

617.5

Нелатон А.

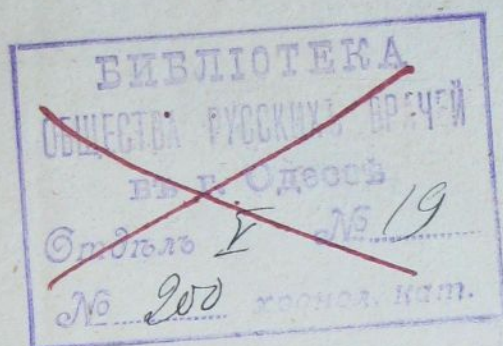
Элементарное
учение облез-
нях сочленении

Зр. 50 — Дубяст

БИБЛИОТЕКА
СЕРГѢЯ НИКОЛАЕВИЧА
КОЛАЧЕВСКАГО.



11175
~~31052~~



ЭЛЕМЕНТАРНОЕ УЧЕНІЕ

О БОЛѢЗНЯХЪ СОЧЛЕНЕНІЙ.

ЭЛЕМЕНТАРНОЕ УЧЕНИЕ

о

Мисс

БОЛѢЗНЯХЪ СОЧЛЕНЕНІЙ.

2

А. Нелатона.

Перевелъ съ французскаго

ДОКТОРЪ Я. ЧИСТОВИЧЪ.

1972

Съ девятью политипажами.

1972 г.



САНКТПЕТЕРБУРГЪ.

ВЪ ТИПОГРАФИИ ЯКОВА ТРЕЯ.

1850.

ИНВЕНТАР
№ 11175

ИНВЕНТАР
21052

2012

617.5

Издано Медицинскимъ Департаментомъ Военнаго Министерства.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

	СТР.
Отъ переводчика	1
Глава I. — О растяженіи сочлененій.	3
— II. — Раны сочлененій	12
— III. — О суставной водянкѣ	25
— IV. — О подвижныхъ или инородныхъ тѣлахъ въ сочлененіяхъ	38
— V. — О бѣлыхъ опухоляхъ вообще	47
— VI. — Объ анкилозѣ	92
— VII. — Бѣлыя опухоли затылочно-атлантнаго и атлантно-осевиднаго сочлененій	102
— VIII. — Бѣлыя опухоли подвздошно-крестцоваго сочлененія	111
— IX. — Бѣлая опухоль подвздошно-бедреннаго сочлененія	114
— X. — Объ отвердѣніи суставныхъ поверхностей тазобедреннаго сочлененія	134
— XI. — Бѣлая опухоль бедро-берцоваго сочлененія	135
— XII. — Бѣлая опухоль берцо-плюсневаяго сочлененія	139
— XIII. — Бѣлая опухоль лопаточно-плечеваго сочлененія	140
— XIV. — Бѣлая опухоль плече-локтеваго сочлененія	142
— XV. — Бѣлая опухоль запястнаго и луче-запястнаго сочлененій	143
— XVI. — Бѣлыя опухоли височно-челюстныхъ, грудино-ключичныхъ и лопаточно-ключичныхъ сочлененій	145
— XVII. — О вывихахъ вообще	146
— XVIII. — Вывихи нижней челюсти	172
— XIX. — Вывихи позвонковъ. — § 1. Вывихъ атланта отъ затылочной кости. — § 2. Вывихи осе-атлантные. — § 3. Вывихи пяти нижнихъ шейныхъ позвонковъ	184
— XX. — Вывихи реберъ	191
— XXI. — Вывихи грудины	193
— XXII. — Вывихи таза	196
— XXIII. — Вывихи копчика	200
— XXIV. — Вывихи ключицы. — § 1. Вывихи внутренняго конца ключицы. — § 2. Вывихи паружнаго конца ея. — § 3. Одновременный вывихъ обоихъ концовъ ключицы	200
— XXV. — Вывихи плечевой кости	215
— XXVI. — Вывихи локтеваго сочлененія. — § 1. Вывихи обѣихъ костей предплечія. — § 2. Отдѣльный вывихъ каждой изъ костей предплечія	245

	стр.
Глава XXVII. — Вывихъ нижняго конца локтевой кости	270
— XXVIII. — Вывихи ручной кисти	272
— XXIX. — Вывихи костей запястья. — Вывихи головчатой ко- сти. — Вывихи головчатой и клиновидныхъ костей	279
— XXX. — Вывихи пястныхъ костей	281
— XXXI. — Вывихи пястно-пальцовыхъ сочлененій. — § 1. Вы- вихъ пястно-пальцового сочлененія большаго пальца. — § 2. Вывихи пястно-пальцового сочле- ненія указательнаго и средняго пальцевъ	283
— XXXII. — Вывихи костей пальцевъ	293
— XXXIII. — Вывихи тазобедреннаго сочлененія	299
— XXXIV. — Вывихи колѣна. — § 1. Вывихи колѣнной кости. — § 2. Вывихи большаго берца. — § 3. Вывихи го- лени чрезъ круговой поворотъ. Вывихъ межу- ставныхъ фиброхрящей	319
— XXXV. — Вывихи малаго берца отъ большаго	340
— XXXVI. — Вывихи ноги	342
— XXXVII. — Вывихи предплюсневыхъ костей. — § 1. Вывихи таранной кости. — § 2. Вывихи втораго ряда пред- плюсневыхъ костей отъ перваго. — § 3. Вывихъ большой клиновидной кости	350
— XXXVIII. — Вывихи плюсневыхъ костей	357
— XXXIX. — Вывихи ножныхъ пальцевъ	362
— XL. — О врожденныхъ вывихахъ вообще	363
— XLI. — Врожденные вывихи бедра.	369
— XLII. — Врожденные вывихи плечевой кости	385
— XLIII. — Врожденные вывихи нижней челюсти, ключицы, локтя и колѣна	390
— XLIV. — Объ искривленіяхъ ноги	391
— XLV. — Объ искривленіяхъ руки	402
— XLVI. — Объ искривленіяхъ позвоночника	403



ОТЪ ПЕРЕВОДЧИКА.

Въ ряду хирургическихъ болѣзней, страданія сочлененій заслуживаютъ особенное вниманіе, какъ по своей чрезвычайной частотѣ, такъ и по важности въ патологическомъ и терапевтическомъ отношеніи.

«Онѣ часты», говоритъ А. Боннѣ Ліонскій; «онѣ затрудняютъ или вовсе уничтожаютъ движенія членовъ; онѣ часто такъ важны, что настоятельно требуютъ ампутаціи или неминуемо убиваютъ больного; наконецъ, въ безконечномъ большинствѣ случаевъ, онѣ не могутъ излечиваться сами собою и требуютъ самыхъ дѣятельныхъ пособій; вотъ права этихъ болѣзней на особенное вниманіе всякаго хирурга, и вотъ почему подробное изученіе ихъ привлекало вниманіе наблюдателей всѣхъ временъ.»

Въ самомъ дѣлѣ, почти всѣ элементы исторіи этихъ болѣзней достаточно уже обработаны, чтобы можно было представить обстоятельное и чисто-фактическое ихъ описаніе. Стоитъ только вспомнить труды Броди, Дельпеша, Боннѣ, Бойѣ, Мальгена, Нелатона, Руста, Вельпѣ, Лисфранка, Жердѣ, Буилльѣ, Ж. Герена, Жандрена, Крювелъе, Майора,

Вириселя, Нишэ, Тейссьё, Гойрана и другихъ авторовъ, которыхъ изслѣдованія обогатили науку, какъ въ анатомо-патологическомъ, такъ и въ терапевтическомъ отношеніи.

Не смотря однако жъ на достаточную обработанность этого отдѣла хирургіи у иностранныхъ авторовъ, русская медицинская литература не имѣетъ еще ни одного полного руководства къ изученію болѣзней сочлененій. Чтобъ пополнить этотъ недостатокъ, нужно было избрать такое сочиненіе, въ которомъ бы сосредоточены были и историческое развитіе предмета, и критическій разборъ разныхъ теоретическихъ взглядовъ на него, и наконецъ тѣ усовершенствованія, до которыхъ достигла Хирургія особенно въ последнее десятилѣтіе. Нелатонова *Элементарная Хирургическая Патологія* удовлетворяетъ повидимому всѣмъ этимъ условіямъ и отличается краткостью и ясностью изложенія и фактическимъ подтвержденіемъ всѣхъ, принятыхъ въ основаніе науки, положеній. Предлагаемая здѣсь книга есть извлеченіе изъ втораго тома этого сочиненія, вышедшаго въ Парижѣ въ 1848 году, сочиненія, признаннаго классическимъ при самомъ появленіи своемъ въ свѣтъ.

25 іюня 1850.

ЭЛЕМЕНТАРНОЕ УЧЕНИЕ

О БОЛѢЗНЯХЪ СОЧЛЕНЕНІЙ.

=

ГЛАВА I.

О растяженіи сочлененій.

Названіемъ *растяженія* (*entorse*, отъ *intorquere*, *растягивать*, *раскручивать*, *distorsio*) обозначается общность явленій, производимыхъ въ сочлененіяхъ насильственными движеніями. Эти явленія бываютъ двухъ родовъ: физическія или непосредственныя, и жизненныя или послѣдственныя.

Они могутъ произойти: 1) отъ мышечной силы, 2) отъ внѣшнихъ силъ, паденій и т. п., 3) отъ обѣихъ этихъ причинъ вмѣстѣ.

Растяженіе тѣмъ разнится отъ такъ-называемыхъ неполныхъ вывиховъ, что въ нихъ бываетъ только временное смѣщеніе суставныхъ поверхностей, между тѣмъ какъ въ послѣднихъ оно остается постоянно. *Расхождение* (*diastasis*) есть не что иное, какъ разность растяженія; авторы обозначаютъ этимъ именемъ расхождение, обнаруживающееся между боковыми сочлененіями двухъ длинныхъ костей, какъ, на примѣръ, малой берцовой отъ большой берцовой, костей таза между собою, и т. д. И кажется, что можетъ-быть лучше бы было совѣтъ забыть это названіе.

Всѣхъ болѣе подвержены растяженію тѣ сочлененія, которыя, бывъ очень тѣсны, какъ на примѣръ блоковыя (*ginglymes*), при движеніяхъ

своихъ позволяютъ суставнымъ поверхностямъ только очень мало расходиться между собою. Въ нихъ, дѣйствительно, для неминуемаго происхожденія растяженія, достаточно дѣйствующей причинѣ немного только пересилить степень сопротивленія связочныхъ частей; тогда какъ сочлененія съ очень обширными движеніями, каковы напримѣръ круглыя сочлененія, уступаютъ силѣ по причинѣ слабости соединяющихъ ихъ тканей, и претерпѣваютъ незначительную только раздатчивость. По этому—то и бываетъ, что чаще подвергаются растяженію суставы берцоплюсневый, луче-запястный, коѣнный и локтевой, чѣмъ бедренный или плечевой; но за то оба послѣдніе сустава, по вышеозначеннымъ причинамъ, и по другимъ еще, о которыхъ мы нарочно умалчиваемъ теперь, чаще другихъ подвергаются вывихамъ. Подробности, въ которыя намъ необходимо теперь войти, по возможности будутъ относиться ко всѣмъ сочлененіямъ, въ которыхъ бываетъ описываемое нами страданіе; однако жъ, по примѣру всѣхъ авторовъ, мы возьмемъ растяженіе сочлененія ноги съ голенью за типъ своего описанія.

На этомъ сочлененіи принято много разностей растяженія, смотря по направленію, въ которомъ произошло насильственное движеніе; такимъ образомъ допускаютъ: 1) растяженія, происходящія отъ движенія сгибанія или разгибанія ноги, растяженія *переднее* и *заднее*; 2) растяженія, происходящія отъ боковаго наклоненія въ сторону, внутрь или кнаружи; Дюпюитренъ называлъ *наружнымъ* растяженіемъ то, которое слѣдовало за насильственнымъ чрезмѣрнымъ приведеніемъ ноги, и *внутреннимъ* — слѣдовавшее за насильственнымъ ея отведеніемъ.

Патологическая анатомія. — Растяженіе есть сложная болѣзнь, характеризующаяся далеко не всегда одинаковыми анатомическими поврежденіями; поэтому, прежде чѣмъ приступить къ симптоматическому ея описанію, мы считаемъ нужнымъ войти въ нѣкоторыя анатомо-патологическія подробности. Такъ какъ это страданіе не влечетъ за собою смерти больныхъ, то рѣдко имѣли случай изслѣдывать характеризующія его матеріальныя поврежденія; однакожъ, по опытамъ надъ трупами, и по внимательному наблюденію явленій, замѣчаемыхъ при жизни, можно до нѣкоторой степени пополнить этотъ пробѣлъ, представляемый патологическою исторіею растяженія. Это и сдѣлалъ А. Боннѣ *).

Въ самомъ простомъ случаѣ бываетъ только напряженіе связокъ; но какъ онѣ нерастяжимы, то нѣкоторыя волокна ихъ разрываются. Этотъ частный разрывъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, можетъ распространиться до самой синовиальной сумки; въ другихъ случаяхъ, синовиальная сумка

*) Bonnet, *Maladies des articulations*, t. I, p. 201. Въ этомъ сочиненіи съ пользою можно прочесть подробности всѣхъ опытовъ, дѣланныхъ этимъ искуснымъ хирургомъ, вмѣстѣ съ Помье (Pomies).

выходить въ видѣ грыжи сквозь разошедшіяся или разорванныя связочныя волокна, и образуетъ подъ покровами маленькую зыблющуюся опухоль, которую можно иногда принять за кровоизліяніе, и тѣмъ болѣе, что фиброзная ткань, при дѣйствіи насилія давшая пройти сумкѣ сквозь щелину свою, сокращается по прекращеніи дѣйствія насилія и ущемляетъ вышедшую часть суставной серозной сумки, становящейся по-этому вовсе неправою.

Извѣстно, что связки соединены съ костями такъ крѣпко, что часто, при желаніи отдѣлить оба суставные конца, фиброзная ткань скорѣе отрываетъ и увлекаетъ съ собою часть кости, къ которой прикрѣплена она, чѣмъ уступаетъ сама; это же бываетъ и при растяженіи. И сколько разъ видали отрывъ внутренней или наружной лодыжки прикрѣпляющимися къ нимъ крѣпкими связками! Не то же ли часто бываетъ и съ другими, менѣе поверхностно лежащими, сочлененіями, но въ которыхъ не такъ легко изслѣдовать и увѣриться въ дѣйствительномъ существованіи подобнаго поврежденія?

Сухія жилы, загибающіяся въ большемъ числѣ на суставныя выпуклости, могутъ разрываться, или выходить изъ своихъ костяныхъ впадинъ и изъ своихъ связочныхъ влагалищъ.

За этими разрывами мягкихъ частей необходимо должны слѣдовать кровоизліянія; поэтому постоянно и бываетъ, что за насильственными движеніями поверхностныхъ сочлененій слѣдуютъ болѣе или менѣе обширныя кровяныя подтеки, медленно исчезающіе, съ характеристическимъ постепеннымъ измѣненіемъ оттѣнковъ своихъ. Отсюда понятна возможность кровоизліяній въ суставную полость, обстоятельство, не имѣющее, впрочемъ, той важности, которую могли бы приписать ему. Надобно замѣтить, что мы говоримъ не о томъ, что возможно, но объ явленіяхъ, видѣнныхъ нами самими, равно какъ и другими наблюдателями, при нѣкоторыхъ рѣдкихъ аутопсіяхъ и трупныхъ опытахъ.

Иногда кровь скопляется и образуетъ подъ кожей небольшое кровяное отложеніе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ трудно всасывающееся, ссѣдающееся, потомъ ломающееся съ хрустѣніемъ, извѣстнымъ подъ названіемъ *кровяного хрустѣнія* (*crépitation sanguine*).

Вотъ измѣненія, замѣченныя въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ удавалось вскрывать сочлененія, страдавшія растяженіемъ. Боннѣ, дѣлавшій много опытовъ надъ трупами, видѣлъ, что, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, суставныя поверхности бывали какъ бы разможены въ томъ мѣстѣ, на которое должны были опираться кости при рычагообразныхъ своихъ движеніяхъ, такъ что это разможеніе постоянно находилось въ точкѣ противоположной той, гдѣ были разрывы или отрывы связокъ. Онъ также видѣлъ, что когда насильственные движенія доводимы были до своей

высшей степени, то мышцы, которыхъ сухія жилы перекрещивали взятыя для опытовъ сочлененія, разрывались въ точкахъ соединенія мышечныхъ волоконъ съ сухожильными. Этимъ онъ старается объяснить тѣ боли, чувствуемая на срединѣ соответственнаго члена, на которыя жалуются нѣкоторые больные при растяженіяхъ; однако жъ это теоретическое объясненіе, хоть и очень замысловатое, нуждается еще въ болѣе точномъ подтвержденіи.

Важно замѣтить, касательно анатомическихъ измѣненій, слѣдующихъ за растяженіемъ, и то еще, что всѣ сочлененія, стремящіяся замѣнить то, на которое дѣйствовало насильственное движеніе, сами болѣе или менѣе испытываютъ вліяніе этого насилія: такъ, при растяженіи берцово-плюсневая сочлененія, если нога заворачивается внутрь, такъ что опирается на-земь своимъ наружнымъ краемъ, то, какъ это движеніе боковаго наклоненія почти исключительно происходитъ въ суставѣ таранной кости съ пяточною, таранно-пяточная связка сперва болѣе или менѣе сильно растягивается и даже можетъ отчасти разорваться; потомъ, въ свою очередь, растягиваются боковыя наружныя связки; и если движеніе приведенія ноги простирается далѣе, то передній рядъ предплюсневыхъ костей испытываетъ круговое движеніе снутри кнаружи на задній рядъ, и таранная головка стремится выйти изъ впадины, представляемой для нея задней поверхностью ладьеобразной кости, разрывая родъ сумки, образуемой для нея верхнею таранно-ладьеобразною связкою; при этомъ движеніи часто также разрываются и тыльныя связки, простирающіяся отъ пяточной къ кубовидной кости. Понятно, что при внутреннемъ растяженіи происходитъ то же самое, только въ обратномъ направленіи. На позвоночномъ столбѣ, подобнымъ же образомъ, насильственное движеніе распространяетъ свое дѣйствіе на нѣсколько смежныхъ сочлененій.

Этіологія. — *Механизмъ происхожденія растяженій.* — Выше сказали мы, что растяженія могутъ происходить отъ однѣхъ мышечныхъ силъ: это самый рѣдкій случай; и примѣрами служатъ насильственное круговое движеніе позвонковъ одного около другаго, чрезмѣрное движеніе сгибанія въ колѣнѣ или въ ручной кисти. Но гораздо обыкновеннѣе они происходятъ отъ паденія на членъ, захваченный въ ложномъ положеніи, или отъ худо-разсчитаннаго движенія, какъ на примѣръ, когда нечаянно повороченная нога выворачивается на свой наружный или внутренний край. Почти всегда, въ этомъ случаѣ, мышечныя силы соединяются съ наружнымъ насиліемъ, для увеличенія своего дѣйствія.

На нижнемъ членѣ, по причинѣ тяжести тѣла, всегда присоединяющейся къ насилію, стремящемуся разъединить суставныя поверхности, растяженія важнѣе и чаще, чѣмъ на верхнемъ; наружное растяженіе

чаще внутренняго; по Дюпюитрену, численное отношеніе между обѣими разностями есть 12 : 1 у мужчинъ, и 5 : 1 у женщинъ. Рѣдкость внутренняго растяженія объясняема была преобладаніемъ приводящихъ мышцъ надъ отводящими (Дюпюитрень); тѣмъ, что, при выворотѣ ноги наружу, тѣло подается внутрь, къ сторонѣ другаго члена, который и принимаетъ на себя часть насилія. Но Боннѣ, эта разница зависитъ отъ анатомическаго расположенія ноги; и дѣйствительно, если изслѣдовать верхнюю поверхность таранной кости въ разчлененной ногѣ, лежащей подошвенною своею поверхностію на горизонтальной плоскости, то увидимъ, что эта верхняя поверхность представляетъ постоянную косвенность сверху внизъ и снаружи кнаружи; въ слѣдствіе этого расположенія, тяжесть тѣла имѣетъ больше наклонности подаваться кнаружи, чѣмъ кнутри ноги, и этому движенію благопріятствуетъ еще и то обстоятельство, что приведеніе ноги легче и обширнѣе, чѣмъ отведеніе.

Симптоматологія. — Симптомы, характеризующіе растяженія, разнятся по сопровождающимъ ихъ анатомическимъ расстройствамъ.

Боль всегда очень сильна, и даже такъ сильна, что нѣкоторыхъ больныхъ доводитъ до обморока. Настоящею причиною этихъ болей, какъ показалъ Мажанді, служитъ растягиваніе нервовъ, раздѣляющихся на поверхности связокъ, а также можетъ-быть и синовиальной сумки, выстилающей внутреннюю поверхность ихъ; слѣдовательно не связки служатъ мѣстомъ боли, какъ думалъ Бишэ. Какъ бы то ни было, эта боль скоро утихаетъ и позволяетъ больному употреблять сочлененіе, правда не съ прежнею легкостью, но все же такъ, что теряется всякое сомнѣніе касательно полнаго и постояннаго смѣщенія суставныхъ поверхностей. Если больной не малодушенъ или неостороженъ, то онъ даже тотчасъ же можетъ преодолѣть свои страданія и продолжать употреблять свой членъ. Но, спустя нѣсколько часовъ послѣ происшествія, начинаютъ показываться глухія боли, равно какъ и опухоль, скоро до того увеличивающаяся, что болѣе или менѣе совершенно скрываетъ анатомическія поврежденія, такъ что хирургъ, призванный на другой день послѣ происшествія, принужденъ бываетъ пріостановиться съ своею діагностикою. Кожа, оставшаяся до сихъ поръ бѣлою, начинаетъ краснѣть и напрягаться; появляются подтечныя пятна, и малѣйшее шевеленіе сочлененія пробуждаетъ боли, успокоивающіяся при совершенномъ покоѣ члена. Тщательное изслѣдованіе окружности сочлененія не медлитъ показать, что суставныя поверхности находятся въ своихъ нормальныхъ отношеніяхъ, только болѣе подвижны, иногда даже очень ослаблены и наклонены, что слегка и обезображиваетъ членъ, хотя и не трудно исправить это безобразіе. Иногда очень трудно опредѣлить отрывные переломы (переломы чрезъ отрывъ) разныхъ костяныхъ возвышенностей,

или другія поврежденія, на которыя указали мы, говоря о патологической анатоміи: и даже не должно настаивать на слишкомъ подробное изслѣдованіе, могущее совсѣмъ разорвать благотѣльные остающіяся приращенія и всегда пробуждающее боли. Лучше терпѣливо подождать, чтобы опухоль уменьшилась отъ приличныхъ средствъ, и тогда уже легче и безопаснѣе доставить діагностику всю желаемую достовѣрность. Всего чаще, припадки, спустя большее или меньшее время, утихаютъ и больнымъ возвращается почти полная свобода движеній. Но бываютъ и такіе случаи, и притомъ нерѣдкіе, гдѣ сочлененіе болѣе или менѣе сильно воспаляется и наступаетъ травматическое членосуставное воспаление (*arthritis traumatica*), со всѣми его послѣдствіями.

Въ другихъ обстоятельствахъ, членосоединеніе долго болитъ, когда больной проводить его въ движеніе, а онъ къ несчастію движетъ его почти безпрестанно именно потому, что находясь въ покоѣ не чувствуетъ никакой боли. Такимъ образомъ воспалительные припадки, т. е. опухоль, жаръ мягкихъ частей, напряженіе, равно какъ часто и краснота кожи, вмѣсто того, чтобы уменьшаться, остаются постоянно такими же, или даже усиливаются; въ сочлененіи происходитъ излітіе жидкости, связки размягчаются, кости разъединяются, поражаются костодою, и наконецъ обнаруживаются всѣ явленія бѣлой опухоли.

Эти важныя обстоятельства могутъ произойти у всѣхъ больныхъ, страдающихъ растяженіемъ, но особенно опасны у субъектовъ золотушныхъ или худосочныхъ, у тѣхъ, у которыхъ цвѣтъ кожи отлиываетъ желтосѣрымъ, тусклымъ оттѣнкомъ и мягкія части вялы и слабы. Такъ какъ дѣти вообще представляютъ въ высшей степени всѣ эти условія, то у нихъ особенно надобно бояться этого несчастнаго исхода.

Всего чаще случалось наблюдать этого рода бѣлыя опухоли на сочлененіяхъ нижняго члена, и въ особенности на сочлененіяхъ ноги, по причинѣ частоты движеній, претерпѣваемыхъ ими при желаніи больныхъ ходить, а также и по причинѣ переносимой ими тяжести тѣла.

Распознаваніе. — Распознаваніе растяженія вообще не трудно, если только подѣ этимъ разумѣть, что сочлененіе насилувано было выше своихъ натуральныхъ движеній. Въ самомъ дѣлѣ, въ большей части случаевъ, невозможно смѣшать его, на поверхностныхъ сочлененіяхъ, съ вывихомъ или переломомъ. Однакожъ, имѣя дѣло съ глубоко-лежащимъ сочлененіемъ, каковы напримѣръ тазо-бедренный и лопаточно-плечевой суставы, или изслѣдуя больного въ то время, когда находится огромная опухоль, позволено усомниться въ немъ.

Но если нужно опредѣлить анатомическое поврежденіе, характеризующее ту или другую разность растяженія, то мы скажемъ тогда, что распознаваніе его — одно изъ самыхъ трудныхъ, и выше мы показали

уже, что даже было бы опасно и желать удостовѣриться въ немъ, цѣною подробныхъ и обременительныхъ для больного изслѣдованій.

Растяженіе берцоплюсневаяго сочлененія легко можно смѣшать съ переломомъ нижняго конца малоберцовой кости; однако жъ отличить ихъ можно тѣмъ, что: 1) при переломѣ вообще можно двигать сочлененіе, не причиняя боли, между-тѣмъ какъ подобныя движенія при растяженіи производятъ боль; 2) при переломѣ боль происходитъ отъ давленія на точку наружной лодыжки, соотвѣтствующую мѣсту раздѣленія цѣлости, между-тѣмъ какъ при растяженіи давленіе на эту кость безболѣзненно, и боль является тогда только, когда сжимать лодыжку на высотѣ разорванныхъ связокъ; 3) наконецъ въ переломѣ, такъ какъ мало-большеберцовый суставный жолобъ становится просторнѣе, или можетъ сдѣлаться просторнѣе отъ легкаго давленія на внутреннюю поверхность малоберцовой лодыжки, то таранная кость легко претерпѣваетъ боковое смѣщеніе, если, неподвижно держа нижнюю часть голени, захватить таранную кость тотчасъ ниже верхушки обѣихъ лодыжекъ и попеременно двигать ее внутрь и кнаружи; понятно, что, при простомъ растяженіи, это движеніе вовсе невозможно.

Предсказаніе. — Оно очень неодинаково и требуетъ отъ хирурга большой осмотрительности. Какъ часто у больныхъ, имѣвшихъ простое растяженіе, въ-послѣдствіи необходимо бывало отнимать членъ! Поэтому, въ общемъ простомъ мнѣніи, которое обыкновенно не можетъ не быть поражено этими страшными исключеніями, и которое тѣмъ легче генерализируетъ ихъ, чѣмъ болѣе само поражено ими, растяженіе считается одною изъ самыхъ важныхъ болѣзней.

Мы далеки отъ этой мысли; однако жъ легко было бы фактами доказать, какъ необходима осмотрительность въ предсказаніи, особенно когда имѣемъ дѣло съ больнымъ непослушнымъ, съ изможденнымъ тѣлосложненіемъ, и съ страданіемъ, продолжавшимся уже очень много времени.

Мы сказали, что растяженіе, не сопровождаемое большими разстройствомъ и случающееся у здороваго субъекта, вообще составляетъ мало-важную болѣзнь, вылечивающуюся нѣсколькими днями спокойствія. Но оно тѣмъ важнѣе, чѣмъ несвободнѣе (менѣе обширенъ въ своихъ движеніяхъ) суставъ, на которомъ оно находится. Наконецъ, оно безопаснѣе на верхнихъ членахъ, чѣмъ на нижнихъ.

Леченіе. — Леченіе растяженія можно раздѣлить на *раціональное* и *эмпирическое*.

Сначала разсмотримъ *раціональное леченіе*. Совѣтовали помѣщать больное сочлененіе въ холодную воду, тотчасъ послѣ происшествія. Приводили много примѣровъ излеченій, полученныхъ этимъ средствомъ, и Бойе думаетъ, что это такое средство, которое прежде всѣхъ надобно

употребить. Но, чтобъ оно было дѣйствительно, надобно употреблять его тотчасъ послѣ происшествія и оставить членъ на четыре-пять часовъ и даже на цѣлый день погруженнымъ въ водѣ, при постоянно-поддерживаемой температурѣ въ 8 — 10° ниже 0; въ этомъ отношеніи очень выгодно погруженіе его въ текучую воду. Если не позаботились оставить такимъ-образомъ членъ погруженнымъ въ воду на три-четыре часа, то, по удаленіи изъ нея, въ немъ появляется реакція тѣмъ болѣе сильная, чѣмъ сильнѣе было на него вліяніе холода, который дѣйствуетъ успокоивающимъ образомъ только тогда, когда употребляется очень продолжительно. Почти постоянно, тотчасъ по погруженіи члена въ холодную воду и въ первое время держанія его въ ней, боль усиливается; но потомъ она утихаетъ и совершенно прекращается.

Съ пользою можно употребить обливанья холодною водою, обмыванья Гуляровою водою, камфорнымъ спиртомъ. Послѣ холодныхъ обливаній, Боннѣ совѣтуетъ, какъ одно изъ лучшихъ мѣстныхъ средствъ, припарки изъ сырой картофельной мякоти, возобновляемые тотчасъ же по мѣрѣ нагрѣванія ея.

Хорошо произведенное бинтованье или сжатіе есть превосходное средство, когда можно употребить его прежде, чѣмъ опухоль достигнетъ большаго развитія; оно дѣйствительно уничтожаетъ ту опухоль, которая развилась уже, и предотвращаетъ дальнѣйшее ея развитіе. Но, повторяю, что въ неискусныхъ рукахъ бинтованье—опасное средство.

Послѣ развитія опухоли и воспаленія въ сочлененіи, надобно отказаться и отъ охлаждающихъ, и отъ разрѣшающихъ средствъ, и отъ бинтованья. Тогда, подобно какъ въ травматическомъ воспаленіи суставовъ, съ пользою можно употребить пѣвки, въ большомъ числѣ, по окружности сочлененія, вмѣстѣ съ общими кровоизвлеченіями, если бѣ того потребовала сильная воспалительная реакція. Кромѣ того, на больное мѣсто—припарки или мягчительныя обмыванья.

Нѣкоторые хирурги, и между ними Жердѣ, для вспомошествованія опорожненію сосудовъ, даютъ члену возвышенное положеніе, для того чтобы накопившіяся жидкости, по покатоности, легче возвращались въ потокъ кровообращенія.

Послѣ, какъ воспаленіе уступило этимъ различнымъ средствамъ, можно съ пользою прибѣгнуть къ вяжущимъ средствамъ.

Во время леченія растяженія, почти всѣ практики совѣтуютъ держать членъ въ возможно-большей неподвижности. Ларрей употреблялъ для этой цѣли пакляную повязку Москати; Клокѣ гипсовые формы; а теперь, при усовершенствованіи неподвижныхъ аппаратовъ, намъ кажется, что, для обезпеченія полной неподвижности, эти аппараты составляютъ самыя лучшія повязки.

Если, вмѣстѣ съ тѣмъ, необходимо прикладывать на больное сочлененіе лекарственныя вещества, то можно оставить окошечко въ повязкѣ, или употребить жолобы Майора или аппараты Боннѣ.

Не должно однако жъ удерживать сочлененіе въ слишкомъ продолжительной и совершенной неподвижности, изъ опасенія анкилоза, или по крайней мѣрѣ трудноудаляемой суставной негибкости.

Наконецъ, когда болѣзнь перешла въ хроническое состояніе, то, для возвращенія члену его гибкости и укрѣпленія связокъ, съ пользою употребляются дѣи, Барезкія ванны, и т. п., и наконецъ разминаніе и хорошо-соображенныя искусственныя движенія.

Эмпирическое леченіе примѣняется къ тѣмъ только растяженіямъ, которыя имѣютъ уже нѣкоторую давность, и можетъ-быть нѣтъ ни одной другой болѣзни, въ которой бы знахари и костоправы пользовались такимъ довѣріемъ публики, какъ въ той, которую мы описываемъ теперь. Судя по разсказамъ, эти невѣжды дѣлаютъ рѣшительныя чудеса, и никто не беретъ въ расчетъ тѣхъ несчастныхъ послѣдствій, которыя часто ведутъ за собою неблагоразумныя поступки ихъ.

Надобно однако жъ согласиться, что иногда эти господа, сами не зная какъ и почему, оказывали дѣйствительныя услуги нѣкоторымъ больнымъ. Маневры ихъ состоятъ въ разминаніяхъ, треніяхъ, сильныхъ растягиваніяхъ по всѣмъ направленіямъ, въ теченіи одного, двухъ и даже трехъ часовъ, до утишенія всякой боли. И, судя по словамъ достойныхъ довѣренности медиковъ, бывавшихъ свидѣтелями ихъ дѣйствій, они достигали иногда замѣчательныхъ результатовъ. Боннѣ, самъ поступавшій иногда такимъ же образомъ, говорить, что онъ получалъ отъ этихъ способовъ хорошіе успѣхи. Какъ дѣйствуютъ эти маневры? Не тѣмъ ли, что разбиваютъ накопившіяся жидкости, или тѣмъ, что притупляютъ боль и чувствительность, какъ думаетъ Брюлѣ, отличный Дижонскій медикъ, описавшій въ *Revue médicale de Dijon* нѣсколько фактовъ этого рода, которыхъ онъ самъ былъ свидѣтелемъ.

Или не отъ того ли это, что, въ этихъ исключительныхъ случаяхъ, нѣкоторыя части связокъ и синовіальныхъ сумокъ, смѣщенные и попавшія между суставныхъ поверхностей, нѣкоторыя сухія жилы, вышедшія изъ своихъ костяныхъ впадинъ, возвращаются на мѣсто, чрезъ эти непомѣрные и продолжительныя растиранія? Какъ бы то ни было, эти факты заслуживаютъ все вниманіе медиковъ; полезнаго средства не должно отвергать потому только, что оно не подходитъ къ системѣ, и что оно открыто и употребляется людьми чуждыми врачебному искусству.

Притомъ извѣстно, что Ги и А. Куперъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ насильственныхъ движеній колѣннаго сустава, успѣвали, попеременно движеніями сгибанія и разгибанія, успокоить какъ бы чудомъ всѣ

боли. Они приписывали успѣхи свои возвращенію въ нормальное состояніе полулунныхъ хрящей, бывшихъ, по ихъ мнѣнію, прежде того смѣщенными. Не споря о большей или меньшей вѣроятности этого объясненія, прибавимъ только то, что эти факты внезапнаго исчезанія болей довольно сходны съ успѣхами, достигаемыми костоправами.

ГЛАВА II.

Раны сочлененій.

Что должно разумѣть подъ названіемъ сочлененія? Мы должны рѣшить этотъ вопросъ, прежде чѣмъ приступимъ къ предмету. Въ самомъ дѣлѣ, большая часть авторовъ, чтобъ не сказать всѣхъ, уподобляя суставныя полости полостямъ внутренностнымъ, раздѣляютъ раны сочлененій на *проникающія* и *не проникающія*. А между тѣмъ, придерживаясь анатомическихъ понятій о строеніи сочлененій, трудно понять такое нарушеніе цѣлости, которое бы находилось въ суставной сумкѣ, не касаясь синовіальной оболочки. Еще болѣе: есть точки, въ которыхъ синовіальная оболочка не одѣвается фиброзою сумкою, и слѣдовательно раны не могутъ не быть проникающими. Однако жъ, чтобъ не отступать отъ общепринятыхъ обычаевъ, мы будемъ смотрѣть на сочлененія съ хирургической точки зрѣнія такъ, какъ будто они состоятъ не только изъ костяныхъ суставныхъ поверхностей, съ своими связками и синовіальною оболочкою, но и изъ всѣхъ окружающихъ мягкихъ частей, находящихся внѣ серозной суставной оболочки, до кожи и вмѣстѣ съ самою кожей. И такимъ образомъ примемъ раздѣленіе ранъ на *проникающія* и *не проникающія*.

Сочлененія больше другихъ частей тѣла должны подвергаться наружнымъ ударамъ; дѣйствительно, почти всѣ они занимаютъ поверхностное положеніе, болѣе выдаются и отъ того болѣе открыты для дѣйствія ранящихъ тѣлъ.

1. *Раны не проникающія*. — Онѣ очень часты и не много разнятся отъ ранъ замѣчаемыхъ на продолженіи членовъ. Надобно только вспомнить, что, по причинѣ угловатой формы суставовъ, легкаго скользянія покрововъ, обилія клѣтчатой-фиброзной ткани, прохожденія сухихъ жилъ и соудства синовіальныхъ впадинъ и сумочекъ, онѣ могутъ представлять нѣкоторыя особенныя осложненія, способныя озаботить хирурга, если бъ онъ забылъ объ этихъ разныхъ подробностяхъ, и что иногда вос-

паленіе можетъ распространиться, по продолженію тканей, до подлежащей синовиальной оболочки.

При потерѣ существа не надобно забывать, что рубцовая ткань можетъ стянуться, произвести безобразія, и т. п., которымъ въ послѣдствіи трудно было бы помочь.

Леченіе то же, что и всѣхъ простыхъ ранъ. Мы ограничимся только замѣчаніемъ, что непосредственное соединеніе, которое по возможности всегда надобно пробовать, трудно достигается, по причинѣ малой жизненности около-суставныхъ фиброзныхъ тканей, подвижности ихъ и той трудности, съ которою часто сопряжена бываетъ перевязка неровныхъ поверхностей.

2. *Раны проникающія.* — Онѣ стоятъ подробнаго разсмотрѣнія, какъ по своей важности, такъ и по совершенно-особенному свойству сопровождающихъ ихъ явленій.

Онѣ могутъ быть произведены колющими инструментами, рѣжущими, ушибающими, отрывомъ или разрывомъ.

Есть и еще одинъ видъ ранъ сочлененій, который мы не знаемъ куда причислить, и о которомъ авторы ничего не говорятъ; это—открытіе суставной полости чрезъ отпаденіе струпа, будетъ ли онъ произведенъ гангреною, или прижиганіемъ раскаленнымъ желѣзомъ, или моксами, неосторожно приставленными противъ поверхностнаго сустава, какъ на примѣръ на колѣнѣ.

Проникающія раны бываютъ простыя и осложненныя.

A. *Простыя раны.* — Колотыя раны всего чаще заживаютъ скоро, первымъ натяженіемъ и безъ всякихъ припадковъ; такъ бываетъ почти всегда, когда ранящій инструментъ небольшого объема, на примѣръ игла или крючокъ, и когда онъ проходитъ косвенно, прежде чѣмъ проникнетъ въ суставную полость; но если инструментъ шире, и особенно если онъ проникаетъ прямо, то рана имѣетъ почти такой же ходъ, какъ и отъ рѣжущаго инструмента. Что касается до этихъ послѣднихъ (порѣзанныхъ), то не очень рѣдко бываетъ, что онѣ заживаютъ, какъ и предыдущія, въ нѣсколько дней. Это особенно бываетъ тогда, когда открытый суставъ не обширенъ, равно не обширна и самая рана, губы ея не склонны расходиться и она не оставалась долго въ соприкосновеніи съ воздухомъ или какимъ-нибудь другимъ раздражающимъ тѣломъ. Такой счастливый исходъ замѣчаемъ былъ даже и при вычисленныхъ теперь неблагоприятныхъ обстоятельствахъ: такъ Бойе приводитъ три случая широкаго открытія луче-запястнаго сочлененія рѣжущимъ инструментомъ, и которыхъ непосредственное заживленіе достигнуто было въ очень короткое время. Я самъ видѣлъ колѣнный суставъ, широко открытый ударомъ серпа, нанесеннымъ поперечно выше верхняго края колѣнной кости, и

однако жъ, въ этомъ случаѣ, хотя разгибающія сухія жилы раздѣлены были въ трехъ наружныхъ четвертяхъ своихъ, произошло заживленіе первымъ натяженіемъ, и больной могъ пользоваться своимъ членомъ почти такъ же свободно, какъ и прежде полученія раны. Но все-таки надобно сказать, что это исключительные случаи.

Раны сочлененій отъ ушибающаго инструмента или чрезъ разрывъ всегда сопровождаются какими-нибудь осложненіями, которыя мы будемъ теперь описывать.

В. *Раны осложненныя.* — Между осложненіями суставныхъ ранъ, одни свойственны имъ однимъ; таковы: *травматическое воспаленіе сустава, излитіе крови или иной въ суставную полость.* Другія общи какъ имъ, такъ и ранамъ всѣхъ другихъ частей тѣла; но они заслуживаютъ особеннаго разсмотрѣнія, по причинѣ своей частости въ описываемыхъ нами ранахъ; это: *стойное зараженіе, гнилостное зараженіе и столбнякъ.*

1. *Травматическое воспаленіе сустава.* — Оно рѣдко обнаруживается съ перваго дня, и потому случается, что больные съ такого рода ранами возвращаются къ своимъ занятіямъ, какъ будто бы дѣло шло о маловажномъ нарушеніи цѣлости. Но къ концу втораго, а еще обыкновеннѣе третьяго, иногда даже четвертаго или пятаго дня, въ раненномъ сочлененіи начинаютъ появляться чрезвычайно сильныя боли, сопровождаемыя напряженіемъ и опуханіемъ.

Кажется даже, что чѣмъ продолжительнѣе начало болѣзни, тѣмъ сильнѣе ея симптомы. Мы сказали, кожа становится напряженною и блестящею вокругъ всего сочлененія; губы раны опухаютъ, тускнутъ, отекаютъ, переполненіе окружающей ихъ клетчатой ткани утравляетъ нормальный объемъ ихъ, и самое малое давленіе, самое легкое дотрогиванье до нихъ вырываетъ у больного сильныя крики. Не смотря на эту совокупность мѣстныхъ явленій, указывающихъ на очень сильное воспаленіе, кожа сохраняетъ часто замѣчательную блѣдность, или едва примѣтный розовый оттѣнокъ.

Въ то же время развиваются общіе припадки; пульсъ становится твердымъ и частымъ, языкъ сохнетъ, развивается жажда, кожа покрывается потомъ, и часто является даже бредъ, тѣмъ болѣе опасный, что, подъ вліяніемъ его, больной приводитъ членъ свой въ движенія, еще ожесточающія мѣстное воспаленіе, источникъ всѣхъ припадковъ.

Если рана произведена инструментомъ, сдѣлавшимъ довольно широкое отверстіе, то въ первые дни изъ нея вытекаетъ нѣсколько крови, смѣшанной съ клейкою и тягучею жидкостью, съ синовіею. Потомъ, въ моментъ появленія первыхъ припадковъ суставнаго воспаленія, эта жидкость мутится, становится серозною и сѣрватою. Наконецъ, когда при-

падки достигаютъ высшаго своего развитія, изъ отверстія раны, сдѣлавшагося свищевымъ, выходитъ гнойная серозная жидкость, перемѣшанная съ клочьями.

По мѣрѣ того, какъ въ суставѣ устанавливается нагноеніе, увеличивается сила припадковъ; опуханіе, ограничивавшееся до сихъ поръ сочлененіемъ, распространяется на части члена, лежація выше и ниже его; по сосѣдству часто развиваются нарывы, въ мышечныхъ промежуткахъ, въ мышцахъ и клѣтчаткѣ, окружающей суставы; иногда замѣчаются гангренозныя точки и даже полная гангрена нижней половины члена, производимая, вѣроятно, прижатіемъ сосудовъ отъ воспалительнаго набуханія.

Что касается общихъ припадковъ, то они также усиливаются соразмѣрно съ мѣстными; лихорадка сильная; языкъ, зубы и губы покрываются черноватымъ, сажистымъ слоемъ; черты лица измѣняются и напрягаются, и больной постоянно бредитъ, умирая наконецъ въ истощеніи.

Иногда смерть наступаетъ скорѣе, когда едва только устанавливается нагноеніе; и въ этомъ случаѣ она происходитъ не отъ истощенія, а отъ чрезмѣрности воспалительныхъ припадковъ.

Вотъ ходъ проникающихъ суставныхъ ранъ, когда онѣ оканчиваются несчастнымъ исходомъ; но, къ счастью, не всегда такъ бываетъ: въ такихъ случаяхъ воспаленіе замѣтно утихаетъ, боли прекращаются, и больной, поправляясь обыкновенно очень медленно, выздоравливаетъ съ болѣе или менѣе значительною негибкостью сустава; и всегда почти, если только было нагноеніе сочлененія, остается полная спайка или анкилозъ суставныхъ поверхностей, по причинѣ разрушенія обводящихъ хрящей, и обнаженія и воспаленія концовъ костей.

Авторы приводили случаи, правда рѣдкіе, въ которыхъ, при очень узкой ранѣ, воспаленіе, не усиливаясь представленнымъ нами образомъ, ограничивалось произведеніемъ едва болѣвшаго опуханія сустава, характеризовавшагося излитіемъ жидкости, какъ въ суставной водянкѣ *). Тогда можетъ случиться, говоритъ Вельпд, что слипшаяся рана раскрывается и выпускаетъ нѣсколько нормальной синовиі, или смѣшанной съ небольшимъ количествомъ гноя, потомъ снова закрывается, чтобы потомъ опять раскрыться, и такъ до окончательнаго излеченія.

Раны синовиальной оболочки всегда считались очень важными; только различно объясняли тѣ страшныя послѣдствія, которыя онѣ приводятъ съ собою.

А. Парё приписывалъ ихъ раненію апоневрозъ и сухихъ жилъ, считая ихъ самыми чувствительными частями въ животной экономіи. Такое же объясненіе представилъ и Фернель.

*) Lacombe, 1818, *thèse*, n° 253.

Брасдоръ приписываетъ важность ихъ не раненію, но тому сопротивленію апоневрозовъ, которое противопоставляютъ онѣ развивающемуся воспаленію и застою гноя *).

Давидъ и Гевенъ считаютъ главною причиною измѣненіе изли-
тыхъ соковъ; послѣдній прибавляетъ къ этому дѣйствіе воздуха на си-
новію.

Б. Белль, Монро, Томпсонъ, приписываютъ все воздуху, дѣй-
ствующему на синовиальную оболочку.

Бойе указываетъ на дѣйствіе воздуха и дурныхъ перевязокъ.

Бишъ предполагаетъ, что здѣсь бываетъ воспаленіе съ ущемленіемъ
фиброзныхъ частей, какъ при ногтядѣ.

Однимъ словомъ, явленія, сопровождающія проникающія раны сочле-
неній, приписываемы были: то поврежденію фиброзныхъ тканей, то
ущемленію воспаленныхъ частей этими же самыми тканями, то застою
жидкостей (гноя, крови, измѣненной синовиі), то наконецъ дѣйствию воз-
духа на суставныя поверхности.

Прежде чѣмъ дѣлать выборъ между этими мнѣніями, надобно сказать,
что въ наше время, послѣ трудовъ Галлера и его школы, очевидно до-
казавшихъ нечувствительность фиброзной ткани, нечего и думать о мнѣ-
ніяхъ А. Парё и Фернея.

Нельзя также допустить и застоя измѣненного гноя, потому что онъ
образуется только по мѣрѣ появленія самыхъ припадковъ: ему можно
приписать развѣ то только, что онъ поддерживаетъ эти припадки.

Что касается до синовиі и крови, то измѣненіе ихъ возможно;
но отъ чего же зависитъ это измѣненіе? Въ этомъ-то именно и состоитъ
вопросъ.

Поэтому намъ остается рассмотретьъ только слѣдующія двѣ предпола-
гаемыя причины: а) вхожденіе воздуха и его вредное дѣйствіе на сустав-
ныя поверхности, и б) ущемленіе, производимое апоневротическими
околосуставными тканями.

Труды новѣйшихъ хирурговъ, и въ особенности факты, заимствован-
ные у тенотоміи, послужатъ намъ съ большою пользою при изслѣдованіи
перваго вопроса. Не умѣя положительно объяснить дѣйствія воздуха на раз-
дѣленные ткани, нельзя однако жъ отвергнуть его, потому что ежедневный
опытъ удостовѣряетъ, что онъ оказываетъ опасное на нихъ вліяніе, отъ
котораго раны, вмѣсто соединенія первымъ натяженіемъ, стремятся пере-
ходить въ нагноеніе. Нельзя заключать о безвредности присутствія воз-
духа даже и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ, на воздухѣ, случается
иногда заживить раздѣленные ткани первымъ натяженіемъ; потому что

*) *Mém. de l'Académie de chirurgie.*

можно утверждать, что въ подкожныхъ стѣченіяхъ почти никогда не бываетъ нагноенія, если только принимаются всѣ предосторожности для воспрепятствованія доступу къ нимъ воздуха. Притомъ не видимъ ли мы, что широкіе разрывы суставныхъ сумокъ, обширныя кровоизліянія, слѣдующія за вывихами, не ведутъ за собою ни одного изъ тѣхъ припадковъ, которые такъ часто замѣчаются при сообщеніи сочлененія съ наружнымъ воздухомъ.

Изъ этихъ фактовъ, неизвѣстныхъ предшествовавшимъ намъ авторамъ, можно заключить, что прониканіе воздуха въ серозную полость служить *очень вѣроятнымъ* источникомъ описанныхъ нами важныхъ припадковъ.

Вельпд, опереженный впрочемъ военнымъ хирургомъ Ж. Фурнье *), думаетъ, что если воздухъ оказываетъ разрушительное вліяніе на ткани, то не тогда, когда онѣ здоровы, но когда онѣ воспалены уже отъ дѣйствія самой ранящей причины; жидкости, пріобрѣтая тогда новыя качества, обратно дѣйствуютъ на синовіальную оболочку и пробуждаютъ высшую степень ея раздражительности. Такимъ образомъ, прибавляетъ Ж. Фурнье, понятно дѣйствіе воздуха на хронически воспаленную плевру, при операціи эмпіемы; понятно и то, что входъ его въ плевритическую полость ведетъ за собою почти постоянно смертельные припадки.

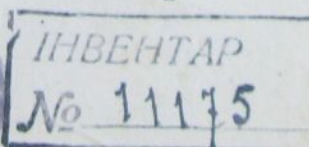
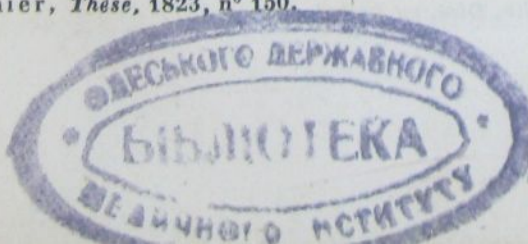
Этимъ объясненіемъ, какъ видно, Вельпд старается отдать себѣ отчетъ о дѣйствіи воздуха на ткани; но онъ не отрицаетъ вреднаго его вліянія.

Что касается ущемленія воспаленныхъ частей нерастяжимыми фиброзными тканями, то оно также можетъ играть очень важную роль; но это не первичная роль. Не ущемленіе вызываетъ воспаленіе; его бы даже и не было, если бъ воздухъ не проникнулъ въ сочлененіе. Все-таки, говоря о леченіи, мы вспомнимъ объ этомъ важномъ явленіи, которое повело нѣкоторыхъ практиковъ къ операціямъ уничтоженія ущемленія, имѣвшимъ, по видимому, очень полезные результаты.

По важности предмета, намъ простятъ эти подробности, касательно причины важныхъ припадковъ, сопровождающихъ проникающія раны. Въ самомъ дѣлѣ, очень понятны заключенія, которыя можно вывести, относительно леченія, изъ этихъ данныхъ, и даже на этой именно точкѣ зрѣнія основанъ въ послѣднее время способъ успѣшнаго извлеченія инородныхъ тѣлъ, развивающихся въ сочлененіяхъ, не допускающій воздуха проникать въ синовіальную полость.

Мы видѣли ходъ проникающей раны сочлененій, когда развиваются

*) J. Fournier, *Thèse*, 1823, n° 150.



воспалительныя явленія и появляется нагноеніе въ синовиальной оболочкѣ. Но припадки, производимые имъ, не всегда одни и тѣ же; они разнятся по величинѣ сочлененія, его важности, и по тѣмъ условіямъ, въ которыхъ находится самъ раненый.

2. *Кровоизліяніе въ сочлененіе.* Появляющееся кровотеченіе, которому нельзя помочь перевязкою раздѣленного сосуда, имѣетъ здѣсь опасность, не встрѣчающуюся въ другихъ ранахъ, потому что средства, которыя бы можно было употребить для остановленія его, производутъ не только кровоизліяніе въ суставную полость, но и могутъ сдѣлаться, по замѣчаніямъ Бойе и Ришрана, источникомъ страшныхъ воспалительныхъ припадковъ, имѣющихъ необходимо потомъ послѣдовать за вызваннымъ ими раздраженіемъ.

Эти кровотеченія очень часты въ ранахъ локтеваго сустава, коленного, подъема ноги, и т. п., по причинѣ большаго числа артерій, образующихъ, какъ извѣстно, вокругъ нихъ очень густыя сѣтки.

3. *Гнойное зараженіе.* Оно часто наблюдаемо было въ слѣдствіе суставныхъ ранъ, какъ при прямомъ поврежденіи венъ, такъ и тогда, когда нарушеніе цѣлости находилось на другихъ тканяхъ. Наклонность другихъ серозныхъ оболочекъ къ нагноенію, когда одна изъ нихъ нагноилась уже, составляетъ вѣрный и хорошо доказанный фактъ; даже болѣе часто находятся нарывы въ печени, въ легкихъ, въ почкахъ и селезенкѣ. Нѣкоторые авторы, пораженные этой одновременностью, говорили даже, что сочлененія имѣютъ такое же средство съ печенью и легкими, какъ головные покровы и мозгъ *).

Въ ученіи о гнойномъ зараженіи давно уже разобраны и оцѣнены всѣ эти теоріи и пріобрѣтеніемъ науки остается по крайней мѣрѣ то, что проникающія раны сочлененій особенно располагаютъ раненыхъ къ этому ужасному осложненію нарушеній цѣлости, осложненію, противъ котораго до сихъ поръ искусство почти всегда оставалось безсильнымъ.

4. *Гнилостное зараженіе.* По словамъ Бонне, когда кровь или гной, излитые въ сочлененіе, переходятъ въ гнилостное разложеніе, то замѣчаются припадки, очень отличные отъ припадковъ гнойнаго зараженія и которые должны быть приписаны гнилостному зараженію.

Мѣстныя явленія, обнаруживающіяся въ такомъ случаѣ, не имѣютъ ничего особеннаго; сочлененіе пухнетъ и чрезвычайно болитъ; жидкости, выходящія изъ раны, вонючи и перемѣшаны съ пузырьками газовъ. Въ то же время принимаютъ опасный характеръ и общіе припадки: сильная лихорадка, пульсъ чрезвычайно частый, кожа окрашивается легкимъ желтымъ цвѣтомъ, языкъ сухой, постоянный, но не шумный бредъ, ис-

*) Bégin, art. *Arthrite*, Dict. en 15 volumes, p. 487.

пращенія низомъ чрезвычайно вонючія, и наконецъ приходитъ смерть, не бывъ предшествоема ни ознобами, ни потами. При вскрытіи не находятъ нарывовъ во внутреннихъ органахъ.

5. *Столбнякъ.* Замѣчено, что раны малыхъ сочлененій часто бывали сопровождаемы столбнякомъ, тогда какъ это осложненіе рѣдко является въ слѣдствіе обнаженія широкихъ синовиальныхъ сумокъ. У всѣхъ военныхъ хирурговъ есть множество примѣровъ столбняка, въ слѣдствіе огнестрѣльныхъ ранъ или разрывовъ сочлененій ногъ и рукъ *).

Распознаваніе.—Оно вообще легко, если внимательно изслѣдовать направленіе и положеніе раны, глубину раздѣленныхъ слоевъ, истеченіе густой, клейкой, нитями тянущейся жидкости, иногда перемѣшанной съ воздухомъ и кровью, особенно если привести въ движеніе суставныя поверхности. Надобно однако жъ припомнить, что вокругъ сочлененій находятся сухожильныя влагалища или серозныя сумки, наполненныя густою и клейкою жидкостью, подобною синовиі, которой истеченіе можно иногда принять за синовиальное истеченіе. Для избѣжанія этой ошибки, мы укажемъ на то, что 1) количество истекающей жидкости гораздо значительнѣе въ томъ случаѣ, когда рана проникаетъ въ суставъ, и 2) что она вытекаетъ именно тогда, когда приводятъ въ движеніе суставныя поверхности.

Когда рана узка, извилиста, произведена колющимъ инструментомъ или пулею, которая могла уклониться отъ своего пути или попала въ раненаго въ другомъ положеніи, нежели въ какомъ онъ теперь изслѣдуется, то можетъ уничтожиться параллелизмъ между отверстіемъ, сдѣланнымъ ею въ покровахъ и въ сумкѣ, и отъ того необходимо будетъ отмѣнить свою діагностику. Мы говоримъ, что надобно отмѣнить ее, а не добиваться неблагоразумными маневрами, на примѣръ введеніемъ стилета, изслѣдовать рану, чтобы удостовѣриться въ ея прониканіи. И на что послужила бы увѣренность въ прониканіи? На то развѣ, чтобъ наблюдать за припадками, предотвращать ихъ развитіе или противодействовать имъ, если они развились уже; но и при сомнѣніи благоразумный хирургъ долженъ поступать точно такъ же, какъ будто бы онъ былъ убѣжденъ въ существованіи проникающей раны.

И тогда даже, когда бѣ подозрѣваемо было присутствіе инороднаго тѣла въ суставѣ, стараться извлечь его можно въ томъ только случаѣ, когда бѣ оно само, такъ-сказать, склонно было выйти. Для доказательства этого мнѣнія скажемъ, что часто, безъ малѣйшихъ послѣдствій, инородныя тѣла, каковы на примѣръ пули, оставленныя хирургами при первоначальной перевязкѣ, удаляемы бывали долго спустя послѣ излеченія раны.

*) J. Fournier, l. c. — Lefrançois, *Thèse de Paris*, 1820.

Предсказаніе. — Важна всякая рана, проникающая въ сочлененіе: это аксіома, которой никто не будетъ оспаривать; но эта важность ихъ далеко не всегда одинакова. Простые уколы важны менѣе всѣхъ, и въ этомъ согласны почти всѣ хирурги; и понятно, въ самомъ дѣлѣ, что они менѣе располагаютъ къ кровотеченію и къ прониканію воздуха, а слѣдовательно и ко всѣмъ тѣмъ явленіямъ, которыя неминуемо слѣдуютъ за дѣйствіемъ этой жидкости на раздѣленные ткани. Это служить даже новымъ доказательствомъ, подтверждающимъ разрушительное его вліяніе.

По той же причинѣ, гораздо важнѣе порѣзанныя раны, потому что онѣ даютъ болѣе свободный доступъ воздуху. Когда онѣ узки и соединяются непосредственно, то даже когда бѣ воздухъ и проникъ въ суставъ, иногда заживаютъ такъ же, какъ и простыя раны. Это всякій хирургъ знаетъ изъ опыта. Но, при наступленіи нагноенія, чѣмъ обширнѣе отверстіе въ сочлененіи и чѣмъ ближе это отверстіе къ самой нижней точкѣ, къ которой гной можетъ стекать самъ собою по своей тяжести, тѣмъ больше вѣроятностей излеченія; такъ думали Бойе, Дюпюитренъ и др.

Что касается до ранъ ушибенныхъ, то онѣ всегда тѣмъ важнѣе, что не возможно достигнуть непосредственнаго соединенія ихъ; отсюда почти постоянно самые опасные припадки съ нагноеніемъ синовиальной оболочки. Въ этомъ-то случаѣ Ледранъ, Дж. Белль, Дюпюитренъ и Ж. Фурнье считаютъ почти невозможнымъ излеченіе раны, сдѣланной на большомъ сочлененіи пулею или другимъ огнестрѣльнымъ снарядомъ. По ихъ мнѣнію, больной неминуемо умираетъ. Однако жъ другіе авторы приводили факты, доказывающіе возможность излеченія: такъ ихъ можно найти въ диссертациі Ноэля Рабаса *), Герисе **) и др. Все-таки проникающія ушибенныя раны важнѣе всѣхъ другихъ, особенно если подумать, что, даже и по излеченіи ихъ, больные почти неизбѣжно остаются калѣками.

Наконецъ раны разорванныя, или съ отрывомъ, безъ сомнѣнія располагаютъ къ важнымъ припадкамъ, каковы столбнякъ, гангрена и т. п., но, кажется, онѣ менѣе опасны, чѣмъ ушибенныя, и вѣроятно потому, что обыкновенно случаются только на малыхъ сочлененіяхъ и не сопровождаются ни ушибомъ, ни разломомъ костей.

Мы не будемъ повторять того, что говорили уже о ранахъ послѣ отпаденія струппевъ; мы показали уже важность ихъ. Понятно, что въ этихъ случаяхъ опасность будетъ тѣмъ больше, что очистительное воспаленіе приготовляетъ уже синовиальную оболочку къ принятію разрушительнаго вліянія атмосфернаго воздуха.

Можно вообще сказать, безъ отношенія къ роду ранящаго инструмен-

*) Noël Rabasse, *Thèse*, Paris, 1811, n° 84.

**) Héricé, *Thèse*, Paris, 1828, n° 34.

та, что какъ скоро появляется нагноеніе въ сочлененіи, то оно грозитъ больному или потерей жизни, или по крайней мѣрѣ движеній члена; потому что, въ послѣднемъ случаѣ, болѣе или менѣе полный анкилозъ почти неизбежно слѣдуетъ за этимъ нагноеніемъ, разрушающимъ синовиальную оболочку, хрящи и пр., и однимъ словомъ уничтожающимъ всякую подвижность сочлененія. Но такое слишкомъ рѣшительное предсказаніе, какъ справедливо замѣтилъ Бойѣ, слѣдуетъ произносить не въ первое время раненія, потому что послѣдствія часто могутъ опровергнуть его; въ самомъ дѣлѣ, случалось видѣть излеченіе такихъ больныхъ, которые давно приговорены были къ смерти, и смерть такихъ, которымъ все подавало надежду на излеченіе. Поэтому надобно быть сколько можно осторожнѣе въ своемъ предсказаніи.

Леченіе. — Ничто столько не можетъ показать страшнаго вреда отъ грубаго эмпирическаго леченія, какъ то леченіе, которое назначаютъ для ранъ сочлененій, да и для всѣхъ другихъ ранъ, нѣкоторые люди, незнакомые съ правилами искусства. Масло, вино, соленая вода, раздражающія мази, разныя травы, вотъ мѣстныя лекарства, предписываемыя ими для всѣхъ родовъ ранъ. Понятно, какъ такое жгучее леченіе, вызывая раздраженіе на губы раны, ведетъ за собою смертельныя припадки, и тѣмъ болѣе, что въ этихъ случаяхъ стараются не соединять краевъ раздѣленія цѣлости, чтобы лекарство было въ большемъ соприкосновеніи съ ранною. Лучше этого, конечно, ничего и придумать не возможно, имѣя въ виду препятствовать непосредственному соединенію раны и помогать доступу воздуха въ суставную полость.

Леченіе этихъ ранъ разнится, по виду инструмента, которымъ произведены онѣ, по періоду болѣзни и по свойству сопровождающихъ ихъ припадковъ. Мы рассмотримъ показанія, которыя должно выполнить: а) въ первыя минуты, слѣдующія за раненіемъ, прежде чѣмъ развилось воспаленіе; б) въ то время, когда существуетъ уже воспаленіе сочлененія; и с) тогда, когда образовался уже гной или гнойная сукровица, и остается безвыходно въ сочлененіи.

а). — Въ первомъ случаѣ, показаніе, представляющееся при всякой простой и проникающей ранѣ сочлененія, состоитъ въ томъ, чтобы непосредственно соединить губы раздѣленія цѣлости.

У авторовъ есть множество фактовъ, которые доказываютъ, что, дѣйствуя такимъ образомъ, удавалось въ теченіе 4 — 10 дней излечить, безъ обезображенія и безъ послѣдственной затруднительности отправления, такія раны, которыя, бывъ лечимы иначе, почти навѣрно погубили бы больныхъ. И этимъ авторамъ слишкомъ часто представлялись случаи жалѣть о печальныхъ послѣдствіяхъ того леченія, котораго мы также не могли пропустить безъ осужденія. Оно-то и заставило Ришрана ска-

зять, что главнымъ источникомъ важныхъ припадковъ въ суставныхъ ранахъ служатъ неметодическія перевязки *)).

При правильной перевязкѣ, употребляются ленточки липкаго пластыря, для сближенія и удержанія въ соединеніи губъ раны. Членъ кладется возможно-неподвижно и слегка забинтовывается круговою повязкою, причемъ все раненое сочлененіе старательно обкладывается корпіею. Въ подобныхъ же обстоятельствахъ, Боніе рекомендуетъ употребленіе крученнаго шва (*suture entortillée*), которымъ еще совершеннѣе закрывается рана. Кромѣ того онъ совѣтуетъ обливанья или прикладыванья холоднаго тертаго картофеля, возобновляя его чрезъ каждую четверть часа, если мѣсто раны не позволяетъ употребленія обливаній.

Посмотримъ теперь, какое надобно употребить лечение для ранъ ушибенныхъ и отрывныхъ, для ранъ осложненныхъ инородными тѣлами, если бѣ больные явились тотчасъ послѣ происшествія. Мы говорили уже, что онѣ важнѣе всѣхъ другихъ, и до того, что нѣкоторые знаменитые хирурги предлагали себѣ вопросъ: не должно ли всегда прибѣгать къ непосредственной ампутаціи? Мы доказали однако жъ фактами возможность иногда излеченія ихъ; слѣдовательно позволительно его попробовать, особенно имѣя дѣло съ ранами въ сочлененіяхъ не очень обширныхъ и принадлежащихъ верхнимъ членамъ.

Вмѣсто соединенія губъ раны, которыя не заживутъ первымъ натяженіемъ по причинѣ болѣе или менѣе сильнаго ушиба, надобно удовольствоваться легкою перевязкою; но не должно подражать тѣмъ практикамъ, которые, для того чтобъ держать ихъ разведенными, помѣщаютъ въ нихъ бурдонеты или турунды, способные на то только, чтобы вызвать раздраженіе, которое и безъ того уже иногда слишкомъ трудно предотвратить.

Въ болѣе трудныхъ случаяхъ, когда смятіе мягкихъ частей заставляетъ бояться очень сильной реакціи, Шмукеръ, и въ особенности стразбургскій профессоръ Ломбаръ, употребляли обливанья холодною водою. Этотъ образъ дѣйствія, хваленный Перси, былъ почти забытъ уже, когда, въ польскіе дни 1830 и июльскіе 1832, снова представились случаи испытать его. Послѣдствія были очень ободрительны, и можно сказать, что въ настоящее время онъ принятъ вездѣ и доставляетъ большую пользу. А Бераръ и Вельпѣ считаются особенными его партизанами. Чтобъ обливанья были полезны, надобно чтобъ они были постоянны и долго продолжаемы; теплую воду должно предпочесть холодной, которая останавливаетъ кровообращеніе и располагаетъ къ гангрѣ. Мы убѣждены, что это средство сохранило много членовъ, которые безъ него неизбѣжно должны бы были быть ампутированы.

*) Richerand, *Nosographie chirurgicale*, t. II, p. 270.

Что дѣлать въ томъ случаѣ, когда ушибающій инструментъ открылъ широкое и обширное сочлененіе: подвергнуть ли его постоянному обливанію? Но здѣсь уже нѣтъ вѣроятности остановить имъ воспалительные припадки; притомъ, въ этомъ случаѣ, обливанье имѣетъ еще и свои опасности: оно располагаетъ больного къ общей простудѣ, къ внутренностнымъ воспаленіямъ. Ограничиться ли просто перевязкою, ожидая обнаруженія воспалительныхъ припадковъ? Но это значить лишить больного послѣдней остающейся ему надежды на спасеніе; потому что, послѣ развитія припадковъ, нельзя уже будетъ думать объ ампутаціи. Въ этихъ-то случаяхъ Ледранъ, Дж. Белль, Дюпюитренъ не задумывались прибѣгнуть къ этому послѣднему средству. При отказѣ больного, Дюпюитренъ предлагалъ обширно расширять рану, для доставленія свободнаго истока жидкости. Это безъ сомнѣнія очень страшное средство, но, къ несчастію, совершенно необходимое, и на одинъ или два случая, въ которыхъ больные, отказавшись отъ ампутаціи, сохранили свои члены, сколько другихъ несчастныхъ, которые заплатились жизнію!

Наконецъ упомянемъ еще о резекціяхъ, представляющихъ драгоценное пособіе въ тѣхъ случаяхъ, когда рана позволяетъ прибѣгнуть къ нему.

б). — Увидѣвъ больного въ такое время, когда начали уже показываться первоначальныя припадки, надобно приступить къ самому энергическому антифлогистическому леченію. Пьявки, приставленныя въ большомъ числѣ вокругъ сочлененія, и часто повторенныя, общія кровопусканія, общія ванны, смягчительныя припарки, часто останавливали начинающееся воспаленіе, когда не появилось еще нагноеніе.

Флёрі отецъ, хирургъ госпиталя въ Clermont-Ferrand, давно уже старался обратить вниманіе хирурговъ на одно средство, которое онъ считаетъ героическимъ, и которое, повидимому, въ самомъ дѣлѣ бывало очень дѣйствительно. Онъ прикладываетъ на воспаленное сочлененіе широкую летучую мушку, и если ея недостаточно, черезъ нѣсколько дней повторяетъ ее. Это средство не мѣшаетъ употребленію какъ общихъ, такъ даже и мѣстныхъ антифлогистическихъ средствъ.

Припоминая дѣйствительность мушекъ въ воспаленіи плевры, этотъ хирургъ думаетъ, что одна аналогія должна уже заставить практиковъ прибѣгать къ этому лекарству въ травматическихъ воспаленіяхъ сочлененій. Дюпюитренъ часто прибѣгалъ къ такому леченію и хвалитъ его въ своихъ клиническихъ лекціяхъ. Вельпо, испытывавшій его, кажется, также получилъ хорошіе результаты. Много разъ и самъ я также употреблялъ его съ успѣхомъ.

Укажемъ здѣсь, но для того только, чтобъ навсегда отвергнуть, на методу доктора Шрагера, состоящую въ прижиганіи раны бурдонетомъ

напитаннымъ азотною кислотою, съ цѣлю воспрепятствовать болѣзненному отдѣленію *). Вѣроятно мысль этого леченія подана ему была ветеринарами, которые, какъ извѣстно, прижигаютъ каленымъ желѣзомъ суставныя раны для произведенія струпа, который помѣшалъ бы истеченію синовиі.

с). — Что дѣлать, если, не смотря на употребленіе этихъ благоразумно соображенныхъ средствъ, воспаленіе сустава оканчивается нагноеніемъ?

Въ большей части случаевъ, при нагноеніи сочлененія, не возможно уже прибѣгнуть къ ампутаціи. Дѣйствительно, въ первое время общіе припадки такъ важны, что отнятіе члена увеличило бы ихъ, а не уменьшило. Потомъ, когда утихли эти припадки, позволено надѣяться приличнымъ леченіемъ доставить больному столько же вѣроятностей излеченія, какъ и ампутаціею, прибавивъ сюда и ту еще выгоду, что больной сохранить свой членъ.

Поэтому должно стараться заживить центръ нагноенія. Почти всѣ хирурги, для достиженія этой цѣли, предлагали открывать и расширять раны сочлененій, дѣлать въ нихъ противуотверстія въ наклонныхъ (нижнихъ) точкахъ, съ цѣлю способствовать истеченію гноя, впрыскивать въ нихъ мягчительныя жидкости. Такъ поступали, и дѣйствительно очень рачительно, Ж. Пти, Давидъ, Бойе, Дюпюитренъ; потому что, въ одномъ случаѣ расширенія раны опасны, когда синовиальная оболочка не воспалена еще, въ другомъ необходимы, когда эта оболочка отдѣляетъ гной, котораго застой въ образуемыхъ ею углубленіяхъ ведетъ за собою изнурительную лихорадку, убивающую большую часть больныхъ.

Если, не смотря на эти надрѣзы, въ сочлененіи застаивается гнойная сукровица или загнившая кровь и можно бояться припадковъ гнилостнаго зараженія, то, по совѣту Бонне, должно впрыскивать въ сочлененіе противогнилостныя жидкости, каковы напримѣръ: смѣсь воды съ камфорнымъ спиртомъ, бальзамъ Фіоравенти, — способъ, рекомендованный самими знаменитыми хирургами послѣдняго вѣка, и оставленный больше по теоретическимъ видамъ, чѣмъ по опроверженіямъ опыта.

Дѣлая противуотверстія и расширенія раны, надобно въ то же время держать членъ въ рѣшительной неподвижности, помѣстивъ его въ жолобъ, открытомъ только спереди, или еще лучше въ неподвижномъ аппаратѣ, который оставить открытымъ только больной суставъ.

Флері говоритъ, что онъ и въ этихъ случаяхъ видалъ большую пользу отъ часто возобновлявшейся летучей мушки.

Наконецъ, когда больной перенесъ всѣ эти припадки и начинается заживленіе гнойнаго центра, можно удостовѣриться, что кости, обна-

*) *Rust's Magazin*, tome XVII, cah. 2, p. 327.

женныя чрезъ отпаденіе хрящей, трутся однѣ о другія, съ легкимъ хрустящимъ шумомъ; это указываетъ, что излеченіе вѣроятно кончится полнымъ анкилозомъ, и должно употребить все, что можно, чтобъ онъ произошелъ въ возможно менѣе обременительномъ положеніи. Если болѣзнь занимаетъ верхній членъ, то его, вмѣсто того чтобъ держать разогнутымъ, какъ необходимо на голени, должно привести въ сгибаніе, потому что оно менѣе будетъ мѣшать послѣдующимъ отправленіямъ.

Укрѣпляющее леченіе. Отъ времени до времени можно назначать сѣрнистыя дѣйствія, для вспомошествованія питанію члена, почти всегда остающагося слабымъ и исхудалымъ. Для закрытія свищевыхъ ходовъ могутъ быть употреблены іодныя впрыскиванья.

Отдѣлившіеся омертвѣлые куски кости (*séquestres*), если они есть, извлекаются тотчасъ же, какъ только представится возможность удалить ихъ.

ГЛАВА III.

О суставной водянкѣ.

Именемъ *суставной водянки* (*hydarthrose*) обозначается накопленіе въ суставной полости болѣе или менѣе измѣненной синовиальной жидкости.

Эта болѣзнь, обозначенная у А. Парѣ именемъ *apostème aqueux*, описана многими авторами подъ именемъ *hydarthrus* или *hydarthrose*, *hydropisie des articulations*, и была, кажется, мало извѣстна древнимъ. Съ другой стороны, трудно понять, какъ они могли пропустить ее, особенно когда она находится, напримѣръ, въ колѣнномъ сочлененіи, тамъ гдѣ такъ легко замѣтить и распознать ее по одному уже обезображенію члена.

Синовиальныя сумки суть оболочки серозныя, видо-измѣненныя столько, сколько требовало того ихъ особенное назначеніе, и, подобно всѣмъ серознымъ, расположены къ водянкѣ, т. е. къ накопленію въ полостяхъ ихъ жидкости, которую въ нормальномъ состояніи отдѣляютъ онѣ для поддержанія гибкости тканей и скользкости суставныхъ поверхностей. Эта жидкость, накапливаясь, стремится разгладить серозную оболочку, увеличить полость ея, развести между собою суставныя поверхности, и слѣдовательно отдавливаетъ кнаружи и какъ-бы отъ центра къ периферіи мягкія части, одѣвающие сочлененіе, отъ чего противъ сустава и появляется болѣе или менѣе явственная опухоль: она показываетъ, что водянка уже существуетъ.

Этіологія.—Въ чемъ состоитъ ближайшая причина этого накопленія жидкости?—вопросъ, на который не возможно дать удовлетворительнаго отвѣта. Въ самомъ дѣлѣ, сказать, что она состоитъ, какъ всѣ водянки, въ недостаткѣ равновѣсія между силами всасыванія и испаренія, значитъ выразить тотъ же фактъ, только другими словами.

Эта болѣзнь можетъ случиться во всѣхъ сочлененіяхъ, имѣющихъ просторную синовіальную оболочку и позволяющую накопленіе отдѣленной жидкости. Отсюда понятно, что чѣмъ эта оболочка обширнѣе, тѣмъ больше надобно опасаться излитія въ ней; поэтому-то всѣхъ чаще поражается синовіальная оболочка колѣна, потомъ слѣдуютъ оболочки тазобедреннаго сустава, плеча, локтя, ручной кисти, ноги и т. д. Очень рѣдка водянка въ сжатыхъ суставахъ, однако жъ не невозможна, какъ это доказываютъ наблюденія акушеровъ надъ тазовыми симфизами. Извѣстно, въ самомъ дѣлѣ, со времени Северена Пинд, что они разпухаютъ и что въ нихъ накапливается жидкость, за нѣсколько времени до родовъ, имѣющая цѣлью облегчить прохожденіе плода.

Что касается до производящихъ причинъ, то ихъ гораздо легче опредѣлить; онѣ могутъ быть или травматическія, слѣдовательно мѣстно дѣйствующія, или связанныя съ болѣзью всего организма и дѣйствующія общимъ образомъ.

Мѣстными причинами бываютъ удары, паденія, ушибы сочлененія. Весьма часто въ слѣдствіе растяженія сочлененія образуется излитіе въ серозную полость, хотябы членъ и не былъ прямо ударенъ, но единственно потому, что онъ былъ растянутъ. Чрезмѣрное упражненіе, усиленная ходьба, присутствіе сростковъ или инородныхъ тѣлъ въ суставѣ, сосѣдство раны, также могутъ часто произвести водянку сочлененій.

Что касается общихъ причинъ, то онѣ тѣмъ отличаются отъ мѣстныхъ, что въ одно время могутъ дѣйствовать на одно или многія сочлененія, могутъ попеременно поражать то тотъ суставъ, то другой, такъ что подумаешь, будто опуханіе ихъ происходитъ отъ настоящаго переноса болѣзненной матеріи. Такъ дѣйствуютъ страданія ревматическія, влажный холодъ и т. п. У родильницъ, у страдающихъ бленнорройнымъ истеченіемъ, иногда суставныя накопленія, въ одномъ или многихъ сочлененіяхъ, появляются въ теченіе двадцати-четырехъ часовъ, а потомъ также легко (хоть это и рѣже) и исчезаютъ.

Надобно однако же сказать, что если синовіальныя накопленія появляются иногда въ связи съ общими болѣзнями организма, то рѣдко совпадаютъ съ другими серозными накопленіями. Нѣкоторые медики отрицаютъ даже тѣсное соотношеніе между суставнымъ накопленіемъ въ родильной горячкѣ, или при бленнорреѣ, и между самыми этими болѣзнями; они видятъ здѣсь простое только, случайное, совпаденіе.

Извѣстныя тѣлосложенія, извѣстные темпераменты, повидимому болѣе другихъ расположены къ развитію водянки сочлененій; сюда принадлежатъ субъекты ослабленные излишествами или лимфатическаго темперамента. Не замѣчено, чтобы дѣти болѣе расположены были къ этой болѣзни, чѣмъ взрослые или старики, или женщины больше мужчинъ.

Патологическая анатомія.—Такъ какъ простая водянка сочлененій не смертельна, и никогда не доводитъ до необходимости отнятія члена, то рѣдко удавалось изслѣдовать патологическія измѣненія, сопровождающія эти синовіальныя накопленія. Когда приходитъ смерть или стала необходимою ампутація, то имѣемъ дѣло уже не съ водянкою, а съ болѣе важною болѣзнію сочлененія, съ бѣлою опухолью. Однако жъ Бланденъ, имѣвшій случаи изслѣдовать сочлененія въ этомъ первомъ періодѣ, говоритъ, что онъ всегда встрѣчалъ болѣе или менѣе сильное кровяное налитіе синовіальной оболочки и наполненіе серозной полости тягучею и густою жидкостью. Хрящи, никогда не имѣвшіе слѣдовъ сосудистости, иногда представляли только разсѣданіе своихъ волоконъ. Надобно однако жъ предполагать, что Бланденъ имѣлъ дѣло съ случаями суставныхъ воспаленій съ излитіями; потому что Дюпюитренъ, имѣвшій случай изслѣдовать оба колѣна съ водянками у одного казненнаго, не замѣтилъ, чтобы синовіальная оболочка была сосудистѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи: она была только нѣсколько красна, утолщена и изъ поверхности ея висѣли стебельчатая кисти, источавшія синовію при сжиманіи ихъ *). Ришѣ съ своей стороны также имѣлъ много случаевъ изслѣдовать суставныя водянки на трупахъ, и также находилъ синовіальную оболочку бѣлою, даже бѣлѣе обыкновеннаго и какъ-бы *вымытою*. И эти послѣдніе факты совершенно согласуются съ тѣмъ, что мы знаемъ о состояніи другихъ серозныхъ оболочекъ, пораженныхъ водянкою. Слѣдовательно воспаленіе синовіальной оболочки не есть постоянное явленіе и было бы несправедливо, опираясь на небольшое число фактовъ, въ которыхъ находимо было болѣе явственное кровяное налитіе, утверждать, будто всѣ суставныя водянки бываютъ воспалительнаго свойства. Связки всегда нѣсколько удлиннены, что и допускаетъ большую подвижность между соотвѣтственными костями.

Что касается свойства жидкости, то она различна: обыкновенно густая и тягучая какъ синовія, она бываетъ желтоватаго цвѣта, и, вытекающая черезъ трубочку, представляетъ густоту масла. Однако жъ иногда бываетъ красноватою, и даже совсѣмъ красною, а въ другихъ случаяхъ серозною. Последнее всего рѣже, и въ послѣднее время даже удостовѣрились въ этомъ фактѣ, назначая проколы сочлененій какъ методу лече-

*) *Dict. des sciences médicales*, tome XXII, p. 148.

нія водянокъ ихъ. Рѣдко эта жидкость, въ настоящихъ свѣжихъ суставныхъ водянкахъ, смѣшана бываетъ съ бѣловыми ключьями или просовидными зернами; въ этихъ случаяхъ почти съ достовѣрностью можно предполагать, что или здѣсь было довольно сильное воспаленіе, или что болѣзнь произошла отъ наружнаго насилія.

Количество этой жидкости, мы сказали уже, можетъ быть значительно. Что касается до болѣе глубокихъ и болѣе развитыхъ измѣненій костей и синовиальной оболочки, то объ нихъ мы будемъ говорить при разсматриваніи бѣлыхъ опухолей сочлененій.

Симптоматологія. — Суставная водянка можетъ представиться и въ острой формѣ и въ хронической, и кажется не необходимо, чтобы первая всегда предшествовала послѣдней. Въ самомъ дѣлѣ бываетъ иногда, что въ сочлененіи накапливается жидкость безъ малѣйшей предшествовавшей боли; и самъ больной замѣчаетъ это тогда только, когда накопленіе уже очень обильно, такъ что если бѣ не странный объемъ пораженнаго члена, то онъ и не думалъ бы искать врачебной помощи.

Острая суставная водянка, происходящая въ слѣдствіе ушибовъ, ударовъ по сочлененіямъ, есть не что иное, какъ одно изъ явленій воспаленія сустава, точно такъ какъ острая водянка мошонки есть явленіе, сопровождающее воспаленіе яичекъ, а потому мы и возвращаемъ читателя къ статьѣ *о воспаленіи сочлененія*.

Но есть другая разность острой суставной водянки, которую мы называемъ такимъ образомъ не потому, чтобъ она причиняла сильныя боли, но потому что появляется вдругъ и быстро, иногда въ двадцать-четыре часа достигаетъ наибольшаго своего развитія: ее мы должны описать здѣсь; и однако жъ, такъ какъ явленія, характеризующія ее, не разнятся отъ явленій принадлежащихъ хронической формѣ суставной водянки и еще гораздо чаще встрѣчающейся, то мы опишемъ вмѣстѣ симптомы ихъ, не забывая впрочемъ указать въ своемъ мѣстѣ на характеризующія ихъ отличія.

Мы сказали, что суставная водянка характеризуется зыблущимся опуханіемъ сочлененія. Быстро или медленно наступаетъ накопленіе жидкости (вопросъ не касается здѣсь до того накопленія, которое сопровождается воспаленіемъ сочлененія), кожа всегда почти сохраняетъ свое нормальное состояніе, равно какъ и подлежащія ткани до суставной сумки, такъ что зыбленіе слышно сквозь всѣ эти ткани, оставшіяся здоровыми; однимъ словомъ, нѣтъ ни отека, ни тѣстообразности. Это зыбленіе обыкновенно не одинаково замѣтно по всей окружности сочлененія. Такъ какъ мышцы, кости и фиброзныя ткани не вездѣ одинаково удерживаютъ синовиальную оболочку, но въ однѣхъ точкахъ меньше, чѣмъ въ другихъ, то въ этихъ-то именно точкахъ, для даннаго сустава всегда

въ однѣхъ и тѣхъ же, она и выдается наиболѣе; такъ, на колѣнѣ это обѣ стороны колѣнной сухой жилы и верхняя часть колѣнной кости, на ногѣ — впереди обѣихъ лодыжекъ, на кисти ручной — тыльная и ладонная поверхности, на локтѣ — бока локтеваго отростка, на плечѣ — промежутокъ между дельтовидною и грудной большою мышцами. Бедротазовой суставъ слишкомъ глубокъ, чтобы можно было опредѣлить присутствіе жидкости, поэтому и отрицали его; но наблюденія Париза и Лессоважа *) не оставили уже ни какого на этотъ счетъ сомнѣнія.

Чтобы замѣтить это зыбленіе, нужна привычка и нѣкоторыя предосторожности. Напримѣръ на колѣнѣ, одна рука прикладывается выше колѣнной кости, другая ниже ея; такимъ-образомъ скопляютъ жидкость подъ этой костью, которая и приподнимается; послѣ того, сильно давя на нее указательнымъ пальцомъ, вдавливаютъ ее въ жидкость, которая и расплывается къ бедреннымъ мышцелкамъ, производя особенный характеристическій шумъ (толчокъ). Такимъ способомъ можно открыть самое маленькое накопленіе. Но, для того чтобы это изслѣдованіе дало ожидаемый результатъ, мы должны указать здѣсь на одну необходимую предосторожность; она состоитъ въ томъ, чтобы предварительно разогнуть голень съ бедромъ, иначе разгибающія мышцы и колѣнная связка, бывъ натянуты, крѣпко держатъ колѣнную кость, вдавливая ее въ мышцелковый жолобъ и слѣдовательно препятствуютъ двойному движению, о которомъ говорили мы. На другихъ сочлененіяхъ рука помѣщается такъ, чтобы обнять половину окружности члена, потомъ другою рукою производится попеременное давленіе, которымъ волна жидкости отдавливается отъ одной руки къ другой.

Присутствіе жидкости въ суставѣ всегда болѣе или менѣе обезображиваетъ членъ. Накаплиаясь въ большомъ количествѣ, она стремится отдалить между собою суставныя поверхности: въ тазобедренномъ суставѣ она можетъ заставить бедренную головку выйти изъ вертлужной впадины; въ колѣнѣ и локтѣ можетъ воспрепятствовать разгибательнымъ движеніямъ членовъ; при скопленіи въ плечѣ рука слегка опускается. Еще болѣе: обезображеніе каждаго сочлененія имѣетъ въ себѣ нѣчто характеристическое, такъ что одинъ уже взглядъ на него можетъ повести къ правильной діагностикѣ. Мы говорили уже, куда выдается жидкость въ каждомъ суставѣ: въ этихъ-то мѣстахъ и должны находиться выпуклости, которыхъ на колѣнѣ, напримѣръ, три: двѣ по сторонамъ колѣнной связки и одна выше колѣнной кости.

Когда накопленіе значительно и быстро произошло, то членъ принимаетъ обыкновенно неизмѣнное положеніе, и при перемѣнахъ котораго

*) *Archives de médecine*, 1823.

больной чувствуетъ сильныя боли, фактъ, весьма удовлетворительно объясненный опытами Боннѣ надъ суставными впрыскиваніями. Дѣйствительно, этотъ хирургъ показалъ, что вмѣстимость суставныхъ полостей разнится, смотря по разнымъ движеніямъ сочлененій. И при очень значительномъ накопленіи жидкости, послѣдняя дѣйствуетъ обратно на сумку и заставляетъ членъ принять также положеніе, въ которомъ сочлененіе имѣетъ наибольшую вмѣстимость. Впрыскиваніе въ колѣнный суставъ сначала растягиваетъ синовиальную сумку и потомъ скоро заставляетъ голень сгибаться къ бедру; это же положеніе члена видимъ и въ острыхъ водянкахъ колѣннаго сустава. Отсюда же понятно, что какъ скоро произошло уже накопленіе жидкости, нельзя уже измѣнить положеніе члена, потому что всякое сообщенное суставу движеніе стремится уменьшить вмѣстимость его. Вмѣстѣ съ этимъ жидкость, не могши вытечь, дѣйствуетъ на сумку и синовиальную оболочку и заставляетъ ихъ испытывать болѣзненное растяженіе. Но, повторяю, это явленіе замѣчается тогда только, когда накопленіе жидкости произошло быстро и недавно, потому что, въ противномъ случаѣ, связки мало по малу уступаютъ, растягиваются и позволяютъ такія движенія, которыя не существуютъ въ нормальномъ состояніи. Ришѣ сообщилъ намъ наблюденіе надъ одною женщиною, страдавшею суставною водянкою праваго колѣна, котораго объемъ равнялся головѣ трехлѣтняго ребенка. Въ немъ такъ удалены были между собою суставныя поверхности, что нога болталась по всѣмъ направленіямъ, какъ *нога полишинеля*.

