

ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ОКТАБРЬ 1894, № 10.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

(ИЗЪ КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ ПРОФ. К. Ф. СЛАВЯНСКАГО).

Юзь этиологіи кистъ малыхъ губъ vulvae.

А. Ф. Брандта.

Насколько часты въ литературѣ описанія кистовидныхъ образованій, развивающихся въ области большихъ губъ, настолько ограничено число случаевъ этихъ образованій, встрѣчающихся на малыхъ губахъ.

Большинство руководствъ по гинекологіи умалчиваютъ о кистахъ малыхъ губъ, напр., *Hildebrandt* (Руков. къ женск. болѢзнямъ, VIII отд., 1878, стр. 58) считаетъ мѣстомъ развитія кистъ почти безъ исключенія большія губы; *Zweifel* (Handb. d. Frauenkrankh., v. *Billroth* u. *Lücke*, Bd. III, 1886, pag. 249—250) упоминаетъ, что, кромѣ встрѣчающихся кистъ Бартолиновыхъ железъ, въ области vulvae бываютъ еще кисты трудно объяснимаго происхожденія; у *Sinety* (Traité pratique de gynécologie et des malad. d. femmes, 1884, pag. 115—116) читаемъ лишь одно, что если кисты развиваются на малыхъ губахъ, то тогда онѣ имѣютъ наклонность развиваться по на-

правленію къ влагалищу, при чемъ *Sinety* не разбираетъ виды кисть и ихъ этиологію, и т. д.; да и въ спеціальныхъ гинекологическихъ журналахъ описанія отдѣльныхъ случаевъ падаются лишь изрѣдка.

Klob (Patholog. Anat. d. weibl. Sexualorgane, 1864, pag. 164), описывая кисты, встрѣчающіяся въ области vulvae, прямо заявляетъ: «Ueber die Art der Entstehung dieser Cysten ist nichts bekannt etc.» и со временъ *Klob*'а ничего новаго не прибавилось по вопросу объ этиологіи подобныхъ кисть.

Далѣе, *Klob* говоритъ, что различной величины кисты большихъ и малыхъ губъ, растущія въ различныхъ направленіяхъ, большею же частью кнаружи, представляются въ видѣ свисающихъ опухолей. Если же исходною точкою кисть являются малыя губы, то ростъ этихъ кисть можетъ быть и по направленію къ тазу. Содержимое кисть представлялось или серознымъ, или слизистымъ, коллоиднымъ, желтоватаго или же шоколадно-бураго, даже чернаго цвѣта. Плотныя стѣнки кисть съ внутренней стороны были гладкія, выложенныя плоскимъ эпителиемъ; по направленію же кнаружи были настолько срощены съ клѣтчаткой губъ, что при вылущеніи представили бы не малыя затрудненія.

Развитіе этихъ кисть *Klob* ставитъ въ зависимость отъ инкапсулированія экстравазата въ толщѣ губъ.

Очевидно это объясненіе *Klob*'а нѣсколько натянуто, ибо нельзя объяснить способъ появленія плоскаго эпителия на внутренней поверхности кисть при инкапсулированіи эксудата въ толщѣ губы, когда извѣстно, что инкапсуляція происходитъ лишь при помощи соединительной ткани, образующей какъ бы оболочку вокругъ экстравазата.

Одинъ случай, наблюдавшійся самимъ *Klob*'омъ, гдѣ кисты, не превышая величины горошины, располагались одна возлѣ другой, а также случай *Cederschjöld*'а—у первородящей появились на половыхъ губахъ въ большомъ количествѣ образованія въ видѣ пузырей, величиною до воложскаго орѣха, со стѣнками образованными очень толстою кожею и содержащихъ гной, на подобіе молока—и *Busch*'а (*Klob*, l. c., pag. 465), *Klob* считаетъ за эктазіи лимфатическихъ сосудовъ, происхожденія вслѣдствіе тромбовъ въ этихъ послѣднихъ.

Кромѣ того, *Klob* упоминаетъ о маленькихъ кистовидныхъ образованіяхъ не превышающихъ величины горошины и содержащихъ жирную, маркую массу. Эти кистовидныя образованія *Klob* ставитъ въ зависимость съ закупоркою выводныхъ протоковъ салныхъ железъ.

