616.891-009.816:616-009.1-009.9-02-001-039.5 Froment-Babinski

REFLEXNÍ (FYSIOPATICKÝ) SYNDROM FROMENT-BABINSKI

MUDr. Vlasta PROCHÁZKOVÁ, MUDr. Robert VÍT, z neurologického oddělení Ústřední vojenské nemocnice

Věnováno k padesátinám primáře neurologického oddělení ÚVN plukovníka MUDr. Františka PLESKOTA

Neurologická ambulance Ústřední vojenské nemocnice a konsiliární služba neurologického oddělení má stále značný počet případů, které jsou odesílány jako neklasifikované a nediagnostikované reflexní syndromy Fromenta a Babinského. Tyto případy hybných poruch, bolestivých syndromů a poruch čití přicházejí k vyšetření na pracoviště ortopedická, fysiatrická, ba i interní a odtud pak jsou z diagnostických rozpaků teprve odesílány do odborného prostředí neurologického, většinou s mylnými diagnosami. Domníváme se, že je tomu tak proto, že většina praktiků i odborníků ostatních oborů je s tímto, nad jiné zajímavým onemocněním málo seznámena, a to pro poměrně ojediněle publikované případy v lékařském tisku. V civilním prostředí je totiž daleko méně těchto, většinou traumatických onemocnění, která v prostředí vojenském buď vzniknou, nebo se zde manifestují.

Přesto, že počet ambulantních i lůžkových případů reflexního syndromu přesahuje za posledních 6 let počet 250, zmíníme se v této práci o vybraných 35 nemocných, které jsme v letech 1953—1958 hospitalisovali na nervovém oddělení ÚNV ať již z důvodů léčebných, či posudkových.

Charakteristickým rysem reflexního syndromu je, že po lokální lési, která nemusí být velká, vznikají postupující reflektorické změny, zejména proximálně od místa postižení. Tyto se jeví jako deformity, atrofie, hypotonie, jindy edém a sukulentnost postižené části, změny vasomotorické, cyanosa, chlad nebo hypertermie, nápadná hyperidrosa. Bývají i trofické změny na kůži, nehtech a kostech, vypadávají chloupky. Bývá lokální bolestivost palpační, jindy jen spontánní, mnohdy sympatalgického a kausalgického charakteru. Bolesti se často dají vyprovokovat podněty tepelnými, zejména chladem, často se uplatňují změny klimatické. Reflektorické změny postihují jednak svalstvo, systém cévní, sensibilitu a objevují se funkční změny v periferním či centrálním neuronu samotném. Změny na svalech jsou vyjádřeny atrofiemi, většinou proximálně od místa lése a jeví se hypotonií, či naopak hypertonií s kontrakturou, která bývá značně bolestivá. Porucha funkce není vždy sledována úměrnými atrofiemi. Někdy se shledáváme s velikými atrofiemi, přičemž funkce končetiny je ku podivu velmi dobrá. Jindy nepatrná atrofie či jen hypotonie je sledována neúměrnou poruchou funkce. Poruchy sensibility bývají velmi pestré a obvykle se nekryjí s distribucí ani radikulární, ani kmenovou. Velmi časté jsou takřka typicky hysterické rukavicové poruchy čití, zejména u lokálních lésí spojených s edémem. Cévní poruchy jsou charakterisovány změnami oscilací (jejich snížením). Při zkoušce teplou a studenou vodou může dojít k reakci paradoxní, totiž ve studené vodě k vasodilataci a naopak. Výrazné jsou někdy změny v RŠO. Bývají většinou zvýšeny, méně často sníženy či normální, a to zvláště tam, kde jsou vyjádřeny změny vasomotorické. U starších případů mohou být reflexy symetrické a narkosa pak provokuje zvýšení na straně lése. Kožní reflexy bývají snížené až vyhaslé, zejména reflex plantární. Algické reflektorické syndromy jsou charakterisovány intensivní bolestí, někdy globálně v celé končetině, vzdorují obvyklým analgetikům a sedativům. Z centrálních příznaků je třeba jmenovat nespavost, palpitace srdeční, cefalalgie, časté závratě, poruchy pozornosti a paměti, nemocní bývají předrážděni, úzkostní, zlostní nebo depresivní.

