



Monoplegia anaesthetica. Wyleczenie.

Podał

Prof. Dr. Adamkiewicz.

Dnia 3 kwietnia 1886 r. przyprowadziła mi pani M. B. z Częstochowy swą 19 letnią córkę Kazimirę, podając, że cierpi na porażenie czucia w prawém ramieniu.

Wywiady wykazały, że pacjentka pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej, nieobciążonej żadną chorobą nerwową. Matka, bracia i dwie siostry cieszą się zupełnem zdrowiem. Niedawno zmarły ojciec miał cierpieć na gościec stawowy. Sama pacjentka była dotychczas zupełnie zdrową.

We wrześniu 1885 r. nagle i bez wiadomej przyczyny wystąpiły w ręce prawej bóle i równocześnie obrzmienie najwyraźniejsze na stronie grzbietowej ręki i palców, przy czém szczególnie w nocy stawała się ręka gorącą i okrywała się na dłoni potem. Bóle były szczególnie w nocy silne, tak że nie pozwalały choréj zasnąć i, jak matka zapewnia, miała pacjentka trzy tygodnie bezsennie przepędzić, co znacznie podkopało jój siły.

W czwartym tygodniu jój choroby bóle zmniejszyły się a stan choréj polepszył się, jakkolwiek dużo jeszcze pozostawiał do życzenia, a bóle przy każdéj zmianie powietrza na nowo się pojawiały.

Dr. Adamkiewicz. Monoplegia anaesthetica itd.

1

Z-138902

Akc. z l. 2024 nr. 141

Pewnego dnia w październiku, gdy bóle były już znacznie mniejsze, spostrzegła chora na grzbiecie ręki prawej w pobliżu stawu dosyć znaczny pęcherz, który później zamienił się we wrzód, uderzająco małą skłonność do gojenia okazujący. To samo powtórzyło się jeszcze na palcach. Powoli zagadkowe te objawy wyjaśniły się. Pacjentka władając całkiem swobodnie ręką zajmowała się pilnie w kuchni. Nareszcie spostrzegła, że zajęta przy ogniu lub prasując żelazkiem poparzyła się nie mając o tём żadnej wiadomości. I teraz dopiero ku wielkiemu przerażeniu zauważono, że chora w całej prawej ręce nie posiadała czucia. Zasiągnięto więc pomocy lekarskiej, lecz nadaremnie.

Stan obecny. Chora wzrostu dobrego, o zdrowej cerze, inteligentnym wyrazie, spokojnie się zachowuje. Odpowiada na pytania jasno i opowiada swą chorobę krótko w zwięzłej formie i bez przesady. Psychicznie znajduje się w równowadze. Smutek, który często okazuje, jest wyrazem obawy, iż cierpienie tak dawno bezskutecznie leczone, będzie może nieulecznóm, i jako taki może być uważany jako zupełnie uzasadniony objaw normalnego życia umysłowego. Z wyjątkiem cierpienia ręki prawej fizycznie jest zupełnie zdrową. W narządach wewnętrznych nie można było znaleźć nic nieprawidłowego. Ucisk na okolice jajników i wyrostków kołczystych kręgów był niebolesny. Czynności zmysłów nienaruszone, w szczególności nie można było wykazać ani amblyopii ani nadwężenia zdolności rozoznawania barw, jak również żadnych zaburzeń czucia tak w skórze jak i w błonach śluzowych. Jeżeli jeszcze dodam, że odruchy ścięgniste były zupełnie prawidłowe, a mięśnie prawidłowo funkcyjonowały i na prąd elektryczny oddziaływały, to z koniecznością należy przypuścić, że choroba naszej pacjentki była tylko miejscową i że siedzibą jęj było prawe ramię.

