

III.

Случай кистовиднаго новообразованія малой губы.

В. Л. Якобсона.

(Изъ Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института).

Въ гинекологическомъ отдѣленіи Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института наблюдался въ текущемъ году случай кистовиднаго образованія, имѣвшаго мѣстомъ своего расположенія правую малую губу; описаніе этого случая и составляетъ предметъ моего доклада.

На поликлинической пріемъ проф. Повивальнаго Института *Андрея Ивановича Замшина* явилась больная К. съ жалобой на присутствіе въ наружныхъ половыхъ частяхъ опухоли, стѣсняющей ее при ходьбѣ и работѣ, не причиняя однакожъ никакихъ особенныхъ болѣзненныхъ симптомовъ.

Изъ разсказа больной оказывается, что ей въ настоящее время 16 лѣтъ.

Больная—дѣвица, не жившая половой жизнью, не страдала бѣлками (напр., gonorrh'o'йными) и вообще никакими заболѣніями полового аппарата.

Первая менструація появилась на 14-мъ году и послѣ полугодичнаго совершеннаго отсутствія, крови стали приходиться мѣсяца черезъ три, затѣмъ черезъ два и въ настоящее время черезъ 1½ мѣсяца, по 5 дней, какъ и всегда. Количество крови, теряемой при менструаціи, весьма незначительно.

Болѣе ни передъ кровями, ни во время, ни послѣ нѣтъ. Больная, не смотря на нѣкоторую особенность регуль, хорошаго

тѣлосложенія и питанія. Видимыя слизистыя оболочки представляются нормально окрашенными, подкожный жировой слой хорошо развитъ и вообще признаковъ недоразвитія или малокровія и худосочія, могущихъ объяснить вышеуказанный характеръ кровей, не находится.

Испытывать стала больная неловкость при движеніяхъ отъ присутствія опухоли болѣе двухъ лѣтъ тому назадъ.

Впродолженіи этихъ двухъ слишкомъ лѣтъ, увеличеніе опухоли происходило чрезвычайно медленно.

При осмотрѣ наружныхъ половыхъ органовъ констатировано слѣдующее: Mons veneris и большія губы соответственно возрасту правильно развиты. Между большими губами находится образованіе яйцевидной формы, длинникъ котораго расположенъ вдоль половой щели (рис. № 1). Нижній конецъ этого образованія болѣе широкъ и достигаетъ задней спайки; на немъ замѣчается бороздка, расположенная болѣе въ лѣвую сторону и дѣлящая нижнюю поверхность на два неравныхъ сегмента. Верхній конецъ опухоли болѣе суженъ и постепенно переходитъ въ кожистый покровъ между большими губами на мѣстѣ ихъ соединенія, что при нормальномъ развитіи наружныхъ половыхъ органовъ соответствуетъ мѣсту положенія клитора съ кожистымъ его покровомъ; такъ что на первый взглядъ можетъ казаться, что эта часть служить ножкой для новообразованія. Величина опухоли въ длинникѣ около 6 сент., въ поперечникѣ около 4 сент. Поверхность опухоли представляетъ незначительныя морщинки только въ верхней части и и при томъ наиболѣе съ правой стороны, идущія косо сверху внизъ, слѣва направо; въ остальныхъ частяхъ она гладкая, розовато-синеваго цвѣта, какъ это наблюдается въ опухоляхъ съ серознымъ содержимымъ; въ стѣнкахъ просвѣчиваетъ сѣтъ небольшихъ сосудовъ.

При пальпаціи, на основаніи флюктуаціи и эластичности, можно сдѣлать заключеніе, что опухоль есть мѣшеччатое образованіе съ жидкимъ содержимымъ, по всей вѣроятности, серознымъ.

Изъ разсмотрѣнія отношенія опухоли къ частямъ наружнаго полового аппарата, можно установить слѣдующее: (рис. № 2) если приподнять опухоль вверхъ и вправо и рассматри-

вать отношеніе лѣвой малой губы къ новообразованію, то наглядно представляется это отношеніе такимъ образомъ. Большой нижній отдѣлъ лѣвой малой губы совершенно не входитъ въ образованіе опухоли, а въ верхнемъ наименьшемъ она тѣсно прилежитъ къ опухоли и на небольшомъ пространствѣ переходитъ въ нижнюю поверхность ея.

