

KÖZLÉS A KÖLOZSVÁRI M. KIR. FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNY-  
EGYETEM IDEG- ÉS ELMEGYÓGYÁSZATI KLINIKÁJÁRÓL.

Igazgató: LECHNER KÁROLY dr. ny. r. tanár.

A patelláris reflex megjelenése  
izomsorvadásos „Tabes dorsalis“ előrehaladt  
stádiumában.\*

Írta: SZABÓ JÓZSEF dr. I. tanársegéd.

Tabes dorsalis előrehaladt stádiumában nem ritkán, az eseteknek majdnem egyötödében DEJERINE szerint, izomsorvadás lép fel, a mely inkább a felső végtagok izomzatát támadja meg és olyan kórképet hoz létre, a mely az izmok megfogyatkozását illetően a DUCHENNE—ARAN typusú progressiós amyotrophiához hasonló. A felső végtagokon a kis kézizmok szoktak leginkább sorvadni. A sorvadás az alsó végtagokon is fellép, hol a lábikra-izomzat fogyatkozik meg leginkább. Ilyen izomsorvadással járó tabes-eset meglehetősen nagy számmal közöltetett. Behatóbban foglalkozik ezen esetek tünettanával és kórszövettanával LAPINSKY, a ki az izomsorvadásnak két csoportját különbözteti meg, a mely két csoport klinikai tünetekben és kórszövetteni lelete által is jól felismerhető. Az esetek nagy részében az izomsorvadás a DUCHENNE—ARAN typust mutatja, fibrilláris rángásokkal jár, nem szigorúan symmetriás a két testfélen, a sorvadt izmokban csak partialis elfajulásos reakció van; továbbá az atrophia okozza a paraesist, illetve paralyssist. Ilyen esetekben a kórtünetek alapját tevő kórszövetteni elvál-

\* Előadatott az E. M.-E. orvostudományi szakosztályának 1912 márcz. 2.-án tartott szakülésén.

tozás a gerincezvelő mellső szarvaiban székel, hol valószínűleg a véredények megbetegedése folytán az izmok trophicus centrumait képező ganglionsejtek fokozatosan elsorvadnak. Az esetek második csoportjában a bénulás előbb a nervus peroneus területén lép fel, onnan terjed tovább az alsó végtag izomzatára; a bénulást atrophia követi, fibrilláris rángás nincs, a bénulás és atrophia szigorúan symmetriás elrendeződésű. Ezen kóros tünetek progressió, chronicus neuritis következményei.

COLLIUS a peripheriás neuritist tartja minden esetben fontosnak a tabeses izomatrophianál és nem a mellső szarvak affectióját. A peripheriás neuritis mellett két szövettanilag átvizsgált esetében az a. spinalis anteriornak a mellső szarvakhoz vezető ágait thrombotisálva találta, tehát a mellső szarvak is táplálkozásukban szenvedtek és e miatt atrophisáltak.

Az edénymegbetegedésnek fontos szerepet tulajdonít LAPINSKY is, ki a mellső szarvak atrophiját szintén erre vezeti vissza. LAPINSKY vizsgálatánál úgy találta, hogy nemesak a mellső szarvak, hanem a pyramispályák területén is léphet fel vérmegbetegedés következtében atrophia.

Miután izomsorvadások előrehaladt tabes dorsalishez szoktak csatlakozni, természetes, hogy ilyen esetekben a patellaris reflex mindig hiányzott; legalább az irodalomban nem találtam olyan közleményt, a mely a patellaris reflex fellépését ilyen esetekben említené. Ezért az általunk észlelt eset eddigelő tudomásom szerint első ilyen észlelet lenne, miért is érdemesnek tartom annak részletes ismertetését.

44 éves férfitbeteg atyja 45 éves korban tüdőgyulladásban, anyja 70 éves korban bélrákban halt el. Anyai nagyatya potator volt. 11. testvére közül 5 elhalt előtte ismeretlen bajban; két testvére 36 éves korban megsüketült, egy élő nőtestvére elmebeteg.

A beteg körülbelől 20 éves korában kemény fekélyt kapott; ezután lágyékmirigyei is megduzzadtak. Kenő kurát nem végzett. Lues egyéb tünetére nem emlékszik. 31 éves korban meg-nősült. Neje egészséges. Három gyermekük született; egy jelenleg is élő egészséges fiú; második gyermekük 1/2 éves korban bélhurutban elhalt; harmadik él és egészséges.

Körülbelől 10 év előtt vette észre, hogy a járás neheze

esik, nem tud oda lépni, a hova akar, nem tud szaladni. 1905 januáriusában már csak bottal tudott járni; ugyanazon év nyarán felvétette magát Budapesten a JENDRASSIK tanár klinikájára.

