

E 500/29

33-2

A
GYÓGYÁSZAT
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI
— KÜLÖNLENYOMAT —

HATVANNYOLCADIK ÉVFOLYAM — 1928. 37. SZÁM.

Közlés a debreceni Tisza István Tudományegyetem Ideg- és
elmeógyógyászati klinikájáról. (Igazgató: **Benedek László dr.**
egyetemi ny. r. tanár.)

A kephalocervicalis reflexről

Irták

Benedek László dr.

egyetemi ny. r. tanár

és

Kulcsár Ferenc dr.

klinikai tanársegéd



BUDAPEST

GLOBUS NYOMDAI MŰINTÉZET RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

Alábbiakban egy reflex-jelenséget ismertetünk, amely egy atypusosan kezdődő syringomyeliás betegünknel volt megfigyelhető. A nyakszirt-csont pikkelyére percussió s kalapáccsal ütve mindkét oldali sternocleidomastoideusokban reflectoros összehuzódás állott be. A reflex nem látszott könnyen kimerülni, miután hosszú sorozatokban is szabályszerűen volt kiváltható. A reflex az irodalomban még ismeretve nincs. Sem egészségeseknél, sem más szervi, vagy functionalis idegbajoknál nekünk nem sikerült kiváltani.

A reflex optimalis kiváltási helye a külső nyakszirti gumó tája (protuberantia occipitalis ext.) vagyis az inion-pont. Ettől a lambdapont felé és azon túl a nyílvarrat mentén a bregma-pontig, továbbá oldalt a linea nuchae sup. mentén a margo mastoideusig, distalfelé pedig a crista occip. ext., majd a nyaki és háti csigolyák processus spinosusai le egészen az V. hátsó-csigolya tövis nyulványáig jelölik meg az összefüggő reflexogen zóna legkülsőbb határait. A reflex-kiváltás centralis pontjától (inion) a környék felé a reflex-effectus mindinkább gyengül. Ezen összefüggő területen kívül még sikerült kiváltani a reflexet a facies malaris ossis zygomat. és a proc. zygom. ossis temporal.-ról, továbbá a ramus mandibulaenak megfelelő tájról. Hasonlókép élénken jelent meg a reflex a spina scapulae percussió s ütésére. Tájébonctanilag a reflexkiváltás zónája: a regio occipitalis, pariet., mastoid., parotideomasseterica, scapularis, regio mediana dorsis (felső-része)-re terjed ki. Az areae nervorum szerint pedig a reflexogen zóna a nn. occip. maior, (r. med. r. post. n. cervic. II.), n. occip. minor (C₂ és C₃), n. auric. magnus (C₃), rr. med. rr. post. nn. thoracalium és a n. suprascapularis (C₅ és C₆) innervatiós területeit foglalja magában. A terület előrefelé egy bőrarealt mutat, amelyben a trigeminus és a cervicalis plexus sensibilis beidegzése kölcsönösen fedi egymást.

A reflex-összehuzódás mindkét oldali musc. sternocleidomastoideus-ban jelenik meg. A contractio következtében enyhén rögzített középállásban a jól fejlett izomhas és izomfejek a nyak bőrén át előemelkednek, a hátravetett fej pedig előrevitetik; a fejnek enyhe előredölése esetén a látható és tapintható izom-megkeményedés mellett még a fejnek kifejezett gyors előrehajlása: salaam-tic-szerű biccentése következik be. Hogy ennek a mozgásnak létrehozásában vajjon a mély nyakizmok közül a m. rectus capitis ant. és lat. és longus capitis osztozik-e vagy sem, az biztosan nem volt megállapítható; a sternocleidomastoideus összehuzódása azonban minden esetben jól volt látható és egymagában is

elég arra, hogy az említett mechanikai feltételek mellett a fejnek elmozdulását létrehozza. Ezt a működést jelzik régebbi, ma már nem használatos elnevezései: m. mutator capitis, m. consiliarius, „igen-izom“, bár ismeretes a functióját illető nézet-változás is. Miután az összehúzódás bilaterálisan symmetriás, ezért a fejbiccentő izom működésének különben lényeges forgatási effectusa nem jut érvényre.

A reflex ive a következő szakaszokból construálható meg: a plexus cervicalis ágai (főleg n. occip. maior etc.), ezeknek központi rostjai, amelyek a homolateralis és keresztetett nucl. n. accessorius-hoz haladnak, nucl. n. accessorius — m. sternocleidomastoideus. A jelenség klinikai megjelenésében egyszerű csonthártya-reflexnek látszik, bár az egész reflex-mechanizmus és annak jelentősége főleg a cerebrospinalis tengely affectióinak magassági localisatiója szempontjából még további észleleteket kíván meg és csak klinikailag nem tekinthető át. A fentiekben az izgalmi folyamatnak direct reflex-iven való átvitelét vettük fel, más neuro-nok közbeiktatása nélkül, bár ez utóbbi eshetőség nincs zárva.