Werth (Zur Anatomie d. Cysten d. Vulva, Centralbl. f. Gynäk., 1878 pag. 513—516) опубликовалъ кисту у дѣвушки 21 года. Киста, величиною съ вишню, помѣщалась in sulco interlabiali sinistro на границѣ между верхнею и среднею третями лѣвой малой губы, и образовалась втеченіи двухъ лѣтъ вслѣдствие ушиба. *Werth*, оперировавшій эту кисту, послѣ надлежащаго микроскопическаго изслѣдованія (на внутренней гладкой поверхности расположено образованіе въ двѣ горошины величиною, состоящее изъ соединительнотканной основы, въ петляхъ которой находятся трубки, выстланныя узкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Покрывающій это образованіе цилиндрической эпителий у основанія постепенно переходитъ въ плоскій, который и выстилаетъ всю полость кисты извнутри), ставитъ происхожденіе кисты въ зависимость отъ заблудшихся скопленій цилиндрическаго-железистаго эпителия, такъ какъ въ бороздѣ между губами, по *Werth*'у, нѣтъ железъ, могущихъ дать толчокъ къ образованію ретенціонной кисты.

Сутуринъ (Краткое извлеченіе изъ медицинскаго отчета Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія за 1887 г. Журн. Акуш. и Женск. болѣз. т. II., 1888, стр. 514) упоминаетъ въ числѣ прочихъ гинекологическихъ операцій объ одномъ случаѣ вылуценія кисты малой губы. Свѣдѣній болѣе подробныхъ о характерѣ вылущенной кисты въ отчетѣ не имѣется.

Riedinger (Bericht d. mähr.-schles. Gebäranstalt., Brünn, 1888, pag. 73—74, по Frommel's Jahresbericht ü. d. Fortschr. a. d. Gebiete d. Geburtsh. u. Gynäk., II. Jahrgang, 1889, pag. 499—500) изъ 4 встрѣченныхъ имъ кистъ въ области срамныхъ губъ, въ двухъ—наблюдалъ ихъ на малыхъ губахъ. Одна киста, величиною съ апельсинъ, занимала правыя большую и малую губы. Киста съ коллоиднымъ содержимымъ была вылущена цѣбликомъ. Другая же—величиною съ куриное яйцо—помѣщалась на лѣвой малой губѣ и была удалена посредствомъ шва, наложеннаго подъ захватившимъ ножку кисты, пинце-

томъ. Изъ реферата не видно, чтобы было произведено микроскопическое изслѣдованіе и опредѣленъ характеръ этихъ образований.

Bagot (Cysten in den kleinen Schamlippen, Dublin. Journ. of med. science, 1891, Sept., по реф. въ Centralbl. f. Gynäk., № 25, 1892, pag. 485) описываетъ у дѣвушки 23 лѣтъ кисту обѣихъ малыхъ губъ и нижней части клитора, величиною съ куриное яйцо, и мѣшавшую сидѣть и ходить. Поверхность кисты гладкая, отъ нижней периферіи отходитъ вторичная киста. Киста была вылуцена. При макроскопическомъ изслѣдованіи въ стѣнкѣ главной кисты сидятъ нѣсколько меньшихъ. Ссодержимое кисты желтоватаго цвѣта, крошится, содержитъ жиръ и кристаллы холестеарина. Внутренняя оболочка стѣнки похожа на слизистую. При микроскопическомъ изслѣдованіи толща стѣнки состояла изъ соединительной ткани, выложенной какъ снаружи, такъ и внутри мостовиднымъ эпителиемъ. О родѣ кисты и объ этиологіи ея *Bagot* ничего не упоминаетъ.

Вотъ и всѣ литературныя свѣдѣнія, которыя намъ удалось собрать по интересующему насъ вопросу.

Приводимъ какъ дополненіе къ имѣющемуся числу случаевъ еще одинъ, наблюдавшійся и оперированный нами въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*.

18-го мая 1894 г., была принята жена мѣщанина Е. А.—ва, 44 лѣтъ, по занятію прачка, присланная въ клинику съ амбулаторіи Общины Св. Евгеніи д-ромъ *Садовскимъ*.

А—ва замужъ вышла на 19 году. Первая менструація на 15 году. Рожала 2 раза въ срокъ. Первые роды на 1 году замужества, послѣдніе—20 лѣтъ тому назадъ. Число живорожденныхъ 2. Въ живыхъ не осталось ни одного.

