

©dbitka.

19 $\frac{15}{XI}$ 15

WSZECHNICY WARSZAWSKIEJ.

KSIĘGA PAMIĄTKOWA

ZBIÓR PRAC Z DZIEDZINY PATOLOGII DZIECIECej

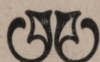
WSPÓŁPRACOWNIKÓW

D-ra Med. JÓZEFA BRUDZIŃSKIEGO
REKTORA UNIwersYTETU.



D-r WACŁAW JASIŃSKI

O MNOGICH KOSTNIAKACH CHRZEŚTYNYCH I CHRZEŚTYNIAKACH.



WARSZAWA

ODBITO CZCIONKAMI DRUKARNI GALEWSKI I DAU

1916.



**Biblioteka Główna
WUM**



www.dlibra.wum.edu.pl

ZE SZPITALA DLA DZIECI W LUBLINIE.

Lekarz naczelny D-r WACŁAW JASIŃSKI.



O MNOGICH KOSTNIAKACH CHRZEŚTYNYCH I CHRZEŚTNIAKACH.

(Z powodu 2 spostrzeganych przypadków).

PODAŁ

WACŁAW JASIŃSKI.

1. Dn. 16/II 1915 do ambulatoryum szpitala dla dzieci w Lublinie przyniesiono 5-letniego chłopca, który kilka tygodni temu spadł podobno ze stolka i przestał chodzić; matka zwróciła sama uwagę na guz w dolnej części lewego uda. Pierwsze wrażenie przemawiało za zaniebdaniem złamaniem kości udowej i nadmiernym rozrostem kostnicy (callus); badanie szczegółowe wykazało jednak, że niemożność chodzenia zależy od przewlekłego zapalenia lewego stawu biodrowego (coxitis tuberculosa sin.), guzy zaś, podobne do opisanego, rozsiane są w wielu miejscach kośćca, jak wskazuje wyciąg z karty szpitalnej dziecka:

J. Cz. ¹⁾, l. 4^{8/12}, VII-e dziecko; ojciec zmarł na gruźlicę, 3-je rodzeństwa — na ostre choroby zakaźne; piersią karmiony 2 lata; poważniejszych chorób dotąd nie przechodził; zawsze wątły, mizerny; od kilku tygodni przestał chodzić (po urazie?). Stan obecny: dziecko drobne, wątłe, o wejrzeniu gruźliczem — ciemne brwi, długie rzęsy, włosy miękkie, jedwabiste. Liczne drobne gruczołki (micropolyadenia). Kościec drobny; klatka piersiowa zniekształcona — wklęśnięcie boczne, linia kręgosłupa w części grzbietowej zbacza w prawo. Na kośćcu stwierdza się szereg nieprawidłowych wyrosli i guzów (patrz rys. 1): 1) na prawej łopatce, poniżej grzebienia, a bliżej wewnętrznego brzegu — guz w postaci twardego, haczykowatego wyrostka, krótki (około 2 ctm.), grubości ołówka, nieprzesuwalny; 2) i 3) na 5-em żebrze, obustronnie (symetrycznie) nieco nazewnątrz od połączenia żeber z mostkiem, twarde, nieprzesuwalne

¹⁾ Przedstawiony na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Lublinie d. 4/III 1915.

guziki kostne, wielkości ziarna grochu; 4) na wewnętrznej powierzchni



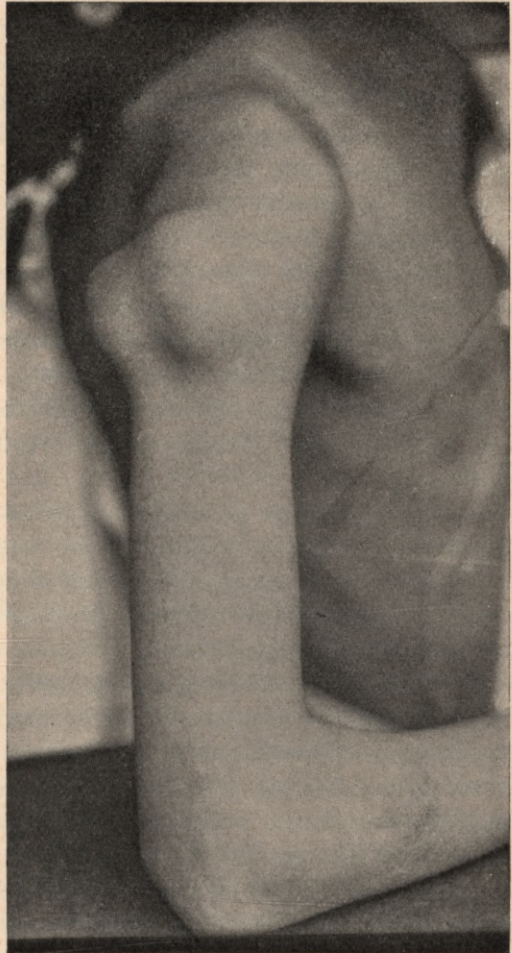
rys. 1.