Az eset, amelynél az általunk *kephalocervicalis reflex*-nek nevezett jelenséget találtuk a következő volt:

M. G., 50 éves napszámost 1928 március 14-én tették át a sebészeti klinikáról az idegklinikára. A sérvműtét elvégzése előtt a betegnél észlelt járászavar tisztázása céljából. A kórelőzményi adatok szerint apja 56 éves korban, előtte ismeretlen betegségben halt meg. Anyja és két testvére egészségesek. Egy testvére felnőtt korban halt meg. 27 é. korában ulcust acquirált; 26 napig kenőkurát végzett. Kiütésekre nem emlékszik. Injectiók kezelésben nem részesült. Fiatalabb korában huzamosabb ideig nagymennyiségben fogyasztott szeszest italt. 16 év előtt, mint alkoholistát 5 hétig kezelték, állítólag négy hétig „nem tudott magáról“. Mióta betegségéből felépült ritkán és keveset iszik. 30 éves korában nősült, két gyermekük él, egészségesek. Egyik gyermek 15 éves korban halt meg. Felesége többször teherben nem volt, 10 év előtt halt meg. Életének négy utolsó hónapjában elméje megzavarodott. Öt év óta járása fokozatosan rosszabbodik, különösen gyors járásra képtelen. A hajlás is nehezebbre esik. Székelés, vizelés rendes. Nemiképessége korának megfelelő. Látása nem rosszabbodott. Olykor szédül. Nem soványodott, étvágya jó.

175 cm magas, jól fejlett, közepesen táplált férfibeteg. Dolichocephal koponya, széles arcváz, kissé asymmetriás. Szemgolyók mélyen ülők. A szemgolyók és az orbitaszél közé az ujj felül és alul könnyen behelyezhető. Pofák becsettek. Fogazat rendkívül hibás és hiányos, már 20 éves kora óta. Látható nyálkahártyák közép vértartalmuak. Arcbőr ráncos és petyhüdt. Köztakaró a törzsön és végtagokon nem sorvadott. Oedemák nincsenek; ízületek szabadok. Csont-, izomrendszer általában jól fejlett. Gerincoszlopon kóros elferdülés és kopogtatási érzékenység nincs. Emphysemás mell-

kas, középtág, symmetriás. Szivtompulat rendes. Szivhangok tiszták. Pulsus rhythmicus, középfezes és telt, percenkint: 74. Vérnyomás: 145 Hgmm. Krönig-terek három és fél ujjnyiak. Bal rekesz egy ujjal magasabban áll; rekeszmozgás mindkét oldalt kisebb a rendesnél. Kopogtatási, hallgatódzási eltérés nincs. A röntgenvizsgálat a jobb csucsban egy-két góchomályt mutat, azonkívül mindkét hilus köteges. Aorta kornak megfelelően tágult. Középarnyék felett eltérés nincs. Lép, máj nem tapintható. Baloldalt scrotalis hernia. A kezek körmei fénytelenek, egyesek közöttük kifejezetten barázdáltak, megvastagodottak, törékenyek.

Pupillák közép-tágak, körkörösek, egyenlőek, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak. Nystagmus nincs. Szemmozgások szabadok. Homlokráncolás, fogmutatás két oldalt egyformán jól sikerül. Az arcizmok villamos vizsgálata farados és galvanos árammal sem qualitativ, sem quantitativ eltérést nem mutat. (E. Weiss-féle elektromotoros allochiria, valamint Benedikt-féle „keresztezett reflex“ jelenség nincs jelen.) Trigemínus kilépési pontjai nyomásra nem érzékenyek. Bőrérzés az arcon, valamint a nyálkahártyákon normalis. Nyelven mély hosszant. és haránt barázdák, melyek a beteg állítása szerint már gyermekkor óta megvannak. A nyelv teriméjében nem csökkent, fibrillaris rángások nincsenek. Nyelv és lágyszájpad mozgása rendes, hangképzésnél csak a hiányos fogazat okoz némi eltérést. A pectoralis, acromialis és scapulohumeralis (infraspinatus) reflexek kétoldalt élénkek. Biceps, triceps, radialis reflexek szintén. Mayer-, Léri-reflexek rendesek. Patellaris reflexnek reflexogen zónája j. o. megnagyobbodott, a tibia egész hosszában kiváltható. Pat. r. b. o. élénk. Biceps femoris reflexek rendesek. Achilles inreflexek kétoldalt élénkek. Mindkét oldalt Babinski féle nagyujj és legyező tünet. Positiv *Rossolimo*, *Bing*-paradox reflexek kiválthatók. Epigastrialis, has és mediopubialis, cremaster-reflex kétoldalt rendesek. Felső végtagok tonusa rendes, alsó végtagoké fokozott. Combizomzatban mindkét oldalt finom fibrillaris rángások figyelhetők meg. Élénk mechanikai izomingerlékenység. A jobb alsó végtagon az L₂—S₁ bőrszelvények területén hideget megérzi, meleget nem. A hideg-meleget egymástól nem tudja megkülönböztetni. A fájdalomérzés is ezen a területen csökkent. A tapintási érzés az egész testen kifogástalan. A felületes érzések terén egyéb eltérés nincs. A fej és gerincoszlop érzékenysége vizsgálatkor szembeötlött, hogy a kalapácsütésre a fejbiccentő izomzatban látható gyors összehúzódás következik be és ennek eredményképpen az előredőlt fej tic-szerű igenlő mozgást végez. Pontosán vizsgálva a sternocleidomastoideusban megjelenő reflexnek kiváltási zónáját, kiderül, hogy ez a jelenség mindannyiszor előáll és mindjobban élénkül, ha a processus zygomaticuson, valamint a mandibulán végig a fül felé kopogtatunk, míg a homlokról alig, a fejtetőről már biztosan kiváltható, az occiput felé haladva még élénkebb lesz és processus occip. ext. táján van optima-

