

<https://doi.org/10.3176/biol.1964.3.08>

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТАК НАЗЫВАЕМЫХ БОКОВЫХ АБЕРРАНТНЫХ СТРУМ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К ПАПИЛЛЯРНЫМ ОПУХОЛЯМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*

Х. ТИЙВЕЛЬ

До настоящего времени генез опухолей, располагающихся в боковых треугольниках шеи, остается спорным. Одни авторы [4, 5, 7, 17, 20, 24] рассматривают их как аберрантные струмы, развившиеся из дистопических закладок щитовидного эпителия. Другие исследователи, главным образом хирурги [3, 6, 10, 15, 22, 23], рассматривают их как метастазы папиллярных опухолей, первичный очаг которых располагается в ткани щитовидной железы. Выяснение генеза так называемых боковых аберрантных струм имеет принципиальное значение, поскольку установление истинного характера подобных новообразований обуславливает характер и размер лечебных мероприятий (оперативных и лучевых), что в свою очередь сказывается на отдаленных результатах лечения.

Располагая количественно довольно значительным материалом по так наз. боковым аберрантным струмам, накопившимся в Институте онкологии АМН СССР за 36 лет его деятельности (1926—1962), мы поставили перед собой задачу — установить происхождение так наз. боковых аберрантных узлов и на основе этого оценить рациональные методы лечения подобных опухолей. С этой целью было проведено изучение локализации и клинического течения боковых шейных опухолевых узлов, их морфологического строения, сопоставив последние с изменениями в щитовидной железе, а также прослежена зависимость отдаленных результатов от характера примененного оперативного и лучевого лечения.

Из общего числа 567 больных опухолями щитовидной железы, прошедших через стационар института, гистологическое исследование было произведено у 447 (табл. 1), причем у 111 были злокачественные опухоли (в том числе у 46, т. е. 41%, диагностирована карцинома папиллярного строения).

Среди доброкачественных опухолей щитовидной железы преобладали коллоидные формы, а именно — простые крупнофолликулярные опухоли (78%). Второе место заняли крупнофолликулярные струмы папиллярного строения (13,4%), с мелкими выростами на стенках кист, которые, по мнению С. А. Холдина и Т. В. Шемякиной [11], «вероятно, служат начальным звеном цепи, ведущей к папиллярным ракам».

Обработка и клинический анализ имеющегося материала на основе пересмотра гистологической картины опухолей позволили видоизменить морфологическую классификацию опухолей щитовидной железы, предложенную проф. С. А. Холдиным [9] (1938). Наша клинико-морфологиче-

* Работа выполнена в Институте онкологии АМН СССР под руководством проф. С. А. Холдина.

Таблица 1

Морфологическое строение опухолей щитовидной железы*

Морфологический характер опухолей	Мужчины	Женщины	Всего
Доброкачественные опухоли			
Коллоидные			
Простые крупнофолликулярные формы	30	232	262
Папиллярные крупнофолликулярные аденомы	13	43	56
Паренхиматозные	3	7	10
Эмбриональные	—	6	6
Неясного строения	1	1	2
Всего	47	289	336
Злокачественные опухоли			
Метастазирующая аденома	2	—	2
Пролiferирующая струма Ланганса	2	2	4
Злокачественные опухоли папиллярного строения	10	36	46
Карциномы (кроме папиллярных)	27	31	58
Саркомы	1	—	1
Всего	42	69	111

* По данным Института онкологии АМН СССР за 1926—1962 гг.

ская классификация включает, с одной стороны, пограничные и переходные формы опухолей щитовидной железы на основании чисто морфологических признаков, а с другой стороны — в ней отражено клиническое течение процесса, в частности, наличие метастазов, которые обнаруживались после длительного наблюдения за больными.

Как видно из табл. 2, произведено перераспределение опухолей главным образом папиллярного строения. Папиллярные раки (24 наблюдения), доказанные морфологически, отделены от папиллярных струм с метастазами. С клинической точки зрения и из лечебно-тактических соображений мы отнесли все папиллярные струмы с метастазами к злокачественным, несмотря на то, что по морфологическому строению они могли бы быть отнесены к доброкачественным папиллярным новообразованиям.

