

EEN REFLEX-VERSCHIJSSEL AAN HET BEEN BIJ PSYCHOSEN.

DOOR

D. SCHRIJVER, *geneesheer aan het geneesk. gesticht „Het Apeldoornsche Bosch“.*

Voor eenige jaren trof mij een eigenaardig reflexverschijnsel. De mededeeling hiervan moge gerechtvaardigd zijn door het feit, dat ik dit verschijnsel in de literatuur niet of nauwelijks vermeld vond 1).

De patiënt, bij wien ik het eerst den reflex zag was een lijder aan katatonie, in stuportoestand verkeerende. Bij het onderzoeken der reflexogene zône van den kniepeesreflex nam ik waar, dat bij percussie zoowel van het ligamentum patellae als van de mediale tibiavlake en van het geheele bovenbeen een duidelijke plantairflexie van alle teenen ontstond. Reeds bij zeer zachte percussie vertoonde zich deze reflex. Teekenen van letsel der pyramidenbaan bestonden niet. De reflex van MENDEL—BECHTEREW was dorsaal gericht.

Het verschijnsel ontsnapte daarna eenigen tijd aan mijn aandacht, totdat ik dezen reflex weer zag bij een patiënt in katatonen stupor met zeer duidelijk negativisme. De voetrugreflex van MENDEL—BECHTEREW was hier negatief, evenals hier weer ieder verschijnsel ontbrak, dat zou kunnen wijzen op een aandoening van de pyramidenbanen. Opmerkelijk was, dat deze reflex aan den linker kant sterker was dan aan den rechter kant. Van den eenen dag op den anderen bleek het verschijnsel eenigszins in sterkte te wisselen, zonder dat eenig verband met den psychischen toestand duidelijk was.

De literatuur doorzoekende, bemerkte ik, dat LEWANDOWSKY 2) blijkbaar denzelfden reflex heeft gezien. Bij zijn bespreking van den reflex van MENDEL—BECHTEREW zegt hij: „Ich beobachtete in einem Fall von Meningitis serosa bei Beklopfen des Fussrückens Dorsalflexion, bei Beklopfen des ganzen übrigen Beines Plantarflexion der Zehen“. Jammer genoeg vermeldt hij omtrent het geval niets naders; in het bijzonder ontbreekt iedere aanwijzing over het al of niet aanwezig zijn van pyramidenbaan-verschijnselen.

M. KRUG 3) nam waar, dat de reflexogene zône voor den voetrugreflex zich vaak over het onderbeen — vooral de mediale tibiavlake kan uitstrekken. Zelfs vond hij, vooral in die gevallen, waar de reflex slechts zwak aanwezig is, dat hij hem *alleen* van de tibia

1) Collega H. DE LEVIE deelde mij mede, dat ook hij dit verschijnsel eenmaal gezien had. Bijzonderheden over den desbetreffenden patiënt zijn mij onbekend.

2) *Handbuch der Neurologie*, 1910. Bd. I, bldz. 604.

3) *Ueber den MENDEL—BECHTEREWschen Fusz-rückenreflex*. Diss. Leipzig 1911.

uit kon opwekken, terwijl de voetrug *niet* reflexogeen was. Het is duidelijk, dat de onderzoeker aldus tot den voetrugreflex rekenende, wat strikt genomen niet hierbij behoorde, wel tot het resultaat komen moest, dat aan den reflex van MENDEL—BECHTEREW als verschijnsel van letsel der pyramidenbanen iedere waarde ontzegd moest worden. Ik acht het waarschijnlijk, dat ook KRUG den door mij hier beschreven reflex gezien heeft.

Het scheen mij de moeite waard dezen reflex nader te bestudeeren. Allereerst wilde ik een beeld krijgen van de menigvuldigheid, waarin de reflex voorkomt, en onderzocht daarom een 200 mannelijke patiënten van mijn afdeling hierop.

