

MIROSLAW MOSSAKOWSKI i CZESLAW RADZIKOWSKI

**Przypadek rwy barkowej w przebiegu
przerzutów nowotworu złośliwego
szyjki macicy**

(Z Kliniki Chorób Nerwowych; dyrektor: prof. dr Majewska
Zofia i z Zakładu Anatomii Patologicznej Akademii Medycznej
w Gdańsku; dyrektor: prof. dr Czarnocki)

Występowaniu licznych zespołów uciskowych spłotu barkowego sprzyjają swoiste stosunki anatomiczne okolicy szyjno-barkowej. Przebiegając w wąskich przestrzeniach między kośćmi pasa barkowego z jednej strony, a pierwszym żebrem i dolnym odcinkiem kręgosłupa szyjnego z drugiej, spłot ten jest niejednokrotnie narażony na uszkodzenia już w przypadkach stosunkowo drobnych zmian anatomicznych otaczających go elementów szkieletowych takich, jak np. przerosły wyrostek poprzeczny VII kręgu szyjnego, dodatkowe żebro szyjne lub zwięźlenie przestrzeni między obojczykiem i pierwszym żebrem (*Falconner i Weddell*). Podobną rolę odgrywać mogą również nieprawidłowości anatomiczne otaczających tkanek miękkich, przede wszystkim przerost mięśni pochyłych, obecność pasma łącznotkankowego jako szczątkowej postaci żebra szyjnego i inne (*Stępień, Jakimowicz, Sokotowski*).

W powstawaniu zespołów uciskowych spłotu barkowego w razie prawidłowego ukształtowania anatomicznego tej okolicy mogą mieć duże znaczenie także czynniki dynamiczne, jak np. nadmierne obniżenie pasa barkowego wskutek zwiótczenia aparatu



mięśniowego (*Adson i Todd* wg *Jakimowicza*) lub ustawienie w nadmiernym przewodzeniu kończy-ny górnej (przyp. *Wrighta*).

Niewątpliwie wszelkie sprawy chorobowe zachodzące zarówno w częściach twardych jak też i miękkich otaczających spłot barkowy mogą spowodować różne zespoły uszkodzeniowe tego spłotu.

Znaczenie patogenetyczne mogą mieć również sprawy chorobowe opłucnej osklepkowej oraz okolicy szczytowej i podszczytowej płuca. Do najczęstszych należą sprawy gruźlicze i nowotworowe (pierwotne i przerzutowe, *Thurel*).

Nasz przypadek dotyczy zespołu uciskowego spłotu barkowego powstałego wskutek przerzutu raka macicy do I żebra. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na niezwykle umiejscowienie. Zespół rwy barkowej, jako powikłania nowotworów złośliwych macicy, jest niespotykany w przeciwstawieniu do dość częstej w tych razach rwy kulszowej. Ciekawe i do pewnego stopnia niezwykle umiejscowienie przerzutu raka szyi macicy, klinicznie pozornie wyleczonego, nasuwało szereg llnnych, częściej w tym zespole spotykanych możliwości patogenetycznych.

Anatomopatologicznie przypadek ten jest również ciekawy ze względu na przerzuty powstałe drogą krwi, gdyż raki macicy prawie zawsze szerzą się przez naczynia limfatyczne dające przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych. Odległe przerzuty powstałe drogą krwi nie są częste. Bywają one w razie dalszego szerzenia się etapowego przez naczynia limfatyczne (węzły lędźwiowe dookoła tętnicy brzusznej) i przez przewód piersiowy do układu żylnego. W ten sposób mogą powstawać przerzuty w płucach, wątrobie, mózgu i innych narządach. Natomiast rzadko powstają przerzuty do kości i do mięśnia sercowego, jak to było w omawianym naszym przypadku. Wg *Laborde'a* na 1743 przy-

padków raka szyi macicy (Instytut Rakowy w Paryżu) przerzuty do układu kostnego były tylko w 14 przypadkach (Cancer Ackermanna).

