

A
GYÓGYÁSZAT
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI
— KÜLÖNLENYOMAT —

HATVANNYOLCADIK ÉVFOLYAM — 1928. 20. SZÁM.

Közlemény a debreceni m. kir. Tisza István tudományegyetem
ideg- és elmeorvószati klinikájáról.
(Igazgató: **Benedek László dr.** egyetemi ny. r. tanár.)

Makrobasia
encephalitis chronica kapcsán

Irták

Benedek László dr.

egyetemi ny. r. tanár

és

Kulcsár Ferenc dr.

klinikai tanársegéd

Bemutatva a debreceni Orvosegyesület 1928. évi április 12-én
tartott XVI. tudományos ülésén.



BUDAPEST

GLOBAL NYOMDAI MŰINTÉZET RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

Az encephalitis chronicának rendkívül változatos tünettana még koránt sincs kimerítve; újabb és újabb tünetekről olvashatunk, amelyek gyakran újszerűségükkel keltenek érdeklődést.

Az általunk észlelt és alábbiakban ismertetendő járászavarhoz: „a makrobasiás járás“-hoz hasonlót R. *Bing* és L. *Schwartz* az encephalitis epidemica után fellépett torsiós dystoniáról és rokon tünetcsoportokról szóló dolgozatukban emlitenek meg. Esetükben egy 11 esztendő kisleánnyról van szó, kinél a rotációs mozgások és a lordosis járásközben fokozódtak és az automataserü kilépés a majdnem kinyujtva maradt térdrel u. n. „makrobasiá“-t eredményezett. A kisleptü Parkinson-betegekhez képest az ellentét még azáltal is fokozódott, hogy járásnál a karokat tulzott mértékben lendítette előre és hátra.

Betegünk: P. Z., 40 éves, nőtlen, mérnök anamnesisében családi terheltég nem mutatható ki. Hatéves korában scarlatinán esett keresztül. Tízéves korában jobbszemén iritise volt. Tizennégyéves korában állítólag agyhártyagyulladásban betegedett meg, nyolc hétig volt magas lázzal fekvő beteg. Két évvel később tonsillitist kapott, melyhez vesegyulladás csatlakozott. Huszonötéves korában ulcust acquirált. Bőrgyógyász szakorvos kisebb-nagyobb időközben több antilueses kurát végzett nála. 1920 őszén (33 éves korában) spanyolinfluenzában megbetegedett, ugyanakkor torokgyulladás és vesegyulladás is jelentkezett. Nyolc hétig volt lázas beteg. 1921 februárjában, amikor már lábadozó volt, mintegy két héten keresztül napközben állandóan álmos volt, míg éjszaka nem lelte helyét, nem tudott aludni. Ebben az időben jobbkarjában remegés lépett fel, járása pedig apróléptü és csoszogó lett. Huzamos sanatoriumi kezelésre a járászavar messzemenően javult. 1922 óta úgy veszi észre, hogy léptei mind nagyobbakká válnak. Még 1923 nyarán azokkal a nagy lépésekkel is tizórás hegyitúrát tudott tenni, különösebb megerőltetés nélkül. 1924 óta jelentkeznek lábikraizomzatban görcsös összehúzódások, amelyek eleinte a járást nem akadályozták, később azonban azok miatt tíz percnél tovább már nem tudott járni. 1927 nyarán ezek a görcsös izomösszehúzódások a lábokban ülésnél is jelentkeztek, ilyenkor felállni, vagy járni képtelen. Beszéde az utóbbi időben lassult.

Status: magastermetü, közepesen fejlett és táplált férfi-beteg, látható nyálkahártyái halványak. Cipézmellkas. Szív-tompulat rendes, szívhangok általában tompák; pulsus rhythmicus, szabályos, középfeszességű és telt, percenként 76.

Mellkas excursiója mély légvételnél is csekély. Krönig-erek $3\frac{1}{2}$ ujjnyiak. Rekeszmozgás renyhe; kopogtatási eltérés nincs; légzés tüdőszerte érdes. Lép, máj nem tapintható.

