

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Патолого-анатомического института Казанского университета.

Случай спонгиобластомы (neuroepithelioma gliomatosum) ganglion spinale n. thoracalis I dex.

Проф. И. П. Васильева и ассист. д-ра В. И. Журавлевой.

В данной статье¹⁾ приведен случай опухоли, разившейся, очевидно, из I-го правого грудного ganglion spinale и по своему строению причисленной нами к спонгиобластомам, — новообразованиям, образующимся из тех элементов, из которых формируется нейроглиозная ткань. Отсутствие указаний в литературе на существование опухолей с подобным строением в этой области дает нам право на опубликование этого случая.

Б-ой С. В., 17 л., 9. IV. 28 был принят в Нервную клинику Казанск. ун-та, откуда вскоре переведен для операции в Фак. хир. кл-ку с диагнозом: compressio medullae spinalis.

Б-ой весной 1927 г. упал с высоты и ударился правым боком, после чего около недели пролежал в постели. Осенью 1927 г. появилась слабость в ногах и боли неопределенного характера в икроножных мышцах, временами в левой лопатке и межлопаточной области. Весной следующего года появились опоясывающие боли в брюшной области и одновременно слабость в правой, а затем левой ноге. Спустя 3 недели развился полный паралич нижних конечностей, а также задержка мочеиспускания. С этими явлениями б-ой был принят в Хирургическую кл-ку, где 22. V. 28 проф. А. В. Вишневым была удалена под местной анестезией из спинномозгового канала (область I и II-го грудных позвонков) экстрадурально лежащая опухоль, величиною с мелкую сливу, с гладкой поверхностью, одетая плотной капсулой, которая отсутствовала лишь у нижнего полюса, где „опухоль имела неровную рваную поверхность“.

Через 2¹/₂ мес. после операции движения в конечностях восстановились, однако не надолго. Постепенно развились сначала явления пареза, а затем паралич нижних конечностей, запоры, затруднения при мочеиспускании. Снова (25. IX. 29) поступление в Нервную кл-ку, а затем в Фак. хирургическую, где 22. X. 29 доц. С. М. Алексеевым была произведена вторичная операция. При вскрытии спинно-мозгового канала в области I и II грудных позвонков обнаружена опухоль с небольшою сливу, оттеснявшая спинной мозг со всеми оболочками влево и кзади. Главная масса опухоли лежала в полости канала, часть же ее, несколько узуррируя дужки выше названных позвонков, углублялась между ними. С дорзальной поверхности опухоль была одета капсулой, углублялась же ее поверхность шероховата благодаря сращению с твердой мозговой оболочкою мозга. Опухоль имела красный цвет и напоминала по виду мышечную ткань. В момент удаления опухоль спалась, как вскрытая кавернома, появилось сильное кровотечение, и к концу операции б-ой погиб при явлениях падения сердечной деятельности.

Выдержки из протокола вскрытия (проф. И. П. Васильев). Труп юноши с пониженным питанием. Кости черепа, головной и продолговатый мозг, придаток мозга и начало 12 пар черепных нервов без особых изменений. В области I и II грудных позвонков, между несколько сдавленным спинным мозгом, одетым твердой мозговой оболочкой, и слабо узуррированными с внутренней поверхности и несколько атрофированными от давления дугами позвонков справа, интрадуральное (эпидуральное) пространство представлялось расширенным. Здесь,

¹⁾ Доложено на III-м Поволжском научном съезде врачей в г. Астрахани. 24. VI. 30.

прилегая к правому межпозвоночному отверстию между названными позвонками, находилась неудаленная при операции часть опухоли, величиною с маленький орех, мягкой консистенции, кровянистого цвета, с неровною поверхностью. Через указанное межпозвоночное отверстие опухоль продолжалась в грудную полость, прорастая париетальную плевру на протяжении 10-копеечной монеты. Здесь новообразование располагалось в верхнем куполе правой плевральной полости, будучи рыхло спаяно своей капсулой с верхушкой правого легкого и несколько сдавливая последнюю. Опухоль в грудной полости достигала размеров куриного яйца, полого-бугристая и одета плотной фиброзной капсулой; в разрезе довольно пестрого вида: в центре ее находился плотный фиброзный тяж беловато-желтого цвета, толщиной со спичку; кругом располагались участки темнокрасного, серокрасного и беловатого цвета.

