

WL A 198 m 1886



Monoplegia anaesthetica.

Forma przewlekła.

Podał

Prof. Adamkiewicz.

Jako uzupełnienie obrazu choroby nazwanej przezemnie „monoplegią uczucia“ w poprzednim przypadku przedstawionego może posłużyć następujący przypadek, identyczny w zasadzie do pierwszego w Nr. 48 Przegl. Lek. z r. 1886 opisanego.

W czerwcu 1884 prosił mnie o poradę lekarską p. S. L., tutejszy kupiec z powodu bólu i pewnego nieprzyjemnego uczucia w nogach. Opowiadał on, że przed czterema miesiącami zbudził się pewnego dnia z dokuczliwém uczuciem gorąca w całej prawej nodze bez stanu gorączkowego. Do tego przyłączyło się później niemniej przykre rwanie i wiercenie, które od tego czasu nie chciało ustąpić. Występuje ono wprawdzie na całej odnodze, lecz szczególnie silnie na przedniej powierzchni uda i na kolanie, gdzie się formalnie zagnieżdżyło. Ból ten przeszkadzał mu w chodzeniu tém bardziej, że przy ruchach się powiększał. Doznawał przytém często omdlenia w kolanie i zdawało mu się, jakoby się ono ugiąć chciało. W dwa miesiące później zapadł także i na lewą nogę. Chory nie doznawał w nodze tej uczucia gorąca, ani skreślonego bólu lecz całkiem właściwych i niemniej męczących uczuć: doznawał uczucia jakoby cała noga lewa była

139 973 8050

2-139803

Akc. z l. 2024 nr. 141

mokra i zimna, a na udzie, jakoby było mocno zasznurowane. Zresztą nie skarżył się chory na żadne inne dolegliwości. Ruchy w nogach nigdy nie były upośledzone. Pęcherz i kiszka oddechowa, jak szczegółowo zapewnia, miały funkcjonować należycie, podawał tylko, że uczuwa w okolicy kości krzyżowej tępy ból, a nadto jeszcze tylko to, że w ciągu choroby zmniejszyła się jego potencja. Chory liczy 43 lat, jest silnie zbudowany i wysokiego wzrostu. Badanie pacjenta zresztą zupełnie zdrowego nie wykazało, zupełnie podobnie jak w poprzednim przypadku, nic jak tylko ciężkie zaburzenie w sferze uczucia ograniczające się do jednej tylko odnogi, t. j. prawej nogi. Skóra na niej okazała się na wszystkie bodźce bólu zupełnie nieczuła. Wystarczy wspomnieć, że przekłócie fałdu skóry igłą, drażnienie jej prądem elektrycznym i najsilniejszym prądem przerywanym nie wywoływało żadnego uczucia a tém mniej bólu.

Ta zupełna bezbolesność rozprzestrzeniała się w równym mierze na całą prawą dolną odnogę, udo, podudzie i stopę. (*N. cutaneus fem. later., n. obturatorius, n. cruralis anter., n. cutan. fem. post., n. saphenus, n. comm. peron., n. cutan. cruris (post. med.), n. peron. superf. et prof., nn. plantares (tibialis).*) Obszar analgezji téj sięgał ku górze aż do miednicy a tu kończył się ostro w następujący sposób: Z przodu stanowiła granicę nieczułości linija pociągnięta nieco nad *spin. sup. anter. crist. oss. il.* i schodząca nieco ukośnie na dolnej powierzchni brzucha do spojenia kości łonowych (*N. ilio-hypogastr.*). Od tyłu sięgało znieczulenie aż do pasa pomiędzy *crista oss. il.* i dolnym brzegiem żeber ściśle do linii środkowej kręgosłupa (*Nn. cutan. clun. superior.*). Od wewnątrz wreszcie należało do obszaru znieczulenia wszystko, co ograniczonem było po stronie choréj przez liniję środkową ciała łączącą spojenie łonowe i wewnętrzny koniec oznaczonego pasu. A zatem należało do obszaru znieczulenia z tyłu skóra odpowiedniego *m. gluteus (nn. clunium medii)*, od przodu środkowa część górnej okolicy uda pod więzadłem Pouparta (*n. lumbo-inguinalis* i *n. spermat. ext.* od *n. genito-crural.*), od środka, międzykrocze aż do *raphae* i połowa worka mosznowego (*nn*

perinaci et scrotales od *n. pudend. comm*, *n. spermaticus exter.* od *genito-crural.*) i ściśle połowa prącia (*n. dors. penis* (*pudendi*)). Nawet jądro i sznurek nasienny po stronie prawej (*plex. sperm. inter. n. sperm. extr.*) znosiły łatwiej ucisk aniżeli po stronie lewej i nareszcie można było stwierdzić, że zwieracz kiszki odchodowej i błona śluzowa ujścia cewki moczowej doznała ściśle połowiczego przytępienia uczucia.

