

VI.

*Изъ гинекологическаго отдѣленія проф. Д. О. Отта въ
клиническомъ институтѣ В. К. Елены Павловны.*

КЪ ПАТОЛОГИИ ВЛАГАЛИЩНЫХЪ КИСТЪ.

Женщины—врача К. П. Улезко-Строгоновой.

Еще не такъ давно кисты влагалища считались рѣдкой патологической находкой въ гинекологіи. Такъ напр., проф. *Горвица* въ своемъ руководствѣ за 78 г. говоритъ, что онѣ встрѣчаются крайне рѣдко, а д-ръ *Чудовскій*, описывая случай влагалищной кисты изъ клиники *Горвица* („Мед. Вѣстн.“ 78 г.), находитъ всего три подобныхъ случая въ русской литературѣ (*Горвица*, *Ястребова* и *Тарновскаго*). Съ тѣхъ поръ она мало обогатилась сообщеніями по этому вопросу, если, судить по тѣмъ медицинскимъ источникамъ, которые были просмотрѣны мною: „Врачъ“, „Медицинское обозрѣніе“ и „Русская Медицина“ за все время ихъ существованія. Къ тому же случаи, описанные русскими авторами, или вовсе не были изслѣдованы въ гистологическомъ отношеніи, или, если послѣднее и сдѣлано, то объясненіе представленныхъ микроскопическихъ картинъ не всегда кажется основательнымъ и соотвѣтствующимъ выводамъ. А между тѣмъ гистологическое строеніе составляетъ главный критерій для объясненія этиологіи этого новообразованія, которая до сихъ поръ еще не представляется вполне установленной, можетъ быть, именно благодаря недостаточности микроскопическихъ описаній.

Поэтому я считаю не безынтереснымъ сообщить многоуважаемому Обществу 3 случая влагалищныхъ кистъ, которые мнѣ пришлось видѣть въ Клиническомъ Институтѣ Вел. Кн. Елены Павловны въ отдѣленіи проф. *Отта*. Двѣ изъ нихъ были діагносцированы при поступленіи больныхъ въ Клинической

Институтъ, гдѣ и были наблюдаемы клинически, а 3-я была найдена случайно, благодаря своей крайне небольшой величинѣ во время пластической операціи *colporrhineorrhaphia*. Всѣ три случая были изслѣдованы мною довольно тщательно въ гистологическомъ отношеніи. Демонстрируя микроскопическія картины данныхъ кистъ, я попытаюсь установить этиологію каждаго случая, основываясь главнымъ образомъ на его тончайшемъ строеніи.

Случай 1-й. Больная С., какъ видно изъ клиническаго листа, 52-хъ лѣтъ, рожавшая одинъ разъ на 22 году. Послѣ родовъ болѣла, поднявъ тяжелую кадку. 40 лѣтъ страдала болями въ животѣ и кровянистыми бѣлками. Лѣтъ 7 тому назадъ изъ половой щели стало выходить какое-то тѣло и ей сдѣлана была операція (*colporrhaphia anterior*) въ одномъ изъ здѣшнихъ специальныхъ учрежденій. Но пластическая операція не устранила этого выпячиванія, которое стало беспокоить ее, особенно послѣдніе 6 мѣсяцевъ.

При осмотрѣ влагалища на передней стѣнкѣ, его приблизительно въ разстояніи 2-хъ сант. отъ *orificium urethrae*, видна опухоль, выдающаяся изъ половой щели особенно при надуваніи больной, и которая на 1-й взглядъ симулировала выпячиваніе передней стѣнки влагалища, осложненное *cystocele*. При болѣе тщательномъ изслѣдованіи опредѣляется новообразование овальной формы, съ рѣзко очерченными границами, величиною съ голубиное яйцо, длиннымъ діаметромъ лежащее вдоль влагалища; это новообразование на ощупь эластическое, съ ясной флюктуаціей. Диагностирована киста передней стѣнки влагалища. Остальныя части полового аппарата нормальны. Послѣ продольнаго послойнаго разрѣза слизистой оболочки обнажилась стѣнка кисты, которую можно было отдѣлить тупымъ способомъ на большей части ея поверхности. Такимъ образомъ киста была экстирпирована цѣликомъ. При вскрытіи стѣнка кисты оказалась толщиною мѣстами въ 1 мм., мѣстами въ 2 мм. Внутренняя поверхность стѣнки кисты вся усѣяна мелкими складками (морщиниста). Содержимое представляетъ эмульсивную жидкость, микроскопическое изслѣдованіе которой показало, что она состоитъ главнымъ образомъ изъ крупныхъ въ различной степени измѣненныхъ кѣтокъ плоскаго эпителія и кристалловъ холестерина. Стѣнка кисты уплотнялась въ спирту; разрѣзы окрашивались частью пикро-, частью литіо-карминомъ. Гистоло-

