezi. Ezenkívül, a társadalmi jogszolgáltatás fejlődése folytán, főleg a háború után, a társadalomra nehezedett rokkantellátással és a fokozott egészségvédelmi törekvésekkel az európai országokban a sérüléssel járó problémák mindinkább előtérbe nyomult.

Benedek L. a lélektan elméleti és nagy gyakorlati jelentőségéről szóló első, összefoglaló jellegű referátumát a Magyar Psychológiai Társaságban tartotta, majd előadásának az anyagát 1931-ben publikálta [27]. Később, 1932-ben

Boda L.-al és Mitrovics Gy.-val együtt elaborátumot [28] dolgozott ki a lélektani ismeretek terjesztése és nagyobb fokú nemzeti kulturális értékesítése tárgyában. Mindkét írásműben átfogóan ismertette a különféle pszichológiai ágazatok térfoglalásának az útját a pedagógiában, gyógypedagógiában, pályaválasztási tanácsadásban, a pszichiátriában, forensikus elmekórtanban és törvényszéki lélektanban stb., továbbá, részletesen elemezte a pszichológiai ismeretek mindezen területeken való felhasználásából eredő számos előnyt.

Az összetettebb egyéniség próbák (*Jerkes, Lipmann, Bogen* stb.), pl. betekintést nyújtanak a sajátképeni gondolkodási műveletekbe és az intelligenciátényezők köze, nemkülönbön a személyiség némely szerkezeti és minőségi tulajdonságába, végül eszközt és „substratumot” szolgáltatnak az ún. „*pszichomechanikai profil*” rekonstruálására és a psychogrammok megrajzolására, mely utóbbiakban összeállításában a jeles magyar pedagógus, *Nagy László* kiváló képességről tett tanúságot. Ő különösen hangsúlyozta, hogy a pedagógia nem elégedhetik meg az intellektuális képességeknek és kvócienseknek meghatározásával, hanem a pedagógus-psychografusnak az egészséges lelki élet visszatükrözése legyen a feladata.

A lelki prophylaxist és a képességeknek kihasználását egyaránt szolgáló *pályaválasztási tanácsadás* *Parsons*, majd főleg *Münsterberg* óta lélektani módszertannal dolgozik. Budapesten 1914-ben állították fel az első tanácsadó intézetet, ezen kívül, a fővárosi pedagógiai szeminárium foglalkozott pályaválasztási tanácsadással. *A Benedek L.* tanítvány, *Máday I.* az elsők között vett részt hazánkban az iskolaegészségügyi, gyermekvédelmi törekvések propagálása mellett a pályaválasztási tanácsadás országos megszervezésében. Emellett az ugyancsak ő általa a debreceni idegklinikán eszközölt vizsgálatok azt is világosan megmutatták, hogy a gondos értelmesség-meghatározások a segítőiskolák növendékeinek kiválasztásában is lényegesen támogathatják a pedagógust.

A lélektani kutatás a *gyógypedagógiai gyakorlat* számára szintén elveket, mértékegységeket, törvényszerűségeket állított fel. Itt elsősorban a *Ranschburg P.* által az emlékezés, felfogás, figyelem, fogalomkörök vizsgálatára kidolgozott módszerek említendőek, mint olyanok, amelyek a gyógypedagógus számára nagy segítséget jelentenek.

Az „*orvosi psychológiát*” *Benedek L.* úgy definiálta, hogy az egy eklektikus jelleggel bíró, gyakorlati igényeket szem előtt tartó ismeretgyűjtemény, amely az empiriás kórlélektan számára igyekszik a filozófiai lélektantól lehetőleg emancipált, életközelséggel telített és jellegzetes — az élettani és kísérleti lélektanon, a *Husserl* és *Jaspers* értelmében vett phaenomenológián, továbbá a kritika rostáján kellőképpen átszűrt psychoanalitikai ismeretanyagon alapul — elméleti épületvázlat teremteni. Értékelése szerint az intelligencia-vizsgálatok és a „teszt-psychológia” általában nagy segítségére vannak az elmegyógyászatnak is, amennyiben egyrészt a veleszületett és szerzett értelmi fogyatékoságok esetében bizonyos rang-rendbe való osztályozást engednek meg, és ezúttal az értelmi dekompozíció összehasonlítására adnak alapot, másrészt ugyanazon egyéneknél az esetleges progressziók fokára történő következtetést tesznek lehetővé. „Amióta a paralysis progresszívánál a fertőzések kezeléseik kapcsán a remissziók tetemesen megszaporodtak — írta —, azóta mi is minden esetben összehasonlító vizsgálatokból kíséreljük meg megállapítani a javulások fokát. E célból a *Binet—Simon, Éltes, Rossolimo, Ranschburg, pitani* a javulások fokát. E célból a *Binet-, Simon-, Éltes-, Rossolimo-, Ranschburg, Ziehen-, Ebbinghaus-, Müller-, Ganther-* stb. próbákat szoktuk alkalmazni, amelyeket kivihetőségük esetén egyébként zártosztályi vagy psychózsira gyanús betegeinknél klinikánk fennállása óta (1921) majdnem kivétel nélkül hasznosítottunk. Nem hallgatjuk el azonban, hogy egyfelől ezen próbáknak *tünetértéke* még ugyanazon társadalmi osztályba tartozó egyéneknek *intelligencia-iránya* szerint is változik, másrészt a próbák *mértékszerintezése* a normális felnőttek *különböző előképzettségéhez* rendkívül nehéz és még megoldandó feladat” [27].

A lélektani szemléleti mód továbbá közelebb hozott bennünket a bűntettek megértéséhez és segítette a jogászt is abban, hogy a *cselekmény és a büntetőjogi normák* között a megfelelő relációt megtalálja. A bűntettnek tudományos oksági kutatása is az egyéni statisztikával ismét visszatért a tettes személyéhez, amelynek vizsgálatát a tömegkimutatás kedvéért már elhanyagolta.

Egy másik, „*A tanulás egészségtanáról*” 1936-ban közzétett értekezésében [45] szintén tanácsolta, hogy a tanítók és tanárok — a lelki prophylaxis és a képessé-

gek, kiváló tehetségek felismerése céljából — lélektani, orvoslélektani, és gyógypedagógiai képzésben is részesüljenek. Ezen túlmenően, a *nevelési tanácsadásban* a pedagógus mellett az elmeorvosok is működjenek közre; *elmeorvos* alatt értve a kórlélektani szakképzettséggel bíró orvosokat, akik a pályaválasztásnak és a nevelési tanácsadásnak nagy szolgálatokat tehetnek a későbbi lelki kríziseknek, idegességeknek, sőt egyes elmebajoknak időben történő megelőzése által. A *kisegítő osztályokba*, illetve *kisegítő iskolába* való sorozás is csak az orvosok által történő vizsgálattal lehetséges, akiknek a figyelmét viszont a gyenge tehetségű tanulóra a tanítónak kell felhívnia.

Benedek L. értékelése szerint [28], fentiekből következőleg is nyilvánvaló, hogy mind a lélektannak a tudományok sorában öt megillető középponti jelentősége — ami azonban teljes gazdagságában mindmáig rendszerint fel nem ismert —, mind pedig a helyes lélektani felismeréseknek nagy gyakorlati, közösségi-kulturális értéke — még a benső kormányzati-közigazgatási, vagy a külpolitikai-diplomáciai, sőt a gazdasági élet terén is — az értelmes emberi előrelátás számára egyenesen parancsolólag írja elő a lélektani ismeretek és helyes felismerések fejlesztésének és terjesztésének tudománypolitikai, valamint nemzetvédelmi, nemzetfejlesztési és nemzetgazdasági kötelességét.

Benedek L.-nak az átfogó és kiegyensúlyozott *synthesis* iránti érzékét demonstrálja a lélektani tudományok terén is a Magyar Psychológiai Társaság 1934. május 5-i rendes évi közgyűlésén elmondott beszéde, amelyben mint a Társaság újonnan megválasztott — *Ranschburg P.* utáni második — elnöke e tudományos egyesület működésének első, hároméves *cyclus*át értékelte: „Az az éleslátás, amely a Társaság alapításának idején a célokat a magyar lélektani kutatás egységesítésében és gyakorlati hasznosításában találta meg, és az a módszeres gondosság, amely a feladatoknak tervszerű megoldására irányult, kötelességemmé tesz, hogy ezt a programot kövessem... tárgyátvesztés volna most irányt változtatni... Ez egyszersmind vallomás a magam részéről arról, hogy a társaság jelenlegi összetételét — az alap- és segédtudományok, a határterületek művelési irányainak egységes rendszerbe való kollektíválásával — szerencsésnek, vagyis olyannak tartom, amely a célba vett feladatoknak megoldására, a megadott relációk között, leginkább elhivatott.”

Benedek László életművének a történeti hűségnek megfelelő és teljességében való feltárása megkívánja, hogy ezen életmű olyan lényeges fejezeteinek az ismertetését se mellőzzem, amelyek a szerző — manapság, de még inkább a közelmúltban — kevésbé divatosnak mondható nézeteiről és törekvéseiről számolnak be, sőt, némelyek szemében — pontosan a témával kapcsolatban elkövetett ismert visszaélések, s az ezekhez tapadó negatív történelmi tapasztalatok ballasztja következtében — könnyen félreérthető — vagy félremagyarázható — tendenciákat jelenítenek meg. Egyszóval: szólnom kell a debreceni és a budapesti ideg- és elmegyógyászati klinika hajdani vezető professzorának az eugenikai szemléletről és aspirációiról is. Véleményem szerint ez napjainkban annál is inkább időszerű, mivel az Elnöki Tanácsnak éppen az egyik legutóbbi rendelete foglalkozott — más vonatkozásban ugyan — a sterilisatio kérdésével.

A Magyar Népköztársaság Elnöki Tanácsának 1987. évi 6. számú, az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény módosításáról szóló törvényerejű rendeletének 6. §. (1) bekezdése kimondja ui., hogy „A művi meddővétel az állampolgár kérelmére jogszabályban meghatározott feltételek szerint családtervezési céllal is végezhető.”

Mindjárt kezdetben leszögezhető, hogy *Benedek L.*, miután behatóan foglalkozott az öröklődő ideg- és elmebajok gyakoriságának és társadalmi veszélyességének a kérdéseivel, a *cselekvő eugenika* meggyőződéses híve lett. Számos alkalommal és különböző formában propagálta ezzel kapcsolatos nézete-

it, javaslatait. Így pl. 1931. május 30-án a Magyar Elmeorvosok Országos Értekezletén nagyszabású, az egész világirodalom vonatkozó téziseit felölelő referátumban számolt be az eugenika öröklésbiológiai hátteréről és pszichiátriai vonatkozásairól. A *cselekvő eugenika* programjában a természetlenítést mindenesetre csupán csak kisebb csoport vonatkozásában tartotta megengedhetőnek; ugyanebben a referátumában szorgalmazta egy központi öröklésbiológiai intézet felállítását és az örökléstan kötelező egyetemi oktatásának a bevezetését [70, 85, 99]. Később az Elmeorvosok Egyesületében az ő kezdeményezésére örökléstani szakosztály létesült, majd a Közegészségügyi Egyesületben és a Psychológiai Társaságban is hasonló alosztályok létesültek és az Orvosi Továbbképzés Bizottsága is programjába vett eugenikai előadásokat [86]. Továbbá, „*A cselekvő eugenikának és a pszichiátriának öröklésbiológiai és orvosi vonatkozásai*” — címmel a *Monatschrift Ung. Mediziner* 1931. évi 10. számában terjedelmes, 74 oldal, 24 fejezetet, s mindegyik fejezetet lezáró irodalomjegyzéket magában foglaló, kismonográfia méretű tanulmányt publikált, melyben a nemzetközi irodalom és gyakorlat adatait referálta, s értékelte egyéni tapasztalatait, elgondolásait alapján [26, 81, 82].

Ezenkívül még több előadásában, közlésében, felterjesztésében, a Belügyminisztériumban és Közegészségügyi Tanácsban szervezett ankétokon előterjesztett elaborátumaiban igyekezett *Benedek L.* eugenikai koncepcióit megismertetni, s azoknak érvényt szerezni. Egyik ilyen kiemelt fontosságú megnyilatkozása volt a Magyar Elmeorvosok Egyesülete XV. Országos Értekezletén (Budapest, 1939. november 5-én) tartott előadása a házasság előtti kötelező orvosi vizsgálat törvényjavaslatának a tervezetéről, pszichiátriai nézőpontból [70].

Ha kellő súlya szerint kívánjuk felbecsülni és megfelelőképpen óhajtjuk értékelni *Benedek L.* eugenikai munkásságát, úgy elengedhetetlen rövid pillantást vetnünk az öröklés-kutatás és a fajnemesítő törekvések a hazai pszichiátria berkeiben elért térhódításának történetére, s ebben a tudománytörténeti kontextusban átszerű azután vizsgálni *Benedek L.* professzor ezirányú tevékenységének újszerűségét.

Szecsódy I. megállapítása [86] szerint az örökléskutatás a magyar pszichiátria történetében *Benedek L.* munkásságát megelőzően, már régóta szerepelt a tudományos viták napirendjén. Így pl. *Ráth Zoltán* már 1926-ban szót emelt az endogén betegségek megelőzése érdekében és a gyakorlati átöröklés módjának tanulmányozását szorgalmazta. *Zsákó István* levéltári adatok alapján, a nemesi családok közül többnek pontos származási tábláját állította össze (Báthory-család stb.). A korán elhunyt *Csörsz Károly* pedig, szinte egész életét az örökléstani kérdések tanulmányozásának szentelte és több családja kutatása mellett egy község teljes és több község lakosságának részleges, de rendszeres öröklésbiológiai feldolgozásával mutatta meg a követendő irányt a módszeres kutatás számára. *Moravcsik Ernő Emil* professzor útmutatása szerint az anthropológiai vizsgálatokat Trefort minisztersége idején a büntetéseknél a gyűjtőfogházban rendszeresen megkezdték, de az első világháború és az utána következő nehéz idők miatt, abbahagyták. Később a súlyosan kriminális egyéneknél végzett, e vizsgálatok folytatását az igazságügyi kormányzat ismét tervbe vette, de már megfelelő családfakutatással szándékozva kiegészíteni azokat. Jól ismert továbbá, hogy az öröklődő rendszer-bántalomnak nevezett idegbajok tudományos feldolgozásával *Jendrassik Ernő* és *Schaffer Károly* professzorok tűntek ki. Az elmebetegség bizonyos formájának megismertetésével *Schaffer Károly* szerzett érdemeket, és ugyancsak ő alkotta meg az öröklődő degeneratív betegségek hármas szabályát, mely szerint a kórfolyamat csak a külső csíralevelnek bizonyos embriológiai segmentumait érinti, és csak bizonyos systemán belül válogat, amiért is ezen betegségeket rendszerbetegségeknek nevezte el. *Schaffer K.* egy 1924-ben az átöröklésről és idegrendszeréről közzétett tanulmányában [83] megdöbbenve ad hahogot azon felismerésének, hogy az átöröklés milyen hatalmas, az emberiséget uraló jelenség. „*Nem csupán biztosítéka az emberiség fennállásának — írja —, de*

az öröklésből adódik az embernek a fogamzás pillanatától kezdve történt meghatározottsága, determináltsága is”...

Egy későbbi, 1934-ből származó, s kifejezetten az eugenika elme- és idegorvosi jelentőségével foglalkozó cikkében [84] — amely már *Benedek L.* 1931-es nagy, átfogó pszichiátriai eugenikai tanulmánya után jelent meg — a lelki világ és az idegműködés tekintetében hibás, defectusos emberanyagban belül két nagy csoportot különböztetett meg: a *neuropsychopathiás egyénekét* és az *elmebetegét*. Mindkét csoport közös ismertető jellege, hogy hibás volta velenemzett alapon keletkezett, tehát endogén kórképről, illetve kórállapotról van szó. Míg azonban a neuropsychopathiás egyének az értékes és értéktelen, a hasznos és káros tulajdonságoknak hol egyoldalú kicsúcsosodását, hol sajátos keveredését mutatják, s esetük változtatja, melyik az értékes és melyik az értéktelen, addig az elmeidegrendszer terén mutatókozó bizonyos súlyos betegségek eugenetikai tekintetben határozottan csökkentett értékeket jelentenek; ezek mint kimondottan *endogén elmebajok* a mania-depressió elmezavar, a schizoprenia, a paranoia, az oligoprenia, az epilepsia, a hysteria bizonyos alakjai; mint *idegbajok* az átöröklődő rendszérbántalmak, melyek sorában a legnagyobb szerepet az átöröklődő vitustánc, más néven chorea horeditaria Huntingtoni játssza. Mármost, *Schaffer K.* felfogása szerint — eltérően az általa „*az eugenikáért lelkesedő magyar szakember*”-ként aposztrofált *Benedek L.* nézeteitől — abban az időben még nem rendelkeztek szak szempontból *biztos tudományos* alappal olyan orvosi cselekvés számára, melyet felelősségteljesen és nyugodt lelkiismerettel az adandó esetben *kötelező módon* indítványozni lehetett volna. Éppen ezért a pszichiátria szempontjából csak két esetben találta mérlegelendőnek a *negatív eugnikát*: 1. mindkét szülő schizopreniája esetén, amidőn 100% eshetősége áll fenn a legsúlyosabb genetikai megterhelésnek, és 2. a kóros gyengeelméjűség alkoholos és erkölcsileg színvak — *insania moralis* — eseteiben [84].

Itt megjegyzendő, hogy a *negatív eugenika* legfőbb eszköze a házasság előtti *kötelező* egészségi bizonyítvány beszerzése. Ezután sorban, következő fokozatként a magtalanítás (*sterilisatio*) következik, ami a közösülési képességet nem akadályozza meg, de a sterilizált férfi megtermékenyíteni, a nő pedig magzatot világra hozni a beavatkozás eredményeképpen már nem képes többé. A nemi képességtől való megfosztás, a *castratio* csak a szemérem elleni büntetésekkel szemben, mint biztonsági intézkedés alkalmazható és a büntető jog hatáskörébe tartozik [86].

Mármost *Benedek L.* ún. „*cselekvő eugenika*”-i szemléletének és a magyarországi eugenikai törvényjavaslat előkészítése tárgyában kidolgozott elaborátumának a lényege a következőkben foglalható össze:

Megítélése szerint az 1920. és 1940. között eltelt két évtizedben a kultúrközösségeknek ösztönös önvédelme az általános psychohygiénés mozgalmakkal együtt az eugenika ügyét is tetemesen elősegítette.

Benedek L. a *cselekvő fajegészségvédelmet* feltétlenül szükségesnek tartva, ennek egyik, *pozitív* eszközét az „egészséges”, tehetséges és szaporodásképes szülők intézményes támogatásában látta [26, 81]. Emellett, bár a genotípus mutatóját, s ezzel a káros genotípus megjavulását is lehetségesnek tartotta, az újabb örökléstani ismeretek birtokában, szakítva addigi tartózkodó magatartásával, a *negatív eugenikai program* realizálását szintén elengedhetetlennek vélte. Ezzel kapcsolatban saját maga számára a következőképpen tette fel a kérdést: „*Mely örökletes elmebántalmakban, vagy lelki kevesebbértékűségben szenvedők volnának azok, akiknek kényszer nélküli sterilizációjára magunkat felhatalmazva érezhetnénk jelenlegi célkitűzéseink mellett?*” [26]. Válaszában — amely egyben *negatív eugenikai* célkitűzései résüméjének tekinthető — úgy fogalmazott, hogy megelégedve egy olyan kezdeményezéssel, amely bevezetésekképpen a Huntington choreában, a klinikailag nem vitás schizopreniás folyamatban — főleg az örökléstaniilag központi magot képviselő hebephren és kataton formában —, továbbá a kifejezett mániás és depressiós phasisban szenvedők közül azoknak a sterilizációját írná elő, akik még nemzöképes korban vannak. A Huntington choreások közül azonban nemcsak a betegek, hanem azoknak összes gyermekei is sterilisálandók volnának sze-

rinte. Az epilepsziásokat és gyengeelméjűeket egyelőre kivenné a termékletlenítendő sorából, mert az előrehaladó tudomány egyre nagyobb számban ismeri fel régebben genotypikusnak elismert epilepsziás és gyengeelméjűség esetek külártalmi eredetét. „*A psychopathiával szemben pedig egyrészt a normális felé való folyékony átmenetek, másrészt a kiváló tehetségűekkel való alkattani kapcsolat tenne egyelőre tartózkodóbbá. Még kevésbé érezhetjük magunkat felhatalmazva más endogén, vagy endogén és exogén tényezők által feltételezett psychosisnál az aktívabb eugenikai cselekvésre*” — írja [26].