Zaburzenie to w uczuciu rozprzestrzeniało się na cały obszar zaopatrywany nerwami uczuciowymi z pni lędźwiowych i krzyżowych, t. j. z całego spłotu lędźwiowego, kulszowego i sromnego.

Porażenie uczucia było w tym przypadku tylko częściowe a nie jak w poprzednim całkowite. Uczucie mięśniowe i uczucie dotyku okazało się bowiem nienaruszone, a temperatury tylko po części zmienione. Lekkie dotykanie i ucisk czuł chory i lokalizował bardzo dokładnie. Sztuczne ułożenie nóg chorego przy zamkniętych oczach rozpoznawał chory dobrze. Możliwość jednak rozpoznawania bodźców termicznych była stanowczo upośledzona. Przedmioty dobrze ogrzane oznaczał chory jako ciepłe i to nie z wielką dokładnością. Uczucie jednak dla zimna nie istniało zupełnie. Przedmioty zimne, nawet kawałek lodu, wywoływały u niego tylko uczucie ciepła.

Zresztą z wyjątkiem pewnej bolesności przy ucisku w okolicy kości krzyżowej, jak już wspomniałem, nie przedstawiał chory nic nieprawidłowego. Zboczeń troficznych nie było w tym przypadku żadnych. A podnoszę jeszcze szczegółowo, że ruchy czynne i bierne, siła mięśniowa (chory mógł z zamkniętymi oczyma dłuższy czas na każdej nodze prosto się utrzymać) i pobudliwość elektryczna zachowywały się na obydwóch nogach jednakowo i zupełnie normalnie. Odruch zaś kolanowy po stronie chorej nie pozostawiał, tak samo, jak po zdrowej, nic do życzenia.

Bardzo prędko straciłem chorego z ócz. Dopiero w ostatnich czasach (listopad, 1886) a więc po upływie dwóch lat, miałem znowu sposobność powtórnie go widzieć i badać. Powodem do tego były groźne objawy, które na lewej nodze

wystąpiły i spowodowały szwagra chorego, Dra Wasserthala z Częstochowy, do przedstawienia mi go. Od Dra Kirschnera, który miał chorego w swój opiece lekarskiej, dowiedziałem się, że pacjent przez cały ten czas nie szanował się i nie wykonywał danych mu poprzednio rad. Badanie chorego w obecności wymienionych kolegów dało najdokładniej ten sam rezultat co poprzednio. Obraz chorobowy był o tyle tylko zmienionym, że analgezyja na nodze prawej była teraz nieco mniejsza. Chory był zdolnym odczuwać na nodze chorąg w niskim stopniu silny prąd przerywany, którego na miejscach zdrowych znieść nie mógł, a który dawniej nie wywoływał żadnego wrażenia. Przez dwa lata zatém stan choroby mniej więcej został taki sam. Zmienił się obraz chorobowy tylko o tyle, o ile na lewej nodze istniała teraz bolesność w przebiegu nerwu kulszowego tak przy ucisku jak i przy ruchach biernych i czynnych.

I w tym przypadku nie można przyjąć żadnej inną podstawy choroby jak zajęcie tylnych korzeni, w szczególności trzech silnych splotów, lędźwiowego, kulszowego i sromnego. Te same powody, które w poprzednim przypadku zmuszały do wniosku, że ani ośrodk, ani organa końcowe nerwów czuciowych, a między temi ani obwodowe, ani mózgowie drogi nie są siedzibą choroby, mają słowo w słowo ważność swą i dla niniejszego przypadku. Co najwyżej mogłoby przyjść na myśl, czy w obec faktu, że zaburzenie w sferze uczucia przeszło na stronę pierwotnie zdrową (lewą) i że porażenie uczucia na nodze chorąg było tylko częściowém, nie leżała może przyczyna choroby w przypadku drugim, w samym rdzeniu pacierzowym. Podobne jednak przypuszczenie można z łatwością wykluczyć. Pominawszy, iż, jak dotychczasowe doświadczenie uczy, znieczulenia do opisanego podobne mają tylko powstawać przy zupełnej przerwie odwrotnej połowy rdzenia, przyczem cała odnoga dolna po stronie téj przerwy zostaje ciężko motorycznie porażoną, to przy obecności choroby czysto czuciowég w zakresie trzech wymienionych splotów musiałby, przypuszczając innego rodzaju cierpienie organiczne rdzenia pacierzowego, sam rdzeń w obszarze

