

83

640.860

AZ

ORVOSI HETILAP  
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI.  
— KÜLÖNLENYOMAT. —

XLVI. ÉVFOLYAM. 1902. 13—16. SZ.

Az  
elmekórtan haladása.

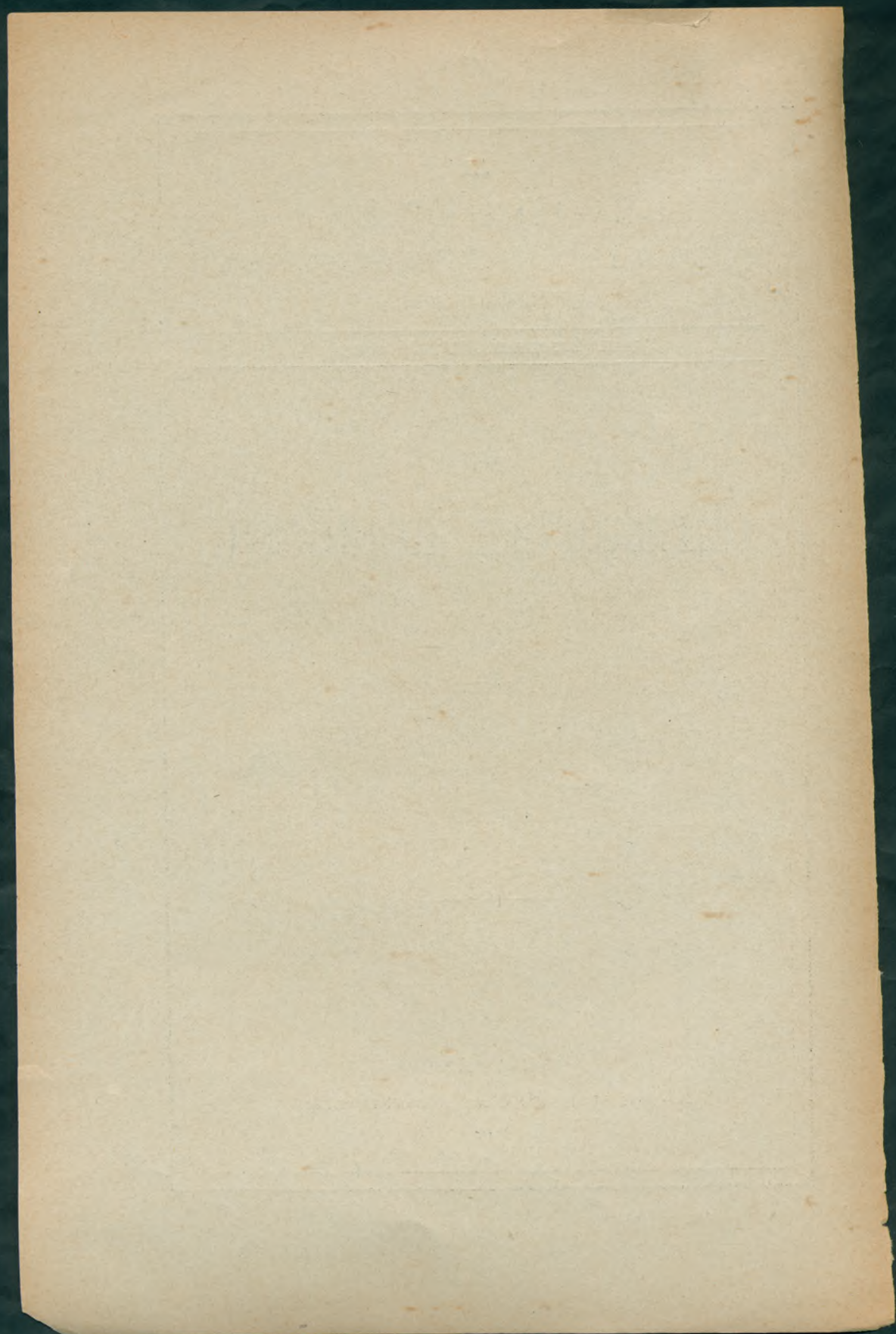
KÖZLI:

REUTER CAMILLO D<sup>R</sup>.

BUDAPEST,

A PESTI LLOYD-TÁRSULAT KÖNYVNYOMDÁJA.

1902.





AZ  
ORVOSI HETILAP  
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI.  
— KÜLÖNLENYOMAT. —

---

XLVI. ÉVFOLYAM. 1902. 13—16. SZ.

---

Az  
elmebetegségek haladása.

KÖZLI:  
REUTER CAMILLO DR.



BUDAPEST,  
A PESTI LLOYD-TÁRSULAT KÖNYVNYOMDÁJA.  
1902.

~~Medig  
6221~~

640.860



2014



M. N. MÚZEUM KÖNYVTÁRA  
I. Nyomtatványok és képek  
1902 év 525 631





Irodalom. Aschaffenburg: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 1. — Bertschinger: ugyanott 269. — Bonhoeffer: ugyanott Sitzb. 709. Neurol. Cbl. 20. k. 479. — Binswanger-Berger: Arch. f. Psych. 34. k. 1. 107. — Bucelski: Neurol. Cbl. 20. k. 184. Sitzb. — Bournville: Public. du progr. méd. 20. k. ref. Neur. Cbl. 473. — Beadles: Journ. of Ment. Science. 1900. ref. Neurol. Cbl. 132. — Bruce et de Maine ugyanott, ref. Neur. Cbl. 134. — Biro: Wien. kl. W. 1900. — Benedikt: Wien. med. Presse. 1901. ref. Neur. Cbl. 527. — Colla: Psych. Wschr. 1901. ref. Neur. Cbl. 527. — Delobel: Ann. de méd. et chir. infantile. 1901. ref. Neur. Cbl. 177. — D'Ormea: Boll. d. Manicom. d. Ferrara. 1901. ref. Neur. Cbl. 766. — Eisath: Allg. Zeitschr. f. Psych. 390. — Edel: ugyanott, Sitzb. 734. Psychiatr. Wschr. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 912. — Elzevier Dom: Psych. en neur. Bladen. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 1100. — Engelhardt: D. Ztschr. f. Chir. 1900. ref. Neurol. Cbl. 20. k. 268. — Enke-Helmstädt: Psych. Wochenschrift. 1901. ref. Neurolog. Cbl. 20. k. 412. — Fleury: Rech. cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 471. — Ganter: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 79. — Gelineau: Traité des epilepsies. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 470. — Hegar: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 357. — Heilbronner: ugyanott 608. — Hebold-Bratz ugyanott, Sitzb. 737. ref. Neur. Cbl. 20. k. 485. — Henneberg: Arch. f. Psych. 34. k. 3. 998. — Hertz: Hosp. Tidende. 1898. ref. Neur. Cbl. 20. k. 524. — Hoppe: Der Alkoholismus. ref. Neur. Cbl. 20. k. 525. — Holzinger: Psych. Wschr. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 330. — Hoche: Die Frühdiagnose d. Paralyse II. 1900. — Hermann: Neur. Cbl. 20. k. 498. — Holm: Norsk Mag. f. Lægevidensk. 15. k. ref. Neur. Cbl. 20. k. 764. — Jahrmärker: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 1. — Jolly: Berliner klin. Wochenschrift. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 71. — Kellner: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 58. kötet, 61. — Kellner: ugyanott 863. — Kruse: ugyanott 503. Sitzb. — Klein: ugyanott 759. Sitzb. — Kovalevsky: Épilepsie. 1901. ref. Neurol. Cbl. 20. k. 471. — Krause: D. med. W. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 64. — König: Journ. of Ment. Science. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 871. — Kollarits: Ther. d. Gegenw. 1901. — Korsakow: Neurol. Cbl. Sitzb. 20. k. 421. — Lui: Boll. d. Manicom. di Ferrara. 1900. ref. Neurol. Cbl. 20. k. 1103. — Lui: Ann. di Neurol. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. 177. — Lenzi: ugyanott. 27. k. ref. Neur. Cbl. 20. k. 37. — Lorenz: Wien. kl. W. 1900. — Laudenheimer: Neur. Cbl. 20. k. Sitzb. 772. — Matthey: Allg. Zeitschr. f. Psych. 58. k. Sitzb. 493. — Moeli: ugyanott 558. — Moeli: ugyanott 693. Sitzb. — Meyer: ugyanott. Sitzb. 700. Neur. Cbl. 20. 476. — Meyer: Arch. f. Psych. 34. k. 181. — Moravesik: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 871. — Mair et Ardin-Delteil: Neurol. Cbl. 20. k. 432. — Muralt: Allg. Ztschr. f. Psych. 57. k. 457. ref. Neur. Cbl. XX. k. 231. — Muratoff: Neurol. Cbl. 20. k. Sitzb. 923. — Mackie: Journ. of Ment. Science. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 673. — Meijer: Psych. en neur. Bladen. 1900. ref. Neur. Cbl. 583. — Naecke: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. Sitzb. 706. — Naecke: Neurol. Cbl. 20. k. 648. — Pelman: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 778. — Pilcz: Die period. Geistesstörungen. 1901. — Pilcz: Jahresb. f. Psych. u. Neur. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 279. — Rüdín: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 447. — Remy: Rev. méd. d. l. Suisse Romande. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 1103. — Redlich: Neur. Cbl. 20. k. Sitzb. 288. — Robinovitch: Med. Lég. Journ. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. 281. — Rathmann: Vierteljschr. f. ger. Med. 1901. ref. Neurol. Cbl. 912. — Rorie: Journ. of Ment. Science. 1901. ref. Neur. Cbl. 21. k. 29. — Schüle: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 221. — Sommer: ugyanott. Sitzb. 725. Neur. Cbl. 10. k. 483, 487. — Stöckle: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. Sitzb. 748. — Serleux



et Farnarier : Rev. de méd. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 37. — Scholtens : Psych. en neur. Bladen. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 1100. — Sepilli : Ann. di Neur. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 1102. — Salamonson : Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 413. — Sullivan : Journ. of Ment. Science. 1900. ref. Neur. Cbl. 178. — Sullivan : ugyanott, ref. ugyanott 525. — Scarpaletti : Psych. Wschr. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 319. — Spengler : Zur Frühdiagn. u. Ther. d. Paral. ref. Neur. Cbl. 20. k. 1108. Schäfer : Neur. Cbl. 20. k. Sitzb. 1066. — Tschisch : Psych. Wschr. 1900. 29. ref. Neurol. Cbl. 20. k. 38, 430. — Weber : Arch. für Psych. 34. k. 253. Sitzb. 324.

Az elme-kórtani újabb irodalom a Kraepelin által inaugurál-csapáson halad. Az anatómiai kutatások hiú eredményei az elmebajok aetioj logiájának tisztázása körül, az egy és ugyanazon klinikai bántalomnál talált eltérő leletek összeegyeztethetlensége, úgy hogy azokból a bal genesisére, lényegére vonatkozó egységes magyarázat lehetetlen : ismét az elmebajok klinikumára terelte a vizsgálókat. Előtérbe lépett a klinikai megfigyelés pontos, modern segédeszközeivel. Kutatják az elmebajosok szervezetének chemismusát, anyagcseréjét, elmés eszközökkel regisztrálják a psyche ép és beteges működését, törekszenek a kórosakhoz hasonló állapotokat előidézni külső ismert behatásokkal és adott körülmények között, ezeket vizsgálván. Keresik az ép psyche működésének törvényszerűségét, megváltozását kóros viszonyok között és e megváltozás törvényeit. A legfőbb pedig a betegágnál való pontos észlelés, a tünetek pontos megfigyelése. Mindez arra vezet, a mit Kraepelin és iskolája cél gyanánt maga elé tűzött, hogy tudniillik az elmebajok határait oly alapon vonja meg, mely alapon a baj aetiologiájának ismerete a prophylaxist, a baj lefolyása a prognosist, utóbbi esetleg a therapiát határozza meg. Elhagyták a philosophia speculativ utait, el az ezen alapuló formák rendszerét.