A házassági tilalmakat, házassági tanácsadást, elmeosztályra történő internálást, s a konzervatív fajegészségvédelem egyéb eszközeit *Benedek L.* kevésre becsüli: az internálás ui. megfelelő kiterjesztése esetén, alig fedezhető költséggel jár, a házasságkötési tilalmak a házasságon kívüli nemzés irányában hatástalanok, az örökletesen beteg családok tagjainak egészséges családok tagjaival való összeházasítása pedig, — ha egyáltalán hatásos — csak ily módon összehozott házastársak közvetlen utódait (ti. az első nemzedéket) védi meg a betegség megnyívánulásától, de végeredményben csak a betegség még élénkebb elterjedésére vezet [81].

A Magyar Elmeorvosok Egyesülete XV. Országos Értekezletén (Budapesten, 1939. november 5-én), már kész, kidolgozott formában adta elő „*A házasság előtti kötelező orvosi vizsgálat törvényjavaslatának tervezete pszichiátriai nézőpontból*” — című részletes elaborátumát [70]. Eszerint, a házasulandó felek köteleztetnének arra, hogy közhivatalban lévő orvostól bizonyítványt mutassanak be, amely szerint örökléses elme- és idegbajban, vagy olyan örökléses érzékszervi és testi fogyatékoságban nem szenvednek, amely komoly működési zavarral járna. Ilyen bizonyítványt a hatósági orvos természetesen csak rendkívül körültekintő, az összes lehetséges információs forrást kötelezőszerően felhasználó tájékozódás alapján állíthat ki.

Nem köthető meg a házasság a törvénytervezet szerint, ha a jegyesek egyike öröklődő elmebajban szenved, vagy szenvedett, s noha abból kigyógyult, de mint kóros gén-átvivő, az utódokra és a néptestre egyaránt veszélyes, és nem kívánatos; ha súlyosfokú és öröklődő elfogyatékoság vagy ilyen jellegű alkoholizmus által érintett; ha olyan súlyos, komoly működési zavarokkal járó idegrendszeri, vagy érzékszervi, vagy testfejlődési, vagy belszervi öröklődő rendellenességben szenved, amely az utódoknak életképességét vagy egészségét komolyan veszélyezteti; ha alkalmilag feltételezetten súlyos, szokványos bűnöző. Azonban mindezek a tiltó rendelkezések hatályukat veszítik, ha a jegyes nemzéseképtelen.

A házassági bizonyítvány esetleges megtagadása estén módjában állana a felek bármelyikének egy megvényként vagy nagyobb kerületenként megszervezett fellebbviteli szervhez, öröklésegészségügyi bírósághoz fellebbezni, amely egy bíróból, mint elnökből, egy közhivatali orvostól és egy öröklésbiológiai kérdésekben járatos orvostól állana [70].

Egészében nézve és értékelve, *Benedek L.* fajnemesítő koncepcióit, úgy tűnik, hogy a házasság előtti kötelező orvosi vizsgálatot előíró törvénytervezete „*cselekvő eugenikai*” komplex programjának csak egy részelemét képezi, és annak mintegy első lépcsőfokaként szolgál. Talán azért is engedi meg magának a szerző, hogy meglehetősen kategorikus formában állítsa fel az öröklésbiológiai-fajvédelmi szempontok által sugalmazott házassági tilalmakat. Ami a következő lépcsőfokot jelentő sterilisatio kérdését illeti, e tekintetben már jóval mérsékeltebb, mind az indikációs területek kijelölésében, leszűkítve a szóba jövő kórképek körét, mind pedig a kényszernélküliség elvének a feltétlen tiszteletben tartását illetően. Ez utóbbit annál is inkább érdemes hangsúlyozni *Benedek L.* szemléletében, mert pl. az 1930-as években már előkészítés alatt álló új német törvénytervezet a gyógycélből, de a termékletlenített

akarata nélkül vagy ellenére végzett sterilizációt — a korábbi gyakorlattól eltérően — már nem tekintette jogi értelemben súlyos testi sértésnek, hanem csupán „önhatalmú” gyógykezelésnek [81].

Benedek L. „cselekvő eugenika”-i indíttatását, — az elmeorvosi megelőzés legtávolabbi és gyökeres lehetőségének éppen abban való felismerése mellett — elsősorban az adhatta, hogy jól ismerve a korabeli amerikai és európai eugenikai mozgalmak nagy előrehaladottságát, úgy látta, hogy Magyarország sem maradhat ebben a kérdésben tovább passzivitásban. Mindemellett, a pszichiátriai praeventio e radikálisabb formájának az általános fajnemesítés keretébe való illesztése és ilyen összefüggésben való hangsúlyozása, természetesen jól beleillett a Horthy-korszak hazai hivatalos nacionalista-irrendentista ideológiájába.

Mint láttuk, Benedek L. a „minus-variánsok”-nak a megelőző eugenika által történő, lehetőség szerinti kiküszöbölése végett igen sokat tett. Ugyanakkor munkásságában szinte alig találni nyomát e szerencsétlenek munkaképességének visszaállítására, társadalmi beilleszkedésük javítására irányuló orientációnak. Ily módon életművében vitathatatlanul szembeötlő az az aránytalanság, ami a *preventív elimináló eugenika* érdekében kifejtett fáradozásainak extenzitás- és intenzitásbeli gazdagsága, másfelől a már létező hátrányos helyzetű betegek rehabilitációját elősegíteni hivatott törekvéseinek viszonylagos szegényessége között áll fenn.

F. Pisztora: *Life and Personality of László Benedek and the Sociopsychiatric, Cultural-psychiatric, Psychologic and Eugenic Aspects of His Life-Work*

A Tolna Megyei Kórház-Rendelőintézet Felvételes Elmeosztályának
(osztályvezető főorvosa: Pisztora Ferenc dr.) közleménye

Benedek Lászlónak a balesetbiztosítás-rokkantellátás, a törvényszéki pszichiátria, a kriminológia és kriminálpsychologia terén kifejtett szakértői és tudományos tevékenysége, valamint orvostörténeti jellegű munkássága

II. rész

PISZTORA FERENC DR.

Benedek L. élettörténetéből tudjuk [89, 34], hogy fiatal orvosként 1914-ben katonai szolgálatra hívták be, s az első világháborúban először mint zászlóalorvos teljesített harcéri szolgálatot, majd később, 1917-ben az I. és VI. hadsereg ellátását szolgáló, 1000 ágyas központi idegkórház felállítására és vezetésére kapott megbízást. E kórházba előbb az egész erdélyi front, majd a VI. hadseregnek a Piave mögötti homlokvonala szállította a neurológiai és pszichiátriai beteganyagot [89]. Ily módon a kezdő tanársegéd a fronton elszenvedett sérülések neuropsychiátriai szövődményeivel, illetve magukkal a háborús elme- és idegbajokkal kapcsolatosan bőséges tapasztalatokra tett szert, amelyeket azután utóbb eredményesen használt fel a háborús rokkantellátás terén kifejtett gyógyító és szakértői tevékenysége során. Hasonlóképpen, kiterjedt balesetbiztosítási anyag ismeretével is rendelkezett, miután a vezetése alatt állott debreceni ideg- és elmeorvoskórház 1924 óta a MÁV-nak egyszersmind szaktanácsadó intézeteként működött, továbbá, mert a klinika ambuláns ingyenrendelésén nagy számban fordultak meg társadalombiztosítási problémákkal kapcsolatban odairányított betegek, ezenkívül azért is, mivel Benedek L.-nak törvényszéki szakértőként való működése során bőven nyílt alkalma baleseti-kártérítési ügyekkel foglalkoznia [34]. (Itt egyébként megjegyzendő, hogy a „sérülései idegesség”-ben szenvedő betegek számának megszaporodását — és az esetek egy csoportjára nézve távolabbi kóroktani hátterét — maga a balesetbiztosítás idézte elő, olyan értelemben, hogy ez adott alapot az ún. „járadékneurózisok” kifejlődéséhez.)

Benedek L. háborús szakmai tapasztalatait és nyilván élményeit is — ez utóbbiakat olyan értelemben, hogy azok tették lehetővé a számára, hogy a hadisérültek szerencsétlen helyzetébe megfelelőképpen beleélhesse magát — jól kamatoztatva, publikációi [34, 78] révén is igyekezett a figyelmet ráirányítani a háború utáni magyar társadalom egy fontos kérdésére, ha úgy tesszük morális-szociális kötelességére. Ez pedig nem volt más, mint a rokkantellátás ügye.

A legjobban vitatott és a leginkább előtérben álló kérdés a tisztán funkcionális háborús idegességeknek a problematikája volt. A hadisérülések nyomán fellépő idegbajok egyik gyakorlatilag is fontos fejezetét éppen az ún. hadiidegességek, sérülései, „traumás neurózisok”, „hadihysteriák” tették ki. Benedek L. megjegyzi, hogy az 1917—1918-ban általa vezetett, 600—1000 ágyas központi hadsereg-idegkórház beteglétszámának jó részét, éppen ezeknek a traumás neurózisoknak, illetve hadi hysteriáknak az esetei tették ki [34].

Benedek L. professzor rendkívül finom klinikai elemzőképessége — amelyben mindig egyszerre volt jelen az organikus és a pszichológiai nézőpont, s szemlélet-

mód — különös hatékonysággal nyilvánult meg a háborús sérülésekhez társuló „traumás neurózisok” és „hadi hysteriák” vizsgálatában. Ezeknek az egyszerre szervi vagy funkcionális agykárosodás, alkati adottságokhoz kötött psychogén reakció és sok esetben a járadék iránti vágyképzet tünetkonzerváló hatása által feltételezett, s többszörösen összetett körképeknek a kiértékelésekor, s egyben a rokkantság megállapításakor helyesnek és kívánatosnak találta, hogy az idegyógyász szakértő azt is mérlegelje, hogy vajon a rokkantság, illetve a betegség a hadisérülésnek egyszbeni, avagy csak részbeni következménye-e? Ez a kóroktani elemző munka „aetioanalysis”, különösen az olyan esetekben méltányos és célszerű szerinte, amelyekben kifejezett — a működési zavar kifejlődésében, fenntartásában nagy szerepet játszó — alkati előképzettség, praedispositió forog fenn [78]. „Természetes, — írja —, hogy a pathogenetikai, pathoplasticus, praeformáló és praedisponáló tényezőket, az alkati készenlét szerepét, a baleset előtti praetraumás egyéniségfejlődést, kóros kifejezőmódokat, lefolyásokat, más betegségeket, a balesetnek minden körülményét, a psysikai és psychikai dyspositiót, a constellatív tényezőket, vagyis a családi, gazdasági helyzetet, a hivatásbeli viszonyokat, vágytörekvéseket, kimerülési okokat teljes dimenzióban (a lehetőségekhez képest) kell felderítenünk” [34].

Íde vonatkozóan „A háborús elme- és idegbajokról a rokkantellátás szempontjából” — című dolgozatában a következőket fejtegeti: „Az agrárárkódásnak vagy méginkább az agyzúródásnak maradék tünetei tartósan foglalkoztathatják a rokkantsági fok megállapítását végző véleményező orvost. Különösen az ún. szervi tikkek, kényszermozgások, remegések, finom nyalábos izomösszehúzódsok maradhatnak vissza, amelyek abban különböznek a hadihysteriás tünetektől, hogy ezeknek a szervi maradék-tüneteknek, mint mondani szoktuk, saját rhytmusuk van, vagyis, lelki befolyásokra nem változnak meg megjelenési módjukat illetőleg. Többnyire az agyalapi dúcok területén előálló sérülések vezetnek ilyen, ún. „álideges”, „pseudo-neurotikus” tünetegyütteseknek fellépéséhez. Egy másik csoportban a szervi agyvelői bántalmazottság bénulásokban, görcsökben, az agyvelő-kérgi apparátusoknak kiesési tüneteiben, így beszédzavarokban, a tárgyi felismerés zavaraiiban jelentkezik. Ezen maradék tünetegyüttesre, mint szervi magra ideges működési zavarok rakódnak rá, és azt mintegy átszövik. Ezen lelki okból keletkezett hozzáadások a negatív alaphangulat által befolyásolt jelentőség tudat és a működési zavaroknak minutiosus önszemlélete talaján fejlődnek...” [78].

Benedek L. álláspontja szerint, sem a trauma után fellépő idegesség kifejlődési lassúsága, sem az alkati vagy constelláló tényezők előzetes jelenléte jogi értelemben nem zárhatja ki a sérüléssel neurozisa vonatkozó kártalanítás kötelezettségét. A gyakorlati szakértői kérdést a konkrét esetben az kell eldöntse, hogy a tüneti kép kialakulásában az akaratí összetevő bír-e átható erővel?

Az egyes ember ui. a méltányos segítségen túlmenő hasznát a sérülésből nem húzhatja. És a véleményező sem játszhatja itt a „jótevő” szerepét a társadalom kárára. A külső erőszak általi behatással, és annak megélésével összefüggő ideges magatartásmódokat el kell választani azoktól a jelenségektől, amelyek egyrészt az új feltételekhez, változott hivatásbeli helyzethez, társadalmi szerkezethez, jogrendhez és a rokkantsági eljáráshoz csatlakozott érzelmi színezetű élményeknek, teljesíthetetlen vágyaknak köszönhetik létezésüket, amelyeknek a kiindulópontja tehát nem maga a baleset, hanem az életkonfliktus.

S ha a iudicatura képviselői alaki, formális okokból nem is mindig oszthatják az orvosi álláspontot, — mint írja — „... nekünk, idegorvosoknak, a közösség és a méltányosságot érdemlő sérültek érdekében, ki kell tartanunk az orvosbiológiai és a dinamikus lélektani elgondolás által megalapozott nézőpontjaink mellett. Vagyis, a rokkantsági célneurózisokat, amelyek tehát az alanyok intencióját, akaratát ráirányulását, szándékolt önbeállítást nem nélkülözik, és amelyek a sérülés által elérhető szociális kedvezménykilátás által tartatnak fenn, a rokkantellátás kedvezményeiből ki kell zárni” [78].

Benedek L. törvényszéki, elmeorvosi, katonai igazságügyi — elmeorvosi, penitenciárius (börtön)-psychiátriai, törvényszéki lélektani és kriminálpsychológiai, valamint kriminológiai tudományos munkásságának az egészét

szem előtt tartva, e szakirodalmi tevékenységnek két karakterisztikus vonása emelhető ki: az egyik ilyen a mondandóknak főképpen már az *általánosítás szintjén, szakmapolitikai direktívák* formájában való megfogalmazása, a másik pedig a mélyebb *szociális összefüggések* és a lehetséges *társadalmi következmények* mindenkor szem előtt tartása.

Benedek L. professzor többnyire nem elégedett meg azzal, hogy személyes elmeszakértői tapasztalatainak gazdag tárházából egy-egy eklatáns esetet kiragadva, annak szakmai érdekességét és tanulságait forensikus kazuisztika keretében foglalja össze és írja meg. Sokkal inkább jellemző volt rá, hogy észleleteit a konkrét esetektől már absztrahálva összegezte, azok lényegi mondanivalóját extrahálta, s az így nyert felismeréseket bőséges szakirodalmi ismereteivel *synthesisbe* hozva, a már általánosíthatóknak vélt igazságtartalmakat leginkább elvi iránymutatásokként, szakmai eligazító útmutatásokként fogalmazta meg, vagy mint közéleti normatívákat, szervezési, törvényalkotási stb. javaslatokat prezentálta.

Tudjuk, hogy Benedek L. az első világháborúban, mint zászlóaljorvos, harc-téri szolgálatot teljesített, majd később katonai idegkórházat vezetett. Ebből az időszakból származó kiterjedt *militáris- és háborús-pszichiátriai*, továbbá *katonai egészségügyi elmeszakértői* tapasztalatainak pregnáns összefoglalóival több tanulmányában, mint beépített részekkel találkozhatunk. A háborús elme- és idegbajokról szóló dolgozatában [78], pl. szinte kórformánként utal az azok folyományaiként jelentkező függelemsértések válfajaira, a szakértés szempontjaira stb., ily módon, mintegy felvázolva egy speciálisan katonai látószögű forensikus elmekórtan speciális tematikáját.

„A *kriminalpsychologia jelentőségéről*” a magyar Psychologiai Társaság Kriminálpsychologiai Szakosztályának alakuló ülésén, 1937. február 18-án tartott megnyitó előadást [55]. Kifejtette, hogy a lélek- és körleléktani szemléleti mód, nemcsak közelebb hozza úgy a szakértő elmeorvosgyászt, mint a jogászt a bűncselekmények megértéséhez, hanem egyszersmind az ítéelő bírót is segíti abban, hogy a cselekmény a büntetőjogi normák között a megfelelő viszonyosságot megtalálja. „A *modern kriminalpsychologiai szemléletben ui. a büntett a tettes személyiségével közvetlen kölcsönösségbe kerül — írta — és a lelki potentialitás-nak az exogen milieu-tényezők által elősegített hatáslépését jelenti... A büntettnek biopsychologiai szerkezetelemzése engedi csak egész térfogatban megismerni annak bonyolult felépítettségét: az aktualizált alkati lehetőségeknek, a sajátképpen fejlődő tényezőknek, a lelki indítékoknak, motívum-feltételeknek és a közvetlen kiváltó mozzanatoknak egy-egybe szövődését*” — írta [55].

Nem lebecsülhető továbbá az a segítség, amelyet a kísérleti psychologia nyújtott a törvénykezésnek és a törvénytudományi elmekórtannak a vallomástétel értékének kutatása által [27, 28].

Minderre tekintettel, már régebben *reformokat sürgetett a büntető perrendtartásban*. E reformok a vizsgálóbíró hatáskörének kiterjesztésére, a tanúk tanúzóképeségének értékelésére, kísérletleléktani vizsgálatára, a főtárgyalások tanúkihallgatásainak módszertanára, a szuggesztív és ún. keresztkérdések eliminálására vonatkoztak.

Benedek L. mindezzel kapcsolatban a következőkre hivatkozott: törvénytudományi elmeorvosi gyakorlata alapján az a véleménye alakult ki, hogy büntetőperekben, főbenjáró delictumoknál, polgári perekben pedig nagy horderejű esetekben az *elmeszakértői vizsgálat* a tanúk megbízhatóságára, reprodukív képességük hűségére stb. is *ki volna terjesztendő!* Értékelése szerint a ma-

gánjogi esetekben még olyankor is, amikor tulajdonképpen psychotikus képződmények nincsenek jelen, a lélektani elemzés a cselekvőképesség elbírálásában, úgy a bírónak, mint a szakértőnek jelentős segítséget nyújthat [27, 28].

Mindezekre, a fentebb ismertetett szempontokra való tekintettel, *Benedek L.* professzor, már 1922-ben, a Magyar Elmeorvosok Értekezletén hangsúlyozta a bírák, valamint a jogi képviselők lélektani képzésének a szükségességét és szorgalmazta e képzés mielőbbi beindítását. Abból a megfontolásból indult ki ui., hogy csakis ily módon remélhető a kölcsönös megértés fokozódása, továbbá az, hogy a jogász a lélektan és kórlélektan működési határait jobban belátva, a szakértőknek adott feladatokat ehhez mérje, s így talán az eredményeket is jobban tudja értékelni [27]. 1932-ben pedig, a Magyar Psychologiai Társaság kiküldött bizottságának tagjaként ezen felül még azt is javasolta, hogy a jogi oktatás akkor éppen aktuális reformja keretében a magyar egyetemek jogifakultásain — elsősorban a bíró- és ügyvédképzés tökéletesítése érdekében — biztosítsák a hallgatóság részére lélektani kollégiumok hallgatásának a lehetőségét, sőt, az azokon való részvételt kötelezően írják elő a számukra [28].

Benedek L. a szociokulturális aetiopathogenetikai szemlélet irányába való orientációjának, társadalmi problémák iránti fogékonyságának, szociológiai és politikai tájékozottságának egyik legjobb indikátora „*A kriminalitás fokozódásának okairól*” 1925-ben, a jogásztársadalom hivatalos lapjában, a „Jogtudományi Közlöny”-ben publikált tanulmánya [20]. Ebben mindenekelőtt megállapítja, hogy a bűncselekmények száma az európai országokban — akár a győztes vagy a legyőzött hadviselő, akár a neutrális államokat tekintjük — 1916 óta szembetűnő emelkedést mutat. A semleges országokban többek között azért, mert a gazdasági helyzetnek a háború által okozott rosszabbodása, a munkanélküliség növekedése, s az életfeltételek romlása csak 1916 után kezdett jelentkezni. „*Márpedig a bűntevésnek a gazdasági helyzettől való függése Bebel (1897) óta, nem szorul bizonyításra; ismeretes többek között, hogy a békeévekben is a bűnözés (s főleg a tulajdon elleni delictumok) és a kenyérárak görbéi párhuzamosan haladtak*” — írja az a *Benedek L.*, aki egyébként a marxista társadalmelemzéshez nem állott éppen közel.

