

II.

Расщепленный тазъ.

Д-ра Г. Г. Левицкаго.

(Изъ Кіевской акушерской клиники ¹⁾).

М.м. Г.г.! Тазъ, который я имѣю случай показать Вамъ и который составляетъ одинъ изъ драгоцѣнныхъ экземпляровъ собранія патологическихъ тазовъ акушерской клиники университета св. Владиміра, принадлежитъ больной К—ъ, явившейся въ клинику по случаю выворота мочевого пузыря (ectopia vesicae). Эта больная была уже демонстрирована въ нашемъ Обществѣ д-ромъ *В. Н. Гогоцкимъ* въ весеннемъ семестрѣ 1894 года. Я намѣренъ продемонстрировать Вамъ только тазъ этой больной, представляющій значительный научный интересъ, а также и казуистическій, какъ чрезвычайно рѣдко встрѣчающійся. Вопросъ о лѣченіи, примѣненномъ въ этомъ случаѣ, будетъ разобранъ въ другомъ мѣстѣ ²⁾.

Исторія этой больной вкратцѣ слѣдующая:

К. К—ъ, уроженка Кіевской губ., крестьянка, 20 лѣтъ отъ роду, незамужняя. Происходитъ она изъ совершенно здоровой семьи. На которомъ году она стала ходить, мы не могли съ достовѣрностью узнать; въ дѣтствѣ не болѣла и была крѣпкимъ здоровымъ ребенкомъ. Менструируетъ съ 16 лѣтъ по опредѣленному типу: черезъ 4 недѣли по 4 дня; крови не обильны, вначалѣ были сильно болѣзненны.

¹⁾ Сообщено въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ. (См. протоколъ № 71).

²⁾ Случай этотъ сообщенъ проф. *Г. Е. Рейномъ* на XI международномъ съѣздѣ врачей въ Римѣ.

Все время, сколько себя помнить, пользовалась полным здоровьем, никогда и ничѣмъ не болѣла. Съ малыхъ лѣтъ она уже работала по хозяйству, а затѣмъ стала заниматься полевыми работами, при чемъ считалась одной изъ первыхъ работницъ на селѣ (могла сжать $1\frac{1}{2}$ копы сноповъ въ день). Больную только беспокоило постоянное истечение мочи изъ вывороченнаго пузыря и присутствіе опухоли, сильно болѣзненной отъ раздраженія обнаженной слизистой пузыря, постоянно трущейся жесткой одеждой. Это собственно и заставило больную обратиться за медицинской помощью.

На видъ это былъ субъектъ чрезвычайно крѣпкаго сложенія, выше-средняго роста, хорошо упитанный (вѣсъ—70 кило), съ прекрасно развитой мышечной системой и, за исключеніемъ таза, правильно развитой костной. Походка нѣсколько валкая, неувѣренная, шаткая, хотя неудобствъ при ходьбѣ больная не испытываетъ и утомленія послѣ нея не чувствуетъ. Кожа и видимыя слизистыя оболочки нормальной окраски.

Грудныя железы очень хорошо развиты, не какъ у puella, немного отвислы, съ хорошо развитыми железистыми дольками. Соски и около-сосковые кружки пигментированы, безъ измѣненій; Монгомеровы тѣльца незамѣтны.

Органы дыханія, кровообращенія, печень, селезенка и желудочно-кишечный трактъ измѣненій не представляютъ.

Животъ не вздутъ, но немного напряженъ.

По срединѣ живота, на мѣстѣ пупка, который стоитъ довольно низко, замѣчается пупочная грыжа съ неровной поверхностью, въ діаметрѣ 5 сант., совершенно мягкая, съ весьма тонкою кожей и съ ясно развитой кожной сѣтью сосудовъ. Она легко вправляется, при чемъ грыжевое отверстіе представляется продолговатымъ въ вертикальномъ направленіи, въ видѣ щели между прямыми мышцами живота. Боковые края грыжеваго отверстія образуются прямыми мускулами, очень хорошо развитыми. При перкуссии грыжи получается тампанической тонъ.