Ik vond (onbelangrijke groepen buiten beschouwing gelaten):

Aard der ziekte.	Aantal patiënten.	Reflex aanwezig.
I oligophrenie.....	47	5 = 10 pCt.
II hebephrenie.....	54	15 = 20 „
III katatonie.....	26	10 = 38 „
IV dem. paranoides.....	15	2 = 13 „
V dem. senilis.....	10	2 = 20 „
VI epilepsie.....	11	3 = 27 „
VII dem. paralytica.....	5	1 = 20 „
VIII man. depr. psychose....	7	6 = 86 „

De rubrieken VII en VIII omvatten een te gering aantal patiënten om gevolgtrekkingen toe te laten. Al aanstonds treft, dat bij groep I en V de reflex niet bijzonder veelvuldig is, niet-tegenstaande juist bij idiotie, imbecillitas en dementia senilis pyramidenbaanletsels vaker voorkomen dan bij dementia praecox. Reeds dit feit zou een aanduiding er van kunnen zijn, dat de reflex niet kenmerkend is voor letsel van de pyramidenbaan. Bij elkaar zoekende die gevallen, waarin het verschijnsel buitengemeen levendig was, vond ik er 3. Dit waren allen lijders aan dementia praecox. De vraag, of inderdaad deze zeer levendige reflexen bij voorkeur onder de lijders aan dementia praecox voorkomen, zal moeten worden beantwoord door het onderzoek van een groot materiaal, waaronder dementia praecox niet in die mate vertegenwoordigd is als onder het mijne.

Ten einde de voorwaarden, waaronder deze reflex ontstaat, nader te bestudeeren, werden door mij 20 willekeurig uitgekozen patiënten, die dezen reflex in meer of minder sterke mate vertoonden, nauwkeurig onderzocht. Dit waren: één lijder aan idiotie, 5 aan hebephrenie, 2 aan dementia paranoides, 5 aan katatonie, één lijder aan praeseniële dementie, één aan melancholie, één aan dementia paralytica, 2 aan epilepsie, één aan post-traumatische dementie, één aan seniele paranoia.

Bij al deze gevallen vond ik slechts in één geval duidelijke teekenen van letsel der pyramidenbaan. Dit geval betrof een ruim 60-jarigen lijder aan dementia praecox, wiens kniepeesreflexen sterk verhoogd waren, terwijl links dijclonus bestond. Het verschijnsel van BABINSKI was links aanwezig, rechts af en toe op te wekken. OPPENHEIM's reflex was links in den vorm van spreidbeweging, rechts plantair. De reflex van MENDEL—BECHTEREW

was beiderzijds dorsaal. De door mij onderzochte reflex-ontbrak rechts, terwijl hij links van de geheele voorvlakte van het onderbeen uit en soms ook van de Achillespees uit op te wekken was.

Wat de verhouding tot de algemeene reflexprikkelbaarheid — waarvoor als maat werd genomen de sterkte der kniepees- en Achillespeesreflex — betreft, het volgende: het bleek, dat in 7 gevallen van levendige reflexprikkelbaarheid de door mij beschreven reflex eenmaal sterk, drie maal matig en drie keer aangeduid aanwezig was. In 11 gevallen van matig sterke tot zwakke reflexprikkelbaarheid vond ik vijf maal de reflex zeer sterk, vier maal matig sterk en twee maal zwak aanwezig. Het is duidelijk, dat het in groote mate aan persoonlijke willekeur is onderworpen, wat men een levendigen en wat men een zwakken reflex kan noemen. Toch zou ik willen besluiten, dat de sterkte van den reflex niet afhankelijk is van de algemeene reflexprikkelbaarheid, dat er in dit opzicht misschien eerder van een antagonisme sprake is.

Voor de mechanische spierprikkelbaarheid geldt hetzelfde. In 8 gevallen was deze verhoogd. Van deze 8 was eenmaal de reflex sterk, drie maal matig en vier maal zwak. In 19 gevallen met normale spierprikkelbaarheid was de reflex vier maal sterk, vier maal matig en twee maal zwak. In één geval met zeer lage mechanische spierprikkelbaarheid was de reflex zeer levendig.