A bűnözés általános — úgy európai, mint hazai — fokozódásának kérdését illetően *Benedek L.* részletesen felsorolja és elemzi annak társadalmi, demográfiai, individuális-morális okait. Nyugodtan elmondható, hogy a sokféle kriminogén tényező színes tablójának e felvázolása felér egy, a szerző által közvetetten megfogalmazott valódi társadalomkritikával.

Konklúzióként leszögezi: „*Bizonyos, hogy a megnövekedett bűnözést a pauperizmust, analfabétizmus és alkoholizmus ellen irányuló szociálpolitika, amely a nagy tömegek életstandardját javítja, nagy fokban csökkentheti... A bűnözés korlátozása, a kriminalitásnak a békebeli mértékre való visszaszorítása heveny szükség, a legközelebbi feladat. E tekintetben pedig fontos volna, hogy a büntetőbíróságok a legális jogszerűségnek minden szigorát kihasználják a közmorál védelmére!*” [20]

Tanulmányának e gondolatköre már átvezet egy másik, az előbbiekkal rokon diszciplína, nevezetesen, a penitenciárius-psihiátria, s a társadalomnak a veszélyes lelkiállapotú személyekkel szembeni preventív védelmét szolgáló pszichiátriai jogalkotás területére. Hasonlóképpen, a korábbi nagy magyar elmeorvosok szemléletéhez, — akik a jogorvoslás (*remedium*) és büntetés (*repressio*) mellett a közveszélyes büntetésekkel szemben, a társadalom preventív védelmét helyezték előtérbe — e tekintetben *Benedek L.* nézetei is célbiztos határozottságról, s bölcs szigorról tanúskodnak, anélkül azonban, hogy nélkülöznék a humánus szempontokat.

Még „A kriminalitás fokozódásának okairól” írott dolgozatának a végén a jeles szerző ezen okok között említi — elmarasztalólag — az alábbi körülményeket: „A beszámíthatóság kérdésében is sokszor tapasztalható a túlzott óvatosság a vádlott javára, amit néha a szakértők is támogatnak azáltal, hogy aránylag kisebb lelki abnormitások esetén, ha a vádlottat a pszichiátriai rendszerben beilleszteni nem sikerül, a szabadakarat-elhatározóképeséget feljegyesztettnek jelentik ki. Pedig még a kifejezett elmebetegeknek sem minden ténykedése beszámíthatatlan” [20].

Moravcsik E. E. becslése szerint, az elmebetegeknek 15—17⁰/₀- jutott a büntetőtörvénykönyvvvel összeütközésbe. Benedek L. úgy véli, hogy az elmebetegeken kívül elsősorban a kóros lelki személyiségek, a psychopáták azok, akik az elmeorvos és jogász kooperációját igénylik, és akiknél a biztonsági őrizetbe vételnek a szükségessége is hangsúlyozottan fog felmerülni. „Ezek azon emberi minusz-variánsok, akik érzelmi, ösztönös és akarati összetevőik rendszerének összhangtalansága miatt gyakran vagy tartósan vesztik el a rendelkezési képességeket olyan kisebb-nagyobb teherbírási lelki biztosítékok felett, amelyek az életvezetésben felmerülő túlfeszültségeknek közösségellenes kihatásaival szemben védelmet nyújtanak. Hazánkban az összes elitélteknek 10,7⁰/₀-a esik a psychopatha kevesebb értékűeknek, defekt-egyéneknek körébe” — írja [79].

A törvénytészki és a közigazgatási elmekörtan művelésén túlmenően azonban Benedek L. professzor az idevonatkozó törvény-előkészítő munkálatokból is igen kivette részét.

Végezetül, Benedek L. társadalmi és kultúrpsychiátriai vonatkozású tudományos munkásságán belül külön említésre méltó, orvostörténetű értékű és érdekességű fejezetet képvisel a szakma külföldi és hazai nagyjairól, elhalálozott munkatársairól mondott emlékbeszédeinek, illetve a róluk írott nekrológjainak a gyűjteménye.

Terjedelmesebb megemlékezés formájában 1935-ben *Hunghlings Jackson* [33], 1940-ben *Sigmund Freud* [67, 68], 1942-ben az agypathológus és pszichiáter *Theodor Meynert* [75, 77], míg az itthoniak közül 1931-ben a kiváló elmegyógyász és kriminalpsychológus, *Hajós Lajos* egyetemi magántanár [25], 1938-ban a jeles neuropsychiáter és humorálpathológus, a debreceni elme- és idegklinikai ideiglenes vezetője, *Thurzó Jenő* egyetemi rk. tanár [52, 61], 1940-ben a biochemiai pszichiátriai kutatási irányzat honi reprezentánsaként ismert *Büchler Pál* egyetemi tanárségéd [67, 68], 1941-ben a korszerű szociálpsychiátriai kezdeményezéseiről nevezetes *Fabinyi Rudolf* lipótmezei állami elme- és ideggyógyászati igazgató, egyetemi magántanár [73], életművét ismertette; rövid, de tartalmas nekrológot ugyanakkor 1938-ban a sokoldalú *Somogyi István* [62], 1939-ben a világhírű agysebész és kísérleti agypathológus, *Harvey Cushing* [68], 1940-ben a bécsi ideg-elmegyógyászati klinika nagy nevű professzora, *Julius von Wagner-Jauregg* [72], szintén 1940-ben a nemzetközileg ismert és értékelt magyar agypathológus és neurológus-klinikus *Schaffer Károly* [67, 68], s 1942-ben a magyar pszichiátriai tudományos élettel élénk kapcsolatot tartó „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift” alapítója és szerkesztője, *Johannes Bresler* egészségügyi tanácsos [75] emlékének szentelt.

Benedek L. professzor ezekben a nekrológjaiban, a kérdéses személy életművének összes lényegesebb részletére kitért, hatékonyan emelve ki és méltatva a valóban fontos alkotásokat, s olykor nem mellőzve a kritikai szempontokat sem.

Példaképpen idézek az 1940-ben *Sigmund Freud*ról tartott emlékbeszédeből [67]: „... nagy érdeme, hogy a »tudattalan« konstrukcióinak befolyását a gondolkodásra és cselekvési körre legelőször hangsúlyozta, hogy a symbolumok jelentőségét felismerte, hogy a dinamikus szemléleti módnak postulálásával a lelki folyamatok megértéséhez sok tekintetben közelebb hozott... *Freud* kultúr- és tudománytörténeti jelentősége elvitathatatlan...”. De ugyanakkor a következőket is leszögezte: „Nyilvánvaló, hogy az elmeorvosi cselekvésnek gyakorlati területein a psychoanalysis alkalmazása csak igen korlátozott lehet”. Továbbá: „Még inkább érthető, hogy a tör-

vényszéki elmeorvosok között élénk elutasításra talált... az incesztuocus tárgyválasztásnak kriminológiai értékesítésével szemben a legnagyobb fokú tartózkodás továbbra is kívánatos marad..."

A Benedek L. által írt nekrológok további, orvostörténeti szempontból különösen nagyra értékelhető előnye, hogy ezekben többnyire szemléletes jellemrajzot ad a kérdéses személyiségről, felvázolva emberi vonásait, s kvalitásait, ezeken kívül megkísérli az életmű összefüggésbe hozását a személyi adottságokkal, mintegy ezekből történő eredeztetését, magyarázatát.

Jól reprezentálják ezt az alábbi szemelvények:

„Feledhetetlen tanítványom, Thurzó Jenő egyetemi rk. tanár, a debreceni elme- és idegklinikai ideiglenes vezetője... úgy halt meg, mint egy hős, aki még a fluktuáló tudatávar mellett is tudományos munkát akart befejezni, és végnélküli önzetlenséggel, páratlan szívjósággal szegény betegeinek sorsa javításán dolgozott... betegeivel szemben gyengéd szeretet, sorsuk iránti komoly érdeklődés, a betegségi tüneteknek exakt megfigyelése jellemzett. Mint tudóst, az eszmékben eredetiség, a teremtő phantasia és a sokoldalúság mellett is az álhatatosság és következetesség jellemezték. A kutató munkának önfeláldozó szeretete, a csillapíthatatlan tudás-szomj, rendkívüli szorgalom és munkabírás, sok más szakember fölé emelte... Kitűnt vitakészségével és meglepő nyelvtudásával is. Vasakarata nem ismert akadályt; 10 nyelvet sajátított el írásban és szóban, ezeknek nagyobb részét tanársegéd korában. Oroszul cirill betűkkel írt; az orosz nyelvet az utolsó 2—3 évben tanulta meg. A szláv nyelveket dialektusaikkal együtt beszélte... Laboratóriumi munkájában és kutatásaiban a világos kérdésfeltevés, a nagy technikai tudás és a kísérleti alaposág volt sajátja. Mint előadó, pompás formakészségével, a lényeges iránti érzékével és szemléltetni tudásával bilincselte le hallgatóit. Egész élete a kötelesegtudásnak volt apotheosisa” [52]. És: „Hangsúlyozott egyénisége dacára hiánytalanul beleolvadt a magyar nemzeti közösségnek transzindividuális lelkiségébe... A vallásban, a nemzeti és egyetemes socialitásban, nemcsak a történelmi-genetikai szerkezet-vázlat és nemcsak a dinamikai összetartó erőt látta meg, hanem felfogta azoknak immanens belső logikáját és életelevenekké tette azoknak vezérlő eszméit.” [61].

Schaffer Károlyról 1939-ben elhangzott megemlékezésében így jellemezte őt: „A vesztétség agyszövetvettani elváltozásaira vonatkozó közlése, már 1887-ben és 1890-ben látott napvilágot; már ebben feltűnik pathogenetikai elemzése való törekvése és systematikus-conceptív kutatási iránya... Mindezen, főleg az idegrendszer histo- és morphogenesisére vonatkozó, és más, nagy értékű munkáiban csillogtatta meg az ő éber kutatószellemét, eszmegazdag konstruktív képzőletét, a vonatkozások megragadására való nagy készségét. Önfelédtt szerénysége, életvezetésének nemesen egyszerű volta és tanítványai iránt érzett példanélküli atyai jósága lelki személyiségét még értékesebbé tették...” [68].

Fabinyi Rudolfról 1941-ben ezeket mondotta: „Kimagasló érdemei voltak a Magyar Elmeorvosok Egyesületének életbehívása és prosperitása körül. Egész életében építően munkálta a nemzetegészségügyet. Az első magyarországi családi ápolási telep organizálásán kívül, ő vetette fel először hazánkban az elmevédelmi tanácsadásnak eszméjét és organizálta is az első preventív tanácsadótt, nemkülönben a lelkiileg abnormisnak intézetén kívül való gondozását... Igen értékes tudományos munkásságán, az igazságkeresésben tanúsított módszeres gondosságon, életrevaló gyakorlati intuitioin, a valóság szemléltre való ösztönös beállítottságon kívül jósága meleg szíve, igazi humanizmusa, önfelédtt szerénysége, fanatikus kötelesegtudása, nagy munkabírása, tudománya tradícióinak nagy tisztelete, de ugyanakkor a jövő lehetőségei iránti nagy érdeklődése, a haladás igenlése, az általános emberi értékek iránt való hódolat jellemezték az ő nemes alakját, és tették azt általánosan tiszteltté.” [73].

Nem volna teljes Benedek L. szociál- és kultúrpsychiátriai munkásságának az ismertetése, ha befejezésül röviden nem szólnék az egyetemes psychiátria történetéről 1923-ban publikált kis monográfiájáról [16], amely alcímként a „kultúrtörténeti és faji vonatkozásokkal” feliratot viseli.

Ami az egész művet átszövő kultúrtörténeti vonatkozásokat illeti, azokból — mint helyi sajátosságot —, most csupán a debreceni boszorkányperekről szóló részt emelném ki:

Debrecen városa azért is bír különös érdekekkel — írja *Benedek L.* —, mert a XVIII. században a városi communitás kiterjedt autonóm büntető jogkörre rendelkezett. A 66, majd 80 tagból álló „*hites polgárok gyülekezete*” a főbenjáró büntet-
 tekben is rövid úton ítélkezhetett. És Debrecen város tanácsa minden alkalommal
 szíven viselte, hogy „*a keresztény respublica virágos és veteményes kertjét, minden
 dudvától és gatzól megoltalmazza*”, így a boszorkányoktól is. Ebből kifolyólag a
 „*varázslókat*”, „*bűbajos asszonyokat*”, „*méreggel vesztőket*” stb., elevenen megéget-
 ték, hamvaikat, szélnak szórták vagy elevenen elföldelték őket. *Benedek L.* megál-
 lapítása szerint a debreceni levéltári jegyzőkönyvekben felsorolt esetek közül min-
 denesetre többüknel is a leírások alapján pszichotikus tünetek jelenlétére lehet kö-
 vetkeztetni.

Bizonyára ez, az agypathológiától, agykórtantól és neuropsychiátriától a
 törvényszéki elmeorvostanon, psychopathológián, klinikai lélektanon stb. ke-
 resztül, egészen az összehasonlító ethnográphiáig, társadalmi és kultúrpsychi-
 átriáig ivelő, átfogó orientáció és széles körű tájékozottság teszi érthetővé
Benedek L. professzornak úgy a pszichiátria határterületi tudományai felé
 történő folytonos kitekintését, s az interdisziplináris ágazatok irányába való
 útkeresését, mint az elmegyógyászaton belül jelentkező, különféle irányzatok-
 kal kapcsolatos toleranciáját és azoknak lehetőség szerinti synthesisbe való
 hozását célzó törekvését.

A Magyar Elmeorvosok Egyesülete XV. Országos Értekezletén, 1939. no-
 vember 7-én elhangzott elnöki záróbeszédében pedig az Egyesület jellegével
 és célkitűzésével kapcsolatban így nyilatkozott: „*A Magyar Elmeorvosok Egye-
 sületének csoportkeretét — úgy vélem — legjobban az jellemzi, hogy azon
 belül a különböző kutatási irányok egymás mellett és egymást eszmékkel ter-
 mékenyítve fejlődtek ki és erősödnek anélkül, hogy valamelyik közülük ki-
 zárólagosságra vagy dinamikus túlsúlyra törekedne a többiekkel szemben. Ez
 a kultúrpszichológiai symbiosisnak nevezhető kölcsönös segítség, az érdeks-
 phaera eme harmonikus kialakulása a magyar neuropsychiátriában annak
 sajátzerű csoportjellegét ad, és egyszersmind annak fejlettségi fokát is ma-
 gyarázza. A most megtartott értekezletünket is a speciális tudományos néző-
 pontoknak összehangzó gazdagsága jellemezte.*” [70].

Ezek a célkitűzések — úgy vélem —, napjaink szakmai tudományos életének
 és közéletének is változatlanul aktuális programját kell, hogy képezzék.

IRODALOM: A) *Benedek László* dolgozatai, monográfiái, felszólalásai, rektori és
 üléselnöki megnyitó vagy záró beszédei stb. — időrendi sorrendben: — 1. *Benedek
 L.—Deák I.*: Differentiák a paralisisek és praecoxosok vérsavója között immu-
 naemolysinproductió kiváltása szempontjából. *Orv. Hetil.* 1, 23 (1912). — 2. *Benedek
 L.*: Az álmatlanság kezelése luminállal. — *Gyógyászat.* 1, 12 (1912). — 3. *Benedek
 L.*: Babinski-tünet előfordulása „organoid” eklampsiánál. — *Gyógyászat.* 1, 5 (1912).
 — 4. *Benedek L.*: Lipoidok a vérsavóban paralisissnél. — *Gyógyászat.* 1, 7 (1912). —
 5. *Benedek L.*: A szétsugárzó görcsös dadogásról. — *Orv. Hetil.* 1, 19 (1913). — 6.
Benedek L.: A paralysis progressiva aetiológiájáról. — *Erdélyi Múz.* — *Egylet Ér-
 tesítője.* 1, 13 (1913). — 7. *Benedek L.*: Spirocháták előfordulása dementia paraly-
 tica progressivánál. — *Gyógyászat.* 1, 4 (1913). — 8. *Benedek L.*: A Noguchi-féle
 luetinnel paralisisek betegeken végzett bőrreakcióról. — *Orv. Hetil.* 1, 15 (1913). —
 9. *Benedek L.—Zsakó I.*: A bal insula Reili szerepének kérdéséhez. — *Gyógyászat.*
 1, 6 (1913). — 10. *Benedek L.*: A pálcasajtokról általában és azoknak szerepéről. —
 In: „*Lechner K. Emlékkönyv*”. 1, 32 1914. — 11. *Benedek L.*: Orvosszakértői tevé-
 kenység. (Egy elvi kérdés) — *Erdélyi Orvosi Lap.* 5, 95 (1920). — 12. *Benedek L.*:
 Adatok a „kimerülés” klinikai tünettanához, a kimerüléssel elmezavarok kapcsán.
 — *Erdélyi Orvosi Lap.* 11, 211 (1921). — 13. *Benedek L.*: Az epilepsia kérdéséről. —
Orv. Hetil. 43, 414 (1922). — 14. *Benedek L.*: Zur Frage der Epilepsie. — (Különle-
 nyomat a *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie* 53. kötetéből.) Verlag S. Kar-
 ger. Berlin, 1922—1930., 63—88. — 15. *Benedek L.*: Hozzászólás *Szladits K.* egyete-
 mi tanárnak „*A korlátozott beszámíthatóságról a magánjogban*” — címmel a Ma-

gyar Elmeorvosok VII. Értekezletén (1922. okt. 1—3.) tartott referátumához. — Orv. Hetil. 42, 406 (1922). — 16. *Benedek L.*: A pszichiatria története, kultúrtörténeti és faji vonatkozásokkal. — Mai H. és Fia kiadása, Budapest, 1923., 1—25. — 17. *Benedek L.*: A dementia paralytica progressiva gyógykezélése. — Referátum a Magyar Elmeorvosok VIII. Értekezletén Budapesten, 1924. október 5—7. — Orv. Hetil. 40, 689 (1924). — 18. *Benedek L.*: Az alkoholkérdés mai állásáról, főképp az amerikai alkoholelleses küzdelem fejlődése kapcsán. — Mélius Nyomda, Debrecen, 1924., 1—41. — 19. *Benedek L.*: A rohamokban jelentkező kényszerű ordításról, mint encephalitis utáni hyperkinesisről. (Különlenyomat a Gyógyászatból.) — Globus Nyomda, Budapest, 1925., 1—11. — 20. *Benedek L.*: A kriminalitás fokozódásának okairól. — Jogtudományi Közöny. 7. 49 (1925). — 21. *Benedek L.*: Der heutige Stand der Behandlung der progressiven Paralyse. (Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten, No. 34) — Verlag S. Karger, Berlin, 1926., 1—219. — 22. *Benedek L.*: Az amerikai prohibícióról. — (A Magyarországi Good-Templar Rend kiadványa) Wodianer Nyomda, Budapest, 1927., 1—11. — 23. *Benedek L.*: Hozzászólás *Németh Ö.* egyetemi rendkívüli tanárnak a Magyar Elmeorvosok Egyesülete X. Országos Értekezletén (1928. okt. 21—23.) elhangzott referátumához, amely *Szladits K.* egyetemi ny. r. jogtanárnak a IX. Értekezleten tartott: „*Milyen mértékek és milyen feltételek mellett lehetne az elmebetegek cselekvőképességét szerződések és végrendeletek tekintetében elismerni nem vitatott elmebetegség esetében és ún. világos pillanatok felvétele nélkül is?*” című előadásában felvetett eszméit orvosi megvilágításban tárgyalta. — In: A Magyar Elmeorvosok Egyesülete X. Országos Értekezlete (1928. október 21—23.). — Attila Nyomda Rt. Budapest, 1928., 12—13. — 24. *Benedek L.*: Elnöki záró szó. — Magyar Psychologiai Szemle. 1—2, 138 (1931). — 25. *Benedek L.*: Emlékbeszéd *Hajós Lajos*ról. — Magyar Psychologiai Szemle. 1—2, 125 (1931). — 26. *Benedek L.*: A cselekvő eugenikának és a pszichiátriának öröklésbiológiai és orvosi vonatkozásai. — Különlenyomat a „*Monatschrift Ungarischer Mediziner*” 1931. évi 10. számából. Pesti Lloyd-Társulat Nyomdája, Budapest, 1931., 1—72. — 27. *Benedek L.*: A psychologia jelentőségéről. — Magyar Psychologiai Társaság kiadványa. (Különlenyomat a Magyar Psychologiai Szemle 1931. 3—4. számából.) Budapest, 1931., 3—16. — 28. *Benedek L.—Boda I.—Mitrovics Gy.*: A Magyar Psychologiai Társaság laboratóruma a lélektani ismeretek terjesztése és nagyobb fokú nemzeti-kulturális értékesítése tárgyában. — Lórincz E. Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1932., 1—26. — 29. *Benedek L.*: A világválság néplelektani okairól. — Magyar Psychologiai Szemle. 1—2, 8 (1932). — 30. *Benedek L.*: Az Insulin-shock hatása a szemléletre. — Nyomatott Fischer L. Könyvnyomdai Műintézetében, Budapest, 1934., 1—70. — 31. *Benedek L.*: Belső secretio és psyche. — Díjtalan melléklet az Orvosi Hetilap 48. számához. Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, 1934., 9. — 32. *Benedek L.*: Insulin-Schock Wirkung auf die Wahrnehmung. S. Karger Verlag, Berlin, 1935., 8. t., 1—78. — 33. *Benedek L.—Hughlings Jackson* életéről és munkájáról. — Orvosképzés. 2, 276 (1935). — 34. *Benedek L.*: Az ún. „sérüléssel idegesség”-ről, annak határterületéről és balesetbiztosítási vonatkozásairól a véleményező ideggyógyász szempontjából. (Melléklet a „Gyógyászat” 1935. évi 46. számához.) — Fischer L. Könyvnyomdája, Budapest, 1935., 1—161. — 35. *Benedek L.*: Kísérleti lélektan és lélekelemzésről. (Előadás a Magyar Psychologiai Társaságban 1935. november 9-én.) — Magyar Psychologiai Szemle, 1935. — 36. *Benedek L.*: Az aktív személyiség kifejezőmódjairól. — (Különlenyomat a Debreceni Tisza István Tudományos Társaság II. Osztályának munkálataiból.) Tudományegyetemi Nyomda, Debrecen, 1935., 1—23. — 37. *Benedek L.*: Megemlékezés az egyetem alapítójáról, *I. Ferencz Józsefről* és *gróf Tisza Istvánról*. In: Rectori beszédek. — (Tartotta az 1935/36. tanévben *Dr. Benedek László*, egyet. ny. r. tanár, a Debreceni Tisza István — Tudományegyetemnek 1935/36. évi rectora.) Debreceni M. Kir. Tisza István Tudományegyetemi Nyomda, Debrecen, 1936., 3—4. A továbbiakban: *Rectori beszédek*. — 38. *Benedek L.*: A pszichiatria a társas utilismus szolgálatában (Székfoglaló értekezés.) — In: Rectori beszédek, 5—23. — 39. *Benedek L.*: Megnyitó beszéd a *Tisza István* emlékünnepeken. In: Rectori beszédek, 34—36. — 40. *Benedek L.*: Megnyitó beszéd a tanévzáró ünnepélyen, 1936. május 26-án. — In: Rectori beszédek, 37—41. — 41. *Benedek L.*: Rectori beszámoló-jelentés a Tudományegyetem 1935—36. tanévi állapotáról és működéséről. — In: Rectori beszédek, 42—53. — 42. *Benedek L.*: Üdvözlő beszéd *Dr. Makkai Sándor* volt erdélyi református egyházkerületi püspök, egyetemi ny. r. tanár eskütétele alkalmából. — In: Rectori beszédek, 54. — 43. *Benedek L.*: Üdvözlő beszéd *Dr. Baltazár Dezső* református püspök 25 éves püspöki jubileuma alkalmából. — In: Rectori beszédek, 55. — 44. *Benedek L.*: Beszéd az egyetemi ifjúsági egyesületek vezéreire. — In: Rectori be-

