

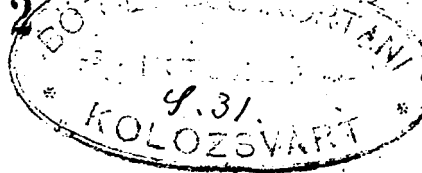
A FERENC JÓZSEF TUD.-EGYETEM
Bőr- és nemi kórtani klinikájának
KÖNYVTÁRA

XII.sorozat

4X21.775







AZ ELMEBETEGEK AGYLÁGYULÁSA.

(DEMENTIA PARALYTICA.)

ORVOSOK ÉS TANULÓK SZÁMÁRA



D^r SIMON TÓDOR

A HAMBURGI KÖZKÓRHÁZ IV. ORVOSI OSZTÁLYÁNAK FŐORVOSA.

FORDITOTTA

D^r NIEDERMANN GYULA.

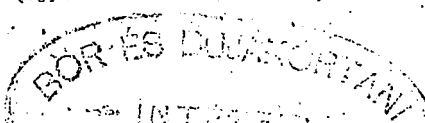
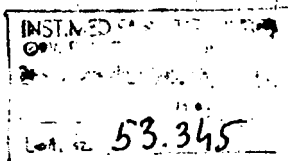
KIADTA TAGJAI SZÁMÁRA

A MAGYAR ORVOSI KÖNYVKIADÓ-TÁRSULAT.

BUDAPEST, 1876.

FRANKLIN-TÁRSULAT NYOMDÁJA.

(Egyetem-utca 4. szám alatt.)



01 JUN 2004



BEVEZETÉS.

I. FEJEZET.

A kór meghatározása. Történet és irodalom.

Az utolsó évtizedben egy idült kóron sem munkálkodtak annyit, s egy sem lett annyiszor felemlítve, mint a hűdéses butaság.

A számos tébolyda mindegyikében több orvos figyel meg hűdéses betegeket, a kik figyelmüket mindig újból lekötik. Egész az élet végeig kísérhetik ezeket, bonczolhatják, és a megbetegedett szerveket szorgos görcsövi vizsgálatnak vethetik alája; csodálatos szorgalommal történik ez, és ennek következtében már alig győzhető módon halmozódik az anyag mindenütt.

És mi lett mindezen munka által elérve? Nyíltan meg kell vallanom — rendkívül kevés. Csak annyi lett elérve, hogy a kór-boncztanilag egységes butaság valódi léte, ezen betegségnek mint saját lényegességű kórnak felfogása felett a kétségek mindinkább tért és követőket nyernek, és hogy mindinkább kiviláglik, hogy a bűvároknak oly gyakran egymásnak ellentmondó adatai egymás mellett megférnek, és magukat kölcsönösen kiegészítik.

Roszúl választottnak látszhatnék a pillanat, hogy a hűdéses butaság tanának tudományos előadása adassék. Azon pillanatban, midőn a hűdéses butaság épületében minden gerenda ropog, meg akarom kísérteni abba az összes orvosokat még egyszer bevezetni. De a ki hivatva van az új épületen dolgozni, annak az ó házat még hiányai-ban ismerni kellett, hogy megtanúlja, miről van szó, és mely hibák kerülendők el.

És az összes orvosok érdekelve vannak az új építkezésnél, részt kell benne venniök; segítségük nélkül az elmekór-gyógyászok bűvárokodása hiú leend, ha a hűdéses butaság a legkülönbözőbb megbete-

gesedéseknek végtünete, úgy az a feladat, a megbetegesedést tüneteiben követni, mielőtt a caput mortuum a hűdéses buta alakjában az elmekór-gyógyászatnak átadatik.

Ez a cél, a melyet ezen könyv kidolgozásánál magam elé tűztem, e miatt tárgyaltam egyes gyakorlati vagy elméleti érdekű pontot részletesebben, bizonyos alapnézeteket egynél több helyt kiemeltem, és másrészt, hogy hasztalan ismétléseket elmellőzzek, sokszorosan a kórbonecztni előadáshoz azonnal az elméleti vitát hozzákötöttem.

Körtörténetek, a melyek, hogy össze ne zavarjanak, nagy számban kell hogy adassanak, ezen munkácska terjedelmét hasztalanul nagyították volna. Azért az utóbbi években a Charité-Annalen-ben Meyer Lajos-, Virchow Archivjában Meschede és Westphal-, és az Archiv für Psychiatrie-ban Sander-, tölem és Meyer Lajostól közlött, összesen száznál több esetet foglaló casuistikára utalok.

De a szóból ennyi elég, az olvasó a legkönnyebben fogja megítélni, hogy a választott út a helyes és jogos, ha azonnal a dolog velejébe bocsátkozunk.

A idegbántalmak nagyobb része — sőt olyanok, melyeknél a külsértés általi támadás biztossággal kimutatható — nincs azon értelemben szűken helybelisítve, hogy egy nagyobb vagy kisebb idegtáj kizárólagosan van bántalmazva, míg az összes többi idegrendszer teljes épségnek örvend.

Egynemelykor sok támasztó-ok hathatósága egy bizonyos, az egész idegrendszerre kiterjedő kóros hajlam által van feltételezve, a mely a lelki működés rendellenességeiben is, akár a kedélyben, akár az értelemben magában vagy mindkettejükben nyilvánul, másrészt az eredetileg körülírt kórosodásoktól a közérzetre való visszahatás, és különösen a kedélyhangulatra, meg nem tagadható.

Éppen úgy találni elmebetegeknél, mindegy lévén, hogy vajjon náluk kizárólag a kedély (búkor, dühösség), vagy az értelem (butaság) van-e bántalmazva,* oly gyakran egy vagy több érző, szintűgy

* Megemlítendő itt, hogy ezen felosztás, bármily szépnek tessenek is, sajnos, hogy majd sohasem talál, miután tisztán kedélybántalmak a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. A dühösség, szintűgy mint a búkor, az esetek óriási nagyobb részénél az értelmi tehetségek esökkenését hagyja hátra, és ennyiben a nagy közönség gyanúja a tébolydák úgynevezett »gyógyultjai« iránt nem jogtalan. Hasonlítsuk össze Wolff O. J. B. (Sachsenberg) szemléit a gyógyúlt elmebetegek érlökéséről az elmebetegek érlökéséről megfigyelésében VI. (Zeitschrift für Psychiatrie XXVI.). Megfordítva, elsődleges butaság a kedélynek belterjes zavaaraival folyik le (»búkorosan dühösen színezett« butaság,

mozgató-ideg környékében zavarokat, hogy azt kell mondani, az elhatározás sok esetben, hogy vajjon szorosabb értelemben vett ideg-bántalom vagy elmezavar van-e jelen, a denominatio fit a potiori elve szerint történik.

Mit akkor, ha a potius felett kétségben vagyunk, ha mozgási és érzési zavarok az egyik részen, a lelki működés nehéz bántalmazottságai a másik részen oly szorosan egymással össze vannak kötve, hogy annak eldöntése, mi az előbbi, mi a lényegesebb, a lehetetlenségekhez tartozik?

Ily esetek könnyen azon felvételhez vezetnek, hogy egy és ugyanazon bántalom a mozgató és érző. központok, szintúgy az úgynevezett szellemi tehetségek központjait egyidejűleg és egyenletesen érte utól, és ezen felvételnek felel meg a tébolyodottak haladó hűdésének felállítására, a hűdéses butaság.

Ezen álláspontról a hűdéses butaság mint olyan elmezavar volna meghatározandó, a mely kezdettől fogva az értelemnek kifejezett csökkenésével, különösen az emlékezetnek az aligmúlta való fogyatkozásával lép fel, jobbra sajátlagos örjeszmékkal folyik le, melyekhez előbb vagy utóbb mozgási zavarok, különösen a beszéd és menésben, közbejövő görcsös vagy gutaütésszerű rohamok, és az érzékenység csökkenése társul, és a melynek halálos kimenete 1—3 év alatt be szokott következni.

Ezen meghatározásunkra azt válaszolhatná valaki, hogy ez kórtörténet, de nem meghatározás. Hozzá kell még tennünk, hogy mind a jelzett tünet hiányozhatik (az értelem csökkenésének, neve-

bizonyára a szövegben nyújtott meghatározás contradictio in adjecto — és mégis helyes!). Az egyetlen idáig tett kísérlet az elmezavaroknak, hogy úgy mondjuk, természetes osztályozása Morel-é; következő csoportjai vannak:

I. öröklékeny elmebetegségek:

- a) az elődök ideges véralkatának fokozódása egész a kórosig (szervi-terheltség),
- b) az érzés és cselekedet tévengése (moral insanity),
- c) átmenet butaságba,
- d) veleszült értelmi gyengeség.

II. Mérgezési elmebetegségek (lang, mákony, ólom),

III. méhkóros,

IV. eskóros,

V. rásztkóros (üldöztetési örültség),

VI. együttérzési,

VII. önszenvi. Ezen utolsó osztályt képezi azon betegség, a melylyel itt foglalkozunk.

zetesen az emlékezet fogyatkozásának kivételével). Ezáltal a hűdéses butaság létjoga természetesen azonnal megvonatik, mert oly kór, a mely nem boncztanilag, hanem csak tünetileg van meghatározva, és a melynek tünetei azután mint állhatatlanok ismertetnek fel, teljesen hasonlít Lichtenberg ismert késéhez.

Hogy itt nem túlhajtott vagy hamis előadással van dolgunk, azt bizonyítsa be betegségünkről néhány más szerző által adott meghatározás.

Dagonet a hűdéses butaságot két tünete sor benső összeköttetésének nevezi: az értelem gyengülése egyrészt, a mozgás és érzés bántalmazottsága másrészt.

Egészen hasonlóan nyilatkoznak Lunier és Baillarger („hosszú tartamú láztalan betegség, beszédzavar, a végtagok terjedő hűdése és butaság által jellemezve“).

Hoffmann (Schwetzben) a „Calmeil-féle kórt“ (a mint ő a hűdéses butaságot nevezi), mint az agynak zsongtalanságát és terjedt szövetbeli bántalmazottságát, kórtüneti butasággal egyetemben jelzi, a mely különféle, részben sajátságos (haladó, sorakozó) tévengések által különítették el.

A legszorgosabb meghatározást Krafft-Ebing nyújtja, és azt az enyém, és az előbb idézettekével összehasonlítás végett teljesen ide igatom.

„A hűdéses butaság idült, ha nem is láztalan kór két fő tünet-csoporttal, mozgási és lelkiivel, a melyek jobbra egyidejűleg lépnek fel, és a tünetek legnagyobb változása mellett, *mozgásilag* az összerendezésnek csupán, de általános zavarától, kifejezett általános hűdésig, *lelkileg* bükóros dühöngő nagysági örjeszmék időszakán át, vagy már a kezdettől fennálló egyszerű elmeegyenségen keresztül, kifejezett butaságig — mindig tovább előrehaladnak. A kór jobbra 2—3 év alatt halállal végződik, és boncztanilag majdnem kivétel nélkül idült terjedt agyköri lobot mutat.

Bizonyára nem tagadható, hogy az eseteknek nagyobb száma ez utóbbi meghatározásnak megfelel, és a megfigyelőre azon benyomást teszik, hogy a mint kórodailag élesen kidomborodnak, boncztanilag is összetartoznak.

Annál figyelemre méltóbb a régiek irataiban, a hűdéses butaságra magyarázható helyeknek teljes hiánya, és a klasszikus irodalom, szintúgy az elmekórtanban (Morel, Falck Fr.) járatosak annak felvételére vezettettek, hogy a hűdéses butaság az őskorban nem fordult

elő. Egyes, a magyarázathoz szolgáló támpontokat alkalmmilag a kóroktannál fogunk megismerni.

A hűdéses butaságnak mint olyannak első megfigyelései Wil-listól 1672 (Krafft-Ebing szerint), és jelentékenyen pontosabbak Haslam Johntól (1789) és Esquirol-tól (1805, 1814) erednek.

De mind Esquirol, mind tanítványai Georget és Delaye, kik tanulmányait tovább fűzték, a hűdéses butaságot szövődménynek tekinték, új valaminek, a mely az elmezavarhoz hozzájárul, „a mint“ mond Esquirol hangsúlyozva „a súly gyakran (akkorában!) az elmezavarokhoz társul.“

Legelőbb Baylét (1822) illeti meg a kétséges érdem, hogy a hűdéses butaságot mint kóregységet fogta fel, és hogy a pókhálókérnek idült lobját (meningitis) jelezte azon kórnak, mely annak alapját képezi. * Azóta a vita majd állandóan a kórboncztan körül forog, miután a kérdés, hogy vajjon létezik-e haladó hűdés elmezavar nélkül (Requin 1846., Baillarger 1847.), az észlelők nagyobb része által tagadólágos értelemben lön eldöntve.

Figyelemre méltó a hasonnevek nagy mennyisége, a mely nem egészen 50 év alatt, betegségünk részére keletkezett, dementia paralytica (folie paralytique), a tébolyodottak általános haladó (vagy tökéletlen) hűdése (vagy bénultsága), dementia cum paralyisi, Calmeil-féle kór (Hoffmann Schwetzbén), monomanie ambitieuse avec paralysie (Bayle), és az észlelőknek boncztani álláspontja szerint: arachnitis chronica (Bayle), meningitis chr. (Meyer L.), periencephalitis diffusa (Calmeil), cerebritis corticalis generalis (Parchappe), encephalitis universalis chronica, meningo-cerebritis (Belhomme), atrophia cerebri (Erlenmeyer) és egyebek. A német közönségnél ezen betegség „agylágyulás“ különös neve alatt ismeretes.

Bizonyára Parchappe elméleteinek köszöni azt, a mely az orvosok köreiből a nagy közönségbe elterjedt.* S miután elfogadtatott, a név azután állandóbbnak bizonyult, mint a boncztani felfedezés.

A hűdéses butaság irodalma már könyvtárrá nőtte ki magát; Krafft-Ebing az 1867-dik évig megjelent összes könyv és cikkek teljes jegyzéke által a Zeitschrift für Psychiatrie XXIII. kötetében 630., 649. l. kiváló áttekintést nyújt, történetét ugyanitt (628. l.) és a francia szerzőknél, kiválóan is Morel-, Dagonet- és Baillarger-nél.

* Különös módon Morel Delaye-t (1818. és 1819) nevezi a hűdéses butaság »felfedezőjének«.

A főmunkák Bayle (1822 recherches sur l' arachnite chronique, a hűdéses butaságróli alapmunka), Calmeil (1826 de la paralysie considérée chez les aliénés és 1859. a nagy két kötetes traité de maladies inflammatoires du cerveau, kétszáznál több észlelettel; sajnos, hogy a finomabb kórboncztan elégtelen ismerete miatt gyakran élvezhetlen), Duchek (1851 prager Vierteljahresschrift 1851. I. kötet), Falret J. (1853 recherches sur la folie paralytique), Joffe (1857 wiener ärztliche Zeitschrift XIII. kötet Rokitánszky bonczolataival), Meyer Lajos (1858 die allgemeine progressive Lähmung, eine chronische Meningitis, a Charité-Annalok-ból lenyomat), Westphal (1867 Virchows Archiv XXXIX., Untersuchungen über das Rückenmark, 1868 Griesinger's Archiv I, ismereteink jelenlegi állapotának tiszta előadása), Schüle (Zeitschrift für Psychiatrie XXV., a legszorgosabb boncztani részletes buvárlatok), Baillarger (1869 des symptomes de la paralysie générale, Griesinger munkája francia fordításának függeléke).

Összehasonlíthatók még a Zeitschrift für Psychiatrie-ban Stoltz, Göricke, Tigges, Krafft-Ebing, Westphal és mások munkái, Virchow Archivjában Meschede-é, az Archiv für Psychiatrie-ban Arndt, Simon T., Meyer L. munkálatai, Marcé és különösen Mágner czikkei a Gazette medicale de Paris és a Gazette des hôpitaux-ban, és az elmebetegségekről szóló számos tankönyv közül különösen Neumannnak eredeti előadása, és Griesinger, Morel és Dagonet.

II. FEJEZET.

A kórkép és lefolyás általános jellemzése.

Az első tünetemények, egyenként tekintve, oly kicsinyek és jelentéktelenül szoktak megjelenni, hogy jelentőségüket maguk az orvosok sokszorosan félreismerik. A „jellemben változás“ áll be: az egyébkor kicsinyesen rendes üzlet-ember egyes tételek feljegyzéséről megfeledkezik, kulcsait és titkos könyveit szerte széjjel heverteti; az előbb humánus katonatiszt röviden elbánó, nyers lesz, és kisebb hibák miatt keményen büntet. Ilyen ember óráját ma kétszer háromszor rövid időközben egymás után felhúzza, holnap a felhúzást egészen elfeledi. A számolás nehezebbé válik, a számolásbani tévedés gya-

koribb, a rendelkezés nehezkesebb. A kifejezésmodor hanyagabb lesz; nőtársaságban nyers, sőt aljas szavakat ejtenek.

Közbe testi nehézségek lépnek fel, „alhasi pangások“, főfájások, majd igen heves rohamokban, majd tartósabb tompa „nyomás“; fárasztó munkánál a szemek kápráznak, könnyű szédülési rohamok nyugtalanítják a beteget, a mit a főfájással egyetemben „aranyeresnek“ magyaráznak.

Családja körében is megváltozottak mutatkozik a kezdődő hűdéses buta, könnyen izgékony; minden csekélységnél heves lesz, egy eltört pohár, a feleség által tett valamivel drágább bevásárlás elegendő haragkitörést előidézni. És tulajdonképen mégis közönyösebb mint máskor; mert ha a még oly álaposan, még oly szerényen előadott ellenmondás hevülésbe hozza: tetszőleg legerősebb feltételeiről a legközelebbi pillanatban mégis leterelhető. Az azelőtt őt élénken érdeklő olvasmány nál elalszik, a legszükségesebb munkák, az iroda és sőt a legvidámabb társaságban a fáradság elnyomja.

Meglátszik, hogy nem csupán a hajlamok visszassága és a jellem megváltozásával van dolgunk, hanem sokkal inkább az értelem hiányos, az emlékezet és a gondolatok gyengék, a mely tünetmények nagy jelentőséget nyernek, a melyek magukban oly csekélyek, hogy azoknak felismeréséhez a beteggel való folytonos együttlét szükséges. Ezen jellemzett tünetek egészen lassan, de folytonosan növekedve évekig fennállhatnak a nélkül, hogy orvoshoz folyamodnának. És mégis e mellett a beteg gyakran lelki erejének elégtelensége, sőt még súlyos agybántalom jelenlétének érzetével bír, és az erről öntudat lehangelja, „résztkórossá“, néha épenséggel bukórossá teszi.

Mostantól kezdve a nyelv is kevésbé „hajlékony“ kezd válni, a betegek hebegnek, tökéletlenül beszélnek, gyakran a helyes szó hiányával vannak. Ezen tünet, és az alsó végtagokban szintűgy kezdődő bizonytalanság, különösen észrevehető igen szövevényes mozdulatoknál (táncz, korcsolyázás) szoktak az első mozgási zavarok lenni.

Most a látvány gyorsabban fejlődik, gutaütésszerű rohamok állnak be, értelemzavarokat és bénulást hagyván hátra, vagy az emlékezet gyengése annyira növekszik, hogy a betegek idegen tárgyakat raknak zsebre, minek következtében elég gyakran a törvény elé kerülnek — és elítéltetnek!

Más esetekben nagy nyugtalanság fogja el a betegeket, éjjel nem alszanak, az ágyat elhagyják, hangosan beszélve a szobában

járkálnak, s másnap reggel minderre nem igen emlékeznek. A beteg üzlete hátrafelé megy a nélkül, hogy ez esemény mélyebb benyomást tenne reá. Nagyobb tervekkel kezd foglalkozni, egyik a másikat helyéből szorítja ki, minden rákövetkező mindinkább kivihetetlenebb; csapszékekben, kéjhölgyekkel csavarog a nélkül, hogy a legcsekélyebb tekintettel volna a külső tisztességre. Új bútorokat, házakat, birtokokat vásárol, gyakran néhány hét alatt elpocskolván azt, mit nemzedékek takarítottak meg; a betegségerzet elmúlik, a betegek rendkívül jól, erőseknek és mindenre képeseknek érzik magukat.

A kevésbé éles észlelő előtt is nyilvánvalóvá válik az elme-gyengeség, a szó, alig hogy kiejté, már ismét el van feledve, az imént kiadott parancsrai emlékezet ismét elveszett. És e közben mindig fáradtság, álmoság, majdnem kábálomszerű állapotok.

Végtevére valamely feltűnő esemény történik, a beteg valamely esztelen cselekedetében meg lesz gátolva, vagy „felépülés“ végett valamely látogatott erős hullámverésű tengeri fürdőbe küldetik, „gyógyítás“ céljából erélyes hidegvíz-gyógymódnak vettetik alája — a minek dühöngő kitörés a következése; most a beteg otthon már nem tartható, és tébolydába szállíttatik.

Itt nemsokára nyugalom áll be, de gyengeelműség és mozgási zavarok, főleg a beszédői megmaradnak, kábult és nyugtalan időszakok váltakoznak, és az utóbbiban gyakran igen hirtelen jellemző nagysági tévengések állanak be. A betegek roppant gazdagok, hatalmasak, császárok, istenek. Az örjeszmék változnak, nem ritkán ugyanazon beszélgetés folyamata alatt, „a betegek butasága az örjeszméknek rögződését már meg nem engedi.“

Az emelkedett hangulat időszakaival olyanok változnak, a melyekben a betegek lehangoltak és rásztkóros képzetekkel telvék. „Fejük túlságos nagy“, „testük háromszögű“, „üvegből vannak“, „más egyének“, „nem is ember, hanem csak bábú.“

A lefolyás ekkor különböző. Gyakrabban javulás áll be, a mely annyira mehet, hogy a betegek gyógyultan lesznek elbocsátva, és csak az üzlettevékenységben, és az élet szövényszerűbb helyezeteiben való fellépésük tesz arról bizonyosságot, hogy a butaság még fennáll és új dühöngési vagy gutaütési rohamok a beteget újra az intézetbe viszik.

De a javulás jobbára kevésbé kifejezett, a butaság további fenállása kézzel fogható, a tiszta időköznek nem ritkán minden nyoma hiányzik. Gutaütési és görcsös rohamok szakítják meg a látszólagos

javulást, hosszabb vagy rövidebb ideig tartó hűdéseket hagyván hátra; új dühöngési rohamok törnek ki, a melyekben a beteg holmiját összetépi, magát bélsárral bemocskolja, és mindent mit elér, összerombol.

Ha a rendes lefolyást közbejövő betegség nem szakítja meg, úgy $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ év után (a betegségnek úgynevezett „kitörésétől“ számítva) a hűedésnek legnagyobb fokát éri el a betegek. A beszéd mindinkább tökéletlenebb lesz, utoljára csak egyes tagolatlan hangokat hallhatni, miután a gondolat köre előbb mindinkább összeszorult és mindinkább csak az ételre szorítkozott. Ezt, hogy maga a szájához vigye, megakadályozza a karok reszketése és gyengesége, éppen így megakadályozza a lábak bizonytalansága a betegeket állás és járásban, s végtére állandón az ágyhoz köti. A vizeletet és bélsárt maguk alá eresztik, úgy hogy őket minden pillanatban takarítani és átöltöztetni kell. Így fekszenek mindaddig, míg felfekvés következtében genyvér, különösen vesetályogok és tüdőlob fejlődik, vagy hólyaglob és vesekhely-, veselob áll be, vagy egy elnyelt falat a zabpéptüdőlobot, vagy tüdőfenét támaszt, és ha mindezen esetek közbe nem jönnek, 3 év lefolyta után vázig lesóványodva tüdőgörmő következtében mennek tönkre.

Hogy elcsodálkozik azután a bonczolásnál a kevésbé tapasztalt, ha, oly betegeknél, kiket a legmélyebb butaság ért utól, a várt nehéz elváltozások helyett látszólagosan teljesen rendes agyat, halvány finom lágy és rendes kemény agyhártyával talál. Máskor ugyan változásokat találni az agy és hártyáiban, elég gyakran valódi egész zavara a gazdagságnak van jelen, kemény agyhártyalobos felrakódások, agyhártyalobos homályosodások, az agyedények elváltozásai, agysorvadás, a kéregállomány odatapadásai és belöveltségei stb. Az ellenmondás magyarázását később kellend megkísérlelnünk.

Már itt is figyelmeztetnünk kell reá, hogy léteznek esetek, amibár nem gyakran, a melyek a hűdéses butaságnak minden tünetével kezdődnek, de ennek daczára ismét javúlnak, mások, a melyeknél a hűdéses butaságból évekig tartó állandósodott butaság fejlődik. Nem egy eset, mely az életben mint haladó hűedés folyt le, a bonczolásnál agydagnak, agy-hólyagfarkoncoknak, vagy sokszoros agylágyulási góczoknak bizonyúl: ólommérgeзések, és idült langmérgeзés, bujasenyves kemény agyhártyalob agyméзdagokkal — mindezek a haladó hűedésnek, a dementia cum paralysi alakját felvehetik.

III. FEJEZET.

Különös tünettán.

A. Lelki tünetek.

A betegek *értelme*, minden magasabb lelkitehetség mindjárt a kór kezdetétől jelentékeny veszteséget szenved. Az orvos előtt, a ki ezen körülményt tekintetbe veszi, a betegeknek sok beszéde és cselekedete nagyon is világossá lesz, a melyek a nagy közönség által „megfoghatlanoknak“ nyilváníttatnak. Lehetetlen minden viszony számára jellemezni, mely hatással van a lelkitehetségek csökkenése, az egyes esetben kiki magának könnyen összeállíthatja. Érdekes a mellett, mily soká lesz még a hivatásos foglalkozás teljesítve, gyakran látszólag megkétszerezett igyekezettel, csak hogy a véghezvittnek „minősége“ a „mennyiséghez“ fordított arányban áll.

A kezdetben csak a szakértő észlelő által észrevehető lelkigyengeség nemsokára tisztábban napfényre jut, és állandón növekszik, míg nem a végidőszakban igen magas fokokat ér el. De megjegyzendő, hogy igen mélyen elbutult betegek néha az alábbhagyás időszakában, vagy a végmegbetegedésben váratlan értelmes nézeteket fejtenek ki, oly körülmény, a mely kell hogy óvjon, miszerint az agy kérégeiben mindig mély szervi elváltozásokat gyanítsunk.

A megbetegedés előtti szellemi tehetségről sokszor azon véleményről hallani, hogy különösen tehetséges, magas értelmű egyének volnának kitéve kiválóan a hűdéses butaságnak. Én ezt nem találhattam és nem hiszem, hogy ilyenek inkább volnának veszélyeztetve mint mások; némely, jó napjaikban értelmesség által kiválók mellett, a hűdéses buták közt sok olyat is találni, kik a szellemi közepszerűség színe fölé sohasem emelkedtek, és nem keveset, kik mindenkor „gyengéknek“ voltak jelezve. Tapasztalásom szerint, férfiak, kik oly állásra jutottak az életben, melyhez szellemi tehetségük nem elegendő, és kiknek ezért szellemüket úgyszólván állandón zsongítaniok kell, különösen gyakran lesznek a hűdéses butaság áldozatai; nemcsak hivatalnokoknál, stb. észlelni ezt, hanem munkásoknál, kézműveseknél is, kik üzletüket szellemi erejük tőkéjét meghaladó polezra vették.

Az *emlékezet* és pedig kiválóan az aligmultra nézve szenved mindenekelőtt és korán. Ha az emlékezetet a lélek azon tehetségéül fogjuk fel, mely bizonyos idegsejt területeket könnyen határozott

sorrendben izgalomba hoz, úgy ezt így is fejezhetjük ki: a hűdéses buta elveszíti a tehetséget, új ilyenmő társításokat termelni, míg az ő nála előbből fennálló összekötések hatályban maradnak. Ez sokszor el lesz nézve, és az orvosilag állított butaság és emlékezetgyengesség ellenérveül fel lesz hozva, hogy hisz a betegek a régen multból hosszú történeteket képesek elbeszélni! Éppenséggel csodálatra méltó, hogy mily mélyen fészkel egynémely ily társítás, egy orvos p. o., kinek emlékezete oly rossz volt, hogy az ebédttől felkelve, kérdezé, „hogy hiszen éppen a vacsorához hitták“, ki, a teli tányér előtt állván, szitkozódott, hogy semmit sem adnak neki enni, reszkető kézzel, alig olvasható, de helyesen szerkesztett vényt irt köhögésben szenvedő ápolójának.

Ellenben más esetben hűdéses butaságban szenvedő orvos (gümőkór, fellengző őrszermék, dühöngő izgatottság és enyhe hűdési tünetekkel) gyermeknek $\frac{1}{16}$ gran hányborkó helyett 16 grant rendelt!

Feltűnő, a legmélyebb szellemi tönkremenés közt, bizonyos külső formák és beszédfordulatok fennmaradása. Kivált katonáknál válik ez ki tisztán, ha még reszkető kézzel tisztelegnek és „parancsolatjára“-val felelnek, a midőn a hozzájuk intézett megszólításnak tartalmáról fogalommal sem bírnak.

Hogy mily veszélyes éppen ezen sajáttság, miután az előljárók és sőt az orvosoknak annak megismerését, hogy *beteggel* van dolguk, megnehezíti, azt egy borzadalmas esemény eléggé bebizonyítja:

A katonai megszokásnak hasonló befolyását a hűdéses butákra észleltem egykor, egy hűdéses buta katona nagyfokú dühöngési rohamánál, a ki a folyosón dühöngött, de az ápoló szolgálatszerűen előadott jelentésére, hogy a parancsnoknak rendelete, nyugodtan az elkülönző szobába ment.

Már korán egyes szavak hiányoznak, és az adott esetben gyakran nehéz megmondani, vajjon szótehetlenségi tünetekkel, vagy emlékezetgyengességgel van-e dolgunk. De mégis az utóbbi bizonyára a túlsúlyban levő gyakoribb indok, különösen a tulajdonnevek hiányzásánál. És úgy látszik, hogy egy más, látszólag tőle távol fekvő tünetnél, a *betegség-tudat hiányánál* is szerepe van. A betegek elfeledik, hogy az imént még fejfájásról, az emlékezet és értelem csökkenéséről panaszkodtak, elfeledik a véghezvitt esztelen cselekedeteket, és azoknak a magukra és hozzátartozóikra való káros következtéseit.

A betegség-tudat hiánya különösen fontossá válik az alábbha-

gyási időszakban, miután itt a betegségnek fenállásáról mint igen fontos jel, nem ritkán mint egyetlen, szolgál (l. a.)

Ellenben kezdetben, különösen az úgynevezett előzményi szakban, a betegségtudat igen kifejtett, és éppenséggel bú- vagy rásttkóros hangulatra vezet. Nem csupán a hűdéses tüneteket, a gondolatképzés nehézségeit, szellemi munkálkodásuk csekély mélységét veszik észre a betegek, de még az is feltűnik nekik (mint Meyer L. egyik észleletében), „hogy lehetetlen nekik ezen szomorú állapot felett igen búsulni, és hogy tulajdonképen gondtalanúl és elégedetten érzik magukat.“

Egy esetben egy beteg azt mondá nekem, érzi, hogy egyik agyrésze a másik után sorvad, oly időben, a midőn én azt még rásttkóros-bogaraknak tartottam, mivel az illető terjedt üzleti tevékenységét a legjobb sikerrel végzé — 4 évvel később hűdéses buta volt. Zeller, egy esetében, egy tanuló még a megbetegedett agytekervényeket is megjelelte, és halála után a bonczolás állításait bebizonyítá!

Ezen esetek még ritkák, de bizonyára számosabbak lesznek, ha ilyenemű panaszokat ideje korán figyelemre méltatunk.

A *hangulat* rendkívül változó; bizonyos kábultság s abból eredő közönyösség alapvónásnak tekintendő, de haragkitörések a dühösségnek legmagasabb fokáig is könnyen támadnak. Búkóros hangulat a hűdéses butaság kezdetében oly gyakori legyen, hogy sokan (p. o. Duchek) sajátlagos búkóros előzményi szakot vesznek fel. A hol azt megfigyelhetém, a közeledő betegségnek érzése által igazoltnak látszott, vagy a hűdéses butaság bárgyú-búkórral lett felcserélve, melynek felvételéhez család és orvos mint utolsó — de csalékony! — reményhorgonyhoz nagyon is szívesen kapaszkodnak.

A további lefolyásban a hangulatok az örjeszmékkal szoros összeköttetésben szoktak lenni, a komor, búkóros, a rásttkórosakkal, az izgúlt, emelkedett, a nagysági örjeszmékkal.

A *nagysági-örj* (monomanie de grandeur et des richesses, folie ambitieuse) sokkal ismertebb, hogy sem annak jellemzése szükséges volna, tekintsük csak mily értéke van az összegek és nyilatkozatoknak a betegek állása szerint. 1000 tallér a koldús szájából, 50 tallér heti bevétel a gyármunkás gondolatkörében éppen úgy nagysági örjeszmék, mint a milliók, melyekkel a gazdag hány-vetél.