Боли, чувствуемыя въ сочлененіяхъ, обыкновенно очень не сильны, а когда членъ въ покоѣ, то можно сказать, что ихъ и вовсе нѣтъ. Только при быстромъ развитіи накопленія бываютъ нѣкоторые лихорадочные припадки, сопровождаемые маловозвышенною чувствительностью. Само собою разумѣется, что мы говоримъ здѣсь не о томъ накопленіи, которое является послѣ остраго воспаленія сочлененія, ушиба или остраго ревматизма.

При внимательномъ изслѣдованіи окружности сочлененія, часто замѣчается, при давней суставной водянкѣ, ограниченное отвердѣніе въ глубинѣ тканей, образующее твердое ядро, ускользящее изъ-подъ пальца и имѣющее нѣкоторую подвижность. Это отвердѣніе встрѣчается обыкновенно противъ той точки, гдѣ синовиальная оболочка заворачивается, чтобы перейти съ поверхности кости на внутреннюю поверхность сумки. Всего чаще замѣчается оно въ колѣнѣ и лежитъ на передней и наружной его части, на 3—4 сантиметра повыше верхняго края колѣнной кости, иногда и выше, когда, напримѣръ, синовиальная сумка слишкомъ растягивается. Встрѣчается также на переднемъ и внутреннемъ боку. Маржоланъ, первый открывшій эту особенность, приводитъ въ своихъ лекціяхъ, что, бывъ однажды призванъ на консультацію касательно из-

влеченія инороднаго тѣла изъ колѣннаго сустава, онъ попалъ какъ-разъ во время, чтобъ остановить руку хирурга, принявшаго это затвердѣніе за инородное тѣло.

Ходъ и продолженіе суставной водянки очень различны; если накопленіе существуетъ уже извѣстное время и образовалось медленно, то рѣдко возможно произвольное всасываніе жидкости. Напротивъ, когда болѣзнь произошла быстро и жидкости не очень много, то она часто проходитъ сама собою. Мы говорили уже, что когда накопленіе очень обильно, то оно можетъ свихивать кости, удлиняя соединяющія ихъ части; но это не единственный исходъ суставной водянки: часто слѣдствіемъ ея бываютъ измѣненіе хрящей, отолстѣніе и воспаленіе синовіальной оболочки, измѣненіе костей. Я говорю не о синовіальномъ накопленіи, а о причинѣ, производящей это накопленіе, и какъ скоро появляется нагноеніе въ суставѣ, то болѣзнь перераждается въ бѣлую опухоль.

Наконецъ бывали случаи, что синовіальная сумка разрывалась отъ чрезмѣрнаго накопленія жидкости, которая тогда пропитывала собою окружающія ткани. Этотъ рѣдкій исходъ много разъ наблюдаемъ былъ на колѣнѣ, и происходилъ или въ слѣдствіе какой-нибудь особенной причины, или самъ собою, отъ одного чрезмѣрнаго расширенія сумки. По словамъ Пармантьё *), Бретонно Турскій видѣлъ разрывы синовіальныхъ сумокъ локтя, плеча и тазобедреннаго сочлененія.

По уничтоженіи накопленія всегда остается болѣе или менѣе замѣтная негибкость, никогда не доходящая до полного анкилоза, если только не было нагноенія сумки, не случающагося въ простой суставной водянкѣ.

Распознаваніе. — Изъ описанныхъ нами подробностей видно, что распознаваніе суставной водянки поверхностныхъ сочлененій легко, и напротивъ очень трудно въ глубокихъ сочлененіяхъ, какъ напримѣръ въ тазобедренномъ; такъ-какъ эта послѣдняя обнаруживается нѣкоторыми особенными явленіями, то для этихъ подробностей мы рекомендуемъ читателю главу *о бѣлой опухоли подвздошно-бедреннаго сочлененія*.

Что касается отека сочлененій, кровяныхъ опухолей, *hygromata*, то ихъ всегда легко отличить. Опухоль отъ серозной инфильтраціи сдавливается отъ легкаго прижатія и сохраняетъ вдавленіе пальцевъ. Въ *hygroma* жидкость находится впереди колѣнной кости, что легко узнается по положенію опухоли, по ограниченной обыкновенно выпуклости, образуемой ею на передней части колѣна, и наконецъ потому, что если употребить описанный нами способъ изслѣдованія — для приподнятія колѣнной кости, въ случаѣ суставной водянки — то палецъ сдавливаетъ переднюю

*) Parmentier, *Thèse de Paris*, 1827, n° 267, p. 13.

часть опухоли, оттѣсняетъ жидкость и дотрогивается до передней поверхности коленной кости, которая скрыта очень глубоко.

Труднѣе отличить водянку серозной сумочки (*hydropisie de la bourse séreuse*), лежащей позади коленной связки и впереди верхняго конца большеберцовой кости; въ самомъ дѣлѣ, когда серозная сумочка очень расширена, то она образуетъ съ cadaго боку связки закругленную выпуклость, дающую колену форму, похожую на ту, которая свойственна суставной водянкѣ его. Прибавимъ кромѣ того, что и здѣсь, какъ въ суставной водянкѣ, можно также чувствовать зыбленіе пальцами, приложенными съ обоихъ боковъ коленной связки; но отличительные признаки водянки серозной сумочки состоятъ въ томъ: 1. что опухоль совершенно ограничена и находится ниже коленной кости; 2. что медленнымъ и однообразнымъ прижатіемъ жидкости нельзя отдавить ее въ сочлененіе, и 3. что коленная кость не приподнята, а напротивъ сильно прижата къ бедреннымъ мышцамъ, въ слѣдствіе напряженія коленной связки, приподнятой серознымъ мѣшкомъ.

Предсказаніе. — Суставная водянка есть важная болѣзнь: она можетъ сопротивляться всѣмъ употребленнымъ средствамъ и кончиться разрушеніемъ хрящей, нагноеніемъ синовиальной оболочки и воспаленіемъ костяныхъ окончностей. Особенно надобно бояться этого исхода у субъектовъ золотушныхъ или ослабленныхъ излишествами или прежними важными болѣзнями. Но къ счастью не всегда такъ бываетъ, и она можетъ разрѣшиться при помощи извѣстныхъ средствъ, которыя намъ слѣдуетъ теперь разсматривать. Что касается суставной негибкости, всегда остающейся послѣ нѣсколько продолжавшейся болѣзни, то она не опасна и легко уступаетъ обливаніямъ, душамъ и умѣренному упражненію.

Леченіе. — Леченіе должно разниться, смотря по тому, происходятъ ли суставныя водянки отъ общихъ причинъ, или нѣтъ, давно ли существуютъ или быстро развиваются.

Такъ, въ случаяхъ происхожденія болѣзни подъ вліяніемъ ревматической причины, простуды, должно, приличными средствами, противодѣйствовать сперва общему страданію *).

При появленіи суставнаго накопленія во время перелойнаго страданія употребляются бальзамическія антибленорройныя средства, кубебы или копейскій бальзамъ.

Суставная водянка у родильницъ должна быть лечима какъ осложненіе самой родильной горячки, т. е. тѣми энергическими средствами, которыя обыкновенно направляются противъ этого страданія, кровоизвлеченіями,

*) См. *Pathologie médicale* de M. Requin, tome III, art. *Rhumatisme*.

слабительными, между тѣмъ какъ на больныя сочлененія прикладываются успокоивающія мази или широкія мушки *).

Что касается водянки отъ мѣстныхъ причинъ, то мы говорили уже, что она можетъ появиться очень быстро и подъ вліяніемъ сильнаго ушиба сочлененія; тогда она есть не что иное, какъ симптомъ остраго воспаления сочлененія и должна быть лечима какъ осложненіе этой болѣзни (см. выше, стр. 14); или она развивается болѣе или менѣе медленно и не сопровождаясь очень замѣтными воспалительными припадками: это та разность хронической формы, которую мы преимущественно имѣли въ виду при описаніи, и которой леченіе должны изложить теперь.

Нѣкоторые хирурги, какъ напримѣръ Бландэнъ, Жерди, думая, что даже въ этой хронической формѣ всегда существуетъ болѣе или менѣе замѣтное воспаленіе или раздраженіе синовіальной оболочки, съ самаго начала леченія предписываютъ кровопусканыя, общія и мѣстныя, и отдаютъ особенное предпочтеніе пиявкамъ, приставаемымъ вокруг сочлененія. Такое леченіе далеко не всегда успѣшно, хотъ и полезно въ тѣхъ болѣзненныхъ водянкахъ, которыя не очень давни и въ которыхъ быстро произошло накопленіе жидкости.

Жимель старался доказать, что рвотный камень (*tartarus stibiatus*), въ большихъ разоріевскихъ приѣмахъ, производитъ скорое и полное разрѣшеніе суставныхъ накопленій **). Онъ даетъ его сперва по 20 центigramмовъ въ двадцать-четыре часа, прогрессивно увеличивая приѣмъ до одного грамма. Двадцать восемь больныхъ, подвергнутые этому леченію, выздоровѣли безъ рецидивы, и авторъ сообщаетъ, что они страдали разными видами суставной водянки.

Много разъ испытывалъ я леченіе, предложенное Жимелемъ, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ видѣлъ быстрое излеченіе, какого нельзя было бы произвести другими способами; но въ другихъ, напротивъ, не видалъ никакого улучшенія, и, по прекращеніи противу-возбуждающаго леченія, мушки излечивали болѣзнь.

Для уничтоженія, или по крайней мѣрѣ для значительнаго уменьшенія, суставныхъ накопленій, часто бываетъ достаточно бинтованія сочлененія, соединеннаго съ неподвижностью его. Но излеченіе, полученное однимъ этимъ способомъ, рѣдко бываетъ продолжительно; поэтому онъ можетъ считаться только вспомогательнымъ средствомъ для другихъ вышепредложенныхъ средствъ. Это бинтованіе должно быть производимо очень тщательно, и для него съ пользою употребляются ленточки липкаго пластыря, покрываемыя сверху сухимъ бинтомъ. Неподвижность достигается посредствомъ жолобовъ или декстринныхъ аппаратовъ.

*) Requin, *ibidem*, *Fievre puerpérale*.

**) Gimelle, *Bulletin de thérapeutique*, 1837.

Вмѣстѣ съ бинтованьемъ и неподвижностью, могутъ быть назначаемы сухія тренія, прикладыванья разрыхляющихъ жидкостей.

Но если болѣзнь противустоитъ этимъ средствамъ, то должно прибѣгать къ болѣе энергическому мѣстному леченію. Бойе, Маржоланъ, Вельпо совѣтуютъ прикладывать вокругъ больного сустава летучія мушки, часто возобновляя ихъ. Въ послѣднее время, Вельпо въ особенности старался доказать пользу, которую можно извлечь изъ большихъ мушекъ, окружая ими, какъ браслетомъ, болное сочлененіе и даже переходя за него вверху и внизу. Потомъ въ обнаженную кожу втирается меркуріальная мазь или помада изъ іодистаго свинца. Черезъ прибавленіе къ этимъ средствамъ вышеупомянутыхъ бинтованья и неподвижности, въ большей части случаевъ, получаются превосходные результаты.

Ларрей предлагалъ употребленіе моксъ, прижиганій, а другіе практики хвалили мимолетное прижиганіе. И эти средства, дѣйствительно, также бывали успѣшны.

Однако жъ всѣ эти средства мало приносятъ пользы, когда суставная водянка давняя и накопленіе жидкости очень значительно. Для этихъ-то случаевъ предлагали выпусканіе жидкости. Для достиженія этой цѣли предлагали простой надрѣзъ сѣставной сумки, надрѣзъ съ смѣщеніемъ покрововъ, и наконецъ проколъ троакаромъ.

Надрѣзъ сумки есть операція, впавшая въ забвеніе по причинѣ представляемыхъ ею опасностей и производимыхъ ею припадковъ; мы и говоримъ о ней для того только, чтобы напомнить, что Бойе формально отвергъ ее, исключая тѣ случаи, гдѣ инородное тѣло осложняло бы суставную водянку.

Надрѣзъ съ смѣщеніемъ покрововъ претерпѣлъ нѣсколько измѣненій, о которыхъ необходимо упомянуть. Дезо совѣтуетъ смѣщать кожу и натягивать ее къ той точкѣ, гдѣ хотятъ надрѣзать сумку, для того, чтобы, по истеченіи жидкости и опорожненіи сумки, кожа, оттягиваясь сама собою назадъ, разстроила параллелизмъ обоихъ отверстій. Эта метода безъ сомнѣнія менѣе предыдущей позволяетъ воздуху проникать въ серозную полость; но и она также порицаема была знаменитыми хирургами и напримѣръ Бланденомъ *). Въ послѣднее время, Гойранъ изъ Э дѣлалъ надрѣзъ сумки по подкожной методѣ; онъ выпускалъ такимъ образомъ жидкость въ ткани окружающія сочлененіе, и излеченіе кончалось безъ припадковъ **). Эта метода безопаснѣе предыдущихъ; но способна ли она излечивать водянки, неуступившія другимъ средствамъ? Это мы тотчасъ же рассмотримъ.

Проколъ троакаромъ былъ предложенъ давно уже. Но Камперъ,

*) Dict. en 15 volumes, art. Hydarthrose.

**) Gaz. des hôpitaux, mai 1842.

Ларрей, Бойе, Герэнъ и Мальгенъ, въ-послѣдствіи употреблявшіе его, предлагали только чистое и простое выпусканіе накопившейся жидкости. Надобно сказать, что, въ этомъ отношеніи, употребленіе его совершенно безвредно и нетрудно. Но здѣсь представляется вопросъ, можетъ ли оно излечить суставныя водянки, не уступившія другимъ леченіямъ. Мы не думаемъ. Не одно только суставное накопленіе составляетъ болѣзнь; оно, такъ сказать, только симптомъ: первая же причина ея есть измѣненіе, какого бы ни было рода, отдѣляющей оболочки.

Удалить дѣйствіе не значить удалить причину, и болѣзнь можетъ явиться снова. Это доказалъ намъ опытъ, и это же должна была по крайней мѣрѣ предвидѣть теорія. Въ самомъ дѣлѣ, мы приводили случаи произвольнаго разрыва синовиальной оболочки и изліянія жидкости въ окружающія ткани; другіе случаи его приводить съ своей стороны Боннѣ. Жидкость снова появлялась, въ этомъ случаѣ, послѣ кратковременнаго исчезавія, и больные находились еще въ возможно-лучшихъ условіяхъ, потому что не было надрѣза кожи. Притомъ и сами мы часто бывали свидѣтелями этихъ воспроизведеній суставнаго накопленія послѣ прокола. Ришѣ приводитъ наблюденіе надъ однимъ мужчиною, которому Герэнъ два раза дѣлалъ проколъ и котораго сочлененіе не только не излечилось этимъ оперативнымъ способомъ, но даже такъ разболѣлось, что почли необходимою и сдѣлали ампутацію.

Гойранъ однако жъ вымечилъ своего больного; но онъ не пробовалъ ни какого леченія прежде чѣмъ рѣшился на подкожное сѣченіе, и самъ позаботился сказать намъ, что, по опыту зная безуспѣшность терапевтическаго леченія, онъ рѣшился безъ предисловія опорожнить сочлененіе.

Такой родъ дѣйствія былъ бы понятенъ, если бъ доказана была полная безвредность проколовъ и подкожныхъ сѣченій сумки, но мы увидимъ, что они не *всегда* безопасны, и мнѣніе, будто терапевтическое леченіе даетъ только невѣрные результаты, къ счастью, не совсѣмъ справедливо. Поэтому мы думаемъ, что проколы и подкожныя сѣченія должны быть употребляемы очень осторожно въ особенныхъ случаяхъ, гдѣ ничего не сдѣлали всѣ другія средства, но что и тогда еще должно помогать оперативнымъ способамъ бинтованьемъ и разрѣшающими средствами.

Если бъ однако жъ случилось, что накопленіе не уступило всѣмъ этимъ употребленнымъ средствамъ, движенія члена затруднялись все болѣе и болѣе, и можно бъ было бояться разрушенія связокъ, хрящей, и наконецъ бѣлой опухоли, то, для излеченія, здѣсь уже не достаточно опорожнить сочлененіе выведеніемъ жидкости, а надобно измѣнить самое состояніе синовиальной оболочки.

Gay, хирургъ Капскаго госпиталя, приводитъ исторію одной негритянки, которой впрыснули въ сочлененіе, пораженное водяноюю, смѣсь

гуляровой воды съ водкою *). Вѣроятно однако жъ, какъ замѣчаетъ Вельпѣ, что эта операція сдѣлана была не для того, чтобъ произвести измѣненіе сиповіальной оболочки, которое могло бы предотвратить воспроизведеніе накопленія, какъ нѣкоторые предполагали, а просто только для выведенія содержавшихся въ суставѣ сростковъ. Какъ бы то ни было, эта операція была такъ—сказать забыта уже, когда Жобёръ, въ 1830, рѣшился попробовать лечить суставныя водянки такъ же, какъ лечатъ водянки мошонки, и вприснулъ въ три колѣнныя сочлененія ячменную воду съ алкоголемъ. У насъ нѣтъ окончательныхъ результатовъ этихъ операцій. Однако жъ можно думать, что онѣ были не совсѣмъ удовлетворительны; потому что Жобёръ совсѣмъ оставилъ этотъ способъ леченія. Одиннадцать лѣтъ спустя, въ 1841, Боннѣ **) и Вельпѣ ***) вспомнили объ этой операціи и предложили лечить суставныя водянки іодными впрыскиваніями. Трудно рѣшить, которому изъ этихъ авторовъ принадлежитъ право первенства этого предложенія; однако жъ по времени офіціального обнародованія вопросъ склоняется, кажется, въ пользу Боннѣ; но этотъ хирургъ съ благородствомъ, приличнымъ истинно заслуженному достоинству, не поколебался объявить, что если ему и пришла мысль объ іодныхъ впрыскиваньяхъ при суставныхъ водянкахъ, то потому только, что онъ внимательно разбиралъ общія начала, положенныя Вельпѣ для леченія серозныхъ накопленій. Я увѣренъ, прибавляетъ онъ, что г. Вельпѣ, послѣ многолѣтнихъ трудовъ своихъ надъ изслѣдованіемъ этого вопроса, не имѣлъ ни какой надобности видѣть мои попытки, чтобы рѣшиться на подобную операцію.

Оперативный способъ, предложенный этими авторами, очень простъ; уложивъ членъ въ разгибаніи, чтобы отдавить жидкость къ передней части колѣна и отдалить колѣнную кость и треглавую мышцу отъ передней части бедра, хирургъ вкалываетъ небольшой троакаръ повыше колѣнной кости, къ внутренней или наружной сторонѣ колѣна, между тѣмъ какъ помощникъ прижимаетъ рукою противоположную сторону опухоли, чтобы заставить ее наиболѣе выдаться. Игла должна проникнуть около двухъ центиметровъ и остановиться тогда только, когда кончикъ ея дотронется до передней поверхности бедра; тогда можно быть увѣреннымъ, что трубочка погрузилась въ жидкость содержимую въ сочлененіи. Принято за правило дѣлать на кожѣ складку и прокалывать при основаніи этой складки, чтобы отверстія кожи и отверстія мышцъ, послѣ какъ покровы предоставлены будутъ своей собственной упругости, не соотвѣт-

*) *Recueil périodique de la Société de médecine*, tome II, p. 169.

**) *Bullet. de thérapeutique*, octobre et décembre 1842.

***) *Annales de chirurgie*, 1843. *Recherches sur les cavités closes*.

ствовали одни другимъ. Жидкость вытекаетъ пѣнясь при отверстіи трубочки, которую надобно держать всегда вертикально, чтобы воздухъ не проникъ въ синовіальную полость. И нѣтъ необходимости заставлять выходить всю синовию, накопившуюся въ суставѣ.

Растворъ, преимущественно употребляемый, предложенъ былъ Вельпо: одна часть іодной тинктуры на двѣ части воды. Количество впрыскиваемой жидкости никогда не должно превышать количества жидкости выпущенной проколами; обыкновенно довольно 10—15 граммъ. Опухоль разминается послѣ того, чтобы всю внутреннюю поверхность синовіальной оболочки привести въ соприкосновеніе съ раздражающею жидкостью, которую оставляютъ вытекать самой собою, не прижимая мягкихъ частей. Послѣ этого впрыскиванія появляются всѣ припадки остраго воспаления сочлененія. Но черезъ нѣсколько дней обыкновенно прекращаются и боль и лихорадка, и если будетъ счастливый исходъ, то не замедлитъ произойти и разрѣшеніе накопленія. Послѣ операціи, членъ долженъ быть держимъ въ совершенной неподвижности, и назначается общее и мѣстное антифлогистическое леченіе, для предотвращенія нагноительнаго воспаления.

Теперь эта операція дѣлана была уже много разъ. Сами Боннэ и Вельпо сдѣлали ее каждый по десяти разъ въ эпоху перваго обнародованія результатовъ. А. Бераръ сдѣлалъ ее по крайней мѣрѣ три раза. Изъ этого числа ни разу не было нагноительнаго воспаления, и если не всегда бывалъ полный успѣхъ, то никогда не бывало и важныхъ припадковъ, а въ этомъ—то, какъ замѣчаетъ Вельпо, и состоитъ главное дѣло. Полное излеченіе достигнуто было почти въ половинѣ случаевъ; успѣшна была операція, когда суставная водянка не слишкомъ была давняя, не осложнялась ни отвердѣніемъ мягкихъ частей, лежащихъ снаружи синовіальной оболочки, ни тѣмъ измѣненіемъ хрящей, которое производитъ хрустѣніе, замѣтное при движеніяхъ и для самого больного и для хирурга. Въ этихъ обстоятельствахъ она или вовсе не удавалась, или удавалась не вполне.

Замѣчательно то, что, въ благопріятныхъ случаяхъ, излеченіе оканчивалось безъ анкилоза, какъ бы можно было опасаться *a priori*. Слѣдовательно здѣсь не было сращенія серозныхъ поверхностей: раздражающая жидкость только измѣняла ихъ жизненность.

Вопросъ, конечно, далеко еще не рѣшенъ; только опытъ и будущность одни могутъ доставить его рѣшеніе. Мы не думаемъ однако же, чтобы эта метода впрыскиваній сдѣлалась когда-нибудь такою же общемою методою леченія водянокъ сочлененій, какъ она обыкновенна теперь при леченіи водянокъ мошонки. Она всегда должна будетъ назначаться для извѣстныхъ особенныхъ случаевъ.

Для полноты исторіи слѣдуетъ еще упомянуть о способѣ Мюллера *). Онъ провелъ однажды заволоку сквозь значительную колѣвную водянку, удаливъ заволочную тесемку черезъ четыре недѣли, произвелъ аккуратное сжатіе колѣна и получилъ успѣхъ. Онъ увѣряетъ, что въ-послѣдствіи вылечилъ такимъ образомъ еще девять больныхъ. Боннѣ, говоря объ этихъ излеченіяхъ, прибавляетъ, что «страхъ, причиняемый нагноеніемъ, заставляетъ отвергнуть это средство; однако жъ, продолжаетъ онъ, извѣстные мнѣ факты излеченій не подтверждаютъ этихъ страховъ» **). Надобно признаться, что такой способъ опроверженія очень способенъ удивить читателя.

Наконецъ я долженъ здѣсь упомянуть еще о методѣ леченія много разъ употребленной съ успѣхомъ Правазомъ, именно о сжиманіи сочлененія помощью сгущеннаго воздуха.

Послѣ излеченія суставныхъ водянокъ всегда остается болѣе или менѣе значительная дегибкость въ суставѣ и трудность движеній. Для смягченія связокъ и уменьшенія затруднительности сгибанья и разгибанья, съ пользою употребляются души, ванны, разминаніе.

Наконецъ нѣкоторые практики имѣютъ обыкновеніе заставлять больныхъ своихъ носить, долго спустя по излеченіи, сжимающія повязки, наложенныя аккуратно по контурамъ сочлененій и имѣющія цѣлью воспрепятствовать воспроизведенію накопленія въ нихъ жидкости.

ГЛАВА IV.

О подвижныхъ или свободныхъ (инородныхъ) тѣлахъ въ сочлененіяхъ.

А. Парѣ рассказываетъ, что онъ приглашенъ былъ, въ 1558, къ одному «maistre Jean Bourlier, tailleur d'habits, demeurant rue St. Honoré, pour lui ouvrir une apostème aqueuse du genouil, en laquelle trou-
«vai une pierre de la grosseur d'une amande, fort blanche, dure et polie, et guerrit, et encore est à présent vivant. ***).»

Вотъ первое извѣстное наблюденіе надъ инороднымъ тѣломъ, произвольно развившимся въ сочлененіи.

*) *Gazette des hôpitaux*, 1843.

**) Bonnet, *Traité des maladies des articulations*, Paris, 1843, tome I, p. 449.

***) *Oeuvres compl. d'Ambr. Paré*, édit. Malgaigne, livre XIX, chap. XV, tome III, p. 23.

Второе наблюдение сдѣлано было спустя сто-тридцать-три года, въ 1691, Пехлиномъ, шведскимъ хирургомъ*). Наконецъ Александръ Монро, въ 1726, имѣлъ случай вскрыть, на трупѣ повѣшенной женщины, ко-лѣнное сочлененіе, въ которомъ нашелъ хрящевое тѣло величиною съ бобъ; хрящи, покрывавшіе оконечность бедра, показались ему сдавленными†.

Съ тѣхъ поръ хирурги обратили вниманіе на это страданіе и наблюденія начали часто повторяться. Подробно описывали ихъ Симсонъ, Морганъ, Бромфильдъ, Миддлтонъ, Гучъ, Белль, Абернети, Дезо, Сабатье, Теденъ и Бойе.

Въ наше время фактовъ уже очень много и мы не позабудемъ указывать на нихъ въ-теченіи этого описанія; они послужатъ намъ для пополненія исторіи этой болѣзни, для пополненія, говоримъ мы, потому что она дѣйствительно довольно уже хорошо обработана.

Самуилъ Куперъ даетъ имъ названіе *свободныхъ хрящей въ сочлененіяхъ***), названіе очень дурное, потому что съ одной стороны они не всегда свободны, а съ другой и потому еще, что не всегда они хрящеваты.

Вельпд называетъ ихъ *подвижными хрящами сочлененій****). Но намъ кажется, что слово хрящъ можетъ ввести въ ошибку касательно свойства ихъ.

Всѣ авторы называютъ ихъ *инородными тѣлами сочлененій*. Намъ кажется, что не годится и слово *инородный, посторонній, чужой*, могущее относиться только къ такимъ тѣламъ, которыя заносятся извне, какъ, напримѣръ, пули. Поэтому мы будемъ называть ихъ *подвижными тѣлами въ сочлененіяхъ* (*corps mobiles ou flottans dans les articulations*), названіе ничего вперед не говорящее о свойствахъ ихъ, которыя и въ самомъ дѣлѣ не всегда бываютъ одинаковы.

Патологическая анатомія и физиологія. — Этой болѣзни подвержены всѣ очень подвижныя сочлененія; однако жъ она встрѣчается чаще въ однихъ изъ нихъ, чѣмъ въ другихъ; сюда относятся: колѣно, локоть и челюстновисочный суставъ; надобно даже сказать, что она чаще встрѣчается въ колѣнѣ, чѣмъ во всякомъ другомъ сочлененіи, почему мы преимущественно и будемъ имѣть его въ виду, при общемъ описаніи ея.

Число инородныхъ тѣлъ въ сочлененіяхъ разнится: то бываетъ одно только, то иногда очень много. Такъ, въ случаѣ А. Паре и во многихъ другихъ наблюденіяхъ, упоминается только объ одномъ тѣлѣ, между-

*) Pécclin, *Obs. phys. méd.*, observ. XXXVIII, p. 306.

**) *Dict. de médecine et chirurgie pratiques.*

***) *Répertoire des sciences médicales*, art. *Articulations.*

тѣмъ какъ, съ другой стороны, Морганъ насчиталъ ихъ двадцать-пять въ коленномъ суставѣ одной старой женщины, Галлеръ двадцать въ челюстновисочномъ суставѣ, Робертъ нашелъ ошмнадцать въ локтевомъ суставѣ, а Мальгенъ шестьдесятъ, Ф. Бойнъ видѣлъ пять въ плечелопаточномъ суставѣ, Боннъ двадцать, и т. д.

Объемъ ихъ не одинаковъ; вообще, когда ихъ много, то они не велики, но когда тѣло одно только, то оно можетъ достигнуть очень большой величины. С. Куперъ упоминаетъ объ одномъ солдатѣ, который имѣлъ въ коленѣ тѣло почти такой же ширины, какъ коленная кость: онъ никогда однако жъ не чувствовалъ отъ него особенныхъ страданій. Обыкновенно однако жъ величина ихъ, въ коленномъ суставѣ, не превышаетъ величины боба или миндала.

Что касается формы ихъ, то они бываютъ то округленные, то продолговатыя; всего обыкновеннѣе бываютъ сплющены и овальны, хотя иногда видали ихъ угловатыми и многосторонними.

Они обыкновенно гладки и блестящи на поверхности, что и заставляло предполагать, будто они одѣты бываютъ завороченною складкою синовиальной оболочки. Въ самомъ дѣлѣ мы увидимъ, что для нѣкоторыхъ изъ нихъ этотъ вопросъ бывалъ внѣ сомнѣнія, точно такъ какъ для другихъ вовсе не существовало этого условія.

Цвѣтомъ они похожи на хрящи, исключая случаи, гдѣ одна изъ поверхностей подобнаго тѣла представлялась окостенѣвшею.

Они представляютъ различную твердость, смотря по составу ихъ. Большая часть этихъ тѣлъ на воздухѣ высыхаютъ, а бывъ опущены въ воду, опять получаютъ свои прежнія свойства; въ этомъ они похожи на хрящи.

Если разрѣзать ихъ по срединѣ, то одни представляются вполне составленными изъ хрящевой массы, которой внутреннее строеніе стоило бы быть изслѣдовано подъ микроскопомъ; авторы вообще мало заботились объ описаніи строенія ихъ. Шрегеръ говоритъ, что онъ однажды видѣлъ тѣло устроенное изъ концентрическихъ слоевъ. Другіе представляютъ въ центрѣ костяное ядро; въ нѣкоторыхъ случаяхъ внутри существо желтѣе было, чѣмъ въ поверхностныхъ слояхъ. Въ одномъ изъ этихъ тѣлъ, представлявшемъ описанное нами строеніе, самые наружные слои были бѣлы, а самые внутренніе черны какъ сажа, и составлены въ центрѣ изъ настоящей хрупкой мякоти *). Въ другихъ наблюденіяхъ, подвижное тѣло имѣло одну морщинистую, шероховатую и костяную, поверхность, между тѣмъ какъ другая была гладка и хрящеваго свойства. Таково было то, которое Вельпъ вынулъ изъ колѣна одного мужчины и которое опи-

*) *Dict. des diction. de médecine de M. Fabre, tome I, art. Corps étrangers des articulations.*

саль Ришэ. Это тѣло представляло то любопытнаго, что, бывъ костянымъ почти во всей своей толщѣ, оно на одной только сторонѣ своей покрыто было хрящемъ. Тотчасъ по извлеченіи оно совершенно похоже было на часть отдѣленную отъ суставной оконечности бедра, потому что хрящевая сторона была выпукла. Вскрытіе и дѣйствительно доказало такое его происхождение: на нижней оконечности бедра была глубокая потеря существа кости, совершенно такой же формы, какую представляло извлеченное передъ тѣмъ подвижное тѣло, которое, бывъ приложено къ этому мѣсту, такъ аккуратно приходилось къ нему, что нельзя было и сомнѣваться, что оно произошло дѣйствительно чрезъ отдѣленіе отъ кости.

Эти тѣла находимы были то свободными отъ всякихъ приращеній и могшими двигаться во всѣ стороны въ суставной полости, то прикрѣпленными къ внутренней поверхности синовиальной оболочки, посредствомъ болѣе или менѣе тонкой ножки. Морганьи, Гентеръ, Бейль, Леннекъ, видали расположеніе послѣдняго рода, а Крювелъ нарисовалъ его въ 9 тетради своей *патологической анатоміи*.

Эта ножка бываетъ то очень тонка и готова разорваться, то очень широка. Нѣкоторые изъ этихъ тѣлъ находимы были даже одѣтыми на три четверти окружности своей синовиальною оболочкою, завернушеюся на нихъ; наконецъ бывали и такіе, которые, находясь въ клѣтчатой виѣ-синовіальной ткани, очень мало выдавались въ суставную полость.

Мы настаиваемъ на подробностяхъ, которыя можетъ-быть покажутся мелочными; но онѣ имѣютъ нѣкоторую важность для объясненія патогеніи этихъ случайныхъ произведеній.

Какимъ образомъ происходятъ эти подвижныя тѣла? — Первые наблюдатели этой странной болѣзни, не имѣя въ своемъ распоряженіи всѣхъ элементовъ, необходимыхъ для рѣшенія этого вопроса, могли составлять только гипотезы. Такъ А. Парэ думалъ, кажется, что найденное имъ въ колѣнѣ Жана Бурлье тѣло было не что иное, какъ камень, подобный мочевому, отъ чего онъ и сказалъ: *je trouvai une pierre, я нашелъ камень*.

Позднѣе, послѣ наблюденія А. Монро, стали предполагать, что они образуются изъ части хряща, отдѣляющагося отъ суставныхъ оконечностей, Брешэ, по словамъ Крѣбера *), поддерживая это мнѣніе, говорить еще, что очень вѣроятно частость ихъ въ колѣнѣ и въ челюстномъ суставѣ зависитъ отъ присутствія въ этихъ сочлененіяхъ двигающихся фибро-хрящей, способныхъ разрываться.

Это мнѣніе отвергнуто было еще со времени Монро, и въ наше вре-

*) Coquebert, *Thèse de Paris*, 1830, n° 236, p. 24.

мнѣ многіе авторы считаютъ его вовсе лишеннымъ основанія. Намъ кажется однако жъ, что теперь, послѣ наблюденія Ришѣ, который притомъ доставилъ препаратъ свой въ Дюпонтреновъ музей, нельзя вполне отвергнуть возможности этого факта. Прибавимъ однако же, что такого рода происхожденіе подвижныхъ тѣлъ должно быть очень рѣдко.

Гѣнтеръ, въ опытахъ своихъ надъ кровью, изливающеюся въ ткани, замѣчалъ, что кровоизліянія претерпѣваютъ разныя преобразованія, смотря по сосѣдству съ извѣстными органами. Онъ видѣлъ, что эта жидкость, излившись вокругъ костей, напитывается известковыми солями, и предполагалъ, что когда она изливается въ сочлененіе, то должна преобразоваться въ хрящъ или фиброзную ткань, или даже иногда въ костяную. Сближая это наблюденіе съ насиліями, обыкновенно предшествующими образованію подвижныхъ суставныхъ тѣлъ, онъ заключилъ, что эти тѣла, касательно причинъ, происходятъ отъ ушибовъ, а касательно источниковъ — изъ кровяныхъ сгустковъ. Послѣ этого ему легко было объяснить, отъ чего, въ извѣстныхъ случаяхъ, эти тѣла бываютъ съ ножками, между тѣмъ какъ въ другихъ безъ ножекъ; онъ показалъ, въ самомъ дѣлѣ, что кровяной сгустокъ можетъ прицѣпляться ко всякимъ сосѣднимъ частямъ. Это мнѣніе Гѣнтера совсѣмъ было уже оставлено, когда Вельпо возобновилъ его и старался развить новыми доказательствами. Въ самомъ дѣлѣ вѣроятно, что, въ извѣстныхъ случаяхъ, происходятъ такимъ образомъ тѣ маленькія подвижныя тѣла, которыя находимы были въ большемъ числѣ въ нѣкоторыхъ сочлененіяхъ. Но такого объясненія недостаточно для образованія тѣхъ объемистыхъ тѣлъ, которыя находимы были по-одиначкѣ въ другихъ случаяхъ.

Леннекъ первый предложилъ объясненіе, лучше показывающее образованіе наибольшаго числа этихъ суставныхъ тѣлъ. По его мнѣнію, они сначала образуются внѣ сочлененія, въ кѣлоччатой подсерозной ткани, въ слѣдствіе воспаленія синовіальной оболочки, потомъ, въ послѣдствіи, отдавливая серозную оболочку впереди себя, мало по малу углубляются въ суставную полость, увлекая впереди себя синовіальную оболочку такимъ же образомъ, какъ яичко увлекаетъ брюшину; и тогда уже, выставясь въ эту полость болѣе и болѣе, приобрѣтаютъ ножки, которыя, при сильныхъ движеніяхъ, могутъ перерываться и оставлять ихъ совершенно свободными въ синовіальной полости. Эта мысль объ образованіи этихъ подвижныхъ тѣлъ внѣ суставной полости пришла къ нему тогда, когда онъ изслѣдовалъ сочлененія, представлявшія ихъ въ разныхъ періодахъ своего прохожденія снаружи внутрь.

Можно сказать, что теперь это общепринятое мнѣніе. Оно достаточно объясняетъ всѣ факты, которыхъ не могли объяснить объ предъидущія теоріи; и вѣроятно, что, въ обоихъ наблюденіяхъ Броди, костяные на-

росты, отдѣлившіеся отъ костей и проникнувъ въ сочлененіе образовавшіе тамъ подвижныя тѣла, были не что иное, какъ подсиновіальныя опухоли, подобныя тѣмъ, о которыхъ говорилъ Леннекъ.

Прибавимъ, что наблюденія Бекляра, А. Купера, А. Берара, Робера и др. также подтверждаютъ Леннеково мнѣніе.

Теперь оставалось бы изложить, какъ происходятъ эти различныя подвижныя тѣла въ кѣтчатой подсиновіальной ткани; но это будетъ изложено въ статьѣ о *бѣлыхъ опухляхъ сочлененій*, при разсмотрѣніи перерожденій синовиальной оболочки. Въ короткихъ словахъ, суставныя подвижныя тѣла могутъ произойти 1) изъ пластическихъ опухолей внѣ сочлененія, и это самый обыкновенный случай; 2) изъ сгущенія крови, излитой въ сочлененіе и раздробленной движеніями суставныхъ поверхностей; 3) наконецъ изъ костяного отломка или хряща, оторваннаго какимъ-нибудь насиліемъ.

Симптоматологія. — Бойе уже замѣтилъ, что явленія, по которымъ узнается это страданіе, рѣдко бываютъ очень темны. Такъ какъ оно наступаетъ или послѣ ушиба, паденія на сочлененіе, или въ слѣдствіе воспаленія синовиальной оболочки, то всегда надобно позаботиться разспросить о прошлыхъ обстоятельствахъ, которыя могли бы навести на путь вѣрной діагностики. Часто однако жъ больной вовсе не помнитъ этихъ обстоятельствъ, потому что подвижныя тѣла не обнаруживаютъ своего присутствія тотчасъ послѣ происшествія.

Больной вдругъ, безъ видимой причины, чувствуетъ сильную боль въ суставѣ, и, если это на нижнемъ членѣ, не будучи въ состояніи держаться, падаетъ; иногда боль такъ даже бываетъ сильна, что доводитъ до обмороковъ. Это первое явленіе, которымъ инородное тѣло обыкновенно выражаетъ свое присутствіе и заставляетъ больного искать врачебной помощи. Однако жъ не всегда такъ бываетъ. Иногда больные дѣйствительно чувствуютъ, какъ будто что-то необыкновенное движется въ сочлененіи, и это заставляетъ обратить на себя ихъ вниманіе.

Почти всегда въ этихъ случаяхъ бываетъ легкое раздраженіе синовиальной оболочки, отдѣляющей тогда нѣсколько жидкости, отъ чего суставъ распухаетъ и нѣсколько обезображивается. Но также часто синовиальная оболочка остается вовсе нетронутою и не бываетъ ни малѣйшей опухоли, такъ что когда больные изслѣдываютъ членъ свой, то не находятъ въ немъ ничего ненормальнаго, потому что подвижное тѣло ускользаетъ отъ ихъ изслѣдованія. У нѣкоторыхъ больныхъ припадки, производимые присутствіемъ этихъ тѣлъ, мало замѣтны и возвращаются послѣ длинныхъ промежутковъ, между тѣмъ какъ у другихъ оно причиняетъ сильныя страданія, почти постоянныя, побуждающія ихъ стараться избавиться отъ него.

Чему приписать эту сильную, внезапную и неожиданную боль? Было мнѣніе, будто она происходитъ отъ попаданія тѣла промежъ суставныхъ поверхностей. Но, прежде чѣмъ принять подобное мнѣніе, подумали ли, говорить Ришѣ (въ вышеприведенномъ наблюдении), о способѣ сочлененія костей? Напримѣръ въ колѣнѣ, есть ли возможность, чтобы тѣло скользкое, гладкое, величиною и формою съ миндаль или бобъ, какъ видѣнные тамъ тѣла, могло уложиться между двумя тоже скользкими поверхностями, которыя такъ тѣсно соприкасаются одна съ другой, что туда трудно вложить даже лезвее ножа? И притомъ не доказана ли нечувствительность хрящей? Правда, о колѣнѣ можно сказать, что тамъ тѣло могло бы помѣститься между бедромъ и колѣнной костью, болѣе способною отходить. Но пусть же припомнятъ угловатую форму задней поверхности колѣнной кости, и тогда увидать, что это предположеніе вовсе лишено вѣроятности. И не замѣчаются ли притомъ эти сильныя боли при движеніяхъ суставовъ, когда въ нихъ и вовсе не бываетъ инородныхъ тѣлъ? Въ этихъ случаяхъ ихъ объясняли прищемленіемъ синовиальной оболочки, предположеніе очень вѣроятное, особенно когда подумаемъ, что у ней нѣтъ особенной мышцы, которая избавляла бы ее отъ этого прищемленія. Не рациональнѣе ли было бы, говорить Ришѣ, приписать эти сильныя боли, въ случаяхъ подвижныхъ тѣлъ, ушибу части синовиальной оболочки при движеніяхъ сочлененія?

Б. Белль говоритъ, что нѣкоторые больные, во время сна, при перемѣнѣ положенія, чувствуютъ такія сильныя боли, что вдругъ пробуждаются. Движенія, производимыя во снѣ, ни такъ обширны, ни такъ сильны, чтобы, для объясненія боли при нихъ, прибѣгать къ попаданію подвижныхъ тѣлъ промежъ суставныхъ поверхностей.

Реймарусъ говоритъ объ одномъ мужчинѣ, который ужасно страдалъ и не могъ пошевелить ноги все время, какъ инородное тѣло находилось съ боку сочлененія; но боли тотчасъ же становились легче, какъ онъ отталкивалъ его подъ колѣнную кость (С. Куперъ). Что же сказать здѣсь о попаданіи промежъ суставныхъ поверхностей?

Распознаваніе. — Этой сильной и нечаянной боли, хоть и характеристической, не достаточно для утвержденія діагностики; надобно найти и ощупать инородное тѣло, а это не всегда легко. Въ самомъ дѣлѣ, по причинѣ своей чрезвычайной подвижности, оно удаляется во впадины и выполняетъ пустоты, неминуемо оставляемые костями, смѣщающимися однѣ отъ другихъ: поэтому больные, привыкшіе часто заставлять ихъ выдаваться, часто отыскиваютъ ихъ у себя лучше хирурга. Въ колѣнѣ самое обыкновенное мѣсто ихъ на внутренней части сочлененія, или лучше на задней его части; поэтому чтобы отыскать ихъ, нужно обращаться къ этимъ двумъ сторонамъ; а чтобы лучше распознать

ихъ, надобно привлечь ихъ на неподатливую плоскость, напримѣръ на внутреннюю и почти плоскую поверхность внутреннего мышелка. Для достиженія этого, надобно двигать (трясти) кости и въ то же время со всѣхъ сторонъ давить на наружныя мягкія части.

Напомнимъ здѣсь, что не должно смѣшивать съ инороднымъ тѣломъ того подсиновіальнаго затвердѣнія клѣтчатой ткани, о которомъ мы говорили при описаніи суставной водянки.

Предсказаніе. — Это страданіе само по себѣ не важно; никогда не видано, чтобы эти подвижныя тѣла производили какія-нибудь важныя болѣзни сочлененій.

Но если взять во вниманіе, что нѣкоторые больные, обязанные по званію своему ходить, не могутъ дѣлать этого безъ сильныхъ болей, и рѣшаются на операцію всегда довольно важную, то, при такихъ обстоятельствахъ, болѣзнь эта становится очень важною, и даже можетъ грозить смертельною опасностью.

Леченіе. — Первая мысль, приходящая хирургу въ голову въ то время, какъ опредѣлено присутствіе въ сочлененіи инороднаго тѣла, состоитъ въ томъ, чтобы удалить это тѣло. Такъ и поступали первые наблюдатели этой болѣзни, А. Парѣ, Симсонъ, и пр., пока опытъ не показалъ, что эта операція далеко не безопасна. Въ то время еще не знали всѣхъ przypadковъ, которые влекутъ за собою раны проникающія въ сочлененія; слѣдовательно первыя операціи, дѣлавныя безъ всякихъ предосторожностей, только случайно имѣли успѣхъ; поэтому же вскорѣ неудачъ было такъ много, что Б. Белль, уstraшенный несчастными послѣдствіями этой операціи, началъ доказывать, что извлеченію подвижныхъ тѣлъ изъ колѣннаго сустава онъ предпочелъ бы лучше ампутацію бедра.

Однако жъ дѣйствія Дезо, Броди и современныхъ хирурговъ, доказываютъ все преувеличеніе Беллева мнѣнія. Безъ сомнѣнія, извлеченіе подвижныхъ тѣлъ изъ сочлененій, даже по подкожной методѣ, есть важная операція, но несправедливо сравнивать ее по послѣдствіямъ съ ампутаціею бедра.

Все-таки очень понятно, почему нѣкоторые хирурги не рѣшались на эту операцію.

Миддлтонъ и Гучъ предлагали неподвижно укрѣплять подвижное тѣло въ какой-нибудь точкѣ, и держать его тамъ столько времени, сколько нужно для того, чтобы оно такъ-сказать вросло здѣсь, и такимъ образомъ воспрепятствовать ему двигаться въ сочлененіи. Если бъ легко было вросить такимъ образомъ подвижное тѣло, то безъ сомнѣнія лучше бы было употребить это средство, чѣмъ извлеченіе; но въ томъ-то именно и трудность. По словамъ С. Купера, оба эти хирурга имѣли, кажется, нѣсколько успѣховъ.

Бойе и Ги употребляли въ подобномъ случаѣ, и для достиженія той же цѣли, одинъ — наколѣвникъ, другой — зашнурованный чулокъ. Бойе говоритъ, что онъ два раза имѣлъ успѣхъ; но какъ онъ не видалъ въ послѣдствіи больныхъ своихъ, то позволено усомниться въ ихъ радикальномъ излеченіи, потому что извѣстно, что эта болѣзнь имѣетъ иногда очень длинныя перемены *). Надобно замѣтить еще, прибавляетъ Видалъ, что, съ одной стороны, не всегда легко направить подвижное тѣло къ той или другой точкѣ сочлененія, а съ другой — трудности еще болѣе увеличиваются, когда въ сочлененіи много подвижныхъ тѣлъ **).

Когда не удаются эти средства, а они часто должны не удаваться, особенно у больныхъ, которыхъ страданія такъ сильны, что они просятъ объ операціи даже и тогда, когда ихъ предупредить о всѣхъ ея опасностяхъ, то хирургъ долженъ дѣйствовать. Такъ какъ рѣдко бываетъ, чтобъ не сказать безпримѣрно, чтобы подвижныя тѣла, развившіяся въ какихъ-нибудь другихъ сочлененіяхъ, кромѣ колѣннаго, заставляли прибѣгать къ этой операціи, то все, что мы будемъ говорить, относится именно къ колѣнному сочлененію. Для возможно-лучшаго успѣха, хирургъ долженъ приготовить больныхъ своихъ, сперва уничтоживъ воспалительныя припадки, если они существуютъ, и потомъ держа сочлененіе въ совершенной неподвижности ***). Выше мы говорили уже, что опасность отъ прониканія воздуха въ сочлененіе всегда больше тамъ, гдѣ воспалена синовиальная оболочка.

Принявъ эти предосторожности, приступаютъ къ операціи.

А. Парѣ сдѣлалъ ее безъ всякихъ предосторожностей: вскрылъ сочлененіе, и имѣлъ успѣхъ. Не такъ были счастливы тѣ, которые слѣдовали ему. Поэтому Дезо долженъ былъ измѣнить операцію слѣдующимъ образомъ: онъ натягивалъ кожу окружающихъ частей и надрѣзывалъ ее далеко отъ той точки, въ которой хотѣлъ проникнуть въ синовиальную оболочку; послѣ того, выведши инородное тѣло, оставлялъ покровы возвращаться въ свое положеніе, и такимъ образомъ разстраивалъ параллелизмъ между обоими отверстіями, и тѣмъ предотвращалъ входъ воздуха въ сочлененіе. Операція его была очень счастлива ****), почему способъ его и считается самымъ безвреднымъ.

*) *Traité des maladies chirurgicales*, tome IV.

**) *Traité de pathologie externe et de méd. opér.* 1846, 2-e éd., tome II, p. 516.

***) По Лисфранку, слѣдуетъ остерегаться приступать къ операціи тотчасъ по приходѣ больного въ госпиталь, потому что отъ ходьбы, отъ утомленія, легко можетъ развиваться суставное болѣе или менѣе сильное воспаление, которое непременно должно быть уничтожено прежде операціи. (*Gaz. des hôpitaux*, 1839, n° 103). Прим. перев.

****) *Journal de Desault*, tome II.

Въ самомъ дѣлѣ, эта метода лучше тѣхъ, которыя предложены были предшествовавшими хирургами; однако жъ мы думаемъ, что способъ Гойрана (*подкожная метода съ раздѣльными приѣмами*) должна быть предпочтена ей. Гойранъ, основываясь на безвредности подкожныхъ надрѣзовъ, плоско вкалываетъ узкій бистурей, вдали отъ точки, въ которой нужно надрѣзать суставную сумку, предварительно неподвижно укрѣпивъ инородное тѣло на самой выгодной точкѣ суставной окружности. Потомъ, повернувъ инструментъ, надрѣзываетъ сумку и синовиальную оболочку надъ хрящевымъ тѣломъ, и дѣлаетъ въ нихъ довольно широкое отверстіе, чтобъ его можно было выдавить изъ сочлененія пальцами помощника. Этимъ операція кончена; онъ вынимаетъ инструментъ и оставляетъ подвижное тѣло въ окружающей клетчатой ткани, заботясь удержать его тамъ неподвижно посредствомъ методическаго прижатія, направляемаго на промежутокъ между нимъ и раною сочлененія. Понятны выгоды этого оперативнаго способа; сочлененіе дѣйствительно вскрыто, но вскрыто подъ кожею и не сообщается съ наружною атмосферою. Послѣ какъ заживетъ суставная (внутренняя) рана, можно, если угодно, отыскать хрящевое тѣло и вывести его наружу.

Опытъ оправдалъ уже этотъ новый способъ; посредствомъ его Гойранъ, безъ послѣдствій, извлекъ изъ коленного сустава два подвижныхъ тѣла. Надобно однако жъ сказать, что иногда онъ представляетъ довольно большія трудности; такъ Боннѣ, въ одномъ случаѣ, не могъ вывести инороднаго тѣла изъ сочлененія, хотя послѣднее и широко было подрѣзано подкожнымъ съченіемъ.

Само собою разумѣется, что послѣ операціи суставъ долженъ остаться въ полной неподвижности, и его надобно обкладывать компрессами, напитанными разрѣшающею жидкостью.

ГЛАВА V.

О бѣлыхъ опухоляхъ вообще.

Подъ именемъ *бѣлой опухоли (tumor albus)* собирательно разумѣются многія суставныя болѣзни, очень различныя по натурѣ своей, но почти всѣ представляющія два одинаково постоянныя явленія, опуханіе и сохраненіе бѣлаго цвѣта кожи. Мы говоримъ, что *почти всѣ* онѣ представляютъ эти два явленія, потому что нѣкоторыя, какъ мы укажемъ въ послѣдствіи, сопровождаются довольно живою краснотою покрововъ.

Выраженіе «бѣлая опухоль, white swelling,» употребленное въ первый разъ Виземаномъ, неправильно смѣшиваетъ подъ однимъ и тѣмъ же наименованіемъ очень различныя болѣзни; но какъ тотъ же упрекъ можно сдѣлать и тѣмъ названіямъ, которыми хотѣли замѣнить его (*arthropathie, arthrocace, tumores lymphatici, scrofulosi, fungosi* и т. п.), то можетъ-быть лучше будетъ, если мы сохранимъ то, которое освящено уже употребленіемъ, и которое слѣдовательно будетъ гораздо понятнѣе. А чтобъ не казалось, будто, принявъ это выраженіе, мы освящаемъ такъ-сказать и сказанное смѣшеніе болѣзней, мы позаботимся, при описаніи этихъ болѣзней, упомянуть о болѣе или менѣе удачныхъ попыткахъ нѣкоторыхъ хирурговъ придать, на основаніи патологической анатоміи, каждой разности бѣлой опухоли такое названіе, которое наиболѣе характеризовало бы эту разность.

Съ давняго уже времени хирурги, чувствуя всю шаткость выраженія «бѣлая опухоль», усиливались болѣе методически классифицировать многочисленныя болѣзни, поражающія сочлененія, и прежде всего должно было представиться вотъ какое раздѣленіе: бѣлыя опухоли, которыхъ мѣстопробываніе въ костяхъ, въ твердыхъ частяхъ, и бѣлыя опухоли, начинающіяся отъ синовіальной оболочки и мягкихъ частей. Далѣе, другіе патологи, напримѣръ Ллойдъ и Броди, взявъ во вниманіе разныя ткани, входящія въ сочлененіе, предполагали, что онѣ могутъ первоначально происходить въ каждой изъ этихъ тканей, и допускали особенныя разности для костей, хрящей, синовіальной оболочки, и наконецъ, для фиброзной ткани. И что же? эта классификація, вмѣсто того, чтобъ разъяснить исторію этой болѣзни, только еще болѣе запутала вопросъ, какъ мы скоро постараемся это доказать.

Но если, съ одной стороны, Ллойдъ и Броди ввели слишкомъ много подраздѣленій бѣлыхъ опухолей, то съ другой, вѣнскій профессоръ Рустъ, допуская только въ одной костной ткани первоначальное мѣсто появленія этихъ болѣзней, былъ уже слишкомъ исключителенъ. Замѣтимъ, что данное имъ этимъ болѣзнямъ общее названіе «arthrocace» такъ же можетъ быть приложимо къ растяженіямъ сочлененій, какъ и къ занимающимъ теперь насъ болѣзнямъ.

Сочлененія составлены, какъ извѣстно, изъ совокупности многихъ элементарныхъ тканей, представляющихъ въ нихъ съ своими анатомическими и физиологическими отличіями.

Отсюда слѣдуетъ, что при болѣзняхъ, поражающихъ сочлененія, эти ткани будутъ страдать каждая по-своему, т. е., что ткань костная и ткань серозная или синовіальная, напримѣръ, въ состояніи будутъ представлять въ сочлененіи всѣ тѣ разности измѣненій, которыя замѣчаются въ нихъ вездѣ и въ другихъ мѣстахъ.

Какія ткани составляютъ сочлененія? Мы находимъ здѣсь: 1) костную и хрящевую ткани, тѣсно соединенныя одну съ другою; 2) фиброзную и серозную или синовиальную ткани, также тѣсно связанныя между собою. Первые составляютъ скелетъ, неподатливую часть суставовъ; послѣднія поддерживаютъ соотношенія и облегчаютъ движеніе (скользяніе) различныхъ костяныхъ частей.

Далѣе, вокругъ всей этой системы, составляющей собственно сочлененіе, находимъ кѣтчатую подсиновіальную ткань, сухожильныя влагалища, мышцы, покровы, однимъ—словомъ всѣ мягкія части, отдѣляющія суставную полость отъ наружнаго міра.

Патологическая анатомія. — То, что говорили мы сначала о попыткахъ классификаціи бѣлыхъ опухолей, имѣло цѣлью показать пользу — начинать исторію этой болѣзни изученіемъ характеризующихъ ее анатомическихъ измѣненій. Проникнутой этою мыслію, Ришѣ предпринялъ, въ послѣднее время, особенныя изслѣдованія по этому предмету *). Мы часто будемъ имѣть случай обращаться къ его наблюденіямъ.

Намъ кажется неудобною та метода, которой слѣдуютъ классическіе авторы при описаніи анатомическихъ свойствъ этой болѣзни, метода, состоящая въ перечисленіи болѣзненныхъ измѣненій, замѣчаемыхъ при вскрытіи большаго сочлененія; она дѣйствительно ограничивается поверхностнымъ только изслѣдованіемъ, и имѣетъ еще ту невыгоду; что не показываетъ зависимости, въ которой находятся между собою различныя болѣзненныя измѣненія. Мы предпочитаемъ методу, принятому Ришѣ, которая изучаетъ послѣдовательность анатомическихъ поврежденій въ каждой изъ тканей, входящихъ въ составъ сочлененія.

1. Измѣненія, происходящія въ синовиальной оболочкѣ и фиброзныхъ тканяхъ. — Рѣдко случается изслѣдывать у человѣка поврежденія, характеризующія бѣлыя опухоли въ первомъ ихъ періодѣ; поэтому, для пополненія этого пробѣла, необходимо было дѣлать опыты надъ животными и стараться вызвать у нихъ травматическія артриты. Вотъ, вкратцѣ, результаты, до которыхъ дошелъ Ришѣ. Если у животнаго вскрыть сочлененіе, то черезъ два часа начинается слегка наливаться кровью (s'injecter) подсерозная ткань, потомъ краснѣетъ самая серозная оболочка, но сначала нельзя еще отличить въ ней васкуляризаціи; эпителиальный слой разрушается, оболочка тускнѣетъ, и на другой и слѣдующіе дни опыта видимо возвышаются на ней, если смотрѣть противъ свѣта, мелкія зернистости (granulations), которыя можно сравнить съ выстилающими внутреннюю поверхность вѣкъ, при воспаленіи ихъ. Далѣе гра-

*) *Annales de la chirurgie*, mai — juin 1844, tome XI.

нуляции, увеличиваясь въ объемѣ, становятся, спустя болѣе или менѣе долгое время, настоящими кровоточащими фунгозностями, красноватыми и мягковатыми, которыя распространяются на хрящи и стремятся мало по малу совсѣмъ покрыть ихъ. Грануляціи и фунгозности часто покрыты бывають ложными перепонками, которыя образуются поверхъ ихъ и прирастають къ нимъ. Эти фунгозности и ложныя перепонки, скопляясь, въ первыя недѣли, вокругъ хрящей, остающихся въ нормальномъ состояніи, образуютъ обручикъ такого же рода и во всемъ сходный съ *cheto-sis*; вскорѣ потомъ онѣ переходять за края хрящей, распространяются выше его, соединяются, и такимъ образомъ вполне закрываютъ его. Часто возрастанію этихъ организованныхъ ложныхъ перепонокъ благоприятствуетъ разѣденіе (*erosion*) хрящей, позволяющее имъ привиться къ кости сквозь эту потерю существа, и почерпнуть въ ней новые элементы для продолженія своего всенаполняющаго хода. Слѣдовательно сочлененіе бываетъ иногда какъ бы устлано ложно-перепончатымъ отдѣленіемъ синовіальной оболочки, представляющимъ подъ видомъ мягкихъ фунгозностей, кровоточащихъ при дотрогиваніи до нихъ и иногда чрезвычайно чувствительныхъ.

Но, съ другой стороны, наружная поверхность серозной оболочки также не осталась безъ измѣненій. Одѣвающая ее клѣтчатая ткань, столь богатая сосудами, переполняется кровью, отдѣляетъ пластическую лимфу, которая скоро организуется, и, ежедневно увеличиваясь въ объемѣ, даетъ синовіальной оболочкѣ, вмѣстѣ съ фунгозностями и ложными перепонками, отдѣленными на внутренней ея поверхности, толщину, могущую въ нѣкоторыхъ случаяхъ доходить до одного или двухъ миллиметровъ въ діаметрѣ.

Дойдя до этого періода, болѣзнь или продолжаетъ все-наполняющій ходъ свой, или иногда останавливается и какъ бы возвращается назадъ. И вотъ что замѣчается въ этомъ послѣднемъ случаѣ. Фунгозности и пластическая лимфа, организованная въ клѣтчатой ткани, не вполне всасываются, переходять въ состояніе затвердѣнія, и синовіальная оболочка остается по меньшей мѣрѣ отолстѣлою и гипертрофированною.

Случалось даже, что иногда нѣкоторыя отвердѣлыя пластинки переходили въ хрящевое или даже костяное состояніе, и составляли тогда подвижныя тѣла, заключенныя въ подсиновіальной клѣтчаткѣ, и могущія перейти, по выше описанному нами механизму (см. выше: *Подвижныя тѣла*), въ суставную полость и произвести тамъ болѣзнь, извѣстную подъ именемъ *подвижныхъ суставныхъ тѣлъ*.

Въ трактатѣ Ришѣ, у котораго мы заимствуемъ эти подробности, есть два наблюденія, до очевидности доказывающія этотъ фактъ.

Бываютъ, напротивъ, случаи, гдѣ болѣзнь, поражающая синовиальную оболочку, не только не останавливается, но дѣлаетъ все большіе и большіе успѣхи. Но, прежде чѣмъ говорить о томъ, что тогда замѣчается, посмотримъ, что дѣлается съ отдѣленіями воспаленной оболочки. Въ первые дни, суставная полость, смотря по силѣ прилива къ ней крови, заключаетъ то рыжеватую, то просто серозную жидкость. Эта жидкость вскорѣ мутится, становится непрозрачною, какъ бы молочною и содержитъ мелко раздѣленные бѣлковыя хлопья. Рѣдко, по крайней мѣрѣ въ первые дни, бываетъ она однородна и похожа на сливки (густа). Вскорѣ количество ея увеличивается, чрезмѣрно растягиваетъ синовиальную оболочку, и если эта оболочка не утолщена, не обложена фунгозностями, ложными перепонками и пластическимъ подсерознымъ отложеніемъ, то она легко уступаетъ давленію гноя изнутри кнаружи. Однако жъ, и устоявъ противъ него болѣе или менѣе долгое время, наконецъ она все-таки разрывается или изъязвляется и пропускаетъ жидкость свою въ кѣтчатую ткань. Этотъ гной затекаетъ въ мышечные промежутки и подъ кожу, въ большемъ или меньшемъ разстояніи отъ сочлененія, и составляетъ одинъ изъ тѣхъ нарывовъ, которые называются *передвигающимися нарывами* (*abscessus migrantes*).

Среди этихъ расстройствъ, что дѣлается съ фиброзными тканями? Какія измѣненія претерпѣваютъ кости и хрящи? Что происходитъ въ разныхъ элементахъ, отдѣляющихъ кожу отъ сочлененія? Вотъ различные вопросы, требующіе теперь рѣшенія. Оставимъ пока въ сторонѣ измѣненія, претерпѣаемыя костями и хрящами: мы ихъ изслѣдуемъ отдѣльно, и скажемъ нѣсколько словъ о поврежденіяхъ фиброзныхъ тканей. Известно, какъ мало жизненности въ фиброзной ткани, составленной изъ бѣлковинныхъ волоконъ, очень сплоченныхъ и соединенныхъ кѣтчатую, трудно отдѣлимою тканью; вовсе не имѣя, или имѣя очень мало сосудовъ и нервовъ, которые не видны не только для простаго, но и для вооруженнаго глаза, она имѣетъ очень тупую и невыразительную чувствительность, такъ что поэтому нѣкоторые современные авторы, какъ напримѣръ Буилльѳ и Ришѳ, отказываютъ даже ей въ способности воспаляться первоначальнымъ образомъ. Они никогда не находили замѣтной инъекціи ни въ связкахъ, ни въ сухихъ жилахъ, какъ бы при томъ ни велика была степень прилива крови къ окружающимъ частямъ. Значить ли это однако же, чтобъ онѣ не могли измѣняться какимъ нибудь образомъ? Безъ сомнѣнія нѣтъ, и вотъ замѣченныя въ нихъ измѣненія. Иногда онѣ размягчаются, и это всего обыкновеннѣе; тогда волокна ихъ разъединяются, межволоконная кѣтчатая ткань превращается въ сту-

*) Bouillaud, *Traité des rhumatismes articulaires*, Paris, 1840. — Richet, *прис. сочин.*

день, и онѣ до того теряютъ свое сѣпленіе, что легко растягиваются и удлиняются. Вмѣстѣ съ этимъ онѣ теряютъ свой блестящій видъ, становятся матовыми, тусклыми и какъ бы вымоченными въ щелочномъ растворѣ. Въ другихъ случаяхъ онѣ кажутся гипертрофированными и отвердѣлыми; тогда въ нихъ встрѣчается нѣсколько рѣдкихъ сосудовъ, развѣтвляющихся въ волоконцахъ ихъ; но это чрезвычайно рѣдкіе случаи, и притомъ видѣнные тогда, когда болѣзнь начинала склоняться къ возвратному ходу.

Первоначально ли возникаютъ обѣ эти разности измѣненій, или онѣ происходятъ послѣдственно уже, изъ вышеописанныхъ поврежденій синовиальной оболочки? Намъ больше нравится это послѣднее мнѣніе, высказанное Буилльё и Ришэ, и Броди говоритъ, что ему не удалось видѣть ни одного случая, гдѣ бы ясно можно было видѣть, что болѣзнь началась отъ связокъ *).

Выше говорили мы, что околоуставная кѣтчатая ткань также поражается воспаленіемъ, сообщающимся ей чрезъ смежныя части отъ подсиновіальной ткани. Случается иногда, что воспаленіе периферической ткани имѣетъ очень быстрый и сильный ходъ и обнаруживается нагноеніемъ; тогда гной показывается подъ кожею, окружающею сочлененіе, гораздо прежде, чѣмъ можно опредѣлить его присутствіе въ самомъ сочлененіи. Жерди называлъ эти маленькіе нарывчики, не сообщающіеся съ сочлененіемъ, *нарывами по сосѣдству (abcès circonvoisins)*.

Что касается до сухихъ жилъ, нервовъ и сосудовъ, проходящихъ подлѣ больного сустава, то и они, какъ и околоуставная кѣтчатка, смотря по силѣ болѣзни, принимаютъ большее или меньшее участіе въ этихъ воспалительныхъ явленіяхъ.

2. *Измѣненія костной ткани.* — Суставныя оконечности костей, образованныя главнымъ образомъ изъ губчатой ткани, болѣе сосудистой, чѣмъ плотная костяная ткань, чаще должны чувствовать вліяніе болѣзней, чѣмъ діафизъ, содержащій очень мало сосудовъ. Поэтому-то страданія, поражающія костную ткань, преимущественно появляются на придаткахъ длинныхъ костей или на короткихъ костяхъ, имѣющихъ такое же строеніе. Отсюда слѣдуетъ, что такъ какъ суставныя поверхности составляютъ придатки, то измѣненія ихъ представляютъ довольно большую часть тѣхъ болѣзней сочлененій, которыя мы обозначили именемъ *блѣхъ опухлей*.

Въ числѣ болѣзней костной ткани мы находимъ здѣсь: *воспаленіе костей, костопду, бугорчатое страданіе, омертвѣніе* и разнаго рода *перерожденія*.

*) Brodie, *Pathological and surgical observations*, p. 7.

А. *Воспаленіе* суставныхъ оконечностей *костей* можетъ быть или первоначальное, или послѣдственное, т. е. произойти подѣ влияніемъ болѣзни, развившейся въ сосѣднихъ частяхъ, каковы глубокая клѣтчатка, сухожильныя влагаища и синовиальная оболочка; оно можетъ происходить отъ различныхъ причинъ, быть въ связи съ особенными состояніями организма, ревматическимъ, золотушнымъ, венерическимъ и т. д.

По словамъ Жерди *), костная ткань состоитъ не изъ фибръ или наложенныхъ одна на другую пластинокъ, а изъ костяныхъ трубочекъ, очень тонкихъ и очень сплоченныхъ, параллельныхъ оси кости въ длинныхъ костяхъ, и иногда сходящихся въ плоскихъ костяхъ къ первоначальнымъ точкамъ окостенѣнія. Въ каналцахъ ихъ пробѣгаютъ кровеносные сосуды, входящіе въ соединеніе съ одной стороны съ сосудами надкостной плевы, а съ другой съ сосудами костнаго мозга. Эти понятія о строеніи костной ткани, изложенныя еще въ XVII вѣкѣ Левенгекомъ, признаны вѣрными и новѣйшими наблюдателями: Дейчемъ, Жерди, Мишеромъ и др. **). Губчатая кость содержитъ въ ячейкахъ своихъ очень сосудистое мозговое вещество, сообщающее этой ткани болѣе или менѣе насыщенный красный цвѣтъ. У дѣтей такое расположеніе находится на всѣхъ костяхъ; поэтому красный оттѣнокъ губчатыхъ костей туловища у взрослыхъ есть ихъ нормальный цвѣтъ, равно какъ и красный цвѣтъ всѣхъ вообще дѣтскихъ костей: онъ можетъ считаться анатомическимъ признакомъ костнаго воспаленія тогда только, когда замѣчается у взрослыхъ на костяхъ членовъ.

Указавъ на главныя понятія общей анатоміи костей, перейдемъ теперь къ изслѣдованію явленій, встрѣчающихся въ воспаленной костной ткани. По словамъ профессора Жерди, воспаленіе костной ткани можетъ представиться подѣ двумя формами, изъ коихъ въ одной клѣточки увеличиваются и кость кажется какъ бы надутою: это *изръжающее воспаленіе* кости (*ostéite raréfiante*, *ostéite scrofuleuse* древнихъ); а въ другой, костная ткань становится плотнѣе, какъ бы похожею на камень и проникнутою множествомъ каналцовъ: это *сгущающее костное воспаленіе* (*ostéite condensante*). Но какова бы ни была форма воспаленія, костная поверхность сохраняетъ при этомъ свою обыкновенную твердость; только на ней замѣчаются маленькія розовыя или мутнокрасныя пятна, разсѣянные въ большемъ или меньшемъ числѣ. Эти пятна обыкновенно бываютъ удлиннены по оси діафиза. Если скапелемъ отнять пластинку кости, по-

*) Gerdy, *Note sur la structure des os*. Bulletin clinique, 1835, n° 4.

**) A. de Leeuwenhoek, *Anatomia seu interiora rerum ope microscopii detecta*. Lugd. Batavorum, 1687, p. 199. — Deutsch, *De penitiori ossium structura*. Breslau, 1834. — Miescher, *De inflammatione ossium*, etc. Bero-lini, 1836.

крывающую эти пятна, то тотчас открывается маленькая полость, проникнутая кровеноснымъ сосудомъ съ красною кровью. Но сосудъ не наполняетъ вполнѣ костнаго канала, а тамъ находится еще кромѣ него прозрачная жидкость, похожая на масляистый сокъ костей. Кромѣ того, эти маленькія сосудистыя пятна могутъ находиться въ различномъ разстояніи отъ поверхности кости; одни изъ нихъ очень поверхностны, открываются наружу и представляютъ на поверхности кости бороздку, содержащую въ себѣ кровеносный сосудъ; другія подъ очень тонкою поверхностною пластинкою, а нѣкоторыя, напротивъ, очень глубоко лежатъ въ костной ткани; если воспаленіе продолжалось очень долго, то поперечный разрѣзъ діафиза представляетъ множество кругловатыхъ крапинокъ или дырочекъ — отверстій перерѣзанныхъ сосудистыхъ канальцовъ. Разрѣзъ кости, по сравненію Жерди, похожъ тогда на разрѣзъ тростника.

И такъ первое явленіе костнаго воспаленія состоитъ въ увеличеніи сосудистости, ведущемъ за собою другое явленіе, котораго не бываетъ при воспаленіи мягкихъ частей, всасываніе или изрѣженіе ткани, окружающей расширенные такимъ образомъ сосуды. Жерди предложилъ себѣ вопросъ: эти сосуды, открываемые въ воспаленной костной ткани, не суть ли сосуды новаго образованія, и не далъ на него ни какого отвѣта. Далѣе, кость повидимому увеличивается въ объемъ, распухаетъ, и наконецъ въ ней появляется нагноеніе, образующее нарывы, которые Жерди назвалъ *abcès ossifluens*. При наступленіи нагноенія, сосудистыя пятна, о которыхъ выше говорили мы, увеличиваются, и, распространяясь, мало по малу приближаются къ поверхности кости; потомъ наступаетъ время, когда чрезвычайно тонкая пластинка, покрывающая ихъ, всасывается, и сосудистая ткань, наполнявшая полость канальцовъ, выставляется на поверхность кости. Такимъ-то образомъ происходятъ тѣ сосудистыя сосочки, которые источаютъ послѣднюю костную пластинку и выходятъ наружу, гдѣ, соединяясь между собою, составляютъ зернистую оболочку, болѣе или менѣе обильно отдѣляющую гной. Этотъ болѣзненный процессъ изслѣдованъ былъ во всѣхъ фазахъ своихъ всѣми внимательными наблюдателями, Тенономъ *), Мишеромъ, Беллостомъ и другими. Спустя болѣе или меньшее время, въ соствѣствіи съ воспаленною частью, образуются костныя отложенія, расположенныя болѣе или менѣе толстыми слоями, правильными или неправильными, представляющими зернистую поверхность вмѣсто фибрознаго вида первоначальной костной ткани. Такія же отложенія бывають и внутри кости, но гораздо рѣже. Эти отложенія менѣе толсты и менѣе прозрачны.

*) Tenon, *Mém. de l'exfoliation des os*, въ *Mém. de l'Académie des sciences*, 1758.

Безъ сомнѣнія, одновременное появленіе этихъ известковыхъ отложеній въ сосѣдствѣ съ воспаленными частями заставило думать, что hyperostoses, exostoses и т. п. суть слѣдствія воспаления кости (*osteitis plastica* авторовъ). Этимъ же костнымъ отложеніямъ должно приписать увеличеніе объема кости, а не опуханію, зависящему отъ раздвиганія составляющихъ ее пластинокъ; если костная ткань изрѣжается, то чрезъ удаленіе костнаго существа или чрезъ всасываніе его.

Сосѣднія части костной ткани, невоспаленные и неизмѣненные, сохраняютъ свою твердость, видъ свой, и однимъ словомъ всѣ свои нормальныя свойства: онѣ не претерпѣваютъ размягченія (Жерди).

Намъ остается изложить здѣсь то, что есть особеннаго въ воспаленіи костей при бѣлыхъ опухоляхъ.

Костное воспаление, первоначально развившееся въ придатковой оконечности длинной кости, очень рѣдко наблюдаемо было въ своемъ начальномъ состояніи. Оно характеризуется инфильтраціею красноватой жидкости въ костныхъ ячейкахъ, увеличеніемъ этихъ ячеекъ, опуханіемъ кости, гипертрофіею, сосудистостью и налитіемъ кровью надкостной плевы.

Это опуханіе костей, которое отрицали Crowther, Russel, S. Cooper *) и нѣкоторые другіе англійскіе хирурги, увѣрявшіе, будто они никогда не встрѣчали его, теперь всѣми принято и такъ-сказать приобрѣтено наукою; мы имѣли случаи много разъ видѣть его на трупахъ, и въ костяхъ, обнаженныхъ отъ мягкихъ частей, чтобъ не быть введенными въ ошибку. На живомъ, даже и въ поверхностныхъ сочлененіяхъ, довольно трудно увѣриться въ этой особенностях.

При усиленіи воспаления костей, въ нихъ образуется гной, какъ выше описано, инфильтрируется, потомъ костоѣда и омертвѣніе кости.

При нѣкоторой продолжительности воспалительнаго процесса, сосѣднія мягкія части, надкостная плева, глубокая кѣтчатка, синовиальная оболочка, также поражаются воспаленіемъ, развивается болѣе или менѣе сильное воспаление сочлененія, и слѣдуетъ тому ходу, который изложили мы при описаніи измѣненій синовиальной оболочки.

В. Костоѣда. Понятно, что все, что говорено было нами о воспаленіи костей, можетъ быть также отнесено и къ костоѣдѣ.

С. Омертвѣніе костей. Что касается до омертвѣнія костей, то оно представляетъ здѣсь нѣкоторыя особенности. Когда омертвѣваетъ часть придатка, покрытая обволакивающимъ хрящемъ, то этотъ послѣдній, лишившись такъ-сказать поддержки и не имѣя собственныхъ сосудовъ, которые бы могли доставлять матеріалы необходимыя для его питанія, вскорѣ разрушается. Тогда омертвѣлая костная доля видна въ сочлененіи; гной,

*) *Dict. de chirurgie pratique, art. Articulation.*

сопровождаящий это разстройство, изливается въ суставную полость, воспаляетъ ее, и тогда болѣзнь перемѣняетъ уже видъ свой: это уже тогда не простое омертвѣніе кости, а бѣлая опухоль сустава. Такое же разрушеніе хряща замѣчается и при воспаленіи кости и при костотѣдѣ; но гораздо чаще хрящъ тогда постепенно всасывается или разрушается, по механизму, который мы послѣ изложимъ. Въ томъ и другомъ случаѣ, въ сочлененіе могутъ изливаться сукровичныя или гнойныя жидкости, вытекающія изъ кости, и прямо произвести воспаленіе синовіальной оболочки, уже раздраженной соприкосновеніемъ своимъ съ больною костью; или, какъ часто и бываетъ, изъ губчатыхъ костныхъ клѣточекъ, находящихся на днѣ этихъ потерь существа хряща, вырастаютъ мясные сопочки, и, подобно какъ въ костотѣдѣ, выходятъ и развиваются подъ формою кровосточивыхъ фунгозностей, вскорѣ сливающихся съ тѣми, которыя, образовавшись на синовіальной оболочкѣ, перешли на хрящи, и покрываютъ ихъ, или по мѣстамъ только, или вполне.

Между-тѣмъ какъ эти явленія происходятъ въ суставной полости, которой разстройства безпрестанно увеличиваются, и надкостная плева, выстилающая конецъ кости, находящійся внѣ синовіальной оболочки, также наполняется сосудами, гипертрофируется, и, утолщаясь, какъ бы стремится замедлить минуту, въ которую болѣзнь должна выйти наружу и перейти за предѣлы кости; но не всегда достаточно этого утолщенія надкостной плевы: подъ нею образуются нарывы, проникаютъ ее и вскорѣ вскрываются наружу. Понятно, что эти гнойные ходы не сообщаются съ сочлененіемъ.

По мѣрѣ того, какъ поражается такимъ образомъ суставная полость, составляющія ее мягкія части, страдавшія до сихъ поръ только отъ содѣйства, начинаютъ воспаляться отъ соприкосновенія съ этими различными раздражающими жидкостями; синовіальная оболочка утолщается, становится фунгозною и отдѣляетъ гной въ сочлененіе; связки размягчаются и теряютъ точки прикрѣпленій своихъ къ костямъ; суставныя поверхности, не будучи болѣе удерживаемы, расходятся однѣ отъ другихъ и вывихаются, повинуваясь обыкновенно силѣ болѣе крѣпкихъ мышцъ, или даже силѣ одной своей тяжести. Вотъ послѣдовательность, въ которой приходятъ явленія суставнаго воспаления костей. До сихъ поръ мы ничего почти не говорили объ измѣненіяхъ хрящей; но это потому, что мы изслѣдуемъ ихъ отдѣльно.

Воспаленіе костей не всегда бываетъ первичное; оно можетъ произойти въ слѣдствіе поврежденія синовіальной оболочки и мягкихъ частей, окружающихъ сочлененіе, и тогда бываетъ вторичнымъ или послѣдственнымъ; точно также, съ другой стороны, и мягкія части сочлененія могутъ воспалиться въ слѣдствіе воспаления костей.

Но это воспаленіе губчатой ткани костныхъ придатковъ представляетъ здѣсь одну особенность, довольно важную для описываемаго нами предмета. Такъ, когда воспалительныя явленія обнаруживаются въ оконечности длинной кости, то, такъ какъ эта часть кости сообщается по центральному каналу діафиза съ противоположнымъ придаткомъ той же кости, болѣзнь распространяется иногда до этого послѣдняго, и тогда находятъ кровяное налитіе сосудовъ, указывающее на это костное воспаленіе по продолженію ткани въ мозговомъ каналѣ и въ противоположномъ придаткѣ. Въ-послѣдствіи мы увидимъ, какъ важенъ этотъ фактъ для симптоматологіи и для леченія.

Вотъ явленія воспаленія суставныхъ оконечностей костей, будетъ ли оно послѣдственное или первоначальное. Безполезно описывать здѣсь всѣ разности костнаго воспаленія, потому что явленія его здѣсь совершенно тѣ же, какъ и во всѣхъ другихъ частяхъ скелета.

Д. Бугорчатое страданіе губчатыхъ оконечностей длинныхъ костей, слѣдовательно въ сосѣдствѣ съ сочлененіями, представляетъ различныя патологическія явленія, обозначаемыя обыкновенно собирательнымъ названіемъ бѣлой опухоли. Почти одинаково часто замѣчаются здѣсь обѣ формы бугорчатого страданія.

а) *Мышеччатые бугорки*. Когда мышеччатый бугорокъ развивается въ оконечности длинной кости, то онъ заключается сперва въ центрѣ губчатой ткани костнаго придатка на нѣкоторомъ разстояніи отъ суставной полости; онъ возрастаетъ по всѣмъ направленіямъ, и постепенно сближается, съ одной стороны, съ суставною полостью, и съ другой — съ периферическою частью кости внѣ сочлененія. Если, по скорости своего развитія, онъ скорѣе доходитъ до несуставной поверхности кости, то опораживается въ сосѣднюю кѣтчатку: образуется нарывъ, возрастаетъ, вскрывается, и за тѣмъ остается свищъ; туберкулезный мышечекъ гипертрофируется, закрываетъ полость кости, и въ этомъ случаѣ довольно обыкновенно слѣдуетъ излеченіе. Но если, напротивъ, бугорокъ доходить сперва до суставной полости, потому что онъ образовался на ближайшемъ отъ нея разстояніи, или потому что костяные слои новаго образованія, накопляясь въ точкахъ, покрытыхъ надкостною плевою, такъ сказать безпрестанно удаляютъ его отъ периферіи кости, то, въ такомъ случаѣ, протравливается хрящъ, туберкулезная матерія изливается въ сочлененіе и вдругъ производитъ самое сильное его воспаленіе, осложняемое важными мѣстными и общими припадками и могущее кончиться почти полнымъ разрушеніемъ всѣхъ частей сочлененія. Я видѣлъ много примѣровъ такого несчастнаго исхода туберкулезнаго страданія костей. Одинъ двѣнадцати-лѣтній ребенокъ представлялъ много признаковъ, обыкновенно приписываемыхъ лимфатическому сложенію, хотя былъ

довольно здоровъ; чрезъ большіе или меньшіе промежутки времени онъ чувствовалъ въ лѣвомъ коленномъ суставѣ родъ временнаго утомленія; однако жъ могъ ходить, бѣгать и безпрепятственно двигать свой членъ, какъ въ здоровомъ состояніи: вдругъ въ суставѣ появилась сильная боль, на другой и слѣдующіе дни постепенно все возраставшая; сочлененіе распухло и покраснѣло; въ содѣйствіи съ нимъ образовался нарывъ, вскрылся, и изъ него вытекла наружу гнойная жидкость, содержавшая нѣсколько туберкулезныхъ хлопьевъ; не прекращавшееся нагноеніе истощило больного, и онъ умеръ. При вскрытіи я нашелъ суставную полость наполненную гноемъ, и круглое продиравленіе, шириною въ одинъ сантиметръ, между обоими бедренными мышцами бедра и соотвѣтствовавшее округленной полости, выстланной очень сосудистою оболочкою, въ которой легко было распознать оболочку бугорка костной ткани. Обводящій хрящъ вокругъ этого продиравленія не былъ замѣтно измѣненъ; онъ потерялъ только свою обыкновенную гладкость. Синовиальная оболочка представляла поверхность морщинистую и тусклую, покрытую въ нѣкоторыхъ точкахъ ложными перепонками. Чрезвычайно явственные подсерозные волосные сосудцы образовали краснофіолетовую сѣтку, которую можно было видѣть сквозь серозный листокъ.

б) *Бугорчатая инфильтрація* можетъ развиваться въ придатковой оконечности длинной кости. Если не наполняется ея доля кости, образующая суставную поверхность, то инфильтрированная часть кости омертвѣваетъ, отдѣляется или отсоединяется, и за выходомъ или извлеченіемъ этого секвестра слѣдуетъ скорое излеченіе. Но не такъ бываетъ, когда инфильтрація распространяется къ поверхности кости одѣтой хрящемъ; въ самомъ дѣлѣ, этотъ хрящъ не медлитъ исчезнуть, и механизмъ разрушенія его безъ сомнѣнія сходенъ съ тѣмъ, которымъ разрушаются межпозвоночные кружки. Но замѣчательно то, что за разрушеніемъ этого хряща не всегда слѣдуетъ, какъ въ предыдущемъ случаѣ, гнойное излітіе въ суставную полость. Дѣйствительно, довольно часто эта полость запирается прежде, чѣмъ вполне исчезнетъ хрящъ, одѣвающий инфильтрированную долю кости; въ то же время, какъ происходитъ разрушеніе хряща, изгоняется омертвѣлая костная доля, и если въ это время сдѣлать аутопсію члена, то въ суставной полости найдемъ эти *бѣлыя и твердыя какъ слоновою кость* костныя доли. Изъ того, что мы говорили о туберкулезной инфильтраціи костной ткани, понятно, какъ не трудно и точно объясняется теперь этотъ фактъ, указанный Ройе и казавшійся ему столь удивительнымъ. Эти заключенные въ сочлененіи секвестры поддерживаютъ въ немъ неистощимое нагноеніе, хроническое набуханіе всѣхъ тканей, и однимъ-словомъ бѣлую опухоль.

По изложеннымъ здѣсь двумъ разностямъ туберкулезнаго страданія

сочлененій, видна поразительная аналогія между ними и легочными туберкулезными пораженіями, если смотрѣть на нихъ съ точки зрѣнія продиравленій: такъ, первая разность соотвѣтствуетъ случаямъ, въ которыхъ существуетъ небольшое только число легочныхъ бугорковъ, изъ коихъ одинъ вскрывается въ плевру и вдругъ производитъ острое воспаление ея; между-тѣмъ какъ туберкулезная инфильтрація, обыкновенно разлитая, соотвѣтствуетъ случаямъ, гдѣ, при большомъ количествѣ бугорковъ въ легкихъ, между обѣими пластинками плевры образуются сращения, препятствующія излитію размягченной матеріи въ полость ея.

Е. Раковое перерожденіе не должно занимать насъ здѣсь, хоть оно и производитъ явленія похожія на бѣлую опухоль; но есть другой видъ перерожденія, могущій произвести, по Ришэ, разность бѣлой опухоли, и который мы опишемъ здѣсь по словамъ его. По мнѣнію этого автора, эта разность далеко не рѣдка, хоть и не была еще никѣмъ упоминаема.

Всѣ патологи, говоритъ онъ *), навѣрное должны были видѣть въ сочлененіяхъ едва нѣсколько кофейныхъ ложекъ сывoroточно-кровянистой и гнойной жидкости, и синовиальную оболочку ихъ едва налитую кровью, между-тѣмъ какъ хрящи истончены, изъѣдены, неровны и какъ бы рѣшетчаты отъ большаго числа маленькихъ продиравленій. Послѣдніе легко отслаиваются и подъ ними видѣнъ кровотокащій слой, который можно даже иногда замѣтить сквозь истонченный хрящъ, не отдѣляя его. Эта черноватаго цвѣта кровь расположена между губчатыми клѣточками и сжатою пластинкою кости.

Если распиливать кость, то замѣтно, какъ легко она проникается пилою, и разрѣзъ представляетъ желтоватый цвѣтъ, все темнѣющій по мѣрѣ приближенія къ центру. Губчатая клѣточка кажется очевидно увеличенными, уступаютъ самому легкому давленію пальцомъ, съ легкимъ хрустѣніемъ, между-тѣмъ какъ въ то же время вытекаетъ маслястый и очень обильный желтоватый сокъ. Сжатая ткань, окружающая кость, такъ истончена, что вдавливается не ломаясь. Надкостная плева не кажется ни красною, ни воспаленною, ни утолщенною. Объемъ кости то увеличенъ, то иногда уменьшенъ. Окружающія мягкія части здоровы. Это страданіе выражается очень важными симптомами, и боли бываютъ такъ сильны, что остается одно только — прибѣгнуть къ ампутаціи.

