

ИЗЪ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКАГО КАБИНЕТА ИМПЕРАТОРСКАГО КАЗАНСКАГО  
УНИВЕРСИТЕТА.

Гліома въ области переносья.

П. Заболотнова.

Гліомы въ области переносья составляютъ сравнительную рѣдкость и потому всякое новое наблюдение можетъ представлять нѣкоторый интересъ. Въ виду этого я считаю заслуживающимъ вниманія нижеописываемый случай.

Врачъ Тирляндскаго завода Верхнеуральскаго у. Оренбургской губ. М. В. Вакуленко прислалъ для изслѣдованія въ ноябрѣ 1905 г. удаленную имъ съ переносья опухоль у ребенка 1 года 3 мѣсяцевъ, распознанную какъ мозговая грыжа <sup>1)</sup>.

Уплотненная въ алкогольѣ опухоль вѣситъ 30 грам., наибольшій ея діаметръ 4,5 снт., наименьшій 4,4 снт. и толщиной 2,6 снт. На одной сторонѣ она покрыта на ограниченномъ протяженіи ( $\frac{1}{4}$ -я часть поверхности опухоли) кожею буроватаго цвѣта, которая отчасти отдѣлена отъ подлежащихъ частей. Опухоль состоитъ изъ трехъ слившихся между собою шаровидныхъ тѣлъ, причемъ каждое изъ нихъ въ отдѣльности достигаетъ небольшого грецкаго орѣха. Она сидѣла на широкомъ основаніи, діаметръ котораго равняется 1,5 снт.; послѣднее на одной сторонѣ переходитъ въ не большую ножку. На периферіи этой послѣдней видна небольшая щелевидная полость съ гладкими стѣнками, которую если нѣсколько раздвинуть, то объемъ ея достигаетъ мелкой горошины. Опухоль, видимо, была вся покрыта кожей, за которою слѣдуетъ подкожная клѣтчатка. Консистенція новообразованія плотноватая, но гораздо мягче уплотненной фибромы. На поверхности разрѣза она мѣстами имѣетъ волокнистое строение, частію бѣлаго, а частію слабо сѣраго цвѣта.

---

<sup>1)</sup> Опухоль послѣ операціи была положена въ 90% алкоголь и прислана въ Казан. патолого-анатом. кабинетъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Непосредственно на опухоли располагается относительно тонкій слой фиброзной ткани съ умѣреннымъ содержаніемъ соединительнотканнхъ клѣтокъ, богатый сосудами. Послѣдніе частью артеріи, но большую частью наполненныя кровью широкія вены и капилляры. Рядомъ съ этими встрѣчаются и лимфатическіе сосуды въ видѣ широкихъ каналовъ, наполненныхъ прозрачнымъ содержимымъ. Указанный нами фиброзный слой легко отстаетъ на срѣзахъ отъ глубже лежащихъ частей, благодаря такому строенію. Далѣе, глубже отъ этого слоя лежитъ фиброзная ткань, между пучками которой уже начинаетъ продвигаться ткань другого характера, глія. Кромѣ того, въ этомъ мѣстѣ попадаются каналы, выстланные цилиндрическими клѣтками, расположенные параллельно поверхности опухоли, иногда нѣсколько расширенныя. Вообще при изученіи данного новообразованія бросается въ глаза повсюду присутствіе плотной фиброзной ткани, отдѣльныя волокна и цѣлыя пучки которой не рѣдко принимаютъ гомогенный видъ вслѣдствіе гліинового измѣненія; и только кое-гдѣ залегаютъ участки рыхлой клѣтчатки. Послѣдняя весьма часто инфильтрирована лимфоидными клѣтками, скопляющимися преимущественно около кровеносныхъ сосудовъ и образующими цѣлыя очаги.

Лимфоциты часто довольно густо располагаются вокругъ сосудовъ и въ адвентиціи ихъ концентрическими кругами; вполне сходны съ лимфоцитами лимфатическихъ железъ съ тою только разницею, что нѣсколько больше ихъ, а ядра ихъ слабѣе окрашиваются. Эндотелій сосудовъ въ этихъ очагахъ обнаруживаетъ явленія набуханія.

Распределеніе соединительной ткани въ опухоли неравномерно, ибо она въ однихъ мѣстахъ преобладаетъ надъ гліей, а въ другихъ уступаетъ ей въ своемъ развитіи. Кромѣ того въ опухоли еще мы должны отмѣтить присутствіе поперечнополосатыхъ мышцъ.