Obmacywanie choréj odnogi nie wykazało nic nieprawidłowego, pnie nerwowe przy ucisku były niebolesne, a nawet znosiła chora łatwiej ucisk po stronie choréj aniżeli zdrowéj. Najstaranniejsze obmacywanie splotu barkowego

ponad i popod obojczykiem nie wykazało. Podobnie i skrzyżne badanie kręgów szyjnych, nerwów karkowych, nerwu współczulnego i jego zwojów szyjnych, o ile naturalnie one dla palca były przystępnymi, pozostało bez skutku. Tętno na ręce chorej było równie silne i pełne jak na zdrowej. Stawy i ruchy w nich były niebolesne. W mięśniach nie można było dostrzedz żadnych zmian w odżywieniu ani też w innerwacyi. Skóra na ręce chorej szczególnie na grzbiecie ręki i palców była wybitnie sina, chłodna i przedstawiała się lekko nabrzmiałą, w skutek czego palce były mniej kształtne i delikatne aniżeli u ręki zdrowej. Na grzbiecie drugiej falangi trzeciego palca znajdował się strup, który według podania pacjentki od wielu tygodni miał się utrzymywać. Powyżej stawu nadgarstkowego widoczną jeszcze była sina plama, która podobnie jak strup była pozostałością po dawniejszém oparzeniu. Najważniejsze jednak zboczenie, jakie chore ramie przedstawiało, tkwiło w sferze czucia skóry. Można się było skóry dotykać, uciskać ją, kłuć lub parzyć, cały jej fałd szpilką przebić i pincetą szczyपाć, chora była na to zupełnie obojętną. Najsilniejszego prądu elektrycznego chora nie czuła, jedynie czuła go nieco w pasze i na palcach. Dokładniejsze badanie wykazało, że ten opisany wysoki stopień znieczulenia zajmował tak stronę zginaczy jak i mięśni wyprostnych ramienia i ręki. W kierunku barku dosięgało ono poza *spina scapulae* prawie aż do kręgosłupa, na piersiach zaś aż do obojczyka i *acromion*. Od tyłu kończyło się prawie w środku wolnego brzegu mięśnia kapturowego, od przodu zaś w kącie, gdzie się mięsień piersiowy do kości ramieniowej i wklęsłej części obojczyka przyczepia. Obszar ten odpowiada rozgałęzieniu nerwów czucia całego splotu barkowego. Na barku: *Nn. supraclaviculares*, na ramieniu: *n. axillaris*, *n. cutaneus medialis*, *n. perforans Gasseri*, *n. cutaneus medius*, *n. cutaneus palmaris (mediani)*, *n. palmaris ulnaris*, *n. cutaneus posterior superior (radialis)*, *n. cutaneus posterior inferior (radialis)*, na ręce: *n. medianus*, *n. ulnaris*, *n. radialis*. W obszarze znieczulenia były wszystkie rodzaje czucia

w równym stopniu zniesione. W pasze i na końcach palców czuła chora ból wywołany silnym prądem elektrycznym, lecz w niskim tylko stopniu, a uczucie dotyku i temperatury było i tutaj zupełnie zniesione. Nawet mięśniom właściwe czucie, o położeniu i rodzaju działania odnogi dające pojęcie (*Muskelgefühl*), było zupełnie zniesione. Zamknąwszy oczy chora pozbawioną była w zupełności możliwości używania chorąg ręki, można jej było nadać nawet bardzo skomplikowane i niewygodne położenie, a nie z tego nie doszło do świadomości chorąg.

W przeciwieństwie do zupełnego bezwładu przy zamkniętych oczach, musiała uderzać ta swoboda, z jaką posługiwała się chora ręką przy otwartych oczach. Pod kontrolą ocz mogła chora wykonywać nietylko ruchy niedelikatne i przytém rozwijać dostateczną siłę, ale i do takich ruchów skomplikowanych pokazała się teraz zdolną, które wymagają wyczerpanej i ściślejszej techniki. Potrafiła szyć, haftować, pisać, i w ogóle od żadnych nie usuwała się zajęć, do których za czasów zdrowia była przyzwyczajoną.