При болѣе подробномъ разборѣ этого отношенія наиболѣе вѣроятнымъ является слѣдующее предположеніе. Изъ двухъ ножекъ малой губы, расположенныхъ при нормальныхъ условіяхъ около клитора, нижняя, т. е. *frenulum*, въ данномъ случаѣ болѣе всего срастается съ задне-боковой стѣнкой опухоли, а верхняя ножка, соотвѣтствующая *praerutium clitoridis* вмѣстѣ съ вышележащимъ кожистымъ покровомъ представляетъ собой, какъ-бы чепчикъ, покрывающій туморъ слѣва, отчасти спереди въ самомъ верхнемъ его отдѣлѣ, рѣзко обособляясь отъ поверхности опухоли въ видѣ складки.

На основаніи только что сказаннаго, можно предположить, что ни лѣвая малая губа, ни *frenulum*, ни *praerutium* той же стороны не служатъ анатомическимъ субстратомъ для демонстрируемой нами опухоли. Что же касается правой стороны, то мы замѣчаемъ отношеніе всѣхъ соотвѣтственныхъ частей совершенно иными. Правая малая губа представляется нормальной только въ нижней половинѣ, остальная же ея часть оказывается какъ-бы расщепленной и содержащей между расщепленными ея пластинками мѣшокъ, при чемъ стѣнки неизмѣненной ея части незамѣтно переходятъ въ стѣнки кистовиднаго образованія; равнымъ образомъ и край малой губы представляется свободнымъ только въ нижней половинѣ, въ верхней-же совершенно сглаженъ и незамѣтно переходитъ въ стѣнки тумора. Отклоняя опухоль кверху можно замѣтить, что свободный край малой губы переходитъ на туморъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится вышеописанная бороздка опухоли въ нижнемъ ея отдѣлѣ. Что же касается отношенія той части наружныхъ половыхъ органовъ, которая соотвѣтствуетъ нормально *praerutium*, то оно тоже представляется инымъ, чѣмъ съ лѣвой стороны, а именно кожистый покровъ, начинаясь отъ соединенія большихъ губъ сверху, не оканчивается свободнымъ краемъ, напоминающемъ *praerutium*, какъ это было

видно съ лѣвой стороны, а постепенно и незамѣтно, образуя продольныя складочки, переходитъ въ наружную стѣнку опухоли. Положеніе frenulum и ея отношеніе къ опухоли опредѣлить нельзя. Вдоль восходящей вѣтви лобковой кости той и другой стороны прощупываются corpora cavernosa, равнымъ образомъ прощупывается и corpus clitoridis на его нормальномъ мѣстѣ. Что касается glans clitoridis, то онъ не опредѣляется, такъ какъ отъ этого мѣста уже начинается туморъ.

Если приподнять en masse всю опухоль кверху, то на нормальномъ мѣстѣ находится отверстіе мочеиспускательнаго канала; мочеотдѣленіе нормально. Въ introitus vaginae неповрежденный hyemen свободно пропускаетъ палецъ. Отверстія выводныхъ протоковъ Барталиновыхъ железъ ясно видимы на мѣстѣ ихъ нормальнаго расположенія; вокругъ нихъ наиболѣе интенсивная окраска сравнительно съ окраской покрововъ сосѣднихъ частей.

При изслѣдованіи внутреннихъ половыхъ органовъ не отмѣчается никакихъ отклоненій отъ нормы.

Опухоль была удалена проф. А. И. Замшинымъ.

Такъ какъ остатокъ малой губы и околележація части составляли какъ бы ножку опухоли, то практически при выполненіи операціи удаленія опухоли представлялось болѣе удобнымъ безъ вылушенія опухоли изъ ея ложа прямо ампутировать, произведя сѣченіе ножки ниже мѣста перехода малой губы въ опухоль, при чемъ часть лѣвой малой губы оказалась удаленной меньше, правой больше какъ этого и можно было ожидать. По отнятіи опухоли на раневую поверхность наложены узловатые швы.