Pupillák tágak, körkörösök, egyenlőek, fényre jól reagálnak, alkalmazkodási reactio megtartott. Biceps, triceps és Achilles-reflexek kétoldalt egyformák, élénkek. Patella reflexogen zónája mindkét oldalt megnagyobbodott. Spastikus reflex nem váltható ki. Hasreflexek mindkét oldalt élénkek, ugyszintén a mediopubicalis reflex is élénk. Élénk pillatremor. Ujjhegy-, orrhegy-kísérletnél mozgás-lefolyás nem egyenletes. Oldalratekintéskor fogaskeréktünet. Beszéd lassu, monoton. Beszédnél száját olykor lefelé húzza, szemöldökét felfelé ráncolja. Száját időnként ok nélkül kinyitja. Romberg negativ. Hyptokinesisis nincs. Karok izomtonusa rendes, jobbláb tonusa kissé nagyobb, mint a balé. Érzési kör ép. Bejövetelekor járásnál automataserüen meren helyezte lábait a talajra, törzsével a normalisnál jobban előrehajolva. A támaszláb rendesnél hosszabb ideig marad a talajon, a lendítőlábat a térdizületben kifeszítve, meren viszi előre; egész talpára lép. A lépések átlagos hossza 90 cm. A jobbkart kissé flectálva és abducálva, a balkart könyökizületben csak kissé behajlítva, mozdulatlanul tartja járásközben. Ez a sajátserü járás klinikán való háromheti kezelés alatt (bulbocapnin, typhusvaccin-injectio, gátlási torna, járásgyakorlatok, scopolamin-granulák) annyiban módosult, hogy nincs meg járásközben a törzsnek fokozott előredőlése és a kifeszített lábbal való kilépés sem, sőt ellenkezőleg, a fokozott térdhajlítás és a combnak a csipőizületben való behajlítása igen szembetünő. A lábikraizomzatnak járásközben való görcsös feszülése tapintással könnyen megállapítható.

A lépcsőn felfelé való járásnál a támaszlábat a rendesnél jobban kifeszíti. Futásnál a karok lendítőmozgásának a hiánya feltünő. Felszólítva, kis lépéseket is tud tenni, azonban csak néhányat. Vizeletvizsgálat semmi kórosat nem mutat, Vérsavóval: *Wa.-r. Sachs-Georgi, Meinicke DM, Müller-féle* „Ballungs-Reaction“ negativok. Suboccipitalisan vett liquorban globulinszaporodás nincs, sejtszám rendes, Goldsol-, bicolorált mastix-reactiók negativok, ugyszintén a *Wa.-r.* és Schellack-reactio is.

Bing és *Schwartz* esetével összehasonlítva, tehát betegünknel nem találhatók meg a rotatiós mozgások és a fokozott lordosis, valamint a karoknak túlzott előre-hátra való lendítése sem, azonban az automataserü nagyléptü járás, — amely kezdetben térdben kifeszített lábbal történt — igen szembeötlő.

Az idült encephalitisnél jelentkező hyperkinesisek közt ez a mozgászavar egyike a legritkábbaknak. *Bing* és *Schwartz* esetében a járási automatismusban résztvevő izomzatnak működési zavara a torsiós spasmus kapcsán lépett fel. Ez a spasmus valószínűleg az alsó végtagok izomcsoportjára is

irradiált és ez akadályozta meg a lendítőláb térdhajlítását. Az alsó végtag extenziós izomzatában beálló tonusfokozódás, — amit az adaptációs feszüléssel azonosnak is tarthatunk, mintegy hozzáadódott a lendítőláb előrevitelével szükségképpen járó beidegzéshez. Az előrehaladó alsó végtagnak a talajjal való szakaszos érintkezése ezáltal túlméretezés-sel jár.

Esetünk a makrobasiának tünettani ritkasága mellett azt az érdekességet is mutatja, hogy itt a makrobasia nem együtt jelent meg az általános mozgásjátékkal, mint *Bingék* esetében.

Véleményünk szerint betegünknel encephalitis chronica kapcsán előállt járási ticről beszélhetünk, annyival is inkább, mert az arcizomzatban is vannak ticszerű mozgások. Ezt a kényszerszerű járászavart bizonyos mechanikai feltételek is elősegítik. E tekintetben fontossággal bír a triceps surae izomzatának adaptációs feszülése. Ez a feszülés mintegy folytatása a lábikraizomzat beidegzésének és mozgási tendenciájának, amely a támaszlábnak a talajról való lefejtésénél indul meg. A spasmus által rögzített tulzott talpi hajlítás mellett a támaszláb csak akkor nyújthat a járásnak biztonságot, ha a lábnak a csipőízületben történt hyperflexiója és a törzs együttmozgásos előredőlése által a talp felülete a talajjal közel párhuzamos állásba hozatik. A csipőízületben történt tulzott hajlítás és utána következő nyújtott lábbal való kilépés egymagában nagy lépéseket eredményez.

Erélyes felszólításra, mint említettük, kis lépést is tud tenni. Ez azonban nem szokatlan jelenség, mivel az encephalitises hyperkinesiák és ticek nagyrésze akaratlagosan hosszabb-rövidebb időre elnyomhatók. A szervi feltételezett-ség általában azonos esetünkben is a chronikus encephalitisnél ismertekkel. Mi is azon a véleményen vagyunk, miszerint a subcortex bántalmazottságának nagy kiterjedése megakadályozza a szürke állomány egy pontjára való localitációt.