lis kiváltási pont. Alul a V. háti csigolya a határ a gerincoszlopon, ahonnan ez a reflex kalapácsütésre előáll. A processus mastoideus környékéről és sternumról alig a spina scapulaeről élénken váltható ki. Magára a fejbiccenő izomra ütve az izom saját azonosoldali reflexösszehuzódása is alig van meg, a tarkó és gerincoszlop mellett a lágy részekre ütve azonban olykor megfigyelhető a kétoldali sternocleidomastoideus mérsékelt összehuzódása folytán a fej kifsokú előrehajlása. Tehát összefoglalóan azt mondjuk, hogy a protub. occip. ext. tájára ütve mindkét oldalt a sternocleidomastoideusban villámszerű összehuzódást idézhetünk elő. Innen radiaer irányban a fejen akár előre a homlokig, akár oldalt a processus zygomaticus és processus mastoideuson és lefelé a gerincoszlopon az V. hátszigolyáig kopogtathatunk, a reflex-jelenség minden ütésre előáll, azonban a protub. occip. externától minél távolabbi pontra gyakorolunk kalapácsütést a most jelzett zónán belül, annál kisebb lesz a kétoldali m. sternocleidomastoideus összehuzódásának effectusa: a fejbiccenés nagysága. Ez a reflex tehát főképen a csonthártyákról váltható ki. A mellkason, karokon felső és alsó végtagokon dermatographismus figyelhető meg, mely legkorábban jelenik meg és legkésőbbben tűnik el a jobboldali alsó végtagon. A homlokra, az orrgyökre vagy különösen az orrhegyre ütve a lehunytt szemhéjakban is záró-mozgás jelenik meg. Ezzel synchron következik be szájsucorítás és az áll felfelé való huzódása is. A Guillain-féle nasopalpebralis reflex feltűnő élénk. Felső ajak megérintésére nyelvmozgás nem indul meg. Chwostek-tünet negatív. Felső ajakra kalapáccsal ütve ajakesucorítás következik be. (A Toulouse—Vurpas-reflex positiv.) A kemény szájpadat megérintve, az ajak szopómozgása nem jelenik meg. A linguomentonniere-reflex negatív: a kinyújtott vagy a száj fenekén fekvő nyelv megszurásakor sem figyelhető meg a musc. mentalis összehuzódása. A palmomentonniere-reflex positiv: a tenyér megszurásakor az alsó ajakban reflex-mozgás következik be. A Galant-féle kephalo-palpebralis reflex nincs jelen.

Vésavó WaR: —, S. G. —, III. M.: —; A Müller-féle „Bal-lungs-Reaktion“ negatív. Az egyidejűleg végzett lumbalis és suboccipitalis punctiónál a nyomás mindkét helyen egyenlő. Nyaki erek compressiójakor a liquor-oszlop egyenletesen emelkedik. A cisternalisan befecskendezett lipiodol descendens a conusig süllyed. Vizeletben chemiai és mikroskopi vizsgálattal semmi kórosat nem találtunk.

Beteg háromnapos klinikai kezelése alatt (tej inj. jód-kura), a fent leirt reflex nem változott meg. Beteg járása messzemenően javult, azonban a spastikus reflexek és a dissociált érzészavar lényeges változást nem mutattak.

A liquor cerebrospinalis vizsgálata ugy 1928 március 21-én, mint június 5-én, (mindkét esetben egyidejűleg suboccipitalisan és lumbalisan is véve), ugy a sejtszám és globulin reactiók, mint WaR és colloid reactiók tekintetében teljesen negatív eredményt adott. A mellkas átvilágításon

kivül a végtagok csontjairól is készítettünk röntgenfelvételeket, amelyek azonban a csontok finomabb szerkezetét illetően teljesen negatívak voltak.

Fentnevezettnél a disszociált érzészavar a lumbalis II-től a sacralis I. bőrszelvényig, a fibrillaris rángások a combizomzatban, a spastikus paraplegia a leirt bőrterületeken a szembetűnő vasomotoros zavarok, végül a körmökön kifejezett trophikus zavarai (talán a szemek enophthalmusa is) egy atypusosan kezdődő syringomyelia esetének felvételét indokolják, amelynél a fent leirt kephalocervicalis reflex kiváltható volt.



DEKRETIEN ERMÄCHEN KONTAKT
Lelt.
1955 30