A hűdéses butaságra a nagysági-örj nem jellemző, és pedig két tekintetből nem: először kétségtelen hűdéses butaságok egészen

nagysági-örj nélkül folynak le, vagy szomorú állapotukkal való állandó meglegedettségökben csak nyomait mutatják (mi éppen úgy a butaság rovására vihető vissza), másrészt számos beteg létezik nagysági-örjben szenvedő, hűdés nélkül. Meyer L. a méhkóros dühösséget emeli ki, melynek nagysági-örje „gazdag, magasröptű képzelet, bizonyos tervszerű hajlam és gyakran veszélyes szívósság által éppen úgy kitűnik, a mint a hűdéses buták nagysági-örje magát eszmeszegénység, hebehurgyaság és akaratgyengeség által jellemzi“. Más ilyenmű megbetegedés a részletes tébolyodottság, a melyben azonban egy és ugyanazon nagysági-örjeszme fenn lesz tartva, következetesen végrehajtva, sőt gyakran nagy szónoki éllel védelmezve, míg a hűdéses buta egyik eszméről a másikra ugrik, most „isten és főisten“, a legközelebbi pillanatban csak főorvos, magas szerepei kellő közepéből kevés dohányért kunyorál és ugyanazon közönyösséggel milliard gyufa mint milliard tallérról beszél. A butaság az, a mely „a dühöngő izgatottság kárpitján keresztül könnyen felismerhető“.

Bizonyos öröklékeny butaság egy időig még kevésbé tanulmányozott alakjának, és a kerengő elmekórnak, a melyre a kórisménél még visszatérünk, a nagysági-örjnél a megkülönböztetése sokkal nehezebb.

A nagysági-örj gyakran rögtön tör ki: álmatlan éjen át, néha érzéksalódásokkal, világos fénylátványokkal, vagy dühöngő roham közvetlen kapcsában. Máskor a betegség kezdetébeni szünetlen, de elmegeyenge tevékenységből fejlődik inkább lassanként, a midőn iszonyú tervek készülnek és képzelt óriás nyeremények készpénz gyanánt lesznek zsebre rakva. De sőt egyenesen a bükóros hangulathoz is fűződhetik. A szomorú képzeletek — mondja Duchek — a beteget arra vezetik, hogy sorsát a szerencsésebbekével összehasonlítsa, és a míg e mellett az egyéniségeket maga mérlegeli, azon eredményre jut, hogy ő az, a ki tulajdonkép jobb, okosabb, tehetségebb. Neumann (Pöpelwitz) a nagysági-örjnek azon csinos kifejezést adja „a beteg azt kívánja, a mit gondol, és azt gondolja, a mit kíván“.

Néha a nagysági-örj igen soká tart, és azon időszakba benyúlik, a midőn a beteg már alig bír beszélni, és egyes szavakat „milliók“ „milli“-dadog. Más, sokkal ritkább esetekben a betegek a nagysági-örjt eltitkolják, és kincseikről csak akkor beszélnek, ha egyenesen és behatóan kérdezzük.

Más esetekben a nagysági örjeszmék majdnem közbenhagyó

szabványnyal lépnek fel, néha egészen rendes harmadnapos szabványnyal, olyannyira, hogy a betegek egy napon nyugodtak, mogorvák, néha majdnem kábálmosak, a rákövetkezőn pedig izgatottak, hevesek, nagysági eszmékkel telvék. Hőemelkedést, vagy lépduzzadást e mellett nem vehetni észre, sőt igen nagy kinal adagok is hatástalanok maradnak (Westphal és többrendbeli saját észleletem).

Meschede szerint a nagysági téveszmék megmagyarázásához a butaság nem elegendő, az agykéreg idegsejtjeiben rendellenes belterjességű táplálást kell felvennünk, a mi által az idegsejtek által eszközölt eszmeképződés befolyásoltatik, és a nagy anyagcsere és lobnak megfelelőleg a betegen emelkedett önérzet vesz erőt.

Mások a nagysági téveszméket az idült agyhártyalob tévengésének tartják, mások (mint még nem rég Obersteiner) az agy-vérbőség tünetének.

A *lopási ösztön* (Kleptomanie) tünetményénél a nagysági-örj, elmeengesség és butaság összehatnak. Egyrészt minden a betegeké, másrészt az elvett tárgyat elfeledik visszatenni, és végtére mindenfelét zsebre tesznek, a nélkül, hogy tudnák mit cselekesznek.

A gazdagság, hatalom és erő gondolatainak egyenes ellentétét a *búróros örjeszmék* képezik, a melyek kiválóan a test állapotaira vonatkoznak, és azért szorosabb értelemben rásztkórosoknak jeleztetnek. Szellemdús hasonlatban „tagadólagos nagysági-örjnek“ is lettek elnevezve.

Baillarger észlelte legelőbb, hogy rásztkóros gondolatok néha minden más tünetet megelőznek, s ő állította fel ezeket jellemzőknek a hűdéses butaságnál, minden esetre jogtalanul, mert buta egyéneknél, búrórosoknál, kik még meg is gyógyulhatnak, éveken át ugyanazon eszméket találni. A nagysági-örjnek változása és egyes nagysági eszméknek felbukkanása a rásztkóros tévengések kellő közepén sokkal jellemzőbb, mindkettő majdnem csupán a hűdéses butaságnál fordul elő, de néha a kerengő elmekór igen különös alakjánál is található, mire még a kórisménél is visszatérendünk.

A rásztkóros képzeletek leggyakoribbjait már a II-ik fejezetben felemlítők. A betegek megvannak halva, nincs szájuk, nincs gyomruk, kőből, üvegből vannak, bábúk; a téveszméknél nagy szerepet játszik a szék-letétel. „Hónapok óta nem volt székük“; „de nem is lehet, mert belük el van záródva“, „fel kell hogy bontassanak“. Vagy más egyéneknek vélik magukat, más nevet adnak maguknak, egész környezetük megváltozott „árnyékszerű“.

Ez utóbbi talán látási zavaron alapszik, a mint is a hűdések buták rásztkóros örjeszméit általában beidegzési zavarokra, érzéketlenség és túlérzékenységre vezették vissza (Michéa). E mellett szól, hogy a legsajátságosabb gondolatoknak egyikét, „az érzést háromszögűnek lenni“, a méhkóros öröklékeny elmezavarnál is megtalálni, a melynél az érzés-rendellenességek gyakoriak, és hogy egészségesek is egy kezükkel, a mely soká nyugodott (p. o. fősztö-tésben), néha az újból használás kezdetén gömbölyű tárgyakat szegleteseknek érznek.

A rásztkóros gondolatok a betegre rendkívül gyötrők. A legmélyebb lehangoltság állapota áll be, órákig sírnak s jajgatnak ily egyének, kik néhány nappal ezelőtt még „erőtől duzzadtak“, sőt öngyilkosságok is fordulnak elő ezen hangulatban, de relative nem gyakran.

Káprázatok (az érzék-szervek külső tárgyak által okozott izgalmának hamis felfogása) és *csalódások* (az érzék-központi szervekben a saját testben véghez menő folyamatok által támadt izgatások) a hűdések butáknál ritkák, én legalább oly ritkán tapasztaltam, hogy Huppert-tel egyetemben a kétségen kívül való csalódások hiányát a hűdések butaságra nézve jellemzőnek venném fel, ha azokat a legmegbízhatóbb észlelők fel nem emlitenék. Így Hagen búkóroson színezett csalódásokat talált, Duchek olyanokat említ, a melyek nagysági-örjeszméknek felelnek meg, és épenséggel azt mondja, hogy a hűdések butaságnál minden-érzéknek élénk csalódásai állnak be. A betegek hallják, a mint hivatnak, hogy a trónra lépjenek; szép tárgyakat látnak; „bortengert“, a legfinomabb ételek illatát szagolják. A francziák kórtörténetei szintén a csalódásoknak oly nagy mennyiségű adatát tartalmazzák, különösen Calmeil ilyeneket oly gyakran élénkeknek tüntet fel, hogy Huppért és az én tapasztalataimmal szemben majdnem annak felvételére szoríttatunk, hogy azoknak előfordúlta különféle vidékeken különböző, és hogy a lakosságnak összjellemétől befolyásoltatnék.*

A káprázatok példájául Meyer L. egy betegét említjük fel, ki minden tárgyat gyűrűvel körülövedzve látott, és a ki ennek következtében állítja, hogy a fák levelek helyett, gyűrűkkel vannak ellátva.

* A mint p. o. a mi Elba vidékünkön az egyszerű búkór, tévengések és téveszmék nélkül, egyszerűn, mint komor hangulat, mély lelki lehangoltság, *aránylag* gyakori, míg az Franciaországban igen ritkának látszik lenni.

Különben pontosabb kérdezősködésnél némely adat, mely csalódás vagy káprázatnak volna magyarázható, csak a beteget eltöltő téveszmék élénk nyilvánulatának bizonyul.

Hevült hangulat, dühösség.

A dühösség a hűdéses butaság legrendesebb tüneteinek tartozik, de némely esetben az egész lefolyás alatt hiányzik, más esetekben csak gyengén kifejezett, még oly betegek is vannak, mint már említve volt, kik a dühöngő izgatottságból ki sem jönnek. Ezek a gyorsan (3—6 hó alatt) halálosan végződő esetek („vágató hűdéses butaság“ Trélat).

A dühösség a betegség kezdetében mint hevült hangulat mutatkozik, a betegek izgékonyak, ellenmondás által azonnal erőszakoskodásokra ragadtatnak, nagy nyugtalanság és tevékenységi ösztön lepi meg őket, a mely mindenféle esztelen és gyakran a legszemérmetlenebb cselekedetekre hajtja.

Ezen nyugtalansághoz szegődik a tulajdonképeni dühösség, vagy egészen váratlanul a szenvtelen butaságból fejlődik, ha a beteget ösztönözni kíséreljük. A betegek nyugtalansága iszonyú, nappal és éjjel dühöngnek, mindent megsemmisítvén. Holmijukat, takarójukat stb. oly apró darabokra szaggatják, hogy a szalmazsákoknak össze vissza tépett szalmájából azokat lehetetlen kikeresni, ürülékeikkel összekeverik magukat, a melyeket a mohón elnyelt ételek közé kevernek, vagy magukban is megesznek (*Koprophagie*). Minden nyugtató szer eredménytelen, és gyakran megfoghatatlan, hogy a beteg ereje miképen képes oly soká mindezt elviselni. E mellett úgy kiabálnak, hogy messzire elhallani, az ajtók fájába és saját húrukba harapnak. Ezen borzasztó állapotban állandón kellemes gondolatoktól izgútiak, „véghetlen gazdagok“, „millió feleségük van“, „még ürülékük is arany“. Néha dadogó hangon beszélnek, jobbára azonban a már jelenlevő hűdési tünetek háttérbe lépnek, az előbb bizonytalan és tántorgó menés biztossá válik, az erősen reszkető karok hatalmas erővel nehéz ajtókat zúznak be, és a szavak, noha nehezen érthetők, egészen el lesznek hamarkodva.

Ezen betegek a tébolydáknak valóságos terhe, és kezelésük kényszer-eszközök nélkül (no-restraint) lehetetlen volna, ha szerencsére nagy többségük, néhány már kevés, a legtöbb 14—21 nap alatt meg nem nyugodnék (l. gyógymód).

Ily dühöngő kitörések többszörösen ismétlődhetnek, és nem ritkán álattuk áll be a halál.

Kevésbé kifejezett rohamok is fordulnak elő, a betegek nem alusznak, éjente az ágyat elhagyják, az ágyneműt összecsomagolják, a légszeszt csavarják és a bútorokat eltolják; nappal egyik helyről a másikra mennek, mintha valamit keresnének, kincseikről és méltóságaikról hangosabban és többet beszélnek.

A hűdéses buták néha erőszakos támadásokat is tesznek, főleg intézetekben, hogy megszabadulhassanak, s az ily megrohanások annál veszélyesebbek, a mennyiben aránylagos ravaszsággal és mégis a butaságnak egész erőszakosságával szoktak véghezvive lenni.

A hűdéses butaságnak hevülési időszakához magas elméleti érdekű kérdés fűződik: az azok alatti hő-viszonyok kérdése. Meyer, L. állítja, hogy a hűdéses dühöngés alatt a test heve emelkedett legyen, és ebben alapos különbséget talált a közönséges dühösségtől a melyben az nem fordult elő.

De a hűdéses dühösség alatt is, ha a betegek a mérést megengedik, a hőt gyakran rendesnek vagy azon alólinak találjuk; a tagadhatlanul gyakrabban constatalható hőemelkedésnek okai jobbra kimutathatók: orbánczok, bél- és tüdőhurutok, vagy alanyi tünetekkel járó gümösödés.

Különösen rövidebb rohamoknál nyilvánvaló a hőemelkedés és nyugtalanság függősége más okoktól, a melyekben a bélhurut megszüntetése, egy eleinte észre nem vett sejtiszövetlob, vagy csupán egyszerű kelevénynek bemetszése elegendő arra, hogy a betegeket ismét megnyugtassuk és a hőt a rendes fokra vissza vezessük.

Ezen okozati viszony ismeretéből következik a gyakorlati szabály, hogy a betegek rögtön való egészségi változásainál, azoknak egész teste megvizsgálandó, és pedig levetköztetve, ágyban. Elég gyakran találni ekkor az imént említett bőrbajokat, bélsár balmozódás mutatható ki, vagy az alhas tájon kidudorodó dag látható — a túltelt hólyag. Ha a pöcsapöt bevezetjük, vagy ha csak a beteget vizelésre felszólítjuk, csőrét alkalmazunk — és az előbbi állapot helyre áll.

IV. FEJEZET.

Egyéb tünetek az idegrendszer részéről.

Előleges jegyzetek.

A hűdéses butáknál alkalmazható vizsgálati módszereknek nem szabad túlságos finomaknak lenni, mivel mindenütt a butaságra mint a finomabb különbözetek feltalálásánál áthághatlan sorompókra akadunk.

a) Az *érzékenységet* illetőleg a tűszurások helybelisítésével közönségesen beírjuk (mi mellett a kézmozdulatok ügyetlensége számbaveendő). Érzékenységet mérő vizsgálatok a hűdéses butáknál egészen megbízhatlanok, már maga a megkülönböztetés, hogy valjon a tű hegyével vagy fejével érintjük-e, náluk gyakran képtelenségnek bizonyul, a nélkül, hogy mélyebb érzési zavarok volnának jelen.

b) A *nyomás-érzése* deszkácskára rakott súlyokkal vizsgálandó, a mely a jól megtámasztott kézre helyeztetik (esetleg pénzek felrakása által). De itt sem zavarjuk meg a beteget gyorsan egymásra következő kérdések által.

c) A *hőérzés* durvább megkülönböztetésére egyenlő nagyságú különféle melegségű vízzel telt bádogedények elegendők.

d) A *mozgás* vizsgálatánál következő pontokra ügyeljünk:

1. Állás nyitott vagy csukott szemekkel. Valjon az utóbbinál erősebb ingadozás van-e jelen (meg kell győződünk arról, valjon az állásnak tartama magában nincs-e befolyással az ingadozásra).

2. A menés, annak módja, az egyik lábnak vontatása vagy vetése, bizonyos vonalok megtartásánál való bizonytalanság.

A legutóbbi időben Zenker-Königslutter a járás-vonalok* vizsgálatát ajánlotta, a melyeket a betegnek lágy fövény talajon való járása által nyerünk. Én ez igen figyelemre méltó módszert azon módosítással ajánlhatom, hogy a betegeket szobában elefánpapírból készült szőnyegekben járassunk, miután a lábakat nyomda-festékekkel bekentük. A lábnyomok ekkor maguktól kitűnően lenyomódnak. E vizsgálati módszer még további eredményeket ígér, kivált ugyanazon betegnek különböző időbeni járásának vizsgálata ajánlatos.

* A vonal, a mely a lábnyomokban a kampók közepét összeköti (a súlypont mozgása). 1) Egyenes vonalnak kell lennie. 2) Az egyes lábnyomok hossztengegyét mindég ugyanazon szög alatt kell metszenie.

3. Csukott szemekkel járás, gyors fordulás, rögtöni megállás, „állj“.

4. A betegnek alacsony zsámolyra való fellépése. Főleg kezdetben gerinczagy-bántalmakra igen fontos ismertető jel, ha a betegek gyorsan és biztosan a zsámolyra nem képesek felkapni (Remak).

5. Az izmok nyers ereje. Az ellenállás nagyságának vizsgálata, a melyet a beteg lebir küzdeni. Legjobb ágyban fekvésnél: a térdet hajlíttatjuk, a mig mindkét kezünkkel a mozgást ellenezzük, és megfordítva ismét a meghajtott térdet ellenállás mellett kinyújthatjuk. Ugyanazt tesszük a karokkal. Az összrendezhetlenségi tünetek miatt fontos.

Végére figyeljünk a gyorsaságra, a melylyel nyugodt ágyban-fekvés mellett az alszárok hajlítva, általában a mozgások véghezvive lesznek.

Mindezen vizsgálatnál el ne feledjük, hogy nem rendes emberrel van dolgunk, és hogy hosszantartó vizsgálatoknál a hűdéses buták zavartan válaszolnak és nyugtalanok lesznek, ennél fogva gyakrabban ismételt rövidebb vizsgálatok többre becsülendők.

Az arcz megtekintésénél ügyeljünk az orr-ajk ránczok enyhébb különbözeteire is, azonkívül vizsgáljuk fütyülés és nevetés alatt az arczvonásokat, a nyelvcsap állásáról se feledkezzünk meg.

A láta nagysága és különbsége meghatározásánál az elővigyázati szabályok egész sora szükséges.

1. Győződünk meg arról, vajjon mindkét szem látereje egyenlő-e (a látgyengébb szem látája normálisan szűkebb!).

2. Egyenlő belterjességű és pedig mérsékelt világosság mellett vizsgálunk, és azután minden egy-egy látának visszahatását belterjes világosságra és árnyékolás mellett.

3. Különféle alkalmazkodási állapotok mellett vizsgálunk (a közelre való alkalmazkodás mellett a látáknak normális módon kell, hogy megszűküljenek).

4. Külső mozzanatoknak befolyását a látákra figyeljük meg (a szemnek befelé mozgatásánál, nehézlégzésnél, a szunyal és calabar behatása alatt szűkület támad; nagy izomerőködésnél, érző idegek izgatásánál és atropin hatása következtében terpedés!).

Ha ezen pontokra jól figyelünk, nem egy látszólagos különbség, a láta nem egy feltűnő tágulatának vagy szűkületének magyarázatát találандjuk.

B. Érzés-zavarok és érzékszervek.

1. Az előzményi időszakban a *főfájás* a legrendesebb tünetekhez tartozik, a kórnak későbbi lefolyásában a legritkábbakhoz.

A fájdalom-érzés minősége és tartama a legkülönbözőbb, gyakran csak tompúltság gyenge érzése vagy nehézség a fejben, mely különösen reggel a felébredés után mutatkozik, a mikor is a betegek a helyett, hogy az álom következtében kinyugodtak volna, azonnal fáradt és bágyadtaknak érzik magukat. Nem ritkán azonban a belterjesség egészen rendkívüli, a hűdéses butaságot előzőleg többször láttam éveken át ezen élénk főfájás rohamait. Ha ily roham beáll, a betegek mindazt, mit kezük ügyébe kaphatnak, elhajítják, fejjel a falnak mennek, vagy teljes erővel homlokukra ütnek. Később boncsolás alá került ilyenemű esetben a legbelterjesebb külső és belső kemény agyburoklobot láttam.

A betegségnek úgynevezett „kitörése” felé a fejfájdalmak fokozódni szoktak, a kitörés maga gyakran az által lesz bevezetve, hogy a betegek kijelentik, „a fejfájdalmak elmultak, fejüket könnyűnek és tisztának érzik”, a mire nem ritkán azonnal nagysági-örjeszmék jutnak napfényre.

2. A fejfájdalommal párhuzamosan jár az álmatlanság, de a mely tovább tart, s gyakran be a késő időszakba és azután a könnyű dühöngő rohamokkal (l. f.) összeesik.

3. A *látérzék* és annak szerve a *szem* a hűdéses butaságban a legkülönbözőbb módon lesz bántalmazva.

Nem ritkaság, hogy szembajról panaszkodnak a betegek oly időben, a midőn a környezet még más súlyos idegtünetre nem figyelt. Különösen látzavar nem látszik ritkának a hűdéses butaság kezdetén. Betegeim egyike egy éven át panaszkolta, hogy látereje állandón fogy, a tanácskozó szemészek ismételt vizsgálatai a szemekben kimutatható változásokat nem találtak, azután a hámosztatú ideg első ága mentén féloldali övsömör és azután nagysági-örj tört ki.

Szemtükrészeti kóros leletek gyakorisága és azok minősége felett az adatok szerfelett különbözők; egészben véve azt kell mondanunk, hogy a szemtükr még mindig kevésbé van használva, és hogy mi orvosok arra többet figyelünk mint idáig, miszerint a szem

hátterének tanulmánya az agy állapotairól a legpontosabb felvilágosításokat nyújtja.* (Bouchut Cerebroscopie).

Találunk ideglobot, a szemölcsnek sorvadását, szemölcsköri vizenyőt az egész (Galezowszki) vagy a szemölcsnek egy darabja (Magnan) körül, szürke, rendszeren határolt szegélyeket minden vagy néhány, sőt csak egy üter körül (syphilis?). A reczeg belöveltsége néha rendellenesen csekély, más esetekben az üterek kivált a viszerek rendellenesen tágultak (ha e mellett a szemölcs rózsaszínűn belövelt és kissé zavaros — Magnan szerint a sorvadásnak első foka van jelen).

A hűdéses butaság gerinczagy szürke elfajulásával járó esetekben a szemölcs sorvadása különösen gyakori (a gerinczagy-sorvadásnak nem ritka kísérője levén egyébként is), de gerinczagy-sorvadás nélkül is előfordul, néha mint kezdőleges kórosodás. Így egy tenge-résznél, kinek főfájással párosult, fokozódó látásgyengeség miatt, hivatásával fel kelle hagyni. Két év alatt majdnem teljesen megvakult (S. = ca. $\frac{1}{50}$), azután mindinkább szótlanabb, szenvtelenebb lett, a míg rásttkóros képzeletekkel heves dühöngési roham tört ki, a mely alatt nemsokára tönkre ment. Ez esetben a szürke elfajulás egész a láthuzamba folytatódott, míg a gerinczagy csak az oldal-kötelekben mutatott mérsékelt lobot szemcsesejtek nélkül. De ily leletek kivételek. Magnan, igen szorgos vizsgáló, azt mondja, hogy számos megfigyelésének kétharmad részében a rendestől semmi eltérést sem talált, Cliffort Albrett adatai pedig, hogy 53 beteg közt 41-szer szemölcs-sorvadást, 7-szer kétes leletet és csak 5-ször rendes szemhátteret talált, a legnagyobb kétséget ébresztik.**

De teljes mórók egészen tagadólagos lelettel is előfordúlnak, így Billod két esete, a mely mindkettő szemhéjiszam és egyenetlen látájú nőre vonatkozik.

A látzavarok egy része magyarázására a gyomrocökök nem ritka vizenyője szolgálhat (Duchek még állandó leletnek is mondja), miközben általa a láttelepek széjjel térítése és ez által a láthuzam vongálása eszközöltetik (Türk L.).

* Igen figyelemre méltók ezen tekintetben Wendt (Allenberg), Möllendorf (a migraine) dolgozatai és Schüle-nek (Illenau) chloral hatásáról legújabb buvárlatai (l. gyógymód).

** L. Westphal adatait Griesinger's Archiv I-ben Gräfe vizsgálatai után 14 hűdéses buta közt 2 látidegsorvadást. Seifert 25 betegnél 2-szer látzavart talált.

A szemtekén előforduló más jelenségek közül a tekének görcsös forgását említjük, továbbá a Moreau és Magnan által kiemelt dülszemet (együttérz-ideg tünet?) és a porczhártya erősebb kidomborodását. Szemhéjizsam sem ritka (a szemmozgató ideg beidegzésétől függő?) és néha a szemhéjnak csak belső része (Billod), vagy közepe süllyedt volna. Megjegyzendő különben, hogy szemhéjizsam nem ritka és különösen idegkóros egyéneknél aránylag gyakran előfordul.

Sokkal inkább megvitatott, mert közelebb fekszik és könnyebben megfigyelhető

a láták állapot. Különösen látakülönbség mint majdnem állandó, sőt még mint a hűdékes butaságot jellemző tünet (Baillarger!) lön előadva.

A látakülönbséget a fennemlített óvszabályok mellett constatalni nem elegendő, még kell, hogy vizsgáljuk, melyik a beteg láta, általában azt fogjuk találni, hogy a közép világításnál tágabb a hűdött, miután belterjes világosságnál keveset vagy éppen nem szűkül.

Hogy a láta-különbség tünetényét túl ne becsüljük, meg kell jegyezni:

1. hogy a hűdékes butaságnál a láta-különbségek, általában a láta-rendellenességek nem állandók, hanem hogy az összes eseteknek legfelebb felénél találatnak. Más szerzők ellenkező adatait (Austin ⁹⁸/₁₀₀, Nasse ⁹⁹/₁₀₃) ép oly kevéssé igazolhatom, mint Neumannnak egészen elszigetelten álló adatát, hogy láta-különbség igen ritka volna. Különben Laségne is azt állítja, hogy a láták egyenetlegsége észleletei csak $\frac{1}{3}$ -nál fordul elő, míg az alább írt tábla szerint* Nasse és Austin-t kirekesztve, 139 esetben 63-szor, tehát az összes esetek kisebb felénél találatott:

2. hogy megfordítva láta-különbségek igen gyakran elmebetegknél fordulnak elő, kik közönséges dühösségben és bűkórban szenvednek; az úgynevezett „gyógyíthatóknál“ és „gyógyúlva elbocsátott“ betegeknek, a mint is Nasse p. o. ily láta-különbségeket és azoknak későbbi elmúlását több gyógyúltjánál constatált;

* Seifert	25	esetnél	17-szer,
Pelman	50	„	25 „
Nasse	103	„	99 „
Austin	100	„	98 „
Linstow (Schleswig)	64	„	21 „

3. hogy a könnyű szemhéjizsam, a nyelvcsap ferde állása, az arcvonások könnyű petyhüdttségéhez hasonló látá-különbség (szembántalom nélkül!) éplelkűeknél is előfordul (Huppert), persze oly egyénekezek, kiknél az éles megfigyelő sok egyéb szellemi rendellenességet talál, egyének, kik idegbántalomra öröklékenységi hajlamnak átkát magukban hordják.

Látható ebből, hogy a hűdéses butaságra nézve sem a látá-különbség jelenléte magában véve valamely módon nem jellemző, hogy sem annak hiánya a hűdéses butaságnak kórisméjét valószínűtlenebbé nem teszi. E tünetnek értéke csak annak kimutatásában fekszik, hogy az a betegség alatt fejlődött.

Különbőn a látá-különbség ugyanazon betegeknel gyakran igen gyorsan változik, egy nap jelen van, másnap hiányzik, ma a jobb, holnap a bal látá reagál renyhébben. Azért oly adatok mint Moreau-éi, hogy a bal látá gyakrabban a tágult, egészen értéktelenek és csak az észlelt esetek csekélységéből* magyarázhatók, és az orvosi statisztika csudálatos felfogásából, melyet francia buvároknál nem ritkán találni. Még különösebb Austin állítása, hogy a jobb látá kórosodása bükóros, a balé fellengző tévengéseknél találatnék, míg az egyszerű butaság alakjainál mindkét látá meg volna betegedve. Pelman és Nasse nem resteltek a fáradságot ez állítást számokkal megczáfolni.

A látá-egyenetlenségén kívül mindkét oldali látatágulat és szűkület is előfordul. Ritka esetekben a láták mindjárt a betegség kezdetén teljesen ki vannak tágulva, s még belterjes világításra sem húzódnak össze, de calabár-ra igen. Én e tágulatot néhányszor a hűdésnek buta, a szenvedőleges bükórhoz hasonló jellegével láttam.

Megfordítva a láták mindjárt a betegség kezdetén összehúzódottak lehetnek (Baillarger szerint). Én ezt mint kezdőleges tünetet kivált akkor találtam, ha még egyéb más különböző tünetek kemény agyburok-lob mint kór-ok felvételére vezettek. Sokkal gyakoribb a látaszűkület a végidőszakban, és itt a legmagasabb fokokat éri el, úgy hogy a láták alig gombostű-fejnyi nagyságúak. A sötétben is kevésbé vagy épen nem tágulnak, atropinra azonban bőségesen reagálnak s azután a terpedtségnek legnagyobb fokán hetekig maradnak.

A sűrű homály mellett, a melybe az együttérzideg kórboncz-

* Moreau (Tours) 58 beteget hasonlított össze. 34-nél a bal, 24-nél a jobb látá volt a tágabb.

tana burkolva van, előttem hiú kísérletnek látszik azon kérdés vitatása, hogy vajjon együttérzidég izgatási vagy hűdési állapota a látakülönbségnek oka, a látaszűkület néha gerinczagy-sorvadás kapcsában található, de e nélkül is oly esetekben, a melyekben sem a gerinczagyon, sem az együttérzidég nyaki részletén változásokat nem találhattam, és a világosságrai csekély visszahatást szem előtt tartva, Linstownnak adnék igazat, hogy gyakran a központi szervek bántalmai okozzák a látakülönbséget. Seifert a látatágulatot a szemmozgató ideg hűdéséből származtatja, a mely agyvíz, álképletek, merev üterek (az agy mély és az agyacs felső mellső ütere) által nyomathatik, és ezáltal működésképtelenné válhatik.

A többi *érzékszerv* állapotáról majd semmit sem tudunk és vélekedésekre vagyunk utalva. Különösen a szaglás rendellenességei nem ritkák lehetnek, miután már Flemming szagideg-sorvadást írt le, és újabb időben Westphal többrendbeli szagideg-változásokat látott. Magam is az esetek nem kis számában találtam a szagideg huzamait és duczait elváltozva, számtalan kemnyeszerű testecs és sokszorosan szemese sejtektől is átszöve. A legutóbbi időben Magnan tényleg két esetet látott, a melyben a szagérzés elveszte már az életben megállapított. Az egyik esetben, a mely a bonczkés alá került, a szag-, lát- és hallideg szürke elfajulása találtatott; körülbelől az egyetlen eset, a melynél hűdéses butaságban ezen idegek kórosodása észlelve lett (gaz. des hôp. 1870. 110/1).

Legtöbb figyelem lett fordítva a hűdéses buták *érzékenysége*re, de a vizsgálatnak már az előjegyzetekben említett nehézségei mellett, az eredmények idáig szerfelett csekélyek. Legelőbb Crozant-nak sokátt vitatott állítása említendő, hogy a hűdéses butaságot általános bőrérzéketlenségi időszak előzi meg, mely később ismét elmúlik. Ezen állítás ily általánosságban épen úgy meg van czáfolva, mint a vele szembe állított, hogy túlérzékenységek állandó bevezető tünet volna. Néha korán az egyik vagy másik előfordúl, épen úgy amint különféle idegzsábák igen gyakoriak, és a betegek képzeletében mindenféle, gyakran csudálatos változások alatt visszatükröződnek (h. ö. Schüle „dysphrenia neuralgica“). Még a leggyakoribb érzések az alvégtagokban „szaggatás“ és „bizsergés“, néha „nyilaló“, „villámszerű“ fájdalmak alakjában, megbetegedések, a melyek gyakran a tulajdonképeni hűdéses butaságot sok évvel megelőzik, különösen azon esetekben, a melyek bonczolásnál a gerinczagy szürke elfajulását mutatják (Westphal, Magnan). Néha ily fájdalmak, egy-

szerű ülésába képében lépnek fel (Voisin). Ezekre mindég mint fontos tünetekre figyeljünk, a mint kétoldali ülésabát különösen, már a régi orvosok majdnem soha sem tekintették környi bántalomnak.

Mindenesetre biztonsággal állíthatni, hogy a hűdéses buták nagyobb számánál kezdetben az érzékenységnak jelentékeny csökkenése nem létezik. Meyer L. ezen tényről annyira át volt hatva, hogy ebből az idült langmérgezés és hűdéses butaság közt elkülönző tünetet kísérelt meg csinálni.

A későbbi időszakokban a betegek érzékenysége határozottan csökken, míg végtére teljes érzéketlenség áll be, a mely összevéve a mély butasággal, gyakran a betegek sérülésére vezet. Így egy beteg (gerinczagy-bántalom nélkül!) szivarral ujját egész a csontig elégette, és csak az elégetett lágyrészek bűze figyelmeztette erre az ápolót. De elfeledhetlen marad előttem a legiszonyúbb, a mit érzéketlenségnél láttam, egy hűdéses buta, ki a folyosón tova rohanva, bonyolódott alszártörést szenvedett. A bekötésnél kirántotta magát s jární próbált, mi mellett a kinyúló síp-csapalakú éles sípesonttörvéig az izomzatba furódott és a bőrt átszúrta!