Однако относительно благоприятное клиническое течение папиллярных струм без метастазов заставило нас выделить их отдельно как переходные (промежуточные) формы, хотя гистологически они совершенно не отличимы от тех папиллярных струм, которые давали метастазы в лимфатических узлах шеи и были нами отнесены к злокачественным. Уже тот факт, что из 78 папиллярных струм 49 имели региональные метастазы, показывает их потенциальную злокачественность. Кроме этого, из оставшихся 29 случаев папиллярных струм, при которых в стационаре метастазы не были обнаружены, в дальнейшем они появились у 2 больных (у одной больной метастазы в легком, у другой — в кости черепа), а в трех других случаях имели место рецидивы после резекции щитовидной железы. Все это свидетельствует о своеобразии течения папиллярных струм.

В числе доброкачественных опухолей щитовидной железы остались только 15 случаев микро- и макрофолликулярных аденом с единичными

Таблица 2

Клинико-морфологическая классификация опухолей щитовидной железы

Клинико-морфологический характер опухолей	Мужчины	Женщины	Всего
Доброкачественные опухоли	35	260	295
Аденомы			
Паренхиматозные формы	3	7	10
Эмбриональные формы	—	6	6
Неясного строения	1	1	2
Коллоидные формы			
простые фолликулярные аденомы	30	232	262
микро- и макрофолликулярные аденомы с единичными участками папиллярного строения	1	14	15
Переходные (промежуточные) формы			
Папиллярные струмы без метастазов	3	26	29
Злокачественные опухоли	54	69	123
<i>Злокачественные опухоли папиллярного строения</i>			
Папиллярные струмы с метастазами, в том числе так наз. боковые aberrантные струмы	21	28	49
Папиллярные раки без метастазов с метастазами, в том числе так наз. боковые aberrантные струмы	20	16	36
Папиллярные раки без метастазов с метастазами, в том числе так наз. боковые aberrантные струмы	2	4	6
Папиллярные раки без метастазов с метастазами, в том числе так наз. боковые aberrантные струмы	5	13	18
Папиллярные раки без метастазов с метастазами, в том числе так наз. боковые aberrантные струмы	4	9	13
Итого	28	45	73
<i>Злокачественные опухоли непиллярного строения</i>			
Метастазирующая аденома	2	—	2
Проллиферирующая струма Лангханса	2	3	5
Карциномы			
альвеолярного строения	5	5	10
аденоматозного строения	3	4	7
солидного строения	3	—	3
плоскоклеточного строения	—	3	3
полиморфного строения	—	2	2
из клеток Гюртля	—	1	1
мелкоклеточного строения	2	2	4
низкодифференцированного строения	2	2	4
неясного строения	6	2	8
Саркомы	1	—	1
Итого	26	24	50
в том числе так наз. боковые aberrантные струмы	4	3	7
Всего так наз. боковых aberrантных струм	28	28	56

Таблица 3

Группа	Клиническая характеристика и микроскопические находки при так наз. боковых аберрантных струмах	Число больных	Гистологическая структура боковых опухолевых узлов шеи, идентичная с первичным опухолевым узлом в щитовидной железе	Микроскопически выявлена только опухлевая ткань в лимфатическом узле
I	Боковая опухоль шеи обнаружена без наличия опухоли в щитовидной железе	19	9	10
II	Боковая опухоль шеи появилась до обнаружения опухоли в щитовидной железе	14	13	1
III	Боковая опухоль шеи, значительно превышающая размеры узла щитовидной железы	23	19	4
	Всего	56	41	15

участками папиллярного строения. Морфологическая структура у них доброкачественная, и лишь в некоторых участках на стенках фолликулов можно отметить мелкие сосочковые выросты. Этот факт, вероятно, является достаточным доказательством возможного дальнейшего развития папиллярных струм и реальной угрозы их малигнизации. Так при последующем длительном наблюдении у одной больной были обнаружены метастазы в позвоночнике, а у другой — множественные метастазы в легких, грудине и глазнице; у трех больных наблюдались послеоперационные рецидивы. По существу указанные 15 наблюдений можно было бы объединить с переходными формами, так как их также можно считать потенциально злокачественными.

Таким образом, по предложенной клинико-морфологической классификации весь клинический материал Института онкологии за 36 лет по опухолям щитовидной железы распределялся следующим образом: доброкачественные опухоли у 295, переходные (промежуточные) формы — у 29, и злокачественные опухоли у 123 больных.