Плевральные листки с той и другой стороны, за исключением вышеуказанного спаяния на небольшом протяжении с опухолью и отдельных синехий, гладки, блестящи. Жидкости в плевральных полостях не было. Первый правый грудной gang. spinale, а также непосредственно прилежащие к этому узлу части передних и задних корешков, прорастены опухолью. Dura mater sp. в области опухоли слабо утолщена, но не прорастена опухолью. Lamina ext. durae в области узурированных дужек уничтожена. Мягкая оболочка не спаяна с dura mater sp., несколько помутневшая. Спинной мозг на месте нахождения опухоли немного сдавлен и размягчен на протяжении 1,5 см. На разрезе в этом месте он оказался пронизанным мелкими кровоизлияниями; на остальном протяжении без особых изменений. Прорастания мозга опухолью не обнаружено. В области периферических нервных стволов и других внутренних органов узлов новообразования не было.

Epicrisis: Inanities. Anaemia universalis. Ramollitio et haemorrhagiae medullae sp. in regione I-II vertebr. thorac. dex. e compressione neoplasmatis (gliomatis?). Continuitas neoplasmatis in cavum pleurae dex. Hyperplasia acuta lienis. Hyperplasia lymphogl. mesenterii et amygdalarum. Intumescitio opaca myocardii. Petrificatio lymphogl. bronchialium sin. Synecchia pleurarum. Affectus primarius tbc lobi super. pulmonis sin.

Микроскопическое исследование: Опухоль была одета широкой грубоволокнистой соединительно-тканной капсулой, от которой отходили вглубь в небольшом числе того же строения довольно толстые прослойки, кое-где содержавшие крупные сосуды. Реже среди ткани можно встретить неправильной формы поля отечной с идущими в различных направлениях пучками волокон соединительной ткани, более богатой клеточными элементами и возникшей, очевидно, путем постепенного замещения погибших участков опухоли. От этих массивных соединительно-тканных перегородок отходили очень тонкие соединительно-тканые прослойки, которыми опухоль подразделялась на отдельные альвеолы, выполненные клетками новообразования, производившими впечатление эпителиальных.

В тонких прослойках почти всегда находились то более узкие, то значительно расширенные кровеносные капилляры, образованные очень длинными эндотелиальными клетками. Иногда соединительная ткань вокруг капилляров настолько истончалась, что последние одни служили межальвеолярными перегородками. Вследствие разрыва капилляров или путем диапедеза возникали мелкие кровоизлияния, по соседству с которыми изредка можно было встретить глыбки кровяных пигментов.

Альвеолы, в которых помещались клетки опухоли, были довольно значительных размеров, вмещая от немногих единиц до нескольких десятков клеток и имели разнообразную форму: кругловатую, вытянутую и неправильную. По большей части альвеолы нацело были выполнены клетками опухоли; реже последние окаймляли только стенки альвеол, оставляя свободным небольшой просвет.

Что касается характера клеток опухоли, то, несмотря на разнообразие их вида, все же легко можно было установить постепенные переходы от одних форм к другим. В альвеолах, сплошь выполненных клетками, последние обычно имели небольшие размеры и были многогранной, круглой, овальной или неправильно вытянутой формы с нежно зернистой протоплазмой. Ядро большое, часто заполнявшее большую часть клеточного тела, круглой или овальной формы, густо красившееся, с неотчетливо выступавшею хроматиною сетью. В соседних альвеолах клетки, сохраняя ту же форму, были значительно больших размеров, причем увеличение шло за счет нарастания протоплазмы, так как ядро сохраняло ту же величину и ту же форму, как и в клетках небольших размеров. Для большинства клеток довольно характерно было отсутствие границ между рядом лежащими груп-

цами их, вследствие чего возникала синтицио-подобная масса, в которой располагались вышеуказанного характера ядра. Однако, почти всегда в одной и той же альвеоле, наряду со слившимися клетками, можно было видеть и отдельные, ясно очерченные клетки.