kości ramieniowej lewej od szyi wzdłuż kości ostry grzebień kostny, długości około $2\frac{1}{2}$ ctm.; 5) i 6) na tejże kończynie (górnej lewej) nad stawem łokciowym na wewnętrznej i zewnętrznej powierzchni guzy kostne wydłużone (2×0.5 ctm.), o powierzchni gładkiej; 7) na lewym przedramieniu z przodu, nad stawem nadgarstkowym, ku zewnątrz—ostry, wydłużony (ok. 1 ctm.) wyrostek, przypominający kształtem rylcowaty (proc. styloideus), lecz znacznie krótszy; 8) podobny ostry, lecz jeszcze krótszy guzik wyczuwa się nad stawem nadgarstkowym prawym; 9) na prawej kończynie górnej, poniżej łokcia z brzegu wewnętrznego wyczuwa się okrągławy, twardy guzek, wielkości ziarna grochu. Największym co do rozmiarów jest opisany w wywiadach guz (10) na przedniej powierzchni lewego uda, u dołu—ma on gładką powierzchnię, jest dość twardy, zbity, kształtu jajowatego; wymiary 3.5×6.5 ctm.; 11) i 12) po str. prawej, nad stawem kolanowym z boków na obu kłykciach uda podłużne guzy, odpowiadające kształtem kłykciom, a 13) poniżej stawu kolanowego na wewnętrznej powierzchni goleni duży, hakowaty wyrostek

o tępym końcu. Wreszcie, wzdłuż stawów skokowych stwierdza się na obu kończynach podłużne (wielkości fasolki) guziki w okolicy kostek (razem 4) oraz po jednym drobnym (razem 2) guziku kostnym, wielkości

ziarna grochu, na przedniej powierzchni nad stawem skokowym—ogółem 19 wyrosła kostnych. W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Odczyn Pirquet'a dodatni.

2. Wkrótce po opisanym wyżej przypadku („les cas se doublent“) na oddział wewnętrzny przyjęto dziewczynkę 8-letnią z powodu zapalenia surowiczego opłucnej i przerostu gruczołów szyjnych pochodzenia gruczołowego; na prawym ramieniu w górnej części na przedniej powierzchni i nieco nazewnątrz wykryto 2 guzy podłużne, gładkie, wielkości jaja gołębiego, oddzielone od siebie wgłębieniem, nieprzesuwalne, twarde (patrz rys. 2); na guzy te matka nie zwracała szczególnej uwagi, gdyż rosły one powoli, nie były bolesne i nie stanowiły żadnej przeszkody w ruchach kończyny.



rys. 2.

W obu przypadkach mieliśmy zatem do czynienia z guzami kostnymi—w jednym z pojedynczym (resp. rozdwojonym) na jednej kończynie, w drugim zaś z licznymi (19) wyrosłami kostnymi; zobaczmy teraz, w jakim stopniu guzy te odpowiadały temu, co dotychczas wiemy o kostniakach mnogich i chrzęstniakach.

Brak nam w obu przypadkach wiadomości, czy guzy te były wrodzone,—czy też wystąpiły później. Jakkolwiek dość liczne już są opisy kostniaków mnogich u noworodków, i zdaje się nie ulegać wątpliwości,

że występują one wyłącznie jako wrodzone, jednakże zawsze prawie dopiero pomiędzy 4-tym a 6-ym rokiem życia kostniaki dochodzą do takiej wielkości, że dają się zauważyć, i w tym czasie najczęściej — podobnie jak to było w naszym przypadku — dostają się pod obserwację lekarza. Znane są zaś i takie przypadki, gdzie osobnik, dotknięty kostniakami, dowiadyuje się o nich na schyłku życia: w przypadku Lobstein'a w 80-ym roku życia.