Ilyen értelemben klinikailag jól elhatárolt egységes bántalom, biztos prognosissal, a dementia paralytica. Minél többen kutatják a dementia paralytica okát, annál inkább szaporodik azok száma, kik már nem hisznek a luesnek, mint egyedüli aetiologiai momentumnak szerepében. Bár lues és paralysis igen szoros vonatkozásban vannak egymással, mégis hol vagyunk még attól, hogy az utóbbi okának egyenesen az előbbi mondhatnók (Eisath.) Ezért Tschisch fejtegetései a XIII. párisi congressuson élénk vitára és ellenmondásra adtak alkalmat. Ő betegeinek legnagyobb részénél azt tapasztalta, hogy ezek főképen az elhanyagolt lueses betegek sorából kerültek ki. Az öröklésnek, degenerationnak és az alkohollal való visszaélésnek csekélyebb fontosságot tulajdonít. Degeneráltak szerinte sohasem válnak paralytikusokká, mert ez kizárólag az egészségesek, ép idegrendszerrel bírók baja.

A lueses percentuatiót paralytikusoknál újabban Bucelski 58.1%-ra, Serieux és Farnarier 50.0%-ra, Jolly 40.0%-ra, Baer 29.7%-ra, Eisath 27.0%-ra becsüli s míg Elzevier Dom 279 beteg közül csak két tisztán luesre visszavezethető esetet tud felmutatni, addig Matthey 14 betege között 8 luesest talált. Mindezen szerzők azonban hozzátesszik, hogy a luest nem tartják kizárólagos okozónak. Sőt érdekes, hogy Bucelski egyik betege remissioja közben friss luest fogott. Serieux és Garnarier is úgy nyilatkoznak, hogy valamint a lueses intoxicatio, úgy bármiféle más toxikus anyag is létrehozhatja a paralysisre jellemző elváltozásokat a vele járó tünetekkel. Jolly is helyesen jegyzi meg, hogy a syphilis fontos és lényeges, de nem egyedüli oka a paralysisnek. A statistika ingadozását is megérthetjük abból, ha tekintetbe vesszük, hogy a classikus paralysishez hasonló eseteket találunk, melyeknél a lefolyás, az anatómiai lelet és a sikeres therapia a lues közvetlen szerepe mellett bizonyítanak. Érdekes, hogy házastársak (nyolcz eset) paralysisénél Moenkemöller minden



esetben kimutatta a luest s más, ok gyanánt felhozott aetiologiai momentum inkább már a beállott bajnak nyilvánulása volt.

Paralysist létrehozó más okok közül fontos szerepet tulajdonít Remy az alkoholismusnak, szintén kombinálva más okokkal. Így leglényegesebbnek tartja a megélhetési gondokat, a szellemi megerőltetést, s minél előrehaladottabb a művelődés, annál nagyobb a veszedelem, különösen syphilitikusok, iszákosok, idegbajosok részére. Bucelski betegeinek 41·20/o-ánál talált lelki okokat, míg Elzevier Dom 279 beteg közül 51 esetben. Utóbbi különösen a hosszan tartó lelki okoknak tulajdonít fontosságot, milyen az élet mostohasága, gond, bánat, szomorúság, ritkábban szellemi túlerőltetés. Ebből magyarázható részben a paralysisnek foglalkozások szerint való eloszlása is. S míg a férfiak a közép- és felső osztályból kerülnek ki, addig a női paralytikusok az alsó néposztályból valók.

Öröklési terheltség paralytikusoknál kevéssé szerepel. Elzevier Dom a családi oldalágakban epilepsiát és elmebajokat, a felhágó rokonságban agyvérzést, alkoholismust talált.

Traumás eredetű paralysis hat esetét említi (Elzevier Dom, Lui, Manke). Két esetben insolutio volt a paralysis oka (Elzevier Dom). Feltűnő a férjes nők paralysisének nagy száma Matthey és Jahrmärker szerint, előbbinél 14 nőbeteg közül 12 férjes, utóbbinál 54 nőbeteg közül 35 férjes. Női betegeknek a klimakterium mint oki tényező kevéssé szerepel (Jahrmärker). Schollens paralytikusok gyermekeit vizsgálta, feltűnő nagynak találta a korai elhalálozást, s a vizsgáltak 1/4 részénél idegrendszerbeli zavarokat talált.

Holzinger, mint az orosz vörös-kereszt tagja részt vett az olasz-abessíniai háborúban s tapasztalatait közli. Alkoholismus és lucis iszonyú módon pusztítanak Abessíniában, mégis 13,000 beteg közül ideg- és elmebajos csak 150 volt, tisztán elmebajos pedig 12. Dementia paralyticát egyet sem észlelt, tabes aránylag ritka.

Spengler a luest okolja a paralysis létrehozásával, de az eddigi magyarázatoktól teljesen eltérő módon. Ő szerinte a syphilotoxin a pajzsmirigyet bántalmazza, a pajzsmirigy a syphilotoxint thyreoidizálja, így jut a vérkeringésbe s ott bénítólag hatna.

Delobel, ki az alkoholismust tanulmányozta gyermekeknél, azt tapasztalta, hogy keletkezésének három módja van: az anya tejével, a szülők tudatlanságból adnak alkoholt és véletlen folytán. Iszákos dajkák gyermekei sokszor göresőkbe esnek. Kevésbé feltűnő jelei az alkoholismusnak a nyugtalanság, kiabálás, ijedősség, rossz alvás, soványodás vagy potrohosság. Említ egy öt éves gyermeket, a ki májcirrhosisban halt meg.

Lui újabb vizsgálatainál, melyeket 1500 betegen végzett, az alkoholisták 57/o-át örökölten terheltnak találta. 35/o-nál a degeneratio directio örököltetett, míg 25/o-nál indirecte. Az alkoholismus inkább apai örökség, kevésbé az anyáról reánk szálló. Az utódoknál a legkülönbféle elmebajt találta, ezenkívül epilepsiát, elme gyengésséget, tuberculosist, pellagrát, büntetthe való hajlandóságot. Az öröklés útján terheltek alkoholismusa súlyosabb alakú és lefolyású, gyakran recidivál. Az elmebajosok 120/o-át alkoholisták gyermekei teszik. Az utódoknak 3/4 részén elmebajosok degeneratív alakjait észlelte.

Sullivan a gyilkos alkoholista típusát vizsgálva, bizonyos törvényszerűséget velt találni. Acut iszákosságnál mindig található bizonyos psychomotorus ingerültség, minden kézzel fogható ok és inger nélkül, a mi a tettek azt az automataszerűséget kölcsönzi. Chronikus intoxicationál gyakoribb a felületes öntudatzavar a tette vagy indító okaira



való amnesiával. A leggyakoribb áldozat a nő, szerepel itt a sexualis befolyás is.

Robinovitch 50 büntetett közül 48% olyan talált, kik az apa vagy anya iszákossága folytán örököltén terheltek voltak. Azt tapasztalta, hogy iszákos szülők gyermekei satnyák, a gyermekek száma is kisebb.

Bonhöffer a delirium tremens nem tartja az alkoholizmus chronikus egyszerű fokozódásának, hanem más toxinos, illetőleg autointoxicatio anyagokkal való elárasztásnak, mely anyagok közelebből nem ismeretesek; mint deliriumot kiváltó ok szerepeltek a pneumonia, acut bronchitis, gyomor-bélzavarok, trauma, epilepsiás rohamok és súlyos excessusok. Az abstinencia még nagymérvű alkoholistáknál sem vált ki mindig deliriumot, mint ezt főképen gyenge szervezettéknél látjuk. A delirium lefolyásán alkohol nyújtása vagy megtagadása nem változtat, de a motoros tünetek (tremor, ataxia) alkoholra megszűnnek.

Hertz a vesék és húgy viselkedését tanulmányozta delirium tremens esetén. Delirium tremensnél következetesen acut nephritist talált, s ezt tartja a primaer bajnak, míg a delirium tremens csak másodlagos tünet. A delirium tremens szerző nézete szerint az acut vesegyulladás folytán beálló veseinsufficienciának következményes acut intoxicatio psychosisa. Ezen psychosis sajátlagossága abban áll, hogy chronikus alkoholizmus esetén fejlődik. A pneumóniánál fellépő delirium tremens szintén a többnyire kísérő vesebajtól van, nem pedig a pneumotoxintól.

Hoppe kiterjedt vizsgálatai nyomán az elmebajosok 32.6%-át találta iszákosnak, ezeknek  $\frac{2}{3}$  részénél az iszákosság volt az elmebaj okozója.

Sullivan az alkoholista öngyilkossal is foglalkozik. Az öngyilkosságok szaporodását Angolhonban nagyrészt az alkoholnak tulajdonítja. Főleg az eredménytelen öngyilkossági kísérletek feltűnők, melyek az iszákosságra jellemző öngyilkossági típushoz hasonlítanak, s itt is az alkoholt tartja a conamina suicidii legfontosabb okának. Az alkoholos öngyilkos külön típusát állítja fel, melynél a zsigereknek chronikus alkohol-mérgezés folytán beálló működési zavara a szervi ingereket és a belőlük folyó érzéseket s ezzel az egyén affectiv életét annyira megváltoztatja, hogy a belőle származó depressiv színezetű érzés az öngyilkosság impulsusát váltja ki. Az iszákos öngyilkosságában hiányzik a tervszerűség és megfontolás, de jellemzi az impulsiv cselekvés és a szervi elváltozásokkal való szoros összefüggés. Társadalmi tényezőktől kevésbé függő, mint más öngyilkosság. Leginkább még a korak van befolyása, a mennyiben a szervi zavarok az élet derekán legelősebben hatnak a lelki életre s azért az alkoholos öngyilkosság e korban gyakori.

A dipsomaniának kitűnő és teljesen kimerítő monographiáját nyújtotta Gaupp. Mondandóit bőven illusztrálja saját és mások észleleteivel. Csatlakozik Kraepelin és Aschaffenburg nézetéhez, hogy a dipsomania az epilepsia körképéhez tartozik, a psychikus epilepsia alakja. Ezek szerint az időszakos hangulatzavarokhoz tartozik, melyek az epilepsia lényeges tünetei. A chronikus alkoholizmustól csak az esetben nehéz megkülönböztetni, ha a dipsomaniás iszákossá válik. És mint az alkohollal való visszaélés az epilepsia bármely tünetét kiválthatja, ép úgy dipsomaniát is okozhat.

Hebold és Brak kísérleti úton akarták megállapítani az autointoxicatio szerepét epilepsiánál. Erre epilepsiásoktól roham előtt, közben és után vett vért és vizeletet használtak. Ezt kísérleti állatokba oltották különböző körülmények között. Oltottak mesterséges agyvelő sérüléssel



biró, alkohollal bőven táplált szülöktől származó állatokat. Az eredmény teljesen negatív, tipikus epilepsiát nem bírtak előidézni.