V naší sestavě hospitalisovaných je 22 vojenských osob, 13 civilních, z toho 7 žen a 6 mužů. Největší počet nemocných byl ve stáří mezi 20. a 30. rokem (21 pac.), do 20 let (5 pac.), do 40 let (4 pac.), do 50 let (2), přes 50 let (3). Věk není rozhodující pro vznik fysiopatického syndromu a posun k mladším v naší sestavě je dán nemocnými převážně z řad vojáků základní služby.

Případ č. 1

J. Š., voj. z. sl., 20letý, při cvičení utrpěl oděrku na hřbetě pravé ruky, oděrka zhnisala, vznikla flegmona. Léčen PNC, ruka byla 3 dny imobilisována na dlaze. Po 5 dnech začaly značné spontánní, později jen pohybové bolesti celé ruky. Nemohl hýbat prsty, ruka otekla, zmodrala, byla chladnější. Odeslán s dg: akrocyanosa levé ruky, nejasné etiologie. Obj.: levá ruka a distální 1/3 předloktí cyanotické, lehce edematosní, chladnější. Síla od lokte distálně snížena. Rr. C5—C8 vlevo sníženy, pohyby v zápěstích a prstech značně omezené. Hypestesie od poloviny předloktí distálně. Oscilace snížené.

Případ č. 2

J. E., voj. žák, 19letý, byl kopnut při kopané do kolena. Rok byl bez potíží. Poté se při delších pochodech objevily křečovité bolesti v levé d. k. Byl proveden 2krát nástřik pro flebektasie. Po druhém nástřiku mu ochrnula levá d. k., takže na ni napadal. Začaly atrofie stehenního svalstva a končetina se mu zkrátila. Přijat s dg.: varices cruris, kontraktura m. quadricipitis psychogenes. Obj: levá d. k. kratší o 5 cm, atrofie svalstva celé levé d. k., genu recurvatum, hybnost levé d. k. ve všech segmentech omezena, rr. L2 S2 vlevo vyšší. Flekční vějíř při Babinském, levá d. k. chladnější, hypesthesie do L2 distálně. Na rtg. lehká osteoporosa distální části holeně. Oscilace normální hodnoty.

Případ č. 3

S. L. voj. zákl. služby, 22letý, narazil si při pádu pravý loket a pro susp. infrakci kosti loketní mu byla přiložena sádra na 7 týdnů. Za 6 týdnů po té parestesie 3. až 5. prstu pravé ruky, přitom se ruka silně potila. Z celkových potíží udával: bolesti hlavy, nechutenství, poruchy spánku, již před úrazem býval silně nervosní. Dg.: při příchodu: funkcionální obrna pravého lokte. Obj: rr. C5 – C8 vpravo zvýšeny, 2. až 5. prst vpravo v drápovitém postavení, aktivní extense těchto prstů nemožná, abdukce a addukce prstů silně vázne, pravá dlaň zpocená, hypotrofie pravého antitenaru a předloktí, akrocynosa, hypestesie v oblasti pravého n. ulnaris a medianu. Na rtg. osteoporosa předloktí a zápěstí. Kožní teplota vpravo snížena, oscilace sníženy. Chronaxie beze změn. Během pobytu 2krát diencefalická krise: cefalalgie, zrudnutí v obličeji, slzení, pocení, tachykardie, hypertermie, polydypsie.

Případ č. 4

Z. B., voj. zákl. sl., 21letý, utrpěl kontusi hřbetu pravé ruky beze změn na skeletu. Za rok nato mu začala pravá ruka hubnout, hlavně svalstvo thenaru, pociťoval v ruce značnou slabost, při práci mu umdlévala, při pobytu v chladu měl bolesti v celém předloktí. Z celkových potíží udával, že je v poslední době nervosní, vznětlivý. Přijat s dg.: atrofie svalstva thenaru na podkladě lése kořene C6. Obj.: vegetativní stigmatisace, rr. C5 – C8 sníženy vpravo, atrofie svalstva pletence ramenního, síla snížena, pravé rameno níže, výrazné atrofie thenaru vpravo, hypestesie na C6. Chronaxie s lehce prodlouženou anodovou hodnotou