В следующем ряде альвеол клетки в один или несколько рядов располагались у стенок альвеол, оставляя свободным просвет. Здесь клетки или сохраняли характер указанных раньше небольших по размерам отдельных элементов, или сплошным синтицием различной ширины, как бы гирляндами, окаймляли альвеолярные стенки. В новых группах альвеол среди окаймляющих клеток появлялись различной высоты цилиндрические клетки. Последнего рода клетки, как правило, располагались палисадообразно по отношению к стенке альвеол, обычно содержащей кровеносный сосуд. Если в смежных альвеолах клетки также были высокой цилиндрической формы, то в результате окаймления межальвеолярных перегородок со всех сторон радиально расположенными клетками, возникали своеобразные лучистые фигуры. Ядра в цилиндрических клетках были того же вида, как и в вышеописанных клетках.

Следует особо остановиться на описании очень высоких цилиндрических клеток, имевших вид неправильных, иногда слабоизогнутых, длинных столбиков (колонн). Ядра у этих клеток обычно помещались в дистальной части клетки, на неодинаковой высоте, причем в одной и той же клетке нередко залегало 2—5 ядер, расположенных близко друг к другу. Базальная часть таких клеток представлялась немного суженной, вследствие чего отдельные клетки лежали в этой части несколько разобщенными друг от друга (парафинные препараты). У места прикрепления клеток к межальвеолярным перегородкам суженная часть клеточного тела иногда расширялась в широкую ножку. Дистальная часть этих клеток часто сливалась в одно общее с соседними клетками, так что и здесь образовывалась сплошная синтициальная масса, содержащая ядра. Значительно реже протоплазма колоннообразных клеток разделялась на ряд отдельных коротких отростков, анастомозировавших друг с другом, в результате чего возникала небольшой ширины протоплазматическая сеть, содержащая кое-где в узловых точках ядра. Ресничек у цилиндрических клеток (окраска по Heidenhain'u) не обнаружено.

На основании описанной картины приходится допустить, что путем постепенных переходов из мелких клеток полигональной или круглой формы возникали цилиндрические и вытянутые в виде колонн клетки с ясно выраженной у всех элементов склонностью к слиянию протоплазмы отдельных клеточных элементов и к образованию протоплазматической сети. Об образовании цилиндрических клеток из более мелких можно заключить из того факта, что в наиболее молодых очагах — в небольших альвеолах, лежавших в периферических частях опухоли под капсулой, обычно находились очень мелкие клетки.

В большинстве альвеол описанные различного вида клетки опухоли лежали без какого-либо межклеточного вещества. Только в отдельных немногих альвеолах можно было наблюдать присутствие в небольшом количестве особой ткани, которая имела вид нежного, иногда зернистого, войлока или петливой сети из очень тонких волокон и которая была образована или отростками клеток опухоли, или же непосредственным переходом всей клеточной протоплазмы в это межклеточное вещество. Несмотря на сходство последнего с волокнистым веществом глии, оно не окрашивалось специальными методами.

Dura mater sp. в области залегания опухоли не пророщена опухолью; она слабо утолщена. При исследовании спинного мозга, переданного в лабораторию Нервной клиники, обнаружено следующее: на месте сдавления мозга опухолью границы серого и белого вещества трудно определимы. Количество нервных клеток в сером веществе сильно уменьшено, и здесь ясно выражены явления реактивного разрастания глии и кровоизлияния; разрастание глии в сером веществе распространялось на небольшом расстоянии вверх и вниз от места сдавления.

Итак, у 17-летнего мальчика хирургами была удалена опухоль, величиною со сливу, из спинномозгового канала, располагавшаяся в области I-го и II-го грудных позвонков экстрадурально справа. Симптомы, вызывавшие на сдавление спинного мозга и исчезнувшие после удаления опухоли, постепенно развились вновь, вследствие чего потребовалась 2-ая операция, которая и была произведена чрез 1 г. 5 мес. после первой.