Что это за перерожденіе? Эта масляная жидкость, напитывающая клѣточки, эта хрупкость и изрѣженіе губчатой ткани и атрофія ткани сжатой, не указываетъ ли все это на отсутствіе жизненности, на жирное перерожденіе? Какъ скоро кость не получаетъ кровяныхъ сосудовъ, достаточныхъ для ея питанія, то первая измѣняется сжатая ткань, мѣнѣе

*) Привед. сочин. стр. 142.

сосудистая, чѣмъ ткань губчатая; она отдѣляется отъ остальной кости, увлекаетъ хрящъ въ своемъ отслоеніи, и потомъ стремится вовсе быть удаленною. Для выполненія этого процесса, погасающая жизнь кости на минуту оживляется и производитъ то кровоточащее отдѣленіе, которое находится въ этихъ случаяхъ между губчатыми кѣточками и сжатою суставною пластинкою.

Мы не даемъ рѣшительнаго мнѣнія объ этихъ объясненіяхъ, изложенныхъ приведеннымъ нами хирургомъ. Одно только внимательное изслѣдованіе и наблюденіе фактовъ въ-состояніи показать основательность или неосновательность его взгляда на предметъ.

Что касается до переломовъ въ сочлененіяхъ, вывиховъ, гидатидъ, то безъ сомнѣнія и они могутъ произвести такіа измѣненія, которыя въ послѣдствіи могутъ повести за собою бѣлыя опухоли; но приведенныя нами болѣзни рѣдко имѣютъ такой непріятный исходъ.

3. *Измѣненія суставныхъ хрящей.* — Прежде описанія измѣненій, которымъ подвергаются обводящіе хрящи (*cartilages d'encroûtement*), необходимо рѣшить вопросъ: одарены ли эти хрящи собственною жизнію? или не паразитныя ли они ткани, не содержащія ни нервовъ, ни сосудовъ, подобныя отдѣлительнымъ продуктамъ, каковы ногти, волосы, кожица и т. п.?

Это вопросъ чрезвычайной важности, потому что съ отрицательнымъ его рѣшеніемъ соединено значительное упрощеніе исторіи бѣлыхъ опухолей.

Въ послѣднее время, при помощи микроскопическихъ изслѣдованій, убѣдились, что обводящіе хрящи не имѣютъ съ другими хрящами ничего общаго, кромѣ названія и наружнаго вида, почему и принуждены были обозначить первые именемъ *настоящихъ* или *истинныхъ*, а послѣдніе — именемъ *ложныхъ хрящей*. Первые, включающіе всѣ хрящи, покрывающіе суставныя оконечности длинныхъ костей и нѣкоторыхъ короткихъ костей, отличаются отъ послѣднихъ тѣмъ, что состоятъ изъ *кѣточекъ*, содержащихъ жидкость и *зернышко* или *цисто-бластъ*, каковыя кѣточки погружены въ мякоть (*gangue* или *blastème*), не представляющую ни какого слѣда организаціи. Такимъ образомъ въ нихъ не открыто не только ни нерва, ни сосуда, но и ни какого слѣда элементарной ткани, т. е. той ткани, образованной изъ кѣтчатыхъ волоконъ, которые составляютъ первые зачатки (рудименты) организаціи.

Напротивъ, ложные хрящи обильно снабжены этими волокнами, погруженными среди бластемы или *основной матеріи*, представляющей сверхъ того, тамъ и сямъ, нѣсколько кѣточекъ истинныхъ хрящей.

Строеніе это такъ опредѣленно, такъ рѣзко, что касательно его микрографы вовсе не разногласятъ между собою. Мекауеръ, Генле, Бург-

ревъ, и Ришѣ, повторившій наблюденія ихъ вмѣстѣ съ Гаваррѣ, постоянно видѣли одни и тѣ же факты.

Изъ этого видно, почему и до сихъ поръ вопросъ о жизненности хрящей не рѣшенъ окончательно, потому что не могли сдѣлать различія, постановленнаго этими наблюдателями.

Дѣйствительно, истинные хрящи, не имѣющіе никакого рудимента организациі, неспособны ни жить самими собою, ни организоваться, между-тѣмъ какъ ложные хрящи, обладающіе организующимъ элементомъ, правда, только въ запасѣ, могутъ, въ извѣстныхъ данныхъ случаяхъ, организоваться и жить, подобно другимъ тканямъ. Поэтому иногда они окостенѣваютъ и наливаются кровью, тогда какъ подобныя явленія *никогда* не были наблюдаемы въ истинныхъ хрящахъ.

Если отъ этихъ анатомическихъ доказательствъ перейдемъ къ доказательствамъ физиологическимъ, то увидимъ, что и они также убѣдительны. Гардеръ, Аутенритъ, Крювелль пробовали, у животныхъ, жечь, рвать, рѣзать, и однимъ словомъ подвергать всевозможнымъ испытаніямъ діартродіальные хрящи, и не могли пробудить въ нихъ ни малѣйшей боли, ни одного воспалительнаго явленія.

Не случалось ли притомъ видѣть и у живаго человѣка, что эти обнаженные хрящи рѣжутъ и удаляютъ безнаказанно и безъ болей? не случалось ли видѣть, что они вовсе не страдаютъ отъ соприкосновенія съ воздухомъ, подобно неорганизованнымъ тканямъ, съ которыми мы сравнили ихъ, и не представляютъ, до самаго времени удаленія ихъ образовавшимися подъ ними мясными сосочками, ни васкуляризации и ни одного изъ явленій, свойственныхъ воспаленію?

Истинные хрящи не способны, бывъ раздѣлены, ни соединяться, ни заживать рубцомъ, подобно другимъ тканямъ экономіи; края раздѣленія цѣлости ихъ остаются такъ же ровными, какъ края ногтя, обрѣзаннаго ножницами. Крювелль приводитъ случай одной женщины, умершей черезъ десять лѣтъ послѣ перелома бедренной головки, но отъ другой причины. Обводящій хрящъ найденъ отдѣленнымъ въ точкѣ перелома кости, но не появилось ни какого возобновительнаго процесса вокругъ раздѣленія хряща. Можно бы было сказать, что разрывъ его теперь только что произошелъ.

Никогда не случалось видѣть обводящихъ хрящей, въ *существо* которыхъ развились бы сосуды. На поверхности ихъ случалось часто видѣть ихъ развитіе, даже очень обширное и ясное; но мы выше доказали уже, какъ легко принять за собственные ихъ сосуды ложныя перепонки, производимыя воспаленною синовіальною оболочкою, мало по малу совершенно покрывающія ихъ. Въ давнихъ бѣлыхъ опухоляхъ, когда синовіаль-

ная оболочка и ея ложныя перепонки выстилають всю суставную полость, когда изъязвленные или омертвѣлыя кости вывихаются однѣ отъ другихъ, находится иногда на костяныхъ поверхностяхъ какъ бы хрящеватый островокъ, скрытый подъ гноемъ и фунгозностями. Но даже и въ этихъ случаяхъ можно видѣть, что хрящъ, исключая потерю гладкости поверхности своей, сохранилъ свой цвѣтъ и свой нормальный видъ. Въ немъ не бываетъ ни малѣйшаго слѣда развитія сосудистости.

Наконецъ, для дополненія доказательствъ, скажемъ, что они противустоятъ болѣзненнымъ перерожденіямъ, не щадящимъ ни какой другой ткани. Такъ, ракъ, разрушающій и превращающій въ подобное себѣ существо нервы, клѣтчатку, сосуды, мышцы, фиброзныя и костяныя ткани, *всегда* щадить обводящіе хрящи, какъ это доказываютъ многія наблюденія Ж. Л. Пти, и одно очень любопытное наблюденіе, описанное въ сочиненіи Ришэ *). Ясно, что, въ этихъ случаяхъ, истинные хрящи пощажены и остались какъ бы инородными тѣлами среди организованныхъ тканей потому, что они лишены сосудовъ, которые одни могли бы ихъ ввести въ соотношеніе съ организмомъ.

Теперь представляется очень естественный вопросъ: какъ же живутъ эти хрящи? Для рѣшенія этого вопроса, Ришэ дѣлалъ опыты, которые мы вкратцѣ разсмотримъ здѣсь. Замѣтивъ, что когда сочлененіе содержало окрашенную жидкость, желтую, красную или бѣлую, и хрящи окрашивались тѣмъ же цвѣтомъ, онъ предположилъ, что эндосмотическія клѣточки, изъ которыхъ они составлены, мѣняются своею, натурально прозрачною, жидкостью съ тою, которая содержится въ суставной полости, и что въ этомъ состоитъ образъ жизни ихъ, и ихъ особенный способъ возобновленія своего собственнаго существа.

Для доказательства этого факта, онъ придумалъ впрыснуть въ суставную полость живыхъ собакъ и человѣческихъ труповъ различно окрашенные растворы, и скоро замѣтилъ, что результаты всегда были одинаковы въ обоихъ случаяхъ, т. е. что черезъ десять минутъ послѣ впрыскиванія хрящи перемѣняли цвѣтъ свой на цвѣтъ впрыснутой жидкости и притомъ во всемъ существѣ своемъ, между тѣмъ какъ синовиальная оболочка, особенно у живыхъ животныхъ, вовсе не окрашивалась, или слегка только и на поверхности своей.

Такъ какъ, съ другой стороны, хрящъ тѣсно соединенъ съ костью, такъ что при отрывѣ его отъ нея появляются сывороточно-кровяныя капельки, просачивающіяся сквозь маленькія дырочки, которыми изрѣсечена поверхность сжатой костяной пластинки, то онъ предположилъ, что *въпрямую* глубокія пластинки хряща всасываютъ жидкости, доста-

*) J. L. Petit, *Maladies des os*, t. II, p. 419. — Richet, *о. с.* p. 193.

вляемая имъ костью; это другой способъ эндосмотического и паразитнаго питанія, но котораго опыта не могъ еще доказать.

Такимъ образомъ на хрящи, живущіе, по мнѣнію этого автора, съ одной стороны на счетъ кости, а съ другой на счетъ синовіальныхъ жидкостей, должно смотрѣть какъ на *паразитныя органическія тѣла*, но не организованныя; и они должны *измѣняться* всякій разъ, какъ кость или синовіальная оболочка, при болѣзняхъ своихъ, доставляютъ имъ измѣненные соки.

Теперь остается изслѣдовать разныя, встрѣчающіяся въ нихъ, поврежденія. Эти поврежденія суть: *потеря упругости, истонченіе, размяченіе, потеря гладкости, слупливаніе, стираніе и изъѣденія или продиравленія*, о которыхъ мы въ особенности должны распространиться, потому что нѣкоторые хирурги принимали ихъ за *изъязвленія*.

Дельпешъ первый кажется указалъ на эту *потерю упругости* *). Всякій знаетъ, что когда вдавливать въ хрящъ остріе скальпеля, то оно явственно отталкивается, и иногда даже съ значительною силою, если хрящъ толстъ. Бываютъ напротивъ случаи, какъ напримѣръ когда находится гной въ суставѣ, что скальпель не выталкивается болѣе, а *взлетъ* въ существѣ хряща.

Очевидно, это первая только степень измѣненія, предшествующая безъ сомнѣнія всѣмъ другимъ; отсюда до *размяченія* одинъ только шагъ. Это размяченіе можетъ быть частное или общее, совпадать съ болѣзненнымъ состояніемъ кости или синовіальной оболочки, или иногда, какъ напримѣръ у стариковъ, не зависѣть по видимому ни отъ какой очевидной причины.

Всего обыкновеннѣе вотъ что замѣчается: хрящъ, желтоватаго цвѣта, теряетъ свой обыкновенный гладкій видъ; онъ кажется образованнымъ какъ бы изъ множества волоконецъ, перпендикулярно вросшихъ въ кость и которыя давленіемъ пальцомъ приминаетъ и легко наклоняетъ. Эти волокна кажутся намоченными густою слизистою жидкостью, похожею на студень изъ квитовыхъ зеренъ. Въ другихъ случаяхъ размяченіе хряща представляется подъ видомъ загнивающей матеріи и безъ очевидныхъ волоконецъ.

Истонченіе можетъ начаться отъ верхней или отъ глубокой поверхности, и бываетъ частное или общее; замѣтно, что хрящевое существо всасывается мало по малу, и сквозь него видна наконецъ костяная поверхность; иногда даже на сжатой пластинкѣ кости остается только тоненькій слой, какъ луковичная чешуйка.

Слупливаніе происходитъ, какъ мы уже говорили, въ тѣхъ

*) Delpech, *Mémorial des hôpitaux du Midi*.

случаяхъ, гдѣ мясные сосочки, образуясь на кости, приподнимаютъ хрящъ, или когда между обоими этими органами помѣщается слой жидкости. Надобно однако жъ замѣтить, что при этомъ скупливаніи сжатая костяная пластинка всегда слѣдуетъ за хрящемъ, и что слѣдовательно и сосочки и жидкость развиваются подъ этой пластинкою, такъ что совершенно обнажаются костяныя **кѣточки**. Не должно смѣшивать этого скупливанія или отслоенія хряща съ стираніемъ его; въ последнемъ случаѣ сжатая костная пластинка остается не тронутою и даже отвердѣваетъ отъ тренія.

Потеря гладкости очень часто и сопровождается всѣмъ другія измѣненія. Она характеризуется потерей обыкновеннаго блестящаго вида хряща; поверхность его дѣлается шероховатою или представляетъ попеременные возвышенія и вдавленія. *Стираніе* бываетъ даже въ физиологическомъ состояніи. По словамъ ветеринара Жерара, его часто замѣчали на хрящахъ таранной кости у старыхъ упряжныхъ лошадей, и много подобныхъ препаратовъ Дюпюи показывалъ Дюпюитрену *). Но примѣры его можно нерѣдко видѣть и у людей, особенно у стариковъ (Крювелле). Въ этихъ случаяхъ костяныя поверхности отвердѣваютъ во всѣхъ точкахъ тренія, а на границахъ его тамъ и сямъ можно еще замѣтить слѣды хрящеваго существа.

Продиравленія или *изъѣдины* (*erosiones*) хрящей, называемыя также Броди, Росселемъ и др., *изъязвленіями* ихъ, характеризуются частными, болѣе или менѣе обширными потерями существа, съ неправильными краями и обрѣзанными отвѣсно, подобно тому какъ если бы неправильнымъ буравомъ высверлена была доля хрящеваго существа до самой кости. Границы и края раздѣленія цѣлости никогда не представляютъ ни красноты, ни развитія сосудистости; хрящъ по окружности этого продиравленія обыкновенно не теряетъ ни одного изъ нормальныхъ свойствъ своихъ. Дно продиравленія состоитъ изъ обнаженнаго костнаго существа, или изъ кровяныхъ мясныхъ сосочковъ, которые, поднимаясь иногда отъ кости, грыжеобразно выдаются въ суставную полость.

Эти изъѣдины часто сопровождаются другимъ измѣненіемъ, характеризующимся отвѣсными дирами въ хрящъ, и составляютъ узкій каналъ, открытый съ одной стороны въ сочлененіе, а съ другой въ губчатую ткань кости. Нѣкоторые изъ этихъ каналовъ не полны: на наружной поверхности они покрыты еще частію хряща и сообщаются только съ жидкостью, излитою подъ сжатую пластинку кости. Замѣтить ихъ можно только по прозрачности ихъ, и потому еще, что если придавить ихъ, то во внутренность ихъ вступаетъ черноватая кровь. Составляютъ ли эти

*) *Archives de médecine*, tome IV, p. 195.

потери существа собственно такъ-называемыхъ изъязвленій, т. е. въ томъ смыслѣ, какой придаютъ обыкновенно этому слову всѣ патологи? Или не суть ли это изъѣдины, происшедшія подъ вліяніемъ болѣзни кости или синовиальной оболочки?

Первое мнѣніе, поддерживавшееся Броди, и теперь еще допускается многими хирургами. Отвергаютъ его Крювеллье, Вельпо и др.

Допуская первичное изъязвленіе хрящей, Броди основывается на томъ, что при этомъ, кромѣ увеличенія объема, не бываетъ ни какого измѣненія въ костяхъ, и что едва также измѣнены бываютъ синовиальная оболочка и фиброзныя ткани. Но Броди не изслѣдовалъ внутренности костей, ни въ свѣжемъ, ни въ сухомъ видѣ: поэтому его наблюденія можно считать неполными и вовсе безъ значенія; замѣтимъ однако жъ, что онъ находилъ *кости раздутыми*. Неужели же это раздутіе костей, происходящее всегда очень медленно и указывающее на глубокое страданіе, должно быть приписано незначительному продиравленію хряща, несопровождавшемуся даже ни какимъ развитіемъ сосудистости?

Если бъ Броди, въ этихъ случаяхъ, простеръ свое изслѣдованіе далѣе, то онъ увидѣлъ бы, какъ это показалъ Ришэ на цѣломъ рядѣ препаратовъ, представленныхъ Анатомическому Обществу, что костная ткань поражена была сильнымъ воспаленіемъ, что это воспаленіе кости, произведшее раздутіе ея, приближаясь мало по малу къ суставной оконечности ея, не защищенной надкостною плевою, разстроило сжатую пластинку и прилежащій къ ней хрящъ, и этимъ произвело разсматриваемыя нами изъѣдины. Дѣйствительно, если въ этихъ случаяхъ распилить кость въ точкахъ, соотвѣтствующихъ такъ-называемымъ изъязвленіямъ, то всегда замѣчается болѣе или менѣе значительное и давнее измѣненіе въ губчатыхъ костныхъ клѣточкахъ. Такъ поэтому не рациональнѣ ли, послѣ того, что мы знаемъ теперь о жизненности хрящей, смотрѣть на поверхностныя измѣненія ихъ, какъ на послѣдствія важныхъ поврежденій, находимыхъ въ костной системѣ? И притомъ возможно ли объяснить себѣ это изъязвленіе хрящей, такъ легко допущенное англійскимъ патологомъ? Вѣдь всякое изъязвленіе есть произведеніе воспаленія, а воспаленію предшествуетъ развитіе сосудистости тканей, въ которыхъ оно появляется: кто же, спрашивается, видѣлъ это развитіе сосудистости въ хрящахъ? Далѣе, всякое изъязвленіе доставляетъ отдѣльный продуктъ — гной; и между-тѣмъ много разъ находимо было это измѣненіе хрящей безъ излитія гноя въ суставъ. Слѣдовательно, чтобъ допустить мнѣніе объ изъязвленіи хрящей, надобно перевернуть всѣ идеи, принятыя и допущенныя общеою патологіею, тогда какъ по другой гипотезѣ, гдѣ продиравленіе хряща приписывается болѣзни кости или синовиальной оболочки, прекрасно объясняется все, и симптомы, и

матеріальныя поврежденія, и между-тѣмъ нѣтъ надобности противорѣчить ни одному изъ капитальныхъ Гентеровыхъ началъ касательно теоріи воспаления.

Вотъ различныя измѣненія, могущія произойти въ хрящахъ; они представляются или отдѣльными, одиночными, или соединенными одно съ другимъ, или всѣ вмѣстѣ, потому что и разныя причины, производящія ихъ, могутъ дѣйствовать всѣ въ одно время.

Что касается до цвѣта хрящей, то можно ли его считать также патологическимъ измѣненіемъ? Мы говорили уже, что они чрезвычайно легко принимаютъ цвѣтъ жидкостей, содержащихся въ сочлененіи: отъ этого ихъ и находятъ мутнобѣлыми при содержаніи тамъ гноя, красными, когда бываетъ тамъ кровь, желтыми въ случаяхъ желтухи. Но не должно обманываться этою краснотою и принимать ее за развитіе сосудистости; дѣйствительно, она не бываетъ расположена линіями, но совершенно однообразно разлита по всей толщѣ; однимъ-словомъ, хрящъ окрашенъ бываетъ въ красный цвѣтъ, какъ кусокъ дерева намоченный кровью.

Теперь слѣдовало бы разсмотрѣть, располагаютъ ли хрящи, когда они какимъ бы то ни было образомъ удаляются съ суставныхъ поверхностей и оставляютъ кость обнаженною, располагаютъ ли они самую кость къ болѣзни, или нѣтъ? Мы думаемъ, что нѣтъ; впрочемъ, въ главѣ *о подвижныхъ тѣлахъ сочлененій*, мы привели одно наблюденіе, которое доказываетъ противное.

И такъ, представляя общіе выводы этого разсужденія, мы можемъ, вмѣстѣ съ Ришѣ, сказать:

1. Что хрящи не способны первоначально поражаться болѣзью;
2. Что измѣненія ихъ всегда суть слѣдствія первоначальныхъ болѣе глубокихъ поврежденій, или костной системы, или синовіальной системы.

Исслѣдовавъ отдѣльно въ каждой ткани разнообразныя измѣненія, замѣчаемыя въ нихъ въ различныхъ фазахъ бѣлыхъ опухолей, мы имѣемъ теперь прибавить только нѣсколько словъ для пополненія своего описанія. Для того чтобъ дать лучше понять болѣзнь, мы такъ-сказать разложили ее и разобрали аналитически; теперь надобно опять составить полную форму ея и описать синтетически.

Всѣ эти измѣненія синовіальной оболочки, фиброзныхъ и костныхъ тканей и хрящей, встрѣчаются въ больномъ сочлененіи въ различныхъ степеняхъ своихъ. Въ животной экономіи нѣтъ ничего вполнѣ отдѣльнаго, такъ что болѣзнь, начинающаяся въ одной ткани, не долго ограничивается одною этою тканью; вскорѣ распространяется она на прилежащія системы, связанныя съ первою общностью нервовъ и сосудовъ. Такимъ-то образомъ, въ глазу, воспаления роговой и радужной оболочекъ быстро

осложняются воспаленіемъ соединительной оболочки, хориоидальной, и. д. Тоже и при воспаленіи синовиальной оболочки не медлятъ послѣдовательно воспалиться кости и околосуставная кѣтчатка; только, разумѣется, первоначально пораженная ткань обыкновенно претерпѣваетъ болѣе глубокія разстройства.

Согласившись въ этомъ, посмотримъ, что происходитъ въ больномъ сочлененіи: при развитой уже бѣлой опухоли, ткани окружающія сочлененіе отвердѣваютъ, становятся какъ бы жировидными (*lardacés*), кожа прирастаетъ къ кѣтчаткѣ, мышцы тверже, чѣмъ въ нормальномъ состояніи и блѣднѣе; тамъ и сямъ встрѣчаются небольшія гнойныя скопленія, совершенно независящія отъ сочлененія. Иногда эти нарывы вскрываются наружу; иногда на поверхности кожи, ближе или дальше отъ сочлененія, находятся свищевыя отвѣрстія, сообщающіяся съ этими нарывами, или съ суставною полостью, или иногда даже съ частью кости, находящеюся внѣ сочлененія. Околосуставная кѣтчатка, сухожильныя влагаища и влагаища сосудовъ также отвердѣваютъ. Синовиальная оболочка болѣе или менѣе утолщена, смотря по разности самой бѣлой опухоли; связки, не потерявшія своей обыкновенной бѣлизны, болѣе или менѣе размягчены и чрезвычайно легко растягиваются. Суставная полость наполнена иногда гнойною жидкостью, въ другихъ случаяхъ сѣрватою сукровицею, среди которой находятся кровяные сгустки; наконецъ бывають и такіе случаи, гдѣ она содержитъ едва только нѣсколько ложекъ жидкости.

Хрящи всегда представляютъ, въ болѣе или менѣе значительной степени, одно или многія изъ вышеописанныхъ нами измѣненій.

Наконецъ, для полноты отчета, кости должны быть изслѣдованы въ свѣжемъ и сухомъ состояніи. Когда болѣзнь началась съ костной ткани, то онѣ обыкновенно бывають раздуты. Въ одномъ случаѣ онѣ представляютъ развитіе сосудистости въ надкостной плевѣ, въ другомъ, напротивъ, его вовсе не замѣтно. Если распилить ихъ по длинѣ и обтереть, то замѣчаются извѣстные признаки разныхъ степеней костнаго воспаленія, омертвѣнія, секвестры, костоеда, бугорки мѣшеччатые или инфильтрированные, жирное перерожденіе, и т. п.

Если ихъ потомъ вымачивать болѣе или менѣе долгое время, то въ ткани ихъ можно замѣтить всѣ степени костнаго воспаленія, которое впрочемъ выше уже описано.

Вотъ поврежденія, встрѣчаемыя при разсѣченіи бѣлой опухоли, достигшей послѣднихъ своихъ періодовъ. Понятно, что древніе авторы, не отдавая себѣ отчета о послѣдовательномъ наступленіи и происхожденіи этихъ различныхъ патологическихъ поврежденій, должны были приписывать этимъ болѣзнямъ особенныя свойства, особенный отпечатокъ.

Для насъ, напротивъ, *бѣлые опухоли* суть такія болѣзни, которыя первоначально начинаются и въ особенности поражаютъ или кости или синовіальную оболочку, и слѣдовательно входятъ въ нозологическій рядъ поврежденій этихъ системъ. И только въ-послѣдствіи времени, когда поврежденія распространятся на всѣ ткани, входящія въ составъ сочлененія, можно сказать, что имѣемъ уже дѣло съ *бѣлою опухолью*. Съ этой точки зрѣнія не кажется страннымъ сохранить ей это названіе, которое прежде ни на что не указываетъ, до тѣхъ поръ, пока по явленіямъ можно уже опредѣленнымъ образомъ распознать преимущественно пораженныя ткани.

И все таки, при настоящемъ состояніи науки и принимая во вниманіе одни только результаты, представляемые патологическою анатоміею, мы можемъ сказать съ Ришэ, что всякая *бѣлая опухоль* была въ началѣ или *воспаленіемъ кости* или *воспаленіемъ синовіальной оболочки*.

Этіологія.—Всѣ сочлененія, за исключеніемъ швовъ, подвержены бѣлымъ опухолямъ; но между ними одни подвергаются имъ чаще другихъ: такъ, сочлененія нижнихъ членовъ, болѣе открытыя для треній, утомленія, растяженія, чаще бываютъ мѣстомъ этой болѣзни, чѣмъ сочлененія верхнихъ членовъ, не служащихъ ни для ходьбы, ни для стоянья, а для того только, чтобы брать тѣла.

Обширность синовіальныхъ поверхностей, обширность и величина суставныхъ поверхностей, также служатъ анатомическими предрасполагающими обстоятельствами, и до того, что, напримѣръ, колѣнное сочлененіе, представляющее ихъ всѣ вмѣстѣ и въ высокой степени, есть одинъ изъ суставовъ, на которомъ замѣчается самое большее число бѣлыхъ опухолей; за тѣмъ слѣдуютъ: тазобедренное сочлененіе, берцово-плюсневое, лучезапястное, локтевое, лопаточно-плечевое, сложныя и множественныя сочлененія плюсны и пальцы, и наконецъ сочлененія позвоночнаго столба и симфизовъ таза.

Болѣзнь эта развивается во всѣхъ періодахъ жизни; однако жъ гораздо чаще бываетъ въ юности, чѣмъ у взрослыхъ и особенно у стариковъ.

Женщины, кажется, не болѣе расположены къ ней, какъ и мужчины.

По словамъ С. Купера, хирурга материка Ж. Л. Пти и Брамбилла замѣчали, будто англичане болѣе расположены къ бѣлымъ опухолямъ, чѣмъ другіе народы. Англійскій хирургъ не отрицаетъ этого предрасположенія, и думаетъ, что можетъ-быть оно готовится лимфатическимъ тѣлосложеніемъ. Изслѣдуя причины бѣлыхъ опухолей, необходимо раздѣлить ихъ на общія или лежащія въ самомъ тѣлосложеніи, и на мѣстныя или случайныя.

А. Между *общими причинами* и дѣйствующими на все тѣлосложеніе въ особенности должно упомянуть:

1. То превалирование лимфатической системы, которое нѣкоторые авторы обозначаютъ именемъ *золотушнаго тѣлосложенія*, господствующаго преимущественно у дѣтей обоихъ половъ, находящихся въ дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ, и часто дающаго чувствовать свое дѣйствіе въ-продолженіи цѣлой жизни. Это превалирование лимфатической системы, кажется, до того предрасполагаетъ къ бѣлымъ опухолямъ, что у такого рода субъектовъ малѣйшія случайныя причины производятъ эту страшную болѣзнь. Авторы называютъ *золотушною* эту разность бѣлыхъ опухолей.

2. *Ревматизмъ*, какъ извѣстно, направляющій преимущественное свое дѣйствіе на серозную суставную систему. Поэтому не рѣдко случается, что острое ревматическое поражение сустава оканчивается хроническимъ набуханіемъ его, характеризующимъ *ревматическую* бѣлую опухоль авторовъ.

3. Обыкновенно допускаютъ, что всѣ болѣзни, направляющія свое дѣйствіе на кости, могутъ также быть началомъ описываемаго нами страданія. Ллойдъ, Броди, Крожзёръ думали поэтому, что венерическая болѣзнь, цынга, могутъ направлять свое вліяніе на суставную оконечность костей.

Между общими же причинами помѣщаютъ еще скрытіе острыхъ сыпей, оспы, скарлатины, красухи, кори, прерваніе мѣсячнаго или геморроидальнаго теченія и т. д.

В. Что касается до *мѣстныхъ причинъ*, то ихъ очень много.

Но надобно прежде всего замѣтить, что часто онѣ дѣйствуютъ потому только, что находятъ тѣлосложеніе предрасположеннымъ уже къ принятію пагубнаго ихъ вліянія. Такъ, паденіе на колѣно, которое у взрослого и здороваго человѣка произвело бы только кровяной или синовиальный подтекъ, скоро уничтожающійся, у молодаго и лимфатическаго субъекта легко производитъ бѣлую опухоль. Поэтому всякій разъ, при изслѣдованіи дѣйствія мѣстныхъ причинъ, необходимо имѣть въ виду тѣлосложеніе больнаго.

Между мѣстными причинами, которыхъ дѣйствіе очевидно, упомянемъ о растяженіяхъ сочлененій, ударахъ прямо нанесенныхъ суставамъ, или непрямо чрезъ паденіе, при которомъ суставныя поверхности прижимаются и придавливаются одна другой.

Острое травматическое воспаленіе сочлененія, происшедшее отъ раненія его, также и *arthritis spontanea*, можетъ кончиться измѣненіями, которыя поведутъ за собой настоящую бѣлую опухоль.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь развивается послѣ усиленной ходьбы или чрезмѣрныхъ утомленій. Наконецъ бываютъ обстоятельства, гдѣ болѣзнь вдругъ захватываетъ суставъ ночью, и притомъ такъ, что нель-

зя, кажется, приписать появленія и развитія ея ни какой очевидной причинѣ, ни общей, ни мѣстной.

Обыкновенно бываетъ за одинъ разъ поражено одно только сочлененіе; но бывали случаи, гдѣ болѣзнь въ одно время занимала много сочлененій *).

Симптоматологія. — Болѣзнь обнаруживается или вдругъ, сильными болями во всѣхъ точкахъ сочлененія; или сперва является болѣе или менѣе значительная неловкость движеній сустава, неловкость непостоянная и возвращающаяся иногда даже чрезъ довольно длинныя промежки, но все сильнѣе и сильнѣе.

Часто также случается, что за два, за три мѣсяца и болѣе до появленія болѣзни, чувствуется постоянная и опредѣленная боль въ одной точкѣ окружности сочлененія.

Но не такъ наступать болѣзнь, если она слѣдуетъ за острымъ суставнымъ ревматизмомъ, и въ этихъ случаяхъ обыкновенно замѣчаются всѣ явленія хроническаго ревматическаго воспаленія сочлененія, т. е. постоянныя и общія боли въ суставѣ, сопровождаемыя распуханіемъ и краснотой окружающихъ мягкихъ частей.

Распуханіе либо предшествуетъ боли, либо появляется послѣ нея. То же надобно сказать и объ излитіи жидкостей въ суставную полость: нѣтъ ничего измѣнчивѣе этого послѣдняго явленія. Такъ, случается иногда, что больные жалуются на сильныя боли въ суставѣ, и между тѣмъ, очень долгое время, даже самое внимательное изслѣдованіе не позволяетъ замѣтить въ немъ ни малѣйшаго накопленія жидкости.

Распуханіе, появляющееся съ самаго начала, можетъ происходить отъ многихъ причинъ; то оно производится суставнымъ излитіемъ, и это всего обыкновеннѣе; то сочувственно распухаютъ наружныя мягкія части, окружающія сочлененіе; то наконецъ, въ извѣстныхъ случаяхъ, могутъ распухнуть и кости.

Понятно, что эти три причины увеличенія объема могутъ соединяться и дѣйствовать вмѣстѣ и въ одно время.

Все сказанное здѣсь нами, касательно наступленія болѣзни, показываетъ, что въ этомъ нѣтъ ничего опредѣленнаго; это отъ того, что бѣлыя опухоли происходятъ отъ слишкомъ различныхъ причинъ, чтобы можно было ожидать однообразныхъ симптомовъ съ самаго появленія ихъ; только въ-послѣдствіи, въ дальнѣйшемъ ходѣ своемъ, онѣ пріобрѣтаютъ почти всегда одинаковую фізіономію.

Когда болѣзнь развилась уже, то боль и опухоль становятся непрерывными: больному трудно уже тогда употреблять свой членъ, или почти

*) Brodie, loco citato, p. 230.

даже и вовсе невозможно, потому что движенья его ожесточаютъ всѣ припадки. Къѣтчатая ткань, окружающая сочлененіе, не медлитъ принять большее или меньшее участіе въ воспаленіи, и тогда кожа натягивается, становится блестящею, но обыкновенно сохраняетъ натуральную бѣлизну свою. Все же не рѣдкость — краснота кожи и даже воспаленіе; въ такихъ случаяхъ увеличивается жаръ ея, и давленіе, производимое на опухоль, пробуждаетъ въ ней сильныя боли. Рѣдко членъ сохраняетъ свою обыкновенную прямизну. Для облегченія страданій своихъ, больные инстинктивно даютъ ему положеніе среднее между сгибаніемъ и разгибаніемъ, отъ чего мышцы менѣе давятъ на суставныя поверхности.

Но если нѣкоторые больные принуждены такимъ образомъ лежать въ постели, то есть другіе, болѣе бодрые или менѣе страдающіе, которые могутъ долго еще продолжать употреблять свой членъ, послѣ развитія неизмѣнной уже опухоли.

Если въ это время изслѣдовать больное сочлененіе, то иногда замѣчается распуханіе костей, въ которомъ можно убѣдиться на поверхностныхъ суставахъ толщенизмѣрителемъ (*compas d'épaisseur*); иногда же, какъ зрѣніемъ, такъ и осязаніемъ можно замѣтить излитіе жидкости въ суставъ, дающее особенную физіономію каждому сочлененію, какъ мы увидимъ это при частномъ разсмотрѣніи ихъ. Иногда можно даже убѣдиться въ припуханіи суставной сумки.

Быстрое прижатіе и треніе суставныхъ поверхностей одной о другую либо причиняютъ больному боли, либо вовсе нѣтъ.

Въ этомъ-то періодѣ болѣзни, т. е. въ началѣ ея, обнаруживается еще одинъ особенный припадокъ, дѣйствительно стоящій вниманія. Часто случается, что больные, пораженные бѣлой опухолью одного сочлененія, жалуются на болѣе сильныя боли въ другомъ сочлененіи, лежащемъ ниже перваго, чѣмъ въ самомъ настоящемъ мѣстѣ болѣзни, такъ что невнимательный или непредупрежденный объ этомъ хирургъ легко впадаетъ въ ошибку по этому явленію, особенно замѣченному въ тазобедренной бѣлой опухоли, но не ей только одной свойственному.

Предложено было много объясненій этого явленія; и между этими объясненіями одни приложимы только къ бедротазовому сочлененію, тогда какъ другія могутъ быть отнесены и ко всѣмъ другимъ сочлененіямъ. Такъ напримѣръ говорятъ, что, при тазобедренной опухоли, точки запирающаго нерва, раздѣляющіяся въ больномъ суставѣ, передаютъ коѣтну чувствительность, возбужденную въ цѣломъ нервномъ стволѣ.

Ту же теорію, и на основаніи тѣхъ же анатомическихъ данныхъ, прилагали и къ сѣдалищному нерву. Но это объясненіе противорѣчитъ фи-

зіології и не можетъ быть принято, послѣ прекрасныхъ трудовъ Мюллера касательно механизма иннерваціи. Дѣйствительно, нервный *стволъ*, когда раздражаютъ его, производить ощущеніе болей, приписываемыхъ мозгомъ тѣмъ точкамъ, къ которымъ идутъ вѣточки отъ этого ствола; но отъ нервныхъ *въточекъ*, раздражаемыхъ въ точкахъ окончаній ихъ, передается ощущеніе этого раздраженія той центральной точкѣ нервной системы, изъ которой выходятъ эти вѣточки, а не *развѣтвленіямъ того же нерва, находящимся ниже раздраженнаго мѣста*; иначе и не можетъ быть, потому что, безъ этого, нельзя бы было имѣть яснаго понятія объ явленіяхъ осязанія; что бы это было за смѣшеніе, еслибъ, при пораженіи одной периферической нервной ниточки, боль, возбуждаемая этимъ пораженіемъ, распространялась по всѣмъ другимъ ниточкамъ нервного ствола, изъ котораго выходитъ она!

Ришѐ, основываясь на анатомическомъ строеніи костей, позволяющемъ допустить, что обѣ суставныя оконечности длинной кости сообщаются между собою чрезъ посредство канала проходящаго чрезъ діафизъ, думаетъ, что когда одна изъ этихъ оконечностей служитъ мѣстомъ сильнаго воспаления, то это послѣднее, чрезъ посредство мозгового канала, отражается въ другой оконечности и служитъ причиною болей, которыя при тазобедренной бѣлой опухоли ощущаются въ колѣнѣ, при плечевой опухоли — въ локтѣ; онъ разсѣченіемъ повѣрялъ то, къ чему привела его теорія, и дѣйствительно видѣлъ, что если бѣлая опухоль первоначально начиналась въ костяхъ, то мозговой каналъ и противоположная суставная оконечность кости представляли, смотря по случаямъ, болѣе или менѣе развитыя измѣненія.

Русъ еще прежде приводилъ подобное объясненіе, но онъ не основывалъ его на патологическихъ доказательствахъ. Это объясненіе можетъ отдать отчетъ о боляхъ, замѣчаемыхъ у нѣкоторыхъ субъектовъ; но оно, кажется намъ, приложимо не ко всѣмъ случаямъ. Мы возвратимся еще къ этому въ главѣ о тазобедренной опухоли.

Въ то время какъ больное сочлененіе увеличивается въ объемъ и членъ принимаетъ среднее положеніе между сгибаніемъ и разгибаніемъ, атрофируются мягкія части, лежащія выше и ниже больнаго сочлененія, такъ что отъ этого худѣнія ихъ суставное опуханіе кажется еще значительнѣе. Нѣсколько позднѣе, набухаетъ и отекаетъ часть члена, лежащая ниже сочлененія, и это зависитъ, безъ сомнѣнія, отъ того, что вены и лимфатическіе сосуды, сжатые окружающею ихъ отвердѣлою кѣтчаткою, не такъ легко, какъ прежде, прогоняють жидкости свои въ потокъ кругообращенія ихъ.

Въ этотъ періодъ болѣзни начинаютъ появляться и общіе припадки, которыхъ прежде не было, или они были мало замѣтны; является ли-

хорадка, больной теряет аппетитъ и сонъ, по причинѣ сильныхъ болей, вызываемыхъ каждымъ движеніемъ; черты лица выражаютъ глубокое страданіе организма, кожа дѣлается мутно-желтою и землистою.

Послѣ появленія этихъ симптомовъ реакціи организма, надобно ждать ожесточенія и мѣстныхъ припадковъ: сила и напряженность мѣстныхъ болей, испытываемыхъ больнымъ, дѣйствуютъ обратно на его нервную систему, и слѣдовательно на всю организацію его, между-тѣмъ какъ лихорадка, выраженіе этого общаго состоянія, заставляетъ суставное воспаление перейти въ нагноеніе.

Въ это же время увеличивается количество жидкостей излитыхъ въ сочлененіе, и болѣе распухаютъ окружающія его мягкія части. Кожа краснѣетъ въ нѣкоторыхъ точкахъ, подлежащая клѣтчатка размягчается, обнаруживается зыбленіе жидкости, и вскорѣ гной выходитъ наружу. Нарывы эти могутъ сообщаться или не сообщаться съ суставною полостью.

Въ случаѣ, гдѣ они не сообщаются съ синовиальною оболочкою, они могутъ произвольно развиваться въ периферической клѣтчаткѣ и быть только отраженіемъ глубже лежащаго воспаленія. Тогда они составляютъ то, что Жерди называлъ *нарывами по сосѣдству* (*abcès circonvoisins ou de voisinage*); или зондомъ, введеннымъ въ отверстіе, можно проникнуть глубоко, до самыхъ обнаженныхъ костей, и тогда это *костный нарывъ* (*abcès ossifluent*), но больное мѣсто кости находится внѣ сочлененія.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ первые вскрывшіеся нарывы сообщаются съ суставною полостью, они происходятъ въ слѣдствіе разрыва синовиальной оболочки, позволяющаго содержащемуся въ ней гною изливаться въ подкожную клѣтчатку; но этотъ разрывъ въ такихъ случаяхъ обнаруживается особенными явленіями.

Всего обыкновеннѣе синовиальная оболочка протиривается въ точкѣ соотвѣтствующей одному изъ гнойныхъ скопленій, о которыхъ мы выше говорили и находящихся внѣ ея, такъ что въ-послѣдствіи только устанавливается сообщеніе между подкожнымъ нарывомъ и серозною полостью, и можно, хоть и не всегда легко, положительно убѣдиться въ немъ. Въ этомъ періодѣ болѣзни обыкновенно замѣчается особенное хрустѣніе, происходящее отъ тренія суставныхъ оконечностей костей, обнаженныхъ изъѣдинами хрящей или полнымъ ихъ отслоеніемъ. Но нельзя ждать всегда встрѣтить это явленіе; бываютъ бѣлые опухоли, въ которыхъ нельзя замѣтить его ни въ какомъ періодѣ болѣзни.

Если ничто не препятствуетъ безпрестанному возрастанію болѣзни, то образуются новые нарывы, и какъ прежніе еще не зажили, то сочлененіе окружается многими свищевыми ходами, съ застоємъ сѣроватаго и вонючаго гноя, котораго разложеніе преимущественное оказываетъ вліяніе на общее состояніе больного. Изъ отверстій этихъ свищей выхо-

дать фунгозные сосочки, и кожа окружности ихъ становится багровосиневатою. И случается иногда, что, не могли болѣе противостоять растягиванію, безпрестанно возрастающему, она изъязвляется и продиравливается въ точкахъ наибольшаго своего истонченія. Костныя поверхности, оставшіяся до сихъ поръ въ соотношеніи, бывъ удерживаемы только связками, которыхъ волокна, какъ мы выше показали уже, бывають какъ бы вымочены, не представляютъ болѣе сопротивленія, отлекаются въ ту сторону, въ которую оттягивають ихъ болѣе сильныя мышцы. Въ это-то время замѣчаются такъ называемые произвольные вывихи, которыхъ изученіе такъ любопытно и важно въ каждомъ сочлененіи. По мѣрѣ развитія этихъ явленій, болѣе и болѣе разстроивается общее здоровье. Появляется гнойное зараженіе; по вечерамъ больной чувствуетъ легкій ознобъ и усиленіе обыкновеннаго своего лихорадочнаго движенія; затѣмъ наступаютъ обильныя поты и изнурительный поносъ; кожа принимаетъ землистый видъ, въ выдыхаемомъ воздухѣ и мочѣ является особенная вонючесть, сохнетъ языкъ, съ чрезмѣрною жаждою, аппетитъ и сонъ почти вовсе пропадаютъ, и скоро наступаетъ смерть, если искусство, отнятіемъ члена, не положить конца этимъ опустошительнымъ разстройствомъ.

У нѣкоторыхъ больныхъ въ послѣднее время появляется сухой и частый кашель, и при вскрытіи находится начинающееся или довольно уже развитое туберкулезное отложеніе въ легкихъ, хотя въ началѣ у нихъ и не было ни какихъ признаковъ чахотки. По словамъ Вельпо, въ такихъ случаяхъ больной часто изъ своего больного сочлененія получаетъ зародышъ этого новаго страданія. Нельзя ли также, и справедливо, сказать, что существующая уже чахотка усиливается тогда и ускоряется въ ходѣ своемъ, подъ вліяніемъ гнойнаго всасыванія и сопровождающихъ его лихорадочныхъ припадковъ.

Но не всегда таковъ исходъ болѣзни, предоставленной самой себѣ. Не рѣдко случается, что бѣлая опухоль останавливается въ ходѣ своемъ, какова бы ни была стѣпень, до которой достигли онѣ. Тогда утихаютъ общіе и мѣстные припадки, и болѣзнь мало по малу какъ бы изглаживается; но въ сочлененіи всегда остаются болѣе или менѣе тяжелые слѣды ея существованія, смотря по періоду, въ которомъ произошло излеченіе, и по ткани, въ которой началась болѣзнь.

Дѣйствительно, иногда остается только гипертрофія синовиальной оболочки съ утолщеніемъ подстилающей ее кѣтчатки, и это болѣе или менѣе затрудняетъ только движенія члена; иногда же, при истонченіи или изъѣденіи хрящей, чрезвычайно трудными становятся сгибаніе и разгибаніе члена и сопровождаются совершенно особеннымъ трескомъ. Въ другихъ случаяхъ, укороченныя и отвердѣлыя связки и сухія жилы мы-

щицъ, окружающихъ суставъ, противятся движеніямъ костей однихъ около другихъ. И во всѣхъ этихъ случаяхъ бываетъ такъ-называемый авторами ложный или неполный анкилозъ.

Въ тѣхъ, напротивъ, случаяхъ, гдѣ глубоко было измѣнено сочлененіе, гдѣ развилось нагноеніе въ костяхъ и синовиальной оболочкѣ, суставныя поверхности соединяются костяными продолженіями или удерживаются въ постоянныхъ, неподвижныхъ и неизмѣнныхъ отношеніяхъ чрезвычайно крѣпкими и неподатливыми фиброзными приращеніями. Въ этихъ случаяхъ невозможно ни какое движеніе, и анкилозъ называется истиннымъ или полнымъ.

Однако же больные, которые были такъ счастливы, что достигли до какого-нибудь изъ представленныхъ здѣсь исходовъ, не вовсе изъяты отъ возврата (рецидивы) болѣзни. Если они утомляютъ свои сочлененія неумѣренными или несвоевременными движеніями, если бѣ по несчастію они упали и ушибли свой больной членъ, то не медлятъ снова появиться и боль и опухоль, еще болѣе сильныя и еще болѣе трудно-удалимыя, чѣмъ въ первый разъ.

Мы сказали, что большое число бѣлыхъ опухолей сопровождается или предшествуется измѣненіемъ общаго состоянія организма. Замѣчено, что когда успокоивались воспалительныя явленія, то это утиханіе припадковъ часто зависѣло, или по крайней мѣрѣ совпадало съ измѣненіемъ общаго здоровья. Это замѣчаніе чрезвычайно важно для леченія бѣлыхъ опухолей.

Наконецъ, для пополненія того, что касается исходовъ, скажемъ, что излеченіе можетъ произойти и тогда даже, когда суставныя поверхности вывихнулись и остались вполнѣ разошедшимися. Тогда, въ новыхъ, приобретенныхъ ими, отношеніяхъ, онѣ могутъ образовать ложныя сочлененія (pseudarthroses), которыхъ изученіе интересно во многихъ отношеніяхъ. И самыя даже эти ложныя сочлененія могутъ сдѣлаться мѣстомъ бѣлыхъ опухолей, какъ это видно въ одномъ примѣрѣ, касательно тазобедреннаго сочлененія, приведенномъ въ сочиненіи Ришѣ *).

Распознаваніе. — До сихъ поръ мы описывали бѣлыя опухоли вообще, не разбирая, отъ какой ткани началась болѣзнь. Между-тѣмъ, для леченія ея было бы чрезвычайно важно имѣть возможность, при помощи извѣстныхъ признаковъ, опредѣлить при жизни больного различныя измѣненія, производимыя занимающею насъ болѣзью. И однако жѣ, не смотря на эту важность, признанную всѣми авторами, невозможно еще было дойти до этой столь необходимой вѣрности діагностики. Правда, велики и трудности, которыя надобно преодолѣть, и мы считаемъ по-

*) Richet, loco citato, obs. V.

лезнымъ привести здѣсь слова Дельпеша, чтобы показать тѣ пункты, которые, по его мнѣнію, необходимо было бы разъяснить, и которые и до сихъ поръ еще не разъяснены, не смотря на новѣйшіе успѣхи патологической анатоміи.

«До какой степени, спрашиваетъ онъ, суставныя поверхности участвуютъ въ болѣзни? Какого свойства и какъ обширны ихъ поврежденія? Можетъ ли натура произвести излеченіе? Стремится ли она къ тому, и до чего доходятъ ея усилія? Пока нельзя будетъ рѣшить этихъ вопросовъ, съ болѣзною нечего дѣлать больше того, что до сихъ поръ дѣлалось. Растягиваніе мягкихъ частей, настоящее или кажущееся избытіе жидкости, не могутъ доставить ни одной данной для рѣшенія проблемы; набуханіе можетъ быть вездѣ очень значительно, но изъ этого не слѣдуетъ, чтобы такими же скорыми шагами шли и органическія поврежденія; накопленіе синовиі можетъ растянуть сочлененіе, но все-таки можетъ не произойти ни сукровицы, ни гноя; и наконецъ опуханіе около-суставной кѣтчатки можетъ представить фальшивые признаки избытія жидкости, но по этому нисколько нельзя судить о состояніи глубоко скрытыхъ органовъ» *). Что говорилъ Дельпешъ въ 1816 году, справедливо и теперь еще; поэтому мы не будемъ описывать отличительныхъ признаковъ различныхъ разностей бѣлыхъ опухолей: для разъясненія этой темной точки хирургической патологіи необходимы спеціальныя труды.

Что касается до безотносительнаго распознаванія бѣлыхъ опухолей, то оно не трудно. Съ какою, въ самомъ дѣлѣ, можно смѣшать ихъ болѣзною? Можетъ-быть съ простою суставною водянкою, или съ острымъ суставнымъ ревматизмомъ? Но это невозможно. Можно, пожалуй, ошибиться въ такомъ случаѣ, когда водянка или ревматизмъ переходятъ въ хроническое состояніе, и, перерождая ткани, составляющія сочлененіе, поставятъ членъ въ невозможность къ своимъ отправленіямъ: но тогда не будетъ ли уже это настоящая бѣлая опухоль, въ томъ ея значеніи, какое мы неразрывно считаемъ соединеннымъ съ этимъ названіемъ? И самое леченіе, при настоящемъ состояніи науки, не то же ли будетъ назначено въ случаѣ распознаванія бѣлой опухоли, какъ равно и въ хроническомъ ревматизмѣ или въ хронической суставной водянкѣ, которой жидкость сдѣлалась уже гноевидною? Въ этомъ случаѣ трудно было бы то только опредѣлить, до какой степени больна та или другая ткань, или какая ткань преимущественно больна, — а это снова доказываетъ важность отличительной діагностики однѣхъ разностей бѣлой опухоли отъ другихъ.

*) Delpech, *Maladies chirurgicales*, tome III, p. 731.

И такъ, вообще, изслѣдовавъ болное сочлененіе, не трудно сказать, что здѣсь *есть бѣлая опухоль* въ томъ значеніи, какое придаютъ этому слову всѣ авторы, но почти невозможно, при настоящемъ состояніи науки, сказать, съ какою разностью этихъ сложныхъ болѣзней имѣемъ мы здѣсь дѣло, и до какой степени дошли тѣ измѣненія, которыя анатомически характеризуютъ эти разности. Но если важно распознаваніе матеріальныхъ поврежденій, то не менѣе того важно опредѣленіе и причины, подъ вліяніемъ которой развилась болѣзнь. Очевидно, что не только полезно, но и необходимо было бы, для предсказанія и леченія, знать, произошла ли болѣзнь отъ венерической причины, цынги, ревматизма, или золотухи, и т. п.

Предсказаніе. — Предсказаніе бѣдыхъ опухолей, рассматриваемыхъ вообще, очевидно вытекаетъ изъ того, что мы говорили въ предыдущемъ параграфѣ. Чѣмъ давнѣе болѣзнь и глубже матеріальныя поврежденія, тѣмъ меньше надежды на остановленіе хода ея.

Важнѣе всѣхъ другихъ тѣ бѣлыя опухоли, которыя имѣютъ свое мѣсто въ костяхъ; онѣ рѣдко излечиваются радикально; но даже если бѣ болѣзнь и остановилась, то она всегда оставляетъ въ сочлененіи слѣды, болѣе или менѣе затрудняющіе или даже вовсе прекращающіе движенія. Напротивъ, тѣ опухоли, которыхъ первоначальное мѣсто въ мягкихъ частяхъ, могутъ излечиться и тогда даже, когда дошли уже до послѣдняго своего періода; послѣ нихъ иногда возстановляются даже и движенія члена, хотя, правда, всегда спустя очень долгое время.

Когда разстроены связки, что узнается по подвижности костныхъ поверхностей, то уже нечего надѣяться на излеченіе, а если бѣ оно и было достигнуто, то не иначе, какъ цѣною полного анкилоза, непобѣдимого ни какими средствами, или цѣной ложнаго сустава, образующагося послѣ смѣщенія суставныхъ поверхностей. Когда опредѣлено изъѣденіе хрящевыхъ поверхностей, характеризующееся трескомъ и хрустѣніемъ при треніи одной кости о другую, то, хоть бы болѣзнь и остановилась, что впрочемъ очень рѣдко бываетъ, движенія члена почти навѣрное могутъ считаться потерянными. Мы осторожно говоримъ объ этомъ, потому что знаемъ одинъ фактъ излеченія бѣлой опухоли, представлявшей эти свойства, и фактъ тѣмъ еще замѣчательный, что больная безболѣзненно могла ходить, хоть и ясно было слышно сухое и хрустящее треніе, когда она производила легкія движенія, позволявшія ей неполнымъ анкилозомъ лѣваго колѣна.

Для вѣрности діагностики, особенно надобно брать во вниманіе возрастъ, темпераментъ больнаго, причину болѣзни, предыдущее леченіе; наконецъ никогда не должно забывать, что можетъ-быть нѣтъ ни одной болѣзни, въ которой бы было болѣе причинъ неувѣренности, какъ въ этой.

Лечение. — Лечение бѣлыхъ опухолей должно быть раздѣлено на общее и мѣстное. Общее лечение направляется противъ тѣлосложенія больного, и часто поэтому уже противъ причины болѣзни, тогда какъ мѣстное лечение имѣетъ въ виду различныя матеріальныя измѣненія, которыя можно было распознать. Надобно однако жъ сознаться, вмѣстѣ съ профессоромъ Ру *), что это послѣднее лечение почти вполнѣ бываетъ эмпирическимъ.

Общее лечение. Узнавъ, что суставное страданіе находится подъ зависимостью отъ венерической болѣзни, съ успѣхомъ можно употребить ртутныя средства, и еще лучше іодистый калий, такъ хорошо дѣйствующій противъ третичныхъ припадковъ венерической болѣзни.

Въ случаяхъ цынги, ревматическаго или золотушнаго расположенія, употребляются средства, соотвѣтствующія этимъ болѣзненнымъ состояніямъ.

Особенно въ этомъ послѣднемъ случаѣ, т. е. въ золотушномъ расположеніи, отъ котораго повидимому зависитъ столь большое число бѣлыхъ опухолей у дѣтей и у взрослыхъ, можно прибѣгнуть къ морскимъ ваннамъ, іоднымъ ваннамъ и сѣрнистымъ ваннамъ, а внутрь прописать тресковый жиръ (*oleum jecoris aselli*), по столовой ложкѣ всякое утро. Дѣйствительность этого лекарства, испытаннаго въ послѣднее время, зависитъ, кажется, отъ іодистаго калия, содержаимаго въ немъ въ растворѣ.

По этой-то можетъ-быть причинѣ нѣкоторые практики, и между прочимъ Лисфранкъ, предлагали здѣсь внутреннее употребленіе этой соли. Но клиническій опытъ показалъ, что, бывъ употреблена такимъ образомъ, соль эта дѣйствуетъ далеко не такъ полезно и успѣшно, какъ въ соединеніи въ тресковомъ жирѣ, хоть правда мы и не знаемъ, въ какой она находится тамъ формѣ соединенія.

Солянокислый баритъ, употреблявшійся нѣкогда и хваленный Лисфранкомъ, теперь оставленъ имъ, равно какъ и всѣми другими практиками. Абернети и Ллойдъ употребляли также, въ случаѣ золотушнаго расположенія, ртутныя пилюли, каждый вечеръ по 0,25 центиграм. на приемъ, и въ то же время назначали употребленіе декокта сарсапарели. Но А. Куперъ замѣчаетъ, что эти средства не способны улучшить тѣлосложеніе больного. Абернети предлагалъ также желѣзо и препараты его. Дѣйствительно, при очевидности хлоротическихъ явленій необходимо было бы прибѣгнуть къ этому героическому лекарству; но клиническіе факты доказываютъ, что, въ обыкновенныхъ случаяхъ, оно не только бесполезно, но даже и вредно по тому возбужденію, которое вызываетъ употребленіе его. Что касается до упражненія на открытомъ воздухѣ,

*) Roux, *Dict. en 50 volumes*, art. *Tumeurs blanches*.

то, къ несчастію, имѣя дѣло съ бѣлою опухолью на нижнемъ членѣ, о немъ нечего и думать. Провѣтриваніе, вліяніе солнечныхъ лучей и тоническая діета, составленная изъ сочныхъ жареныхъ мясъ, часто лучше помогаютъ измѣненію золотушнаго расположенія, чѣмъ всѣ горькія лекарства, часто только ослабляющія желудокъ и отвращающія больного отъ леченія. Само собою разумѣется, что іодистый калий мы исключаемъ изъ этого разряда.

Въ тѣхъ, напротивъ, случаяхъ, гдѣ тѣлосложеніе было бы очень сильно, съ преобладаніемъ кровяной системы, должны быть употребляемы мѣстныя кровоизвлеченія, общія ванны, и однимъ-словомъ всякаго рода ослабляющія средства, такъ, чтобы воспрепятствовать общему состоянію организма ожесточать мѣстную болѣзнь.

Вотъ общія терапевтическія средства, имѣющія быть противопоставленными различнымъ предрасположеніямъ больныхъ, страдающихъ бѣлыми опухолями.

Мѣстное леченіе. — Оно не маловажнѣе общаго, потому что большая часть бѣлыхъ опухолей составляетъ чисто мѣстное страданіе, потому ли, что онѣ бываютъ результатомъ растяженія сустава, причины травматической, или потому, что общая причина, произведшая ихъ, перестала дѣйствовать и исчезла уже; тогда можетъ помочь одно только мѣстное леченіе; но даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ источникъ болѣзни находится въ цѣломъ организмѣ, оно становится чрезвычайно важнымъ и необходимымъ: доказательствомъ можетъ служить ожесточеніе припадковъ при несвоевременныхъ движеніяхъ члена, и напротивъ спокойствіе больного, при полной его неподвижности.

Это мѣстное леченіе направляется или противъ натуры болѣзни, подобно общему леченію, или, напротивъ, противъ припадковъ, происходящихъ отъ органическаго поврежденія. Для лучшаго объясненія приведемъ примѣръ. Пусть будетъ такая бѣлая опухоль, въ которой господствующими явленіями будутъ краснота, жаръ, и однимъ-словомъ воспаленіе; для леченія ея необходимо прибѣгнуть къ мѣстнымъ кровоизвлеченіямъ: банкамъ, пиявкамъ. А если болѣзнь сопровождается вялостью, то безъ сомнѣнія обратятся къ возбуждающимъ средствамъ (душамъ, треніямъ). Въ обоихъ слѣдовательно этихъ случаяхъ мѣстное леченіе направляется противъ натуры болѣзни.

Пусть же, напротивъ, представится размягченіе связокъ, отслоеніе хрящей, въ такомъ случаѣ мѣстное леченіе безъ сомнѣнія направится противъ этихъ обстоятельствъ, употребленіемъ средствъ остановить вывихъ суставныхъ поверхностей и благопріятствовать анкилозу неподвижными повязками или жолобами.

А. Мѣстныя кровоизвлеченія. — Латта говоритъ, что онѣ имѣтъ

успѣхъ при леченіи многихъ бѣлыхъ опухолей отъ повторительныхъ при-
ставленій пъявокъ въ большемъ числѣ *). Лисфранкъ также хвалилъ эту
методу. И легко повѣрить успѣхамъ, полученнымъ этими практиками,
особенно если употребляются мѣстные кровоизвлеченія тогда, когда бо-
лѣзнь не произвела еще глубокаго перерожденія тканей. Въ самомъ дѣлѣ,
очень понятно полезное дѣйствіе этихъ мѣстныхъ кровоизвлеченій въ
тѣхъ случаяхъ, когда, въ началѣ бѣлыхъ опухолей, большую играютъ
роль воспаленіе кости или синовиальной оболочки. Но, чтобъ онѣ были
дѣйствительно полезны, необходимо часто повторять ихъ и дѣлать до-
вольно обильныя.

Это относится какъ къ пъявкамъ, такъ и къ банкамъ; послѣднія, мо-
жетъ-быть, слѣдовало бы даже предпочитать первымъ, если бѣ приставле-
ніе ихъ вокругъ суставныхъ поверхностей, которыхъ очерки неровны и
неправильны, не представляло часто значительной трудности.

При невыразительности воспалительныхъ припадковъ, при убѣжденіи,
что гной наполняетъ суставную полость и что произошло уже перерож-
деніе тканей, должно воздерживаться отъ употребленія антифлогистиче-
скихъ мѣстныхъ средствъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь развивается
у золотушнаго субъекта и гдѣ нѣтъ особеннаго превалированія воспали-
тельныхъ припадковъ, Броди считаетъ мѣстное кровоизвлеченіе всегда
почти бесполезнымъ и запрещаетъ его **). Тогда должно обратиться или
къ прижиганію, или къ мушкамъ и отвлекающимъ средствамъ.

В. Прижиганіе — производится или ѣдкими средствами, или раска-
леннымъ желѣзомъ.

Прижиганіе ѣдкими средствами употребляемо было во всѣ времена.
Оно производится или азотнокислымъ серебромъ, или ѣдкимъ кали, или
вѣнскимъ тѣстомъ. Часто цѣлью прижиганія служить образованіе, по от-
паденіи струпуевъ, нагнаивающейся отдѣлительной поверхности, которая
поддерживается инородными тѣлами, прикладываемыми на рану. Прижи-
ганіе моксами производится, какъ извѣстно, различнымъ образомъ.
Струпья, производимые этимъ способомъ прижиганія, опадаютъ скорѣе
тѣхъ, которые произведены вѣнскимъ тѣстомъ: отъ того моксы и пред-
почитаются, не только по этой одной, но и по другимъ причинамъ, ко-
торыя будутъ нами показаны.

Но преимущественно употребляемо было, въ леченіи суставныхъ бо-
лѣзней, прижиганіе раскаленнымъ желѣзомъ. Превозносимое всѣми древ-
ними, оно было почти оставлено или, лучше сказать, забыто уже, когда
Перси и Ларрей возвратили ему заслуженную славу его.

*) Latta, *System. of Surgery*, tome I, chap. VI.

**) Brodie, *loco citato*, p. 240.

Однако жъ справедливость требуетъ сказать, что Путò, часто употреблявшій его, говоритъ, что онъ видѣлъ отъ него истинно-необыкновенную пользу. Теперь употребляютъ его всѣ практики, и, между разными способами прижиганія, обыкновеннѣ всего дѣлають линейное или переходящее прижиганіе (*cautérisation transcurrente*), т. е., накаливъ заостренное желѣзо до бѣла, проводятъ его линіями по окружности сустава. Линіи должны быть довольно отдалены одна отъ другой, чтобъ отдѣлительныя воспаленія, необходимо имѣющія наступить вокругъ каждой изъ нихъ, не сливались между собою. Непріятно въ самомъ дѣлѣ было бы, если бъ въ одно время воспалились всѣ покровы, одѣвающие больной суставъ. Поэтому пространство между двумя прижженными линіями должно быть не менѣ 5-ти центиметровъ.

Эти проходящія прижиганія представляютъ большія выгоды, нежели прижиганіе глубокое, такъ называемое вѣдряющее (*cautérisation inhérente*), которое особенно хвалилъ Рустъ. Всѣ эти прижиганія дѣйствуютъ одинаковымъ образомъ. Прижиганіе тѣкими средствами медленно производитъ свое дѣйствіе, но за то оно проникаетъ глубже и далѣе распространяетъ свое дѣйствіе: поэтому оно и предпочитается для болѣе глубокихъ сочлененій; оно даже можетъ быть опасно для поверхностныхъ сочлененій, оставляя, по отпаденіи струпа, рану, могущую проникнуть въ сочлененіе и открыть его (см. *Раны сочлененій*).

Гораздо лучше прижиганіе моксою; дѣйствіе ея, долго продолжающееся, распространяется далѣе мѣста ея приложенія; притомъ она не оставляетъ такихъ толстыхъ струевъ и не ведетъ за собою такихъ опасностей, которыя приписываются вѣнскому тѣсту: отъ того ее можно употребить въ поверхностныхъ суставахъ, если нужно сильное и продолжительное дѣйствіе.

Что касается до линейнаго прижиганія желѣзомъ, то дѣйствія его скоры, быстры, но не глубоко распространяются въ мягкія части. Боннè любопытными опытами своими увѣрился, что дѣйствіе его не распространяется далѣе кожи, т. е. на 1 — 2 миллиметра глубины: отъ того и говорятъ, что эти прижиганія, чтобъ быть полезными, должны быть часто повторяемы. Оно ведетъ за собою, особенно у дѣтей, очень скорое улучшение.

С. Образованіе пузырей. — Оно можетъ быть произведено двоякимъ образомъ: или прикладываютъ вокругъ сочлененія маленькія мушки, часто возобновляя ихъ, или прикладываютъ очень широкія мушки, вполне одѣвающие окружность сустава и переходящія пальца на три дальше границъ его. Обѣ эти методы бывали полезны, и въ особенности послѣдняя; но эти мушки должны быть употребляемы съ извѣстною осмотрительностью и только въ первое время болѣзни. Нѣкоторые темпераменты не

переносить этого средства, и А. Куперъ приводитъ одинъ случай, сообщенный ему Уильсономъ Кротвелемъ, гдѣ произошли такіе припадки, которые едва-едва могли успокоить большими дозами опиума.

Д. Бинтованье. — Это механическое средство, введенное въ послѣднее время въ леченіе всѣхъ хирургическихъ болѣзней, заслуживаетъ особеннаго вниманія въ терапевтикѣ суставныхъ болѣзней. Въ самомъ дѣлѣ, это такое средство, которое удобоприложимо, всѣмъ доступно и можетъ оказать очень важныя услуги. Прежде изслѣдованія дѣйствій его, изложимъ способъ его употребленія.

Его можно дѣлать ленточками липкаго пластыря, полотняными или фланелевыми бинтами, для большей крѣпости напityвая ихъ декстриномъ или крахмаломъ, наколѣбниками или другими повязками, приспособленными къ больному сочлененію.

Бинтованье ленточками липкаго пластыря имѣетъ ту выгоду, что не расслабляется и давитъ вездѣ ровно. Нѣкоторые авторы приписывали даже липкому пластырю особенныя свойства, которыя впрочемъ оспорируются другими. Бэйнтонъ первый употребилъ его, а во Франціи ввелъ его въ употребленіе Вельпѣ, и потомъ Лавашері въ особенномъ мемуарѣ старался выставить всѣ выгоды его употребленія. Это правда, что ленточки липкаго пластыря оказываютъ дѣйствительныя услуги; только надобно перемѣнять ихъ черезъ восемь или десять дней, потому что, задерживая транспирацію, онѣ поддерживаютъ влажность вокругъ сустава, производящую иногда экзематозное раздраженіе.

Бинтованье посредствомъ полотняныхъ или фланелевыхъ бинтовъ легче произвести, но за то они легче и расслабляются. При томъ надобно соединять этотъ способъ бинтованія съ предыдущимъ; иначе членъ, сжатый только вокругъ сочлененія, набухалъ бы ниже его и сдѣлался болѣзненнымъ.

Что касается до полотняныхъ или замшевыхъ повязокъ, просто, въ видѣ готоваго аппарата, накладываемыхъ на сочлененіе, то это самыя дурныя средства сжиманія.

Чтобы сдѣлать сжиманіе болѣе ровнымъ и постепеннымъ, можно помѣщать по углубленіямъ конусы изъ трута или пирамиды изъ градусныхъ компрессовъ и т. п.

Дѣйствіе сжиманія очень многосторонно; оно отдавливаетъ жидкости, наполняющія мягкія части, и также препятствуетъ крови притекать слишкомъ въ большемъ количествѣ къ мягкимъ частямъ, слѣдовательно замедляетъ волосное кровообращеніе, и наконецъ держитъ суставъ въ неподвижности. Правда, что послѣднее обстоятельство есть здѣсь только придаточное, и бываетъ тогда только, когда въ повязку помѣщаются

шины, или когда скрѣпляютъ ее особенными смѣсами. Но это будетъ тогда уже совсѣмъ другая метода; потому что въ то время, какъ обращаются къ бинтованью ленточками липкаго пластыря или къ наколѣнникамъ, часто имѣютъ еще въ виду упражнять суставы умѣренными движеніями.

Выгода, которую можно извлечь изъ этого терапевтическаго агента, неизмѣрима; часто случается, что одно только бинтованье прекращаетъ боли, которыхъ ничѣмъ нельзя было успокоить, и возвращаетъ больнымъ сонъ, котораго они такъ долго лишены были. Но это, какъ замѣчаетъ Вельпд, оружіе очень опасное, въ опытныхъ рукахъ дѣлающее чудеса, а въ рукахъ неискусныхъ ведущее за собою иногда неисправимыя разстройства. Чтобъ быть полезнымъ, оно должно быть вездѣ ровно, и особенно умѣренно; однимъ словомъ, надобно дѣлать больше удерживаніе, чѣмъ сжиманіе, и это правило должно быть особенно въ виду, когда это средство накладывается на воспаленныя части, болѣе здоровыхъ наклонныя къ омертвѣнію.

Когда надобно употребить бинтованье, и въ какихъ случаяхъ необходимо оно? Вотъ попрось, который надобно теперь рѣшить. Къ несчастію, рѣшеніе его возможно только въ присутствіи фактовъ, при постели больного. Вообще можно сказать то только, что оно можетъ быть полезно, когда нѣтъ еще нагноенія въ сочлененіи, или когда, по опорожненіи гноя, остается только хроническое затвердѣніе тканей, окружающихъ сочлененіе.

Е. Неподвижность. — Основываясь на томъ, что малѣйшее движеніе больного сочлененія вызываетъ сильныя боли, хирурги приняли общимъ правиломъ держать его неподвижно и въ совершенномъ покоѣ, и предписывали вообще лежанье въ постели при бѣлыхъ опухоляхъ на нижнемъ членѣ, и укрѣпленіе руки въ шарфѣ на верхнемъ. Но этимъ, какъ справедливо замѣтилъ Боннѣ, не достигается неподвижность сочлененія, потому что, не смотря на лежанье въ постели, суставныя поверхности все-таки не менѣе того движутся одна около другой; поэтому-то А. Парѣ, Раватонъ и всѣ новѣйшіе хирурги старались отыскать такія средства, которыя бы предотвращали движенія не всего тѣла, а только больного сочлененія. Для этой-то цѣли придуманы были металлическіе проволочные жолобы, гипсовые аппараты, разные привѣсные и непривѣсные аппараты, равно какъ и неснимающіяся или неподвижныя повязки. Они всякому извѣстны *), и намъ остается здѣсь обсудить только ихъ пользу и дѣйствительность.

*) Подробное описаніе ихъ можно прочесть въ *«Ученіи о переломахъ костей, Мальгена, перев. Чистовичемъ, С.-П.-бургъ, 1850, стр. 204—251.»*

Скажемъ сначала, что изъ этихъ аппаратовъ, стремящихся къ достиженію одной и той же цѣли, неподвижности суставныхъ поверхностей, одни оставляютъ на-вскрышѣ значительную часть покрововъ противъ большаго сочлененія, а другіе вполне закрываютъ ихъ. При употребленіи первыхъ возможно слѣдовательно леченіе болѣзни и другими средствами, моксами, прижиганіемъ желѣзомъ и т. д., однимъ-словомъ соединеніемъ вмѣстѣ двухъ сильныхъ способовъ леченія. Къ этой выгодѣ надобно прибавить и ту еще, что они могутъ быть употреблены и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нагноеніе овладѣло уже сочлененіемъ, потому что позволяютъ истеченіе гноя наружу.

И не одни только металлическіе жолобы могутъ быть употреблены въ этихъ осложненныхъ случаяхъ; декстринныя повязки, съ искусно-принаровленными окошечками, выполняютъ тѣ же показанія, и имѣютъ ту еще преимущественную выгоду, что обезпечиваютъ болѣе полную неподвижность, потому что лучше охватываютъ всѣ контуры члена. Дѣйствіе этихъ аппаратовъ состоитъ въ томъ, что они помогаютъ разрѣшенію воспаленія въ частяхъ, частью постоянно поддерживаемымъ ими легкимъ сжиманіемъ, а частью прекращеніемъ болей, послѣ котораго больной перестаетъ мучиться и получаетъ сонъ. При томъ одна эта неподвижность можетъ привести съ собою тотъ счастливый исходъ, для достиженія котораго хирургъ долженъ перепробовать всѣ средства; мы хотимъ сказать о настоящемъ или ложномъ анкилозѣ.

Изъ всего сказаннаго нами, касательно неподвижности при леченіи бѣлыхъ опухолей, видно, что это, столь важное и дѣйствительное, терапевтическое средство можетъ и должно имѣть приложеніе ко всѣмъ періодамъ болѣзни, какъ для предотвращенія болѣзни, такъ и для леченія ея, и при томъ не исключаетъ другихъ способовъ мѣстнаго леченія, каковы прижиганіе и втиранья разныхъ мазей и помадъ, о которыхъ мы имѣемъ теперь говорить.

Г. Тренія. — Тренія дѣлаются или сухія, или съ разными мазями и помадами, разрѣшающими или возбуждающими.

Сухія тренія употребляются только въ невоспалительномъ періодѣ, когда набуханіе тканей кажется пассивнымъ и нужно пробудить жизненность тканей. Это родъ разминанья, имѣющаго цѣлью возвратить мышцамъ ихъ гибкость и сократительность, и въ то же время оживить волосное кровообращеніе, которое сильно подавлено или почти уничтожено затвердѣніемъ кѣтчатой ткани. Не годятся эти тренія, когда сочлененіе горячо и болѣзненно: тогда они усилили бы раждающееся воспаленіе, или пробудили бы его, если бы оно начало уже утихать; но польза ихъ неоспорима при такъ-называемомъ неполномъ анкилозѣ.

Что касается до трений съ мазями и помадами, то они очень различны. Предлагаали втирать большія количества ртутной мази, и, чтобъ она върнѣ могла проникнуть сквозъ ткани, поднимать кожицу приложеніемъ широкой мушки. Соединяя такимъ образомъ дѣйствіе нарывныхъ средствъ съ употребленіемъ ртути, достигали неоспоримыхъ успѣховъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ употреблены уже были антифлогистическія средства. Извѣстно, что ртуть, по свойству разжижать кровь, составляетъ сильное средство для противоудѣйствія воспалительнымъ припадкамъ и кровонакопленіямъ.

Мы не можемъ сказать того же о другихъ, такъ-называемыхъ разрѣшающихъ и разбивающихъ мазяхъ и помадахъ, какъ напримѣръ изъ іодистаго свинца, іодистаго калия, и т. п.; потому что улучшеніе, иногда слѣдующее за употребленіемъ ихъ, не всегда очевидно имъ можетъ быть приписано.

Возбуждающія помады часто дѣйствуютъ какъ нарывныя и отвлекающія средства; таковы помады съ рвотнымъ камнемъ (Дутенритова), амміаковыя, кротоновыя и т. п.; помада изъ азотнокислаго серебра, введенная въ послѣднее время въ употребленіе Жоберомъ, также дѣйствуетъ не иначе; она производитъ пузырчатую сыпь и скоро прекращаетъ и боли и кровонакопленіе. Она готовится изъ 4 — 8 граммъ на 30 граммъ сала, и втираніе ея повторяется нѣсколько разъ *). Я самъ нѣсколько разъ употреблялъ ее съ успѣхомъ. Въ другихъ случаяхъ, помады и мази въ особенности дѣйствуютъ, кажется, какъ разбивающія средства, т. е. какъ оживляющія ослабѣвшее кровообращеніе, таковы: оподельдокъ, бальзамъ Фіоравенти, нервный бальзамъ, камфорное масло и пр.

Такимъ образомъ и сухія тренія и втиранья бальзамовъ, мазей и помадъ не дѣйствуютъ на самую болѣзнь; по уничтоженіи страданія, они такъ-сказать облегчаютъ только возвратъ частей къ нормальному состоянію.

Надобно однако жъ исключить отсюда втиранья ртутной мази и нарывныхъ помадъ, оказывающія несомнѣнное дѣйствіе на припадки, характеризующіе воспалительный періодъ бѣлыхъ опухолей.

Г. Души — могутъ быть паровыя и жидкія. Ихъ можно также готовить изъ ароматныхъ средствъ и изъ разныхъ солей, присоединяя такимъ образомъ дѣйствіе послѣднихъ къ дѣйствію воды или пара.

Можно сказать вообще, что души должны быть назначаемы въ атоническихъ бѣлыхъ опухоляхъ, и когда атонія выражается не только въ больномъ сочлененіи, но и въ цѣломъ тѣлосложеніи. Онѣ особенно по-

*) *Bullétin de thérapeutique.*

лезны въ хроническихъ суставныхъ набуханіяхъ, слѣдующихъ за воспалительнымъ періодомъ, когда счастливо удастся остановить ходъ его; тогда онѣ дѣйствуютъ подобно разминанію, сухимъ треніямъ, и разнымъ возбуждающимъ втираньямъ, и бывають успѣшны даже тамъ, гдѣ не удалось ничего сдѣлать съ вычисленными здѣсь средствами.

Но ихъ не должно употреблять тамъ, гдѣ есть еще боль, сопровождаемая жаромъ и напряженіемъ сочлененія, иначе, подъ вліяніемъ этого несвоевременнаго леченія, ожесточаются всѣ припадки.

Чаще всего употребляются холодныя души, соляныя, сѣрные, ароматныя.

Въ подобныхъ же случаяхъ Дж. Гейтеръ совѣтовалъ морскія ванны, а Люголь предлагалъ іодныя ванны, и говорилъ, что находилъ ихъ очень полезными.

Не такъ же ли дѣйствовало, подобно мѣстной ваннѣ для сочлененія, средство предложенное и употреблявшееся съ успѣхомъ Ришраномъ? Онъ обвертывалъ весь суставъ кускомъ тафты, смазанной камедью по краямъ, чтобъ они приклеились къ кожѣ, и такимъ образомъ прервали всякое сообщеніе ея съ наружностью. По снятіи аппарата, чрезъ нѣсколько дней, кожа находима была мокрою и какъ бы вымоченною въ задержанной подъ тафтою кожной испаринѣ *).

Н. Вяжущія средства. — Что сказать намъ объ этихъ средствахъ? Что могутъ они сдѣлать противъ болѣзни, такъ глубоко перераждающей ткани? И чего можно надѣяться отъ компрессовъ, напитанныхъ уксуснокислымъ свинцомъ, уксусною водою или т. п.??

Пересмотрѣвъ различныя средства, употребляемыя при общемъ и мѣстномъ леченіи бѣлыхъ опухолей, и отличивъ случаи, гдѣ тѣ или другіе изъ этихъ терапевтическихъ агентовъ могутъ имѣть приложеніе, намъ остается изложить *хирургическое леченіе*, если позволено такъ выразиться, требуемое разными обстоятельствами, неразрывно связанными съ этими болѣзнями. Мы хотимъ сказать о нарывахъ, фунгозностяхъ, смѣщеніяхъ и т. п.; наконецъ рассмотримъ вопросъ объ ампутаціи члена и резекціи суставныхъ оконечностей кости.

Выше изложили мы, какъ, въ теченіе болѣзни, образуются, или въ самомъ сочлененіи, или внѣ его, гнойныя накопленія, и старательно описали анатомическія свойства ихъ. Эти нарывы натурально можно раздѣлить на внутрь-суставные и внѣ-суставные, а эти послѣдніе въ свою очередь на развивающіеся въ кости, или просто въ периферической кѣтчаткѣ, безъ всякаго сообщенія съ костною системою или суставною полостью; они суть простыя явленія воспалительнаго отраженія въ этихъ

*) Richerand, *Nosographie chirurgicale*, tome III, p. 173.

тканяхъ. Понятно, что эти нарывы не могутъ быть лечимы одинакимъ образомъ.

Внутри-суставные нарывы изъ всѣхъ самые важные. Нужно, или нѣтъ, вскрывать ихъ? Но этотъ вопросъ здѣсь очень сложенъ: когда они, прорвавъ суставную сумку, затекаютъ между мышцами, то нечего раздумывать: надобно доставить гною выходъ. Хирурги не соглашаются только на счетъ производства надрѣза: одни совѣтуютъ широко надрѣзывать покровы, чтобъ избѣгнуть застоя гноя и особенно измѣненія его отъ соприкосновенія съ воздухомъ; другіе, для той же цѣли, совѣтуютъ узенькіе надрѣзы, или лучше сказать проколы, но часто повторяемые. Последняя метода кажется намъ рациональнѣе первой. Бойе первый указалъ на ея выгоды, и, какъ при конгестивныхъ нарывахъ позвоночнаго столба, онъ употреблялъ узкій бистурей, косвенно вкалывая его подъ складку кожи. Въ наше время, Ж. Геранъ предложилъ замѣнять бистурей троакаромъ, къ концу котораго приспособляется насосецъ для втягиванія гноя.

Прокалываніе повторяется всякій разъ, какъ снова образуется нарывъ; не надобно забывать, по опорожненіи его, производить легкое сжиманіе и покрывать сдѣланное троакаромъ отверстіе пластинкой липкаго пластыря. Этимъ не излечиваются нарывы, но по возможности облегчаются непріятныя припадки, которые непременно произошли бы, если бъ гной либо разошелся по мягкимъ частямъ, не бывъ удаленъ наружу, либо измѣнился отъ соприкосновенія съ воздухомъ, бывъ открытъ слишкомъ широкимъ отверстіемъ.

Если нарывъ, вмѣсто того чтобъ прорвать синовіальную оболочку, остается заключеннымъ въ сочлененіи, то должно ли открыть выходъ жидкости? Безъ сомнѣнія, если сумка такъ растянута, что можно бояться разрыва ея, то благоразумнѣе будетъ, употребивъ вышеупомянутый способъ, открыть выходъ гною; но мы думаемъ, что, исключая этотъ особенный случай, должно воздерживаться отъ всякой операціи. И мы не рѣшились бы дать совѣтъ—впрыскивать въ суставную полость раздражающія жидкости, какъ предлагалъ это Бонне.

Правда и то, что Ліонскій хирургъ совѣтуетъ прибѣгать къ этой методѣ тогда только, когда идетъ дѣло о холодныхъ нарывахъ сочлененій, безъ предшествовавшаго измѣненія костей или синовіальной оболочки.

Холодные нарывы, костные или внѣсуставные, если они могутъ быть распознаны прежде своего вскрытія, должны быть подчинены общимъ правиламъ леченія. Важность этихъ нарывовъ необходимо должна была заставить хирурговъ искать средства предотвратить опасности ихъ: отъ того и не удивительно, что для леченія ихъ предложено было очень много способовъ. Такъ поочередно предлагаемы были: простой проколъ, ко-

свенный или подкожный проколъ, проколъ съ слѣдующимъ за тѣмъ вытягиваніемъ жидкости вантузою или сифономъ, проколъ съ впрыскиваніемъ воды, іоднаго или фдкаго раствора, для измѣненія стѣнокъ нарыва, большіе надрѣзы и часто повторяемое обмыванье внутренности нарыва противугниlostными жидкостями, вскрытіе нарыва фдкими средствами и прижиганіемъ желѣзомъ, и наконецъ вырѣзываніе стѣнокъ нарыва.

Какъ всѣ эти методы имѣютъ въ виду вскрытіе нарыва, то надобно предварительно разсмотрѣть вопросъ: должно ли вскрывать такіе нарывы? Отвѣтъ на этотъ вопросъ послужитъ намъ руководствомъ для оцѣнки каждой изъ этихъ методъ. Бойѣ, сперва не советовавшій вскрывать ихъ, послѣ измѣнилъ свое мнѣніе на этотъ счетъ. Онъ постановилъ формальнымъ правиломъ вскрывать ихъ, какъ скоро они обнаружатся и можно замѣтить въ нихъ зыбленіе жидкости. Онъ основывался на томъ, что «эти нарывы тѣмъ важнѣе, чѣмъ костоѣда больше и нарывъ обширнѣе: а такъ какъ, говоритъ онъ, въ началѣ болѣзни, костоѣда занимаетъ небольшую поверхность и нарывъ имѣетъ довольно умѣренные размѣры, но та и другой каждый день все увеличиваются, то тѣмъ менѣе можно надѣяться на излеченіе костоѣды, чѣмъ большіе она сдѣлала успѣхи, и, кромѣ того, обширность нарыва дѣлаетъ труднѣе сближеніе стѣнокъ его.» Но на это можно сдѣлать слѣдующія возраженія: 1) проколъ никакимъ образомъ не можетъ положить конца распространенію костоѣды; 2) закрытію нарыва мѣшаетъ не обширность его, а безпрестанное произведеніе извѣстнаго количества гноя измѣненными костями; 3) когда нарывъ вскрывается съ извѣстными предосторожностями, то дѣйствительно всегда почти скоро заживаютъ первые проколы; но прежде чѣмъ успѣемъ много разъ повторить эту операцію (напримѣръ четыре или пять разъ), одно изъ отверстій сдѣлается свищевымъ и больной подвергнется тогда опасностямъ отъ вхожденія воздуха въ нарывъ, опасностямъ, которыя появились бы гораздо позднѣе, еслібъ дожидаться произвольнаго вскрытія нарыва; 4) наконецъ, допустивъ даже, что можно, при помощи усовершенствованнаго оперативнаго способа, получить непосредственное закрытіе этихъ послѣдовательныхъ проколовъ, надобно еще спросить себя, какая же польза ихъ, когда опять происходитъ новое накопленіе гноя и черезъ два-три дня нарывъ опять находится такимъ же, какимъ онъ былъ и до прокола?

Взявъ во вниманіе эти опасности, большая часть практиковъ нашего времени считаютъ постояннымъ правиломъ—воздерживаться отъ вскрытія этихъ нарывовъ, если только сами они не грозятъ вскрыться произвольно. Такъ поступалъ и Дюпюитрентъ.

Но когда произвольное вскрытіе нарыва кажется уже неизбѣжнымъ,

то должно доставить выходъ гною, чтобъ предотвратить разрушеніе стѣнокъ нарыва на большое протяженіе, и образованіе свищеваго хода, который позволить воздуху проникать до его полости. Вскрытіе его должно быть производимо подкожными проколами, предложенными еще Бойе и усовершенствованными Ф. Аллід и всего болѣе Ж. Герэномъ.

Къ-сожалѣнію, явленія, характеризующія описываемые нами нарывы, такъ похожи на явленія такъ-называемыхъ нарывовъ по сосѣдству, что ихъ трудно отличить одни отъ другихъ, и часто трудно отличить даже и отъ тѣхъ, которые сообщаются съ сочлененіемъ.

Что касается до нарывовъ по сосѣдству, то мы думаемъ, что и ихъ также не должно вскрывать широкими разрѣзами, и по многимъ причинамъ: во-первыхъ потому, что нельзя быть увѣреннымъ, что они не сообщаются съ сочлененіемъ; далѣе потому, что они, какъ мы доказали уже, въ-послѣдствіи могутъ переходить въ суставные нарывы; и наконецъ потому, что кожа, покрывающая ихъ, и ткани, въ которыхъ они развиваются, не имѣютъ большой склонности возстановляться, и потому отверстіе ихъ остается открытымъ, и гной, скопляющійся на днѣ ихъ, измѣняется въ свойствахъ своихъ и ускоряетъ печальный исходъ.

Ришѣ передалъ намъ наблюденіе надъ однимъ больнымъ 17 лѣтъ, у котораго широко вскрытъ былъ нарывъ по сосѣдству; съ той же минуты мѣстные воспалительные припадки и лихорадка, бывшіе передъ тѣмъ очень умѣренными, ожесточились до такой степени, что распухшія кости подались въ ту сторону, гдѣ было нарушеніе цѣлости кожи, растянули ее, омертвили, и вполнѣ вышли наружу чрезъ отверстіе первоначально сдѣланное для опорожненія гноя. Вскрытіе сочлененія показало, что въ синовиальной полости было только съ ложку серозно-кровянистой жидкости.

Для доставленія выхода гною предлагали раскаленное желѣзо и ѣдкія средства, и тѣми же средствами совѣтовали еще возбуждать дно нарыва. И дѣйствительно, этими средствами не слѣдуетъ пренебрегать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вялому воспаленію необходимо доставить извѣстную степень напряженности.