Případ č. 5

J. R., důst. 26letý, dopadl při seskoku z bradel na pravou ruku, zranění nevěnoval pozornost. Asi za 1 měsíc objevily se palčivé bolesti v oblasti pravého palce s postupně se zvětšujícím úbytkem svalovým. Poruchy hybnosti zápěstí a palce. Přijat s dg.: stav po zlomenině kosti článkové, osteoporosa Sudeckova. Obj: rr. C5 – C8 zvýšené vpravo, svalstvo pravé h. k. atrofické, hypotonické, pravá ruka zpocená, cyanotická, teplejší. Ruka v ulnární dukci. Pohyby v kloubu ruky značně bolestivé. Hypestesie přibližně v oblasti C6 – C7. Na rtg. význačná osteoporosa zápěstí a ruky. Chronaxie vykazuje jen nepatrné změny hlavně při dráždění anodou. Oscilace vpravo nižší. Byl léčen mimo neurologické prostředí asi 1/2 roku zcela bez efektu. Po léčbě TS 160, Physostigminem, rehabilitací novokainem a kalciem i. v. nastala úprava hybnosti ad integrum.

Případ č. 6

F. Ž., civ. dělnice, 27letá, po intravenosní injekci snad kalcia začala mít obtíže při ohýbání ruky a prstů vpravo. Ruka byla slabší než dříve. Neléčila se. Po 6 letech po těžké tříměsíční práci v prádelně silné brnění a bolesti v pravé ruce. Postupně se objevila značná kontraktura 3. prstu vpravo. Dg. při příchodu: kontraktura šlachy 3. prstu vpravo. Odeslána na operaci na ortopedické oddělení, odkud předána do naší péče. Obj.: rr C5 – 8 vpravo nižší, tonus svalový snížen, síla oslabena, pravá ruka v lehké dorsální flexi a ulnární dukci, vázne volární flexe. Extense 3. prstu nemožná, špetku špatně svede, atrofie drobných svalů ručních vpravo, hypestesie na dorsální straně pravého předloktí a ruky. Chronaxie bez poruch. Oscilace vpravo nižší. Rtg. bez nálezu.

Případ č. 7

M. H., civ. pomocná laborantka, 50letá, utrpěla při mytí skla řeznou ránu levého zápěstí, při ní snad traumatická lése n. ulnaris. Byla provedena 2krát revise rány, po ní však vždy zhoršení hybnosti. Nemohla pohybovat 3. až 5. prstem, ruka se nadměrně potila, modrala, postupně se objevovaly kontraktury flexního charakteru všech prstů s výjimkou palce, kontraktura přitom byla enormně bolestivá. Nehty se jí zatínaly do kůže dlaně a ani pasivně nebylo možno kontrakturu překonat. Bolesti se rozšířily od ruky až ke kořeni končetiny, špatně spala, měla srdeční palpitace, byla velmi nervosní. Obj.: rr. C5 – 8 vlevo nižší, hybnost prstů vlevo prakticky 0, flekční kontraktura 2. až 5. prstu, značná cyanosa, hypotermie, kůže vyhlazena, svalstvo předloktí a paže hypotrofické. Hypestesie na dlani a na předloktí, oscilace sníženy, chronaxie beze změn, na rtg. osteoporosa skeletu ruky.

Těchto sedm zkrácených chorobopisů předkládáme, neboť je pro některé znaky považujeme za typické. Náš případ č. 1 uvádíme pro rychlý nástup potíží, kdy doba latence není delší než 1 týden. V protikladu k tomu jsou další případy č. 2 a č. 4 a zejména č. 6, kde latence dosahuje dokonce 6 let. U případu č. 2 je zajímavá zejména anamnesa, kde po prvním úraze se nevyvinul reflexní syndrom v plné šíři, ale teprve po té, kdy na takto premorbidně vyvinutém terénu se provedl nástřik flebektasií. Mimo to byl tento případ provázen rozsáhlou kontrakturou a značnou atrofií se zkrácením končetiny. Případ č. 3 vede u pacienta k iritaci i vyšších nervových struktur v našem případě diencefala a uvádíme ho i pro možnou diferenciální diagnosu proti Volkmannově kontraktuře, která může mít s fysiopatickým syndromem mnoho společných patogenetických činitelů. Případ č. 5 je prototypem značného hybného i trofického postižení, který se po vhodně volené léčbě zhojil ad integrum, přestože předchozí terapie nevedla k cíli. Případ č. 7 je případem, kdy onemocnění mělo stálou nepříznivou progresi vzdor veškeré konservativní i operativní terapii. Představuje také typ, který každým operativním zákrokem se spíše zhoršoval.