Następną właściwością guzów kostnych (kostniaków i chrzęstniaków) jest dziedziczne występowanie: zdarzają się one częstokroć w kilku pokoleniach danej rodziny, u kilku członków jednego pokolenia, a niekiedy omijają jedno pokolenie, zjawiając się w następnym (u dziadka i wnuka); Reinecke zebrał wiadomości o 30 rodzinach, w których spostrzegano w 2, 3, 4 i 5 pokoleniach kostniaki narówni z chrzęstniakami; inni badacze (Fischer, Sonnenschein i Drescher) potwierdzają w zupełności to spostrzeżenie, podkreślając, że osobniki, dotknięte kostniakami, miewają potomstwo, obarczone chrzęstniakami lub odwrotnie. Brudziński np. opisał (Gaz. lek. 1902) dwa przypadki wielolicznych kostniaków u dwojga rodzeństwa, których ojciec również był obarczony tem cierpieniem. W obu naszych przypadkach brak danych co do dziedziczności.

Ściśle zbierane przez Reinecke'go spostrzeżenia rodzin „exostotyków“ pozwoliły mu wykazać liczbowo znaczną przewagę chorych osobników płci męskiej nad żeńską: na 121 mężczyzn przypadało we wspomnianych 30 rodzinach 42 kobiety z kostniakami lub chrzęstniakami; inne statystyki mówią to samo.

Co do pochodzenia guzów ścierają się 2 poglądy: Bergmann'a, który dowiódł na preparatach, że kostniaki wyrastają z chrząstki pośredniej (Intermediärknorpel), oraz E. Müller'a, który znowu wykazał w okostnej wysepki chrzęstne, ulegające rozrostowi i dające początek kostniakom; udziału zaś chrząstki pośredniej, nawet w przypadkach, gdzie kostniaki spotykano na nasadach kości długich, Müller nie stwierdzał. Skłonność wysepek chrzęstnych do kostnienia i nadmiernego rozrostu jest — według Müller'a — bezwzględnie wrodzoną, może ona jednak zaznaczać się na różnych wysepkach w różnym okresie wzrostu ciała, poczynając od okresu płodowego, a nawet u ludzi dojrzałych po ukończonym zupełnie okresie wzrostu.

Niewątpliwy udział chrząstek (w postaci wysepek chrzęstnych, czy też chrząstki pośredniej) w sprawie powstawania kostniaków nasunął myśl o zależności kostniaków od krzywicy — myśl ta, wypowiedziana przez bardzo licznych badaczy, zdawała się znajdować potwier-

dzenie wskutek niewątpliwych objawów krzywicy u wielu osobników, dotkniętych kostniakami (w naszym przypadku stwierdziliśmy również u chłopca wybitne objawy krzywicy na klatce piersiowej). Sonnenschein przeczy jednak jakiegokolwiek zależności kostniaków od krzywicy, dowodząc na odnośnych preparatach, że zmiany histologiczne w obu postaciach są całkowicie odmienne; Pels-Leusden w najnowszych opisach kostniaków odrzuca również możliwość zależności obu tych postaci chorobowych, uważając połączenie ich u jednego osobnika za przypadkowe.

Oprócz krzywicy, upatrywano związek pomiędzy kostniakami a zaburzeniami w wydzielaniu gruczołu tarczowego: przypuszczenia te opierano bądź na wyraźnym zmniejszeniu się gruczołu tarczowego (Ritter), bądź też na objawach choroby Basedowa (Gottstein) lub niewielkim wolu (Flinker), stwierdzanem u osobników, dotkniętych kostniakami. Dotychczasowe dane nie przemawiają jednak wyraźnie za związkiem przyczynowym obu spraw. Co się tyczy naszych przypadków, to u chłopca nie wykryliśmy zmian żadnych, u dziewczynki zaś gruczoł tarczowy dał się wyczuć wyraźniej, niż to przeciętnie na miejsce u dziewcząt w tym wieku, a gałki oczne były nieco wysadzone (*exophthalmus*), brakowało jednak przyspieszenia tętna, drżenia i t. p.