Леченіе фунгозностей, развивающихся въ-теченіе бѣлой опухоли, должно также относиться къ этому хирургическому леченію. Выше доказали мы, что эти фунгозности суть продуктъ хроническаго воспаленія суставной серозной оболочки. Ихъ предлагали уничтожать, или лучше сказать сдавливать, сильнымъ прижиманьемъ пирамидальными компрессами, конусами трута и даже свинцовыми пластинками. Къ этимъ хирургическимъ средствамъ надобно присоединять еще дѣйствіе іодныхъ мазей, разминаніе, сухія тренія и т. п.

Въ началѣ бѣлыхъ опухолей, больные, для избѣжанія болей, инстин-

ктивно сгибають больной членъ; отъ этого происходитъ, что мышцы, равно какъ и суставныя связки, привыкли къ этому сгибанію, располагаются такъ, что если необходимо достигнуть излеченія посредствомъ анкилоза, и для этого предварительно хотятъ выпрямить членъ, то это сопряжено бываетъ съ чрезвычайными трудностями. Между-тѣмъ при бѣлыхъ опухоляхъ на нижнемъ членѣ, оканчивающихся анкилозомъ, это выпрямленіе составляетъ дѣло первой необходимости, потому что иначе анкилозированный членъ былъ бы ненужнымъ и невыносимымъ бременемъ для больного.

Для достиженія этого результата, надобно наложить противувьтяги-вающія и вытягивающія петли и постепенно тянуть за суставъ до тѣхъ поръ, пока членъ получитъ всю прямизну свою. Эти маневры обыкновенно очень болѣзненны; но нельзя же и отказаться отъ выпрямленія, исключая если можно бояться воспалительныхъ припадковъ, которые впрочемъ рѣдко случаются, если напередъ взяты всѣ необходимыя предосторожности.

Мы говоримъ здѣсь о тѣхъ только случаяхъ, гдѣ анкилозъ не образовался еще; позднѣе будемъ мы разсматривать тѣ средства, которые предложены были Луврьё для выпрямленія анкилозированныхъ уже сочлененій.

Если бъ при бѣлыхъ опухоляхъ вывихнулись кости, то должно стараться вправить ихъ, но тамъ только, гдѣ это возможно безъ страха ожесточить припадки; если бъ этотъ вывихъ грозилъ повториться, то должно стараться по возможности воспрепятствовать этому. Въ этихъ-то случаяхъ необходима полная *неподвижность* сочлененія, довольно хорошо достигаемая помощію декстринной повязки.

Мы говорили уже, что, къ-сожалѣнію, исходъ бѣлыхъ опухолей далеко не всегда счастливъ; дѣйствительно, въ большемъ числѣ случаевъ изложенное нами леченіе остается безуспѣшнымъ, болѣзнь продолжаетъ ходъ свой, и становится очевиднымъ, что только одно отнятіе члена можетъ спасти жизнь больного.

Но когда должно производить операцію? — вопросъ, котораго рѣшеніе имѣетъ чрезвычайную важность. Но прежде рѣшенія этого вопроса должно изслѣдовать всѣ органы экономіи, чтобы знать, здоровы ли они, или нѣтъ, и чтобы не сдѣлать бесполезной операціи. Эта предосторожность, полезная при всѣхъ операціяхъ, здѣсь тѣмъ важнѣе еще, что наблюденіе всѣхъ вѣковъ показало частое совпаденіе бѣлыхъ опухолей съ легочною чахоткою.

Это развитіе бугорковъ при бѣлой опухоли сочлененій составляетъ ли простое случайное совпаденіе болѣзней, или нѣтъ ли между ними такого же отношенія, какъ между дѣйствіемъ и причиною, какъ дѣйствительно

думаютъ нѣкоторые хирурги? Вельпо полагаетъ, что, при развитіи нагноенія въ сочлененіи, организмъ почерпаетъ изъ этого источника гнилостные матеріалы, которые, дѣйствуя обратно на всю экономію, могутъ послужить началомъ къ образованію бугорковъ, не существовавшихъ прежде того. Въ-слѣдствіе этого онъ выводитъ отсюда правило — приступать къ ампутаціи члена сколько-возможно скорѣе, т. е. тотчасъ же, какъ потерялась надежда на излеченіе обыкновенными средствами. Онъ даже пошелъ еще далѣе: однажды сдѣлалъ ампутацію у молодой дѣвушки, у которой Андраль и многіе другіе медики распознали бугорки въ обоихъ легкихъ, и не только вылечилъ больную свою отъ ампутаціи, но и имѣлъ удовольствіе видѣть ее два года спустя здоровою, свѣжею и не представлявшею ни одного признака туберкулознаго страданія легкихъ *). Это очень важный фактъ, и судя по немъ, можно предполагать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ вещи можетъ-быть и въ самомъ дѣлѣ происходить такъ, какъ это объясняетъ Вельпо.

Однако жъ не должно увлекаться исключительными фактами; къ-несчастью справедливо, и самъ Вельпо, вмѣстѣ съ другими хирургами, соглашается въ этомъ, что въ большей части случаевъ туберкулезное расположеніе предшествуетъ образованію бѣлой опухоли или сопровождаетъ его, хотя послѣдняя и не находится въ причинной связи съ нимъ.

Отсюда общее правило — тщательно изслѣдовать грудь больныхъ, имѣющихъ подвергнуться ампутаціи.

Но когда должно производить ее? Мы видѣли уже, какъ думаетъ объ этомъ Вельпо и нѣкоторые другіе хирурги. Но многіе другіе не раздѣляютъ этого мнѣнія. А. Куперъ говоритъ, что успѣхъ операціи будетъ гораздо счастливѣе, если подождать съ нею, пока болѣзнь наиболѣе разовьется **).

Бойе и Жердѣи вполне раздѣляютъ этотъ взглядъ: они позволяютъ по этому появиться поносу, обильнымъ потамъ, землистому цвѣту кожи и однимъ-словомъ всѣмъ явленіямъ истощенія, прежде чѣмъ приступаютъ къ этому крайнему средству.

Трудно опредѣлительно рѣшить, которое изъ этихъ мнѣній справедливѣе. Дѣйствительно, зная опасности слѣдующія за слишкомъ поспѣшно сдѣланными операціями, не надобно забывать и тѣхъ, которыя проистекаютъ отъ слишкомъ продолженной медлительности: если правда, что больные часто вымечиваются послѣ ампутаціи сдѣланной въ состояніи крайняго ослабленія ихъ, то неоспоримо также и то, что многіе изъ нихъ вовсе не имѣютъ тогда силъ, необходимыхъ для выдержанія наступающаго послѣ

*) Это наблюденіе сообщено Ришѣ, бывшимъ интерномъ въ госпитальномъ отдѣленіи Вельпо.

**) *Loco citato*, art. *Amputation*, p. 49.

ампутации, иногда довольно продолжительнаго, нагноенія, и умирають отъ этого.

Ампутация должна быть производима такъ далеко отъ больной части, чтобы приходилась на здоровыхъ тканяхъ.

Что касается до резекции суставныхъ оконечностей, то она преимущественно назначается при бѣлыхъ опухоляхъ верхнихъ членовъ, и особенно имѣть мѣсто тамъ, гдѣ не чрезъ мѣру обширно измѣненіе костей и мягкихъ частей. Впрочемъ мы будемъ еще имѣть случай возвратиться къ этому предмету, говоря о каждой бѣлой опухоли въ частности.

ГЛАВА VI.

Объ анкилозѣ.

Подъ именемъ анкилоза (*ἄγκυλος*, искривленный, согнутый) разумѣется такое состояніе подвижныхъ сочлененій, которое не позволяетъ имъ свободно производить всѣ движенія, или которое сопровождается иногда полною ихъ неподвижностью. Анкилозъ можетъ произойти отъ многихъ болѣзней, и прежде всего отъ всѣхъ тѣхъ, которыя поражаютъ сочлененія; сюда же надобно присоединить извѣстное число измѣненій, имѣющихъ мѣсто свое внѣ суставовъ, каковы аневризмы, разнаго рода опухоли, которыя, затрудняя движенія, наконецъ производятъ болѣе или менѣе полную невозможность сгибанія, разгибанія или скользенія суставныхъ поверхностей *). Отсюда слѣдуетъ, что анкилозъ, составляя только симптомъ этихъ болѣзней, представляетъ множество разностей, по отношенію къ производящимъ его причинамъ, и къ характеризующимъ его патологическимъ поврежденіямъ; поэтому необходимо принять нѣсколько видовъ анкилоза, основанныхъ съ одной стороны на этиологii, а съ другой на анатомическихъ свойствахъ ихъ.

1. *Анкилозы характеризующіеся костнымъ слитіемъ.* — Это слитіе костей между собою можетъ произойти двоякимъ образомъ: или чрезъ

*) На этомъ основаніи Ж. Клокѣ раздѣляетъ анкилозъ на *полный* и *неполный* (*Dict. en 24 vol., nouvelle éd., tome III*), раздѣленіе очень похожее на то, которое существуетъ уже съ глубокой древности и всѣми принято, именно на анкилозъ *истинный* и *ложный*. Въ основаніи этихъ раздѣленій лежитъ большее или меньшее измѣненіе отправления члена. Однако жъ Видалъ предпочитаетъ брать за основаніе дѣленія анатомо-патологическія измѣненія, и потому дѣлитъ анкилозъ на *внутрь-сумочный* и *внѣ-сумочный* (*Traité de path. externe, 2-е édit. tome II, p. 706*). *Прим. перев.*

спаиваніе, непосредственное сращеніе суставныхъ поверхностей однѣхъ съ другими, или чрезъ соединеніе костныхъ поверхностей посредствомъ сталактитовъ или наращеній, образующихъ какъ бы перекладины или костныя нити между ними, уничтожающія подвижность суставовъ.

Въ первомъ случаѣ вотъ что замѣчается: обводящіе хрящи и сжатая пластинка, съ которой соединены они, всасываются или вполнѣ, или отчасти, губчатая ткань обѣихъ костей приходитъ тогда въ соприкосновеніе одна съ другой, между ними взаимно распространяются сосуды, при посредствѣ которыхъ и происходитъ полное слитіе костей между собою. Если долго спустя послѣ того изслѣдовать спаянное такимъ образомъ сочлененіе, то, сдѣлавъ разрѣзъ перпендикулярный къ прежнимъ суставнымъ поверхностямъ, можно убѣдиться, что мозговой каналъ обѣихъ костей продолженъ даже въ губчатой ткани ихъ, что нѣтъ уже слѣдовъ раздѣленія нѣкогда существовавшего между ними, и что, однимъ словомъ, онѣ составляютъ уже теперь одну только кость. Докторъ Лякроа представилъ рисунокъ разрѣзовъ спаянныхъ сочлененій, такъ какъ мы описали теперь, сдѣланный по препаратамъ хранящимся въ Дюпюитреновомъ музеѣ *). Однако жъ это не самый обыкновенный случай; почти всегда, говоритъ Клокё, замѣтны слѣды границъ, раздѣлявшихъ нѣкогда обѣ кости.

Этотъ процессъ можетъ произойти въ слѣдствіе болѣзней, разстроивающихъ хрящи и сжатую пластинку подъ ними, но онъ можетъ также произойти и безъ предварительнаго воспаленія сочлененія: такъ, когда членъ долго остается въ совершенномъ покоѣ, то синовиальная оболочка становится какъ бы морщинистою и пушистою, свободная поверхность ея получаетъ приращенія, и не отдѣляется болѣе синовиі для овлaженія серозныхъ поверхностей. Хрящи истончаются, потомъ всасываются; за ихъ исчезаніемъ начинается уничтоженіе сжатой пластинки, покрывающей губчатую ткань, и потомъ наконецъ слитіе обѣихъ костныхъ поверхностей, по вышеописанному нами механизму. Ни въ какое время здѣсь не замѣтно ни красноты, ни кровянаго налитія, а это доказываетъ, что здѣсь все происходитъ какъ въ физиологическомъ актѣ: Значитъ ли это, что всякое сочлененіе, оставленное въ неподвижности, должно подчиняться тѣмъ же послѣдствіямъ? Безъ сомнѣнія, нѣтъ. Такъ Крювелльё приводитъ примѣръ одного больного, который за нѣсколько лѣтъ уже получилъ полное спаиваніе одного челюстно-височнаго сочлененія, и у котораго другой челюстно-височной суставъ, хотя осужденный съ тѣхъ поръ на самый полный покой, все таки не анкилозировался.

Подобный же фактъ приводитъ Кюнгольцъ; но Клокё и Тейссье

*) Lacroix, *Mém. sur ankylose*, въ *Annales de la chirurgie*.

Дюпюитр видѣли и показали факты, которые доказываютъ, что, въ извѣстныхъ случаяхъ, анкилозъ чрезъ слитіе костей можетъ произойти отъ одной только неподвижности, когда кости болны, нагнаиваются, продиравливаются хрящи и сжатая пластинка подъ ними, и когда сквозь эти извѣдины выходятъ мясные сосочки. Эти сосочки, встрѣчаясь между собою, и особенно при остановленіи болѣзни, получаютъ приращенія, которыя скоро проникаются отложеніемъ фосфорнокислой извести, и устанавливаютъ такимъ образомъ между обѣими костями такую же мозоль, какая соединила бы отломки перелома, который претерпѣлъ нагноеніе.

Не такъ происходятъ вещи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ анкилозъ образуется при помощи костныхъ перекладинъ и продолженій: внѣ поверхностей обведенныхъ хрящами, появляются какъ бы дуги или сталактиты, имѣющіе форму и направленіе связокъ, первоначально поддерживавшихъ отношенія между костями; иногда ихъ такъ много, что суставъ окружается ими со всѣхъ сторонъ; но суставныя поверхности не спаиваются между собою; ихъ раздѣляютъ еще діартродіальные хрящи, такъ что неподвижность зависитъ только отъ этихъ костяныхъ продолженій. Не происходитъ ли здѣсь окостенѣнія связокъ? Клокѣ предполагаетъ это, и это предположеніе тѣмъ вѣроятнѣе, что иногда видали окостенѣнія мышцъ, которыя играли тогда такую же роль, какъ и связки. Такъ Пинье доставилъ въ Дюпюитреновъ Музей анкилозъ локтя, произведенный окостенѣніемъ передней плечевой мышцы. Такой анкилозъ съ костяными мостиками особенно замѣчается на поясничныхъ и спинныхъ позвонкахъ, и бываетъ либо результатомъ воспалительныхъ болѣзней, либо, въ другихъ случаяхъ и гораздо чаще, зависитъ повидимому отъ дѣйствія физиологическихъ причинъ, потому что появляется у большей части стариковъ и безъ всякихъ припадковъ при жизни, кромѣ неподвижности.

Случается, что, въ слѣдствіе переломовъ костей въ сочлененіяхъ, невправленныхъ или не вполне вправленныхъ вывиховъ, костяныя нарощенія появляются внѣ суставныхъ поверхностей и сперва затрудняютъ, а потомъ и вполне уничтожаютъ суставныя движенія. Эти наросты, похожіе на упомянутые нами сталактиты, разнятся однако жъ отъ нихъ тѣмъ, что развиваются, кажется, не въ связкахъ. Отъ того Ж. Л. Пти приписывалъ ихъ излітію костнаго сока въ кѣтчатку, въ слѣдствіе переломовъ. Это объясненіе, какъ замѣчаетъ Клокѣ, не сообразно съ теперешними нашими понятіями о мозоли, но замѣченный фактъ остается все тѣмъ же.

У подагриковъ, тофозные сросстки отлагающіеся вокругъ сочлененій запястья, плюсны и пальцевъ и въ послѣдствіи сливающіеся съ сустав-

ными поверхностями, ведутъ за собою послѣдствія, подобныя предыдущимъ.

2. *Анкилозы характеризующіеся отвердѣніемъ нормальныхъ фиброзныхъ тканей или образованіемъ фиброзныхъ приращеній.*— Эти анкилозы навѣрное обыкновеннѣе всѣхъ другихъ; они составляютъ классъ такъ-называемыхъ неполныхъ анкилозовъ, какъ предыдущіе составляли классъ такъ-называемыхъ полныхъ анкилозовъ. Они могутъ быть слѣдствіемъ неподвижности суставныхъ поверхностей, равно какъ часто бываютъ исходомъ болѣзней, поражающихъ сочлененія.

Когда суставъ, въ слѣдствіе какой бы то ни было болѣзни, перелома, опухоли, развившейся въ сосѣдствѣ, и т. п., удерживается въ болѣе или менѣе полной неподвижности, то суставныя связки, или говоря точнѣе всѣ фиброзныя ткани, окружающія суставъ, привыкаютъ къ этому всегда одинаковому положенію, отвердѣваютъ и отолстѣваютъ, становятся слѣдовательно менѣе гибкими, болѣе жесткими, такъ что пробуя, по уничтоженіи уже болѣзни, нуждавшейся въ неподвижности, давать нѣкоторыя движенія члену, испытываютъ тѣмъ большую трудность выполненія этихъ движеній, чѣмъ сочлененіе дольше было лишено ихъ.

Надобно замѣтить, что, кромѣ этого укороченія и этого отвердѣнія связокъ и околосуставныхъ фиброзныхъ тканей, мышцы и сухія жилы также претерпѣваютъ то же измѣненіе, т. е. какъ бы стягиваются, но уже неизмѣннымъ образомъ, и если болѣзнь продолжается давно уже, то мышечная ткань становится блѣдною, твердою, неуступчивою, и стремится перейти въ фиброзное состояніе.

Синовиальная оболочка ссыхается, синовія выдѣляется въ небольшомъ только количествѣ въ серозную полость, которая становится бесполезною отъ несуществованія болѣе треній; хрящи истончаются и всасываются, и однимъ-словомъ происходятъ всѣ тѣ явленія, которыя производятъ анкилозъ чрезъ костное слитіе и которыя мы выше описали уже.

Но если анкилозъ слѣдуетъ за нагноеніемъ синовиальной оболочки или окружающихъ мягкихъ частей, то, кромѣ этого сжатія мышцъ, этого отолстѣнія и отвердѣнія связокъ и околосуставныхъ фиброзныхъ тканей, можно видѣть, что между всѣми частями вокругъ суставныхъ поверхностей образуются фиброзныя, крѣпкія, неподатливыя сращенія, которыя не только сращаютъ между собою суставныя поверхности, но и еще, распространяясь отъ синовиальной оболочки къ костнымъ тканямъ, заращаютъ серозную полость и дѣлаютъ очень труднымъ, если не совсемъ невозможнымъ, возвратъ движеній. Бекляръ и Клокѣ много разъ находили подобнаго рода сращенія *).

*) Dict. en 50 volumes, art. Ankylose.

Кромѣ этихъ фиброзныхъ и перепончатыхъ сращеній, неподвижность сустава поддерживается еще отвердѣніемъ периферической кѣтчатки, всего чаще нагнаивающейся, и въ которой образуются свищевые ходы, потомъ рубцы, которыхъ ткань есть одно изъ самыхъ трудноодолимыхъ препятствій при леченіи этихъ анкилозовъ.

Наконецъ, если сочлененіе наклонено, согнуто, то кожа также привыкаетъ къ этому положенію и сжимается, такъ что ее можно разорвать или надорвать, если вдругъ выпрямить анкилозъ.

Нервы укорачиваются; что касается до кровеносныхъ сосудовъ, венъ и артерій, то они изгибаются, чтобъ приспособиться къ этому новому положенію: понятно однако жъ, что при быстромъ разгибаніи и они также могутъ разорваться.

Вотъ анатомическія отличія, замѣчаемыя въ разныхъ анкилозахъ. Понятно, что первый видъ, т. е. анкилозъ чрезъ костное спаиваніе или слитіе, необходимо влечетъ за собою и другой; нельзя того же сказать о послѣднемъ, и мы приводили случаи, въ которыхъ, спустя долгое время, находили суставныя поверхности еще совершенно замѣтными и раздѣленными своими обводящими хрящами.

Всѣ сочлененія способны анкилозироваться. Позвонки, и особенно между ними поясничные и два первые шейные, довольно часто спаиваются перекладинами, идущими отъ одного къ другому, безъ всякаго слѣда предварительныхъ болѣзней, воспалительныхъ или невоспалительныхъ.

Рѣже спаиваются сочлененія таза, и въ особенности лонный симфизъ; однако жъ есть примѣры этого. Всѣ анкилозы туловища происходятъ чрезъ костное спаиваніе, безъ измѣненія однако жъ направленія (исключая однако жъ нѣкоторые рѣдкіе примѣры на позвоночномъ столбѣ), такъ что къ нимъ не слѣдовало бы относить слова анкилозъ, означающаго изогнутый, искривленный.

Нельзя сказать того же о сочлененіяхъ членовъ; между ними коѣнное и локтевое всего чаще поражаются анкилозами, потомъ слѣдуютъ суставы ноги, подъема ея, бедра, плюсны и запястья, и наконецъ лопаточно-плечевой, всѣхъ долѣе противящійся этого рода пораженіямъ, съ одной стороны, по своей чрезвычайной подвижности, а съ другой по малой ширинѣ суставныхъ поверхностей. Всего обыкновеннѣе, въ этихъ сочлененіяхъ членовъ, анкилозъ бываетъ съ согнутіемъ члена, и это согнутое его положеніе иногда бываетъ выгодно, какъ на примѣръ въ локтѣ, а иногда очень вредно, какъ на примѣръ въ коѣнѣ, и тутъ должно употребить всѣ средства, чтобъ воспрепятствовать ему произойти въ этомъ положеніи.

Этіологія. — Мы говорили уже, что анкилозъ не что иное, какъ симптомъ другихъ болѣзней; слѣдовательно причинами его служатъ тѣ

болѣзни, которыя произвели его, каковы всѣ страданія сочлененій, переломы костей въ сочлененіяхъ, невправленные или не вполне вправленные вывихи, и наконецъ неподвижность, могущая, по нашему мнѣнію, произвести не только неполный анкилозъ, но и костяное спаиваніе или слитіе.

Поэтому производящими его причинами будутъ всѣ тѣ болѣзни, которыя принуждаютъ держать сочлененія въ неподвижности. Сюда же принадлежит подагра и ревматизмъ, только не по одной своей необходимости—держать члены въ покоѣ, потому что, кромѣ неподвижности, на которую ревматизмы осуждаютъ больные суставы, въ связкахъ отлагаются еще известковыя соли, образующія костные сросстки, заставляющіе ихъ терять гибкость свою, и наконецъ производящіе слитіе костей между собою.

Однако жъ есть случаи, гдѣ должно допустить особенное предрасположеніе къ анкилозамъ, потому что авторы приводятъ факты, доказывающіе, что въ одно и то же время могутъ анкилозироваться всѣ сочлененія одного и того же субъекта. Одинъ фактъ этого рода представилъ С. Куперъ; другой приведенъ въ одномъ французскомъ журналѣ *). Ларрей изъ Тулузы доставилъ въ Парижскій факультетскій музей скелетъ одного рыбака, котораго почти всѣ сочлененія были анкилозированы. Перси видѣлъ одного больного, умершаго въ Мецѣ въ 1802 году, у котораго анкилозированы были всѣ сочлененія; въ послѣднее время жизни его принуждены были выдернуть у него два зуба, чтобы кормить его, потому что височно-челюстные суставы были неподвижны. Подобный же случай наблюдалъ еще Велъпд.

Эти факты, доказывающіе странную наклонность организма благопріятствовать анкилозу, не даютъ однако же права назвать эту разность анкилоза произвольнымъ анкилозомъ (*ankylose spontanée*), потому что и здѣсь суставная болѣзнь находится въ зависимости отъ общей причины, и здѣсь она только симптомъ, такъ что для излеченія или предотвращенія анкилоза непременно должно бы было обратиться къ этой общей причинѣ. Такимъ образомъ въ леченіи всякаго анкилоза, какъ болѣзни послѣдственной и симптоматической, прежде всего необходимо вникнуть въ этиологію его.

Симптомы. — Всякій анкилозъ узнается по невозможности привести въ движеніе больное сочлененіе. Однако жъ, въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ, этотъ признакъ, кажущійся неопровержимымъ и патогномическимъ, можетъ ввести въ ошибку. Случалось, что больные, боясь болѣзненнаго дотрогиванія до сустава, сильно сокращали всѣ окру-

*) *Mém. de l'Académie des sciences*, 1776.

жающія его мышцы и приводили кости въ совершенно неподвижное положеніе, которое могло походить на анкилозъ *); но, развлекая вниманіе больного неожиданными вопросами, можно убѣдиться въ настоящемъ положеніи сочлененія.

Не всегда возможно отличить полный анкилозъ отъ неполнаго, и однако жъ, относительно леченія, отлнченіе ихъ одного отъ другаго чрезвычайно важно.

При анатомическомъ изслѣдованіи анкилозированнаго сочлененія должно переходить отъ поверхностныхъ частей къ глубокимъ. Сперва надобно изслѣдовать, сжата ли кожа и мышцы, и если такъ, то какъ можетъ быть велика степень важности ихъ въ произведеніи болѣзни; потомъ, заставляя потихоньку двигать нижнюю кость къ верхней, удерживаемой неподвижно, должно увѣриться, остались ли еще какія-нибудь движенія: какъ бы они слабы ни были, все-таки они показываютъ, что здѣсь нѣтъ еще костянаго слитія между собою суставныхъ поверхностей.

Но и при полной неподвижности нельзя еще утверждать, что есть слитіе костей, потому что часто фибро-перепончатыя приращенія или отвердѣніе покрововъ такъ совершенно уничтожаютъ подвижность, что даже на трупѣ, прежде разсѣченія, трудно догадаться, отъ чего происходитъ она.

Въ этомъ случаѣ діагностикѣ поможетъ изслѣдованіе прежнихъ обстоятельствъ больного; если, напримѣръ, болѣзнь, предшествовавшая анкилозу, есть одна изъ тѣхъ, которыя перераждають кость, то можно очень предполагать, что анкилозъ сопровождается спайкою или слитіемъ костей; и притомъ, въ этомъ случаѣ, этиологія должна предписать самую рѣшительную осторожность касательно предполагаемаго леченія.

Предсказаніе — всегда важно, не по опасности для жизни, а по причинѣ неизлечимости болѣзни. Однако жъ, въ случаѣ неполнаго анкилоза, можно надѣяться, что сочлененію болѣе или менѣе возвратятся его движенія, между-тѣмъ какъ полный анкилозъ — неизлечимъ.

Анкилозъ происходящій отъ продолжительной неподвижности сустава менѣе важенъ, нежели тотъ, который образовался въ-слѣдствіе органическаго разстройства суставныхъ тканей.

У молодыхъ людей болѣзнь не такъ важна, какъ у стариковъ.

Анкилозъ нижней челюсти, по причинѣ неразлучной съ нимъ потери жевательныхъ движеній, важнѣе, чѣмъ напримѣръ анкилозъ кисти ручной, и т. д.

Леченіе. — Часто анкилозъ есть исходъ нѣкоторыхъ болѣзней, и который надобно еще считать счастливымъ исходомъ, напримѣръ, бѣлой

*) *Dict. abrégé des sciences médicales.*

опухли, нагнаивающихся суставных ранъ, и т. п. Поэтому хирургъ здѣсь, ни сколько не препятствуя, напротивъ всѣми мѣрами долженъ способствовать его происхожденію, и, чтобъ анкилозированный членъ былъ возможно менѣе бесполезенъ или возможно менѣе вреденъ, должно стараться, чтобъ онъ произошелъ въ наиболѣе удобномъ положеніи члена. Такимъ образомъ локоть долженъ быть держанъ согнутымъ, колѣно и бедро разогнутыми, нога — подъ угломъ съ голенью, кисть ручная — въ направленіи оси предплечія, и т. д.

Что дѣлать при образовавшемся уже анкилозѣ, и когда произведшая его причина перестала дѣйствовать? Вопросъ довольно трудный. Въ случаѣ неполнаго анкилоза, когда между суставными поверхностями происходятъ еще легкія движенія, можно еще попробовать лечение. Когда анкилозъ произошелъ въ слѣдствіе внутрь-суставнаго перелома или продолжительной неподвижности сустава, или въ слѣдствіе воспаления синовиальной оболочки, но безъ образованія гноя, то можно употребить дѣши, разрѣшающія втиранья и мази, ванны изъ минеральныхъ водъ и т. п. Но если въ суставѣ образовалось нагноеніе, то вѣроятно анкилозъ произошелъ не только отъ отвердѣнія и отолстѣнія существующихъ связокъ, но и отъ новаго образованія фиброзныхъ тканей, приращеній, которыя не уступятъ уже этому лечению. Тогда, въ этомъ послѣднемъ случаѣ, должно прибѣгнуть къ употребленію машинъ. Эти машины бываютъ двухъ родовъ, и по роду ихъ дѣйствія однѣ поступаютъ медленно, не представляютъ ни какой опасности, но часто также не имѣютъ и успѣха; другія быстро разрываютъ всѣ сращения, но производятъ значительныя разстройства. Разсмотримъ и обсудимъ образъ дѣйствія каждой изъ нихъ. Машины съ медленнымъ дѣйствіемъ приложимы только къ случаямъ неполныхъ анкилозовъ и бесполезны въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ уже ни какого движенія въ анкилозированномъ суставѣ.

Онѣ разнятся по членамъ, для которыхъ употребляютъ ихъ. Фабрицій Гильданъ описалъ одинъ аппаратъ, дѣйствующій винтомъ съ малыми наръзами и позволяющій сдѣлать вытягиваніе безъ боли, потому что оно нечувствительно. Бойе, часто прибѣгавшій къ этому аппарату, очень хвалитъ его; его можно употребить для колѣна и локтя. При угловомъ сгибаніи сего послѣдняго, Фабрицій придумалъ привѣшивать тяжесть къ рукѣ больного; и это превосходное средство, которое стоило бы сохранить.

Употребляя машины съ медленнымъ вытягиваніемъ, надобно въ то же время наблюдать сочлененіе, изъ опасенія чтобъ оно не воспалилось; потомъ, для смягченія мягкихъ частей, втирать въ него разрѣшающія помады и мази, о которыхъ мы говорили уже. Въ главѣ *о бывшихъ опухшихъ колѣна* мы опишемъ самый простой способъ вытягиванія, упо-

требляемый при анкилозахъ этого сустава: это — вытягиваніе помощью тяжести, привѣшенной къ голени, и протизувтягиваніе помощью петли, проведенной через пахъ; его можно приложить и къ локтю.

Наконецъ упражненіе и разминаніе окончать то, что начато аппаратами. Этого разминанія не должно довѣрять людямъ несвѣдущимъ, которые, треніями или слишкомъ неосторожными движеніями, могли бы пробудить полупотухшую чувствительность.

Аппараты противъ анкилозовъ, употребляемые съ этими предосторожностями и этими гигиеническими пособіями, даютъ превосходные результаты, и, хотя они болѣзненны, рѣдко ведутъ за собою особенные припадки.

Нельзя того же сказать о машинахъ съ быстрымъ и сильнымъ вытягиваніемъ. Идея этихъ аппаратовъ основана на слѣдующемъ фактѣ. Жобъ рассказываетъ, что одинъ мужчина, имѣвшій анкилозъ локтя, упалъ на предплечіе, и отъ того возстановились движенія члена. Въ послѣднее время Луврьѣ устроилъ очень замысловатую машину для разрыва въ одинъ сеансъ всѣхъ суставныхъ сращеній, какія бы онѣ ни были, костяныя или фиброзныя. Парижская Академія назначила комиссію для изслѣдованія результатовъ дѣйствія его машины, и А. Бераръ, докладчикъ этой комиссіи, представилъ вотъ какія заключенія:

1. Наложеніе машины Луврьѣ производить мгновенное выпрямленіе анкилозированнаго члена.

2. Это выпрямленіе обыкновенно не ведетъ за собою ни какихъ важныхъ припадковъ, ни тотчасъ послѣ того, ни въ-послѣдствіи.

3. Припадки, когда они происходятъ (а они происходятъ), принимаютъ ужасающую важность и обыкновенно оканчиваются смертью.

4. Ни у одного изъ больныхъ, оперированныхъ по этой методѣ, не возвратилась вполнѣ свобода движеній въ анкилозированномъ сочлененіи. — Мы прибавимъ, что припадками, о которыхъ говоритъ А. Бераръ, были, въ одномъ случаѣ, разрывъ кожи, вывихъ большаго берца кзади и обильное нагноеніе, кончившееся смертью; въ другомъ случаѣ, гангрена, вѣроятно происшедшая, говорятъ, отъ разрыва малоберцовой артеріи: больной пережилъ ее; въ третьемъ случаѣ, гангрена кожи и столько другихъ разстройствъ, что молодой больной умеръ.

Такимъ образомъ съ одной стороны очень важные припадки, а съ другой — ни какого удовлетворительнаго результата, потому что больные никогда не получали свободы движеній; слѣдовательно это такая метода, которую должно отвергнуть самымъ рѣшительнымъ образомъ и во всѣхъ случаяхъ.

Для неполныхъ анкилозовъ предлагали еще и другія хирургическія операціи, о которыхъ мы упомянемъ только потому, что одна изъ нихъ

слишкомъ незначительна, а другая слишкомъ опасна, чтобъ останавливаться на нихъ долѣе.

Нѣкоторые авторы, замѣчая значительное возвышеніе, образуемое подъ кожей нѣкоторыми сжатыми мышцами, думали, что, перерѣзавъ сухія жилы ихъ, легче будетъ выпрямить анкилозированный членъ. Файлипсъ и Дюваль говорятъ, будто они получили такимъ образомъ нѣсколько успѣховъ въ случаяхъ анкилоза колѣна. Надобно думать, что это были не очень значительные анкилозы, если они уступили такимъ средствамъ; потому что, говоря объ анатомическихъ свойствахъ, мы видѣли, что не тамъ только находится причина неподвижности сустава. Эти сухожильныя сѣченія могутъ, пожалуй, способствовать выпрямленію, но позволено таки думать, что оно тогда могло бы быть достигнуто и безъ этой операціи.

Ри-Бертонъ, въ мемуарѣ обнародованномъ въ 1827 г., предложилъ въ случаѣ полного анкилоза дѣлать разрѣзъ кожи, вскрывать одну изъ анкилозированныхъ костей, и потомъ перепиливать ее, надѣясь возстановить такимъ образомъ движенія помощью ложнаго сочлененія. Въ подтвержденіе своего мнѣнія, онъ привелъ одинъ случай анкилоза тазобедреннаго сочлененія, вылеченнаго этимъ способомъ. Потомъ Ри-Бертонъ прилагалъ свой способъ и къ другимъ сочлененіямъ, напримѣръ къ коѣнному, и говорить, будто получилъ успѣхъ. Для этого послѣдняго сочлененія онъ измѣнилъ свой оперативный способъ: онъ дѣлаетъ на передней части бедра два разрѣза, соединяющіеся въ формѣ V основаніемъ вверхъ; потомъ, помощью двухъ разрѣзовъ пилою, косвенныхъ въ противоположныя стороны, удаляетъ клиновидный кусокъ бедра, заботясь оставить задней части кости толщину въ 7 миллиметровъ: тогда соединяетъ мягкія части, и переломомъ доканчиваетъ раздѣленіе цѣлости бедра; эта костная пластинка, которую потомъ переламываютъ, сохраняется для того, чтобъ не поранить малоберцовой артеріи.

Эта операція, дѣланная потомъ Джибсономъ, и еще недавно Плэтъ-Борромъ *), имѣла, кажется, уже много успѣховъ. Но надобно сказать, что она дѣлана была на неграхъ, а сами американскіе хирурги сознаются, что у нихъ хирургическія операціи почти всегда оканчиваются успѣшно.

Какъ бы то ни было, мы не можемъ одобрить этой методы леченія анкилозовъ. Безъ всякаго сомнѣнія, и факты доказываютъ, что она можетъ быть успѣшна, но выгоды ея не такъ велики, а опасности слишкомъ важны, чтобъ позволено было пробовать ее, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больной долженъ считать себя счастливымъ, что вылечился анкило-

*) Platt-Burr, *The American Journal*, octob. 1844.

зомъ отъ своей прежней опасной болѣзни. Притомъ извѣстны ли факты, въ которыхъ операція пробована была безъ успѣха? А также и тѣ, гдѣ она привела съ собою смерть больныхъ? А они должны были быть. И что, въ самомъ дѣлѣ, производится операціею Ри-Бертонна? Производится переломъ, осложненный раной: между-тѣмъ извѣстно, что этого рода поврежденія очень опасны, и до такой степени, что часто дѣлають неизбѣжною ампутацію; далѣе, въ случаяхъ успѣха, ею производять ложный суставъ, который возвратитъ члену подвижность его. Но можетъ ли, спрашивается, подобное сочлененіе принести больному какую-нибудь пользу? Не лучше ли ужъ было бы придѣлать механическую голень, которая была бы и прочнѣе и оказала бы больше услугъ?

Даже и тогда, когда бъ эта операція дѣлана была съ цѣлью выпрямить членъ и заставить его анкилозироваться въ этомъ положеніи, послѣ излеченія перелома кости, даже и тогда мы отвергли бы ее, какъ опасную и бесполезно компрометирующую жизнь больного.

ГЛАВА VII.

Бѣлые опухоли затылочно-атлантного и атлантно-осевиднаго сочлененій.

Сочлененія двухъ первыхъ шейныхъ позвонковъ между собою и атланта съ затылочною костью значительно разнятся отъ сочлененій другихъ позвонковъ; отъ того замѣчаемыя въ нихъ измѣненія, хоть въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ и сходны съ измѣненіями въ Поттовой болѣзни (*affection tuberculeuse des vertèbres*, Delpsch *), представляютъ еще много и очень отличныхъ патологическихъ явленій. Это и заставляетъ насъ описать ихъ отдѣльно.

Смѣщеніе позвонковъ есть почти постоянный фактъ въ тѣхъ случаяхъ, когда сочлененія, соединяющія эти кости, претерпѣвають глубокое измѣненіе; вотъ отъ чего описываемая нами болѣзнь получила названіе *произвольнаго вывиха*, и подъ этимъ именемъ въ первый разъ описана была Шупке, въ 1816 г. **). Съ того времени исторія ея разъясняема была многими авторами, между которыми должно упомянуть А. Берара,

*) См. *Elémens de Pathologie chirurgicale*, par A. Nelaton, Paris, 1848, t. II, p. 97.

**) Schupke, *De luxatione spontanea atlantis et epistrophaei*, 1816.

представившаго первую во Франціи монографію этой болѣзни *); далѣе Оливье Анжерскаго **), Тейссье Лионскаго ***) и Шенфельда ****).

Для избѣжанія всякаго недоразумѣнія, я долженъ предупредить, что въ слѣдующемъ здѣсь описаніи моемъ всегда предполагается, что выше лежащая кость вывихается на кость ниже лежащую, или другими словами, что затылочная кость вывихается на атлантъ, и атлантъ на второй шейный позвонокъ.

Патологическая анатомія и физиологія.—Въ сочлененіяхъ двухъ первыхъ позвонковъ замѣчаются такія же измѣненія, какъ и въ другихъ діартродіальныхъ сочлененіяхъ, какъ-то фунгозности синовиальной оболочки, размягченіе или разрушеніе связокъ, воспаленіе костей, костоѣда, омертвѣніе костей и туберкулезное измѣненіе ихъ. И какъ эти измѣненія не представляютъ здѣсь ничего особеннаго, то мы и отсылаемъ читателя къ тому, что уже говорено было объ этомъ (стр. 49 и слѣд.).

Не худо однако же знать, касательно измѣненій костей, что они обыкновенно бываютъ гораздо значительнѣе на передней части позвонковъ или затылочной дыры, нежели на задней ихъ части, и что нѣкоторыя доли этихъ костей, какъ напримѣръ передняя дужка атланта, одна изъ придатковыхъ массъ, иногда вовсе исчезаютъ; говорятъ, случается даже полное разрушеніе атланта, такъ что второй позвонокъ приходитъ въ непосредственное соприкосновеніе съ затылочною костью. Нерѣдко бываетъ, что зубовидный отростокъ вполне отдѣляется отъ тѣла втораго позвонка, и тогда легко понять, какъ подобное расположеніе должно сдѣлать удобнымъ смѣщеніе суставныхъ поверхностей.

Но особенно должны остановить наше вниманіе: 1) смѣщенія суставныхъ поверхностей, являющіяся въ слѣдствіе этихъ различныхъ патологическихъ состояній, и 2) измѣненія спиннаго мозга и оболочекъ его.

1. Смѣщенія затылочной кости. — Эта кость можетъ прямо смѣщаться *кпереди, кзади или въ бокъ*; но очень рѣдко вывихается она *круговымъ движеніемъ (par rotation)*, и это повѣстно, потому что движенія ротации почти исключительно происходятъ между первымъ и вто-

*) A. Bérard, *De la luxation spontanée de l'occipital sur l'atlas, et de l'atlas sur l'axis*. Paris, 1829.

**) Dict. en 50 volumes, art. Atlas. *Luxation spontanée*, t. IV, p. 303 (1823).

***) Teissier de Lyon, *De la tumeur blanche des articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne*, Paris, 1841.

****) Schoenfeld, *Recherches sur l'ostéomyélite cervicale*. Gand, 1841. Авторъ преимущественно настаиваетъ на помѣшательствѣ дыхательныхъ отправленій, въ слѣдствіе измѣненія спиннаго мозга и позвонковъ. — Въ концѣ мемуара его приведено семнадцать наблюденій.

рымъ позвонкомъ. Изучая всѣ обнаруженные на этотъ счетъ наблюденія, Тейссъ заключилъ, что эти вывихи затылочной кости почти никогда не сопровождаются столь значительнымъ суженіемъ позвоночнаго канала, чтобъ сжать мозгъ и прекратить его отправленія; извѣстенъ одинъ только фактъ, приведенный Бертэномъ, въ которомъ затылочная кость вывихнута была кзади, такъ что задняя дужка позвонка соотвѣтствовала половинѣ затылочной дыры.

Смѣщенія атланта.—Атлантъ вывихается чаще затылочной кости. Замѣчены были три разности его смѣщенія: 1) *кпереди*, 2) *на стороны*, и 3) *вывихъ чрезъ ротацию*. Нѣтъ ни одного примѣра вывиха атланта кзади, и это легко понять, вспомнивъ препятствіе, противопоставляемое зубовиднымъ отросткомъ смѣщенію его въ этомъ направленіи; но, какъ замѣчаетъ Тейссъ, часто передняя дуга атланта разрушается или и зубовидный отростокъ втораго позвонка отдѣляется отъ послѣдняго и не противопоставляетъ уже ни какого сопротивленія. Отъ чего же, въ этихъ случаяхъ, не замѣчено ни одного примѣра вывиха атланта кзади? Тейссъ объясняетъ этотъ фактъ самымъ мѣстомъ болѣзни, которая, разрушая переднюю часть позвонковъ, заставляетъ голову наклоняться впередъ. Для нѣкоторыхъ случаевъ безъ сомнѣнія можно принять это объясненіе; но мы думаемъ, что самая обыкновенная причина этого смѣщенія атланта кпереди находится въ стремленіи головы сгибаться въ этомъ направленіи, когда туловище въ вертикальномъ положеніи; а въ случаяхъ, когда больной лежитъ въ постели и сохраняетъ положеніе на спинѣ, голова вѣроятно постепенно отдавливается кпереди подушками, поддерживающими затылокъ, между-тѣмъ какъ шея, представляя назадъ углубленіе, менѣе подпирается, и стремится податься въ обратное направленіе. Механизмъ этого смѣщенія легко понять: атлантъ, потерявъ средства соединенія своего со вторымъ позвонкомъ, слѣдуетъ за затылочною костью во всѣхъ ея движеніяхъ.

Это смѣщеніе атланта кпереди представляетъ, кромѣ того, двѣ разности. Или боковыя сочлененія не измѣняются, или измѣняются въ слабой степени, но разрушаются затылочно-зубовидныя связки и поперечная; передняя дужка атланта отдаляется отъ зубовиднаго отростка родомъ рычагообразнаго движенія; въ этомъ случаѣ позвоночный каналъ не претерпѣваетъ очень значительнаго суженія. Или, напротивъ, поражаются боковыя сочлененія, разрушаются связки; тогда атлантъ вполнѣ смѣщается, и позвоночный каналъ до того суживается, что заставляетъ мозгъ терпѣть сильное сжатіе. За этимъ смѣщеніемъ, по порядку частости, слѣдуетъ то, которое состоитъ въ чрезмѣрномъ круго-поворотномъ движеніи атланта около втораго позвонка, и оно очень мало уменьшаетъ діаметръ мозгового канала.

Прибавимъ наконецъ, что довольно часто замѣчаются смѣшанныя смѣщенія, т. е. среднія между тѣми, которыя описали мы: такъ, напримѣръ, смѣщеніе затылочной кости впередъ и въ то же время въ одну изъ сторонъ, движеніе закручиванія вмѣстѣ съ боковымъ смѣщеніемъ.

2. *Состояніе спинного мозга и оболочекъ.* Спинной мозгъ претерпѣваетъ болѣе или менѣе замѣтное сжатіе, смотря по виду смѣщенія костей, и по обширности этого смѣщенія. Онъ или сохраняетъ свое нормальное строеніе и консистенцію, или терпитъ поверхностное или глубокое размягченіе, и въ послѣднемъ случаѣ бываетъ почти расплывающимся; оболочки его также измѣняются; твердая оболочка въ соприкосновеніи съ центромъ нагноенія отолстѣваетъ, становится фунгозною, изъязвляется и иногда прорывливается; паутинная воспаляется, представляетъ сращения, ложныя перепонки на своей поверхности.

Симптоматологія.—Наступленіе болѣзни обнаруживается тупою болью, глубокою, ограниченною самою возвышенною частью шейной стороны; эта боль усиливается отъ давленія и отъ малѣйшаго движенія головы. Вскорѣ являются новыя припадки, затрудняется глотаніе, и иногда бываетъ болѣзненно, когда пищевой кусокъ представляетъ извѣстный объемъ. Эти затрудненія отправленій, появляющіяся обыкновенно въ довольно раннемъ періодѣ болѣзни, зависятъ тогда отъ набуханія слоя кѣтчатки, соединяющаго глотку съ позвоночнымъ столбомъ. Понятно, въ самомъ дѣлѣ, что эта ткань, потерявъ обыкновенную упругость свою, должна затруднять движенія необходимыя для проведенія пищевого куска. Такое состояніе можетъ продолжаться нѣсколько недѣль, нѣсколько мѣсяцовъ, и это достаточно объясняетъ, почему, отъ Пипократа до Фанъ-Свитена включительно, это страданіе помѣщаемо было между глоточными болѣзнями (*angines*).

Спустя нѣкоторое, различное, время, начинается замѣчаться измѣненіе формы задней шейной стороны; она бываетъ шире чѣмъ въ нормальномъ состояніи; осязаніемъ можно распознать тамъ глубокое набуханіе, твердое, обыкновенно безъ зыбленія; иногда, напротивъ, опухоль мягкую, зыблющуюся, признакъ присутствія нарыва. По разнымъ указаннымъ нами смѣщеніямъ, шейная сторона представляетъ неодинаковыя формы: такъ, когда затылочная кость соскользнула впередъ атланта, то впадина, находящаяся въ нормальномъ состояніи пониже затылочнаго бугра, между происхожденіемъ обѣихъ мышцъ трапеційныхъ и обѣихъ *mm. splenigum*, пропадаетъ, и палецъ очень легко можетъ чувствовать заднюю дужку атланта; когда напротивъ затылочная кость соскользнула кзади, то подзатылочная впадина становится еще глубже, и остистый отростокъ втораго шейнаго позвонка становится менѣе доступнымъ для осязанія.

Однако жъ, какъ совѣтуеъ Тейссѣ, старательно изучавшій эти обезображенія шейной стороны, этимъ признакамъ можно довѣрять только до извѣстной степени, потому что набуханіе кѣтъчатки однимъ изъ нихъ само можетъ быть подобно, а другіе можетъ замаскировать. По мнѣнію этого автора, смѣщенія атланта обнаруживаются самыми замѣтными измѣненіями формъ. Когда эта кость свихнута кпереди, то остистый отростокъ втораго шейнаго позвонка образуетъ болѣе выдающееся и болѣе близкое къ затылочному бугру выстояніе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Это выстояніе вдругъ прерывается на верхней части своей и смѣняется углубленіемъ. Когда атлантъ смѣщенъ въ бокъ, то осязаніемъ можно узнать, что остистый отростокъ втораго позвонка не находится уже на продолженіи вертикальной линіи, идущей отъ наружнаго затылочнаго бугра. Наконецъ можетъ случиться, что одинъ изъ суставныхъ отростковъ втораго позвонка также выдастся на зашейкъ съ правой или съ лѣвой стороны срединной линіи (Тейссѣ).

Измѣненіе формы шейной стороны сопровождается состояніемъ окоченѣлости, которая даетъ головѣ замѣтную неподвижность; эта окоченѣлость зависитъ иногда отъ состоянія пораженныхъ сочлененій, но еще чаще отъ сокращенія *mm. sternomastoideorum, trapeziarum, spleniorum, complexorum*, и т. д., и отъ сокращенія произвольнаго, имѣющаго цѣлью прочно и неподвижно укрѣпить голову на шеѣ, чтобы предотвратить боль, происходящую отъ всякаго движенія. Между другими доказательствами, въ опору этого мнѣнія мы приведемъ большую подвижность, много разъ видѣнную послѣ смерти у субъектовъ, умершихъ отъ этой болѣзни, когда при жизни ихъ замѣчена была значительная окоченѣлость. Иногда однако жъ, по словамъ А. Берара, если охватить голову руками, то она повинуется всѣмъ сообщаемымъ ей движеніямъ, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчается хрустѣніе.

Эта неподвижность головы заставляетъ пациента принимать совершенно особенную позу, при разныхъ производимыхъ имъ движеніяхъ. Напримѣръ, если онъ хочетъ посмотрѣть на предметъ находящійся съ боку, его, то глаза его направляются косвенно на сторону, между-тѣмъ какъ голова не перемѣняетъ положенія, и когда предметъ помѣщенъ такъ далеко кзади, что глаза не могутъ видѣть его безъ поворота головы, то онъ поворачивается всѣмъ туловищемъ, съ которымъ голова составляетъ какъ бы одно нераздѣльное цѣлое. Если больной, лежа въ постели, хочетъ сѣсть, то онъ осторожно подводитъ одну, а часто и обѣ руки, подъ затылокъ, и такимъ образомъ приподнимается, держа голову неподвижною. Нѣкоторые больные, находясь въ вертикальномъ положеніи, обыкновенно поддерживаютъ подбородокъ свой которою-нибудь рукою. Другіе прибѣгаютъ, для поддержанія головы своей, къ иному средству:

они наклоняють ее на сторону, сообщая ей въ то же время поворотное движеніе, которое обращаетъ лицо въ противоположную сторону; тогда затылокъ встрѣчается съ плечомъ, которое сильно поднимается, чтобъ доставить ему точку опоры.

Рѣдко голова сохраняетъ нормальную свою прямизму; всего чаще принимаетъ она неправильное положеніе; такимъ образомъ иногда она такъ сгибается, что подбородокъ упирается на верхнюю часть грудины; въ другихъ случаяхъ запрокидывается назадъ, или наклоняется на сторону. Причина этихъ смѣщеній находится въ разрушеніи связокъ или нѣкоторыхъ долей кости, но всего чаще въ томъ положеніи, которое всего обыкновеннѣе принимаетъ больной.

Когда болѣзнь продолжается уже извѣстное время, то образуются одно или нѣсколько гнойныхъ скопленій, обнаруживающихся иногда на затылѣ, но всего чаще развивающихся впереди позвоночнаго столба. Тогда задняя стѣнка глотки находится отдаленною впередъ; она прикладывается къ заднему отверстию носовыхъ диръ, къ небной занавѣскѣ, болѣе или менѣе вполне закрываетъ входъ горла и верхнее отверстие гортани, отодвигаетъ впередъ нижнюю челюсть и корень языка, котораго верхушка выходитъ тогда изъ рта.

Легко понять, какъ находящаяся здѣсь опухоль должна затруднять глотаніе, словопроизношеніе, плеваніе и дыхательныя отправленія: отъ того пациентъ и мучится непрерывно; прибавимъ къ этому, что боли, свойственныя суставному пораженію, становятся чрезвычайно острыми, что онѣ распространяются на всю черепную сторону, на всю шею, плечи, слѣдуя ходу спиннаго нерва и заднихъ вѣтвей первыхъ шейныхъ нервовъ.

Однако жъ, дойдя до этой точки, болѣзнь представляетъ иногда послабленіе, предвѣстіе счастливаго исхода; но всего чаще всѣ припадки ожесточаются: нарывы вскрываются на задней части шеи, и гной обильно вытекаетъ чрезъ отверстія, остающіяся свищевыми; или онъ вскрывается чрезъ дно глотки, и тогда частию выходитъ наружу, а частию попадаетъ въ пищевые пути. По вскрытіи нарывовъ, нижнечелюстная кость опять принимаетъ свое нормальное положеніе, и языкъ, выставившійся наружу, опять входитъ въ ротъ.

Къ этимъ припадкамъ часто присоединяются еще другіе, зависящіе отъ сжатія спиннаго мозга, какъ-то: конвульсіи, параличъ сперва верхнихъ, а потомъ нижнихъ членовъ; въ послѣдствіи грудобрюшная перегородка и мышцы туловища также болѣе или менѣе вполне теряютъ свое дѣйствіе; затрудняется дыханіе; лицо и губы багровѣютъ, краснѣетъ соединительная оболочка глазъ; однимъ словомъ, представляются всѣ явленія медленнаго задушенія, и больной наконецъ умираетъ, или отъ недостат-

ка кровообразованія, или отъ гнилостнаго зараженія; нѣкоторые умираютъ также отъ легочной чахотки.

Нерѣдко бываетъ, что болѣзнь оканчивается иначе, нежели мы описали здѣсь; смерть наступаетъ тогда почти мгновенно. Въ то время, какъ больной намѣревается произвести какое либо движеніе въ постели, въ то время, какъ его пробуютъ приподнять, между первыми позвонками происходитъ смѣщеніе, вдругъ придавливающее спинной мозгъ, и тотчасъ наступаетъ смерть.

Прежде сказали мы, что иногда эта болѣзнь имѣетъ счастливый исходъ; въ самомъ дѣлѣ, когда сочлененія не глубоко измѣнены, то можетъ быть достигнуто разрѣшеніе кровянаго набуханія мягкихъ частей, и тогда происходитъ полное излеченіе. При дальнѣйшихъ измѣненіяхъ, обнажаются кости, спаиваются, и больной выздоравливаетъ съ анкилозомъ. Этотъ исходъ не такъ даже рѣдокъ, какъ можно бы было думать, судя по важности болѣзни: Тейссъё, котораго прекрасное сочиненіе мы указали въ началѣ статьи, собралъ въ немъ двадцать шесть, совершенно вѣрныхъ, случаевъ такого исхода.

Эта болѣзнь, какъ и всѣ бѣлыя опухоли, обыкновенно бываетъ очень продолжительна; рѣдко продолжается она менѣе года; однако жъ Тейссъё видѣлъ наступленіе смерти около двѣнадцатой недѣли послѣ обнаруженія первыхъ припадковъ.

Этіологія. — Какъ на причину бѣлой опухоли первыхъ позвоночныхъ сочлененій, указывали: 1) на дѣтскій или юношескій возрастъ, лимфатическій темпераментъ, причины общія всѣмъ бѣлымъ опухолямъ; 2) на кровяное набуханіе шейныхъ узловъ (Франкъ), которое однако жъ болѣе должно быть разсматриваемо какъ произведеніе причины, произведшей бѣлую опухоль, нежели какъ самая причина; 3) на множественность суставныхъ поверхностей, и обширность движеній; 4) на обыкновеніе оставлять шею открытою для соприкосновенія съ воздухомъ (Мошаръ), на внезапную простуду токомъ холоднаго и сыраго воздуха; 5) на наружныя насилія, удары, паденія на зашеекъ, насильственные поворотныя движенія, обыкновеніе носить тяжести на головѣ; 6) наконецъ, на венерическую болѣзнь, которая или первоначально направляетъ свое дѣйствіе на кости или сочлененія, или достигаетъ до нихъ только чрезъ распространеніе изъязвленія, появившагося сначала на задней стѣнкѣ глотки. Тейссъё видѣлъ, въ больницѣ Antiquaille, публичную дѣвку, у которой венерическія язвы, проридавивъ заднюю стѣнку глотки, повели за собою измѣненія трехъ первыхъ позвонковъ и сочлененій ихъ. Этотъ фактъ представлялъ одну, довольно замѣчательную, особенность, именно, что чрезъ зѣвъ можно было прямо ощупать поражен-

ныя кости, и что однажды больная отхаркнула цѣлое тѣло третьяго позвонка. Часто многія вычисленныя здѣсь причины дѣйствуютъ вмѣстѣ.

Распознаваніе.— Возможно ли различить отдѣльныя пораженія сочлененій затылочно-атлантнаго, и атланта-осевиднаго? Сансонъ первый старался разрѣшить этотъ вопросъ; вотъ признаки, которые, по его мнѣнію, могутъ пролить нѣсколько свѣта на это распознаваніе. Если мѣсто болѣзни исключительно находится между затылочною костью и атлантомъ, то боль соотвѣтствуетъ мѣсту тотчасъ подъ наружнымъ затылочнымъ бугромъ; очень трудны движенія сгибанія и разгибанія головы, между-тѣмъ какъ хорошо еще можетъ происходить поворачиваніе ея. Если, напротивъ, пораженъ атланта-осевидный суставъ, то поворачиваніе головы очень болѣзненно, но сохраняются движенія сгибанія и разгибанія ея; кромѣ того боль ограничивается уровнемъ втораго шейнаго позвонка. Когда болѣзнь поражаетъ оба сочлененія вмѣстѣ, то боль занимаетъ болѣе обширное пространство, и прекращаются всѣ движенія. Мы привели эти признаки по Сансону, но думаемъ, что важность ихъ очень сомнительна; въ самомъ дѣлѣ, оба эти сочлененія слишкомъ близки одно къ другому, чтобы, въ двухъ предположенныхъ случаяхъ, боль обнаружилась въ двухъ различныхъ точкахъ.

Когда произошелъ вывихъ, то можно ли распознать видъ произведеннаго имъ смѣщенія? Выпуклость, образуемая заднею дужкою атланта, изглаженіе подзатылочнаго углубленія, могутъ иногда указать на вывихъ затылочной кости кпереди. Выстояніе образуемое остистымъ отросткомъ втораго позвонка, глубина подзатылочной впадины, почти всегда навѣрное укажутъ на вывихъ атланта кпереди.

Произвольный вывихъ первыхъ шейныхъ позвонковъ могъ бы иногда быть смѣшанъ съ врожденнымъ искривленіемъ ихъ, искривленіемъ рахитическимъ, неправильнымъ положеніемъ головы, зависящимъ отъ міопіи или рубцовъ, конвульсивнымъ сокращеніемъ или параличемъ одной изъ грудино-височныхъ или другихъ мышцъ; но довольно было указать на эти болѣзни, чтобы избѣгнуть всякаго недоразумѣнія на ихъ счетъ.

Труднѣе отличить ревматизмъ мышцъ шейной стороны, глубокое флегмонозное воспаленіе, холодный нарывъ, развившійся въ содѣйствіи съ позвонками. Однако жъ, въ ревматизмѣ боль занимаетъ довольно обширное пространство; она быстро достигаетъ чрезвычайной остроты и силы; произвольныя движенія очень болѣзненны, но нельзя сказать того же о движеніяхъ сообщенныхъ: противное тому, что замѣчается въ вывихѣ. — Давленіе на холодный нарывъ бываетъ едва болѣзненно; движенія сочлененій свободны; не замѣтно хрустѣнія. Въ обоихъ предыдущихъ случаяхъ голова не отклоняется въ сторону; глотаніе происходитъ безъ затрудненія: между-тѣмъ какъ мы видѣли этотъ признакъ почти постоян-

нымъ съ самаго начала пораженія первыхъ позвонковъ. — Еще большія иѣроятно трудности представило бы флегмонозное глубокое воспаленіе; но предыдущіе признаки, и въ особенности быстрый ходъ болѣзни, не долго оставить хирурга въ сомнѣніи.

Полипы, фунгозные опухоли твердой мозговой оболочки, развиваясь на основаніи черепа, также могутъ быть смѣшаны съ описываемою нами болѣзнію; но боли, причиняемыя ими, соединены бываютъ съ головными болями и болѣе или менѣе выраженными признаками страданія мозга, и притомъ онѣ не постоянны; отъ давленія на эти опухоли мозговые припадки усиливаются, и иногда слышенъ бываетъ особенный трескучій шумъ; въ опухоли иногда бываютъ замѣтны двоякаго рода движенія, одни совпадающія съ пульсаціею артерій, другія съ выдыхательными движеніями; умѣреннымъ и постепеннымъ давленіемъ опухоль вдавливается въ полость черепа, и при этомъ усиливаются мозговые припадки; если опухоль очень болѣзненна, то иногда прижатіемъ ея успокоивается боль.

Предсказаніе этой болѣзни выражено въ томъ, что мы сказали о разныхъ исходахъ ея. И болѣе нечего сказать о немъ.

Леченіе бѣлыхъ опухолей затылочныхъ-позвоночныхъ сочлененій представляетъ три раздѣльные показанія: 1) остановить успѣхи суставнаго перерожденія; 2) предунредить произвольные вывихи; 3) противодѣйствовать смѣщенію, когда оно существуетъ.

Первое показаніе выполняется тѣми же средствами, которыя мы указали, говоря о бѣлыхъ опухоляхъ вообще (см. выше, стр. 78).

Что касается до втораго, то оно въ первый разъ приведено было А. Бераромъ, показавшимъ всю важность его. Машины, служащія для поддержанія головы въ неподвижности, по мнѣнію этого хирурга, представляютъ тѣ неопровержимыя выгоды, что: 1) если голова имѣтъ стремленіе наклоняться неправильно, то эти инструменты помогутъ мышечной силѣ противодѣйствовать ея тяжести; 2) препятствуютъ новому увеличенію смѣщенія; 3) предотвращаютъ быстрыя и нечаянныя смѣщенія костей, частыя причины мгновенной смерти; 4) способствуютъ образованію анкилоза.

Попытки исправить смѣщенія всѣми отвергнуты. Шупке, Рустъ и А. Бераръ, всѣ считаютъ ихъ опасными. Понятно, въ самомъ дѣлѣ, что эти попытки могли бы имѣть результатомъ своимъ разрывъ суставныхъ связокъ, и безъ того уже глубоко измѣненныхъ, увеличеніе смѣщенія, которое хотѣли исправить, и произведеніе новаго, которое повело бы за собою нечаянное прижатіе спиннаго мозга. Въ противность мнѣнію приведенныхъ хирурговъ, и признавая то, что есть основательнаго въ ихъ возраженіяхъ, Тейссъ старался показать, что въ нѣкоторыхъ

случаяхъ должно попробовать вправливаніе; такъ, напримѣръ, когда атлантъ вывихнуть впередъ на второй позвонокъ, при смѣщеніи, которое иногда можно распознать довольно опредѣлительно, и при которомъ спинной мозгъ всего обыкновеннѣе терпитъ прижатіе, то онъ совѣтуетъ употребленіе аппарата, который постепенно выпрямляетъ подбородокъ, и въ то же время поддерживаетъ затылокъ и давить на остистый отростокъ втораго позвонка. Въ опору полагаемаго имъ правила, авторъ приводитъ одно очень любопытное наблюденіе, заимствованное у гг. Вири-селя, Жансуля и Миллье, надъ вывихомъ атланта кпереди, съ параличемъ одного изъ верхнихъ и нижнихъ членовъ, мочевого пузыря и прямой кишки, который былъ вправленъ посредствомъ механическаго аппарата, употреблявшагося въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцовъ. Боли, безпорядки отравленій исчезли, и произошло излеченіе; больной сохранилъ только нѣсколько окоченѣлости въ шеѣ. Въ томъ случаѣ, гдѣ бы нельзя было точно опредѣлить вида смѣщенія, онъ совѣтуетъ довольствоваться сдерживающимъ аппаратомъ.

ГЛАВА VIII.

Бѣлыя опухоли подвздошно-крестцового сочлененія (SACRO-COXALGIE).

Бѣлыя опухоли этого сочлененія довольно рѣдки, и этимъ объясняется молчаніе, хранимое на этотъ счетъ большею частію новѣйшихъ авторовъ. Объ нихъ даже не упоминается въ хирургической патологіи Видала; Сансонъ также ничего не говорилъ; и онѣ не описаны также въ сочиненіи, впрочемъ очень подномъ, Боннѣ; однако жъ исторія этой болѣзни была довольно тщательно изложена Бойѣ; но его описаніе безъ сомнѣнія прошло незамѣченнымъ, потому что оно помѣщено среди статьи, которой начало посвящено *расхожденію костей таза, а конецъ травматическимъ вывихамъ*. Ларрей также говоритъ о ней въ своей *Clinique*. Въ 1833, Ложье *) и Ганъ **), почти въ одно время обнару- довали по трактату объ этой болѣзни. По этимъ-то источникамъ, и по фактамъ, видѣннымъ нами самими, начертали мы описаніе этой болѣзни.

*) Laugier, *Tumeurs blanches des articulations du bassin*. (*Dict. de médecine en 50 volumes, tome V, p. 88; art. Bassin*).

**) Hahn, *Allgemeine medicinische Zeitung*, Octob. 1833, и разборъ этой статьи доктора Шамбейрона въ *Archiv. gén. de médecine*, avril 1834.

Патологическая анатомія. — По отношенію къ патологической анатоміи эта болѣзнь не представляетъ ни какой особенноти, которая бы требовала спеціальнаго описанія; воспаленіе костей, костоѣда суставныхъ поверхностей, разрушеніе хрящей и связокъ, вотъ разстройства, видѣнные у субъектовъ, умершихъ отъ этой болѣзни. Ганъ говоритъ, что иногда болѣзнь начинается отъ костей, иногда отъ связокъ или хрящей. Мы не будемъ повторять здѣсь доказательствъ, которыя изложили выше (стр. 60), касательно мнѣнія о первичномъ или вторичномъ поражении хрящей; мы думаемъ, что крестцо-подвздошное сочлененіе у дѣтей и у молодыхъ недавно-родившихъ женщинъ должно быть уподоблено діартродіальнымъ сочлененіямъ членовъ; извѣстно, въ самомъ дѣлѣ, что въ этомъ случаѣ тамъ находится синовіальная оболочка, которая въ послѣдствіи, съ возрастомъ, исчезаетъ. И всего чаще вѣроятно воспаленіе этой серозной оболочки служить началомъ болѣзни.

Симптоматологія. — Ганъ раздѣляетъ припадки этой болѣзни на четыре періода; мы не принимаемъ его раздѣленія, потому что оно, намъ кажется, не основано на довольно рѣзкихъ явленіяхъ. Въ началѣ, больной чувствуетъ въ чресленной или поясничной сторонѣ мимолетную боль и принимаетъ ее за ревматизмъ; эта боль усиливается по вечерамъ и затрудняетъ ходьбу; иногда обнаруживается въ теченіи дня потребность выпрямить позвоночный столбъ, и это минутно облегчаетъ больного (Ганъ). Эти припадки, появляющіеся чрезъ довольно долгіе промежутки, становятся потомъ чаще и чаще; хроманіе становится болѣе явственнымъ и боль распространяется на бедро. Ложь въ двухъ случаяхъ видѣлъ, что она преимущественно чувствовалась въ колѣнѣ, какъ при коксальгіи. Давленіе, производимое поперечно на подвздошный гребень, или на большой вертелъ, вызываетъ боль на уровнѣ подвздошно-крестцового симфиза: отъ того больной и не можетъ лежать на больной сторонѣ; осязаніемъ открывается опуханіе, родъ тѣстоватой возвышенности, на высотѣ задней подвздошной ости; давленіе этой стороны вызываетъ боль; ягодица больной стороны сплюснута, и складка, отдѣляющая ее отъ бедра, болѣе углублена; больная конечность худощавѣе и длиннѣе, чѣмъ на здоровой сторонѣ, и это зависитъ отъ пониженія всей подвздошной кости: отъ того и не измѣняется разстояніе, раздѣляющее гребень этой кости и большой вертелъ. Ганъ и Бойѣ особенно настаиваютъ на этомъ пунктѣ, который мы подробно разсмотримъ при описаніи тазобедренной бѣлой опухоли. При стоячемъ положеніи, тяжесть тѣла всегда падаетъ на здоровую сторону, между-тѣмъ какъ членъ больной стороны бываетъ въ легкомъ отведеніи, съ нѣскольکو-согнутымъ колѣномъ и носкомъ ноги направленнымъ прямо впередъ (Ганъ); напротивъ, по Бойѣ, нога слегка выворачивается кнаружи. Я видѣлъ и то и дру-

гое изъ этихъ положеній. Разныя смѣщенія, на которыя намъ надобно указать, замѣтнѣе бываютъ послѣ ходьбы, чѣмъ послѣ покоя.

Удлинненіе члена остается иногда во все продолженіе болѣзни; въ другихъ случаяхъ, за этимъ удлинненіемъ слѣдуетъ укороченіе, новый пунктъ сходства этой болѣзни съ тазобедренною бѣлой опухолью; но это удлинненіе, какъ и укороченіе, зависитъ отъ цѣлостнаго движенія всей подвздошной кости: послѣдняя находится тогда сближенною съ послѣдними ребрами. Членъ всегда бываетъ въ отведеніи, но онъ легко разгибается и при ходьбѣ опирается на-земь всѣмъ протяженіемъ своей подошвенной поверхности. Нѣкоторые больные представляли, говорятъ, попеременно то удлинненіе, то укороченіе члена. Такъ, напримѣръ, Леритъ видѣлъ одного больного, который представлялъ, послѣ нѣсколькихъ часовъ верховой ѣзды, удлинненіе на два дюйма, а послѣ продолжительной ходьбы — укороченіе на полтора дюйма. Это явленіе приписывается смѣщенію подвздошной кости, смѣщенію, которое должно происходить въ крестцо-подвздошномъ сочлененіи. Мы не отвергаемъ, что это могло быть такъ, однако жъ думаемъ, что эти факты надобно принимать съ нѣкоторою осмотрительностью. Въ самомъ дѣлѣ, пониженіе или возвышеніе подвздошнаго гребня могло бы зависѣть и отъ наклоненія цѣлаго таза, какъ мы это увидимъ при тазобедренной бѣлой опухоли.

Всѣ описанныя нами явленія съ каждымъ днемъ выражаются все болѣе и болѣе; ходьба становится невозможною и больной принужденъ лежать, и притомъ онъ можетъ лежать только на боку, слегка согнувши бедро. Однако жъ движенія, сообщаемыя бедру, могутъ еще происходить правильно, если только тяжесть тѣла не подается на больную конечность.

Спустя нѣкоторое, но обыкновенно довольно долгое, время, восемь, десять мѣсяцовъ, годъ и даже болѣе, набуханіе, о которомъ мы говорили, въ сосѣдствѣ съ заднею подвздошною остью, получаетъ большее развитіе, боль усиливается и образуется нарывъ. Онъ показывается не всегда на высотѣ крестцо-подвздошнаго сочлененія: иногда гной опускается къ сѣдалищному бугру, и даже въ толщу бедренныхъ мышцъ; иногда же подается кпереди и скопляется въ паху. Какъ бы то ни было, кожа, покрывающая его, краснѣетъ, изъязвляется, продиравливается, гной вытекаетъ, отверстіе остается свищевымъ, и вскорѣ больной дѣлается добычею гнилостнаго зараженія или обильнаго нагноенія, оканчивающагося смертию.

Къ счастью, болѣзнь не всегда имѣетъ такой несчастный исходъ; иногда она останавливается довольно рано, и послѣ излеченія не остается никакого слѣда прежней болѣзни; въ другихъ случаяхъ остается смѣщеніе, образуется анкилозъ, и больной сохраняетъ большую или меньшую хромоту, смотря по обширности смѣщенія.

Этіологія. — Эта болѣзнь происходитъ отъ тѣхъ же причинъ, отъ какихъ и всѣ бѣлая опухоли: поэтому мы и не будемъ распространяться на этотъ счетъ; одна только причина оказываетъ, кажется, особенное влияние: это — роды. Въ самомъ дѣлѣ, много разъ случалось, что, послѣ этого отправленія, появляется боль въ одномъ изъ симфизовъ и потомъ происходятъ описанныя нами явленія. Располагаютъ ли къ этой болѣзни какія нибудь преимущественныя занятія? Мы не умѣемъ отвѣчать на это. Однако жъ замѣтимъ, что трое больныхъ, видѣнные Ганомъ, были всѣ портные.

Распознаваніе. — Описываемую болѣзнь можно было бы смѣшать съ тазобедренною бѣлой опухолью, врожденнымъ вывихомъ бедра, неправильною подвижностью сочлененія, сѣдалищною невралгіею, ревматизмомъ (см. *Бѣлая опухоль тазобедренная, Врожденный вывихъ*). Что касается до неправильной подвижности, то она обыкновенно бываетъ на обѣихъ сторонахъ и не болѣзненна; въ сѣдалищной невралгіи боли съ самаго начала чрезвычайно остры, и усиливаются отъ давленія на вертельную ямку. Ревматизмъ имѣетъ такія рѣзкія отличительныя свойства, что стоитъ только упомянуть объ немъ, чтобы не впасть уже въ недоразумѣніе.

Леченіе — то же, что бѣлыхъ опухолей и другихъ сочлененій: сначала антифлогистическія средства, отвлекающія на кожу, неподвижность; нѣкоторые больные получали замѣтное облегченіе и даже полное излеченіе отъ употребленія пояса, который по бокамъ сжималъ тазъ, и слѣдовательно ограничивалъ неправильныя движенія больного сочлененія. Слѣдовательно это такое средство, которымъ не слѣдуетъ пренебрегать.

Бѣлая опухоль лоннаго сочлененія

можетъ быть причислена къ предыдущей; она чрезвычайно рѣдка, и авторы ограничиваются только упоминаніемъ объ ней, не описывая; ее характеризуютъ: боль, мѣстное опуханіе, неправильная подвижность, хроманіе. Леченіе ея то же, что и предыдущей болѣзни.

ГЛАВА IX.

Бѣлая опухоль подвздошно-бедреннаго сочлененія (FÉMORO-COXAIGIE).

Бѣлая опухоли подвздошно-бедреннаго сочлененія включаютъ много болѣзней, представляющихъ до извѣстнаго періода своего развитія одни

и тѣ же припадки; но, различаясь съ самаго начала характеризующими ихъ анатомическими разстройствами, онѣ обозначаются въ наукѣ именами: *luxatio spontanea femoris*, *luxatio consecutiva*, *luxatio femoris symptomatica*, *coxalgia*, *coxarthrocace*, *femoro-coxalgia*. Изъ этихъ названій, которыя всѣ болѣе или менѣе не безупречны, мы предпочитаемъ названіе *тазобедренной болѣзни*, *femoro-coxalgie*, опредѣляющее мѣсто болѣзни, ничего впередъ не говоря объ ея свойствахъ и явленіяхъ, довольно притомъ различныхъ; въ самомъ дѣлѣ, въ-послѣдствіи мы увидимъ, что вывихъ происходитъ далеко не во всѣхъ случаяхъ, какъ бы можно было думать по многимъ, приведеннымъ здѣсь, названіямъ.

Эта болѣзнь не была неизвѣстна древнимъ. Объ ней упоминаютъ: Иппократъ, Галенъ, Орибазій, Целій Авреліанъ, Аэцій, Павелъ Эгинскій, также Арабы, Арабисты и ихъ ближайшіе послѣдователи. Кажется однако жъ, что практики мало обращали на нее вниманія, потому что Ж. Л. Пти, описывая ее въ 1722, говоритъ такъ, какъ будто излагаемая имъ идея совершенно новы ¹⁾. Начиная съ этого времени, тазобедренная болѣзнь, и особенно ученіе о ней Ж. Л. Пти, сдѣлались предметомъ живыхъ разсужденій, которыя впрочемъ очень мало разъяснили спорные пункты. Надобно однако жъ исключить мемуаръ Сабатье, замѣчательный по своей дѣльной и умѣренной критикѣ ²⁾. Въ 1803 явились *Лекціи* Бойе о болѣзняхъ костей; тамъ находится очень хорошая статья о тазобедренной болѣзни, болѣе или менѣе точно повторявшаяся, въ началѣ этого вѣка, всѣми классическими авторами. Однако жъ исторія этой болѣзни представляла еще много неясныхъ пунктовъ, много проблемъ для рѣшенія: отъ того она и бывала предметомъ многихъ сочиненій, изъ числа которыхъ мы упомянемъ о статьѣ Ларрея ³⁾, описаніи Броди ⁴⁾ и Палетты ⁵⁾, сочиненіи Гюмбера и Жакьё ⁶⁾, мемуарѣ Лесоважа Каэнскаго ⁷⁾, письмахъ Бувье, Маль-

¹⁾ *Observations anatomiques et pathologiques sur les chutes qui causent une luxation, dont les auteurs n'ont point écrit*, въ *Mém. de l'Académie royale des sciences*, 27 février 1722.

²⁾ Sabatier, *Mémoire sur les luxations consécutives du fémur* въ *Mém. de l'Académie royale de chirurgie*, tome V, p. 791.

³⁾ Larrey, *Mémoires et campagnes de chirurgie militaire*, 1817, t. IV, p. 392.

⁴⁾ Brodie, *Pathological researches and surgical observations on the joints*. London, 1818; trad. franç. de Léon Marchant, 1819.

⁵⁾ Paletta, *Exercitationes pathologicae*, Milan, 1820.

⁶⁾ *Essais et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées et symptomatiques*. Bar-le-Duc, 1835.

⁷⁾ *Archives de médecine*, novembre 1835.

геня и Герэна ¹⁾, разсужденія Вишрѣ ²⁾, мемуаръ Боннѣ Лионскаго ³⁾, разсужденія Мэзонёва ⁴⁾ и двухъ чрезвычайно замѣчательныхъ мемуарахъ Ж. Париза ⁵⁾, котораго мы должны будемъ часто приводить въ теченіи своего описанія.

Патологическая анатомія и физиологія. — Легко понять, что, такъ какъ тазобедренная болѣзнь въ первомъ своемъ періодѣ никогда не оканчивается смертію, очень рѣдко должны были встрѣчаться случаи изслѣдовать анатомическія разстройства, характеризующія самое начало ея; въ самомъ дѣлѣ, большая часть некропсій показываетъ намъ такія разстройства, которыя произведены болѣзнію, достигшею уже послѣдняго своего періода. Поэтому трудно описывать, съ точки зрѣнія патологической анатоміи, развитіе этой болѣзни, слѣдовать шагъ за шагомъ за всѣми ея фазами. Мы сначала изложимъ разстройства обыкновенно встрѣчающіяся у субъектовъ умершихъ въ слѣдствіе дальнѣйшихъ успѣховъ болѣзни, а потомъ уже бросимъ взглядъ назадъ на поврежденія принадлежащія первому ея періоду, и думаемъ, что такимъ образомъ понятнѣе будетъ то, что мы имѣемъ сказать.

Разстройства разныхъ частей, входящихъ въ составъ тазобедреннаго сочлененія, по свойствамъ своимъ, не разнятся отъ тѣхъ, которыя описали мы, говоря о бѣлыхъ опухоляхъ вообще (стр. 49); такъ, въ костяхъ — воспаленіе, костоѣда, омертвѣніе, туберкулезное пораженіе; въ мягкихъ частяхъ — фунгозности синовіальной оболочки, разрушеніе связокъ, хрящей, суставные и внѣсуставные нарывы. Но такимъ образомъ упомянуть объ нихъ, значило бы дать понятія слишкомъ неполныя, и слѣдовательно практически-безполезныя. Поэтому мы должны войти въ нѣкоторыя подробности, и послѣдовательно изложимъ разстройства костей, хрящей, синовіальной оболочки, связокъ, и разныя болѣзненныя произведенія, могущія встрѣтиться въ суставѣ. Наконецъ смѣщенія суставныхъ оконечностей, существующія, какъ мы сказали, во всѣхъ почти бѣлыхъ опухоляхъ, представляютъ здѣсь особенную важность, и потому должны обратить на себя преимущественное наше вниманіе.

¹⁾ *Gazette des hôpitaux*, 1838, p. 73, 83, 99, 112, 128.

²⁾ Vicherat, *Essai sur la coxalgie*, 1840, n° 337.

³⁾ Bonnet de Lyon, *Mém. sur l'influence des positions dans les maladies articulaires* въ *Gazette médicale*, 1846.

⁴⁾ Maisonneuve, *De la coxalgie*, Thèse de concours pour l'agrégation, 1844.

⁵⁾ J. Parise, *Recherches historiques, physiologiques et pathologiques sur le mécanisme des luxations spontanées du fémur* (*Archives*, mai 1842). — *Mém. sur l'allongement et le raccourcissement du membre inférieur dans la coxalgie* (*Archives*, juillet, 1843).

а. *Разстройства костей и хрящей.* При изслѣдованіи сочлененія послѣ тазобедренной болѣзни, особенно поражаетъ недостатокъ соотношенія между головкою бедра и вертлужною впадиною, диспропорція, зависящая въ одно время и отъ увеличенія принимающей полости, и отъ уменьшенія объема помѣщающейся въ ней костной головки. Эта чрезвычайная обширность вертлужной впадины зависитъ отъ многихъ причинъ: 1) отъ исчезанія діартродіального хряща; 2) отъ болѣе или менѣе значительнаго разрушенія костяныхъ стѣнокъ ея, разрушенія или одинаково распространяющагося на все ихъ протяженіе, или особенно обнаруживающагося въ извѣстныхъ точкахъ; въ послѣднемъ случаѣ самое глубокое разстройство представляетъ обыкновенно верхне-задній край вертлужнаго гребня: онъ такъ-сказать исчезаетъ или стирается; иногда дно вертлужной полости продиравливается костоѣдою; особенно это замѣчается тогда, когда бѣлая опухоль развивается у ребенка прежде соединенія трехъ костныхъ долей, образующихъ дно суставной полости, и разрушеніе быстро распространяется на хрящевую ткань, занимающую тогда дно полости. Что касается до бедренной головки, то на ней также происходитъ разрушеніе хряща и болѣе или менѣе глубокое изъѣденіе костяной ткани; когда головка упиралась на вертлужную закраину, то она бываетъ иногда прорѣзана бороздою. По словамъ профессора Руста, бедренная головка представляетъ увеличеніе объема, происходящее отъ воспаленія внутренней надкостной плевы (*tela medullaris* Блюменбаха), съ склонностью къ изъязвленію отъ центра къ окружности. Мы никогда не видали ничего подобнаго, и вспоминаемъ объ этой теоріи потому только, что она, въ свое время, была многими принята.

б. *Синовиальная оболочка* представляетъ болѣе или менѣе значительныя фунгозности, выстилающія всю суставную полость и поверхность бедренной головки. Жирная подушечка, выполняющая дно вертлужной впадины, несправедливо называвшаяся у древнихъ *синовіальною желъзою*, представляетъ иногда значительное опуханіе, выходитъ изъ ямочки, въ которой она скрыта въ нормальномъ состояніи, выдается въ суставъ, развивается тамъ и болѣе или менѣе наполняетъ его. Такое расположеніе далеко однако жъ не такъ часто, какъ увѣряли нѣкоторые авторы; чаще, напротивъ, случается видѣть, что этотъ жирный пучокъ смятъ и отчасти разрушенъ, изъязвленъ, какъ большая часть мягкихъ частей, ограничивающихъ суставное углубленіе.

с. *Круглая связка* очень часто бываетъ разорвана или оторвана отъ одного изъ прикрѣпленій своихъ, бедреннаго или подвздошнаго; часто она вполне разрушается, такъ что не остается и слѣда ея. Суставная сумка растягивается, продиравливается въ нѣкоторыхъ точкахъ, чтобы дать выходъ гною и бедренной головкѣ.

d. Что касается до различныхъ, встрѣчающихся здѣсь, *бользненныхъ произведеній*, то это — гной, туберкулезная матерія, перемѣшанная съ костяными обрывками, сукровично-синовіальная жидкость; здѣсь нѣтъ ничего особеннаго.

e. *Смѣщеніе костей*. Глубина вертлужной впадины, расположеніе бедренной головки, образующей выстояніе почти вполнѣ скрытое въ суставѣ, прочность связокъ, удерживающихъ эти кости въ своихъ нормальныхъ соотношеніяхъ, должны бы, кажется, сдѣлать невозможнымъ всякое патологическое смѣщеніе. Однако жъ, не смотря на это, смѣщенія напротівъ встрѣчаются часто; я говорю часто, а не всегда, какъ прежде думали, потому что Ларрей доказалъ, что при нѣкоторыхъ тазобедренныхъ болѣзняхъ, проходящихъ всѣ свои періоды, бедренная головка не выходитъ изъ вертлужной впадины. Обыкновенно она восходитъ къ наружной подвздошной ямкѣ, или упирается въ вертлужный край противъ задне-верхней его вырѣзки, сдавленной, изъѣденной костодою. Въ другихъ случаяхъ головка смѣщается чрезъ нижнюю и внутреннюю вырѣзку, и тогда помѣщается въ запирательной ямкѣ; случалось также видѣть, что она упирается между переднею нижнею подвздошною остью и подвздошно-пектинеальнымъ возвышеніемъ. Наконецъ иногда бедренная головка входитъ въ тазъ сквозь продравленное дно вертлужной впадины.

Авторы много занимались изслѣдованіемъ причинъ, производящихъ эти смѣщенія. Всѣ мнѣнія, выраженные на этотъ счетъ, могутъ быть отнесены, какъ замѣтилъ Паризъ, къ тремъ главнымъ теоріямъ.

1. По первой изъ этихъ теорій, вывихъ зависитъ отъ накопленія жидкости, которая, выталкивая бедро, предоставляетъ его мышечному дѣйствію. Это теорія Ж. Л. Пти, находящаяся уже у древнихъ, и допускаемая Броди, Лесоважемъ и А. Берамомъ.

2. Другая теорія приписываетъ вывихъ развитію опухоли, которая, наполняя вертлужную впадину, выгоняетъ оттуда бедро; что касается до мѣстоположенія и свойствъ этой опухоли, то авторы не соглашаются между собою: а) одни, съ Гертеромъ, Андри, говорятъ, что это костный наростъ, мозоль, фактъ никогда не бывшій доказаннымъ; б) другіе, Бишэ, Бойё, Лобстейнъ, Дзонди, говорятъ, что это — воспалительное опуханіе хрящей, никогда, какъ мы видѣли (стр. 61), не существующее; в) третьи, Вальсальва, Морганьи, Порталь, Бойё, приписываютъ это опуханію жирной ткани на днѣ вертлужной впадины, мнѣніе, подтверждаемое нѣсколькими опредѣленными фактами, d) наконецъ, по мнѣнію Руста, какъ мы видѣли, сама бедренная головка развивается чрезъ мѣру и не можетъ уже оставаться въ вертлужной впадинѣ.

3. Третья теорія, которую поддерживали Сабатье, Палетта, Бойё,

Бежанъ и др., приписываетъ вывихъ разрушенію отъ костоѣды краевъ суставной впадины или самой головки, или, что гораздо чаще, той и другой вмѣстѣ. Это положеніе основано на многочисленныхъ анатомо-патологическихъ наблюденіяхъ; но, какъ очень справедливо замѣчаетъ Паризъ, не должно забывать, что почти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ замѣчается костоѣда, болѣзнь всегда бываетъ очень давняя, и притомъ съ такими разстройствами, что часто невозможно опредѣлить, предшествовали ли эти разстройства вывиху, или онъ произошелъ прежде нихъ.

Какъ бы то ни было, двѣ послѣднія теоріи были приняты почти всѣми; но нельзя сказать того же о теоріи Ж. Л. Пти. Особенно опровергаема она была Андри, котораго доказательства, развитія Бойё, повторены потомъ у всѣхъ почти авторовъ. Доказательства Бойё можно подвести подъ слѣдующія три возраженія: 1. накопленіе жидкости въ подвздошно-бедренной сумкѣ должно не только не выгонять бедра изъ полости, но еще сильнѣе придавить его къ ней; 2. оно не способно растянуть такую крѣпкую фиброзную сумку и такія сильныя мышцы, каковы тѣ, которыя удерживаютъ тазобедренное сочлененіе; 3. наконецъ, наблюденіе не доказало этого накопленія жидкости. Эти возраженія съ рѣдкимъ искусствомъ опровергнуты были Паризомъ. Вотъ вкратцѣ его доказательства: если впрыснуть жидкость въ тазобедренное сочлененіе, въ подражаніе излитію синовиі, то эта жидкость, противно предположенію Бойё, тотчасъ выгоняетъ бедренную головку изъ суставной впадины, результатъ, представляющійся здѣсь неизбѣжнымъ слѣдствіемъ теоріи братьевъ Веберъ, принятой Мюллеромъ и большею частью новѣйшихъ физиологовъ *), касательно вліянія атмосфернаго давленія на тазобедренное сочлененіе; дѣйствительно, по мнѣнію этихъ авторовъ, эта сила служитъ главною причиною, стремящеюся поддержать соприкосновеніе между суставными поверхностями. Отсюда понятно, что по возстановленіи рав-

*) Братья Веберъ многочисленными опытами доказали, что если, положивъ трупъ на животъ, съ висячими ногами, продавить дно вертлужной впадины, то головка бедра тотчасъ выпадаетъ въ сумку. Это смѣщеніе происходитъ, не смотря ни на сумку, ни на мышцы, окружающія ее. Если, напротивъ, вертлужную впадину оставить нетронутою, то можно перерѣзывать связки и мышцы, и суставныя поверхности все останутся въ соприкосновеніи, даже послѣ полного разрѣза сумочной связки; но самое маленькое отверстіе во впадинѣ производитъ ихъ раздѣленіе. Бедро вполне отдѣленное отъ туловища, бывъ опять вложено въ вертлужную впадину, остается на мѣстѣ, если закрыть отверстіе пальцемъ; но оно тотчасъ же падаетъ, если позволить войти туда воздуху. Эти опыты, повторенныя надъ отдѣленнымъ сочлененіемъ, доказываютъ, что одной тяжести верхней оконечности бедра достаточно для преодоленія предполагаемаго сопротивленія, которое могъ бы противопоставить выходу его вертлужный обручикъ.