Удаленное цѣликомъ новообразованіе наполнено было жидкимъ серознымъ содержимымъ, точный анализъ котораго произведенъ не былъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнки опухоли ясно можно было различить три слоя. Наружный кожный слой, покрытый многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ съ ясно выраженными сосочками, средній изъ рыхлой соединительной ткани и внутренній также изъ соединительной ткани, но расположеніе волоконъ внутренняго слоя болѣе компактно и въ немъ замѣчается обильное количество сравнительно со

среднимъ слоемъ молодыхъ соединительно-тканныхъ клѣтокъ. Кромѣ того въ пограничной части между внутреннимъ и среднимъ слоемъ ясно видны расширенныя лимфатическія пространства, выстланныя эндотелиемъ, между тѣмъ какъ на внутренней поверхности самой полости не было найдено ни эндотелия, ни эпителия.

При обзорѣ литературы по вопросу о кистахъ малыхъ губъ видно, что подобныя образования вообще рѣдки. Такъ *Доббертъ* въ своей статьѣ «Къ казуистикѣ заболѣваній наружныхъ дѣтородныхъ органовъ и влагалища женщины» ¹⁾ могъ собрать изъ иностранной литературы всего 4 случая и изъ русской 2.

При такой недостаточности даже казуистической литературы затрудненія увеличиваются еще тѣмъ обстоятельствомъ, что во многихъ описанныхъ случаяхъ представлена только макроскопическая картина безъ указанія строенія стѣнокъ кисты и содержимаго. По этому нѣтъ достаточныхъ данныхъ для классификаціи этихъ образований. У патолого-анатомовъ, касающихся этого вопроса имѣются лишь указанія на ихъ существованіе и при томъ рѣдкое. *Klob* ²⁾, говоря вообще о малыхъ и большихъ губахъ, указываетъ лишь на то, что содержимое бываетъ или серознымъ, или слизистымъ, коллоиднымъ, желтоватаго или же шоколадно-бураго, даже чернаго цвѣта, замѣчая при этомъ, что относительно образования этихъ кистъ ничего неизвѣстно. Его же личное мнѣніе объ образованіи кистъ въ этой области сводится къ тому, что онѣ могутъ происходить или вслѣдствіе инкапсулированія экстравазата въ толщѣ губъ, или тромбоза лимфатическихъ сосудовъ (случай *Klob*'а, *Cederschjöld*'а, *Busch*'а), или закупорки выводящихъ протоковъ салныхъ железъ. Подводя итогъ отдѣльнымъ описаннымъ случаямъ кистовиднаго образования малыхъ губъ приходимъ къ заключенію, что наибольшее ихъ число падаетъ на ретенціонное образованіе, получившееся вслѣдствіе закупорки салныхъ железъ. Образованіе подобныхъ ретенціонныхъ кистъ понятно, такъ какъ салныя железы нормально находятся въ малой губѣ; точное же и подробное опи-

¹⁾ Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней т. X, 1896 года, май стр. 546.

²⁾ Patholog. Anat. d. Weibl. Sexualorgane 1864, pag. 164.

саніе ихъ строенія и содержимаго какъ напр., случаи *Bagot* 3), *Брандта*, 4) *Брандта и Фишера* 5) ставятъ существованіе кистъ этой категоріи внѣ всякаго сомнѣнія. Происхожденія кистъ съ инымъ содержимымъ объяснить на основаніи имѣющагося матеріала весьма трудно. *Werth* въ своемъ случаѣ ставитъ происхожденіе кисты въ зависимость отъ ненормальнаго по мѣсту расположенія присутствія цилиндрическаго железистаго эпителия, при чемъ однакожь главная полость выстлана плоскимъ эпителиемъ, въ который переходитъ цилиндрической 6). Изъ кистъ съ коллоиднымъ содержимымъ можно указать на случай *Riedinger*'а 7). Происхожденіе подобныхъ кистъ совершенно неизвѣстно. Относительно кистъ съ серознымъ содержимымъ такъ же мало извѣстно, какъ и о вышеупомянутыхъ, если даже не меньше.

Подходя теперъ къ разрѣшенію вопроса изъ чего развилось описываемое нами образованіе съ серознымъ содержимымъ—мы имѣемъ также мало данныхъ для разрѣшенія этого вопроса.

