

33-11

6 500/3

A
GYÓGYÁSZAT
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI
— KÜLÖNLENYOMAT —

HETVENHARMADIK ÉVFOLYAM — BUDAPEST, 1933. 23. SZÁM

Közlemény a debreceni M. Kir. Tisza István Tudományegyetem Ideg- és Elmeagyógyászati klinikájáról. (Igazgató: *Benedek László dr.* egyetemi ny. tanár.)

A hemiatrophia facialis kérdéséhez

Irták

Benedek László dr.

és

Kulcsár Ferenc dr.

A közlés alapjául szolgáló esetet bemutattuk a Debreceni Orvosegyesület 1932 nov. 24-iki ülésén.



BUDAPEST

GLOBUS NYOMDAI MŰINTÉZET RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

E 500/3

A bántalom leírását egyes szerzők *Romberg*-nek tulajdonítják, azonban bizonyos, hogy *Parry* egy évtizeddel őt megelőzte (1837). A progressiv arcsorvadás aetiológiája még nem tisztázott. *Cassierer*, *Tournier*, *v. Bogaert*, *Jaquet*, *Bönheim* és mások a nyaki sympathicusoknak affectiójára vezetik azt vissza. Ujabban *Trepte* a *Cassierer*-féle vegetatív-endokrin elméletét eleveníti fel. *Virchow*, majd *Loebl*, *Wiesel* a trigeminus bántalmazottsága mellett hemiatrophia facialist láttak kifejlődni. *Cassierer* egyébként a féloldali arcsorvadást a sklerodermia részjelenségének tekintette. *Moebius* a szájüreg képleteinek gyulladásában látta az okot. *Bouveiron* és *Souques* a nyaki mirigyeknek és a tüdőcsocoknak idült gyulladásában keresték a kiindulási pontot. legújabban *Chasanow* (Z. f. N. 1932.) a hemiatrophia és a sklerodermia származástani összetartozását eset-észleléseivel megerősítette és mindkét trophoneurotikus bántalmat a tengéleti idegrendszer bármely étage-nak laesiójával (a nagyagytól kezdve a határkötegig) hozza genetikus kapcsolatba. Különösen a felső nyaki sympathicus ducnak volna különös jelentősége. A kórtani okok egyébként nagyon különbözőek volnának. A traumák és gyulladás mellett a füst és az alkati mozzanatokat is számba kell venni. Azon szerzők szerint, akik az arcsorvadást a sklerodermiával hozzák kapcsolatba, az autonóm készülékek nagyfokú labilitása is jellemző volna.

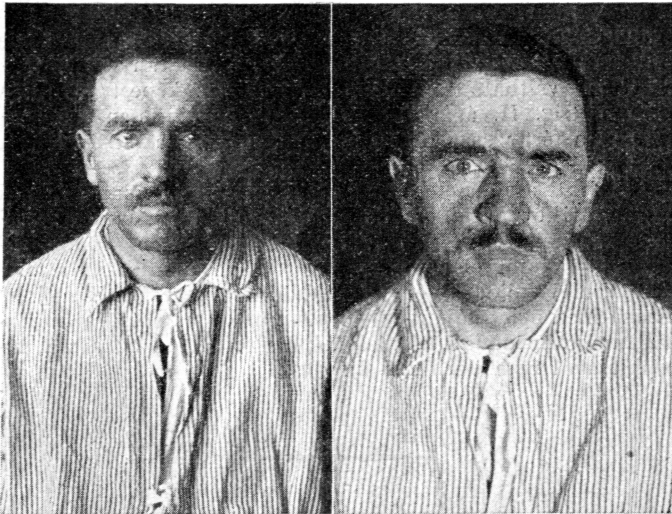
Esetünkben a hemiatrophia facialis két szempontból bír különös érdekekkel. Elsősorban azért, miután foghúzáshoz csatlakozott. A foghúzás után jelentkezett hemiatrophiára az irodalomban *Ziegenweidt* és *E. Bönheim* esete szolgáltat példát. Az utóbbi szerző felveszi, hogy a gyulladás a sympathicus idegrendszeren át befolyásolta a trigeminust és facialist. Esetünket egy másik szempont is közlésre érdemessé teszi; ugyanis a megindult hemiatrophia egy bizonyos előhaladás után stationaerré vált. A betegség megállása *Oppenheim* esetében is észlelhető volt. A centralis eredetre az újabb enkephalitises eseteknek megfigyelése is támpontot szolgáltatott; (*Brissaud*, *Calmette*, *Pages* az agytörzsben lefolyó gliaburjánzásokkal hozzák összeköttetésbe a hemiatrophiát) *Manjkovskij*, *H. G. Wolff* és mások a III. agygyomroc fenékén lévő szürkeállomány-részek gyulladását okolták. Röntgenelváltozás a csontos vázban nem minden esetben volt megfigyelhető.