Beteg ekkor már legyengült, lesoványodott volt, széke csak hajtóra volt, vizelnie ritkán kellett. Az alsó végtagok izomzata megfogyatkozott és igen petyhüdt volt, míg a törzs és a felső végtagok izomzata rendes. Alsó végtagokban paraesisek voltak és az alsó végtagok nagyon ataxiások. Jární, állani nem tudott. Jobb pupilla szűkebb volt a balnál, fényre renyhén, alkalmazkodásra jól reagáltak. Triceps, *Patella* és Achilles inreflex nem volt kiváltható, valamint a has- és cremasterreflex sem. A bal hypochondrium és az ágyéki gerincoszlop táján voltak fájdalmai. A processus xiphoidestól a csípőtányérokig terjedő szélességű övben anaesthesia és hideg iránt túlérzékenység. A lábszárakon hyperaesthesia. Az alsó végtagok helyzetérzése nagyon csökkent. Beteg 1906 nyarán hazament. Ott hon egy ideig jobban volt. Állni és botra támaszkodva járni is tudott. Lassanként alsó végtagjai mindinkább megfogytak, gyengültek. Lesoványodott, elerőtlenedett. Vizelni nem tudott, e miatt kathéterezték és súlyos hólyaghurutot kapott. 1912 februárius 12.-én vettük fel a kolozsvári ideg- és elmegyógyászati klinikára. Beteg ekkor sem állani, sem járni nem tudott már. Fel-tűnő volt első tekintetre is az alsó végtagok izomzatának nagymérvű megfogyatkozása. A lábak mind a két oldalt equinovarus tartásban. A láb izomzata nagyon sorvadtt, úgyszintén a lábszár izomzata is; kisebb mértékű, de jól kifejezett sorvadást mutat a czomb izomzata is, mely úgy a hajlítókban, mint az adductorokban egyenlő; a feszítők kevésbbé sorvadtak. A medenceövszintén sorvadtt; felülni alig tud. Ülésnél erős lordosis az ágyéki gerincoszlopon, olyan, mint a dystrophia musculorumban szenvedőknél. Az alsó végtagon az izomzat kevés fibrilláris rángást mutat, inkább csak lehüléskor. Az alsó végtagon csak némi lábszár feszítés; a csípőizületben a mozgások lehetségesek; ezek is igen gyöngék és kismérvűek, különben az alsó végtag active nem mozgatható. A n. peroneus részéről electromos ingerléssel rángást kiváltani nem lehet; úgyszintén a n. peroneus által ellátott izomzatban musculodirect ingerlésnél sem lehet sem-

miképpen rángást kiváltani. A n. tibialis felől neurodirect ingerlésnél csak igen erős galvános árammal lehet anódzárási és anódnítási rángást kapni. A m. soleus, gastrocnemius is musculodirecte csak erős galvános árammal ingerelhető az anóddal. A láb izomzata részéről rángást alig lehet elérni. A n. cruralis és a n. obturatorius, n. ischiadicus úgy farados, mint galvános árammal ingerelhető. A rángások azonban lassúak, féregszerűek. A m. quadriceps femoris, az adductorok, a flexorok részéről szintén lehet rángást kapni, csak ezek is nagyobb áramerősséget igényelnek, lassúak, féregszerűek. Hasonlóan partialis elfajulásos reactió van a medenceövé és a has izomzatában is.

A bal felső végtagon úgy a nagyujj-párna, mint a kisujj-párna izomzata és csontközötti izmok sorvadtak, petyhüdtek. Az activ mozgások paretikusak. Sorvadt a felkar izomzata, továbbá különösen a m. deltoideus és a mm. pectorales; ezekben élénk fibrilláris rángás tűnik fel. A villamos ingerlés: csak a kisujj-párna, a nagyujj-párna és a csontközötti izmok ingerlése mutat partiális elfajulásos reactiót. Neurodirecte az izmok elég jól ingerelhetők. Partiális elfajulásos reactió van a m. pectoralis és a deltoideusban is. Jobb oldalt inkább csak a nagyujj-párna sorvadtabb, a kisujj-párna kevésbé. Továbbá itt is a m. pectoralis és a deltoideus, de a supra- és infraspinatus is; azonban ezen sorvadás kisebbfokú, mint a baloldali sorvadt izmoké. Élénk fibrilláris rángás jelentkezik itt is. Az atrophias izmokban partiális elfajulásos reactió mutatható ki. A végtag mozgásai, az atrophiaknak megfelelően, paretikusok. Achilles inreflex nem váltható ki. *Patellaris reflex elég élénk*; keresztezett adductor reflex (P. Marie). Felső végtagokon inreflexek nem válthatók ki. Talpi reflex nem váltható ki. Cremaster hasi reflex nincs. Pupillák szűkek, egyenlők, szabálytalanok. Absolut fénymerevek; alkalmazkodásra sem reagálnak.

Helyzet- és passiv mozgásérzés alsó végtagokban jóformán nincs, felső végtagokban kissé csökkent. Alsó végtagok még paretikusan kivihető mozgásai nagyon ataxiások. A felső végtagokban kis fokú ataxia. Alsó végtagokban, körülbelül a lábszár felső harmadáig, nagyfokú taktilis hypaesthesia, majdnem anaesthesia. Érintés-érzés mindkét kézen is csökkentebb. Általában

a törzsön is, majdnem a II. dorsalis segmentum beidegezési területének határáig, csökkent az érintés-érzés, bár kisebb fokban. Alsó végtagokon a térdizületig nagyfokú hypalgesia, fájdalomvezetés nagyon meglássubbodott. Körülbelül ugyanezen magasságig kisebb fokú thermohypaesthesia. Csak nagyobb hőkülönbségeket ismer fel helyesen. A törzsön a processus xiphoides magasságától a csípőtányérokig övszerű terület, melyen hideggel való érintés nagyon kellemetlen.