гическое строение стѣнки оказалось вполне аналогичнымъ стѣнкѣ влагалища. Начиная съ периферіи различается мышечный слой, представляющій продольно и поперечно перерѣзанные пучки, далѣе слой соединительной ткани, весьма богатой упругими волокнами и кровеносными сосудами. Соединительная ткань образуетъ сосочки, покрытые прекрасно выраженнымъ плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ. Особенно широко самый поверхностный слой повидимому отживающихъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Просмотрѣвъ рядъ препаратовъ, можно отчетливо видѣть, какъ эти клѣтки постепенно измѣняются, сморщиваются и слущиваются, образуя ту эмульсивную жидкость, которая составляетъ содержимое кисты.

Случай 2-й. Больная П., 23-хъ лѣтъ, рожавшая два раза. Вторые роды были очень быстры. Какъ видно изъ анамнеза, со времени послѣднихъ родовъ, больная замѣтила опухоль, выходящую изъ половой щели; при кашлѣ и натуживаніи опухоль увеличивается. При изслѣдованіи на передней стѣнкѣ влагалища опредѣляется кистовидная опухоль величиною съ куриное яйцо, расположенная по длиннику влагалища. Остальныя части полового аппарата представляются нормальными. По разсѣченіи слизистой оболочки влагалища киста была отдѣлена тупымъ способомъ на нѣкоторомъ пространствѣ; затѣмъ капсула ея лопнула. Вылившееся при этомъ содержимое представляло серозную жидкость, заключавшую подъ микроскопомъ значительное количество безцвѣтныхъ шариковъ. Внутренняя стѣнка кисты на большей части своего протяженія представляетъ совершенно гладкую поверхность, которая въ 2—3 мѣстахъ на небольшомъ пространствѣ дѣлается мелко-складчатой, какъ бы сморщенной. Толщина стѣнки 1—2 мм. Капсула уплотнялась въ спирту. Подъ микроскопомъ наружная периферія (капсулы) ея состоитъ изъ мышечныхъ слоевъ, расположенныхъ продольно и поперечно; затѣмъ слѣдуетъ слой соединительной ткани, богатой упругими волокнами и сосудами, хотя послѣднихъ меньше, чѣмъ въ 1-мъ случаѣ. Соединительная ткань образуетъ ясно выраженные сосочки, но сосочки совершенно обнаженные, безъ какого либо эпителиального покрова. Желая убѣдиться въ томъ, дѣйствительно ли здѣсь не было эпителия, или онъ былъ, но исчезъ случайно, не попадая въ срѣзы или отдѣляясь отъ сосочковъ при неоднократномъ перенесеніи срѣзовъ изъ одной жидкости въ другую, я вырѣзывала кусочки въ различныхъ

мѣстахъ капсулы и заключала ихъ въ целлюлоидинъ, съ цѣлью по возможности сохранить элементы покрова, если таковой былъ. На разрѣзахъ послѣ такой обработки, какъ это видно на представленныхъ препаратахъ, оказался покровъ изъ цилиндрическаго эпителія, который впрочемъ изрѣдка только сохранился на поверхностяхъ сосочковъ; большею же частью онъ хорошо выступаетъ въ бухтообразныхъ углубленіяхъ между сосочками. Эти бухтообразныя углубленія даютъ мѣстами отъ одного до 2-хъ и болѣе мѣшеччатыхъ впячиваній, также высланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, напоминая собою картину трубчатыхъ железъ. Такая картина получалась въ сморщенныхъ частяхъ капсулы; чѣмъ дальше отъ нихъ взята стѣнка кисты, тѣмъ менѣе глубоки вышеупомянутыя бухты, тѣмъ менѣе сохраненъ эпителий, тѣмъ шире поверхности сосочковъ; мѣстами углубленія, отдѣляющія одинъ сосочекъ отъ другого вовсе пропадаютъ и тогда соединительно-тканый слой представляется ровнымъ безъ образованія сосочковъ. Эпителий, который встрѣчался на стѣнкѣ описываемой кисты, не вездѣ одинаковъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ онъ выше, въ другихъ ниже — напоминаетъ кубовидный; мѣстами въ немъ сохранились довольно ясныя намеки на рѣснички. Такимъ образомъ можно принять, что первоначальный покровъ разсматриваемой кисты—однослойный цилиндрическій эпителий, который во многихъ мѣстахъ стѣнки отслоился, вѣроятно, вслѣдствіе неизбѣжныхъ манипуляцій при обработкѣ препаратовъ.

