

К вопросу о липомах семенного канатика и мошонки.

Ассистента Госпитальной Хирургической клиники Пермского
Университета

И. М. Белицкого.

Диагностика опухолей пахово-мошоночной области в настоящее время разработана достаточно хорошо. В каждом отдельном случае при распознавании необходимо бывает решить 2 вопроса: 1) из какого органа или ткани исходит данная опухоль и 2) какой характер носит она. В огромном большинстве случаев и тот, и другой вопрос решаются легко, если принять во внимание данные анамнеза, осмотра, ощупывания (главным образом), а иногда и инструментального исследования. Но в тех случаях, где опухоль достигает больших размеров и локализуется главным образом в мошонке, решение первого вопроса часто представляется невозможным до тех пор, пока не будет установлен характер самого заболевания. В более редких случаях, даже установивши природу опухоли, мы все-таки не в состоянии бываем точно определить ту область, которая явилась исходным пунктом заболевания. Не говоря уже о том, что в случае громадной опухоли могут существовать одновременно 2 совершенно различных болезненных процесса, диагностика затрудняется еще и тем, что опухоль при своем росте в значительной мере изменяет анатомические отношения и те физические признаки, которые служат точками опоры для диагностики.

Примером сказанного может служить следующий случай, наблюдавшийся в Госпитальной Хирургической клинике Казанского Университета в 1913 г. и относящийся к т. наз. липомам мошонки, где только после операции возможно было с точностью установить, откуда исходила эта опухоль.

Крестьянин Казанской губ. М., 55 лет, поступил в клинику 29/1 1913 г. с жалобами на опухоль мошонки, появившуюся года 3 назад. Места появления опухоли указать не может. Опухоль росла медленно, но за 3 года своего существования достигла таких больших размеров, что стала препятствовать больному свободно

ходить, каковое обстоятельство и заставило его обратиться в клинику. Указания в анамнезе на сифилис и туберкулез отсутствуют, травму мошонки М. отрицает.

Больной правильного телосложения, умеренного питания, с нормальной окраской кожи и слизистых. Бросается в глаза величина мошонки, достигающая размеров большого арбуза. Половой член, за исключением головки, погружен в массу мошонки. Суженной верхней своей частью опухоль мошонки переходит в область лобка и левого пахового канала. Размеры мошонки: наибольшая поперечная окружность—35 см., окружность по длине—46 см. Нижний полюс мошонки—на уровне границы средней и нижней трети бедер. Кожа мошонки нормального цвета, с гладкой поверхностью и ясно просвечивающимися расширенными венами, везде легко захватывается в складку нормальной толщины. Консистенция мошонки—плотно-эластическая, флюктуации нет. При перкуссии везде тупой звук. Яичко и канатика с левой стороны прощупать не удастся, с правой же стороны яичко, легко ощупываемое, находится сверху, около нормального по величине наружного пахового кольца. Слева паховое кольцо расширено, ввести в него палец не удастся. Приложенная снаружи рука ощущает незначительный кашлевой толчек. Выправить опухоль не удастся даже при лежачем положении больного. Опухоль на свет не просвечивает. Диагноз—неправимая сальниковая грыжа.

Операция под хлороформным наркозом 1(II *). Разрез параллельно Рои рагт'овой связке через кожу, подкожную клетчатку, апоневроз наружной косой мышцы живота и оболочки семенного канатика. На месте предполагаемого грыжевого мешка обнаружены массы жира, идущие вниз и выполняющие всю мошонку; сверху они не доходили до брюшины. Разрез кожных покровов продолжен вниз на мошонку, после чего вся масса жировой опухоли была легко удалена тупым путем. Яичко, сильно атрофированное, удалено после предварительной перевязки истонченных и растянутых по длине кровеносных сосудов семенного канатика и выносящего протока, легко отделенных от опухоли. Остановлено незначительное кровотечение из массы мошонки. Паховый канал зашит послойно, мышечный пласт притянут к Рои рагт'овой связке над семенным канатиком 4-мя шелковыми узловатыми швами, на апоневроз наружной косой мышцы живота с глубокой пластинкой поверхностной фасции наложено 10 тонких шелковых швов, на кожу—серфины. Вся левая половина мошонки удалена по гарфе, рана зашита наглухо, сверху и внизу ее введены марлевые тампоны. Повязка.

