

Из Госпит. хир. клиники Днепропетровского мединститута (директор — проф. Я. О. Гальперн).

Саркома костей и травма.

Д-ра Д. С. Клебанова.

Из 6—7 сарком костей одна всегда связана с более или менее значительной травмой. Естественно, что это обстоятельство не ускользнуло от внимания наблюдательных врачей и вопрос о роли травмы в этиологии опухолей со дня изучения проблемы злокачественных опухолей до наших дней стоит в центре внимания врачебной научной мысли. На съездах и конференциях, посвященных вопросам онкологии, вопросу травмы отводится почетное место. Первым программным вопросом на состоявшейся в Дрездене 11—13 июня 1930 года Конференции Германского комитета по изучению злокачественных опухолей был „Травма и образование опухолей“. При рассмотрении этого вопроса нужно отдельно говорить о хронических, повторяющихся в течение продолжительного времени травмах и отдельно об однократных. При первых, по мнению докладчика по указанному вопросу проф. W e r n e r 'а этиологическая роль травмы, как на основании точных клинических наблюдений, так и эксперимента, может считаться доказанной.

Что же касается значения однократной травмы в образовании злокачественной опухоли, в частности саркомы, то здесь дело обстоит иначе. Ряд авторов, как клиницистов, так и патолого-анатомов (A s k e r m a n n Orth, L u b a r s c h) чрезвычайно скептически относятся к этиологической роли травмы в возникновении опухолей, указывая на то:

1) что экспериментально никому не удалось еще вызвать образование злокачественной опухоли посредством однократной травмы;

2) что нужно исходить не из того положения, какому количеству сарком предшествуют травмы, а какое количество травм сопровождается образованием сарком; указанные авторы считают, что это число очень незначительно и что если бы травма костей была бы этиологическим моментом в образовании сарком—последняя война должна была бы вызвать эпидемию сарком костей;

3) что преимущественное поражение саркомой трубчатых костей следует приписать не тому, что эти кости чаще подвергаются травме, а избирательной локализации, присущей всем видам опухолей;

4) что анамнестические данные о предшествовавшей травме очень часто вытекают из свойственного больным желанием связать свое заболевание с какой-нибудь причиной и

5) что анатомически никаких следов после травматических изменений (гематом и проч.) при саркомах костей никогда обнаружено не было.

Поэтому, указанные авторы полагают, что если на сегодняшний день мы не можем исключить связи между травмой и саркомой, то это не значит еще, что такая связи существует. По их мнению, перелом, например, является часто следствием саркомы, а не причиной ее. Несмотря на то, что наши знания на сегодняшний день не дают нам права опровергнуть указанные выше положения, говорящие об отсутствии всякой связи между травмой и возникновением опухолей (сарком) костей, боль-

шинство авторов все же склонно в настоящее время признать, что травма играет несомненно очень важную этиологическую роль в происхождении опухолей, но что считать ее доказанной можно лишь тогда, когда налицо имеется совокупность следующих условий (Thiem, Sauerbruch):

1) Опухоль возникает на месте, подвергшемся непосредственно травме, 2) травма доказана объективными данными (гематомы, переломы и пр.) и отличалась известной силой, 3) травме подверглась неповрежденная до того часть тела и 4) между травмой и возникновением опухоли прошел определенный промежуток времени (от 1 м-ца до 2-х лет).

Объясняется указанное выше обстоятельство признания большинством авторов за травмой этиологической роли тем, что часто связь между травмой и возникновением опухоли до того несомненна, что не считается с нею или же считать ее простым совпадением—значило бы делать некоторое насилие над объективным подходом в оценке этих случаев.

В литературе имеется описание значительного числа таких случаев, когда у совершенно до того здоровых людей на месте, подвергшемся значительной травме, через 2—6 м-цев возникает саркома. Filisberg приводит случай образования несколько раз рецидивировавшей саркомы на рубце после ранения осколком гранаты, причем в центре удаленной опухоли находился этот осколок. Beneke и Stieda описывают случай развития саркомы лобной кости непосредственно вслед за травмой у 10-летнего ребенка сначала на одной стороне, а через 3¼ года—на другой, вслед за новой травмой. Оба раза—выздоровление после радикального вмешательства. Проф. Troell приводит 13 случаев сарком трубчатых костей, по поводу которых больными, связывавшими свое заболевание с той или иной травмой при исполнении своих трудовых обязанностей, предъявлены были иски к Шведским органам социального страхования. В 7 из этих случаев, после соответствующих заключений экспертов в лице проф. Hedgren'a, Troell'a, Askerthан'a, иски были признаны подлежащими удовлетворению, так как связь между предшествовавшей травмой и возникновением опухоли была очевидна.

Мы разрешаем себе привести случай, наблюдавшийся нами в нашей клинике, где образование саркомы бедра также может быть поставлено в связь с предшествовавшей травмой. Приводим вкратце историю болезни.

15 января 1930 года в Госпит. хирург. клинику поступил больной П. с резкими болями в области левого коленного сустава. 11 декабря 1929 года больной, сходя с трамвая, поскользнулся, упал и ударил левое колено о подножку трамвая. 3 недели больной лежал дома в постели, испытывая значительные боли на месте ушиба, затем с уменьшением болей стал передвигаться по комнате с помощью костылей. 15 января 1930 года снова поскользнулся, упал и сразу почувствовал резкую боль на месте старого ушиба, не мог встать, даже двинуть ногой. Каретой скорой помощи доставлен в Госпит. хир. клинику.