Mairet és Ardin-Delteil azt találták, hogy az epilepsia átszármazik az utódokra és az ezeknél fellépő elmebajok mindig az epilepsián alapulók. Az epilepsia öröklés útján sohasem vált ki másforma elmezavart.

Senilis epilepsiáról értekezik Redlich, mialatt a 60 éven túl jelentkező epilepsiát érti. Ezeknél természetesen az öröklésnek vajmi kis szereplést tulajdoníthat, annál nagyobb az alkoholizmusnak, koponya-sérülésnek, luesnek és főképp az endoarteriitisnek. A szívhaj okozta epilepsiát nem tartja valószínűnek, a mit Schlesinger is megerősít hozzászólásában, ki szívhajos epilepsia után kutatott és epilepsiásoknál viszont a szívet kísérte figyelemmel.

Igen érdekes kérdést fejteget Weber Eugen, hogy vajjon az epilepsiásoknál mutatókozó elmezavar az epilepsiának következménye-e vagy csak vele egy időben jelentkező más elmebaj. Magaészlelte esete indította őt a kérdés vizsgálatára. 47 éves, eddig egészséges nőnél a menopausa kezdetén epilepsiás roham jelentkezik. Körülbelül fél éveként jelentkeznek később csak éjjeli rohamok, szellemi tehetsége nem gyengül, 14 év múltán sorscsapások folytán három évig tartó subacut melancholiába esik, könnyű téveszmékkel és praecordialis félelemmel. A psychosissal együtt absence-ok jelentkeznek, a psychosis gyógyultával az absence-ok elmaradnak s újra csak a göresök állanak fenn, melyek azonban 1 1/2 év óta szintén elmaradtak. Tehát a psychosist egész ideje alatt absence-ok kísérték. Weber itt a klimakteriummal járó vérkeringési zavarokat tartja aetiológiai momentumnak, mert kizárni tudott más, epilepsia tardánál említett minden factort (arteriosclerosis, öröklés, trauma, lues, alkohol, anyagcserezavarok). A psychosist az epilepsiától függetlennek tartja, mert semmi sem emlékeztet azokra az elmebajformákra, melyeket legjobban Samt tanulmányozott epilepsiánál. Psychosisoknak epilepsiától független fellépését epilepsiásoknál Magnan is állítja. A psychosis okának Weber a sorscsapások által okozott lelki rázkódást mondja. Tehát a psychosis oka egészen más mint az epilepsia oka. A psychosist kísérő absence-ok okát az agynak melancholiával járó toxaeiás táplálkozási zavarában keresi. Tehát úgy a grand mal, mint a petit mal okát vérkeringési zavarokban találja. A táplálkozási zavarral járó psychosis tehát az epilepsia tüneteit megmásította. Az absence-ok egy másik okát a gyengült akaraterőben találja szerző, erre vonatkozó fejtegetései megérdemlik az eredeti értekezés olvasását.

Camphora monobromata használata után fellépő rohamokat észlelt Wertheim Salamonson három esetben. 0.5—1 gramm adagok után jelentkeztek sűrűn elszórt petechiák kíséretében. A rohamot megelőzte néhány órát felülről retrograd amnesia. Kámformérgezést szerző nem tart valószínűnek.

Eltételezve a dementia paralyticától, a lues a többi elmebaj aetiológiájában is szerepel. Ezt kutatva Jolly megkülönbözteti a szerzett és veleszületett lues okozta lelki zavarokat. Ilyen a syphilitikusoknak könnyebb vagy súlyosabb fokú neurastheniája, mely egyrészt a lueses anaemiában és a középponti idegrendszer kezdődő elváltozásai által fentartott izgalomban találja okát, másrészt a betegségérzet depressív psychikus hatásában. Ezen neurasthenia többé-kevésbé súlyos szellemi zavarokhoz vezethet. A luestől függő s vele nem véletlenül társuló elmezavarokhoz tartozik az epilepsia, hypochondriás színezetű melancholiás depressio (syphilidophobia), hallucinációs zavarodottság (amentia, gyakori aggyelölues után), ritka a mania és a tébolyodottság. A dementia paralyticához hasonló alak a pseudoparalysis syphilitica (Fournier),



mely utóbbi specifikus kezelésre gyógyul. Az öröklött luesnél előforduló lelki zavarok a nervositas, a neurasthenia, a hysteria és a dementia paralytica fiatalkori alakja.

A dementia postsyphiliticáról értekezik Krause, s az elbutulásról mint a lueses eredetű elmebajok tünetéről beszél. Nem minden agyvelő-luesnek befejezése az elbutulás. Az elbutulás foka különböző és az egyes szellemi műveleteket is nem egyformán éri. A dementia postsyphilitica egy acutan vagy subacutan kezdődő elmebaj végkimenetele, melyet némely mozgási és érzési tünet megszűnése kísér. Nem ide tartozik az agyvelőluesnél fellépő primaer elbutulás, melyet élesebben kell még elhatárolni.

Rorie 68 influenzás elmebajost vizsgálva, a férfiak és nők számát egyformának találta. A férfiak korának átlaga 43·8 év, a nőké 49·5 év. A férfiak legnagyobb számú megbetegedése a harmadik évtizedre esett, míg a nőké az ötödikre. Az infectio és elmebaj kezdete között lefolyt idő többnyire nem volt pontosan megállapítható, mivel határozatlan lelki elváltozások a határokat homályossá tették. Mégis legtöbb esetben 1—3 hó között változott, de volt 1 év is. A megbetegedettek  $\frac{1}{3}$  része örökölten terhelt volt,  $\frac{1}{3}$  része alkati és szerzett terheltséggel birt. Az influenza következtében fellépő elmebaj alakok a következők voltak: melancholia, mania, dementia senilis, dementia paralytica. A maniás betegek között gyakori volt az öngyilkossági kísérlet. A melancholiának főképp egyszerű alakját észlelte, míg az agított alak ritkább volt. Néha zavartság és elmegyengeség, máskor stupor és katalepsia kísérte. Üldöztetési téves eszmék és hallási hallucinatio. Az acut mania gyakran zavartsággal, téves eszmékkel és hallucinatioikkal járt. Egy esetben melancholiás depressio előzte meg. A melancholiások gyógyultak, szintűgy az acut maniás betegek, míg az egyszerű maniában szenvedők kevésbbé. Az átlagos kezelés 5 hó volt.

Pellagrás elmezavart észlelt Scarpatteli. A pellagra typikus hármás tünetcsoportja (hasmenés, bőrbántalom és idegrendszerbeli zavarok) fennállott. Utóbbiak az ő esetében neuritis multiplex és melancholia képében nyilvánultak. A pellagra okául a romlott tengerivel való intoxicatiót, az egyéni dispositiót és a meghűlést, néha az insolatiót említi. Zlatarovic pellagra folytán melancholiát (daemonomania), amentiót, dementiát és stuport észlelt. Maniát soha.

Myxoedemás elmebajról tesz említést Pilez. A myxoedema minden esetében tapasztalhatunk általános lelki elváltozásokat, így a szellemi műveletek lassúbbodását és gátoltságát, apathiát, álmodást, amnesiát. Ezt szerző „myxoedemás lelki állapotnak” akarja elnevezni, míg a kifejezett elmebajokat „myxoedemás elmezavar”-nak. Az elmebajoknak a myxoedemás lelki állapot kölcsönöz hasonlatosságot, különben teljesen eltérők lehetnek. Így látunk maniás, melancholiás állapotokat, téves eszméket, érzékesalódásokat. Hogy csakugyan a myxoedema okozza az elmebajt, azt a therapia bizonyítja, pajzsmirigy nyújtására a psychosis is megszűnik. De vannak myxoedemával kombinált psychosisek is, hol a therapiára csak a myxoedemia mulik el. A myxoedemás elmezavar főképen nőknél fordul elő, a myxoedema hosszabb fennállása után fejlődik, néha azonban megelőzi. Végül az angol és amerikai orvosok által ajánlott pajzsmirigy-kezelést próbálta meg a szerző nem myxoedemás elmebajoknál. Az eredmény teljesen negativ. Pajzsmirigy-kezelés alatt a szívelgyengülés veszedelme igen nagy, megemlítendő a tachycardia (140-ig), a vérnyomás 40—50 mm. higánnyal való sülyedése, testi súly fogyása, subfebrilis hőmérséklet (37·5), albumosuria, acetonuria, indicanuria, gyomorzavarok.

A postinfectiosus és intoxicatiós elmebajokról közlik vizsgálatai-



kat Binswanger és Berger. Szerzők első sorban arra figyelmeztetnek, hogy a kimerülési, intoxicációs és infectiós elmebajok között éles határt vonni már pathologiai szempontból is nagy akadályokra talál. Bármily különböző is a baj oka, mégis az idegállományra való káros hatás egyforma lesz. Mind ez esetekben a baj végső oka az idegállomány táplálkozási zavara. De ha csak a functionális zavarokat okoljuk a szellemi defectus nélkül gyógyuló kimerülési, intoxicációs és infectiós elme-zavarok pathogenesisében, úgy a chromatolysis (Marinesco) gyógyuló folyamataiban lehetünk fel a patholog-anatomiai alapot. Ennél sokkal fontosabb tényezőnek vélik a szerzők az achromatolysist (Marinesco). A dúcsejtek fibrillaris anyagának elpusztulása ugyanis súlyosabb zavarokat okoz a működésben. Az achromatolysist gyógyíthatatlan folyamatnak tartják a szerzők és a szellemi defectussal járó elmezavarok oka gyanánt szerepelhet.

A kimerülési elmezavarokat két nagy csoportba osztják a szerzők: a subacute és chronice fellépőkhöz tartoznak a kimerülési elmezavar azon könnyű esetei, melyeknél az idegállomány bántalma compensálható a táplálkozási viszonyok javításával s akkor teljes a restitutio ad integrum. Másodszor azon esetek, hol a gyógyulás relativ s csak kisebb-nagyobb defectussal történik. Utóbbi lehetséges oly esetben, a) midőn fejlődésében visszamaradt agyvelővel van dolgunk, b) ha a táplálkozási zavarok az agyvelőt súlyosan bántalmazzák. Az acute fellépő esetekhez sorolhatók a hallucinatorikus zavarodottság (amentia), melynek egy része teljesen, más része szellemi defectussal gyógyul és a halállal végződő delirium acutum esetei. Kiválóan a delirium acutummal foglalkoznak a szerzők s nézeteiket erről következőkben foglalják össze: a delirium acutum jól jellemzett klinikai-symptomatologiai tünetcsoport, aetiologiai-klinikai nézőpontból azonban egységes okát nem lehet felvenni. A patholog-anatomiai leletek sem egybevágók. Mindezt más szerzőknek nyilatkozataival erősítik meg. Azután magukészlette két esetükre térnek át. Az első esetben varicella- vagy influenza-infectio, a II. esetben szintén influenza-infectio történt. Mindkét esetben infectio (influenza?) folytán fejlődött encephalomyelitisre gyanakszanak. Már régen mondják a delirium acutumot infectiós eredésűnek, bizonyításul a kisérő lázat hozták fel. Ujabban exact bakterioskopiai vizsgálatok sorozata pozitív eredményhez vezetett (Resonico, Bland, Mills, Potts és Berlett, Hunt, Bianchi). Mások azonban teljesen negativ eredményre jutottak, mit szerzők toxinos elméletükkel akarnak megmagyarázni. Az infectiot okozó bakterium toxinjait és az autointoxicatiót okolják a negativ leletű esetek létrehozásával. Mindebből kiviláglik, hogy a delirium acutum pathogenesise nem egységes.