По разсказу больной, до начала половой жизни чувствовала себя вполне здоровой. Регулы приходили правильно каждыи мѣсяць 1 разъ, въ достаточномъ количествѣ, безъ всякихъ болей. Больной себя считаетъ съ 31 года, т. е. 13 лѣтъ тому назадъ, и какъ причину заболѣванія выставляетъ поднятіе тяжести. Болѣзнь начала проявляться усиленными отдѣленіями крови во время регулъ. Регулы стали продолжаться болѣе недѣли, при этомъ появились постоянное лихорадочное состояніе и боли внизу живота, почти безъ всякихъ послабленій. Въ видахъ такихъ непрерывающихся болѣзненныхъ явленій, А—ва поступила въ больницу Маріи Магдалины, гдѣ и пролежала 4 мѣсяца. Послѣ примѣннаго лѣченія, въ видѣ мушекъ и смазыванія іодной настойкой низа живота, какихъ то медикаментовъ внутрь, больная выписалась, хотя и съ улучшеннымъ состояніемъ, но все-таки съ тѣми же болѣзненными явленіями. Послѣ этого А—ва ходила по разнымъ лѣчеб-

ницамъ. Болѣзненные явленія то улучшались, то ухудшались, такъ что наконецъ бросивъ всякое лѣченіе, она поступила на мѣсто и занялась прачешнымъ ремесломъ. Занимаясь своимъ дѣломъ, шесть лѣтъ тому назадъ сразу почувствовала сильныя боли внизу живота, и одновременно появилось истеченіе гноя изъ половой щели. Гной шелъ въ обильномъ количествѣ. Никакого лѣченія А—ва не предпринимала, но одновременно съ истеченіемъ гноя, болѣзненные явленія внизу живота почти совсѣмъ исчезли и по настоящее время чувствуетъ себя удовлетворительно. Восемь лѣтъ тому назадъ на правой малой губѣ замѣтила появленіе небольшого оплотнѣнія, которое постепенно увеличивалось. Какъ появленіе опухоли, такъ и дальнѣйшій ростъ ея протекали совершенно безъ всякихъ болѣзненныхъ ощущеній и лишь, когда опухоль достигла настоящей величины, начала чувствовать неловкость при половыхъ отправленіяхъ, а также и при ходьбѣ.

При изслѣдованіи въ клиникѣ оказалось слѣдующее:

Большая средняяго роста, хорошаго питанія съ правильно развитыми скелетомъ и мускулатурою. Органы дыханія и кровообращенія ничего ненормального не представляютъ.

Половые органы: при бимануальномъ изслѣдованіи тѣло матки находится въ переднемъ сводѣ. Само тѣло матки довольно большое, плотное, безболѣзненное. Подвижность матки ограниченная.

Въ обоихъ боковыхъ сводахъ прощупываются очень плотныя опухоли, почти неподвижныя. Опухоли находятся въ соединеніи съ обоими боковыми краями матки довольно широкимъ основаніемъ. Вслѣдствіе нахожденія опухолей въ сводахъ, послѣдніе представляются нѣсколько уплощенными, вслѣдствіе же соединенія съ тѣломъ матки, подвижность послѣдней должна быть ограничена. Сами опухоли не превышаютъ величины куриного яйца, рѣзкихъ границъ не имѣютъ, а какъ бы расплываются по параметральной клѣтчаткѣ, захвативъ въ одну массу яичники и Фаллопиевы трубы.

Влагалищная часть матки довольно велика, плотна, слегка бугриста, съ зарубцевавшимися боковыми надрывами, проникающими почти до сводовъ.

Рукавъ вялъ. Половая щель зияетъ, какъ вслѣдствіе вялости наружныхъ половыхъ органовъ, такъ и вслѣдствіе неполнаго стараго зарубцевавшагося разрыва промежности 2-й степени.

На правой малой губѣ, въ верхней ея трети, по направленію къ клитору, и именно на свободномъ краю губы, имѣется опухоль, величиною съ большой грецкій орѣхъ. Такъ какъ опухоль начинается изъ края губы, то послѣдняя на разстояніи одного сантиметра составляетъ какъ бы ножку опухоли расширяющуюся сразу въ широкую часть и свисающую по направленію книзу. Стѣнки опухоли составляютъ непосредственнымъ продолженіемъ наружныхъ покрововъ малой губы. Форма опухоли совсѣмъ круглая. Наружная поверхность гладкая. На внутренней поверхности, обращенной къ *vestibulum vulvae*, имѣются нѣсколько пятенъ бѣло-сѣрватаго цвѣта, рѣзко отличающихся отъ темноватой окраски остальной части покрововъ какъ губы, такъ и самой опухоли. Консистенція опухоли тѣстоватая. При ощупываніи никакой болѣзненности А—ва не ощущаетъ.