Случай 3-й. Больная Р., 45 лѣтъ, рожавшая 10 разъ. Поступила въ Гинекологическое Отдѣленіе съ *prolapsus vaginae*. Сдѣланы были *colporrhaphia anterior* и *colporrhaphia posterior*. При отсепаровываніи задней стѣнки влагалища подъ слизистымъ слоемъ между *vagina* и *rectum* оказалась небольшая киста, величиною съ кедровый орѣхъ, которая тутъ же была экстирпирована цѣликомъ. Уплотнялась въ спирту. Разрѣзы дѣлались черезъ всю кисту съ ея содержимымъ, благодаря ея небольшому размѣру. Микроскопически содержимое представляется плотной стекловидной массой, легко рѣзавшейся бритвой и сильно разбухавшей въ водѣ. Въ этой гомогенной массѣ подъ микроскопомъ замѣтна легкая зернистость, значительное количество безцвѣтныхъ шариковъ и цѣлыя пласты, по видимому, отслоившагося эпителія, покрывающаго стѣнку кисты. Разрѣзы окрашивались литіокарминомъ. Периферія

капсулы мѣстами состоятъ изъ продольно и поперечно-перерѣзанныхъ мышечныхъ пучковъ. Затѣмъ слѣдуетъ слой соединительной ткани, богатой упругими волокнами и идущей въ стѣнкѣ кисты циркулярно, безъ образованія сосочковъ. На такой соединительно-тканной основѣ находится покровъ изъ однослойнаго кубовиднаго эпителия. На этомъ оканчиваю описаніе своихъ случаевъ и перехожу къ оцѣнкѣ ихъ.

Прежде чѣмъ опредѣлить этиологию каждаго изъ описанныхъ нами случаевъ влагалищныхъ кистъ, припомнимъ существующія въ иностранной литературѣ (представляющей значительный и интересный матеріалъ по этому вопросу) гипотезы относительно ихъ происхожденія.

1) Кисты, имѣющія на своей внутренней поверхности эндотелиальную обкладку, рассматриваются, какъ расширенныя лимфатическія пространства или расширенныя лимфатическіе сосуды (*Klebs*). Другіе авторы, какъ напр. *Eustasche*, отрицающій присутствіе железы во влагалищѣ, рассматриваетъ всѣ влагалищныя кисты, какъ гигромы аномальныхъ сумокъ. Но мнѣніе это, справедливое для одной категоріи кистъ, высланныхъ эндотелиемъ, не выдерживаетъ критики по отношенію другихъ влагалищныхъ кистъ съ покровомъ изъ истиннаго эпителия.

Второе предположеніе, что источникомъ для развитія кистъ могутъ служить железы, изрѣдка встрѣчаемая въ слонстой оболочкѣ влагалища. Разнорѣчіе относительно существованія послѣднихъ обуславливается очевидно рѣдкостью ихъ находенія. *Preuschen*'у (*Virchow's Archiv Bd. 70*) удалось доказать ихъ присутствіе; онъ описываетъ ихъ, какъ трубчатыя образованія, высланныя на внутренней поверхности цилиндрическимъ эпителиемъ, который въ протокахъ этихъ железъ переходитъ въ плоскій. Въ глубинѣ железъ эпителий цилиндрической мерцательный. Признавая существованіе железъ въ слизистой оболочкѣ влагалища за установленный фактъ, можно рассматривать нѣкоторыя влагалищныя кисты, какъ ретенціонныя образованія, происшедшія изъ железъ черезъ закупорку ихъ выводного протока.