Aschaffenburg 118 gyermekági elmezavar esetében vizsgálta, hogy mely elmebaj formákhoz tartoznak, vajjon van-e közös jellemző sajátosságuk, jellemzik-e a szülönöket bizonyos állapotok, mi a gyermekági elmebajok prognosisa. Az elmebaj formák közül gyakoriság szerint a következőket találta; dementia praecox, maniás depressiv elmezavar, dementia paralytica, amentia, epilepsia, hysteria. E szerint tehát puerperalis psychosistról mint külön kórformáról nem beszélhetünk. A terhesség, gyermekági és szoptatás idejében az elmezavar minden alakja lehetséges. Közös jellemző sajátosságuk nincs, belőlük az aetiologióra következtetni nem lehet. A maniás depressiv elmezavar esetei főképen depressiós állapotok voltak, maniás állapottá való átváltozás ritka volt. Leggyakoribb volt a dementia praecox, itt is depressiv, stuporos állapotok uralkodtak, de volt izgatott katatonias alak is. Aránylag ritkán fordul elő az amentia, hová csak azon eseteket számítja, melyeknél sem katatonias, sem dementia jelei nem mutatkoztak. A puerperiummal



kapcsolatos amentiaira a diagnosist szerző felfogása szerint leggyakrabban tévesen teszik. A puerperiummal kapcsolatosan fellépő más aetiologiai momentumokat is figyelembe vette a szerző. Az öröklés főképen a maniás depressív elmezavarnál szerepel, míg dementia praecoxnál kevésbé. A kor a psychosis jelentkezését nem sietette. A szülések száma és halmozódása szintén közömbös volt. A házasságon kívül terhesség nem növelte a praedispositiot. Néha hirtelen indulatkitörés, affectus után lépett fel az elmezavar. Tehát valamennyi aetiologiai factor közreműködését látjuk, egyenkint egyiknek sem lehet sajátlagos szerepet tulajdonítani, csak kiváltó ok, nem létesítő ok. A prognosist aránylag minden alaknál kedvező. Részletezve: a maniás depressív elmezavar prognosisa kedvező. A dementia praecox stuporos alakjai kedvezőtlenek, az izgatott alakok a gyermekágyban szintén rossz prognosist nyújtanak, míg a szoptatás idején kedvezőt. Az amentia prognosisa kedvező. Legkedvezőtlenebbek tehát általában a stuporos állapotok, itt is főképen a dementia praecox katatonias alakjai.

Később Meyer foglalkozik a puerpuralis elmezavarokkal, a terhességi elmezavarokat azonban kizárta. A gyermekágyi elmebajok az összes elmebajos esetek 4-5%-át tették ki. 51 eset közül 11 tiszta melancholia, 3 időszakos melancholia, 3 circularis elmezavar (maniás szak), 5 paranoia, 9 amentia, 14 katatonia, 2 hebephrenia, 2 epilepsiás elmezavar, 1 hysteriás elmezavar. Tiszta maniát sohasem látott. A katatoniasok és hebephreniák nagy száma Aschaffenburg eredményeivel egyező, de a circularis elmezavar száma kevés. Specialis puerperalis psychosis szerinte sincs. Más aetiologiai momentum közül szerepelt az örökölt terheltség, infectio. A katatonias stupor igen rossz prognosist nyújtott.

Hegar a menstruationak hatását az elmebajok lefolyására vizsgálta. A beálló változások hullámos lefutást mutatnak, a hullám hossza az intermenstruum idejének megfelelő. Tehát szabályszerűen visszatérő tünetekről van szó, melyeknek tartama mindig egy menstrualis időszaknak megfelelő. Ezen határon belül kettéválást találunk, mely többnyire az intermenstruumban következik be s úgy alakul, hogy a két phasis az intervallum első és második felének megfelelő és szabályszerű emelkedést meg süllyedést mutat. Ezen hullámnak legnagyobb intenzitása közel a fordulóponthoz előtt van, melyet a havi vérzés kezdete jelez. Mindezzel beigazoltunk látja a Goodmann hullámtheoriáját. Végeredményben arra a következtetésre jut: minél egészségesebb az egyén, annál egyformábban, észrevétlenül történik a periódus változás, annál nyugodtabb a hullám megindulása és elsimulása; minél neuropathiásabb, annál kinosabban és zavarólag hat a változás; végre az elmezavar gyors fordulásával, a phasisok hirtelen megváltozásával kórosan meredek hullámot hoz létre.

Rudin a fogság és elmebaj kapcsolatát illetőleg azon kérdést vizsgálta az irodalom és észlelései alapján, vajjon van-e külön fogsági elmezavar. Az ide vonatkozó mult századbeli irodalom rövid vázolója után saját észleleteiből merített tapasztalatait közli. 94 esetet észlelt, ezekből 55% katatonia, 10% alkoholos elmezavar, ezek után leggyakrabban az epilepsia, hysteria, ritkább az imbecillitas, paranoia chronica epileptica (Buchholz), paranoia (Kraepelin). Eseteiben megállapíthatta, hogy az elmezavar 1. már a fogság ideje előtt vette kezdetét vagy sokkal tovább tartott szabadulás után, mint a mennyire a fogság káros befolyása tarthat; 2. kezdete, lefolyása és vége a fogságtól függetlenül is előforduló elmebajt jellemez. De minden a fogságban előforduló elmebajra jellemző a tünetek bizonyos csoportja, melyet már Gutsch, Reich, Kirn és mások találóan leírtak és melynek meglepő hasonlóságát ki is emelik. Ide a következő tünetek tartoznak: hang (fény)



hallucinációk, megkegyelmezési ígérek, befolyásolási és üldöztetési téves eszmék, félelmi állapotok, kedvetlenség és ingerlékenység. Ezen tüneteket nemcsak a magánzárkában, hanem csoportos fogságnál is észlelte. Szerző nem nyilatkozik véglegesen, hogy van-e fogsági elme-zavar mint külön elmebaj alak, de megengedi, hogy ilyen lehet-séges három feltétel mellett. Először, hogy a fogságra jellemző tünet-csoport ne psychotikus talajon jelentkezzen. Másodszor kezdete és le-folyása tipikus legyen. Gyógyulással végződjék vagy a bántalomra jellemző, más, különösen a katatonía végső állapotaitól különböző elme-gyengeségbe menjen át. Harmadszor a fogságban az ilyen tünetcsoport-tal megbetegedett megfigyelése egész életére, a fogság előtt és után is tartson. Ilyen eset nem lehetetlen, de máig nem ismeretes, miért is a kérdés eldöntetlen.

Muralt a traumás katatonía egy esetét említi, hol trauma ké-pezte az elmezavar okát. Az elmebaj képe más katatonías elmebajtól semmiben sem különbözött. A katatonías symptomákat többé-kevésbé diffúz agyvelősérülés eredményének tartja.

Az operációs trauma által okozott elmezavarokat vizsgálta meg Engelhardt. Azt találta, hogy az operatio csak kiváltó momentumként szerepel, mindig lehetett valamely előrement gyengítő momentumot találni. Az operatio és az ezt szükségelő bántalom folytán előállott kimerülés lehet direct oka is valamely elmezavarnak. A postoperációs elmezavar minden esete azonban ezzel meg nem fejthető.

Traumás elmebajokat vizsgált Rathmann, és talált olyan eseteket, melyek a trauma után rögtön jelentkeztek (primaer), és későbbben fel-lépőket (secundaer). Előbbiek prognosisa jobb. Terhelt betegek-nél szin-tén jobb a prognosisa, mert ezeknél már csekély sérülés vált ki elme-bajt, míg egészségeseknél nagyobb sérülés szükséges, ennek követke-zményei is súlyosabbak lesznek.

Edel a baleset folytán származó elmezavarokról értekezik. Főképen saját észleletei alapján a következő tapasztalatokhoz jut. Legkönnyebben terhelteknél és káros behatások folytán, gyengülteknél vagy mindkét tényező által gyengítetteknél áll elő. Meglevő ideg vagy elmezavar súlyosbodik valamely baleset folytán, vagy csak ez váltja ki az elme-bajt. A balesetből származó elmebajok legkülönbözőbb alakúak lehet-nek. A depressiv, melancholiás és hypochondriás kedvetlenség gyakori előfordulása magyarázza a fokozott taedium vitae-t, conamina suicidii-t. Igen gyakoriak még a ködös állapotok, a szédülési, hysteriás, epilepsiás, paralytikus és alkoholos göres- vagy apoplectiform rohamok. A baleset a téves eszmékben is szerepel. Múlt elmezavarok gyakran időszakossá válnak. Hosszan tartók pedig butulásra vezetnek.

Henneberg a spiritismusról és elmebajokról értekezik. Míg Bech-terew a spiritismust a psychopathiás epidemiákhoz számítja, Nordau degenerációs stigmának mondja, addig szerző a spiritismussal való foglalkozást nem tartja szellemi rendellenesség vagy gyengeség jelének. A mivel persze nem azt akarja mondani, hogy a spiritisták között nines sok elmebeteg, sőt ezekre igen nagy vonzó erőt gyakorol. Dege-neráltak és elmebetegék könnyen válnak spiritistákká. Elmebajosok ismét spiritistikai úton magyarázzák téves eszméiket. A spiritismus lehet aetiologiai momentum, minthogy a vele való foglalkozás gyakran lelki felindulásokkal jár. Ide főképen nőknél előforduló kedvezően gyógyuló hallucinációs zavartsági állapotok tartoznak. Azután a szerző-től Forellel egyetértőleg „autosuggerált spiritistikus megszállottsági téves eszmének“ nevezett körkép, a kettős öntudat, a kettős vagy alternáló egyéniség. De lehet a spiritismussal való foglalkozás tünete valamely kezdődő elmezavarnak, pl. dementia paralyticának, aggsági elmezavarnak.



Ideges egyénekre a spiritismussal való kísérletezés mindig veszedelmet rejt magában. Az orvos feladata a spiritismus ellen állást foglalni, mert gyakran ennek leple alatt a kuruzslás rejtőzik. Trance állapotok, mivel autohypnotikus állapotok, nyilvános mutogatása hatóságilag betiltandó.

A psychikus infectio érdekes esetét írja le Naecke, melyben egy elmegegye epilepsiától egy még gyengébb elméjű dallamot tanul meg a kísérő gesztusok próbálgatásával. Ez, mint „zenei infectio“ esete, egyetlen az irodalomban. A szellemi infectio három más esetét írja le Meyer, két házaspárt meg egy testvérpárt. Mind a három esetben közvetlen együttélés és a jellembeli hasonlatosság szolgált elősegítő tényező gyanánt.