Egyes érző-idegeknek teljes hűdésai igen ritkák, és csak mulékonnyan lépnek fel, gutaütésszerű rohamok után — más esetekben ily rohamok után épséggel helybeli vagy általános túlérzékenységek következnek.

Egyes érző idegek területén különösen a szemgödör fölötti ideg felett előforduló övsömöröket l. a. (edénymozgató ideg-kórok).

C. Mozgási zavarok.*

1. A hang és beszéd, a mint azt láttuk, már rendkívül korán szenved, és ezen jelnek jelentőségét mindjárt az első megfigyelők oly jól észlelték, hogy Esquirol tapasztalatait arról ezen jóslati mondatban foglalta össze „a beszéd zavara halálos jel“.

A beszédzavarok lassanként állnak be, és nem mindig egyenlők, néha bizonyos hangok képzésében egészen könnyű nehézség mutatkozik, különösen az ajk-hangoknál (Duchek) vagy sziszegő hangoknál (úgy hogy a betegek z-zárt stb. mondanak), vagy egyes betűk lesznek elcserélve, egyes magánhangzók hamisan hangoztatnak (o helyett a, e helyett a) és mássalhangzók lesznek elcserélve

* A szemmozgatás és látás zavarai az összefüggés végett mindjárt a szem zavaraihoz általában tétettek.

(b helyett p, d helyett t). Máskor a betegek beszédjükben kissé megállnak és a légközelebbi szavat valamivel erősebben lökik ki. „Olyan mint a keréknek köheni megakadozása“ (Magnan).

Lassanként a beszéd lassúbb lesz, tökéletlenebb, egyes szótagok elnyeletnek, mások 2—3-szor ismételtetnek, a betegek dadognak.

Nyugalomban és különösen reggel ezen zavarok erősebbek, de különösen növekednek belterjességükben a gutaütés-szerű rohamok után.

Az izgalmi időszakokban ellenben a beszédzavarok elmúlnak, és gyakran a legnagyobb mértékben elámulunk, ha oly beteget a legnagyobb nyelvjártassággal hosszú beszédeket tartani hallunk, ki alig néhány nappal előbb csak 7—8 szótagot hirt percenként kiejteni.*

A működési beszédzavar mozgási zavaroktól van kísérve. Néha a nyelv kissé ferdén lesz kiöltve, az egyenesen kiöltött nyelven egyes íromrostoknak rángását észleljük igen gyakran (a francziáknak tremblement vagy vibrations vermiculaires-je). Nem ritkán mielőtt egy hangot ejtene ki, már néhány másodpercczel előbb meglátni a beteg, hogy beszélni akar: száját mozgatja, a szájugok ránganak, a járom-izmok többször gyorsan összehúzódnak, az orr-czimpák lebegnek, a homlok ráncozva lesz, míg rögtön — kicsattanva — a szavak kilöketnek.** Ellenben teljes nyelvhűdés a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, éppen úgy az, egy ízben Linstow által észlelt közbehagyó (esténként visszatérő) nyelvhűdés.***

A hűdéses butaság későbbi időszakában a nyelvbénulás, szótehetlenség és a butaság társulnak; a beszéd egészen érthetetlen dadogó lesz, végre a betegek hülyékhez hasonlóan, csak egyes nyers tagolatlan hangokat adnak magukból.

A hang is korán szenved, az ének összhangtalanná lesz, idáig jó énekesek tehetségeiket elvesztik. A szó csengése nyers, rekedt, üres, reszkető — mint Duchek mondja „mekkegővé“ válik.

A gégeben véghezmenő folyamatokról sajnos, hogy idáig csak Schultz es Rauchfuss (Sz.-Pétervár) gége-tükrészeti vizsgálatait birjuk:

* Egészen elszigetelve áll Calmeil állítása, hogy a beszédzavar az izgalomkor nagyobb volna.

** Zenker (Königsutter) die Analyse der Sprachstörungen, Zeitschrift für Psych. 27 k. 693 l. és ugyanott Brosius-tól 14 k. 37. l.

*** Ezen különös esetben egyidejűleg a bal testfél közbehagyó hűdése állott be. Később mindkét hűdés állandó lett (bonezolás?)

a hangszálagok egyike mozdulatlanul áll, vagy a rendesnél mozgékonytalanabbul a zárás és nyitódás állásának közepén (az illető oldalsó és hátsó gyűrűkánporcz izom bénulása). Néha a bénult hangszálag a beszédnél a záródási állásba megy, de csak lassan — egészen lassanként. Ritkán van jelen a hangszálagnak teljes nyitódási állása (az oldalsó gyűrű-kánporcz-izom elszigetelt hűdése) vagy mindkét hangszálag bénulása.

2. Arczideg. Könnyű hűdés az arczideg területén, az egyik arczfélnek mérsékelt petyhüdsége, a száznak jelentéktelen félrehúzotttsága, az egyik orr-ajk ráncznak könnyű elmosódottsága — mind e tünet végzetlen gyakran található hűdéses butáknál.

De éppen oly igaza van Huppertnek, a midőn azt mondja, hogy hasonló tünet az (úgynevezett) épértelmű felnőtteknél nem ritka, míg azt gyermekeknél soha sem látta. De ezeknél is nem ritkán fordulnak elő könnyű arczideghűdések, a miről gyermek-osztályomon elég gyakran meggyőződtem.

De ezzel az arczhűdés jelentősége nem csökkent, oly kevéssé mint a láta-különbsége. *Mindkettőnek előfordult a magában véve semmit sem bizonyít, de a legnagyobb jelentőségűvé válik, ha előbb mindkét arczfél és láta egyenlősége kimutatva volt.* Sajnos, hogy e kriterium az elmekór-gyógyász számára jobbra hiányzik.

Teljes-arczideg-hűdések majdnem mindig szegődnek gutaütés-szerű rohamokhoz, és — meglepő gyorsan — elmúlnak.

A hűdéses butaságra nézve igen jellemző a tünetek állhatatlansága és változása. Ma a jobb, holnap a bal oldal ernyedtebb, egy napon a hűdés kiválóan tiszta, a rákövetkezően kételkedünk, hogy általában jelen volt-e. Ha ez állhatatlanság hiányzik, ha a hűdés állandó marad, úgy góczszerű megbetegedésre — gutagócz, dag, sajátlagos kemény agyhártyalob és egyébbre kell gondolnunk.

Annyiban Neumannnak igaza van, ha minden esetet féloldali hűdéssel, de sőt mindkét oldali bénulásnál az egyik oldalnak túlsúlyban léténél, a hűdéses butaságból (szorosabb értelemben) kizár.

A rángásokról a beszédnél l. f. Minden izom közül, melyet az arczideg lát el a nagyobb járom-izom támadtatnék meg legelőbb (Brown Crichton).

Szinte az arczidegtől függ a nyelvcsapnak *ferde állása*, a melyet Linas emelt ki a hűdéses butáknál, de a melyet ép értelműeknél még gyakrabban találni, mint az egyik arczfél petyhüdségét (nem ritkán

helybeli kórosodás után). Értékét tehát e tünet is csak későbbi keletkezésének kimutatása által éri el.

Az arczideg körébeni *görcsök* képezik a hűdések ellentétét. Ezek szerfelett ritkák és majd teljesen a gutaütési rohamokra szorítkoznak; egy esetre sem emlékszem, a melyben önálló arczideg-rángás lett volna jelen. Meg kell itt még emlékezni egy tünetről (agyburok-lobi?), a *fogcsikorgatásról*, a melyet néha a vég-időszakban észlelni.

3. *A végtagok mozgási zavarai.* A beszédnehézség jelentőségével egyenértékű, a láta-különbésgnél sokkal többet érő mozgási zavarok, különösen a lábokban a hűdések butaság legállandóbb és legfontosabb tüneteikhez tartoznak. Sajnos, hogy szerfelett nehéz, különféle esetekben a tünetek különbözősége és változása mellett egy és ugyanazon esetben csak megközelítőleg is pontos átnézetet adni.

Már a fellépés ideje is szerfelett változó. Az elmebetegség tiszta kitörését néha már évekig hűdési tünetek előzik meg, gyakran a járás bizonytalansága oly korai tünet, hogy az utczán tántorgó betegek, kiknek butasága félre lesz ismerve, részegnek tartatnak. Megfigyeléseim egyes eseteiben mély butaság és gerinczagy hűdéses járás egyidejűleg lépnek fel („gerinczagy-hűdéses butaság“). Ellenben máskor éveken át az erő és biztosság oly jelentékeny marad, hogy a betegek sorompókon ugranak át, magas rácsokat másznak meg, mely esetekben a „hűdéses“ butaság jelzése egészen különösen hangzik.

A mozgási zavar főleg mint a járásnak bizonytalansága nyilvánul, és miután a különféle jár-modorok jellemzése, különösen a kórosoké még pium desiderium, — hiszen csak egy és épen a legritkább járás-zavar alak számára, a gerinczagy hűdésesre birunk általánosan elfogadott jelzést és klasszikus jellemzést (Romberg-től), — a többi alakot illetőleg önmagunknak kell kezdeményeznünk, s néhányat megkísérünk rögzíteni. a) A gerinczagy sorvadásos járás (kakas-lépés és díszmenés) csak egyes esetekben található, a melyekben a gerinczagy szürke elfajulása van jelen; b) a merev-járas: a térdek feszesek, alig vagy semmit sem lesznek meghajtva, a test felső része kissé hátrahajtva, az egyes lépések csak kicsinyek, a láb hegye kifelé fordított, és a betegek előbb a kampóval lépnek, vagy még: a menés széles, a lábak hegyei egyenesen tartatnak vagy még kissé befelé fordítottak, a lábak ívalakban hordatnak; c) a hűdött vagy féloldalt hűdött járas: a térdek erősen megvannak hajtva és az előrelépésnél is csak kevésbé lesznek nyújtva,

a test felső része előredülő, a lábak alig emeltetnek, a föld-szinén „vonatnak“; d) a tántorgó járás. Az egyik láb, p. o. a jobb emelve lesz, a menőnek e szerint egy pillanatig a bal lábon kellene ingadoznia, de testét oly messzire balra hajlítja át, hogy az egyensúlyt elveszíti, jobb lábát gyorsan balra át kell tennie, és ezután, hogy az új állásban ismét el ne essék, bal lábát gyorsan balra a jobbtól kissé hátra teszi; e) az x-járas, melynél kissé hátrahajtott föltest mellett a lábak oly nagy ívben hordatnak, hogy előbb a jobb láb balra a baltól, azután a bal jobbra a jobbtól helyzetetik. — f) A vittáncz-féle járás kifejezett eseteiben a betegek csak idegen támogatás mellett járhatnak. A lábnak előrevitele kísérleténél ugyanis az alszár és lábnyújtó izmai, szintúgy ezek és a czomb hanyintói oly erősen összehúzódnak, hogy a láb messzire előre és kifelé röpttetik. Néha a láb mozgatásának minden kísérleténél, ily röpttő mozgások egész sora áll be.

Ez átnézetet kiegészítjük a Zenker * által a hüdéses buták tartása és járásáról adott előadással; ez sokkal több módozatot tartalmaz, mint az általunk megkísérlett.

Legelőbb túlságos előreahajló petyhüdt tartásrai hajlamot emel ki Zenker, a mely, miután egyszersmind állás és menésnél a térdek erősen meg vannak hajtvá, a betegeket kisebbeknek tünteti fel. Ha e mellett a sarkak oldalt kitolatnak, a lábak széjjel terpesztetnek és oldalt megfeszítettnek, úgy

a) kacsázó járás támad, miközben a test egyik oldalról a másikra inog.

b) A megvetett alvégtag térdben túlságosan és izromokban hajtatik meg, úgy hogy a test minden lépésnél láthatón merül és emelkedik (*bólintó-járas*; *térd-járas*),

c) Ha ezen járásnál a meghajtott térd erősen kifelé fordítottatik, úgy ez a *kardcsont-járas*.

d) A *kakas-járas*: a lengő végtag rendestől eltérően magasra vonatik, *dobbanóvá* válik ha a lépések megrövidítettnek s ha a lábak erősen lesznek lerakva, *pata-lépés-járas*, ha a bütykök a sarok előtt tétetnek le.

e) A *lóbázó járas*: a lengő alvégtag a medencze egyidejű felemelése mellett oldal felé mozdítottatik, nehogy a talajt, vagy a megvetett lábat súrolja.

f) A *csoszogó járas*: a lengő láb talpa a talajt könnyen horzsolja

* L. 680—690. l.

és a lépés csak kevésbé lesz megrövidítve, kifejezett esetekben a láb a talajon vonatik, a lépések lehető kicsinyek lesznek, a lábszárak széjjelterpesztve, láthatón megvetve — eredményként mutatkozik: a leghetőbb biztonság a gyorsaság rovására.

Ha az idáig jellemzett járásnemeknél az ízületek meghajtására való hajlam volt túlsúlyban, egy másik sorban a rendellenes erős fesztetés található. Ide tartoznak:

g) a *grandezza-lépés*: a feszes tartás, lassú „feszes” lépés, a törzs ingadozásának kiigazítására szolgál;

h) a *dísz-lépés*: a lengő alszár rendellenes lökést nyer, s e miatt a célon túl leng, a melyet a megvetés felvételére el kell foglalnia;

i) a *korszolyázó járás*: a lábhegyek erősen kifelé fordítva, a lengő alszár minden lépésnél előre és kifelé dobátik.

A harmadik osztály a törzsnek kifejezett hajlásávali járásne-meket foglalja magában és pedig:

k) az *előgörnyés járás*: a törzs hátra hajtatik, a medence le-sülyeztetik, a lépések lassúk, lökészerűek;

l) a *rohanó járás*nál ellenben a test felső része előre hajtatik, gyors járás kieroszakolása végett.

A hüdéses járás-alakok záradéka és a hüdéses buták végső járásaként

m) a *rendetlen járás* szünteleni botlás és csetléssel áll be.

Hüdéses butáknál mind ezen járás-alakok előfordulnak, egy és ugyanazon hüdéses butánál előfordulhatnak, és egyszersmind még a hevülési időben és a relativ szabad időközökben időszakokkal változhatnak, a melyekben a járáson semminemű kóros sem található.

Állás közt a legtöbb beteg nemsokára ingadozni kezd, de csukott szemekkel nem jobban, sőt gyakran kevésbé mint nyitottaknál. Csak az egyszersmind gerinczagy szürke elfajulásával megbetegedett kis csoportja mutatja az épen oly jellemző mint meg nem magyarázott csukott szemek melletti erős ingadozást.

Az izomerő e mellett jobbára még mindig igen jelentékeny és újból mindig elcsudálkozunk, hogy mozgásaiknak ellene helyezett mily nagy ellenállásait képesek még oly betegek is legyőzni, kik már támogatás nélkül járni képtelenek. A hüdéses butaságnak kezdetén ennyiben tulajdonképen helyesebben összerendezetlenségről mint hüdésről szólhatunk, vagy Griesinger-rel mondhatjuk, hogy a mozgási zavarok kezdetben görcsös és nem hüdéses természetűek. Az erővel egyenlőn az izmok villamos összhuzékonysága is soká meg-

tartva marad, egyes esetekben feltűnő, görcsökre való hajlam volt kimutatható (rendellenes erős visszahatás és gyors kimerülés.)*

A végidőszakban valóságos hűdés áll be, úgy hogy a betegek többé épen nem járhatnak és állandó ágyban fekvésre kényszerítvők. A mellett az alvégtagok igen lesóványodnak.

Ezen időszakban zsugorok is nem ritkaságok, míg a kezdődő szakban csak gutaszerű rohamok kísériként mulékonyan állnak be.

Sokkal kevésbbé kifejezetten szoktak lenni a *felső végtagok mozgási zavarai*, melyeknek erőteljes durvább mozgásokra való képességét, különösen ütésre, a beteg környezete igen hosszú ideig észlelheti és érezheti.

Nem ritkák *vittáncz-szerű mozgások*, különösen egyidejűleg az alszárakéval vagy a végidőszakban. Néha a vittáncz oly belterjes lesz, hogy a betegek a mögöttök állókat pofozzák. Igen gyakran észlelhető tűnemény szinte a *széjjel feszített ujjak reszketése*, a mely éppen-séggel nem utal mindig langmérgezésre. (Felkötött ecset segítségével az ujj, rángásait leírja).

Igen gyakran lett azon kérdés vitatva, vajjon előbb a felső vagy az alsó végtagok lesznek-e bántalmazva. A válasz igen különböző volt, az elmekór-gyógyászok nagyobb része mégis megegyez abban, hogy a zavar jobbra egyidejűleg lép fel az alsó és felső végtagokban, és az alsóké kezdettől fogva csak azért tűnik fel inkább, mivel azoknak nagyobb feladatuk van, az egész testnek hordása.

A hol tehát a felső végtagoknak különösen finom működése kívántatik, azoknak elégtelensége igen korán nyilvánul. Így egy gerinczagy hűdéses buta betegemnél, az ujjaknak működési zavara minden egyebet megelőzött, de alkalmá is volt, hogy épen erre figyeljen, mert kártyavetésből élt, és a kártyák már nem a szokott csinálnak este!

Az írásban is korán venni észre változásokat, majd feszesebb, vastagabb, majd bizonytalan, tisztátalan, „szennyessé” lesz, oly változások, a melyeket könnyen felismerhetni, ha a betegeknek a betegség előtti időből kelt leveleit vagy iratait megtekintjük. Az első sorú elváltozások (a „szegletes” írás) azért jelentősebbek, mert a másod rendbelieknél a képzeletek állhatatlansága és túlajtó siet-

* Benedikt mintaszerű esetei „Neuropathologische Beobachtungen an Geisteskranken” Archiv der Heilkunde VIII. (1867.) 140–162. l. kapesában terjedelmes vizsgálatok szerfelett kíváncsóságok.

sége befolyással van, és ennél fogva hasonló írást dühöngő egyéneknél találni.

4. A húgyhólyag beidegzési zavarai.

A húgy kiürítésének zavarai a leggyakoribb tünetekhez tartoznak, és *miután legpontosabb helybeli vizsgálat által helybeli okok* (düllmigrig-duzzadások stb.) *hiányáról meggyőződünk*, az idegrendszerből kiindultaknak kell tekintenünk. Miután a hólyag összes izomrostjai a lenyomóhoz tartoznak (a zárizom helyét a húgycső szorító-izom, és a gömöre merevencs-izom látja el, mindkettő visszahajlón a hólyag érző-idegeiből a gerinczagy alsó részének közvetítése által zsongos izgalomban), annál fogva a hólyag lenyomó *vagy* a hólyag zárizma hűdéséről szó nem lehet. Csak az első létezik. A húgycsepegés egyszerűn a hólyag túlteltisége által, azaz tisztán mechanice feltételeztetik (ischuria paradoxa), vagy a húgycső izmai hűdése által, akár egyenesen központi szervük, vagy a hozzájuk vezető rostok bántalmazottsága által, akár a húgyhólyag érző idegei hűdése által közvetve.*

A hűdéses butáknál ennek megfelelőleg, főleg a későbbi időszakokban gyakran találjuk a teljes hólyag (detrusor) hűdést, úgy hogy a pöcsap bevezetésekor alig, hogy esepeg, kezünkkel kell a hólyagot körül fogni és kinyomni, a húgy-kifolyás pedig azon pillanatban megszűnik, a midőn a nyomással alább hagyunk, újbóli nyomásnál pedig azonnal megkezdődik. Húgycsepegés majd csaknem a legvégsőbb időszakban fordul elő, a midőn valóságos hűdések lépnek fel, és itt érzési zavarok (hólyag idegei) mozgásiakkal valószínűleg összehatnak.

Szerfelett feltűnő jelenség a húgyhólyag-zavaroknak nem ritka változásai. Oly betegek, kiket hetek, sőt hónapokon át pöcsapolni kelle, maguktól kezdenek újból vizelni. Az elméletre nézve ebből az következik: hogy az illető idegközpontoknak túlságosan mély elváltozásait (desorganisatió) ne feltételezzük és a gyakorlat számára: hogy a betegeket önkénytes vizelésre ösztönözzük gyakrabban, és csak miután ez eredménytelen maradt, alkalmazzuk a pöcsapot.

* Azon nagy zavarral szemben, a mely a hólyag-hűdésekről uralkodik (Eulenburg-nak Lehrbuch der functionellen Nervenkrankheiten (1871.) 379. 399. l. az élettani viszonyok tiszta előadására és kórtani tényeire utalok.

Ez utóbbi szabályra, általában mindenkor figyeljünk, ha hűdéses buta nem vizel, mert a *húgy-visszatartás* gyakran csak a *feledékenység*, a beteg butaságának következtése.

V. FEJEZET.

Edény-mozgatási zavarok.

5. Az *együttérzideg* bántalmái bizonyára gyakoribbak, mint a mint idáig megfigyelve lettek, különösen a *nyaki együttérzideg* vagy központi szervéé, a centrum ciliospinale-é (a 7. nyak- és 3—4 hátsigolya közt fekszik).

Ismételve észleltem egyik arczfélnek rögtön fellépő és néhány pillanat múlva elmúló pirulását látaszűkülés és nagyobb hőnek alanyi és tárgyi érzésével. Még figyelemre méltóbb, hűdéses butánál általam legjobbnak ismért esetet említ fel Orange a broadmoori központi fegyencz-tébolydából: egy 43 éves hűdéses buta már hosszabb időn át az izomzat reszketését és gyöngeségét mutatta. Halála előtt egy évvel előbb általános *görcsei* voltak, aztán csak a *baloldalon*, de a *bal láta terpedése*, a *bal fül veresedése és ugyanezen oldal izzadásával*. E rohamok 3 ízben ismétlődtek, s mindenkor körülbelől 72 óráig tartottak. Sajnos, hogy ez esetben a bonczlelet igen kevésbé tiszta: a gerince-agy lágyhártyájának savós beszüremkedése, különösen a *hát-tájon*, görcsövilag: szemcsesesejtek (a nyak-együttérzideg nem lett vizsgálva).

A Servaes (Lindenburi) által észlelt *vérizzadás a fejen* nyilván szintén együttérzideg-hűdés tünet. Egy esetben az arcznak torlódási veressége volt jelen, kicsi lassú érlelés mellett; a másikon szintén érlelés-lassúdás, de az arcznak sápadtsága. A vér apró finom szuráshoz hasonló nyilásokból jött, az izzmirigyek nyilásaiból. Sajnos, hogy a látak állapotáról semmi adat sincsen (Zeitschr. für Psychiatrie XX. k.). Meschede és Westphal által észlelt erős izzadások, és egyes betegeknek erős nyálfolyása, gyaníthatólag az együttérzidegtől vannak feltételezve.

Sokkal nehezebb más tények sorát osztályozni, a melyek szintén az idegrendszerrel függnek, de a melyeknél pontosabb magyarázatot függőben kell tartani, a míg a vitás kérdés, hogy vajjon létezik-e tulajdonképeni tápláló idegek, megoldva nincs.

b) A hüdéses butaságnál mindenesetre az összes edénymozgató idegek bántalmazva vannak. E tény legegélbb Lechler által Rostockban lett felismerve, ki észleletei (Sachsenberg-ben Flemming alatt) nyomán annak megismeréséhez vezetett, hogy a hüdéses butaságban az edénymozgató idegrendszer mélyebb bántalma van jelen. De még csak Wolff O. J. B.-nek szintén Sachsenbergből, köszönjük a tudományos bebizonyítást és a tannak megállapítását

az érlekésről tanúlmánya által. A tárgy fontossága és ismeretének még mindig csekély elterjedtsége mellett az orvosok közt, ennek előadását valamivel kimerítőbben kell adnunk. A mint ismerve van, az érlekés-görbék a Marey-féle ütérjelző segélyével az orsóüteren, tehát közép belüri üteren tanulmányoztatnak. Ily üterek hatalmas izomzattal bírnak, a mely az edénymozgató-idegek befolyása alatt áll. E befolyás az ütereknek saját összehúzódása által jut érvényre és ez által különbözik az ütér a ruganyos csövektől, a melyek vérkeringési mintáknál rendesen az ütereket képviselik. Az érlekés alatt a folyamat következő.

Bármily különböző legyen is a szívverések száma, a szívösszehúzódás tartama mégis rendkívül állandó marad — $0.3''$ (Donders), és 0.3 másodpercen át, ha tehát hatalmas véroszlop löketik az ütérrendszerbe, az ütércső gyorsan kitágíttatik, a rajta fekvő érlekésemeltyű gyorsan felemeltetik, minek következtében az érlekés-görbe azonnal igen meredek vonalban emelkedik. De a míg a szívösszehúzódásnak alig egy harmada van befejezve, az ütereknek egy önálló mozgása (contractio) áll be. Ezen összehúzódás rögtöni és erélyes, a jelző toll megfelelőleg leszáll, és az érlekés-hullám rögtöni és gyors sülyedése, majdnem az egész magasság felére, ennek következése. Most az ütércső ruganyossága és a még beömlő vér befolyása emelkedik érvényre. A görbe újból emelkedik (első másodlagos hullám), hogy gyorsan ismét sülyedjen, a míg a függérbillentyűk által visszahajlított visszalökő hullám (Landois) egy második emelkedést feltételez.

Igy rendes körülmények közt (azaz teljes nyugalomban) a rendes érlekést háromszakos gyorsnak látjuk.

De ha az edénymozgató idegrendszernek teljes hüdése áll be, úgy az ütércső minden önálló összehúzódása megszűnik, és egy meglehetősen ruganyos csőnek szerepére szállíttatik le. Az érlekés-görbe azután következő: az ütér szintén gyorsan és bizonyos magasságig tágul, az emeltyű és az érlekés-görbe felhágása tehát mindkét görbénél ugyanaz. Az ütér aztán kitágulva marad, a míg a szívössze-

húzóadás be van fejezve, csak most lohad össze az ütéréső, és még a visszalökő hullám által sem lesz ismét kitágítva.

*Igy a normalis ember háromszakos gyors érverésével szemben áll az egyszakú lassú, az edény-mozgató idegrendszernek teljes hűdése mellett. További tanulmányok az egyiknek a másikköli keletkeztét mutatták, miután a gyors érlekés első esésében az első másodlagos hullám elé egy kicsi előhullám töltődik be (lassú-négyszakos érlekés), mint az ütér kevésbé erélyes és gyors összehúzóadásának jele. A mig e két hullám (előhullám és első másodlagos hullám) összeolvad, a lassú-kétszakos érlekés támad, mely még mindig csúcs-jelleggel bír, a mig azután az edény-izomzat haladó hűdésénél a lassú közös (jobban lassú lapos) sík lapálylyal a görbe csúcs helyett, azután a kerek-lassúhoz jutunk, a melynél legalább az ütér részéről kísérletnek nyoma mutatkozik az összehúzóadásra, kis lépcső alakjában a felhágás közben, a mig ez is eltűnik és az absolut edényhűdés érlekése, az egyszakos-lassú van előttünk.**

Az érlekés alakjára teljesen sajátos befolyással van az izgultság. Minden izgalom (lelki izgultság) *legelőbb izgatolag, aztán hűdítőn hat az edény-mozgató idegrendszerre, illetőleg az ütér-hullámra. Minél erősebb az izgatás, relative annál belterjesebb és tartósabb a hűdítő hatás.*

Izgalomnál a lassú érlekés az ellenkezővé változik, gyorsná, és pedig a lassú-kétszakos érlekés a rendeshez hasonló háromszakos küllemét nyeri, a mig a lapos-lassúból az aggok érlekéséhez hasonló módosulat támad**.

Miután Wolff szép előadásait idáig követtük, további tanulmányozás végett munkálataira kell utalnunk***, és sajátlagos tárgyunkhoz, a hűdéses buták érlekéséhez fordulunk. Az előttem fekvő számos hűdéses butáktól eredő, részben éveket felölölő érlekés-görbék soraiból, melyeket jobbára Wolff szivességének köszönök, könnyen látható, hogy a hűdéses butának rendesként megfelelő (élet-körtani)

* L. Wolff tábláját Zeitschrift für Psychiatrie XXV. k. 745 l.

** Az aggok érlekése jellemezve van: 1) görbájének nagysága, 2) a másodlagos hullámok rendellenes magas fekvése, 3) az első másodlagos hullám rendkívüli kifejtettsége által a visszalökési hullámmal szemben — oly sajátosság, a mely a fenn adott előadás szerint nyilván a lassú érlekéshez való hajlamot mutatja.

*** Charakteristik des Arterienpulses (Lipese 1865.); hat cikkére „Beobachtungen über den Puls bei Geisteskranken“ Zeitschrift für Psychiatrie XXIV. egész XXVI. k. és „über fehlerhaftes Pulszeichnen“ Prager Vierteljahresschrift CIX. k.

érlekésmozzanat a lassú érlekés, de hogy az izgalom befolyása alatt minden lehető változások kifejlődhetnek, a melytől az eredeti állapot, a lassú érlekést csak gyakorlott szem ismeri fel.

A hűdéses buták érlekése rendellenességei mindenekelőtt következőkben állanak:

1. Még legjobb korban levő egyéneknél a betegség kezdetén sokszorosan mutatkozik az „aggok érlekése“.

2. A rendes háromszakoshoz közeledő érlekésképek mutatkoznak oly viszonyok közt, a melyekben az egészséges ember rendes háromszakos érlekése lényegesen változottnak bizonyúlna (mindenkeelőtt az izgalomban).

3. A hűdéses buták érlekésében a hő emelkedése nem hozza magával azon változásokat, a melyeken a normalis emberé keresztül megy. *A hűdéses buták érlekésénél hiányzik bizonyos érlekésrajzoknak határozott hővel találkozása*, a melynél fogva a normalis embernél az érlekés-görbéből a hőfokot leolvashatjuk.

4. Idáigi megbeszéléseinknél feltételezve volt, hogy a szív rendes hajtóképességével bír, s hogy azt megtartja. De az utóbbi a hűdéses butaság vég-időszakában többé nincs úgy, akár az izomzat elzsírosodása (l. kórboncztan) következtében, akár hogy a szív beidegzése szenved. A szív összehúzódása tartamában növekszik, a míg erejében veszt, ennek megfelelőleg az ütér nem lesz gyorsan a megtelés legnagyobb fokáig kitágítva, hanem csak lassanként növekszik terjedelmében, s ennek következtében az érlekés-emeltyű meredek emelkedés helyett csak egészen sekélyet ír le; az ütér kitágulása azután 0.3" felül marad, 0.4"-ig tart és sőt tovább, kiválóan nagy érlekéslassudásnál, a mely a végső időszakban nem ritka, lassanként azután az előbbi színre süllyed vissza. Ily módon sajátlagos „púpszerű“ görbék támadnak, a melyeket rendes érlekésnél az eszköznek rossz alkalmazása mellett állithatunk elő.

Ha a hűdéses butaságban a betegek érlekésrajzai jellemzéséből, miután ezt az idegrendszernek az érlekésrei befolyásáról fentnyújtott magyarázatával összevetjük, az edénymozgató idegrendszer állapotáról ítéletet iparkodunk szerezni, úgy azt ezen tételbe foglalhatjuk össze:

Kezdetben hűdésre való hajlam, később mérsékelt fokú tartós hűdés, mintegy az edénymozgató központok bénultsága, a végső időszakokban azoknak teljes hűdése van jelen.

Ennek megfelelőleg kezdetben inkább egyes idegtájak hűdésére

(vagy izgalmára), később főleg táplálkozási zavarokra, az egész test megváltozott, keringési viszonyai következtében és a végidőszakokban elhalási folyamatokra, mint a legnagyobb fokú hűdés következményeire lehetünk elkészülve.

Tényleg megfelel ennek a megfigyelés, mert kezdőleges tünet-kint találunk.

a) egyes edényidegek táján körülírt fölpirokat, p. o. a szemgödőrfölötti vagy a háromosztatú ideg második ága rostjai lefutása mentén, fölpirok, melyek ezen idegtájakhoz kötvek, gyorsan és váratlanul (betegeim egyikénél mindenkor csekély mennyiségű bor élvezete után) jelentkeznek, és éppen oly gyorsan eltűnnek. Krafft-Ebing észleletei szerint e fölpirok

b) többé vagy kevésbé általános fölpirrá (Rash) jelentékeny hőemelkedéssel (egész 40°-ig) látszanak növekedhetni.

Talán e kategóriába tartozik

c) az orbáncz, melyet Baillarger mint néha a hűdéses butaságot előzőt írt le. Általam közzétett esetről is a teljesen kifejlődött hűdés első tünetei a balláb orbánczához fűződtek.

d) Övsömörök. Néhány esetben észleltem, hogy szemgödőrfölötti ideg tájáni övsömör, néha messzi a fejbőrére kiterjedőn, a kifejlődött hűdéses butaság minden egyéb tünetét megelőző. Egy másik különösen belterjességű nagysági örjeszmék által kiváló esetben az alvétagoknak mindkét oldali övsömöre állott be. Az irodalomban hasonló adatok találhatók Göricke (Koppenhága) egy kórrajzában, egy hűdéses 30 éves katona jobb czombja külső oldalán ferdén felfelé a lágyékhoz, és a fitymán végződő övsömör, Jessen-nél: övsömör a máj magasságában és Westphál-nál: egy 36 éves könyvivivőnél, a hűdéses butaság fejlődési időszakában övsömör a balváll és mellkas-félen.