Z 35 našich pacientů přišel do naší ordinace pouze jediný se správnou diagnosou. 6 pacientů se dostavilo bez diagnosy, ostatní s diagnosou mylnou. Jenom na dokreslení uvádíme diagnosy některých pacientů: myastenie, myalgie, paresa plexu či jednotlivých nervů, intermitentní klaudikace a řada jako neurosy, funkcionální či dokonce simulující jedinci.

Nejprve několik slov o anamnestických stížnostech našich nemocných. Na bolesti si stěžovalo 29 pacientů, tedy valná většina našich pacientů, na slabost svalovou 33 nemocných. 27 pacientů trpělo poruchami hybnosti jednotlivých segmentů.

V objektivním nálezu jsme našli změny na RŠO, a to snížení 19 ×, zvýšení 10 ×, rr. bez poruch v 6 případech. Význačné atrofie svalové byly u 15 pacientů. Postihovaly většinou více než 1 segment končetiny. Čití: segmentární hypestesie byla u 20 pacientů, radikulární u 2 pacientů, hyperestesii jsme našli 2 ×. Bez poruch čití bylo 11 pacientů. Oscilace byly provedeny v 16 případech, z toho sníženy 13 ×, zvýšeny 1 ×, beze změn 2 ×. Výrazné změny sympatikotrofické, tj. edém, cyanosa, atrofie kůže, změny nehtů, poruchy kožní teploty, osteoporosa skeletu, byly nalezeny u 18 nemocných. Chronaxie byla vyšetřena u 16 nemocných, v polovině případů byla beze změn, u ostatních lehce prodloužena. Nebylo změn kvalitativních.

Je zajímavé, že valná většina našich pacientů měla vedle typických příznaků lése periferního neuronu i poruchy vyšší nervové činnosti a poruchy nervstva vegetativního ve smyslu vegetativní a psychické lability. Pacienti měli četné stížnosti na bolesti hlavy vasomotorického charakteru, poruchy spánku a nelze bezpečně říci, zda reflexní syndrom se vyvinul u takto neuroticky stigmatisovaných jedinců, nebo zda se jako pseudoneurastenie přidružil k vlastnímu fysiopatickému syndromu.

Je charakteristické, že projevy choroby se u mnohých vojáků základní služby manifestovaly teprve při nástupu vojenské služby. Do té doby probíhaly latentně, přičemž výklad toho je možný jak cestou VNČ, tak i zvýšenými fysickými nároky na pacienty. V tomto smyslu je zajímavá zejména naše pacientka č. 6, která byla plných šest let prakticky bez obtíží a těžká fysická práce, na kterou nebyla zvyklá, vyvolala u ní příznaky choroby. Druhou skupinou jsou nemocní, kteří utrpěli třeba i minimální trauma v době zvýšeného fysického výkonu a choroba se vyvinula podstatně těžším způsobem, než kdyby byli ponecháni v naprostém tělesném klidu. Je proto evidentní, že mnozí z těchto pacientů bývají podezíráni ze superposice nebo i simulace, neboť okolnosti, při nichž dochází ke zhoršování, si to takřka samy vynucují.

Základní příčinou onemocnění, které vedle reflexního či fysiopatického syndromu Froment-Babinského bývá nazýváno také extenso-progresivní syndrom Bareův, není jednotné agens. Nejčastěji to bývá trauma s následným organisovaným hematomem či periostitidou, zbytnělý svalek, jindy retraktivní změny mesodermu i ektodermu. Lokální příčina reflexního syndromu pravidelně nebývá úměrná extensitě pozdního procesu. Trauma není však příčinou jedinou. Viděli jsme fysiopatické syndromy po paravenosních injekcích kalcia či jiných látek. Jindy jej vyvolá lokální proces ve smyslu zánětlivém nebo i nádorovém. De Morsier, který o této problematice napsal velmi rozsáhlou práci, se

