

22-9

E 500/18 ✓

A
GYÓGYÁSZAT
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI
— KÜLÖNLENYOMAT —

HATVANKILENCEDIK ÉVFOLYAM — 1929. 49. SZÁM

A debreceni m. kir. Tisza István tudományegyetem ideg- és
elmeorvosklinikájának közleménye.
(Igazgató: **Benedek László dr.**, egyetemi ny. r. tanár.)

**Sensibilis ingereknek
görcsgátló hatásáról
organicus ticnél**

Irta

Benedek László dr.

és

Thurzó Jenő dr.



BUDAPEST

GLOBUS NYOMDAI MŰINTÉZET RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

A lelki tényezőknek a mozgászavarokra való módosító befolyását az utóbbi időben főképp az idült enkephalitis hyperkinesiseinek észlelése és elemzése alapján sok esetben tapasztalhatjuk. Az irodalomból is ismeretes, hogy a szervi eredetű hyperkinetikus mozgászavart, így a striaer ticet is, környéki ingerek befolyásolhatják és módosíthatják, esetleg átmenetileg meg is szüntetik.

Az akaratlagos szemlehungyások kapcsán fellépő szemhéjgörcsökre nézve egy az alábbiakban ismertetett és alapos klinikai észlelés és elemzés útján magyarázott esetünknel a hyperkinesisnek különböző módszerekkel való befolyásolhatóságát próbáltuk ki. Az eset részletes ismertetése az általánosság szempontokon kívül azért is érdekel bir, mert sikerült a hyperkinesist gátló különböző módszerek között egy hatásos és sajátos gátlási módot megismerni. Ez a módszer a tonusreflexek mechanizmusa alapján engedi a görcsgátló hatást magyarázni.

Az eset a következő: T. B. 24 éves, földmives. Felvettük a klinikára 1929 okt. 12-én. Kórelőzményi adatai szerint apja öt évig tartó görcsökkel járó elmebajban halt el. Egyéb terheltségi adatot nem említ. 13 éves korában három hétig volt lázas, fekvő beteg. Betegsége után észlelte, hogy szemhéjait nem tudja fölemelni. Ha nézni akart, csak úgy tudott látni, hogy a szemhéját ujjával felhuzta. Utcán úgy járt, hogy az előtte haladó emberek lépteinek kopogását figyelte. Betegsége azóta állandóan fennáll. Annak egész tartama alatt majdnem állandóan álmoság. Eleinte sokat is aludt. 15 éves korában újból lázas betegségben, spanyol influenzán ment keresztül. *Két év óta veszi észre, hogy ha szemét egyszer lehunyta, újból nem tudja addig kinyitni, míg ujjával szemhéjait fel nem huzza.* Ez utóbbi két évben aluszékonysága és álmosága még kifejezettebben jelentkezett. Időnként heves, a bal arcfélbe kisugárzó fejfájásai szoktak lenni. Betegsége óta azt is észrevette, hogy nem tud olyan könnyen mozogni és mozgásai is lassubbak. Ugy érzi, mintha nehéz volna a teste. Munkában hamar kifárad. Utóbbi időben néha órákon át egyirányban, legtöbbször felfelé kell néznie.

Testi vizsgálata: Közepesen fejlett és táplált, dolychokephal koponya, mélyen ülő szemek, kiálló pofacsontok. Számos degenerációs jel. Mellkas és hasúri szervek eltérést nem mutatnak. Az idegrendszer vizsgálata: Pupillák és agyidegek eltérés nélkül. Szemmozgások és mimikai mozgások nem akadályozottak. Beszédje kissé monoton és nasalis jellegű. Egyes szavaknak utolsó szótagját alig érthetően ejti ki. Felkar és alsó végtagok in- és csonthártyareflexei rendesek. Hasreflexei élénkek. Izomtonus rendes. Igen kifejezett pectoralis legyezőtünet. Az orrgyök és orrhegy reflexkalapáccsal való megütésnél élénk nasopalpebralis és nasomentalis reflex váltható ki. Behunyt szemhéjakon durva remegés. *Behunyt szemeit magától újból kinyitni nem képes, bár homlokát erősen összeráncolja.* Eme blepharospasmusos állapotok körlefolyásának megfigyelése szerint gyakran fennállanak és mindig az akaratlagos szemlehungyáshoz csatlakoznak. Ilyenkor a szemek kinyitása a fej rendes tartása mellett nem sikerül. A szemek lehunyva maradnak akkor is, ha a fejét active, vagy passive szélsőségesen hátrahajlítja. Egyes esetekben ilyenkor bizonyos automatikus együttmozgások folyamánnyaképpen szemét kismértékben kinyitni képes. Az akaratlagos szemlehungyás után fellépő szemhéjgörcs megszüntethető, ha a beteg kezével orrát megfogja, avagy a trigeminus érzési területén saját maga valamely ingert gyakorol. Így az akaratlagosan nem sikerülő szemkinyitás azonnal sikerül, ha a beteg fülét megfogja, homlok vagy arctáján bőrét ráncokba emelve megcsipi, ugyszinte köhintéssel kapcsolatban. A szemhéjgörcs megszüntetése általában sok esetben akkor is sikerül, ha a beteggel a figyelemelterelés értelmében valamely műveletet végeztetünk, pl. különböző testmozgásokat. Míg egyszerű felszólításokra a lehunyt szemhéjakon a frontális izomzat és a levator palpebrae erős beidegzése mellett nem képes kinyitni, addig erőlyes rákiabálás mellett a szemek kinyitása rögtön sikerül.