A mint látható, ez esetek még igen elszórtak, de tekintve különösen a Bäremsprung által kifejtett övsömör elméletre, mint a gerinczduczok, illetőleg a Gasser-féle ducz izgatott állapotának tüneteire, a legnagyobb jelentőséggel bírnak.

Megemlítendő még itt, hogy Regnard két ízben hűdéses butáknál bronzbőrt látott.

A további lefolyásban gyakran táplálkozási zavarok fordulnak elő, különösen a) gyorsan fellépő elhízás nem ritka tünetemény. Jobbára az általános megnyugvás állapotával esik ez össze és könnyen jóslati tévedésekre vezethet, miután Scholz, Erlenmayer, Nasse és

Lombroso test-súlyméréseiből a gyógyulásban levők erős súlynövekvése világlik ki. Erlenmayer azt jegyzi meg, hogy a hűdéses buták súlya az első időszakban gyarapszik, a másodikban fogy, — ily általánosságban el nem fogadható tétel.

b) Még fontosabbak egyes szövetek és szervek, mindenek előtt a *hajak* táplálkozásának zavarai. A hűdéses buták haja néha változott minőségűvé, gorombább, szárazabb lesz, e mellett a fej „korpától“ fedetik (apró bőrpikkelyek). A hűdéses buták nem ritkán gyorsan és korán megöszülnek — hisz nem alap nélkül nevezték a hűdéses butaságot korai aggságnak. Ezen folyamatoknál tisztábban volt felismerhető az idegrendszer befolyása egy betegnél, ki 30-dik éve kezdetén, a hűdéses dühösség beálltával a legrövidebb idő alatt megöszült, és midőn nagyon teljes alábbhagyás állott be, barna haját ismét visszanyerte. Én e beteget később egy külföldi intézetben láttam — dühöngött és ismét öszült hajjal birt. Ez eset hosszú tartama áltat tünt ki — 5 éven túl tartott.

A hajak változásaihoz a porczok és csontokéit soroljuk, heves és még be nem fejezett viták tárgyai legmélyebben járó gyakorlati jelentőséggel.

c) A *csontok nagy törékenysége* Schleswig-ből Linstow által lett legelőbb kiemelve, a ki a vilsavas és szénsavas-mésznek a húgy általi erősen szaporult kiválasztásával hozza azt összeköttetésbe. Az utóbbi években mindenekelőtt Angliában lett gazdag casuistikus anyag összehordva, miután itt azon kérdés, vajon „durva ápoló-öklük“ vagy kóros folyamatok támasztották-e a számos bordatöréseket (egyes betegnél 6 és 8 borda minden oldalon!) többször képezte törvényszéki eldöntés tárgyát. Tényleg a vegyelemzés: a vegyi összetétel megváltozását, a physikális kísérlet: a hűdéses buták bordái nagyobb törékenységét látszik kimutatni.* Ha még hozzászámítjuk, hogy véraláfutások gyakran hiányoznak, a hűdéses butáknak véraláfutásrai hajlama daczára, úgy azon nézet elől alig térhetünk ki, hogy mindenesetre sok esetben nagyobb erő nem működött, és sőt hogy egyes esetekben talán önkénytes törésekre (heves légzés-mozgások következtében?) kell gondolnunk. Legújabb időben Németországban is foglalkoznak e kérdéssel (Meyer L. Gudden).

d) A porczok táplálkozási zavarai vérdagok alakjában mutatkoznak, mindenekelőtt mint a sokszor nevezett, az elmekór-gyógyá-

* A mostani angol tébolydai jelentések minden bonczjegyzőkönyvben sokszorosan felemlítik a súlyt, a mely a borda eltöréséhez elegendő volt.

szok köreiben véghetlen sokszor megvitatott fülvérdag. Legelőbb Bird (Siegburg) által lett az leírva, kezdetben az „elmebetegék füllobja“, „fülorbáncz“ és más nevek alatt volt ismerve, míg lassankint a mostani név lett általában szokásossá. A fülvérdag lefolyása következő: a fül rögtön jelentékenyen megdagad, e mellett sötétveres, tapintásra forró, hullámzást érezhetni benne; minden mélyedés elmosódott, a fül kagylója gömbszerű kidomborodott felületet képez. A dag lassankint kisebb lesz, és végtére elmulik, összetöporodott eltorzult fület hagyván hátra. Ha bemetszük, úgy véralvadék egyes porczdarabkákkal ürül ki. A fülvérdagnak tulajdonított nagy gyakorlati értéke, a rája feltételezett jóslati jelentőségre támaszkodott — a gyógyíthatlanság biztos tüneteül vala tekintendő (már régen megezáfolt tétel l. a. épeszüeknél előfordulta!) — és különösen a Gudden által képviselt nézetre, hogy mindig külsértésnek terménye, hogy tehát a fülvérdag jelenlétéből rövid idővel előrement rosz bánásmódra (az ápoló részéről) lehetne következtetni.

Miután az olvasót, ha e kérdéssel tüzetesebben kíván foglalkozni, az alábbálló irodalomra utalom*, a tényeket saját tapasztalatom szerint adom elő.

Sok éltesebb egyén fülporczában, különösen hűdések butákában is dagokat érezni, a melyek vizsgálatra részint porczdagoknak bizonyúlnak (Meyer L.), részint porczlágyulási góczoknak (Parreidt), részint a porczok sejtei és közbenső anyaga sajátságos átváltozásainak egyenközüen rostos hosszúra-nyújtott orsószzerű sejtekkel beszórt szövetbe. Hogy a dagok külerőszak után támadtak volna, arra bizonyíték nincs, sőt ellenkezőleg apró góczoknak támadása a különben változatlan porczokban annak ellentmond. Ezen szövetben gazdag véredényhálózat fejlődik, kivált ha az elváltozás egész a porczhártyára kiterjed. Ily dagokkal ellátottaknál könnyű külsértés elegendő, hogy fülvérdag támadjon, és ezen külsértés nyomai gyakran kimutathatók. A fülvérdagok azonban nemcsak elmebetegéknél fordulnak elő, hanem állatoknál is (tengeri-nyulak — Krause; sertések, macskák — Simon), épeértelmű embereknél is található és ezeknél a

* Fischernek kiváló, s még most is mintaszerű dolgozata Zeitschrift für Psychiatrie, 5. k. Gudden dolgozatai ugyanitt 17. és 20. k. és Virchow's Archiv 51. k. Parreidt dissertatiója (de chondromalacia, quae sit praecipua causa othämatomatis Halle 1864.) Meyer L. Virchow's Archiv 33. k. Simon T. Ohrknorpelgeschwülste, berliner klin. Wochenschrift 1865. azonkivül Görické, Hoffman F. stb. dolgozatai.

külsértési támadás tisztán nyomozható (1867-ben egy szolgáló-leányt láttam, kinél pofonütés következtében. fülvérdag támadt), de más esetekben *annak spontán képződését* is constatálhatom. Ily esetet már Hoffmann Grünsburg Zeitschriftjében irt le, magam is nemrég láttam hasonló esetet egy 50 éves férfi bal fülén, kinek jobb fülében porczdag volt kimutatható.

Igy jobbára, Gudden szerint külsértési keletkezés volna felveendő, de nem kizárólag, és azok nézete mégis alappal bír, kik a „torpor“-ra, az edénymozgatósi hűdésre mint alap-okra utalnak. Az utóbbi években a fülön kívül más helyeken is, különösen az orron lettek vérdagok kimutatva (rhinhämatome: Köppe Halléban).

A végidőszakban az edénymozgatósi hűdés jeleként mindekelőtt:

a) a fölfekvés lép előtérbe. Soknak különösnek tetszhetik, hogy ezt idegtünetnek fogjuk fel, de ha azt észleljük, hogy egyes betegek, p. o. gerinczagy-sorvadásban szenvedők, 5—6 évig fekszenek anélkül, hogy felfeküdnek magukat, és aztán megint hűdéses butáknál 2, 3 napi ágybanfekvés, úgyszólván: egy éjen át, terjedelmes fölfekvést látunk támadni, a nyomáson kívül még más befolyást is kénytelenek vagyunk felvenni, és így a fölfekvés a fülvérdaggal párhuzamba állítandó.

A fölfekvés terjedelme gyakran iszonyú; a legkülönbözőbb helyeken, nem csupán a keresztcsont, tomporok és sarkakon mutatkozik, hanem a hát, könyökök, nyakszirt és füleken. Oly mélyen hatol, hogy végre a csigolya-szálágokat elröncsolja, hogy a gerinczsatorna megnyitattik, és genyes gerinczagyhártyalob támad. Ily eseteket Geoffroy Charentonban 4-et, én 2-öt láttam, a melyek egyike 8 nap alatt folyt le.

Ha kifejezett féloldali hűdés van jelen, a fölfekvés néha csak a hűdött oldalon mutatkozik.

b) Más esetekben a bőrön vérrel telt nagy hólyagok támadnak, főleg a kezeken, úgy hogy kezdetben kétségben vagyunk afelett, hogy valjon a betegek nem égették-e meg magukat. Jellemző ezen hólyagokra, melyeket állandón csak néhány nappal a halál előtt láttam támadni, körülöttük belövelt udvarnak hiánya. Végtere meg kell hogy emlékezzünk itt c) egy tarjagról, a test bal oldalán (főleg bántalmazott), melyet Reimer és Pelman egy gerinczagy-sorvadásos hűdéses bután annak végnapjaiban észleltek.

Ha a tünetek átvizsgált sorain még egyszer végigtekintünk,

úgy a legkülönbözőbb nemű zavarokat látjuk, de a melyek összehozhatók, mivel az edénymozgató idegrendszer mély zavara közös övkint, mindezen, látszólag oly heterogen tünetmennyeket összeköti.

VI. FEJEZET.

A hűdéses rohamok — alábbhagyások — a hűdéses butaság nőknél —
a hűdéses butaság időszakai.

A „hűdéses“ rohamok.

Az eddigi előadások folyamában már ismételtén megemlékeztünk a közbejövő gutaütésszerű és eskórszerű rohamok és szomorú befolyásukról, melyet ezek a betegség lefolyására gyakorolnak. Jelenleg magukat a rohamokat kell jellemeznünk és támadásukat megvitatnunk. Egyszerűsítés kedvéért ezeket Hoffmann F.-el „hűdéseseknek“ jelzem, miután a Westphal által használt kifejezés „gutaütés- és eskórszerű rohamok“ ugyan pontosabb, de igen hosszú s még sem egészen kimerítő.

Az első nyomok a bizonytalanság, a *szédülésnek* érzetében találhatók, a melytől a betegek néha igen korán lesznek meglepve. E szédülés majd szerfelett gyenge, úgy hogy lételet csak határozott kérdés-kérdésre tudni meg — de ekkor minden esetben; — majd igen erős, „az egész világ forog a beteggel“, „szeme előtt feketén fut össze minden“, vagy éppenséggel össze is rogy.

Egy betegemnél e szédülési rohamok lassanként éveken át előrement „ájulásokból“ fejlődtek, a melyekben már „egészséges“ napjaiban fiatal korától fogva szenvedett, és a melyeknek rögtön való, és egészen indokolatlan megjelenése eskórszerű jellegre utalt. Később rángások járultak hozzá, és határozott alakú eskóros rohamok fejlődtek ki.*

Máskor a rohamok első nyomai az étkezés utáni könnyű fáradtság természetes állapotához járulnak, a melyet nem helytelenül (l. érlökés-görbék!) emésztési-láznak neveznek. A fej nehéz, „mintha abroncs volna a fej körül téve“. E mellett heves fülzugás van jelen,

* Ez eset mint XIV. észlelet lett a fennidézett munkában közzétéve. Összehasonlítandó még Dickson kis cikke a petit mal-ról a med. »Times and Gaz.«-ben 1102. sz.

az arczsín elváltozik, néha a betegek haragos veres színűek lesznek alanyi és tárgyi hőérzéssel a fejben, a beszéd kissé nehézkes, a szavak nem képeztetnek oly gyorsan, a szavak „megkezdése” erőltetésbe kerül. (Magnan.) Néha a betegek beszéd közt elakadnak, erősen megállnak, a szemek forognak, vagy valamely pontra mereven irányoztatnak, erre mély, gyakran sóhajtó belégzés következik, és ezután a beszéd nyugodtan folytattatik, mintha semmi sem történt volna. Egy még most is megfigyelésem alatt álló betegemnél, kinél burnót által okozott ólommérgezés talán mint kór-oktani mozzanat szerepet játszik, előfutárként rohamok állottak be, „a melyek alatt a beteg arczában egészen elvörösödött és aztán rögtön egészen közel-eső dolgokra emlékezni képtelen volt”, míg kevésbé előbb és utána az emlékezet még jó volt.

E könnyű rohamok határozott eskóros rohamig, a mely semmiben sem különbözik az ilyenek klasszikus jellemzésétől, és máéreszt tökéletes gutaütésig fokozódhatnak féloldali hűdéssel, mely teljesen agyvérzésnek képét tükrözheti elénk.

De jobbára mindkét fajnak társulása áll be, a beteg eszméletlenülül rogy össze, a felemelt karok, a felállított alvégtag petyhüdtten visszaesnek és az öntudat visszatérével az akaratbefolyás rájuk teljesen megszűnt. De e mellett a hűdött oldal egyes izmai vagy izomszövetek ranganak, vagy az akarat befolyása alul kivont teljes testfél heves rángások által rázkódtat meg. Ha e mellett a hűdés nem egészen teljes, s a beteg karját és lábát mozgatja, de kevésbé erélyesen mint a másik oldal megfelelő tagjait — úgy minden megkülönböztetés, hogy valjon gutaütés vagy görcsroham van-e jelen, megszűnik. Ezen rohamoknál is az állhatatlanság, a változás tűnik ki, a melyet a hűdéses buták minden idegtüneténél ki kelle emelnünk. Előbb az egyik, aztán a másik oldal lepetik meg rángásoktól, a melyek az arcban kezdődve a fejbíczcentőkre átmennek (a fej görcsös forgatása), míg végtére a kar és alvégtag is ranganak és az egész testfél iszonyú mozgásban van. Miután ez néhány perczig tartott, a rángások alábbhagynak, de most az összehúzódások a másik arczfélben kezdődnek, a fej ellenkező irányban forgattatik, a kar és lábszárlökésekint összehúzódik, végtére kinyújtatik, és úgy mindkét testfél néha órákig váltakozik.

Máskor a rohamok inkább dermeszerű jellemmel birnak, a végtagok merev összehúzódásában vannak, a test a legiszonyúbb merev elő- és hátgörnyében hajlítottatik.

Bármennyire ismeretések és észlelteik mindezen alakok, mégis oly keveset tudunk idáig a többi szervek és működések egyidejű állapotairól. A leglényegesebb a következő volna:

a) a hő közönségesen emelkedett, gyakrabban rendes, néha jelentékenyen a rendes alá süllyed — egész 36° -ra sőt még alább. A hőemelkedés igen gyorsan áll be. Közvetlenül a hűdéses roham kezdetén néha egészen rendes hőmérséketet mértem (36.5 egész 37.5), és már 1—2 óra múlva a hő 40° sőt 41° -ot ért el. Az azonnal megmért hő ismételten igen magas volt, 40° és azon felül.

b) Az érlökés 60 és 80 közt szokott percenkint változni, ritkán találunk rendellenes lassú érverést, mégis egész 40 -re is süllyedhet. Az előttem fekvő érlökésrajzokból, ott, a hol a roham alatt vagy közvetlenül utána sikerült rajzolni, az edénymozgató idegrendszernek kiváló hűdése mutatkozik az érlökésgörbéknek majdnem teljes egyzakú és mindenestre nagyfokú lassú alakjában.

c) A szívhangok gyakran tompákká válnak, nem ritkán lép az első hang helyébe éppenséggel systolikus zörej, a mely eltűnik, ha a beteg jobban üdül.

d) A máj- és léptompulat változást nem mutat, a mint arról a bonczolásnál is meggyőződhetünk, hogy e szervek rendes teriméjüket megtartják. Ez annál figyelemre méltóbb, miután a roham után tüdőlobok a leggyakoribb leletekhez tartoznak (l. f. alatt). A lépdag hiánya a hűdéses buták tüdőlobjánál megjegyzésre méltó analogia az aggokéval.

e) A húgy közönségesen nagy mennyiségben választatik el, és a hólyagot látszólagos daggá tágítja ki. 24 óra alatt a betegek jobbára 2000 köb-centiméternyit ürítnek ki, de oly jelentékeny nagyobb mennyiségek fordulnak elő ($3—4500$), hogy vizes húgyárról szólhatunk, vizesről, mert czukrot bár hányszor kerestem is, sohasem bírtam kibizonyítani, épen oly kevésé a mint fehérsye nem mutatkozik a rohamok alatt.

A hűdéses rohamok húgya nagy fajsúlya ($1015—25$), erős sárga vagy sárgabarna színe és húgysavas sók tartalma által, a mely gyakran oly jelentékeny, hogy azok üledékként csapódnak le, különbözik a vizes húgyár húgytól.

f) Igen gyakoriak rendellenes tünetek a tüdőben*, kiválóan a görcsös rohamok kíséretében gyakrabban tüdőlobok jelentkeznek.

* Összehasonlítandó Westphal munkája a gutaütés- és eskórszerű rohamokról. Griesinger's Archiv 1. k.

Ne várjunk e mellett mindig magas hőfokokat, a hűdéses rohamok alatt, a tüdőlobok nem ritkán (Westphal, Löwenhardt és Simon meg-egyező észleletei szerint) a rendes alá süllyedt hőfokkal folynak le. (l. f.).

Miután a tüdőlobon kívül léteznek esetek, a melyekben heveny hörglob vagy tüdővízenyő áll be, máskor gümös beszüremkedések vagy szemcsés-gümők bőséges kiujulása bizonyúl ki a halál után annál fogva *kivételnek tekintendő, ha a légző szervekben semmi rendestől eltérő ki nem mutatható.*

A rohamok tartama igen különböző, nem ritkán villámgyorsan mulnak el, más esetekben órákig, sőt napokig tartanak.

Magára az életre a jóslat nem oly kedvezőtlen, mint azt a gyakorlatlan rendesen gondolni szokta, az első roham alatt majd sohasem mennek tönkre a betegek. Ellenben szerfelett kedvezőtlen befolyással vannak a betegségnek összefolyására. Jobbára azon pillanatban léprén fel, midőn minden tünet látszólagos javulása mutatkozott, utánuk a betegek sokkal rosszabb állapotba jutnak.

Leggyakoribb utóhajokként felemlítjük

1. a beszédzavarokat. A rohamok után a beszéd majd mindig rendkívüli módon szenved, és csak igen lassan javul. Szótehetlenségi állapotok sem ritkák.

2. Hűdések, különösen féldoldali hűdések, de a melyek ritkán teljesek vagy legalább néhány nap múlva jelentékenyen javúlnak. Első sorban az arczhűdéseket kell felemlítenünk, néha egyes izomcsoportok (az előkar feszítői és hasonlók) hűdései hetekre visszamaradnak. (Tiling).

3. Sajátságos zavar, a melyet rohamok után nem ritkán találni, a testnek egyik vagy másik oldalra való *elhajlása*. A mint közönségesen mondják, a betegek „jobbra vagy balra csüggnek“, gyakran oly jelentékenyen, hogy azt hinnők, miszerint minden pillanatban azon oldal felé zuhannak. E mellett tagjaikat mindkét oldalon szabadon mozgatják és a ferde tartás daczára órákig futkároznak. Ez elhajlások gyakran egészen rögtön az oldalt változtatják, úgy, hogy azon beteg, ki tegnap jobbra csüggött, ma balra látszik zuhanni.

Ezen elhajlások néha előrement hűdési rohamok nélkül (legalább nem észleltek után) is beállnak, és leginkább mint a homorú oldal tökéletlen zsugorai fogandók fel, semmi esetre mint annak hűdése.

4. A mozgatási sphérában a ritkább tünetekhez tartozik a lovardajárás (Manége) és a testnek tengely körüli mozgása (Westphal), és általánosan kifejlődött túlérzékenység az érzésiben, a

mely néha oly belterjes, hogy a legenyhébb érintésnél a strychnin-mérgezéshez hasonló, a legterjedtebb izomrángások állnak be. (Griesinger.)

Hogy a hűdéses rohamok előadását befejezzük, azonnal azon kérdést kapcsoljuk hozzá: hogy melyek azoknak okai? és e végből a bonczleleteket jellemezzük és más betegségek analog állapotait említjük fel. Ez alkalommal a hűdéses butaságról való elmélkedésünkről kicsinyített képet nyerünk, mert meg fogjuk ismerni a legkülönbözőbb érintkezési pontokat más betegségekkel és a legkülönbözőbb bonczleleteket.

Jelenleg körülbelül mindnyájan megegyeznek abban, hogy egy és ugyanazán kórosodás nem képezi minden rohamnak alapját; sem savós ömlenyek, a mint azt Bayle, sem vérzések a pókhálókér zsákjába (Pachymeningitis), a mint Duchek vélte.

Calneil a hűdéses rohamokat feltételező különféle okokat besztási elvül használta fel, és nem kevesebb mint 14 kategoriát találunk nála, a szerint, a mint találtatott: általános agyvérbőség — vérömlenyek a pókhálókérben — régibb vagy újabb kemény agykérlobi felrakódások — kemény agykérvérdag — ugyanennek savós tömlői — genyes lágy és kemény agykérlob — veres vagy sárga lobgócok, kivált a kéregben* — lágyulások — „sejtes“ vagy „tejszerű“ gócok — kérgesedés** — betokolt vagy beszűremkedett geny az agyban*** szövetközi hegek vagy ezeknek fekélyesedett ürei, vagy végtére gerinczagy-betegségek.

E gazdag jegyzék még a teljesség előnyével sem bír. Hiányoznak a heveny vérzések, a melyek bár igen ritkán, de mégis előfordúlnak (Solbrig), hiányzik a legbelterjesebb vérszegénység, a mely gyakori lelet, és hiányzik mindenekelőtt az adat, hogy még gyakrabban absolute semmit sem találni, a mi a rohamok magyarázatára szolgálhatna.

Az első fellépés ideje és a hűdési rohamok szaporasága változnak, mint ezen csudálatos kórformának minden tünete — néha gutaütéssel kezdődik a kifejezett hűdéses butaság, de pontosabb kutatások egyes, már előrement veszélyes tünetet szokott kimutatni.

* A 101. eset e sorban valószínűleg gliomá.

** Ezen módosulat részére felhozott egyetlen eset (108) több mint kérdéses.

*** E sorban felhozott 112. eset valószínűleg burkonyok vagy hólyagfakoncok.

Egyes esetben p. o., a melynél kezdetben a legnagyobb biztonsággal — székletétel alkalmával — beállott „gutaütési roham“ volt mint kezdő tünet előadva, kitünt, hogy $\frac{1}{4}$ évvel előbb a beteg néha oly sajátságos feszesen és bizonytalanul járt, hogy ittasnak tartatott.

A hűdéses rohamok máskor csak ritkák, a betegség egész lefolyása alatt csak 2—3-szor állnak be, máskor megint egyik a másikat éri és különösen a halállal végződő rohamokban néha a betegek 24, 48, sőt 72 óráig egymásután a legiszonyúbb görcsökben hevernek.

Mindenesetre alig létezik egy hűdéses butasági eset, a melyben valamely időben legalább *egy* hűdéses roham be ne állna, és ennyiben tartozik ez a hűdéses butaság lényegéhez. Vajjon a hűdéses butaságra nézve ily rohamok beállása jellemző-e? Határozottan azt kell rá válaszolnunk: hogy semmi esetre.

Az elmebetegség nélküli gerinczagy-sorvadás lefolyásában egészen hasonló rohamok állnak be, hosszú ideig tartó elmebetegségeknel is észleljük és mindenekelőtt az aggsági butaságban. Kraft-Ebing, ki ezen kórban a rohamokat állandóan nehéz agymegbetegedésekre akarja visszavezetni, e tekintetben tévedésben van. De minden eszköz hiányában is vagyunk, hogy a gyorsan múló tüneteket, melyek az agykéregben kicsi lágyulási góczokat idéznek elő, a minden szövet-változás nélküli gutaütésszerű rohamoktól megkülönböztessük.

Ha a hűdéses rohamok keletkezéséről képet kísérlünk magunknak alkotni, úgy a tényeket oda kell összegeznünk, hogy a központi idegrendszer nagyobb vagy kisebb része rendellenes állapotba jut (akár az izgalomba, akár a hűdésbe, vagy mindkettőbe váltakozva), a mely igen gyorsan állhat be és éppen oly gyorsan elmúlhat, és az illetett részeknek csak működési kimerülését hagyja hátra. Képzeljük el, hogy az agy edényideigei a gerinczagyból hágnak felfelé (sokszorosan lett ez állítva, de véglegesen nincs bebizonyítva), ha azon szoros összeköttetésre figyelünk, a melyben minden lehető idegközpontnak az edénymozgató központtal állnia kell, úgy a legközelebb fekvő magyarázat, az agy edényeinek rendellenes beidegzése többé vagy kevésbé kiterjedt területen. Azután érthető, hogy miért birhatnak a legkülönbözőbb területen támadó változások ugyanazon hatással, a mennyiben majd az agynak edénymozgató központjait, majd az agyhoz menő edényideget érik lefolyásában, majd pedig visszahajlólag folynak rájuk be. Ezután a hűdéses rohamok tünete nyem nem áll elszigetelten előttünk, hanem közvetlenül a többi tüneteményekhez csatlakozik, a melyeket az edénymozgató

idegrendszer zavaraiaként foglaltunk össze, a hűdéses rohamok az agynak edénymozgató idegbántalmai.

De kérdéses marad, hogy vajjon minden roham ezen módon magyarázandó-e. A tünetények elsorolása alkalmával azon szoros összefüggésre utaltunk, a melyben a rohamok tüdőbántalmakkal vannak és a melyet most szabatosan úgy fejezünk ki: *a rohamok nagy része számára a tüdőbántalom a feltételező mozzanat*. Természetes, hogy gyakran mégis az edénymozgató központi-szerv lesz a közvetítő mozzanat, mert *a hűdéses roham nem ritkán helyettesíti az egészségesek bevezető rázó-hidegét*. Más esetekben azonban, hosszabb ideig fennálló tüdőbántalmak-, hörghurutok-, szemesés-gümösödések-, sajtos tüdőloboknál a megváltozott, különösen a légtartalmában módosult vérnek direct befolyását a központi-szervekre számba kellend vennünk, a mióta Müller W., Traube és Rosenthal klasszikus munkái által a gázoknak befolyását a központi-idegrendszer izgékony-sága és izgalma-ra megismerni tanúltuk.

Néha a szívnek és edényfalaknak bántalmai (kásás-elfajulás, elzsírosodás) ugyanazon befolyást gyakorolhatják a vér elosztására és azzal a központi-szervek táplálkozása és izgalmára.

Szívesen megengedem, hogy az egész előadás sokban feltételes. De jobb, gyanítványokra támaszkodva előlegesen összefüggést alkotni, a melyet egyes esetekben tarthatóságra nézve megvizsgálhatunk, mint lazán egymásmellé sorolt tényeket egyszerűen felsorolni.

Miután a hűdéses butaságnál az idegrendszer különös tünet-tanát letárgyaltuk, magátólérthetőn nem lehet feladatunk, mind azon megbetegedéseket — tüdőbántalmakat, hólyaghurutokat, fölfekvést és annak következményeit, stb., stb., — felsorolni, a melyek a hűdéses butaság lefolyásához szövődnek és halálos véghez vezet-hetnek. De ellenben még az *alábbhagyásokat*, mint a hűdéses butaság jellemzéséhez tartozókat, mintegy a hűdéses rohamok ellentétését, kell megbeszelnünk.

Már az általános tünettannál megemlítettük ezt, a nagy különbségről is megemlékeztünk, a mennyiben az alábbhagyási időszak-nak néha alig van nyoma, néha a legnyilvánvalóbb javuláshoz vezet, úgy hogy a kórisme helyessége iránt támadnak kételyek, sőt a betegek éppenséggel gyógyulva lesznek elbocsátva. A hol rásztkóros vagy nagysági-eszmék vitetnek át az alábbhagyásba, a hol az

emlékezet gyengesége, a butaság nyilvánvaló, itt természetesen nem lehet kétség a felett, hogy a szomorú bánatalom csak egy pillanatra megállt, hogy áldozatát újból megrontsa.

De az orvos feladata, éppen a látszólag kedvező eseteknél a szomorú jóslatot megismerni, és e célra az alábbhagyási-időszaknak bizonyos sajátosságai szolgálnak.

P. o. jellem-sajátságokat találni, a melyekkel előbb a betegek nem bírtak. Betegeim egyike a butaság szokatlan teljes alábbhagyásával az által tünt fel, nekem, hogy igen szép jellemzéseiben rendkívüli módon hazudott. A hazugságra hasonló hajlamot tapasztalta Maudsley egy esetben, a mely tisztán mutatja azon veszélyeket, melyeket az alábbhagyási-időszaknak félreismerése magával hoz. A beteg annyira teljesen javult, hogy környezete egészségesnek tartá, és az intézetből való eltávolítását annál inkább behatón kívánta, miután a beteg, előbb igazságszerető embernek ismerve, iszonyún hazudott, és kezeltetését a legsötétebb színekben festette. Alig volt elbocsátva, tekintélyes vagyonát rövid idő alatt elpocsékolta, és mint szegény ember tért vissza a menhelyre.

Más esetekben a betegség tudata hiányos, a betegek be nem látják, hogy betegek voltak, vagy ebbeli concessiójuk a leghevesebb dühösség néhány napjára szorítkozik, azt állítják, hogy a betegségük alatt minden történetre emlékeznek, és elbeszéléseikből éppen az ellenkezőt láthatni, messze terjedő terveket készítenek, melyek magukban véve nem esztelenek, de a melyek mellett félreismerik, hogy az éppen most tébolydából elbocsátott az ahhoz szükséges mérvben bizalom és tökére szert nem tehet; meg nem várhatják az időt, hogy a nyilvános életbe, fárasztó izlettevékenységbe rohanjanak, a míg kevésbé előbb maguk panaszolták bágyadtságukat, könnyű fáradásukat, főfájásra való hajlamukat és egyebet — szóval az alábbhagyás csalékony köpenyén a butaság kandikál át.

E mellett a betegek minden tüzetesebb vizsgálatot nagy féltékenységgel kikerülnek, indulatosak lesznek, ha a kórelőzmények egyes pontjaira visszatérünk, ha hűdési tüneteket kutatunk, vagy ha az érlükés lerajzolása által edénymozgató idegrendszerüket kívánjuk vizsgálni.

Morel, a ki éles szemének köszönjük a szellemi rendellenes hajlamok megismerését tetszőleg kicsinyes testi rendellenességekből, az alábbhagyást illetőleg az arczkifejezésre helyezi a fősúlypontot. Ha az arczvonások mozgékonytalanságukat megtartják, a tekintet merev

marad, mint állandó elcsudálkozásnál, az arcznak kifejezését izommozgások nem változtatják, és azáltal a lelki ürességnek (niaiserie) ugyanazon képét mutatja mint a hűdéses butaságnál — úgy gyógyulás nem következett be, hanem a hűdéses buta „csak az alábbhagyás álarczát vette fel“.

Az alábbhagyási időszakban a szellemi zavarokkal egyidejűleg jobbára a testiek is csak könnyű nyomokat hagynak hátra. A ferde tartás elmúlik, a hűdöttkint vontatott láb feszesen lép, az idáigi lassú beszéd gyorsabb, biztosabb lesz, és nagy jártasság, szintúgy nagy gyanakodással kell bírunk a gyogyeredménynél a végből, hogy ez időtájt a hűdésnek jeleit még felismerjük.

Az alábbhagyás tartama igen különböző, az esetek nagyobb számára 1—3 hónapnyi időt vehetni fel. Néha a tartam sokkal hosszabb, Böttger* már gutaütési roham után két évi alábbhagyást látott, Calmeilnak egy esetében az alábbhagyás oly tökéletes vala, hogy a beteg ismét hosszabb időn át terjedelmes üzlettevékenységet eredménnyel vezetett, mígnem gutaütésszerű rohamok és azoknak következményei közt elhalt.

Ha az alábbhagyási időszak ezen megbeszéléséből kitetszik, hogy minden látszólagos javulás a legnagyobb gyanakodással fogadtassék, a jóslat alkalmával mégis bizonyítékokat hozandunk fel, hogy egyes, igen ritka esetekben hosszú éveken át való észlelés által teljesen constataált, valóságos gyógyulás következhetik be.

A nők hűdéses butasága.

Azon kevés pontok egyike a hűdéses butaságnál, a mely egyhangulag el van fogadva, a nőnemnek elmaradása a megbetegedések számánál. De a mint tüzetesebb adatokba bocsátkoznak, itt is a legélénkebb ellenmondásokra akadunk.