Rozpoznanie. Anestezja powstać może z dwóch głównych przyczyn. Albo 1) przestają działać obwodowe zakończenia nerwów czuciowych w skórze, przyjmujące czucie, lub nie funkcjonują aparaty odczuwające drażnienie (ośrodki sensoryczne kory mózgowej), albo 2) przyczyna nieczułości leży w drogach nerwowych łączących owe zakończenia z ośrodkami. W ostatnim przypadku może być przerwa w nerwach obwodowych lub w drogach rdzenia albo mózgu. W naszym przypadku pierwszą z tych dwóch przyczyn wykluczyć można było w zupełności.

Zakończenia nerwów czuciowych w omawianym przypadku nie mogły być siedzibą choroby, gdyż w razie, gdy dla długotrwałej anestezyi, a taka miała miejsce w naszym przypadku, przyczyna leży w organach czuciowych obwodowych, organa te bywają całkiem razem z skórą zniszczone. O takim zniszczeniu u naszej chorąg nie może być mowy. Jeżeli zaś organa te bez zniszczenia pozbawione są zdolności przyjmowania czucia, to znieczulenie takie zawsze, jak jego

przyczyny (narkotyka, zimno, zaburzenia w krążeniu), bywają krótkotrwałe i przemijające. A u naszej choréj anestezycja była długo trwającą.

Prędzej można było myśleć o odrętwieniu ośrodków czuciowych w korze mózgowej, t. j. o znieczuleniu t. zw. „histeryczném“. Za tém przypuszczeniem przemawiała ta okoliczność, że anestezycja nie ograniczała się do pewnego ściślejszego zakresu jednego lub drugiego nerwu, lecz rozciągała się na znaczniejszy obszar skóry, tracąc na pozór ściślejszy związek z anatomicznym przebiegiem nerwów. Okoliczność ta, że na końcach palców i pod pachą skóra zachowała nieco czucia i miejsca te jak wyspy wśród anestetycznego obszaru pozostały, musiała owo wrażenie nieściśłości z przebiegiem nerwów jeszcze powiększyć.

W zachowaniu się jednak choréj nie przemawiało zresztą nic za histeryją, i jak powyżej wspomniano, ani zachowanie psychiczne, ani fizyczne nie dostarczyło podstawy uprawniającej do przypuszczenia histeryi. Ekscentryczności w zachowaniu się, kurczów, beczułości połowiczéj, amblyopii, bolesności jajników ani żadnych innych histerycznych objawów nie można było wykazać. A z drugiej strony objawiła ta anestezycja własności wskazujące na organiczną podstawę cierpienia. Obrzęk, sinica, zwiększone wydzielanie potu, zaburzenia troficzne objawiające się zmniejszoną skłonnością skóry do regeneracyi, musiały przecież w każdym razie pochodzić z jakiejś materjalnej przyczyny.

Z drugiej strony brakowało pewnych cech, po których poznaje się przyrodę funkcyjonalną anestezyi, przedewszystkiem swoistego zachowania się jéj przy zastosowaniu gorczyznika. Jak w dawniejszych pracach (Czynności obustronne i sinapiskopija. Przegląd Lek., 1880) wykazałem, można znane skutki lecznicze t. zw. metaloskopii daleko dokładniej i pewniej osiągnąć za pomocą gorczycy aniżeli za pomocą kruszców. Nazwałem działanie to „sinapiskopiją“. Zwykły przebieg po zastosowaniu gorczyznika jest taki, że po $\frac{1}{2}$ do 1 godziny miejsce zastosowania wśród obszaru

anestetycznego staje się czulém, co po upływie pewnego czasu znowu znika.

W przypadkach znieczulenia połowiczego histerycznego powstaje w połowie zdrowej w miejscu odpowiadającém działaniu gorczycznika znieczulenie t. zw. „transfert“. Następnie rozszerza się od obydwóch oznaczonych miejsc, z jednéj strony czucie, z drugiej zaś znieczulenie tak, że wreszcie obie strony zamieniają swą rolę.

W naszym przypadku gorczycznik nie wywołał żadnego skutku.

Gdy wszystkie usiłowania ku usunięciu anestezji przedsięwzięte były bez wpływu, poleciłem choręj stosować w domu gorczycznik przez dłuższy czas, do dwu godzin i uważać, czy i kiedy pod wpływem tego działania dłuższego skóra ręki czucie odzyska.