3) Для кистъ, стѣнка которыхъ представляетъ болѣе сложное строеніе, чѣмъ простыя влагалищныя железы, существуетъ весьма интересная гипотеза о происхожденіи ихъ изъ остатковъ *Wolf*'ова и *Müller*'овыхъ каналовъ. Мысль *Virchow*'а о происхожденіи такихъ кистъ изъ остатковъ *Wolf*'ова тѣла,

впервые подробнѣе развита *Veit*'омъ (*Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäcologie* Bd. VIII). Новѣйшія наблюденія показали, что остатки *Wolf*'овыхъ каналовъ, называемыхъ у взрослыхъ *Gärtner*'овыми, могутъ повидимому сохраняться и у женщинъ. У зародышей женскаго пола *Wolf*'овы каналы лежатъ въ широкихъ маточныхъ связкахъ и на боковыхъ поверхностяхъ матки (*Перемежко*). ¹⁾ Впослѣдствіе они исчезаютъ, а у взрослыхъ остается только нижняя часть ихъ въ видѣ очень тонкихъ каналцевъ, лежащихъ въ существѣ маточной шейки. *Veit* объясняетъ происхожденіе нѣкоторыхъ кистъ растяженіемъ такихъ каналовъ. Но такой источникъ происхожденія принимается лишь для немногихъ кистъ, именно для тѣхъ, которыя соотвѣтствуютъ по своему положенію (направленію) ходу *Gärtner*'овыхъ каналовъ. Большая же часть глубокихъ влагалищныхъ кистъ развиваются повидимому изъ остатковъ *Müller*'овыхъ каналовъ, изъ которыхъ образуются матка и влагалище. Какъ извѣстно — это парныя образованія, которыя, сливаясь въ своихъ верхнихъ отдѣлахъ, даютъ матку; нижніе же отрѣзки ихъ, сливаясь образуютъ влагалище. При развитіи послѣдняго одинъ изъ *Müller*'овыхъ каналовъ или часть его можетъ остаться въ рудиментарномъ состояніи и дать поводъ къ образованію кистъ; въ такомъ случаѣ эпителиальный покровъ, находимый на стѣнкѣ кисты, можетъ представлять всѣ переходныя стадіи отъ простаго цилиндрическаго къ плоскому многослойному, смотря по тому, на какой стадіи остановилось развитіе *Müller*'ова канала.

4) Наконецъ, существуетъ еще одно предположеніе, что кисты могутъ происходить черезъ простыя впячиванія слизистой оболочки влагалища. Наиболѣе благоприятныя условія для развитія такихъ кистъ находятся въ области болѣе глубокихъ складокъ слизистой оболочки влагалища, по сторонамъ *columnae rugarum posterioris*.

Попытаемся теперь опредѣлить происхожденіе каждой изъ описанныхъ нами кистъ. Припомнимъ, что стѣнка 1-й кисты по своему строенію вполне аналогична стѣнкѣ влагалища. Такая киста можетъ развиваться только изъ *Müller*'ова канала или изъ простаго впячиванія слизистой оболочки влагалища. О железахъ, какъ источникѣ происхожденія данной кисты,

¹⁾ Основанія къ изученію микроскоп. анатоміи человѣка и животнаго. *Лавдовскаго и Овсянникова*.

не можетъ быть и рѣчи, ибо если выводные протоки ихъ и выстланы плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ (*Preuschen*), зато вполне развитые сосочки и мышечный слой, слѣдующій за сосочками, исключаютъ возможность такого происхожденія; притомъ же, трудно вообще допустить двухстороннюю закупорку выводнаго протока, такъ какъ только при этомъ условіи могла бы получиться киста изъ железы съ однимъ плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ. Впячиваніе также едва ли можетъ имѣть здѣсь мѣсто, ибо кисты, развивающіяся черезъ впячиваніе слизистой оболочки влагалища, встрѣчаются большею частью въ области *columnae rugarum posterioris*, гдѣ имѣются физиологически болѣе глубокія складки слизистой оболочки. Кромѣ того, трудно предположить, чтобы произошло такое глубокое и совершенное обособленіе при простомъ впячиваніи. Такимъ образомъ наиболѣе вѣроятный источникъ происхожденія данной кисты долженъ быть одинъ изъ *Müller'*овыхъ каналовъ или часть его; такая киста можетъ быть разсматриваема, какъ рудиментъ влагалища.