Legelőbb Neumannnak egészen elszigetelten álló nézetét kell megemlítenünk, hogy nőknél soha sem fordult volna elő jól constataált eset. A legtöbb adat oda irányúl, hogy 4—5-ször annyi férfi mint nő hűdéses buta léteznék. (Boyd Anglia, Jung Leubus, Görické Dániában.) Illenauban 25 évi észlelés szerint a férfiak közül 15%, a nők közül 4% volt hűdéses. Ezzel a hamburgi számok teljesen meg egyeznek, a mennyiben itt a férfiak aránya a nőkhez valamivel több mint 4:1-hez (1865—70-nel bezárólag 173 hűdéses buta férfi és 39

* Deutsche Klinik. 1866.

- hűdéses nő jött apadásba). Mindkét irányban ellenben nagyon különböző számok léteznek.

Mint már említve volt, Neumannak Pöpelwitzben 75 nő betege közt egy hűdéses butája sem volt, a míg 111 férfi közt 36 volt. Erlennmayer az arányt 50:1-hez találta. Linstow az arányt 1845—65-ig a felvételnél Schleswigben 12:1-hez (59:5) mondja, Sander W. Berlinben 9½:1-hez (158:15), Duchek Prágában 9½:1-hez (57:6-hoz), Hoffmann F. 8:1-hez, Hoffmann H. mainai Frankfurtban 6:1-hez, éppen így Damerow Halléban (125—22), Morel a Seine inférieure számára mintegy 7:1 (20%—3%).

Más oldalról a nőknek jelentékenyen magasabb perczent számai találhatók, Siegburgból p. o. 83:25-hez, tehát még nem 4:1-hez, Hallban (Tyrol) az arány még nem volt 3:1-hez, miután a férfiak 1/12 az összes nők 1/30 része betegedett meg hűdéses butaságban, Aubanel Marseillre nézve 2½:1-hez számot mondja.

Ezen különbözések egy része az állások különféleségére tolandó ugyan, a melyekből az egyesek megfigyelési anyaga újonczoztatik. Így Tuke joggal hangsúlyozza a magasabb állású nők egészen különösen mentességét, ő maga igen nagy gyakorlatában csak egy gentle-lady-t látott. Neumann és Erlennmayer ápolókban észleltek és Martini a leubusi ápolókban 100 férfi közül 34 hűdéses butát, 117 nő közt pedig csak egyet talált.

Ezen aránylagos mentesség okairól sokat vitatkoztak. A nőnek sajátzerű nemi életében keresték azt — de azon tétel, hogy az ivarvérzés megszűntével a nők éppen oly gyakran betegednének meg mint férfiak (Lunier) már régen meg van czáfolva. (Damerow, Hoffman.)

Utalva lett a kicsapongásokra in Bacho et Venere, és ez állítás azzal támogatott, hogy kélyhölgyek, férfakkal egyenlő ártalmaknak lévén kitéve, aránylag igen gyakran lesznek hűdésesek. (Trelat, Morel.). De a kéjügy természetbuyára Parent-Duchatelet erről mit sem tud, és Hamburgról biztosan állíthatom, hogy a hűdéses buta kéjhölgyek száma azoknak számával arányban van (1500—54,000 közt 20—40 éves korban).

E mellett nem szabad elfeledni, hogy nemi kicsapongások és iszákosság nem csupán kéjhölgyeknél fordul elő — a miről Tuke-nek fennérintett adatával szemben meggyőződhetünk az angolországi felsőbb-körű-nők számára ajánlott iszákosok menhelyének (inebriate-Asylums) ajánlása által.

2322

Bármiként legyen is a nők aránylagos mentességének ténye, okainak minden bizonytalansága daczára, szilárdan áll az. Éppen így kérdésen kívül áll a nők hűdéses butaságának néhány sajátsága. Hűdéses butaságuk kevésbé zajosan, nyugodtabban és lassabban folyik le. Lagardelle egy 11 évi tartamú esetet közöl, és 5—6 évi tartamuak éppenséggel nem tartoznak a ritkaságok közé. De ellenkezőleg Sander W-vel* ki kell emelnem, hogy egyes eset épp oly zajosan folyik le, mint a férfiaknál. Egy ily. eset kéjhölgynél, a férfiak vágatató hűdéses butasága legiszonyúbb esetének semmit sem engedett — a bonczlelet teljesen negatív volt! A ferde cselekedetek jobbára nem oly zavarók, a fellengző-örjeszmék inkább a nők szorosabb gondolatai körül forognak — szép ruhák — sok szerető — csudálatos terhességek és hasonlók. Sander mondja még, hogy a nők-előzményi szaka tovább tart és lassabban megy át a hűdési alakba mint férfiaknál. Ha Sander ez alkalommal meg is említi, hogy hűdéses buta nőt soha sem látott 30 éven alúl, a legtöbb 40 éven felül volt, úgy ebben neki a magam és mások tapasztalata szerint ellentmondhatók. Jung Leubus-ban, Duchek és én magam 20 éven alúli hűdéses buta nőket észleltünk.

Az ivarvérzés gyakran soká megmarad, sőt a betegek fogamzhatnak is, de Stoltz-nak 3 esetében a gyermekek a szülés előtt, vagy rövid időn utána elhaltak. Netán életben maradt gyermekek sorsáróli tudakozódások sürgősen kíváncsok volnának — idáig ezek mindig az általános öröklékenység statisztikája alá foglaltattak.

A részletes tünettán végére értünk, s még egyszer visszapillantunk az általunk elősorolt tünetek egész sorára. Az eredmény a „dementia paralytica“ tünetcsoportja összegezésére nézve szerfelett kedvezőtlen. Ha a gyengeelműségtől és az emlékezetnek gyengeségétől eltekintünk, úgy egyetlen egy állandó, minden esettel közös és más kórosodásoknál is elő nem forduló tünetet sem találunk, ha csak éppen az összes tünetek ezen állhatatlanságát, mindegyiknek fellépésében a változékonyságot és állhatatlanságot nem tekintjük jellegző sajátsága gyanánt.

E sajátságokon az időszakok beosztásának minden kísérlete hajótörést szenved, mert minden eset sajátságosan folyik le és mindegyikében csak az közös, hogy intő tünetek többé vagy kevésbbé hosszú időszakára, a lelki tehetségek csökkenése következik a legkülönbözőbb nemű kísérő tünetekkel, hogy jobbára ezen tüneteknek ideigle-

* Paralytische Geistesstörung beim weibl. Geschlecht. Berl. Klin. Wochenschrift 1870.

nes alábbhagyása áll be, a míg az újból a legnagyobb hevességgel fellépő megbetegedés halálra vezet. Ezek szerint előadásunkban előzményszakot („az intő-főfájások szaka“), a tulajdonképpeni hűdéses butaság kitörésének időszakát (kezdő-időszak), az alábbhagyását és a végsúlyosbodást különböztettük meg a nélkül, hogy magunk előtt titkolnók, hogy a 3 utolsó időszakot gyakran csak önkényesen vagy éppen nem („vágatató hűdéses butaság“) különböztethetjük meg. Az olvasó maga megítélheti, mily értékkel bírnak, bizonyos tünetek beállására állapított időszakbeosztások. Így Bayle 3 időszakot, a nagysági-örjeszmék, a dühösség és butaságét különbözteti meg, és még tovább részletezve Duchek 5 időszakra osztja: 1) állandó búkóros élő-időszakra, 2) a hevülés, 3) a beszédzavar (dadogás), 4) az alsó végtagok hűdése, 5) az általános hűdés időszakára.

Meschede beosztásával inkább megbarátkozunk, ki a hűdéses butaságban cselekvőleges és szenvedőleges időszakot különböztet meg, kétséggel a folyamatnak egyoldalú kórboncztni felfogásának kapcsában, és a hűdéses butaságnak legújabb egyedírója, Obersteiner* még bensőbb köti össze a tüneteket kórtani változásokkal, miután az időszakokat az utóbbiak szerint nevezi meg:

a vérbőség előidőszaka — nagysági-örj.

Az izzadmány időszaka — a bénulási tünetek kezdete, a menyiben az agytól függnék — szellemi gyengeség.

A kötszövet-burjánzás időszaka, teljes szellemi hanyatlás, a hűdéses tünetek kiterjedése, általános sorvadás. Az egyes esetek időszakra való felosztásnál sokkal fontosabb volna az összes eseteknek jó csoportosítása kór- és boncztni sajátásaik szerint. De ez csak a boncztni állásponttól vihető ki sikerrel, vegyes kóroda-boncztni beosztás nyerésének kísérletei idáig meghiusultak. Kettőt hozok itt fel, a mely itt a többi helyett például szolgáljon.

Calmeil a periencephalitis chronica diffusá-t egyszerű és szövődöttre osztályozza.

Az utóbbi azon mindenféle bántalmakkal van szövődve, a melyek Calmeil szerint a „gutaütésszerű, eskórszerű, kábálmos, görcsös, ránggörcsszerű“ rohamoknak okai és a melyeket fent elősoroltunk.

Az egyszerű pedig tünettlenül következő alosztályokba sorlatatik.

1. Kezdetben nagy izgatottság beszédzavarral vagy anélkül, azután heves dühösségi-roham járul hozzá és halál.

* Virchow's Archiv, 52 k. 522.

2. Kezdetben bükör, azután dühösség hűdési tünetekkel.
3. Heves bükóros tévengés hűdési tünetekkel.
4. Izgatottság — nagysági-őrj — hűdés.
5. Az értelem zavarai a *legkülönbözőbb* alakokban.
6. Gyorsan bekövetkező butaság tévengésekkel és hűdéssel.
7. Egyszerű butaság hűdéssel tévengések nélkül.
8. Bármely alakú hosszú tartamú elmezavar után hűdés.
9. Hűdés valamely idült gerinczagy-bántalom folyamata alatt, végtére
10. hűdés eskór után.

Meg kell adnunk ezen beosztásnak, hogy számos modalitást tartalmaz, és ennyiben az itt következő Baillarger-félénél határozottan többre becsülendő, ki gyógyíthatlan, állandón halálos paralysie de desorganisation-t. különböztet meg a gyógyítható paralysie congestiv-től, és az utóbbiból ismét 4 alosztályt csinál: *a)* dühösségi alak, *b)* bükóros, *c)* részletes örültségi alak (kevésbé belterjes nagysági-őrjrel inkább általános renyhesség állapota), *d)* váltakozó dühösségi és bükóros állapotok.

E beosztás se boncztanilag, se kórodailag nincs okadatolva, sem nem kimerítő. Saját nézeteinket majd csak a kórboncztani előadással kapcsolhatjuk össze, a mely most a hűdéses butaság tanára végzetlen zavarok forrása, de később remélhetőleg annak megvilágítója lesz, a mely az emberi szenvedés ezen homályos táját megvilágítandja. Most ehhez fordulunk.

VII. FEJEZET.

Kórboncztan a hűdéses butaságnak elméleteivel egyetemben.

Előleges jegyzet: vizsgálati módszer.

Habár eszményileg minden bonczolás a testnek minden szervét kimerítően átvizsgálja, gyakorlatilag e viszony mégis lényegesen másképp áll. Különösen a hűdéses butaságra nézve az összes idegrendszer szorgos megtekintésével be kell érniünk — elég soká csak kizárólag az agyra szorítkoztak.

A bonczolás *technikájáról* csak kevés különös mondandó. Ha szabadon cselekedhetünk, a hullát idejekorán hasra fektetessük, hogy

a gerinczagy süllyedési-vérbőségét kikerüljük. Ezután elébb a gerinczagyat vesszük ki, ennek kivétele után keskeny késsel a gerinczagy mellett a gerinczsatornába megyünk és az ideggyököket átvágjuk; ha az agy kivételénél éppen így járunk el (a nagy likon keresztül a késsel a gerinczsatornába megyünk), úgy a legfelsőbb nyakesíglya, illetőleg a nyakszirt átfűrészelése nélkül, az agyat és gerinczagyat teljességében megkapjuk.

Az agy vizsgálata üdén vagy keményítve történik:

a) *üdén* széjjel-csipkedett készítményekkel, különösen Deiters* módszere után. A darabokat igen hígított chromsav oldatba ($\frac{1}{30} - \frac{1}{20}$ legfeljebb $\frac{1}{10}$ szemer egy obonyra, azaz $\frac{1}{150} - \frac{1}{100} - \frac{1}{50}$ %) teszszük. Két nap után egy óra hosszáig egy csep liq. kali caustici Ph. bor. egy obony vizrei (28 %) oldatába teszszük. Az alkali eltávolítására többször lemossuk egészen hígított chromsav-oldatban vagy egy csep (oxalsav által) savított vízzel. Savas chromsavas kali oldatba tétetik ($\frac{1}{2}$ szemer 1 obonyra vagy $\frac{1}{10}$ % oldat), következő napon egy szemer (1 % esetleg még a következőn két szemer (1 % oldat vétetik. Ezután ollóval csinált finom metszeteket az oldatban széjjelescsipkedünk, miáltal mindenek előtt az edények és idegsejtek állapotát igen szépen megismerni, és az idegenyv minőségéről is annak magvai és sejteiről áttekintést nyerünk.

b) Megkeményítve chromsav-oldatban (kezdvé $\frac{1}{2}$ szemerrel 1 obonyra egész 2 szemerig egy obonyra felhágva; a folyadékot naponként változtatni kell, a daraboknak nem szabad túlságos nagyoknak lenni) vagy kali bichromicum-ban ($\frac{1}{2}$ % oldattal kezdvé, 1 %-re hágva). A hol különös okok fenn nem forognak, az agynak burkait előbb eltávolítjuk. Jól cselekszünk, ha a metszés előtt, a készítményeket egy napig borszeszbe teszszük. Keményített darabok metszetei szükségesek, hogy az idegsejtek helyzete és számáról, szintúgy az idegenyv mennyiségéről ítéletet nyerhessünk.

A gerinczagy a vizsgálat számára mindenekelőtt mintegy $\frac{1}{2}$ hüvelyknyi darabokra vágatik, a lágyagyhártyát lehetőleg eltávolítjuk (legalább néhány darabon) és azután $\frac{1}{2}$ %-es, rákövetkező napon 1 %-es kali bichromicum oldatba teszszük. Ha ebben 2 egész 3 napon feküdt, úgy a kórosan elváltozott helyek fehér-sárgás színezetük által a szabad szemnek azonnal láthatóvá válnak. Ily módon nemcsak a szemesejtek tartalmazó részek festődnek (Westphal), hanem kérdéses szürké elfajulások is a legtökéletesebben világosakká lesznek.

* Untersuchungen über Gehirn- und Rückenmark. 1865. 13. l.

Miután széjjelesipdesett készítmények által az illető részek alkatáról meggyőződünk, 10—12 napig 1, azután 2 %-kali bichromicum-oldatban keményítjük, a darabokat borszeszbe teszszük és azután felmetéljük.

Az elfajulás elterjedésének legjobb átnézetét haránt-metszetek adják, a melyek carmin-nal megfestve, kimosva, borszeszszel víztele-nítve, kreosot-tal átláthatóvá tétettek és hangyhalvagos kanadabal-zsam-oldatba zárattak. De az idegenyv alkata tüzetesebb meghatározása számára stb. metszetek zsirédenyben is vizsgálándók, de különösen hosszsmetszeteken a tengelyszálagok állapota stb. vizsgálándó. Agydagok, az együttérzideg, duczok, reczeg és környi idegek, és éppen úgy izomdarabok kali bichromikum vagy Müller-féle oldatban (9 gramm natr. sulph. crystall, és 12,5 gr. kali bichromic. 1 polgári-font vízre) keményítettnek legjobban.

Semmi esetre se tegyünk friss darabokat borszeszbe, miáltal az idegzsirok kilugoztatnak, különféle különös alakokban jegecednek és a készítményeket tökéletlenekké teszi; azért más vizsgálókhoz küldendő készítményeket ne borszeszben, hanem Müller-féle vagy kali bichromicum oldatban küldjük.

A kórbonecztanban azon talajra lépünk, a melyen legtöbbet dolgoztak, és a melyen a vita a „hűdéses butaság“ mint sajátmű kór léte és jogosultsága felett végig küzdendő léssen. A mily fontos tehát a tárgy, ép oly nehéz is.

Ha mindazon leleteket, melyek hűdéses butáknál előfordulnak fel akarnók sorolni, úgy az agy és gerinczagy kórbonecztanának teljes előadását kellene adnunk, ha csak a minden esettel közös elváltozásokat kívánnók kiemelni, úgy e fejezet túl-rövidsége által válnék ki.

Harmadik út volna, a szerzőket követni, azoknak nézeteit egyenkint előadni, hogy meglássuk, mit magyaráztak lényeges, mit mellékes leletnek, és hogy ahoz saját nézeteinket kapcsolhassuk. De miután a buvárok nagyobb része elismerésre méltó határozottsággal a szövetelemek egyike vagy másika részére, a melyből magunknak a központü-idegrendszer alkotjuk, nyilatkozott, ezeknek megbeszélésénél egyszersmind tárgyunk legjelentékenyebb munkásai nézeteit tekintbe vehetjük.

1. A mi a *koponyát* illeti, úgy mindenki megengedi, hogy ren-

destől való eltérések a hűdéses butaságban igen gyakran előfordúlnak, de ez eltérések minden lehető irányban széjjel térnek.

Az *alak* meg lehet változva — nem ritkán nagyfejűség, máskor ferdefejűség vagy, bár ritkábban, kisfejűséggel van dolgunk. A külső üveglemezen elmúlt sértéseknek, vagy kiállott betegségeknek (bujasenyv, görvélykór) nyomai lehetnek láthatók, a koponyacsontok rendellenesen vastagok vagy vékonyak lehetnek. A belső lemezen igen gyakran találunk csontfelrakódásokat, majd finom bevonottság alakjában, majd mint vastag emelkedett vagy félgömbyszerű, sima „viaszcsepszerű“ csontkinövések, vagy mint sugárszerű gerendák, melyek főleg a homlokcsonton igen gyakoriak. Kétségtől nem ritkán éppen semmi rendellenesség sem található a koponyán.

2. A kemény agyhártya az összes eseteknek majdnem felénél elváltozott, és pedig ritkábban mutatja külső lapjának (periostális) lóbját és külső kemény agyhártyalobot, igen gyakran, a belső zsigeri résznek lóbját belső vérzékeny kemény-agyhártyalob alakjában.

A külső kemény-agyhártyalob oly terményeket rak le, a melyeknek különös hajlamuk van csontosodásra. Ugyanezek friss esetekben a koponyától elválának és a kemény agyhártyán maradnak ülve, régibb esetekben a kemény-agyhártya a koponyával oly erősen összenőve maradnak, hogy együtt kell levennünk. Néha a kemény agyhártya külső részén négyszögű vagy hatszögű (méhscjszerű) felrakódások képződnek, a melyek megcsontosodnak és azután mély rovátkok által egymástól el vannak választva, a melyekbe a kemény agykér erősen beilleszkedik.

Majd a külsővel összekötve, de gyakrabban magában lép fel a belső kemény agyhártyalob. Előfordulta oly gyakori, hogy oly észlelők mint Duchek a gutaütésszerű rohamokat tőlük származtatja, miután ily rohamok majd minden hűdéses butánál előfordulnak, állandó leletnek kellene lenni. De nem az, ámbár a legállandóbb makroszkopikus agyleletként kell kiemelni.

De igen különféle módon lép fel, és az egyes esetekben ennek megfelelően igen különböző jelentőséget kell neki tulajdonítanunk.

Néha csak olyan mint a lehelet, vékony mint pókháló, és csak az újonnan képződött edényeken és egyes üde, sötétveres vérkiedényesülésen ismerhető fel. Ez alakot hűdéses butaságon kívül rendkívül gyakran minden lehető kórosodás végén találhatni, úgymint rák, gümőkór, májszemcsésedés, fehérvérűség, hagymáz és csúznál, a másodlagos kemény agyhártyalob ez, a mely a legkülönbözőbb

kórokhoz mint vég-megbetegedés társul, és jobbára szűkült láták mellett tévengések és többé vagy kevésbé jelentékeny hőemelkedés által észrevehető.

E „másodlagos“ kemény agyhártyalobok betegeink hűdéses tünetei magyarázatára semmi esetre sem alkalmasak.

Egészen máskép áll a dolog azon hatalmas felrakódásokkal, a melyek nem ritkán több vonalnyi, egész félhüvelyknyi vastagságban és még azon felül is a kemény agyhártyát bevonják, a melyek több rétegből állanak, a melyek egymástól elválaszthatók, és a melyek számtalan mindenféle színű zöld, sárga, rozsdabarna, veres vérkiedényesülésektől vannak átszöve. Néha oly erősek a vérömlenyek, hogy valóságos „vértömlők“ (haematoma durae matris) támadnak, (Calmeil, Ogle John W.), más esetekben a vérfesteny felszívódik és az izzadmány közt savó-tartalmú tömlők maradnak hátra (Stoltz, Calmeil). Ez esetek összetartozandósága Virchow által lett felismerve, a kinek a belső vérzékeny kemény agyhártyalob elnevezést is köszönjük. Egyelőre függőben kell maradni annak, hogy vajjon a mint Sperling Königsbergben legujabb időben kísérletei eredményeiként közli, elsődleges vérömlenyek a kemény agyhártya alatti ürben oly módon szervülhetnének, hogy a vérzékeny kemény agyhártyalob képéhez hasonló külsőt nyernék.

A nagy vértömlők és izzadmánykérek nyilván az összenyomás által magára az agyi vérkeringésre hatnak, nem ritkán lesz ez a szemnek azáltal megismerhető, hogy a féltékék teljesen laposra vannak nyomva, és a tekervények közti barázdák elsímultak.

Előzetesen világos, hogy ily mélyenható, az agynak egészét erő elváltozások ezen szervnek működésére nézve nehéz következtetések nélkül nem lehetnek, és azon tapasztalatok után, a melyekkel a lassú és rögtön (vérömlenyek által) felhágó agynyomás, és kemény agyhártyaróli izgatásokról birunk, tünetekül a főfájást, kábálmot, az értelem csökkenését, közbejövő gutaütésszerű rohamot, a láták szűküléseit (illetőleg különböző nyomás mellett) láta különbséget — szóval a hűdéses butaság képét alkothatjuk magunknak. És tényleg mindenkinek, a ki előzetesen nem áll a hűdéses butaság gyógyíthatlanságának talaján, azon meggyőződésre kell jutnia, hogy az *úgynevezett hűdéses butaság eseteinek egy része nem egyéb, idült belső vérzékeny kemény agyhártyalobnál.*

E felfogás annál elfogadhatóbb, miután egy kórodász sem fog abban nehézséget látni, vérzékeny kemény agyhártyalobot (haema-

tom) kórismézni, ha idült agybántalom van jelen, a mely főfájásokkal kezdődött és az értelemnek lassú csökkenésére s az emlékezetnek gyengeségére vezetett, és a mellett látászűkület és a végtagoknak góczos tünetek nélküli általános gyengeségétől (bénulás) van kísérve*. De tapasztalatilag ily esetekből igen gyakran támadnak hűdéses butaságok szorosabb értelemben, nagysági örjeszmék, dühösség, hűdéses rohamokkal.

A közönséges kemény agyhártyalob eseteihez a sajátlagosak (mégzagadosak) csatlakoznak szorosan, a melyek kórodailag néha arról ismerhetők fel, hogy a mégzagados góczok, a melyek rendesen kemény és lágy agyhártya összenövési helyein fejlődnek, az agyba betervednek és itt állandó gócztüneteket képeznek. A kemény agyhártya más megbetegedései közül, a melyek aránylag gyakran fordulnak elő, a kötszövetgerendák csontosodásait említem, a melyek főleg a sarlóban igen nagy terjedelmet nyerhetnek, dagokat és pedig kicsi (félborsó nagyságú) sárga sima feltekeszerű, lágy hájdagokat; továbbá az ismert, jobbára eseresznye nagyságú orsósejtek, sok edényből és „fövény szemcsékből“ psammomokat. A fövény szemcsék különféle módon fejlődnek, majd sejthalmazokból, majd a véredények hüvelyében, majd — és pedig gyakran — az újonképződött edények tágulataiban. Végte ré gyöngyszerű, szürkén áttetsző csomók találhatók, néha nagy terjedelemben, a melyek szintén sejthalmazokat tartalmaznak és a melyek Wagner (Lipce) által nyirkmirigydagoknak lettek felismerve. („Das tuberkelähuliche Lymphadenom“ Lipce 1871.)

3. A lágy agyhártya sokszorosan apró, szabad szemmel még épen látható (a kissé megnedvesített lágy agyhártyának különösen ferde világításánál megismerhető) csomócskákat mutat, felhám-szemcsésedéseket (Bayle, Meyer L.). Ezek helyenkint a felületen fekszenek és felhámsejt felhalmozódásokból állanak (Meyer L.), de gyakran magában a lágy agyhártya szövetében is helyezvők, sejtközi halmazokból állanak és egyszerű felhámréteggel födöttek.

Éppen ily gyakoriak a Pachion-féle szemcsésedések és nem csupán a domborulaton, hanem az alapon is; a halántéklebeny mellső csücskén különösen erősen kifejetten található. Azelőtt fennállott agyizgatottság bizonyítékainak tekintve, az utóbbi időben egyelőre

* Én legelőbb ily esetekben a kórismét tisztelt főnökömtől, dr. Tüngeltől gyakrabban láttam helyesen megállapítani és többször követtem példáját. A kórisme ily esetekben majd csaknem vérdag és dagok közt ingadozhat.

mint fontos élettani képletek — a megtelezés szabályzására szolgálván, a kemény agykér alatti nyirkürekben — nagy becsre vergődtek (Axel Key). A szemcsésedések megcsontosodhatnak, ritka esetekben öböl-vérrögképződések kiindulási pontjává válhatnak.

Gyakran találhatni a lágy agyhártyán apró „porclemezeket“, a melyekről egy esetben, a mely mintegy kísérlet oly tiszta, a helybeli izgatás következtébeni támadást bebizonyítottam.*

A lágy agyhártya ezen szorosan körülírt változásain kívül, a melynek elterjedtsége a hűdéses butaságon kívül is általánosan elvagyon ismerve, gyakran inkább terjedelmes folyamatokat láthatni.

Néha az egész lágy agyhártya tejszerűen színezett, és különösen az edények mentén széles fehér szalagok huzódnak, főleg kerek sejtekből állván.

Ezekben nem ritkán kicsi kénsárga pontokat vehetni észre, a melyek a lágy agykérben a felhám alatt fekszenek, és sárga alakatlan szemcsék és cseppekből állanak. Behelyezkedett zöldsárga lemezek igen ritkák, a melyekben a görcsös zsíros horzsalékot, szemcse-sejteket és epefagyany-táblákat mutat ki. Ily táblák genyes agykérlob maradványaiul tekinthetők.

A hűdéses butaság végén néhány ízben egészen elterjedt heveny genyes (agy-gerinczagyi) agyburoklobot figyeltem meg, a melyet, természetes, e kór elméleténél nem értékesíthetni.

Gyakori lelet a hűdéses butaságnál a lágy agyhártyának az agygyal való többé vagy kevésbé terjedt összenövése, főleg a mellső lebenyeken, közönségesen a lágy agyhártyának terjedt, sárgás-szürke homályosodásával összekötve. Erőszakos lehúzásnál agyállomány marad a lágy agyhártyán, a görcsöri vizsgálat a kéreg-darabjaiban számos gömbölyű magot mutat, a melyek oly kevés őszanyagú kerek sejtekhez tartoznak, hogy a mag a sejtet majdnem egészen kitölti. A lágy agyhártyából az agykérgébe mélyedő számos edény edényhüvelyei is kerek, egy — egész hárommagú sejtekkel (kivándorolt szintelen vérsejtek?) tömvek. E leletek pókhálókérlob vagy idült lágy agyhártyalob, illetőleg agykörilob megnevezés alatt vannak leírva és kitünő észlelők egész sora által — Bayle, Duchek, Meyer L., Schüle, a legujabb időben Müller W. (Jena) által is* — magában

* Egy gümőkórosonál esetleges leletként a koponya szegtől átfúrtnak találtott, a melynek hegye éppen a lágy agyhártyát érte. Éppen e helyen (és egyebütt se) feküdt egy porclemezezske. (Horn's Vierteljahrsschrift 1869.)

* Untersuchungen zur pathologischen Anatomie und Physiologie des Rückenmarks. 1871.

vagy összeköttetésben a később tárgyalandó encephalitis corticalis chronica-val a legállandóbb leletnek, a hűdéses butaság feltételező mozzanatának lett nyilvánítva.

Ezen elterjedt és ily kezességet nyújtó férfiak által támogatott nézettel szemben meg kell állapítunk

1. tagadólágosan: hogy a hűdéses butaság számos esetében a lágy agyhártyának semminemű elváltozása sem fordul elő,

2. állítólágosan: a) hogy a lágy agyhártya hasonló homályosodásai és benső befészkelményei igen elterjedt leletek, hogy sok évi elmebetegeknél, iszákosoknál és oly egyéneknél találhatók, kik életükben nem tartattak elmebetegeknek;

b) hogy éppen úgy az összenövések, a hűdéses butaságnál is nem állandó, más kórosodásoknál is előforduló leletek, hogy a lágy agyhártya általában a halál után nem sokára véghez vitt boncsolásoknál igen nehezen és csak állományvesztéssel vonható le az agyról. Ezzel megegyez Marcé észlelete, hogy az úgynevezett összenövések az agy-edényeibe való víz-befecskendések által széjjelválaszthatók.

Ha összefoglaljuk — mint a kemény agyhártyalobnál — úgy az agyhártya-agykörilob eseteinek egy része a hűdéses butaság képében folyik le. De eilenben mindkét fogalom semmi módon sem fedi egymást, mert az agyköri lobot a hűdéses butaságnak minden tünete nélkül találni.*

A lágy agyhártyának más kórosodásai közül a savögyülemet az agysorvadásnál, az edények elváltozásait az agyéínál említendjük meg.

4. Az agy mint egész némely esetben azon állapotban találta-tik, a melyet „sorvadásnak“ neveztek. A gyengéd — vagy homályos — lágy agyhártya alatt savö gyülemlik, néha oly mennyiségben, hogy az-agyhártya hólyag alakjában fel van emelve. A lágy agyhártya levonása után a tekervények közti barázdák szerfelett mélyeknek mutatkoznak, maguk a tekervények keskenyek, ránczosak, petyhüdtek. A gyomrocsok tágak, sok tiszta savót tartalmaznak, a gyomor-bélés szemcsés. Az agy súlya csekély, 1000—1200 grammot tesz, a míg nők összevágott agyának közép súlyául 1150—1200, férfiaknál 1250—1300 vehető fel.

Ez elváltozás is többszörösen mint a hűdéses butaságnak

* Ezt már Feith (akkor Siegburg-ban) egy esetben teljesen meggyőzőn bebizonyította.

lényeges kórosodása tekintetett, de egészen jogtalanúl, mert öreg, kissé elmeegyengettségűnél ez a legközönségesebb lelet, a melyeknél én a legkisebb agysúlyt (780 gramm mint minimum) láttam, a míg a hűdéses butaságnál viszonylagosan ritka és sőt ellenben itt nem ritkán rendellenesen nagy agysúlyok (1400 és azon felül) találtattak.*

5. Jelentékenyen fontosabbak rendes agysúlyok mellett előforduló agykéreg elváltozások. Ez nem ritkán halvány, homályos, fakó, borszerű, nemezes állományúnak mutatkozik (Schüle); különösen fontossá válik ez, ha csak egyes tekervények vannak megtámadva és szívós alkatuk és jelentékenyen kisebb terjedelmük által válnak ki a többtől.

Mint különösen gyakran bántalmazott tekervényeket a központi-tekervényt említi Schüle, az első és második homlok-tekervényt, az első halánték- és első faltekervényt.

A mily szembeszökő is ezen elváltozás, oly nehéz ennek bonczani okát kifürkészni, és a vélemények e felett még nem tiszták, és főleg az idegenyv átalakulásáról van itt szó, néha másodlagos elváltozásokkal más képletekben.**

Nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy „az agytekervényeknek ezen kérgesedése“ nem állandó, sőt nem is különösen gyakori lelet, és ebből magyarázható, hogy az egyik észlelő (Skæ) a hűdéses buták agytekervényeiben a fehér és szürke állomány fajsúlyát magasabbnak, a másik (Nasse) azt a középén alulinak találhatta, hogy egyes bűvárok (Baume, Baillarger) a két félteke súlya közt különbözetekre akadtak, a melyek később sem más orvosok, sem azoktól maguktól újra nem találtattak.

Az egészen állhatatlan tünetek sorába tartozik a Baillarger és Regnard által leírt fehér állomány legfelületesebb rétegének keményedése, a mely a mellsőlebenyen, különösen erősen a harmadik homlok-tekervényen taláztatnék, szintűgy ennek ellentéte, a középső kéreg-réteg ellágyulása, a melyet Parchappe 86 esetben állandón talált, és a melytől a kórkép német, népszerűvé vált, nevét nyerte.