Д-ръ *Фингеръ* былъ настолько любезенъ что сдѣлать рисунки опухоли и на рисункѣ 1-мъ видно расположение опухоли, причемъ она оттянута вправо, чтобы видѣть мѣсто отхода ножки.

На основаніи такихъ объективныхъ данныхъ, клинически характеръ опухоли могъ быть поставленъ лишь въ томъ смыслѣ, что у больной имѣется образованіе, повидимому, съ жидкимъ содержимымъ, можетъ быть коллоиднымъ, слѣдовательно, *tumor cysticus labii minoris dextri et peri-parametritis bilateralis chr.*

Такъ какъ желаніе больной было избавиться отъ опухоли, то рѣшено было удалить ее.

При обсужденіи способа операціи можно было бы поступить, въ данномъ случаѣ, двояко. Опредѣливъ кистовидный характеръ опухоли, можно было бы провести продольный разрѣзъ черезъ наружные покровы опухоли и попробовать ее вылущить цѣликомъ; но, въ такомъ случаѣ, получилась бы большая распластанная поверхность, которую закрывать пришлось бы большимъ количествомъ швовъ и при заживленіи, если бы даже ткани и сократились хорошо, получился бы въ результатѣ большой и плотный рубецъ. Затѣмъ, при такой большой обнаженной поверхности, нельзя было бы поручиться, что не произойдетъ инфекціи. По этому, принявъ все это во вниманіе, рѣшено было удалить опухоль *in toto*.

Послѣ надлежащаго приготовленія (клизма, ванна, промывка рукава слабымъ растворомъ сулемы) 20 мая больная была положена на операціонномъ столѣ въ положеніи, какъ при камнеисъченіи. Наружные половые органы тщательно вымыты мыломъ, рукавъ промытъ еще разъ растворомъ сулемы. Послѣ этихъ манипуляцій, опухоль была захвачена по бокамъ двумя тупыми пинцетами и приподнята вверхъ, такъ что ножка обозначилась совершенно рельефно. Затѣмъ, вокругъ всего основанія проведены два сходящіяся полулунные разрѣза, проникающіе въ толщу малой губы, такъ что образовался какъ бы клинь. Этими двумя разрѣзами было достигнуто полное удаленіе опухоли съ ея основаніемъ. Оставшаяся раневая поверхность оказалась больше чѣмъ предполагалась вслѣдствіе расхожденія краевъ раны. Тотчасъ послѣ удаленія опухоли, показалось довольно сильное кровотеченіе, которое остановилось лишь послѣ наложенія швовъ. Швы накладывались катгуттовые и всѣхъ швовъ наложено пять (3 глубокихъ и 2 поверхностныхъ). Послѣ зашитія раны оказалось, что при такомъ веденіи разрѣзовъ, края раны сблизились совершенно. Затѣмъ спитая рава была засыпана іодоформомъ и въ *vestibulum vulvae* заложень іодоформированный тампонъ. Операція велась все время подъ орошеніемъ операціоннаго поля слабымъ растворомъ сулемы и никакого наркоза примѣнено не было.

Послѣопераціонное теченіе было слѣдующее: на другой же день послѣ операціи, у больной пришли крови въ довольно обильномъ количествѣ.

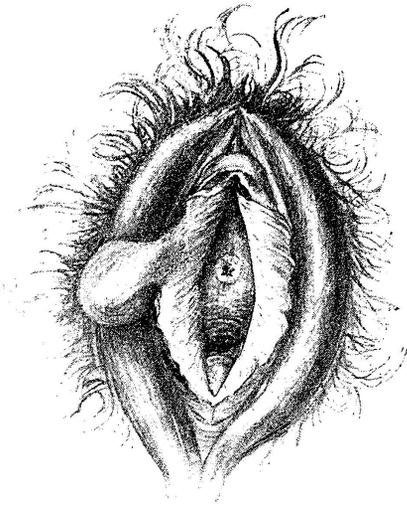


Рис. I.