В результате такого анализа из группы 123 больных со злокачественными опухолями щитовидной железы было отобрано 56 больных, у которых клиническая картина соответствовала представлению о так наз. боковых аберрантных струмах, изучение которых послужило предметом настоящего исследования.

По клиническим признакам наши наблюдения можно разделить на 3 группы (см. табл. 3). Из общего числа 56 наблюдений, отнесенных к указанным 3 группам, по морфологическому строению у 36 больных обнаружены метастазы папиллярной струмы, у 13 — метастазы папиллярного рака, а у 7 — метастазы непиллярного рака.

Так наз. боковые аберрантные струмы составили 8% из числа всех больных опухолями щитовидной железы, а соотношение их к злокачественным опухолям этого органа выражается пропорцией 1:2,7. Данные литературы в этом отношении колеблются в пределах 0,2 — 10% [5, 7, 13, 16], а соотношение соответственно от 1:1,6 до 1:6,7.

По нашим данным так наз. боковые аберрантные струмы встречаются у женщин и мужчин одинаково часто. При поступлении в стационар

сколо половины больных были моложе 40 лет. Больные в возрасте до 50 лет составляли около $\frac{3}{4}$ из общего числа (40 из 56 чел.)

Первым проявлением заболевания у всех наших больных явилось случайное обнаружение безболезненной опухоли на боковой поверхности шеи, причем у 23 — при внимательном осмотре одновременно найден опухолевый узел в одной из долей щитовидной железы, который обычно имел размеры меньше опухоли на боковой поверхности шеи. Болевые ощущения, затруднение дыхания, слабость, потеря веса и другие жалобы у этих больных наблюдались редко.

Боковые опухоли шеи чаще всего являются безболезненными узлами разной величины, овально-округлой формы, плотно- или мягко-эластической консистенции с довольно четкими границами. Они располагаются по краям кивательной мышцы, в треугольнике между нею, ключицей и трапецевидной мышцей. Характерным для большинства так наз. боковых aberrантных струм следует признать ее сравнительно медленный рост. При этом отмечается зависимость между темпом роста опухоли и ее морфологическим строением. Наиболее благоприятным течением с медленным ростом, иногда в течение многих лет, обладают папиллярные формы опухолей щитовидной железы.

Непапиллярные опухоли обладают более быстрым ростом, и длительность заболевания почти у половины из этих больных была менее одного года. Как и другие авторы [14, 23], мы можем указать на отсутствие у таких больных выраженного гипертиреоза.

В клиническом течении так наз. боковых aberrантных струм отмечается зависимость между характером и путями метастазирования, с одной стороны, и морфологической структуры опухоли, с другой стороны. Большинство папиллярных струм метастазируют по лимфатическим путям, а папиллярные и непапиллярные раки распространяются как по лимфатическим, так и по кровеносным сосудам, причем отдаленные метастазы у этих больных наблюдаются чаще всего в костях и в легких.

Морфологическая картина в наших наблюдениях складывалась из наличия трех основных особенностей:

1. Все узлы на препарате, помимо ткани щитовидной железы, содержат остатки лимфатического узла (39 наблюдений). Столь частое обнаружение остатков тканей лимфатических узлов свидетельствует о метастатическом характере этих опухолей.

2. У части удаленных опухолей (14 наблюдений) не обнаружено элементов лимфатического узла, но в других опухолевых узлах имелись остатки лимфатического узла (фиброзная капсула, лимфоидные фолликулы с зачаточными центрами, лимфатические синусы). Такое сочетание морфологических признаков лимфатического узла (капсула, фолликулы и синусы) не встречалось ни в одной исследованной нами первичной опухоли щитовидной железы и, по-видимому, оно может служить доказательством метастатического поражения лимфатического узла.

3. Опухолевые узлы состояли целиком из ткани щитовидной железы без признаков лимфоидных элементов (3 наблюдения). Однако строение узла на боковой поверхности шеи было идентичным опухоли, обнаруженной у этих больных в щитовидной железе.

Таким образом, гистологическое исследование боковых опухолевых узлов шеи и анализ клинических данных убеждают, что у всех 56 больных боковые опухоли шеи имели метастатическое происхождение.