Больной хилого телосложения, астеник. Покровы тела бледны, подкожный жировой слой развит слабо. Несмотря на то, что нога в шине, забинтована, не перестает кричать. Область левого коленного сустава деформирована, значительно припухла. Нога вся отведена и согнута в коленном суставе под углом в 120°. Активные движения в коленном суставе полностью отсутствуют; попытка проверить пассивные движения и вообще дотрагивание до области колена вызывает у больного резкую боль. Укорочения ноги почти нет. Произведена рентгенография, которая установила наличие у больного перелома левого бедра по эпифизарной линии (дистальной) с небольшим смещением центр. обломка вперед. Больному было устроено вытяжение, дважды рентгеном проверено стояние отломков и констатировано хорошее образование мозоли. 8-го марта больной на костылях выписан в удовлетворительном состоянии со сросшимся переломом домой. После месячного пребывания на курорте больной с 15 мая мог уже ходить без помощи палки и начал работать.

Полгода больной ни на что не жаловался и чувствовал себя вполне здоровым и работоспособным. 11-го ноября 1930 года неожиданно почувствовал боль в левом

коленном суставе, которая все прогрессировала. Температура по вечерам повышалась до 38°. Больше м-ца больной лечился дома компрессами и порошками, но 26-го декабря того же года вынужден был опять обратиться к нам в клинику. При осмотре больного обнаружено: область левого коленного сустава припухла, кожа не изменена, но мало подвижна. Сгибание в суставе несколько болезненно и ограничено (90°). Разгибание также не полное. Во время ходьбы больной заметно прихрамывает. Рентгенография 28/XII 30 г. области сустава показала следующее: оба мыщелка бедра в стадии резкой костной атрофии. Передняя поверхность неровна, изъедена, местами совсем прерывается и около нее в полости сустава (между мыщелком и надколенником) вялые, костные бесформенные тени. Так как рентгенография не опровергла полностью направивавшейся клинической картиной мысли о возможности начала развития у больного, отягощенного туберкулезной наследственностью, процесса в суставе, больной уложен в гипсовом тупоре в кровать и взят под наблюдение. Дальнейший осмотр больного в феврале 1931 г. обнаружил, что опухоль, занимающая область сустава, не только не имеет тенденции к уменьшению, но наоборот, увеличивается, захватывая мягкие ткани передней и боковых поверхностей граничащих участков бедра и голени. Опухоль плотной консистенции, кожа в области колена блестит, движения в суставе еще более ограничены, но не болезненны. По ночам иногда боли в области опухоли. Рентгенография сустава показала следующее: межсуставная щель хорошо выявлена, не сужена. Межсуставные поверхности за исключением наружно-нижнего угла тоже ясно выражены. Весь наружный мыщелок бедра неравномерно остеопорозирован, причем некоторые места имеют вид дефекта с подрытыми краями. Контуры наружного мыщелка неровны, но ясны, в нескольких местах совсем прерываются (например, в ниже-переднем отделе латеральной поверхности, а в верхнем отделе того-же мыщелка—изъеденный, расплавленный с маленькими, костными, кромковатыми массами). Между надколенником и суставной поверхностью бедра диастаз в 3 см. (за счет разрастания). С задней стороны на месте бывшего перелома неправильные периостальные наслоения. Диагноз: остеогенная саркома (д-р Н. Д. М о ш к о в). Больному сделана ампутация на границе средней и верхней трети бедра. Послеоперационное течение гладкое. Со дня операции прошло 9 м-цев, в течение которых больной чувствует себя удовлетворительно.

Микроскопическое исследование опухоли, произведенное ст. ас. Каф. пат.-анат. д-ром Куряевым, показало между прочим следующее: „По ходу сосудов разрастание большого колич. полиморфн. клеток с неправильными митозами. Диагноз: полиморфная саркома“.

То обстоятельство, что у нашего больного саркома образовалась на месте, непосредственно подвергшемся действию значительной травмы—перелому, что между травмой и первыми жалобами б-го прошло 10 м-цев, в течение которых больной чувствовал себя вполне излеченным и работоспособным, что до травмы никаких симптомов какого бы то ни было заболевания левой ноги у б-го не было, позволяет нам поставить образование саркомы бедра у нашего больного в связь с предшествовавшей травмой. В чем именно заключается этиологическая роль травмы пока еще не выяснено. По мнению проф. Wegner'a „дело объясняется вероятнее всего изменением клеточного обмена под влиянием травмы вследствие расстройства питания клеток, причем последние делаются более независимыми от физиологических тормозов его (роста) и это свойство клеток сохраняется ими унаследованными при дальнейшем делении их“ (цитир. по М. И. Ли́шцу).

Резюмируя все сказанное, можно сделать следующее заключение: научного подтверждения того, что однократная травма сама по себе может вызвать образование злокачественной опухоли не имеется. Но возможность того, что травма при наличии неизвестных еще эндогенных факторов является стимулом к началу роста опухоли, доказана целым рядом наблюдений, к которым мы относим и приведенное выше наше.