Вторая киста, судя по ея гистологическому строенію, могла произойти или изъ железы черезъ закупорку выводнаго протока послѣдней, или какъ порокъ развитія изъ остатковъ *Müller'*ова канала. За *Müller'*овъ каналъ имѣется цилиндрическій эпителий и сосочковой слой. Но здѣсь больше данныхъ въ пользу происхожденія кисты изъ железы. Цилиндрическій эпителий, покрывающій стѣнку кисты, мѣстами кажется мерцательнымъ, какъ и въ железахъ (*Preuschen*) Бухтообразныя углубленія, дающія иногда 2 и болѣе мѣшечтатыхъ впячиваній въ видѣ отростковъ, чрезвычайно говорятъ въ пользу происхожденія нашей кисты изъ железы: эти (втягиванія) углубленія можно разсматривать, какъ сохранившіяся части настоящей железы, еще не подвергшіяся измѣненіямъ подъ вліяніемъ общаго внутриполостнаго давленія. Принимая во вниманіе такія впячиванія, не трудно понять и объяснить присутствіе сосочковаго слоя въ стѣнкѣ, не свойственнаго железамъ и на 1-й взглядъ противорѣчащаго нашему предположенію о развитіи этой кисты изъ желѣзы. По мѣрѣ увеличенія давленія внутри железы подъ вліяніемъ накапливающаго секрета при закупоркѣ ея, должно произойти выравниваніе существующихъ въ желѣзѣ побочныхъ выпячиваній. При этомъ надо признать, что стѣнка кисты растягивается неравномѣрно подъ имѣющимся въ ней давленіемъ, въ зависимости, вѣроятно, отъ различной резистентности окружающихъ ее тканей. Гдѣ

сопротивленія меньше, тамъ стѣнка больше растягивается вслѣдствіе чего боковыя впячиванія железы становятся менѣ глубокими и границы между ними превращаются въ болѣе или менѣ высокіе сосочки, что зависитъ отъ глубины остающихся между ними впячиваній. Мѣстами вліяніе давленія такъ значительно, что ведетъ къ полному сглаживанію стѣнки и исчезновенію сосочковъ. Такое объясненіе макро и микроскопическихъ картинъ кажется наиболѣе вѣроятнымъ. Отсутствіе выводного протока еще не исключаетъ железы, ибо помимо того, что онъ могъ не попасть въ срѣзы,—онъ можетъ также совершенно облитерироваться и исчезнуть безслѣдно. Такимъ образомъ мы имѣемъ больше данныхъ въ пользу происхожденія этой кисты изъ железы, чѣмъ изъ *Müller*'ова канала.

Послѣдняя киста по своему положенію соотвѣтствуетъ гигромѣ, которая описывается нѣкоторыми авторами (*Breisky*) въ клѣтчаткѣ между *vagina* и *rectum*. Но покровъ ея изъ однослойнаго короткоцилиндрическаго эпителія говоритъ противъ подобнаго предположенія. По своему гистологическому строенію она вполне аналогична железнѣ и съ большей вѣроятностью представляетъ собою ретенціонное образованіе, происшедшее благодаря закупоркѣ выводнаго протока железы, хотя въ нижней $\frac{1}{3}$ влагалища железы встрѣчались еще рѣже, чѣмъ въ верхнихъ $\frac{2}{3}$.

Въ заключеніе не могу не выразить желаніе, чтобы послѣдующія сообщенія о влагалищныхъ кистахъ не ограничивались бы только діагнозомъ и клиническимъ теченіемъ ихъ, но сопровождалась бы по возможности и объективнымъ описаніемъ ихъ тончайшаго строенія. Только на основаніи такихъ данныхъ возможно рѣшить вопросъ о происхожденіи ихъ изъ того или другого источника, что, какъ я уже упоминала выше, до сихъ поръ еще является не достаточно установленнымъ. При этомъ желательно было бы также по возможности и описаніе методовъ приготовления микроскопическихъ препаратовъ, ибо, какъ видно изъ описаній 2-го случая кисты—только повторные и видоизменяемые способы обработки препаратовъ даютъ возможность уснѣшить истинное строеніе образованія.