kloní k názoru Bareovu, že lokální proces reflektoricky působí spíše jako reflex přes podkoří než jen jako jednoduchý reflex míšní. Přirovnává například vznik neúměrných pares na končetinách k ještě daleko vyvinutějším atrofiím u tzv. ruky talamické a dokládá, že podobné deformace přicházejí rovněž i u hemiparkinsonských syndromů posttraumatických. V pokusu na zvířeti bylo to potvrzeno Hesem, který elektrickým drážděním hypothalamu způsoboval adynamii svalovou, drážděním sousedních oblastí naopak kontraktury. Na podporu tzv. diencefalického reflexu jsou uváděny studie Lerichovy, který poukazuje na častost anginosních potíží (při negativním EKG) u pacientů amputovaných. Rovněž předčasná arteriální hypertense u těchže pacientů může být příkladem hypertense periferního původu z působení na vegetativní centra hypothalamu (z neurogliomu pahýlu vycházejí bolestivé vzruchy centripetálně). De Morsier uvádí dvě teorie o tom, proč po někdy minimálním traumatu vznikají rozsáhlé reflexní poruchy: za prvé je třeba, aby nervová centra, zvláště diencephalon byla ve stavu zvýšené dráždivosti (tzv. meiopragie), kdy nociceptivní podnět, který normálně nevyvolá reflex způsobí centroperiferní eferentaci. Tato meiopragie může býti kongenitální nebo získaná, hlavně posttraumatická. Za druhé samotná periferní iritace může býti příčinou. Např. jizva zůstává stále bolestivá a dochází k iritaci jednoho či více vláken nervových.

Pro diagnosu reflexního syndromu je tedy důležité, že lokální proces, obyčejně nepatrný, je vždy sledován daleko pestřejší škálou příznaků, než by odpovídalo danému postižení oblouku. Při jeho vzniku se podílejí i vyšší etáže CNS rozhodně struktury míšní, suprasegmentární (iritace dráhy kortikospinální se zvýšenými RŠO), ale i struktury mozkové. Vedle toho, že se proces šíří ascendentně, tedy např. z chodidla na lýtko, dále na stehno a hýždi, jsou známy i případy, že se proces stává symetrickým podle osy. Z pravé končetiny přechází na levou, obyčejně vždy v míře daleko menší, klinicky sotva pozorovatelné. Sledujeme-li však fenomén reperkusse chronaximetricky, je takřka vždy postižitelný. Jestliže existuje reperkusse na nivó synapsí míšních, což lze doložiti chronaximetricky, existuje jistě i na nivó synapsí medulocerebrálních, takže může vzniknout iradiující hypertonie parkinsonského typu, jak předpokládá Bourgignon (cit. podle de Morsiera).

Z klinického hlediska je možno reflexní syndrom podle extensity procesu i podle převažující symptomatologie utřídit do několika samostatných skupin. Uvádíme rozdělení de Morsierovo. 1. Formy s převládající hypotonií a amyotrofií. Do této skupiny řadí i formu pseudo-coxalgickou, která se vyznačuje hypotonií gluteálního svalstva a začíná po lési tibiotarsální. 2. Formy, kde dominuje kontraktura. Přitom reflexní kontraktury mohou mít nejrůznější tvar hyperextense či hyperflexe zápěstí, prstů, drápovité postavení prstů, častá je forma porodnické ruky. 3. Formy algické, sem patří např. případy s kořenovými bolestmi a následnou klaudikací po úraze kyčle. Algická forma přichází často po vniknutí cizího tělesa do měkkých tkání. 4. Formy s převládajícími poruchami sensibilitity. 5. Formy, s výraznými poruchami vasomotorickými. Obyčejně převládá cyanosa, edém. 6. Formy s adynamií. Jsou to řídké formy s náhle vzniklou poruchou hybnosti končetiny (adynamie, akinesie), beze změn reflexů, která se během několika dnů upravuje. Bývají bez poruch čití, nejčastěji po úraze ramene. Léčí se faradisací.

Přehlédneme-li naši sestavu, zjišťujeme, že naši nemocní se nedali většinou rozdělit podle této klasifikace kompletně a představovali obvykle směs dvou a někdy i dokonce tří forem de Morsierových. Nikdy jsme neviděli případ náhle vzniklé adynamie svalové. Máme za to, že tato forma poněkud vypadává z rámce reflexních syndromů, neboť její patogenesi spatřujeme spíše v globální kontusi vyšších periferních struktur, tedy např. je vysvětlitelná neuropraxí kmene nebo i funikulů. Je přechodného typu, rychle se upravuje, nevznikají poruchy trofické. Patří sem jistě i formy s převahou funkční, kde opakovaně vede k úspěchu traitement brusque.

Nápadným zjevem u všech reflexních syndromů nebo alespoň u jejich většiny je výrazná psychická labilita ať už ve smyslu neurastenie, psychastenie, nebo vyslovené hysterie. Zdá se, že konstituční složka se tu při vzniku reflexních poruch uplatňuje nejvíce. Pokud nejde o složku konstituční pak patogenetickým činitelem vedle onemocnění samotného je často odmítavý postoj zdravotnického personálu, který z neznalosti onemocnění případ často považuje za čistě funkcionální a přispívá tak k fixaci choroby.