Opis przypadku: Chora B. P., lat 51, bez zawodu, Nr hist. chor. 1421, zgłosiła się do Kliniki Chorób Nerwowych AMG z powodu uporczywych bólów barku prawego i jednoimiennej kończyny górnej, zaniku mięśni dłoni i znacznego osłabienia siły mięśniowej tejże kończyny. Dolegliwości powyższe rozpoczęły się przed 5 miesiącami. Początkowo były to nieznaczne bóle promieniujące ku prawemu sutkowi, a następnie ku powierzchni przysiódkowej ramienia i przedramienia aż do IV i V palców. Jednocześnie z narastaniem bólów chora zauważała osłabienie kończyny. W końcu pojawiły się zaniki mięśniowe.

W r. 1951 u chorej rozpoznano klinicznie i histopatologicznie raka płaskokomórkowego (Zakł. Anat. Pat. AMG Nr 0/11702). Chorą naświetlano promieniami rtg i stosowano rad. Stan ogólny i miejscowy znacznie się poprawił. Okresowe kontrole ginekologiczne nie stwierdzały postępu sprawy nowotworowej. W r. 1953 u chorej pojawiło się krwioplucie. Wykonane w tym czasie zdjęcie rtg klatki piersiowej ujawniło obecność włóknistojamistych zmian w płucu prawym. Ze względu na postęp sprawy rozpoznanej jako gruźlica, chorą przyjęto do szpitala. Przedtem chorowała jedynie na odg. Po wywiadzie bez znaczenia.

Badanie fizjologiczne: miotowe płuc wykazało obecność sflumienia odgłosu opłucznego od lewym płucem, w tylnych jego częściach ku dołowi od kąta łopalki. Osiuchnowo nad prawym płucem stwierdzono zaostrenie szmeru oddechowego pecherzykowego, nad lewym jego osłabienie z całkowitym zniesieniem w obszarze sflumienia. Granice sflumienia bezwzględnie serca prawidłowe, czynność serca miarowa, przyspieszona. Na koniuszku cichy szmer skurczowy. W zakresie narządów jamy brzusznej poza niewielkim powiększeniem wątroby i jej tkliwości na omacywanie nie stwierdzało się odchyłań od stanu prawidłowego.

Badanie ginekologiczne wykazało zmiany bliznowate typowe dla stanu po leczeniu radem.

Badanie neurologiczne: w zakresie czaszki i nerwów czaszkowych poza prawostronnym zespołem Hornera nie ma odchyłań od stanu prawidłowego. Prawy bark ustawiony niżej oraz wyraźniej ostrzej zarysowany wskutek zaniku mięśnia naramiennego. Dołek nadobojczykowy prawy bardziej wypulniony niż lewy, prawy podobojczykowy jest znacznie głębszy od lewego. W kończynie górnej prawej rozlane zaniki mięśniowe, największe mm. międzykostnych, kłębu, nieco mniejsze kłębika. Ruchy czynne obustronnie w pełnym zakresie

z wyraźnym upośledzeniem prostowania i odwodzenia palców oraz nawracania dłoni i przywodzenia palca I kończyny prawej. Napięcie mięśniowe po stronie prawej obniżone. Bardzo znaczne obniżenie czucia powierzchownego w zakresie unerwienia korzonków C₈—D₂ oraz w mniejszym stopniu w pozostałych odcinkach kończyny górnej prawej. Bolesność uciskowa i wskutek rozciągania splotu barkowego prawego. W zakresie kończyn dolnych odchyłeń od stanu prawidłowego nie stwierdza się.