Az alább közölt esetünkben az egész jobb arcfél csontos váza fejlődésében visszamaradt. A sinus maxillaris a j. o. $\frac{1}{2}$ -dal kisebb a tuloldalimál.

K. L. Felvéve: 1932 okt. 27. 29 éves, napszámos. Szülei és két testvére egészségesek, három testvére kiskorában halt el. Terheltségi adatot nem említ. Születése, fejlődése rendes volt, hat elemít végzett. 9—10 éves korában egyik felső praemolaris foga jobboldalon fajt, kihuzatta, utána néhány hétig duzzadt volt a jobb arcfél és az arcesontok fájdalmasak voltak. Attól kezdve maradt vissza a jobb arcfél fejlődésében. Lueses fertőzést tagad, nem iszik. Feleségének egy egészséges gyermeke van. Kb. 6—7 hónap előtt igen erős, naponta 6—8 óra hosszat tartó homloktáji fájás lépett fel. Mintegy két hónapja időnként szédül, de el nem esik. Járásnál néha balra megtántorodik. Hányingere nem volt. Egy héttel ezelőtt újból igen heves fejfájás, szédülés lépett fel. Látása ekkor homályos volt. Éjjel izzad. Szék, vizelési zavara nincs.

Kp. természetű, kp. fejlett és táplált. Caput quadratum. A jobb pofa besüppedt; a jobb járomív keskenyebb, mint a b. o. Jobb szemrés nagyobb mint a bal, a bőr tapintata az arcon j. o. ugyanolyan, mint b. o. Nem fényesebb, nem festenyettebb. Egy függőleges redő húzódik végig a j. külső szemzugtól kezdve a száj magasságáig. Az orrcimpák egyformák. A szemöldökív, szempillák, pofaszőrzet és hajat részéről a szín, a szőrzet fénye és vastagsága tekintetében a j. és b. o. között különbség nincs. Hosszukás, lapos mellkas. Abszolút szívtompulat határai rendesek, csucson I. hang dobbanó. Pulsus szabályos, középfezes és telt, pulssz. Krönig-tér b. o. 3, j. o. $3\frac{1}{2}$ ujjnyi széles, mindkét oldalt kissé rövidült kopogtatási hang. Rekeszmozgás jó. Jobb interscapularis térben érdes be-, megnyult, hallható kilégzés. Hasban kóros resistentia, érzékenység nincs. Lép, máj alsó széle nem tapintható. Pupillák körkörösök, j. minimalisan tágabb, mint a bal, fény convergentia, accommodatiós reactio jó. Jobbrairányuló, rotatoros jellegű nystagmus. Homlokráncolás, fogmutatás jól sikerül. J. o. szájpád lejjebb áll és nem mozog hangadáskor. Garatmandula mindkét oldalt diónyi nagyságu, rajtuk számos behuzódás látszik. Garatreflex kiesett. Bal nyelvél kissé vékonyabb, durva fibrillaris remegés és behuzódások látszanak rajta. Jobb arcfelén, nemkülönben a j. o. pofanyálkahártyán tapintás, hő- és fájdalomérzés csökkent. Keményszájpádon érzéeltérés nincs. Masseter-reflex fokozott. Chvostek-tünet negatív. Nasooralis r. nem váltható ki. Beszéd monoton, nasalis jellegű. Biceps-, triceps-, pollex-, Achilles-reflexek élnékek. Patella reflexogen zónája mindkét oldalt megnagyobbodott. Babinski, Rossolimo, Tschlenow nem váltható ki. Normalis talpi hajlító reflex. Jobboldalt hasreflexek nem válthatók ki, bal felső és középső jelezve. Mayer, Léri k. o. lefokozott, mindkét kézfejen a hypothenar izomzat