Diferenciální diagnosa onemocnění je někdy těžká. Je nutno odlišit reflexní syndrom od kořenové iritace kompresivního charakteru, od bolestí centrálního původu, od pares periferních nervů, od choroby Reynaudovy, i od čistě hysterických obrn, od amyotrofických syndromů degenerativních i od pares a atrofií centrálního původu.

Iritace kořenová je vždy omezena na postiženou areu radixu, bolesti mají charakter vyzařující a vystřelující, čití se kryje s autodermogramem bolesti, atrofie jsou malé, výraznější je hypotonie, kontraktury se vyskytují výjimečně. Trofické poruchy bývají diskretní, jsou positivní napínací manévry a reflexy šl. a okost. norm. nebo snížené.

Lése centrální mají atrofie malé, omezené většinou akrálně, reflexy šlachové a okosticové jsou výrazně zvýšené, jsou positivní jevy pyramidové. Určité rozpaky mohou vzniknout u lésí thalamických, kde však pomáhá anamnesa, bývají výraznější poruchy čití, poruchy taxe, nutno pátrat po bezděčných pohybech.

Paresy periferního typu mají výrazné atrofie, méně časté jsou kontraktury, je nápadná hypotonie, postižené svaly přísluší vždy inervačnímu okrsku postiženého kmene. Trofické poruchy jsou význačné, je charakteristické vyšetření chronaximetrické a EMG a čití vždy odpovídá anatomické distribuci.

Proti Reynaudově chorobě a všem tzv. vasoneurosám svědčí atrofie a kontraktury, chybí trauma v anamnese. Bývají tu výraznější poruchy oscilometrické a choroba má paroxysmální charakter.

Značná svízel bývá s odlišením čistě hysterických poruch. Bizarerie, které u hysterie vznikají, jsou často takové, že diagnosa je možná jen po pečlivém vyšetření psychiatrickém. Charakteristické pro obrny hysterické je jejich rychlejší ústup v narkose, kdežto reflexní kontraktury se vyrovnávají v narkose jen velmi obtížně.

Prognosa onemocnění podle našich zkušeností je závislá na několika okolnostech. Důležité je, aby

se s léčbou začalo včas a aby byla léčba cílena jak na lokální onemocnění, tak i na vyšší etáže nervového systému, včetně psychoterapeutického zpracování nemocného. Formy s paresou a hypotonií mají všeobecně lepší prognosu než formy s kontrakturou. Zejména u těch nemocných, kde nástup příznaků je rychlý, onemocnění rychle progreduje, může být pak po léta stacionární a vzdorovat veškeré terapii. Toho dokladem je naše pacientka č. 7. Důležité z prognostického hlediska je i posouzení posudkové, neboť lidé takto postižení jsou invalidé různého stupně a potřebují v tomto smyslu uznání, nemají-li se z nich státi rentoví neurotici.

Charakteristické pro terapii reflexních syndromů je snaha lékaře zaměřit ji na všechny části reflexního oblouku, který se patologicky vytvořil. To znamená lokálně provádět blokády novokainem, rehabilitovat, podávat vasodilatancia, kalcium i. v., lokálně iontoforesa, polohování, jemná masáž, hydroterapie. Na synapse působíme acetylcholinem a Physostigminem. Podáváme Bkomplex ve vyšších dávkách. Na nejvyšší etáže CNS působíme sedativně, preparáty bromovými, barbituráty a v novější době preparáty fenothiazinovými (ataraktiky). Chráníme nemocného před rozrušením, únavou. Tam, kde převažují rysy hysterické, osvědčuje se nám užití skopolaminu a chloralhydrátu se současnou faradickou stimulací. Je nápadné, že u pacientů, kde vznikla symptomatologie diencepfalická, došlo po provedení PEG k výraznému zlepšení. Je jistě příliš mechanistický výklad, že by insuflace tlakem způsobila funkční změny v diencefalu, které by vedly k odstranění nociceptivních podnětů. Je-li lokální příčina onemocnění markantní a je-li přístupná rtg. léčbě, pak se mnohdy tento způsob léčení setkává s úspěchem. Zejména procesy postihující periost a kosti dobře reagují na antalgické dávky rtg. ozáření. Indikace operační je nesmírně odpovědná a má jí předcházet dokonalá rozvaha a vyčerpání veškeré terapie konservativní. Hodí se hlavně ty případy, kde se málo uplatňuje vegetativní stigmatisace, kde trofické poruchy nejsou příliš vyjádřeny a kde lokální lése je prokázána všemi objektivními metodami. Nelze vyjmenovat všechny případy, které se pro operační léčbu hodí, ale především vhodné jsou případy po vniknutí cizího tělesa, i když tato jsou nezánětlivě uložená a dobře opouzdřena. Většinou však jsou chirurgické výkony kontraindikované, neboť po výkonu se obtíže zhoršují.