De reflexogene zône bleek in het algemeen bij de levendiger reflexen grooter te zijn. Meestal was bij de zwakker uitgesproken reflexen de mediale tibiavlake reflexogeen, doch vaak lukt het ook, van de laterale vlakte van het onderbeen uit den reflex op te wekken. In enkele gevallen, waar de reflex zeer zwak was, bleek slechts het capitulum fibulae of de malleolus internus reflexogeen te zijn. Bij levendiger reflex breidt zich de zône uit over het bovenbeen tot zelfs (één geval) over de buikhuid boven de liesplooï. Naar beneden toe ziet men, hoe als reflexogene zône kunnen voorkomen de mediale en laterale voetranden, terwijl merkwaardigerwijze de voetrug bijna nooit (2 van de 20 gevallen) reflexogeen wordt. *In deze 2 gevallen was de reflex opgewekt van den voetrug uit het zwakst.* Dit schijnt mij toe een feit van belang te zijn. Ik meen namelijk in deze gevallen te kunnen aannemen, dat de reflex van MENDEL—BECHTEREW dorsaal gericht was, niettegenstaande bij bekloppen van den voetrug plantairflexie van de teenen ontstond. Met andere woorden gezegd: van den voetrug uit krijgt men de interferentie van 2 reflexbewegingen: 1^o. de dorsaalbeweging (MENDEL—BECHTEREW) en 2^o. de plantairbeweging eigen aan den door mij beschreven reflex. Voor het bewegingseffect is het nu slechts de vraag, welke reflex sterker is. Een bewijs voor deze opvatting meen ik te mogen zien in het feit, dat ik bij deze gevallen tijdens de plantairflexie een duidelijk aanspannen der pezen van den musc. ext. digit. brevis heb waargenomen. Deze laatste bewerken immers de dorsaalbeweging.

Het gelukte mij het beste den reflex te onderzoeken, wanneer, voor zoover doenlijk, de aandacht van den patiënt werd afgeleid. Een korte slag met den percussiehamer bleek het meest geschikt. Andere prikkels (knijpen, diepe druk e. d.) bleken niet adaequaat.

De reflexbeweging zelf bestond vaak niet alleen uit een eenvoudige teenbuiging. Vaak ging met buiging een lichte ad- of abductie gepaard. Soms vertoonde zich de beweging slechts in enkele teenen. Ook de aard der beweging was verschillend. Zelden slechts zag ik een snelle teenbeweging. Meestal had de beweging een meer tonisch karakter. Zeer in het algemeen kon de regel vastgesteld worden, dat er des te meer teenen aan de beweging deelnamen, naarmate de reflex sterker was uitgesproken. Bijna zonder uitzondering vond ik den reflex aan de twee beenen verschillend sterk. Slechts in 2 gevallen was de (overigens zeer zwakke) reflex symmetrisch ontwikkeld. In 3 gevallen was de reflex slechts aan één zijde aanwezig.

Welke zijn nu de verklaringsmogelijkheden voor het ontstaan van dezen reflex? Dat de kleine voetspieren door voortgeleiding van den percussiestoot mechanisch geprikkeld worden bij percussie van tibia of bovenbeen, is niet wel denkbaar. Trouwens de verhoogde mechanische spierprikkelbaarheid, die hiervoor noodig zou zijn, heb ik niet kunnen vaststellen. De opvatting, dat wij hier te maken zouden hebben met een uitbreiding der reflexogene zône van den voetrugreflex, meen ik boven weerlegd te hebben. Evenmin blijkt deze reflex iets met pyramidenbaanletsel uit te staan te hebben.

Misschien ware een verklaringsmogelijkheid te zoeken in geheel andere richting. LEWANDOWSKY vond dit verschijnsel bij *meningitis serosa*. Ik zelf merkte het eerst het verschijnsel bij een katatonen stupor op. Bij *dementia praecox* schijnt de reflex betrekkelijk vaak voor te komen en vaak sterk ontwikkeld te zijn. Men zou nu in verband hiermede kunnen denken aan de „*Hirnschwellung*” in den zin van REICHARDT, die door PÖTZEL, ROSENTHAL e. a. in sommige gevallen van katatonie werd aangetoond. Als voorwaarde voor het ontstaan van dezen reflex ware het dan mogelijk te denken aan een verhooging van den druk van het lumbale vocht.

De vragen, die nog te beantwoorden zijn, formuleer ik hieronder.

1. Hoe is de menigvuldigheid van den reflex bij gezonden en bij ziekten *niet* van het zenuwstelsel? (Bij een gering aantal gezonden, dat ik onderzocht — ongeveer 25 —, vond ik den reflex twee keer zwak aanwezig).
2. Hoe is de verhouding tot den voetrugreflex bij neurologische gevallen?
3. Hoe is de menigvuldigheid bij gevallen met liquordrukverhooging (meningitis, hersengezwel, meningeaalbloeding enz.)?
4. Tot welke slotsom leiden systematische liquordrukmetingen in gevallen, waar de door mij beschreven reflex levendig, matig of niet aanwezig was?

April 1922.