Chora, która się chciała z zadania tego jak najlepiej wywiązać, nie zwróciła uwagi na czas i gdy zmęczona bezowocném czekaniem na skutek gorczycznika działanie jego przerwała, spostrzegła, że w zapomnieniu próbę swą przez całych pięć godzin przewlekła. Pomimo tak silnego drażnienia nie wystąpiła żadna reakcyja ze strony czucia. Następnego dnia były gruczoly karkowe silnie obrzmiałe i tklive, ręka zaś, jakkolwiek zaczerwieniona, obrzmiała i pęcherzami okryta, nie była ani bolesna, ani nawet śladu czucia nie okazywała, co bezsprzecznie na szczególniejszą zasługuje uwagę. Po kilku dniach wśród odpowiedniego leczenia znikło na ręce zapalenie, a dawny stan bezczułości trwał dalej. Musiałem zatem stosownie do mego dawniejszego doświadczenia wykluczyć zupełnie histeryczną anestezję u mojej choréj.

Można było teraz przypuścić, że jeżeli przyczyna znieczulenia nie leży ani w kończynach nerwowych, ani w ośrodkach sensorycznych, to siedziba choroby może być gdzieś na drodze pomiędzy oboma.

1. Czy więc nerwy obwodowe były nadwężzone?

Przy zupełnej anestezji całego ramienia trzeba by było przypuścić, że chyba wszystkie nerwy czuciowe spłotu ramieniowego są chore.

Wiadomo, że nerwy czuciowe nie przebiegają tutaj osobno, lecz idą wspólnie z nerwami ruchowymi. Ponieważ zaś, jak wiadomo, przyczyny pozbawiające nerwy obwodowe funkcyi, są natury materyjalnej (zapalenie nerwów, uraz, guzy itd.), a te przy wspomnianym stosunku nerwów czuciowych do ruchowych musiałyby obok porażenia czucia także i porażenie ruchu spowodzić, nie możemy zatem u naszej chorób, nieokazującej ani śladu porażenia ruchowego, szukać przyczyny anestezji w nerwach obwodowych. Zresztą wykluczyć można każdy z tych etjologicznych momentów, które zwykle porażenie nerwów obwodowych spowodzają, nawet *neuritis*, gdyż chora nie cierpiała nigdy parestezyi, a w użyciu ręki, jak wspomniano, nie doznawała nigdy przeszkody.

2. Ale i w rdzeniu pacierzowym nie mogła tkwić przyczyna choroby. Anestezyje bowiem rdzeniowe są zwykle niezupełne (*Partielle Empfindungslähmung*), występują więc jako parezy czuciowe i odnoszą się tylko do jednego lub drugiego zmysłu czucia. Powtóre zajmują one zwykle obydwie połowy ciała razem. Zresztą gdyby tak wysoki stopień porażenia czucia, jaki istniał w naszym przypadku, miał mieć swoją przyczynę w rdzeniu, to trzeba by chyba przypuścić miejscowe zniszczenie rdzenia bardzo wysokiego stopnia. Że zaś coś podobnego u naszej chorób miejsca nie miało, to po opisie stanu chorób powyżej podanym nie wymaga dalszych dowodów.

3. Lecz najciekawszym w naszym przypadku jest to, że wykluczwszy wszystkie powyższe możliwości nie można czynić i ostatniego przypuszczenia, tj. uszkodzenia dróg mózgowych jako przyczyny anestezji. Nie można bowiem było wykazać ani śladu objawów towarzyszących chorobom mózgowym, jak objawów hemiplegii i ogniskowych. Skoro zatem wszystkie przyczyny, jakie dotąd według zebranego doświadczenia za źródła anestezji uważano, do tłumaczenia

naszego przypadku nie wystarczają, to jasnym jest, że muszą istnieć jeszcze zmiany patologiczne, które wywołując anestezję, dotychczas uszły uwagi.

Zobaczmy, czy się nam ich wykryć nie uda.