Volkman, Bessel-Hagen i inni badacze uważają za nieodłączny objaw kostniaków mnogich zaburzenia wzrostu, począwszy od karłowatości do zmiany prawidłowego stosunku długości poszczególnych części kośćca (w jednym przypadku Brudzińskiego stwierdzono np. pewne skrócenie kości łokciowej) zależnie od obecności na danej kości licznych lub dużych kostniaków. Spostrzeżenie to, ujęte przez Bessel-Hagen'a w rodzaj stałego prawa, nie zawsze daje się potwierdzić — czasami skrócenie dotyczy tych właśnie części kośćca, na których nie ma wcale kostniaków (Jungmann); w naszych przypadkach nie stwierdziliśmy, na przykład, zaburzeń wzrostu lub jakiegokolwiek niemiarowości kończyn, mimo że u dziewczynki duże kostniaki usadowiły się na ramieniu w pobliżu stawu barkowego; u chłopca również kości udowe obu kończyn były jednakowej długości mimo dużego kostniaka na lewym udzie, a znacznie mniejszych na prawym. Dlatego też należy zgodzić się z Brudzińskim, który wypowiada pogląd, że, aczkolwiek za teorią wrodzonej wadliwości w rodzaju kośćca przemawia najwięcej danych, to jednak, jak dotąd, nie może ona być jeszcze uważaną za zupełnie zadawalną. Pels-Leusden rozstrzyga sprawę w ten sposób, że zaburzenia wzrostu kości istnieją współrzędnie z kostniakami, lecz nie są od nich bezpośrednio zależne.

Przejdźmy teraz do umiejscowienia kostniaków i chrzęstniaków.

Ogólnie zaznaczyć można, że kości płaskie rzadziej bywają dotknięte od długich: do najrzadszych należą kostniaki na czaszce, kręgosłupie, mostku i rzepce; na łopatkce kostniaki sadowią się najczęściej na brzegach, rzadziej na płaskiej powierzchni; na kościach miednicy — wzdłuż wolnych brzegów albo w sąsiedztwie stawów, które ulegają częstokroć zeszywnieniu, powodując zniekształcenia miednicy (Bessel-Hagen).

Na kończynach spostrzegano kostniaki w następującym co do częstości porządku: dolny koniec uda, piszczeli i strzałki; górny koniec uda; kość łokciowa i promieniowa u dołu, piszczel i ramię u góry, kość łokciowa i promieniowa u góry, wreszcie najrzadziej kość ramieniowa u dołu (Weber); na kończynach przytem kostniaki częstokroć występują symetrycznie. Chrzęstniaki spostrzegano najczęściej na granicy kostnej części żebra i chrząstki, na członkach palców oraz, według Virchow'a, w tych miejscach kośćca, które późno ulegają kostnieniu, jak *synchondrosis spheno-occipitalis*, *sacro-iliaca*, *ileo-pubica*.

Wielkość kostniaków ulega znacznym wahaniom — od drobnych, wielkości ziarna grochu, do rozmiarów głowy dorosłego człowieka; — największe opisywano w dolnym końcu uda i górnym piszczeli (w naszym przypadku największy guz kostny usadowił się w dolnej części lewego uda). Większe kostniaki — najczęściej na dolnym końcu uda — pokryte są niekiedy tworem śluzowym, wypełnionym płynem i przypominającym kaletkę maziową — *exostosis bursata*; znane są zaś przypadki, gdzie wszystkie kostniaki były zaopatrzone w kaletki, lub też małe nawet kostniaki posiadały kaletki w postaci dużych jam, wypełnionych płynem bądź przezroczystym, podobnym do mazi stawowej, bądź krwawym, a nawet ropnym (Bornhaupt). Budowa kałek naogół odpowiada zwykłym kaletkom maziowym (Orłow, Riethus).