A kéreg viszonyai részletesebb tárgyalásánál a különböző

* Agysúlyról legnagyobbat összeállítást Thurnam-nál Journal of mental science-ben XII. k. (1866. ápril.)

** Ugyanczen elváltozás nem ritkán található gyermek-agyban, főleg hülyékénél és bujasenyves anyáktól származott gyermekeknél.

szövet-tani elemeket, a melyekből az áll, kell hogy szemünk előtt tartsuk, miután mindegyikének a főszerep tulajdonított.

a) A *ducz-sejtek*. Rokitanszki ezeknek enyvyszerű átváltozását írta le, a melyet Meynert és Schüle újból feltaláltak, és a melyeket én szintén láttam, de *nem* hűdéses butáknál.

Tigges és utána Meynert magosztódásokat oly módon jellemmeznek, a mint a közönséges endogen geny képződés iratik le, úgy hogy végtére nagy, számos maggal telt hólyagok támadnak. De mindenekelőtt Meschede a ducz-sejteknek elsődleges kórosodását, ezeknek zsiros-főstenyes elfajulását mint lobos folyamatnak terményét írta le, mi mellett végtére a sejtek szemcse-sejtekké, illetőleg zsirhalmazokká esnének szét.

Ha a sejteken előforduló változások értékét méltatni akarjuk, úgy ügyeljünk:

1. hogy a magosztódás és enyvyszerű átváltozás fennnt jellemzett folyamatai nem gyakoriak;

2. hogy a hűdéses butaságon kívül is előfordúlnak;

3. hogy a zsiros-főstenyes elfajulás rendkívül elterjedt folyamat;

4. hogy igen soká tartó, a hűdésnek legbelterjesebb fokáig haladó esetek fordulnak elő, a melyeknél a sejteken abszolút semmi rendellenest sem találhatni.

b) Az *edények*. A kisebb üteres agyedények nyirkhüvelylyel vannak körülvéve (Robin; His), a melyben rendesen vagy mindenesetre a legnagyobb elterjedtségben oly egyéneknek, kik bármely lehető betegségben haltak el — magosztódásokkal sejteket találni, zsiroszemcséket, szemcsesejteket, sárga fősteny-tekéket (häematosin). Gyakran erősen kigyózó, főleg nagyobb koruaknál, orsószerű kitágulásokkal megszakítva. Igen elterjedt kórboneztani elváltozások még a nagyobb, már szabad szemmel gombostűfejnyi nagyságú pontoknak látható ütérdagok, továbbá vérkiömlés a nyirkedény-hüvelyekbe (hajszáledényguta), bennük való szemcseburjánzás, főleg az edények elágazási helyén (uszhártya-képződés — Meyer L.), végtére a hüvely elváltozása és bezárólag az edényéé is csíkos kötszövetbe vagy annak elmeszeszedése (Wedl). Az utóbbi, egész edénytájakat hajszáledényeikkel egyetemben, oly nagy mértékben támadhat meg, hogy az agyból mindenütt sörtéhez hasonlóan nyúlnak ki a finom mésztűk.

Mind e változások magátólérthetőn a hűdéses butaságnál is sokszorosan találhatók és ennél mint állandó vagy mint sajátságosak

irattak le, de jogtalanul, a mint azt gümőkórosok nagyobb számú agyának átvizsgálása, stb. mutatja. Hosszabb ideig fennálló hűdéses butaságnál nem ritkán találjuk a hajszáledények és ütereknek teljesen normalis minőségét.

Az edényrendszernek általános elmeszesedését már fent említők és ehhez még két igen ritka leletet kell, hogy soroljunk: a kemnyés- és enyvszerű elfajulást. A kemnyés elfajulás Tigges által állandónak nyilvánított a hűdéses butaságban, és a kisebb ütereket mind az agykéregben, mind a mélyebb lágy agyhártya rétegben megtámadná. Hogy ennek előfordulta mily kevésbé állandó, abból következik, hogy sem Westphal sem én nem láttuk valaha, a mint is minden szervek legterjedtebb kemnyeszerű elfajulásánál az agy-edények különösen ellentállnak. Hoffmann (Meerenbergben) a hajszáledények kemnyés elfajulását számos bonczolás közt hatszor figyelte meg ugyan (kemnyetesticsek központilag rétegzett alakjában,) de soha sem hűdéses butaságnál.

Az enyvszerű elfajulás Arndt által (Virchow's Archiv 31) lett jellemezve, a megtámadott helyet szágóhoz hasonló szemcsékbe változtatja át, a melyek az agykéregből kinyomhatók. Arndt e folyamatot az edényfalak sejtei enyvszerű átváltozásaként fogja fel magburjánzással a sejtközi ürekben. Schüle pedig (Zeitschrift für Psych. 25) az edényekkel határos idegenyvet is hasonlóan elfajúltnak találja. Én ez enyvszerű átváltozást soha sem találtam.

A nagyobb és legnagyobb agyedények a hűdéses butaságban *relativ* gyakran mutatnak kásás, meszes vagy zsíros berakódásokat, de igen gyakran és sőt oly esetekben, a melyek rendellenesen soká tartottak, éppen semmi elváltozásokat. Sabben, ki ilynemű két kiváló esetet irt le a Journal of mental scienceben (15 k.) ugyanazt véli, hogy esetei a hűdéses butaságtól a láták szűkültsége és izomhűdéseknél hiánya (tehát beszédzavar is) által is elváltnak, de ezen különbségek, különösen gyors lefolyásnál, éppenséggel nem lényegesek. (l. fent különös tünettan).

Az agykéreg szövetei közül, az idegrostok és rostocsoktól eltekintve, csak

c) az *idegeny* (neuroglia) marad, a kötőszöveteszerű ragasztóanyag*, a melybe a különböző, a központi idegrendszernek általunk már megbeszélt elemei beágyalvák.

* Még e felett is kétségeskednek. Vannak buvárok, kik az idegenyvet is ideges természetűnek tartják, p. o. Starek.

Noha már 25 év óta ismeretes (Virchow, 1846), az idegenyv mégis még mindig rendkívülileg kevésbé tüzetesen van megismerve, a mihez azon nehézség, hogy bizonyos sejtalakok ideges vagy enyves minőségüknek tartandók-e, az enyvállománynak halál utáni elváltozásokra való szokatlan belterjes hajlama, és a szövetnek finomsága, a mely igen erős nagyításokat kíván — egyenlőn járúl.

Annál csudálandóbb a buzgalom, melynél fogva éppen az idegenyv vonatik a kórboneztani vita körébe; egyik ismeretlen a másikat derítse fel.

Mindenek előtt Rokitánszki nyilvánította a hűdéses butaságot az idegenyv elsődleges burjánzásának, kérgesedésbe való kimenettel (rostocsos kötszövet!) és a ducz-sejtek másodlagos elfajulásának. Legutóbbi időben e nézetet Obersteiner az uj-magas-boneztaniba plántálta át, a mennyiben ő a színtelen vértestecseket savóval az edényekből a nyirkhüvelybe és innen az agyállományba juttatja, a hol azok kötszövétté szervülnek és a tulajdonképpeni idegelemek, működésükben mindinkább gátoltatva, elsróvadva tönkre mennek. (Virchow's Archiv 52, 522 l.).

Bizonyos az, hogy *egyes esetekben* a nagy kerekmagvak feltűnő szaporulatát találni, a melyek tiszta, majdnem homogen ósanyagtól van körülveve, az enyvnek sejtes elemeit alkotják, és hogy éppen így *néha* az enyvsejteket csillagalakuknak találjuk, számos nyúlványnyal és sok maggal (hasolón, a mint Meynert azokat agymézagadagok közelében rajzolja), hogy máskor a neurogliának helyenkénti enyvszerű elváltozását látni. (Arndt agyfarkoncok közelében, saját megfigyelés).

Schüle látta, hogy az enyvállomány rostos vagy homogen lemezekké nőtte ki magát, én magam hasonlót tabesnél találtam. A kemnyetestecsek, a melyek néha az enyvben roppant mennyiségben találhatók, szinte kóros terményekként emelendők ki.

Tapasztalatom eredményekint azon tételt kell felállítanom, hogy az idegenyvben néha találni elváltozásokat, és pedig jobbra összekötve a központi idegrendszer más szövetei kóros folyamataival, de hogy az esetek nagyobb részében az enyvállomány kórosodása ki nem mutatható.

5. Az agykérgén kívül az agynak más részein is irtak le elváltozásokat, a melyek a kéregéihez hasonlítanak, különösen magburjánzást az edényhüvelyekben, és a nagy duczok ragasztékállományában. (Meyer L. Centralblatt 1867; Schüle.)

b) Az agygyomrocsoakat nem ritkán találni tágultaknak (hisz Duchek a belső agyvizet állandó leletnek nyilvánította!). A gyomor-bélés gyakran szemcsés, néha oly erősen, hogy reszelő- vagy chagrin-szerű külseje van. Elvértve borsó nagyságú béléscseppeket találunk, a melyek finom rostos szövetből és kerek sejtekből állnak. A fonatok gyakran hólyagokban gazdagok, egy ízben minden gomolyban mogyorónál nagyobb psammom-ot láttam.

Mind ez elváltozás sok időt agybántalomnál előfordul és a hűdéses butaságnál igen gyakran hiányzik.

Az agykocsányokban szemcsesejtek leletét (Westphal) lásd a gerinczagynál.

Az eredmény, a melyre az agyleletek vizsgálatánál jutottunk az, hogy a hűdéses butaságnak sok esete létezik, a melyekben ismereteink mostani állapotánál elváltozásokat az agyban sem szabad szemmel sem görcsőreileg nem találni.

Ugyanezt már Lelut és éppen úgy Stoltz találta; és Baillarger kiemeli „les symptomes les plus graves de la paralysie générale peuvent exister, sans que les tubes nerveux soient désorganisés, sans que la couche corticale soit ramollie“. Westphal* is hasonlóan látszik gondolkodni, és Magnan szintűgy Bonnet (Maréville) azon nézetben vannak, hogy az agy megbetegedésének jelentősége a hűdéses butaság kórszármazására nézve nagyon túl volna becsülve.

A figyelemnek annál inkább kelle a központi idegrendszernek többi alkatrészeire, a gerinczagyra és az együttérzidegre irányulni. Az együttérzideg leletei értékesítését nehezíti a terjedelmes vizsgálatoknak teljes hiánya azon szélességről, a melynek határai közt szövete rendes állapotban változásoknak van alávetve. Oly egyének együttérzidegei összehasonlításai után, kik heveny bükórokban gyorsan haltak el, az együttérzideget idáig a hűdéses butaságban nem találtam kórosnak. Poincaré és Bonnet** ellenben állítják, hogy az együttérzideg-duczok duczsejtekben rendellenesen szegények volnának, de kötszövetben gazdagok, a mely zsirsejtek sokszoros és és kitágult gyülemeit tartalmazza***. Maguk a duczsejtek rendellenesen erősen volnának szinezve.

* Griesinger's Archiv, 1. k.

** Annales medico-psych. 1868. Sept. Zeitschr. für Psych. 27. 738. l.

*** Oly lelet, a melyet a legkülönbözőbb kórosodásoknál találtam!

Sokkal számosabbak az elváltozások a *gerinczagy*on. Már Erlemayer a hüdéses butaság későbbi időszaka állandó leletének nyilvánította a „sorvadást”; de pontosabb boncz-tani részletek nélkül adva, e tétel oly kevés jelentőséggel bír, mint Boyd's egy ily hasonló állítása, ki gerinczagyhüdéses betegségeinél, a Somerset-County-Asylumban véghezvitt bonczolatainál, jobbára lágyulást talált.

A gerinczagy bántalmái egyes megfigyelései elégséges boncz-tani részletekkel Joffe, Türk, Meschede és mások által adattak, de Westphal-ét illeti az érdem, hogy hüdéses buták hosszú sora gerinczagyának tüzetes vizsgálatát véghez vitte. Westphal minden észleletében mint az idegrendszernek egyetlen állandó kóros elváltozását a gerinczagnak egy bántalmát találta, és pedig vagy mint a hátsókötelek szürke elfajulását, a mely a IV. gyomrocsonk fenekéig terjed, vagy az oldalkötelek „szemcsesejt-gerinczagylobját”, a mely a loborkeresztödzésen és a hídnak hosszanti rostjain keresztül az agykocsány talpa külső részletéig követhető.

Westphal a gerinczagylobot szemcsesejtekkel a szürke elfajulás előszakának tartja, nem mondja ki, de könnyen azon következtetésre juthatni, hogy a hüdéses butaságban a gerinczagy bántalma a lényeges, és hogy az agytünetek csak másodlagosak, hasonlóan mint az egyszerű gerinczagsorvadáshoz gyakran már kezdetben agytünetek társulnak.

De ezzel szemben a szürke elfajulás (esetek léteznek Westphal, Hoffmann H., Meschede, Tigges, Meyer L., tölem, Schülétől stb.) és még inkább a szemcsesejt-gerinczagylob előfordultának gyakorisága elismerése mellett mégis ki kell emelnem:

1. hogy az utóbbi nem ritkán hiányzik; hogy léteznek hüdéses butasági esetek, a melyekben a gerinczagy absolute rendes, és

2. hogy a legexquisitebb szemcsesejt-gerinczagylob a hüdéses butaságon kívül is, p. o. gümőkóránál és idült elmebántalmaknál, előfordul.

Ezen különbözet daczára Westphal- és Magnan-nal abban egyetértek, hogy ott, hol gerinczagybántalom van jelen, sok idegtünet, különösen a végtagok mozgási és érzési zavarai a legfesztelenebbül a gerinczagy bántalmától vezethetők le.

De sőt még a megbetegedéseknek egy csoportját, a melyekben mély butaság társul mielőbb a gerinczagsorvadás tüneteivel, és a melyekben a halál után az agynak kérgesedését és sorvadását találtam, gerinczagsorvadásos butaságnak jeleztem, és ezt azon csoportok

egyikének tartom, a melyekbe a hüdéses butaság széjjel fog válni, és azon nézetben is vagyok, hogy azon elmezavarok, a melyek néha gerinczagybántalmakhoz társúlnak, ezeknek másodlagos következményei.

A gerinczagy és burkai ritkább bántalmai közül felemlítem a foltokbani kérgesedést (sclérose en plaques, szürke sziget alakú elfajulás), mint ezt p. o. Magnan a hüdéses butaságnál találta,* továbbá a gerinczagyburoklobot és pedig mind a hevenyt, genyeset, (fölfekvés után vagy járványos!), mind a homályosodások és vastagodások alakjában fellépő idültet. Mindkettőben állandóan csak a lágy agyhártya hátsó oldala van megtámadva.

Továbbá nem egészen ritkán találtatik gerinczagy-keményhártyalob, néha igen vastag felrakódásokban. Egy ízben 0.3—0.6 cm. vastagságú, helyenkint *csontosodott* réteget** találtam. A gerinczagy lágyhártyáján is fordulnak elő úgynevezett „csontosodások“ vagy „porclemezek“. De ezek sem az egyik sem a másik, hanem csontdagos szövetek tisztán látható csonttestecsekkel. Csak ritkán meszesedik el ezeknek állományköze.

A hüdéses buták környi idegrendszere és izomzata idáig alig volt vizsgálatnak tárgya. Az ülidegek, a melyeket idáig megvizsgáltam (mintegy hatot), nem mutattak rendellenességet:

Ellenben a betegek nagy számánál a szívizomzat és egyes izomkötegek elzsírosodását találtam, különösen a deltaizom és az alsó vértagokban. Ezzel megegyezik Schüle észlelete, ki két hüdéses butánál az egyenes hasizom elszakadását és vérömlenyét látta.

Ezen kérdések további követése sürgősen kívánatos.

Miután az idegrendszer különböző részeit kóros elváltozásaikra nézve átvizsgáltuk, kell hogy még egyszer feltegyük magunknak a kérdést: mi a hüdéses butaság? és egy kitünő észlelő szavaival fogunk rá felelni, „a hüdéses butaság nem meghatározott és körülírt kór nem vagy faj, hanem kóralak“***.

Továbbá azt kérdezzük, hogy mely kórok folyhatnak le a hüdéses butaság alakja- és képeben, úgy legegőbb ritkábban és gyak-

* Gaz. med. de Paris, 1869. 611. l.

** L. XXVI. megfigyelés.

*** Stoltz (Hall Tyrolban), Zeitschr. für Psych. IX. 547. l.

rabban mint „hűdéses butaság“ fellépő kórosodásokat kell széjjel választanunk.

A ritkábbakhoz tartoznak a kemény agyhártya (olaszdió nagyságú velősrák. Berthleff Lembergben), a nagyagy (Stoltz) és agyacs (Aubanel és Sanze) dagjai, farkoncz-tömlők (taenia solium-tól — Siebert — és medio canellata-tól — Arndt) és különböző mérgezések, p. o. ólom által (Magnan), stb.

Mint gyakoribbat a kemény agyburaklobot, a lágy agykérlobot és az agykérge, és az agynak mint egésznek számos, különböző terjedt kórosodásait tanúltuk ismerni, a melyek közül a többi közt egyet, gerinczagsorvadással összekötöttet mint gerinczagy-sorvadásos butaságot elkülönöztünk. De az esetek nagy száma marad fel, a melyekben az idegrendszernek boncztani megbetegedése ki nem mutatható, a melyekben az agyat és burkait, véredényeit, duczsejtjeit és idegenyvét egészen normálisnak találjuk. Itt azután jobbára más szervek megbetegedését észleljük, különösen a tüdőkéit — mindekelőtt gümőkört, vagy idült vese- vagy szívbántalmakat. Fel kell vennünk, hogy ezen bántalmak által okozott elváltozások a tengéletben, a vérvegyben, stb. az agyra visszahatnak, és ebben azon működési zavarokat termelik, melyet hűdéses butaságnak nevezünk. Ezzel is visszatér a hűdéses butaság a többi elmekórformák keretébe. Szintén vagy „együttterzési“ vagy „visszahajlási“,^{*} a dühösséghez a bűkórhoz hasonlón. De sőt még az agynak sok góczos betegesedése nyilván hasonló módon hat, visszahajlólag az agy többi részében a hűdéses butaságnak működési zavarát kelti.

De miután mind e betegségek hűdés nélkül is lefolynak, az agynak bizonyos hajlamát kell hogy felvegyük, hajlamot, a mely „elfajulásnak“ jelezhető.

Ne mondják azt, hogy ezzel egy szavat teszünk ide, a hol fogalmak hiányoznak, mert az elfajulás nemcsak a hűdéses tünetek jelenkezésében nyilvánul, már az ember első fejlődésénél mutatkozik a fülek torzulása, a fogak rendetlensége, a koponyafejlődés rendellenessége által, a megfigyeléséhez szokottnak minden heveny betegségben nyilvánul az, a magatartás sajátsága, tévengései hajlam, az idegrendszernek súlyos kimerültsége által aránylag nem magas hőmérsékek mellett, de mindenekelőtt edénymozgató hűdésekrei hajlam által, a melyek mind az érlökés-rajzot, mind heveny kórokban

* Meyer L. Die allgemeine progressive Gehirnllähmung, 40. l.

bizonyos folyamatokat (p. o. a himlőnek edénymozgatási előzményi kütegei) előttünk világossá tesznek.

Az elfajuláshoz vezető okokat a hűdéses butaság oktanánál mielőbb megismerendjük; jobbra veleszületett, de heveny betegségek is, idült mérgezések (lang, ólom-higany?) talán külsértések is támaszthatnak az agyban hasonló hajlamot.

VIII. FEJEZET.

Kór-oktan.

Elterjedt szokás szerint e fejezetben a hűdéses butaság előfordulta és gyakoriságáról szóló adatokat, áldozatai kora és állását az okokkal egyesítjük, a melyek e kóralakot tapasztalatilag támasztani szokták.

A hűdéses butaság valószínűleg az egész civilisált világon el van terjedve, az északi országokban úgy mint a déliekben előfordul; azon adatok, melyek az utóbbiak mentessége mellett látszottak szólan, nem bizonyultak be. Lehet, hogy különböző országokban a hűdéses buták száma igen változik, de a statisztika bizonytalansága mellett a különböző intézetek számai összehasonlításából vont következtetések teljesen értéktelenek.

Sokan állítják, hogy a hűdéses butaság évről évre növekszik. Már Moreau utalt arra, hogy a hűdéses buták száma Bicêtre-ben 70% összes-számról 1828-ban 37%-ra emelkedett 1849-ben; Charenton-ban meg 6 1/2%-ról 1820-ban 25%-ra 1828-ban, a míg Esquirol magán-intézetében emelkedés nem volt észrevehető. Éppen így mondja Calmeil, hogy a hűdéses butaság az összes felvetteknek 1/15-ét tette azelőtt, most 1/4-ét.

Elmebetegek statisztikájáról értekezésemben (Berl. kl. Wochenschrift, 1869) kimutattam, hogy az elmebetegek számai Hamburgban inkább nyújtják azt mint a többi mind, a mit tőlük kívánnunk kell: az elmebetegségek mibenlétének valódi képét az összes lakosságban. Ha Hamburgra nézve vizsgáljuk a kérdést, hogy vajjon a hűdéses buták száma növekedett-e, úgy arra az utóbbi tíz évet illetőleg határozott nemmel kell felelnünk.

A míg ugyanis a lakosság száma 1860-ban 175,683, 1867-ben 220,920-ra emelkedett és 1870-ben mindenesetre 230,000-t ért el, és

ez időben a felvétel egyenlő szabadelvűséggel kezeltetett, 1860-tól egész 1870-ig elbocsátatott (illetőleg meghalt) 36—29—36—21—26—31—36—32—41—36—36 hüdéses buta, kevés kivétellel ($18^{62}/_{64}$) oly egyenlőség, hogy inkább a hüdéses butaság relativ csökkenéséről szólhatunk, legalább Hamburgot illetőleg.

A betegek korára nézve Calmeil-nél azon adatokat találjuk, hogy a hüdéses buták száma 27 éven alúl majdnem 0, a 27-től a 35 évig gyorsan emelkedik, a 35 évtől az 55-ig egyenlő magasságban marad, és azután az 55-től a 65 évig gyorsan leesik.

A következő tábla majdnem 450 hüdéses butasági esetről nyújt összeállítást.

Kor.	Leubus-ban.		Duchek. (Prága)		Conolly. (Hanwell.)	Stoltz. (Hall.)	Reye. (Hamb.)	Összeg.
	f.	n.	f.	n.				
10—20 év	—	1 (17 év.)	—	1 (18 év.)	—	—	—	2
20—30 »	—	1	5	2	5	1	3	17
30—40 »	10	3	23	3	47	16	53	155
40—50 »	16	3	16	—	52	9	78	174
50—60 »	1	—	12	—	26	2	36	77
felül 60-on	—	—	1	—	12	—	4	17

Bizalmat költő e táblában a két főszámításnak jó egyezése (Hamburg és Hanwell). De e számok csak csekély értékűek.

Ha minden korosztályt fenyegető valószínűséget meg akarjuk ismerni, úgy ez eseteket az egyének összes tömegével össze kell hasonlítanunk, a mi mellett magátólérthetőn fel kell tennünk, hogy valóban mind vagy majd minden beteget megtudunk. Miután ez Hamburgra nézve talál, úgy a következő táblázat további végkövetkezésekre használható.

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.
20—30	19,600	39	—	2	—	—
30—40	12,600	25	40	30	0.75	1
40—50	8,300	16	27	45	1.67	2.2
50—60	5,700	11	18	21	1.17	1.5
felül 60-on	4,600	9	15	2	0.13	0.2

A táblázat első rovata a kort adja, a második ezen korban levő férfiak összes számát Hamburgban 1864. évi deczember 3-án, a harmadik annak perczentekbeni részét a 20 éven felüli férfiak számánál, a negyedik azt a férfiak számánál 30 éven felül (miután a hüdéses buták száma a 20 és 30 év közt igen törpe). Az V-ben a korosztálynak százalékos része a hüdéses buta férfiak számából, a VI-ban a IV-nek hányada V-ben, a mely a valódi betegesedési hajlam számára

szükséges összehasonlítási számokat adja, és a VII-ben e hányad 30—40 osztály hajlamára mint egységre van kiszámítva.

Ebből következik: hogy, *noha a hűdéses buták absolut száma a 30—40 éves korban a 40—50-es kor hason számához közel áll, mégis a 40—50 korosztály kétszeresnél több és még maga az 50—60 korosztály másfélszeres hajlamot mutat a hűdéses butaságra.*

A különböző állások közül mindenekelőtt a felsőbb osztályok férfiai vannak leginkább kiteve. Ijesztő számot ad a katonaság, és pedig aránylag négyszer annyi tiszt (hivatásból?) betegszik meg mint katona (Jolly). Vámhivatalnokok, különösen határfelügyelők aránylag nagy contingenst adnak (Calmeil). A munkás osztályból a tűzmunkások különös hajlammal látszanak lenni a hűdéses butaságra. Miután a szakácsok és sütők relative gyakran lesznek hűdésesek, annál fogva az arcz *állandó hevülését direct ártalmas befolyásnak* kell felvennünk.

Ezzel a hűdéses butaságnak egy direct okát már megemlítettük volna, a többiek a következők.

1. *Öröklékénység.* Ennek részét illetőleg az adatok szerfelett különbözők. Hoffmann és Jung Leubusban a hűdéses buták csak $\frac{1}{16}$ -nál találják, Linstow és Stoltz $\frac{1}{5}$ -nél, Görike betegei $\frac{1}{6}$ -nál és Mackenzie Bacon teljesen tagadja az öröklékénységnek befolyását a hűdéses butaságnak támasztására.

Ellenben én betegeim $\frac{1}{4}$ -nél találtam öröklékény hajlamot és már régiebb francia összeállítások az összes hűdéses buták $\frac{1}{3}$ egész $\frac{1}{2}$ -nél mondanak öröklékénynek, a melylyel Grainger Stewart szorgos statisztikája ($47\frac{1}{2}\%$) és Calmeil adatai megegyeznek.

Az öröklékény hajlam jelentőségét különösen Morel hangsúlyozta, ő tanítá megismerni a nemzedékről nemzedékre növekvő elfajulásra és a szülők langmérgezése szomorú befolyására a gyermekek nemzésénél.

Igen hálás feladat volna hűdéses buták gyermekeinek sorsát követni. Több izben, a melyekben alkalmam volt ilyeneket megfigyelhetni, igen korán ideges zavarokat találtam, egy izben egy 3 éves gyermeknél nyilván félénk érzécsalódásokat.

2. *Bujákór.* Meggyőződéseim szerint ez sokkal gyakrabban oka a hűdéses butaságnak, mint azt közönségesen hiszik. Jessen utalt legelőbb határozottsággal erre* és legutóbbi időben Kjellberg Svédországból hozzája látszott csatlakozni.

* Zeitschrift f. Psychiatrie XIV. 20. 1.

A bujasenyv részint agymézagadagokat okoz, kemény agykéreglobokat, a melyek éppenséggel nem mindig sajátlagosak (azaz nem mézagadagos termékek) részint az agyedényekben elváltozásokat, (mézagadagos?) lerakódásokat azoknak falaiban belűrük megszűkülésével, idő előtti kásás-elfajulást, edényvérörgépződéseket, * végtére még boncztanilag ki nem mutatható táplálási és működési-zavarokat is.

3. *Nemi kicsapongások.* Neumann szerint az egyetlen kór-ok, mindenesetre majd minden statisztikai adatban az összes esetek $\frac{1}{3}$ egész $\frac{1}{2}$ -nél találni. És éppen mily gyakran nincsenek a nemi kicsapongások még a legközelebbi környezet által is ismerve.

A hatásmód homályos. Hogy az idegerő működési vesztesége, Brierre szerint hűdéses butaságnak lényeges alapfeltétele, szerepet játszik-e? Mindenesetre a bujasenyv könnyebb megszerzése figyelembe veendő.

4. *Borlanggali visszaélés.* Fordúlnak elő idült borlangmérgezési esetek, melyek teljesen a bárgyú butaság képe alatt folynak le mozgási zavarokkal. Nem ritka a kemény agyhártyalob, a mely kísértetiesen is kutyáknál folytonos borlang beadása által hozatott létre**. A borlanghoz sok és tápláló, rendellenesen erősen fűszerezett evésnek megszokása járul, úgy a borlang hatása az agyra még fokoztatik és elképzelhetni, hogy az asztal gyönyöreiben való mértéktelenség miért hozatik fel kór-ok gyanánt. (Összehasonlítandó a „des grands esto-macs“ klub és tagjainak hajlama a hűdéses butaságra.)

Gyakran óvtak attól, hogy a hűdéses butaság kezdeténi borlangkicsapongások össze ne tévesztessenek a borlangvisszaéléssel mint kór-okkal.

Morel megkülönböztető kriteriumúl felbozza, hogy a tulajdonképpen iszákosok majdnem mindig gyomorhurutban szenvednek, és kevés étvágygyal bírnak, míg a kezdődő hűdéses buták részegeskedéseik daczára sokat esznek.

5. *Heveny betegségek,* különösen ragályos kórok, mindenekelőtt hagymáz. Ezek az agyat sajátságos, gyors kimerüléshez különösen hajlandóvá tevő állapotban hagyják, vagy egyenesen változásokat idéznek elő: táplálkozási zavarok által sorvadásra visznek, agyhártya-

* Bristowe a Med. Tim. and Gaz.-ben 1864. November 19, és már előbb a Transactions of the Patholog. soc.-ben X. k. 44. l.

** Ezzel ellenkezőleg a rezgőrijös betegek száma, a kikenél kemény agyhártyalob találhatik, mindenesetre feltűnő kicsi. E tárgynak bővebb tárgyalása itt messze vezetne.

lob és kemény agyhártyalob által követtetnek, vagy a kis agyüterekben elváltozásokat eszközölnek. (Hoffmann Baselben hagyománál.)

b) *Külsértések.* A fejsértések viszonyáról az elmebetegségek támasztására nézve Krafft-Ebingtól igen fontos kórodai előadást birunk.* E szerint a sértésekkel eseteket három kategóriába kell osztani:

a) az elmebetegség a fejsértésnek vagy agyrázkódtatásnak egyedüli és jobbára közvetlen következménye, a mikor mint állandó tünet az összes lelki-erő lassú fogyatkozása áll be;

b) az elmebántalom nem követi azonnal a külsértést, a mennyiben az érzékenység és érzékszervek túlsúlyban levő zavarai járó előzményi szak előzi meg, a míg a lelki élet még érintetlen, vagy csak a hangulat, hajlam és jellem változásait mutatja;

c) a külsértés csak hajlamot ad későbbi megbetegedésre.

Láthatni, hogy valóban direct az agyra ható sértések majd mindig hűdéstüneteket hoznak létre. A bonczani változások még kevésbé vannak tanulmányozva, részint agyhártyalobok és még gyakrabban kemény agyhártyalobok vagy vérömlenyek az agy kéregállományában, vagy a ducztetek elmeszesedései a megrázkódtatott részekben (Virchow, Heschl), vagy a bántalmazott tekervények kerges sorvadás (saját észleletem szerint).

7. *Rendkívüli fáradalmak,* a melyeknek hatási módja igen szövdött, a mennyiben kimerülés, megbetegedés, borlangélvezet és egyebek összehatnak.

8. *Dohányal-mérgezés.* Különösen Jolli emeli ki mint oktani mozzanatot a dohánynyal való visszaélést, és ez bizonyára egyes esetekre nézve fontos mozzanat, kivált ha a most oly sokat természetett európai dohány óriási dohányal tartalmát elgondoljuk (egész 8 %-ig a németben, 5—6 %-ig a francziában, és csak 2—4 % az amerikaiban).

Néha ólom-mérgezésről is van szó.

9. *A pellagra.* E kór Németországban még nem lett észlelve, talán mivel még nem figyeltek rá. A pellagra nehéz alakjai közt oly esetek is fordulnak elő, a melyek teljesen a terjedő hűdéses butasághoz tartoznak.** Landonzy (Rhemsben), a „szórványos pellagra“ egyed-irója kétségkívül megkísérli a pellagrosus elmezavart a hűdéstől

* Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Erlangen, 1868.

** Baillarger az annales méd.-psych. 1848 és 49.

elválasztani, de főmegkülönböztető jele a nagysági-őrj hiánya pellagránál, teljesen semmis.

A pellagrosus megbetegedések három tünetsor által tűnnek ki: ideges — bőrbeli által (a kézen és lábháton) és a bélcsatornában (konok bélhurutok). A mellett közbe — vagy alábbhagyó lefolyás, úgy hogy a súlyosbodás a tavaszi időszakba esik.

Hogy a pellagrának oka a tengeri élvezete volna, az eléggé meg van czáfolva, az anyarozskór szerfelett kétséges, a valódi támasztó feltételek még ismeretlenek.

10. Az úgynevezett „erkölcsi okok“ közül csak a rögtöni vagyon-változásokat, különösen nagy veszteségeket említem fel, a melyek Calmeil kórtörténeteiben feltűnő gyakran mint a kór kitörését provokálók lépnek fel.