Послеоперационное течение осложнилось прорезыванием 3 швов около верхнего тампона на мошонке, потребовавших, по очищении раны, наложения 3 дополнительных швов, снятых через неделю. Больной выписан через 25 дней после операции в здоровом состоянии. Удаленная опухоль, весом 10 ф., по строению своему оказалась типичной липомой с отдельными дольками и прослойками фиброзной ткани.

*) Ордин. клиники М. Н. Добросмыслов.

Таким образом в приведенном случае произошла диагностическая ошибка, — точно был распознан характер самой опухоли, жировые массы, но вопрос, откуда они исходят, был решен неправильно. Дифференциальный диагноз необходимо было проводить между 3 заболеваниями — сальниковой грыжей, жировой грыжей и липомой семенного канатика (Quervain). Сравнительная редкость последних 2-х заболеваний, особенно столь значительной величины, и признаки, полученные при объективном исследовании больного (выпячивание области пахового канала, расширение наружного пахового кольца, наличие кашлевого толчка), заставили склониться, при распознавании данного заболевания, в пользу сальниковой грыжи.

Что касается вообще жировых образований пахово-мошоночной области, то Virchow делит их на 2 группы: 1) сальниковые грыжи (epiplocele) и 2) жировые грыжи (hernia adiposa), упоминая, впрочем, еще о возможности существования грыжевой липомы (lipoma herniosa) и липомы собственно-мошонки, возникающей из tun. dartos ee. По его мнению липомы здесь возникают из остатков той слизистой ткани, которая в ранних стадиях развития организма занимает место подкожной жировой клетчатки (метаплазия).

Malgaigne различает 3 рода жировых опухолей: 1) находящиеся в семенном канатике и могущие достигнуть подбрюшинной клетчатки и брюшины, 2) возникающие в самой брюшной полости и 3) липомы мошонки, развивающиеся вокруг грыжевого мешка.

Brossard различает 2 вида липом мошонки, берущих начало 1) из подбрюшинной жировой клетчатки и 2) из жировых долек семенного канатика.

Наиболее полную классификацию жировых опухолей пахово-мошоночной области дает Gabriczewski. Он делит их на следующие 6 групп: 1) сальниковые грыжи, при которых содержимым грыжевого мешка является сальник, свободный или приросший, принимающий иногда вид настоящей липомы; 2) собственно-жировые грыжи, при которых внутри жировых масс заключен грыжевой мешок; в этих случаях жировая ткань происходит из подбрюшинной клетчатки и разрастается вокруг существующего уже грыжевого мешка; 3) т. наз. грыжеподобные жировые опухоли, возникающие на месте паховых грыж, причем существование грыжевого мешка необязательно, но, если он есть, то образуется вторично, вследствие оттягивания брюшины массой жировой опухоли; в этих случаях, следовательно, жировые массы являются этиологическим моментом грыж; 4) преперитонеально развившиеся внутри грыжевого мешка липомы, возникновение которых одни авторы (Fleuri, Szokalski)

объясняет таким образом, что липома, развившаяся сначала из подбрюшинной клетчатки по соседству с грыжевым мешком, постепенно обростается последним в виде фиброзной оболочки, другие же авторы (Koch) считают эту оболочку незаросшим влагалищным отростком брюшины; 5) подкожные липомы мошонки, куда Gabriczewski относит жировые новообразования, возникшие из тканей самой мошонки (Virchow) и из подкожной жировой клетчатки живота (сл. Kocher'a); в эту же группу надо отнести и случай Lavoipierre'a, в котором исходным пунктом липомы мошонки была внутренняя сторона бедра; 6) липомы собственно семенного канатика, берущие свое начало из жировых долек последнего или из предбрюшинной клетчатки.