TISERCIN[®]

DRAZSÉ, INJ.
ANTIPSYCHOTICUM



GYÓGYSZERGYÁR

TISERCIN[®]

DRAZSÉ, INJEKCIÓ ANTIPSYCHOTICUM

HATÓANYAG

25 mg levomepromazinum drazsénként; 25 mg levomepromazinum (1 ml) ampullánként.

JAVALLATOK

Motoros és pszichés nyugtalanság, paranoid-hallucinációs szindrómák (schizofrenia, delírium, pszichoorganikus szindrómák). Tartós altatás. Adjuvánsként epilepszia, oligophrenia, agított depresszió kezelésében. Neurózisok (szorongás, alvászavar). Analgetikumok potenciálása, anesztézia előkészítése és potenciálása.

ELLENJAVALLATOK

Májkárosodás. A vérképző rendszer megbetegedése. Keringési elégtelenség. Terhesség. Olyan bántalmak, melyekben a vérnyomás hirtelen esésére lehet számítani, valamint alkohol, narkotikum, hipnotikum okozta comás állapot.

ADAGOLÁS

A kezelést kis adaggal kell kezdeni, ez később az egyéni tűrőképesség figyelembevételével fokozatosan emelhető, majd a javulás után az egyénenként változó fenntartó adagig kell csökkenteni, az alábbiak szerint:

Alkalmazási terület	A napi kezdő adag (draszé)	A napi legnagyobb adag (draszé)	A napi fenntartó adag (draszé)
Pszichózis	1—2	6—10 12—16*	egyéni állítandó
Neurózis	1/2—1	3—4	be!
Analgészia	1—2	12—16*	

* Ritkán alkalmazott adagok.

A napi adagot 2—4 részletben ajánlatos bevenni. (Kisebb egyszeri adagok esetén a Tisercinetta draszé alkalmazása indokolt.)

A parenterális alkalmazásra akkor kerül sor, ha a per os adagolás nem valósítható meg. Napi adagja ilyenkor általában 3—4 amp., ágynyugalom biztosítása, valamint tenzió- és pulzusellenőrzés mellett. Az inj. alkalmazási módja: mélyen az izomba. Iv. is alkalmazható, erősen hígítva, cseppinfúzió formájában (50—100 mg Tisercin 250 ml fiziológiás sóoldatban vagy izotóniás glukóz-oldatban).

MELLÉKHATÁSOK

Hipotónia, ortosztatikus hipotenzió, álmoság, szájszárazság, tachycardia, májártalom, hematológiai károsodás (agranulocytosis). Parkinsonoid tünetek.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK

Tilos együtt adni:

- MAO-inhibitorral (centrális izgalom mértéke fokozódik);
- antihipertenzívumokkal (hipotónia).

Óvatosan adható:

- benzodiazepinekkal, hipnotikumokkal, analgetikumokkal, anesztetikumokkal, paraszimpatolitikumokkal, triciklikus antidepresszánsokkal (antikolinerg, ill. központi nyugtató hatásukat erősíti);
- kinidinnel (kardiodepresszív hatását fokozza);
- orális antidiabetikumokkal (hatásukat megváltoztathatja).

FIGYELMEZTETÉS

Idősebbek kezelése csak a tenzió rendszeres ellenőrzése mellett végezhető! — MAO-inhibitor szedése után a Tisercin-terápia megkezdése előtt 3—6 hét szünetet kell tartani. A vérkép és a májfunkció rendszeres ellenőrzése ajánlatos! Parenterálisan alkalmazva a kezelés helyét lehetőleg változtatni kell, mert lokális érzékenységet, szövetkárosodást okozhat! Az ortosztatikus kollapszus elkerülése végett az első nagy adag, ill. ismételt adagok beadása után a beteget 1—2 órára le kell fektetni!

A gyógyszer bevétele, ill. alkalmazása után, vagy folyamatos szedése, ill. kezelés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos. — Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS

$\frac{17}{17}$ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint egy vagy két alkalommal ismétlődő. Az inj.-t az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

C SOMAGOLÁS

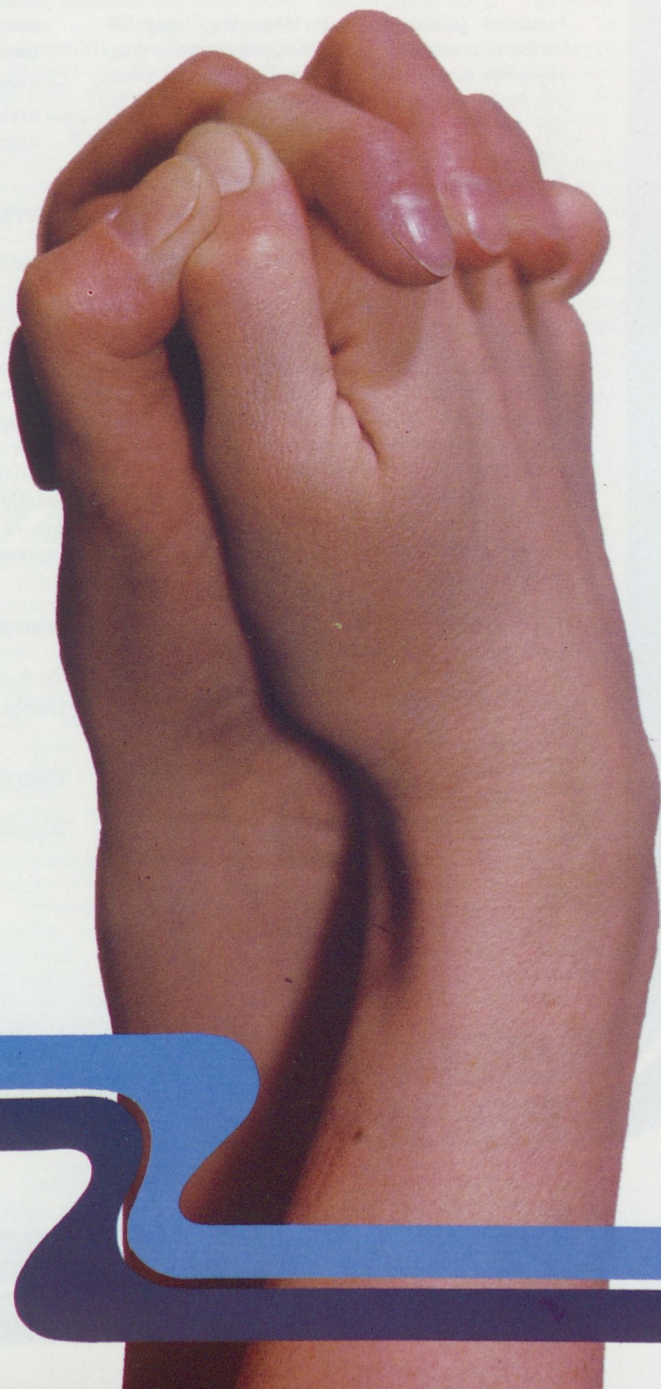
50 draszé 4,10 Ft; 5 amp. (1 ml) 3,— Ft.



GYÓGYSZERGYÁR

TISERCINETTA®

DRAZSÉ ANTIPSYCHOTICUM



GYÓGYSZERGYÁR

TISERCINETTA®

DRAZSÉ ANTIPSYCHOTICUM

ÖSSZETÉTEL

2 mg levomepromazinum drazsénként.

JAVALLATOK

Neurózis (szorongás, ingerlékenység, hangulat-labilitás, alvászavar stb.). Belgyógyászati betegségekhez társuló ideges zavarok, vegetatív tünetek kezelése (hipertónia betegség neurogén szaka; angina pectoris; funkcionális eredetű köhögés csillapítása; ulcus, cholecystopathia, pruritus). Kisebb orvosi beavatkozások előkészítése.

ELLENJAVALLATOK

Májkárosodás. A vérképzőrendszer megbetegedései. Terhesség.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek a kezdő adag általában napi 1 drazsé, mely a következő napokban fokozatosan növelhető, átlagosan napi 3–5 drazséig. A napi adagot 2–3 részletben (az esti adagot a nappalinál lehetőleg nagyobbra szabva) célszerű bevenni. Nagyobb adagok alkalmazása esetén a 25 mg hatóanyagtartalmú Tisercin drazsé alkalmasabb. Gyermekeknek átlagos napi adagja 0,25 mg/test-súlykg.

MELLÉKHATÁSOK

Somnolentia, szédülés, szájszárazság.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Tilos együtt adni:

- MAO-inhibitorral (centrális izgalom mértéke fokozódik);
- antihipertenzívumokkal (hipotónia);

Óvatosan adható:

- benzodiazepinekkel, hypnotikumokkal, analgetikumokkal, anaesthetikumokkal, parasympholytikumokkal, triciklikus antidepresszánsokkal (antikolinerg, ill. központi nyugtató hatásukat elősegíti);
- kinidinnel (kardiodepresszív hatását fokozza);
- orális antidiabetikumokkal (hatásukat megváltoztathatja).

FIGYELMEZTETÉS

Idősebbek kezelése csak a tenzió rendszeres ellenőrzése mellett végezhető! — MAO-inhibitor szedése után a Tisercinetta-terápia megkezdése előtt 3–6 hét szünetet kell tartani.

A vérkép és a májfunkció rendszeres ellenőrzése ajánlatos!

A gyógyszer bevétele, ill. alkalmazása után, vagy folyamatos szedése, ill. kezelés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos! — Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS

☞ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy-két alkalommal — ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 drazsé 3,— Ft



szédek, 66. — 45. *Benedek L.*: A tanulás egészségtana (I. éves egyetemi hallgatók részére tartott előadás.) — In: Rectori beszédek, 69—78. — 46. *Benedek L.*: Doctor-avatató beszédek. — In: Rectori beszédek, 81—118. — 47. *Benedek L.*: Cerebralis tünetek endarteritis obliteransban. A thorotrastangiographia és az encephalographia kombinációjának diagnosztikai jelentősége. (Klinikai előadás) — Orv. Hetil. 25, 575 (1936). — 48. *Benedek L.*: On the arterio-encephalography. — The Antiseptic (Madras, India). 9 (1936). — 49. *Benedek L.*: A kombinált encephalo-stereoarteriographiának kórjelzéstartományának jelentőségével kapcsolatban. — Orvosképzés, 3 (1936). — 50. *Benedek L.*: A psychologia és az aethetica vonatkozásai. — A Magyar Psychologiai Társaságban 1936. máj. 24-én tartott tudományos ülésen elhangzott elnöki megnyitó. — Magyar Psychologiai Szemle, 1936. — 51. *Benedek L.*: †*Thurzó Jenő*. — Orv. Hetil. 2, 46 (1937). — 52. *Benedek L.*: Konkrete psychotische Symptome nach Röntgenbestrahlungen bei Gehirntumoren. — Verlag S. Karger, Berlin, 1937., 1—54. — 53. *Benedek L.*: Semmelweis-serlegbeszéd. (A Budapesti Orvosi Kaszinó Semmelweis-serleg ünnepélyén, 1937. jan. 26-án.) — Orvosképzés, 2, 222 (1937). — 54. *Benedek L.*—*Horányi B.*: Angiographiás-lelet Pick-féle atrophia esetében. — Orv. Hetil. 21, 544 (1937). — 55. *Benedek L.*: A kriminálpsychologia jelentőségéről. — Gyógyászat. 10, 145 (1937). — 56. *Benedek L.*: Epilepsia choreica familiaris cum dementia. — Magyar Orvosi Archivum. XXXIX. kötet, 2, 69 (1938). — 57. *Benedek L.*: Konkrét psychotikus tünetek röntgenbesugárzásokra — agytumoroknál. — (Különlenyomat az Orvosképzésből) Franklin Nyomda, Budapest, 1938., 5—26. — 58. *Benedek L.*: Az ordinatív négydimensionalitás szervi psychosisban. — Orv. Hetil. 10, 215 (1938). — 59. *Benedek L.*—*Hüttl T.*: Über den diagnostischen Wert der zerebralen Stereoangiographie hauptsächlich bei intrakraniellen Tumoren. — Verlag S. Karger, Basel—Leipzig, 1938., 1—316. — 60. *Benedek L.*: Emlékbeszéd néhai *Dr. Thurzó Jenő* egyetemi tanárról. — In: Közlemény a Magyar Elmeorvosok Egyesülete Szegeden, 1938. október hó 23. napján megtartott évi rendes közgyűléséről. Attila-Nyomda Rt. Budapest, 1938., 4—8. — 61. *Benedek L.*: †*Somogyi István* (1892—1938). — Orv. Hetil. 12, 1 (1938). — 62. *Benedek L.*: A lokalizálható lelki tünetekről. — Ablaka Nyomda, Szeged, 1939., 1—22. — 63. *Benedek L.*—*Juba A.*: Korsakow-syndroma, központ-tengéleti szabályozás zavarai és hypothalamus. — Magyar Orvosi Archivum. XII. kötet, 1, 1 (1940). — 64. *Benedek L.*—*Juba A.*: Adatok a Korsakow-tünetegyüttes bonctanához. — Orvostudományi Közlemények (Orv. Hetil. melléklete.) 10, 277 (1940). — 65. *Benedek L.*—*Juba A.*: A Korsakow-tünetegyüttes a köztiagy dagana-tai esetén. — Orvostudományi Közlemények (Orv. Hetil. melléklete.) 15, 417 (1941). — 66. *Benedek L.*: Elnöki megnyitó a Magyar Psychologiai Társaság 1940. május 19-én tartott rendes közgyűlésén. (Megemlékezés a psychológiának és határterületeinek veszteségeiről — *Freud Zsigmondról*, *Büchler Párról* és *Schaffer Károlyról* — az elmúlt évben.) — Magyar Psychologiai Szemle. 1—4, 3 (1940). — 67. *Benedek L.*: Elnöki megnyitó (Megemlékezés a közelmúlt halottairól: *Büchler Párról*, *Schaffer Károlyról*, *Freud Zsigmondról* és *Harvey Cushingről*). — In: Közlemény a Magyar Elmeorvosok Egyesülete XV. Országos Értekezletének tudományos üléseiről. (Budapest, 1939. november 5-től 7-ig), Bethlen G. Irodalmi és Nyomdai Rt. Budapest, 1940., 1—8. — 68. *Benedek L.*—*Juba A.*: A Korsakow-tünetegyüttes bonctani substratumának problémája. — In: Közlemény a Magyar Elmeorvosok Egyesülete XV. Országos Értekezletének tudományos üléseiről. (Budapest, 1939. november 5-től 7-ig), Bethlen G. Irodalmi és Nyomdai Rt. Budapest, 1940., 221—230. — 69. *Benedek L.*: A házasság előtti kötelező orvosi vizsgálat törvényjavaslatának tervezete psychiatriai nézőpontból. — In: Közlemény a Magyar Elmeorvosok Egyesületének XV. Országos Értekezletének tudományos üléseiről. (Budapest, 1939. évi nov. hó 5-től 7-ig), Bethlen G. Irodalmi és Nyomdai Rt. Budapest, 1940., 43—50. — 70. *Benedek L.*: Elnöki zárzó. — In: Közlemény a Magyar Elmeorvosok Egyesületének XV. Országos Értekezletének tudományos üléseiről. (Budapest, 1939. november 5-től 7-ig), Bethlen G. Irodalmi és Nyomdai Rt. Budapest, 1940., 281—282. — 71. *Benedek L.*: †*Julius von Wagner-Jauregg*. — Orv. Hetil. 41, 534 (1940). — 72. *Benedek L.*: Emlékbeszéd néhai *dr. Fabinyi Rudolf* lipótmezei állami elme- és ideggyógyintézeti igazgató, egyet. magántanárjáról. — In: Közlemény a Magyar Elmeorvosok Egyesülete Kassán, 1941. évi jún. hó 1-jén megtartott Évi Rendes Közgyűléséről. Bethlen G. Irodalmi és Nyomdai Rt. Budapest, 1941., 5—11. — 73. *Benedek L.*: Elnöki megnyitó. — In: Közlemény a Magyar Elmeorvosok Egyesülete Kassán, 1941. évi jún. hó 1-jén megtartott Évi Rendes Közgyűléséről. Bethlen G. Irodalmi és Nyomdai Rt. Budapest, 1941., 3—5. — 74. *Benedek L.*: Elnöki megnyitó. (Megemlékezés a közelmúltban elhunyt *Johannes Breslerről*, s *Theodor Meynert* halálának 50 éves évfordulójáról) — In: Közlemény a Magyar Ideg- Elmeorvosok Egyesülete XVI. Országos Értekezle-