И на этот раз была удалена опухоль той же величины, как и в 1-ый раз. Б-ой погиб к концу операции от сильного кровотечения. При вскрытии обнаружено сдавление спинного мозга опухолью, неудаленная при операции часть которой заполняла I-ое грудное межпозвоночное отверстие справа и продолжалась в правую плевральную полость. Здесь опухоль достигала размеров куриного яйца, была рыхло спаяна с плеврой верхушки легкого, не прорастая ее. Значительного увеличения foramen intervertebrale не обнаружено. Кости позвонков свободны от опухоли и только дужки I-го и II-го гр. позвонков были несколько атрофированы и слабо узурированы. С твердой мозговой оболочкой мозга опухоль была только спаяна и не прорастала ее. В спинном мозгу явления атрофии нервных элементов и реактивное разрастание глии.

Возникает теперь вопрос, где первоначально развилась опухоль?

Schmaus (1901) указывает, что экстрадуральные опухоли могут первично развиваться в грудной и брюшной полости и оттуда проникать внутрь позвоночного канала чрез межпозвоночные отверстия. Возникающие таким образом опухоли состоят из двух частей и соединены тонким мостиком. Как раз в нашем случае опухоль к моменту 2-ой операции имела подобный вид: большая часть опухоли, величиною с куриное яйцо, располагалась в плевральной полости, меньшая—со сливу—была удалена из позвоночного канала хирургами. Обе части соединялись более узким перешейком, помещавшимся в межпозвоночном отверстии. Тем не менее в нашем случае нельзя считать источником развития новообразования плевру на том основании, что с висцеральным листком верхушки правого легкого опухоль только рыхло была спаяна; прорастание же новообразованием париетального листка на протяжении с 10-коп. монету (соответственно локализации опухоли в межпозвоночном отверстии) несомненно тоже не являлось местом начального развития опухоли, так как первичные раки (эндотелиомы) плевры, как правило, имеют плюрицентриальное распространение по плевре и обычно сопровождаются резко выраженным экссудативным плевритом (Васильев), чего не было в нашем случае. Отсутствие связи опухоли со спинным мозгом и его оболочками, endogachis и позвонками позволяет исключить развитие опухоли из этих элементов. Поэтому путем исключения приходится считать, что опухоль первично возникла из I-го правого грудного спинномозгового ганглия.

Что касается гистологического строения опухоли данного случая, то клеточные элементы ее имели ясно эпителиальный характер, залегая в альвеолах и группируясь перителиально в виде лучей по отношению к капиллярам и мелким сосудам, лежащим в тонких соединительнотканых межальвеолярных перегородках. Как высшая степень дифференцировки этих эпителиальных клеток являлось образование высоких клеток в виде колонн, сливавшихся в своей дистальной части в сплошную синцитиальную массу или образовывавших своими отростками протоплазматическую сеть с ядрами в узловых точках. В отдельных альвеолах, кроме того, среди клеток опухоли в очень ограниченном количестве было обнаружено присутствие нежноволокнистого вещества, которое, очевидно, представляло из себя волокнистую глиозную ткань эмбрионального типа.

Как же трактовать данную опухоль, несомненно сохраняющую в своей структуре некоторое подражание эмбриональному строению эле-

ментов, из которых формируется центральная нервная система? Прежде чем перейти к решению этого вопроса, нам кажется целесообразным привести некоторые данные, касающиеся основных фактов развития спинного мозга и происходящих из него спинномозговых ганглий.

Спинальный мозг и спинальные ганглии развиваются из одних и тех же эктодермальных эпителиальных клеток сначала в виде „мозговой пластинки“, затем „медуллярной трубки“ (His, Schaper, R. у Cajal и др.). Если исследовать тонкое строение новообразованного спинного мозга, происшедшего из мозговой трубки, то можно различить 3 отдельных слоя: 1) узкий, содержащий много фигур деления и ограничивающий внутреннее пространство мозга, — будущий центральный канал, — „зародышевый слой“, 2) средний, широкий „плащевой или покровный слой“ (Mantelschicht) и, наконец, 3) узкий вначале и расширяющийся потом безъядерный слой — „краевая вуаль“ (Randschleier). В покровном слое, превращающемся впоследствии в серое вещество, на 4—5 неделе (Bonnet, Benda) развиваются два вида клеток: примитивные нервные клетки — нейробласты серой субстанции и примитивные спорные клетки (Broman, Ernst) — спонгиобласты (His, R. у Cajal, Ribbert и др.); оба вида клеток происходят из одних и тех же индифферентных клеток зародышевого слоя (His).