tych splotów, t. j. w całym swym przebiegu od XII korzenia piersiowego na dół, być zajętym. Równocześnie musiałoby to zajęcie, ponieważ w naszym przypadku z czysto czuciowém zaburzeniem mamy do czynienia, odnosić się jedynie do obszaru tak małego i w tkance rdzeniowej ograniczonego, jak są tylne wiązki korzeniowe i szare rogi tylne. Rozumie się samo przez się, że nie można o tém ani myśleć. Sprawa, któraby w tak wielkiej rozległości wspomniane części rdzenia miała zajmować, musiałaby przynajmniej rozprzestrzenieć się także na sąsiednie części sznurów tylnych i bocznych, jeżeli nawet nie na przednie części rdzenia, a w takim razie musiałaby wywołać ciężkie paraplegije i zaburzenia odżyweze skóry, a co najmniej objawy ataksji lub skurczu (*spasmus*) w chorąg nodze. W takim razie także nie byłby oszczędzony pęcherz moczowy i kiszka oddechowa, odruch kolanowy nie zostałby prawidłowym, zaburzenie w czuciu nie byłoby tak ściśle ograniczoném do jednej połowy ciała i nie odpowiadałoby tak dokładnie rozgałęzieniu się nerwów obwodowych jak w naszym przypadku. Jeżeli dodam jeszcze nareszcie, że obniżenie popędu płciowego znajduje łatwe wytłumaczenie w połowiczém znieczuleniu prącia i nie potrzeba do tego zajęcia centrów, to zdaje mi się, że jest już dostateczna liczba dowodów wykazujących, iż siedziba choroby w niniejszym przypadku leży w tylnych korzeniach. Jeżeli zaś tak jest to i ten przypadek można uważać jako nowego reprezentanta monoplegii czucia, tj. choroby dotychczas nieopisanój, a mającój ścisły obraz kliniczny. Chociaż wprawdzie do wykończenia tego obrazu potrzebne będą jeszcze dalsze doświadczenia, to w każdym razie już tutaj podane wystarczą do określenia choroby téj w następujący sposób. Monoplegija czucia jest cierpieniem, które usadawia się w obszarze tylnych korzeni obu splotów dla odnóg, a nadwiera tylne korzenie tylko jednój odnogi. Przy dłuższém trwaniu może się choroba przenieść także na stronę drugą. W takim przypadku jednak nie rozwija się ona po drugiej stronie tak silnie jak po pierwotnej. Monoplegija czucia rozpoczyna się od bólów, przebiega bez gorączki i kończy się zaburzeniem jedynie w zakresie czucia.

Zajęta odnoga może przedtém utracić wszystkie rodzaje czucia albo tylko niektóre z nich. Monoplegija czucia nawet przy chronicznym przebiegu nie okazuje gwałtownej dążności do zajęcia rdzenia pacierzowego i bywa połączoną z zaburzeniami troficznymi, chociaż nie zawsze. Zmiany te troficzne są nieznaczne i nie dochodzą do tego stopnia, jaki widzieć można przy obwodowém zapaleniu nerwów. Od tego ostatniego różni się jeszcze choroba tём, że nie pociąga za sobą zmian materjalnych w narządzie mięśniowym. Prawdopodobnie wychodzi z opony twardej obu zgrubień rdzenia pacierzowego, na co drugi przypadek swoją bolesnością w okolicy krzyżowej daje ściślejsze dowody, a stanowi więc rodzaj *pachymeningitis brachialis* lub *lumbalis*, lecz w każdym razie lekkiój. Przeciwnie znana i okolice te nagabująca *pachymeningitis chronica (hypertrophica)* Charcota jest ze względu na następstwa w obec poprzedniej ciężką chorobą. Sprawia ona bowiem zniszczenie nie tylko tylnych korzeni po obu stronach lecz także pociąga za sobą zajęcie tkanki rdzenia pacierzowego i korzeni przednich. Sprowadza przez to gwałtowne zaburzenia wszystkich funkcyj zajętych części i kończy się rozległemi porażeniami, zanikami i kontrakturami mięśniówemi. Można zatem monoplegię czucia zaliczyć do małej liczby chorób nerwowych z pomyslném rokowaniem. Przy stosowném leczeniu daje się ona w przeciągu kilku miesięcy zupełnie wyleczyć, a nawet jeżeli zostanie zaniedbaną, nie doprowadza, o ile dotychczasowe doświadczenie uczy, chorego do tak strasznego położenia, jakie zwykle przewlekłe choroby nerwowe sprowadzają i nie zamienia cierpiącego tak jak one w niedołężnego kalekę.



Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego.”



Kraków 1896. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