tének tudományos üléseiről. (Budapest, 1942. november 1-jétől 3-ig), Bethlen G. Irodalmi és Nyomdai Rt. Budapest, 1942., 3—9. — 75. *Benedek L.*: †*Meynert Theodor* (1833—1892). — Orv. Hetil. 25, 305 (1942). — 77. *Benedek L.*: A háborús elme- és idegbajokról a rokkantellátás szempontjából. — Népegészségügy. 9, 342 (1943). — 78. *Benedek L.*: A büntetésekkkel és veszélyes lelkiállapotú személyekkel szemben való védekezésről. — Népegészségügy. 23, 856 (1943). — 79. *Benedek L.*: Kóros szervezések (Coenasthopathiák) idült járványos agyvelőgyulladásban. — Orv. Hetil. 32, 375 (1944). — B) *Benedek László egyes műveiről készült referátumok, vagy azokkal összefüggésben álló tanulmányok*: — 80. *Bagothay L.*: Referátum *Benedek L.*: „Über die Schädelperkussion”. (Verlag Karger, Berlin, 1932.) — című munkájáról. — Budapesti Orvosi Újság. 24, 574 (1932). — 81. *Focher L.*: Ismertetés *Benedek L.*: „A cselekvő eugenikának és a pszichiátriának öröklésbiológiai és orvosi vonatkozásai” — című dolgozatáról. — Magyar Psychológiai Szemle. 3—4, 82 (1931). — 82. *Focher L.*: Referátum *Benedek L.*: „A cselekvő eugenikának és az elmeorvosászatnak öröklésbiológiai és orvosi vonatkozásai” — című tanulmányáról. — Budapesti Orvosi Újság. 13, 305 (1932). — 83. *Schaffer K.*: Átöröklés és idegrendszer. — Orv. Hetil. 43, 734 (1924). — 84. *Schaffer K.*: Az eugenika jelentősége elme- és idegorvosi szempontból. — Orv. Hetil. 8, 161 (1934). — 85. *Szecsődy I.*: A kriminál-biológiai személyiség kutatása és az igazságszolgáltatás. — Budapesti Orvosi Újság. 35—36, 753 (1937). — 86. *Szecsődy I.*: Az elmeorvos öröklés és származástani feladatai. — Budapesti Orvosi Újság. 47, 1021 (1938). — C) *Benedek László személyéről, tevékenységéről és életműve egészéről megjelent ismertetések, cikkek, megemlékezések*: — 87. *Angyal L.*: *Benedek László* (1936—1945) és kora. — Idegyógyászati Szemle. 5, 216 (1983). — 88. *Bakody A.*: Titkári beszámoló a Magyar Elmeorvosok Egyesülete Kassán, 1941. június 1-jén megtartott évi rendes közgyűlésén. — Bethlen G. Irodalmi és Nyomdai Rt. Budapest, 1941., 35—37. — 89. *Benedek L.*: — In: A magyar társadalom lexiconja. Hornyánszky V. Rt. Könyvnyomda és Pallas Irodalmi és Nyomdai Rt. Nyomdája. Budapest, 1930., 56. — 90. *Benedek L.*: — In: Keresztyén Magyar Közéleti Almanach. (Első kötet.) „Patria” Irodalmi Vállalat és Nyomdai Rt. Budapest, 1940., 88—89. — 91. *Benedek L.*: — In: Magyar Politikai és Politikai és Közigazgatási Compass (1939—1942.) Athenaeum Irodalmi és Nyomdai Rt. Budapest, 1942., 111. — 92. *Benedek L.*: — In: Magyar Életrajzi Lexikon. (Első kötet.) Akadémiai Kiadó. Budapest, 1981., 175. — 93. *Benedek L.*: Rector Magnificus, tudományos működése az 1935—36. tanévben, s a vezetése alatt álló *Ideg- és elmeklinika személyzete*. — In: Évkönyv és Almanach a Debreceni M. Kir. Tisza István Tudományegyetem 1935—36. tanévről. Tisza István Tudományegyetem Nyomda. Debrecen 1936., 123, 168—170 és 205. — 94. Vitéz *Benedek László* orvosdoktor és a vezetése alatt álló *Elme- és Idegkórtani Klinika személyzete*. — In: A Budapesti Királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem Almanachja, fennállásának 308. tanévében, az 1942/1943. tanévre. Budapesti Királyi Magyar Egyetemi Nyomda. Budapest, 1943., 44—45 és 104. — 95. †*Benedek László* egyet. ny. r. tanár és a vezetése alatt állott *Elme- és Idegkórtani Klinika személyzete*. — In: A Pázmány Péter Tudományegyetem Almanachja, fennállásának 309., 310. és 311. évében, az 1943/1944., 1944/1945. és 1945/1946. tanévekre. Egyetemi Nyomda, Budapest, 1947., 44—45. és 104. (az 1943/1944. évekre vonatkozóan), s 74. és 118. (az 1945/1946. éveket illetően). — 96. *Jancsó M.*: *Benedek L.* magántanári képesítése tárgyában Kolozsváron. 1917. febr. 4-én adott vélemény. — Ajtai A. Kiadó. Kolozsvár, 1917., 1—8. (104—1916/17. o. k. sz./1917. évi 17. 257. sz. Nemzeti Múzeumi Könyvtár Nyomtatvány Növendéknapló.) — 97. *Lechner K.*: Előterjesztés *Dr. Benedek László* magántanári képesítése tárgyában. — 104—1916/17. o. k. sz./1917. évi 2157. sz. Nemzeti Múzeumi Könyvtár Nyomtatvány Növendéknapló.) 1—7. — 98. *Nyirő Gy.*: *Benedek László* (1887—1945). — In: Adatok néhány jelesebb magyar elmeorvosról. (Psychiatria. Egyetemi tankönyv.) Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1961., 676—677. — 99. *Pap Z.*: Emlékezés *Benedek Lászlóra*. — Orv. Hetil. 38, 2290 (1977). — 100. *Benedek László Emlékkönyv*. (Tanári működésének tizedik évfordulója alkalmából. Írták: Tanítványai.) — Dolgozatok a Debreceni M. Kir. Tisza István Tudományegyetem Ideg- és Elmeorvosászati Klinikájáról. Pannonia Könyvnyomda Vállalat. Debrecen, 1932., 1—286. — 101. *Juhász Pál*: A magyar ideg- és elmeorvosászat a két világháború közötti években. — (A Magyar Orvostörténelmi Társaságban tartott előadás kézirat, 1982. 31 gépelt oldal + 9 oldal bibliográfia.)

F. Pisztora: *The Expert and Scientific Work László Benedek in Accident Insurance, Caring for the Invalids, Medicolegal Psychiatry, Criminology and Criminal psychology and His Contribution to Medical History*

Ideggyógyászati Szemle 41. 467—475. 1988.

SZAOTE Ideg- és Elmegyógyászati Klinika
(igazgató: Szilárd János dr., egyetemi tanár)
* Nagyjai Alkoholelvonó és Munkaterápiás Intézet
(igazgató: Raska László dr., o. v. főorvos)
** SZAOTE Központi Kutató Laboratórium
(igazgató: Kása Péter dr., egyetemi tanár) közleménye

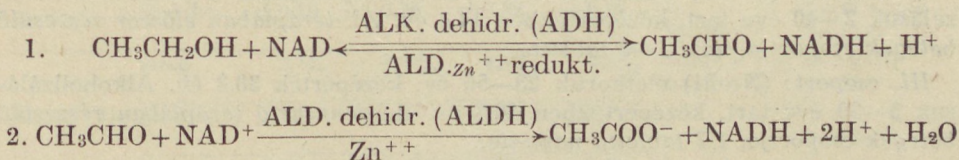
Krónikus alkoholista férfi betegek vér acetaldehid és etilalkohol szintjének gázkromatográfiai meghatározása az Antaethyl terápia tükrében

DURKO IRENE, SOMOGYI ISTVAN, RASKA LÁSZLÓ*, BALOGH ILONA, BUDAIDÉNES**, MAROTI LÁSZLÓ* SZERDAHELYI PÉTER**, BANKA LAJOS*, SZILÁRD JÁNOS

Bevezetés

Bár az Antaethyl (bisz-/dietyl-tiokarbamoil/ diszulfid) (AE), más néven Anticol, diszulfiram terápia az „eszközös pszichoterápia” közé sorolható az alkoholisták kezelésében, de hatása és célja biokémiai alapokon nyugszik.

Az etilalkohol fő metabolitikus útja a következő:



Az AE az aldehid-dehidrogenáz (ALDH) részleges gátlásán keresztül emelkedő koncentrációjú acetaldehidet (AA) eredményez, melynek hatására — jelen ismereteink szerint — az ún. „ráívásra” a beteg az általa provokált ismert kellemetlen „tünetegyüttest” szenved el. (Kipirul az arca, hányinger, hányás és szaggató fejfájás kínozza, szédül, légszomja és kínzó szívtáji fájása támad, vérnyomás süllyedése collapsusig fokozódhat.) A fenti vegetatív tünetektől való félelem kiépítése az az eszköz, melyet a terápia hasznosít.

Az AE és anyagcsere termékeinek metabolizmusa széles körben vizsgált. Számos kísérleti adatot találtunk ezen anyagok hatásáról az etilalkohol metabolitikus oxidációjára is [7, 11, 16, 22].

Jelen kísérleteink célja nem volt több, mint az AE terápia hatékonyságának biokémiai tesztelése a „ráívás” paramétereinek szigorú betartásával. Természetesen elfogadtuk azon kutatók megállapítását, akik a kellemetlen „tünetegyüttes” kialakulását a megnövekedett AA-szintben látják. Kerestük továbbá azt a kritikus vér acetaldehid-koncentráció-tartományt is, amely ennek kialakulását provokálja.

A „ráívás” modelljeként (0,5 g/kg 96⁰/₀-os) (0,66 ml/kg) etilalkohol-terhelést alkalmaztunk. Ez a mennyiség az irodalomban található humán etilalkohol terhelési kísérletek adatai szerint egy közepes koncentráció-értéknek, az ún. szociálisan akceptált alkoholfogyasztásnak felel meg.

Az etilalkohol terhelési koncentráció kiválasztásánál másik fontos szempont volt *Khanna* és *mtsai* [12], azon megállapításai, hogy ha a vér alkoholszintje a 2—20 mmol/l értéket nem haladja meg, az alkohol metabolizmusa mintegy 70%-ban az ALDH keresztül oxidálódik.

Ez a terhelési koncentráció nem esik bele azon magasabb alkohol-koncentrációba, amikor a kataláz (KAT) és a mikroszomális etanoloxidáció szisztéma (MEOS)-rendszerek is jelentős részt vállalnak az etilalkohol eliminálásában.

A nagyfai Alkohollevonó- és Munkaterápiás Intézetben kezelt betegek jó lehetőségét adták annak, hogy vizsgálatainkat egy jól definiált, valóban krónikusan alkoholizáló betegcsoporton végezhesük. Kizárólag férfi betegek vizsgálatára szorítkoztunk, hogy elkerüljük a női betegek pszichés és hormonális labilitásából eredő hibákat.

A vénás vér acetaldehid- és etilalkohol-szintjeinek gázkromatográfiás követése mellett a szérum Fe^{++} , Cu^{++} és Zn^{++} ion szintjeit is meghatároztuk, atomabszorpciós mérésekkel.

Vizsgálat leírása és módszer

A nagyfai intézetben az Antaethyl-kezelésre váró, a kezelés alatt lévő és a fenntartó kezelésben részesülő krónikus alkoholista férfibetegekből önkéntes jelentkezés alapján három csoportot képeztünk.

I. csoport: (N=46) életkoruk 20—52 év, középértékben 37,7 év. Alkoholizálásuk 5—31 éve tart, középértékben 14,0 év. *AE-terápiában nem részesült betegeket soroltuk.*

II. csoport: (N=36) életkoruk 26—56 év, középértékben 37,8 év. Alkoholizálásuk 2—40 éve tart, középértékben 14,8 év. *AE-terápiában először részesülő betegek csoportja, napi 1—2 tableta.*

III. csoport: (N=51) életkoruk 23—56 év, középérték 38,3 év. Alkoholizálásuk 5—30 éve tart, középértékben 16,3 év. *AE-fenntartó terápiában részesülő betegek csoportja, 1/2 tableta naponta.*

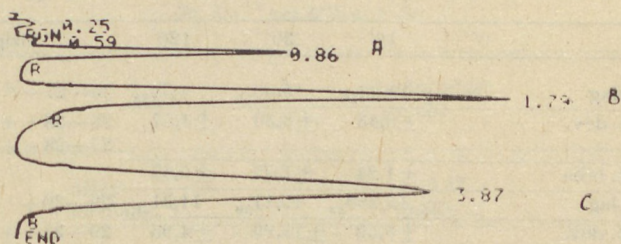
A „ráivást” alkoholverheléssel modelleztük. (0,5 g/g 96%-os etilalkoholt (0,66 ml/kg) szénsavmentes gyümölcsleiben 30 perc alatt fogyasztottak el, nővéri felügyelet mellett. A kísérleteket minden esetben és csoportban, reggel 9 órakor kezdtük.

A vénás vér AA- és etilalkohol értékeit a terhelés előtti 0 perces, a terhelés utáni 15 és 30 perc, valamint a 2 óra múlva vett mintákból határoztuk meg. A betegek normál étrenden voltak, a vizsgálat napjának reggelén 1 db zsemle és 2 dl kávét fogyasztottak. A kísérlet ideje alatt C-vitamint terápiásan nem kaptak.

A vér acetaldehid- és etilalkohol-szintjeit gázkromatográfiásan határoztuk meg *Christensen* és munkatársainak head space módszere szerint [1]. (A mintavétel, a minta előkészítése, az alkalmazott eszközök a gázkromatográfiás head space-technika kritériumainak mindenben megfelelt.)

A használt gázkromatográf Perkin Elmer Sigma 1 B volt, H-ionizációs detektorral, és 80—100 mesh átmérőjű Porapak Q-töltettel. A műszer beállítása: oszlophőmérséklet 150 °C, a bevitel hőmérséklete 200 °C, a detektor hőmérséklet 300 °C volt. A H áramlási sebessége 220 kPa, a levegő áramlási sebessége 170 kPa, a nitrogén vivőgáz áramlási sebessége 45 ml/perc értékű volt.

Egy jellegzetes kromatográfiás görbét az 1. ábrán mutatunk be, belső standardként izobutiraldehid szolgált.



1. ábra

I. táblázat

A vénás vér acetaldehid koncentráció ($\mu\text{mol/l}$) változásai az antaethyl terápia alatt alkohol terhelésre

Csop.	N		0'	15'	30'	120'	Szignifikancia
I.	46	átlag	1,769 ₁	2,51 ₂	2,58 ₃	2,49 ₄	1—2 + 1—5 +
		St. dev.	$\pm 0,43$	$\pm 0,75$	$\pm 1,01$	$\pm 0,76$	1—3 + + + 1—9 +
		St. hiba	$\pm 0,07$	$\pm 0,11$	$\pm 0,14$	$\pm 0,11$	1—4 + 5—9— 2—6 + + + +
II.	36	átlag	2,16 ₅	4,98 ₆	4,71 ₇	3,64 ₈	5—6 + 2—10 + + +
		St. dev.	$\pm 0,73$	$\pm 2,33$	$\pm 1,96$	$\pm 1,69$	5—7 + + + 6—10—
		St. hiba	$\pm 0,15$	$\pm 0,38$	$\pm 0,32$	$\pm 0,28$	5—8 + 3—7 + + + 3—11 + + + 9—10 + 7—11—
III.	51	átlag	2,14 ₉	3,89 ₁₀	4,79 ₁₁	3,63 ₁₂	9—11 + + + 4—8 + +
		St. dev.	$\pm 1,11$	$\pm 2,28$	$\pm 2,15$	$\pm 1,42$	9—12 + 4—12 + + +
		St. hiba	$\pm 0,15$	$\pm 0,32$	$\pm 0,30$	$\pm 0,19$	8—12—

A jobb alsó sarokban levő számok a matematikai analízisben felhasznált halmazok jelölésére szolgálnak (Kruskal—Wallis-próba, variancia-analízis)

Szignifikancia: van
 $P < 0,05 +$
 $P < 0,01 + +$
 $P < 0,001 + + +$
 nincs $P > 0,05 -$

(A jelölés minden táblázatban 1—4. azonos)

A 0 perces vérmintákból atomabszorpcióval Fernandez és mtsai módszere alapján [10], a szérum Fe^{++} , Cu^{++} és Zn^{++} -ionok mennyiségéről tájékozódunk mindhárom csoportban.

Eredmények

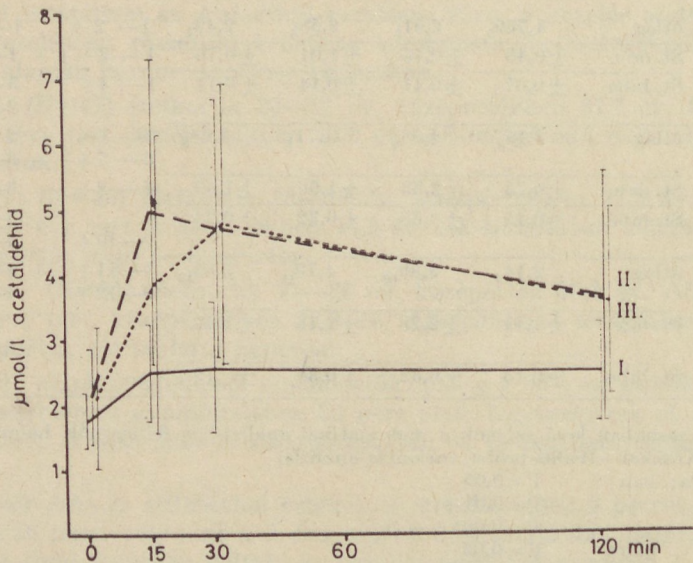
Kísérleteink vénás vér acetaldehid-koncentrációra vonatkozó adatait az I. táblázatban foglaltuk össze, az etilalkohol-szinteket a II. táblázat tartalmazza.

Az acetaldehid időbeli koncentráció változásait az I—III. csoportra vonatkozólag a 2. ábra tartalmazza.

A „ráivásra” létrejött rosszulletek acetaldehid szintjeit a III-as táblázatban külön is ismertetjük. Ezek a vizsgált betegcsoportok 25%, ill. 33%-át képezik egy magasabb acetaldehid-koncentrációs átlaggal.

Vénás vér etilalkohol koncentrációk (mmol/l) a kísérlet alatt

Csop. N		0'	15'	30'	120'	Szignifikancia	
I.	46	átlag	15,22 ₂₆	15,60 ₂₇	8,74 ₂₈	26—27—	26—29—
		St. dev.	±8,43	±8,30	±4,57	26—28+++	26—32—
		St. hiba	±1,24	±1,22	±0,67	27—28+++	29—32—
II.	36	átlag	15,289 ₂₉	19,11 ₃₀	11,31 ₃₁	29—30+	27—30—
		St. dev.	±8,59	±11,99	±4,95	29—31+++	27—33—
		St. hiba	±1,43	±1,99	±0,82	30—31++	30—33—
III.	51	átlag	13,57 ₃₂	16,08 ₃₃	11,03 ₃₄	32—33+	28—31+
		St. dev.	±6,99	±7,39	±5,14	32—34++	28—34+
		St. hiba	±0,97	±1,03	±0,7	33—34++	31—34—



2. ábra. Vénás vér acetaldehid-koncentrációk átlagértékei az I. táblázat alapján

Perkin-Elmer gázkromatográfval, Porapak Q-töltettel mért eredmények kromatogramja:

A:0,86 perc retenciósi időnél 10,69 µmol/l acetaldehid

B:1,79 perc retenciósi időnél 6,19 mmol/l etanol

C:3,87 perc retenciósi időnél 210 µmol/l isobutiraldehid mint belső standard

Adataink jól tükrözik az AE-gátló hatását az ALDH izoenzimre a II. és III. csoportban azonos szinten.

A kritikus 15 és 30 perc értékeiben mutatkozó nagy szórás nem méréseink nagy hibájára, hanem a nagy egyéni differenciákra utal (ld.: I. táblázat). Találtunk magas acetaldehid-értékeket az I. csoportban is vegetatív tünetegyüttes nélkül.

III. táblázat

A vegetatív „tünetegyüttes” elszorított kísérlet alatti max. „vér” acetaldehid értékei, valamint Se Zn⁺⁺ion értékei 0'-ben

Csop.	N		Acetaldehid μmol/l	Se Zn ⁺⁺ μg/100 ml
		átlag median	7,47 (6,55)	99,31 (91,37)
II.	9	St. dev.	±3,02	±24,95
	25 %	St. hiba	±1,00 ₂₂	± 8,83 ₂₃
		átlag median	6,82 (6,32)	93,95 (95,25)
III.	17	St. dev.	±2,46	±12,58
	33 %	St. hiba	±0,61 ₂₄	±3,24 ₂₅

IV. táblázat

A vizsgált krónikus alkoholisták Se-ion szintjei a kísérlet 0'-ben (μg/100 ml)

Csop.	N		Zn	Cu	Fe	Szignifikancia
		átlag (median)	94,40 (95,00) ₁₃	110,73 (106,50) ₁₆	84,19 (85,00) ₁₀	
I.	46	St. dev.	±21,34	±17,50	±24,12	
		St. hiba	± 4,18	± 3,43	± 4,73	Szignifikancia el- térés csak 16. és 18. halmazban van ++
		átlag (median)	98,09 (93,50) ₁₄	102,66 (102,50) ₁₇	101,65 (97,00) ₂₀	
II.	36	St. dev.	±20,36	±21,46	±45,13	
		St. hiba	± 4,07	± 4,29	± 9,02	
		átlag (median)	91,47 (92,75) ₁₅	98,93 (100,49) ₁₈	81,19 (84,00) ₂₁	
III.	51	St. dev.	±13,86	±21,84	±25,28	
		St. hiba	± 1,94	± 3,05	± 3,54	

A szérumban Fe^{++} , Cu^{++} , Zn^{++} -ionjainak koncentráció értékeit a IV. táblázat tartalmazza. Nem sikerült bizonyítani a krónikus alkoholisták kórosan magas, ill. kórosan alacsony szérumban Zn^{++} és Cu^{++} -ion szintjeit, de a vasháztartás zavarát sem a kísérlet idején. A középértékektől való jelentős szórás a nagy egyéni differenciákra utal, de a normál értékeken belül. Említésre méltónak tartjuk viszont a Cu^{++} -ionokban mutatkozó szignifikáns különbséget az I. és III. csoport vonatkozásában. Ennek egyik magyarázata lehet az AE metabolizmusának a diethilditiokarbamátnak (DDTC) kelátképző tulajdonsága [6].