A labyrinthus-készülék vizsgálata a következő eredményt adta: Forgási nystagmus kiváltása sikerül, kis mértékben fokozott. Enyhe forgatás után is 15—20 nystagmusos rángást eredményez. A szédülés után erősebb foku. A kísérlet kapcsán a szemhéjgörcs nem áll elő. A caloriás vizsgálat mindkét oldalt úgy a meleg, mint főkép a hideg vízzel való kifecskendezés kapcsán a labyrinthus-készülék igen nagyfoku tulingerlékenységét mutatta. Igen élénk

nystagmus jelentkezett és 4—5 percnyi tartamra utónystagmus is fennállott. Emellett nagyfoku szédülés, hányás és az érverésnek szaporasága, valamint könnyen elnyomható pulsus és enyhe ájulás is beállott. Ugy a hideg, mint a meleg vízzel való kifecskendezéskor, rögtön a művelet legelején, csak a kifecskendezés oldalán igen élénk szemhéjgörcs következett be, az orbicularis oculi erős összehuzódásával és az azonoldali arcizmok synergiás mozgásával.

A caloriás vizsgálat tartama alatt a blepharospasmus az egyébként hatásos ingerekkel sem szüntethető meg és azok csak a befecskendezés abbahagyása után válnak ismét hatásossá. A befecskendezés oldalán kiváltott blepharospasmus a vizsgálat alatt is azonnal megszüntethető, ha a másik oldali szemhéját kezünkkel lehuzzuk. Ezzel ellentétben a blepharospasmus az ingerelt oldalon még fokozódni látszik, ha a másik nyitott szemhéjait ujjunkkal még inkább kinyitni igyekszünk. A labyrinth-készülék galvanos árammal való vizsgálata szintén annak ezirányu tulingerlékenységét derítette ki. Az anodirányu szédülés 8—10 MA-nél már elesésben nyilvánul, 14 MA-nél hányinger, majd hányás következik be. A galvanos áram hatására kiváltott nystagmus 6—8 MA-nél jelentkezik.

Labyrinthnak galvanos árammal való izgatása után az akaratlagos szemlehunyás nem vált ki blepharospasmust. Az áram alkalmazásának ideje alatt a szemek nyitva maradnak és a vizsgálat után hosszabb ideig a szemek lehunyása és rögtön való kinyitása egymásután többször és ütemszerűleg is teljesen jól sikerül.

Az eset klinikai megfigyelése egy hónapra terjed ki. A fent leírt tünetek a megfigyelés egész tartama alatt fennálltak. Az eset epikrisise gyanánt megjegyezhetjük, hogy kétségtelenül a járványos agyvelőgyulladásnak idült recidiváló alakja van jelen. Erre mutatnak a 13 éves korban előrement heveny lázas időszak és a kórelőzményben még említett aluszékonyság. Ezenkívül az akaratlagos mozgáskitéréseknek beszűkülése, a mozgás-kezdet meglassubbodása, a beszéd monoton és nasalis jellege és hosszasabb beszédkor a végén annak elhalása, valamint a mozgások hézagai, az oculogyr nézési rohamok.

Érdekkel bir még rámutatni az esetről az igen kifejezett pectoralis legyezőtünetre és az igen élénk nasomentalis és nasopalpebralis reflexekre. Feltűnő a vestibularis

készülék nagyfoku tulingerlékenysége az otocaloriás vizsgálatoknál.