Спонгиобласты имеют тонкое клеточное тело, вздутое на месте расположения ядра. Они дают начало клеткам эпендимы и глиобластам (Held) или астробластам, из которых формируется неврогля. Эпендимальные клетки во все дальнейшее время сохраняют свой первоначальный эмбриональный характер эпителиальных элементов. Они располагаются радиально вокруг полости мозговой трубки, лежат тесно друг к другу и представляют собою спонгиобластов, клеточное тело которых осталось в „зародышевом слое“, отростки же продолжают в окружающую глиозную ткань (Schmaus). У эмбриона клетки эпендимы снабжены ресничками.

При дифференцировке спонгиобластов в невроглия возникают звездчатые или паукообразные клетки — астроциты — с круглым или полиморфным ядром и неясно выступающей протоплазмой. В сети, образованной спонгиобластами покровного слоя, залегают округлые нейробласты, превращающиеся медленно в нервные клетки (Trierel).

Еще в первые периоды формирования медуллярной трубки эпителий эктодермы постепенно замыкается над этой трубкой в непрерывный листок эпидермиса. Появляющийся между последним и трубкой продольный тяж, состоящий из двух половин, выпячивается в стороны и образует т. наз. „валик ганглиев“ (Ganglienleiste), который в дальнейшем разлагается на ряд отдельных отрезков, соответственно каждому сегменту тела. Отрезки эти делятся и их половины, подрастая в виде спинальных ганглиев, смещаются вправо и влево вдоль спинного мозга с его дорзальной поверхности на вентральную (Trierel). Возникшие таким образом путем отшнурования спинно-мозговые ганглии также формируются из нейробластов и спонгиобластов.

Принимая во внимание эпителиальный характер опухоли и в виду общности происхождения спинномозговых ганглий и спинного мозга, мы должны допустить развитие нашей опухоли или из примитивных клеток „зародышевого слоя“, или из спонгиобластов. Присутствие нежнволо-

нистой глиозной ткани¹⁾, а также дифференцирование части элементов нашего случая в высокие цилиндрические клетки в т. наз. колоннообразные клетки (Pfeilerzellen-Muthmann u. Sauerbeck) или эпендимальные клетки-волокна (Ependymfaserzellen) со склонностью к образованию протоплазматической сети указывает, что клетки нашей опухоли воспроизводят то, что имеет место в примитивной нервной трубке при формировании из спонгиобластов глиозной ткани и эпендимы. На этом основании мы считаем возможным отнести нашу опухоль к спонгиобластам.

Как уже нами было указано, прямых указаний в доступной нам литературе на существование опухолей с подобным строением в области спинномозговых ганглий мы не нашли. В настоящее время известно только, что в головном мозгу и реже в спинном встречаются опухоли, в которых клетки имеют эпителиальный характер, то в виде однослойного эпителия, соответствующего эпендимальному эпителию, то многослойного, подражающего строению нервной трубки. Эта эпителиальная ткань формируется в виде каналов, мешочков, кист, альвеол, розеток, причем опухоли или имеют чисто эпителиальный характер, или же представляют собою глиоматозные опухоли с эпителиальными включениями. Во многих случаях бросается в глаза сходство подобных эпителиальных образований с эпендимальным эпителием (Kauffman), почему эти эпителиальные формации обычно именуется „невроэпителием“, образованные же последним опухоли известны под общим именем „невроэпителом“. Для тех бластом, эпителиальные включения которых происходят из спонгиобластов, Ribbert, Bonnet считают название „невроэпителомы“ неудачным и предлагают называть их „спонгиобластомами“. В виду того, что спонгиобласты в естественном развитии дифференцируются в глию,—явление, которое в большей или меньшей степени наблюдается также и в спонгиобластомах,—некоторые авторы (Kauffman) причисляют последние к глиомам. Muthmann u. Sauerbeck, Roman, Marburg, Risak и др. называют их neuroepithelioma gliomatousum, Дерман и Копелевич—glioma ependimale, Bailey—эпендимомы. Ribbert указывает прямо, что глиомы суть более высоко дифференцированные спонгиобластомы. Этот же автор для подобных опухолей, соответствующих по строению своим эпителиальным включениям очень ранним стадиям эмбрионального развития, рекомендует название „спонгионевробластома“, потому что здесь опухоли берут свое начало из предварительной ступени спонгиобластов—примитивных зачаточных клеток мозговой трубки, еще не дифференцировавшихся ни в спонгиобластов, ни в невробластов.