Megbeszélés

Számos közlemény foglalkozik a táplálkozás és az etilalkohol farmakokinetikájának összefüggéseivel [19]. A nagyfajta betegek vizsgálata azért is célszerűbbnek látszott, mert feltételezhető a kb. azonos összetételű és kalóriájú táplálkozási szint a kísérlet ideje alatt.

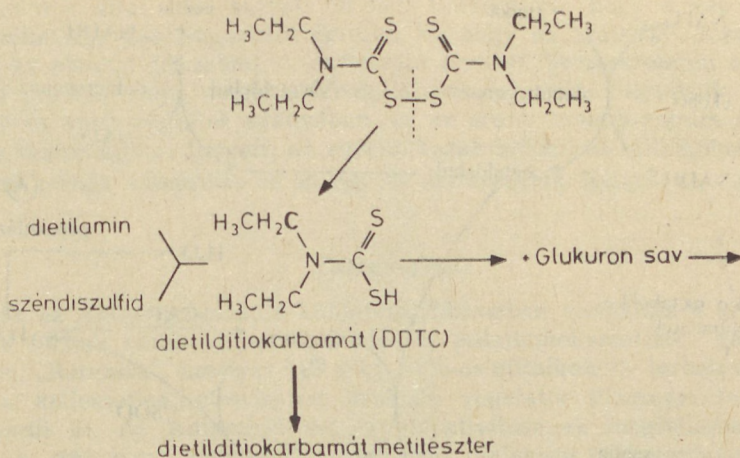
Feltételezzük továbbá a krónikus és nagymennyiségű korábbi alkoholfogyasztásból eredő májkárosodás relatív összehasonlítható mértékét is. Szükségtelennek tartjuk pl. a gamma-GT és egyéb májkárosodásra utaló adatok középértékben való közlését a csoportok szerint. Értékelhetősége még egyéni lebontásban is tájékozódó jellegű és nem specifikus, és függ a korábban fogyasztott alkohol mennyiségétől. Hasonló megfontolások érvényesek az aspartat-aminotranszferáz és a glutamátdehidrogenáz értékekre is [18]. Ez utóbbi különösen nem informatív az AE-terápia alatt, mivel metabolikus terméke a DDTC számos enzimaktivitás értékét változtatja meg [6].

Az etilalkohol metabolizmusában szerepet játszó, ún. kronofarmakokinetikai tényezők miatt, kísérleteinket minden esetben és csoportban reggel 9 óra körül kezdtük [21].

Az etilalkohol oxidációja alatt az acetaldehid vérben történő meghatározására kidolgozott analitikai módszerek kritikai áttekintése után [8] választásunk *Christensen* és mtsainak 1981-ben publikált módszerére esett [1]. A head space-technika, valamint a protein kicsapási módszer, lehetővé tette a fehérjékhez kötött AE mérését is. A KAT- és a MEOS-rendszerek által metabolizált etilalkohol is AA-et eredményez, melyet egységesen a nem specifikus ALDH izoenzimek metabolizálnak acetát gyökké, amely a Krebs-ciklusba jut (ld.: 2. reakció út). Feltételezzük, hogy reális AA-értékeket kaptunk a vénás vére vonatkozólag az AE-terápia hatásosságának biokémiai tesztelésére.

Hangsúlyozni szeretnénk, hogy a II. és III. csoportban a kritikus 15 és 30 perces acetaldehid-értékek nagy szórása a középértéktől nem méréseink pontatlanságát jelzik. Ezek a nagy differenciák az ADH és ALDH izoenzimek és az aldehydreduktáz egyéni aktivitás különbözőségéből származhatnak. A két ismert ADH-izoenzim reakcióképessége az AA és az etilalkohol-koncentráció függvénye.

Nem ismerjük továbbá az AE-koncentráció hatását ezen izoenzimek sebeségére, különös tekintettel az AE-DDTC-átalakulás egyéni sebeség különbségeire. Lényeges tényező a beteg AE szembeli gyors vagy lassú metabolizáló volta. Nem ismerjük, hogy a krónikus alkoholizálás okozta membránkárosodás, milyen mértékben és módon modifikálta a P 450 molekulát és annak kötődését a membránhoz, és a drog metabolizmusa szempontjából olyan fontos változás mennyiben felelős a nagy egyéni differenciák kialakulásáért az AE-terápia alatt. Itt szeretnénk utalni arra az ismert gyakorlatra, hogy az alkohol „ráívás” kellemetlen tünetei, C-vitamin és vas parenterális adására, általában gyorsan rendeződnek. A C-vitamin viszont katalizálja az AE S atom-



3. ábra. Antaethyl (Disulfiram) metabolizmusa

jának redukcióját SH-csoporttá a dietilditiokarbamáttá alakulás során (ld. 3. ábra). Számos tanulmány foglalkozik a krónikus alkoholisták C-vitamin háztartásának elégtelenségével.

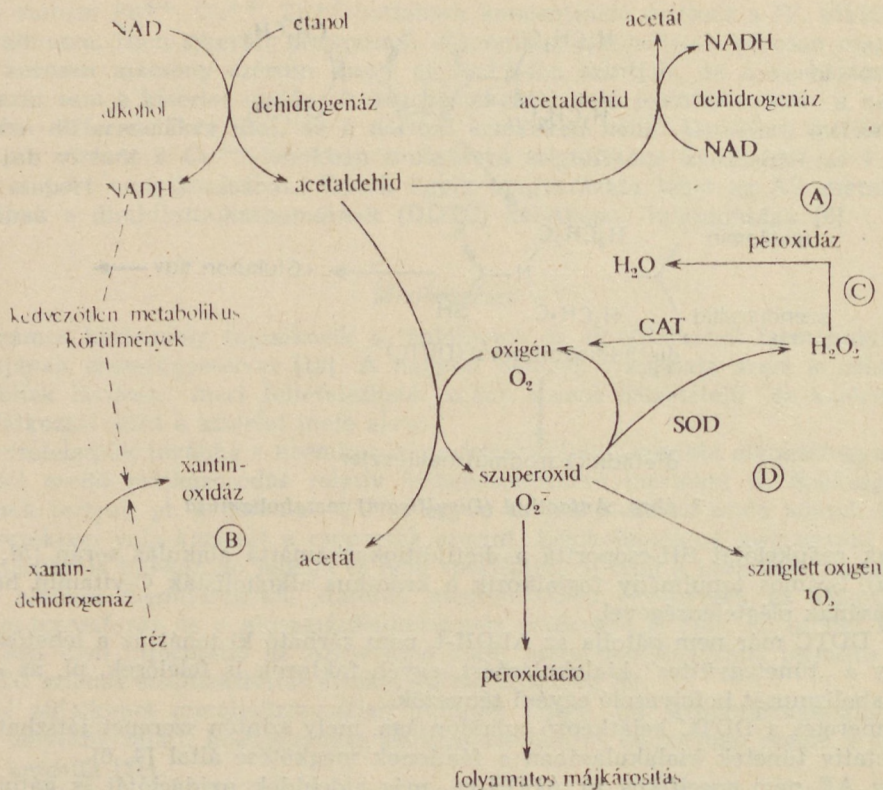
A DDTC már nem gátolja az ALDH-t, nem zárható ki tehát az a lehetőség, hogy a „tünetegyüttes” kialakulásáért, egyéb faktorok is felelősek, pl. az AE metabolizmusát befolyásoló egyéni tényezők.

Ismeretes a DDTC kelátképző tulajdonsága, mely szintén szerepet játszhat a vegetatív tünetek kialakulásában a fémionok megkötése által [4, 6].

Az AE nem specifikus az ALDH-ra, más aldehidek oxidációját is gátolja. Ismeretes, hogy inhibiálja az SH-tartalmú enzimeket, így gátolja a szénhidrogén-anyagcserét, a mitochondriális oxidációt, a neurotranszmitterek szintézisét, a drogok anyagcseréjét és a nikotin adenin-dinukleotid-dehidrogenázét. Ez utóbbi azért jelentős, mert gátolja a NAD újratermelődését. A legújabb kísérletek viszont arra mutatnak rá, hogy az alkoholista általános anyagcseréjének legkritikusabb pontja a NAD/NADH aránya az alkohol metabolizmusa szempontjából is [2].

Magasabb koncentrációjú alkoholverhelés esetén, valószínűleg nagyobb számú rosszulletet figyelhettünk volna meg. Ez esetben viszont a KAT- és MEOS-rendszerek nagyobb százaléku részvételével kellene számolnunk az alkohol lebontásában (ld. 4. ábra), [9, 15].

Az etilalkohol metabolitikus oxidációjának sebességmeghatározó enzime az ADH. Az ALDH gátlása viszont, szükségszerűen vezet egy lassúbb oxidációhoz, vagyis egy magasabb etilalkoholszinthez a vérben [5]. Ez a tetemes, még két óra múlva is jól mérhető alkoholkoncentráció, jól demonstrálható a II. és III. csoport betegeinél. Bár az alkoholverhelésre rosszul levők magasabb AA-szintet adnak, középtérfkben nem tudunk megadni egy olyan biztos koncentráció-tartományt, amelynek elérése estén a betegek nagy valószínűséggel produkálják az ismert, kellemetlen vegetatív tüneteket. A nem rosszul levők is adtak kiugró AA-értékeket mindhárom csoportban, viszont olyan esettel nem találkoztunk, amikor igen alacsony AA-értéknél rosszul lett volna a beteg. Eredményeink megerősítik azt a korábbi felismerést, hogy krónikus alkoholisták ALDH-aktivitása csökkent a nem alkoholizáló normál egyénekhez viszonyítva (ld. 2. ábra., I. csoport).



4. ábra. Az alkoholos májkárosodás hipotetikus szabad gyökös patogenezise (Lewis nyomán)

Általánosan elfogadott, hogy az AE-terápia veszélytelen, ha a beteg a terápia alatt, vagy után, nem fogyaszt alkoholt, vagyis, ha a terápia alatt sikerült a betegben kiépíteni a kellemetlen tünetektől való félelmet. Az újabb állatkísérletes adatok, amelyek az AE metabolitjainak pl. a DDTC-nek a KAT-, a superoxid-dizmutáze (SOD), glutation-peroxidáz (GP-áz) és a glutation-reduk-táz (GR-áz)-enzimekre vonatkozó hatásaira mutatnak, azt sugallják, hogy a kellemetlen tünetegyüttes kialakulásáért nem az AA lehet kizárólag a felelős. Ugyanakkor azt is sugallják, hogy a májkárosodott beteg antioxidáns enzim-jeinek a gátlása, vagy akár indukálása az AE és metabolitjai által, számos veszély forrása lehet [6, 9, 14, 15], (4. ábra), különösen azon betegeknél, akiknél nem sikerült a félelmet kiépíteni, vagyis akiknél a terápia hatástalan.

A fenntartó kezelés alatti „ráívás” egy másik veszélye lehet a morfinszerű tetrahydroizokinolin-származékok képződése is. Az AE gátolja a dopamin-béta-hidroxilázét is, beleszól a katekolamin-anyagcserébe [17]. A megnövekedett dopamin-koncentráció kedvez az acetaldehiddel történő reakciónak, és többek között salsolinol is keletkezik [3]. Feltételezik, hogy ez az opiát receptorokhoz kötődő anyag fokozza az alkoholívás utáni kellemes érzést, euforizál [13]. Minthogy az opiátszerű anyagok, erősebben kötődnek az opiát receptorokhoz, mint a peptid-opiátok, kiszorítják azokat a receptorokból. Krónikus alkoholistáknál eltérő arányt találtak az agy opiát receptorokhoz kötő-

roizokolinok által. Más szóval, fel kell tételeznünk, hogy a kezelt betegek egy részénél egy prédiszpozíciót építünk ki, hogy ha „ráiszik”, fokozottabban éli meg az alkohol felszabadító, euforizáló hatását. Természetesen ezen veszélyeket a „ráívás” rejti magába. Vizsgálatainkat tovább folytatjuk, célunk a dő NAD és opiát-peptidek arányában, ez az arány tovább romlik a tetrahid-tömeges tesztvizsgálat helyett, az egyéni karakterisztikák etilalkohol oxidálási kinetikus görbék kiszűrése, és az egyéni differenciák feltárása az AE-terápia alatt.

Összefoglalás

A szerzők az Antaethyl-terápia különböző fázisaiban vizsgálták a krónikus alkoholisták férfiak vénás vér acetaldehid- és etilalkohol-szintjeit, gázkromatográfiásan. „Ráívásra”, amelyet (0,5 g/kg 96⁰/₀-os etilalkohol)- terheléssel modelleztek, a kellemetlen, elrettentést szolgáló vegetatív tünetegyüttes, 29,88⁰/₀-ban alakult ki. Az Antaethyl-terápia hatékonyságának megítélésében mérlegelő a „ráívásra” keletkező acetaldehid, valamint a komplexképző, számos enzim aktivitását befolyásoló dietil-ditiokarbamát állandó termelésében rejlő metabolikus veszély is.

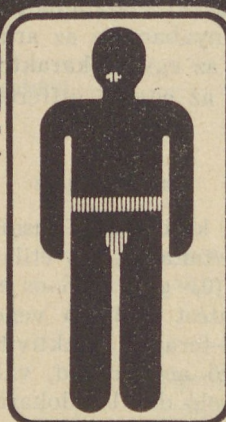
IRODALOM: 1. Christensen, J. M. és mtsai: Clin. Chim. Acta 116, 383, (1981). — 2. Cleary, J. P.: J. Orthomol. Med. 1, 149 (1986). — 3. Collins, M. A. és mtsai: Science 206, 1184 (1979). — 4. Das, I. és mtsai: J. Lab. Clin. Med. 104, 610 (1984). — 5. Dawson, A. G.: TIBS, 8, 195 (1983). — 6. Deneke, S. M., Fanburg, B. L.: Biochem. Pharm. 29, 1367 (1980). — 7. Dietrich, R. A., Erwin, V. G.: Mol. Pharmacol. 7, 301 (1971). — 8. Eriksson, C. J. P.: Pharmacol. Biochem. Behav. 18, Suppl. 1, 141 (1983). — 9. Fehér, J., Vereckei, A.: Szabadgyök-reakciók jelentősége az orvostudományban. Biogal Gyógyszergyár, Debrecen, 99—101, (1985). — 10. Fernandez, F. J., Kann, H. J.: Clin. Chem. Newsletter, 3, 24—27 (1971). — 11. Hellström-Hindahl, E., Wiener, H.: Biochem. Pharmacol. 34, 1529 (1985). — 12. Khanna, J. M., Israel, I.: In: Javitt N. B. ed. Liver and Biliary Tract Physiology. Vol. 21. Baltimore. University Park Press. 275—315 (1980). — 13. Levine, A. S.: Alcoholism. Clinical and Exper. Res. 7, 83 (1983). — 14. Levine, S. A., Kidd, P. M.: J. Orthomol. Psych. 14, 19 (1985). — 15. Lewis, K. O., Paton, A.: The Lancet ii: 188—189 (1982). — 16. Mackerell, A. D. és mtsai: FEBS Lett. 179, 77 (1985). — 17. Majchrowicz, E.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 215, 84 (1973). — 18. Marks, V.: J. Clin. Path. 36, 365 (1983). — 19. Morgan, M. J.: Alcohol and Nutrition Br. Med. Bull. 38, 21 (1982). — 20. Smith, M. és mtsai: Ann. Hum. Genet. 27, 789 (1971). — 21. Sturtevant, F. M., Sturtevant, R. P.: In: Majchrowicz, E., Noble, E. P. eds. Biochemistry and Pharmacology of Ethanol. New York, Plenum Press, 27—40 (1979). — 22. Vallaris, R. C., Pietruszko, R.: Science 216, 637 (1982). —

Irene Durkó, I. Somogyi, L. Raska, Ilona Balogh, D. Budai, L. Maróti, P. Szerdahelyi, L. Benke and J. Szilárd: Gas Chromatographic Determination of Blood Acetaldehyde and Ethylalcohol Levels in Chronic Alcohol Addict Male Patients: Relations to Antaethyl Therapy

HEVIZOS^R

**Chemotherapeuticum
antiviralis**

kenőcs



Herpes vírusfertőzésekben alkalmazható lokális készítmény. A kenőcs hatóanyaga a herpes vírus DNS szintézisébe avatkozik be, ezáltal gátolja annak szaporodását. A felvitt dózis jelentős része a bőrben lokalizálódik, a kezelés során általános hatás nem tapasztalható.

HATÓANYAG

80 mg 3-/2-dezoxi-β-D-ribofuranozil-/5-izopropil-uracil, 10 g vízzel lemosható szuszpenziós kenőcsben.

JAVALLATOK

Herpes simplex recidivans, herpes zoster és herpes progenitalis recidivans helyi kezelésére.

ELLENJAVALLAT

Jelenleg nem ismeretes.

ALKALMAZÁS

A beteg bőrfelületet naponta 3—5 alkalommal kell vékonyan bekenni. A kezelési idő tartama 3—5 nap, amely kivételesen az eset súlyosságától függően 6—12 napra emelhető.

MELLÉKHATÁS

Enyhe, égő, átmeneti csípős érzés.

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal — ismételhető.

CSOMAGOLÁS

1 tubus (10 g) 10,— Ft

Előállítja:

B BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmeagyógyászati Klinika
(Igazgató: dr. Szilárd János, egyetemi tanár) közleménye

Két cigány nő sclerosis multiplexes megbetegedése

HEINER LAJOS DR. ES SZILÁRD JÁNOS DR.

Közlésre érkezett: 1988. június 5.

Pálffy [3] 1980-as adatai szerint, 30 év alatt 219 sclerosis multiplexes beteget kezeltek Pécsen, akiknek kórismézése a Bauer-féle diagnosztikus kritériumok alapján történt [1]. E betegek között cigány nem volt. 1981-ben Pálffy és mtsai [4] egy cigány férfi határozott sclerosis multiplexes megbetegedését ismertették. A sclerosis multiplex prevalenciája Délnyugat-Magyarországon 37/100 000 a magyar népességben, míg 2/100 000 a cigányokban [5]. Pálffy [6] 1983-as közlése szerint Pécs 172 000 lakosa között 98 sclerosis multiplexes beteg volt, közülük egy sem cigány. Későbbi beteganyagában három cigánybeteg megbetegedése a betegség keleti formájának felelt meg, míg két részben cigányé a kaukázusi formának [7].

Klinikai és immungenetikai vizsgálatokkal megállapítottuk, hogy három cigánybeteg megbetegedése klinikailag a betegség keleti formájának felelt meg, míg két félcigányé a kaukázusi formának [7].

A Szegedi Ideg- és Elmeagyógyászati Klinika harmincéves anyagában két cigány betegről tudunk, akiket sclerosis multiplex körjelzéssel kezeltünk. Neuroepidemiológiai vizsgálatok nem történtek, immunológiai vizsgálatok pedig nem is történhettek. A kórisme az akkori klinikai vizsgálati lehetőségeknek megfelelő leletek, megfigyelések alapján történt. neuropathológiai vizsgálat egyik esetben sem volt S. I. 1942-ben született nő 1959 márciusa és 1960 augusztusa között hat alkalommal feküdt a klinikán. Betegsége 1958 novemberében szédüléssel, majd centralis, facialis gyengeséggel és nagy fokú látásromlással kezdődött. Utóbbi miatt szemészeti osztályra került. Leleteiből: visus: 1 méterről olvas ujjakat, illetőleg correctioval 5/12. Szemfenék: ép, temporalisan halványabb pupillák. Fúziós frekvencia: 13, illetve 22. Látótér: bal oldalon centralis scotoma. Fülészeti vizsgálat: bal oldali vestibularis hyperaesthesia. Szemészetről neuritis retrobulbaris miatt vettük át. Neurológiai vizsgálatnál jobb oldali centralis facialis paresist, alsóvégtagokban kóros reflexeket, a jobb felső végtagon kifejezett, az alsó végtagon jelzett intentios tremort találtunk. Laboratóriumi leletek (vizelet, vérszérum, vérkép, próbaregely, lumbalis liquorban Pándi-reactio, sejtszám, összfehérje, Sellak-reactio, vér-liquor lues serologia) negatívak voltak. Egy hónapos klinikai ápolása alatt remissióba került, de neuritis retrobulbarisa változatlanul panaszt okozott. Négy hónappal később újrafelvétel járásgyengeség miatt. Ekkor visus correctióval 5/50, illetve 5/5, fundus: temporalisan halvány papillák. Látótérben bal oldali centralis scotoma, kisebb, mint előző vizsgálatkor. Elbocsátása után hamarosan a budapesti Neurológiai Klinikára került, ahol a kórismét megerősítették. Statusa ekkor is többgócú folyamatra utalt, hét hetes kezelést követően lényegében változatlan állapotban került haza. Fél év múlva ismét kifejezett látásromlás, já-

rásképtelenség miatt újrafelvétel. Ekkor diencephalis, majd nyúltvelői gócrá utaló tünetek domináltak. A diencephalis tünetek miatt belgyógyászati vizsgálatok is történtek. Cystopyelitis, bronchopneumonia is lezajlott. Majd három hónapig feküdt a klinikán, igen mérsékel javulás jelentkezett. Hazabocsátása után két hónappal eszméletlen állapotban, 39,8 °C-os lázzal (bronchopneumonia), légzészavarral tetralegiásan került újrafelvételre. Cardiorespiratoricus elégtelenség tünetei léptek fel, extitált.