Agyidegek funkciói, a pupilláktól eltekintve, épek. Szemmozgások szabadok. Látó-tér normális. Szemfenekék épek.

Cystitis. Vizelése nehezen indul, sokszor van vizeléscsöpöge. Széke csak erős hajtókra van. Erectiói nincsenek. Impotentia coeundi 2 év óta.

Néha lancináló fájdalmai vannak, de nem hevesek, egy ízben észleltünk nála gastricus crisis. Eddig crisis nem volt.

További szervek részéről lényegesebb eltérés nincs.

WASSERMANN reactió úgy vérsavóval, mint a cerebroszinális folyadékkal, negativ. Nonne-Apelt kémlésnél a liquor csak kissé zavarodik. Cytologiai vizsgálatnál a lymphocyták mérsékelten megsaporodtak.

A beteg 6 évvel ezelőtt a budapesti klinikán egészen tipusos, közönséges tabes dorsalis tüneteit mutatta. Feltűnőbb csak az, hogy az alsó végtagokban már ekkor paresis és izomsorvadás találtatott. Mikor a beteg észlelésünk alá került, az első megtekintésnél neuralis progressiós izomatropia képére emlékeztetett; annyira előtérben voltak az izomsorvadás tünetei. Érdekes, hogy ezen súlyos izomatropia az alsó végtagokon LAPINSKY neuritisen alapuló izomatropiájának a tüneteit mutatja: szigorúan symmetriás, a paresis nagyobb fokú, mint az atrophiból következne, (a ezombon) fibrilláris rángást csak lehülésnél mutat; kifejezett elfajulásos reactiók a legsorvadtabb izmokban. E mellett a sorvadttal fölött a bőrérzés is olyan zavarokat mutat, mint a milyenek peripheriás idegbántalomnál vannak; tactilis hypaesthesia, a localisatio hiánya, közepes hővel szemben hypaesthesia. Természetes, hogy az érzés-zavarok nagy részben a tabes dorsalis alapját tevő kórboneztani elváltozásokra vezethetők vissza.

A felső végtagokon az atrophia DUCHENNE—ARAN típusú.

Ez későbbben lépett fel a beteg bemondása szerint és a processus kevésbbé előrehaladt voltából következtethetően is, mint az alsó végtagok atrophijája. Itt igen élénk fibrilláris rángás, nem szigorúan symmetriás elrendeződés, partiális elfajulásos reactio, vagy az elfajulásos reactio hiánya, a paresisnek az atrophia fokától függő volta, a mellső szarvak idegsejtjeinek affectiójára enged következtetni.

Tehát ugyanazon tabesos betegnél az alsó végtagok izomatrophijája chronicus neuritisre, a később fellépő DUCHENNE—ARAN typushoz hasonló elrendeződésű izomatrophia a felső végtagokon, az intumescencia cervicalis mellső szarvainak az atrophijájára lenne visszavezethető.

Ha ezt figyelembe vesszük, elég könnyen érthető a patelláris reflex fellépése tabes dorsalis ezen előrehaladt esetében. Régebben észlelték már, hogy ha tabesben szenvedő beteget hemiplegia ér, a hemiplegia folytán bénult oldalon a patellaris reflex ismét megjelenik. Ezen tünet abból magyarázható, hogy a pyramis pályák hemiplegia esetén a capsula internában laesiót szenvedtek; ennek folytán a bénult oldalon az inreflexek általában fokozottak lesznek, az izomtónus is fokozódik: így az azelőtt ki nem váltható patelláris reflex, az általános inreflex fokozódás következtében, ismét fellép. DONÁTH észlelte hemiplegia nélkül is, hogy egy esetben a patellaris reflex ismét fellépett és huzamosabb időn át kiváltható is maradt. Azonban az ő esetében nagyfokú remissiót mutatott az egész betegség. Ezen eset az általunk észlelttel nem hozható analogiába.

*Mi a patelláris reflex fellépését, sőt fokozódását az által magyarázzuk, hogy az intumescencia cervicalis mellső szarvaiban kimutatható, valószínűleg vérérmegbetegedésen alapuló atrophia itt a pyramis pályákra is mindkét oldalon reáterjedt.*

A pyramis pályák ezen magasságban való laesiója pedig az alsó végtagok inreflexeinek fokozódását vonja maga után. Az Achilles-inreflexnél szereplő izmok, továbbá a talpflexnél összehúzó izmok már nagyon elsorvadtak; ezen reflexek tehát nem jöhetnek létre, ellenben a m. quadriceps femoris még aránylag elég jó állapotban megmaradt, így a patelláris reflex fellépése lehetséges volt és ez be is következett.