Вторым фактором явилось обнаружение первичного очага в щитовидной железе, гистологически подтвержденного у 41 из 56 больных. Микроскопическое строение так наз. боковых aberrантных струм у этих

41 было аналогичным первичному опухолевому узлу, расположенному в щитовидной железе (табл. 3). Из остальных 15 больных у 4 — наличие первичного очага в щитовидной железе, оказавшегося технически неуда- лимым, подтверждено во время операции, у 7 — дальнейшими наблюде- ниями, а у 4 больных до настоящего времени еще нет признаков суще- ствования первичного очага в щитовидной железе. Однако гистологиче- ское исследование боковых опухолевых узлов шеи у этих больных вы- явило, наряду с опухолевой тканью щитовидной железы, остатки лим- фатических узлов, что подтвердило их метастатическое происхождение, хотя первичный узел в щитовидной железе гистологически до сих пор остался не выявленным.

Третьим доказательством метастатического происхождения так наз. боковых аберрантных струм явилось изучение локализации метастазов в лимфатических узлах шеи у 50 больных, подвергавшихся радикально- му оперативному лечению. Выяснилось, что топография так наз. боко- вых аберрантных струм полностью соответствует расположению различ- ных групп шейных лимфатических узлов, куда осуществляется отток лимфы из щитовидной железы. Наиболее часто метастазы опухолей щи- товидной железы в лимфатических узлах шеи были локализованы в нижних узлах яремной цепи, включая надключичные (у 42 больных), в лимфатических узлах, расположенных по ходу добавочного нерва (*n. accessorius*) и поперечной шейной артерии (*a. transversa colli*) (у 24 больных), в лимфатических узлах бокового треугольника (у 17 больных) и в области бифуркации сонной артерии (у 6 больных). Следует под- черкнуть, что поражения подчелюстных лимфатических узлов ни у одно- го из наших больных не наблюдалось.

Приведенные выше клинические особенности боковых опухолей шеи подтверждены изучением удаленных макропрепаратов. Для так наз. бо- ковых аберрантных струм характерны большие размеры метастатиче- ских узлов (до $9 \times 6 \times 6$ см) по сравнению с иногда крайне малыми раз- мерами (0,5 см в диаметре) первичного опухолевого узла в щитовидной железе. Последние могут клинически не проявляться в течение долгого времени. Однако, как указывалось выше, ревизия гомолатеральной доли щитовидной железы во время операции, либо длительное после- дующее наблюдение после иссечения боковых шейных опухолевых узлов, позволяют в большинстве случаев подтвердить наличие опухолевого очага в щитовидной железе.

Правильное представление о генезе так наз. боковых аберрантных спухолей щитовидной железы позволяет также определять рациональ- ную лечебную тактику. Различием в трактовке характера процесса объясняются предложения одних авторов [5, 7, 8] — сторонников эмбри- генетической теории, прибегать к «экономным» операциям, в противопо- ложность рекомендациям других исследователей, стоящих на позициях метастатической теории [1, 2, 9, 12, 18, 19, 21] — производить гемитиреоидэкто- мию одним блоком с лимфатическими узлами шеи по типу операции Крайля в различных вариантах.

Наши данные, подтверждающие метастатическое происхождение так наз. боковых аберрантных струм, позволяют присоединиться к сторонни- кам радикального оперативного вмешательства: удаление клетчатки области бокового треугольника с иссечением кивательной мышцы и внутренней яремной вены, а также и соответствующей доли щитовидной железы в пределах фасциальных футляров одним блоком. Такая опера- ция вполне осуществима при сохранении подвижности боковых опухо- левых узлов шеи и без прорастания их в общую сонную артерию, тра- хею, гортань, пищевод или нервные стволы,

Выводы

1. Так наз. боковые aberrантные струмы не представляют собой исключительной редкости. Их процентное отношение к другим опухолям щитовидной железы составляет по нашим данным 8%, по данным литературы от 0,2 до 10%.

2. Подавляющее большинство опухолей на боковой поверхности шеи (так наз. боковые aberrантные струмы) являются метастазами в лимфатических узлах шеи из нераспознанной папиллярной опухоли, обычно расположенной в гомолатеральной доле щитовидной железы.

3. Название «aberrантная струма» нужно сохранить только для тех опухолей, которые расположены медиально по ходу *ductus thyreoglossus* (как например «язычный зоб»), но не для опухолей боковой поверхности шеи. Последних нужно именовать боковыми регионарными метастазами скрытой опухоли щитовидной железы.