Némelyek a specializálásban túlzásba mennek. Így Beadles újabban már a zsidók elmebajait külön tárgyalja. Szerinte feltűnő a zsidó férfi paralytikusok nagyszáma, a zsidó férfi elmebajosok nagy halandósága. Igen gyakori ok a syphilis, de nehezebben deríthető fel mint nem zsidóknál. Iszákosság kis szerepet játszik, míg sexualis excessusok gyakori aetiologiai momentum. Neurasthenia és hysteria zsidóknál igen elterjedt. Örökölt elmezavar, fiataloknál a degeneráltság és perversio, gyermekeknél nagyfokú neurasthenia gyakori. A zsidó elmebajosoknál gyakori a recidiva, illetőleg periodusos megbetegedés. Nőknél gyakori a puerperalis psychosis. A legtöbb beteg orosz és lengyel származású volt. Az intézetek zsidó eredetű chronikus betegek legnagyobb fokban összeférhetetlenek. Epilepsiát igen ritkán észlelt. Félelem és gond a betegség legnagyobb oka. Gyógyulás rosszabb, mint a nem zsidóknál.

A dementia paralytica tünettana bár a legjobban ismert, mégis egyes symptomák még felkeltik a vizsgálók érdeklődését. Így Lenzi az izmok villamos reactióját vizsgálta meg paralytikusoknál. A galvános és faradás ingerlékenység csökkent. Az elfajulásos reactionak azt a formáját találta, melyet intermediaer formának mondunk, midőn a K Z R = A Z R, gyakrabban észlelte ezt a felső, mint az alsó végtagokon, és főképen taboparalysissnál.

Naecke paralytikusok és egészségesek belső szerveinek degenerációs jeleit hasonlította össze. A külső degenerációs jelekről már előzőleg kimutatta, hogy paralytikusoknál gyakoribbak mint ép embernél, testi elterjedtségük nagyobb, súlyosabb fokúak, gyakoriak a nyomós stigmák, az öröklésnek fontos szerepe van. Ebből és más tényezőkből a paralytikus agyvelő „csekélyebb értékűségére“ következtetett. Ugyanerre a következtetésre vezettek újabb vizsgálatai. A paralytikusoknál a tüdő, szív, máj, lép és vese ritkább rendellenességeit — szerinte ezek degenerációs jelek — vizsgálta. A rendellenességek száma paralytikusoknál nem feltűnő, egyes rendellenességek gyakorisága nagyobb, szintűgy elterjedtségük. Ritkább rendellenességek paralytikusoknál gyakoribbak. A külső és belső degenerációs jelek között számbeli párvonalasság van. Nagy szerep jutott az öröklésnek. Lues 39.5%-nál volt. Következteti, hogy az öröklés a paralysis fejlődésében fontos, az agyvelő „csekélyebb értékű.“

Hermann dementia paralytica egy új mozgási zavarát észlelte. Egyes izmokban villámszerű rángások léptek fel, melyeket ő myocloniásoknak tart. A bonczolási leletből kifolyólag a myoclonia centrumát az agyvelőben keresi, ugyanis subarachnoidalis cystát talált a motoros mező területén.

A gyakorló orvosra fontos kérdéssel foglalkozik a külföldiek közül Hoche, Spengler, a hazaiak közül Moravcsik professor, tudniillik a demantia paralytica korai diagnosisával. Ezen mindinkább elhatalmasodó bántalom korai felismerése a therapia, prognosis, beszámíthatóság szempontjából egyike a legfontosabbaknak. Nem könnyű feladat ez.



Mert a könnyen diagnosizálható esetekben a prognózis biztos, a therapia ott már nem segít. Nem is ezeknek felismeréséről van szó, mert itt a folyamat már előrehaladt, hanem a kezdeti stadiumról, a neurasthenia, cerebraesthesia és dementia paralytica elmosódott határainak megállapításáról. Kiváló szakemberek hosszú évi tapasztalatait nyertük Moravcsik és Hoche értekezéseiben, kellő kritikával, szabatos előadásban, kiemelve a fontosabb momentumokat, de a legesekélyebb részleteket sem elhanyagolva. A tárgy gyakorlati fontossága megkívánja, hogy hosszabbban időzzünk nála. A dementia paralytica képe az időszak folyamán megváltozott, a classikus paralysis helyébe a paralysis demens alakja lépett s kezd gyakoribbá válni. Moravcsik professor elmosódott, nem jellemzett, inkább más bántalomra (tébolyodottságra) emlékeztető esetek szaporodását is constatálja. Feltűnő még a gyógyulásnak imponáló remissiók gyakorisága. A kezdeti tünetek felismerését megnehezíti azok sokféleségén, változatoságán kívül az is, hogy teljesen megegyezők általános agyvelői izgalommal kezdődő más bántalom tüneteivel, így pl. neurastheniáéival, sőt neurasthenia lehet a paralysis kezdeti szakja. Minél műveltebb az egyén, annál könnyebben veszünk észre nála a legkisebb szellemi defectust, annál könnyebb a paralysis korai diagnosisa. A kezdeti tünetek a bántalom kitörését évekkal előzik meg, lassan fejlődnek. Az egyén gondolkodása, viselkedése, cselekvése s jelleme megváltozik. Néha testi panaszok (emésztési zavarok, neuralgiform fájdalmak) másfelé terelik a figyelmet. A szellemi működése vontatott, lassú, munkakedve csökken. Munka közben fejfájás lepi meg, szemeiben nyomást érez, fülzúgás zavarja. Gondolatait nehézséggel termeli, nem találja hamar a helyes szót. Emlékezőtehetsége gyakran eszerbenhagyja, néha csak futó pillanatra. Ezzel ellentétben ismét máskor a szellemi tehetség hirtelen fokozódását észleljük s utána vehemensen tör ki a bántalom. Jelleme korán változik meg, könnyen befolyásolható, állhatatlan, ingadozó jellemű lesz. Túlságosan bizalmas, mindent kifecsegg. Könnyen haragra lobban, de csakhamar kibékül, jóvá akar tenni mindent. Ethikai ítéletei felületesek, ezért botlásai gyakoriak. Néha paranoiás színezetű a viselkedése, gyanakodik és gyanúsít, féltékenykedik, sőt féltékenységi téves eszme lép fel nála. Máskor úgy érzi, mintha egyidőre minden megváltozott volna, képességei, tehetsége egyidőre fokozódtak volna, mindezt egész homályosan érzi. Néha álmaiban már megjelennek a nagysági téves eszmék csirái, hatalmáról, nagyságáról álmodik. Hosszabb időn át ismétlődő egynemű, magában álló hallucinatiokat is észlelhetünk. Másokat tart betegnek s nem magát (altero-aegrotismus). Állandó korai tünete a paralysisnek a kedv ok nélkül való gyors változása. Mégis a nyomott, rossz kedv a túlnyomó. Nem ilyen állandó, de azért ha jelen van, korai tünet a fejfájás, a fej üres voltának, nyomásnak, szorításnak érzete. A beteg álma különböző, néha álmatlan, máskor túlságosan aluszékony. A szervezet ellenállása csökken. Gyakran hallunk emésztési zavarokat panaszolni minden objectív lelet nélkül. A beteg arczkifejezése melázó, szemei mélyen beesettek, tekintete tétovázó, mintha megszűnnék gondolkodni. Mozgásai renyhék, lusták, ügyetlenek. Éjjeli hőemelkedések, erős salivatio, aene eruptio az arczon. Vasomotoros zavarok, gyors pirulás, elhalványodás. Mindenfelé hirtelen neuralgiás fájdalmak, paraesthesiae. Az érzékszervek részéről megemlítendő a homályos vagy kettős látás, hyperacusis, fülzúgás, szagérzések. Bőrhypaesthesia, később analgesia. A bonyolultabb működésekben, főképen az írás mechanismusában korán állnak be hibák, alakja megváltozik, rendetlen és pizkos lesz. A pupillák nagysága változó, két oldalt nem egyenlő, egy oldalt a reactio renyhe, alakjuk szabálytalan. Facialis kis fokban bénult, szótagbotlás, hibás kiejtés, nyelv és kézreszkedés, hang megcsuklása. Az arcizmokban villámszerű



gyors rángások jelentkeznek. Térdreflex változó. Mindezen tünetek évekkel megelőzhetik a bántalom tulajdonképeni kitörését. A korai tüneteknek megfelelő bonczani elváltozásokat ma még nem ismerjük. Mai tudásunkkal a paralyssnél talált patholog-anatomiai elváltozásokat nem tudjuk megmagyarázni. Az orvos feladata a kezdődő bajnál első sorban az életmód és életrend szabályozása, izgalmak elhárítása. Mérsékelt, nem kimerítő testmozgás, anticongestió kezelés, sedativumok nyújtása, tüneti kezelés. Az oppressio, anxietas érzetét legjobban csillapítja opium, codein, thebain emelkedő dosisban, kivéve congestiora hajlamosoknál, hol ártalmas. Antiluces kezeléstől eredmény nem várható.

Sommer folytatja a mozgások analysisét; a végtagok mozgásait már előbb vizsgálta, most az arcizmok mozgásaira tért át s az egyes elmebajosoknál észlelhető mimikát igyekszik rögzíteni. Így a homlok-ráncokról kormozott papíron lenyomatokat készített. Azután az egyes izmok mozgásait tanulmányozta. Vizsgálatainak kivitelére igen complicált eszközöket használ, a mi a módszer practikus hasznavehetőségét nagyon is alászállítja.

König a szembogár rendellenességeit vizsgálta hülyéknél. 11 esete közül 9 cerebralis gyermekbénulásban szenvedett, 2 simplex idiotismusban. Egy esetben csak az egyik szemén hiányzott a fényreactio, az alkalmazkodási reactio renyhe volt. Hat esetben a pupillaris reflexek mindkét szemén rendellenesek. Elmegegye gyermekeknél szerző szerint a pupillamerevség legtöbbször örökölt lues tünete.

Bruce és H. de Maine a melancholiások vérnyomását vizsgálva arra az eredményre jutottak, hogy a kezdetben jelen volt erős vérnyomás fokozatosan sülyedt, ezzel együtt a többi tünetek is változáson mentek át. Felveszik e szerint, hogy a melancholiának van acut és subacut időszaka. Az acut időszakban erősen nyomott a hangulat, nagy a nyugtalanság, élénk hallucinatiok és álmatlanság. Érverés 90—120 mm., feszes, arythmiás. Verőeres nyomás erős, 140—180 mm. Hg. Subfebrilis hőmérséklet, 37.22—39.77 C.<sup>o</sup>, vizelet mennyisége csökkent, körülbelül 885 g. p. die, húgyanyag mennyisége csekély, körülbelül 120 g. p. die. Nyomokban fehérje. Nyelv fehéren bevont. Étvágytalanság, alvadt fehérjét a gyomor nem tud megemészteni. A gyomor motoros ereje csökkent. Bőr száraz. A subacut időszakban: a hangulat javul, a nyugtalanság alább hagy, s ha hallucinatiok egyáltalán mutatkoznak, azok kevésbé élénkek. Alvás zavartalan. Érverés 70—80, puha, rythmusos. Verőeres nyomás csökkent, 120—130 mm. Hg. Hőmérséklet sohasem haladja meg a 36.9 C.<sup>o</sup>-t. Vizelet bő mennyiségű körülbelül 1236 g. p. die. Húgyanyag kiválasztása igen felszaporodott, körülbelül 258 g. p. die. Fehérje eltűnt. Nyelv tiszta, étvágy javult. Eleinte gyenge, később jó az emésztés. Bőr nyirkos, néha bő izzadás. Ebből folyik a therapia: a vérnyomás csökkentése, a húgyanyagkiválasztás fokozása, a szív működés rendezése, az emésztés és felszívódás javítása a táplálék mesterséges előkészítése által.