В настоящее время известен целый ряд бластоматозных образований, где имеет место разрастание невроэпителия, которые, однако, в целом нельзя отнести к истинным спонгиобластомам. Сюда должны быть причислены: 1) папилломатозные опухоли, развивающиеся из эпендимы желудочков мозга и эпителия plexus choroideus (сл. Брюханова, Selke, Saxer'a, Vonwiller'a, Körner'a, Hirsch u. Elliott,

¹⁾ Отрицательные результаты при специфической окраске подобного вида глиозной ткани в спонгиобластомах получились у ряда других авторов (Muthmann u. Sauerbeck, Finkelnburg u. Pруш и др.). Только Roman'y удалась окраска по способу Weigert'a.

Naeslund'a и др.), 2) глиомы головного мозга с ограниченным числом невроэпителиальных включений (сл. Ribbert'a и др.), 3) случаи глиоматоза спинного мозга с невроэпителиальными включениями—neuroepithelioma gliomatosum microcysticum (сл. Rosenthal'a, Schlesinger'a, Babes'a, Bittorfa, Kling'a, Thielen'a и др.), 4) глиомы глаза с невроэпителиальными включениями. Кроме того, невроэпителиальные формации встречаются в тератоидных опухолях яичников (Christian), легких (Christian), переднего средостения и в тератомах крестцово-копчиковой области (сл. Bauer'a, Mueller'a, Hoche-negg'a, Borst'a и др.).

Что касается истинных спонгиобластом, то в этих случаях имеется дело или с разрастанием одного невроэпителля со склонностью образовывать розеткообразные фигуры, или же на ряду с невроэпителлем в ограниченном количестве наблюдается продукция нежнволокнистой глиозной ткани. В общем число известных случаев истинных спонгиобластом невелико. Чаще всего они описаны в III и IV желудочке головного мозга (сл. Muthmann'a u. Sauerbeck'a, Roman'a, Silberberg'a, Prym'a, Marburg'a, Risak'a¹⁾, Körner'a); реже в глубине головного мозга (Huebschmann, Finkelnburg u. Prym). Bailey называет эти опухоли эпендимомами, причем из 868 сл. внутричерепных опухолей клиники Cushing'a он обнаружил всего 6 сл. подобных опухолей. Дерманом и Копелевичем недавно сообщен случай спонгиобластомы gl. pinealis. Наконец, в группу истинных спонгиобластом должен быть отнесен ряд случаев невроэпителиальных опухолей, развившихся в крестцово-копчиковой области, очевидно из эмбриональных остатков спинного мозга (vestigis coccygiens), обнаруживаемых в известном % случаев в копчиковой области у детей (сл. Tourneux et Hermann'a, Depaul et Robin'a, Budde Wieting'a, Scheuermann'a, Prym'a, Harbitz'a, Kober'a, Risak'a).

Возвращаясь к нашему случаю, должно указать, что полной аналогии в гистологическом строении опухоли с другими случаями спонгиобластом мы не нашли. В большинстве из них имелась тенденция к образованию из невроэпителля типичных розеток. В нашем случае таковых не было, и только у некоторой части клеток, при достижении ими высокой цилиндрической формы, была обнаружена склонность к перителиальному расположению с образованием лучистых фигур (не розеток).

Вообще должно указать, что почти в каждом известном случае спонгиобластом можно констатировать небольшие различия в микроскопическом строении, что легче всего, по Marburg'u, объяснить зависимостью от времени, в которое произошло отщепление от формирующейся нервной системы эмбриональных зачатков, из которых в дальнейшем возникли опухоли.

Литература: 1) Bailey. Arch. of neur. a. psych. 1921, V. 11;—2) Bittorf. Ziegl. Beitr. 1904, Bd. 35;—3) Bonnet. D. med. Wchschr. 1913, № 3;—4) Borst. Die Lehre v. d. Geschwülsten, 1902;—5) Он же. Ziegl. Beitr. 1902, Bd. 31;—6) Christian. Centrbl. f. allg. Path. 1904;—7) Дерман и Копелевич. Virch. Arch. 1929, Bd. 273;—8) Finkelnburg u. Prym. D. med.