Мышечная тканьъ. Уже простымъ глазомъ можно различать наличность мышцъ между шаровидными узлами образующими данную опухоль. Подъ микроскопомъ мы видимъ обширное поле, занятое поперечнополосатыми мышечными волокнами, ничѣмъ существенно не отличающимися отъ обыкновенныхъ скелетныхъ мышцъ. Ближе къ краямъ этого поля видно, какъ вдвигается между пучками мышцъ гліозная тканьъ. Кромѣ подобнаго отношенія между гліей и мышцами, въ другихъ мѣстахъ пучки мышцъ болѣе значительно раздвигаются гліей и соединительной тканью. Здѣсь мышечныя волокна замѣтно истончены, ядра въ нихъ имѣютъ

палочковидную или овальную форму. Въ нѣкоторыхъ волокнахъ встрѣчается по два ядра рядомъ.

Ткань, построенная по типу глии, распространена по всему новообразованію, за исключеніемъ самаго поверхностнаго слоя, граничащаго съ подкожной кѣлѣчаткой. Она образуетъ главную массу новообразованія, сравнительно съ нормальной гліей богата кѣлѣтками, которыя отличаются большою величиною. При окраскѣ по способу Вента удалось весьма отчетливо наблюдать строеніе тѣани. Межуточная сѣтчатая часть глии состоитъ изъ густо переплетающихся тонкихъ волоконць, на нѣкоторыхъ участкахъ она имѣетъ ясно зернистый или мелкоточечный видъ, обусловленный тѣмъ обстоятельствомъ, что на этомъ мѣстѣ препарата волоконца пересѣчены въ поперечномъ направленіи. Въ другихъ мѣстахъ она имѣетъ характеръ войлока изъ тѣсно расположенныхъ переплетающихся и перекрещивающихся между собою волоконць. На нѣкоторыхъ участкахъ, наоборотъ, видно преобладаніе одного продольнаго направленія волоконць, напр., тамъ, гдѣ идетъ развитіе глии среди плотной фиброзной ткани подъ извѣстнымъ давленіемъ. Самыя волоконца глии толще, нежели мы наблюдаемъ въ центральной нервной системѣ.

Что касается кѣлѣтокъ глии, то однѣ изъ нихъ большія неправильномногоугольной формы, отдающія отъ себя родъ протоплазматическихъ отростковъ, какъ нервныя кѣлѣтки. Ядро въ нихъ большое внѣ центра кѣлѣтки, протоплазма ихъ иногда вакуолизирована. Другія кѣлѣтки глии неправильнокруглой или овальной или даже веретенообразной формы съ круглымъ или овальнымъ ядромъ. Послѣднее въ кѣлѣткахъ глии относительно не богато хроматиномъ и содержитъ 1—2 и даже 3 ядрышка. Кѣлѣтки иногда лежатъ группами, въ 3—5 элементовъ тѣсно другъ около друга, безъ раздѣляющаго ихъ какого-либо межуточнаго волокнистаго вещества, подобно эпителиальнымъ элементамъ. Кромѣ того мы встрѣчаемъ среди глии многоядерныя гигантскія кѣлѣтки, содержащія до 8—10 ядеръ, которые располагаются то въ кучкѣ, въ срединѣ кѣлѣтки, то ближе къ краю ея. Эти элементы въ тоже время не обладаютъ сравнительно большимъ накопленіемъ протоплазмы, которая въ нихъ располагается въ видѣ узкаго пояса вокругъ сгруппированныхъ въ кучу ядеръ.

Мѣстоположеніе среди глии многоядерныхъ кѣлѣтокъ нельзя приурочить къ какимъ-либо анатомическимъ частямъ, какъ напр. къ сосѣдству съ сосудами. Третій типъ кѣлѣтокъ глии по своей величинѣ менѣ первыхъ двухъ видовъ неправильнокруглой или овальной формы. Иногда онѣ имѣютъ также и веретенообразную форму. Послѣдняго типа кѣлѣтки располагаются часто параллельными рядами тамъ, гдѣ волоконца глии имѣютъ преимущественно

такое-же направленіе. Въ глиозной ткани попадаютъ участки, въ которыхъ клѣтки наполовину занимаютъ мѣсто въ полѣ микроскопа. Фигуръ дѣленія ядра однако нигдѣ не удалось замѣтить.