новѣсія давленія введеніемъ въ сочлененіе жидкости, членъ, предоставленный своей собственной тяжести, долженъ увлекать бедренную головку и заставлять ее выходить изъ суставной полости. Впрочемъ мы будемъ еще имѣть случай возвратиться къ этому вопросу.

Что касается до сопротивленія фиброзной сумки и мышцъ, то всякій согласится, что медленное и постоянное давленіе можетъ побѣдить его. Не видимъ ли, въ самомъ дѣлѣ, что самыя неподатливыя связки удлиняются въ случаѣ хронической суставной водянки, и самыя плотныя фиброзныя перепонки мало по малу уступаютъ и растягиваются, когда одѣваютъ опухоль?

Что касается до третьяго возраженія, то, если позволено было Бойе сказать, сорокъ лѣтъ тому назадъ, — что такъ какъ синовиальное излитіе никогда не было доказано некроскопическимъ изслѣдованіемъ, то и должно быть считаемо простою догадкою, — подобнаго отвѣта нельзя принять въ наше время; въ самомъ дѣлѣ, Ж. Клокé *), Жолли **), Палетта ***) находили въ трупахъ серозныя излитія въ тазобедренномъ сочлененіи; Броди, Лесоважъ также видали его при вскрытіи субъектовъ, страдавшихъ этою болѣзнію; но самый доказательный фактъ обнаруженъ былъ Паризомъ, потому что субъектъ этого наблюденія умеръ еще въ довольно раннемъ періодѣ болѣзни, и у него можно было видѣть самое такъ-сказать начало излитія: между-тѣмъ, въ этомъ случаѣ, въ суставѣ находилось синовиальное излитіе, и бедренная головка, выгнанная изъ вертлужной впадины, упиралась въ верхній край ея. Кромѣ того, если взять во вниманіе, что нѣкоторые субъекты, послѣ появленія симптомовъ вывиха, вполне вылечиваются, не сохраняя ни какой затруднительности въ движеніяхъ сустава, то мы не въ правѣ ли подумать, что въ этихъ случаяхъ не было ни пораженія костей, ни хрящей, а только воспаленіе серозной оболочки съ увеличеннымъ отдѣленіемъ? Притомъ не видимъ ли мы, что многія бѣлыя опухоли колѣна, локтя, ноги, начинаются съ суставной водянки? И трудно было бы понять, отъ чего подвздошно-бедренное сочлененіе, устроенное изъ тѣхъ же анатомическихъ элементовъ, не могло бы быть подвержено такимъ же патологическимъ пораженіямъ.

Изъ этого разсмотрѣнія, можетъ-быть нѣсколько длиннаго, мы заключаемъ, что причиною смѣщенія бедра, въ началѣ болѣзни, можетъ быть, и вѣроятно довольно часто бываетъ, суставное накопленіе жидкости, и что разрушеніе краевъ суставной полости безъ всякаго сомнѣнія способствуетъ этому смѣщенію, но оно появляется довольно уже въ позднемъ

*) *Dictionnaire de médecine*, t. V, p. 100.

**) Jolly, *Dissertation sur les hydropisies des synoviales*, Paris, 1829, p. 14.

***) Paletta, *loco citato*.

періодѣ болѣзни; что касается до опуханія мягкихъ частей, лежащихъ на днѣ впадины, то онѣ также могутъ выдавливать оттуда бедренную головку; но все заставляетъ думать, что эта причина дѣйствуетъ очень рѣдко.

Накопленіе синовіи въ суставѣ, такъ же какъ и распуханіе суставной жирной подушечки, производитъ, какъ мы увидимъ, смѣщеніе, но не полный вывихъ; для происхожденія послѣдняго (мы говоримъ здѣсь только о вывихѣ въ наружную подвздошную впадину) надобно, чтобы суставная связка или круглая связка удлинилась или разорвались, и чтобы бедро находилось въ приведеніи. И мы говорили уже, что продолжительное растягиваніе со временемъ преодолеваетъ сопротивленіе фиброзной ткани; что касается до приведенія члена, то причинъ его много: 1. неровное расширеніе суставной сумки, которой передняя и нижняя (*Бертэндова связка*) часть сопротивляется растягиванію, между-тѣмъ какъ задне-верхняя часть уступаетъ эксцентрическому давленію жидкости. Понятно, что тогда бедро, бывъ удерживаемо подкрѣпляющимъ пучкомъ, который прикрѣпляется ниже шейки его и служитъ ему точкою опоры, должно будетъ податься въ приведеніе, если жидкость такъ сильно давитъ на бедренную головку, что выгоняетъ ее наружу; 2. перевѣсъ приводящихъ мышцъ надъ отводящими; 3. положеніе, принимаемое больнымъ въ постели. Боннѣ замѣчаетъ, что такъ какъ всякое давленіе на большой вертелъ болѣзненно, то больной наклоняется на здоровую сторону, сгибаетъ голень и бедро, чтобы удобнѣе уложить больной членъ на членъ здоровой стороны, и что его собственная тяжесть и тяжесть отдѣляя увлекаютъ его въ приведеніе и заставляютъ поворачиваться внутрь. Постоянное дѣйствіе этихъ различныхъ причинъ, къ которымъ въ извѣстныхъ случаяхъ присоединяется еще наружный импульсъ, какъ объ этомъ говорилъ Ларрей, производятъ тогда вывихъ.

Симптоматологія. — Явленія, принадлежащія тазобедренной болѣзни, очень многочисленны, но часто трудно открыть ихъ, а еще труднѣе объяснить. Поэтому изученіе ихъ требуетъ напряженнаго вниманія, и мы представимъ ихъ въ порядкѣ послѣдовательнаго появленія ихъ.

Боль въ чресленной сторонѣ есть припадокъ обыкновенно появляющійся прежде всѣхъ. Она чувствуется въ разныхъ точкахъ, всего чаще на уровнѣ паховой складки, внутри бедренной артеріи, какъ это замѣтилъ С. Куперъ, въ другихъ случаяхъ позади большаго вертела. Сначала эта боль бываетъ тупая, мимолетная, появляется во время ходьбы и прекращается во время покоя; но давленіе пальцами на которое-нибудь изъ указанныхъ нами мѣстъ тотчасъ же вызываетъ ее. Давленіе, производимое поперечно на большой вертелъ, или лучше легкій ударъ ладонью руки по этому костному выстоянію, нечаянный толчокъ, сообщенный бедру снизу вверхъ, по словамъ всѣхъ авторовъ, и особенно

Броди, способны произвести эту боль; однако жъ эти способы изслѣдованія, хоть и очень рacionales, рѣдко даютъ ожидаемый результатъ.

Боль чувствуется не только въ чресленной сторонѣ, но всегда почти въ то же время появляется въ колѣнѣ, или на уровнѣ бедренныхъ мышечковъ, внутренняго или наружнаго, или въ подколенной ямкѣ; часто въ точкѣ, соответствующей передней поверхности колѣнной кости, иногда во всемъ сочлененіи, въ верхней части голени, и даже въ берцо-плюсневомъ сочлененіи.

Часто случалось, что эта боль (*симпатическая боль* авторовъ), обнаруживающаяся обыкновенно въ началѣ болѣзни, бывала сильнѣе, не-пріятнѣе той, которую больной чувствуетъ въ подвздошно-бедренномъ сочлененіи, и вводила медиковъ, не знавшихъ этого факта, въ ошибку, заставляя ихъ думать о болѣзни въ колѣнѣ.

По Бойе, этой ошибки легко можно избѣгнуть, взявъ во вниманіе то, что осязаніе не увеличиваетъ боли въ колѣнѣ, между-тѣмъ, напротивъ, очень усиливаетъ въ чреслѣ. Но мы должны сказать, что это различіе не совсѣмъ точно; въ самомъ дѣлѣ, довольно часто случается, что самое легкое прикосновеніе къ колѣну вызываетъ сильную боль, хотя источникъ этой боли находится въ чресленномъ сочлененіи. Я видѣлъ много больныхъ, у которыхъ нельзя было дотронуться до кожи, покрывающей колѣнную кость, не возбуждая сильной боли. А. Бераръ видѣлъ также подобные факты *).

Предлагаемы были разныя теоріи для объясненія колѣнной боли при тазобедренной болѣзни, только нельзя сказать, чтобъ хоть одно изъ этихъ объясненій было вполнѣ удовлетворительно. Такъ, говорили, будто, при воспаленіи верхней оконечности бедра, это воспаленіе распространяется по мозговому каналу и на нижнюю оконечность кости. Если бъ было такъ, то боль въ колѣнѣ чувствовалась бы не въ началѣ болѣзни, но въ позднѣйшемъ ея періодѣ, и она послѣдовательно показывалась бы въ точкахъ среднихъ между обоими сочлененіями, на разныхъ высотахъ продолженія тѣла бедра, по мѣрѣ распространенія воспаления, и наконецъ должна бъ была ограничиться нижнею оконечностью бедра, не обнаруживаясь ни около колѣнной кости, ни около большаго берца. Если бъ эта боль была указаніемъ на костное воспаленіе нижняго конца бедра, то она не замедлила бы произвести пораженіе колѣннаго сочлененія, а этого не бываетъ. Тѣ же возраженія почти всѣ могутъ быть сдѣланы и противъ предположенія о передачѣ боли по воспаленной надкостной плевлѣ. Прибавимъ, что она много разъ была замѣчаема также и при крестцо-подвздошной бѣлой опухоли (стр. 112), и что въ этихъ случаяхъ невре-ди-

*) *Dictionnaire en 30 volumes, art. Coxalgie.*

мость тазобедреннаго сочлененія не позволяет предполагать, чтобъ воспаленіе распространялось по продолженію ткани къ нижнему концу бедра.

Другая теорія приписываетъ эти боли болѣзненному состоянію нервовъ сосѣднихъ съ больнымъ сочлененіемъ и въ особенности запира- тельнаго нерва. Понятно конечно, что если этотъ нервный стволѣкъ, по- сылающій вѣточки къ фиброзной сумкѣ колѣна, къ клѣтчаткѣ снаружѣ синовіальной оболочки, къ жирнымъ пучкамъ подъ колѣнною костью, такъ сказать захватывается, по выходѣ изъ таза, въ воспалительное пораженіе, то онъ можетъ произвести боли, которыя особенно чувствовались бы около периферическаго окончанія этихъ развѣтвленій. Однако жъ и противъ это- го объясненія можно сказать, что при другихъ бѣлыхъ опухоляхъ замѣ- чается подобное же расположеніе нервныхъ развѣтвленій, какъ здѣсь указали мы для запира- тельнаго нерва, и однако жъ, въ этихъ случаяхъ, боли въ сосѣднихъ сочлененіяхъ далеко не такъ часты, какъ колѣнная боль при тазобедренной болѣзни. Я не помню, видалъ ли я хоть разъ боли въ сочлененіяхъ кисти или руки при бѣлыхъ опухоляхъ локтя, и между-тѣмъ здѣсь локтевой нервъ непосредственно прилежитъ къ боль- ному сочлененію и окружается воспаленными тканями.

Каково бы впрочемъ ни было мѣсто этихъ болей, въ чреслѣ или ко- лѣнѣ, но обыкновенно онѣ сильнѣе замѣчаются ночью, чѣмъ днемъ.

Вскорѣ послѣ появленія болей, нижняя конечность представляетъ *измѣненія въ длинѣ своей*. Это явленіе, хорошо изслѣдованное новѣй- шими авторами, заставляетъ войти въ нѣкоторыя подробности. И прежде всего, что должно разумѣть подъ удлиненіемъ и укороченіемъ? Не такъ легко, какъ кажется, отвѣчать на этотъ вопросъ, потому что взглядъ, равно какъ и измѣреніе, могутъ заставить подумать объ удлиненіи или укороченіи, тогда какъ члены совершенно равны. Бываютъ въ самомъ дѣ- лѣ измѣненія *длины кажущіяся*, происходящія единственно отъ того, что оба члена сравниваются въ разныхъ положеніяхъ относительно къ тазу, и бываютъ *дѣйствительныя*, происходящія отъ того, что центръ приподнятой или опущенной бедренной головки не соотвѣтствуетъ центру вертлужной впадины, или отъ того, что измѣняется безотноси- тельная длина костей члена.

Отсюда понятно, отъ чего смѣщеніе бедренной головки, по отношенію къ вертлужной впадинѣ, производитъ дѣйствительное измѣненіе въ дли- нѣ члена; но не такъ легко понять, отъ чего измѣненіе направленія бе- дра, по отношенію къ оси таза, можетъ произвести кажущееся измѣне- нія. Для показанія точности этого предложенія намъ необходимы кажут- ся нѣкоторыя подробности.

Кажущіяся на взглядъ измѣненія длины. Прежде, чѣмъ хорошо изслѣдованы были всѣ измѣненія длины члена при описываемой болѣзни,

они всё приписываемы были смѣщенію бедренной головки; удлинёніе служило признакомъ неполнаго выхода ея изъ вертлужной впадины, а укороченіе объяснялось вывихомъ ея къ наружной подвздошной ямкѣ. Однако жъ нѣкоторые авторы, и между ними въ первомъ ряду должно назвать Морганьи *), замѣчали уже, что уклоненіе таза также можетъ измѣнять длину членовъ, мысль, принятая и развитая Броди, Сансономъ, и гораздо позднѣе Боннѣ, Мальгенемъ и Паризомъ.

По примѣру Париза, я нарочно употребляю слово *уклоненіе*, *déviation*, потому что, какъ замѣчаетъ этотъ авторъ, тазъ не только *наклоняется*, такъ что одинъ подвздошный гребень опускается между-тѣмъ какъ другой поднимается, но и *нагибается* впередъ, такъ что нижняя его часть приподнимается кзади и отъ того увеличивается поясничная кривизна. Часто даже тазъ *поворачивается* или претерпѣваетъ движеніе *закручиванія*, *torsion*, въ слѣдствіе котораго одинъ изъ подвздошныхъ гребней выдается впередъ другаго.

Эти три явленія, *наклоненіе*, *вытягиваніе* и *поворачиваніе* или *закручиваніе*, составляющія тазовое уклоненіе, встрѣчаются постояннымъ образомъ. Вскорѣ увидимъ мы, какъ они производятъ кажушіяся измѣненія длины членовъ, но прежде не бесполезно будетъ изложить механизмъ этого тазоваго уклоненія. Вотъ какъ Броди объясняетъ боковое наклоненіе. Когда больной стоитъ, то онъ переноситъ тяжесть своего тѣла на здоровый членъ, такъ какъ чресло и коленную этой стороны находятся въ разгибаніи, между-тѣмъ больной членъ, наклоненный впередъ, служитъ только для поддержанія равновѣсія, почти нисколько не неся тяжести тѣла; отъ этого происходитъ, что соотвѣтственная сторона таза сдавливается. На эту теорію можно возразить, съ Паризомъ, 1. что, при стояніи и ходьбѣ, больные этого рода приподнимаютъ чресло больной стороны, вмѣсто того чтобъ позволять ему сдавливаться; 2. что это наклоненіе таза одинаково замѣчается и при лежаніи ихъ въ постели съ самаго начала болѣзни; 3. что за этимъ опусканіемъ обыкновенно слѣдуетъ возвышеніе чресла, хотя въ походкѣ больного не происходитъ ни какого измѣненія. По мнѣнію того же автора, наклоненіе таза есть неизбѣжное слѣдствіе положенія, которое принимаетъ больной членъ, и неизмѣнности этого положенія. Въ началѣ, такъ какъ больной членъ обыкновенно бываетъ въ отведеніи, то нога этой стороны отдаляется отъ срединной плоскости, и тѣмъ болѣе, чѣмъ отведеніе сильнѣе. Такимъ образомъ, если пациентъ хочетъ ходить, то онъ долженъ ходить или съ разведенными ногами, что очень неудобно, или долженъ постараться сблизить обѣ ноги, и такъ какъ нога больной стороны неподвижна, то

*) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, etc. Epist. XLVI, art. 22.

онъ принужденъ приблизить къ ней другую, т. е. привести ее въ приведение, такъ что ось обоихъ членовъ съ вертикальной осью таза и туловища образуютъ болѣе или менѣе значительный уголъ, открытый къ больной сторонѣ. Но въ этомъ согнутомъ положеніи ходьба невозможна; надобно чтобы поясничный столбъ наклонился на здоровую сторону, чтобъ перенести ось туловища въ направленіе членовъ; отсюда большее расхожденіе между ребрами и подвздошнымъ гребнемъ больной стороны; отсюда попеременные искривленія спиннаго столба, приподнятіе плеча той же стороны. Срединная плоскость не остается уже прямолинейною; она образуетъ перерывы или боковыя колебанія, имѣющія слѣдствіемъ то, что туловище помѣщается на одной и той же линіи съ нижними членами. На дѣлѣ-то слѣдовательно не тазъ опускается къ больной сторонѣ, а туловище наклоняется на противоположную сторону. Та же послѣдовательность явленій будетъ имѣть мѣсто и при лежаньи больного въ постели, потому что, чтобъ не лежать съ разведенными ногами, онъ приближаетъ здоровую ногу къ больной; далѣе: такъ какъ это согнутое положеніе очень неловко, то онъ сколько возможно возстановляетъ прямую линію, сгибая поясничный столбъ къ здоровой сторонѣ (Паризь). Понятно, что если больной членъ находится въ приведеніи, то здоровый членъ долженъ быть въ отведеніи, и поясничный столбъ долженъ наклоняться на больную сторону. Что касается до вытягиванія и поворота таза, то они также объясняются положеніемъ, которое сначала принимаетъ больной членъ, и неизмѣнностью этого положенія. Однимъ словомъ, отведеніе больного бедра ведетъ за собою пониженіе чресла соотвѣтственной стороны и наклоненіе поясничнаго столба на здоровую сторону; совершенно противное бываетъ при приведеніи.

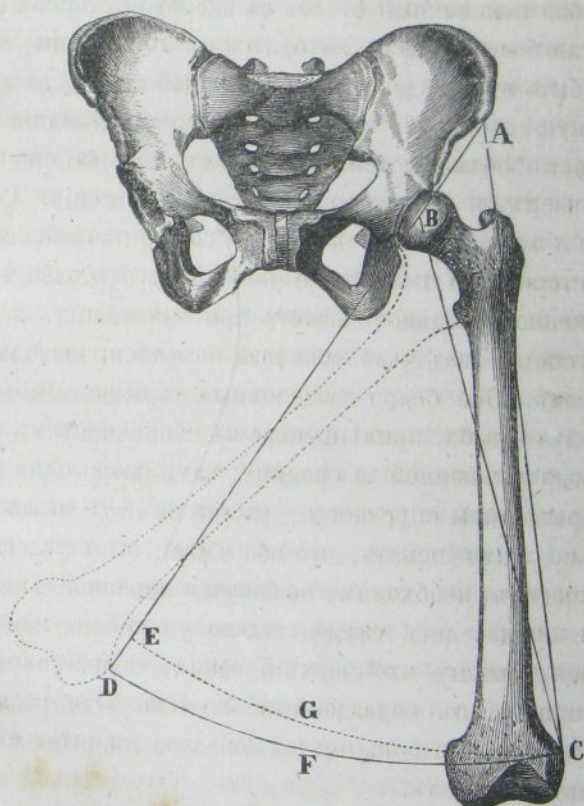
Посмотримъ теперь, какъ уклоненіе таза можетъ производить измѣненія длины членовъ. Оба бедра сочлененныя съ боковыми частями таза представляютъ два столба, привѣшенные къ оконечностямъ поперечной перекладины, поддерживаемой за средину; какъ скоро одна изъ оконечностей этой перекладины опускается, другая на столько же поднимается; слѣдовательно легко понять, что оба члена, бывъ увлекаемы этимъ подвижнымъ рычагомъ, необходимо покажутся неравной длины; боковое наклоненіе таза произведетъ слѣдовательно удлинненіе или укороченіе только кажущіяся, потому что верхній конецъ бедра сохраняетъ свои нормальныя отношенія съ подвздошною костью. Эта разность длины между обоими членами бываетъ иногда довольно значительна, и можетъ дойти до 6—8 центиметровъ.

Если сгибать подъ прямымъ угломъ и прямо впередъ оба бедра къ тазу, то оба колѣна помѣщаются на одной поперечной линіи, и оба члена имѣютъ явно одинаковую длину; это всякій легко можетъ повѣрить

на самомъ себѣ; но не такъ уже бываетъ тогда, когда тазъ претерпѣваетъ боковой поворотъ (*torsion*), о которомъ говорили мы. Въ самомъ дѣлѣ членъ, соотвѣтствующій ости выдающейся болѣе кпереди, необходимо превышаетъ другой членъ всюю разностью степени тазоваго смѣщенія: такимъ образомъ, слѣдовательно, боковой поворотъ таза, соединяясь съ извѣстною степенью сгибанія бедра, равно какъ и боковое наклоненіе, служатъ причиною кажущагося на взглядъ удлиненія нижнихъ членовъ. Легко понять, что если бедро слабо согнуто къ тазу, какъ это всего чаще и бываетъ, то боковое наклоненіе и боковое поворотное движеніе соединяются вмѣстѣ для произведенія то удлиненія, то укороченія, смотря по тому, поднять ли подвздошный гребень или опущенъ, подался онъ къзади гребня здоровой стороны или кпереди.

Принявъ эту причину измѣненія длины членовъ, необходимо обратились къ отысканію болѣе точнаго средства опредѣляти ихъ измѣненія, и прибѣгли къ измѣренію—способу изслѣдованія, особенно распространенному Броди.

Измѣненія длины кажущіяся при измѣреніи. При различныхъ движеніяхъ бедра, головка его поворачивается около самой себя вокругъ



точки, соотвѣтствующей центру ея; эта точка есть центръ всѣхъ движеній. Отъ этой центральной точки В (см. рисунокъ) можно про-

вести большое число радіусовъ, расходящихся по всѣмъ направленіямъ. Между этими продолженными радіусами, одинъ оканчивается на наружной лодыжкѣ, другой на наружномъ мыщелкѣ, третій на передне-верхней подвздошной ости, и т. д. Для большаго удобства, мы будемъ разсматривать только два изъ этихъ радіусовъ, одинъ идущій къ передне-верхней ости ВА, и другой останавливающийся на наружномъ мыщелкѣ ВС.

При движеніяхъ бедра, оба эти радіуса могутъ двигаться одинъ около другаго, какъ ножки одного циркуля; чѣмъ больше сомкнемъ образуемый ими уголъ, тѣмъ болѣе концы ихъ сблизятся; и напротивъ, они разойдутся, при противоположномъ дѣйствіи, до того, что наконецъ сдѣлаются параллельными и сойдутся конецъ съ концомъ. Попробуемъ приложить эти данныя къ измѣренію нижняго члена, въ разныхъ, которыя онъ можетъ представить, положеніяхъ.

Какъ точка В, центръ бедренной головки, и точка А, соотвѣтствующая передне-верхней ости, находятся не на одинаковомъ разстояніи отъ срединной плоскости таза, то отъ этого происходитъ, что когда бедро имѣетъ обыкновенное свое направленіе, то оба радіуса ВА и ВС образуютъ уголъ, открытый кнаружи; но чѣмъ болѣе членъ будетъ подаваться въ отведеніе, тѣмъ болѣе уголъ будетъ уменьшаться, и слѣдовательно тѣмъ болѣе будетъ уменьшаться разстояніе отъ точки А до точки С; напротивъ, чѣмъ болѣе бедро подается въ приведеніе, тѣмъ болѣе откроется уголъ АВС, и тѣмъ болѣе также увеличится разстояніе между подвздошною остью и мыщелкомъ, и когда бедро дойдетъ до того мѣста, которое обозначено на рисункѣ точками, то линіи АВ, ВС, составивъ уже одну прямую линію, дадутъ возможно наибольшую длину. Понятно слѣдовательно, что тесемка, измѣрявшая, при отведеніи, пространство отдѣляющее подвздошную остъ отъ наружнаго бедреннаго мыщелка, не въ состояніи уже будетъ дойти до этого мыщелка, когда членъ подается въ приведеніе: она дойдетъ только до точки Е. Въ самомъ дѣлѣ, линіи АС и АЕ равны между собою, какъ радіусы одного круга, котораго центръ въ точкѣ А. *Слѣдовательно при приведеніи члена будетъ удлинненіе кажущееся по измѣренію*, хотя бедренная головка и не вышла изъ вертлужной впадины. Промежутокъ, находящійся между обѣими дугами круга, CFD и CGE, показываетъ, въ какой пропорціи длина члена кажется увеличивающеюся, по мѣрѣ продвиганія его въ приведеніе. Это увеличеніе не очень впрочемъ значительно, потому что едва превышаетъ одинъ сантиметръ.

Здѣсь же можно объяснить себѣ, отъ чего кажущаяся длина члена разнится, смотря по тому какъ измѣряютъ его, разогнутый или согнутый. Въ самомъ дѣлѣ, такъ какъ подвздошная остъ находится на плоскости выдающейся впередъ центра бедренной головки, то оба предполагаемые

радіуса образують уголъ открытый кпереди, и при сгибаніи бедра къ тазу сближаются, а при разгибаніи его расходятся между собою. Если разность кажущейся длины, опредѣляемой движеніями приведенія и отведенія мало значительна, то нельзя того же сказать о ней при сгибаніи и разгибаніи; дѣйствительно, Паризъ, измѣряя нижніе члены у взрослого субъекта при сгибаніи и разгибаніи, нащелъ разность длины въ $13\frac{1}{2}$ центиметровъ, результатъ, который легко объяснить себѣ, взявъ во вниманіе обширность сгибанія. *Слѣдовательно наибольшая кажущаяся при измѣреніи длина получается при соединеніи приведенія съ разгибаніемъ, а самое значительное укороченіе — при сгибаніи соединенномъ съ отведеніемъ.*

Если, вмѣсто того чтобъ брать переднюю подвздошную ость за начальную точку при измѣреніи, взять заднюю подвздошную ость, то, такъ какъ эта послѣдняя ближе къ срединной плоскости, чѣмъ бедренная головка, отверстіе угла, образуемаго обоими радіусами, обратится къ срединной линіи туловища, и полученные результаты будутъ совершенно обратны къ тѣмъ, которые теперь показаны, т. е. кажущаяся при измѣреніи длина увеличится при отведеніи и т. д.

Изъ сказаннаго нами касательно кажущихся измѣненій можно было замѣтить, что то же самое положеніе, которое производитъ кажущееся на взглядъ удлинненіе, при измѣреніи даетъ мѣсто укороченію, и на оборотъ: такимъ образомъ объясняется фактъ, открытый Фрике, не знавшимъ впрочемъ причины его, именно, что при наибольшемъ кажущемся удлинненіи измѣреніемъ открывается укороченіе, а при кажущемся на взглядъ укороченіи измѣреніе показываетъ увеличеніе длины.

Дѣйствительныя измѣненія длины члена. Причиною ихъ бываетъ или недостатокъ длины бедра, если т. е. больное бедро находится короче бедра здоровой стороны, или смѣщеніе бедренной головки, которой центръ не соотвѣтствуетъ уже центру вертлужной впадины.

Безотносительная короткость бедра больной стороны есть довольно обыкновенный фактъ; но онъ замѣчаемъ былъ только у тѣхъ субъектовъ, которые въ дѣтствѣ своемъ страдали тазобедренною болѣзнью. И вотъ какъ можно себѣ объяснить это. Въ слѣдствіе суставнаго страданія весь членъ осуждается на бездѣйствіе; его питаніе ослабѣваетъ; и если такое состояніе длится извѣстное время, то кости, и даже мягкія части, получаютъ меньшее развитіе, чѣмъ на здоровой сторонѣ; въ нихъ бываетъ настоящая остановка развитія, производящая между обоими членами разность длины тѣмъ большую, чѣмъ болѣе съ давняго времени продолжается болѣзнь. Эта остановка развитія, распространяющаяся въ то же время и на кости голени, можетъ иногда произвести разность длины на 3 — 4 центиметра.

Когда бедро вывихается въ наружную подвздошную впадину, или когда головка его проходитъ въ тазъ сквозь простиравленное дно вертлужной впадины, то отъ этого происходитъ укороченіе; при вывихѣ его въ овальную ямку бываетъ дѣйствительное удлиненіе; это не имѣетъ надобности въ объясненіи. Но не такъ легко понять, какъ излітіе синовиальной жидкости въ суставъ, или опуханіе жирной массы, занимающей дно вертлужной впадины, могутъ произвести удлиненіе. Отъ того нѣкоторые авторы, и между ними Ж. Л. Пти, сомнѣвались въ существованіи удлиненія, или даже вовсе отвергали его. Вотъ какъ выражается Ж. Л. Пти: «причиною его (постепеннаго укороченія безъ предварительнаго удлиненія) служить сферическая фигура головки. Она уменьшается постепенно отъ шейки своей до верхушки, отъ чего и происходитъ, что когда синовія удаляетъ ее на одну линію отъ дна ея впадины, то мышцы тянутъ бедро на одну линію вверхъ; и если тогда измѣрить бедро отъ того мѣста, гдѣ бедренная головка касается верхняго края впадины, то найдемъ ее укороченною на одну линію, такъ что если головка выгоняется на четыре или пять линій, то бедро укорачивается на четыре или пять линій, разумѣется если измѣрять ее отъ того мѣста, гдѣ она касается верхняго края впадины: такимъ образомъ на сколько бедренная головка выйдетъ изъ своей впадины, на столько же бедро потеряетъ длины своей.» Это объясненіе было бѣ непогрѣшительно, если бѣ край вертлужной впадины представлялъ самую возвышенную точку ея, какъ это предполагалъ Ж. Л. Пти. Между тѣмъ это опровергается анатомія, потому что разрѣзъ, проходящій поперечно чрезъ уровень этого края, оставляетъ надъ собою часть впадины, представляющую родъ чашки, которой глубина равна 5—6 миллиметрамъ. И самая возвышенная точка бедренной головки соотвѣтствуетъ дну этой впадины, такъ что, смѣщаясь, кость должна опуститься, чтобъ пройти изъ-подъ вертлужнаго края. Слѣдовательно здѣсь будетъ дѣйствительное удлиненіе, но только на 4—5 миллиметровъ. И если допустить даже, съ Паризомъ, что, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, бедренная головка можетъ быть отдѣлена отъ вертлужной закраины слоемъ жидкости, какъ это видали при впрыскиваніяхъ въ суставныя полости, то дѣйствительное удлиненіе никогда не будетъ значительно; этимъ объясняется, отчего можно было дойти до отрицанія его. То же надобно сказать объ удлиненіи, зависящемъ отъ увеличенія объема бедренной головки, потому что, въ этомъ случаѣ, суставная полость становится шире въ то же время, какъ увеличивается суставная головка.

Нужно ли говорить, что дѣйствительныя измѣненія длины нижняго члена встрѣчаются въ то же время, какъ и кажущіяся измѣненія, и что хирургъ долженъ имѣть въ виду тѣ и другія при сужденіи о членѣ, страдающемъ тазобедренною болѣзною.

Большая часть авторов представляют неизмѣннымъ фактомъ послѣдовательное появленіе удлинениа послѣ укороченія, и говорятъ, что одно соотвѣтствуетъ выходу бедренной головки изъ своей полости, а другое — настоящему ея вывиху. Правда, что очень часто бываютъ оба эти семіологическія явленія; но нельзя однако жъ сказать, чтобы они были постоянны. Въ самомъ дѣлѣ, въ многихъ случаяхъ укороченіе случается не бывъ предшествовано удлинениемъ; это видѣлъ уже Сабатье, въ этомъ случаѣ приписывавшій смѣщеніе костотѣдному разрушенію верхняго края вертлужной впадины.

Разныя смѣщенія бедра и уклоненіе таза обнаруживаются болѣе или менѣе замѣтнымъ измѣненіемъ формы: такъ складка ягодицы опускается или поднимается, смотря по тому, представляетъ ли членъ укороченіе или кажущееся на взглядъ удлиненіе. У женщинъ, и особенно у маленькихъ дѣвочекъ, вмѣстѣ съ тѣмъ замѣчено, что одна изъ большихъ дѣтородныхъ губъ также представляетъ движеніе похожее на подниманіе или опусканіе, признакъ тѣмъ легче замѣчаемый, что обѣ эти части сложены вмѣстѣ и накладываются одна на другую. Пониженію ягодичной складки сопутствуетъ сплюсненіе ягодицы, а при повышеніи этой складки ягодица замѣчена болѣе или менѣе значительно выдававшаяся; въ томъ и другомъ случаѣ увеличивается кривизна поясничной стороны. Если произошелъ уже бедренный вывихъ, то можно, кромѣ того, ощупать пальцами выстояніе, образуемое бедренною головкою, помѣстившеюся въ наружной подвздошной ямѣ; членъ значительно укороченъ и повороченъ внутрь; если головка вывихнута къ овальной дырѣ, что случается чрезвычайно рѣдко, то членъ удлинень, находится въ отведеніи и повороченъ кнаружи, однимъ-словомъ представляетъ такое же положеніе, какъ и при травматическомъ вывихѣ къ овальной дырѣ.

Авторы говорятъ объ измѣненіяхъ отношеній подвздошнаго гребня къ большому вертелу, объ отхожденіи этого послѣдняго и выстояніи кнаружи; эти измѣненія дѣйствительно существуютъ, какъ мы показали уже; но я долженъ сказать, что при постели больнаго невозможно опредѣлить ихъ съ такой точностью, чтобы вывести изъ этого какое-нибудь важное указаніе.

Кромѣ нѣкоторыхъ рѣдкихъ исключеній, движенія подвздошно-бедреннаго сочлененія всегда затруднены; даже часто нижній членъ представляетъ почти полную недвижность, явленіе можетъ-быть самое постоянное въ этой болѣзни. Поэтому-то, во многихъ случаяхъ, и неприложимъ обыкновенно даваемый совѣтъ: приводить оба члена въ совершенно одинаковое положеніе, для сравненія и опредѣленія относительной длины ихъ, и особенно неприложимъ, когда больной членъ направленъ въ приведеніе, потому что здоровый членъ, чтобы быть приведеннымъ въ та-

кое же положеніе, долженъ перекрестить больной членъ. Нельзя также уложить и оба подвздошные гребня на одной и той же поперечной линіи, т. е. перпендикулярной къ направленію обоихъ сближенныхъ членовъ. Все, что можно сдѣлать здѣсь, это — привести ось позвоночнаго столба къ направленію нижнихъ членовъ. Но линія, соединяющая оба подвздошные гребня, всегда сохраняетъ нѣкоторую косвенность, по отношенію къ обоимъ нижнимъ членамъ, откуда и происходитъ, какъ мы выше показали уже, кажущееся на взглядъ измѣненіе длины.

Иногда болѣзнь останавливается на своемъ первомъ періодѣ; боль перестаетъ; члену возвращается нормальное его положеніе и вполнѣ возобновляются движенія. Такое счастливое окончаніе не очень рѣдко у дѣтей. Въ другихъ случаяхъ она останавливается на дальнѣйшемъ своемъ періодѣ; тогда не уничтожаются смѣщенія, или неправильное положеніе члена или таза: происходитъ анкилозъ. Наконецъ, и это къ несчастію очень частый исходъ, въ чресленной сторонѣ образуются конгестивные нарывы, вскрывающіеся наружу со всѣми своими важными припадками, скоро кончающимися смертію. Эти нарывы, являющіеся впрочемъ во всей окружности сочлененія, часто показываются на верхней и наружной части бедра, или также позади большаго вертела; рѣже во внутренности таза, при продиравленіи дна вертлужной полости.

Если болѣзнь не останавливается съ самаго начала, то она обыкновенно длится очень долго, и иногда употребляетъ два, три года, и даже болѣе, на прохожденіе всѣхъ своихъ періодовъ. Случается однако жъ, что она принимаетъ иногда и быстрый ходъ. Больные представляютъ всѣ признаки очень сильнаго суставнаго тазобедреннаго воспаленія, сопровождаемаго лихорадкою, и черезъ два мѣсяца, или и скорѣе, бедро вполнѣ вывихается, образуются нарывы, вскрываются и ведутъ за собою скорую смерть. Въ другихъ случаяхъ, тотчасъ по появленіи вывиха, болѣзнь какъ бы утихаетъ и проходитъ; но нужно еще долгое время, чтобъ образовался анкилозъ или новое сочлененіе между бедренною головкою и наружною подвздошною ямкою.

Этіологія. — Причины тазобедренной болѣзни тѣ же самыя, какъ и всѣхъ другихъ бѣлыхъ опухолей (см. стр. 68); поэтому на нихъ нечего и останавливаться; должно однако жъ указать на паденія на вертельную сторону, которыя Ж. Л. Пти считалъ обыкновенною причиною занимающей насъ болѣзни.

Распознаваніе. — Распознаваніе тазобедренной болѣзни, вообще легкое, можетъ однако жъ представить иногда нѣкоторыя трудности: такъ, у очень молодыхъ дѣтей, всегда противящихся достаточному изслѣдованію и не могущихъ дать очень точныхъ указаній, болѣзнь не можетъ быть такъ хорошо изслѣдована, какъ у взрослыхъ, и медики при-

нужденъ иногда остаться въ сомнѣніи; въ этихъ-то случаяхъ, обманутые мѣстомъ боли, часто принимали болѣзнь въ колѣнѣ, тогда какъ она существовала только въ тазобедренномъ сочлененіи.

Всего легче смѣшать ее съ чресло-крестцовой болѣзью. И мы дѣйствительно видѣли, что обѣ эти болѣзни представляютъ нѣсколько явленій, общихъ обѣимъ имъ. Однако жъ всегда можно разграничить распознаваніе, вспомнивъ, что 1. въ чресло-крестцовой болѣзни боль чувствуется при давленіи на уровнѣ съ задне-верхнею подвздошною остью, между-тѣмъ какъ въ тазобедренной болѣзни она является въ паху или позади большаго вертела; 2. въ первомъ случаѣ пробуждаетъ ее боковое давленіе на подвздошный гребень, а не производитъ въ послѣднемъ; 3. при тазобедренной болѣзни движенія бедра невозможны или очень ограничены, а въ чресло-крестцовой они свободны. Врожденный вывихъ могъ бы также быть причиною ошибки; но достаточно, я думаю, только указать на этотъ фактъ. Костоѣда, омертвѣніе большаго вертела, подвздошнаго гребня или сѣдалищной кости, сопровождаемая нарывами, могутъ походить на тазобедренную болѣзнь; но мѣсто, гдѣ чувствуется боль, недвижность члена, кажущееся укороченіе, слѣдующее за удлиненіемъ, почти всегда способны разсѣять всякое сомнѣніе.

Предсказаніе.— Въ первые годы жизни эта болѣзнь не представляетъ, кажется, той важности, какую она имѣетъ въ позднѣйшемъ возрастѣ. Таково мнѣніе Баффоса, который болѣе двадцати пяти лѣтъ служилъ въ хирургическомъ отдѣленіи париж. Дѣтскаго госпиталя. Я припоминаю, въ самомъ дѣлѣ, что, бывъ интерномъ въ этомъ госпиталѣ, и самъ я видалъ много дѣтей 2—4 лѣтъ, представлявшихъ всѣ явленія тазобедренной болѣзни въ началѣ ея, и у которыхъ болѣзнь вполне излечилась. Предсказаніе разнится, кромѣ того, смотря по обширности мѣстныхъ расстройствъ, по общему состоянію больного, по присутствію или отсутствію конгестивныхъ нарывовъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ она почти всегда смертельна.

Леченіе.—То, что говорили мы о леченіи бѣлыхъ опухолей вообще, избавляетъ насъ здѣсь отъ необходимости входить въ длинныя подробности. Скажемъ только, что такъ какъ тазобедренная болѣзнь составляетъ обыкновенно очень важное страданіе, то ей съ самаго начала должно противопоставлять самое энергическое леченіе, если только, разумѣется, имѣемъ дѣло не съ очень молодымъ ребенкомъ. Мы видѣли, въ самомъ дѣлѣ, что у этихъ послѣднихъ, для достиженія излеченія, часто достаточно легкихъ раздражающихъ втираній амміаковой мази.

Эта болѣзнь представляетъ тѣ только спеціальныя показанія, которые относятся къ неправильному положенію, которое стремится принять членъ, или къ вывиху. Такъ какъ анкилозъ часто составляетъ желаемый

исходъ всякой бѣлой опухоли, и въ особенности тазобедренной, могущій повести за собою спаиваніе, или по крайней мѣрѣ болѣе или менѣе полную неподвижность сочлененія, то отсюда понятно, какъ важно давать члену такое положеніе, которое сдѣлало бы возможно-сноснымъ искалѣченіе, имѣющее послѣдовать за суставною болѣзью. И такъ показаніе состоитъ въ томъ, чтобы противодействовать постоянному стремленію бедра сгибаться къ тазу. Для достиженія этой цѣли, часто достаточно воспротивиться сгибанію колѣна и держать больного въ положеніи на спинѣ.

Напомнимъ здѣсь, что, въ одномъ случаѣ анкилоза бедра подѣ прямымъ угломъ къ тазу, докторъ Ри-Бертонъ вскрылъ его и опилилъ верхнюю часть бедра, чтобы выпрямить его. Не смотря на успѣхъ, полученный въ этомъ случаѣ, мы не можемъ одобрить подобной операціи (см. *Анкилозъ*).

По мнѣнію Бойё и съ нимъ большей части хирурговъ этого вѣка, на смѣщеніе бедренной головки, въ слѣдствіе тазобедренной болѣзни, должно смотрѣть уже какъ на зло окончательное и неизлечимое. Однако жъ Гюмбёръ думаетъ, что въ этихъ вывихахъ есть еще надежда на вправленіе. И успѣхъ отвѣчалъ его ожиданіямъ; дѣйствительно, шесть разъ былъ онъ такъ счастливъ, что возвратилъ бедренную головку въ вертлужную полость. Его метода состоитъ въ постепенномъ и непрерывномъ вытягиваніи, производимомъ, въ продолженіе времени, которое можетъ разниться отъ одной недѣли до нѣсколькихъ мѣсяцовъ, помощью такой сложной машины, что описаніемъ нельзя дать точнаго объ ней понятія *). Послѣ этого вправленія, сочлененіе держится неподвижно все время, которое необходимо для того, чтобы растянутыя суставныя связки возвратились къ нормальнымъ размѣрамъ своимъ. Эта метода безъ сомнѣнія очень обольстительна; однако жъ надобно остерегаться прибѣгать къ ней не своевременно. Всего чаще должно считать счастьемъ, если получено излеченіе цѣною вывиха съ анкилозомъ, и попытками, въ успѣхъ которыхъ не увѣрены, не должно портить этого, часто неожиданнаго, результата. И замѣтимъ кромѣ того, что, даже послѣ вправленія, рѣдко можно избѣгнуть хромоты, частью отъ того, что сочлененію не вполне возвращаются его движенія, а частью и отъ того, что бедро, претерпѣвъ остановку въ своемъ развитіи, имѣетъ гораздо меньшую безотносительную длину, чѣмъ бедро здоровой стороны. Если бъ позволено было судить, какіе случаи съ большей надеждою допускаютъ эти попытки вправленія, то мы сказали бы, что онѣ въ особенности приличны: 1) когда, при быстромъ ходѣ болѣзни, вывихъ произошелъ въ

*) См. атласъ, приложенный къ сочиненіямъ гг. Гюмбёра и Жакё.

малое время, и это позволяет думать, что вертлужная впадина отчасти сохраняет еще свою форму и свои нормальные размеры; 2) когда, после полного разрешения набухания всех тканей, окружающих сустав, бедро пользуется, кажется, нѣкоторою подвижностью въ наружной подвздошной ямкѣ. Но все это такія обстоятельства, которыя, какъ догадки, имѣють еще надобность быть повѣренными наблюденіемъ.

Г Л А В А X.

Объ отвердѣніи суставныхъ поверхностей тазо-бедреннаго сочлененія (MORBUS COXAE SENILIS).

Рядомъ съ тазобедренною болѣзною натурально помѣщается исторія другой болѣзни, встрѣчающейся только у стариковъ и называемой поэтому *старческою чресленною болѣзною*, *morbus coxae senilis*. Она характеризуется гипертрофіею съ отвердѣніемъ бедренной головки и дна вертлужной впадины. Бедренная головка всегда представляетъ увеличеніе объема; она вполне лишена хряща, однако жъ ровна и гладка, только легко замѣтить, что такое состояніе ея есть слѣдствіе обтиранія костной ткани, представляющей плотность слоновой кости. То же представляетъ и вертлужная впадина; она болѣе широка, и болѣе глубока отъ того что края ея въ самомъ дѣлѣ возвышаются; на нихъ отлагаются, сталактитами, новыя костныя произведенія, часто принимающія такое развитіе, что мѣшаютъ движеніямъ. Эта болѣзнь появляется обыкновенно на обоихъ тазобедренныхъ сочлененіяхъ. Она не очень рѣдка въ колѣнахъ или даже въ берцоплюсневыхъ сочлененіяхъ, и такъ какъ тамъ члены движутся только въ двухъ направленіяхъ (сгибаніе и разгибаніе), то бедренные и больше-берцовые мышечки представляютъ на поверхности своей борозды, направленныя спереди къзади, и не оставляющія ни какого сомнѣнія, касательно способа разрушенія, которое претерпѣли кости.

Затруднительность въ движеніяхъ, сопровождаемая ощущеніемъ тренія, подобнаго тому, которое происходитъ отъ тренія одного о другой двухъ кусковъ слоновой кости, замѣтное на ощупь, если болѣзнь поражаетъ сочлененіе доступное для осязанія, измѣненіе формы, происходящее отъ присутствія костяныхъ сталактитовъ, вотъ явленія, принад-

лежащая этой болѣзни. Она преимущественно встрѣчается у ревматическихъ субъектовъ, въ позднемъ возрастѣ, и не требуетъ ни какого леченія.

ГЛАВА XI.

Бѣлая опухоль бедро-берцового сочлененія.

Бедро-берцовое сочлененіе, по причинѣ обширности синовіальной оболочки и ширины суставныхъ поверхностей, входящихъ въ его строеніе, болѣе всѣхъ сочлененій подвержено той сложной болѣзни, которую мы назвали именемъ бѣлой опухоли.

Здѣсь мы не будемъ ничего прибавлять къ тому, что говорили уже касательно патологической анатоміи, при разсматриваніи бѣлыхъ опухолей вообще.

Симптоматологія. — Точное опредѣленіе явленій этой болѣзни очень важно: но къ-сожалѣнію и здѣсь должно сказать, что нѣтъ вѣрныхъ и опредѣленныхъ признаковъ, которые указывали бы, съ какою изъ разностей бѣлой опухоли имѣемъ мы дѣло.

Когда преимущественное мѣстопробываніе болѣзни находится въ мягкихъ частяхъ, то замѣчается болѣе или менѣе значительное опуханіе, мягкое, однообразное, представляющее бугроватости, на которыя мы постараемся обратить вниманіе. Ниже колѣнной кости и съ каждой стороны колѣнной сухой жилы, вмѣсто двухъ ямочекъ, существующихъ здѣсь въ нормальномъ состояніи, находятся два возвышенія, отдѣляемые отъ колѣнной кости небольшою бороздкою, а между собою раздѣляемая колѣнною связкою.

Повыше колѣнной кости ясно видѣнъ приподнятый нижній конецъ трехглавой мышцы; этотъ большой бугоръ имѣетъ форму новой луны, которой выпуклость обращена къ основанію члена, а оба конца или рога нисходятъ къ боковымъ связкамъ. Онъ образуется чрезъ приподнятіе той части синовіальной сумки, которая распространяется подъ трехглавую мышцу выше колѣнной кости.

Опуханіе, производящее эти бугроватости, можетъ быть произведено флегмозами или простымъ накопленіемъ жидкости.

Если оно происходитъ отъ накопленія жидкости, то, приложивъ одну руку на надколѣнные бугроватости, а другою давя на опухлость ниже

колѣнной кости, можно замѣтить, что жидкость смѣщается и приподнимаетъ колѣнную кость.

Если, напротивъ, это фунгозности, то во-первыхъ не такъ ясно ощущается зыбленіе, а потомъ, охватывая раздѣленными пальцами надколѣнную возвышенность и быстро сближая ихъ, можно увѣриться, что это ложное ощущеніе зыбленія производится присутствіемъ мягковатыхъ фунгозностей, которыя не ускользаютъ при давленіи, какъ жидкость, а только сминаются между пальцами.

Этими двумя средствами легко можно убѣдиться, отолщена ли синовиальная оболочка въ то же время, какъ содержитъ жидкость.

Однообразное опуханіе бываетъ тогда только, когда покровы инфильтрированы пластическою матеріею; въ этомъ случаѣ часто очень трудно, если только не невозможно, опредѣлить глубже лежащія разстройства.

Жаръ и краснота кожи не рѣдки въ той бѣлой опухоли колѣна, которая имѣетъ мѣсто свое въ мягкихъ частяхъ; отъ того часто случается, что въ подкожной клѣтчаткѣ образуются маленькіе нарывы, вскрывающіеся наружу, поднимая и истончивъ кожу.

Въ этой также разности замѣчаются продиравленія, или лучше сказать нечаянные разрывы синовиальной сумки, сильно растянутой накапливающеюся въ ней гнойною жидкостью. Этотъ разрывъ почти всегда имѣетъ мѣсто въ бугроватости подъ треглавою мышцею, такъ что гной, при своемъ выходѣ, помѣщаясь подъ глубокими прикрѣпленіями этой мышцы къ бедру, отдѣляетъ ихъ, отслюиваетъ, и можетъ такимъ образомъ затекать до большаго вертела. Въ трактатѣ Ришэ есть примѣръ этого рода продиравленія.

Но когда продиравленіе происходитъ медленно, то гной, не находя очень широкаго выхода, вытекаетъ только мало по малу, и отъ того впереди его образуются приращенія, препятствующія ему затекать далеко, и заставляющія его приближаться къ покровамъ, гдѣ онъ и выходитъ, по сторонамъ сочлененія, или снаружи, или внутри, противъ бедренныхъ мышечковъ. Но иногда также случается, что синовиальная оболочка продиравливается въ болѣе низкой точкѣ, ниже колѣнной кости, на уровнѣ тѣхъ бугроватостей, которыя находятся ниже этой кости; тогда гной затекаетъ въ нижнія части и появляется подъ кожей противъ большеберцовыхъ мышечковъ. Рѣдко продиравленіе бываетъ на срединной суставной линіи, и можетъ-быть никогда не видали его въ подколенной ямкѣ.

Иногда образованіе подкожнаго нарыва производитъ продиравленіе синовиальной оболочки, и тогда могутъ образоваться свищи по всѣмъ направленіямъ.

Въ этой разности рѣдко бываетъ замѣтное опуханіе костей, которое впрочемъ и всегда очень трудно распознать, даже если бѣ оно и положительно существовало. Что касается до смѣщенія костныхъ поверхностей въ слѣдствіе размягченія или разрушенія связокъ, то оно наступаетъ очень быстро. И притомъ бываетъ либо смѣщеніе большаго берца кнаружи, между-тѣмъ какъ бедро выдается тогда кнутри; либо большое берцо поворачивается около самого себя, увлекаемое поворотомъ ноги кнаружи. Это самое обыкновенное смѣщеніе, и почти всегда предшествуетъ другимъ. Наконецъ, въ третьемъ періодѣ, голень, оттягиваемая влеченіемъ мышцъ задней части, сгибается къ бедру, такъ что большое берцо, когда всѣ связки не сопротивляются уже, подается кзади бедренныхъ мышечекъ, и тѣмъ легче, что нога, упираясь на матрацъ, своею неподатливостью облегчаетъ это рычагообразное движеніе.

Наконецъ прибавимъ еще, что, между-тѣмъ какъ нога и голень инфильтрируются жидкостью, бедро худѣетъ, и отъ того объемъ колѣна кажется еще больше.

Когда первоначальное мѣсто бѣлой опухоли находится въ бедренныхъ или большеберцовыхъ мышечкахъ, то болѣзнь начинается глухими, сильными болями, неизмѣнно появляющимися въ одной точкѣ сочлененія, неодинаковой впрочемъ по различію случаевъ, то во внутреннемъ или берцовомъ мышечкѣ, то въ нижней части колѣнной кости или большеберцового бугра, рѣдко въ точкѣ соотвѣтствующей наружной части. Отъ того Ришѣ, пораженный этой неизмѣнностью мѣста болей, на которыя жалуются тогда больные, и замѣчая притомъ, что въ этихъ случаяхъ голень ихъ согнута, въ то время какъ тяжесть тѣла заставляетъ большое берцо поворачиваться наружу, думалъ, что эти постоянныя боли производятся растягиваніемъ колѣнною и внутреннею боковою связками воспаленныхъ костныхъ точекъ, къ которымъ онѣ прикрѣпляются, родомъ влеченія, очень хорошо объясняемаго поворотомъ большаго берца кнаружи и усиленнымъ сгибаніемъ голени. Чтобъ подтвердить свое мнѣніе, этотъ хирургъ обращаетъ вниманіе на то, какъ болѣзненны бываютъ давленія, какъ бы они ни были легки, когда они продолжаютъ постоянно.

Правильно ли это объясненіе, или нѣтъ, фактъ все-таки существуетъ. Опуханіе происходитъ медленно, чѣмъ въ предъидущей разности; помощью толщеизмѣрительнаго циркуля можно убѣдиться, что кости довольно часто увеличиваются въ объемѣ.

Рѣдко въ первые дни можно замѣтить накопленіе жидкости въ сочлененіи; только гораздо позднѣе случалось замѣчать его, когда нагноеніе костной ткани открывается въ серозную полость; послѣ того появляются всѣ вышеописанныя явленія, и если больнаго изслѣдуютъ въ первый

разъ только въ это время, то вовсе невозможно отличить, съ какою разностью болѣзней имѣется дѣло.

Что касается до внѣсуставныхъ костныхъ нарывовъ, то ихъ можно распознать только помощью зонда, который, проникая до больной кости, одинъ только можетъ разрѣшить всѣ сомнѣнія.

Какъ всѣ другія бѣлыя опухоли, и колѣнная можетъ кончиться излеченіемъ, съ истиннымъ или ложнымъ анкилозомъ; но, къ несчастію, чаще случается видѣть, что больные умираютъ, если болѣзнь предоставляется самой-себѣ.

Этіологія — та же, что и другихъ бѣлыхъ опухолей. Ограничимся здѣсь тѣмъ только, что упомянемъ объ ушибахъ, паденіяхъ и вообще травматическихъ причинахъ, потому что онѣ здѣсь больше, чѣмъ вездѣ въ другихъ мѣстахъ, служатъ къ произведенію этой болѣзни; это отъ того, что колѣнное сочлененіе слишкомъ выдается и защищено отъ наружныхъ толчковъ одною только тонкою кожею, не подложенною мышцами.

Леченіе. — Намъ нечего прибавить здѣсь къ тому, что говорено уже было о медицинскомъ леченіи бѣлыхъ опухолей, общемъ или мѣстномъ. Только остановимся на минуту на хирургическомъ леченіи, въ особенности приложимомъ къ занимающему насъ случаю.

Вскрытіе хроническихъ нарывовъ должно быть въ особенности дѣлаемо по тѣмъ правиламъ, которыя выше положены, т. е. больше проколами, чѣмъ разрѣзами; обширность поверхностей, пораженныхъ нагноеніемъ, легкость, съ которою испорченный гной застаивается во всѣхъ угловатостяхъ этой большой синовиальной оболочки, дѣлаютъ непременно необходимымъ соблюденіе этого правила.

Довольно трудно будетъ произвести здѣсь ровное бинтованье; для этого нужно бы было, такъ сказать, уровнять всѣ поверхности помощью компрессовъ или корнѣйныхъ шариковъ, помѣщаемыхъ въ углубленія.

Что касается до леченія анкилоза, ложнаго или неполнаго, то представляются два случая, которые необходимо различать: въ первомъ изъ нихъ нѣтъ спаиванія ни какой костной поверхности, а только отвердѣніе связокъ и укороченіе мышечныхъ сухожилій; во второмъ — костяное соединеніе колѣнной кости съ бедромъ, между-тѣмъ какъ большое берцо сохраняетъ подвижность свою относительно этой послѣдней кости. Въ первомъ случаѣ, для возвращенія члена въ прямолинейное положеніе, достаточно чистаго и простаго вытягиванія помощью вытягивающихъ петель, укрѣпленныхъ на сгибѣ (подъемѣ) ноги и противувытягивающихъ петель, прикрѣпленныхъ въ паховой сторонѣ. Вытягиваніе не должно дѣлать въ одинъ присѣсть, напротивъ должно производить его медленно-дѣйствующими средствами; таковы, напримѣръ, тяжести (гири),

привѣшиваемыя къ концу вытягивающей петли, и проходящія черезъ подвижной блокъ, придрѣанный въ ногахъ постели.

Во второмъ случаѣ должно, по словамъ Вельпо, удерживаться отъ всякаго вытягиванія *). Дѣйствительно, если поступать какъ въ предъидущемъ случаѣ, то вмѣсто того, чтобъ возвратить большое берцо въ нормальное его положеніе, можно еще болѣе вывихнуть его въ подколѣнную яму, потому что оно будетъ оттягиваемо сгибающими мышцами, которыхъ сила не будетъ уже уравниваться силою разгибающихъ мышцъ, т. е. трехглавой мышцы, которой сухожиліе приведено въ бездѣйствіе въ слѣдствіе спаиванія колѣнной кости; кромѣ того, эта послѣдняя кость, занимая бедренный блокъ, не позволитъ уже потомъ большеберцовой кости возвратиться въ свое положеніе.

При полномъ, напротивъ, анкилозѣ, т. е. когда бываетъ спаиваніе костныхъ поверхностей, мы думаемъ, должно воздержаться отъ всякаго рода дѣйствій; однако жъ предложены были двѣ методы для уничтоженія этого неправильнаго образованія, одна Луврьё, имѣющая въ виду разрывъ приращеній кости нечаяннымъ и быстрымъ разгибаніемъ, и другая Ри-Бертономъ, предлагающая удалять пилою часть суставныхъ окончностей. Мы довольно уже выше говорили объ этихъ обѣихъ методахъ (стр. 100).

ГЛАВА XII.

Бѣлая опухоль берцо-плюсневаяго сочлененія.

Эта болѣзнь, названная Рустомъ *podarthrocace*, представляетъ большое число особенностей, которыя мы вкратцѣ изложимъ здѣсь, чтобъ избѣжать повтореній.

И здѣсь, какъ въ колѣнѣ, большую роль играютъ травматическія причины, но при очевидно—существующемъ предрасположеніи; отъ того у субъектовъ золотушныхъ, растяженія суставовъ, паденія на ноги, въ состояніи произвести здѣсь бѣлую опухоль, тогда какъ у здоровыхъ, плеторическихкихъ людей болѣзнь ограничивается тѣмъ только, что производитъ большую или меньшую затруднительность движеній. Все же надобно помнить объ этой возможности перехода суставныхъ растяженій въ бѣлую опухоль, и никогда не пренебрегать ими.

Мѣстныя явленія этой болѣзни представляютъ то особеннаго, что накопленіе жидкости никогда не бываетъ здѣсь значительно, но, если толь-

*) *Dict. en 30 volumes, art. Genou, p. 137.*

ко оно существуетъ, тотчасъ обнаруживаетъ свое присутствіе появленіемъ двухъ зыблющихся обручиковъ, помѣщающихся впереди обѣихъ лодыжекъ, въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ обыкновенно находятся двѣ ямочки. Впереди, синовиальная оболочка, сдерживаемая прохожденіемъ сухожилій, не можетъ приподниматься; по сторонамъ, она поддерживается лодыжками; сзади, обильная жирная кѣтчатка долго противустоитъ усиліямъ накопившейся жидкости, стремящейся распространиться кнаружи; все-таки не рѣдко случается, что въ-послѣдствіи исчезаютъ углубленія, находящіяся по сторонамъ ахилловой жилы.

Легко замѣтить увеличеніе объема костей, потому что лодыжковые бугры доставляютъ точки, на которыя можно прикладывать вѣтви толщи-измѣрительнаго циркуля даже тогда, когда сочлененіе распухаетъ наиболѣе.

Въ-послѣдствіи времени, когда синовиальная оболочка становится фунгозною, фунгозности занимаютъ мѣсто зыблющихся обручиковъ и иногда до того походятъ на нихъ, что часто невозможно рѣшить, съ которымъ изъ этихъ обоихъ разстройствъ имѣется дѣло.

Что касается до послѣдственныхъ смѣщеній, то они очень ограничены въ этомъ сплоченномъ и тѣсномъ сочлененіи. Въ слѣдствіе оскѣданія таранной кости бываетъ *разбуханіе* (*tassement*) ноги, или также вытягиваніе ея къ голени; иногда, отъ разрушенія лодыжекъ и чрезмѣрнаго расслабленія связокъ, нога уклоняется или наружу, или внутрь. Что касается до нарывовъ, то всего обыкновеннѣе они образуются впереди сочлененія, и затекаютъ болѣе или менѣе далеко подъ пластинчатые въ этой сторонѣ подкожные слои; наконецъ иногда бываютъ суставные свищи на задней части пятки.

Остальныя явленія свойственны всѣмъ бѣлымъ опухолямъ; то же надобно сказать и о леченіи, къ которому нечего прибавить здѣсь особеннаго; и въ хирургическомъ, и въ терапевтическомъ отношеніи оно не разнится отъ того, которое указано нами выше, въ общемъ изложеніи.

ГЛАВА XIII.

Бѣлая опухоль плече-лопаточнаго сочлененія.

Эта болѣзнь, называемая также у авторовъ *omarthrocace*, *scapulalgie*, довольно рѣдка, и это очень удивительно, если подумать, какъ обширна

здѣсь синовиальная оболочка. Но надобно, говорить Боннѣ, взять во вниманіе, что эта синовиальная оболочка подложена фиброзою тканью не богатою сосудами, и слѣдовательно мало способною продолжать и поддерживать воспаленіе, происходящее въ серозной оболочкѣ или въ костяхъ.

Анатомическія явленія, характеризующія ее, мало были изслѣдованы. Рустъ думаетъ, что болѣзнь почти всегда, если не просто всегда, начинается съ головки плечевой кости; онъ говоритъ, что боли въ началѣ чувствуются въ локтѣ, какъ при тазобедренной болѣзни — въ колѣнѣ. Дельтовидная мышца сначала приподнимается, потомъ въ послѣдствіи дѣлается плоче, и локоть отводится отъ тѣла и нѣсколько, кажется, опускается кзади. И въ самомъ дѣлѣ, при измѣреніи члена находятъ его удлинненнымъ.

Подмышечная полость наполняется такъ сказать набухающею клетчаткою этой стороны; образуются свищевыя отверстія, то позади, то на переднемъ краѣ дельтовидной мышцы, иногда въ подмышкѣ, или на боковой стѣнкѣ груди.

Боннѣ думаетъ, что гной можетъ затекать по краю двуглавой мышцы до середины средняго плеча; въ другихъ случаяхъ онъ направляется въ подлопаточную ямку, слѣдуя по синовиальной оболочкѣ, окружающей сухую жилу этой мышцы, сообщающейся съ суставною полостью.

Наконецъ, позднѣе, плечевая кость смѣщается и подается или въ подмышку, или подъ ключицу *), отъ чего и происходятъ произвольные послѣдственные вывихи, какъ при тазобедренной болѣзни; конечность тогда замѣтно укорачивается.

Что касается до анкилоза, то онъ бываетъ очень рѣдко, и рѣдко бываетъ полнымъ, что объясняется подвижностью лопатки около груди. Всего болѣе затрудняются движенія отведенія конечности.

Касательно анатомическихъ разстройствъ и леченія, нечего сказать здѣсь особеннаго; мы должны только настоять здѣсь на необходимости держать членъ въ неподвижности. Одна только эта предосторожность дала Мальгеню тѣ успѣхи, которыхъ онъ не могъ бы получить ни какими другими средствами **). Что касается до ампутаціи, то она рѣдко бываетъ необходима; нельзя того же сказать о резекціи, но чтобъ эта операція была сколько-нибудь успѣшна, должно удалить всѣ разстроенныя костныя части. Всего чаще, слѣдовательно, необходимо удалять головку плечевой кости и суставную впадину лопатки. Нѣсколько времени тому назадъ, я сдѣлалъ эту операцію, и надѣюсь, что она будетъ награждена успѣхомъ.

*) Sanson, *Éléments de pathologie*, tome II, p. 142.

**) Malgaigne, *Journal de chirurgie*, 1844, t. II, p. 235.

ГЛАВА XIV.

Бѣлая опухоль плече-локтеваго сочлененія.

Русъ называетъ ее очень неблагозвучнымъ именемъ *olecranarthrosis*; по его мнѣнію, болѣзнь часто начинается на головкѣ лучевой кости: но онъ очевидно впалъ въ ошибку, потому что всего чаще нижній конецъ среднелучевой кости или синовиальная сумка бываютъ первоначальнымъ мѣстомъ болѣзни. Эта синовиальная сумка, дѣйствительно, очень сосудиста, подложена кѣтчаткою богатою сосудами, и представляетъ назади, подъ плечевою треглавою мышцею, продолженіе подобное тому, какое находится на колѣнѣ.

Анатомическія явленія, замѣчаемыя здѣсь, не разнятся отъ тѣхъ, которыя мы указали при другихъ бѣлыхъ опухоляхъ. Опуханіе даетъ этому члену видъ двойнаго конуса, котораго оба основанія, сложившись между собою на суставной средней линіи, идутъ, истончаясь, верхній къ плечу, а нижній къ рукѣ. Кожа очень часто бываетъ блестяща, натянута и красна. Разныя костныя выступанія вполнѣ исчезаютъ подъ опухолью, исключая локтевой отростокъ. Если въ сочлененіи находится жидкость, то съ каждаго боку этого возвышенія замѣчаются двѣ зыблущіяся бугроватости. Синовиальная оболочка, не такъ хорошо поддерживаемая здѣсь, выдавливается сюда накопившимися жидкостями; треглавая мышца слегка приподнимается синовиальнымъ растяженіемъ. Ничего подобнаго не существуетъ ни впереди, ни по сторонамъ сочлененія.

Больной держитъ конечность свою въ положеніи среднемъ между полнымъ сгибаніемъ и разгибаніемъ; двуглавая мышца сокращается и разгибаніе становится невозможнымъ.

Когда въ послѣдствіи образуются нарывы, то они скоро открываютъ себѣ ходъ подъ покровы, и могутъ, или чрезъ отслоеніе треглавой мышцы вскрыться нѣсколько выше сочлененія, или противъ него, сзади, по сторонамъ локтеваго отростка. Рѣдко вскрываются они спереди, еще рѣже стремятся затекать на предплечіе, и все это по причинѣ анатомическихъ расположеній.

Если болѣзнь продолжаетъ ходъ свой и размягчаются связки, то лучевая кость можетъ выйти изъ отношеній своихъ съ плечевою, и даже съ локтевою, и, въ слѣдствіе усиленной пронаціи соединенной съ сгибаніемъ предплечія, вывихнуться кзади, какъ это показалъ Бойе.

Что касается до локтевой кости, то она слишком крѣпко сочленена съ плечевою костью, чтобы выйти изъ своихъ соотношеній съ нею.

Безполезно прибавлять, что движенія пальцевъ если не вовсе уничтожаются, то по крайней мѣрѣ значительно затрудняются.

Эта бѣлая опухоль, не столь важная, какъ тѣ, которыя выше описаны, часто излечивается анкилозомъ (Сансонъ).

Что касается до леченія, то оно не представляетъ ничего особеннаго: моксы, прижиганья и т. п. должны быть прикладываемы на заднюю часть локтя.

Если болѣзнь становится такъ важною, что нельзя надѣяться сохранить больному членъ, то остается рѣшить важный вопросъ, что предпочесть: ампутацію или резекцію. Последняя даетъ прекрасные результаты именно въ этомъ сочлененіи. Въ настоящемъ году я показывалъ Парижскому Хирургическому Обществу одного молодого человѣка, которому я сдѣлалъ резекцію, и у котораго остались еще всѣ движенія сгибанія и разгибанія локтя. Рука сохранила всѣ свои отправления.

ГЛАВА XV.

Бѣлая опухоль запястнаго и луче-запястнаго сочлененій.

Рустъ описалъ ее подъ именемъ *chirarthrocace*; она очень часта, и это объясняется множественностью движеній, для которыхъ служить это сочлененіе, его поверхностнымъ положеніемъ, и наконецъ частыми паденіями на руку.

Она представляетъ нѣсколько любопытныхъ явленій, свойственныхъ только ей одной. Когда происходитъ опуханіе, то оно особенно занимаетъ тыльную поверхность, но замѣчается также и на передней части предплечья, или приподнимаетъ сухія жилы, проходящія впереди сочлененія. Отъ этого происходитъ, что тогда какъ рука худѣетъ, кисть ея циркулярно увеличивается въ объемъ, пальцы кажутся удлиненными и вся рука какъ бы вытянутою.

Пальцы обыкновенно бываютъ неподвижны и прямолинейны, и только съ трудомъ, и всегда съ большими болями, больные могутъ производить ими какія-нибудь самыя легкія движенія; это легко понять, когда

подумаемъ, что суставное воспаленіе быстро распространяется на сухожильныя влагалища, проходящія впереди синовиальной оболочки и отдѣляющіяся отъ нея только нетолстыми фиброзными пластинками.

Синовиальная оболочка, приподнятая жидкостью, образуетъ какъ бы обручикъ, болѣе замѣтный сзади, гдѣ и ощущается зыбленіе. Фунгозности, по мягкости своей, часто также походятъ на него, особенно когда развиваются въ этой точкѣ, что случается очень не рѣдко.

Головка локтевой кости выдается болѣе обыкновеннаго; что касается до лучевой, то въ ней можно отличить только шиловидный отростокъ.

Когда образуются нарывы, то имъ трудно прямо вскрыться: они затекаютъ или къ сторонѣ предплечія, или къ тыльной поверхности руки, гдѣ и появляются свищевыя отверстія; рѣдко замѣчали ихъ на ладони руки, и въ этомъ случаѣ изглаживается ладонная впадина. Послѣдственныя смѣщенія костей рѣдки; однако жъ авторы упоминаютъ о вывихахъ локтевой кости кзади; и выше мы говорили уже, что эта кость дѣйствительно очень выдается.

Боннѣ говорить, что онъ никогда не видалъ полного вывиха руки, ни впереди, ни кзади.

Ришѣ показывалъ намъ добытый изъ трупа препаратъ, въ которомъ видно, что кости запястья вовсе вышли изъ соотношенія съ лучевою костью, которой нижній конецъ подался на ладонь руки, между-тѣмъ какъ кости запястья на одинъ сантиметръ отделились кзади на тыльную поверхность. Множество свищей, заключавшихъ еще гной, показывали, что болѣзнь не вполне была вылечена, хотя вывихъ кзади произошелъ давно уже, потому что связки опять получили свою крѣпость.

По мнѣнію Руста, когда болѣзнь имѣетъ мѣсто въ костяхъ запястья, образующихъ лучезапястное сочлененіе, то рѣдко не распространяется она послѣдственно и на второй рядъ запястныхъ костей. На этомъ—то основаніи Сансонъ и не совѣтовалъ дѣлать резекціи этого сочлененія. Когда эта бѣлая опухоль кисти ручной не лишаетъ больного жизни и вылечивается, то она почти всегда лишаетъ его владѣнія пальцами или въ-слѣдствіе полного анкилоза, или, что гораздо обыкновеннѣе, въ-слѣдствіе того, что воспаленіе, сообщаясь сухожильнымъ влагалищамъ сгибающихъ и разгибающихъ мышцъ, ведетъ за собою сращеніе сухихъ жилъ съ складками синовиальныхъ оболочекъ. Поэтому, при леченіи, употребляя терапевтическія вышенисчисленныя средства, всегда должно имѣть въ виду — избѣгать этихъ опасныхъ послѣдствій.

ГЛАВА XVI.

Бѣлые опухоли височно-челюстныхъ, грудино-ключичныхъ и лопаточно-ключичныхъ сочлененій.

Намъ остается еще описать бѣлые опухоли нѣкоторыхъ сочлененій, которыя мы соединимъ въ одну группу, потому что онѣ представляютъ явленія общія всѣмъ другимъ бѣлымъ опухолямъ, и потому что онѣ, по нечастости своей, представляютъ менѣе интереса, чѣмъ тѣ, которыя выше нами описаны.

Особенно упомянемъ мы о бѣлыхъ опухоляхъ сочлененій нижней челюсти и грудиннаго и лопаточнаго концовъ ключицы.

Бѣлая опухоль височно-челюстного сочлененія. — Эта болѣзнь никогда почти не встрѣчается у очень пожилыхъ людей.

Она представляетъ слѣдующія явленія: значительное опуханіе и тѣстоватый отекъ въ височно-челюстной сторонѣ; кожа лица красная, натянута; сочлененіе челюсти очень болѣзненно при всякомъ, даже не сильномъ, давленіи его, и при жевательныхъ движеніяхъ; наружный слуховой проходъ суживается; слухъ теряется, или по причинѣ запиранія слуховаго прохода, или отъ разстройствъ височной кости; развиваются нарывы; въ содѣствѣ съ свищевыми ихъ отверстіями ощущается обнаженная височная кость и челюстный мышцелокъ, а изъ наружнаго слуховаго прохода вытекаетъ иногда очень вонючій гной.

Леченіе этой болѣзни то же, какъ и другихъ бѣлыхъ опухолей. По необходимости, заставляющей больного двигать нижнюю челюсть для удовлетворенія нуждъ своихъ, здѣсь не можетъ быть сохраняема неподвижность сочлененія, и это неизбежное обстоятельство лишаетъ челюстное сочлененіе одного изъ лучшихъ средствъ къ излеченію.

Если бѣ пораженъ былъ одинъ только челюстный мышцелокъ, то можно бы было вырѣзать его; но эта операція была бы бесполезна, и даже пагубна, если бы височная кость поражена была костоѣдою.

Бѣлая опухоль грудиннаго конца ключицы — характеризуется значительнымъ опуханіемъ грудино-ключичной стороны, мягкимъ и упругимъ; грудинный конецъ ключицы кажется опухшимъ, раздутымъ; постоянная боль чувствуется въ верхней части груди, нѣсколько усиливающаяся при вдыхательныхъ и выдыхательныхъ движеніяхъ, и преимущественно отъ прижатія грудино-ключичнаго сочлененія. Такое разстройство остается долго неизмѣннымъ, и только потомъ уже, когда болѣзнь

костей сдѣлала большіе успѣхи, больные прибѣгаютъ наконецъ къ помощи искусства. Дѣйствительно, это сочлененіе такъ мало, и движенія его такъ ограничены, что легко понять медленный ходъ болѣзни; но когда болѣзнь достигаетъ довольно значительнаго развитія, то часто появляются очень важныя припадки: такимъ образомъ развиваются нарывы въ переднемъ грудномъ мѣшкѣ, и присутствіемъ своимъ причиняютъ очень важныя припадки, хотя, къ счастью, исходъ не всегда бываетъ такъ страшенъ; самыя страшныя припадки бывають отъ свищевыхъ нарывовъ, развивающихся впереди сочлененія, на передней стѣнкѣ груди. Какъ бы то ни было, но если болѣзнь не захвачена скоро, или больному не подается скорая помощь, то онъ умираетъ, подобно впрочемъ тому, какъ и при всѣхъ другихъ бѣлыхъ опухоляхъ. Леченіе то же, что и при другихъ бѣлыхъ опухоляхъ; резекція грудиннаго конца ключицы, какъ я однажды имѣлъ случай произвести ее, можетъ быть производима всякій разъ, какъ только больной будетъ находиться въ благопріятныхъ обстоятельствахъ.

Бѣлая опухоль лопаточнаго конца ключицы, случающаяся рѣже предыдущей, можетъ быть принята въ началѣ за ревматическое страданіе плеча, и обнаруживается сильною болью въ плечевомъ сочлененіи, усиливающеюся отъ очень обширныхъ движеній конечности, и особенно отъ движеній подниманья ея. Она не представляетъ впрочемъ ничего особеннаго.

ГЛАВА XVII.

О вывихахъ вообще.

Названіемъ *вывиха* (*luxation*) означается непроходящее измѣненіе натуральныхъ отношеній между суставными поверхностями костей, соединенныхъ діартродіальными сочлененіями; слово *diastasis* всего обыкновеннѣе придается такимъ смѣщеніямъ, которыя происходятъ въ симфизахъ (*symparthroses*) или сочлененіяхъ съ ровными поверхностями, какъ-то, напримѣръ, нижнее мало-большеберцовое сочлененіе, лонный симфизъ, сочлененіе тѣлъ позвонковъ и т. п.

Трудно было бы ясно описать вывихи, не относя смѣщенія, въ каждомъ сочлененіи, къ одной только изъ составляющихъ его костей; отъ того эта метода и принята всѣми авторами. Нѣкоторые старались даже составить извѣстные законы, на которыхъ можно было бы основать номенклатуру вывиховъ; но эти законы, выводившіеся изъ формы сустав-

ныхъ окончностей, изъ степени относительной подвижности обѣихъ костей, изъ механизма произведшаго вывихъ, и т. д., довольно трудно примѣнимы къ дѣлу: одинъ только принципъ, уже по простотѣ своей стоющій вниманія, можно имѣть въ виду при разсматриваніи вывиховъ, и онъ состоитъ въ томъ, чтобъ *считать смѣщенною ту изъ обѣихъ костей сочлененія, которая дальше отъ туловища, а между костями самаго туловища ту, которая дальше отъ черепа.* Такимъ образомъ когда большое берцо смѣщается за бедренные мышцелки, то это смѣщеніе обозначается именемъ вывиха большого берца кзади, а не вывихомъ нижняго конца бедра кпереди; также и на локтѣ, смѣщеннымъ считается всегда предплечіе, а не описывается вывихъ нижняго конца среднеплечевой кости; но, съ одной стороны, этотъ принципъ неприменимъ ко всѣмъ вывихамъ костей туловища, а съ другой, имѣетъ нѣсколько исключеній и относительно костей членовъ. Для избѣжанія всякой сбивчивости, мы позаботимся объяснять это при частномъ описаніи каждаго вывиха.

Этіологія. — Очень различныя причины могутъ заставить кости выйти изъ своихъ нормальныхъ соотношеній: въ первомъ ряду мы укажемъ на наружныя насилія; потомъ на различныя страданія суставныхъ частей, производящія тѣ сложныя болѣзни, которыя описали мы подъ именемъ бѣлыхъ опухолей (стр. 47); наконецъ смѣщеніе костей можетъ обнаружиться при самомъ рожденіи и составлять такимъ образомъ неправильность образованія. Поэтому вывихи натурально раздѣляются на три опредѣленныя группы: 1) вывихи *травматическіе*, 2) вывихи *произвольные*, которые лучше было бы назвать вывихами *постепенными*, и 3) вывихи *врожденные*.

Происходя отъ столь различныхъ причинъ, эти поврежденія представляютъ и сами по себѣ не менѣе рѣзкія различія; потому, при этомъ общемъ описаніи, мы будемъ имѣть въ виду только травматическіе вывихи; этимъ мы избѣгнемъ по крайней мѣрѣ разныхъ подраздѣленій, слишкомъ непрочныхъ, а слѣдовательно и безполезныхъ въ практикѣ.

Наружныя насилія, какъ мы сказали, служатъ самыми обыкновенными причинами вывиховъ; но онѣ не всегда одинаково дѣйствуютъ при произведеніи ихъ. Въ однихъ случаяхъ, наружное тѣло прямо давитъ на одну суставную оконечность и отдавливаетъ ее такъ далеко, что она уже не можетъ возвратиться на свое мѣсто. Такъ бываетъ, напримѣръ, тогда, когда вывихъ средняго плеча происходитъ отъ паденія на верхушку плеча. Этотъ способъ происхожденія суставныхъ смѣщеній, довольно рѣдкій въ костяхъ представляющихъ длинныя рычаги, напротивъ довольно частъ въ нѣкоторыхъ короткихъ костяхъ, напримѣръ въ колѣнной

кости. Въ другихъ случаяхъ, сила, стремящаяся произвести вывихъ, дѣйствуетъ на конецъ противоположный тому, который вывихается, или даже на часть еще болѣе отдаленную; эта сила стремится тогда дать сочлененію такое движеніе, которое не свойственно ему въ нормальномъ состояніи, или чрезмѣрно увеличить нормальное его движеніе; этому противятся сначала связки, мышцы, но потомъ уступаютъ; движеніе выполняется, но суставныя поверхности расходятся между собою. Это, напиримѣръ, бываетъ, когда вывихъ среднего плеча происходитъ отъ паденія на локоть, или когда грудинный конецъ ключицы смѣщается отъ паденія на верхнее плечо.

Смѣщеніе нѣкоторыхъ короткихъ костей происходитъ совѣстѣ по другому механизму. Будучи сильно придавливаемы между многими костями, онѣ стремятся удалиться отъ дѣйствующаго на нихъ давленія, и если въ одной какой-нибудь точкѣ онѣ удерживаются менѣе, то чрезъ эту точку и удаляются съ своего мѣста.

Изъ предыдущаго видно, что можно допустить, при вывихахъ, какъ и при переломахъ, два способа происхожденія: одинъ отъ *прямой причины*, другой отъ *непрямой причины*; первые часто осложняются ушибомъ, размозженіемъ мягкихъ частей, покрывающихъ кости, или и самыхъ костей; послѣдніе обыкновенно изъяты отъ осложнений.

Между наружными насиліями, всего чаще производятъ вывихи паденія, при которыхъ одна изъ костей, образующихъ сочлененіе, получаетъ точку опоры своей на землѣ, между тѣмъ какъ другая, движеніемъ тѣла, отталкивается въ обратное направленіе. Поэтому безъ сомнѣнія и рѣдки вывихи у дѣтей, потому что тѣло ихъ представляетъ массу не очень значительной тяжести, а также и потому, что оно движется не такими энергическими силами, какъ у взрослыхъ. Надобно также упомянуть, какъ о причинахъ вывиховъ, о паденіяхъ тяжелыхъ тѣлъ на члены, влеченіяхъ или растягиваніяхъ, о сильныхъ или неправильныхъ движеніяхъ членовъ, происходятъ ли они отъ наружнаго импульса или производятся чрезмѣрнымъ мышечнымъ сокращеніемъ.

Дѣйствию всѣхъ этихъ причинъ помогаютъ еще нѣкоторыя мѣстныя обстоятельства, называемыя вообще предрасполагающими причинами: такъ, длина представляемыхъ костями рычаговъ, небольшая обширность извѣстныхъ движеній, явно располагаютъ къ вывихамъ отъ непрямой причины. Легко понять, что небольшая глубина суставныхъ впадинъ, слабость связокъ, фізіологическая или зависящая отъ прежнихъ болѣзней, также помогаютъ смѣщеніямъ: такимъ образомъ замѣчено, что вывихи легко происходятъ въ тѣхъ сочлененіяхъ, которыхъ связки ослаблены суставною водяною, и у паралитиковъ, которыхъ мышцы не

служать уже для содержанія костей въ соприкосновеніи. Преній вывихъ, разрывая связки, которыя срастаются можетъ-быть не вполне, легко также располагаетъ къ повторенію его. Это такъ справедливо, что нѣкоторые больные вывихаютъ себѣ извѣстныя кости при всѣхъ малѣйшихъ усиліяхъ.

Обыкновенно допускается, что эти вывихи рѣдки у дѣтей, чаще въ зрѣломъ возрастѣ, и становятся опять рѣдкими у стариковъ. А. Куперъ объясняетъ этотъ фактъ тѣмъ, что, въ болѣе глубокомъ возрастѣ, концы костей, сдѣлавшись хрупче, скорѣе ломаются, чѣмъ смѣщаются: и такое объясненіе безъ сомнѣнія очень рационально; но, прежде объясненія факта, нужно было доказать существованіе его болѣе точнымъ образомъ, что и сдѣлалъ Мальгенъ *). Но вмѣсто того, чтобъ въ статистическихъ своихъ изысканіяхъ найти подтвержденіе этого мнѣнія, онъ дошелъ до результата совершенно противоположнаго. Въ самомъ дѣлѣ, изъ 529-ти вывиховъ, собранныхъ имъ въ госпитальныхъ книгахъ Hôtel-Dieu за шестнадцать лѣтъ, онъ нашелъ, что періодъ отъ 45-ти до 65-ти лѣтъ даетъ почти двойную пропорцію вывиховъ (относительно къ народонаселенію этого возраста) противъ пропорціи періода отъ 25-ти до 45-ти лѣтъ, и что до самой глубокой старости эта пропорція все еще остается больше той, которую даетъ взрослый возрастъ. Слѣдовательно, если мы видимъ больше вывиховъ у взрослыхъ, чѣмъ у стариковъ, то это единственно происходитъ отъ того, что послѣднихъ въ данномъ народонаселеніи вообще гораздо меньше, чѣмъ взрослыхъ.

Патологическая анатомія и физиологія. — Одна и та же кость можетъ смѣститься въ различныхъ направленіяхъ, и представить поэтому столько же видовъ вывиховъ, которые получаютъ свое названіе или отъ направленія, въ которое подается кость предполагаемая смѣщеною, относительно къ разнымъ плоскостямъ тѣла: такимъ образомъ допускаются вывихи кпереди, кзади, вверхъ, внизъ и т. п.; или обозначаются эпитетомъ опредѣленно указывающимъ на новыя отношенія, въ которыя ставится кость; таковы, напримѣръ, слова: вывихи подъ-остные, подлонные и т. д. Этотъ способъ означать суставныя смѣщенія, давно уже указанный Ру, и обыкновенно употребляемый профессоромъ Жерди, показавшимъ всѣ выгоды его, гораздо предпочтительнѣе перваго. И я думаю, что, при правильномъ его употребленіи, можно избѣгнуть той противорѣчащей сбивчивости, которую представляютъ названія разныхъ вывиховъ въ извѣстныхъ костяхъ.

Суставныя поверхности могутъ вполне разойтись, или еще соответствовать одна другой частью своего протяженія; отсюда раздѣленіе вы-

*) *Etudes statistiques sur les luxations. Annales de chirurgie, octobre 1841.*

виховъ на *полные* и *неполные*. Въ послѣднихъ, говоритъ Бойе, продолжаютъ еще соотношенія суставныхъ поверхностей, но не въ натуральномъ порядкѣ своемъ. Нѣкоторые авторы, основываясь на томъ, что въ этомъ случаѣ вполнѣ теряются нормальныя отношенія, т. е., что ни одна изъ точекъ одной изъ суставныхъ поверхностей не соответствуетъ уже точкѣ другой поверхности, съ которою соприкасалась она въ нормальномъ состояніи, отвергаютъ названіе неполныхъ вывиховъ. Мы однако жъ сохранимъ его, потому что пужно же выразить какимъ-нибудь словомъ видъ смѣщенія, о которомъ мы говоримъ, и потому что трудно было бы замѣнить его другимъ лучшимъ словомъ.

Артродіальныя сочлененія часто представляютъ неполные вывихи, равно какъ и блоковыя или гинглиммы; однако жъ, касательно послѣднихъ, нѣкоторые авторы думаютъ, что вывихи могутъ происходить въ нихъ только въ направленіи перпендикулярномъ къ движеніямъ сгибанія или разгибанія, а не въ направленіи этихъ самыхъ движеній. И хотя частныя смѣщенія довольно рѣдки въ этомъ направленіи, все же нельзя отвергнуть ихъ существованія, какъ мы увидимъ при частномъ описаніи вывиховъ. Но особенно часто разсматриваемъ былъ вопросъ о неполныхъ вывихахъ по отношенію къ круглымъ сочлененіямъ. Бойе отвергаетъ возможность ихъ, и вотъ какъ выражается: «Во всѣхъ круглыхъ сочлененіяхъ, впадина, составляющая часть ихъ, оканчивается острымъ краемъ, неспособнымъ ни на минуту поддержать сферическую поверхность, не возвращая ее въ нормальное состояніе, такъ что если усиліе, стремящееся вывести одну изъ костей вонъ изъ сочлененія, не заставляетъ ее перейти чрезъ эту закраину, то вывиха не бываетъ, и головка опять возвращается въ глубь своей впадины.

«Если, напротивъ, усилія достаточно для того чтобъ вывести наибольшій діаметръ сферической поверхности и изъ-за этого края вмѣщающей ее впадины, то вывихъ происходитъ вполнѣ, и между суставными поверхностями прекращается всякое соотношеніе.»