Na podstawie powyższego opisu trzeba przedewszystkiem przypuścić, że anestezja u naszej chorej oparta była na zmianach natury materyjalnej, t. j. organicznej. Ponieważ pacjentka nie okazywała porażen ruchowych lecz tylko czysto czuciowe, a obok tego przedstawiała zaburzenia w krążeniu i zmiany troficzne niższego stopnia na chorém ramieniu, to musiała owa przypuszczona sprawa materyjalna czyli organiczna usadowić się na miejscu, gdzie nerwy czuciowe i „troficzne“ ręki prawej wspólnie ze sobą i bez przymieszki nerwów ruchowych przebiegają. W rzeczywistości istnieje takie miejsce. Zajmuje ono część dróg przewodzących, i, co szczególną, jest jedynem, które dotychczas w nauce o anestezji zupełnie pominięto. Jestto ta część drogi, która się poza częścią obwodową a przed centralną, w szczególności przed rdzeniem, znajduje i obejmuje korzenie tylne wspólnie ze zwojami międzykręgowymi. Przypuszczenie choroby w korzeniach tylnych splotu barkowego lub nawet tylko w ich zwojach międzykręgowych wystarcza w zupełności do wytłumaczenia opisanego tu przypadku. Zmiana bowiem téj części nietylko znosi funkcyję korzeni tylnych, t. j. przewodnictwo czucia w ramieniu, ale także musi wywołać zmiany troficzne. Te ostatnie zaś mogą z podwójnej powstać przyczyny. Po pierwsze bowiem, jak uczą znane fakty (przecięcie nerwu trojstego), może brak czucia ułatwić wystąpienie zaburzeń troficznych. Powtóre zaś tylne korzenie same, jak Stricker wykazał (*Sitzungsberichte der Wiener Akad.*, 1876, *Mediz. Jahrber.*, 1878—1885) posiadają włókna nerwowe wpływające na rozszerzenie naczyń, a tém samém na odżywienie tkanin. Wprawdzie wychodzi ogół nerwów naczynioruchowych, a więc i troficznych, z rdzenia przez korzenie przednie do nerwu współczulnego, a w szczególności dla odnóg górnych do *ganglion stellatum*, a ztąd do nerwów splotu barkowego,

o chorobie jednak trzeciego sympatycznego zwoju szyjnego dla braku znaczniejszych zmian troficznych nie można było w naszym przypadku myśleć.

Leczenie. Jeżeli zatem rzeczywiście miałem u mojej pacjentki do czynienia z chorobą usadowioną w tylnych korzeniach splotu barkowego prawego, to nie można było ze względu na towarzyszące okoliczności, a w szczególności na dobry stan ogólny, o czémś inném myśleć, jak o jakiejś sprawie miejscowej charakteru dobrotliwego. Ze względu na ból, który w ramieniu w początku choroby wystąpił, a później zawsze przy zmianie powietrza się odzywał, mogłem przypuszczać naturę reumatyczną choroby i myśleć o lekkiej *pachymeningitis cervico-brachialis*, wkradającej się do korzeni tylnych i wywołującej w pochewkach nerwowych wypocinę. Stałem się zatem prądem stałym na chorą część działać rozdzielająco (*Katalysis*), wspomagając to działanie letniami kąpielami i wewnętrznem podawaniem jodku potasu. Prąd zaś elektryczny stosowałem w krótkich posiedzeniach i to słaby (do 7M.A.) przykładając katodę na otwory międzykręgowe dolnych kręgów szyjnych i na część szyjną nerwu sympatycznego, anodę zaś na pnie nerwów splotu barkowego. Przy tém stosowałem lekkie galwaniczne wyładowania wzdłuż całego splotu barkowego, co, jak zauważyłem, daleko silniej pobudzało nerwy czuciowe porażone, aniżeli dawniej stosowane drażnienie kończyn nerwów czuciowych w skórze za pomocą prądu przerywanego. Leczenie to z cierpliwością stosowane doprowadziło wreszcie do pożądanego skutku.