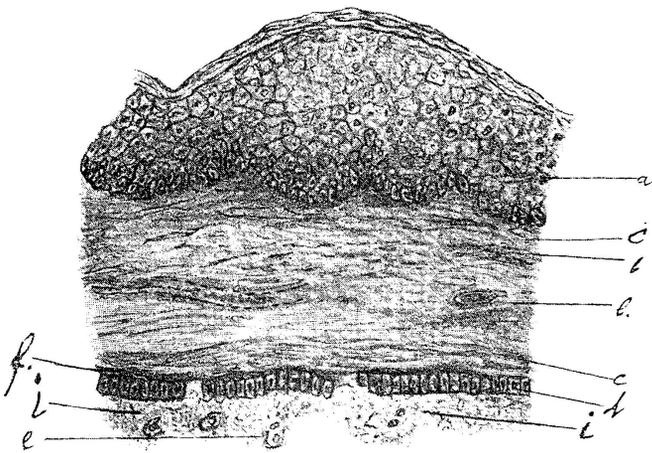


Рис. II.

Иодоформированный тампонъ выпалъ. Такъ какъ вся цѣль операціи была, чтобы рана зажила первичнымъ натяженіемъ, то все время, пока продолжались крови (отъ 21—28 мая), больная находилась въ полномъ покоѣ и влагалище ежедневно промывалось слабымъ растворомъ сулемы, рана загудривалась порошкомъ иодоформа и вставлялся новый иодоформированный тампонъ. Въ результатъ такого лѣченія получилое полное сращеніе первичнымъ натяженіемъ къ 29 мая и лишь сросшіеся края были еще нѣсколько утолщены и покраснѣвши. Съ 30 мая больная начала вставать, ходить совершенно свободно, такъ что изслѣдованіе губы въ день выписки А—вой 9 іюня, т. е. на 20 день послѣ операціи, показало совершенно нормальный видъ губы, и лишь тонкій, рубчатый рубчикъ на краю ея, въ верхней трети, указывалъ на присутствіе когда то указанной уже выше опухоли.

При описаніи макроскопическаго вида опухоли, мы ограничимся лишь описаніемъ внутренности опухоли, такъ какъ наружный видъ ея достаточно описанъ при клиническомъ изслѣдованіи наружныхъ половыхъ органовъ А—вой.

По вскрытіи препарата оказалось, что онъ состоитъ изъ плотной, довольно толстой стѣнки, около 3 линій толщины и содержащаго двоякаго рода. Тотчасъ же по вскрытіи опухоли изъ разрѣза вытекло небольшое количество совершенно прозрачной жидкости, въ полости же осталась бѣлая, маркая масса, облѣплявшая всю внутреннюю поверхность стѣнки кисты толстымъ слоемъ, доходящимъ по мѣстамъ до 4 линій. Этотъ маркій слой отдѣлялся сравнительно легко небольшими пластами. Послѣ удаленія этого слоя, открылась внутренняя оболочка совершенно гладкая, блестящая. При внимательномъ разсматриваніи поверхности разрѣза стѣнки и простымъ глазомъ замѣтны двѣ части: наружная—толстая, принадлежащая наружнымъ покровамъ губы и внутренняя—блестящая, очень тонкая, находящаяся въ связи съ первой. При осторожномъ потягиваніи пинцетомъ за внутреннюю оболочку, видно какъ она, хотя и съ трудомъ, отдѣляется отъ наружной, оставляя отдѣльные обрывки тонкихъ, бѣлаго цвѣта, волоконъ—остатки связывающаго аппарата между двумя оболочками. Слѣдовательно, стѣнка кисты состоитъ изъ наружнаго и внутренняго слоевъ, находящихся въ соединеніи между собою, и самаго внутренняго, маркаго слоя, прилегающаго только къ внутренней поверхности.