Ниже этой грыжи на одинъ поперечный палецъ, на мѣстѣ долженствующаго быть симфиза, находится опухоль, величиною немного менѣ кулака, выдающаяся надъ поверхность живота и которая есть ничто иное какъ вывороченный мочевоу пузырь. Опухоль эта обнажена отъ кожи, яркокраснаго цвѣта, съ бархатистой поверхностью и съ полиповыми разрастеніями. Она круглой, нѣсколько продолговатой въ поперечномъ направленіи формы, съ продольнымъ діаметромъ въ 7 сант. и поперечномъ 5 сант. Въ верхней части ея сосуды развиты особенно рѣзко. Слизистая оболочка вывороченнаго пузыря мѣстами воспалена, мѣстами покрыта бѣлесоватыми рубцами, представляющими слѣды бывшихъ изъязвленій. Край этой опухоли непосредственно переходить въ кожу живота. Верхняя граница ея находится на высотѣ верхняго края лонныхъ костей. Въ нижней части этой опухоли находятся два небольшія отверстія мочеточниковъ, лежащія на одной горизонтальной линіи, продолговатыя, расположенныя симметрично. Изъ этихъ отверстій по временамъ, въ промежутки 3—4 минуты, вытекаютъ струйки мочи. При надавливаніи на слизистую пузыря струйки достигаютъ аршина длины. Въ лежащемъ положеніи моча вытекаетъ изъ мочеточниковъ

рѣже, чѣмъ въ стоячемъ. Такимъ образомъ мочеточники работаютъ ритмически, при чемъ тонусъ лѣваго какъ бы сильнѣе праваго. Каждый разъ въ теченіи 2—5 минутъ удается собрать 40,0—50,0 куб. сант. кислой мочи, съ уд. вѣсомъ 1015—1020.

Вся опухоль довольно мягкая и содержитъ кишечныя петли.

Опухоль эту удавалось вправлять, и въ образующуюся при этомъ полость пузыря можно было помѣстить тампонъ изъ 3-хъ полосокъ іодоформенной марли. По вправленіи пузыря отверстіе имѣетъ полулунную форму, выпуклостью обращено кверху, съ діаметромъ въ 2 и $3\frac{1}{2}$ сант. Края его при нѣкоторомъ насиліи сближаются до соприкосновенія.

Половая щель представляется въ видѣ равнобедреннаго треугольника, основаніемъ обращеннаго вверхъ и открывающагося передъ расщепленнымъ симфизомъ.

По бокамъ этого треугольника идутъ двѣ кожныя складки въ косомъ направленіи, покрытыя небольшимъ количествомъ волосъ—большія губы. Отъ верхнихъ угловъ треугольника отходятъ рудименты малыхъ губъ въ видѣ двухъ вялыхъ, сморщенныхъ лоскутовъ, которые на верху расщепляются каждая на двѣ ножки, при чемъ внутреннія ножки соотвѣтствуютъ frenulum clitoridis, а наружныя—praeputium clitoridis. Мочеиспускательный каналъ расщепленъ и едва замѣтенъ. Нуменъ въ видѣ маленькой каемки въ 2—3 mm. Клиторгъ расщепленъ, при чемъ совершенно отдѣльныя половины его находятся на разстояніи 1,5 сант другъ отъ друга. При раздраженіи, вызываемомъ изслѣдованіемъ, появляется эрекція каждой половины клитора въ отдѣльности, и одновременно изъ Бартолиновыхъ железъ выдѣляется характерный секретъ. Каждая половина клитора достигаетъ длины въ $1\frac{1}{2}$ сант. въ состояніи эрекціи. Промежность и задній проходъ стоятъ высоко.

Изъ отверстія половой щели выпячивается penis'овидная гипертрофированная влагалищная часть матки, конической формы, плотной консистенціи, блѣдно-розоваго цвѣта.

Зѣвъ въ видѣ небольшой поперечной щели, зондъ входитъ въ матку на 10 сант.

Шейка вправляется во влагалище, и при вправленіи дно матки прощупывается на уровнѣ верхняго края вывороченнаго мочевого пузыря.

Влагалище узко, очень укорочено, стѣнки его гладки.

Правый яичникъ въ области крестцово-подвздошнаго сочлененія, величиной въ небольшую сливу, немного болѣзненъ; лѣвый немного меньше праваго.

Симфизъ отсутствуетъ, и на мѣстѣ его между лонными костями можно вмѣстить 4 поперечныхъ пальца.

Больной этой профессоромъ Г. Е. Рейномъ была произведена пересадка мочеточниковъ въ прямую кишку, съ удаленіемъ вывороченнаго мочевого пузыря. Больная умерла на 20 день при явленіяхъ гнойнаго воспаленія клѣтчатки таза. Тазъ ея былъ вырѣзанъ при вскрытіи прозекторомъ д-ромъ Недѣльскимъ съ сохраненіемъ всего связочнаго аппарата и отпрепарованъ въ анатомическомъ театрѣ университета Св. Владиміра.