Основываясь на томъ фактѣ, что кистовидное образованіе въ данномъ случаѣ наибольшей своей массой располагается между пластинами правой малой губы, можно сдѣлать заключеніе, что эта губа и служитъ исходнымъ пунктомъ и мѣстомъ дальнѣйшаго развитія опухоли. Ввиду того, что въ малой губѣ нормально нѣтъ такихъ железистыхъ образованій, изъ которыхъ могла бы произойти мѣшечатая опухоль съ серознымъ содержимымъ, то надѣе предположить, что такого рода туморъ могъ произойти или изъ аномально здѣсь появившейся железы или же источникомъ для подобнаго скопленія могло послужить одно изъ лимфатическихъ пространствъ, которое обосо-

3) *Bagot*.—Cysten in den Schamlippen, Dublin. Journ. of med. Science 1891, Sept. Рефер. Centralblatt f. Gynäk. № 25, 1892 p. 485.

4) *Брандтъ А. Ф.*—Къ этиологіи кистъ малыхъ губъ, изъ клиники проф. *К. Ф. Славянскаго*—Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней т. VIII. 1894 г. № 10, стр. 863—864.

5) *Брандтъ и Фишеръ*.—Къ патол. анат. женск. наружн. полов. орган., Сборн. работъ по акушерству и женск. болѣз. посвящ. XXV лѣтію ученой дѣятельности проф. *Славянскаго* т. II, стр. 356—359.

6) Нужно замѣтить что случай *Werth* нельзя отнести вполнѣ къ малой губѣ. Zur Anatomie d. Cysten d. Vulva in Centralblatt f. Gynäk. 1878. p. 513.

7) *Riedinger*.—Bericht d. mähr.-schles. Gebäranstalt, Brunn, 1888. pag. 73—74 цитир. по рефер.—Frommel's Jahresbericht. u. d. Fortschr. a. d. Gebiete d. Geburtsh. und. Gynäk. II, Jahrgang. 1889, 499—500.

бившись постепенно увеличивалось и достигло до описываемых размѣровъ. Что касается существованія аномальныхъ железъ въ малой губѣ, то изъ доступной мнѣ литературы, я на этотъ счетъ нигдѣ не встрѣтилъ указанія. Образование же кисты изъ лимфатическаго пространства можетъ считаться весьма вѣроятнымъ подобно тому какъ это принимается для нѣкоторыхъ кистъ влагалища.

И дѣйствительно, основываясь на томъ фактѣ, что при микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнокъ опухоли въ нашемъ случаѣ не найдено слѣда какого-нибудь эпителія, а въ окружности внутренней стѣнки кисты, какъ главной полости, ясно констатируются расширенныя лимфатическія полости — намъ кажется болѣе вѣроятнымъ объяснить происхожденіе описываемой нами опухоли изъ расширеннаго лимфатическаго пространства.

Рис. № 2.

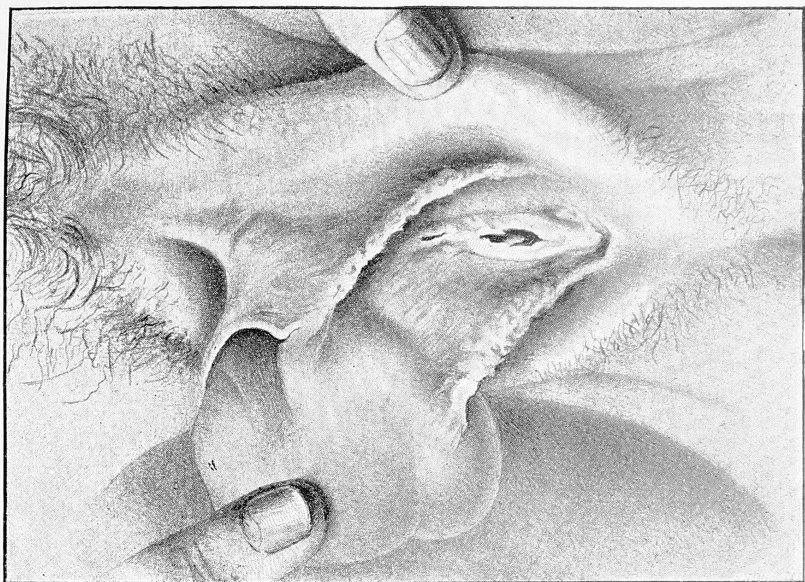


Рис. № 1.