D. Zs. (később K. L.-né) 1936-os születésű beteget első alkalommal 1956 májusában vettük fel a klinikára. 1967-ben bekövetkezett haláláig még tizenegy alkalommal feküdt a klinikán. Első kórelőzménye szerint szülei fiatalon, általa ismeretlen betegségben haltak meg. Hét testvére egészséges. Gyári munkás, egyedül él, albrétletben. Megelőző betegségekre nem emlékszik. Körülbelül egy éve kezdtek lábai gyengülni, fél éve kezei ügyetlenebbek. Járása bizonytalan, sokszor azt hiszik, részeg. Pár hét óta látása időnként elhomályosodik. Belső szervi statusa negatív. Idegrendszer: Romberg-helyzetben bizonytalan. Jobb oldali centralis facialis gyengeség. Mind a négy végtag izomereje csökkent, legkifejezettebben a bal alsó végtagé. Sajátreflexek a felső végtagokon igen élénkek, az alsó végtagokon fokozottak. Hasbőrreflexek jobb oldalon hiányzanak. Jobb oldalon Babinszki-tendencia, bal oldalon pozitív. Spasticoatacticus járás. Bal testfélben tactilis hypaesthesia, alsó végtagokban paraesthesia. Bal felső végtagon intentios tremor, térd-sarok kísérletnél kifejezett ataxia. Szemészeti vizsgálat: visus m. k. o.-t 5/5. Jobb papilla temporalis része halványabb. Látótér teljes. Kibocsátásakor: állapota stationär, kórisme: sclerosis multiplex. Következő felvétele előtt nőgyógyászati javaslatra kismencedei URH-kezeléseket kapott. Már az első kezelés után lábgyengesége fokozódott, alig tudott járni. Felvételekor új tünet a jobb felső végtag paresise; kifejezett Charcot-trias, alsó végtagok spasticus paraparesise észlelhető. Morriás. Néhány napos bentfekvés után, családi okból kéri hazabocsátását. Egy év múlva került ismét felvételre. Dolgozott, járása nagyon rossz volt. Napozást követően egy hétig alig tudott ágyból felkelni, feje is fájt. Gyógyszerrel (roboránsok) tentamen suicidii. Statusa a motilitas vonatkozásában progressiot mutat, előtérbe kerülnek a szociális problémák. Hospitalizálódik, kritikátlan. Következő felvétel elsősorban szociális okokból fél év múlva. Statusában látásromlás (visus 5/8, illetve 5/10), temporalisan halványabb papillák, ép látótérek, a felső végtagokon ataxia, durva intentios tremor, alsó végtagokon spasticus paraparesis, fokozott és kóros reflexekkel. Psychésen: frontalpsychés. Javasoljuk tartós elhelyezését. 1959-ben két alkalommal egy-egy hónapig fekszik a klinikán. Elhelyezése nem történt meg, statusa előzővel lényegében egyezik. Graviditás, intherrupcio történt. Másfél év múlva újrafelvétel: gyakorlatilag járásképtelen, dominál a spasticus paraparesis. Vizeletét nehezen tartja. Bentléte alatt motilitása valamelyest javul. Fél év múlva visszakerül: látása tovább romlott, kettőslátása van, állás- és járásképtelen. Statusában újdonság a fejtremor. Visus: 5/50, illetve 5/10. Temporalisan halványabb papillák. Látótérvizsgálat nem volt végezhető. Szemészeti vélemény: atrophia nervi optici l. d. et incip. l. s. Majd három hónapos ápolása alatt többször lázzal járó cystopyelitis zajlik le, incontinentia urinae. A beteget nagyon zavaró kettőslátás magyarázata: balra tekintéskor durvahullámú nystagmus. Mérsékelt állapotjavulás jelentkezett. Fél év múlva 40 °C-os lázzal hozzák be. Férjhez ment. Cachexiás. Súlyos tetratünetek, kifejezett cerebellaris jelek. A magas lázat cystitis ulcerosa okozta. Transfundálni, táplálni kellett, láztalan, motilitása valamelyest javult, de többgócú tünetei igen kifejezettek. Fél év múlva kerül vissza. Neurológiai statusa chronicus-stationär, teljesen magatehetetlen.

Gondozása, ápolása megoldottnak tűnt, ezért három hét múlva elbocsátottuk. Fél év múlva sacralis decubitus, cystopyelitis kerül újrafelvételre. Neurológiai status lényegében megegyezik előző felvételekor észlelttel, súlyos, spasticus tetraparesis dominál, emellett Charcot-trias is kifejezett. Incontinentia uniane (állandó katétere van), sorozatos subileusok. Kiemelést érdemel szemészeti lelete: visus 5/50, illetve 5/5, temporálisan halvány papillák, FF 21—25. Látótér: jobb szemem centralis vörös scotoma. 1967. december 29-én belosztályra szállítják eszméletlen állapotban, onnan kerül felvételre. Bronchopneumonia, cystopyelitis, decubitalis sepsis. Még felvétele napján légzési, keringési elégtelen tünetei mellett, exitus lethalis.

Még egyszer hangsúlyozzuk, hogy neuropathológiai feldolgozás egyik esetben sem történt, a két régi eset ismertetése mégis érdekes lehet, annál is inkább, mert S. I. megbetegedése megfelelt a keleti formának [2].

Összefoglalás: két, többször észlelt, sclerosis multiplexnek diagnosztizált cigány beteg esetének ismertetése.

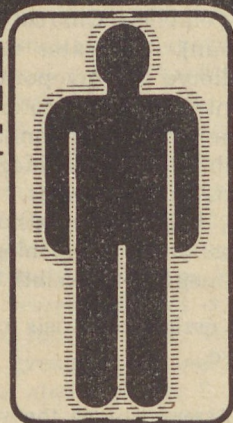
I R O D A L O M: 1. *Bauer, H.*: Assessment of the validity of a clinical MS-diagnosis. The International Symposium on multiple sclerosis. Göteborg 1972. Acta Neurol. Scand. (Suppl.) 58, 13 (1972). — 2. *Kuroiwa, Y., Shibasaki, H., Tabira, T., Itoyama, Y.*: Clinical picture of multiple sclerosis in Asia. In: Kuroiwa, Y., Kurland, L. T. (eds): Multiple Sclerosis. East and West, pp. 31—42. Kyushu University Press, Fukuoka (1982). — 3. *Pálffy, G.*: Some features of MS in Pécs, Hungary. In: Progress in Multiple Sclerosis Research. Eds.: H. J. Bauer, S. Poser, G. Ritter. Springer, Berlin—Heidelberg—New York, (1980). 549—550. pp. — 4. *Pálffy, Gy., Gyódi, É., Benzczur, M., R. Hollán, Zs.*: Cigány férfi határozott sclerosis multiplexes megbetegedése. Klinikai és immunogenetikai tanulmány. Ideggyógy. Szle. 34, 196, (1981.) — 5. *Pálffy, Gy.*: MS in Hungary, including Gipsy Population. In: Multiple sclerosis East and West. Eds.: Y. Kuroiwa and L. T. Kurland. Kyushu University Press, Fukuoka, Japan, (1982), pp. 149—157. — 6. *Pálffy, Gy.*: A sclerosis multiplex prevalenciája Pécssett. Ideggyógy. Szle. 36, 12 (1982). — 7. *Pálffy, Gy., Gyódi, É., Petrányi, Gy.*: Multiple Sclerosis In 3 Gipsy And 2 Partly Gipsy Subjects (A Clinical And Immunogenetic Study). Acta Med. Hung. 43, (1), 31. (1986).

L. Heiner and J. Szilárd: Multiple Sclerosis in Two Gipsy Females

The case histories of two repeatedly investigated gipsy females are presented. Both the clinical signs and the course of the disease were indicative of multiple sclerosis. Neuropathological investigations were not carried out.

ISOPRINOSINE®

**Chemotherapeuticum
antiviralis**



**tabletta
Immunitást
fokozó gyógyszer**

Növeli az immunrendszerre hatva a szervezet védekezőképességét a vírushertőzésekkel szemben, ugyanakkor gátolja a vírusok szaporodását is.

HATÓANYAG

Inosiplex 500 mg tablettánként [amely inosin és 1-(dimethylamino)-2-propanol-(4-acetamidobenzozat 1:3 arányú molekula komplexe].

JAVALLATOK

Herpes simplex, herpes zoster, szubakut szklerotizáló panencephalitis (SSPE), akut vírusos encephalitis (amelyet H. simplex-, Epstein Barr- és kanyaróvírus váltott ki), vírusos bronchitis, vírushepatitis. Vírushertőzések immunszupprimált betegeken: H. simplex, H. zoster, bárányhimlő, kanyaró, mumpsz, Citomegalia- és Epstein-Barr vírusfertőzések.

ELLENJAVALLATOK

Köszvény, hiperurikémia, veseelégtelenség, vesekővesség, extraszisztóliára való hajlam, autoimmunbetegségek, terhesség, szoptatás.

ADAGOLÁS

A megbetegedés súlyossága és módja szerint. Szokásos adagja felnőtteknek 50 mg ttkg/nap több adagban elosztva.

H. simplex fertőzésben felnőtteknek 6–8 tablettát, gyermekeknek $\frac{1}{2}$ –6 tablettát.

SSPE esetén felnőtt és gyermek 50–100 mg ttkg/nap kb. 6 adagra elosztva.

Akut vírusos encephalitisben felnőtteknek, gyermekeknek 100 mg/ttkg/nap.

Vírusos fertőzésben immunszupprimált betegeken felnőtteknek 50 mg/ttkg/nap, gyermekeknek 100 mg/ttkg/nap (felnőtteknél 3–5-szöri, gyermekeknel 2–4-szeri bevételre elosztva). A tünetek megszünése után a kezelést 1–2 napig folytatni kell.

MELLÉKHATÁSOK

Átmeneti gyenge húgysavszint-emelkedés a szörumban és vizeletben.

GYÓGYSZER- KÖLCSÖNHATÁS

Együttadás kerülendő: rendszeresen alkalmazott immunszuppresszívumokkal (esökkentik hatását).

FIGYELMEZTETÉS

Az inosin komponens húgysav formájában választódik ki. Ezért ajánlatos a szörum- és vizelet húgysavszint idönkénti ellenörzése.

MEGJEGYZÉS

✚✚ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal — ismételhető. A gyógyszert annak a szakrendelésnek (gondozó) szakorvosja rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS

5x10 tablettát buboréksomagolásban, betegájékoztatóval.

Téritési díj: 50,— Ft

ELÖÁLLÍTTJA:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
Newport Pharmaceuticals INC (USA)
MR Leclerc Co (Svajc) licencia

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Idegsebészeti és Radiológiai Klinikájának közleménye

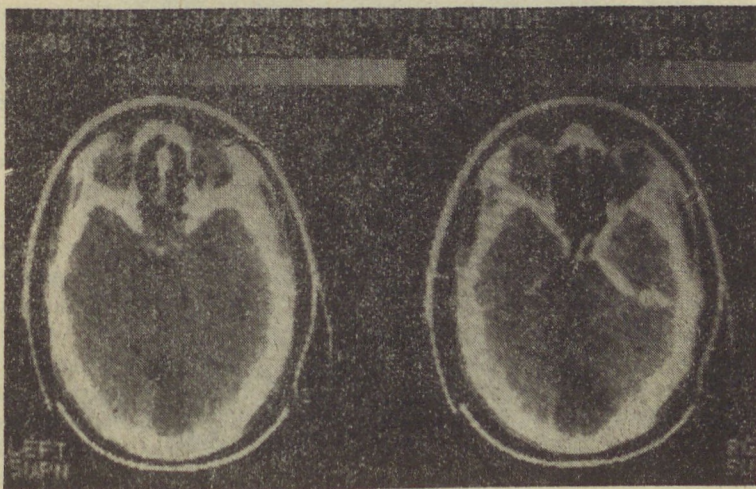
Megacisterna magna

MÉSZÁROS ISTVÁN DR., KÖVÉR FERENC DR., GREXA ERZSÉBET DR.

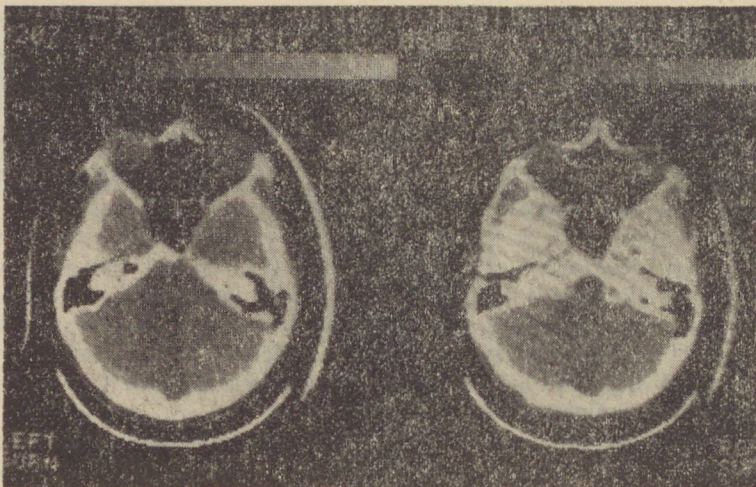
Közlésre érkezett: 1987. november 17.

A számítógépes rétegvizsgálat (továbbiakban CT) bevezetésével már az első generációs készülékek segítségével is számos új, gyakran váratlan lelet került felismerésre a koponyaűrben. Az ezek közé tartozó megacisterna magna ritkasága miatt önmagában is ismertetésre érdemes. Jelen közleményünkben ezen elváltozást két tanulságos esetünk leírásával kiegészítve szeretnénk a hazai irodalomban ismertetni.

A világirodalmi (*Adam, Greenberg 1978*) és saját adataink szerint a koponyáról készített CT-vizsgálatok 1—3 ezrelékében található megacisterna magna. A cisterna magna normális mérete: a foramen magnum felett 2,5—2,8 cm magasságú, 0,5—0,8 cm mélységű és igen változó 1,5—6 cm szélességű. (*Robertson 1949, Liliequist 1959, Sabbatini 1982*). Nagyobb kiterjedése esetén (ezt döntően a magasság és a mélység határozza meg) beszélhetünk megacisterna magnáról. A méreteken kívül feltétele még, hogy a IV. kamra normális helyzetű és nagyságú legyen (*1. ábra*) (*Sawaya 1981*), bár kisfokú kamradislocatiót és tágult kamrákat is leírtak már (*Heinz, Drayer, Rosenbaum 1977*). Kialakulásukban átmeneti localis liquorkeringési zavart tételeznek fel, de helyi atrophia, hypoplasia, agenesia is létrehozhatja (*Gonssette 1968*). Jellemző tüneteket nem okoz, általában mellékleteként értékelik. Differentiáldiagnosztikai szempontból azonos elhelyezkedésű arachnoidealis cysták okozhatnak gondot, azonban a progresszív tüneteket okozó, liquorkeringést akadályozó cysták — melyek a kamrarendszerrel nem közlekednek — ventriculographia során könnyen elkülöníthetők (*Sawaya 1981, Adam, Greenberg 1978, Dorsic*



1. ábra. Az orbito-meatalis alapvonal felett 2 cm-rel készített koponya CT-felvétel: a középvonalban 4×5 cm-es éles szélű hypodens terület látható, amely az alapvonal felett 4 cm-ig követhető.



2 ábra. Az alapvonásban készített CT-felvétel: occipitalisan középen $2 \times 2 \times 2$ cm-es liquor densitású kerek terület ábrázolódott. (1. eset)

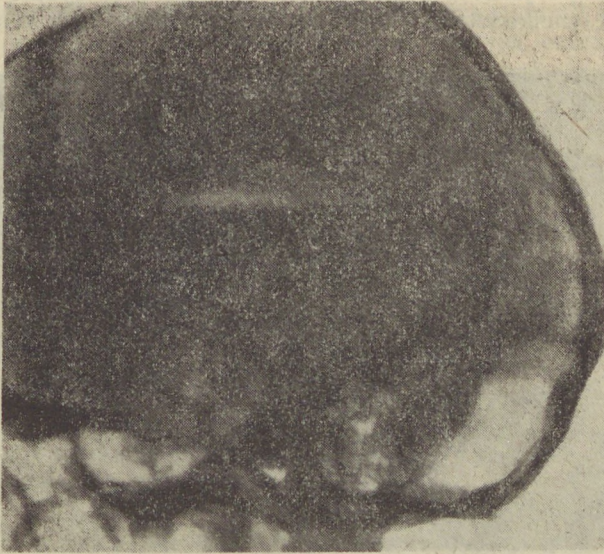
1982). Az egyéb koponyagödri cystás elváltozások (Dandy-Walker syndroma, tumoros cysták stb.) elkülönítése kevésbé okoz gondot. (Adam, Greenberg 1978, Archer és mtsai 1978, Dorsic és mtsai 1983, Dunkser, McCreary 1971).

Az irodalmi adatoknak megfelelő arányban találtunk MEDICOR-PFIZER készülékkel végzett CT-vizsgálatok során váratlanul megacisterna magnát (1,8 ezrelék) és a betegek többségében ismert alapbetegséghez (otogen tályog, encephalitis, malresorptív hydrocephalus, multiplex vagy csak craniocervicalis fejlődési zavar stb.) társuló mellékleletként értékeltük. Két esetben azonban progresszív idegrendszeri tünetek és koponyaűri nyomásfokozódás miatt műtéti megoldást választottunk:

A betegek ismertetése

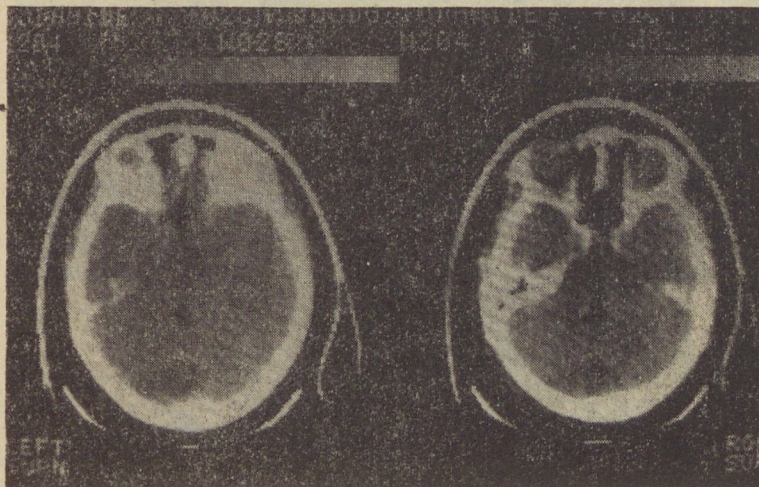
1. beteg. 27 éves férfi, megelőzően említésre méltó betegsége nem volt. Felvétele előtt hónapok óta fokozódó tarkótáji fejfájása alakult ki, amelyhez azután szédülés is társult és egy alkalommal lehajoláskor „elájult”. Vizsgálatakor enyhe szimmetrikus végtagataxiától eltekintve tünetmentes. Szemfenék ép. Lumbalis liquora minden vonatkozásban normális. Fractionált lumbalis levegőtöltésnél (2. ábra) a cisterna magna a normális háromszorosára tágult, rajta keresztül szimmetrikus, nem dislocált kamrarendszer telődik. CT: (3. ábra) a cisterna magna területében a szokottnál nagyobb, liquor denzitást mutató cysta ábrázolódik. A szabad liquor passage és az enyhe idegrendszeri tünetek miatt gyógyszeres kezelés történt, koponyaűri nyomáscsökkentő szerek szedése mellett átmenetileg panaszmentes volt. Később panaszai egyre fokozódtak, majd első vizsgálatát követően négy hónappal részleges liquor keringési zavart feltételezve, műtéti feltárás mellett döntöttünk. Suboccipitalis feltárásban megvastagodott falú cisterna magnát találtunk, amelynek kiterjedése a szokványos háromszorosának felelt meg. A hátsó falat megnyitva vált láthatóvá, hogy a passage a IV. kamrából az apertura medianán keresztül szabad, azonban a cisterna vermis és a basalis cysternák felé megvastagodott arachnoideával, cystaszerűen lezárt. A hártyák kimetszése után a liquor keringés szabaddá vált. A postoperatív szak zavartalan volt. A műtét óta eltelt 5 év alatt a beteg panasz- és tünetmentes maradt.