Эти возраженія, повторявшіяся во всѣ времена противъ существованія неполныхъ вывиховъ, безъ сомнѣнія очень замысловаты; но что могутъ значить разсужденія въ вопросѣ о фактахъ, который можетъ рѣшить одно только наблюденіе?

Между писателями нашего времени, Мальгень, котораго прекрасные труды всѣхъ болѣе заставили допустить эти вывихи, доказалъ, что существованіе ихъ подтверждается и патологическою анатоміею и клиническимъ наблюденіемъ. Что касается до фактовъ патологической анатоміи, то они двухъ родовъ: одни, относящіеся къ давнимъ и невправленнымъ вывихамъ, показываютъ суставную головку, напримѣръ, плечевой или бедренной кости, помѣщенною на закраину-приемной впадины, вы-

долбленную по срединѣ своей болѣе или менѣе глубокою бороздою, въ которую входитъ эта закраина, нѣсколько сдавленная и округленная выносившимъ ею давленіемъ. Въ этомъ положеніи одна половина плечевой головки находится въ соприкосновеніи съ суставною впадиною лопатки, между тѣмъ какъ другая половина соответствуетъ шейкѣ этой кости. Мы знаемъ, что эти факты толковались различно: такъ, допускали, противъ всякой вѣроятности, будто такіе неполные вывихи происходили постепенно отъ хроническаго страданія сочлененія, которое кончилось излеченіемъ, оставивъ однако жъ кости въ состояніи неполнаго смѣщенія. Увѣряли, также безъ большихъ доказательствъ, будто закраина впадины была переламываема, и это производило частное смѣщеніе. Наконецъ предполагали, будто смѣщеніе, бывъ полнымъ во время происхожденія вывиха, только въ послѣдствіи сдѣлалось неполнымъ, отъ того что головка мало по малу возвратилась къ суставной впадинѣ, бывъ оттягиваема окружающими ее тканями, или, какъ говорили, чрезъ послѣдственное смѣщеніе. Понятно однако жъ, что все это только предположенія, ничѣмъ не доказанныя. Даже допустивъ, что костная головка мало по малу приблизилась къ пріемной впадинѣ, надобно было спросить себя: отчего же это суставный конецъ остановился именно въ такое время, когда онъ могъ бы вполне возвратиться въ свое нормальное положеніе? Это значить отдалить только затрудненіе, а не разрѣшить его. Но если патологическіе препараты, относящіеся къ давнимъ вывихамъ, и могутъ оставить нѣкоторые умы въ сомнѣніи, то нельзя того же сказать о недавнихъ (свѣжихъ) вывихахъ. Правда, рѣдки случаи разсѣкать такіе вывихи; однако жъ я имѣлъ случай видѣть, въ госпитальномъ отдѣленіи профессора Жерди, одного раненаго, имѣвшаго въ одно время вывихъ лѣваго бедра и раздробленный переломъ праваго средняго плеча, для котораго и сдѣлано было вылученіе этой послѣдней кости. Больной умеръ въ ночь, слѣдовавшую за его раненіемъ, и, старательно разсѣкая тазобедренное сочлененіе, я нашелъ бедренную головку помѣщенною на переднемъ краѣ вертлужной впадины, раздѣлявшей ее на двѣ неровныя части. Эта закругленная оконечность держана была въ этомъ положеніи сопротивленіемъ части сумки и напряженіемъ средней задничной мышцы. Слѣдовательно, на нашъ взглядъ, существованіе неполныхъ вывиховъ въ круглыхъ сочлененіяхъ есть фактъ, доказанный анатомическими изслѣдованіями. Въ послѣдствіи, говоря о вывихахъ въ частности, мы увидимъ, что изученіе явленій и самое леченіе этихъ болѣзней представляютъ также очень доказательныя подтвержденія такого ученія. Тамъ же укажемъ мы и на относительную частоту частныхъ смѣщеній и полныхъ вывиховъ.

Очень понятно, что концы костей не могутъ болѣе или менѣе значительно смѣститься безъ того, чтобы и соединяющія ихъ связи не почув-

ствовали дѣйствій насилія, производящаго вывихъ: отъ того обыкновенно находятъ связки перерванными, фиброзныя сумки разорванными, такъ что костный конецъ легко можетъ проходить сквозь представляемое ими продиравленіе. По мнѣнію Дезо, онѣ часто представляютъ отверстіе въ формѣ пуговичной петли (*boutonnière*), которая, пропустивъ утолщенный конецъ кости, сжимается подъ нимъ и противопоставляетъ вправленію чрезвычайныя трудности. Позволено думать, что такое расположеніе иногда въ самомъ дѣлѣ существуетъ, но чрезвычайно рѣдко. А. Куперъ и большая часть хирурговъ могли видѣть, что сумка всего чаще разрывается очень широко. Тоже и мышцы, окружающія сочлененіе. Иногда, однако же, связки и мышцы сопротивляются; но такъ какъ уступаютъ ихъ точки прикрѣпленія къ костямъ, то онѣ такъ сказать вырываются, такъ что на оконечности сухой жилы или связки, сдѣлавшейся свободною, находится костяной отломокъ.

Всѣ эти части, кромѣ того, намачиваются кровью, инфильтрированную въ клѣтчаткѣ, или излитую въ суставную полость или между мышцами. Часто эти накопленія крови бываютъ очень значительны. Чтобы кончить это перечисленіе, прибавимъ, что всѣ части, лежащія въ соствѣствѣ съ сочлененіемъ, артеріи, вены, нервы, даже кожа, могутъ быть болѣе или менѣе растянуты, смяты или разорваны.

Патологическій процессъ, слѣдующій за этими мѣстными разстройствами, различенъ, смотря по тому, возвращается ли кость къ своимъ нормальнымъ соотношеніямъ, или остается смѣщенной. Въ первомъ случаѣ, не смотря на обширность этихъ поврежденій, послѣдственные явленія обыкновенно очень просты: инфильтрированная или излитая въ ткани кровь довольно скоро всасывается; связки, суставныя сумки, мышцы заживаютъ, и чрезъ довольно короткое время едва только сохраняютъ слѣды претерпѣннаго поврежденія — фактъ очень замѣчательный и показывающій всю разницу, существующую между ранами не подверженными соприкосновенію съ воздухомъ и тѣми, кои подвергаютъ ся дѣйствію этого агента.

Когда вывихъ не вправленъ, то всасываніе излитой и инфильтрированной крови происходитъ также, какъ и въ предыдущемъ случаѣ: связки, фиброзныя сумки также заживаютъ въ состояніи смѣщенія, въ которое поставилъ ихъ вывихъ. Онѣ срастаются съ сосѣдними частями, мышцами, сухими жилами, костяными поверхностями, образуя между ними нерастяжимыя перемычки. И замѣтимъ еще, что между-тѣмъ какъ, въ слѣдствіе суставнаго смѣщенія, одни фиброзныя пучки остаются въ состояніи напряженія, другіе пучки напротивъ расслабляются тѣмъ замѣтнѣе, чѣмъ болѣе сближены ихъ точки прикрѣпленія. Между-тѣмъ извѣстно, что при этихъ условіяхъ фиброзная ткань мало по малу со-

кращается сама собою и болѣе или менѣе сжимается, смотря по степени давности вывиха и по степени недвижности вывихнутаго члена; бесполезно распространяться о томъ, какъ эта причина можетъ препятствовать вправливанію суставныхъ смѣщеній.

Не менѣе важно и необходимо указать на расположеніе мышцъ, окружающихъ костныя оконечности: тѣ, которыхъ прикрѣпленія отдаляются въ слѣдствіе смѣщенія, бываютъ растянуты и представляютъ видъ нерастяжимыхъ струнъ, а тѣ, которыхъ прикрѣпленія становятся ближе, сокращаются. Слѣдовательно тѣ и другія препятствуютъ подвижности смѣщенныхъ костей, въ ихъ неправильныхъ соотношеніяхъ.

Но замѣчательнѣе всего тѣ измѣненія, которыя происходятъ въ прежнемъ сочлененіи и вокругъ смѣщенной костной оконечности. Если вывихъ полный, то синовиальная полость, въ которую изливается кровь, постепенно суживается и стремится зарости, — расположеніе, должствующее противопоставить, какъ это легко понять, непреодолимые препятствія вправливанію. Костныя поверхности теряютъ свою форму; суставныя полости суживаются, теряютъ глубину свою и наконецъ даже совершенно выполняются. Хрящъ, покрывающій ихъ, съ теченіемъ времени исчезаетъ, болѣе или менѣе вполне, исключая, говоритъ А. Куперъ, того случая, гдѣ суставный конецъ кости попадаетъ на мышцу. Въ то же время стремится образоваться новое сочлененіе между смѣщенной костью и костною поверхностью, съ которою она осталась въ соприкосновеніи. Клетчатка, мышцы образуютъ вокругъ костной головки несовершенную безъ сомнѣнія сумку, но которая вполне изолируетъ ее отъ сосѣднихъ частей. Происходитъ серозная оболочка новаго образованія и выстилаетъ эту новую суставную полость. Кости также помогаютъ образованію новаго сочлененія. Форма ихъ измѣняется; онѣ выдавливаютъ углубленія для помѣщенія костяныхъ выстояній. Въ этихъ точкахъ, утолщенная надкостная плева занимаетъ мѣсто діартродіального (обводящаго) хряща. Вокругъ этихъ точекъ касанія развиваются костяныя сталактиты и такимъ образомъ служатъ для доставленія большей глубины новой суставной полости. Однимъ-словомъ, сжатіе фиброзной ткани, напряженіе и сжатіе мышцъ, соприкосновеніе, родъ витѣдренія или ущемленія суставныхъ оконечностей, вотъ причины, служащія къ удержанію костей въ ихъ аномальномъ положеніи.

Симптоматологія.—Первое обстоятельство, поражающее вниманіе хирурга при изслѣдованіи вывихнутаго члена, есть *измѣненіе формы*, являющееся въ той части, гдѣ находится вывихъ, обезображеніе, могущее быть болѣе или менѣе значительнымъ, но вообще довольно мало разнящееся для каждаго особеннаго смѣщенія, такъ что оно составляетъ очень важное діагностическое явленіе. Легко понять, что когда

расходятся между собою костныя оконечности, то разныя vystoянія, производимыя ими на уровнѣ сочлененій, представляютъ подобныя же смѣщенія, и измѣняются взаимныя соотношенія этихъ vystoяній. Тамъ, гдѣ костный отростокъ приподнималъ покровы или мышцы, найдено будетъ вдавленіе, и наоборотъ; та сторона, гдѣ прежде замѣтна была кривая и закругленная поверхность, представить болѣе или менѣе вдавленную плоскость. Сухая жила, оттягиваемая костью, къ которой она прикрѣпляется, можетъ образовать подкожную струну и приподнять покровы, между-тѣмъ какъ прежде она лежала плоско на кости, и была видна только при извѣстныхъ движеніяхъ.

Замѣтивъ это измѣненіе формы въ сторонѣ, гдѣ предполагается вывихъ, надобно вспомнить, что такая неправильная форма можетъ произойти и отъ другихъ, очень различныхъ, причинъ: такъ, она можетъ быть слѣдствіемъ давняго суставнаго страданія, перелома въ сосѣдствѣ съ сочлененіемъ, врожденной неправильности образованія—обстоятельства, въ которыхъ можетъ помочь разспросъ о прежнихъ болѣзняхъ, и иногда, такъ какъ неправильность образованія часто бываетъ на обѣихъ сторонахъ тѣла, сравненіе обоихъ членовъ. Она можетъ наконѣцъ происходить отъ опухоли, развившейся на одной изъ костей сосѣднихъ съ сочлененіемъ, или въ мягкихъ частяхъ,—расположенія, для распознаванія которыхъ довольно уже того, что знаемъ объ ихъ возможности.

Смотря по тому, ближе ли, дальше ли смѣщенная кость находится отъ основанія (корня) члена, измѣняется и длина этого послѣдняго: онъ то *укорачивается*, то *удлиняется*. Для опредѣленія этихъ измѣненій длины члена обыкновенно употребляется измѣреніе помощью тесемки, протягиваемой между двумя опредѣлительными точками. Къ измѣренію же прибѣгаютъ и тогда, когда надобно опредѣлить перемѣны отношенія, происшедшія между разными костными vystoяніями, окружающими сочлененіе. Конечно, это средство можетъ быть полезно, но приложеніе его не такъ легко, какъ думаютъ. Въ самомъ дѣлѣ, для этой оцѣнки длины членовъ необходимо сравнивать больную сторону съ здоровою; и, очевидно, чтобъ получить изъ этого сравненія вѣрное заключеніе, необходимо: 1) чтобы оба члена были совершенно въ одинаковомъ положеніи; 2) чтобы оба конца тесемки приложены были совершенно на одинаковыхъ точкахъ обоихъ членовъ; 3) чтобы эта тесемка, при измѣреніи пространства взятаго между двумя опредѣленными точками, на обоихъ членахъ проходила по одной и той же дорогѣ. Между-тѣмъ весьма часто не возможно имѣть всѣхъ этихъ данныхъ, потому что не всегда можно дать здоровому члену точно такое направленіе, какое имѣетъ вывихнутый членъ. Костный отростокъ, принимаемый исходною точкою при измѣреніи, выдается болѣе или менѣе по причинѣ самаго вывиха, меж-

ду-тѣмъ какъ на противоположной сторонѣ онъ болѣе или менѣе скрытъ, и можно бы думать, что мѣры берутся между одинаковыми точками каждой кости, тогда какъ-на дѣлѣ-то измѣряются неровныя разстоянія. Вывихъ обыкновенно измѣняетъ форму члена, и тесемка, приложенная къ одному изъ нихъ, описываетъ кривизну, между-тѣмъ какъ на членѣ противоположной стороны слѣдуетъ по прямой линіи. Въ первомъ случаѣ членъ долженъ казаться длиннѣе, а въ послѣднемъ короче. Поэтому измѣреніе, чтобъ доставить сколько-нибудь цѣнный признакъ, требуетъ много заботливости и терпѣнія. Надобно повторять измѣреніе нѣсколько разъ, чтобъ исправить ошибки, могущія проскользнуть при первомъ опытѣ, и вообще брать въ расчетъ такую только разницу, которая простирается на протяженіе по крайней мѣрѣ одного сантиметра; потому что, не смотря на всевозможное вниманіе, нельзя утверждать, чтобъ движеніе кожи, и разныя другія исчисленныя нами обстоятельства, не произвели маленькой разницы въ длинѣ частей.

Разныя позы (attitudes) членовъ представляютъ обыкновенно нѣчто особенное, потому что смѣщенные кости стремятся заставить ихъ принимать нѣкоторыя опредѣленныя и болѣе или менѣе неизмѣнныя положенія; и это легко объяснить себѣ, взявъ во вниманіе форму суставныхъ окончностей, напряженіе связокъ и фиброзныхъ сумокъ не выполнѣ разорванныхъ, напряженіе и сжатіе мышцъ.

Не меньшаго стоить вниманія и *разстройства отпращеній*: большая часть нормальныхъ движеній становятся трудными, теряютъ обширность свою, и напротивъ появляются движенія, бывшія невозможными въ физиологическомъ состояніи.

Въ моментъ происшествія вывиха *боль* вообще довольно сильна, но она скоро успокаивается, если членъ держится въ неподвижности, а по вправленіи почти тотчасъ же и вовсе исчезаетъ. Фактъ этотъ особенно замѣчателенъ по противоположности съ тѣмъ, что происходитъ при растяженіи сочлененія, сопровождаемомъ обыкновенно очень сильными болями, хотя, въ этомъ случаѣ, суставныя части представляютъ менѣе обширныя разстройства.

Въ сосѣдствѣ съ вывихнутыми сочлененіями весьма часто появляются *кровяныя подтеки*. Мы увидимъ, что мѣсто ихъ можетъ иногда служить полезнымъ діагностическимъ средствомъ.

Наконецъ А. Куперъ между явленіями вывиховъ упоминаетъ о хрустѣнн. Это явленіе дѣйствительно представляется въ нѣкоторыхъ вывихахъ; оно происходитъ отъ тренія смѣщенной костной окончности о неровную поверхность. Это хрустѣніе тѣмъ разнится отъ замѣчаемаго въ переломахъ, что оно менѣе сухо и глуше; оно обыкновенно ощущается рукою, при сообщеніи движеній вывихнутому члену.

Вотъ явленія, характеризующія простые вывихи. Объ осложненіяхъ ихъ мы будемъ говорить въ особенномъ параграфѣ.

Распознаваніе. — Не довольно распознать существованіе вывиха; нужно еще опредѣлить видъ и обозначить пространство смѣщенія.

Когда происшествіе случилось недавно, и нѣтъ еще опухоли вокругъ сочлененія, то распознаваніе вообще легко; ощупываніе, вмѣстѣ съ вышеизложенными признаками, легко даетъ распознать костныя оконечности и часто позволяетъ довольно точно опредѣлить ихъ новыя отношенія; но не такъ бываетъ тогда, когда мягкія части, окружающія сочлененіе, представляютъ значительное опуханіе. Тогда часто необходимо бываетъ остановить свое рѣшеніе, и для произнесенія его подождать уничтоженія опухоли. Однако жъ есть средство побѣдить это затрудненіе; оно состоитъ въ медленномъ и однако жъ довольно сильномъ давленіи на такія мѣста, гдѣ, по предположенію, должны находиться костныя выстоянія, долженствующія служить опознательными точками; жидкость, инфильтрированная въ клѣтчаткѣ, ускользаетъ подъ давленіемъ пальца; мягкія части опять получаютъ въ этой точкѣ ту толщину, какую онѣ имѣли до происшествія, и тогда довольно точно можно распознать положеніе кости. Понятно однако жъ, что это средство имѣетъ дѣйствительную пользу въ диагностикѣ тѣхъ только вывиховъ, которые не скрыты подъ толстыми мышечными слоями. Я часто съ пользою употреблялъ его при вывихахъ верхняго конца лучевой кости и локтя, а равно можно было бы обратиться къ нему при вывихахъ въ колѣнѣ, въ берцо-плюсневомъ сочлененіи, и проч.

Для достиженія той же цѣли, Мальгенъ совѣтуетъ вкалывать сквозь мягкія части акупунктурныя иглы, чтобы дойти ими до костей и опредѣлить глубину ихъ. Конечно, этотъ способъ не представляетъ ни какой опасности, но я думаю, что онъ рѣдко можетъ доставить полезныя діагностическія данныя. Онъ можетъ только показать, что кость находится на той или другой опредѣленной глубинѣ; но для трудныхъ случаевъ этого обыкновенно недостаточно. Нужно, кромѣ этого, знать, до какой кости дошла игла и въ какой точкѣ она дотронулась до нея, а объ этомъ нельзя судить по простому прикосновенію заостреннаго конца. Мы увидимъ однако жъ, что этотъ способъ изслѣдованія можетъ служить съ пользою въ нѣкоторыхъ особенныхъ обстоятельствахъ.

Болѣзни, которыя можно смѣшать съ вывихами, суть: 1. ушибъ сочлененій, 2. растяженіе, 3. внутрь-суставные или сосѣдніе съ суставами переломы. Но ушибы, растяженія, иногда могутъ сопровождаться измѣненіемъ формы, не касающимся однако жъ до костей; оно можетъ происходить только отъ набуханія мягкихъ частей или кровянаго излитія, которое легко узнается при помощи описанныхъ нами признаковъ.

При этихъ обстоятельствахъ могутъ сдѣлаться затруднительными, болѣзненными, нѣкоторыя нормальныя движенія; но они не бываютъ вовсе невозможными, какъ это бываетъ при вывихахъ.

Хотя переломы и вывихи образуютъ два разряда поврежденій существенно различныхъ между собою, и по свойствамъ составляющихъ ихъ разстройствъ, и по явленіямъ своимъ, однако жъ въ нѣкоторыхъ обстоятельствахъ можно смѣшать ихъ; это именно случается, какъ мы сказали, при переломахъ сосѣднихъ съ сочлененіями, которые довольно часто смѣшиваются съ вывихами этихъ самыхъ сочлененій. Въ самомъ дѣлѣ, они случаются при такихъ же обстоятельствахъ; измѣненіе формы части можетъ быть похоже на измѣненіе формы принадлежащее вывиху; хрустѣнія иногда не бываетъ въ этихъ переломахъ, даже когда они свѣжи, а и того менѣе по истеченіи нѣсколькихъ дней. Всѣхъ этихъ поводовъ больше чѣмъ достаточно для объясненія ошибокъ, такъ часто случающихся съ этими болѣзнями. Независимо отъ особенныхъ свойствъ, могущихъ утвердить распознаваніе, свойствъ, которыя мы изложимъ при частномъ описаніи каждаго вывиха, скажемъ вообще: 1. что при переломѣ измѣненіе формы находится на извѣстномъ разстояніи отъ сустава; 2. что разныя костныя выстоянія, представляемыя суставными оконечностями, сохраняютъ свои нормальныя отношенія; 3. что при переломѣ сочлененіе сохраняетъ всѣ свои фізіологическія движенія, и что иногда даже можно замѣтить въ немъ аномальную подвижность, между-тѣмъ какъ при вывихахъ нѣкоторыя движенія обыкновенно становятся вовсе невозможными и членъ сохраняетъ болѣе или менѣе неизмѣнное положеніе.

Предсказаніе. — Предсказаніе вывиховъ разнится по множеству обстоятельствъ. Такъ, 1. оно не одинаково, смотря по тому, простой ли вывихъ или осложненный, и мы увидимъ, что видъ осложненія производить между ними самыя значительныя различія; 2. должна быть взята во вниманіе, кромѣ того, обширность сочлененія, потому что вывихъ маленькаго сочлененія, напримѣръ рядовъ пальцевъ, вообще не такъ важенъ, какъ вывихъ, имѣющій мѣсто въ обширной суставной полости. 3. Смѣщенія, замѣчаемыя въ гинглимоидальныхъ сочлененіяхъ часто бываютъ важнѣе смѣщеній круглыхъ сочлененій, равно какъ и въ нѣкоторыхъ артродіальныхъ сочлененіяхъ, по необширности движеній своихъ обыкновенно требующихъ, для произведенія въ нихъ вывиховъ, вліянія очень значительной силы, которая, смѣщая костныя поверхности, въ то же время производитъ и въ мягкихъ частяхъ очень обширныя разстройства. Съ другой стороны, кости, входяція въ образованіе гинглимовъ, представляютъ выпуклости и впадины, взаимно вкладывающіяся однѣ въ другія, такъ что вправливаніе ихъ представляетъ обыкновенно больше трудностей, чѣмъ вправливаніе круглыхъ сочлененій. 4. Но самую рѣз-

кую разницу между вывихами производить степень их давности. Въ самомъ дѣлѣ, свѣжій вывихъ вообще вправляется легко; но по мѣрѣ отдаленія отъ времени происшествія трудность вправливанія болѣе и болѣе увеличивается, такъ что наконецъ оно становится даже и совершенно невозможнымъ. Причину этого факта мы объяснили въ статьѣ, посвященной патологической физиологiи вывиховъ.

Леченіе.—Леченіе вывиховъ представляетъ четыре основныя показанія: 1. возвратити кости въ нормальныя ихъ отношенія; 2. предотвратить новое смѣщеніе; 3. приличнымъ леченіемъ помочь полному восстановленію отравленій сочлененія, и 4. лечить осложненія; послѣдній пунктъ будетъ изложенъ въ особенномъ параграфѣ объ осложненіяхъ.

1. *Вправливаніе.* Дѣйствіе, служащее для возвращенія костей въ ихъ нормальныя отношенія, называется вправливаніемъ. Оно иногда чрезвычайно просто: довольно слегка подавить на выстояніе, образуемое смѣщенной костью, или возвратити ее въ нормальное направленіе, чтобъ она опять заняла свое натуральное мѣсто; но всего чаще эта операція представляетъ болѣе трудностей. Тогда, для достиженія цѣли, необходимо бываетъ соединять систему средствъ, которыя дѣйствовали бы на обѣ кости, образующія сочлененіе, и притомъ такъ, чтобъ одна изъ нихъ была укрѣплена неподвижно на мѣстѣ, между-тѣмъ какъ другая будетъ вытягиваема съ цѣлью высвободити вывихнутую оконечность, и руками или петлями возвратити ее къ той точкѣ, которую она должна занять. Эти различныя дѣйствія извѣстны подъ названіями *противувьтягиванія*, *вытягиванія* и *приложенія*, названіями безъ сомнѣнія не безупречными, но которыя освящены употребленіемъ и потому сдѣлались общепонятными.

А. Противувьтягиваніе дѣлается обыкновенно помощью петель, бинтовъ или подшитыхъ кожаныхъ тесемокъ, которыя располагаются такъ, чтобы кость ближайшая къ туловищу не уступала влеченію или вытягиванію, имѣющему быть направленнымъ на другую кость, претерпѣвшую смѣщеніе. Концы противувьтягивающихъ петель предоставляютъ иногда помощникамъ; но гораздо лучше привязываютъ ихъ къ какой-нибудь неподвижно-укрѣпленной точкѣ, какъ напримѣръ къ кольцу ввинченному въ стѣну, къ колоннѣ и т. п. Въ самомъ дѣлѣ, такой способъ дѣйствія представляетъ ту уже выгоду, что требуетъ меньше помощниковъ, предотвращаетъ и движенія, сообщаемыя больному неровными влеченіями вытягиванія и противувьтягиванія, движенія, въ продолженіе которыхъ трудно было бы произвести приложеніе. Противувьтягиваніе производимое помощниками представляетъ, кромѣ того, и другія неудобства, которыя показаны будутъ, когда мы будемъ говорить о вытягиваніи.

Аппараты, служащіе для производства этого дѣйствія, по возможности должны быть накладываемы на ту кость, которая сочленяется съ вывихнутою, должны имѣть точки опоры въ неподвижныхъ пунктахъ, и охватывать часть широкими поверхностями, чтобъ избѣжать болѣзненныхъ давленій. Обыкновенно даютъ наставленіе, не прижимать мышцъ, проходящихъ вокругъ вывихнутаго сочлененія; но обыкновенно невозможно избѣгнуть этого прижатія, и притомъ ничто не доказываетъ, чтобъ оно дѣйствительно такъ было вредно, какъ объ этомъ думали.

Въ случаяхъ, гдѣ вправленіе, по видимому, не можетъ представить большихъ трудностей, можно поручить противувытягиваніе рукамъ помощника. Наконецъ, въ другихъ случаяхъ и самъ хирургъ производитъ его одною рукою своею, между-тѣмъ какъ другою рукою производить вытягиваніе и приложеніе.

В. Вытягиваніе есть влеченіе за смѣщенную кость, съ цѣлью возвратить вывихнутый конецъ къ той точкѣ, отъ которой отошелъ онъ. Вытягиваніе, также какъ и противувытягиваніе, можетъ, въ случаяхъ не представляющихъ большихъ трудностей, быть произведено руками хирурга или помощниковъ; но въ трудныхъ случаяхъ требуетъ употребленія петель.

Вытягивающія петли устроиваются обыкновенно изъ салфетки или по длинѣ сложеннаго полотенца, крѣпко обвязывающаго членъ среднюю свою частью, круговыми ходами, между-тѣмъ какъ висящіе концы служатъ для производства влеченія. Его можно привязать къ члену и обоими концами, образовавъ петлю, въ которую проводятся потомъ другія вытягивающія петли. Эта часть операціи обыкновенно производится помощниками, которыхъ число разнится, смотря по сопротивленію, которое надобно будетъ преодолѣть.

Блоки, прежде почти постоянно употреблявшіеся при вправленіи вывиховъ, были потомъ почти совсѣмъ оставлены; боялись, что сила, которою можно располагать при помощи этихъ инструментовъ, превышаетъ силу сопротивленія нашихъ тканей, и можетъ произвести разрывъ, разщепленіе мягкихъ частей; окружающихъ сочлененіе, и слѣдовательно очень опасные припадки. Блоки, говорили, составляютъ грубую силу, которой не возможно вычислить, которой ничто не сопротивляется, между-тѣмъ какъ помощники соразмѣряютъ развитіе силы съ сопротивленіемъ, которое нужно преодолѣть. Съ блоками нельзя разнообразить направленія, въ которомъ нужно производить вытягиваніе, какъ это дѣлается съ помощниками. Но эта параллель далеко не точна, и во-первыхъ, этотъ упрекъ слабой силы падаетъ самъ-собою, послѣ того какъ Седилль имѣлъ счастливую мысль приложить къ блокамъ динамометръ для опредѣленія силы влеченія. Легко, въ самомъ дѣлѣ, убѣдиться, что при по-

мощи блоковъ легко производить непрерывное вытягиваніе въ одинаковой степени, увеличивать его постепенно и уменьшать съ чрезвычайною легкостью; ихъ дѣйствіе медленно, постепенно, безъ отрывовъ, безъ колебаній въ влеченіяхъ, какъ это необходимо бываетъ при употребленіи помощниковъ. Дѣйствительно, Мальгень и Седилль, изучавшіе способъ влеченій, производимыхъ помощниками, убѣдились, что они почти мгновенно развиваютъ большую силу, но что эта сила очень быстро ослабляется, и что если посоветовать помощникамъ сдѣлать новыя усилія, для вознагражденія потерянной выгоды, то это усиліе доводитъ влеченіе до чрезмѣрной степени. Мальгень опредѣлилъ въ своихъ опытахъ, что сильный человѣкъ съ равнымъ усиліемъ можетъ тянуть только подобно тяжести въ 30 — 40 килограммовъ, между-тѣмъ какъ при усиленномъ и минутномъ влеченіи доводитъ стрѣлку динамометра до 90° и болѣе. Предположимъ, прибавляетъ онъ, что вытягиваніе члена довѣряется четыремъ помощникамъ, которые развиваютъ силу равную почти 300 фунтамъ: если по несчастію всѣ они вдругъ соединяются въ одномъ усиліи, то могутъ довести влеченіе въ этотъ моментъ до 5 или 600 фунтовъ, и такимъ-то образомъ не разъ разрываемы были мышцы и вырываемы члены. Слѣдовательно справедливость требуетъ сказать, что упреки, вмѣняемые машинамъ, на дѣлѣ-то должны быть приписаны только тѣмъ влеченіямъ, которыя производятся помощниками.

Что касается до неизмѣннаго направленія, производимаго блоками влеченія, то на это можно отвѣчать, что рѣдко полезно бываетъ перемѣнять это направленіе, потому что, по высвобожденіи суставной оковечности, приложеніе дополняетъ вправливаніе. И притомъ не невозможно такъ расположить блокъ, чтобъ имѣть возможность перемѣнить направленіе вытягивающей силы.

При употребленіи этого аппарата обыкновенно употребляется, для произведенія вытягиванія, родъ браслета или кожаного набедренника, хорошо подбитаго, къ которому пришиты желѣзные кольца, и за нихъ зацѣпляются крючки, привязанные къ веревкѣ, идущей къ блоку. Браслетъ обыкновенно снабжается ремнями, для укрѣпленія его на членѣ. Но этихъ ремней недостаточно для полной его недвижности; надобно, кромѣ того, очень прочно приладить его помощію шнура, нѣсколько разъ обвитаго вокругъ поверхности члена; эта предосторожность необходима для воспрепятствованія аппарату скользить по члену въ-продолженіи влеченія. Не худо окружить членъ фланелевымъ бинтомъ отъ свободнаго конца его до высоты этого браслета: этимъ предотвращается застой веной крови и слѣдующее за нимъ болѣзненное растягиваніе венъ.

На какую часть должно накладывать аппаратъ, служащій для произведенія вытягиванія? Древніе помѣщали его, если это возможно, на часть

члена, соответствующую смѣщенной кости: на нижней части средне-плечевой кости при вывихахъ плеча, надъ колѣномъ при вывихахъ бедра. Бойе, вѣрный въ этомъ преданіи Хирургической Академіи, даетъ формальное правило: прилагать вытягивательныя усилія возможно-далѣе отъ мѣста вывиха. Это для того, чтобъ вовсе не прижимать мышцъ, окружающихъ сочлененіе, и предотвратить такимъ образомъ приращеніе ихъ сокращенія, что и позволить удлиннить ихъ и отдалить суставныя поверхности одну отъ другой. Но я не знаю, показалъ ли кто-нибудь опредѣленнымъ образомъ, будто сократительная мышечная сила увеличивается отъ прижатія мышцъ. Всѣ обыкновенно довольствуются, какъ доказательствомъ противнаго мнѣнія, тѣмъ фактомъ, что атлеты чувствуютъ себя способными къ болѣе значительнымъ усиліямъ въ то время, какъ брюшныя мышцы стянуты бываютъ крѣпкимъ поясомъ. Дѣйствительно, это сжатіе не увеличиваетъ силы сокращенія брюшныхъ мышцъ, но поддерживаетъ, подкрѣпляетъ стѣнки этой полости, даетъ прочнѣе упереться основанію груди и составляетъ такимъ образомъ опорную точку сокращенію мышцъ туловища. Притомъ мы видѣли уже, что не сокращеніе мышцъ противопоставляетъ самое сильное препятствіе вправленію вывиховъ. Это правило, говоритъ Бойе, «есть плодъ опытности многихъ вѣковъ. Чѣмъ далѣе силы прилагаются отъ мѣста вывиха, тѣмъ вѣрнѣе успѣхъ.» Мы не можемъ принять такого взгляда; мы думаемъ, напротивъ, что, заставляя вытягивающія силы дѣйствовать на вывихнутую кость, производить на нее непосредственное дѣйствіе и слѣдовательно болѣе способное произвести ея смѣщеніе. Посреднія сочлененія избавляются этимъ отъ болѣзненнаго влеченія. Но главная причина, опровергающая это правило, та, что, прилагая силу вдали отъ вывихнутаго сочлененія, необходимо приводить членъ въ разгибаніе на все время влеченія; тогда какъ мы увидимъ при частномъ описаніи вывиховъ, что часто смѣщеніе костей приводитъ извѣстныя мышцы въ состояніе напряженія, и что эти натянутыя мышцы производятъ сгибаніе того сочлененія, которое лежитъ ниже вывихнутаго. Это мы видимъ, напримѣръ, въ нѣкоторыхъ вывихахъ бедра: двуглавая, полусухожильная и полуперепончатая мышцы, прикрѣпляющіяся къ сѣдалищному бугру, натягиваются и производятъ сгибаніе колѣна. И легко понять, что если разгибать голень съ бедромъ, то названныя нами мышцы сильно натянутся и будутъ сопротивляться влеченіямъ, имѣющимъ цѣлью уничтожить неправильное соприкосновеніе бедренной головки съ подвздошною костью. Разгибаніе члена имѣетъ слѣдствіемъ своимъ натягиваніе именно тѣхъ мышцъ, которыя противопоставляютъ сопротивленіе. Слѣдовательно это значить создать себѣ трудности, которыхъ можно бы было избѣгнуть, оставляя членъ въ сгибаніи, потому что проблема, предложенная для рѣшенія, состоитъ не въ

томъ, чтобъ разслабить всѣ мышцы, окружающія сочлененіе — вещь всего чаще невозможная — а въ томъ, чтобъ разслабить тѣ только, которыя напряженіемъ своимъ противятся вправливанію. Наконецъ прибавимъ еще, что опыты Жерди доказываютъ, что тогда только можно усиливать влеченія на согнутомъ членѣ, когда онъ приходитъ въ разгибаніе, потому что влеченіе равно для всѣхъ частей, мышцъ, нервовъ и сосудовъ *).

Въ какомъ направленіи должно дѣлать вытягиваніе? Вопросъ, важность котораго признавалась во всѣ времена, и который трудно рѣшить. Галенъ вообще предписываетъ производить вытягиваніе по тому направленію, въ которомъ произошло смѣщеніе, т. е. въ томъ положеніи, въ какомъ находился членъ въ моментъ происшествія. Но одинъ и тотъ же вывихъ можетъ происходить въ различныхъ положеніяхъ члена, и часто трудно съ точностію опредѣлить, въ какомъ онъ былъ тогда положеніи. Ж. Л. Пти совѣтуетъ равное растягиваніе всѣхъ мышцъ, окружающихъ сочлененіе — правило столь же неопредѣленное, говоритъ Мальгень, какъ и правило Потта, который предписываетъ привести мягкія части въ такое состояніе, въ которомъ онѣ представляютъ наименѣе сопротивленія.

Дезо учитъ производить вытягиваніе по новому направленію члена, и потомъ прогрессивно возвращать его къ нормальному направленію. Вотъ какъ Мальгень выражается на этотъ счетъ: «Всякая растянутая мышца должна быть приведена въ укороченное положеніе и вытягиваніе должно быть направлено единственно только на укороченныя мышцы. Поэтому должно найти такое положеніе, въ которомъ мышцы представляютъ это условіе, и оно очевидно то, въ которомъ членъ укорачивается самъ собою. По отысканіи этого положенія, вывихъ приводится къ условію переломовъ съ захожденіемъ отломковъ другъ за друга, и если онъ простой, то и вправливаніе также будетъ возможно-просто и легко.» Но Мальгень самъ сознается, что эта общая формула не всегда удобоприложима, и потому спѣшитъ прибавить, что такъ какъ суставные концы представляютъ иногда выстоянія и впадины, подкрѣпляемые одинъ другими, то и являются тогда препятствія, требующія видоизмѣненія общей методы вправливанія.

Профессоръ Жерди постановилъ для вывиховъ бедра правило, которое можетъ быть приложено къ вправливанію всѣхъ вывиховъ круглыхъ сочлененій; оно состоитъ въ производствѣ влеченій по направленію линіи, которая, проходя чрезъ центръ смѣщенной костной головки, пройдетъ въ то же время чрезъ центръ суставной впадины, имѣющей принять эту головку. Очевидно, что это правило основано на соображе-

*) *Journal de chirurgie*, t. I, p. 333.

ни точныхъ отношеній суставныхъ окончностей въ ихъ смѣщенномъ состояннѣ. Это-то соображеніе и должно, намъ кажется, доставить главные показанія. Что касается до сопротивленія фиброзныхъ суставныхъ тканей, представляющаго, надобно сказать, главное препятствіе въправливанію вывиховъ, то оно конечно уступить, каково бы ни было направленіе производимыхъ влеченій.

Однимъ словомъ, метода Дезо должна быть, намъ кажется, часто приложимою; метода Жерди всего чаще служить для въправливанія вывиховъ круглыхъ сочлененій. Что касается до правила Галена, такъ расхваленнаго Бойе, нуждавшагося въ немъ для построенія своей доктрины о послѣдственныхъ смѣщеніяхъ, то я приведу очень справедливую критику его, написанную Луи. «Не доказано, чтобъ это ученіе было такъ важно въ практикѣ, какъ оно бросается въ глаза въ теоріи. Говорятъ, правда, что, если не идти по проложенной дорогѣ, то надобно проложить новую, съ трудомъ для оператора и съ болью для больнаго; что головка кости, возвращаясь къ впадинѣ, не находитъ отверстія въ связочной сумкѣ и заворачиваетъ ее съ собою въ впадину, а это и препятствуетъ точному въправливанію, причиняетъ боли, воспаленія, накопленія и другія печальныя послѣдствія. Я видѣлъ всѣ эти обстоятельства въ практикѣ, и они происходили не отъ этой причины. Я въправливалъ много вывиховъ и никогда не замѣчалъ, чтобъ можно было отличить эту опредѣленную дорогу кости. Кость все-таки въправливается, или лучше въправливается сама собою по той одной дорогѣ, которой можно ей идти, когда методическими или эмпирическими движеніями устраняются препятствія, сопротивлявшіяся возврату ея на свое мѣсто.» И почему же не предположить, что, даже въ томъ случаѣ, гдѣ было бы послѣдственное смѣщеніе, путь, проходимый смѣщенной костною головкою, будетъ вмѣстѣ и такъ коротокъ и такъ широкъ, что представить каналъ, котораго кривизна могла бы потребовать влеченій въ двухъ различныхъ направленіяхъ?

С. Приложеніе есть дѣйствіе, которымъ хирургъ старается возвратить вывихнутую кость къ оставленной ею суставной поверхности. При этомъ онъ или ограничивается давленіемъ на смѣщенный костный конецъ; или накладываетъ петлю подлѣ этого конца и тянетъ за кость перпендикулярно къ ея направленію; или употребляетъ кость какъ рычагъ, одной рукой доставляя точку опоры, между тѣмъ какъ другою, представляющею силу, дѣйствуетъ на другой конецъ.

Замѣчанія Луи относительно направленія, въ которомъ должно производить вытягиваніе, прилагаются также и къ приложенію; но мы не будемъ уже повторять ихъ.

Для въправливанія вывиховъ совѣтовали множество машинъ, которыя теперь всѣми оставлены. Однако жъ не всѣ онѣ заслуживаютъ забве-

нія; рычаги Майора Лозанскаго, вправляющій аппаратъ доктора Бригеля *), машина доктора Жарві **), могутъ оказать дѣйствительныя услуги, особенно тѣмъ, что позволяютъ вправлять вывихи безъ помощи помощниковъ.

Изъ подробностей, представленныхъ нами касательно патологической анатоміи и фізіологіи, можно видѣть, что лучшее время для вправлянія вывиха есть то, которое такъ-сказать слѣдуетъ за его происхожденіемъ. И, говоря мимоходомъ, это одно изъ самыхъ важныхъ доказательствъ, которыя можно противопоставить доктринѣ, указывающей на сокращеніе мышцъ, какъ на одно изъ главныхъ препятствій вправленію, потому что это сокращеніе столько же должно было бы сопротивляться вправленію и свѣжихъ вывиховъ. Слѣдовательно должно вообще торопиться приступить къ этой операціи, потому что каждый день замедленія болѣе или менѣе затрудняетъ вправленіе.

При свѣжихъ вывихахъ обыкновенно достаточно бываетъ хорошо направленного приложенія изложенныхъ нами дѣйствій; но въ давнихъ вывихахъ они часто бываютъ безуспѣшны, и тогда необходимо прибѣгнуть къ нѣкоторымъ вспомогательнымъ средствамъ. Смотри по цѣли употребленія, послѣднія могутъ быть раздѣлены на два класса: одни изъ нихъ назначаются для уничтоженія мышечнаго сокращенія, другія — для противоудѣйствія сжатію мышцъ и фиброзныхъ тканей.

Самое простое средство прекратить мышечное сокращеніе состоитъ въ занятіи больного разными вопросами, въ развлеченіи его вниманія въ продолженіи дѣйствій вправленія. Дюпюитрену очень часто удавалось это средство.

При быстромъ ослабленіи мышечнаго сокращенія, поддержанное и однообразное влеченіе легко преодолеваетъ его: отъ того мы и думаемъ, что это средство вѣрнѣ всѣхъ другихъ. Въ этомъ-то случаѣ блокъ представляетъ неоспоримыя выгоды. Другія средства, предлагаемыя съ тою же цѣлью, суть: кровопусканіе, производимое широкимъ разрѣзомъ вены, чтобы быстрое истеченіе крови произвело обморокъ; горячая ванна; рвотный камень въ приемахъ, производящихъ тошноту, хвалимый особенно А. Куперомъ; опій. Я часто видалъ употребленіе этихъ средствъ; часто видалъ, что они бывали безуспѣшны, а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вправленіе было достигнуто, позволено еще спросить себя, много ли они способствовали успѣху; потому что въ этихъ случаяхъ связки подвергались повторительнымъ влеченіямъ, которыя очень могли удлинить ихъ; мышцы также растягивались, утомлялись. Совѣтовали также опьянять больныхъ алкоголическими жидкостями. Это,

*) Brigue! (d'Epinal), *Journal de chirurgie*, tome II, p. 263.

**) Jarvis, *Archives générales de médecine*, 1846.

вообще худо принятое, потому что оно анти-медицинское, средство вѣроятно имѣло бы больше дѣйствія, чѣмъ выше вычисленные пособія. Вдыханіе паровъ ээира и хлороформа, безъ сомнѣнія, могло бы быть употреблено съ пользою. Есть нѣсколько примѣровъ вправливанія, полученнаго при помощи прижатія главной артеріи или нервныхъ стволовъ членовъ, съ цѣлью на минуту парализовать мышцы; но эти факты нуждаются еще въ подтвержденіи.

Чтобъ растянуть сжавшіяся мышцы и фиброзные пучки, неподвижно держащіе кость въ неправильномъ ея положеніи, Дезо заставлялъ двигать членъ въ различныхъ, и очень обширныхъ, направленіяхъ, съ цѣлью произвести влеченіе этихъ частей, которыя произвели бы ихъ удлинненіе; кромѣ того, онъ рассчитывалъ еще этими движеніями увеличить отверстіе сумки, чрезъ которую вышла вывихнутая оконечность, и такимъ образомъ облегчить возвратъ ея въ суставную полость. Такія движенія могутъ быть полезны; но тотъ же самый результатъ получается и отъ тѣхъ дѣйствій, которыя необходимы для вправливанія. Отъ того часто и бываетъ, что, послѣ неудачи первой попытки, гораздо успѣшнѣе бываетъ вторая или третья попытка, хоть онѣ производятся точно такимъ же образомъ.

Наконецъ совѣтовали еще раздѣлять сопротивляющіяся связки и даже мышцы. Очень вѣроятно, что такое сѣченіе, сдѣланное по подкожной методѣ, не поведетъ за собою важной опасности, но здѣсь представляется одна трудность — точно опредѣлить, какія части сопротивляются вправливанію. Не наобумъ ли часто будутъ разсѣчены части, окружающія суставную оконечность? Эта операція можетъ, намъ кажется, имѣть мѣсто только въ томъ случаѣ, гдѣ, при дѣйствіяхъ вправливанія, оцупываніемъ можно опредѣлить сопротивляющійся пучокъ, препятствующій повидимому вправливанію.

Чтобъ побѣдить сопротивленіе мышцъ и сжавшейся фиброзной ткани, совѣтовали подвергать членъ медленному влеченію и поддерживаемому в теченіи многихъ недѣль. Приводили даже нѣсколько успѣховъ, достигнутыхъ этой методой; но имѣютъ ли они необходимую достовѣрность? Какъ бы то ни было, но не будемъ забывать того существенно-практическаго замѣчанія А. Купера, что много разъ случалось, что члены, вправленные наконецъ послѣ многочисленныхъ неудачныхъ попытокъ, такъ мало становились способными къ своимъ отправленіямъ, что дѣйствительно оставались потомъ столько же почти бесполезными, какъ и до вправливанія.

2. Для *предотвращенія повторенія смѣщенія*, по вправленіи вывиха, обыкновенно даютъ члену такое положеніе, которое сколько возможно дальше отъ того, въ которомъ произошелъ вывихъ. Если членъ былъ от-

веденъ въ моментъ вывиха, то его приводятъ въ приведеніе; если онъ былъ тогда разогнутъ, то его держать согнутымъ. Этимъ способомъ суставная оконечность не подвергается опасности попасть въ разрывъ сумки и костныя поверхности не стремятся разойтись между собою. Членъ долженъ быть удерживаемъ въ этомъ положеніи наложенною на него приличною повязкою.

3. Что необходимо для того, чтобы *помочь полному возстановленію движеній сочлененія*? Говоря о патологической анатоміи мы видѣли, что связки и мышцы всегда почти широко бываютъ разорваны, и что отъ суставныхъ концовъ оторваны бываютъ костяныя частицы. Слѣдовательно членъ долженъ быть держанъ нѣкоторое время въ неподвижности, при чемъ на поверхность его прикладываются компрессы, напитанные разрѣшающими жидкостями. По прошествіи нѣкотораго времени, различнаго для каждаго сочлененія, надобно начинать нѣкоторыя болѣе или менѣе обширныя движенія; назначить простыя или слѣсныя ванны. Если движеніямъ очень медленно возвращается сила и правильность, то назначаютъ теплыя душі, щелочныя или слѣсныя. Можно также прибѣгнуть къ разминанію мягкихъ частей, окружающихъ сочлененіе.

Осложненія вывиховъ.

Подъ *осложненіями вывиховъ* разумѣется всякое обстоятельство, сообщающее поврежденію несвойственный ему характеръ важности, и требующее или измѣненія въ обыкновенномъ леченіи вывиховъ, или совѣтъ особеннаго леченія. Нѣкоторые вывихи такъ-сказать всегда осложнены, какъ напримѣръ вывихи позвонковъ; но осложненія, ими представляемая, прижатіе, разрывъ спиннаго мозга, характеризуются совершенно особыми явленіями, не встрѣчающимися ни въ какомъ другомъ вывихѣ. Поэтому мы и не будемъ говорить объ нихъ въ этомъ общемъ изложеніи, а ограничимся только тѣми обстоятельствами, которыя свойственны смѣщеніямъ костей членовъ.

Между этими осложненіями, одни обнаруживаются такъ-сказать въ самый моментъ происхожденія вывиха, отъ того что одна и та же причина, которая произвела смѣщеніе костей, дѣйствуетъ вмѣстѣ и на кости и на мягкія части, окружающія сочлененіе. Другія обнаруживаются по прошествіи только болѣе или менѣе долгаго времени, и суть слѣдствія патологическаго процесса, происходящаго въ нашихъ тканяхъ. Первыя суть механическое слѣдствіе совершенно физической причины; послѣднія суть жизненныя разстройства и происходящія подъ вліяніемъ жизни. Отсюда-то естественное раздѣленіе осложненій вывиховъ на *первоначальныя* и *послѣдствіенныя*.

Первоначальныя осложненія суть: 1) ушибъ, 2) разрывы связокъ и мышцъ, 3) переломы костей, 4) разрывъ сосудовъ, 5) разрывъ нервовъ и 6) раны. Послѣдственныя осложненія: 1) боль, 2) воспаление, 3) гангрена, 4) столбнякъ, 5) анкилозъ, и наконецъ 6) замѣчаемая въ нѣкоторыхъ вывихахъ извѣстныя особенныя явленія, которыя также можно помѣстить между осложненіями.

А. Первоначальныя осложненія. — 1) *Ушибъ*, къ которому должно присоединить *кровоныя излитія*, какъ одно изъ слѣдствій его, составляетъ, безспорно, самое обыкновенное осложненіе вывиховъ; но онъ считается осложненіемъ тогда только, когда очень значителенъ. Особенно бываетъ онъ при вывихахъ производимыхъ ушибающимъ тѣломъ, прямо дѣйствовавшимъ на одну изъ костей составляющихъ сочлененіе. Важность его соразмѣрна бываетъ его обширности и степени смѣтія, претерпѣваемаго тканями. Лечение его не представляетъ здѣсь ничего особеннаго. Оно выполняется разрѣшающими примочками, иногда кровососными банками, прижатіемъ и т. д.

2. *Разрывъ связокъ, фиброзныхъ сумокъ и мышечныхъ волоконъ*, непосредственно лежащихъ на кости, бываетъ, какъ мы видѣли, почти во всѣхъ вывихахъ. Однако жъ обширность разрыва можетъ сдѣлать изъ него осложненіе, которое могло бы служить къ возобновленію смѣщенія послѣ вправливанія. Понятно, кромѣ того, что тогда можетъ замедлиться заживленіе разорванныхъ мягкихъ частей, или произойти не вполне, и это лишитъ сочлененіе части его крѣпости и повредитъ правильности движеній его. Лечение состоитъ въ назначеніи сочлененію хорошаго положенія и въ держаніи его неподвижнымъ, чрезъ палочное аппарата, долженствующаго пролежать долѣе, чѣмъ въ обыкновенныхъ случаяхъ.

3. *Переломы костей* встрѣчаются иногда въ одно время съ вывихами, и тогда составляютъ очень важное осложненіе ихъ; но надобно постановить различіе между ними, смотря по тому, занимаютъ ли они тѣло кости, или одно изъ выстояній, находящихся близъ суставныхъ концовъ. Въ первомъ случаѣ важность ихъ въ томъ только, что они мѣшаютъ вправливанію; это бываетъ, когда, напримѣръ, при вывихѣ плечевой головки бываетъ переломъ тѣла этой кости. Во второмъ случаѣ, опасность происходитъ отъ того, что вывихъ, легко вправливаемый, повторяется тотчасъ же, какъ перестаютъ удерживать концы костей. Надобно, кромѣ того, замѣтить, что всего чаще эти переломы проникаютъ въ сочлененіе, и что если отломки не со всею тщательностью возвращаются на свое мѣсто, то отъ этого необходимо происходитъ измѣненіе въ очертаніи образуемой ими суставной поверхности, и отъ того же большее или меньшее разстройство въ движеніяхъ члена.

Когда переломъ занимаетъ тѣло длинной кости, которой конецъ въ то же время вывихнуть, то вправливаніе представляетъ обыкновенно неподбидимыя трудности, потому что сломанная кость не позволяетъ произвести приличнаго вытягиванія, а если вправливаніе отложить до того времени, пока срастется кость, то вывихъ обыкновенно становится уже не-вправимымъ. Слѣдовательно здѣсь, если не удастся, хорошо направленными давленіями на костныя оконечности, возвратитъ кости въ ихъ нормальныя отношенія, то вывихъ долженъ считаться неизлечимымъ. Трудно понять, какъ такой знаменитый и опытный практикъ, какъ А. Куперъ, могъ дать совѣтъ окружать переломленный членъ шинами и производить потомъ влеченія, необходимыя для вправливанія.

Когда сломанъ одинъ изъ отростковъ кости и переломъ проникаетъ въ сочлененіе, то должно, приличнымъ аппаратомъ, противодействовать новому смѣщенію, дать сочлененію возможно-удобное положеніе, допуская, что за этимъ раненіемъ послѣдуетъ анкилозъ, и начать производить движенія члена тотчасъ же, какъ позволить это прочность мозоли.

4. *Разрывъ кровеносныхъ сосудовъ* къ-счастью довольно рѣдко бываетъ при вывихахъ; всего чаще видали его при вывихахъ гинглимодальныхъ сочлененій. Тогда или артерія представляетъ боковой надрывъ, или она разрывается по всей своей окружности, или наконецъ разрываются внутреннія оболочки, а клѣтчатая оболочка удлиняется въ промежуткѣ ихъ. Артерія, по общеупотребительному сравненію, походить на стеклянную суживающуюся ламповую трубку. Слѣдствіями этихъ различныхъ поврежденій могутъ быть разлитая или ограниченная аневризма, или заростаніе главнаго ствола артеріи. Осложненіе это узнается по признакамъ разлитой или ограниченной аневризмы, или по прекращенію артеріальныхъ біеній ниже точки предполагаемаго разрыва. Разсѣкая аневризму подмышечной артеріи, происшедшую при вывихѣ плеча, я нашелъ расположеніе, которое подозрѣвалъ съ давняго времени, и которое состояло въ томъ, что аневризматическій мѣшокъ широко сообщался съ лопаточно-плечевымъ сочлененіемъ, такъ что суставная сумка дѣйствительно представляла часть стѣнокъ аневризмы.

Когда смѣщеніе было такъ значительно, что произвело разрывъ сосудовъ, то фиброзныя ткани и мышцы обыкновенно претерпѣваютъ очень обширный разрывъ, такъ что, въ первые дни послѣ происшествія, вправливаніе бываетъ обыкновенно очень легко. Слѣдовательно должно пробовать его сколько возможно скорѣе, если только членъ не очень растянутъ излитіемъ артеріальной крови, и слѣдовательно нечего бояться ухудшить это состояніе попытками вправливанія. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, въ назначеніи показаній должно согласоваться съ одною только аневриз-

мою. Когда предстоит необходимость лечить ложную послѣдственную аневризму, и при подозрѣніи сообщенія между аневризматическимъ мѣшкомъ и сосѣднимъ сочлененіемъ, то, разумѣется, метода Анеля, вообще предпочитающаяся всякой другой, здѣсь требуется самымъ настоящимъ образомъ, потому что вскрытіе мѣшка повело бы за собою вскрытіе сочлененія, со всѣми его непріятными послѣдствіями.

Вены повреждаются также, какъ и артеріи; нарушенія непрерывности ихъ даютъ мѣсто излітіямъ, послѣдовательно претерпѣвающимъ разныя преобразованія, обыкновенно слѣдующія за раздѣленіемъ крови на свои составныя части, въ нѣдрахъ живыхъ тканей.

Излітія венной крови обыкновенно мало важны; по истеченіи болѣе или менѣе долгаго времени, кровь всасывается, и присутствіе ихъ не противопоказываетъ употребленія ни одного изъ тѣхъ средствъ, которыя необходимы при леченіи вывиха.

5. *Разрывъ нервовъ* также рѣдокъ, какъ и разрывъ артерій. Онъ узнается по параличу, происходящему въ тѣхъ частяхъ, въ которыхъ раздѣляются вѣточки, идущія отъ разорваннаго нерва.

6. Всѣ вычисленные нами осложненія могутъ существовать безъ *раны* или съ раною покрововъ. Раненіе кожи, какъ бы оно ни было необширно, сообщаясь съ полостью вывихнутаго сочлененія, составляетъ всегда важное осложненіе. Надобно бояться развитія чрезвычайно сильнаго суставнаго воспаленія, или воспаленія всѣхъ тканей, разорванныхъ смѣщенными костными концами, и инфильтрированныхъ кровью. Дѣло леченія въ такихъ важныхъ обстоятельствахъ состоитъ въ томъ, чтобы: 1) вправить вывихъ, 2) заживить наружную рану, и 3) предотвратить послѣдственное воспаленіе. Общія и мѣстныя кровопусканія, холодныя примочки и особенно постоянныя обливанья холодною водою, суть средства, на которыя всего больше можно надѣяться. Я видѣлъ излеченіе этими средствами, въ отдѣленіи Сансона, одного больнаго, имѣвшаго вывихъ локтя съ широкою раною, позволявшею видѣть обнаженный нижній конецъ среднеплечевой кости. Если бѣ головка вывихнутой кости выставлялась наружу сквозь рану покрововъ, то также должно бѣ было вправить ее; и тогда можетъ случиться надобность даже въ расширеніяхъ раны. Послѣднія дѣлаются по общеизвѣстнымъ правиламъ. Если бѣ вправление представило большія трудности, если бѣ головка кости долго оставалась на воздухѣ, то въ такомъ случаѣ необходимо было бы прибѣгнуть или къ резекціи, или къ ампутаціи. Когда смѣщенный конецъ кости составляетъ часть не объемистаго отломка, подвижнаго, то онъ весь извлекается, и членъ помѣщается въ такое положеніе, которое бы сколько-возможно сближало его съ нормальною его конформаціею.

Многія изъ отдѣльно представленныхъ мною осложненій обыкновенно

встрѣчаются соединенными между собою. Такъ выходъ костяного конца сквозь рану покрововъ необходимо влечетъ за собою обширный разрывъ связокъ и мышцъ; могутъ быть также разорваны главные сосуды члена и произвести кровотечение; иногда при этомъ надрываются и нѣкоторые нервы. Въ такихъ важныхъ обстоятельствахъ почти всегда показана бываетъ ампутація и должна быть произведена тотчасъ же.

В. Послѣдственныя осложненія. 1. Воспаленіе. Когда вывихъ не осложненъ сильнымъ ушибомъ сочлененія и сосѣднихъ частей, когда не бываетъ раны, то рѣдко, особенно когда вывихъ вправленъ, развивается такое сильное воспаленіе, чтобы составить настоящее осложненіе; но не такъ бываетъ при противоположныхъ обстоятельствахъ. Нагноительное воспаленіе поражаетъ иногда какъ сочлененіе, такъ и сосѣднія мягкія части. Гной глубоко затекаетъ въ членъ и вскрывается на болѣе или менѣе значительномъ разстояніи, пройдя по мышечнымъ промежуткамъ. Въ другихъ случаяхъ, воспаленіе распространяется, повидимому, отъ поверхностныхъ частей къ глубокимъ, и это бываетъ тогда, когда, при попыткахъ вправливанія, кожа, покрывающая нѣкоторыя костныя выступанія, подвергается слишкомъ сильному прижатію, сминается и изъязвляется на поверхности своей.

Легко понять, какъ важно подобное осложненіе, и какъ необходимо всѣми средствами предотвращать его. Могутъ представиться два случая. Явленія, о которыхъ мы говоримъ, могутъ обнаружиться или по вправленіи вывиха, или прежде вправливанія. Въ послѣднемъ случаѣ, должно ли стараться возратить кости въ нормальныя отношенія ихъ, прежде уничтоженія воспаленія? Авторы не всегда соглашались въ этомъ пунктѣ. Въ самомъ дѣлѣ, между-тѣмъ какъ Шопаръ осуждалъ вправливаніе въ этихъ обстоятельствахъ, Дезо и Дюпюитренъ рекомендовали его, какъ самое дѣйствительное средство къ уничтоженію воспаленія, осложняющаго болѣзнь, уже и безъ того важную отъ недостатка вправливанія. Должно сказать, что наблюденія, приведенныя этими послѣдними авторами въ опору доктрины своей, кажутся совершенно доказательными. Однако жъ, въ этомъ случаѣ, нельзя допустить всегда неизмѣннаго образа дѣйствія, потому что если вправливаніе есть средство способное прекратить раздраженіе, поддерживаемое смѣщеніемъ костей, то нельзя отвергнуть и того, чтобъ сильныя вытягиванія воспаленнаго сочлененія не способны были такъ ожесточить и усилить воспаленіе, что необходимо послѣдуетъ нагноеніе, самое страшное явленіе при этихъ обстоятельствахъ. Поэтому мы думаемъ, что если можно предполагать, по роду вывиха, его давности и подвижности, сохраняемой суставными концами, что вправливаніе представить мало трудностей, то должно его попробовать. Если, напротивъ, вывихъ давній уже, воспаленіе очень

сильно, костные поверхности почти неподвижны, то должно отказаться от него, по крайней мѣрѣ на время. Въ томъ и другомъ случаѣ должно прибѣгать еще къ обильнымъ кровоизвлеченіямъ, общимъ и мѣстнымъ, и держать сочлененіе въ рѣшительной неподвижности. Распознавъ нарывы, должно вскрывать ихъ, и часто въ такихъ обстоятельствахъ необходимо становится ампутація.

2. *Гангрена*. — Разрывъ главныхъ сосудовъ члена, ушибъ мягкихъ частей, окружающихъ вывихнутое сочлененіе, могутъ произвести гангрену, которая часто обнаруживается тогда скоро и занимаетъ значительное пространство, напримѣръ ногу и голень, если вывихнуто колѣнное сочлененіе. Гангрена происходитъ здѣсь отъ двойной причины: ушиба и прекращенія кровообращенія въ сосудистыхъ стволахъ, служащихъ для питанія члена. Въ другихъ случаяхъ она происходитъ отъ другой причины — отъ давленія производимаго смѣщенными костями на внутреннюю поверхность кожи. Понятно, въ самомъ дѣлѣ, что эта облочка, сильно растянутая ненатуральнымъ костнымъ выстояніемъ, можетъ омертвѣть, какъ омертвѣваетъ она бывъ подвержена наружному давленію отъ инороднаго тѣла. Особенно надобно бояться омертвѣнія, когда, для достиженія вправливанія, принуждены производить прямое и очень сильное давленіе на смѣщенные кости, какъ это часто необходимо бываетъ при вправливаніи короткихъ костей. Тогда кожа такъ-сказать размозжается; она воспаляется, изъязвляется и омертвѣваетъ.

Въ этомъ послѣднемъ случаѣ нерѣдко бываетъ, что, по отпаденіи струпа, подлежащее сочлененіе открывается и наполняется гноемъ. Понятно, какъ важно это осложненіе, котораго опасность большею частью устраняется не иначе, какъ скорымъ назначеніемъ ампутаціи.

3. *Столбнякъ* есть припадокъ довольно рѣдко бывающій въ слѣдствіе вывиховъ. Замѣчательно, что онъ преимущественно замѣчаемъ былъ при вывихахъ пальцевъ и въ особенности пятого пальца. Для леченія его преимущественно оказывались полезными потогонныя средства, опій, и иногда кровопусканія, только не такія обильныя, какъ дѣлывали нѣкоторые практики (такъ, напримѣръ, Лисфранкъ въ теченіе 19 дней сдѣлалъ одному больному 19 кровопусканій и приставилъ 772 пиявки, а Лепеллетье въ теченіе 60 часовъ сдѣлалъ другому больному пять кровопусканій, каждое по фунту, и говорятъ, что оба эти больные выздоровѣли). Ларрей рекомендовалъ и даже производилъ ампутацію, какъ средство леченія столбняка; но это теперь всѣми отвергнуто.

4. *Анкилозъ*. — Легко понять, что многія изъ вычисленныхъ нами осложнений, могутъ повести за собою большую или меньшую негибкость сочлененія, отъ спаиванія ли между собою суставныхъ поверхностей,

или отъ соединенія ихъ фиброзными перемышками, или отъ того, что нѣкоторыя мышцы остаются въ состоянн сжатія (см. выше, стр. 92).

5. Наконецъ нѣкоторые вывихи представляютъ иногда извѣстные болѣе или менѣе непріятныя явленія, могущія считаться также осложненіями; таково, напримѣръ, задержаніе мочи при вывихахъ бедра, осложненіе, правда, довольно рѣдкое, но которое я два раза видѣлъ въ отдѣленіи Жерди въ госпиталѣ Св. Лудовика; почти мгновенное появленіе эмфизематозной опухоли, видѣнное Дезо при вывихѣ среднечеречевой кости; невралгическая боль, чувствуемая многими больными при вывихѣ нижней челюсти.

ГЛАВА XVIII.

Вывихи нижней челюсти.

Нижняя челюсть одна только изъ костей лица представляетъ такое сочлененіе, которое можетъ претерпѣть вывихъ, но и этотъ еще вывихъ очень рѣдокъ, потому что, какъ мы увидимъ далѣе, онъ можетъ произойти въ извѣстныхъ только анатомическихъ условіяхъ, которыя встрѣчаются не у всѣхъ людей.

Вывихъ можетъ находиться на обѣихъ сторонахъ, или на одной только сторонѣ. А. Куперъ называлъ такіе вывихи, полнымъ и неполнымъ; но какъ эти названія могутъ вводить въ ошибку касательно свойствъ болѣзни, то лучше предпочесть имъ номенклатуру французскихъ хирурговъ, которые обозначаютъ эти болѣзни названіями *вывиха обоихъ челюстныхъ мышцековъ* и *вывихомъ одного только мышцелка*.

Въ настоящее время допускаются одни только вывихи — вывихи кпереди. Безполезно останавливаться здѣсь на опроверженіи существованія вывиховъ внутрь и наружу Гильома де Салисе, и вывиха кзади Лан-франка и Гюи де Шольяка, *при которомъ зубы нижней челюсти находятся позади зубовъ верхней челюсти!* такіе вывихи не могутъ существовать. Мы скажемъ только нѣсколько словъ о вывихѣ челюсти вверхъ или въ височную ямку, видѣнномъ Роберомъ.

Должно ли назвать неполнымъ вывихомъ тотъ, который А. Куперъ называлъ именемъ *subluxation*? Какъ бы то ни было, мы опишемъ вывихъ обоихъ мышцековъ, вывихъ одного только мышцелка, вывихъ вверхъ Робера и неполный (*subluxation*) вывихъ А. Купера.

Что касается до относительной частоты разныхъ видовъ вывиховъ, то Бойе и Бераръ считаютъ самымъ рѣдкимъ изъ нихъ вывихъ одного

только мышелка. Но Жиральдесъ, изъ собранныхъ имъ наблюдений, нашелъ, что изъ 33 случаевъ было 15 вывиховъ обоестороннихъ, 13 одной только стороны, и 5 въ которыхъ не указанъ былъ видъ вывиха: такимъ образомъ обоесторонний вывихъ едва ли чаще бываетъ, чѣмъ вывихъ одной стороны.

Прежде описанія вывиховъ нижней челюсти, намъ необходимымъ кажется представить анатомическое описаніе височно-челюстной стороны, чтобы дать лучше понять то, что мы будемъ говорить объ ея вывихахъ.

Нижняя челюсть, сочленяясь съ височною костью, образуетъ уголъ, который очень разнится, смотря по различію возрастовъ. Такъ у дѣтей, у которыхъ челюстные вѣтви образуютъ съ тѣломъ кости чрезвычайно открытый уголъ, нижняя челюсть образуетъ съ височною костью очень острый уголъ впереди. По мѣрѣ того, какъ субъекты приходятъ въ возрастъ и развиваются зубы, этотъ уголъ становится открытѣе, и только у стариковъ, потерявшихъ уже зубы свои, опять находится такое же расположеніе, какъ въ дѣтскомъ возрастѣ.

Впереди височно-челюстного сочлененія находится височно-скуловое углубленіе, въ которомъ, при закрытомъ ртѣ, помѣщается вѣнечный отростокъ. Спереди и сзади этого углубленія находятся двѣ возвышенности, изъ которыхъ задняя образуется бугоркомъ поперечнаго отростка скуловой дуги, а передняя сочлененіемъ верхней челюсти съ коренно-зубною костью; на высотѣ соединенія этихъ обѣихъ костей находится довольно возвышенный бугорокъ, граничащій снаружи кругловатымъ вдавленіемъ, и иногда снаружи маленькою продольною ямочкою, почти-что овальною, о которой мы будемъ еще имѣть случай припомнить. Этому бугорку можно дать названіе *коренно-зубнаго*. Надобно однако жъ сказать, что такое расположеніе не постоянно, и что у нѣкоторыхъ субъектовъ, вмѣсто кореннозубнаго бугорка, находится слегка округленная поверхность, почти плоская, а иногда даже и настоящая вырѣзка. Передній край вѣнечнаго отростка отдаленъ отъ этого бугорка почти на 1 сантиметръ.

Вѣнечный отростокъ нижней челюсти также долженъ остановить наше вниманіе. Онъ представляетъ, какъ замѣтилъ Шассеньякъ, очень неодинаковую длину у различныхъ субъектовъ, и оканчивается угломъ, который можетъ быть болѣе или менѣе отброшенъ сзади или впереди; то онъ возвышается почти вертикально, то сильно наклоняется сзади, такъ что верхушка его сближается съ скуловою дугою: расположенія, которыя не безъ важности съ точки зрѣнія вывиховъ, хоть они и не были указаны.

Довольно слабая фиброзная сумка, наружная боковая связка, вотъ части, поддерживающія суставныя поверхности; обѣ кости разделяются

между собою съ обѣихъ сторонъ вогнутымъ хрящикомъ (*ménisque*); одна синовиальная оболочка облегчаетъ скольженіе верхней поверхности хрящика по височному мышцелку, а другая — скольженіе челюстного мышцелка по нижней поверхности хрящика. Ферейнъ описалъ четыре связки въ височно-челюстномъ сочлененіи; но, кажется, одна только наружная боковая связка, по крѣпости своей, заслуживаетъ особеннаго описанія. Она прикрѣпляется вверху къ бугорку поперечнаго отростка скуловой дуги, и оканчивается на шейкѣ мышцелка. Слѣдовательно она направляется внизъ и кзади, когда мышцелокъ держится въ суставной впадинѣ; но она становится вертикальною, когда послѣдній лежитъ прямо подъ поперечнымъ отросткомъ, или косвенною кпереди и книзу, когда мышцелокъ помѣщается впереди этого отростка.

Вокругъ этого сочлененія сгруппированы *mm. masseter, pterygoidei internus et externus, temporalis*; но мы въ послѣдствіи-возвратимся къ той роли, которую играютъ эти мышцы при вывихѣ.

Этіологія. — Причины вывиховъ челюсти двухъ родовъ: механическія и физиологическія.

Физиологическія причины гораздо чаще всѣхъ другихъ; сюда принадлежатъ: зѣванье, рвота, сильный смѣхъ, однимъ словомъ всѣ тѣ причины, которыя могутъ производить чрезмѣрное расхожденіе челюстей. Конвульсіи, сильные крики также могутъ производить это поврежденіе.

Не такъ часто одна механическая причина можетъ произвести вывихъ нижней челюсти; однако жъ бывали примѣры этого. И въ особенности мышцелокъ выходитъ изъ своей впадины тогда, когда наружное насиліе дѣйствуетъ на подбородокъ; такъ произошелъ однажды вывихъ отъ удара кулакомъ по подбородку, при открытомъ ртѣ; А. Бераръ видѣлъ также у одной больной появленіе этого поврежденія отъ того, что она, переворачиваясь въ постели, зацѣпилась угломъ нижней челюсти.

Фоксъ и Дюваль видѣли вывихъ нижней челюсти при вырываніи зуба. Говорили также, будто вывихъ можетъ произойти, когда, держа объемистое тѣло между передними зубами, приближать нижнюю челюсть къ верхней: такой случай былъ съ однимъ помѣшаннымъ, у котораго вывихнулась челюсть отъ того, что его хотѣли насильно заставить ѣсть. Ч. Белль приводитъ еще фактъ одного молодаго человѣка, съ которымъ случилось то же самое, когда онъ раскусывалъ яблоко. Но намъ кажется, что эти факты не такъ истолкованы: въ самомъ дѣлѣ, мышечное сокращеніе поднимающихъ мышцъ не можетъ подать височнаго мышцелка болѣе кпереди, нежели сколько дѣлаетъ это сокращеніе опускающихъ мышцъ; слѣдовательно если бывалъ здѣсь вывихъ, то онъ долженъ быть приписанъ единственно расхожденію челюстей.

Робертъ привелъ наблюдение, которое показываетъ, что наружное насилие можетъ произвести вывихъ одного изъ челюстныхъ мышцелковъ при закрытомъ ртѣ. Десямоттъ видѣлъ одну женщину, у которой челюсть вывихнута была ударомъ лошадинымъ копытомъ. Въ обоихъ этихъ случаяхъ былъ еще и переломъ нижней челюсти.

Одною изъ причинъ, располагающихъ къ вывихамъ нижней челюсти, служить прежній вывихъ. Нерѣдко встрѣчаются больные, у которыхъ вывихъ повторяется очень часто, а у нѣкоторыхъ можетъ быть произведенъ даже произвольно.

Слабость связокъ допускаема была древними и новѣйшими авторами, какъ одна изъ причинъ располагающихъ къ вывихамъ. Мы думаемъ, что эта причина не безъ вліянія, хотя она и отвергается нѣкоторыми авторами; она кажется необходимою для объясненія вывиховъ, происходящихъ при зѣваніи, смѣхѣ, — движеніяхъ, при которыхъ нельзя предполагать разрыва связокъ.

По какому механизму происходитъ вывихъ нижней челюсти? По мнѣнію Пинеля, когда ротъ широко открытъ, то уголъ, образуемый осью мышцелка и направлениемъ жевательной мышцы не болѣе $4 - 5^{\circ}$. Тогда заднія волокна этой мышцы находятся позади челюстного мышцелка и ихъ сокращеніе подаетъ нижнюю челюсть впередъ височнаго мышцелка и происходитъ вывихъ. Это та же теорія, которую предполагалъ Ж. Л. Шти, только выраженная другими словами. Рибъ, допуская эту теорію, которую онъ приписываетъ Пинелю, отказывается жевательной мышцѣ въ свойствахъ неподвижно укрѣплять нижнюю челюсть, и думаетъ что тогда не возможно было бы вправленіе, по причинѣ сопротивленія, представляемаго бугоркомъ поперечнаго отростка.

Но Бойе вполне отвергнулъ это объясненіе вывиха. Въ самомъ дѣлѣ, «если раздѣлить нижній край скуловой дуги на пять равныхъ частей, отъ бугорка, гдѣ прикрѣпляется наружная боковая связка височно-челюстного сочлененія, до низу кореннозубнаго шва, то переднія четыре пятыхъ этого раздѣленія заключаютъ все пространство прикрѣпленія жевательной мышцы. Означивъ центральную точку этого пространства и проведя отъ этой точки горизонтальную линію чрезъ горловую сторону, увидимъ, что эта линія какъ-разъ падаетъ на дно крыловидной ямки, т. е. на точку верхняго прикрѣпленія крыловидной внутренней мышцы. Между тѣмъ, чтобы, при усиленномъ движеніи опусканія нижней челюсти, вѣтви этой кости дѣйствительно могли перекрестить среднюю линію направленія крыловидной внутренней и жевательной мышцъ, необходимо было бы, чтобы мышцелки до того подались впередъ, чтобы дошли и даже перешли линію, о которой идетъ дѣло; а такого обширнаго смѣщенія никогда не бываетъ: оно предполагаетъ такую степень расхожде-

нія между челюстями, какъя никогда не встрѣчается въ подобномъ случаѣ. Даже въ половину меньшее смѣщеніе никогда не можетъ существовать безъ вывиха. И кажется почти доказаннымъ, что, при вывихѣ челюсти, мышцы крыловидная и жевательная постоянно находятся впереди мышцелокъ, и что роль ихъ въ произведеніи вывиха не много разнится отъ роли грудной-большой и спинной-большой мышцъ при вывихѣ плечевой кости книзу, или развѣ можетъ-быть только по косвенности ихъ дѣйствія. Очевидно притомъ, при всякихъ предположеніяхъ, что височная мышца не имѣетъ ни какого вліянія на смѣщеніе, а если бы и имѣла, то развѣ то, чтобъ противоудѣйствовать и сопротивляться ему; но въ описываемомъ случаѣ всей сократительной силы ея было бы недостаточно для противоудѣйствія силѣ наружнаго удара или для сопротивленія силѣ паденія на землю подбородкомъ *).

Бойе объясняетъ вывихъ челюсти еще и другимъ образомъ; по мнѣнію этого автора, механизмъ его не одинаковъ, смотря по тому, происходитъ ли вывихъ отъ мышечнаго дѣйствія, или отъ наружнаго насилія.

Въ первомъ случаѣ, при сильномъ пониженіи челюсти, сокращается наружная крыловидная мышца, и тогда мышцелокъ, уже подавшійся впередъ отъ расхожденія челюстей, оттягивается еще болѣе кпереди сокращеніемъ этой мышцы, и такимъ образомъ происходитъ вывихъ.

Во второмъ случаѣ, напримѣръ при паденіи на подбородокъ, челюсть открывается не одинаковымъ механизмомъ и мышцелки обращаются въ центральной точкѣ своей, не отходя отъ суставной впадины; тогда сокращаются жевательная и крыловидная внутренняя мышцы, но не имѣя возможности дѣйствовать на челюсть, оттолкнутую кзади насиліемъ, дѣйствуютъ на мышцелокъ и заставляютъ его выйти впередъ поперечнаго корня: въ этомъ случаѣ мышцелокъ становится подвижною точкою кости, потому что нижняя челюсть не можетъ подняться, бывъ удерживаема силою открывшею ротъ, и вывихъ происходитъ по такому же механизму, по какому происходитъ и вывихъ плеча, при сокращеніи грудной-большой, спинной-большой и круглой-большой мышцъ, когда, при паденіи на локоть, послѣдній удерживается сопротивленіемъ земли.

Патологическая анатомія. — Когда произошелъ уже вывихъ, то въ какихъ отношеніяхъ находятся кости? По мнѣнію Бойе и большей части новѣйшихъ авторовъ, мышцелокъ нижней челюсти помѣщается впереди поперечнаго корня (основанія) скулового отростка; но Мальгень очень основательно замѣчаетъ, что при такомъ положеніи кости сохраняли бы фізіологическія свои отношенія.

*) Boyer, *Maladies chirurgicales*, 4-e édition, tome IV, p. 85.

«Я изслѣдовалъ, говоритъ онъ, на живомъ обширность движенія мышелка при опусканіи челюсти, и видѣлъ, что онъ натурально подается впередъ височнаго мышелка, оставляя позади себя очень замѣтную часть жевательной мышцы, ни сколько не мѣшающей ему возвращаться въ свою впадину; наконецъ при сильномъ придавливаніи суставныхъ поверхностей одной къ другой, когда производятъ сближеніе челюстей, очень ясно слышенъ скачокъ, который принуждены сдѣлать челюстные мышелки, чтобъ снова пройти подъ выстояніемъ височныхъ мышелковъ. Вотъ слѣдовательно любопытная вещь, нормальное положеніе, принимаемое всѣми хирургами нашего времени за вывихъ; и каждый можетъ на себѣ самомъ повторить этотъ такъ-называемый вывихъ со всѣми классическими его явленіями, исключая, разумѣется, боли и необходимости вправливанія.

«Мнѣ кажется вѣрнымъ, что при настоящемъ вывихѣ челюстные мышелки подаются гораздо болѣе кпереди, чѣмъ говорятъ объ этомъ, и что для этого нуженъ разрывъ сумки и наружной боковой связки, или ненормальное расслабленіе этихъ частей, и можетъ-быть также нѣкоторые надрывы мышечныхъ волоконъ» *).

Допуская смѣщеніе, предполагаемое авторами, нельзя, въ самомъ дѣлѣ, видѣть, что же мѣшаетъ мышелку возвратиться въ суставную впадину височной кости; потому что выстояніе, образуемое поперечнымъ корнемъ, не очень объемисто, и притомъ понятно, что если бъ это выстояніе было даже и гораздо значительнѣе, то оно не могло бы препятствовать вправливанію. Въ самомъ дѣлѣ, все въ этомъ сочлененіи, связки, сумка, мышцы, расположено такимъ образомъ, что позволяетъ легкій проходъ мышелку подъ этимъ отросткомъ. Слѣдовательно этого костяного возвышенія нельзя сравнивать, съ точки зрѣнія вправливанія, съ тѣми, которыя встрѣчаются около большей части сочлененій. Эти послѣднія потому иногда мѣшаютъ вправливанію, что смѣщенная кость должна обойти ихъ, чтобъ занять свое мѣсто, и что при этомъ движеніи натягиваются связки, мышцы и проч. Здѣсь, напротивъ, онѣ расслаблены. Что же противодѣйствуетъ вправливанію?

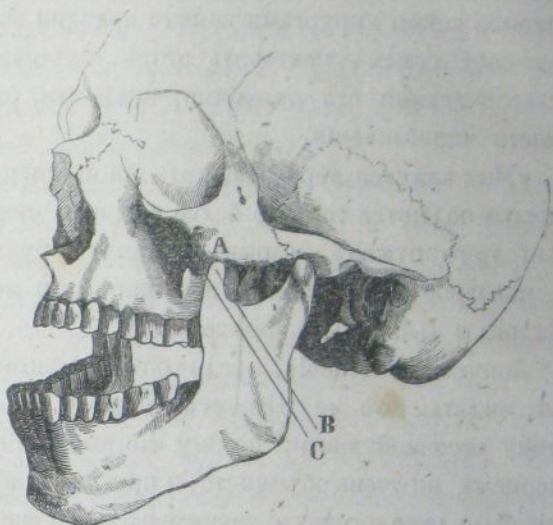
Предпринявъ нѣсколько изслѣдованій на трупѣ, съ цѣлью разрѣшенія этого вопроса, мы нашли, какъ говоритъ Мальгень, 1) что если мышелокъ челюсти находится впереди, настолько, сколько позволяетъ это слабость сумки, то смѣщеніе непремѣнно тотчасъ же уничтожается, какъ скоро сближаются зубныя дуги: выстояніе поперечнаго отростка височной кости нисколько не препятствуетъ тогда возврату челюстного мышелка на свое мѣсто; 2) что если разрѣзать переднюю часть сумки, такъ чтобъ

*) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 437.

мышцелокъ могъ выйти изъ нея и удалиться на нѣсколько миллиметровъ, то замѣчается, что смѣщеніе остается постояннымъ, не по причинѣ бугорка поперечнаго корня, а потому что верхушка вѣчнаго отростка упирается въ нижній уголъ кореннозубной кости, снаружи бугорка, происходящаго отъ соединенія этой кости съ челюстною возвышенностью, и помѣщается въ маленькой ямочкѣ, которая, мы говорили, часто бываетъ въ этой точкѣ *).

Вывихъ обоихъ челюстныхъ мышцелокъ, представленный съ боку.

- А. Нижній уголъ кореннозубной кости.
- В. Верхушка вѣчнаго отростка, находящаяся *снаружи* кореннозубнаго бугорка.
- С. Кореннозубный бугорокъ.



Это соприкосновеніе верхушки вѣчнаго отростка кажется намъ необходимымъ условіемъ существованія настоящаго вывиха, т. е. неуничтожающагося смѣщенія, и для этого смѣщенію нѣтъ надобности быть чрезмернымъ: довольно, чтобъ мышцелокъ вышелъ впередъ на 2 или на 3 миллиметра. Наружная боковая связка остается нетронутою; разорвана только передняя часть сумки; можетъ-быть даже и разрывъ сумки не всегда необходимъ, но этотъ фактъ нуждается въ повѣркѣ трупическими изслѣдованіями. Межсуставный хрящикъ сопровождаетъ мышцелокъ въ его смѣщеніи, или онъ остается подъ поперечнымъ корнемъ, смотря по тому, происходитъ ли разрывъ выше или ниже его верхняго края. Когда вывихъ происходитъ отъ наружнаго насилія, то вѣроятно верхушка вѣчнаго отростка разрываетъ нѣкоторыя волокна жевательной и височной мышцъ

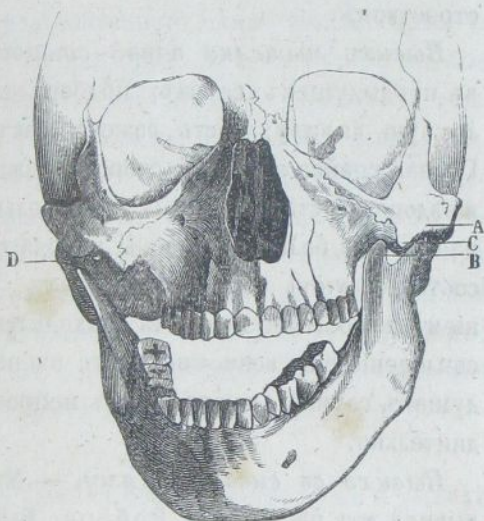
*) Вывихъ исключительно объяснялся такимъ образомъ въ наукѣ, пока Ж. Л. Пти не отвергнулъ этого объясненія и не замѣнилъ его своею, выше изложенною нами, *теоріею*.

и помѣщается въ толщѣ ихъ, что еще болѣе увеличиваетъ трудность вправливанія.

При смѣщеніи одного только мышцелка, вѣнечный отростокъ помѣщается снутри кореннозубнаго бугорка, а мышцелокъ противоположной стороны остается въ суставной своей впадинѣ и претерпѣваетъ только движеніе закручиванія.

Односторонній вывихъ лѣвой стороны.

- А. Нижній уголъ кореннозубной кости.
- В. Верхушка вѣнечнаго отростка, находящаяся *снутри* кореннозубнаго бугорка и упирающаяся на нижній край челюстной возвышенности.
- С. Кореннозубный бугорокъ.
- Д. Челюстной мышцелокъ правой стороны, лежащій въ суставной впадинѣ.



Изъ всего сказаннаго нами легко понять, что вывихъ нижней челюсти необходимо долженъ быть рѣдокъ, хотя, разумѣется, не у всѣхъ людей вѣнечный отростокъ представляетъ такую достаточную длину, чтобы доходить до кореннозубнаго бугорка. Такъ какъ у дѣтей вѣнечный отростокъ очень коротокъ, а у стариковъ онъ подается къзади, то и не удивительно, что челюстной вывихъ весьма рѣдко замѣчаемъ былъ въ этихъ возрастахъ. И мы думаемъ, что въ случаѣ Тартра, видѣвшаго, говорятъ, вывихъ челюсти у четырехмѣсячнаго ребенка, была діагностическая ошибка.

Симптоматологія. — *Вывихъ обоихъ челюстныхъ мышцелковъ.* Ротъ открытъ и не смотря на усилія больного не можетъ закрыться. Зубныя дуги впереди отдалены одна отъ другой на три или четыре сантиметра. Сзади зубы такъ стиснуты, что иногда трудно ввести туда палецъ. Зубы обѣихъ челюстей не соотвѣтствуютъ одни другимъ: нижніе подаются впередъ; каждый коренной зубъ нижней челюсти соотвѣтствуетъ задней половинѣ предыдущаго кореннаго зуба верхней челюсти. Губы не могутъ сойтись одна съ другою и непроизвольно выте-

каетъ слюна, которой отдѣленіе еще увеличивается раздраженіемъ, причиняемымъ болью. Звукосочлененіе трудно, а произношеніе слоговъ, въ которые входятъ губныя буквы, и вовсе невозможно. Глотаніе очень затруднительно. Впереди слуховаго прохода, на мѣстѣ возвышенія, образуемаго въ нормальномъ состояніи челюстнымъ мышцелкомъ, находится давленіе. Виски и щеки сплющены; височныя мышцы кажутся натянутыми и твердыми. Сквозь щеки, и особенно внутри рта, ощущается выстояніе, образуемое подавшимся вверхъ и впередъ вѣчнымъ отросткомъ.

Вывихъ мышцелка одной стороны. — Ротъ менѣе открытъ, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ; подбородокъ подался на сторону противоположную вывиху; кость кажется какъ бы повернутою около самой себя. Губная спайка здоровой стороны кажется сильно оттянутою книзу. Щека здоровой стороны впала, а на больной сторонѣ сплющена. Жевательная мышца больной стороны тверда и натянута. Нижніе глазные зубы соотвѣтствуютъ верхнимъ рѣзцамъ. Углубленіе, произведенное смѣщеніемъ челюстного мышцелка, находится только на больной сторонѣ. Звукосочлененіе еще возможно, хотя очень не достаточно. Какъ и въ предыдущемъ случаѣ, слюна течетъ произвольно, и глотаніе очень затруднительно.

