

KÖZLÉS A KOLOZSVÁRI TUDOMÁNYEGYETEM IDEG- ÉS ELME-
GYÓGYÁSZATI KLINIKÁJÁRÓL ÉS A DICSŐSZENTMÁRTONI MEGYEI
KÖZKÓRHÁZ TÉBOLYDAI OSZTÁLYÁRÓL.

Igazgatók: LECHNER KÁROLY dr. egyetemi tanár és Szóts MÓZES dr.

A Brown—Séquard-féle bénuláshoz.*

(Be mutatással.)

Írták: BENEDEK LÁSZLÓ dr. tanársegéd és ZSÁKÓ ISTVÁN dr. főorvos.

A BROWN—SÉQUARD-féle tünet-csoport nemesak meglehetősen állandóságánál fogva bir értékkel, hanem azért is, mert általa részben a klinikai megfigyelések, részben pedig az állatkísérletek kapcsán alkalmunk van a gerinczvelő különböző magaságú szelvényeinek és az egyes pályák élettani működésének vonatkozásaiba betekintést nyerni.

Valamelyik oldali gerinczvelő-fél sérülésére előálló Br.—S.-féle bénulás typososnak mondható, ha a sérülés oldalán: a megfelelő, distalisan fekvő gerinczvelői izomszelvények bénultak, ugyancsak ezzel koordináltan az edénymozgatóban bénulás áll fenn és ha ugyanezen oldalon az ízület és izomérzések kiáludtak („bathyanaesthesia“); ha a sérüléssel ellentétes oldalon: a hő és fájdalomérzés, gyakran a vibráció érzése, a tapintás érzése pedig partiálisan elveszett. A sérülés oldalán a fentiekén kívül az összes bőrérzésekre nézve gyakran hyperaesthesia mutatható ki,

* Előadatott az E. M.-E. orvostudományi szakosztályának 1913. évi november hó 15.-én tartott szakülésén.

amit eddig még csak hypothesisok segítségével tudunk magyarázni (1. az OPPENHEIM-féle hypothesis *Arch. f. Anat. u. Physiolog.* 1899. Supplement bd.) Az érzésbénulás felső határán akut esetekben többnyire egy hyperaesthesiás öv észlelhető, amely kétségkívül a sérülésnek megfelelő izgalmi jelenség és az anaesthesia dolorosával közel rokon.

A mozgási bénulás felső határán mutatkozó anaesthesiás zóna a közismert BRISSAUD-féle schemából jól érthető.

Az érzéseknek eme dissociációja nemcsak a gerincezvelő, hanem a medulla oblong. megbetegedéseinél is előfordul (így: I. A. BOSCH: „Over Syringomyelie“. Utrecht 1896; WALLENBERG: 1900, 901, 905; MÜLLER: *Zeitschr. f. Nerven h. k.* XXXI., BROUWER *Monatschr. f. Ps.* 1912. XXXII. etc.) olyan esetekben is, amelyekben a nyultvelői folyamatnak a gerincezvelőre való reáterjedése szövettanilag is kizárható volt.

A gerincezvelői BROWN.—S.-f. tünet-csoport képét a traumás októl eltekintve, különböző diffus, illetve góczyi megbetegedések idézhetik fel, így lues spinalis, sclerosis multiplex, stb. de ezeken kívül toxicus befolyások is, így LEFAS (*Rev. neurolog.* 1911. nov. 18) egy esetet közöl, melynél veszettség utáni oltásokra előálló, a leírásból kivetőleg: diffus meningomyelitis jód és arg. colloidalis együttes alkalmazására visszafejlődött és csupán a BR.—S.-f. tünet-csoport maradt vissza.

A törvényszéki szempontból szóba jövő traumás laesiok aránylag kis %-ban fordulnak elő. Így WERNER, (*Friedr. Blätter f. gericht. Med. Jahreshb. f. Ps.* 1910.) 1910-ben 22 ilyen esetet szedett össze az irodalomból; ezek közül 11-ben a nyakirészt 10-ben a thoracalíst, 1 esetben pedig a gerinceoszlop ágyéki szakaszát érte a sérülés. A közölt esetek egy nagy %-a éppen BR.—S.-féle bénulással járt.

A gerincezvelő hemisectiója által előidézett B. S.-féle bénulás prognosisa quo ad valet. compl. meglehetősen rossz. Nagy terjedelmű restitúció többnyire csak ott várható, ahol a tünetek főleg a traumás vérzés, haematomyelia által vannak feltételezve.