Mackie 100 testileg ép elmebajos vérének vizsgálván, azt találta, hogy dementia paralyticánál a haemoglobin-tartalom 87.46%. A vörsejtek az esetek felében szaporodást mutatnak, másik felében rendes számúak. Korai és maniás időszakban tipikus leukocytosist talált. Egy lázzal nem járó, hemiplegiát okozott roham után a fehér vörsejtek 9000-ről—20.000-re szaporodtak, főképen a multinuclearis leukocyták. A fehér vörsejtek alakjainak aránya változatlan volt. Epilepsiánál a haemoglobin-tartalom 89.47%, piros vörsejtek közép értékszáma 4 1/2 millio. Fehér vörsejtek több, mint az esetek felében megszáporodtak, a rohamokkal összefüggő szabályos változás nem volt kideríthető, eosinophil sejtek kevésbé felszaporodtak, de ezen viselkedés nem volt állandó.



Melancholiánál a haemoglobin-tartalom 100%-on felül, de 80%-on alul is volt. A piros vérszámok száma  $4\frac{1}{2}$  millió, a fehéreké 9890. A fehér vérszám alakok aránya normális marad, csak kevés esetben volt több lymphocytá. Maniánál a haemoglobin-tartalom 92%. A piros vérszámok száma mindig 4 millió fölül van (4.470.000). Fehér vérszámok száma 9000, szaporodásukat egyszer erős izgatottságnál, másszor intervallumban észlelte. A fehér vérszámok aránya általában normális, néhány esetben az eosinophil-sejtek azonban igen felszaporodtak. Erős masturbationnak a vér összetételére nem volt befolyása. Általában a vér összetétele elmebajoknál alig mutat eltérést a normális állapothoz képest, semmi jellemzőt nem találunk az egyes kórképekre nézve.

Legújabbban a diagnostikai vizsgáló módszerek sorába a lumbal-punctiot is felvették. Ez Schäfert arra indította, hogy lumbal-punctio útján néhány elmebajnál a cerebrospinalis folyadékot vizsgálja. Dementia paralyticánál majdnem mindig fokozott folyadéknomást talált, legtöbbször 150—380 mm. Hg. között változott, míg középértéknek 182 mm. Hg.-t talált. Dementia post apoplexiam, dementia epileptica, anoxia és idiotismus esetén a folyadék nyomás mindig kóros volt, 172—220 mm. Hg. középérték számmal. A láztalan paralytikusok cerebrospinalis folyadéka 0.75—3.5% fehérjét tartalmazott, középértékben 1.23%-ot, tehát többet a normálisnál. A folyadékfelszaporodást és a nyomás fokozódását részben az idegelemek sorvadása folytán beálló hydrops ex vacuoból, részben leptomeningitisből származó gyulladásos jellegű hydropsból származtatja. A fehérjetartalom növekedése szintén gyulladásos eredetű. Dementia post apoplexiam, dementia epileptica, anoxia és idiotismus esetén a fehérjetartalom physiologiás határok között változik. Az itt jelenlevő folyadékfelszaporodást és nyomásfokozódást tisztán hydrops ex vacuoból eredetnek tekinti. Gyulladás pedig nem lévén, a fehérjetartalom is a normalis maradt. Kjeldahl módszerével vizsgálta, néhány esetben a N.-tartalmat s azt 10 0 cm<sup>3</sup> folyadékra vonatkoztatva 0.02802—0.224 g.-nak találta. Fehérje kicsapása után N.-t kimutatni nem sikerült, tehát úgy látszik az N. csak fehérjéhez van kötve.

Elmebajosok hőmérsékleti viszonyait tanulmányozta Holm. Hallager azon állítását, hogy hysteriásokra jellemző a hónalj és a végbél hőmérséklet közötti minimalis különbség, nem találta helyesnek, mert először hysteriásoknál ugyanoly számban talált nagy, mint kis különbségeket. Másodszor pedig más elmebajoknál is talált ilyen minimalis különbséget. Ezért szerző az ilyen rendellenesen kis hőmérséklet különbséget psychopathiás symptomának tartja, mely azonban leggyakrabban hysteriásoknál észlelhető. A hysteria inkább jellemző a hőmérséklet gyors ingadozása az érbeidegzés labilitása folytán. Elmebajosoknál gyakori a hőmérséklet typus inversusa, ez is hysteria-nál a leggyakoribb, míg dementia paralyticánál igen ritka. A hőmérséklet ezen kóros viselkedése nem függ a különböző tünetektől, a hónalj és végbél hőmérséklet közötti kis különbséggel sincs összefüggésben. A baj gyógyultával a typus inversus lassan eltűnik. Szerző szerint tehát a peripheriás és centralis hőmérsékletnek egymás közötti kóros viselkedése az elmebajok hőmérséklet viszonyaira jellemző, de legfontosabb sajátága a typus inversus.

Az elmegyógyító intézetekben fellépő vérhasszerű bántalmakról értekeznek Weber és Kruse. Ezen bántalom klinikailag és aetiologiailag nem egységes. Kruse szerint három csoportba osztható: 1. Az epidémiás vérhas, mely elmegyógyító intézetekben is előfordulhat. Okozóját éppen Kruse fedezte fel. 2. Az amoeba dysenteria, a tropikus éghajlat alatt fordul elő, gyakori complicatioja a májtályog. Ilyen májtályogtól kísért dysenteriat a saar-



gemundi intézetben észleltek. 3 A paralytikusok vérhasszerű bántalma. Ez utóbbiról értekeznek főképen mindkét szerző. Klinikai lefolyását Weber következőleg írja le: Rendesen hirtelen kezdődő, heteken, félévén át tartó bő hasmenés, néha remissiók normalis consistentiájú bélsárral. Az esetek nagy száma halálos, de vajjon a bélbántalom vagy a paralysis a halálos, az bizonytalan. Bélsár híg, vizes, világossárga, ritkábban barnás, néha véres, ritkábban nyálkás, rendszeren iszonyú bűdös, máskor édeses, émelygős bűzű. Genyt, szövetczafatokat sohasem látott. Spontan vagy nyomásra fellépő fájdalmat, de főleg tenesmust nem észlelt. Hőmérséklet emelkedése csekély, prostratio nem nagy, sensorium tiszta, kis fokú meteorismus, vége felé a has behúzódt. Patholog-anatomiai lelet Kruse szerint a vastagbél diphtheritisét mutatja. Weber a következőket mondja: a vastagbél erősen belővelt, nyálkahártyája duzzadt, púpszerű kiemelkedésekkel. A submucosa helyenként vastag, világossárga réteget alkot. A nyálkahártya sötétpiros vagy piros-szürke foltokkal tarkázott, diphtheritises lepedékkel fedett, részben elhalt, piszkos-zöldesen elszínezedett. A különböző alakú és mélységű fekélyek a végbélnyílás felé nagyobbodnak. A bél izom- és savós rétege mindig ép. A bélben bőven van barnás, vizes, sohasem pusztán nyálkás-gegyes tartalom vagy bővebben vér. A mikroskopi kép a nyálkahártyában és ez alatti rétegben gömbsejtes infiltratiót mutat, a capillarisok tágulását, néha vérzésekkel, a kiemelkedő helyeken a nyirokerek és szövethézagok tágultak. A fekély alapján sűrű gömbsejtes infiltratiót vagy coagulatiós nekrosist talált. A fekély alapja borítva volt Löffler-féle alkaliás methylenkével festhető vékony bacillusokkal.

Az epidemiás vérhastól abban különbözik, hogy fellépése inkább endemiás, a betegeknek csak bizonyos csoportjára szorítkozik, az év bármely szakában lép fel, heteken, hónapokon át tartó. Hiányzik az erős kólika, tenesmus, a kevés mennyiségű gevény-nyálkás, vérrrel kevert székletétel, a lehágó vastagbél fájdalmassága. A baj aetiológiáját kutatva, szóba jöhetne valamely trophikus zavar, vagy hogy a vastagbélnek paresise folytán a benne pangó bélsár nyomási üszköt okoz, s ez hozná létre a bántalmat. De úgy Weber, mint Kruse, legvalószínűbbnek tartja az infectiosus eredetet. Bár Kruse egy esetben sem tudta kimutatni a vérhas-bacillust, talált egy más fajta bacillust, mely igen hasonlít a vérhas-bacillushoz, de vele nem azonos.

Heilbronner az elmebajosoknak saját bajukba való belátását vizsgálta. Az ide tartozó jelenségeket Pick s utána Mercklin „betegség-tudat“ néven foglalta össze, mely fogalomban a „betegségérzet“ és „betegségbelátás“ kisebb-körű fogalmait különbözteti meg. Ezen elnevezéseket szerző megtartja, de értelmüket — bár megváltoztatva — pontosabban körülírja. Betegségérzetről akkor szólunk, ha a beteg általában csak állapotának változását veszi észre, a nélkül, hogy a változás kóros voltát is felismerné. Ilyen a hypochondriás betegségérzet a progrediáló elmebajok kezdetén. Betegség-tudatról pedig akkor, ha egyrészt nem főképen — látszólagos — szervi bántalom érzetéről van szó, hanem a szellemi képességek gátoltságának érzete nyomul előtérbe, másrészt pedig hiányzik a magyarázat. A betegek minden magyarázó gondolat-fűzés nélkül következtetnek a tünetekből közvetlenül a baj psychikus voltára. Ennek legtisztább képét a melancholiánál látjuk. Betegségbelátásról végre akkor szólunk, ha a beteg nemcsak a beállott változást megérzi, továbbá nemcsak szellemi képességeinek kóros gátoltságáról szerzett tudomást, hanem a betegség egyes tüneteit is megítélni képes, s különösen mikor olyan tüneteket is kórosaknak bír felismerni, melyek közvetlenül a testi jólétet nem zavarják meg subjective érezhető módon, vagy nem csökkentik a szellemi képességeket. Betegségbelátást igen ritkán