A betegnél úgy az akaratlagos, mint az intensivebb környéki ingerlésre bekövetkező reflectoros szemhéjzárásra blepharospasmus áll elő. Ez utóbbi a kötőhártyáról rendszeren kiváltott reflectoros pillacsapásokra nem jelentkezik. Ezt tekintetbe véve és miután az intensivebb behatásokkal, pl. az otocaloriás vizsgálatokkal is kiváltható, ellentétben áll a *Gerstmann—Schilder* által enkephalitis chronicánál észlelt organos tic esetével. Miután esetünkben a szemhéjgörcs kizárólag az akaratlagos mozgásokra következett be, ebből a szempontból ez észlelés egyedülálló. Már *Graefe* előtt is ismeretes volt az a körülmény, hogy az izolált blepharospasmus olykor a supraorbitalis vagy más trigeminusra vonatkozó *Valleix* pontnak nyomására átmenetileg megszüntethető. Az enkephalitis epidemicánál jelentkező blepharospasmusra a *Gerstmann—Schilder*-féle esetben hasonlóképpen görcsgátlóan hatott az arcnak idegen által történt nyomása, vagy a passív szemhéjemelés.

Esetünkben az orr csücsének benyomása, a szemhéjnak passív emelése, avagy a homloknak passív harántráncolása (emlékeztetve a dressuráknak u. n. „segítség“-ére) hat leggyakrabban ticgátlóan. Észlelésünk a *Gerstmann—Schilder* esetétől abban is eltér, hogy a betegnek saját maga által eszközölt nyomása, vagy kezével végzett passív szemhéjemelése is gyakran elnyomja a blepharospasmust. Az említett szerzők esetükben ennek éppen ellenkezőjét hangsúlyozzák.

Az akaratlagos szemlehunyás kapcsán fellépő blepharospasmus a betegnél azonnal megszűnt, amint valamely más akaratlagos mozgás elvégzésére szólítottuk fel és ezt a mozgást hirtelen végezte el. Így egy hirtelen köhintés, vagy hirtelen tüsszentés, fütyülés, avagy kézszorításra is megszűnt a szemhéjak görcse. Viszont, ha a beteget egy más izomterületen valamely görcsös erő kifejtés mellett végzett mozgásra szólítottuk fel, pl. a kéznek görcsös öklbeszorítására, akkor a blepharospasmus még fokozódott és erős függőleges homlokráncolással és az arcizmoknak egyéb synergista izmaira kiterjedő összehuzódással járt. Kétségtelen emellett, hogy a figyelem odaterelésének, vagy elterelésének és a suggestibilitásnak is szerep jutott eme sajátos tüneteknek megjelenésére és lefolyására nézve. A psychogen tényezőknek az enkephalitis chronica megbetegedéssel járó és szervi

értelmű tünetekkel való egybeszövődése más szerzők által is ismertetett dolog.

Esetünknel az otocaloriás vizsgálatnál az a sajátosság mutatkozott, hogy a szemhéjgörcs csak a hideg- vagy melegvizzel kifecskendezett külső hallójárat oldalán jelentkezett és pedig a musc. frontalisnak és a corrugator superciliinek reflexsynergiájával együtt. Az igen élénk spasmus ilyenkor a megszokott környéki ingerekkel nem volt megszüntethető sem más egyén, sem pedig a beteg által. Ezzel szemben a fülkifecskendezés alatt jelentkező maximalis szemhéjgörcs is azonnal megszűnt, ha a félig, vagy egészen nyitott ellenoldali szemhéjakat a vizsgáló passzív zárta. Ellénkezőleg, a nyitott szemhéj lezáródik, ha a másikkoldali zárt szemhéjat emeli.

Ismeretes, hogy úgy a discontinuált elemi görcsök, mint az összetettebb hyperkinesiák lelki hatásoknak többé-kevésbé hozzáférhetők. Az enkephalitisnél észlelhető organikus ticnek eme befolyásolhatóságát klinikánkon megfigyelt esetek egy része is igazolta. Az enkephalitisnél egyikünk által (*Benedek*) leírt és már több oldalról megerősített új tünetnél, a *kladzomaniás rohamoknál* is megfigyeltük a lelki tényezők módosító, gátló szerepét. Még az idült enkephalitisnél előálló athetosist is sikerült *Sternnek* hypnosissal némileg befolyásolni. Hasonlóképpen alkalmazták más szerzők is a hypnosist más „postenkephalitikus” szervi ticnél.

Esetünkben a többszörös labyrinthus-vizsgálattal a passív szemhéjzárás és nyitással karöltve, enyhe átmeneti javulás is mutatkozott. Kétségtelen tehát, hogy a környéki ingereknek a szemhéjgörcsre való görcsgátló hatását suggestívnek kell felfognunk. Ezenkívül azonban nagy valószínűséggel állitható, miszerint a görcsnek megszüntetésénél, úgy mint a *Leščenko-féle synkinesiáknál*, a tonusos elem is szerepet játszhatik. Ez olyan értelemben veendő, hogy a passív zárással járó levatorellenállás tonusos reflexet vált ki a másik szem levatorjában. A labyrinthizgatási kísérleteknél megfigyelt eme sajátosságok észleleteinket egyedülállókká teszik.

DEBRECENI EGYETEM KÖNYVTÁRA

Lelt.
1955

80