Gabriczewski не проводит между ними резкой границы, тогда как Monod и Terrillon исходным пунктом истинных липом семенного канатика считают исключительно жировые дольки последнего. По мнению Reynier местом возникновения липом семенного канатика может быть и подбрюшинная клетчатка, но те опухоли, которые развиваются из жировых долек самого канатика, никогда не проникают в паховый канал. Patel и Chalier, Березнеговский и Деревенко различают эти две группы и к липомам семенного канатика относят только те, которые возникают из жировых долек последнего. Проф. Березнеговский пересмотрел собранные Patel'em et Chalier в 1909 г. 37 случ. липом семенного канатика; исключив из них случаи, не проверенные ни операцией, ни аутопсией, описанные слишком кратко и те, где опухоль развилась из предбрюшинной клетчатки, и присоединив еще 5 случаев, не вошедших в статистику Patel'я и Chalier, он насчитывает только 34 случая истинных липом семенного канатика. Проф. Деревенко (1912), проверив случаи, исключенные Березнеговским, счел возможным некоторые из них (сл. Bossander'a, Park'a и Willemer'a), вновь отнести к истинным липомам семенного канатика и, присоединив сюда случаи Schlueter'a и свой, увеличил число их опять до 37.

В том же 1912 г. Chalier описал еще 8 случаев липом семенного канатика. По их исходному пункту он различает среди этих опухолей а) собственные липомы семенного канатика, развивающиеся из нормальной жировой ткани его, и б) липомы пахово-мошоночной области, возникающие в самом семенном канатике, на брюшине (липомы грыжевого мешка) или в предбрюшинной жировой клетчатке, независимо от грыжевого мешка (одновременно с ним) или без него. К сожалению, из краткого реферата, только и доступного мне, не видно, сколько из этих 8 случаев относится к ка-

ждой категории. Это обстоятельство не дает мне возможности установить точное число опубликованных до сего времени истинных липом семенного канатика.

Таким образом все авторы, кроме Reypnier и Gabriczewsk'ого, не считают липомы, развившиеся из предбрюшинной клетчатки, опухолями семенного канатика, даже если они находятся внутри оболочки последнего. С этим нельзя не согласиться, если речь идет только об истинных или первичных липомах его. Patel и Chaliier называют их ложными липомами канатика. По моему мнению они могут быть названы вторичными липомами последнего, так как опухоль в этих случаях все-таки находится внутри оболочек семенного канатика, проникая в них вторично из предбрюшинной клетчатки, которая, по исследованиям Gabriczewsk'ого, находится в непрерывной связи с жировой тканью нормального семенного канатика. Такое понятие будет в большей мере соответствовать анатомическим отношениям опухоли к семенному канатику, чем в классификации, предложенной Gabriczewski'm. Выше уже было указано, что последний не разграничивает опухолей семенного канатика в зависимости от исходного их пункта и главным условием считает расположение их внутри оболочек канатика. В то же время он делит все липомы семенного канатика на 2 больших группы: на первичные, возникающие в самом канатике, и вторичные, развивающиеся вне последнего, по соседству с ним, из подкожной клетчатки живота, с наружной стороны оболочек его в полости мошонки и из субсерозной клетчатки, спускающиеся при своем росте в паховый канал и только окружающие семенной канатик. Эта последняя категория, по его мнению, „ist kein eigentliches Lipom des Samenstrangs“. Очевидно, что и первые 2 категории не имеют никакого отношения к семенному канатику и поэтому не могут быть названы липомами семенного канатика, даже и вторичными. Они должны быть отнесены, по моему мнению, к 5-й группе жировых опухолей собственно-мошонки по классификации Gabriczewsk'ого, которую в свою очередь необходимо разделить на 2 подгруппы или категории: первичные и вторичные липомы собственно мошонки. К первой из них будут относиться опухоли, развивающиеся из кожных покровов мошонки (Virchow) и подкожно в толще мошонки, но снаружи от оболочек семенного канатика, каковая возможность не отрицается некоторыми авторами (Park, Monod et Terrillon). Ко 2-й подгруппе, т. е. подгруппе вторичных липом собственно-мошонки, надо отнести те, которые, развиваясь из соседних областей (подкожная клетчатка живота, бедра и промежности, подбрюшинная клетчатка, паховый канал), по мере своего роста начинают

выполнять самую полость мошонки (сл. Kocher'a, Lejars'a, Lavoipierre'a).