Jelen alkalommal egy 34 éves, nőtlen, esizmadia segédet mutatunk be, kinek atyja iszákos volt és 65 éves korában halt el. Anyja és 4 testvére él, egészségesek. A beteg maga iker-

gyermek volt, ikertestvére a szülés után nyomban elhalt. Szófogadó, tiszta gyermek volt. Elemi iskolába körül-belül egy félévet járt, magától tanult meg később írni, olvasni. 22 éves korában közösült először és ekkor gonorrhoeot szerzett, melyet hiányosan kezelt. Luest tagad. Egy hónapban átlag 2—3-szor ivott mérsékelt mennyiségű bort.

1904 október hó 31-én éjjel a koresmából egy fél liter bor elfogyasztása után hazafelé tartott harmad magával, amikor is 5—6 berugott emberrel szóváltásba elegyedett. Egyike ezeknek minden ok nélkül kezével fejét megütötte úgy, hogy sapkája leesett. A sapkája felemeléseért lehajolt; és azon pillanatban, melyben éppen egészen meg volt hajolva, egy erős szúrást érzett a hátában, mint a beteg mondja: „recesent a háta“. A szúrás nem volt fájdalmas. A következő pillanatban forró, szűrő érzés hatolt a has balfelének a köldök magassága alatt fekvő részétől aláfelé a bal alsó végtagon át, „mintha tüzes vassal égették volna“, ugyanekkor az egész jobb alsó végtag elzsibbadt. A szúrás következtében baloldalra dőlt el, de eszméletét egyáltalában nem veszítette el, natiónaléját egészen helyesen mondta be a helyszínére érkező rendőrnek. A szúrási seb erősen vérzett, liquor folyásra nézve nem tud felvilágosítást adni. A mentők a Rókus kórházba szállították. A sérülés elszenvedése után hat hétig nem tudott a lábaira állani. az ágyban fekvé a bal alsó végtagját más helyzetbe hozni, vagy éppen emelgetni nem volt képes. A szúrási seb és környezetében azóta majdnem állandó jelleggel, tompa, bizonytalan fájdalmak és zsibbadások jelentkeznek. A seb a gondos kezelésre, hetek múlva teljesen begyógyult. Három hónap múlva pedig a beteg igen lassan jobb alsó végtagját erősen húzva maga után, bottal nehézkesen járni is kezdett. Azóta több kórháznak volt lakója, több-kevesebb ideig. Bal alsó végtagját villanyozták, ezen kívül jódot szedettek vele. Vizeleése mindig rendben volt, székét a trauma után mindig maga alá boesátotta, később homályosan érezni kezdte a végbél teltségét; sphineter paraesise még most is fennáll. Étvágya, alvása rendes.

Jelen állapot: Koponyája rendes nagyságú, kerekded. Kisfoku, veleszületett nyereg-orr. Szemrések közép-tágak. Pupillák

egyenlő átmérőjűek, arczelek symmetriásan innerváltak. A többi agy-idegpár részéről sem mutatható ki eltérés.

VII. thoracalis esigolya tövisnyulványának magasságában a közép vonaltól 2 és fél cm.-re kezdődőleg egy 2 cm. hosszú, $\frac{1}{2}$ cm. széles szűrési bőr-hegy, ismerhető fel a mellkas háti részén, amely az alapja felett eltolható. A háti gerincoszlop domborulatával jobb felé, az ágyéki gerincoszlop pedig balfelé néző scoliosist mutat. Állásnál és járásnál a bal csípő-tányér cristája magasabban áll a túloldalnál, bal vállizület alacsonyabban fekszik. Ezen eltérések a rendes tartástól a járás megváltozott mechanikai viszonyaihoz való spontán alkalmazkodásból következnek; ugyanis bal oldalon a térd ízületben az aktiv hajlítás nagyon hiányos, ezért az extendált és e miatt járásnál meghosszabbodott végtagot a beteg a törzs compensáló jobbra hajlása mellett circumducálja. E mellett úgy járásnál, mint állásnál a benuult végtagot tehermentesíteni igyekszik a súlypontnak a jobb alsó végtagra való áthelyezésével, ezért domborulatával a végtag oldalára néző ágyéki scoliosis és ellenirányu compensáló mellkasi elhajlás fejlődik ki, mint ennek egy igen súlyos alakját a múlt évben egy ischiással kapcsolatban volt alkalmunk észlelni („*ischias soliotica*“). Az utóbbiak magyarázatánál éppen ezért ezt a legegyszerűbb feltevést tartjuk leginkább elfogadhatónak, már csak azért is, mert jelen esetünkben, ahol a foramen intervertebrare-nak kitágítása, vagy a n. ischiadicus és gyökereinek megrövidítésére minden indok hiányzik, még is tisztán a fenti mechanikai okokból az ischiásnál észlelthez hasonló scoliosis fejlődött.