Czucie wracało z początku tylko na krótko. Bezpośrednio po każdym elektryzowaniu pojawiało się czucie, które niestety po krótkiej chwili znowu ulatywało. Powoli jednak zaczęła się restytucja ta ustalać i można było stwierdzić, że wszystkie rodzaje czucia wracały równocześnie. W tym okresie leczenia wystąpiło zjawisko wzmianki godne, mianowicie że od czasu do czasu, a szczególnie podczas każdej zmiany powietrza czucie na nowo stawało się tępszem. Z końcem czerwca, a więc blisko 3 miesiące od rozpoczęcia kuracji, wahania te ustąpiły. Barwa i wejrzenie ramienia

stawaly się zupełnie zdrowe, a chorą uważać można było wkrótce potem za wyleczoną¹⁾). Do połowy sierpnia nie straciłem choréj z oczu uważając, że czucie się utrzymało. A w chwili pisania tego artykułu, to jest na początku listopada, odbieram list od matki choréj, który stwierdza, iż stan pomysłny zdrowia w zupełności się zachowuje²⁾).

Jeżeli można ze skutku dyagnozą uzasadnionego leczenia wnosić o słuszności tejże, to mamy nowy argument, który nasze zapatrywania co do natury choroby silnie uzasadnia.

Równocześnie zyskujemy przez to nową podstawę do ocenienia tych anestezyj zagadkowych, o których istnieniu wiemy, których atoli dotychczas wytłumaczyć nie zdołano. Może wolno zaliczyć tu anestezję na tle reumatyczném, kiłowém, intoksykacyjném itd. Pewność pod tym względem może dać naturalnie tylko dokładny rozbiór objawów klinicznych danego przypadku. Gdzie objawy kliniczne dadzą taki rezultat jak w naszym przypadku, tam wolno będzie przypuszczać ograniczone cierpienie korzeni tylnych. Z uwagi, że nie sam proces, lecz narząd nim zajęty stanowi o objawach klinicznych, byłoby może wskazaniem wszystkie sprawy dotyczące się w mowie będącego aparatu korzeniowego a wywołujące zawsze te same objawy nazwać monoplegią czucia (*Monoplegia anaesthetica*). Jako osobne formy możnaby wtedy odróżniać monoplegię czucia reumatyczną, kiłową, intoksykacyjną itd.

Przypadek opisany jest ciekawy nie tylko pod względem klinicznym ale i fizyologicznym.

¹⁾ Kol. Mikulicz widział chorą przed i po wyleczeniu.

²⁾ Częstochowa dnia 4go listopada 1886.

„..... Córka moja jest tak samo zdrową, jak była przy wyjeździe z Krakowa. To tylko jest do nadmienienia, że palce u rąk przez dwa tygodnie obierały, z których wychodziło dosyć dużo materji, lecz obecnie już się same zagoiły....“

Poucza on, że swoista funkcyjja aparatów motorycznych obwodowych nie jest wcale zależną od funkcyi nerwów czuciowych, że zniesienie funkcyi czucia nie upośledza w niczém działalności mięśni. Dużo pod tym względem istnieje błędnych zapatrywań w patologii. Tak między innemi chciano (Leyden) zaburzenia w koordynacyi w uwiadzie, dla których zresztą inne już dałem tłumaczenie¹⁾, odnieść do zaburzeń w zakresie czucia w uwiadzie rdzenia często spostrzeganych.

Jak nasz przypadek wykazuje, czucie dla czynności mięśni ma tylko znaczenie czysto psychiczne. Ono uwiadamia ośrodki psycho-motoryczne o przyrodzie działania i położenia aparatu mięśniowego (*Bewegungs-Vorstellung*), i jak każda funkcyjja zmysłowa działa na wyobrażenie (*Muskel- und Innervationsgefühl*). Za pośrednictwem pamięci ustala się to wyobrażenie w duszy, działa w razie potrzeby na wolę, a za pomocą téjże znów na muskulaturę (*Willensimpuls*).

¹⁾ Czynność mięśni uważana jako wynik podwójnej antagoni-
stycznej inervacyi, a ataksyja i spasmus jako rezultat pa-
tologicznego zniesienia tegoż. (Rozpr. Akad. Umiej., 1881).