Перехожу теперь къ описанію скелетированнаго таза:

Весь тазъ съ тремя поясничными позвонками и отрѣзками бедеръ длиною въ 10 сант., вѣситъ 1,250 кило. При первомъ

взглядѣ на него замѣчается прежде всего отсутствіе передней костяной стѣнки его, массивность и какъ бы грубость всѣхъ его костей: крестцовой, подвздошныхъ и сѣдалищныхъ.

Тѣла поясничныхъ позвонковъ, по своей массивности, соотвѣтствуютъ вполнѣ сильно развитымъ тазовымъ костямъ, при чемъ они представляются сплюснутыми сверху внизъ. Въ поясничной части позвоночника ясно замѣтно отсутствіе нормальной кривизны его. Крестцовая кость, кромѣ своей массивности, обращаетъ на себя вниманіе тѣмъ, что продольной вогнутости, свойственной крестцу нормальныхъ тазовъ, въ ней почти совершенно не существуетъ; небольшая изогнутость только выражена отчасти въ послѣднемъ ея позвонкѣ и на мѣстѣ сочлененія ея съ копчиковой костью, которая, рѣзко загибаясь кпереди, образуетъ съ крестцомъ прямой уголъ. Поперечная вогнутость крестца также значительно меньше нормальной. Тѣла крестцовыхъ позвонковъ массивны и велики, особенно перваго; на мѣстахъ соединеній другъ съ другомъ они образуютъ выпуклости—валики. Самъ крестецъ мало вклученъ между подвздошными костями, мысъ стоитъ высоко. Мысъ не вдается въ полость таза, а, напротивъ, какъ бы отклоненъ кзади; мѣстоположеніе его значительно выше безъимянной линіи (на 3 сантиметра). Соотвѣтственно незначительной передней продольной вогнутости, крестецъ и сзади представляется менѣе выпуклымъ. Высота его— $11\frac{1}{4}$ сант.; длина—12. Длина копчика— $3\frac{3}{4}$ сант., ширина крестца— $10\frac{1}{4}$, толщина—7 сант.

Подвздошныя чешуи чрезвычайно массивны, толсты, особенно гребешки ихъ, толщина которыхъ доходитъ до 2,5 сант. S-образная кривизна ихъ вполнѣ выражена. Подвздошныя впадины ясно видны, но кости въ данныхъ мѣстахъ настолько плотны, что на свѣтъ совершенно не просвѣчиваютъ. Чешуи, особенно заднія ихъ половины отлоги и оттянуты кзади. Заднія ости ихъ весьма сближены, такъ что разстояніе между ними равняется 5 сант.

Лонныя кости сравнительно съ остальными костями таза замѣтно тоньше. Верхняя горизонтальная вѣтвь совмѣстно съ симфизарнымъ концомъ заворочена кверху и вмѣстѣ съ тѣмъ отклонена и кнаружи, вслѣдствіе чего въ результатѣ получается,

что сочленовыя поверхности лонныхъ костей обращены не прямо другъ къ другу, а въ стороны и кверху.

Лоннаго соединенія между этими костями не существуетъ; лонныя кости сильно удалены другъ отъ друга на разстояніе 9 сантиметровъ.

Foramina obturatoria вытянуты въ длину на 5,5 сант. *Вертлужныя впадины* обращены совершенно въ противоположныя стороны; края ихъ сильно развиты, толсты. Длина правой лонной вѣтви—5,5 сант., лѣвой—5,0; длина сѣдалищной вѣтви—11,5 сант.; длина симфизарныхъ концовъ вѣтвей—3,75 сант.

Измѣренія таза (по Рунге).

Dist. spinarum . . . 23,5

Dist. cristarum . . . 27,0

Между передне-верхней и задне-верхней остями подвздошныхъ костей: отъ правой передней къ задней лѣвой—19,5; отъ правой задней къ лѣвой передней—19,5.

Между передне-верхней остью подвздошной кости и остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка справа—17,0, слѣва—16,2.

Между задними верхними остями подвздошныхъ костей—5,0 сант.

Между передней верхней остью подвздошной кости и серединой нижней поверхности сѣдалищнаго бугра: справа—16,5, слѣва—16,0.

Между задней верхней остью подвздошной кости и угломъ соединенія лонныхъ вѣтвей: справа—17,0, слѣва—16,5.