Az ischiásnál létre jövő extensio tartás az idegvongálását kerülő kimélésből fejlődik.

Külső n. részek épek. Bal alsó végtag izomzata nagyfokban pareticus, rigidebb, terimefogyást nem mutat. A járás a bal alsó végtagra nézve spastico-pareticus, equinovarus lábtartással. A beteg a végtagot circumducálva húzza maga után és eközben a lábujjak surolják erősen a talajt. A törzs izomzata eközben az említett kóros, ezélszerű együttmozgást végzi. Patelláris és Achilles in-reflex baloldalt erősen fokozott, jobb oldalon is élénkebb a rendesnél. Baloldalt lábelenus, (BABINSKI féle)

„nagyujj-tünet“, (OPPENHEIM-féle) alszár-tünet, kifejezett ROSSOL O és MENDEL - BECHTEREW-féle tünetek. Cremaster és felső, alsó hasreflexek balodalt kialudtak. Belső analis reflex fokozott, külső analis reflex bizonytalan. Triceps, radialis, scapulo-humeralis reflexek jól kimutathatók mindkét oldalt. Pupillák-körlete és reakciója minden tekintetben kifogástalan. A beteg jól lát, jól hall. Bal alsó végtag összes izületeire nézve a helyzet, illetve izom-érzés elveszett. Ugyanezen végtag bőrén a beteg rosszul localizál. A has elülső részének bőre a 10-ik borda tapadási helyének magasságától aláfelé a köldök magasságáig analgesiát mutat, amely érzéstelenség félöv alakban a has elülső felületéről oldalt és hátra hajlik a gerincoszlop kp. vonaláig és itt a 12-ik hátiesig. tövisnyulványától aláfelé terjed 5—6 cm. szélességben. Ugyanezen övnek megfelelően balodalt a hőérzés is elveszett, azon különbséggel, hogy a thermoanaesthesia fél-öve előrefelé gyorsabban keskenyedik, a 10-ik borda tap. pontjától aláfelé csak 1.5—2 cm. szélességet ér el.

A has jobb felének bőre elül a 8-ik bordaköztől, hátul a 12 ik háti és 1 ágyéki csigolya tövisnyulvány közötti rész magasságától aláfelé analgesiát és thermoanaesthesiát mutat, amely a jobb alsó végtag egészére kiterjed.

A vibráció érzés jobboldalt erősebben csökkent, mint baloldalt. Ezen kívül jobboldalt: elül a 10-ik borda alsó szélének magasságától és hátul az 1. ágyéki csig. töv. ny.-tól lefelé, hátul a csípőtányér közepéig, elül a 3 és 4 lumbalis segmentumnak megfelelő dermatomák határáig hypaesthesia áll fenn. Bal oldalt a 12-ik háti csig. t. ny. magasságától a 2-ik lumbalis csig. töv. ny. m.-ig előrefelé az analgesia félövének megfelelően a bőr hypaesthesiás. Mély nyomás érzés mindkét oldalt kimutatható. Az analgesiás és thermoanaesthesiás bőr részek mintegy 1—1.5 cm. széles hypalg.) illetve thermohypaesth.-ás zónákkal mennek át az ép érzés területébe. -A fenti hypaesthesia határai kevésbé élesek. Jobboldalt a thermoanaesthesia felső határa, amelyre nézve mintegy 2 cm.-nyivel magasabban fekszik, mint a hideg-érzésre nézve.

Az ép bőr-érzést mutató terület határa nem éppen a közép-vonal, hanem ettől 1 cm.-rel (elöl és hátul) jobbra tolódott el.

Baloldalt a hason és az alsó végtagon, továbbá a jobboldali analgesia határán a többek által észlelt hyperaesthesia hiányzik.

A bal alsó végtagon vasomotoros bénulás jelei sem mutatkoznak. Belső szervek épek.

A beteg jelen állapota tehát a tipusos BROWN—SEQUARD-féle kórképnek majdnem teljesen megfelel.