Нервные клѣтки. На одномъ мѣстѣ сплошь располагается глія безъ примѣси фиброзной ткани на значительномъ протяженіи и въ ней залегаютъ большія многоугольные клѣтки съ нѣжнозернистой протоплазмой, большимъ пузыркообразнымъ ядромъ, бѣднымъ хроматиномъ; въ послѣднемъ имѣется ядрышко. Отъ этихъ клѣтокъ въ разныя стороны отходятъ отростки, которые иногда вѣтвятся. Число подобныхъ клѣтокъ не такъ велико и онѣ лежатъ далеко другъ отъ друга. Кромѣ этихъ большихъ клѣтокъ, встрѣчаются еще болѣе мелкія съ такою-же протоплазмой и съ такимъ-же ядромъ и ядрышкомъ, какъ и у предъидущихъ клѣтокъ только меньшей величины. Отъ этихъ клѣтокъ можно прослѣдить постепенный переходъ къ глиознымъ описаннымъ выше клѣткамъ. Этотъ отдѣлъ опухоли хорошо снабженъ сосудами, около которыхъ иногда удается подмѣтить небольшія щели.

Въ гліи, гдѣ она лежитъ болѣе обширными участками, при обработкѣ по способу Ramon у Kajaля видно присутствіе нервныхъ волоконъ, пробѣгающихъ въ разныхъ направленіяхъ. Нервныхъ волоконъ вообще ограниченное количество, они тонки и идутъ извиваясь.

Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ развита глиозная ткань, не замѣтно ни какихъ регрессивныхъ измѣненій ткани.

Указанная при анатомическомъ описаніи опухоли полость имѣетъ фиброзную стѣнку, выстланную плоскими эндотелиальными клѣтками.

Какого происхожденія фиброзная ткань, которая входитъ въ составъ даннаго новообразованія? Дѣйствительно-ли, это есть разрастающаяся ткань *rae matris*, какъ полагаетъ Schmidt <sup>1)</sup>, или-же вообще предсуществующая клѣтчатая соединительная ткань, измѣняющаяся подъ вліяніемъ гліи и принимающая вслѣдствіе этого видъ плотной фиброзной ткани. Предположеніе Schmidt'a ближе къ дѣйствительности на томъ основаніи, что периферическая часть фиброзной ткани въ видѣ тонкаго слоя богата сосудами, лежитъ тотчасъ подъ подкожной клѣтчаткой. Отъ нея вглубь идутъ мощные тяжи соединительной ткани, которые уже менѣе богата кривоносными сосудами. Какого либо плотнаго фиброзаго

<sup>1)</sup> Schmidt, M. Virchow's Arch. Bd. 162.

пласта, напоминающаго по своему строенію *dura mater*, здѣсь не существуетъ.

Она здѣсь по преимуществу имѣетъ видъ вполне развитой ткани. Если мы и наблюдаемъ мѣстами скопленіе мелкихъ круглыхъ элементовъ около кровеносныхъ сосудовъ, то здѣсь въ то-же время по сосѣдству въ соединительной ткани не замѣчается переходныхъ формъ къ обыкновеннымъ фибробластамъ. Borst <sup>1)</sup> упоминаетъ о размноженіи адвентиціальныхъ клѣтокъ въ гліомахъ, доходящихъ до образованія толстой обкладки изъ нихъ вокругъ сосуда, называетъ ихъ протоплазматическими элементами и считаетъ это за реактивное разрастаніе. Нужно думать, что рѣчь идетъ о томъ-же явленіи, что указано было выше и нами.

Лысенковъ <sup>2)</sup> изъ 8 изслѣдованныхъ имъ гистологически случаевъ *cephalocoele sincipitalis* отмѣчаетъ только въ двухъ т. н. клѣточковую инфильтрацію около сосудовъ. У Schmidt'a, въ его случаѣ врожденной гліомы спинки носа, совсѣмъ не упоминается объ этомъ. Въ наблюденіи Шапиро <sup>3)</sup>, наоборотъ, это явленіе было рѣзко выражено.