Badania dodatkowe: morfologia krwi, odczyny kiłowe we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, moczu — bez odchyłeń od stanu prawidłowego; płucnica oraz popłuczyny oskrzelowe i żołądkowe na próbki Kocha były ujemne. OB 36/87. Rentgenologicznie stwierdzono liczne, smugowate cienie w obrębie prawego szczytu płucnego, a wśród nich jamę o średnicy 1—2 cm (zdjęcie tomograficzne, warstwa 6—7) oraz na wysokości III międzyżebra cień wielkości ziarnka grochu; w lewym płucu, w kącie przeponowo-sercowym, wykryto rentgenologicznie jamę otoczoną pierścieniowatym cieniem. W części szyjnej i piersiowej nie było zmian rtg., natomiast w prawym żebrze I było ognisko rozmięknienia (*focus osteolyticus*) i złamanie chorobowe tegoż żebra. Podobne zmiany były w wyrostku poprzecznym prawym kręgu lędźwiowego V. Obrazy rtg odpowiadały nowotworowym zmianom przerzutowym.

W czasie pobytu w klinice stopniowo pogarszał się stan chorej. Wśród objawów niedomogi krążenia chora zmarła 27.II.1954 r.

Badanie sekcyjne (Pr. sek. Nr 171/54 Zakł. Anat. Pat. AMG) wykazało następujące zmiany: rozszerzenie całego serca na tle jego stłuszczenia zwyrodniającego. Obrzęk płuc i znaczny obrzęk kończyn dolnych. Zawał boczno-tyłej ściany lewej komory serca, prawdopodobnie już rozmiękający. W miejscu zawału zrosty osierdzia z nasierdziem. Zbliżnowacenie szyi macicznej, prawie zupełny brak jamy macicznej. Pojedyncze przerzuty nowotworowe w wątrobie, prawym jajniku. Złamanie samoistne I żebra na tle przerzutu nowotworowego. Jama nieznanego pochodzenia w płucu prawym. Zarośnięcie prawej jamy opłucnowej, zapalenie surowiczo-włóknikowe opłucnej lewej, zrosty opłucnej lewej. Przerzut nowotworowy w I żebrze prawym dotyczył jego części przyśrodkowej, która była rozdęta, a odcinki żeber przyśrodkowy i boczny ustawione były nieprawidłowo. Spoiste szaro-białe masy tego przerzutu otaczały prawostronne naczynia podobojczykowe i splot barkowy. Podane zmiany należy uważać za przyczynę omówionego zespołu neurologicznego.

Ponieważ makroskopowo nie rozstrzygnięto istoty zmian

w mięśniu sercowym, charakteru jamy w szczycie prawego płuca i jakości zmian w macicy, którą uznawano za punkt wyjścia sprawy nowotworowej, dlatego też zbadano mikroskopowo wycinki ze wspomnianych narządów. Wyniki badania mikroskopowego były następujące:

1. W licznych wycinkach z szyi i trzonu macicy stwierdzono jedynie zwłóknienie mimo, że w sierpniu 1951 r. stwierdzono w Pracowni Histopatologicznej AMG raka płaskokomórkowego szyi macicy (Nr 0-11702).

2. W wycinkach z pierwszego żebra prawego, z mięśnia sercowego; ze ściany wspomnianej jamy w płucu i z ogniska przerzutowego w wątrobie stwierdzono ogniska raka płaskokomórkowego.

Omówienie przypadku. Na podstawie typowych dolegliwości subiektywnych z charakterystycznym promieniowaniem bólu wzdłuż brzołu przyśrodkowego ramienia i przedramienia do palców IV i V oraz istnienia omówionych objawów neurologicznych rozpoznaliśmy u chorej zespół rwy barkowej jako następstwo uszkodzenia dolnej części splotu barkowego utworzonej z korzonków nerwowych C₈—D₁. Za tym rozpoznaniem przemawiał również oprócz objawów neurologicznych w zakresie kończyny górnej jednoimienny zespół Hornera.

W pierwszym okresie pobytu chorej w klinice skłonni byliśmy wiązać omawiany zespół z rozległymi rzekomo gruźliczymi zmianami w obrębie szczytu płuca prawego. Uważaliśmy, że stwierdzone radiologicznie zgrubienie opłucnej osklepka zależało od wymienionych zmian w płucach, a jednocześnie uszkodzenie dolnej części splotu barkowego i tętnicy podobojczykowej, zdaniem naszym, było tylko skutkiem wciągnięcia ich w sprawę zapalną opłucnej. Wywiad nowotworowy, długotrwałość i stałe narastanie objawów zespołu neurologicznego zmuszały do liczenia się z możliwością sprawy nowotworowej przerzutowej. Jednocześnie przy różnicowaniu należało uwzględnić ewentualne współistnienie wad w budowie wlotu klatki piersiowej oraz i inne wymienione już momenty patogenetyczne.