sorvadtabb, j. kéz szorító ereje 20, b. 29. J. cornea-r. erősen csökkent. Mindkét kézzel ujj-orrhegy kísérletnél bizonytalanság, némi céltévesztés és intentiós remegés. Ujjhegykísérletnél csak az intentiós remegés van meg. Izomtonus j. o. minimalisan kisebbnek látszik az ellenoldalihoz képest. Kísagyi astasia nincs jelen. Rombergnél kisfokú ingadozás. Karokat vízszintesen előrenyújtva 1 percen belül j. o. könyökben behajlítva mélyebb állásba kerül a hüvelykujjal egyetemben. Törzs, végtag asynergia nincsen. Pro- és supinációs mozgásokat jól végez. Járás kissé széles alapu. Imitációs kísérlet jól sikerül. Törzsön és végtagokon tapintás, hő, fájdalomérzés részéről eltérés nem mutatható



ki. Mindkét szemfenék ép, látóterek beszűkülést nem mutatnak, astigmia mixta o. u. (szemészeti klinika). A jobb arcfélen a facialis törzs, valamint a mimikai izmok villanys ingerlése galván és farados árammal sem quantitativ, sem qualitativ különbséget az ellenoldalihoz képest nem mutatnak. Röntgenfelvétel a koponyáról: Koponyatető deformált, csontja, valamint annak mésztartalma megnagyobbodott. Az erek rajzolata intensivebb és szélesebb. Sella középnagy, proc. clin. post. erősen fejlettek, visszahajlottak. Röntgenlelet: Az egész jobb arcfél, de különösen a maxilla fejlődésében visszamaradt. Jobboldalon ennek megfelelően mintegy egyharmadával kisebb a sinus maxillaris is. Az orbita átmérője szintén kisebb az ellenoldalihoz képest. A háti gerincoszlop felett alig észrevehető, a lumbalison valamivel kifejezettebb arthritises elváltozás látható. A gerincoszlop az I. lumbalis csigolyának megfelelően mintegy

15°-os szöget képezve, jobbra megtörik. A porus ac. int., valamint a proc. mastoideusról készült felvételen röntgeneltérés nem mutatható ki. Vér Wa-r., S. G., negatív. Liquor szivásra ürül, viztiszta, teljesen negatív. Vizeletben urobilinogen kissé megszaporodott. Fülészeti lelet: Mindkét oldalt cerumen. Kissé behúzódott dobhártyák, teljes éles hallás. Bal extrem állásban horisontális kishullámu nystagmus, j. extrem állásban rotatorikus nagyobb hullámu spontan nystagmus, amely azonban a szem lassu, fokozatos oldalra való beállításakor elmarad. Jobbranézéskor a jobb szemteke mozgásában elmarad. Bal fül hűvös vízzel való kifecskenedésekor már 25 kcm után harmadfoku igen élénk nystagmus jobbra (5"), jobb fül 25 kcm vízzel való kifecskenedése után bal extrem állásban typosos nystagmus, a j. o. spontan nystagmus megmaradása mellett. Jobb hangszalag középállásban, lágy száypad jobb fele mozgásban erősen visszamarad. (Prof *Verzár*) XI. 14. Cornea r. j. o. renyhén váltható ki, de a bejövételhez képest javult. A jobb o. trig. II. ágának megfelelő bőrrészleten az érzés még nem tért vissza olyan mértékben, mint az I. és III. ág által beidegzett területen.

A fenti esetben tehát az egyik felső praemolaris fognak extractiójához periodontitis csatlakozott a 29 éves napszámos betegünknek 9—10 éves korában. Ezen időponttól kezdve — mint előadta — fokozatosan maradt vissza a jobb arcfél fejlődésében. Ezenkívül fentnevezettnél a jobb kisagy-hídszöglet táján egy organikus folyamat, valószínűleg tumor kezdődött, amelynek összefüggése az arcfél atrophijával nem deríthető ki.