Между серединой мыса и нижнимъ заднимъ угломъ послѣдняго поясничнаго позвонка—7,5.

Высота крестца (по *Michaëlis*'у), т. е. разстояніе конца перваго крестцоваго позвонка отъ линіи, соединяющей заднія верхнія подвздошныя ости—1,0.

Между самой верхней точкой гребешка подвздошной кости и самой нижней точкой сѣдалищнаго бугра (высота боковой стѣнки таза)—справа 19,5, слѣва—19,2 сант.

Между нижней точкой внутренняго края сѣдалищнаго бугра и безымянной линіей (высота малаго таза)—9,5 сант.

Между серединой предполагаемой поверхности лонного сочленения и концомъ перваго крестцоваго позвонка (длина таза)—12,5 сантим.

Между переднимъ краемъ предполагаемаго лоннаго соединенія и остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка—18,8 сантим.

Между серединой мыса и ближайшей къ нему точкой внутренней поверхности предполагаемаго лоннаго соединенія—13 сантим.

Между наиболѣе отдаленными точками входа малаго таза—прямой—13, поперечный—14,2 сантим.

Между крестцово-подвздошными сочлененіями одной стороны таза и подвздошно-лоннымъ бугромъ (косые размѣры) справа—13,0, слѣва—14,0 сантим.

Между самой верхней и самой нижней точками мѣста соединенія горизонтальныхъ вѣтвей лона—3,75 сантим.

Ширина внутренней поверхности крестца, взятая во входѣ малаго таза,—10,25 сантим.

Между серединой мыса и концомъ крестца—14,25 сантим.

Степень вогнутости крестца—0; въ нижней части—0,5 сантим.

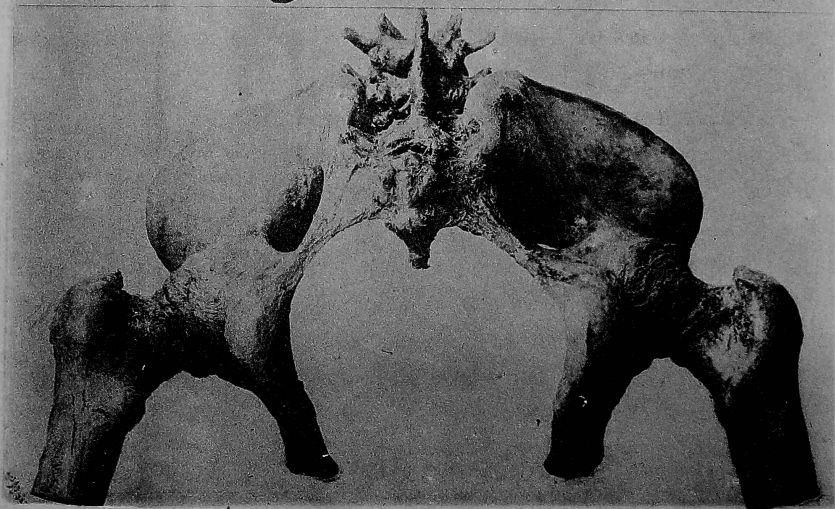
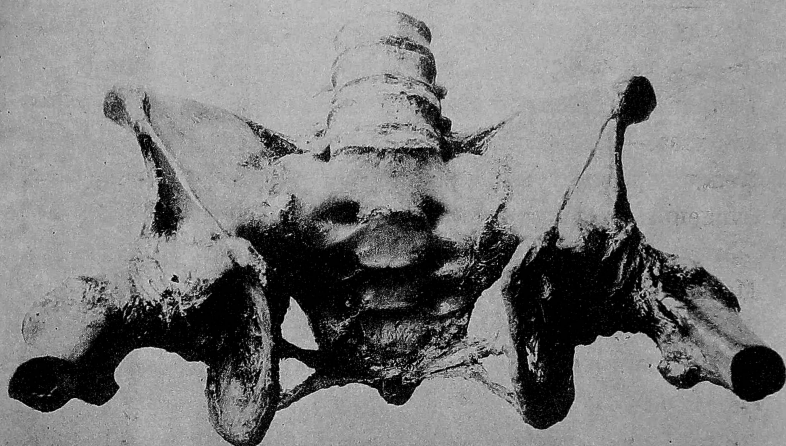
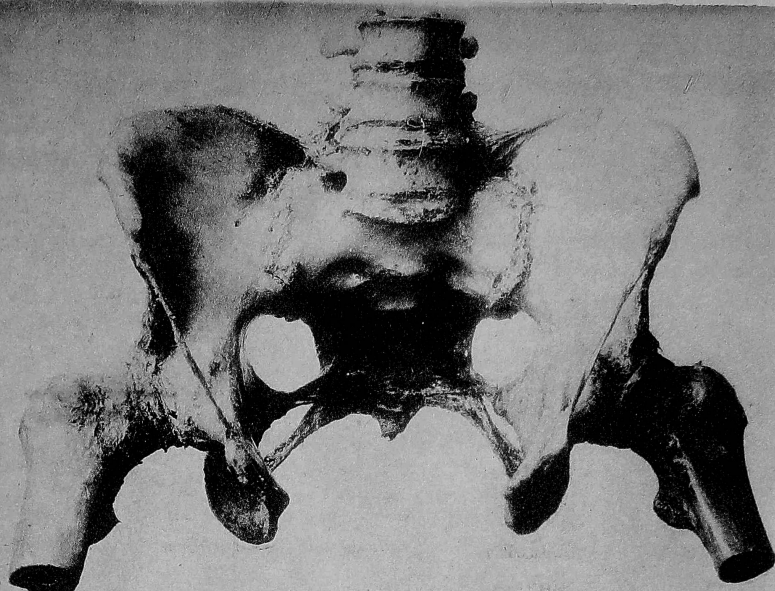
Хорда крестца—12,0 сантим.