Вопрос о распространении первичных липом семенного канатика в паховой канал почти всеми авторами (Brossard, Gabriczewski, Patel et Chaliel, Березнеговский, Деревенко), вопреки мнению Reynier, решается в положительном смысле, т. е., что они могут проникать в него. Patel и Chaliel предлагают следующую клиническую классификацию первичных липом семенного канатика: внутри-мошоночные, внутри-паховые и пахово-мошоночные.

Таким образом в предлагаемом мною изменении классификация жировых образований мошонки должна выразиться в следующем виде: 1) сальниковые грыжи (epiplocele); 2) собственно-жировые грыжи (hernia adiposa); 3) грыжеподобные липомы (lipoma herniosum)—начальная стадия грыжи, вторичная липома семенного канатика, если расположена внутри оболочек его; 4) преперитонеально развившиеся липомы внутри грыжевого мешка; 5) липомы собственно-мошонки: а) первичные, развивающиеся из кожных покровов ее или подкожно, но вне оболочек семенного канатика; б) вторичные, исходным пунктом которых является жировая клетчатка соседних с мошонкой областей; 6) липомы семенного канатика, находящиеся внутри оболочек последнего: а) первичные, возникающие из жировых долек самого семенного канатика (мошоночные, паховые и пахово-мошоночные); б) вторичные, развивающиеся из предбрюшинной клетчатки, спускающиеся в паховой канал или мошонку между оболочками семенного канатика и не сопровождающиеся грыжей.

Согласно этой классификации к числу первичных будут относиться перечисленные проф. Деревенко 37 случаев липом семенного канатика, ко вторичным—случаи Cloquet, P. Delbet, Broca, Albert'a, Anderson'a, Gross'a и пр. Руководствуясь этой классификацией, приведенный мною выше случай надо отнести к истинным первичным липомам семенного канатика, так как, во-первых, здесь опухоль находилась внутри оболочек семенного канатика, во-вторых, верхний ее конец не доходил до предбрюшинной клетчатки, хоть и находился в паховом канале. По своей величине она занимает 7-е место из всех описанных случаев липом семенного канатика (в случ. Wilson'a—20 ф., в сл. Stori—8900 гр., в сл. Virchow'a—19½ ф., в сл. Fraikin'a и Rocher—4850 гр., в сл. Brossard'a и Malapertait Morichau-Beauchant'a—4500 гр.).

Не останавливаясь на этиологии, патологической анатомии, времени развития, течении и частоте липом семенного канатика,

уже описанных указанными выше авторами, к работам которых я и отсылаю интересующихся этими вопросами, я хотел-бышний раз подчеркнуть, что дифференциальный диагноз жировых опухолей мошонки, достигших очень больших размеров, представляет иногда значительные затруднения не только у постели больного, но и после операции. Часто он является даже прямо невозможным, так как при росте своем опухоль, во-первых, нередко сопровождается другими заболеваниями, как-то: грыжами, hydrocele, образованием кист, гнойников (Brossard), а иногда дает ложную флюктуацию (Gabriczewski), вследствие преобладания мягкой жировой ткани над фиброзной, во-вторых, совершенно уничтожает границы отдельных анатомических слоев (сл. Kocher'a, Sitzenfrey'a), следовательно, один вид их может переходить в другой, в-третьих, благодаря изменению анатомических отношений, они приобретают симптомы несвойственные им в случаях незначительной величины; так, напр., в нашем случае липома, находившаяся внутри оболочек семенного канатика, вследствие расширения своей массой наружного пахового кольца, передавала кашлевой толчок, хотя грыжевого мешка в ней не было, и она даже не доходила до брюшины.

Заканчивая настоящее сообщение, нельзя не высказать пожелания, чтобы каждый такой случай делался достоянием литературы, так как только накопление отдельных деталей может способствовать выяснению картины заболевания.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Gabriczewski. Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 47, 1897.—2) Patel et Chali er. Bevue de chir., 1909.—3) Beresnegowsky. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 69, 1910.—4) В. Н. Деревенко. Воен.-Мед. Журн., т. 233, 1912.—5) Lejars. Ref. Centr. f. Chir., 1897, № 47.—6) Lavoipierre. Ref. Jahresb. f. Chir., XVIII, 1914.—7) Chali er. Ref. ibidem.