2. beteg: 16 éves leány, kisgyermekkorától voltak néhány másodpercig tartó végtagremegéssel, szemfennakadással járó rosszullétei. Felvétele előtt 2 évvel generalisált convulsiók miatt — majd azok gyakoriságának növekedésével — egyre emelkedő adagban Diphedan kezelésben részesült. Vizsgálata

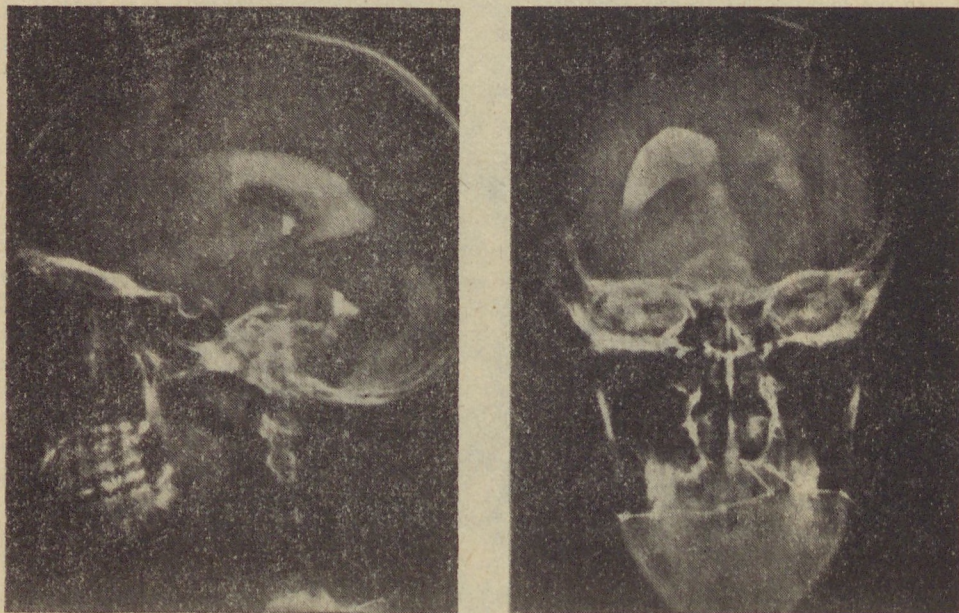


3/a. és b. ábra. Oldalirányú és antero-posterior irányú pneumoencephalogram: normális tágasságú és helyzetű kamrarendszer látható. A hátsó koponyagödörben dorsalisan a középvonalban és jobb oldalon 5 cm magasságú, 3 cm szélességű és 2,2 cm mélységű levegőárnyék látszik: megacisterna magna (1. eset)

előtt egy hónappal járása bizonytalanná vált, végtagremegés, hányás jelentkezett. A Diphedan serumszint intoxiciót nem igazolt. CT: (4. ábra) bal oldali hátsó skalabeli cystát mutatott ki. Neurológiailag rotatoros nystagmus, félre-mutatás balra, bal oldali hangsúlyozottságú kifejezett végtagataxia, skandálé beszéd, szélesalapú járás. Tartós intraventricularis koponyatűri nyomásmérés 15—20 Hgmm emelkedett értékeket mutatott. Omnipaque ventriculographia:



4. ábra. Az alaponál felett 2 cm-rel készített koponya CT-felvételen: 2×3 cm-es hypodens terime látszik. (2. eset)



5/a. és b. ábra. Az oldal- és antero-posterior irányú metrizamid ventriculogramokon a kissé tágabb kamrarendszer normális helyzetű. A hátsó koponyagödörben dorsalisán a középvonalban és bal oldalon 5 cm magasságú, 5 cm szélességű és 2,5 cm mélységű kontrasztanyag telődési többlet — megacisterna magna — látszik (2. eset).

enyhén tágult, szimmetrikus, supratentorialis kamrarendszer. A IV. kamra nem diszlokált (5. ábra), a cisterna magna főleg bal oldalt nagyfokban tágult. A tartós nyomásemelkedés és a morfológiai kép alapján az előbbi esetünkre gondolva, részleges liquor keringési zavart feltételezve suboccipitalis feltárást végeztünk. Az arachnoidea hegesen megvastagodott, a cisterna magna a bal féltelke hátsó felszínét is kitölti, a hátsó falat kimetszve a vermis alsó részének és a tonsilláknak nagyfokú hypoplasiaját találtuk, hártvás lezárásokat azonban nem. Koponyaűri nyomásfokozódás a műtét után gyógyszeradás, ill. liquor lebocsátás nélkül postoperatív szakban sem szűnt meg, emiatt 5 héttel később ventriculoatrialis liquor elvezetést Pudenz szerint készítettünk. Műtét után a koponyaűri nyomás rendeződött. Azóta az eltelt 2 1/2 évben nyomásfokozódásra utaló panasz, vagy tünete nem volt, epilepsziás tevékenysége alacsonyabb gyógyszerdózis mellett egyensúlyban tartható.

Megbeszélés

Megacisterna magna ábrázolására a legmodernebb CT-vizsgálati lehetőségek mellett is csak a morfológiai eltérés fennállására utal. Első betegünknel a részleges liquor keringési zavar megoldásával gyógyulást értünk el. Második esetünkben a progresszív nyomásfokozódás alapján feltételezett helyi liquor keringési zavar nem igazolódott, feltehetően korábbi gyulladáson alapuló változások (durván heges arachnoidea) és a halmozott epilepsziás rohamok okozta felszívódási zavar hatására alakult ki. A megacisterna magna kialakulásában a fejlődési zavarok mellett a tartósan diphenylhydantoin szedőkön megfigyelt (Koller és mtsai 1981) cisterna magna tágulat is szerepet játszhat.

Eseteink tanulságul szolgálhatnak arra, hogy idegrendszeri tünetek jelentkezésekor, főleg azok progressziója esetén, esetleg azonos localisatiójú liquor keringési zavart okozó elváltozást keressünk. Ekkor az invazív vizsgálati eljárások (metrizamid CT, liquor keringési és felszívódási vizsgálatok, ventriculographia stb.) alkalmazása válik szükségessé, még a harmadik generációs készülékek használata esetén is (Dorsic és mtsai 1982). A mellékleletként, klinikai tünetek nélkül felfedezett megacisterna magna ideggyógyászati és CT-követésen kívül teendőket nem igényel.

Összefoglalás

A szerzők saját vizsgálataik alapján észlelt megacisterna magna esetek kapcsán ismertetik annak fogalmát, kialakulását. Két műtétilag kezelt betegükkel kapcsolatban bemutatják az elváltozás differenciál-diagnosztikai problémáit. Az e témakörrel foglalkozó szerzőkkel egyetértésben a klinikai tünetek nélkül észlelt megacisterna magna mellékleletként értékelendő és ideggyógyászati, illetve computer tomographiás követésen kívül teendőt nem igényel.

I R O D A L O M: Adam R., Greenberg J.O.: The megacisterna magna J. Neurosurg. 48, 190—192 (1978). — 2. Archer C.R., Darwish H., Smith K.: Enlarged cisternae magna and posterior fossa cysts simulating Dandy-Walker Syndrome on Computed Tomography. Radiology 127, 681—688 (1978). — 3. Dorsic D., Altenburg H., Herber Th.: Diagnosis and Treatment of Cystic Non-Tumorous Lesions of the Posterior Fossa. Advances in Neurosurgery Vol. 11. p. 299 Ed: H.P. Jemson; M. Brock; M. Klingner Springer Verlag Berlin, Heidelberg 1983. — 4. Dunkser S.B., Creary H.S.: Leptomeningeal cysts of the posterior fossa. J. Neurosurg. 34, 687—692 (1971). — 5. Heinz E.R., Drayer B., Rosenbaum E.A.: Analysis and classification of posterior fossa cysts with emphasis on the role of enlarged cisterna magna associated with ventricular dilatation

and IV. ventricular displacement. *Neuroradiology* 15, 129 (1978). — 6. *Gonsette P., Potbliege G., Andre-Balisaux G.*: La méga-grande cistern, étude clinique, radiologique et anatomopathologique. *Acta Neurol. Belg.* 68, 559—570 (1968). — 7. *Koller W.C., Glatt S.L., Perlik S., Fox J.H.*: Cerebellar atrophy demonstrated by computed tomography. *Neurology (NY)* 31, 405—412 (1981). — 8. *Liliequist B.*: The subarachnoideal cistern. An anatomic and roentgenologic study. *Acta Radiol. Suppl.* 185, 1—108 (1979). — 9. *Robertson E.G.*: Developmental defects of the cisterna magna and dura mater. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 12, 39—51 (1949). — 10. *Sabattini L.*: Evaluation and Measurements of the Normal Ventricular and Subarachnoid Spaces by CT. *Neuroradiology* 23, 1—5 (1982). — 11. *Sawaya R., McLaurin:* Dandy-Walker Syndrome. *J. Neurosurg.* 55, 89—98 (1981).

KÖNYVISMERTETÉS

Magyar K. és Vizi E. S. (szerk.): A neurokémia alapjai. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1987.

„Yüan shui chiu pu liao chin huo” (Távolj kút vize nem alkalmas közeli tűz ol-tására) tartja egy ősi kínai mondás. Ezért üdvözölhető, hogy végre magyar nyel-ven sokak számára válik hozzáférhetővé e dinamikus fejlődő tudományág, a neurokémia alapjainak összefoglalása. A vállalkozás értelemszerűen súlypontos, hi-szen a diszciplína világméretű fejlődése olyan gazdag ismeretanyagot halmozott fel már eddig is az idegrendszer működésével és szerkezetével kapcsolatosan, hogy a terjedelem korlátai nem teszik lehetővé minden releváns témakör kimerítő tárgya-lását. A tudományágon belüli specializálódás indokolja a szerkesztők helyeselhető választását, hogy az egyes fejezetek megírására a témában leginkább jártas és nem-zetközileg elismert hazai szakembereket kérték fel, vállalva ezáltal az elkerülhe-tetlenül fellépő bizonyos heterogenitás és redundancia megjelenését. A szerkesztők és fejezetírók hozzáértő munkája következtében azonban mindez minimumra szo-rult.

Az idegrendszer celluláris és epicelluláris működéséből és bonyolult kölcsönha-tásaiból eredő testi és (a recenzens szerint) lelki funkciók pontosabb megértése még távolinak tűnik a felgyorsult fejlődés ellenére és a ma általánosan elfogadott tételek túlhaladottnak tűnhetnek a jövő olvasója számára. Megjegyzendő, hogy az idegrendszeri betegségekből és kórállapotokban kimutatható patokémiai eredmé-nyeket az ugyancsak Medicina gondozásában megjelent és fenti szerkesztők koor-dinálásával összeállított külön könyv tárgyalja, amely a klinikai érdeklődők szá-mára inkább ajánlható. Jelen kötet az ideg- és elmeorvoslás számára fontos gyógyí-tási stratégiák alapját képező kémiai és gyógyszer-tani ismereteket összegzi a neuro-kémia fiatalabb ágazataira centrálva. Ezért nem meglepő, hogy a neurofarmakoló-giai hatások magyarázásában előtérbe került, és az idegi elemek információközve-títésében jelentős kémiai ingerületátvivő-anyagok bioszintézise, metabolizmusa és élettani működésekből betöltött szerepe viszonylag nagyobb részt kap a könyvben, sőt, az egyes neurotranszmitterek (neuromodulátorok) külön fejezetekben is szere-pelnek. Arányában a gamma-aminovajsavról kissé kevesebb adatot találunk eb-ben a sorban; jelentőségének felismerése viszont növekedni látszik, utalva a szo-rongás és konvulzív aktivitás molekuláris mechanizmusaira.

A könyv elsősorban a neuronok jellegzetességeivel foglalkozik, és viszonylag keve-sebb említés történik a glia-sejtekről, vagy pl. a vér-agy-gát tulajdonságairól. A szignál transzdukciónak mechanizmusai is kisebb mértékben szerepelnek a kötetben. Az említett hiányosságok ellenére, a könyv tartalmas, gazdag információanyagot fel-sorakoztató, érdekfeszítő olvasmány, amely a hazai olvasók számára várakozást elé-gíthet ki. A fejezetek szerzői világszerte ismert kutatók, akik eredményeikkel, meg-állapításaikkal hozzájárultak a neurokémia fejlődéséhez, amint az a fejezetekben he-lyenként bemutatott saját kísérleti adatokból is kitűnik.

A könyv 408 oldalon 20 fejezezből áll, ezek mindegyike irodalomjegyzéket is tar-talmaz. Helyenként sémás ábrák, rajzok, kémiai szerkezeti képletek, valamint tábl-lázatok szolgálják a jobb megértést. Két fejezethez, igaz, egy tömbben, fény- és elektronmikroszkópos felvételek is csatlakoznak.

Az I. fejezet a neuronok és neuronhálózatok morfológiai jellemzőivel, kapcsoló-dási mintázataival, ill. azok törzsfejlődési vonatkozásaival foglalkozik, hazai kuta-tó (Szentágothai) munkásságát is inkorporálva e téren. A modern immunhisztoké-miai módszerek, valamint a korábbi fluoreszcens mikroszkópos technikák segítsé-gével felderített, agytörzsből eredő rostrendszereket a hozzájuk tartozó feltételezett neurotranszmitterekkel és a klasszikus anatómiai pályákkal történő összevetésben és azonosításban, a következő rész ismerteti. A III. fejezetben az agy szénhidrát, lipid, aminosav (fehérje), és nukleinsav anyagcseréjéről kaptunk összefoglaló, váz-latos képet, az általános tulajdonságokhoz képest az agyra vonatkozó speciális és

eltérő jellegzetességek tükrében. Az idegsejtek plazmamembránján keresztül történő iontranszport-folyamatokat a IV. és V. fejezet taglalja, az előbbi inkább elektrofiziológiai megvilágításban, utóbbi elsősorban biokémiai kutatási nézőpontból. Megemlítendő, hogy a Ca^{++} , aktivált K^+ transzportról is megfelelő leírás történik, amely jelenséget magyar kutató (Gárdos) ismert fel elsőnek vörösvérsejteken.

A VI. és VII fejezet a kémiai ingerületátvitel mechanizmusait és preszinaptikus szabályozását mutatja be. Kritikai megvilágításban tárgyalja a ma is sokszor dogmaként kezelt elvet, miszerint a neurotranszmitter-felszabadulás vezikuláris excitózissal történik. Külön rész foglalkozik a neurotranszmitterek és neuromodulátorok megkötésére és felismerésére, valamint a szignalizáció elindítására szolgáló receptorok általános és transzmitterspecifikus neurokémiai jellegzetességeivel. Ugyanígy külön fejezet is tárgyalja a monoaminok hatástalanítását végző mechanizmusokat, a preszinaptikus visszavételi és a monoamino-oxidáz által történő lebontás jellegzetességeit, utóbbi témakörben hazai kutatók (Knoll, Magyar) felismerését is megemlítve.

A X—XVI. fejezetek a neurotranszmitterek (modulátorok), nevezetesen az acetilkolin, dopamin, noradrenalin, adrenalin, szetotonin, hisztamin és aminosav típusú ingerületátvivő anyagok szöveti meghatározásával, bioszintézisével, raktározásával, preszinaptikus felszabadulásával, posztzinaptikus hatásaival, metabolizmusával, élettani működésekben betöltött szerepével és a farmakológiai befolyásolás lehetőségeivel foglalkoznak. A következő két fejezet a neurokémiai kutatások egyik legdinamikusabban fejlődő területét, a neuropeptidok idegrendszeri azonosításának, kimutatási stratégiájának, regionális eloszlásának, bioszintézisének, raktározásának, felszabadulásának, lebontásának és funkcionális jelentőségének összefoglalását adja kritikai megvilágításban. Ezután az arachidonsav és származékaik anyagcseréjével, feltételezett és nem tisztázott központi idegrendszeri szerepével ismerkedhetünk meg. Az utolsó (XX.) fejezet a neurokémiai és neurofarmakológiai kutatások számára ma már nélkülözhetetlen modellt jelentő idegszövet- és sejtenyésztés módszereit, a tenyészetek típusait, a metodika értékeit és határait tárja az olvasó elé néhány, kiragadott példával és adattal illusztrálva a felhasználás lehetőségeit.

A könyv magyar nyelven hiánypótló, érdekes és hasznos információkkal szolgáló és ajánlható a neurobiológiai alapkutatásban tanulóknak, dolgozóknak, valamint az idegrendszer biológiai történéseit és kutatási módszereit jobban megismerni vágyó klinikusoknak és egyéb érdeklődőknek.

Janka Zoltán dr.

CHINOIN

Korszerű lehetőség
az érbetegségek kezelésére

® Trental 400

draszé

Vasodilatorica peripherica

H 800

Hatóanyag: 400 mg pentoxifyllinum draszépként.

Javallatok: *Perifériás keringési zavarok* (pl.: lábszárfekély, gangréna). *Agyi keringési zavarokból* adódó állapotok (emlékezettel és koncentrációs készséggel kapcsolatos zavarok, szédülés, fülzúgás stb.).

Szem és fül keringési zavarok, melyek csökkentik a látási és hallási képességet.

Ellenjavallatok: Pentoxifyllin túlérzékenység, erős vérzés, gyomorvérzés, akut szívinfarktus, nagy kiterjedésű retinavérzés, terhesség.

Adagolás: Naponta 800—1200 mg (2—3-szor 1 draszé) adható. Szétrágás nélkül, bő folyadékkal, étkezés után kell bevenni.

Mellékhatások: Alkalmazásakor előfordulhatnak gyomor-, bélpanaszok (pl.: gyomornyomás, teltségérzés, émelygés, hányás, hasmenés), fejfájás vagy szédülés, melyek egyes esetekben a kezelés megszakítását tehetik szükségessé.

Arckipirulás vagy forróságérzés, paroxysmalis tachycardia, angina pectoris vagy vérnyomásesés nagyon ritkán jelentkezik, főleg magasabb dózisoknál. Ilyen esetekben a készítmény szedését szüneteltetni kell, vagy a dózis csökkentését fontolóra kell venni. Túlérzékenységi reakciók — viszketés, bőrvörösség, csalánkiütés, a bőr lokális duzzanata (angioneurotikus ödéma) — előfordulása ritka és rendszerint a terápia abbahagyásával gyorsan elmúlnak.

Antikoagulánsokkal vagy thrombocytá aggregációt gátlókkal, illetőleg nélkülük végzett Trental kezelés alatt ritkán bőr- és nyálkahártya vérzések léphetnek fel.

Egyes esetekben thrombocytaszám csökkenés léphet fel.

Gyógyszerkölsönhatások: *Óvatosan adható:*

— vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel (hatásfokozódás)

— inzulinnal, orális antidiabetikummal (hatásfokozódás)

Figyelmeztetés: Károsodott veseműködés esetén, csak csökkentett mennyiségben adható. Vérnyomáscsökkentőkkel együtt alkalmazva az adagolást újból be kell állítani.

Megjegyzés: : Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal — ismételhető. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Előállítja:



CHINOIN

Csomagolás: 100 drg

30,— Ft

CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
1045 Budapest, Tó u. 1/5.

Hoechst AG. Frankfurt am Main (NSZK) licenc alapján

®=Hoechst A. G. — NSZK bejegyzett védjegye

HALOPERIDOL

injekció, tableta, cseppek

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

Javallatok: minden olyan kórkép, amely motoros és psychés agitációval jár, manla, 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) tableta. Gyermekek napi orális dózisa 5 éves korig átlagosan 0,5—1 mg (1/3—2/3 tablette vagy 5—10 csepp), 6—15 éves korig 1—2 mg (10—20 csepp). Krónikus hányásban általában 2 × 10 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.

Gyógyszerkölcsonhatások: a Haloperidolt ne alkalmazzuk együtt:

- anticholinerg készítményekkel (növekedhet az intraocularis 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 javasolta.

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 egyszer vagy kétszer ismételtető.

Az illetékes mentélhigiénés (ideg) gondozó szakorvosa térftésmentesen rendeli.

Csomagolás: 5 ampulla (1 ml), 50 tableta, 1 üveg (10 ml).

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.