Co się tyczy budowy samych kostniaków, przypominają one całkowicie normalną budowę kości z ich istotą zbitą i gąbczastą, jamą szpikową i beleczkami kostnymi — różnica zachodzi, być może, co do prawidłowości ułożenia blaszek. Mniejsze kostniaki są bardziej zbite, wraz ze wzrostem zaś ulegają one rozmięczeniu, i wytworzona jama szpikowa kostniaka komunikuje się bezpośrednio z jamą kości, na której go znajdujemy. Górna powierzchnia pokryta jest warstwą chrząstkową, najczęściej jednak nieprawidłową, z licznymi przerwami — warstwa ta zwykle znika ku końcowi okresu wzrostu wskutek zwapnienia istoty międzykomórkowej i wytwarzania się blaszek kostnych (osteoblasty). Co do składu chemicznego — zawartość fosforanu wapnia w kostniakach jest

znacznie zmniejszoną na korzyść węglanu wapniowego i innych związków organicznych.

Najwyższy wzrost kostniaków przypada na okres pokwitania, następnie zaś wstrzymuje się, i rozpoczynają się zmiany wsteczne, które doprowadzają nawet do zupełnego zaniku kostniaków (Hartmann). Większe kostniaki ulegają mniej wyraźnie zmianom wstecznym, jakkolwiek znane są opisy torbielaków, wytworzonych wskutek rozmiękczenia otoczki jamy szpikowej kostniaka (Schäfer), oraz rozległe owrządzenia, jako skutek zgorzeli rozciągniętej nadmiernie skóry i otworzenia się nazewnątrz kostniaka, który uległ rozpadowi. Podobne zmiany wsteczne mogą przeto stać się niebezpiecznymi dla osobników, dotkniętych kostniakami.

Naogół kostniaki należą do cierpień niewinnych i w znacznej większości przypadków nie wywołują zmian i zaburzeń, jak np. w obu przypadkach Brudzińskiego i w naszych spostrzeżeniach. Jednak — poza opisanymi zmianami wstecznymi — kostniaki mogą być szkodliwe dla ustroju z dwu jeszcze względów: z powodu ucisku, jaki mogą wywierać na sąsiednie narządy, oraz wskutek zmian w stawach (zesztywnienia, nadwichnięcia), jakie niekiedy powodują.

Niedowłady i porażenia, spowodowane przez kostniaki, należą do rzadkich, gdyż — jak wiadomo — same kostniaki rzadko zdarzają się na kręgach i czaszce; znane są jednak przypadki padaczki i udaru mózgowego wskutek mechanicznego działania kostniaków, jak również odnośnych objawów uciskowych przy umiejscowieniu kostniaków w kanale kręgowym (Starck, Ochsner i Rollstein) lub w pobliżu nerwów obwodowych, naprz. nerwobóle i porażenia n. strzałkowego. Znane są dalej przypadki, że kostniaki oczodołu wywołały wysadzenie gałki ocznej, a kostniaki zewnętrznego przewodu słuchowego, dość często spostrzeżane w tem miejscu, były powodem zaburzeń słuchu. Kostniaki miednicy mogą stanowić poważną przeszkodę przy porodzie, powodując pęknięcie macicy. Wreszcie usadowienie kostniaków w pobliżu większych naczyń może być powodem odnośnych zmian uciskowych, jak tętniaki (*aneurysmata art. popliteae* opisał Statzer).

Na kończynach zaburzenia, spowodowane przez kostniaki, występują bądź w postaci zeszytywnień wskutek zrostu obu kości, wchodzących w skład przedramienia i podudzia (*synostosis*), bądź też odwrotnie w postaci zwichnięć i zniekształceń stawów przy wydłużeniu jednej z dwu kości (*genu valgum*, zwichnięcia w stawie łokciowym); wreszcie kostniaki, umiejscowione na palcach, mogą stanowić ważną przeszkodę

w ruchach członków. W rokowaniu pamiętać należy wreszcie o wspomnianych wyżej zmianach wstecznych i zwyrodnieniach: szczególnie chrzęstniaki ulegają łatwo zwyrodnieniom, częstokroć złośliwym.

Leczenie może być tylko zewnętrzne — odpiłowanie kostniaków, wyskrobanie chrzęstniaków;—zabiegi te stosowane są dotąd oględnie—tylko w przypadkach, gdzie guzy wskutek umiejscowienia grożą bezpośrednio niebezpieczeństwem.

Biblioteka Główna WUM

KS.1361



210000001361



www.dlibra.wum.edu.pl

SZPITAL IM. KA



B 119.