Reflexní syndromy, pokud jsou jasně a jednoznačně diagnostikovány, nutno posuzovat obdobně jako paresy periferních nervů, nebo jako ještě závažnější onemocnění, protože bývají takřka vždy kombinovány neurosou. Je tedy třeba vždy přisuzovat nemocným určitý stupeň invalidity, protože opačný postoj vrhá nemocného do rentierství, nebo zhoršuje jeho aktuální stav VNČ. Ve vojenské praxi zařazujeme reflexní syndromy podle posudkového předpisu z roku 1958 pod číslo 368—369 a-c a také pod číslo 318. Lehčí případy označujeme jako schopni neřadové služby, doporučujeme zaměstnání v teple, u případů komplikovanějších a tam, kde není pro vojáka zaručen vhodný druh zaměstnání je lépe dát neschopnost na dobu 12 měsíců. Je známa skutečnost, že zvláštní podmínky vojenské služby takřka vždy zhoršují reflexní syndromy, nebo dosud latentní onemocnění manifestují. Rozsáhlé poruchy reflexní mohou vést výjimečně i k úplnému vymazání z vojenské evidence, a to zejména tam, kde reflexní syndrom přesahuje rámec periferního neuronu.

Souhrn

Znalost reflexního syndromu Fromenta a Babinského je mimo neurologická odborná pracoviště malá, jak se ukazuje z praxe ambulantní i ze zkušenosti lůžkové části. Probrali jsme proto vybranou skupinu našich pacientů, kteří pro charakter svého onemocnění představují vždy zástupce určitého typu onemocnění. Krátce pojednáváme o klinice, patogenesi, diferenciální diagnose, léčbě, prognose a konečně o posuzování. Častost onemocnění je pobídkou i pro ostatní lékařské obory, aby k těmto poruchám přihlíželi jak léčebně, tak i posudkově a aby tito nemocní byli odesíláni na odborná neurologická oddělení.

Резюме

Амбулаторная практика и опыт стационара свидетельствуют о том, что врачи мало ознакомлены с синдромом Фромен-Бабинского. Автор поэтому рассмотрел специально выбранную группу больных, которые — по характеру их заболевания — являются представителями определенных разновидностей этого заболевания. Автор вкратце касается клиники, патогенеза, дифференциального диагноза, лечения, прогноза и, наконец, экспертизы при этом заболевании. Частота заболевания должна заставить и врачей других специальностей уделять больше внимания этим расстройствам при решении как вопросов терапии, так и экспертизы и направлять этих больных на обследование к специалисту врачу-неврологу.

Summary

Medical officers are often not familiar with the reflex syndrome of Froment-Babinski. Therefore a group of patients, representing the various types of the syndrome, is presented. The clinical features, pathogenesis, differential diagnosis, treatment, prognosis and assessment are discussed. The frequent incidence makes it necessary, that all medical officers get acquainted with this syndrome. Such patients should be transferred to neurological departments.

Písemnictví

Henner, K.: Význam zkušeností ze světové války pro diagnosu a léčbu „Traumatických neuros". Thomayerova sbírka č. 132, 1925.

Menšíková, Z.: Reflexní syndrom Fromentův-Babinského. Neurologie a psychiatrie čís. XIII – 1950 – č. 4.

Babinski et Froment: Hysterie – Pithiatismus et troubles nerveux d'ordre reflexe. Masson, Paris 1918.

Barré: Troubles nerveux reflexes extensoprogresifs d'origine traumatique. Mont-Louis 1945.

G. de Morsier: Les troubles reflexes consecutifs aux traumatismes des membres.

Schweiser Archiv für Neurologie und Psychiatrie LIX – 1/2.