látunk. Utóbbival foglalkozik szerző czikke további részében. Létrejöttéhez szükséges feltételek: valamely átélt, hasonló bajban szerzett tapasztalat, a bántalom könnyű foka, illetőleg kezdeti szaka. A betegségbelátás retrospective keletkezik legtöbbször. Genesisét illetőleg két módját említi. Az esetek egy részében a corrigálás, az álmokéhoz hasonlóan, hirtelen és minden észrevehető okoskodás nélkül történik. Megnehezíti a corrigálást magyarázó téves eszméknek jelentkezése. Az esetek más részében, kiválóan a hosszan tartó esetekben csak fokozatosan kezdi a beteg corrigálni téves eszméit, érzécsalódásait, míg végre azok téves voltát belátja. Tehát ugyanúgy történik, a hogy az ép elméjű corrigálja tévedéseit. Néha azonban megtörténik, hogy a corrigálás csak bizonyos fokig halad előre, nem válik teljessé. A téves eszméknek egy része megmarad (paranoische Stadien Wernicke, Residualwahn Neisser), abba belátást nem nyer a beteg. Az ide tartozó esetek egyik csoportja azonban csak fejlődési szaka valamely progrediáló elmebajnak, míg más esetek semmi progressiot nem mutatnak s biztosan megállapított acut esetekből fejlődnek. Oka úgy látszik a beteg egyéniségében rejlik, mert nincs elmebaj, mely rendszerint így végződne. Az egyéni okok közül Kraepelin az elmegyengeséget említi mint olyant, mely a corrigálást gátolja. Ezt szerző nem fogadja el, mert imbecillis egyéneknél is talált betegségbelátást. Wernicke a teljes corrigálás lehetetlenségét különös egyéni dispositioban keresi, mely paranoiás felfogásra hajlamosít. Ezt sem találta teljesen kielégítő magyarázatnak, a mennyiben paranoiában szenvedők acut exacerbatiókba belátást tanúsítanak. Eseteiben ilyen paranoiás dispositiot nem is talált. Wernickenek csak annyiban ad igazat, a mennyiben a betegségbelátás elmaradásához kóros tényezők hozzájárulása nem szükséges. Magyarázatul elégségesnek tartja, hogy a beteg érdeklődését ne a tartalmi elváltozás tartsa fogva és a téves eszme tartalma egybevágó legyen az ép gondolatmenettel. Phantastikus téves eszméket sohasem látott állandósulni. Törvényszéki orvosi szempontból az ilyen residualis téves eszmék nem zárják ki a beszámíthatóságot. A gondnokság alá helyezett ily esetben feloldható alóla, ha a megmaradt téves eszmék gondolkodására és tetteire hatással nincsenek. Ily residualis téveszmék diagnosizálásához szükségesnek tartja a szerző, hogy a beteg, ki téves eszméit spontán nem nyilváníti, azokat kérdezőzködésünkre tartózkodás nélkül előadja. Ha szabadkozik, kitér és dissimulál, nagy a gyanú, hogy az elmezavar még mindig fennáll, sőt tovább fejlődhetik. Másodszor a vonatkoztatási téves eszmének nyoma se legyen, főképp ebben különbözik a paranoiától.

Schüle a katatonia klinikájával foglalkozik közelebből. A katatoniat ma már Kraepelin is a dementia praecox egyik megjelenési alakjaként írja le. A katatonias dementia nem hirtelen elbutulás, hanem a corticopsychikus gátlás különös formája, hol nem az elmegyengeség a fő. hanem az a paranoiás és stuporos állapot, mely mellett ez a degeneratív folyamat lezajlik. A katatonias állapot elég gyakran biztos gyógyulásra vezet. A katatonia symptomatológiája még kevésbé ismeretes. A katatonias tünetesoport megjelenhet, mint önálló kórforma, de lehet valamely más bántalom részlettünete is. Így ismert részlettünete a dementia paralytikának, a paranoianak, az időszakos maniának, időszakos stupornak. A melancholia attonitának a dementia praecoxhoz való csatlakozását szerző nem fogadja el, továbbra is a melancholiához sorolandó. A katatonias tünetesoport vagy direct s egyszer jelentkezik rövidebb-hosszabb tartammal a kórkép folyamán vagy szabálytalan időközökben ismétlődhetik. Meglepő a főtünetek változatossága, azoknak különböző combinatioja és kifejlődése. A „valódi katatoniaiak”-nál a katatonias tünetesoport önállóan jelentkezik, a bántalom elejétől végéig tartó; ezek



acut primaer dementiaiák negativismussal, motoros és muscularis tünetekkel. Lefolyásuk subacut vagy chronikus, egyszerű vagy cyclikus, mely primaer dementiaiához vezet s gyógyulással vagy végleges elbutulással végződik.

Bertschinger az elbutuláshoz vezető elmebajokról, kiválóan a dementia praecoxról értekezik 344 eset kapcsán. Vizsgálatainak eredménye, hogy a paranoia, maniás-depressios bántalmak és az involutios melancholiák kizárásával a többi elmebaj végződését három csoportba lehet osztani: egyszerű elbutulás, azután psychomotoros kiesési vagy izgalmi tünetekkel kapcsolatos elbutulás s végre paranoid jellemű elbutulás. Legtöbbnyire vegyül a három csoport. Az első és harmadik csoportban az elbutulás kisebb fokú, míg a másodikban nagyobb fokú szokott lenni. A nők száma túlnyomó. A második csoport a leggyakoribb, az ide tartozó esetek száma a legnagyobb. Az öröklés igen fontos s mindhárom csoportnál egyforma szerepet játszik. A bántalom fellépési ideje nem igen függ a kortól, férfiaknál a 20–35. életév szerepel főképen, nőknél a 30–40 év. Egyik aetiologiai tényező sem alakítja jellemzően a bántalmat. Psychikus rázkódtatások itt-ott alkalmi ok gyanánt valóban szerepelhetnek. A bántalom kezdete az elmebaj minden alakját tüntetheti fel, de azért ritka a tiszta mania és melancholia. Az egyszerű elbutulás többnyire chronikusan jelentkezik, a katatonias dementia túlnyomólag acute kezdődik, a harmadik csoportban minél tisztább a paranoid jellemvonás, annál inkább chronikus a bántalom kezdete. Intercurrens javulás, sőt teljes gyógyulás az első és második csoportban gyakori.

Ranschburg a normális, ideges és elmebajos egyének azon képességét vizsgálta, vajjon mit és mennyire képesek valamit megjegyezni, újra felismerni és reprodukálni, tehát szóval az emlékezőképességüket. Ezt szerző ismert módszerével eszközölte. Külön vette figyelembe az emlékező tehetség terjedelmét és külön annak biztonságát. Eredményképen azt találta, hogy míg a tanultság az emlékezet terjedelmét növeli, addig annak biztonsága bizonyos irányban élesedik csak, míg más irányban csökken. Érett korban az emlékezet terjedelme és biztonsága a legnagyobb. Idegeseknél mindkettő hanyatlik, azonfelül kóros kifáradás, lassú reproductio jellemző. Dementia paralyticánál a kifáradás subjectiv vagy objectiv megnyilatkozása hiányzik, az emlékezet terjedelme és biztonsága nagy fokban csökkent. A foglalkozás a vele járó fogalmak, emlékképek tekintetében erősíti az emlékezetet, s ezért azok sokáig élnek túl a többi fogalmakat.

Pilcz az időszakos elmebajokról közöl igen szép tanulmányt. Első sorban tisztázza az időszakos elmebajok fogalmát, melyet következőkép határoz meg: időszakos elmebaj alatt kizárólag azon kórformák értendők, hol az egyes attackeok ismert külső ok hijján sajátos megjelenési módjukban szabályos időszakokban ismétlődnek. Tehát Kraepelin szemből Hitzig meghatározását fogadja el. Azután az időszakos elmebajok fogalmának a történelmi fejlődését nyújtja. Kirn (1878) óta ilyen összefoglaló munkát nem végzett senki. Az időszakos elmebajok gyakoriságáról szerző nem nyilatkozik, de mint figyelemre méltót idézi Pick azon állítását, hogy a circularis elmebajok szaporodnak. Leginkább a pubertas éveiben fordul elő, azután a senilis involutio, klimakterium idejében. Gyermekekben ritka. Főképen a női nemnél fordul elő, a mania periodica azonban gyakoribb férfiaknál. Feltűnő a zsidó betegek nagy száma. Igen fontos szerepet játszik az öröklés. Koponyatrauma után elég gyakori, régi agyvelői hegesedések is okozhatják. A szerzett ok folytán támadt periodikus elmebaj rendszeren elme gyengességgel végződik, míg az öröklött degenerativ periodusos elmebajnál az értelmi képesség érintetlen.



Mint aetiologiai momentum szerepelhet még a havi baj, a női ivarszervek bántalma, neuralgiák, súlyos szervi bajok, acut lázas megbetegedések, psychikus trauma, a nő nemi élete (szülés, puerperium, klimakterium) s legvégül alkohol. Azután áttér az egyes kórformákra, tárgyalja a circularis elme zavart, a mania periodicát, melancholia periodicát, időszakos deliráló zavartsági állapotokat, másodlagos időszakos elmebajokat. Áttér az időszakos elmebajban szenvedő testi bántalmaira s az elmebaj folyamán fellépő testi megbetegedés befolyására az elmebaj lezajlására. Más elmebajjal való kombinálást is említ. A patholog. anatomia lelet leg-többször negatív vagy éppen nem jellemző. Végül igen bő irodalmi tájékoztatást esatol.

Kellner a transitorikus postepilepsiás elmezavarodottságot vizsgálta 137 epilepsián. Eseteit 4 csoportra osztotta: 1. szellemileg normális epilepsiások; 2. az imbecillitás fokán álló, még képezhető epilepsiások; 3. ép érzékekkel, csekély ismeretekkel bíró s csak mechanikus munkára használható epilepsiások; 4. stuporos, legalacsonyabb fokon álló epilepsiások. Az első csoportban 85%-nál, a másodikban 81%-nál, a harmadikban 75%-nál s a negyedikben 50%-nál mutatkozott postepilepsiás elmezavarodottság. Az első csoportban igen enyhe alakban jelentkezett, rövid ideig tartó ködös állapotok zavarodottsággal, tájékoztatlanság, amnesia. A második csoportban tájékoztatlanság nyugtalansággal, mászkálással, ködös állapotok, hallucinációk és ezekből folyó ellenkezés, beszédzavar, tehát szintén enyhébb fokú alakban. A harmadik csoportban az elmezavarodottság súlyosabb jelleget ölt, itt jelentkezik először a dühöngés, furibund deliriumok, a ködös állapotok, a comához hasonló, nagyfokú gyengeségtől, tisztátalanságtól kísérték. Súlyos beszédzavarok, amnesiák. A negyedik csoportban a súlyos dementiában leledző epilepsiásoknak felénél az elmezavarodottságot félelem, nyugtalanság és ebből származó ellenkezés és közveszélyesség jellemzi. Látható ebből az is, hogy a szellemi képességek hanyatlásával a nyugtalansággal járó elmezavarodottság szaporodik. Nagy fokban közveszélyes egyént csak a negyedik csoportban látott a szerző.

Az elmebajok therapiája terén főleg az epilepsia gyógyításáról irtak többen. Laudenheimer a chlor- és brom-anyagcserét vizsgálta közelebbről. Azt találta, hogy sokkal kevesebb bromsót választ ki a szervezet, mint a mennyit felvesz. A bromsó egy részét a szervezet visszatartja, benne felhalmozódik. Csak hetek múlva választ ki a szervezet annyi bromsót, mint a mennyit felvett. A felhalmozódó bromsó mennyisége egyénileg változó. A nyirok az a hely, hol a bromsók főleg halmozódnak. A brom antiepilepsiás hatása a felhalmozott bromsó mennyiségétől függ. Kis mennyiségű bromsó bevétele mellett is sok bromsót tarthat vissza a szervezet és viszont, ezért változik az epilepsiás roham megszüntetésére szükséges brommennyiség annyira egyénileg. A bromsók eleinte a folyadékcsere fokozzák, a mi mellett a szervezet több Na Cl-t is veszít. Később vagy helyreáll az egyensúly, vagy a folyadékkiválasztás csökken, a húgy sói s velük bromsók is visszatartatnak. Utóbbi esetben a bromismus lép fel. Szegényvérűek, senyvesek vérük csekély chlorid tartalmánál fogva sok bromot fognak felhalmozni, ezért korán lép fel náluk a bromismus. A szervetlen bromsókat Na Cl-dal a szervezetből ki lehet űzni, míg a szerves bromsókat (bromipin) nem. Bromipin adagolásnál a visszatartott brom mennyisége nagyobb mint bromsóknál, de gyógyító hatása csekélyebb. Bromismus ellen igen jó szolgálatot tesz szegényvérűeknél, senyveseknél a konyhasó adagolása, más esetekben pedig húgyhajtók alkalmazandók, főleg digitalis. A többi anyagcserét a bromsók használata alig változtatja meg.