Вывихъ въ височную яму. — Мы заимствуемъ явленія этой формы вывиха изъ наблюденія Робера. Вывихъ произошелъ отъ переѣзда повозочнымъ колесомъ, и былъ вмѣстѣ съ переломомъ нижней челюсти. Колесо, переломивъ нижнюю челюсть, продолжало ходъ свой и сильно сдавило лѣвую сторону челюсти, справа на лѣво, и въ это время мышцелокъ могъ выйти изъ своей суставной впадины и подняться, снаружы скуловой дуги, въ височную яму. Вѣчный отростокъ вошелъ въ височную яму, между тѣмъ какъ сигмоидальная вырѣзка перекрещивала и обнимала своей вогнутостью нижній край скуловой дуги.

Подбородокъ былъ сильно отклоненъ на лѣво и ротъ раскрытъ. «Ощупывая лѣвый високъ, говоритъ Роберъ, я чувствовалъ надъ корнемъ скуловой дуги костяную опухоль, которую, по формѣ ея, призналъ челюстнымъ мышцелкомъ, и котораго наружная оконечность обрисовывалась подъ покровами.

Неполный вывихъ, subluxation A. Купера. — Мышцелки челюсти, кажется, отдѣляются иногда отъ межсуставнаго хряща. Челюсть тогда неподвижна, ротъ слегка открытъ. А. Куперъ приписываетъ этотъ видъ смѣщенія разслабленію связокъ. Больной вдругъ чувствуетъ боль и невозможность вполнѣ закрыть ротъ. Этотъ вывихъ вправляется самъ собою, одними мышечными усиліями. Судя по формѣ височнаго челюстного сочлененія и по движеніямъ его, трудно понять неполный вывихъ. Опи-

саніе А. Купера не такъ опредѣлительно, чтобы по немъ окончательно можно было принять эту болѣзнь въ носологическій отдѣлъ вывиховъ.

Вывихи челюсти осложняются ушибомъ и переломомъ кости. Не рѣдко однако жъ больные поражаются легкими нервными припадками, или отъ боли, или отъ испуга, причиняемаго имъ происхожденіемъ вывиха.

Распознаваніе. — Послѣ представленнаго нами описанія признаковъ вывиховъ нижней челюсти, трудно предположить, чтобы эта болѣзнь могла быть смѣшана съ какою-нибудь другою; однако жъ есть примѣры діагностической ошибки: такъ вывихъ, одного изъ мышечковъ принимаемъ былъ за приступъ апоплексіи съ параличемъ больной стороны, а вывихъ на обѣихъ сторонахъ — за нервный спазмъ, контрактуру. Но внимательный хирургъ не ошибется въ распознаваніи вывиха челюсти: измѣненіе формы лица только и есть одинъ признакъ общій и параличу и вывиху, но еще и это измѣненіе не одно и то же. Притомъ, какова бы ни была болѣзнь, представляющаяся леченію, всегда возможны движенія челюсти, между тѣмъ какъ при вывихѣ они вовсе невозможны.

Приведенныхъ нами признаковъ вывиха обоихъ мышечковъ и вывиха одного только мышечка достаточно для отличія ихъ одного отъ другаго; притомъ нельзя и ошибиться, если сравнить положеніе челюстныхъ мышечковъ и вѣнечныхъ отростковъ.

Предсказаніе мало имѣетъ важности: въ слѣдствіе вывиховъ челюсти рѣдко возникаютъ какіе-нибудь припадки. Этотъ вывихъ вообще легко вправляется, и послѣ вправляванія челюсти такъ сближаются, что можетъ происходить глотаніе и даже жеваніе. Губы, также сближаясь, препятствуютъ истеченію слюны; словопроизношеніе становится менѣ труднымъ; однако жъ жеваніе все еще остается затрудненнымъ и лицо обезображеннымъ.

Вывихъ челюсти чаще можетъ-быть всѣхъ другихъ повторяется у тѣхъ людей, которые однажды уже имѣли его, и въ этомъ фактѣ можетъ-быть можно найти доказательство въ пользу выраженного нами мнѣнія, т. е. что для происхожденія этого вывиха нужно извѣстное анатомическое расположеніе, встрѣчающееся, какъ мы видѣли, не часто, и что если встрѣчается такое расположеніе, то оно всегда можетъ служить причиною повторенія той же болѣзни.

Напрасно искали мы въ музеѣ Парижскихъ госпиталей и въ Дюпюитреновомъ, столь богатомъ впрочемъ препаратами, относящимися къ болѣзнямъ костей: мы не нашли ни одного патологическаго препарата,

относящагося къ вывиху челюсти. Въ *Museum anatomicum* Вальтера говорится объ одномъ вывихѣ челюсти, хранящемся въ Берлинскомъ музее; Рибъ говоритъ объ одностороннемъ вывихѣ, представленномъ Леритъ Парижской Хирургической Академіи; но эти факты такъ не полно описаны, что не могутъ служить къ разъясненію занимающаго насъ вопроса. Монро, приводимый Бойе, думаетъ, что если вывихъ не вправить, то челюсть постепенно до того приподнимается, что верхушка вѣчнаго отростка доходить до нижняго угла скуловой кости. Но мы видѣли, что въ этомъ-то именно и состоитъ главное условіе для того, чтобъ смѣщеніе осталось постояннымъ, и потому удивительно, что эта данная, не бывшая впрочемъ неизвѣстною Бойе, не обработана была такимъ добросовѣстнымъ авторомъ, и даже вполне пройдена молчаніемъ во всѣхъ современныхъ сочиненіяхъ.

Очень вѣроятно, что вѣчный отростокъ, скуловая дуга, мышцелокъ, измѣняются въ формѣ; но нельзя описать этого измѣненія. Почему бы, напримѣръ, въ тѣхъ особенно случаяхъ, когда возстановляется жеваніе, челюстному мышцелку не выдать придаточной впадины въ передней части поперечнаго корня скуловой дуги?

Леченіе. — Вывихъ нижней челюсти долженъ быть тотчасъ вправленъ, и вправливаніе тѣмъ легче, чѣмъ вывихъ недавнѣе. Однако жъ и давніе вывихи не необходимо невправимы: такъ Донаванъ вправилъ вывихъ 90-дневной давности, Стромейеръ — 35-дневной. При настоящемъ состояніи науки нельзя сказать, до какого времени возможно возстановленіе нормальныхъ отношеній костей.

Для вправливанія вывиха нижней челюсти существуетъ одно только показаніе: высвободить верхушку вѣчнаго отростка и сообщить ему толкательное движеніе кзади въ челюстно-скуловую впадину. Вправливаніе происходитъ само-собою, однимъ мышечнымъ сокращеніемъ; оно происходитъ даже такъ быстро, что даютъ совѣтъ, поскорѣй отнимать пальцы, чтобъ ихъ не откусили.

Придуманно много способовъ для произведенія вправливанія.

Самый общепотребительный во Франціи способъ, придуманный еще въ глубокой древности, и описанный уже у Иппократа, состоитъ въ слѣдующемъ:

Раненый садится на стулъ. Голова его крѣпко удерживается помощникомъ. Хирургъ, стоя впереди больнаго, вводитъ свои большіе пальцы, ладонною ихъ поверхностью, на задніе нижніе коренные зубы. Остальные пальцы охватываютъ челюсть до подбородка. Тогда онъ сильно давитъ на нижнюю челюсть, чтобъ отдалить внизъ мышцелокъ. И когда это первое движеніе произошло, то онъ отдавливаетъ челюсть кзади,

и тотчасъ же мышечное сокращеніе возвращаетъ мыщелокъ на свое мѣсто. Чтобъ не быть укушеннымъ, совѣтуютъ обвертывать большіе пальцы тряпками. Въ этомъ нѣтъ большаго неудобства. Однако жъ я думаю, что хирургу ловче будетъ, если онъ удержится отъ этой предосторожности. Совѣтовали, кромѣ того, быстро помѣщать пальцы-между щеками и коренными зубами. Слѣдуя этому наставленію, не должно забывать, что если слишкомъ скоро оставить вывихнутую челюсть, то можно бояться, что вывихъ ея не вправится. Поэтому боязнъ быть укушеннымъ не должна вводить въ эту ошибку, потому что не должно забывать, что большой палецъ плоско лежитъ на зубахъ, и что, занимая большую поверхность, онъ не можетъ быть укушенъ слишкомъ сильно. Надобно замѣтить, что это даваемое авторами наставленіе, имѣвшее въ виду сообщить только мыщелку движеніе опусканія внизъ и толчка кзади, въ то же время служить и для высвобожденія верхушки вѣчнаго отростка, остановившагося снаружи кореннозубнаго бу-горка.

Что вывихъ вправленъ, можно узнать по слѣдующимъ признакамъ: челюсть принимаетъ нормальное свое положеніе; вдавленіе, находившееся впереди слуховаго прохода, исчезаетъ.

Когда вывихъ бываетъ только на одной сторонѣ, то разумѣется, что большой палецъ надобно вводить только съ больной стороны и производить имъ давленіе, и послѣ того, какъ мыщелокъ опустится, надобно подать его нѣсколько кзади и кнаружи. Если бъ мышцы представляли сопротивление, то не худо нѣсколько утомить ихъ влеченіями и отвратить вниманіе больного.

Другой способъ состоитъ въ дѣйствіи на подбородокъ, который, помѣстивъ клинъ между коренными зубами одной или обѣихъ сторонъ, смотря по случаямъ, подаютъ кверху. Это способъ А. Парѣ, рекомендованный въ наше время А. Куперомъ.

Хирургъ, помѣстившись впереди больного, вводитъ возможно-далеко клинъ, рукоятку ножа или куски пробки, промежъ послѣднихъ коренныхъ зубовъ больного, и одинъ помощникъ, помѣщенный сзади, посредствомъ фронды тянетъ подбородокъ кверху, или самъ хирургъ сближаетъ верхнюю челюсть съ нижнею. Въ этомъ способѣ, челюсть превращается въ рычагъ перваго рода; клинъ служитъ точкой опоры; рука—рычагъ, въ которомъ прилагается сила, и какъ она очень длинна, то и имѣетъ столько силы, чтобъ опустить вѣчный отростокъ. Если, при вывихѣ происшедшемъ за нѣсколько дней уже, нельзя произвести вправляванія сначала приведеннымъ нами способомъ, то можно, разстроивъ приращенія посредствомъ клиньевъ и фронды, окончить операцію обыкновеннымъ способомъ.

Предлагаемо также было вводить рычаги промежъ челюстей, и, между-тѣмъ какъ верхній служить точкою опоры, нижній опускается. Поэтому началу устроенъ инструментъ Стромейера. Фоксъ вправилъ вывихъ челюсти посредствомъ куска дерева, длиною въ двадцать дюймовъ. Этотъ способъ, имѣющій то же неудобство, какъ и предыдущій, можетъ быть съ пользою употребленъ только при помощи инструмента Стромейера, который можетъ скоро закрыться по окончаніи вправленія, и позволяетъ мышцѣлкѣ войти въ суставную впадину.

Пощечина по щекѣ, ударъ кулакомъ по подбородку, фронда помѣщаемая подъ челюстью и привязываемая къ колаку, и которой концы ежедневно стягиваются, для уменьшенія расхожденія, употреблялись также для вправленія вывиховъ. Однако жъ это недостаточныя средства.

Разбирая способъ дѣйствія различныхъ, указанныхъ нами, методъ, увидимъ, что однѣ, и это самыя рacionales, имѣютъ цѣлью понизить вѣнечный отростокъ и непосредственно высвободить его; другія достигаютъ той же цѣли, сообщая вѣчному отростку движеніе кзади и вверхъ, заставляющее этотъ отростокъ скользить и впадать въ скуловую ямку. Понятно однако жъ, что эти способы могутъ увеличить смѣщеніе, и что, слѣдовательно, они не безъ опасности.

По сказанному нами о точныхъ отношеніяхъ вѣчнаго отростка и кореннозубной кости чрезвычайно вѣроятно, что одинаково можно вправить вывихъ, или отдавливая вѣчные отростки прямо кзади большими пальцами, помѣщенными или внутри рта, или даже снаружы, тотчасъ подъ скуловыми костями, или упираясь другими пальцами на жевательныя стороны (*régions mastoïdiennes*).

По вправленіи вывиха, челюсть удерживается сдерживающею повязкою или фрондою. Больной, на нѣсколько дней, долженъ воздержаться отъ плотной пищи.

ГЛАВА XIX.

Вывихи позвонковъ.

Бываютъ ли вывихи позвонковъ? Если безпрекословно допустить всѣ факты, приведенные въ хирургическихъ сочиненіяхъ, то число ихъ очень значительно. Но когда подумать, что, во всѣхъ почти случаяхъ,

явленія видѣнныя при жизни могли бы также хорошо быть отнесены и къ перелому позвонковъ, и къ сотрясенію спиннаго или головнаго мозга, или даже и къ простому растяженію связокъ, и что наконецъ вскрытіе, въ большей части случаевъ, не разбѣвало діагностическихъ сомнѣній, то по неволѣ надобно быть очень осмотрительнымъ касательно наблюденій, такъ во многомъ еще нуждающихся для своей очевидности. Однако жъ, слишкомъ легко допуская эти вывихи въ случаяхъ, гдѣ ихъ не было, надобно остерегаться впасть въ противную крайность. Со времени Иппократа повторяется, что вывихи позвонковъ невозможны безъ предварительнаго перелома. Расположеніе суставныхъ поверхностей, очень ограниченная подвижность ихъ, сила соединяющихъ ихъ связокъ, сильныя мышцы ихъ окружающія, и т. п., причины, конечно, очень достаточныя, но онѣ не должны однако жъ мѣшать намъ вѣрить очевидности фактовъ *). Не всѣ, конечно, позвонки представляютъ одинаковыя анатомическія условія, и доказательство — шейные позвонки; но въ наукѣ есть теперь достовѣрные примѣры чистыхъ вывиховъ, безъ переломовъ, равно какъ очень много и такихъ примѣровъ, въ которыхъ вывихъ сопровождается былъ маленькими переломами.

Эти вывихи никогда не бываютъ полными, и легко понять почему. Для этого, въ самомъ дѣлѣ, нужно бы было такое насиліе, которое бы скорѣе раздробило кость, чѣмъ вполне вытѣснило позвонокъ изъ занимаемаго имъ положенія. Поэтому смѣщеніе бываетъ только частное, и переходитъ ли тѣло верхняго позвонка впередъ за тѣло позвонка нижняго, или вывихается одинъ суставный отростокъ, какъ это случалось въ шейной створѣ, каналъ вообще такъ широкъ, что спинной мозгъ не очень прижимается, и это объясняетъ, почему нѣкоторые больные могли пережить подобный вывихъ, даже не вправленный.

§ I. Вывихъ атланта отъ затылочной кости.

Этотъ вывихъ чрезвычайно рѣдокъ, по причинѣ крѣпости соединительныхъ средствъ и подвижности атлanto-осевиднаго сочлененія, болѣе, кажется, расположеннаго къ вывихамъ. Отъ того Бойѣ считалъ почти невозможнымъ, чтобъ онъ произошелъ отъ наружнаго насилія. Един-

*) Бувье и Мезонабъ пробовали нѣсколько опытовъ, съ цѣлью опредѣлить, какую могутъ вынести силу влеченія разныя части позвоночнаго столба, безъ разрыва фибро-хрящей. Мезонабъ нашелъ, что шейная сторона можетъ вынести тяжесть 100 фунтовъ, спинная сторона 150 фунтовъ, а поясничная около 250 фунтовъ, не считая тяжести тѣла. Результаты Бувье не сходны съ предыдущими, потому что, удаливъ всѣ позвоночныя мышцы трупа, онъ привѣшивалъ его за голову и привязывалъ къ чресламъ 300 фунтовъ, не производя разрыва.

ственный примѣръ его, упоминаемый въ новѣйшихъ хирургическихъ сочиненіяхъ, принадлежить Лассусу. Вотъ какъ описываетъ его Ле-велье:

«Лассусъ пишетъ, что пукъ ячменя упалъ съ высоты 15 или 16 футовъ на шею одного молодаго человѣка, который стоялъ наклонивъ голову впередъ. Въ ту же минуту произошли: потеря сознанія и рѣчи, постоянное наклоненіе головы впередъ и нѣсколько вѣтво, полуоткрытіе рта, неподвижность челюсти и конвульсіи верхнихъ членовъ, а черезъ пять или шесть часовъ послѣ происшествія — смерть. При вскрытіи нашли оба мыщелка затылочной кости разъединенными и отошедшими на 3 или 4 линіи отъ соответственныхъ поверхностей атланта. Правая позвоночная артерія была разорвана *).»

Мы думаемъ, что другимъ примѣромъ этого вывиха можно считать фактъ, приведенный Палеттою. Поврежденіе было сложно, но мы приведемъ только то, что относится къ нашему предмету **):

«Здоровый поселянинъ, упавъ съ высоты орѣшныи, ударился шею о землю; первые дни онъ провелъ дома.... Въ госпиталь приведенъ онъ былъ, сохраняя самосознаніе, но безъ пульса, въ состояніи чрезвычайной слабости, вовсе безъ силъ и съ параличемъ мочевого пузыря и нижнихъ членовъ.... Онъ умеръ черезъ пять дней послѣ своего паденія. Отнявъ мышцы шейной стороны, нашли поперечный переломъ четвертаго позвонка. Отъ передней части окружности его отдѣлился отломокъ, однако жъ положеніе его не было измѣнено.... Атлантъ былъ смѣщенъ, и его сочлененіе съ затылочною костью было вывихнуто.»

Вотъ почти всѣ вѣрные факты, которыми владѣетъ наука. Поэтому въ настоящее время трудно представить полную исторію поврежденія, которое случилось такъ рѣдко и наблюдаемо было такъ неполно.

§ II. Вывихи осе-атлантные.

Эти вывихи чаще предыдущихъ, и однако жъ, смотря на средства соединенія втораго позвонка съ атлантомъ и затылочною костью, трудно повѣрить, что они могутъ произойти. Но, съ другой стороны, суставная поверхность атланта и оси плоски, горизонтальны и слегка наклонены кнаружи; атлантъ не имѣетъ собственно-такъ-называемыхъ бляшекъ, остистаго отростка, тѣла, а слѣдовательно и желтой связки, ни фиброхряща. Отсюда и происходитъ, что здѣсь возможны движенія по всѣмъ направленіямъ и что чрезмѣрность этихъ движеній можетъ способствовать происхожденію вывиховъ его.

*) Léveillé, *Nouvelle doctrine chirurgicale*, tome II, p. 63.

**) Paletta, *Exercitationes pathologicae*, p. 234.

Этіологія и механизмъ. — Ихъ встрѣчали вотъ при какихъ обстоятельствахъ: при паденіяхъ головою съ высоты, или при сильныхъ ударахъ по задней части шеи или головы. Сильное потрясеніе послѣдней, когда ее нечаянно толкають впередъ, можетъ также произвести вывихъ. Таковъ былъ случай у раненнаго Ч. Белля, который хотѣлъ перенести телѣжку на тротуаръ. То же бываетъ при сильномъ поворачиваніи шеи, особенно когда къ этому заворачиванію присоединяется сильное влеченіе головы, какъ напримѣръ у животныхъ, которыхъ убиваютъ вдругъ потянувъ, въ противоположномъ направленіи, за голову и за хвостъ. По словамъ нѣкоторыхъ авторовъ, соединеніе обоихъ этихъ движеній влеченія и заворачиванія или закручиванія шеи дѣлаетъ вывихи очень обыкновенными у повѣшенныхъ. Но самый фактъ этихъ вывиховъ былъ справедливо оспариваемъ у этихъ несчастныхъ. На какомъ, въ самомъ дѣлѣ, основаніи допускали его? на убѣжденіи Луи, можетъ-быть даже не относящемся къ осе-атлантному вывиху, потому что Луи говорить только *о вывихѣ головы или полувывихѣ перваго позвонка*, вывихъ, не доказанномъ притомъ и вскрытіемъ. Еще болѣе, Реальдусъ Колумбусъ, вскрывавшій казненныхъ въ Пизѣ, Римѣ и Падуѣ, формально говорить, что атлантъ и ось скорѣе ломаются, чѣмъ вывихаются. Однако жъ Дюмериль видѣлъ происхожденіе этого вывиха при произвольномъ повѣшеніи. Наконецъ въ другихъ случаяхъ, влеченіе сопровождается быстрыми движеніями, производимыми субъектомъ, котораго держатъ на вѣсу, какъ это повидимому было у ребенка, приводимаго Ж. Л. Пти. Этотъ ребенокъ имѣлъ отъ пяти до шести лѣтъ; схваченный за переднюю и заднюю часть головы, онъ приподнятъ былъ отъ земли, и, дѣлая разныя движенія чтобъ высвободиться, тотчасъ же умеръ. Былъ ли дѣйствительно въ этомъ случаѣ вывихъ оси отъ атланта? Сомнительная вещь, и Бойѣ справедливо сожалѣлъ, что свойство разстройства не повѣрено было анатомическимъ изслѣдованіемъ. Прибавимъ еще, оканчивая эту этіологію, что Бишъ считаетъ также причиною этихъ вывиховъ кувырканье черезъ голову.

По какому механизму происходитъ смѣщеніе? его объясняли различнымъ образомъ. Или нетронутый зубовидный отростокъ подается кзади; слѣдовательно долженъ быть разрывъ поперечной, боковыхъ и прибавочной связокъ. Но такой механизмъ предполагаетъ чрезмѣрное насиліе; отъ того это и самый рѣдкій случай. Или смѣщеніе происходитъ, и гораздо чаще, отъ усиленнаго поворота головы. Этотъ поворотъ, въ самомъ дѣлѣ, не можетъ превышать четверти круга безъ расхожденія суставныхъ осе-атлантныхъ отростковъ и безъ помѣщенія ихъ одного впереди другаго; атлантныя связки тогда натягиваются и даже иногда разрываются. Если къ повороту головы присоединяется боковое наклоненіе,

то насиліе дѣйствуетъ только на одну изъ боковыхъ связокъ; разрывъ тогда еще легче; а когда уступаетъ одна связка, то въ свою очередь уступаетъ и другая. Мы не настаиваемъ на этомъ механизмѣ; потому что здѣсь больше гипотезъ, чѣмъ достовѣрныхъ фактовъ.

Симптоматологія. — Явленія, приписываемыя этому вывиху, суть слѣдующія: необыкновенная подвижность головы, наклоненной впередъ, вздутое лицо съ выпученными глазами, открытый ротъ, малость и рѣдкость пульса, потеря движенія и чувствительности, всего чаще мгновенная смерть, отъ прижатія или разрыва спинного мозга. Кромѣ того распознаваніе поясняется еще свойствомъ насилія, которому подвергся раненый.

Предсказаніе чрезвычайно важно, и это легко понять, потому что этотъ вывихъ, въ большей части случаевъ, оканчивается мгновенною смертью.

Такой исходъ почти освобождаетъ насъ отъ постановленія леченія. Скажемъ только, что еслибъ больной пережилъ подобный вывихъ и жизнь его не была бы, по видимому, въ опасности, то должно воздерживаться отъ всякой попытки вправленія, подъ опасеніемъ возобновить всѣ припадки, отъ которыхъ больной избавился; но еслибъ парализованы были члены и сфинктеры, дыханіе значительно затруднено, потеряно сомознаніе, однимъ словомъ были бы признаки неминуемо угрожающей смерти, то безъ замедленія должно попробовать вправленіе. Достигнувъ вправленія, должно располагать дальнѣйшее леченіе по спеціальнымъ показаніямъ.

§ III. Вывихи пяти нижнихъ шейныхъ позвонковъ.

Поврежденіе можетъ быть или въ одномъ изъ сочлененій, соединяющихъ съ каждой стороны суставные отростки позвонковъ, или въ одно и то же время въ обоихъ вмѣстѣ, т. е. вывихъ можетъ быть *односторонній* или *обоесторонній*. Въ томъ и другомъ случаѣ также болѣе или менѣе смѣщается и самое тѣло позвонка.

Этіологія и механизмъ. — По словамъ Дюпюитрена, эти вывихи не могутъ произойти безъ предварительнаго перелома; но такое мнѣніе опровергается фактами *). Въ самомъ дѣлѣ, этотъ вывихъ происходитъ при усиленныхъ движеніяхъ сгибанія, разгибанія или бокового склоненія шейныхъ позвонковъ. Такъ, когда дѣти кувыркаются черезъ голову или становятся на голову вверхъ ногами, то, если шея слишкомъ слаба для того чтобъ вынести тяжесть тѣла, происходитъ въ то же вре-

*) Которые приводили J. Roux, Vanheddeghem, Stephens, S. Stanley, Ferreté, Scherh, Willfeld и dpyrie.

мя движеніе сгибанія и наклоненія головы, много способствующее вывиху.

Самый замѣчательный примѣръ вывиха, происшедшаго отъ усиленнаго разгибанія, представленъ у Палетты, и мы почти буквально приведемъ его. 20 августа 1803, привезенъ былъ въ Миланскій госпиталь одинъ лакей, который годъ тому назадъ хотѣлъ повѣситься, но ему помѣшали въ этомъ сосѣди. При вступленіи своемъ въ госпиталь, онъ находился въ слѣдующемъ состояніи: параличъ верхнихъ и нижнихъ членовъ, съ сохраненіемъ языка и разсудка; шея поворочена вправо, а голова нѣсколько запрокинута кзади. Чрезъ нѣсколько дней наступила смерть, и тогда узнали, что больной упалъ изъ своей кровати, съ головою запрокинутою кзади. Палетта подозрѣвалъ, что онъ покушался убить себя, загибая тѣло свое кзади, расположивъ шею дугою круга, и бросившись такимъ образомъ, чтобъ голова уперлась въ землю, какъ въ одну неподвижную точку, а ноги въ другую точку, и сдавили бы шею между двумя равными и противоположными силами, отъ чего и произошло поврежденіе, котораго распознаваніе не замедлило поясниться вскрытіемъ трупа. Въ самомъ дѣлѣ, удаливъ мышцы передней части позвоночнаго столба, нашли раздѣленіе цѣлости передней связки на высотѣ третьяго и четвертаго шейнаго позвонка и *третій позвонокъ отдѣленъ былъ отъ этого послѣдняго съ хрящемъ своимъ*. Въ то же время позвонки претерпѣли такое уклоненіе, что третій шейный съ первымъ и вторымъ подались направо, между-тѣмъ какъ четвертый съ нижними налѣво. Патологическая анатомія лучше и не могла показать, какъ основательны были опасенія Палетты.

Этотъ вывихъ можетъ произойти и отъ одного мышечнаго сокращенія. Дезо въ своихъ лекціяхъ приводилъ примѣръ одного адвоката, который вывихнулъ себѣ позвонки, вдругъ повернувши голову, чтобъ увидѣть особу находившуюся позади его. Шопаръ, по словамъ Бойё, также видѣлъ подобное смѣщеніе отъ одного мышечнаго сокращенія.

Симптоматологія. — Вывихъ этихъ позвонковъ узнается по слѣдующимъ явленіямъ: голова не сохраняетъ своего обыкновеннаго положенія. Такъ, при вывихѣ одного только суставнаго отростка, лицо поворачивается въ сторону противоположную вывиху, голова склоняется на бокъ и ея почти невозможно выпрямить. По словамъ Бойё, она наклоняется на здоровую сторону; у одного больного, котораго шейный столбъ Мишонъ показывалъ Хирургическому Обществу, она напротивъ подавалась къ сторонѣ вывиха, такъ что шейная сторона представляла съ этой стороны вогнутость. Но при вывихѣ обоихъ отростковъ бываетъ прямое сгибаніе клереди, такъ что подбородокъ сближается съ грудиною. Позади шеи находится родъ горба, выпуклость, образуемая

остистымъ отросткомъ позвонка, лежащаго ниже вывихнутаго. Мальгенъ указалъ, кромѣ того, еще на одно очень важное явленіе, именно измѣненіе формы передней поверхности шейнаго столба, которое легко распознать, проведя палецъ къ задней стѣнкѣ глотки. Это изслѣдованіе вообще дѣлается довольно легко и удобно. Упоминается, кромѣ того, объ ощущеніи, въ моментъ происшествія, боли сопровождаемой извѣстнымъ шумомъ или трескомъ разрыва, который больной относитъ къ задней или боковой части шеи, на различной высотѣ, смотря по позвонку, который вывихается. Эта боль, по словамъ Ж. Л. Пти, становится значительнѣе, если сгибать спину больного, потому что при сгибаніи еще удлинняются связки и разгибающія мышцы, уже чрезмерно натянутыя. По противоположной причинѣ, больной чувствуетъ нѣкоторое облегченіе при выпрямленіи позвоночнаго столба. Часто, даже въ моментъ самаго происшествія, происходитъ болѣе или менѣе полный параличъ чувства и движенія; иногда однако жъ онъ обнаруживается только по истеченіи нѣкотораго времени. Бойѣ думалъ, что этотъ параличъ, равно какъ и всякое другое разстройство нервной системы, никогда не наступаетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вывихъ бываетъ только на одномъ изъ косыхъ отростковъ. Однако жъ Монтежжіа видѣлъ одинъ случай этого рода, и потомъ приводитъ другой изъ Шенкіуса. Въ одномъ изъ этихъ двухъ случаевъ, параличъ находился на вынуклой сторонѣ шеи, а въ другомъ на вогнутой, что и заставило Монтежжіа думать, будто параличъ можетъ зависѣть то отъ сжатія, то отъ растяженія нервовъ или одной части спиннаго мозга. Мишонъ, какъ мы говорили выше, показывалъ Хирургическому Обществу позвоночный столбъ, на которомъ видѣнъ былъ односторонній вывихъ четвертаго шейнаго позвонка отъ пятаго. Хотя смѣщенъ былъ одинъ только суставный отростокъ и лежалъ тотчасъ впереди отростка нижняго позвонка, но здѣсь былъ параличъ верхнихъ и нижнихъ членовъ. Поэтому мы видимъ, что если мнѣніе Бойѣ не совершенно ложно, то невѣрно тѣмъ уже, что слишкомъ исключительно.

Предсказаніе очень важно, менѣе однако жъ, чѣмъ при вывихахъ атланта и оси.

Леченіе.—Во многихъ случаяхъ вправленіе предпринимаемо было съ успѣхомъ. Однако жъ, какъ распознаваніе почти всегда представляетъ нѣкоторую неувѣренность, что можетъ-быть здѣсь есть переломъ, осложняющій вывихъ, и что попытки вправленія могли бы произвести важные и опасные припадки, даже смертельную опасность, то всегда благоразумнѣе будетъ воздержаться отъ него, если только, какъ мы выше говорили, больному не угрожаетъ смерть или важный параличъ. Для достиженія этого вправленія, объ опасностяхъ котораго всегда напе-

редѣ должно предупредить окружающихъ больного, должно выпрямить шейный столбъ и сообщить головѣ поворотное движеніе, чтобъ возвратить ее къ нормальному ея направленію.

ГЛАВА XX.

Вывихи реберъ.

Объ этихъ вывихахъ мы скажемъ только нѣсколько словъ. Впрочемъ нельзя и описывать ихъ, по малому числу извѣстныхъ фактовъ, очень плохо описанныхъ и интересныхъ потому только, что они доказываютъ возможность вывиха реберъ съ значительными поврежденіями.

А. Парѣ допускаетъ возможность вывиховъ реберъ. Онъ описываетъ явленія ихъ и указываетъ много средствъ вправливанія, но не подтверждаетъ этого ни однимъ наблюденіемъ. Ж. Л. Пти не говоритъ ни слова объ этомъ рода раненіи. Хирургическая (парижская) академія, по одному наблюденію, представленному Бюттѣ, слишкомъ легко допустила доктрину, которую при нѣсколько большемъ вниманіи слѣдовало бы отвергнуть. Въ самомъ дѣлѣ, въ представленномъ ей случаѣ были признаки только перелома ребра, и больной выздоровѣлъ. Мы не будемъ останавливаться на опроверженіи наблюденія Бюттѣ, потому что нужно было бы повторить все то, что говорилъ о немъ Бойѣ *).

А. Куперъ допускаетъ, тоже не приводя ни одного наблюденія, что, при паденіи спиной и бокомъ на выдающееся тѣло, можно произвести вывихъ ребра. Это конечно не невозможно; но какъ ребро защищается при этомъ позвонками, то головка его не можетъ удариться, такъ что упругость и крѣпость сочлененій ихъ съ поперечными отростками и тѣлами позвонковъ, дѣлаютъ чрезвычайно трудными эти вывихи, если только не бываетъ чрезмѣрныхъ поврежденій.

По мнѣнію А. Купера, грудинный конецъ реберъ повидимому часто вывихается отъ хрящей своихъ. Этому разстройству, приписываемому паденію, подвергаются шестой, седьмой и осьмой хрящи. Въ этихъ случаяхъ кривизна реберъ уменьшается и боковая ихъ часть сплющивается, слѣдовательно грудинный конецъ ихъ и хрящи подаются впередъ; такой видъ, прибавляетъ А. Куперъ, есть слѣдствіе врожденной неправильности, а не вывихъ ребра.

Тотъ же авторъ говоритъ еще, что, въ слѣдствіе наружнаго насилія, грудинный конецъ ребра можетъ отдѣлиться отъ своего хряща; въ этомъ

*) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, tome IV, p. 124.

случаѣ, принимаемомъ впрочемъ англійскимъ хирургомъ за переломъ ребра, вывихи должно допускать только съ величайшею осмотрительностью. Въ самомъ дѣлѣ, если пробовать отдѣлить ребро отъ своего хряща, то это достигается съ величайшимъ только усиленіемъ, и всегда остается костяная пластинка, правда иногда очень тонкая, въ соединеніи съ хрящемъ: слѣдовательно здѣсь происходитъ переломъ, а не вывихъ.

И такъ анатомія и клиническое наблюденіе позволяли уже отвергнуть возможность ребернаго вывиха, когда, въ *Gazette médicale* 1834, появилось наблюденіе, доказывавшее, что ребра могутъ вывихаться, но все же не много разъяснившее вопросъ.

Одинъ здоровый молодой человекъ упалъ въ яму, изъ которой добывали глину. Онъ найденъ былъ тамъ чрезъ два часа послѣ происшествія съ параплегією и болью въ спинѣ. Въ окружности послѣдняго спиннаго позвонка замѣчалась опухоль величиною съ кулакъ; свойство происшествія, параплегія, заставляли бояться перелома позвоночнаго столба.

Чрезъ четырнадцать дней послѣ того, больному стало лучше, опухоль спины уменьшилась, и *распознали вывихъ одиннадцатаго ребра*. На другой день больной умеръ. При вскрытіи, «позвоночный столбъ, отдѣленный отъ туловища, представлялъ на десятомъ и одиннадцатомъ позвонкѣ только слабое приращеніе, принадлежащее мышечнымъ волокнамъ и разорваннымъ связкамъ. Раздѣливъ эти средства соединенія, нашли межпозвоночный хрящъ почти вполне разстроеннымъ, лѣвое одиннадцатое ребро *вывихнутымъ*; ребро правой стороны соединялось съ отломкомъ переломленнаго одиннадцатаго спиннаго позвонка; верхній суставный отростокъ этого позвонка разломанъ, спинной мозгъ, равно какъ и твердая его оболочка, разорваны, концы обоихъ двѣнадцатыхъ реберъ, и поперечные отростки одиннадцатаго позвонка, также переломлены....»

Какъ же можно было, среди подобнаго расстройства, распознать при жизни вывихъ одиннадцатаго ребра? И по какимъ признакамъ? Авторъ не говоритъ объ этомъ ни слова; хирургъ пользовался, кажется, только однимъ счастливымъ случаемъ: поэтому приведенное наблюденіе потому только кажется намъ важнымъ, что указываетъ на возможность вывиха ребра. Касательно распознаванія оно бесполезно, потому что не представляетъ ни одного признака, по которому можно было бы впередъ отличить это поврежденіе.

Хрящи нѣкоторыхъ реберъ расположены къ смѣщеніямъ, которыя можно помѣстить между вывихами. Хрящевыя продолженія шестаго, седьмаго, осьмаго и девятаго реберъ сочленены между собою краями своими; нижній край шестаго съ верхнимъ седьмаго и т. д.: рѣдкіе фиброзные пучки, идущіе отъ одного хряща къ другому отъ синовіальныхъ

оболочекъ, составляютъ единственный, соединяющій ихъ, связочный аппаратъ. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, между которыми должно привести Бойё, при сильномъ заворотѣ туловища кзади и при угрожающемъ паденіи на эту сторону, внезапное сокращеніе брюшныхъ мышцъ, и особенно прямыхъ мышцъ, стремится разорвать связочныя волокна, соединяющія хрящи, отталкивая ихъ кзади. Нижній хрящъ отходитъ при усилии кзади, и, приподнимаясь потомъ, заходитъ впередъ верхняго, казавшагося смѣщеннымъ. Признаки этого страданія суть: сильная боль въ раненой сторонѣ, выстояніе хряща, трудность дыханія. Для вправливанія, довольно сдвинуть выдающійся хрящъ, заставляя слегка запрокидывать туловище кзади; этому дѣйствію, въ случаѣ надобности, можно помогать правильно-совершаемымъ давленіемъ. Впрочемъ всего чаще достаточно однихъ дыхательныхъ движеній, для возвращенія частей въ ихъ нормальное положеніе.

ГЛАВА XXI.

Вывихи грудины.

Классическіе авторы не описывали этихъ вывиховъ до конца послѣдняго вѣка. Въ это время руанскій хирургъ Орранъ обнародовалъ первое, сколько я знаю, касающееся ихъ наблюденіе *).

Но и это наблюденіе почти забылось уже, когда Мезонёвъ; по случаю двухъ примѣровъ, почти въ одно время представившихся въ парижскомъ Hôtel-Dieu, представилъ трактатъ о вывихахъ грудины **). Въ этомъ трактатѣ, независимо отъ обоихъ наблюденій Мезонёва, находится описаніе одного препарата Дюпюитренова музея, и еще одно наблюденіе Манури и Тора. Наконецъ, нѣсколько мѣсяцовъ спустя послѣ обнародованія мемуара Мезонёва, Драшъ представилъ Медицинской Академіи одного мужчину, у котораго можно было распознать вывихъ кпереди и кверху второй части грудины отъ первой. И вотъ всѣ шесть случаевъ, которыми владѣетъ наука. Мы представимъ ихъ здѣсь съ общей точки зрѣнія.

Но сперва должно изслѣдовать это поврежденіе подъ тѣмъ именемъ, которое далъ ему Орранъ, т. е. другими словами, бываетъ ли здѣсь настоящій вывихъ, или это не иное что, какъ простой переломъ?

*) Aurran, *Journal général de médecine*, 1773, vol. XXX.

**) Maisonneuve, *Archives gén. de médecine*, 1842; et *Annales de l'anatomie et de la physiologie pathologiques*, Paris, 1843.

Грудина состоитъ изъ трехъ частей, которыя, идя сверху внизъ, называются: 1. рукояткою, 2. тѣломъ кости и 3. остриемъ. Эти три кости сочленены между собою: отсюда очевидно, что если смѣщеніе происходитъ на высотѣ этихъ сочлененій, безъ всякаго нарушенія цѣлости костной ткани и прежде окостенѣнія уровня ихъ, происходящаго съ возрастомъ, то здѣсь будетъ настоящій вывихъ, а не переломъ. И изслѣдованіе приведенныхъ наблюденій рѣшаетъ вопросъ такъ, какъ рѣшили его Орранъ и Мезонёвъ, т. е. что здѣсь бываетъ настоящій вывихъ.

До сихъ поръ мы знаемъ только одну разность его, составляемую захожденіемъ второй кости напередъ первой, и это-то Мезонёвъ называлъ *вывихомъ тѣла грудины кпереди* (см. рисунокъ).



Мы не отвергаемъ возможности вывиха кзади, но до сихъ поръ нѣтъ достовѣрнаго примѣра его.

Этіологія и механизмъ. — Между причинами этого вывиха, однѣ, бываютъ предрасполагающими, другія случайными.

Возрастъ не остается безъ вліянія. Въ самомъ дѣлѣ, въ дѣтствѣ кости гибки, и эта гибкость уступаетъ насиліямъ; въ старости верхнее сочлененіе грудины становится неподвижнымъ, окостенѣваетъ, и отсюда переломъ, а не вывихъ. Поэтому въ молодости и зрѣломъ возрастѣ обыкновенно бываютъ эти смѣщенія, и предыдущія наблюденія относились именно къ этому возрасту.

Неправильная подвижность, существующая въ грудинномъ верхнемъ сочлененіи, врожденная ли она, или случайная, одинаково располагаетъ къ вывиху. Такъ, у одного молодого человѣка 23-хъ лѣтъ, имѣвшаго на высотѣ средней части грудины боль венерическаго происхожденія, сильное и повторенное давленіе рукою этой кости, съ цѣлью утишить боль, произвело разъединеніе обѣихъ первыхъ частей кости.

Случайныя причины дѣйствуютъ *прямо* или *непрямо*. Единственный примѣръ вывиха, произведенный прямою причиною, есть тотъ, который представленъ Орраномъ. Поврежденіе произведено было прямымъ давленіемъ лѣстничной перекладки на верхнюю грудинную кость, отдавившей ее къ позвоночному столбу. Непрямыя причины гораздо многочисленнѣе; онѣ всегда дѣйствуютъ, по Мезонёву, давя на грудину по обоимъ концамъ ея, какъ напримѣръ при паденіи на зашеекъ или на

плечи; тогда, въ самомъ дѣлѣ, лопатка, упираясь въ землю, встрѣчаетъ сопротивленіе, которое и передается чрезъ ключицу верхней части грудины; а, съ другой стороны, ребра сообщаютъ нижней части этой кости чрезмѣрное давленіе тяжести тѣла, увеличенной всей скоростью, которую пріобрѣтаетъ оно, падая съ высоты. Это давленіе будетъ еще сильнѣе, если позвоночный столбъ уступаетъ въ средней точкѣ между верхними и нижними ребрами, потому что тогда онъ, сгибаясь, переноситъ на грудную часть назначеннаго ему толчка. Этотъ механизмъ, указанный Мезонёвомъ, кажется намъ очень достовѣрнымъ; только трудно понять вывихъ въ тѣхъ случаяхъ, когда паденіе дѣйствуетъ на нижнюю часть позвоночника.

Патологическая анатомія. — Вотъ что замѣчено въ вышеупомянутыхъ нами наблюденіяхъ. Хрящи обоихъ первыхъ реберъ остаются сочлененными съ рукояткою грудины, но отдѣляются отъ тѣла кости; и это понятно, потому что хрящъ втораго ребра почти исключительно сочленяется съ рукояткою и касается тѣла кости только очень небольшою поверхностью. Большой передній связочный аппаратъ (названіе, данное Меккелемъ бѣловатымъ волокнамъ, находящимся на передней поверхности грудины) надрывается, разрывается, между-тѣмъ какъ задній просто отслаивается. Реберный хрящъ можетъ сломаться или отдавиться, встрѣчаясь съ хрящемъ другаго ребра. Это отдавленіе, въ одномъ случаѣ Мезонёва, было болѣе, чѣмъ на одинъ сантиметръ. Наконецъ упомянемъ еще о разстройствахъ, происходящихъ въ частяхъ скелета, чрезъ которыя проходитъ толчокъ (переломъ ключицы, позвоночнаго столба, и пр.) и во внутренностяхъ (разрывъ печени, излитіе въ мозгъ, въ позвоночномъ каналѣ, и пр.); но эти разстройства больше относятся къ общему потрясенію, чѣмъ къ вывиху грудины.

Симптоматологія. — Больные жалуются на боль на высотѣ сочлененія обоихъ первыхъ частей грудины. Эта боль усиливается отъ давленія и дыхательныхъ движеній; она приписывается разрыву мягкихъ частей и давленію смѣщенныхъ костей. Грудина укорачивается, но этотъ признакъ гораздо замѣтнѣе на взглядъ, чѣмъ для измѣренія; голова сильно наклоняется впередъ; больной сгибается (сгорбливается) и не можетъ выпрямиться. Отъ этого сгибанія необходимо происходитъ выгибъ позвоночника и выстояніе остистыхъ отростковъ на высотѣ точки сгибанія. Въ то же время нижнія ребра значительно выдаются впередъ; оба первая, напротивъ, кажутся отдавшимися къ спинѣ. Наконецъ тѣло кости, помѣщаясь впереди рукоятки, образуетъ тамъ опухоль, замѣтную и на взглядъ и на оцупъ, вдругъ оканчивающуюся на верхней ея части, куда углубляется палецъ и ощущаетъ поперечное вдавленіе, въ глубинѣ котораго чувствуется твердое и неподатливое тѣло — рукоятка грудины

Прибавимъ, что хрящи третьяго, четвертаго, пятаго реберъ, увлекаемые тѣломъ кости въ восходящемъ его движеніи, такъ же, какъ и оно, неправильно выдаются впередъ, что противорѣчитъ вдавленію обоихъ первыхъ реберъ, не измѣнившихъ своего положенія.

Распознаваніе. — Вывиха грудины нельзя смѣшать съ простымъ ушибомъ, по причинѣ отсутствія смѣщенія въ этомъ послѣднемъ. Легче принять его за переломъ, и даже вѣроятно, что такія ошибки долго дѣлались. Но въ переломѣ менѣе значительно бываетъ измѣненіе формы; и въ томъ случаѣ, когда нижній отломокъ выставился бы впередъ верхней доли грудины, можно ощупать неровности на его верхнемъ краѣ, вмѣсто этой гладкой поверхности, чувствуемой тамъ при вывихѣ; и притомъ, этотъ нижній отломокъ не можетъ и подняться такъ высоко надъ хрящами вторыхъ реберъ.

Предсказаніе важно только по причинѣ случайныхъ, сопровождающихъ его, поврежденій, потому что, избавившись отъ всякаго осложненія, онъ довольно легко можетъ быть вправленъ. Однако жъ въ случаѣ Драша вправление было невозможно, но больной отдѣлся однимъ только обезображеніемъ груди.

Леченіе. — Должно вправить вывихъ. Для этого Мезонѣвъ совѣтуетъ привести туловище въ разгибаніе, потомъ перегнуть его кзади, одной рукою давя на подбородокъ, а другою на лонное соединеніе. Если этого маневра недостаточно, то ему помогаютъ осторожными давленіями сверху внизъ на верхушку нижней части кости или на боковыя стороны груди, какъ это совѣтовалось прежде. Цѣль этихъ послѣднихъ давленій — удлинить нижнія ребра, уменьшая кривизну ихъ, и слѣдовательно высвободить вывихнутую кость, подавая ее кпереди. Произведенное вправляніе легко поддержать посредствомъ градусныхъ компрессовъ, наложенныхъ на нижній отломокъ и сдерживаемыхъ сильно стянутою повязкою тѣла.

ГЛАВА XXII.

Вывихи таза.

Не смотря на обширность суставныхъ поверхностей и крѣпость связей, соединяющихъ крестецъ съ подвздошными костями, иногда наблюдаемы были вывихи таза.

Въ послѣднее время беременности, и въ первое время послѣ родовъ, часто замѣчаемо было иногда довольно значительное расхожденіе лон-

ныхъ и подвздошныхъ костей. Мы не должны принимать этого явленія за вывихъ, а потому и не будемъ его описывать; замѣтимъ только, что это разстройство можетъ существовать въ продолженіе довольно долгаго времени, и даже иногда повести за собою непріятныя обстоятельства, которыя мы описали уже (см. выше, стр. 141) между явленіями, принадлежащими крестцо-чресленной болѣзни.

Можно допустить нѣсколько видовъ вывиха таза: 1) вывихъ крестца отъ подвздошныхъ костей; 2) вывихъ лоннаго симфиза, и, смотря по тому, выше или ниже лежитъ поврежденная лонная кость въ отношеніи къ кости противоположной стороны, можно сказать, что это вывихъ вверхъ или внизъ.

Этіологія и механизмъ — Мы говорили уже, что паденіе тяжелаго тѣла на крестецъ можетъ произвести вывихъ костей таза, какъ это и было у одного мужчины, по имени Биная. «Послѣдній несъ на спинѣ мѣшокъ ржи, вѣсомъ въ 350 фунтовъ, и хотѣлъ положить его на телѣжку, на задокъ которой оперся сперва руками, а потомъ положилъ голову на свои руки, чтобъ привести туловище почти въ горизонтальное положеніе. Другой мужчина, бывшій на повозкѣ, долженъ былъ поднять мѣшокъ, и, выпрямивши его, перевалить на повозку; но едва только онъ приподнялъ его, какъ онъ вырвался у него изъ рукъ и упалъ прямо на спину Биная, неуспѣвшаго отсторониться» *). При вскрытіи нашли разъединеніе одного изъ крестцо-подвздошныхъ симфизовъ. Въ этомъ случаѣ, мѣшокъ ржи долженъ былъ однимъ изъ угловъ своихъ упасть на одну изъ сторонъ крестца, потому что если бъ онъ упалъ на средину его, то вдавилъ бы цѣлый крестецъ вполнѣ; и какъ тѣло могло дѣйствовать на небольшую только поверхность въ опредѣленномъ мѣстѣ, то должно было быть, чтобъ тазъ укрѣпленъ былъ въ двухъ точкахъ опоры: это дѣйствительно и было, потому что нижній членъ упирался въ землю, а другую точку опоры представляли руки и голова, опертыя на задокъ повозки. Въ наблюденіи Бассіуса **), вывихъ произошелъ отъ сильнаго движенія кзади, у студента, который, фехтуя, слишкомъ тѣснимъ былъ наступленіемъ своего противника: здѣсь, безспорно, была предрасполагающая причина въ разслабленіи связокъ. Могутъ также произвести вывихъ костей таза: паденіе съ высоты, и это всего чаще; сильное сдавливаніе, какъ напримѣръ переѣздъ повозочнымъ колесомъ на неуступчивой плоскости.

Симптоматологія. — Въ большей части случаевъ, тотчасъ послѣ происшествія больной не въ состояніи ходить, и даже двигать ниж-

*) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV, p. 91.

**) *Bassius, loco citato*, p. 89.

ніе члены, и особенно членъ той стороны, на которой находится смѣщеніе; паховая сторона, лонная и крестцо-подвздошная служатъ мѣстомъ боли, усиливающейся при движеніяхъ; членъ укорачивается и всего чаще выворачивается кнаружи, но иногда и внутрь. При изслѣдованіи тазовыхъ костей замѣчается, что лонныя кости находятся не на одинаковой высотѣ; лонная кость больной стороны бываетъ то выше, то ниже кости здоровой стороны. Толща мягкихъ частей, окружающихъ и соединяющихъ подвздошно-крестцовое сочлененіе, во многихъ случаяхъ препятствуетъ распознать этотъ вывихъ назади, и только при очень внимательномъ изслѣдованіи можно замѣтить восхожденіе или пониженіе подвздошнаго гребня. При попыткѣ приводить нижній членъ въ движеніе замѣтно, что въ сочлененіи бедра съ тазомъ вовсе нѣтъ боли, или очень малая; напротивъ, она очень сильна въ лонномъ и крестцо-подвздошномъ сочлененіяхъ, гдѣ замѣчается иногда и довольно большая подвижность. Вообще больные могутъ лежать только навзничъ; вертикальное стояніе очень для нихъ тяжело; часто они чувствуютъ облегченіе, когда, лежа въ постели, могутъ расслабить бедренныя мышцы приподнятіемъ колѣна. Ришранъ говоритъ, что онъ видѣлъ при этомъ задержаніе мочи, и, зондируя больного, замѣчалъ оттягиваніе мочевого канала къ больной сторонѣ.

Самымъ частымъ осложненіемъ бываетъ, безспорно, переломъ таза. У меня есть наблюденіе, въ которомъ вполнѣ вывихнута была лонная кость, и тазъ переломленъ былъ въ средней части, почти подлѣ подлонной дыры.

Вывихи таза всегда осложняются очень сильными ушибами, какъ мягкихъ частей, окружающихъ тазъ, такъ и клѣтчатки, или органовъ содержащихся въ тазовой полости, или наконецъ переломами подвздошныхъ костей и крестца. Наконецъ можно думать, что въ случаѣ, приведенномъ Бассіусомъ, было уже начало крестцо-чресленной бѣлой опухоли.

А. Куперъ приводитъ много наблюденій надъ вывихами, осложненными переломами. Это осложненіе потому очень важно, что всегда бываетъ вмѣстѣ съ значительными поврежденіями; но обстоятельства, которыхъ всего болѣе надобно бояться, суть воспаленіе и нагноеніе клѣтчатой ткани таза, воспаленіе мочевого пузыря или брюшины.

Распознаваніе — въ нѣкоторыхъ обстоятельствахъ довольно трудно; таковъ былъ случай Биная. Въ самомъ дѣлѣ, больной, послѣ какъ былъ раненъ, могъ еще продолжать работу свою три дня: онъ былъ носильщикомъ мѣшковъ съ мукою. Луи, принимая въ расчетъ упругость фиброзныхъ частей, предполагаетъ, что крестецъ возвратился на свое мѣсто, и что больной умеръ отъ тѣхъ только разстройствъ, которыя бы-

ли слѣдствіемъ этого раненія. Въ самомъ дѣлѣ, появилось сильное воспаление всѣхъ частей, содержащихся въ тазовой полости, и отчасти обнажился крестецъ. Болѣзнь узнана была только послѣ смерти.

Иногда можно смѣшать эту болѣзнь съ вывихомъ бедра, съ переломомъ шейки бедра. И ошибиться въ распознаваніи довольно легко, потому что нѣкоторыя явленія общи этимъ болѣзнямъ; но мѣсто боли, неправильная подвижность тазовыхъ костей могутъ навести на путь. Переломъ легко узнается потому, что вправливаніе перелома бедренной шейки вообще не трудно; напротивъ переломъ костей таза гораздо труднѣе, потому что онъ причиняетъ болѣе болей. Хрустѣніе также отличаетъ вывихъ таза отъ перелома бедренной шейки и тазовыхъ костей.

Предсказаніе. — Изъ сказаннаго нами можно заключить, что вывихъ тазовыхъ костей чрезвычайно важенъ; однако жъ если онъ бываетъ безъ чрезмѣрнаго ушиба, безъ разрыва тазовыхъ органовъ, то не должно терять надежды вылечить больного; можетъ случиться, что останется хромота, или отъ укороченія члена, или отъ недостатка крѣпости крестцо-подвздошныхъ и лонныхъ симфизовъ. Есть два наблюденія излеченія этой болѣзни.

Леченіе, при вывихахъ таза, должно быть направлено на то, чтобы противодействовать скорѣе воспаленію, чѣмъ смѣщенію.

Уложивъ больного навзничъ, съ согнутыми колѣнами, чтобы расслабить прикрѣпляющіяся къ тазу мышцы, тазъ окружаютъ повязкою тѣла, достаточно стянутою. Въ большей части случаевъ, тотчасъ нельзя вправить вывиха, по причинѣ ощущаемой больнымъ боли. И даже благоразумнѣе будетъ вовсе не дѣлать попытокъ вправливанія, чтобы не увеличить раздраженія, уже причиненнаго приключившимся насиліемъ. Въ началѣ болѣзни назначается антифлогистическое леченіе, общія и мѣстныя кровопизвлеченія. Притомъ было бы слишкомъ большое счастье, какъ говорить Бойе, если бы удалось получить излеченіе, какою бы то ни было цѣною. Слѣдовательно должно дѣйствовать осторожно. Эносъ привелъ наблюденіе надъ однимъ курьеромъ, который, паденіемъ съ высоты 40 футовъ, вывихнулъ себѣ подвздошную кость *); вывихъ не былъ вправленъ, и когда, по предположенію, нечего было бояться припадковъ, то больному позволили ходить на костыляхъ, и вывихнутыя части мало по малу возвратились на свое мѣсто: Эносъ приписываетъ это явленіе тяжести члена. Черезъ три мѣсяца больной могъ возвратиться къ своей должнѣсти. По выздоровленіи, больной долженъ носить повязку, какъ это совѣтовалъ Томассенъ, которая бы крѣпко держала тазъ.

*) Enaux, *Mémoires de l'Académie de Dijon*, p. 84.

ГЛАВА XXIII.

Вывихи копчика.

Ж. Л. Пти посвящает довольно длинную статью вывихамъ копчика. Онъ допускаетъ вывихи кзади при трудныхъ родахъ. Но, намъ кажется, трудно произойти этому поврежденію въ такихъ обстоятельствахъ; нижній выходъ таза довольно широкъ, чтобы у хорошо сложенной женщины копчикъ могъ быть отдавленъ кзади. Слѣдовательно это поврежденіе могло бы развѣ случиться при большой узкости таза и при очень большой кривизнѣ крестца. Онъ допускаетъ еще вывихи кпереди, отъ паденія на сидѣнье, и съ очень важными припадками. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ нельзя допустить вывиха. Въ самомъ дѣлѣ, конецъ копчика подается кпереди, но не вывихается, и появленіе видѣнныхъ Ж. Л. Пти припадковъ должно быть приписано больше самому ушибу, чѣмъ смѣщенію копчика.

Вотъ признаки, которые считаютъ принадлежащими этому вывиху: боль въ крестцовой сторонѣ, увеличивающаяся отъ кашля, сморканья и чиханья; невозможность сидѣть; пальцомъ, введеннымъ въ прямую кишку, ощущается въ копчиковой сторонѣ пустота или выстояніе.

Бойе думаетъ, что эта болѣзнь вылечивается сама собою, и что часто легко возвращаются на свое мѣсто. Поэтому онъ считаетъ опаснымъ правило — возвращать копчикъ на свое мѣсто, говоря, что употребляемая при этомъ дѣйствія служатъ только къ усиленію воспаления. Прикладываніе разрѣшающихъ, опійныхъ средствъ на больную часть, и покой, кажутся ему достаточными для излеченія больного. Ж. Л. Пти накладывалъ градусные компрессы, чтобы возвратитъ кпереди копчикъ, вывихнутый наружу. Когда больной начнетъ вставать, то онъ долженъ садиться на широкое кольцо такимъ образомъ, чтобы копчикъ не упирался ни на какое твердое тѣло.

ГЛАВА XXIV.

Вывихи ключицы.

Вывихи ключицы рѣдки, сравнительно съ ея переломами. По словамъ Бишэ, послѣдніе относятся къ первымъ, какъ 6 : 1. Отъ чего происхо-

дѣтъ эта разница? Ключица лежитъ поверхностно, принимаетъ участіе во всѣхъ насиліяхъ, дѣйствующихъ на плечо, и во всѣхъ толчкахъ, претерпѣваемыхъ верхнимъ членомъ. Но она соединена съ грудиною и лопаткою короткими и неподатливыми связками; а съ другой стороны, представляетъ много кривизнъ, которыя легче производить переломъ. Какъ бы то ни было, вывихи ея дѣйствительно рѣдки. И нѣкоторыхъ разностей ихъ есть три только или четыре примѣра, такъ что мы по необходимости принуждены просто сказать, что замѣчается въ этихъ случаяхъ, предоставляя докончить неполную исторію ихъ тогда, когда представятся новые факты. Такъ и поступали авторы, писавшіе о вывихахъ ключицы, между которыми мы въ особенности упомянемъ Мореля-Лаваллѣ, Седилльѣ, Барадюка, и у которыхъ мы сдѣлаемъ нѣсколько заимствованій при составленіи этой главы.

Первое и самое натуральное раздѣленіе вывиховъ ключицы — на вывихи внутренняго и наружнаго конца ея. Каждый ихъ этихъ видовъ подраздѣляется на нѣсколько разностей, въ которыхъ числѣ не соглашаются однако жъ между собою авторы. Такъ, Ж. Л. Пти принималъ, для внутренняго конца, вывихи кпереди, кзади и кверху; напротивъ Бойе и Сансонъ признавали одинъ только вывихъ кпереди. Что касается до вывиха книзу, то никто его не описывалъ, никто не наблюдалъ, и онъ кажется невозможнымъ, по причинѣ присутствія хряща перваго ребра, поддерживающаго снизу ключицу и позволяющаго ей не иначе смѣщаться въ этомъ направленіи, какъ послѣ перелома. Для краткости исчисленія этихъ разностей, мы представимъ ихъ въ слѣдующей таблицѣ, не много отличной отъ той, которую представилъ Морель-Лаваллѣ въ своемъ мемуарѣ о вывихахъ ключицы *).

- | | | |
|--|---|----------------------------|
| 1) Вывихи внутренняго конца | { | 1) Кпереди. Предгрудинный. |
| | | 2) Кзади. Загрудинный. |
| | | 3) Кверху. Надгрудинный. |
| 2) Вывихи наружнаго конца | { | 1) Надъакроміальный. |
| | | 2) Подъакроміальный. |
| | | 3) Подвороньеотростковый. |
| 3) Вывихи обоихъ концовъ ключицы вмѣстѣ. | | |

Они бываютъ полные и неполные.

Существованіе этихъ вывиховъ доказано достовѣрными примѣрами. Мы будемъ описывать ихъ въ томъ порядкѣ, въ какомъ они представлены въ этой таблицѣ.

*) Morel-Lavallée, *Essai sur les luxations de la clavicule* въ *Annales de la chirurgie*, Paris, 1843, tome IX, pp. 143, 238 и слѣд.

§ 1. Вывихи внутреннего конца ключицы.

1) *Вывихъ кпереди.* Этотъ вывихъ, отвергнутый Дювернеемъ, опровергавшійся Порталемъ, а по мнѣнію С. Купера самый обыкновенный, Бойё и Сансономъ считался однимъ только дѣйствительно доказаннымъ фактами. Хотя онъ, не смотря на увѣренія англійскаго хирурга, и не такъ обыкновененъ, какъ надъакроміальный, но навѣрное чаще встрѣчается, чѣмъ вывихъ кзади или кверху.

Патологическая анатомія. — При полномъ вывихѣ разрываются всѣ связки и ключица выходитъ впередъ грудины съ межсуставнымъ фибро-хрящемъ. Внутренняя часть грудино-шейно-сосковой мышцы отдавливается книзу, и даже можетъ быть разорвана, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда она прикрѣпляется на самомъ сочлененіи. При неполномъ вывихѣ, фиброзная сумка просто растягивается, разщепляется.

Этіологія и механизмъ. — Самыми обыкновенными причинами служатъ паденія на верхушку плеча, паденіе на локоть отведенный отъ тѣла (С. Куперъ). Бойё видѣлъ происхожденіе его у одной молодой дѣвицы отъ того, что ее грубо схватили кзади за плечи, чтобъ заставить явиться съ большею граціею; и у одного молодого человѣка, подъ вліяніемъ той же причины, между тѣмъ какъ туловище выдаваемо было впередъ колѣномъ, упертымъ между плечами. Дезо видѣлъ, что онъ произошелъ у носильщика отъ того, что онъ, стоя на мѣстѣ, старался подтянуть веревку, на которой висѣла тяжелая корзина, соскользавшая внизъ по спинѣ. Ришранъ приводитъ случай одного каменщика, который упалъ съ высоты съ несенною имъ тяжестью. Сансонъ привелъ примѣръ его у одного мужчины, сильно сдавленного между повозкою и стѣною, а Мельё у одного ребенка, который, въ моментъ нечаянной встрѣчи двухъ экипажей, съѣхавшихся съ противоположныхъ сторонъ, толчкомъ кабриолета брошенъ былъ на земь и подхваченъ на руки.

По какому механизму происходитъ этотъ вывихъ? По мнѣнію Бойё, ключица касается перваго ребра, которое доставляетъ средней ея части точку опоры и превращаетъ ее въ рычагъ перваго рода. По это происхожденіе, какъ замѣчаетъ Морель-Лаваллѣ, скорѣй способно помѣшать вывиху, чѣмъ способствовать происхожденію его. Ключица точно рычагъ перваго рода; но ея точка опоры находится на задней маленькой плоскости грудины, сопротивленіе въ переднихъ связкахъ, а сила дѣйствуетъ на лопаточный конецъ ея. Всякое усиліе, стремящееся подать плечи кзади далѣе натуральныхъ границъ, заставляетъ грудинный конецъ рычагообразно перевѣшиваться кпереди; отъ того грудинный конецъ разрываетъ переднія связки и выскальзываетъ кпереди.

Симптоматологія. — Въ самый моментъ происшествія больной чувствуетъ сильную, но проходящую боль, соответствующую грудино-ключичному сочлененію. Эта боль пробуждается движеніями конечности, которыя тяжелы и ограничены, и особенно приведеніемъ ея вмѣстѣ съ подниманіемъ. Раненый держитъ себя совершенно такъ же, какъ при переломѣ ключицы. Кругловатая опухоль, твердая, поверхностная, соответствующая движеніямъ лопатки, выставляется впереди грудины, иногда опускаясь по ней на 5 — 6 сантиметровъ ниже вилочки: это головка самой ключицы, вышедшая изъ суставной своей впадины; и на мѣстѣ неуступчивой выпуклости, переходящей за эту впадину, находится вдавленіе или уступчивость. Ключица, по Морелю-Лаваллѣ, постоянно направляется *впередъ и внизъ*, но никогда просто впередъ, или впередъ и вверхъ. И это смѣщеніе бываетъ не только впередъ, но еще и *внутрь*. Слѣдовательно внутренній конецъ ключицы подается впередъ, внизъ и внутрь. Вокругъ ключицы огибается внутренній пучокъ грудино-сосковой мышцы, между тѣмъ какъ наружный конецъ ея, отклоненный впередъ и внутрь, кажется болѣе выдавшимся. Надключичная и подключичная ямки глубже, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, и первая расширяется на счетъ послѣдней. Наконецъ есть еще признакъ, указанный А. Куперомъ: это узкость плеча, болѣе сближенного съ грудиною.

Вотъ признаки полнаго вывиха кпереди. При неполномъ вывихѣ недостаетъ большей части этихъ признаковъ, и именно тѣхъ, которые происходятъ отъ смѣщенія кнутри. На высотѣ грудинной ямки находится маленькая твердая опухоль, почти не болящая, безъ измѣненія цвѣта кожи, продолжающаяся подъ ключицу, увеличивающаяся при отдавливаніи кзади лопаточнаго конца ключицы, и наоборотъ.

Распознаваніе. — Трудно понять, какъ можно было смѣшать этотъ вывихъ съ костнымъ наростомъ. Бойѣ однако жъ говорить, что такое недоразумѣніе случалось. Пониженіе вывихнутой ключицы, предыдущія обстоятельства и наконецъ вправимость не позволяютъ этой ошибки. Есть одинъ неизмѣнный признакъ для отличія перелома грудиннаго конца ключицы, именно при вывихѣ обѣ ключицы имѣютъ одинаковую длину, между-тѣмъ какъ при переломѣ наружный отломокъ необходимо короче, чѣмъ противоположная ключица.

Предсказаніе этихъ вывиховъ маловажно. Они хорошо вправляются, и даже тогда, когда не хорошо сдерживаются, остается простое безобразіе и вполне возстановляются движенія.

Леченіе имѣетъ показаніями — вправить вывихъ и, вправивъ, удерживать его. Для вправляванія надобно отдалить плечи кзади и охватить ихъ такъ, чтобъ подать вмѣстѣ кзади и кнаружи. Вправляваніе дополняется

прямымъ давленіемъ на головку ключицы, которая отдавливается кнаружи, вверхъ и кзади. Если это не удастся, то можно заставить одного помощника сильно тянуть плечо кнаружи; помощникъ этотъ охватываетъ одною рукою, помѣщенною подъ мышкою, верхнюю часть плечевой кости, между-тѣмъ какъ другою, дѣйствуя на нижній конецъ ея, заставляетъ ее двигаться рычагообразно. Это вправливаніе вообще очень легко; но чрезвычайно также легко и повторяется смѣщеніе. По этой-то причинѣ необходимо прилаживать кости въ ихъ нормальныхъ отношеніяхъ помощью приличнаго аппарата. Аппаратъ Мелье есть родъ механическаго сжимателя, непрерывно и спереди кзади давящаго на головку ключицы. Этотъ аппаратъ былъ очень удачно употребленъ въ случаѣ, приведенномъ этимъ хирургомъ; но онъ очень сложенъ. Мы замѣняли его простымъ англійскимъ бандажомъ, котораго пружина проходитъ подъ мышкою здоровой стороны, а передній пелотъ упирается прямо на смѣщенный конецъ кости. Намъ это средство кажется предпочтительнѣе, по вѣрности и простотѣ своей. Наконецъ, изъ числа другихъ сдерживающихъ аппаратовъ, упомянемъ только о декстринной повязкѣ Вельпо, повязкѣ, которой ловкое приложеніе могло бы также удовлетворить показаніямъ, представляемымъ этимъ смѣщеніемъ.

2) *Вывихъ кзади*. Исторія этого вывиха долго оставалась неизвѣстною. Ж. Л. Пти говорилъ, что онъ есть больше плодъ воображенія, чѣмъ наблюденій. Бойе также считалъ его невозможнымъ. Дезд и А. Куперъ допускали его. Сансонъ говорилъ, что ему трудно произойти; и наконецъ Ложье, принявшій мнѣніе Бойе, признавалъ, что этотъ вывихъ «находитъ непреодолимое препятствіе въ сопротивленіи реберно-ключичной и лучистой связокъ, и въ сопротивленіи трапеціальной и ромбoidalной мышцъ, которыхъ сокращеніе противится движенію плеча кпереди, достаточному для произведенія этого вывиха *).» Не смотря на всѣ эти причины, вывихъ кзади дѣйствительно существуетъ, и его исторія опирается на десяткѣ хорошо видѣнныхъ фактовъ. Первый случай замѣченъ былъ при одномъ вскрытіи Дювернеемъ, который однако жъ считалъ его невозможнымъ; второй Пеллье **), третій Мекферленомъ, хирургомъ королевской Глазговской богадѣльни, четвертый заимствованъ изъ *Лондонской госпитальной газеты* ***), пятый принадлежитъ Барадюку; по странному стеченію Морель встрѣтилъ четыре его случая и очень хорошо описалъ ихъ въ своемъ мемуарѣ; наконецъ послѣдній примѣръ находится въ *Лондонской медицинской газетѣ* 1841.

*) *Dict. en 50 volumes, art. Clavicule.*

**) *Pellieux, Revue médicale, 1834.*

***) *Gazette médicale, 1836.*

Причины и механизмъ. — Этотъ вывихъ обыкновенно происходитъ отъ сильного толчка плеча кпереди, слѣдовательно не прямымъ образомъ. Въ одномъ случаѣ, это смѣщеніе произошло отъ сильного влеченія руки впередъ, между-тѣмъ какъ туловище удерживалось сзади. А. Куперъ говоритъ, что онъ никогда не видалъ происхожденія его отъ прямого наружнаго насилія; единственный случай, который я знаю, говоритъ онъ, сообщенъ мнѣ былъ двумя моими собратами. У одной молодой дѣвушки, въ слѣдствіе значительнаго искривленія позвоночника, лопатка подавалась впередъ и не оставляла столько пространства, чтобы ключица могла быть содержима между этой костью и грудиною, позади которой внутренній конецъ ключицы мало по малу скользилъ подъ вліяніемъ этого давленія.

Однако жъ въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ, сильное давленіе, прямо дѣйствующее спереди назадъ, можетъ произвести этотъ вывихъ; доказательствомъ служить фактъ, представленный Спанда въ *Лондонской медицинской газетѣ*. Подъ однимъ мужчиной, ѣхавшимъ верхомъ, упала лошадь, съ которой упалъ и онъ самъ; лошадь, поднимаясь, наступила ему одной ногой своей на правую ключицу и произвела вывихъ этой кости кзади. Вывихъ, о которомъ говорилъ Пелльё, также произошелъ отъ прямого насилія.

Патологическая анатомія. — Когда вывихъ происходитъ вдругъ, то разрываются связки или отдѣляются прикрѣпленія ихъ, грудино-сосковая мышца разрывается и головка кости упирается въ заднюю поверхность грудины; но когда вывихъ происходитъ мало по малу, подъ вліяніемъ медленной причины, то суставныя мягкія части только удлинняются.

Самптоматологія. — Въ моментъ происшествія при основаніи шеи чувствуется чрезвычайная боль, доходящая до обморока, даже до задушенія, и обыкновенно сопровождаемая ощущеніемъ давящаго тѣла въ верхней части груди. Иногда затруднено бываетъ глотаніе, равно какъ и дыханіе; такъ, въ примѣрѣ Деви, смѣщенная ключица прижимала пищепріемникъ и до того препятствовала глотанію, что больной впалъ въ чрезвычайное истощеніе. По мнѣнію Пелльё, припадки прижатія дыхательнаго горла, пищепріемника, большихъ сосудовъ, и пр., указанные или лучше подразумѣвавшіеся Ж. Л. Пти, зависятъ отъ полнаго разрыва грудино-сосковой мышцы при ея ключичномъ прикрѣпленіи; въ случаяхъ неполнаго разрыва этой мышцы ихъ не бываетъ. Мы думаемъ, что такое объясненіе неудовлетворительно; эти явленія скорѣе должно приписать обширности смѣщенія ключицы; и въ самомъ дѣлѣ, эти припадки принадлежатъ вывиху вверхъ, и притомъ они исключительные только и вообще мало замѣтные.

Больной держитъ себя почти также, какъ и при переломѣ ключицы; голова выпрямлена или едва наклонена на больную сторону; съ противоположной стороны, плечо обыкновенно находится на натуральной высотѣ своей, или иногда прямо опускается, или подается внизъ и впередъ; почти всегда оно сближается съ срединною линіею; конечность виситъ, предплечіе полусогнуто къ груди и поддерживается рукою здоровой стороны. Въ движеніяхъ шеи замѣчается нѣкоторая затруднительность и медленность. Движенія пальцевъ, кисти и локтя свободны; руку легко подвести къ головѣ однимъ мышечнымъ сокращеніемъ, съ тѣмъ однако жъ, чтобъ при этомъ движеніи локоть въ то же время подался кзади.

При вывихѣ кзади направленіе ключицы разнится, смотря потому, подается ли въ то же время грудинный конецъ ключицы внизъ или вверхъ. Эти подраздѣленія представляютъ неодинаковыя свойства.

Такъ, при вывихѣ *кзади и внизъ* бываетъ склоненіе кости кзади и внизъ, и склоненіе такъ бываетъ сильно, что кость проникаетъ, кажется, сквозь шею по срединѣ. Въ этомъ-то и заключается причина того обмана, который преувеличиваетъ дѣйствительное смѣщеніе. Ключица неподвижна въ своемъ неправильномъ положеніи, плечо недвижно и не повинуется ни какому импульсу, но при сильномъ оттягиваніи его кзади и кнаружи вывихъ исправляется; если перестаютъ его удерживать, то онъ повторяется снова или перемѣняется въ вывихъ кзади и вверхъ. Выпуклость, образуемая въ нормальномъ состояніи внутреннимъ концомъ ключицы, изглаживается; на ея мѣстѣ находится вдавленіе, болѣе или менѣе болѣзненное при дотрогиваніи; напротивъ лопаточный конецъ образуетъ выстояніе замѣтное надъ акроміальнымъ отросткомъ. Послѣдній признакъ потому важенъ, что онъ бываетъ постоянно и руководствуетъ при исправляваніи. Онъ обозначенъ былъ въ первый разъ Морелемъ-Лаваллѣ. Наконецъ, если больной худощавъ, то можно чувствовать прямо подъ пальцемъ суставный конецъ, лежащій позади грудины, и слѣдовать за нимъ до тѣла кости.

При вывихѣ *кзади и вверхъ* бываетъ напротивъ подвижность кости, которой конецъ образуетъ надъ грудинною вилочкою твердую, круглую опухоль, соотвѣтствующую каждому косвенному смѣщенію плеча смѣщеніемъ же въ обратномъ направленіи. Эта разность вывиха легко исправляется, но также легко и повторяется. Къ ней-то, кажется, преимущественно и относятся вышепоказанные припадки.

Распознаваніе. — Вывихъ кверху и кзади вообще легко распознать. Что касается до вывиха кзади и книзу, то достаточно одного изъ слѣдующихъ, дѣйствительно характеристическихъ, признаковъ для устраненія всякаго недоразумѣнія: суженія плеча, пустоты на высотѣ грудино-ключичнаго сочлененія, выстоянія наружнаго конца. Однако жъ

А. Бераръ видѣлъ одинъ изъ переломовъ, происшедшій какъ бы чрезъ разможеніе, съ взаимнымъ прониканіемъ отломковъ, подобно тѣмъ нарушеніямъ цѣлости, которыя случаются на нижнемъ концѣ лучевой кости, и который такъ похожъ былъ на вывихъ, что хирургъ затруднялся въ распознаваніи его. Для избѣжанія этой ошибки, достаточно быть предупрежденнымъ о причинѣ ея.

Предсказаніе. — Важность этихъ вывиховъ разнится по обширности смѣщенія и по свойству причины, произведшей ихъ; понятно, въ самомъ дѣлѣ, что послѣдняя, дѣйствуя вмѣстѣ и на грудино-ключичное сочлененіе и на сосѣднія мягкія части, можетъ произвести разныя осложненія, каковы: ушибъ, кровоизлітіе и т. д. Не должно преувеличивать опасеній на счетъ прижатія кровеносныхъ или воздушныхъ путей; не бывъ вправленъ, вывихъ остается въ состояніи простаго обезображенія, ни сколько не затрудняющаго отправленій члена, и бывшаго даже мало замѣтнымъ у одного больнаго, котораго видѣлъ Гобрикъ въ госпиталѣ Pitié.

Леченіе. — Вывихъ вверхъ легко вправить, подавая локоть кпереди, внутрь и вверхъ; а вывихъ внизъ — подавая плечо внизъ и кзади, между тѣмъ какъ противувѣтягиваніе дѣлается полотенцомъ, наложеннымъ серединой своей подъ мышкой больной стороны. Можно также подавать плечи кзади и руками, удерживая туловище колѣномъ. Сдерживаніе труднѣе, потому что здѣсь невозможно прямо сдвинуть головку кости кзади кпереди. Ленуаръ однажды достигнулъ его посредствомъ 8-видной повязки въ видѣ сложеннаго полотенца, которой каждое кольцо охватывало соотвѣтствующее плечо и перекрещивалось съ другимъ надъ подушкою, помѣщенною среди спины; повязка тѣла прикрѣпляла локоть къ груди.

Если смѣщеніе зависитъ отъ уклоненія позвоночника, какъ въ приведенномъ случаѣ А. Купера, и припадки угрожаютъ опасностью смерти, то слѣдуетъ ли, по примѣру англійскаго хирурга, отрѣзывать внутренній конецъ ключицы? Къ счастью, подобный случай никогда можетъ-быть не встрѣтится, и этотъ вопросъ теряетъ свою важность.

3) *Вывихъ вверхъ.* Бойе и Сансонъ считали этотъ вывихъ невозможнымъ; но такое сужденіе слишкомъ исключительно. Они могли бы только назвать его очень трудно происходящимъ и чрезвычайно рѣдкимъ. Въ самомъ дѣлѣ, въ наукѣ есть два только примѣра его, одинъ принадлежащій Барадюку, и другой Седильярд. Онъ можетъ быть полнымъ и неполнымъ.

Причиной, произведшей его въ обоихъ этихъ случаяхъ, служило паденіе на верхушку плеча.

Мы заимствуемъ изъ наблюденія Седилльо описаніе явленій неполнаго вывиха *): «Правое плечо было слегка сдавлено и верхній и наружный уголь лопатки подавался внизъ, впередъ и на двѣ или на три линіи внутрь, между-тѣмъ какъ нижній ея уголь, болѣе приближенный съ позвоночникомъ, приподнималъ покровы. Между грудиннымъ и ключичнымъ прикрѣпленіями грудинососковой мышцы замѣтна была костяная выпуклость, образованная грудиннымъ концомъ лѣвой ключицы. Этотъ внутренній пучокъ грудинососковой мышцы былъ натянутъ, а наружный пучокъ разслабленъ, и голова наклонена была на больную сторону.»

Въ случаѣ полнаго вывиха, приведенномъ Барадюкомъ, обозначены слѣдующія главныя явленія: внутренній конецъ ключицы лежитъ надъ верхнимъ краемъ грудины и опирается на него. Палецъ, проводимый по этому краю, встрѣчаетъ выступъ, котораго высота равна высотѣ внутренняго конца ключицы. Сухая жила грудино-заушной мышцы отброшена кпереди внутреннимъ концомъ ключицы, на которомъ она сплющена, образуя легкую кривизну. Подъ внутреннюю третью ключицы находится очень очевидное вдавленіе, увеличивающееся отъ умѣреннаго давленія; это вдавленіе вверху ограничивается ключицею, внизу первымъ ребромъ, а снутри маленькою суставною поверхностью грудины.

Леченіе.—Въ случаѣ Седилльо наложена была сдерживающая повязка и движеніямъ возвратилась свобода; но ключица осталась выше другой на 3—4 линіи, и нѣсколько впереди другой. Барадюкъ говоритъ, что, вправивъ вывихъ, онъ наложилъ локте-ключичную повязку, укрѣпивъ тампонъ сколько возможно ближе къ внутреннему концу ключицы, и что черезъ девять дней больной вышелъ изъ госпиталя, безъ малѣйшаго слѣда безобразія, имѣя лишь нѣкоторую негибкость въ движеніяхъ.

§ 2. Вывихи наружнаго конца ключицы.

Если строго держаться началъ номенклатуры, принятыхъ нами при общемъ описаніи вывиховъ, то вывихи наружнаго конца ключицы скорѣе слѣдовало бы назвать вывихами лопатки. Однако жъ мы сохранимъ названіе, освященное употребленіемъ и оправдываемое можетъ-быть тѣмъ еще фактомъ, что здѣсь смѣщается ключица, а не лопатка.

1) *Надгакроміальный вывихъ* есть самый частый изъ всѣхъ этихъ вывиховъ, не смотря на противное мнѣніе Ж. Л. Пти. Онъ былъ извѣстенъ Иппократу, и Галенъ самъ получилъ его при гимнастиче-

*) Sédillot, *Diction. des études médicales*, tome III, p. 576.

ских своих упражненійхъ. Въ наше время мало хирурговъ, которымъ бы не случилось встрѣтить его одинъ или нѣсколько разъ. Онъ можетъ быть полнымъ и неполнымъ.

При полномъ вывихѣ разрываются всѣ связки, соединяющія ключицу съ лопаткою, и тогда ключица легко подается вверхъ дѣйствіемъ трапеціальной мышцы. Мы далѣе будемъ говорить объ этомъ смѣщеніи, бывающемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень значительнымъ. Ж. Л. Пти указалъ на практическое различіе обѣихъ этихъ разностей, но не представилъ ихъ анатомическаго опредѣленія. Онъ говоритъ: «вывихъ наружнаго конца ключицы вверхъ можетъ быть или неполнымъ, когда онъ не много только заходитъ за акроміальный отростокъ, или полнымъ, когда онъ простирается далѣе и переходитъ чрезъ акроміальный отростокъ.» А. Куперъ, не различая полного вывиха отъ неполнаго, признавалъ возможность сохраненія воронье-ключичныхъ связокъ, и видѣлъ, говорить, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, что ключица слегка только выдавалась надъ акроміальнымъ отросткомъ, что и указывало на цѣлость вѣнечной связки.

Крювельё, изучая механизмъ сказаннаго сочлененія, формально объявляетъ, что полный вывихъ необходимо предполагаетъ предварительный разрывъ вороньеключичныхъ связокъ, между тѣмъ какъ неполныя смѣщенія легко могутъ быть и безъ разрыва этихъ связокъ. Буиссонъ, профессоръ хирургической патологіи въ Монпельё, дѣлалъ опыты надъ трупами, подтвердившіе мнѣніе Крювельё. Онъ разрывалъ акроміально-ключичныя связки, оставляя нетронутыми воронье-ключичныя, и при этомъ тотчасъ же происходилъ вывихъ, безъ усилія, отъ опусканія лопатки и оттягиванія ея внутрь. Слѣдовательно есть разность вывиха, совпадающая съ разрывомъ однихъ извѣстныхъ связокъ и сохраненіемъ другихъ. Эта-то разность и составляетъ неполный вывихъ, въ которомъ малыя овальныя поверхности, образующія сочлененіе, теряютъ свои отношенія, также какъ и при полномъ вывихѣ; вся разница состоитъ въ степени выстоянія, образуемаго ключицею. Отъ того Буиссонъ и предпочитаетъ выраженіе «*несовершенный вывихъ*», указывающее, что потеря отношеній костныхъ поверхностей сустава не достигла еще той обширности, которой она способна достигнуть.

Причины и механизмъ.— Этотъ вывихъ обыкновенно происходитъ отъ паденія на культю плеча, къ которому присоединяется, по Морелю-Лаваллѣ, *сильный толчокъ туловища кпереди*. Этимъ толчкомъ, по его мнѣнію, и объясняется механизмъ. «Въ самомъ дѣлѣ, говоритъ онъ, если толчокъ дѣйствуетъ прямо на плечо, то происходитъ перпендикулярная встрѣча акроміальнаго отростка съ ключицею, которая разламывается, потому что прямой ударъ благопріятнѣе для произве-

денія перелома, чѣмъ вывиха. Напротивъ, при паденіи на бокъ съ толчкомъ впереди, плечо въ то же время отдается внизъ и внутрь, суставныя поверхности склоняются, и вывиху остается одно только препятствіе въ связкахъ.»

Прибавимъ наконецъ, что происхожденіе этого вывиха замѣчаемо было при паденіяхъ на локоть, а также и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ чрезвычайная тяжесть, скользя по плечу, исключительно давить на акроміальный отростокъ.

Симптоматологія.—Чувство разрыва въ моментъ происшествія; боль, могущая доходить до обморока. Способъ держать себя почти тотъ же, что и при переломахъ ключицы. Движенія конечности болѣзненны. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, больной не можетъ поднести руку къ головѣ; но пассивная подвижность бываетъ почти полная, именно въ круговыхъ движеніяхъ.

Что касается до физическихъ признаковъ, то они разнятся, смотря по тому, полный ли вывихъ, или неполный. При этомъ послѣднемъ, на верхушкѣ плеча находится твердая, кругловатая опухоль, непрерывная съ ключицею, въ чемъ легко можно увѣриться, слѣдуя пальцами по передней поверхности кости. Эта опухоль пропадаетъ (вправляется) при подниманіи конечности, и тотчасъ же возвращается при опусканіи ея.

Обезображеніе гораздо замѣтнѣе при полномъ вывихѣ; наружный конецъ вывихнутой ключицы производитъ подъ покровами болѣе или менѣе значительное возвышеніе, смотря по обширности смѣщенія. У Галена оно было въ три пальца; Сидильо видѣлъ его у одного военного съ доймъ; а въ слѣдующемъ случаѣ, которымъ я обязанъ Девилу, приподнятіе наружнаго конца ея было еще значительнѣе. Плечо казалось сплюсненнымъ, по причинѣ этого выстоянія, ниже котораго вдругъ начиналось вдавленіе. Что это точно была ключица, наложившаяся на лопаточный отростокъ и приподнявшая покровы, въ этомъ можно было убѣдиться, захвативъ ее за средину и сообщая ей движенія, въ которыхъ участвуетъ и надъ-акроміальная опухоль; или, измѣряя ключицу здоровой стороны отъ грудины до лопатки, можно по сравненію видѣть, что ключица цѣла, потому что она сохранила всю длину свою. Сдавливая ключицу сверху внизъ, и подавая конечность косвенно вверхъ и кнаружи, вывихъ можно вправить; но, по прекращеніи этихъ попытокъ, снова появляется то же безобразіе. Замѣтимъ наконецъ боль и напряженіе ключичной части трапеціальной мышцы.

Распознаваніе.— Кажется, что при помощи предыдущихъ, дѣйствительно характеристическихъ, признаковъ не возможно бы было смѣшать этого вывиха ни съ какою другою болѣзнію; однако жъ его часто не узнавали, и принимали, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, то за переломъ

ключицы, то за вывихъ среднеплечевой кости. Мы укажемъ средства избѣгнуть этой ошибки, когда будемъ говорить о вывихахъ этой послѣдней кости. Что касается до перелома ключицы, то онъ всегда распознается по хрустѣнію отломкомъ при движеніи ихъ одного около другаго, и по длинѣ внутренняго отломка, сравнительно съ длиною ключицы противоположной стороны. А чтобы также не принять вывиха тамъ, гдѣ его нѣтъ, должно не забывать: 1) что у нѣкоторыхъ особъ наружный конецъ ключицы выдается выше лопаточнаго отростка, но что, въ этомъ случаѣ, подобное же безобразіе находится и на противоположной сторонѣ; 2) что если, въ случаѣ прямого удара, развивается твердая опухоль въ точкѣ соотвѣтствующей сочлененію, то ключица, захваченная по срединѣ своей, не имѣетъ ни какой подвижности, и давленіе на нее сверху внизъ, въ соединеніи съ приподнятіемъ плеча, не уничтожаетъ этого безобразія.

Предсказаніе. — Неполный вывихъ не представляетъ ни какой важности въ прогностическомъ отношеніи. Что касается до полного вывиха, то важность его, въ самыхъ несчастныхъ случаяхъ, ограничивается малымъ безобразіемъ. Уже Иппократъ указывалъ, въ своемъ трактатѣ *De Articulis*, на эту маловажность его «*quod nullum detrimentum, neque parvum, neque magnum inducit*»; и по этому удивительно, что А. Парѣ писалъ, будто «по истинѣ этотъ вывихъ трудно распознать, и еще труднѣ вылечить...., и, гдѣ кость не вправлена, больной остается калѣкою, и никогда не въ состояніи подвести руку къ головѣ или ко рту.»