Ezeknek mérlegezésénél — mint az „erkölcsi“ okoknál általában, nem szabad szem elől téveszteni, hogy az adatok az előzményekből, tehát nem szakértőktől erednek, a kik — a lelki-zavarok támadásánál elméleti nézeteiknek megfelelőleg — állandón ily okokat keresnek. Hisz nem kevés orvos úgyannyira ezen állásponton van, hogy Neumann a betegekkel beszállított jelentéseket „lélektani regényeknek“ nevezi. Úgy tetszik nekem, egyes esetek után ítélve, a melyekben az üzleti szerencsétlenséget megelőző tüneteket önmagam megismerhettem, hogy ezen erkölcsi okkal úgy vagyunk, mint az iszakkossággal, hogy ugyanis — és pedig az esetek nagyobb részénél már a kezdődő betegségbe esnek, és hogy annak nem oka, hanem következése, miután a kezdődő butaság a betegeket rendelkezésükben gátolja, míg egyidejűleg az enyhe dühöngő izgatottság őket bátor, merész üzletekre teszi hajlandókká.

Azt hiszem tehát, hogy az erkölcsi okok befolyásáról a hűdéses butaság keletkezésére egyelőre jobb eltekinteni, nehogy jóhiszeműleg statisztikai táblákat készítsünk befolyásukról az előzményi adatukból — a mint ezt különösen francia buvárok kedvelik.

Láthatni ezen előadásból, hogy a különböző állások és korosztályok hajlamánál különféle előzményi mozzanatok hatnak össze, éppen úgy a mint az utóbbiak felsorolásából kitűnik, hogy valóban olyanok, a melyek „a kórboncztanban“ és a hűdéses butaság elméletében leírt megbetegedéseket termelik.

Kórjóslat.

A hűdéses butaság szomorú kimenete oly általánosan elismert, oly szilárdan álló tény, hogy a szerzők az állandó nem igen hosszú időben halálos véget, kórmeghatározásukba felvették. Az esetek nagyobb részére nézve ez kétségen kívüli valóság, és arra számíthatunk, hogy a felvétel idejétől számítva, a betegek nagyobb része már két évet nem él.

Igy Linstow azt mondja, hogy az összes hűdéses buták 75 % az első két éven belül elhal, és a hanwelli óriási téboiydában öt év után a hűdéses butáknak kilencztized része elhal. (Sankey.).

Léteznék azonban esetek, a mint azt utóbbi adatból láthatni, a melyek sokkal tovább tartanak, így Linstow az eseteknek $\frac{3}{4}$ egész 5 évi tartamát írja, Hoffmann H. $\frac{1}{6}$ egész 6 évig, Crichton Browne közép átlagúl 4 évet mond.

De még hat év sem végső határa a betegségtartamnak, egyes betegek azt hosszabban vagy rövidebben túlélik. Így Flemming-nél Sachsenbergben egy 73 éves hűdéses buta volt, kinek betegsége hat éven túl még nem folyt le, és Hoffman-nál Schwetzben egy hasonló, kinnél kilencz éven túl tartott. Stoltz 28 esete közül három hat éven túl tartott. Általam közlött két esetben nyolcz (XXVI. észletet) és tizenkét év (XXIV. észletet) múlt el a betegség kitörésétől a halálig, és Sankey esetei közt még kettő 21 és 24 évi tartammal is van.

Előfordúl ugyanis, hogy a hűdésnek minden tünetével érkeznek betegek, rövidebb vagy hosszabb idő után megnyugosznak és azután egyszerű butaság állapotába merülnek, a melyben határozottan hosszú ideig tovatenghetnek.

Kiviláglik ebből, hogy az orvos alappal bír, miszerint a jóslatot, a mi az életet illeti, ne mondja a legrosszabbnak, de mindenekelőtt a még átlélendő időt ne szabja oly szűkre, a mint az rendesen történni szokott.

Sokat vitatott másik kérdés az, hogy vajjon a gyógyulást illetőleg a jóslat abszolút rossz-e, hogy vajjon a hűdéses butaságból nem fordul-e elő gyógyulás. Hosszú ideig minden gyógyulási eset, mint kórismészeti tévedésen alapuló, vagy a végből utasítottat vissza, mivel a megfigyelés még nem tartott elég sokáig, hogy az alábbhagyási időszak valódi gyógyulástól megkülönböztethető volna. E tekintetben sok hiba történhetett, de a most előttünk levő anyag szerint

nekem kétségtelennek tetszik, hogy valódi gyógyulások előfordulnak.

Legelőbb Schröder van der Kolk által tankönyvében közlött esetekre utalok, a melyek nyilván gyógyult kemény agyhártyalobbra vonatkoznak, de azután mindenekelőtt Baillarger összeállításaira, ki kétségen kívül — minden alap nélkül — ezen gyógyult hűdéses butaságokat a valódiaktól mint torlódási elmezavarokat elkülöníti.

Igy Ferrus egy még 25 év múlva constatált gyógyulást ismert, Calmeil két, Bayle hat gyógyulási esetet ír le, Sutherland három, Baillarger többet, a melyekben a gyógyulás tíz egész négy évvel később ellenőrizhető volt, ezek közt egy, kilencz tekintély által hűdéses butaságnak elismert és bizonyított beteg. Flemming által közlött egy esetben, a pontos észlelő arról győződhetett meg, hogy a beteg, foglalkozásra nézve hivatalnok, dolgát teljes mérvben végezte.

Más gyógyult esetek nem tulajdonképpen hűdéses butaságok, hanem bujakór (Leidesdorf Bécsben) vagy mireny- és ólommérgezések (Linstow) lettek volna.

Kétségen kívül kórismert hűdéses butaságnak gyógyulása nekem nem fordult elő, de több, látszólag gyógyultat láttam visszatérni — de azért nincs jogom lelkiismeretes buvárok adatait kétségbe vonni. Tuke is Angliában a gyógyulás lehetősége mellett szól.

Ezen előadás után a jóslatot oda irányozhatjuk: az összes betegek $\frac{3}{4}$ része az első két éven belől meggyöngyösödik, $\frac{9}{10}$ része az első öt éven belül. A felmaradó kicsi számból a nagyobb rész mint egyszerű butaság folyik le, eltűnő kicsi rész pedig meggyógyul.

Gyakorlatilag leghelyesebben cselekszünk, ha mind oly esetet azonnal igen aggályosnak nyilvánítunk, a melyben mozgási zavarok az aligmultra vonatkozó emlékezet gyengeséggel állnak be, ha a betegek a mellett még látszólag erősek és mozgékonyak, a mély butaság eseteiben pedig, még ha hűdési tüneteket vélünk e mellett észrevenni, a jóslattal nem lehetünk elég visszatartók, kivált ha kifejezett izsakosok vagy alkati bujasenyvesekről van szó. Ezeken még évek múlva egészen váratlan javulásokat látunk.

Szintúgy szerfelett aggályosnak kell a jóslatot állítani, ha teljes vagy nem teljes gutaütés után a hűdési tünetek szokatlanul gyorsan visszafejlődnek, de emlékezetgyengeség, az értelemnek csökkenése és beszédzavar fennállnak. Különösen rossz jelentőségűek e mellett

a tökéletlen, nem teljes vagy csak az öntudatnak mulékony elvészésével szövődött rohamok.

A fülvérdag, látakülönbség és beszédzavar jóslati értékét lásd fentt a különös tünetannál.

IX. FEJEZET.

Kórisme. Törvényszék-orvostani.

A hűdéses butaság kórisméje az idáig mondottak szerint három különböző feladatra szakad: egyrészt feladatunk, a hűdéses butaság tünetcsoportját más elmekörtani csoportoktól elkülöníteni, a mi által a jóslatra nézve mindenesetre igen jelentékeny útmutatásokat nyerünk; azután a figyelem oly tünetekre fordítandó, a melyek a hűdéses butaságnak későbbi kitörését valószínűvé teszik: éppen a gyakorló orvos számára főfontosságú s idáig túlságosan elhanyagolt feladat; végtére boncztnai kórisme követeltethetnék — ha e tekintetben további munka által ily kórisme alapjául elegendő anyag lesz összehordva.

1. A „hűdéses butaság“ tünetcsoportjának elmekörtani kórisméje.

A ki a betegvizsgálatnál az egyes szervek és rendszerek mellett az általánosat el nem hanyagolja, a ki megvan szokva betegeinek vitalis capacitása mellett a szellemet is megismerni — kétségen kívül ez utóbbi nem oly kényelmesen fejezhető ki számokban: annak azon tünetek megismerése, a melyek a hűdéses butaságra mutatnak, nem nagy nehézségeket fognak okozni. Ismételten kiemeltük a lényeges, a tünetcsoportnak sajátos tüneteit, és e helyütt még egyszer csak attól kell óva intenünk, nehogy azon látszólag jelentéktelen kezdőtüneteket „ideges lankadság“, „szellemi túleröltetéssel“ összetévesztjük. Ha dühösség tör ki, úgy azon orvosnak, ki a beteget a betegség kezdetétől észlelte, nehezen lesz kétsége többé a hűdéses butaság felől; ha csak most jó még a beteghez, úgy az a feladata, hogy odairányzott kórelőzmény által már a dühösség előbb fennállott, szellemi gyengeséget és emlékezethiányt constatálja, hogy könnyebb gutaütésszerű és szédülési rohamokat felfedezzen, a melyeket a környezet igen szívesen mint jelentékteleneket elnézett, másrészt, hogy

szemügyre vegye (III. fejezet) a hűdéses butaság dühösségének a közönséges (inanitio) dühösségtől különbözeteit. Magától értendő a mellett a legpontosabb testi vizsgálat — a mennyiben általában lehetséges. Soha sem szabad elfelednünk, hogy hasi hagymázok is oly tünetek közt léphetnek fel, a melyek szerfelett emlékeztetnek a kezdődő hűdéses butaságra — tévedések nemcsak lehetségesek, hanem valósággal elő is fordultak. Mindenekelőtt meg kell kísérlelnünk hőmérés által a netán jelenlevő lázat felismerni.

Más, elmekórtani alapelvek szerint képzett tünetcsoportoktól a megkülönböztetés nem különösen nehéz, bárgyú bűkórrali hasonlatosságra már a kórjóslatnál felhívtam a figyelmet és a tünettanban a rögződött nagysági téveszmés örültségűli különbséget kiemeltem.

Az aggsági butaságtól a hűdéses butaság áldozatainak kora által válik el, — 60 éven felül: aggsági butaság, 60 éven alúl hűdéses butaság. Különben mindkét kórcsoport egészen hasonló tüneteket mutathat, de kell is, hogy ezt mutassanak, mert mindkettőjük bizonyos számának hasonló kórosodások képezik alapját. (Kemény agykérlob, sorvadás, edényelváltozás).

Sokkal nehezebb az elválasztás a butaságnak egy alakjától, a mely Németországban még kevésbé van ismerve, és a melyre Morel utalt. Buta egyének ezek erős öröklékeny hajlammal, teljesen zavartak, telvék a legbadarabb nagysági eszmékkel, de azonkívül még telvék téveszmék, személy- és nem-felcserélésekkel stb.

E zavar tényleg határos a hűdéses butasággal, vagy inkább az utóbbiak esetei az előbbieik összeségével képezik az agyелkórcsoslásának tünete sorait. De figyelniünk kell arra, hogy a fennt leirt kór kevés vagy egészen mozgási zavarok nélkül folyik le, és a betegek élettartama igen jelentékeny lehet. Az emlékezet is tovább érintetlen marad ezen betegeknél,* a hűdéses butasággal pedig abban meg egyeznek, hogy ezek is heves dühösségi rohamokban törhetnek ki, és hogy rászbtűkóros időszakok izgalmakkal váltakozhatnak.

Legujabb időben az elsődleges butaságnak ismert alakja, a mely mindkét nemű egyéneknél fejlődési korban tört ki, a kellemes hangzású hebeephrenia név alatt lett leírva. Habár ezen betegségben úgy mint a hűdéses butaságnál rövidebb vagy hosszabb ideig tartó

* Egy ily beteg minden keltet négy nappal továbbra mondott, de ebben soha sem tévedett, mint ez hűdéses butánál bizonyára megtörtént volna.

búkóros vagy dühösségi előidőszak után az értelemnek jelentékeny csökkenése gyorsan következik, mégis mindkét tünetcsoport az emlékezetnek épsége által a hebefreniá-ban, a fiatal kor (I. oktan), a nőknek legalább is felerészessége által a hebefreniában, a hűdési tünetek hiánya által könnyen megkülönböztethető.*

Egy más kóralak, a melyet néha szerfelett nehéz megismerni, a francia szerzők után, kik azt legelőbb irták le, a kerengő elmekört (folie à double forme vagy folie circulaire) nevezzük.

Búkóros és dühösségi időszakoknak szabályos egymásra következője által van jellemezve, állandó ismétlődésben. Ha az emlékezet érintetlen marad, ha a bukór egyszerű, tiszta kedélylehangoltság, ha a dühösség mint nagyfokú izgalom vagy tiszta dühösség áll be, úgy hűdéses butasággal való felcserélés nem igen történhetik. De joggal emeli ki Baillarger, hogy a dűsségben ily betegek a legkifejezettebb nagysági-örjeszmékkel bírnak; és ha később megnyugosznak, úgy a látszólagos alábbhagyásban mint a hűdéses butaságnak hasonló időszakában nem ritkán rásttkóros eszmék állnak be. Ha ehhez az értelemnek nyilvánvaló csökkenése vagy még közbejövő eskór — vagy gutaütésszerű rohamok társulnak (a mint mindkettőt egy betegnél láttam), úgy a kórisme majdnem abszolút lehetetlen, és csak a szabványos lefolyás, a tüneteknek szabályos visszatérése fedezi fel a tévedést, a mely szerencsére ily esetek ritka előfordúlta miatt nem gyakori. Megkülönböztetési jelként kiemelendő, hogy a kerengő elmekört majdnem kizárólag a nőknél fordul elő, — én saját tapasztalatomból egyetlen egy jól leírt esetet sem ismerek férfiaknál.

Adott esetben a hűdéses butaságnak az eskóros butaságtól való elkülönzése nem igen könnyű, különösen ha hűdéses buta közvetlenül majdnem bevezető eskórszerű roham után kerül megfigyelésünk alá; általánosságban eskóros rohamoknál, a melyek férfiaknál a 30. életéven túl állnak be, kezdődő hűdéses butaságra (illetőleg a hűdés-

* Meg kívánom itt említeni, hogy ezen úgynevezett hebefrenia az agynak elkorcsosodásánál fejlődik ki, és gyakran a fentleírt öröklékeny butaságnak bevezetője. Az elkorcsosodásnál minden megbetegedés éppen azon hajlama által tűnik ki, hogy mielőbb az értelemnek gyengeségét hozza létre. A többiben Kahlbauin illetőleg Hecker Ewald (Virchow's Archiv, 50. k.) csinos leírása daczára kevésbé sikeresnek látszik előttem, ily tünetcsoportok számára új neveket adni, éppen most a »hebefrenia« a lelki elkorcsosodás kifejlődésében csak időszakot képez. Ha alkalmunk van kimerítő észleleteket tenni, úgy az ily egyéneknél a korai gyermekkorban már számos szellemi és testi rendellenességeket találni.

ses butaságnak képe alatt lefolyó nehéz agybántalom, dag, farkoncztömlőre stb.) és nem genuin (úgynevezett önszenvi) eskorra kell gondolnunk.

2. Gyakorlati okokból — mivel ezen időben sikeres gyógykezelés gondolható — a hűdéses butaságra való dispositionnak idejekoráni felismerése sokkal fontosabb volna, mint a kitört hűdéses butaságé.

Evégből betegünknel mindenekelőtt a kór-ertani mozzanatok derítendőek ki, a melyek tapasztalatilag hűdéses butaságra vezetnek, mindenekelőtt oly egyéneknel résen legyünk, a kiknél elkorcsosodási állapotokat ismerünk, a kiknek „idegességét“ már könnyebb kórokban tapasztaltuk s tőle tartani tanúltunk.

Ha azután azon különös főfájások állnak be, a melyeket már a III. fejezetben leirtunk, ha a „betegnél a gondolat rögtön megakad“, „ha a beszéd rögtön eláll“, ha étkezés, kisebb ivási kicsapongások után azon veresség és „fejhez való torlódások“ állanak be, a melyeket a hűdéses rohamoknál leirtunk, mind oly tünetek, a melyek a hűdéses butaságot sok évvel megelőzhetik: akkor ideje, hogy résen legyünk és a tünetek fontosságát kevésre ne becsüljük. Ha ez időben beavatkozunk, ha a betegeket munkájuknak tönkretévő tevékenységétől elvonjuk, és nekik állandó nyugalmat szerzünk, úgy a hűdéses butaságnak ily kandidatusait ezen iszonyatos kórtól megóvhatjuk. Miután a hűdéses butaság különös előszeretettel a magasabb állásuaknál és vagyonosabb osztálynál pusztít, az orvos relative sokkal gyakrabban mint minden más betegségeknel lesz azon helyzetben, ezen elméleti követelményt valósítani.

3. De kórismészeti legnagyobb nehézség marad, a különböző betegségeket elkülöníteni, a melyek a hűdéses butaságnak alapját képezik. Annak számára, a ki a hűdéses butaságban sajátlagos kórt, morbus sui generis lát, az lenne a feladat, azt minden lehető más nehéz agybántalomtól elhatárolni. Az egyetlen, ki ezt tisztán felismerte és nagy elmeéllel véghez vinni megkísérlette, az Krafft-Ebing. Ez következő kórokat sorolja fel, a melyektől a hűdéses butaság elkülönzendő:

1. Aggsági butaság hűdéssel;

2. Butaság hűdéssel feltételezve *	{	a) agyguta, b) agydag, c) idült agylob, d) részletes agykérgesedés által.
------------------------------------	---	--

* Különös módon hiányzik itt a vérzékeny kemény agyburaklob.

3. Haladó összerendezetlenség a szellemi működés zavarának lefolyásában.

4. Butaság hűdéssel $\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ eskór,} \\ b) \text{ méhszeny,} \\ c) \text{ ólom-, mireny- és vilanymérgezés után.} \end{array} \right.$

5. Langmérgezés.

6. Elmezavar, szövődve $\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ haladó izomsorvadás,} \\ b) \text{ gerinczagykérlob,} \\ c) \text{ a gerinczagy betegségei,} \\ d) \text{ az agynak góczos betegségeivel.} \end{array} \right.$

7. Pellagrosus elmezavar.

Ha megfontoljuk, hogy Krafft-Ebing az aggsági butaság elkülönzésére, tehát 17 itt felsorolt kór egyikére 20-nál több megkülönböztető pontot hoz fel, úgy elképzelhetjük a nehézséget és térbeli terjedelmet, a mit ily kórisme kíván.

Az előljáró fejezetekben különösen a hűdések butaság kórboncz-tanában nézetemet előadtam és elkülönző kórismének kísérlete ezen pontban részint ismétlésekre vezetne, részint az idegkórtannak tanulmányát kívánná.

A fentmondottak kapcsában csak a kórismére való szabályt állítom itt fel:

megfontolandó, hogy minden hűdések butasági esetnek alapját minden lehető agybántalom képezheti, vizsgáljuk meg az esetet minden egyesnek valószínűségére nézve, e mellett magától értetvén vizsgáljuk meg (mint az úgynevezett elmezavaroknak minden esetében) a beteg hőmérsékét és a húgy vegyalkatát és csak ha mind e vizsgálat és megfontolás nem vezet biztos eredményre, egyelőre azon következtetésnél kell megnyugodnunk: hogy valamely homályos agybetegségekkel van dolgunk, a melyek a hűdések butaságnak képebe bele vonatnak.

A haladó hűdések különböző alakjairól lásd XI. fejezet.

Törvényszék-orvostani rész.

Abból, a mit a hűdések butaság kórtana és kórisméjéről mondtunk, tulajdonképen a fontos pontok magától folynak a törvényszéki orvosra nézve, mert ugyanazok ezek, a melyek más orvosnak is a kórismét biztosítják.

Az oly gyakran előforduló tévedéseknél és a bíróságoknak különös nézeteinél néhány magyarázó jegyzet szükségesnek látszik.

A hűdéses buta mind a büntetőjoggal való összeütközés, mind magánjogi kérdések felmerülése által orvostörvényszéki vizsgálat tárgyát képezheti. Az elsőre vonatkozva támad az anyag: egyrészt a kezdő izgalmi állapotok által, a midőn erőszakoskodások, a nyilvános szemérem megsértése, a hatóságoknak ellenszegülése gyakori, másrészt a hűdéses butára nézve jellemző emlegyengeség által. Ebből erednek a „lopásiórj“ tünetek, a betegek mindent elvesznek, mindent zsebre tesznek és fizetni elfeledkeznek. Ha ily szerencsétlen hűdéses buta e mellett a lopott tárgyat még „el is dugta“, úgy sok jogászra nézve a megfontolás bizonyítéka adva van, az illető betegek csak „ostobának tettetik magukat“ és általában elég gyakran a törvényszékiorvos hozzájárulása nélkül tárgyalnak. De tudni kell, hogy az elvett tárgyaknak ez eldugása a hűdéses buták nagyobb részénél található, gyakran oly viszonyok közt, a hol az eljárás egyszerű butasága nyilván való. Ily egy betegem a társaságban az összes szivarokat eldugta, egy másik az intézetben négy törülközőt kötött teste körül. De különösen jellemző következő eset: egy az alábbhagyási időszakban levő beteg elviendő vala, miután hozzátartozói őt teljesen egészségesnek tartották. Vasárnap volt s a beteg a templomba ment. A midőn az osztályt elhagyta, vastagsága tünt fel: megvizsgálván kitünt, hogy annyi énekeskönyvet rakott zsebre, a mennyit összekaparíthatott!

Az emlegyengeség további folyamánya hamis eskü, rendetlen könyvelés és pénzkezelés. Hány tisztviselő család lett szerencsétlenné, mivel a családfő megbetegedése idejekorán nem lett felismerve, és a legszövédményesebb pénz- és számolásviszonyok közt kelle dolgoznia oly időben, a melyben a külformák alig voltak tiszták előtte, annál kevésbé a munkának lényege. Ha azután végtére a vizsgálatnál vagy más hasonlónál fel lesz fedezve, úgy az illető mindenekelőtt el lesz fogva és ha a legkedvezőbb esetben a későbbi vizsgálat az elmezavart napnál világosabban kideríti, úgy vannak még mindig elegenden, kik az eredményt sajátságos vállvonítással fogadják és semper aliquid háeret.

Ha ebből az idejekoráni kórisme nagy fontosságát újból felismerjük, úgy ép oly világos az a magánjogi kérdéseknél. Különösen a cselekedetek, mindenekelőtt az esztelen vásárlások azok, a melyek a betegség kezdetét kitüntetik, és a mint már említve volt, gyakran

néhány hét alatt a legvágyonosabb családokat koldúsbotra juttatják, azután a hűdéses buták végrendeletei, különösen az alábbhagyási időszakban, az úgynevezett világos időközökben csináltak.

Az utóbbi pontra nézve még zavar uralkodik. Némely orvos hajlandó az alábbhagyási időszaknak netáni bűnügyileg fenyegető cselekményét az elmebetegség köpenyével takarni, de másrészt magánjogi tekintetben a betegnek szabad tért engednek.

Ily elosztás azonban nem jogos, a szabad időközben annál kevésbé, minthogy ennél a butaság fennáll, és különösen veszélyessé válik, miután a betegek egyes elrejtett örjeszméket, indokolatlan rokon- és ellenszenveket, azok iránt való gyűlöletet, kik őket a tébolydába küldötték vagy oda szállították, visznek át az alábbhagyási időszakba, és a szerint cselekesznek illetőleg hagyományoznak.

Hűdéses buták elmeállapotának véleményezésével megbízott orvosra általános szabályúl állítnám fel: *hogy egyes cselekedetek vitatkozásába ne bonyolódjék, hanem a betegről mint kóros egészről ítéljen.* Minden egyes cselekményre nézve, ha tényleg még oly badar is, a beteg vagy a közönség mindenkor tud indokokat előhozni, a melyek bármily esztelen és zavartak legyenek is, a nem szakértőre mindig benyomással vannak; sőt, ha a legsúlyosabb butaság bélyegét hordják is magukon, azt mondják: „az illető ily mentségek által akar bennünket elbutítani?” a helyett, hogy megfontolnák, hogy ő maga buta (demens).

Ily esetet, a melynél az egyes esztelen cselekedetek vitatása, ezek számára mindig indokokat találni, és a hűdéses butaságot félreismerni engedte, néhány év előtt egy igen eclatans esetben tapasztaltam.

Egy, féléven át hűdéses buta munkás az Elbára ment és a halászok hálójának nyereségét elvitte. Ezen rajtakapták, előbb megverték, aztán a bíró elé vitték. Itt azt vallotta, hogy evezőjével a hálóba keverődött, s a halakat csak azért vette ki, hogy a hálót rendbehozza, a halakat ismét bele tette volna — a mi mellett még azon tervét említé meg, hogy két gőzhajó közé kifeszített hálóval az Elbának minden halát kifogná. A „ravasz mentség“ visszautasított, és egy orvos az illetőt egészségesnek nyilvánította, *noha a hamburgi rendőri hivatal azon gyamujának adott kifejezést és tanuvallomás által erősítette, hogy a vádlott hónapok óta elmebeteg.*

Az orvos mindenestre leghelyesebben fog cselekedni, bár mi-kép adja is a bíróság kérdéseit, ha legelőbb azt vizsgálja, hogy vajjon

a vizsgálándó elmebeteg-e, illetőleg ha azon bizonyítást nyújtja, hogy az illető hűdékes butaságban szenved. E végből hordja össze a családnak öröklékeny hajlamait, az összes idegbántalmakat tágabb értelemben méltatva. Az elkorcsosodásnak látszólag kisebb tünetei is (fülek, fogak, stb., l. f.) és ezeknek jelentősége szorgosan kiemelendő. Az utóbbi időben bekövetkezett jellemváltozásnak bizonyítása ezután nagy fontosságú, a mi mellett különösen oly tanuk veendőek tekintetbe, kik a vádlottal nincsenek mindennap együtt. Ezek vallomásaiból a változás, a melyet a beteg szenvedett, sokkal inkább kidomborodik, miután az átmeneti időszakokat nem észlelték. Ha az orvos a tanukhoz kérdéseket intézhet, úgy adasson magának vallomást a fiatalkori különbségek, sajátlagos főfájások, mindenek előtt a beteg emlékeztéről, és különböztesse meg különösen, a mi nem szakértőket mindenkor megzavar, az emlékezetet az aligmultra nézve, attól a régmultra nézve. (l. f.). — Magától értetik, hogy figyelni kell előrement betegségek és külsértésekre stb. A beteggeli beszélgetés további folyamatában érintsük még egyszer ugyanazon pontokat, a melyeket kezdetben már megbeszéltünk. Azon módból, a melylyel a beteg újból válaszol, a mint észre nem veszi, hogy ez mind már szőnyegen forgott (és e felett nem boszankodik), tiszta fogalmat alkothatunk magunknak az emlékezetnek gyengesége és elmeengesség felül. A physikai vizsgálatnál a hűdési tünetek igen pontosan felveendőek, és figyelni kell a bénulási tünetekre is, könnyű szemhéjizsam, és a lábnak csekély vontatására, stb. (l. f.). E tünetmények magátólérthetően különösen nagy fontosságúak, ha arról van szó, hogy tettetés gyanuját visszautasítsuk.

A vizsgálándó különböző életkorbeli fényképei értékteljes és idáig kevésbé méltatott segédeszköz. Így egy esetben, mely több tekintetben tettetés gyanuját költé, a betegnek a törvénynyeli összeütközés előtt jóval előbb készített fényképén az arczidegnek hűdését, de azonkívül a homlokon csontnövedék nyomát sikerült feltalálnom.

Az utóbbi már nem létezett, de helyén a csont kissé bemélyedve volt — ezáltal lettünk a bonczolás segélyével teljesen beigazolt agybujakór kórisméjére vezetve. Szintén magától értetődik, hogy a betegnek megbetegedése előtti és utáni írását és iratait megvizsgáljuk.

Ha a törvényszéki orvos vizsgálata által azon meggyőződést szerzte, hogy a vizsgálándó elmebeteg, illetőleg hűdékes butaságban szenved, úgy a bíróság által közönségesen tett, a vádlottnak cselekedeteire és az a mellett jelenlevő akaratszabadságra vonatkozó kérdésekre való

válasz, magától adódik. Az orvosi rendre nézve elég sajnos, hogy míg a bíróságoknál szakértőként meghítt akármely kézműves ítélete tiszteletben szokott tartatni, addig az orvosi vélemények a vádlottak elmeállapota felül alig vonatnak a vitába, és ily nehéz kérdésekben minden laicus az orvoshoz hasonlóan illetékesnek vallja magát. De nem tagadható, hogy azon mód, a mely szerint az orvosok közül sokan vitatkoznak, sokban járult az orvosi vélemények hitele vesztéséhez. Ha kétséges esetben az orvos nem juthat gyorsan eredményhez, úgy ezt mondja ki nyíltan s kívánjon hosszabb megfigyelési időt. Értelmesen indokolt ilyenmű indítványt a törvényszék nem hagyhat tekinteten kívül.

X. FEJEZET.

Gyógymód.

A mint a jóslatból látható, a hűdéses butaság gyógyításával szerfelett rosszúl állunk, és sürgősen ajánlatos, hogy a nagy elbátor-talanodás daczára, a mely gyógyítási tekintetben az elmeorvosok közt lábrakapott új és terjedelmes kísérletek tétessenek.

De még fontosabb, hogy az orvosok, a kikre a betegek tébolydabai átszállításuk előtt bízva vannak, a fenyegető veszélyt megismerjék és helyesen gyógyítsanak. A kórisménél behatón óvtam attól, hogy az „ideges kimerüléssel“ be ne érjük, és ez intés jogsútságát bizonyítja azon hamis nézetre támaszkodott gyógyeljárás, szomorú eredményeivel.

A betegek, kell hogy szórakozzanak, színházba, hangversenybe, társaságba czipelik, míg nem „társadalmilag lehetetlenné teszik magukat ott“. (Neumann). Útra küldik, egyik nagy városból a másikba futtatják őket, a museumból a képcsarnokba, ebből új látni valókhoz, a míg rövidebb vagy hosszabb idő múlva dühösség támad. Szintoly megfordított, a betegeket látogatott fürdőkbe küldeni és különösen ártalmasak erélyes hideg-vízgyógymódok, különösen zuhanyok és szintúgy erős hullámverésű tengeri fürdők (Helgoland, Sylt, stb.).

Ezen „óvással!“ szemben áll a határozott rendelvénnyel **nyugalom**. A betegeket, a kiknél ezen időszakban a betegségérzet jobbra még igen élénk (l. III. fejezet), és környezetét figyelmeztessük arra, hogy 4—6 heti szabadsággal semmi sincs elérve, hogy foglalkozásától való eltávozás sok hónapra okvetlenül szükséges. Megfelelően berende-

zett idegbetegek menhelyében való tartózkodás volna a legcélszerűbb, de csak ha ezek megszűnnek szégyenlett tébolydák lenni, lesznek a családok a kezdő időszakokban rávehetők, hogy hozzátartozóikat azokra bízzák. Mostanában ez jobbra nem sikerül, és be kell érünk, hogy a betegek számára nyugalmas hegyi tartózkodást rendelünk, a hol egyéb állapotaik kívánta ivó-gyógymódot végezhetnek.

Szellemi nyugalom, gyakori de mérsékelt testi mozgás, oldó ásványvizek vagy a Schröder v. d. Kolk-féle labdacso (Tart. emet. 1.25 rész, extr. aloës 0.6 rész, fell. tauri insp., succi liq. aa 1.75 rész 40 labdacso, a melyből naponta 4–5-ször vétetik 3 darab), álmatlanságnál chloral vagy morphium-injectio (l. a.) — és esetleg tejétrend, egyszerű hideg fürdők vagy lemosások és talán jodkalium is, arról meg vagyok győződve és hiszem, hogy példákat is láttam, nem egy bántalmat birnak megállapodásra vagy visszafejlődésre.

Ha már dühösség tört ki, úgy a betegek többé nem tarthatók otthon, és a tébolydába kell hogy adassanak. Az orvos, ki betegek állapotát már idejekorán felismerte, el ne feledje, hogy mily kárt tehet ez, kivált pénzbeli és nemzeti tekintetben, a tulajdonképpeni dühösség kitörése előtt az izgalmi időszakban, és jól fog cselekedni, ha erre a családot figyelmezteti és ha idejekorán való letartóztatást tanácsol. Ha a környezet erre rá nem áll — és ez szabály — úgy az orvos kötelességét legalább megtette.

Korán beálló gutaütési rohamoknál őrizkedjünk minden gyengítő gyógymódtól, különösen jelentékeny vérelvonásoktól; ha a betegek igen sápadtak, ha az érlökés apró és szapora, úgy inkább erős borokat illő adagban nyujtsunk.