4. Особенности клинического течения так наз. боковых aberrантных струм и их разнообразное морфологическое строение побудили нас выдвинуть собственную клинико-морфологическую классификацию опухолей щитовидной железы, которая отражает наличие многочисленных пограничных и переходных (промежуточных) форм новообразований щитовидной железы, а также наличие метастазов, выявленных в течение заболевания.

5. Клинико-морфологический анализ 56 так наз. боковых aberrантных струм, наблюдавшихся в Ин-те онкологии АМН СССР за 1926—1962 гг., показал, что у 36 больных опухоли являлись метастазами папиллярной струмы, у 13 — метастазами папиллярного рака, а у 7 — непиллярного рака щитовидной железы. Наличие первичного очага в щитовидной железе гистологически подтверждено у 41 больных, у 11 — это доказано дальнейшим наблюдением за течением заболевания и отдаленными результатами лечения, а у 4 — наличием явно метастатических изменений в удаленных лимфатических узлах боковой поверхности шеи.

6. Рациональным методом лечения так наз. боковых aberrантных струм является гемитиреоидэктомия с операцией Крайля футлярным принципом, т. е. удаление всей пораженной доли с регионарными лимфатическими узлами шеи вместе с грудинно-ключично-сосковой мышцей и внутренней яремной веной в одном блоке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер Р. И. Анатомическая и клиническая оценка операции Крайля. Диссертация канд. мед. наук. Л., 1961.
2. Вагнер Р. И. Осложнения, возникающие при операции Крайля, их предупреждение и лечение. Пробл. онкол. Гр. Ин-та онкол. АМН СССР, Л., 1962, 4, 13—26.
3. Гнатышак А. И. Рак щитовидной железы. Киев, 1962.
4. Горчаков А. К. Зоб добавочных щитовидных желез. Врачебн. дело, 1951, 2, 1005—1008.
5. Ламперт Ф. М. Злокачественные новообразования боковых aberrирующих щитовидных желез. Хирургия, 1947, 9, 17—19.
6. Литвинова Е. В., Блинова Г. А. О так называемых aberrантных струмах. Вести. хирургии, 1959, 6, 40—45.
7. Пролп Р. М. Новообразования основной и aberrирующих щитовидных желез. Хирургия, 1959, 11, 105—112.
8. Пролп Р. М. Клиника и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы. Автореферат. М., 1962.
9. Холдин С. А. Опухоли щитовидной железы. В кн.: X лет деятельности Ленинградского онкологического института. Л., 1938, 46—89.

10. Холдин С. А. Злокачественные новообразования щитовидной железы. *Соврем. пробл. онкол.*, 1955, 4, 3—13.
11. Холдин С. А., Шемякина Т. В. Злокачественные опухоли щитовидной железы. В кн.: *Злокачественные опухоли*, Л., 1962, 3, 1, 229—268.
12. Cattell R. B. Neck dissection for carcinoma of the thyroid. *Surg. Clin. N. America*, 1953, 33, 3, 897—907.
13. Frantz V. K., Forsythe R., Hanford J. M., Rogers W. M. Lateral aberrant thyroids. *Ann. Surg.*, 1942, 115, 161—183.
14. Horn R. C., Dull J. A. Carcinoma of the thyroid: a reevaluation. *Ann. Surg.*, 1954, 139, 1, 35—44.
15. King W. L., Pemberton J. J. So-called lateral aberrant thyroid tumors. *Surg., Gynecol. and Obstetr.*, 1942, 74, 5, 991—1001.
16. Lahey F. H. Lateral aberrant thyroid tissue. *Surg., Gynecol. and Obstetr.*, 1939, 69, 6, 826—828.
17. Lahey F. H., Ficarra B. J. The lateral aberrant thyroid. *Surg., Gynecol. and Obstetr.*, 1946, 82, 6, 705—711.
18. MacDonald I., Kotin P. Surgical management of papillary carcinoma of the thyroid gland — the case for total thyroidectomy. *Ann. Surg.*, 1953, 137, 2, 156—164.
19. Martin H. The case for prophylactic neck dissection. *Cancer*, 1951, 4, 1, 92—97.
20. Rossi G., Genesi M. Neoplasia papillomatosa della tiroide a manifestazione iniziale extratiroidea. *Tumori*, 1954, 40, 5, 537—545.
21. Smith R. T. Cancer of the thyroid. *Amer. J. Surg.*, 1953, 86, 6, 732—735.
22. Vitagliano G. Le metastasi laterocervicali di tumori della tiroide. *Tumori*, 1954, 40, 6, 693—700.
23. Warren S., Feldmann J. and D. The nature of lateral "aberrant" thyroid tumors. *Surg., Gynecol. and Obstetr.*, 1949, 1, 31—45.
24. Wildenberg V. Contribution a l'étude des thyroïdes aberrantes latérales. *Ann. otolaryngol.*, 1934, 10, 949—966.