Между сѣдалищными буграми—11,25 сантим.

Между конечной точкой крестца и верхней точкой лонной дуги (предполагаемой)—13,5 сантим. Между остями сѣдалищныхъ костей—10,0 сантим.

И такъ, на основаніи сдѣланнаго описанія, мы можемъ отнести нашъ тазъ къ типичнѣйшимъ представителямъ расщепленныхъ тазовъ.

Расщепленные тазы встрѣчаются довольно рѣдко; изъ болѣе подробно описанныхъ можно упомянуть о тазахъ: *Ayres'a*, *Bonnet'a*, *Gusserow'a*, *Litzmann'a*, *Предмеченскаго*, *Freund'a*, *Маевского*, *Ahlfeld'a*, *Winkler'a*, *Revillout*, *Reincke* и др. Почти всегда совмѣстно съ расщепленіемъ таза находятся и уродства мочеполовыхъ органовъ съ дефектомъ передней брюшной стѣнки; случаи же, гдѣ существовало бы расщепленіе таза при нормальной закрытой брюшной стѣнкѣ, принадлежать къ чрезвычайной рѣдкости.



Въ практическомъ отношеніи эта аномалія не представляетъ особеннаго значенія, такъ какъ при родахъ не встрѣчается никакихъ механическихъ препятствій. Гораздо болѣе значенія такіе тазы имѣютъ съ научной точки зрѣнія, именно на такихъ тазахъ мы имѣемъ возможность наблюдать влияние извѣстныхъ факторовъ на образованіе таза взрослого изъ таза новорожденнаго. Гармоническое влияние этихъ факторовъ даетъ намъ форму таза, какъ извѣстно изъ общепринятаго ученія *Schröder'a*, которую мы называемъ правильной, отсутствіе же или не вполне выраженное влияние ихъ даетъ намъ патологическую форму.

Въ нашемъ тазѣ лонныя кости подъ влияніемъ дѣйствія косыхъ брюшныхъ мышцъ, давленія брюшныхъ внутренностей сзади и сверху и натяженія ileo-sacral'ныхъ связокъ на *sp. superiores posteriores* разошлись, вслѣдствіе отсутствія нормальнаго сопротивленія въ лонномъ соединеніи; заднія части боковыхъ стѣнокъ растянулись поперекъ, заднія ости сблизились, а переднія части, благодаря давленію бедеръ съ двухъ сторонъ, выпрямились и стали почти параллельными.

Что касается крестцовой кости, то она не приняла формы и положенія, обыкновенно свойственныхъ ей въ расщепленныхъ тазахъ,—она мало внѣдрилась между подвздошными костями и мало изогнулась въ продольномъ діаметрѣ, она почти прямая. Это можно объяснить, быть можетъ, поздней остановкой развитія и значительной массивностью кости.

Напряженіе же связокъ *spino-sacral'ныхъ* и *tuberoso-sacral'ныхъ* преодолѣло только послѣдній крестцовый позвонокъ и копчикъ, поставивъ его перпендикулярно къ крестцовой кости.