Toulouse és Richet nemrég azt javasolták, hogy epilepsiásoknak chlortalonát mellett kell a bromsókát nyújtani, mert ilyenkor a szervezet a bromsók hatása iránt fogékonyabb, miért is esekélyebb adagokra is van szükségünk. Idevágó kísérleteiről referál Enke (Helmstädt). Azt tapasztalta, hogy a bromsók ilyen adagolása mellett a rohamok szaporodnak, a bromismus a kisebb adagolásnál fogva kevésbé fenyeget, a testsúly, érverés és hőmérséklet nem változik. Ha ismét chloridokat kap a szervezet, a rohamok nem szaporodnak. Így szerző csak rossz hatását látta a kísérletezésnek, inkább a szigorúan dietetikus táplálkozást és nagy bromadagok nyújtását ajánlja. A Bechterew-féle kezeléstől nem sok eredményt látott Biró, jobbat a Flechsig-féle kezeléssel kapott, de mindkettőnél is jobbat ért el az egyszerű bromkezeléssel. A bromalinnal Kollarits határozott rossz eredményeket kapott, használata hússzszorta drágább a bromkaliuménál, a bromismust sem akadályozza meg. A bromipinnel kísérletezett Lorenz, alig ért el jobb eredményt, mint az egyszerű bromkezeléssel, legfeljebb a psychikus tünetek javulása említhető meg.

Az iszákosság ellen való küzdelemben már a nagy közönség is támogatja az orvosokat. A mult évi antialkohol congressuson a legtöbb európai hatalom képviselője is megjelent, a hallgatóságban a laikus értelmiség nagy számmal volt képviselve. Az előadók nagy tömege az alkohol káros hatását minden oldalról törekedett megvilágítani. Láttuk annak egészségi, ethikai, socialis és nemzetgazdasági pusztításait, rombolásait feltárni s valamennyien ezen mindinkább fenyegető veszedelem ellen való küzdelemre serkentettek. A teljes abstinencia ellen és mellett szóltak. Igen helyesen világítja meg az abstinencia kérdését Benedikt a congressus ideje előtt írt soraiban, midőn csak azoknak enged meg a hozzászólást, kik a bonczolóasztal mellett, elmegyógyító intézetben vagy a börtönökben szereztek tapasztalataikat. Az alkoholismus csak symptoma, s ezért nem az ivást, hanem a túlságos ivás okait kell kiirtani. Ilyenek a társadalmi viszonyok mostohaságai, melyeknek javításával többet érünk el, mint bármí mással. „Ha az alkohol ma eltűnnék az emberi életből, úgy azt újra kellene visszaszerezni.“

Az iszákosok kezeléséről ír Colla; egyes egyedül a teljes alkohol elvonást tartja czélhoz vezetőnek. Az elvonás folytán sohasem látott deliriumot fellépni. Az elvonás mellett langyos fürdők és trional adagolása ajánlatos. Mindez külön csak erre a czélra épített intézetekben érhető el, melyekben a személyzet is abstinens legyen. A beteget arra kell bírni, hogy saját meggyőződéséből, nem pedig csak kényszer folytán tartózkodjék az ivástól.

Az izgalomeszillapító szerek számát a gyárak versengése folyton szaporítja. A legtöbb közülök rövid élet után pihenni tér, míg mások nélkülözhetetlen kincsünké válnak. Így ismeretes a hyoscine kiténő eszillapító hatása paralytikusoknál. Meyer 0.5 mg. hyoscine amentia post partum gyógyulását észlelte, ugyanő időszakos mania egy esetében 0.8 mg. hyoscine nyújtott, mire 14 nap mulva gyógyulás állott be. Főleg a házi orvosnak alkalmas a hyoscine olyan esetekben, midőn az intézetbe való elhelyezést kerülni óhajtja. 1 mg.-nál nagyobb adagokra soha sincs szükség. Szívbántalmaknál és érbajoknál contraindikált.

D'Ormea a hedonalt tette behatóbb vizsgálat tárgyává, vizsgálta az érverésre, hőmérsékletre s lélekzésre való hatását. A hőmérséklet 1 gm.-on felüli adagokra néhány tized foknyi esökkenést mutatott, igen ritkán kisfokú emelkedést. A pulsus szabályos és rythmusos maradt, száma eleinte szapora, csakhamar azonban 2—10 veréssel gyérül másodpercenként. A lélegzés száma gyakrabban esökken, mint szaporodott. Ezen sedativ hatásokat a vizes-alkoholos oldat jobban létesíti, mint



a poralakú orvosság. Másféle melléktünetek hiányoztak. Az álomhoz hatás könnyű álmatlanságnál már grammos adag után következett be, míg nagy nyugtalanságnál és esőkönyös álmatlanságnál már  $1\frac{1}{2}$  gm volt szükséges a hatás elérésére. Az álom hossza  $5\frac{1}{4}$  óra volt közép-számitással. Baj, hogy könnyű a szer megszokása. Hedonal solutio általában jobb eredményeket adott. A létrejött álom csöndes és a természeteshez hasonló volt. A bizonyosan bekövetkező hatás és teljes ártalmatlanság miatt szerző a hedonalnak szószólója.

Stöckle szintén a hedonalról közli tapasztalatait. Elmebajosok kiskokú nyugtalanságánál csak 2—4 gm.-tól látott csillapodást, míg nagyobb fokú nyugtalanság esetén még 4 gm. sem hatott bizonyosan. 4 gm. hedonal után albuminuriát látott fellépni, mely az adagolás megszüntetésével eltűnt, míg újból való adagolásra ismét albuminuria lépett fel. Az előadáshoz hozzászóltott Stamm, ki megemlíti, hogy hedonalra a vérnyomás nem emelkedik, míg Berkhan élénk álmodást tapasztalt hedonal után.

Igen élénk vitára adott alkalmat a párisi congressuson az azóta elhunyt nagynevű orosz tudósnak, Korsakownak előadása az acut elmebajok ágyban való kezeléséről és ennek átalakító hatásáról az elmebajosok kórházainak berendezésére. Az ágyban való kezelést már Guislain (1852) ajánlotta. Az ágyban való kezelés egyik legnagyobb áldása, hogy az isoláló helyiségek használatát csak a legszükségesebb esetben teszi szükségessé. Lényeges annak pontos meghatározása, hogy a beteg mennyi időt töltsön az ágyban, mennyit sétálással és foglalkozással. A beteget nem kell kényszeríteni, hogy az ágyba fektüdjék, inkább az orvosnak és az ápoló személyzetnek suggestív kell rá hatni, hogy mintegy önként lefeküdjék. Legjobb, ha több beteg fekszik egy teremben, de szükség esetén egyes szobában is alkalmazható. Jó oldala az ágyban való kezelésnek a nagyobb rend, a betegnek nagyobb biztonsága, könnyebb ellátása, rendszeres klinikai megfigyelése, az isoláló helyiségek használaton kívül helyezése. A betegségek izgalmi állapotai enyhébben folynak le, a halandóság a súlyosabb acut elmebajoknál feltűnően csökken. Össze lehet kapcsolni más kipróbált kezelési móddal, így a betegek rendszeres foglalkoztatásával stb. Minden egyes esetben az ágyban fekvés indicatioja naponként újra megállapítandó. Persze az indicatio csak pontos megfigyelés alapján tehető, az itt észlelt hibák körül még sok a felderíteni való. A tapasztalati úton szerzett indicatioik és contraindicatioik egyes határozott tünetektől függők. Az ágyban való kezelés indicatiojára legfontosabb tünet az izgalmi állapot. A nyugalmas fekvés igen kitűnő csillapító szere az izgatottságnak. De igen hosszú fekvés megint nem ajánlatos, kiválóan apathiás, aluszékony, szegényvérű betegeknek. Minden acut bántalom alkalmas ágyban való kezelésre, főképen mania, delirium tremens, hallucinatorikus zavarodottság, melancholia. Vitalis az indicatio fertőző bántalom és kimerülés esetén. Néha a kezelés kivitele igen nehéz, máskor könnyű. Nyugodt chronikus beteget nem kell ágyban kezelni. Az ágyban való kezelés intézeti szabály legyen. A felkelés és fenmaradás csak orvosi rendeletre történhetik.

Neisser hozzászólásában az intézet minden betegére kívánja az ágyban való kezelés szabályát alkalmazni, tekintet nélkül a bántalom acut vagy chronikus, gyógyuló vagy gyógyíthatatlan voltára, sőt kiemeli, hogy bizonyos paranoiásoknál is. A megfigyelő osztály elkülönítendő a többi ágyban kezeltétől. Az ágyban való kezelés nem valami specifikus gyógyító mód, hanem az egész orvoslásnak egyik segítő tényezője. Az ágyban való kezelés az agyvelőnek nyugalmat biztosít, miért is első sorban az acut esetek szorulnak rá. De hogy chronikus bajoknál



sem felesleges, ezt szólónak paralytikusoknál elért eredményei mutatják, kiknél a rohamok száma és súlyossága csökkent. Szerinte olcsóbb is, mint a régi kezelés.

Morel szintén hozzászól és hangsúlyozza, hogy az ágyban való kezelés csak a pszichiátriában járatos orvosok, jól begyakorlott személyzet mellett és alkalmas épületekben lehetséges. Miért is szükséges és fontos, hogy minden egyetemen elme-kórtani klinika állíttassék. A ki elmeorvos akar lenni, szerezzen külön diplomát, a ki intézeti orvos akar lenni, tegyen külön vizsgálatot. Az elmebajosokról szóló törvénynek ezeket pontosabban kell meghatározni, kiváltképen intézeti igazgató vagy főorvos csak az lehessen, ki több éven át segédorvos volt. Az összes orvosok lakása az intézetben legyen, az intézeti laboratóriumok rendelkezésükre kell hogy álljanak. Az ápoló személyzet képzése külföldön az utolsó 25 esztendőben nagyot haladt. Ma már külön képzést nyerne, vizsgáznok kell, miről oklevelet kapnak. Az ilyen okleveles ápolók előnyben részesítendőek, kényelmes lakással birjanak, betegség, baleset esetén gondoskodni kell róluk, nyugalomdíjat kell kapniok.

Moeli az elmebajosok családi kezeléséről referál. A kezelés lehet háromféle: 1. a kezelés pusztán a családoknál történik, minden intézet nélkül; 2. a hol a családoknál való elhelyezés kisebb középponti intézet körül csoportosul; 3. a hol a családi kezelés csak nagy elmeegógyító intézetekkel kapcsolatban van berendezve. Jó oldala, hogy a beteg foglalkozása változatosabb és önállóbb lehet, egyéni sajátosságai tekintetbe vehetők, munkaképességének visszanyerését elősegíthetjük és megkönnyítjük neki a szabadon bocsátás után való megszokást.