¹⁾ В данном случае у 59 л. жен. одновременно наблюдались еще другие опухоли: carcinoma simplex mammae, кистовидная адамантинома и мультилокулярная киста яичника.

Wchsch. 1913, № 3;—9) Held. Die Entwickel. d. Nerwengewebes. 1909;—10) Hirsch u. Elliott. Centrbl. f. allg. Path. 1927;—11) His. Die Neuroblasten u. d. Entstehung et cet. 1889;—12) Huebschman. Centrbl. f. allg. Path. 1920/21, Bd. 31;—13) Kaufmann. Lehrb. d. sp. path. Anat. 1922;—14) Он же. Verhandl. d. d. path. Gesellsch. 1902;—15) Kober. Zeitsch. f. d. g. Neurol. u. Psch. 1913, Bd. 17; 16) Körner. Centrbl. f. allg. Path. 1919/20, Bd. 30;—17) Marburg. Прив. no Risak'y;—18) Muthmann u. Sauerbeck Ziegl. Beitr. 1903, Bd. 34;—19) Naeslund. Centralb. f. all. Path. 1927; 20) Prym. Frankf. Zeitsch. f. Path. 1912, Bd. 9;—21) Ribbert. Centralbl. f. allg. Path. 1910, Bd. 21;—22) Risak. Frankf. Zeitsch. f. Path. 1925, Bd. 32;—23) Он же. Arch. f. kl. Chir. 1928, Bd. 150;—24) Roman. Virch. Arch. 1913, Bd. 211;—25) Saxer-Ziegl. Beitr. 1902, Bd. 32;—26) Silberberg. Virch. Arch. 1926, Bd. 260;—27) Schmaus. Vorles. u. d. path. Anat. d. Rückenmarks. 1901;—28) Thielen. Zeitsch. f. Nervenheilk. Bd. 35;—29) Triepel. Учебн. эмбриологии. 1923;—30) Vonwiller. Virch. Arch. 1911, Bd. 204;—31) Васильев И. Казан. мед. журн. 1928;—32) Wieting. Beitr. z. kl. Chir. 1902, Bd. 36.

Хронические заболевания суставов и их лечение на Сергиевских минеральных водах.

Н. Е. Кавецкого и Б. М. Гринберга (Самара).

На курорте Сергиевские минеральные воды, как и на других грязевых курортах, значительное большинство терапевтических больных составляют больные с заболеваниями суставов. Так, в сезон 1929 г. из 518 больных, прошедших через терапевтические санатории №№ 3, 4, 5, 396 человек страдало различными заболеваниями суставов. Почти все эти больные, за очень немногими исключениями, прибывали на курорт с трафаретным диагнозом—хронический суставной ревматизм. Не приходится доказывать, что в настоящее время термин этот удовлетворить никого не может, так как в эту сборную группу входят самые разнообразные заболевания суставов с различной этиологией, клиническим течением и анатомическими изменениями. Понятие „ревматизм“ было введено в XVII веке Баллониусом для обозначения переходящих болей в суставах и мышцах. В последнее время этот термин вызывает в литературе жесточайшие споры: одни, как некоторые представители французской школы, понимают этот термин слишком распространительно, соединяя в этой группе различные заболевания (говоря, например, о гонококковом ревматизме, туберкулезном ревматизме и т. д.); другие школы, напротив, понимают очень узко понятие „ревматизм“, считая его заболеванием с совершенно определенной клинической картиной и патологическими изменениями; некоторые же, в виду разноречивого понимания и толкования слова „ревматизм“, предлагают совершенно изъять этот термин из употребления (Гуревич).

Вопрос о классификации заболеваний суставов представляет огромную важность как с научной, так и с чисто практической точки зрения, так как болезни суставов за последние годы во всем мире получили огромное распространение и являются, несомненно, социальным бедствием, ведя к массовой инвалидности и длительной потере трудоспособности в самом цветущем возрасте. Несмотря на то, что вопросом создания классификации болезней суставов заняты как отдельные научные работ-