Вся эта опухоль была положена цѣликомъ на сутки въ крѣпкій растворъ сулемы для лучшей фиксаціи нѣжныхъ элементовъ, могущихъ покрывать внутреннюю поверхность блестящей оболочки. Черезъ сутки весь препаратъ былъ основательно вымытъ въ водѣ для удаленія сулемы, затѣмъ разрѣзанъ на шесть частей, которыя и были погружены на 3 сутокъ въ 70°, а затѣмъ на 5 сутокъ въ абсолютный спиртъ. Послѣ этого срока кусочки были настолько плотны, что могли быть опущены въ уплотняющую среду для приготовленія микроскопическихъ срѣзовъ. Къ сожалѣнію, эта часть микроскопической техники нами не могла быть выполнена, по случаю общаго ремонта клиники. Поэтому д-ръ Садовскій, занимавшійся какъ разъ въ Институтѣ Экспериментальной Медицины, взялъ на себя трудъ закончить эту часть техники. Заливка оплотнѣвшихъ кусковъ производилась въ восковую массу проф. Ускова,

а нарѣзанные препараты были окрашены сперва квасцевымъ карминомъ и затѣмъ въ дополнительные цвѣта слабымъ воднымъ растворомъ Victoria-blue. Препараты мы получили закрѣпленные въ канадскомъ бальзамѣ и вполне готовые для микроскопическаго изслѣдованія.

Микроскопическое изслѣдованіе. (Рис. 2-й). Всѣ три, упомянутые уже при макроскопическомъ изслѣдованіи, слоя кистовидной опухоли совершенно ясно опредѣляются также подъ микроскопомъ. Разсматривая препараты при окул. 5 системѣ 3 Verick'a и иля снаружи внутрь, видимъ слѣдующее: слой многослойнаго поверхностнаго эпителія съ рѣзко окрашенными въ фіолетовый цвѣтъ ядрами (а). Этотъ эпителиальный слой задается въ видѣ папиллы, рѣзко ограниченныхъ, въ подлежащую соединительную ткань. Эта соединительная ткань состоитъ изъ 2 частей: двухъ крайнихъ (с с), состоящихъ изъ волоконъ плотно прилегающихъ другъ къ другу съ незначительнымъ количествомъ веретенообразныхъ клѣтокъ и одной промежуточной (b b), состоящей изъ рыхлой соединительной ткани, пучки которой, переплетаясь между собою, образуютъ различной величины промежутки. Весь этотъ соединительно-тканый слой окрашенъ въ свѣтло-зеленый цвѣтъ. Къ этому соединительно-тканому слою непосредственно прилежитъ съ внутренней стороны полости слой клѣтокъ цилиндрическаго эпителія, расположенныхъ въ одинъ рядъ (d). Клѣтки эти должны быть отнесены къ типу узкоцилиндрическому. Каждая клѣтка состоитъ изъ нѣжной протоплазмы, окрашенной въ розово-желтый цвѣтъ и ядеръ, при основаніи клѣтокъ, окрасившихся въ рѣзко фіолетовый цвѣтъ. Въ нѣкоторыхъ ядрахъ замѣтно ясное дѣленіе ихъ—каріокинезъ—причемъ фигуры получаются то лучистыя, то клубковидныя. Цилиндрическій эпителий, выстилающій внутреннюю поверхность кисты, по мѣстамъ отсталъ въ видѣ узкой ленты, и тогда дѣлается замѣтною плотная соединительная ткань, служащая основой для цилиндрическаго эпителія и отдѣляющаяся отъ послѣдняго очень тонкою, прозрачною, безструктурною полоскою (f). Что касается до бѣлой маркой массы, облѣпляющей внутреннюю поверхность кисты, то она состоитъ почти изъ совсѣмъ безструктурной массы, невоспринимающей окраски (i i). Кое гдѣ въ этой массѣ встрѣчаются какъ бы слѣды эпителиальныхъ клѣтокъ, но нѣсколько большихъ, чѣмъ описанныя клѣтки цилиндрическаго эпителія. Кромѣ того, разрушенныя эпителиальныя клѣтки въ безструктурной массѣ отличаются также и по формѣ отъ описанныхъ клѣтокъ. Онѣ даютъ впечатлѣніе остатковъ какъ бы отъ многоугольныхъ или плоскихъ клѣтокъ (e) и т. д. Протоплазма подобныхъ клѣтокъ, гдѣ она осталась, тоже окрашивается въ розово-желтый цвѣтъ, ядра же въ рѣзко-фіолетовый. Кромѣ того, среди безструктурной массы встрѣчаются рѣзко окрашенныя въ фіолетовый цвѣтъ круглыя или овальныя образования—ядра клѣтокъ, лишенныхъ, вслѣдствіе распада, протоплазмы. Наконецъ, въ этой же массѣ попадаются очень мелкія, блестящія, сильно преломляющія свѣтъ, точки, жировыя капельки. Что касается сосудовъ въ соединительно-тканомъ слоѣ стѣнки, то въ общемъ, они не представляютъ ничего особеннаго ни въ своемъ распредѣленіи, ни въ строеніи стѣнокъ. Всѣ кровеносныя сосуды въ стѣнкѣ почти совершенно пусты.