Rozstrzygające dla naszego rozpoznania było zdjęcie rtg wlotu klatki piersiowej, wykazujące zniszczenie wskutek przerzutu nowotworowego I żebra prawego. Wobec jednoczesnego istnienia podobnych zmian w innych odcinkach układu kostnego uznaliśmy za przyczynę rwy barkowej przerzut nowotworowy do I żebra. Jej patomechanizm tłumaczyliśmy uciśnięciem spłotu przez wzrost naciekający samego przerzutu lub też i przez współtowarzyszące mu zmiany zapalne. Przytoczone wyniki badania sekcyjnego potwierdziły słuszność tego rozumowania.

Na zakończenie raz jeszcze podkreślamy rzadkość opisywanego przypadku, gdyż w dostępnym nam piśmiennictwie neurologicznym polskim i obcym nie spotkaliśmy się z podobną patogenezą rwy barkowej, a nawet nie ma o niej wzmianki w obszernym artykule monograficznym *Dowżenki*. Doniesienie nasze traktujemy jako przyczynek do zagadnienia różnorodnych czynników przyczynowych leżących u podstaw zespołu neurologicznego rwy barkowej.

PISMIENNICTWO

- Dowżenko A.*: Bóle barku i kończyny górnej w klinice neurologicznej. *Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska*, 1953, III, 4.
- Eaton L. M.*: Neurologic causes of pain in the extremities. *The Surgical Clinics of Nord America*. Mayo Clinic Number, 1946. 810.
- Stępień, Jakimowicz i Sokółowski*: W sprawie tzw. zespołu mięśnia pochylego przedniego. *Polski Tygodnik Lekarski*, 1949, 37, 1095.
- Pommerenke W. T. i Risteen W. A.*: The scalenus anticus syndrome as a complication after gynecologic operation. *Amer. Jour. of Obst. and Gynec.*, 1944, 47.
- Thuret*: *Doler en Neurologie*, Paris, 1951.
- Willis*: *Pathology of tumors*. London, 1948.
- Ackerman*: *Cancer*. London, 1947.

Otrzymano: 17.XII.1954; adres: Zakł. Anal. Patolog. A. M. w Gdańsku.

Моссаковский М. и Радзиковски Ч.

**СЛУЧАЙ ПЛЕЧЕВОЙ НЕВРАЛЬГИИ В ТЕЧЕНИЕ
МЕТАСТАЗОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ
ШЕЙКИ МАТКИ**

В работе представлен синдром плечевой невралгии у 51-летней женщины, вызванный метастазом злокачественной опухоли в I правое ребро. У этой женщины на два года до появления этого синдрома клинически и биоптически исследованием было установлено наличие рака шейки матки. В это время лечилась облучениями Рентгеном и радием, периодические гинекологические исследования не указывали прогрессирования неоплазматического процесса.

Mossakowski M. and Radzikowski Cz.

CASE OF BRACHIALGIA IN THE COURSE OF METASTASES OF MALIGNANT NEOPLASM OF THE UTERINE CERVIX

There is presented in the paper the brachialgia syndrome in a 51 years'old woman, caused by the neoplastic metastasis to the I right rib. In this woman 2 years before the appearance of this syndrome the cancer of the uterine cervix was ascertained both clinically and by the bioptic examination. She was treated at that time with X-Rays and radium; a periodical gynecological examination did not show any progress of the neoplastic process.

The authors discuss this case clinically and anatomopathologically on the background of other, numerous causes of the pressure syndrome of brachial plexus, and they underline the rarity of such a pathogenesis of brachialgia.