Отношенія между соединительной тканью и гліей въ подобныхъ опухоляхъ таковы, что или перевѣсъ бываетъ на сторонѣ гліи. или, наоборотъ, на сторонѣ соединительной ткани: особенно послѣдняя можетъ настолько преобладать надъ второй, что едва отыскиваются мѣста, гдѣ сохранились небольшіе участки гліи (Лысенковъ 7-с. н.). Въ случаѣ Шапиро видимо произошло почти полное замѣщеніе гліи соединительной тканью. Только присутствіе ядеръ безъ протоплазмы говоритъ за то, что мы здѣсь имѣемъ еще слѣды гліозной ткани. Въ нашемъ случаѣ мы скорѣе имѣемъ такую картину передъ собою, что глія вростаетъ въ соединительную ткань. Это хорошо можно прослѣдить въ болѣе поверхностно лежащихъ слояхъ новообразованія, ибо здѣсь мы видимъ, какъ гліозныя клѣтки небольшими группами продвигаются между фиброзными пучками. До нѣкоторой степени въ данномъ случаѣ ростъ опухоли имѣетъ инфильтративный характеръ въ отношеніи фиброзной ткани, окружающей новообразованіе.

Въ нашемъ наблюденіи глія занимаетъ болѣе чѣмъ половину всего новообразованія. При изученіи клѣтокъ гліи намъ бросалось въ глаза, съ одной стороны, увеличеніе числа ихъ въ ткани, и съ другой, и величины отдѣльныхъ элементовъ, Это явленіе, до образованія многоядерныхъ клѣтокъ включительно, вообще присуще гліомамъ.

<sup>1)</sup> Borst. Die Lehre von den Geschwülsten Bd. I.

<sup>2)</sup> Лысенковъ. Мозговые грыжи и ихъ лечение. Москва. 1896.

<sup>3)</sup> Шапиро. Рус. Хирур. Архивъ. 1908, кн. 2.

Тотъ фактъ, что фибриллярное вещество гліи развивается въ зависимости отъ клѣтокъ, отчасти можно было видѣть и въ нашемъ случаѣ, ибо во многихъ мѣстахъ, гдѣ только что начинается проростаніе одной ткани въ другую первоначально появляются однѣ клѣтки и потомъ уже, по мѣрѣ увеличенія очага, между ними развивается межуточное вещество.

Относительно присутствія мышечной ткани нужно замѣтить, что здѣсь скорѣе дѣло идетъ о проростаніи опухоли предсуществующихъ мышцъ въ данной области. Это хорошо было видно въ нашемъ наблюденіи, какъ мышечныя волокна разбѣдятся врослающей между ними другой тканью. Въ то же время въ мышцахъ нельзя замѣтить никакихъ явленій разстройства питанія, атрофіи ихъ. Скорѣе въ нихъ продолжается еще ростъ наравнѣ съ другими элементами опухоли, хотя въ крайне слабой степени. Это будетъ понятно, если принять во вниманіе ранній возрастъ индивидовъ, у которыхъ приходится встрѣчаться съ новообразованіями подобнаго рода.

Каналы, выстланные цилиндрическими клѣтками, которые лежатъ въ поверхностныхъ слояхъ опухоли, представляютъ ничто иное, какъ сохранившіеся еще остатки потовыхъ железъ.

Какъ можно видѣть изъ проведеннаго нами выше описанія и клиническихъ, хотя и краткихъ свѣдѣній, что удаленная съ переносъ опухоль, дѣйствительно, представляетъ изъ себя т. в. *cephalocoele sincipitalis*. По своему строенію, она оказалась построенной по типу опухолей, извѣстныхъ въ патологіи подъ наименованіемъ гліомъ. Въ то же время она имѣетъ нѣкоторыя особенности—это значителное развитіе фиброзной ткани и рядомъ съ этимъ одинъ довольно порядочный участокъ, имѣющій, строеніе, сходное, до нѣкоторой степени, съ центральной нервной системой. Она вполне сходна въ своемъ строеніи съ нѣкоторыми изъ наблюденій Лысенкова, который изслѣдовалъ гистологически 8 случаевъ *cephalocoele sincipitalis*.

Относительно происхожденія опухолей этого рода нужно замѣтить, что онѣ развиваются на опредѣленныхъ мѣстахъ черепа и связаны съ недоразвитіемъ костей его съ присутствіемъ дефекта въ нихъ. Причина этого обстоятельства лежитъ, какъ показали Recklinghausen и Marchand, въ томъ, что своевременно не происходитъ отдѣленія мозговой трубки отъ рогового листка.