A kezdődő hűdéses butaság gyógyításáról szóló ezen jelzések azon esetekre vonatkoznak, a melyekben annak felismerésén túl nem jutunk, hogy a hűdéses butaságnak tünetcsoportja fekszik előttünk; ha határozottabb kórismét sikerül megállapítanunk, úgy abból részletesebb gyógyjavالاتok is tűnnek ki, a míg a fennebb, a nyugalom és a betegnek tartózkodásáról mondtak mindenesetre érvényesek.

Hogy az azonnal megemlítendő módszeres szunyal-gyógymód a kezdő időszakokban a betegségkitörést mennyire képes megszüntetni, még kipróbálandó, egyes esetekre nézve kedvező eredmény mindenesetre valószínű.

Ha a betegség előbbrehaladt, úgy higiblag, hamanyiblag és crotonolajbekenések a megnyirt fejre hasznosaknak bizonyultak volna (Browne). Stoltz calomelt és digitalist ajánl kis adagokban (aa 0.02).

Különösen fontos az izgalmi szakok gyógyítása. Itt magától-érthetőn mindaz, a mit kábítók-, idegzsongítók- és másítókbán birunk, ajánlva lett, és éppen oly rendesen cserben hagyta az elfogultlan utánvizsgálót, Csak az angolok által ajánlott gyűszünke-füstvény óriás adagokat, porossavat, stb. (aq. lauracerasi) említem.

A minden idegbántalmat gyógyító (?) bromkaliumtól, még amerikai adagokban (1.25—1.5) és még azon felül, majd sohasem láttam eredményt. A kis adagok (0.3—0.6) teljesen hatástalanok.

Ellenben az utóbbi években ajánlott két szer hatásáról könnyen meggyőződhetünk: a szunyáléről rendszeres bőralatti alkalmazásánál és a chloraléről. Az utóbbi, a mely 1869 óta az egész világon varázsszerűen elterjedt, gyakran igen hatásos, csak attól függ, hogy a helyes adagot eltaláljuk. Azon tétel, hogy 1.0—8.-nyi adagban hatásos, az individualisálásnak rendkívüli széles tért enged.

A használatnál következőkre kell figyelni: *

1. A chloral hatása gyorsan áll be; ha 1—2 óra múlva hatás nem állott be, úgy az nem is várható.

2. Az 1—2 óra múlva utána adott chloral-adagnak halmazott hatása nem áll be; ennél fogva a hatálytalan adagot nagyságban túlerőt kell utána adni.

3. Ha csak lehetséges, a chlorált belsőleg adjuk, ne bőr alatt (ezután igen gyakran tályogok támadnak).

4. A chlorál használata előtt $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ órával adott natrum bicarbonicum adag annak hatását jelentékenyen támogatni látszik (e módszert a sachsenbergi orvosoktól tanultam).

5. A nagyobb chloral-adagokat ne adjuk igen sűrített oldatban,** miután így az íz igen rossz és a betegek égetést éreznek a gyomorban, és gyakran rá sem vehetők, hogy mind lenyeljék.

b) Miután az olcsó chlorál tömegesen került a kereskedésbe, arra is figyelniünk kell, hogy a készítmények hatása különböző, és minden esetre jól cselekszünk, ha a chloralt állandón ugyanazon for-

* Liebreich: Chloralhydrat. Berlin, 1869; adatok Wolff-tól Sachsenberg-ben, saját megfigyelések.

** Így Liebreichnak vénye (I. kiadás, 60 l.): 5—8 chloral, 15 víz- és 15 szörpre erősen égetne, és jobban cselekednék, ha Liebreich-nak másik előírását (pohár citromlében vagy egyéb hasonlóban venni) használjuk szabályosan. Javítoul az Angliából ajánlott aq. foeniculit vagy ag. menthae pip.-t 15.0—20.0-nyi adagban használom 60—80 gramm vízzel.

E tekintetben mint más használási módokra nézve összehasonlítható Liebreich chloralkönyvének 3. kiadása (Berlin) 1871.

rásból vesszük (illetőleg új gyárakból kapottnál kisebb adagok kísérlelendők meg!).

A chloral ellen a legutóbbi időben több oldalról egyszerre aggályok merültek fel. Egyes, állítólag általa okozott halálesetektől eltekintek,* és csak különösen elmekórtani körökből felmerült támadásokat említem fel. A chlorálnak kellemetlen mellékhatására legelőbb Pelman (akkorában Sieburgban) tett figyelmessé, különösen vérzésekre a bőrbe és egy halálosan végződött esetben a belső szervekbe,** utána azonnal Schüle (Illenau) fejtegette a chlorálnak árnyoldalait.***

Schüle előadásában annak kibizonyítása a lényeges, hogy a chloral által körülmények szerint nyugtató hatások helyett izgalmasok támasztanak. Különösen arra lett figyelmes, hogy chloralisált egyéneknél szeszes italok legcesekélyebb, a betegre máskor éppen nem ható adagok nyújtása után felpír támad, a melyet ő edénymozgatási felpírnak (Rash) jelez. A Rash az arcban kezdődik és további chloral-használat mellett a nyak, mell és egész törzsre kiterjed. Ezen Rashnak a chloraltól való függése mind Schülének-kísérleti bizonyítékai által ki van mutatva, mindazáltal is valószínű vala, hogy Fischer egy évvel előbb chloral alkalmazása után csalánküteget látott támadni.

Schüle betegeinek szemtükrészeti vizsgálatai által új bizonyítékot nyújt. A szemhátter edényeit belövelteknek találta, különösen az ütereket erősen kitágultaknak (a míg a Rash kitörése előtt a rendes vérelosztódásról meggyőződött). Ezzel megegyez a chloralisáltak érlökésének vizsgálata Wolff-nál, a ki az edénymozgató idegrendszernak hűdését a lassú érlökésrajzok által kibizonyíthatta.

Az arc- és agyhoz való üteres áramlás oka gyanánt Schüle a fejedények erélytelenségét veszi fel, oly erélytelenség, a melynek kiinduló pontjául az edénymozgatási központot tekinti a nyúltagyban.

Ha már e mellett egyéni mozzanatoknak szerep jutott, — véli Schüle, úgy a chloral ezen hatását egyes, esetleges jelentőségűnél több illeti.****

Végteरे Schüle részben Hergt észleleteire támaszkodva, az anyagcsére kétségtelen befolyásolására tesz figyelmessé, a mely gyors

* Liebreich, Das Chloralhydrat. 3. kiad. 1871.

** Irrenfreund. 1871. 2.

*** Zeitschrift f. Psychiatrie XXVII. k. 1. füzet.

**** L. 30. és 31. l.

san növekvő elhízás, farkaséhség jóllakás érzés nélkül, az izomzat gyöngesége és arczvízenyő által jellemeztek.

Észlelések, a melyek ily illetékes oldalról közöltetnek és oly vizsgálatokra támaszkodnak, bizonyára megérdemlik a teljes figyelmet, miután hasonló más észlelők is közöltek velem. Én magam igen kiterjedt és bőséges choral-alkalmazás mellett sohasem bukkan-tam* kellemetlen mellékhatásra, és én hónapokon át folytatott mindennapi chloral használat mellett az iránt való legcsekélyebb eltompulást és semminemű ártalmas mellékhatást sem láttam következni.

A Schüle által jellemzett kellemetlen következtetések minden-esetre szemmel tartandók és Schülének eredményét tekintetbe kell, hogy vegyük, miszerint a chloral nem oly biztos, mint

a szünial-gyógymód. Schüle ily összehasonlításokra annál illetékesebb, miután az illenauai intézetnek és személyesen neki köszönhetjük** a következtetésen keresztülvitt és elméleti alapra támasztott szünial-gyógymód első kísérleteit, a melyek azután Wolff által (Sachsenberg) a legterjedelmesebb mértékben műveltettek***.

Ennek jelentősége egyrészt a kitünő sikerben fekszik, a melyről hosszabb rendszeres alkalmazás mellett teljesen meggyőződünk, de másrészt abban, hogy észszerű alapra van fektetve. Mindkét okból szükséges ennek kimerítő előadása, hogy minden orvos közvagyónává tétessék s annál fogva ezt Wolff előadása után itt nyújtom.

A gyógyítás alaptételei a következők:

a szünial előbb izgatón, azután hűdítőn hat az edénymozgató idegrendszerre; kis adagoknál az első, nagyoknál a második hatás nyilvánul főképpen. Hogy a szünial elmebetegéknél hasson, akkor a hűdítő hatást kell elérnünk.

Az adagolás nagyságára nézve mérvadó, hogy minél nagyobb az izgalmi állapot, annál nagyobb a megkívántató adag. Miután az első nagyságára nézve tulajdonképpen csak az érlökés-görbe nyújt megbízható támpontot, azt kellene mondanunk: az érverés mennél gyorsabb, annál nagyobb morphium-adagok, mennél lassúbb, annál kisebbek.

Gyakorlati czélokra e törvény ily alakban még hosszú időre hasznavehetlen, s ennél fogva le kell vezetnünk azon eseteket, a me-

* Csak egy ízben támasztottam egy hűdéses nőnél 2-5 chloral által 12 óráig tartó dühöngési rohamot.

** Dysphrenia neuralgica.

*** Griesinger's Archiv 2. k. 3. füzet.

lyekben az egyik vagy másik általánosságban fennáll. Ennélfogva mondhatjuk:

a) *idősb egyének kisebb, fiatalabbak nagyobb adagokat igényelnek* az edénymozgató idegek izgalmi állapotának viszonylag ugyanoly lezállításához;

b) *többé vagy kevésbé kifejezett agy-gerinczagi hűdéseknél minden állapota kisebb adagokat kíván.*

Miután a hűdéses buták a lassú érlökésű egyének osztályába tartoznak (l. különös tünettan), annál fogva náluk kisebb adagokkal kezdjük (0.012).^{*} A nyakon fecskendezünk be, az együttérzideg közelében. Ha megnyugvás nem áll be, úgy az adagot ismételjük, rendszeresen emelvén, 0.015, 0.02 egész 0.03-ra; de 0.04 egész 0.06-ra kell és lehet emelni, és pedig oly módon, hogyha a befecskendés teljesen eredménytelenül múlik el, 0.015-ről azonnal 0.03-ra és azután 0.05-re emeljük. Ha hatást érünk el, úgy a betegek nyugodtabbak, fáradtak, szunyókórosak lesznek, a beszéd tökéletlenné válik, a láték megszűnik, hányás áll be, néha igen gyakran egymás után.

Oly adagok nyújtása, a mely azonnal hányásra vezet (0.02—0.04), éppen hűdéses butáknál igen sikeresnek bizonyult.

Nagy adagok hatása általában egy egész, kisebbeké fél napig tart, és ezután az adagot még néhány napig ismételjük, a mely után kielégítő megnyugtató következtetést, hogy később lassanként vagy gyorsabban kisebb adagokhoz szálljunk le, és végtére ha a megnyugvás tartós, elébb kísérletképpen egy napig, végtére, hogy egészen abba hagyjuk. *Semmiesetre sem szabad gyors siker után a gyógyítást azonnal egészen abbahagyni.* Ha új roham kezdődik, úgy az első roham tapasztalatában mértékkel bírunk a használandó első befecskendés nagyságára nézve, a mennyiben azt csak valamivel kisebbnek vesszük, mint azon adagot, a mely akkor teljes megnyugvást hozott létre.

Ha az izgatottság igen nagy, úgy a hatás erősítésére a főbefecskendezés után 2—3 óra múlva egy első, további 2—3 óra múlva egy második, mindig kisebbedő „segélybefecskendést” adunk.

A betegeket a befecskendezések után, ha látszólag meg is nyu-

^{*} Egy rész szunyál tíz rész melegített zsírérdényben feloldva, és 10 rész párolt víz hozzáadva. Minden fecskendés a beltartalmat különösen határozzuk meg, miután eltérések fordulnak elő. Az oldatot bőszerű üvegekben tartjuk, ruggyanta-dugaszszal, minden használat után a fecskendő, üvegyak és dugasz meleg vízzel megtisztítandó.

godtak, értelmes felügyelet alatt kell tartanunk, miután különböző nemű nyugtalanító, sőt az életet veszélyeztető tünetek állhatnak be:

a) majdnem közvetlen a befecskendezés után beállók, az adag nagyságától függetlenek.

A betegek összerogynak, az arcban rángások állnak be, a nyak merev lesz, a légzés megszűnik, az arc cyanotikus lesz. *Gyógymód*: 1. a beteget felültetjük s fejét azonnal előre hajtjuk; 2. ágyba tétetjük magasan helyezett fejjel és jól betakarjuk; pillanatig tartó általános hűdéses állapot áll be, azután a betegek újból légzenek és a balesetnek vége van. (Ennek oka Wolff szerint valamely idegnek egyenes megsértése.)

b) A befecskendezés után második órában kezdődő, a második óra végével tetőpontját elérő, viszonylagosan túlnagy adag által (túl-hűdés) eszklöttek. A beteg gyorsan igen nyugodt lesz, szunykóros, eleinte a kábálomból alig, később éppenséggel fel nem ébreszthető, jéghideg lesz, kékkóros, a hőmérsék 3—4°-kal leszall, a légzés mindinkább ritkúl. *Gyógymód*: 1. érvágás a külső torkolati viszéren; 2. a légzés előmozdítása (fürdők nem!); 3. a hólyag és a végbélnek kiürítése; 4. magától értetik, mesterséges légzés.

c) (Ritkán) Heveny tüdővízenyő vérzésekre és másodlagos tüdőlobra való hajlammal. *Gyógymód*: erőshatású hashajtók tr. colocyntid. és hasonlók ismételt adagokban.

E baleseteket ismernünk kell, de általuk el ne ijesztessünk; minden hathatós szer kétélű kard. (Hasonlítsuk össze a kinalt a hangyhálvagot és gyűszünkét.)

Idáig Wolff előadásait követtük és még néhány legujabb munkát kívánunk hozzáfűzni.

Gscheidlen úgy mint Wolff azt találta, hogy a szunyal kis adagokban izgatón, nagyobbban hűdítón hat, és ugyanezen nézetet képviseli Knecht egy következetes szunyal-befecskendésekkel gyógyított kóresetének példányszerű előadásában.* De Knecht Wolffal ellentétben azon nézetben van, hogy a gyógyító hatásra nézve az izgató (az edényzsongot növelő) adag a kívánatos, és ebben Schülével megegyezik, ki kételkedve kérdi, hogy vajjon orvosi beavatkozásnak célja lehet-e az edényhűdítő állapotnak létrehozása.

Én azt hiszem, hogy mindkét nézet egymással összefér, hogy, ha a legnagyobb izgalmak állapotainál valamit elérni akarunk, az

* Bőralatti szunyalgyógymód észszerű alkalmazásának egy példája elmebetegségnél Griesinger's Archivjában, 3. k.

edényhűdítő szunyal-adagokat kell alkalmaznunk; ezáltal minden-esetre érünk el megnyugtatót, de — nagy veszélylyel, mint azt a fentt leírt balesetek mutatják.

De ha izgalomnak magas fokára nem engedjük jutni, ha már fenyegető izgalomnál, ennek legenyhébb tüneteivel beavatkozunk, úgy kisebb, napjában néhányszor ismétlődő adagok által biztosabban és veszélytelenebbül védszerelést üzenünk.

A szunyal és chloral ezek után hasonló módon hatnának az edényidegek központjára és a különbség — a szunyal javára — a chloralhasználat mellett gyorsabban beálló edényhűtésben volna található.

Ha a betegek a tébolydában megnyugodtak, ha inkább szenvtelen butaságba merültek, a hozzátartozók a szomorú jóslatot ismerik, úgy ezekben gyakran azon kívánság ébred, hogy a betegeket elvigyék s otthon ápolják. Ez eljárás idáig elvileg nem volt tanácsolható, miután a hűdéses buták gyakran ismét nyugtalanok, izgatottak és dühöngők lesznek.

De ha az orvosok a morphium bőr alá fecskendezésnek módszeres alkalmazását tébolydákön kívül is elsajátítják, ha ez által az új izgatottságot mindjárt kezdetben legyőzni tanulják, és ha azt beállott megnyugvás után is még egyideig folytatják (l. f.), úgy a tébolydába való újbóli beadást ezáltal jobbra eltávoztathatják, és az elmeorvosok nyugodtabb lelkiismerettel bocsáthatnak el ily betegeket.

Ha a gyenge betegek magánápolás alatt vannak, úgy különösen figyelni kell:

1. *a fölfekvés kikerülésére.* A betegeknek gyakoribb forgatása, felültetése, az ágyak változtatása természetesen sima és alkalmas fekvőhely gondoskodásáról.

2. *A vesevíz kikerülésére:* a hólyag telési állapotának szorgos megfigyelése.

3. *A hólyag roncsoló lobjának kikerülésére.* A pöcsap az alkalmazás előtt közvetlenül forróvíz által tisztítandó, miután a húgyhólyaghurutok és iszonyú következményeik (roncsoló húgyhólyaglob, vesetályogok) erjedő anyagoknak (valószínűleg rezgőnczök) pöcsappali átvitele által támadnak (Traube). Ha ennek dacára húgyhólyaghurut támad: a húgyhólyagot öblítsük ki meleg vízzel, azután fecskendezzünk be Plumb. aceticumot (0,03—0,1, 120, 0-ra) vagy kali hyper-

manganicumot (0,02 emelve egészen 0,05-re 200, 0-ra) és belsőleg cseszavát (porokban 0,05-től 2 óránként 1—2 port).

4. *A beszennyezés elkerülésére.* Legjobban érjük ezt el, ha a betegeket ürülékeik kiürítésére rendszeren szoktatjuk, különösen este is. A betegeket esetleg éjjel is fel kell költetni és vizelés és székürítésre szorítani.

A betegek tisztántartására Köppe (Halleban) gyakori csöréket ajánl. A vastagbél harántránczai közt állítólag nagy mennyiségű bélsár gyűlik össze és fészkel be magát és a bél-izomzatot hűdíti. Ha azok eltávolítottak, úgy a bélkiürülésnek nagyobb rendessége és azzal nagyobb tisztaság áll be.*

5. *A zabpép-tüdőlob és görcsös rohamok elkerülésére.* Teljesen öszeapritott ételekről gondoskodjunk, miután a betegek csak tökéletlenül vagy éppen nem rágnak és ügyetlenül nyelnek. A táplálkozásra főleg folyékony ételek választandók. A beteg környezetéből egy értelmesebb egyént tanítsunk ki arra, hogy rögtön beálló kékkórnál rángásokkal, azonnal ujjával mélyen a szájba hatoljon, miszerint esetleg kenyér vagy húsdarabokat és hasonlókat kifelé távolítsa. Ha előbb orvost kell híni, úgy ez ekkor mindig megfúlthoz jó!

Ezen szabályok megfigyelése mellett sok családnak azon fájdalmas vigaszt nyújthatjuk, hogy betege hosszabb időn át relativ kevés nehézségek közt nála volt s élete végéig ápolhatta. Bár ne volna messze azon nap, a midőn az orvos hatályos módon a legjobb vigaszért működhetik, a melyet betegségekben nyújtani képes: a gyógyulás kilátására!

XI. FEJEZET.

Az elmebetegség nélküli haladó hűdések.

Oly munkában, a mely a „haladó hűdést elmebetegséggel” tárgyalja, természetesen azon kérdés szellőzendő, hogy vajjon létezik-e olyan elmezavar nélkül, oly vitás ponthoz érkeztünk ezzel, a mely már 25 éves jubileumát ülte, anélkül, hogy tulajdonképpen eldöntött volna.

1845-ben Baillarger azt nyilvánította, hogy fordulnak elő esetek, a melyek mindenben az elmebetegék haladó hűdéséhez hason-

* Geheve szerint (Zeitschr. für Psych. 28. 73. l.)

lítának: ugyanazon kezdő tünetek, a beszédnek zavara, gutaütés és eskórszerű rohamok, a végtagok mozgási rendellenességei stb., a nélkül, hogy ezen betegek szellemileg meg volnának zavarva, legfeljebb az emlékezetnek enyhe csökkenése és egészen mérsékelt butaság mutatható ki „il n'ya pas vraiment aliénation mais seulement un simple vernis de démence“. E nézetekhez csatlakoznak Prus, Requin, Sandras és Nonat, de mindenekelőtt Lunier kísérli meg ezeket egy kimerítő munkában megállapítani (recherches sur la paralysie générale progressive az Annales médico-psychologiquesben XIII. k. 1849. 1—53. l. és 183—223).

Ha a Lunier által közlött észleleteket olvassuk, úgy könnyen megismerni, miért kelle az élénk vitáknak eredményteleneknek maradniok. A kérdés hamisan volt feltéve, ennél fogva lehetetlen a határozott válasz. Ha az értelemnek fogyatkozását sajátlagosan határozott örjeszmék nélkül, az egyszerű butaságot nem számítjuk az elmezavarokhoz, ha ezek számára sokkal inkább követelménykép vesszük az örjeszméket és azonfelül még (a mint azt a francia szerzők tevék) az elmebetegek terjedő hűdésénél mindenkor sajátlagos nagysági örjeszméket hiszünk észlelhetni, úgy a hűdéses butaságnak oly esetei, a melyekben csupán az értelemnek fogyatkozása volt észrevehető, rendkívüli módon kell, hogy feltűntenek, és egy új kórfaj felállításához okot szolgáltatnak legyen. Ehhez járúl még, hogy az „elmezavar nélküli általános terjedő hűdésért“ küzdők nagyrészt nem egész végig észlelt eseteket hozának elő (mi pedig a tünettánból tudjuk, hogy az örjeszmék sokszorosán időnkint háttérbe szorúlhatnak), hogy az értelemnek épségét csak a betegnek a kórházban való nyilatkozatai és viselete után becsülték (több mint csalékony eljárás!), és hogy az emlékezetnek csökkenését, különösen az aligmultra nézve, a melyet több bétégöknél észteltek* nem tekintették a butaság oly lényeges tünetének, a milyen az valóságban.

Ehhez járúl még oly eseteknek belevonása, a melyeknek a hűdéses butasággal nyilván semmi közük, így p. o. Delaye által (1824.) egy mint elmezavar nélküli haladó hűdés legrégebb biztosan constatatált példája adatik elő, a mely nem egyéb mint lágyulási gócz a hídban hűdési tünetekkel egy 70 éves nőnél. Éppen úgy ismeretlen

* Il avoue du reste lui-même, que sa mémoire est un peu affaiblie, elle est surtout infidèle pour les faits récents; il se rappelle assez bien au contraire ceux qui ont précédé son entrée à l'hôpital. Lunier f. i. m. III. k. 18. l. E beteg a folyó évnek évszámát nem tudta megmondani!!!

volt még akkor Franciaországban a gerinczagy szürke elfajulása és gyaníthatólag több eset a gerinczagsorvadáshoz tartozik.

Ezen körülmények közt teljesen Meyer L.-nek kell igazat adnunk, ha Baillarger és Lunier igyekezetéről, az elmezavarok és hűdési tünetek szerves összetartozandóságát tagadni, kemény ítéletet mond: „a hűdéses butaságot elválasztották az elmezavarnak Calmeil-féle szövődményétől, a mint azt nevezék, a kórházakat a magángyakorlatot átkutatták és végtére oly szerencsések voltak, néhány Calmeil-féléhez hasonló elmezavar nélküli általános terjedő hűdéses butaságot feltalálni. Ilynemű tökéletlen hűdéses butaságok leggyakrabban mérgezési kórok, idült langmérgezés, idült ólommérgezésnél fordulnak elő, és miután a mint ismeretes, ezen megbetegedéseknek igen gyakori kimenete a butaságnak bizonyos foka, és pedig éppen hűdéses állapotokkali összeköttetésben, tévedések ezért annál könnyebben történhettek. A betegség éles jellemzésével nagyrészt egyszersmind rossz végződését is elveszté és az általános hűdéses butaság gyógyulásai többé nem tartoztak a ritkaságok közé A nézetek ezen megzavarodása mellett, a mely elül még egyszerű tények észlelése is alig térhet ki“*

Bármily igazságos volt Meyer L.-nek ítélete az akkori igyekezetekre nézve, mégis jelenleg a kérdést még egyszer felvethetjük.

Az utolsó századnegyedben a haladó hűdésnek tényleg egész sorát ismertük és tanultuk megkülönböztetni.

Legelőbb ez időszakban lett boncztanilag és kórodailag ismertes a gerinczagnak szürke elfajulása, melyben állandón növekedő, kezdetben inkább összerendezhetlenségi mint sajátlagos hűdési tünetekkel járó, később teljes hűdésig haladó betegséggel van dolgunk — sőt talán kórcsoporttal, a melyben a hátsó kötelek tiszta elfajulása (a nyaki részletben a Goll-féle ékkötelekre szorítkozva) boncztanilag — és kórodailag? — elválík — a complicált alakoktól — az oldal- és mellső kötelek bántalmazottságával, helyenkint a szürke állományával is.

Egy második haladó hűdést Duchenne által Boulogne-ból tanultunk ismerni, az ajk-nyelvgarathűdést, Wachsmuth által Bulbär-paralysisnek nevezve, a mely a hűdéses butasággal annál könnyebben összececeréltethetik, minthogy ez is beszédzavarral, nehezített és tökéletlen beszéddel kezdődik. Ha a kóros folyamat a nyúltagyban a

* Meyer L. die progr. Paralyse 6. és 7. l.

mellső gerinczagykötelekre is áttérjed, úgy oly kórképekkel van dolgunk, a melyek az elmebetegek haladó hűdésétől már alig különböznek.

Továbbá léteznek a mozgásnak föl és lehágó irányú haladó hűdésai. Ez esetek ritkák s igen homályosak, boncztnani alapjuk teljesen ismeretlen. A teljes hűdésbei gyors és kevés hetek alatt létrejövő átmenet és a teljes gyógyulás lehetősége által különböznek a hűdéses butaságnak haladó hűdésétől.* Az általam ismert kevés eset egyikében a szellemi tehetségeknek határozott csökkenése vala jelen — hűdéses butaság — de a mely később javult.

A haladó izomsorvadás, a mint neve mutatja, a terjedő hűdéssel lépést tartó izomsorvadás által tűnik ki. Az alapját képező kórosodás is még igen kérdéses — lehet, hogy kóros folyamat a gerinczagnak szürke állományában, különösen a mellső szarvakban a mellső gyökök másodlagos sorvadásával.

A reszketési bénultság lassú, de állandó terjedése által tűnik ki. A hűdött tagoknak állandó reszkető mozgásai jellemzik ezt. A reszketési bénultság egy sorozatában a gerinczagnak foltonkénti kergesedését találni — máskor semmit. Haladó hűdéseknek egész csoportja azon idő által jellemeztetik, a melyben beállnak. A legelső nyomok ugyanis a legfiatalabb korbá vagy legalább korai életkorba követhetők. Igen kifejtett öröklékenység járul ehhez, ugyanazon családnak majd mindig több gyermeke szenved benne.

Ide tartozik az izmok zsiros sorvadása, a lábikrák túltengésével járó hűdés, a melyeket legelőbb Duchenne jellemzett tüzetesen, de különben oly esetek, a melyek még igen szórványosak, hogy belőlök külön osztályokat képezhetnének (Meryon** — Eulenburg).***

A haladó hűdésnek mindezen számos alakjai elmebetegség nélkül, de azzal is előfordulhatnak és különösen gyakran lett Magnan által észlelve ez összeköttetés gerinczagsorvadásnál (l. f. m. 78.) és reszketési bénultságnál.

A hűdéses tüneteket minden esetben pontosan kell vizsgálnunk, és arra tekintenünk, hogy a felsorolt categoriák valamelyikébe illenek-e.

* Reinke, die Paralysis acuta ascendens deutsche Klinik. 1871.

** Medico-chirurgical Transactions XXXV. (1852). Eseteiből az 5 és 6 («a H. testvérek») a Duschenne-féle hűdéshez tartozik — Hillier ellenkező biztosítása daczára (transactions of the pathol. society XIX. k. 12. l.). Ellenben nem érthetők egyet Sigmundt és Seidel-lel, a kik a 4 első esetet is a zsiros elfajuláshoz számítják (Seidel).

*** Virchow's Archiv 53. k.

De kimerítők-e ezek? Felkarolják-e valóban mindazt, a mit az észlelet haladó hűdés tekintetében nyújt? Azt tartom, hogy határozottan nemmel kell felelnem és azt állíthatom,

hogy léteznek esetek, a melyek a lefolyás tartama és módja, a közbejövő gutaütésszerű rohamok, a hűdésnek tökéletlensége és a tagadólagos bonczlelet által csatlakoznak a hűdéses butasághoz, mégis anélkül, hogy elmezavarral volnának komplikálva.

Ez állítást két észleletre támasztom, a melyet három év előtt egymásután tettem. Az egyik egy férfit illet a 60-as életév kezdetén, a másik egy nőt a 30-as évek közepén. Mindkét eset sok közöset mutatott, előrement heves főfájások, ismételt gutaütésszerű rohamok, beszédnehézség, végtére ennek teljes elvesztése, a mozgások bizonytalansága, lassankint teljes mozgékonytalanságig fokozódván — és e mellett az öntudatnak teljes épségét, az iszonyú állapotnak teljesen tiszta felfogásával — addig legalább, a meddig a mozgások általában lehetőek voltak, és a betegek jelt adhattak.

A férfi, miután beszédtehetsége teljesen elveszett, még a jobb felső végtagot mozgathatta. Betű-tábla tártatott eléje és ő egy kis pálczikával azon betűket mutatta, a melyeket kiejteni akart. A midőn láttam: „élő-halott!“ szavakat betűzte, iszonyú szavak, a melyek ez ember értelmiségéről tanuskodtak.

Ez esetek elsejében boncztani kórismét iparkodtam tenni, góczot vevén fel a nyúltagyban.

A bonczolat az agy- és gerinczagyban rendestől eltérőt nem mutatott és így a második esetben óvakodtam, a központi szervek vastagabb elváltozásait kórismezni, és a bonczolás tagadólagos eredménye az óvatosság jogosultságát kimutatta.

Ez esetek részletes előadása, szintűgy a haladó hűdés különböző alakjainak tüzetes megbeszélése általában, e munka keretén kívül esik. Itt csak megkelle emlékezni róluk, hogy megmutassuk az alakok különféleségét, ismereteink hiányosságát ezen kórcsoportokban, a melyek mégis kevésbé szövevényesek, mint a hűdéses butaság, hogy arra utaljunk, miszerint az elmebetegek haladó hűdése ez oldalról sem képez lezárt tünetsort; és hogy az idáig való munkálkodáshoz azon kívánságot fűzzük, miszerint további munkálkodások világosságot hoznának azon homályba, a mely az elmebetegséggel és nélküli haladó hűdéseket fedi!

TARTALOM-ÁTNÉZET.

	Lap
I. Fejezet. Bevezetés	1
Meghatározás. 1. l. — Történeti. 5. l. — Hasonnevek. 5. l. — Irodalom. 5. l.	
II. Fejezet. A kórkép és lefolyás általános jellemzése	6
III. Fejezet. Különös tünettan	10
A. Lelki tünetek. Értelem. 10. l. — Hangulat és örjeszmék. 10. l.	
IV. Fejezet. Különös tünettan. (Folytatás)	18
Előjegyzetek. Az érzékenység, mozgás, látá-különbség vizsgálata. 18. l.	
B. Az érzékenység és érzékszervek zavarai. Főfájások. 20. l. — Az érzékszervek. 20. l. — Az érzékenység. 24. l.	
C. Mozgás zavarai. 1. Hang és beszéd. 25. l. — 2. Arczideg. 27. l. — 3. A végtagok. 28. l. — A húgyhólyag. 32. l.	
V. Fejezet. Különös tünettan. (Folytatás)	33
5. Edénymozgatósi zavarok. Nyakegyüttérzideg. 33. l. — Érlökés. 34. l. — Edénymozgatósi kezdő tünetek. 36. l. — Táplálkozási zavarok. 37. l.	
VI. Fejezet. Különös tünettan. (Vége)	41
Hűdéses rohamok 41 l. — A hűdés alábbhagyásai 47 l. A nők hűdéses butasága 49 l. A hűdéses butaságnak időszakokba és csoportokba való beosztása 51 l.	
VII. Fejezet. Kórboneztan és a hűdéses butaság elméletei	53
Előjegyzetek. Vizsgálati módszerek 53 l. Koponya 55 l. — Agyhártyák 57 l. — Agy 60 l. Együttérzideg 65. l. — Gerinczagy 66 l. — Elkorcsosulás 68 l.	
VIII. Fejezet. Kóroktan és jóslat	69
Kóroktan: statisztika 69 l. — Okok 72 l. Jóslat 75 l.	
IX. Fejezet. Kórisme és törvényszék-orvostani	77
Elmekórtani kórisme 78 l. — A hajlam kórisméje 80 l. Bonzetani kórisme 81 l. Törvényszék-orvostani 82 l.	
X. Fejezet. Gyógymód	85
A kezdő időszak gyógyítása 86 l. Chloral 87 l. — Morphinum 89 l. Gyógymód a végidőszakban 93 l.	
XI. Fejezet. Haladó hűdések elmezavar nélkül	93
Elmezavar nélküli haladó hűdés feletti vita 94 l. A haladó hűdés különféle alakjai 95 l.	