Общій выводъ изъ результатовъ какъ клиническаго, такъ и микроскопическаго изслѣдованій сводится къ тому, что мы имѣемъ дѣло съ образованіемъ патологическимъ, состоящимъ изъ полости, выстланной цилиндрическимъ эпителиемъ, и снабженнаго собственной соединительно-тканной оболочкой. Образованія подобнаго строенія носятъ названіе «кисть» и, слѣдовательно, данный случай представляетъ собою, по мѣстоположенію, кисту правой малой срамной губы.

Кисты, наблюдаемыя въ области vulvae, вообще, могутъ быть подраздѣлены на 3 группы.

Къ первой группѣ относятся, чаще всего, встрѣчающіяся, такъ называемыя, ретенціонныя кисты; вторую группу составляютъ кисты, образующіяся путемъ частичнаго размягченія, расплыванія тканей — *Erweichungscysten* и, наконецъ, къ третьей группѣ принадлежатъ кисты, когда вокругъ инородныхъ тѣлъ образуется соединительно-тканная капсула.

Вторую и третью группы, на основаніи анамнеза и микроскопическаго изслѣдованія, въ нашемъ случаѣ можемъ совершенно исключить; остается первая группа — кисты ретенціонныя.

Подъ названіемъ «ретенціонныхъ кистъ» понимается скопленіе въ железахъ, или въ ихъ выводныхъ протокахъ, или же въ ранѣе существовавшихъ каналахъ, какого-либо секрета.

Что касается происхожденія кисты у А—вой изъ какого-либо ранѣе существовавшаго канала, то противъ такого предположенія говоритъ сама исторія развитія малыхъ губъ, исключая возможность внѣдренія въ нихъ какого-либо эмбриональнаго канала. Въ то время, какъ на третьемъ мѣсяцѣ утробной жизни, большія губы образуются изъ половыхъ складокъ — *Genitalfalten*, малыя — развиваются лишь изъ краевъ полового желобка — *Genitalrinne* и анатомически представляютъ ничто иное, какъ узкія, бѣдныя жиромъ складки кожи.

Изъ числа железъ съ выводными протоками, помѣщающихся въ малыхъ губахъ и могущихъ дать поводъ къ образованію кистъ, слѣдуетъ упомянуть лишь о сальныхъ железахъ — какъ единственныхъ железистыхъ образованіяхъ. По изслѣдованіямъ *Martin* и *Leger* (*Zur Anat. u. Pathol. d. ausser. Geschlechtstheilen d. Weibes*, *Archiv génér*, V, Ser. XIX, pag. 69, 174, 1862) въ малыхъ губахъ, маленькія сальныя железки

расположены тѣсно другъ возлѣ друга, открываясь выводными протоками кнаружи, что замѣтно и простымъ глазомъ; на внутренней же поверхности губъ онѣ расположены рядами, по направленію поперечныхъ складокъ и сразу оканчиваются на границѣ vestibuli vulvae не встрѣчаясь уже болѣе въ послѣдней области vulvae.

Такимъ образомъ, единственный источникъ, изъ котораго образовалась киста у больной А—вой нужно считать сальныя железы.

Что изъ сальныхъ железъ могутъ развиваться кисты, подтверждается многочисленными наблюденіями на другихъ частяхъ тѣла, содержащихъ сальныя железы, а также въ мѣстахъ, гдѣ normaliter присутствіе железъ отрицалось, какъ напр., *Martin'*омъ и *Leger'*омъ. Невѣрность взгляда *Martin'a* и *Leger'a* въ достаточной степени доказано нами въ одной изъ прежнихъ работъ, описаніемъ атероматозной кисты in regione subclaviculari (*Брандтъ* и *Фишеръ*. Къ патол. анат. женск. наружн. полов. орган. Сборн. работъ по акуш. и женск. болѣз. посвящ. XXV-лѣтію ученой дѣятельности проф. *Славянскаго*. Т. II. стр. 356—359).