Эстонский институт экспериментальной
и клинической медицины
Академии медицинских наук СССР

Поступила в редакцию
29. XI 1963

KLIINILIS-MORFOLOOGILINE HINNANG nn. LATERAALSETELE ABERRANTSETELE STRUUMADELE JA NENDE VAHEKORD KILPNÄARME PAPILLAARSETE KASVAJATEGA

H. Tiivel

Resüme

NSVL Meditsiiniteaduste Akadeemia Onkologia Instituudis 36 aasta jooksul (1926—1962) kogutud materjalide põhjal leidis kilpnäärme pahaloomuliste kasvajate hulgas 8% nn. lateraalseid aberrantseid struumasid. Käesolevas töös analüüsitud 56-st nn. lateraalse aberrantse struumajuhtumist osutusid 36 papillaarse struumajuhtumise metastaasiks, 13 papillaarse vähi metastaasiks ja 7 teiste kilpnäärme pahaloomuliste kasvajate metastaasiks kaela külgmistes kolmnurkades asetsevatesse lümfisõlmedesse. Kasvaja metastaatilise iseloomu tõestati 41 juhul esmaskolde avastamisega ühes kilpnäärme sagaratest, 11 juhul haiguskuulu ja kaugtagajärgede jälgimise teel ja 4 juhul selgete metastaatiliste muutuste leidumisega lümfisõlmedes, mis operatsioonil eemaldati kaela külgmistest kolmnurkadest. Samuti selgus, et nn. lateraalsed aberrantseid struumasid paiknesid täielikult kaela lümfisõlmede normaalses anatoomilises asukohas. Töös esitatakse uus kilpnäärme kasvajate kliinilis-morfoloogiline klassifikatsioon, mille järgi metastaatilised papillaarsed struumad kuuluvad kilpnäärme pahaloomuliste kasvajate hulka. Autor peab nn. lateraalsete aberrantsete struumade ravi ratsionaalseks meetodiks hemitüreoidektomiaat koos lümfisõlmede eemaldamisega Crile'i järgi (ühes blokis, anatoomiliste fastsiaalsete tuppede ulatuses).

NSV Lõidu Meditsiiniteaduste Akadeemia
Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Saabus toimetusse
29. XI 1963

THE CLINICAL-MORPHOLOGICAL EVALUATION OF THE SO-CALLED LATERAL ABBERRANT STRUMAE AND THEIR RELATION TO PAPILLARY TUMOURS OF THE THYROID

H. Tiivel

Summary

Of 56 analysed cases of the so-called "lateral aberrant struma" 36 were metastases of papillary struma, 13 metastases of papillary cancer and 7 cases — metastases of other malignant tumours of the thyroid in cervical lymph nodes. The metastatic character of the tumours was confirmed: 1) in 41 cases by detecting the primary focus, histologically identical with the lateral masses, in one of the lobes of the thyroid, 2) in 11 cases by following up the course of the disease as well as the outcome of treatment, and 3) in 4 cases by clear histologic metastatic changes in lymph nodes excised from the lateral triangles of the neck. It also appeared that the localisation of the so-called "lateral aberrant struma" completely coincided with the normal anatomic site of the cervical lymph nodes. The author presents a new clinical-morphological classification of thyroid tumours. He is of opinion that the so-called "lateral aberrant strumae" are metastases of tumours of the thyroid and their most effective treatment is hemithyroidectomy combined with ablation of lymph nodes in one block after Crile within anatomic fascial cases.

Academy of Medical Sciences of the U. S. S. R.,
Estonian Institute of Experimental and Clinical Medicine

Received
Nov. 29th, 1963