Кисты, происшедшія изъ сальныхъ железъ путемъ закупорки, вслѣдствіе какихъ бы то ни было причинъ, носятъ названіе мѣшеччатыхъ опухолей или атеромъ. Каждая такая киста состоитъ изъ собственной соединительно-тканной оболочки выстланной многослойнымъ эпителиемъ разнообразнаго типа, и кашеобразной, маркой срединной массы, состоящей изъ капелекъ жира и продукта распада эпителиальныхъ клѣтокъ, выполнившихъ железу.

Обращаясь къ нашему случаю видимъ, что макро-и микроскопическій видъ удаленной кисты совершенно совпадаютъ съ только что указанною картиною мѣшеччатыхъ опухолей.

Объясненія требуетъ только однослойный цилиндрический эпителий, выстилающій внутреннюю поверхность нашего препарата, въ отличіе отъ многослойнаго, и разнообразнаго по формѣ, наблюдаемаго обыкновенно въ мѣшеччатыхъ опухоляхъ.

Дѣло заключается въ томъ, что въ нормальномъ состояніи тѣло сальной железы выполнено эпителиальными клѣтками такимъ образомъ, что эпителий, прилегающій къ membrana propria

будеть цилиндрической, а далѣе внутрь шарообразный и многогранный. Когда железа функционируетъ, то клѣтки внутреннихъ слоевъ, наполненныя жиромъ, выталкиваются въ просвѣтъ железы, гдѣ и разрушаются. Остается только первый слой — чисто цилиндрической, такъ называемый образовательный, который и служитъ для пополненія разрушающихся клѣтокъ путемъ дѣленія.

Изъ этого вытекаетъ, что въ нашей кистѣ, образовавшейся несомнѣнно путемъ закупорки выводнаго протока, остался лишь образовательный слой эпителия, доставляющій все таки матеріалъ для центральной массы, путемъ образованія новыхъ клѣтокъ, на что указываетъ каріокинетическій процессъ въ ядрахъ узко-цилиндрическаго эпителия. Что дѣйствительно, кромѣ клѣтокъ узко-цилиндрическихъ, имѣются еще клѣтки и другихъ формъ, на это указываютъ разрушенные остатки таковыхъ эпителиальныхъ клѣтокъ въ безструктурной массѣ.

Въ литературѣ имѣется очень немного случаевъ оперированныхъ атероматозныхъ кистъ наружныхъ женскихъ половыхъ органовъ. Кромѣ описываемаго случая, мы имѣли возможность оперировать такую же кисту, но много меньшихъ размѣровъ *in regione subcyltoridea* (Брандтъ и Фишеръ, l. c., стр. 357). *Winckel* (Lehrb. d. Frauenkrankh., 1886, pag. 28) также оперировалъ атероматозную кисту величиною съ куриное яйцо, развившуюся на большой губѣ.

Въ большинствѣ случаевъ, показаніями къ операціи удаленія кисты служили жалобы больныхъ на затрудненія при ходьбѣ и coitus. Тѣмъ не менѣе, атероматозныя кисты не всегда бываютъ такими безобидными образованиями, вызывающими лишь легко устранимыя явленія.

Существуютъ указанія, свидѣтельствующія, что на внутренней поверхности атероматозныхъ кистъ, подъ вліяніемъ внѣшнихъ воздѣйствій, или же даже безъ всякихъ видимыхъ причинъ, начинали развиваться разрощенія на подобіе цвѣтной капусты или же образованія, по строенію напоминающія канкрюидъ (Chenantais. De l'épithélioma calcifié, Thèse de Paris, 1881; v. Noorden. Das verkalkte Epitheliom. Beitr. z. klin. Chir., v. Bruns, III, Tübingen 1888; Werhner. Das Atherom ein eingealgtes Epitheliom, Virch. Arch., 8 Bd., 1855, etc.).

Эти наблюденія заставляють насъ придти къ заключенію, что мѣшеччатая опухоль малыхъ губъ несомнѣнно представляють, въ противоположность мнѣнію *Sinety* (1. с., р. 115), интересъ какъ клинической, такъ и патолого-анатомической, и что радикальная операція (вылущиваніе щѣликомъ или же ампутація, если киста сидитъ на ножкѣ), должна не только предпочитаться средствамъ палліативнымъ, но, даже, является необходимою для предупрежденія возможности перехода въ злокачественное новообразованіе.