Леченіе. — Вправливаніе этого вывиха достигается легко. Достаточно соединить пониженіе ключицы съ приподнятіемъ плеча, подавая послѣднее въ то же время кнаружи. Труднѣе удержать вправливаніе; отъ чего и придумано множество аппаратовъ для этой цѣли. Аппаратъ Дездъ, для перелома ключицы, слишкомъ скоро разслабляется; аппаратъ Бойѣ, измѣненный Барадюкомъ, былъ съ успѣхомъ употребляемъ этимъ послѣднимъ хирургомъ. Вотъ въ чемъ состоялъ первоначальный аппаратъ Бойѣ: «Помѣстивъ подъ мышку волосяную или мякинную подушку, накладываютъ кожаную фронду, которой середина охватываетъ локоть, а оба конца останавливаются на здоровомъ плечѣ. Тесемки, помѣщенные нѣсколько впереди, служатъ для укрѣпленія этой повязки, и въ случаѣ надобности даютъ возможность легко развязать ее или разслабить, не снимая ее и не шевеля члена. Повязка тѣла, принаровленная къ скапулиру, покрывая первую часть этого аппарата, въ то же время приближаетъ конечность къ туловищу и подаетъ плечо кнаружи.» Повязка Майора Лозанскаго вполнѣ не имѣла успѣха, передъ глазами у меня, въ одномъ случаѣ, гдѣ она была наложена самимъ этимъ хирургомъ и

наблюдаема съ величайшею заботливостью. Наконецъ приведемъ еще одно средство, кажущееся намъ предпочтительнѣе предыдущихъ: это простой турникетъ Ж. Л. Пти, хотя у больного, леченнаго Мальгеномъ, онъ и произвелъ изъязвленіе на локтѣ и на плечѣ, двухъ точкахъ, на которыя онъ упирается. Въ самомъ дѣлѣ, этотъ инструментъ оказалъ хорошія услуги Ложье, который съ давняго уже времени счастливо употреблялъ его во многихъ случаяхъ.

2) *Подъакроміальный вывихъ*. Ж. Л. Пти считалъ этотъ вывихъ обыкновеннѣе предыдущаго; напротивъ Бойе увѣрялъ, что смѣщеніе книзу даже вовсе невозможно. Но и то и другое мнѣніе преувеличено, потому что теперь есть три достовѣрные примѣра подъакроміальнаго вывиха, именно: 1) случай принадлежащій Мелю и оставшійся неизвѣстнымъ, пока Мальгенъ не указалъ на него *); 2) другой, принадлежащій Турнею **), и 3) третій — Барадюку.

Причины и механизмъ. — Тяжесть въ 136 фунтовъ, положенная на плечо шестилѣтняго ребенка (Mell), ударъ лошадинымъ копытомъ по передней части плеча (Toungnel) и ударъ палкою по плечу (Baraduc), вотъ причины, указанные въ трехъ приведенныхъ нами наблюденияхъ.

По мнѣнію большей части хирурговъ, этотъ вывихъ возможенъ только послѣ предварительнаго перелома вороньяго отростка. Но опытъ доказалъ, что это условіе не необходимо. Морель-Лавалле, дѣлавшій опыты надъ трупами съ цѣлью разяснить этотъ вопросъ, видѣлъ, что смѣщеніе внизъ возможно было и безъ перелома, исключая тѣхъ субъектовъ, у которыхъ очень узокъ промежутокъ между обоими отростками — вороньимъ и акроміальнымъ, — что и препятствуетъ всякому вывиху.

Патологическая анатомія. — Въ одномъ изъ приведенныхъ случаевъ больной умеръ; и при вскрытіи нашли разрывъ связокъ акроміальнаго и вороньяго отростка; конецъ ключицы глубоко входилъ подъ лопаточный отростокъ, на нижней поверхности котораго находилась ямка для принятія этого конца, потому что это былъ уже очень давній вывихъ.

Симптоматологія. — Конечность виситъ по длинѣ туловища; произвольныя ея движенія, особенно вверхъ, почти невозможны; пассивныя движенія свободны и безболѣзненны. Плечо сплющено; верхушка его представляетъ выпуклость, образуемую лопаточнымъ отросткомъ, и наружный конецъ ключицы вдавленъ, вмѣсто того чтобъ слегка выстоять надъ лопаточнымъ отросткомъ. Основаніе лопатки не приближено къ ребрамъ, какъ въ надъакроміальномъ вывихѣ; равно и верхушка ея

*) Найдя его въ *Nova acta medico-physica*.

**) *Archives gén.*, 1837, tome XV, p. 463.

также отдалена по роду рычагообразнаго движенія. Культи плеча, и именно верхушка акроміальнаго отростка, сближена съ грудиною.

Леченіе. — Вправливаніе и удержаніе одинаково легки и полное излеченіе оканчивается обыкновенно въ пять или шесть недѣль. Для вправливанія, достаточно слегка потянуть плечо кнаружи и кзади. Для удержанія вправливанія надобно устранить то, что способствуетъ этому смѣщенію, т. е. рычагообразное движеніе лопатки, и для этого употребляется простая повязка, въ одно и то же время дѣйствующая на обѣ конечности лопатки, на основаніе ея—укрѣпляя локоть къ груди, и на верхушку, прижимая ее къ ребрамъ.

3) *Вывихъ подъ вороній отростокъ.* Въ этомъ вывихѣ наружный конецъ ключицы помѣщается подъ вороньимъ отросткомъ противъ внутренней стороны суставной лопаточной шейки, слѣдовательно между головкою плечевой кости и акроміально-вороньимъ сводомъ. По словамъ Мореля—Лаваллѣ, этотъ вывихъ пять разъ видѣнъ былъ Годмеромъ *) и однажды Пенжономъ **).

Причиною его считаютъ паденіе на переднюю поверхность культи плеча, а механизмъ и до сихъ поръ не объясненъ еще. Явленія его: боль, обыкновенно довольно сильная, на высотѣ вывихнутаго сочлененія, не усиливающаяся отъ движеній, остающихся довольно свободными, исключая движенія впередъ и вверхъ; членъ виситъ около туловища, но не представляетъ ни какого удлиненія; замѣтное пониженіе культи плеча, подавшася кпереди. Наконецъ, ключица изглаживается на наружномъ концѣ своемъ и *ощущается подъ мышкою*. Въ обнародованныхъ до сихъ поръ наблюденіяхъ не упоминается объ увеличеніи разстоянія акроміальнаго отростка отъ грудины, которое должно быть, говоритъ Морель, хоть и не было указано.

По словамъ приведенныхъ авторовъ, этотъ вывихъ можно смѣшать только съ переломомъ ключицы снаружи или на уровнѣ вороньяго отростка. Но присутствіе наружнаго отломка, отсутствіе удлиненія, и можетъ-быть еще укороченіе акроміально-грудиннаго разстоянія, разсѣиваютъ всѣ сомнѣнія.

Предсказаніе не важно. Вправливаніе и удержаніе легки; излеченіе наступаетъ скоро и безъ остатковъ безобразія.

Леченіе. — Хирургъ старается прямо взяться за ключицу, чтобъ приподнять ее, между-тѣмъ какъ помощникъ движетъ конечность подобно рычагу третьяго рода, охватывая ее сверху правою рукою, а внизу

*) Godemer, *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire*, 1843.

**) Pinjon, *Journal de médecine de Lyon*, juillet 1842.

лѣвою, и оттягивая горизонтально за верхнюю часть плечевой кости, между-тѣмъ какъ локоть держится приложеннымъ къ туловищу.

Аппараты Дезо или Вельпо обезпечаютъ удержаніе вправливанія.

Мы не могли пропустить этого вывиха, потому что въ наукѣ есть, говорятъ, шесть наблюденій надъ нимъ; но читатель замѣтитъ, что наше описаніе облечено въ самыя сомнительныя формы, и этого довольно, чтобъ не сказали, что мы вполнѣ отрицаемъ существованіе этого смѣщенія, и не упрекнули насъ въ противорѣчіи съ видѣнными фактами. Разборчивая критика найдетъ, мы не сомнѣваемся въ этомъ, въ представленномъ описаніи довольно необыкновенныхъ фактовъ, чтобъ оправдать выражаемыя теперь нами сомнѣнія.

§ 3. Одновременный вывихъ обоихъ концовъ ключицы.

Единственный извѣстный примѣръ этого вывиха встрѣтился въ Парижскомъ госпиталѣ Святаго Лудовика, и былъ обнародованъ Порралемъ *). Мы безъ объясненій выпишемъ здѣсь это описаніе.

«Плотникъ, 34 лѣтъ, упалъ изъ третьяго этажа; при паденіи сильно ударились верхняя и задняя часть праваго плеча, и на этой точкѣ находились ссадины и довольно сильный ушибъ. Больное плечо было сближено съ туловищемъ, движенія члена этой стороны очень трудны, вверху и впереди грудинаго конца правой ключицы видно было значительное выстояніе; и въ то же время, проводя палецъ по длинѣ ключицы, мы замѣтили другое маленькое выстояніе, сзади и сверху внутренняго конца этой же кости; попеременно поднимая и опуская нижнюю часть конечности, мы увѣрились, что вывихнуты были оба конца ключицы, наружный кзади и вверхъ, внутренній вверхъ и впередъ.... Ришранъ наложилъ повязку Дезо, съ нѣсколькими градусными компрессами, на вывихнутые концы ключицы.... Повязка стягиваема была около пятнадцати или двадцати дней, и къ концу этого времени наружный конецъ ключицы не представлялъ уже смѣщеній. Произошелъ ли этотъ результатъ отъ давленія на эту точку, или на внутренній конецъ? Вѣроятно такъ; не смотря на все то, что ни дѣлалось для вправливанія внутренняго вывиха, ничто не перемѣнилось, хотя правда, что это безобразіе, остающееся больному уже на всю жизнь, не будетъ затруднять движеній члена этой стороны; по крайней мѣрѣ мы такъ думали, потому что онъ могъ уже безболѣзненно поднимать конечность; теперь (спустя мѣсяць) больной, вмѣсто всякой повязки, носить только шарфъ, и не жалуется ни на какую боль.»

*) Porral, *Journal hebdomadaire de médecine*, tome II, 1831.

ГЛАВА XXV.

Вывихи плечевой кости.

Вывихи лопаточно-плечевого сочленения встречаются чаще всѣхъ другихъ, почему большая часть авторовъ и говорятъ, что одни эти вывихи, по частости своей, превосходятъ вывихи всѣхъ другихъ сочленений скелета, взятыхъ вмѣстѣ.

И это легко объяснить себѣ, взявъ во вниманіе: 1. очень ограниченныя размѣры лопаточно-суставной впадины, сравнительно съ головкою плечевой кости, которой только малая поверхность находится въ соприкосновеніи съ нею; 2. малую глубину этой впадины; 3. длину плеча рычага, которое представляетъ среднелечевая кость или даже цѣлый верхній членъ въ извѣстныхъ положеніяхъ.

Въ вознагражденіе этихъ неблагопріятныхъ условій, находятся только слабыя средства, защищающія это сочлененіе; они суть: 1. присутствіе акроміально-вороньяго свода, образуемаго воронимъ и акроміальнымъ отростками и посреднею между ними связкою; 2. присутствіе многочисленныхъ мышцъ, идущихъ отъ верхняго конца плечевой кости къ ключицамъ, лопаткѣ и къ костямъ туловища, представляющихъ родъ воронки, которой верхушка соответствуетъ концу плечевой кости, и стремящихся одновременнымъ сокращеніемъ своимъ сильно притягивать и прижимать его къ суставной впадинѣ; 3. обширность движеній въ лопаточно-плечевомъ, лопаточно-ключичномъ и грудино-ключичномъ сочлененіяхъ. Понятно, въ самомъ дѣлѣ, что когда наружное насиліе, дѣйствуя на кость, какъ на рычагъ, толкаетъ его въ извѣстномъ направленіи, то, если сочлененіе этой кости позволяетъ въ нормальномъ состояніи это движеніе, оно не претерпѣваетъ ни какого насилія. Но не такъ бываетъ, когда наружное насиліе стремится произвести такое движеніе, которое въ нормальномъ состояніи очень ограничено или невозможно; связки уступаютъ тогда и проиоходитъ вывихъ. Это и заставляетъ насъ сказать, что, въ извѣстныхъ случаяхъ, обширность движеній не только не способствуетъ происхожденію вывиховъ, но, напротивъ, должна дѣлать ихъ болѣе рѣдкими. Къ предыдущимъ причинамъ надобно еще прибавить способность, принадлежащую лопаточно-плечевому сочлененію, — ускользать, по цѣлостному движенію своему, отъ дѣйствія наружныхъ силъ.

Въ исторіи лопаточно-плечевыхъ вывиховъ есть одинъ пунктъ, который сильно привлекалъ вниманіе догматическихъ авторовъ: я хочу сказать объ опредѣленіи различныхъ видовъ ихъ.

Отъ элементарнаго сочиненія нельзя требовать полнаго изложенія различныхъ классификацій, которыя были предлагаемы и принимаемы, однако жъ мы не можемъ отказать себѣ изложить вкратцѣ различныя фазы, по которымъ проходилъ разсматриваемый нами вопросъ, отъ Ж. Л. Пти до нашего времени.

Ж. Л. Пти допускалъ четыре вида вывиховъ плечевой кости: 1. вывихъ *внизъ*, 2. вывихъ *внутрь*, 3. вывихъ *кпереди*, и 4. вывихъ *кнаружи*.

При вывихѣ *внизъ*, *«головка плечевой кости помѣщается на нижнемъ ребрѣ лопатки.»* При вывихѣ *внутрь*, *«головка можетъ находиться въ подмышечной ямкѣ.»* При вывихѣ *кпереди*, *«головка подъ большою грудною мышцею, между вороньимъ отросткомъ и ключицею.»* При вывихѣ *кнаружи*, *«головка помѣщается подъ лопаточною остью.»*

Можно замѣтить, что эта классификація изложена не съ полною опредѣлительностью; такъ о вывихѣ *внутрь*, подававшемъ поводъ ко многимъ противорѣчивымъ толкованіямъ, авторъ ограничился словами, что головка находится въ подмышечной ямкѣ, не указывая, на какой высотѣ она встрѣчается тамъ, не указывая, по какому признаку можно отличить этотъ вывихъ отъ вывиха книзу, потому что и въ послѣднемъ, головка, находясь на ребрѣ лопатки, также должна находиться въ подмышечной ямкѣ.

Дезо повторяетъ ту же классификацію, только называетъ вывихомъ *вверхъ* тотъ, который у Ж. Л. Пти названъ вывихомъ *впередъ*. Но заслуга его состоитъ въ томъ, что онъ съ большею опредѣленностью, чѣмъ Ж. Л. Пти, описалъ отношенія смѣщенной кости къ окружающимъ частямъ. Онъ указываетъ, что при вывихѣ *внизъ*, *«головка плечевой кости помѣщается между сухою жилою длинной части трехглавой и сухою жилою подлопаточной мышцъ.»* При вывихѣ *внутрь*, *«между ямкою и мышцею подлопаточными.»* При вывихѣ *кнаружи*, *«между подъ-остною ямкою и подъгостною мышцею.»* Что касается до вывиха *вверхъ*, то здѣсь и Дезо также можно упрекнуть въ неопредѣленности; онъ ограничивается словами, что *«плечевая головка отходитъ къзади ключицы,»* смѣщеніе, по его мнѣнію, всегда послѣдственное.

Дезо раздѣляетъ смѣщенія плечевой головки на *первоначальныя* и *послѣдственныя*; первыя, непосредственное слѣдствіе производящей причины, обнаруживаются въ самый моментъ раненія; послѣднія слѣдуютъ за новымъ насиліемъ, или за медленнымъ сокращеніемъ мышцъ, мало-по-малу увлекающихъ костную головку, лишенную точки опоры.

Вывихи плечевой кости *внизъ* и *внутрь* способны къ послѣдственнымъ смѣщеніямъ. Такъ, вывихъ *внизъ* можетъ послѣдственно перемѣ-

ниться въ вывихъ внутрь, а вывихъ внутрь можетъ перейти въ вывихъ вверхъ.

Происхожденію послѣдственнаго вывиха могутъ способствовать многія причины. Вотъ какъ Дезо излагаетъ свое ученіе: «Если, послѣ первоначальнаго вывиха, случается новое паденіе съ конечностью отдаленною отъ туловища, то плечевая головка, ни чѣмъ не удерживаемая, чрезвычайно легко повинуется силѣ смѣщающей ее въ этомъ направленіи, и снова выходитъ изъ того мѣста, которое прежде заняла случайно.

«Мышечное дѣйствіе есть непрерывная причина новаго смѣщенія. Если, напримѣръ, плечевая кость вывихнута внизъ, то грудная большая мышца и внутренняя часть дельтовидной тянутъ вверхъ и внутрь верхнюю часть ея, которая, представляя слабое только сопротивленіе ихъ дѣйствію, перемѣняетъ положеніе и принимаетъ новое, бывъ увлекаема по этому двойному направленію.

«Разныя движенія, сообщаемыя конечности, могутъ также, смотря по направленію своему, произвести то же дѣйствіе; отъ того часто вывихъ внутрь слѣдуетъ за вывихомъ внизъ, въ слѣдствіе неразсчетливыхъ успій, дѣлаемыхъ для вправливанія послѣдняго.»

Это ученіе о послѣдственныхъ смѣщеніяхъ, принятое Бойе, даже до новѣйшаго времени пользовалось большимъ уваженіемъ; въ-послѣдствіи мы укажемъ на важныя возраженія, которыя дѣлаемы были противъ него.

Бойе, представитель школы Дезо, въ-точности держался его ученія. Онъ съ чрезвычайною точностью описалъ вывихи внизъ; менѣе старательно однако жъ — вывихи внутрь и кнаружи, и, кажется, болѣе вывелъ это описаніе изъ теоретическихъ взглядовъ, чѣмъ изъ прямаго наблюденія. Что касается до вывиха вверхъ, то онъ старался только опредѣлить, слѣдуетъ ли эта разность, считавшаяся имъ всегда послѣдственною, за первоначальнымъ вывихомъ внизъ или внутрь, и вывелъ заключеніе, что трудно рѣшить этотъ вопросъ.

До сихъ поръ мы находимъ полное согласіе касательно основанія вопроса, и всѣ авторы соглашались между собою касательно отношеній смѣщенной головки плечевой кости. Какъ же объяснить разногласіе, встрѣчающееся въ новыхъ классификаціяхъ? По нашему мнѣнію, это можно объяснить себѣ тѣмъ, что признаковъ, придаваемыхъ хирургами различнымъ вывихамъ, недостаточно для вѣрнаго отличія каждой разности ихъ, отъ чего они и смѣшиваются между собою. Это и случилось, на-примѣръ, съ вывихами внизъ и впередъ: А. Куперъ соединилъ оба эти вывиха въ одну разность, подъ названіемъ вывиха *внизъ и внутрь или въ подмышку*. Слѣдовательно этотъ авторъ допускаетъ только три вида вывиховъ: 1. внизъ и внутрь или въ подмышку, заключающій въ себѣ вывихъ внизъ и вывихъ внутрь Бойе; 2. впередъ, въ которомъ плече-

вая головка помѣщается подъ среднею частью ключицы, на грудинномъ краѣ вороньяго отростка; слѣдовательно это — вывихъ впередъ Ж. Л. Пти, и — вверхъ Дезо и Бойе; 3. кзади; этотъ вывихъ никогда не былъ оспариваемъ, и былъ тѣмъ же у всѣхъ авторовъ, помѣщавшихъ головку кости въ подъ-остной ямкѣ. Кромѣ того А. Куперъ допускаетъ неполный вывихъ, о которомъ мы будемъ еще говорить.

Мальгенъ, въ замѣчательномъ трактатѣ своемъ, обнародованномъ въ 1836 г., стараясь опредѣлить мѣсто и отличительную діагностику лопаточно-плечевыхъ вывиховъ, поколебалъ классическія убѣжденія *). Основываясь на многочисленныхъ опытахъ надъ трупами, на разборѣ извѣстнаго числа наблюдений, приведенныхъ въ примѣръ вывиховъ внизъ, и наконецъ на изслѣдованіи явленій этихъ вывиховъ, онъ заключилъ, что при вывихѣ внизъ авторовъ плечевая головка лежитъ не на внутреннемъ краѣ ребра лопатки, но впереди внутреннего края лопаточной суставной впадины тотчасъ подъ вороньимъ отросткомъ. Слѣдовательно, по его мнѣнію, вывихъ внизъ, какъ допускаютъ его авторы, не существуетъ. Онъ допускаетъ вывихъ внизъ только какъ исключительный фактъ, котораго существованіе подтверждается однимъ только наблюдениемъ, именно наблюдениемъ Дезо **). По такому взгляду, вывихъ внизъ авторовъ легко могъ быть смѣшанъ съ вывихомъ ихъ внутрь, при которомъ плечевая головка помѣщается подъ вороньимъ отросткомъ, и заслуживаетъ названіе *подвороньеотростковаго вывиха*, данное ему Мальгенемъ. Названіе вывиха впередъ Ж. Л. Пти, и вверхъ Бойе онъ замѣнилъ именемъ *внутри-вороньеотростковаго вывиха*. Вывиху кзади далъ названіе *подъ-остнаго вывиха*. Труды Мальгена не ограничивались этими простыми измѣненіями номенклатуры: онъ указалъ, опредѣленнѣе, чѣмъ это дѣлано прежде него, отношенія смѣщенной кости, обогатилъ науку новыми признаками, при помощи которыхъ точнѣе можно опредѣлить видъ вывиха, и доказалъ, что подворонній-вывихъ бываетъ чаще всѣхъ — фактъ важный въ исторіи этихъ вывиховъ. Въ самомъ дѣлѣ, теорія послѣдственныхъ смѣщеній, введенная Дезо и Бойе для объясненія этого факта, т. е. что въ большей части давнихъ вывиховъ плечевая головка находится помѣщеннойю тотчасъ подъ вороньимъ отросткомъ, подрывается въ самомъ основаніи своемъ, если допустить съ Мальгенемъ, что, въ вывихахъ плечевой кости, головка ея всего чаще съ самаго начала помѣщается подъ вороньимъ отросткомъ. Скажемъ наконецъ, чтобъ ужъ не возвращаться къ этому пункту, что теорія послѣдственныхъ смѣщеній опровергается еще неопредѣленностью времени

*) *Mém. de l'Académie royale de médecine*, 1836, tome V, p. 143.

**) *Journal de Desault*, tome II, p. 136.

продолженія признаковъ, свойственныхъ каждому вывиху. Мы не видимъ, въ самомъ дѣлѣ, чтобы, при вывихахъ внизъ, плечевая головка постепенно поднималась въ подмышковую ямку, чтобъ членъ укорачивался, и проч., какъ это должно бы было случиться, если бы головка постепенно увлекаема была въ восходящее движеніе.

Мальгенъ допускаетъ неполные вывихи, доказывая существованіе ихъ и разсужденіемъ и прямымъ наблюденіемъ; онъ оспариваетъ ту мысль А. Купера, по которой, при неполномъ вывихѣ, плечевая головка помѣщается противъ задняго края вороньяго отростка.

Почти въ то же время, Седилль представилъ свою классификацію плечевыхъ вывиховъ, имѣвшую впрочемъ мало партизановъ; дѣйствительно, онъ, кажется, безъ нужды слишкомъ увеличилъ число разновидностей. Онъ допускаетъ:

Вывихи внизъ или въ подмышку.	{	A. Вывихъ частный, неполный, или неполный подвороній.
B. Подвороньеотростковый.		
C. Подмышечный.		

Вывихи впередъ или внутрь.	{	Вывихи {	Вывихи впередъ или	{	D. Подлопаточный.
			внутрь, или въ подло-		
			паточную ямку.		
			Вывихи вверхъ или		
подключич.	подъ ключицу.	E. Воронье-ключичн.			
			F. Ребро-ключичный.		
			G. Межреберный.		

Вывихи кзади или кнаружи	{	Подъ-акроміально-остистый.
		Подъ-остный.

Въ такомъ состояніи была наука, когда Вельпѣ обнародовалъ важный мемуаръ, въ которомъ старался разъяснить вопросъ, надъ которымъ трудились уже столько отличныхъ умовъ *). Онъ считаетъ необходимымъ признавать тѣ только вывихи отдельными видами, которые, по своему механизму, общности явленій и вызываемыхъ ими показаній, представляютъ дѣйствительныя отличія.

Возвращаясь къ древнимъ идеямъ, нѣкоторое время пренебрегавшимся, онъ допускаетъ четыре вида вывиховъ:

1. Вывихъ *подъ-остный* или кзади, разность безспорно допущенная всеми авторами.

2. Вывихъ *подъ грудную большую мышцу*, вывихъ внизъ, подмышковый, какъ указываетъ самъ авторъ.

*) Velpeau, *Archives gén. de médecine*, 1837.

3. Вывихъ *подлопаточный*, въ которомъ головка кости помѣщается позади подлопаточной мышцы впереди лопаточной шейки. Вывихъ внутрь Бойё, и подвороньеотростковый Мальгена.

4. Вывихъ *подключичный*, въ которомъ головка помѣщается между вороньимъ отросткомъ и ключицею. Вывихъ вверхъ Бойё, внутрь-вороньеотростковый Мальгена.

Такимъ образомъ, какъ мы сказали, каждый изъ этихъ вывиховъ происходитъ по отличному механизму, каждый представляетъ особенные, очень рѣзкіе признаки, каждый требуетъ особеннаго способа вправленія; мы въ послѣдствіи возвратимся еще къ этимъ предложеніямъ и укажемъ ту пользу, которую представляетъ эта классификація въ практическомъ отношеніи.

Въ то же время Петркенъ также представилъ классификацію, въ которой подъ другими названіями помѣстилъ тѣ же разности, и прибавилъ къ нимъ еще *прямой подмышечный* вывихъ по факту Дезо, о которомъ мы упоминали уже ¹⁾).

Девилль, раздѣляя взглядъ Вельпо, обнародовалъ въ 1841 очень ученый трактатъ ²⁾, въ которомъ изложены главныя классификаціи, предлагавшіяся отъ Иппократа до нашего времени. По его мнѣнію, лучше другихъ такая номенклатура, въ основаніи которой положены отношенія плечевой головки къ мышцамъ, окружающимъ сочлененіе. Объ этомъ предметѣ мы говорили уже, а потому теперь не будемъ повторять того же. Слѣдуетъ замѣтить, что Девилль не упоминаетъ о *подключичномъ* вывихѣ Вельпо.

Такимъ образомъ у насъ передъ глазами теперь двѣ доктрины: съ одной стороны, доктрина Мальгена, отвергающаго вывихъ внизъ, какъ понимали его Дезо, Бойё и пр.; съ другой — доктрина Вельпо, Седилль, Петркена, допускающихъ эти вывихи. Только наблюденіе могло бы рѣшить этотъ вопросъ, что и заставило нѣкоторыхъ хирурговъ обнародовать извѣстное число фактовъ, доказывающихъ дѣйствительное существованіе вывиховъ внизъ. Такъ появились наблюденія Седилль ³⁾, Робера ⁴⁾, Гюпрата ⁵⁾, факты, собранные Гойраномъ въ трактатѣ о *подсуставномъ* вывихѣ плеча ⁶⁾.

¹⁾ Pétrequin, *Gazette médicale*, 1837, p. 306.

²⁾ Deville, *Annales de la chir. française*, février 1841.

³⁾ Sédillot, *loco citato*, septembre 1841.

⁴⁾ Robert, *Journal de chirurgie*, 1843, p. 83.

⁵⁾ Guepratte, *Journ. des conn. méd.-chirurg.*, 1844.

⁶⁾ Goyrand, *Nouvelles études sur la luxation en bas ou sous-glénôidienne de l'humérus* par le docteur Goyrand (d'Aix). — *Mém. de la Société de chirurgie de Paris*, t. I, p. 21.

Бросивъ теперь взглядъ назадъ, на главныя фазы исторіи плечевыхъ вывиховъ, прежде всего увидимъ, что вывихи кзади и вывихи вверхъ не подавали повода ни къ какому разногласію. Споры возникали всегда по поводу вывиховъ внизъ и вывиховъ внутрь, изъ которыхъ нѣкоторые авторы, вѣрные стариннымъ преданіямъ, хотѣли составить отдѣльные виды, между-тѣмъ какъ противники ихъ соединяли ихъ въ одинъ классъ. Притомъ, между послѣдними, одни смѣшиваютъ ихъ, какъ на примѣръ А. Куперъ, подъ именемъ вывиховъ внизъ, между-тѣмъ какъ другіе, и въ главѣ ихъ Мальгень, подъ именемъ подвороньеотросткового вывиха.

По нашему краткому очерку не слѣдуетъ заключать, будто этимъ и ограничиваются результаты всѣхъ трудовъ, предпринятыхъ для обработки этого предмета; спорамъ, возникавшимъ объ немъ отъ времени до времени, обязаны мы введеніемъ большей опредѣлительности въ разграниченіи различныхъ видовъ вывиховъ, въ анатомо-патологическомъ, патологическомъ и терапевтическомъ отношеніяхъ.

Мы опишемъ слѣдующіе вывихи, раздѣливъ ихъ на двѣ группы, смотря по тому, подается ли плечевая головка кпереди или кзади ребра лопатки: 1. вывихи *передне-внутренніе*, и 2. вывихъ *задне-наружный*. Слѣдующая таблица лучше дастъ понять всѣ разности.

- | | |
|-------------------------------|--|
| | Подсуставный (sous-glénoidienne). |
| 1. Вывихи передне-внутренніе. | { Подвороньеотростковый { полный и неполный. |
| | { Внутрь-вороньеотростковый. |
| 2. Вывихъ задне-наружный. | Подъ-остный неполный. |

Мы кончимъ нѣсколькими замѣчаніями о небольшомъ числѣ фактовъ, которые кажутся намъ исключительными, и для которыхъ мы не считали нужнымъ составлять отдѣльные классы вывиховъ.

Прежде изложенія патологической исторіи этихъ вывиховъ, мы приведемъ нѣкоторыя понятія хирургической анатоміи, которыя помогутъ ея объясненію.

Послѣдовательно изслѣдуемъ кости и связки.

Лопатка представляетъ приемную впадину, суставную или гленоидальную впадину, овальную, слегка вогнутую, обращенную кпереди, кнаружи и вверхъ, которой вертикальный діаметръ равенъ почти 4 сантиметрамъ, а поперечный около $2\frac{1}{2}$. Она ограничена фибро-хрящемъ, который продолжается съ сухою жилою длинной части двуглавой мышцы и кажется только растяженіемъ ея, расположеніе, увеличивающее глубину суставной впадины съ большей пользою для крѣпости, нежели могла бы это сдѣлать костяная закраина; потому что, по справедливому

замѣчанію Сappey, большой круглый край, который былъ бы вмѣстѣ и крѣпокъ и неподатливъ, не могъ бы такъ хорошо служить по своей ломкости *).

Сводъ, называемый *акроміально-вороньимъ сводомъ* (*voûte acromiо-coracoïdienne*), находится надъ суставною впадиною; онъ образованъ снутри вороньимъ отросткомъ, снаружи лопаточнымъ отросткомъ, сзади наружнымъ концомъ ключицы, и спереди акроміально-вороньею связкою. Онъ находится на разстояніи 15—20 миллиметровъ отъ суставной впадины и образуетъ надъ нею родъ полупояса, защищающаго ее сверху; діаметръ этого свода равняется почти 7-ми сантиметрамъ.

На нижней части суставной впадины находится окончаніе выдающагося края; это *подмышковый край, ребро лопатки*. Отношенія этого костяного гребня съ суставною впадиною слѣдующія: онъ не соответствуетъ линіи, которая раздѣлила бы суставную впадину на двѣ равныя части, одну внутреннюю, другую наружную, а болѣе приближенъ съ наружнымъ ея краемъ; положеніе, котораго одного достаточно для объясненія положенія плечевой головки при вывихахъ внизъ; если допустимъ, въ самомъ дѣлѣ, что плечевая головка выскальзаетъ чрезъ нижній край суставной впадины, то центръ ея, уже въ слѣдствіе указанныхъ нами отношеній, помѣстится снутри лопаточнаго ребра.

Плечевая кость оканчивается вверху округленною головкою, представляющею почти двѣ трети шара. Вертикальный діаметръ ея, и самый больший, равенъ почти 5 сантиметрамъ, а поперечный $4\frac{1}{2}$ сантимет. Ось ея направлена вверху, внутрь и сзади.

Суставныя поверхности удерживаются въ соотношеніи фиброзною сумкою, довольно слабкою, чтобъ позволить расхожденіе на 1—2 сантиметра; послѣдняя представляетъ видъ рукава, прикрѣпленнаго съ одной стороны къ окружности суставной впадины, а съ другой къ анатомической шейкѣ плечевой головки; на верхней части своей она подкрѣплена двумя прибавочными связками, и сухожиліями многихъ мышцъ, каковы: надъ-остная, подъ-остная, подлопаточная и меньшая круглая. Обширность ея такова, что полный вывихъ не возможенъ безъ предварительнаго разрыва ея.

Патологическая анатомія.—Начнемъ съ отчетливаго опредѣленія точки, занимаемой плечевой головкою при различныхъ видахъ смѣщеній.—Въ подгленоидальномъ вывихѣ, плечевая головка помѣщается на верхней части лопаточнаго ребра или подмышковаго края лопатки, между длинною частью трехглавой мышцы и подлопаточною мышцею, и соответствуетъ нижней и внутренней части суставной впадины. — Въ

*) Sappey, *Manuel d'anatomie descriptive et de préparations anatomiques*, 1847, p. 130.

подвороньемъ полномъ вывихѣ, плечевая головка лежитъ снутри гленоидальной впадины подъ вороньимъ отросткомъ, между гленоидальною шейкою и подлопаточною мышцею. При неполномъ вывихѣ, суставный полушаръ лежитъ на переднемъ краѣ суставной впадины, раздѣляясь на двѣ части, одну наружную, смотрящую къ сторонѣ суставной впадины, другую внутреннюю, соответствующую подлопаточной ямкѣ. — При внутри-вороньемъ вывихѣ, плечевая головка помѣщена въ подлопаточной ямкѣ подъ мышцею того же имени, снутри вороньяго отростка и болѣе или менѣе близко къ ключицѣ. — Въ подъ-остномъ вывихѣ, верхній конецъ плечевой кости помѣщается на заднемъ краѣ гленоидальной впадины, непосредственно подъ акроміальнымъ отросткомъ; мы думаемъ, съ Мальгеномъ, что этотъ вывихъ всегда бываетъ неполный.

Исключая неполный подвороньеотростковый, всѣ плечевые вывихи необходимо ведутъ за собою очень обширный разрывъ сумки, равно какъ очень часто и разрывъ мышцъ; случалось, что плечевая головка проходила сквозь подлопаточную мышцу сзади кпереди, и приходила въ соприкосновеніе съ большой зубчатою и задней поверхностью грудной большой мышцы. Обыкновенная также вещь, въ слѣдствіе этихъ вывиховъ, частные отрывы одного изъ костяныхъ бугровъ, остающихся прившенными къ концу мышцы, которой служили они точкою прикрѣпленія; много разъ наблюдаемы были разрывы подмышковыхъ сосудовъ, ушибы и разрывы нервовъ, обстоятельства, которыя мы припомнимъ при описаніи осложнений.

Наконецъ, при давнихъ вывихахъ, находится новая впадина, образованная въ точкахъ помѣщенія головки. Въ Дюпюитреновомъ музеѣ есть много препаратовъ, на которыхъ можно видѣть такое расположеніе, равно какъ и изслѣдовать точныя отношенія смѣщенной головки.

Въ неполныхъ вывихахъ, плечевая головка упирается въ край суставной впадины, и тогда или въ ней самой выдавливается болѣе или менѣе глубокая борозда, въ которую и входитъ этотъ край, или, напротивъ, стирается самый край и представляетъ плоскую поверхность, принаровленную къ формѣ головки.

Въ то время, какъ происходитъ этотъ процессъ, суставная впадина мало по малу изглаживается; она становится менѣе глубокою, почти плоскою, иногда даже выпуклою. Всѣ костныя части, окружающія новое сочлененіе, покрываются вегетациями, результатъ пластическаго костнаго воспаления. Нерѣдко случается, что эти костныя вегетации содержатся въ сумкѣ новаго образованія, или даже свободными въ новой суставной впадинѣ.

Причины и механизмъ. — Лопаточно-плечевые вывихи могутъ происходить отъ *прямыхъ* или *непрямыхъ* причинъ.

Рѣдко прямыя причины производить смѣщеніе плечевой головки; однако жъ бывало иногда, что подгленоидальные вывихи, подвороньеотростковые и подъ-остные происходили отъ паденія на культю плеча. Въ этомъ случаѣ, наружное насиліе, представляемое тяжестью тѣла и скоростью его паденія, прямо изгоняетъ плечевую головку или на лопаточное ребро, или къ подлопаточной или подъ-остной ямкѣ; головка подается въ первое направленіе, если паденіе происходитъ такъ, что производить давленіе сверху внизъ; она подается во второе направленіе, если давленіе дѣйствуетъ на наружную и заднюю часть плеча; и наконецъ въ третье направленіе, когда оно дѣйствуетъ спереди кзади на ея переднюю часть.

Чтобы понять, какъ сильный толчокъ, дѣйствующій на среднюю часть плечевой кости, производить плечевой вывихъ, достаточно предположить, что конечность посредственно отдалена отъ туловища и, въ моментъ происшествія, поддерживается за нижній конецъ свой; плечевая кость представляетъ тогда рычагъ третьяго рода; но вывиху очень трудно произойти по этому механизму, потому что плечо сопротивленія, равняющееся цѣлой длинѣ кости, гораздо длиннѣе плеча силы: отъ того при подобномъ обстоятельстве почти постоянно и бываетъ, что суставная сумка выдерживаетъ и плечевая кость разламывается.

Способъ происхожденія вывиховъ отъ непрямыхъ причинъ различно объясняемъ былъ авторами; чтобъ упростить его изложеніе, мы отдѣльно разсмотримъ чисто механическія дѣйствія, производимыя чрезмѣрностью натуральныхъ движеній плечевой кости, и явленія зависящія отъ мышечнаго дѣйствія.

При паденіи на локоть, когда конечность отдалена отъ туловища, первое дѣйствіе причины есть чрезмѣрность отведенія члена; второе состоитъ въ чрезмѣрномъ напряженіи суставной сумки въ нижней ея части; третье — въ соприкосновеніи, устанавливающемся между большимъ плечевымъ бугромъ и закраиною суставной впадины; четвертое — въ разрывѣ суставной сумки на самой растянутой ея точкѣ; пятое — въ рычагообразномъ движеніи плечевой кости, превращающейся въ рычагъ перваго рода, имѣющій точкою опоры сперва окружность суставной впадины, а потомъ наружный край лопаточнаго отростка, плечомъ силы — всю часть кости, заключающуюся между хирургическою шейкою и ея нижнимъ концомъ, а плечомъ сопротивленія — плечевую головку, которая отдѣляется отъ суставной впадины, входитъ въ разрывъ суставной сумки, и наконецъ подается внизъ и внутрь подъ грудную большую мышцу.

Этотъ механизмъ съ рѣдкой ясностью изложенъ былъ Мальгеномъ; его утвердило трупное изслѣдованіе; остается одинъ только пунктъ, въ

которомъ мы нѣсколько сомнѣваемся; по Мальгеню, сумка разрывается подъ вліяніемъ рычагообразнаго движенія плечевой кости, опирающейся послѣдовательно на край суставной впадины и на наружный край лопаточнаго отростка. По своимъ наблюденіямъ, мы скорѣе готовы допустить, что разрывъ сумки предшествуетъ этому двойному соприкосновенію, такъ что точки опоры, которыя большой бугоръ принимаетъ на краю суставной впадины и на наружномъ краю лопаточнаго отростка, только увеличиваютъ разрывъ сумки, сообщая плечевой головкѣ рычагообразное движеніе, позволяющее ей скользить внизъ и впередъ.

Если конечность направляется кнаружи и кзади въ моментъ паденія, то, происходитъ ли послѣднее на ладонь руки или на локоть, явленія всегда бываютъ чрезвычайно сходны съ предыдущими; тогда также бываетъ натягиваніе сумки на передней ея части, соприкосновеніе большаго бугра съ заднимъ краемъ суставной впадины, разрывъ сумки, прежде или послѣ этого соприкосновенія, превращеніе плечевой кости въ рычагъ перваго рода, и наконецъ смѣщеніе головки, которая подается кпереди и кнутри суставной впадины, то въ подлопаточную ямку, то на внутренній или грудинный край вороньяго отростка.

По мнѣнію большей части авторовъ, мышцы, окружающія плечевое сочлененіе, способствуютъ смѣщенію плечевой головки, и въ нѣкоторыхъ обстоятельствахъ даже сами по себѣ могутъ производить его. Говорятъ, что, при сильномъ отдаленіи конечности отъ туловища, грудная большая, спинная большая и круглая большая мышцы непроизвольно и такъ сильно сокращаются, что противятся отведенію, которое паденіемъ выводится изъ границъ своихъ, и что когда конечность укрѣплена въ нижней своей части, то дѣйствіе ихъ переносится на лопаточный конецъ ея, который онѣ и тянуть въ подмышку, превращая плечевую кость въ рычагъ третьяго рода. Эта теорія мышечнаго вліянія на происхожденіе плечевыхъ вывиховъ кажется намъ чрезвычайно неосновательною, если подумать объ относительномъ направленіи мышцъ и плечевой кости. Въ самомъ дѣлѣ, когда конечность находится въ усиленномъ отведеніи, то всѣ мышцы имѣютъ почти параллельное направленіе къ направленію плечевой кости; слѣдовательно, вмѣсто того чтобъ смѣщать плечевую кость сокращеніемъ своимъ, онѣ напротивъ должны стремиться сильно притягивать ее къ суставной впадинѣ, такъ что, если бъ она, по точкѣ опоры, принимаемой или на суставномъ краѣ, или на лопаточномъ отросткѣ, не удалась отъ суставной впадины, то эти самыя мышцы, послѣ разрыва сумки, однѣ могли бъ удержать въ соприкосновеніи между собою суставныя поверхности; мышечное дѣйствіе не только не соединяется съ механическимъ насиліемъ, производящимъ плечевые вывихи, но объ эти причины даже діаметрально-противоположны въ своемъ образѣ дѣйствія, потому что

первое явно стремится къ сохраненію нормальнаго состоянія, а послѣднее къ уничтоженію его.

Думали также, будто дельтовидная мышца, сообщая плечевой кости сильное движеніе отведенія, можетъ смѣщать плечевую головку, или самою чрезмѣрностью этого движенія, или давленіемъ сверху внизъ на верхній конецъ кости. Возможнѣ ли это влияніе, чѣмъ предыдущее? Если подумать, что моментъ происхожденія вывиха по этому механизму есть именно тотъ, когда эта мышца наиболѣе укорочена, и слѣдовательно наиболѣе лишена своей силы, то должно будетъ согласиться, что всего чаще, а можетъ быть и постоянно, она не въ состояніи произвести подобнаго смѣщенія.

Однимъ словомъ, мы считаемъ мышечное сокращеніе неспособнымъ произвести плечевой вывихъ. Надобно однако жъ исключить случай, гдѣ предварительно бываетъ растянута или разорвана сумка, какъ это бываетъ у субъектовъ, у которыхъ нѣсколько уже разъ повторялись плечевые вывихи: тогда есть вѣроятность, что смѣщеніе зависитъ отъ сокращенія дельтовидной мышцы.

Симптоматологія. — Явленія плечевыхъ вывиховъ раздѣляются на общія всѣмъ видамъ ихъ и особенно свойственныя каждому отдѣльному виду.

Общія явленія суть: 1) измѣненіе формы плеча, часто значительное, замѣтное и на взглядъ и на оцупь; 2) особенный способъ держать плечо, предплечіе и туловище; 3) измѣненіе длины члена; 4) невозможность выполнять нѣкоторыя движенія; 5) боль на высотѣ поврежденнаго сочлененія; 6) появленіе, спустя нѣсколько дней послѣ раненія, болѣе или менѣе обширнаго подтека.

Явленія, свойственныя каждому виду плечевыхъ вывиховъ. — Мы изложимъ сначала явленія, свойственныя подвороньеотростковому вывиху, потому что онъ случается чаще всѣхъ, и, представивъ подробную его симптоматилогію, мы можемъ брать ее за типъ при описаніи другихъ смѣщеній плечевой головки.

А. Подвороньеотростковый вывихъ. — При этомъ вывихѣ очень замѣтно измѣняется форма культи плеча. Въмѣсто того, чтобъ представлять подъ лопаточнымъ отросткомъ округленную поверхность, она представляетъ очень сильное сплюсненіе, особенно сзади, такъ что этотъ отростокъ выдается и даетъ плечу совсѣмъ особенный видъ, по которому съ перваго взгляда можно сказать, что здѣсь вывихъ. Передняя стѣнка подмышки, измѣренная отъ середины ключицы до середины своего нижняго края, имѣетъ большую высоту, чѣмъ на противоположной сторонѣ; она слегка вздута; подключичная ямка менѣе глубока, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; по Вельпо, весь спинной край лопатки приподнять сзади.

Желая опредѣлить осязаніемъ точныя отношенія костей и вдавливая пальцы подъ акроміальный отростокъ, находимъ глубокую пустоту, вмѣсто выпуклости, образуемой здѣсь въ нормальномъ состояніи плечевою головкою. Можно ощупать даже суставную поверхность, если, приступая къ этому изслѣдованію, расслабить дельтовидную мышцу, поддерживая рукою локоть и подавая его въ отведеніе. Въ сторонѣ подмышки можно ощупать объемистую опухоль, гладкую, круглую, образуемую плечевою головкою, опухоль участвующую во всѣхъ движеніяхъ сообщаемыхъ конечности, болѣе выдающуюся при отведеніи локтя, какъ говорилъ А. Куперъ, и всегда однако жъ отдѣляемую отъ изслѣдующей руки довольно значительною толщею мягкихъ частей. Это костяное vystoяніе можетъ быть ощупано даже сквозь переднюю стѣнку подмышки непосредственно подъ вороньимъ отросткомъ.

Локоть отдаленъ отъ туловища; среднее плечо, вывороченное круговымъ движеніемъ кнаружи, представляетъ угловатое вдавленіе на высотѣ дельтовиднаго прикрѣпленія, такъ что если мысленно продолжить ось нижней части плечевой кости, то она не направляется черезъ центръ плеча, но очень очевидно сближается съ грудною стѣлкою. Предплечіе согнуто къ плечу и обыкновенно поддерживается рукою здоровой стороны; туловище наклонено на больную сторону и вывихнутое плечо слѣдовательно опущено.

Конечность представляетъ измѣненія длины своей; для опредѣленія ихъ измѣряется разстояніе, отдѣляющее задній уголъ акроміальнаго отростка отъ надмыщелка или задняго края локтеваго отростка, предвари- тельно согнувъ предплечіе подъ прямымъ угломъ къ плечу. Прежде, чѣмъ приступить къ этому изслѣдованію, совѣтуютъ приблизить локоть къ туловищу. Эта предосторожность, въ самомъ дѣлѣ, необходима, потому что отведеніе сближаетъ обѣ костныя выпуклости, взятыя нами за исходныя точки измѣренія. Предположимъ, въ самомъ дѣлѣ, что, на здоровомъ членѣ, плечевая кость отведена до горизонтальнаго положенія: укороченіе равно будетъ выступленію кнаружи акроміально-вороньяго свода, а при вывихѣ это укороченіе будетъ еще значительнѣе, потому что плечевая головка претерпѣваетъ родъ захожденія за шейку лопатки. Членъ противоположной стороны долженъ быть помѣщенъ точно въ такое же положеніе, какъ и вывихнутый, и будетъ служить пунктомъ сравненія.

Мальгень преимущественно заставилъ обратить вниманіе на измѣненія длины конечности. Основываясь на отношеніяхъ суставной впадины и вороньяго отростка, онъ говоритъ, что при всякомъ подвороньемъ вывихѣ плечевая головка должна опуститься, чтобъ помѣститься подъ вороньимъ отросткомъ, и длина члена должна увеличиться, потому что

этот отростокъ лежитъ ниже верхняго края суставной впадины. Много разъ старались мы убѣдиться въ этомъ явленіи и могли замѣтить, со многими другими хирургами, что въ большей части случаевъ бываетъ удлинненіе, правда незначительное, не превышающее 5—6 миллиметровъ, но что въ другихъ случаяхъ оба члена имѣютъ равную длину, и что наконецъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ раненый членъ бываетъ короче здороваго. Какъ объяснить эту разницу? Надобно, кажется, указать на три причины: 1) плечевая головка можетъ быть въ непосредственномъ соприкосновеніи съ нижнею поверхностью вороньяго отростка или быть на нѣсколько миллиметровъ въ отдаленіи отъ нея; 2) она можетъ болѣе или менѣе податься кнутри: отъ этого произойдетъ не одинаковое сплюсненіе делетовидной мышцы, и чѣмъ болѣе вдавится эта мышца, тѣмъ прямѣе пройдетъ по ея поверхности измѣрительная тесемка и тѣмъ членъ покажется короче; 3) разрывъ связокъ, натянутость мышцъ, позволяющіе плечевой кости меньшую свободу движеній около лопатки, отъ чего и происходитъ, что, приближая локоть къ груди, въ однихъ случаяхъ заставляютъ плечо рычагообразно перевѣшиваться, съ чѣмъ вмѣстѣ и лопатка претерпѣваетъ одновременное движеніе, дѣйствительно оставляющее плечо въ отведеніи по отношенію къ лопаткѣ, тогда какъ въ другихъ случаяхъ между плечевою головкою и лопаткою происходитъ движеніе, въ слѣдствіе котораго надмыщелокъ отдалается отъ акроміальнаго отростка.

Произвольныя движенія лопаточно-плечеваго сочлененія трудны, и особенно тѣ движенія, которыя сопряжены съ приведеніемъ плеча и съ направленіемъ его впередъ. Отъ того больной съ чрезвычайнымъ только трудомъ можетъ поднять руку къ головѣ. Движеніе кзади и въ отведеніе, равно какъ приведеніе и поворачиваніе, могутъ происходить довольно легко и безъ большихъ болей.

При этихъ движеніяхъ, особенно круговомъ, часто слышенъ родъ глухаго хрустѣнія.

Боль вообще не очень сильна, когда плечо остается въ неподвижности; что касается до подтека, то онъ появляется четыре или пять дней спустя послѣ происшествія, и особенно распространяется на внутренней сторонѣ плеча по ходу сосудовъ.

Когда этотъ вывихъ бываетъ неполнымъ, то онъ представляетъ явленія, которыя изложили мы; только они бываютъ менѣе выражены; измѣненіе формы плеча менѣе значительно, не такъ легко ощупывается плечевая головка, уклоненіе члена менѣе рѣзко, и пр.

В. Подгленоидальный вывихъ. Явленія подгленоидальнаго вывиха представляютъ много сходства съ явленіями подвороньяго вывиха. Это и объясняетъ, отъ чего оба эти вывиха часто смѣшивались между собою.

Какъ и въ описанномъ нами вывихѣ, здѣсь находится сплюсненіе культи плеча, выстояніе акроміально-вороньяго свода, удлинненіе передней стѣнки подмышки; но эти явленія гораздо выразительнѣе; сдвлена вся поверхность дельтовидной мышцы; подключичная ямка сохранилась; передняя поверхность подмышки не представляетъ ни какого возвышенія; нижній уголъ лопатки сильно приподнять кзади, отошелъ отъ позвоночнаго столба (Вельпо). Напротивъ Гойранъ говоритъ, что нижній уголъ лопатки сближается съ спинною остью и образуетъ назади значительное ненормальное выстояніе, объясняемое сильнымъ напряженіемъ дельтовидной мышцы, которое должно произвести пониженіе акроміального отростка, и наоборотъ, приподнятіе нижняго угла лопатки.

Рукою можно ощупать въ подмышкѣ плечевую головку, лежащую подъ кожею, отъ которой она отдѣляется спереди только грудной большою мышцею. Безполезно прибавлять, что ее нельзя уже встрѣтить при ощупываніи подъ-акроміальной стороны.

Локоть болѣе отдаленъ отъ туловища, чѣмъ въ подвороньемъ вывихѣ. Среднее плечо направлено кнаружи и иногда нѣсколько кпереди. Оно на 2—3 сантиметра длиннѣ плеча здоровой стороны. Предплечіе сильно согнуто къ плечу, и не можетъ быть разогнуто безъ сильной боли.

Произвольныя движенія лопаточно-плечеваго сочлененія невозможны, по причинѣ напряженія мышцъ, сгруппированныхъ вокругъ сочлененія; напротивъ, сообщенныя движенія происходятъ легко и безъ боли.

Гойранъ говоритъ, что, при своихъ опытахъ надъ трупами, онъ замѣчалъ скользеніе плечевой головки сзади кпереди и спереди кзади по подгленоидальной маленькой поверхности; онъ предполагаетъ, что это явленіе должно существовать и у живаго — вопросъ, который рѣшить дальнѣйшее наблюденіе.

С. Внутрь-вороньеотростковый вывихъ — есть самый рѣдкій изъ трехъ вывиховъ, происходящихъ впереди лопатки, и характеризуется собственно ему свойственными признаками.

Обезображеніе культи плеча мало выразительно, сплюсненіе дельтовидной мышцы очевиднѣе сзади, чѣмъ спереди; подключичная ямка исчезаетъ и замѣняется выпукlostью, образуемою плечевою головкою. Локоть подается кзади: плечевая кость образуетъ съ культею плеча тупой уголъ, открытый кзади, котораго верхушка соответствуетъ заднему краю дельтовидной мышцы. Если мысленно продолжить ось нижней части плечевой кости, то эта ось сильно направляется кпереди. По Вельпо, верхній уголъ лопатки отдается кзади, однако жъ этого явленія нѣтъ на находящемся у меня гипсовомъ слѣлкѣ. Если приложить руку къ дельтовидной сторонѣ, то головка не ощущается уже подъ акроміальнымъ отросткомъ; ее находятъ, ощупывая переднюю стѣнку подмышки,

снутри вороньяго отростка подъ ключицею. Рука, введенная въ подмышку, сперва не встрѣчаетъ тамъ головки, и потомъ съ большимъ только трудомъ ощупываетъ ее въ самой верхней части этой стороны; она отдѣлена отъ кожи очень большою толщею мягкихъ частей.

Членъ всегда короче здороваго, и лежитъ недвижно по длинѣ груди, отъ которой не можетъ отдалиться произвольно, равно какъ и произвольныя движенія могутъ оттянуть его оттуда съ большимъ только трудомъ и съ чрезвычайными болями для раненаго. Отъ этой трудности движеній головки не такъ часто, какъ въ предыдущей разности, можно слышать хрустѣніе.

Д. Вывихъ подъ-остный — рѣже всѣхъ плечевыхъ вывиховъ, всегда неполный, и узнается по слѣдующимъ признакамъ:

Обезображеніе культи плеча на взглядъ менѣе замѣтно, чѣмъ въ другихъ разностяхъ вывиховъ; существуетъ только легкое сплющеніе, очень мало выраженное спереди, отъ того что плечевая головка отходитъ кзади. На высотѣ основанія акроміальнаго отростка замѣтно легкое возвышеніе, не превышающее этого отростка. Локоть сближается съ туловищемъ и подается кпереди. Среднее плечо заворачивается внутрь, предплечіе полусгибается къ плечу. При ощупываніи, головка встрѣчается не тамъ, гдѣ она обыкновенно находится, т. е. не подъ акроміальнымъ отросткомъ, а подъ переднимъ концомъ лопаточной ости.

Членъ длиннѣе здороваго; больной не можетъ производить имъ ни какаго движенія, а если пробуетъ, то всегда почти безъ успѣха, какъ по причинѣ боли, пробуждающейся при этомъ, такъ и по причинѣ ущемленія или такъ-сказать вклиненія головки подъ наружнымъ краемъ акроміально-вороньяго свода.

Явленія четырехъ разностей плечевыхъ вывиховъ вкратцѣ сравнены между собою въ слѣдующей таблицѣ:

Сравнительная таблица четырехъ плечевыхъ вывиховъ.

<p><i>Вывихъ подгленоидальный.</i> Значительное сплюсненіе и на- пряженіе дельтовидной мышцы. Очень выразительное состоя- ніе акроміального отростка.</p>	<p><i>Вывихъ подкореньсоотростковый.</i> Сплюсненіе дельтовидной мыш- цы, особенно назад. Менѣе выразительное состоя- ніе акроміального отростка.</p>	<p><i>В. внутри-кореньсоотростковый.</i> Очень малое сплюсненіе дель- товидной мышцы, и только сзади. Легкое выстояніе задней части акроміального отростка.</p>	<p><i>Вывихъ подъ-остный.</i> Очень малое измѣненіе формы культи плеча. Передняя часть культи плеча скорѣй удобосдавима, чѣмъ сплюс- нена.</p>
<p>Сохраненіе подключичной ямки.</p>	<p>Уменьшеніе подключичной ям- ки.</p>	<p>Подключичная ямка замѣнена возвышеніемъ, отъ присутствія здесь плечевой головки.</p>	
<p>Плечевая головка лежитъ въ подмышкѣ и подъ кожей.</p>	<p>Плечевая головка болѣе подни- та и менѣе доступна осязанію.</p>	<p>Плечевая головка очень подни- мается, приподнимаемая переднюю стѣнку подмышки, и доступна осязанію чрезъ подмышковую ямку.</p>	<p>Плечевая головка образуетъ мало замѣтную опухоль подъ акроміальнымъ отросткомъ.</p>
<p>Удлиненіе члена.</p>	<p>Плечо обыкновенно удлиннено, иногда укорочено, или имѣть нормальную длину.</p>	<p>Укороченіе конечности.</p>	<p>Конечность удлиннена.</p>
<p>Увеличеніе высоты передней стѣнки подмышки.</p>	<p>Увеличеніе высоты передней стѣнки подмышки, слегка при- пухлой.</p>		
<p>Локоть очень отдаленъ отъ ту- ловища.</p>	<p>Менѣе отдаленъ.</p>	<p>Локоть приближенъ къ тулови- щу и направленъ кзади.</p>	<p>Локоть приближенъ къ тулови- щу и направленъ кпереди.</p>
<p>Произвольныя движенія не воз- можны: пассивныя движенія без- болѣзненны, исключая приве- деніе.</p>	<p>Произвольныя движенія не воз- можны; пассивныя возможны, но болѣзненны.</p>	<p>Не возможны ни произволь- ныя, ни пассивныя движенія.</p>	<p>Не возможны движенія кзади и кнаружи.</p>
	<p>Довольно часто бываетъ хру- стѣніе.</p>	<p>Хрустѣніе рѣдко.</p>	

Наконецъ, чтобы кончить симптоматологию плечевыхъ вывиховъ, намъ остается еще упомянуть о нѣкоторыхъ исключительныхъ фактахъ, которые напрасно принимаемы были за отдѣльныя разности. Въ журналѣ Дезо *) приведено одно наблюденіе въ примѣръ вывиха внизъ; тамъ сказано, что плечевая головка представляла необыкновенную подвижность, что она одинаково легко подавалась и къ наружному краю грудной большой мышцы, къ переднему краю большой спинной, и къ кожѣ подмышки, смотря по направленію, которое давали плечевой кости. Этотъ вывихъ, бывъ вправленъ одинъ разъ, опять повторился, и потребовалъ для удержанія его почти такого же аппарата, какой употребляется при леченіи переломовъ ключицы. Большая подвижность плечевой головки, и повтореніе смѣщенія тотчасъ же послѣ вправленія, суть такія исключительныя явленія не только въ исторіи плечевыхъ вывиховъ, но и въ исторіи вывиховъ вообще, что нѣкоторые авторы смотрѣли на этотъ фактъ, какъ на примѣръ перелома плечевой шейки; мысль легко, въ самомъ дѣлѣ, примиряющаяся съ этого рода поврежденіемъ и съ обстоятельствомъ паденія на культю плеча; однако жъ, внимательно разсмотрѣвъ всѣ подробности факта, мы расположены думать, что здѣсь дѣйствительно былъ только вывихъ: только вѣроятно существовалъ большой разрывъ сумки и можетъ-быть нѣкоторыхъ мышцъ, прикрѣпляющихся къ большому бугру; отсюда эта подвижность, обозначенная Дезо; отсюда также это легкое повтореніе смѣщенія; прибавимъ, что это смѣщеніе плечевой головки было, намъ кажется, подгленоидальный вывихъ, замѣчательный по обширности смѣщенія и по значительному разрыву мягкихъ частей.

Ложье обнаружилъ родъ смѣщенія плечевой головки, названный имъ *вывихомъ вверхъ* и стоящій быть упомянутымъ; въ этомъ смѣщеніи плечевая головка оборочена была прямо вверхъ и находилась въ соотношеніи съ наружнымъ или заднимъ краемъ вороньяго отростка; большой бугоръ соответствовалъ суставной впадинѣ лопатки; меньшій бугоръ обращенъ былъ кнаружи; подлопаточная мышца, удлиненная уклоненіемъ этого послѣдняго бугра, косвенно обвивалась вокругъ хирургической шейки кости и удерживала суставную часть въ соприкосновеніи съ вороньимъ отросткомъ. Дѣйствительно ли это—примѣръ вывиха вверхъ? Мы не можемъ допустить этого, и увѣрены, что надгленоидальное смѣщеніе плеча физически невозможно; фактъ, представленный Ложье, есть результатъ поворота плечевой кости вокругъ своей оси, поворота снаружи кнаружи, необходимымъ слѣдствіемъ котораго всегда должны быть: 1) разрывъ сумки на высотѣ внутренняго края суставной

*) *Journal de chirurgie de Desault*, tome II, p. 236.

впадины, 2) разрывъ воронье-плечевой связки, 3) обращеніе меньшаго бугра кнаружи, а 4) большого бугра кзади или въ суставную впадину; 5) перенесеніе суставной головки кпереди, которая, уклонившись такимъ образомъ, поднимается и помѣщается противъ вороньяго отростка; 6) наконецъ отъ спиральнаго обвитія подлопаточной мышцы, которой удлинненіе вызываетъ сжатіе, и это сжатіе удерживаетъ верхній конецъ кости въ ненормальномъ, занимаемомъ имъ, положеніи. Если бы нужно было назвать какъ-нибудь эту разность смѣщенія плечевой головки, то надобно было бы назвать его не *вывихомъ вверхъ*, а *вывихомъ чрезъ круговой поворотъ* кости, и это названіе имѣло бы ту выгоду, что ясно отличало бы ее отъ всѣхъ другихъ разностей, и вмѣстѣ съ тѣмъ указывало бы и на механизмъ вывиха, и на главные его явленія. Этотъ вывихъ чрезъ круговой поворотъ и неполный вывихъ подъ вороній отростокъ мы поставимъ вмѣстѣ съ неполнымъ вывихомъ кнаружи вороньяго отростка, описаннымъ А. Куперомъ.

Ларрей говоритъ, что онъ видѣлъ въ кабинетѣ Прохаски, въ Вѣнѣ, препаратъ вывиха, въ которомъ верхній конецъ плечевой кости проникалъ промежъ двухъ реберъ и выстоялъ въ грудь. Сидальо, основываясь на этомъ фактѣ, принялъ *межреберный вывихъ*; но подобное смѣщеніе не есть ли случайное обстоятельство при вывихѣ подъ вороній отростокъ? Обыкновенно плечевая головка останавливается при входѣ подлопаточной ямки, подъ сухой жилою мышцы того же имени; но если насиліе, произведшее этотъ вывихъ, не истощилось произведя его, то плечевая головка перейдетъ мышцу и помѣстится подъ большую зубчатую мышцу. Если насиліе будетъ еще значительнѣе, то она разорветъ большую зубчатую мышцу и придетъ въ соприкосновеніе съ ребрами, и какъ сила, дѣйствующая на плечевую кость, нѣкоторымъ образомъ неограниченна, то понятно, что верхній конецъ ея можетъ податься еще дальше, переломить ребра лежація на дорогѣ ея, или разорвать межреберныя мышцы и проникнуть въ грудную полость, какъ это и видѣлъ Прохаска; понятно также, что она повреждаетъ легочную ткань и производитъ разстройства мгновенно-смертельныя; но слѣдуетъ ли каждое изъ этихъ обстоятельствъ считать разностью вывиха подъ вороній отростокъ? Конечно нѣтъ; это исключительныя или случайныя явленія, осложненія одного и того же вывиха, а не отдѣльныя его разности.

Осложненія.—Плечевые вывихи рѣдко сопровождаются важными осложненіями; однако жъ случалось иногда, что смѣщеніе плечевой головки осложнялось переломомъ, воспаленіемъ мягкихъ частей, окружающихъ сочлененіе, общимъ параличемъ или частнымъ параличемъ верхняго члена, и наконецъ разрывомъ подкрыльцовой артеріи.

Переломы, всего чаще осложняющіе плечевые вывихи, бываютъ на

средней части или хирургической шейкѣ плечевой кости; рѣже въ этихъ случаяхъ ломается вороній или акроміальный отростокъ; еще рѣже вывихъ сопровождается разрывомъ шейки суставной впадины. Непріятныя обстоятельства, которыя ведутъ за собою эти переломы, состоятъ въ невозможности приступить къ вправливанію вывиха, и въ необходимости отложить это вправливаніе до того времени, въ которое оно сдѣлается чрезвычайно труднымъ, если только не совсѣмъ невозможнымъ.

Воспаленіе происходитъ здѣсь не столько отъ самаго вывиха, сколько отъ производящей его причины; часто оно бываетъ слѣдствіемъ паденія на культю плеча, и вообще, утихая въ теченіе одной или двухъ недѣль, не причиняетъ большаго безпокойства.

Параличъ верхняго члена зависитъ отъ прижатія или растяженія нервовъ плечеваго сплетенія плечевою головкою, когда она смѣщается къ подкрыльцовой ямкѣ. И то онъ распространяется на всѣ мышцы верхней конечности, то ограничивается одною дельтовидною. Дезо два раза видѣлъ полный параличъ верхняго члена; у одного изъ больныхъ онъ такимъ и остался, а у другаго прошелъ черезъ пятнадцать дней. Бойе три раза встрѣтилъ, въ слѣдствіе подгленоидальнаго вывиха, параличъ дельтовидной мышцы; два раза, говоритъ онъ, этотъ припадокъ уступилъ употребленію мѣстныхъ раздражающихъ средствъ, а въ третьемъ остался на всю жизнь. Мы встрѣтили такой частный параличъ только одинъ разъ; онъ лечимъ былъ широкими мушками и исчезъ около десяти дня послѣ вправленія вывиха.

Разрывъ подкрыльцовой артеріи чрезвычайно рѣдокъ; однако жъ мы видѣли одинъ замѣчательный примѣръ его, въ слѣдствіе подгленоидальнаго вывиха. Разорваны были обѣ внутреннія оболочки этого сосуда на очень ограниченномъ пространствѣ; быстро развившаяся ложная послѣдственная аневризма заставила меня, три мѣсяца спустя, прибѣгнуть къ лигатурѣ подключичной артеріи, которую я наложилъ надъ ключицею; но болѣзнь сдѣлала уже такіе успѣхи, что аневризматическій мѣшокъ, не смотря на лигатуру, прорвался и повелъ за собою печальный исходъ. Профессоръ А. Бераръ видѣлъ, въ слѣдствіе вывиха подъ вороній отростокъ, разрывъ обѣихъ внутреннихъ оболочекъ подкрыльцовой артеріи по всей своей окружности; клѣтчатая оболочка удлинилась, какъ суженная ламповая трубка. За этимъ поврежденіемъ послѣдовало зарощеніе сосуда, гангрена многихъ пальцевъ и наконецъ смерть больного. Отсутствіе біеній въ лучевой и локтевой артеріяхъ заставляло подозревать артеріальное поврежденіе.

Дезо, употребивъ однажды энергическія средства для вправливанія вывиха у 60-лѣтняго старика, замѣтилъ, что вокругъ плеча быстро развивается эмфизематозная опухоль, въ три минуты достигшая объема голо-

вы; сначала онъ боялся, не ранилъ ли онъ подкрыльцовую артерію; но отсутствіе признаковъ, принадлежащихъ аневризматическимъ опухолямъ, и шумъ, происходившій здѣсь при постукиваніи, успокоили его. Мгновенное развитіе большого количества гаса вокругъ плечевого сочлененія есть такой трудно объяснимый фактъ, что нѣкоторые писатели не раздумывали вовсе отвергнуть возможность его, и принимали, съ Вельпо, что здѣсь бываетъ только разрывъ сосуда, излітіе крови, ссыданіе ея, и позднѣе хрустящій шумъ отъ распадаенія на части кровяныхъ сгустковъ.

Распознаваніе.—Плечевые вывихи можно смѣшать только съ переломами, находящимися на верхнемъ концѣ плечевой кости. Для постановленія отличительныхъ признаковъ этихъ обоихъ родовъ поврежденій нужно вспомнить, что переломы, случающіеся на верхнемъ концѣ плечевой кости, могутъ занимать или хирургическую шейку кости, или анатомическую шейку ея, и что явленія, характеризующія тотъ и другой переломъ, существенно разнятся между собою; отсюда необходимость — послѣдовательно сравнить вывихъ плечевой головки съ каждою изъ обѣихъ этихъ разностей перелома.

1. Переломъ хирургической шейки. — Плечевые вывихи, представляющіе наиболѣе сходства съ переломомъ хирургической шейки плеча, суть вывихи подъ гленоидальную впадину и вывихи подъ вороній отростокъ; въ самомъ дѣлѣ, въ обѣихъ этихъ разностяхъ замѣчаются сплюсненіе культи плеча, костяное выстояніе въ подкрыльцовой сторонѣ, отдаленіе локтя, болѣе или менѣе полная потеря подвижности цѣлаго верхняго члена, измѣненіе длины его, и наконецъ кровяная инфильтрація въ подкожной кѣтчаткѣ и происходящій отсюда болѣе или менѣе обширный подтекъ. Но о-бокъ съ этими общими явленіями идетъ рядъ и отличительныхъ явленій, легко узнаваемыхъ.

Такъ, при переломѣ, сплюсненіе плечевой культи бываетъ только на нижней ея части; оно всегда мало значительно, а часто его и вовсе не бываетъ; большой палецъ, поперечно приложенный подъ акроміальный отростокъ, очень хорошо чувствуетъ плечевую головку. При вывихѣ дельтовидная сторона сильно вдавлена; акроміальный отростокъ, въ нормальномъ состояніи незамѣтный по причинѣ выпуклости дельтовидной мышцы, сильно выдается на наружной и верхней части плеча; приложивъ большой палецъ ниже этого отростка, можно чувствовать пустоту отъ отсутствія плечевой головки.

При переломѣ, костное выстояніе, занимающее иногда подкрыльцовую ямку, лежитъ на наружной ея стѣнкѣ; оно незначительно и состоитъ изъ гребня, болѣе или менѣе круглаго края; при вывихѣ оно значительно и болѣе или менѣе округлено, шарообразно.

При переломѣ, локоть отдаленъ отъ туловища, но мало, и безъ усилія можетъ быть приближенъ къ нему; при вывихѣ отдаленіе локтя значительнѣе и конечности нельзя приблизить къ туловищу безъ усилія и безъ боли.

При переломѣ, если правой рукою сообщать нижнему отломку круговое движеніе, между-тѣмъ какъ лѣвой, положенной на культю плеча, удерживать верхній отломокъ, то обыкновенно происходитъ явственное хрустѣніе, указывающее на треніе двухъ веровныхъ костныхъ поверхностей; умереннымъ вытягиваніемъ поврежденныя части возвращаются въ нормальныя свои отношенія и плечо получаетъ натуральное свое очертаніе. При вывихѣ нѣтъ вправливанія, нѣтъ хрустѣнія, или глухое хрустѣніе, и остается обезображеніе плеча.

При переломѣ конечность сохраняетъ первоначальную длину свою или слегка бываетъ укорочена; при вывихѣ бываетъ иногда удлиненіе, и тѣмъ значительнѣе, чѣмъ болѣе плечевая головка сближается съ ребромъ лопатки.

При переломѣ, говоритъ Дюпюитренъ, всегда почти бываетъ подтекъ, и занимаетъ самую культю плеча; при вывихѣ, подтекъ, если и бываетъ, обнаруживается на передней и внутренней части среднего плеча; переломъ плечевой шейки, по Дюпюитрену, всего чаще и даже всегда происходитъ въ слѣдствіе паденія на культю плеча, между-тѣмъ какъ вывихи, въ неизмѣримомъ большинствѣ случаевъ, бываютъ слѣдствіемъ непрямои причины.

Этотъ послѣдній отличительный признакъ представляетъ мало важности, и Мальгень, по нѣкоторымъ фактамъ, приведеннымъ въ его *Journal de chirurgie*, вовсе отказываетъ ему въ какой бы то ни было важности. Мѣсто подтека, и выводимыя изъ него слѣдствія для распознаванія переломовъ и вывиховъ, кажутся ему выведенными a priori; поэтому онъ мало и довѣряетъ этому отличительному признаку.

2. *Переломъ анатомической шейки плечевой кости.* — Явленія, сопровождающія это поврежденіе, вообще менѣе характеристичны, чѣмъ тѣ, которыя принадлежатъ перелому хирургической шейки; поэтому труднѣе отчетливо изложить разницу, которая отличала бы его отъ вывиховъ. Здѣсь могутъ представиться два обстоятельства: 1) или плечевая головка сохраняетъ натуральныя свои отношенія съ нижнимъ отломкомъ; 2) или головка разрываетъ сумочную связку и выходитъ изъ сочлененія, чтобы податься въ подъ-остную ямку, какъ это видѣлъ и нарисовалъ Дельпешъ *).

Въ первомъ случаѣ переломъ отличается отъ вывиха: правильнымъ

*) Delpech, *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. I, p. 233.

очертаніемъ культи плеча, отсутствіемъ всякаго костяного выстоянія въ подкрыльцовой сторонѣ и почти полнымъ сохраненіемъ движеній члена; при существованіи подобныхъ явленій нельзя и подумать о присутствіи вывиха.

Во второмъ случаѣ, возможно ли распознать, что плечевая головка, отдѣленная отъ остальной кости, прошла въ подъ-остную ямку? Можно предполагать, что если хирургъ призванъ тотчасъ послѣ происшествія, то онъ можетъ замѣтить, съ одной стороны, подъ акроміальнымъ отросткомъ вдавленіе, подобное тому, какое бываетъ при вывихѣ, только гораздо меньшее, а съ другой, — въ подъ-остной ямкѣ выстояніе, похожее на то, которое замѣчается при подъ-остномъ вывихѣ, но также гораздо меньшее. Если, напротивъ, онъ призванъ спустя нѣсколько дней послѣ происшествія, то болѣе или менѣе значительное воспалительное набуханіе, маскируя костяныя выстоянія и не позволяя движеній, сдѣлаетъ невозможнымъ распознаніе. И теорія, согласно на этотъ разъ съ единственнымъ извѣстнымъ наблюденіемъ, указываетъ, что вполне отдѣленная плечевая головка можетъ быть сравнена съ костнымъ осколкомъ, и принята за инородное тѣло, могущее произвести воспаленіе и нагноеніе.

Предсказаніе. — Плечевые вывихи почти всегда оканчиваются благопріятнымъ исходомъ; недавніе, они могутъ быть вправлены, и за этимъ вправленіемъ наступаетъ возвратъ всѣхъ натуральныхъ движеній сочлененія, т. е. полный и очень быстрый переходъ къ нормальному состоянію; давніе, они въ нѣкоторыхъ обстоятельствахъ также могутъ быть вправлены, и всѣ неудобства, ими приведенныя съ собою, исчезаютъ послѣ этого поздняго вправленія; или они остаются невосправляемыми, и въ этомъ случаѣ всего чаще образуется ложное сочлененіе, при помощи котораго верхній членъ получаетъ и сохраняетъ часть первоначальной своей подвижности. Чѣмъ они свѣжѣе и легче для вправливанія, тѣмъ предсказаніе ихъ лучше; отъ того-то подъ-остные вывихи, всегда повидимому неполные, не такъ опасны, какъ тѣ, которые бывають кпереди или кнаружи отъ суставной впадины, потому что они требуютъ меньшихъ усилій для вправливанія и дольше сохраняютъ свою вправимость; по той же причинѣ подгленоидальные и подвормонны вывихи, въ которыхъ плечевая головка менѣе удаляется отъ суставной впадины, чѣмъ въ вывихахъ кнутри вороньяго отростка, легче вправляются, чѣмъ эти послѣдніе.

Леченіе. — Вправливаніе плечевыхъ вывиховъ породило множество способовъ, повидимому очень различныхъ между собою, но на самомъ дѣлѣ разнящихся тѣмъ только, что они болѣе или менѣе успѣшно выполняютъ три главныя показанія всякаго вправливанія: *вытягиваніе*,

противувывлечение и прилажение. Въ самомъ дѣлѣ, большая ихъ часть выполняютъ одно только изъ этихъ условій, и составляютъ простые прилаживающіе аппараты; другіе выполняютъ эти три показанія, но не совершенно; наконецъ нѣкоторые совершенно выполняютъ ихъ.

Аппараты съ простымъ прилаженіемъ дѣйствуютъ прямо на плечевую головку, сообщая ей движеніе снизу вверхъ; слѣдовательно они приложимы только къ подгленоидальнымъ вывихамъ и существенно состоятъ въ томъ, чтобы дать точку опоры верхнему концу плечевой кости. Этой точкой опоры служить или простая перекладина, которой середина соответствуетъ подмышкѣ, а концы держатся двумя помощниками, или спинка стула, ступенька лѣстницы, верхній край двери, и иногда колѣно хирурга; помощью этой опорной точки можно возвратить обѣ суставныя поверхности въ ихъ нормальныя отношенія, или понижая ту, которая болѣе возвышена, т. е. суставную впадину, или приподнимая ту, которая лежитъ ниже, т. е. плечевую головку. Для пониженія суставной впадины, изъ-подъ больного вдругъ удаляютъ всякую поддерживающую его плоскость, и тогда тяжесть тѣла его производитъ вправливаніе; такъ дѣйствуютъ перекладина, лѣстница, дверь. Для приподнятія плечевой головки, хирургъ, помѣстивъ предварительно колѣно свое въ подмышку больного, приводитъ въ движеніе плечевую-кость его подобно рычагу перваго рода, наклоняя предплечный конецъ ея. Эти аппараты извѣстны были древнимъ и преимущественно употреблялись ими; сюда же надобно отнести и еще одинъ способъ, до сихъ поръ, кажется, не описанный и состоящій также въ простомъ прилаженіи. Употребленіе его не требуетъ ни какихъ аппаратовъ, кромѣ рукъ хирурга, изъ коихъ одна прикладывается спереди, другая сзади культи плеча, такъ что четыре пальца каждой руки приходятся надъ головкою плечевой кости, а большіе пальцы надъ акроміальнымъ отросткомъ: между-тѣмъ какъ пальцы одной руки упираются въ лопаточную ость, пальцы другой отдавливаютъ вывихнутую кость кверху. Многое разъ удавалось этимъ способомъ вправлять вывихи подъ вороній отростокъ.

Я видалъ также, что плечевая головка возвращалась въ свою впадину и отъ простаго вытягиванія. Для произведенія его, хирургъ охватываетъ пальцами правой руки нижнюю часть вывихнутой плечевой кости и оттягиваетъ ее косвенно внизъ и кнаружи, поддерживая пяткою лѣвой руки выпуклость акроміальнаго отростка.

Способы, не вполне удовлетворяющіе тремъ показаніямъ вправливанія, суть способы съ полотенцомъ, съ скамейкою и съ пяткою. Для вправленія подгленоидальнаго вывиха посредствомъ *полотенца*, хирургъ, наклонившись, подводитъ сложенное по длинѣ полотенце серединою подъ головку плеча, а оба конца его ведетъ къ задней части своей шеи, гдѣ

и связывает их двойнымъ узломъ; потомъ, схвативъ предплечіе больного между своими нижними членами, онъ производитъ вытягиваніе, между-тѣмъ какъ руки укрѣпляютъ туловище неподвижно для противу-вытягиванія, а полотенцо, натягиваемое приподнимаемою шею, оканчиваетъ приложеніе.

Скамейка (amb) состоитъ изъ горизонтально протянутой подъ вывихнутымъ членомъ доски, отъ подмышки до пальцевъ, крѣпко привязанной къ этому члену двумя круговыми тесемками, и снизу сочлененной съ вертикальнымъ столбикомъ, который служитъ ей ножкою или подпорою; ножка приделана къ доскѣ на 6 или 8 сантиметровъ кнаружи отъ внутреннего или подкрыльцового конца ея; усадивъ больного и хорошо приложивъ аппаратъ, для произведенія вправливанія достаточно надавить или перевѣсить книзу пальцевый конецъ дощечки; за этимъ пониженіемъ наружнаго конца ея послѣдуетъ возвышеніе или приподнятіе конца внутреннего, и головка кости войдетъ въ свою впадину. Здѣсь вытягиваніе производится перевѣщиваніемъ больного члена, противувытягиваніе тяжестью тѣла, а приложеніе подкрыльцовымъ концомъ дощечки.

Способъ вправливанія *пяткою* замѣчателенъ по простотѣ своей; хирургъ садится на-земь, вкладываетъ одну изъ своихъ пятокъ въ подмышку больного, предварительно положеннаго горизонтально, захватываетъ вывихнутый членъ за кисть руки и производитъ вытягиваніе обѣими своими руками, между-тѣмъ какъ нога въ одно время производитъ и противувытягиваніе и приложеніе.

Способы, совершенно выполняющіе всѣ три показанія вправливанія, составляютъ двѣ методы, одну общую и одну особенную. Чтобы изложить всѣ подробности общей методы, мы послѣдовательно разсмотримъ *вытягиваніе, противувытягиваніе и приложеніе*.

1. Вытягиваніе. — Вытягивающія силы прилагаются къ нижнему концу плечевой кости. Выше мы говорили уже, почему предпочтительнѣе производить вытягиваніе прямо за вывихнутый членъ; поэтому бесполезно повторять здѣсь причины, изложенныя при общемъ описаніи вывиховъ, и довольно указать только на выгоды, представляемыя этимъ способомъ дѣйствія при вправливаніи плечевыхъ вывиховъ.

Бывъ приложено на плечевой кости, вытягиваніе позволяетъ согнуть предплечіе къ плечу, слѣдовательно разслабить двуглавую мышцу, натянутую уже самымъ вывихомъ; оно находитъ крѣпкую точку опоры въ наружномъ и внутреннемъ плечевыхъ буграхъ. Къ этимъ выгодамъ прибавимъ и то еще, что согнутое подъ прямымъ угломъ предплечіе можетъ служить рычагомъ для сообщенія плечевой кости круговаго движенія, часто необходимаго для приведенія плечевой головки къ соотношенію съ суставною впадиной.

Вотъ какъ располагается вытягивающая петля:

Согнувъ предплечіе подъ прямымъ угломъ къ плечу и отделивъ локоть отъ туловища, салфетка, нѣсколько разъ сложенная по длинѣ, такъ чтобъ ширина ея была въ 4 — 5 поперечныхъ пальцевъ, накладывается однимъ концомъ своимъ на наружную поверхность плеча, а другимъ на внутреннюю ея поверхность, такъ что середина ея остается свободною подъ локтемъ и образуетъ широкое кольцо, въ которое можно продѣть вытягивающія петли. Сильно стянутые ходы бинта укрѣпляютъ салфетку тотчасъ выше локтя до высоты около четырехъ поперечныхъ пальцевъ. Концы салфетки заворачиваются сверху внизъ надъ первыми ходами бинта и опять покрываются многими ходами, укрѣпляющими ихъ очень прочно.

Въ петлю, оставленную внизу салфеткою, проводится тесемка, и концы ея отдаются помощникамъ для произведенія вытягиванія.

Вмѣсто салфетки съ бинтами можно наложить на нижній конецъ плечевой кости двойную петлю изъ крѣпкаго и широкаго бинта или сложенного длиннаго полотенца, и концы ея такимъ же образомъ отдать помощникамъ для вытягиванія.

Если предвидится, что вправливаніе будетъ нѣсколько трудно, то этотъ аппаратъ можно замѣнить хорошо подбитымъ браслетомъ, прочно прикрѣпляемымъ къ нижней части плечевой кости; за два боковыхъ кольца его задѣваются два крючка и приводятъ его въ соотношеніе съ системою блоковъ или полиспастомъ.

2. *Противувытягиваніе* представляетъ нѣкоторыя трудности. Въ самомъ дѣлѣ, когда влеченія должны быть довольно сильны, то трудно такъ неподвижно укрѣпить лопатку, чтобъ она не смѣщалась въ одно время съ плечевой костью при усиліяхъ вытягиванія.

Для выполненія этой части операціи, въ подмышку помѣщается довольно широкая тесемка, которой одинъ конецъ направляется впередъ, а другой сзади груди, къ плечу здоровой стороны, надъ которымъ они и связываются, или, по совѣту нѣкоторыхъ авторовъ, на плечо больной стороны. Въ томъ и другомъ случаѣ можно дѣйствовать только на нижнюю часть лопатки, а верхній уголъ этой кости, который именно и нужно бы было укрѣпить, потому что на немъ-то и выдавлена суставная поверхность, претерпѣваетъ рычагообразное движеніе. Чтобъ устранить это смѣщеніе, Дезо употреблялъ другую противувытягивающую тесемку, упирая ее на акроміальный отростокъ; но эта другая тесемка, которой польза сомнительна, всеми теперь оставлена. Верхній уголъ лопатки достаточно придерживается акроміально-ключичною и воронье-ключичною связками, представляющими пассивное сопротивленіе, которое воспомоществуется активнымъ сокращеніемъ трапеціальной мышцы.

Легко понять, что наложенная такимъ-образомъ противувытягивающая тесемка сильно сдавливаетъ передній и задній края подмышки и производить оттягиваніе, чрезъ посредство большой-грудной, большой-круглой и большой-спинной мышцъ, верхней части плечевой кости, — оттягиваніе, препятствующее этой кости уступать усиліямъ вытягиванія. На этомъ-то основаніи, Дезо придумалъ подкладывать въ подкрыльцовую ямку довольно объемистый пелоть, чтобъ устранить прижатіе названныхъ нами мышцъ.

Можно также употребить для противувытягиванія родъ полупояса, косвенно перекрещивающаго верхнюю часть груди, и на которомъ есть кольца для принятія противувытягивающихъ тесемокъ, прикрѣпляемыхъ къ неподвижной точкѣ. Къ этому поясу обыкновенно прибавляется другой, ровно подбитый, проходящій черезъ плечо больной стороны, такъ что, по выраженію А. Купера, верхній членъ проходитъ сквозъ этотъ аппаратъ, какъ сквозъ диру.

3. Приложеніе. — Больной усаживается на невысокій стулъ, съ протянутыми ногами, для того чтобъ не упираться ими въ землю: иначе онъ могъ бы двигаться и тѣмъ помѣшать или затруднить операцію. Привязавъ противувытягивающую тесемку къ неподвижной точкѣ, какъ мы говорили уже, хирургъ, находящійся снаружи вывихнутаго члена, охватываетъ послѣдній въ верхней его части одною рукою, приложенною къ подмышкѣ, приказываетъ помощникамъ своимъ начинать влеченія, производитъ ихъ медленно, постепенно, однообразно, слѣдуя рукою своею за движеніями, сообщаемыми плечевой головкѣ, и когда думаетъ, что она дошла уже до уровня суставной впадины, отдавливаетъ ее вверхъ и кнаружи; въ то же время другою рукою, приложенною подлѣ локтя, опускаетъ послѣдній, чтобъ рычагообразно перевѣсить его въ направленіе обратное съ верхнимъ концомъ кости. Если бъ нужно было употребить большую силу, то хирургъ можетъ приподнять плечевую головку помощью предплечія своего, подложеннаго въ подмышку, или, какъ совѣтуетъ А. Куперъ, колѣномъ, которое, въ данный моментъ, приподнимается чрезъ разгибаніе ноги (приподнятіе пятки), упертой въ достаточно возвышенную плоскость. Между-тѣмъ какъ производится этотъ маневръ, помощники, производящіе вытягиваніе, должны слѣдовать за движеніемъ сообщаемымъ плечевой кости, слѣдовательно измѣнять горизонтальныя влеченія въ косвенныя книзу. Особенный шумъ, родъ щелканья, замѣтнаго для руки, показываютъ, что плечевая головка вошла въ свое мѣсто; членъ приближается къ туловищу и неподвижно укрѣпляется въ этомъ положеніи повязкою тѣла.

Безполезно прибавлять, что, для обезпеченія успѣха описанной нами методы, можно прибѣгать къ различнымъ средствамъ, указаннымъ нами

въ общемъ описаніи вывиховъ; таковы, напримѣръ, очень обширныя движенія въ разныхъ направленіяхъ, совѣтованныя Дезо, влеченія продолженныя двѣнадцать — пятнадцать минутъ, какъ это дѣлалъ А. Куперъ, и т. п.

Способъ Мота.—Придуманый, въ 1748 г., Уайтомъ для вправленія плечевыхъ вывиховъ, этотъ способъ сначала принятъ былъ неблагоклонно; отъ 1776 до 1808, Мотъ Ліонскій, доказательными наблюденіями, адресованными Парижской Хирургической Академіи, старался показать его выгоды и ввести его въ употребленіе: но и его усилія, какъ Уайтовы, остались безъ успѣха. Мальгеню, снова доказавшему дѣйствительную пользу его, принадлежитъ честь введенія его въ употребленіе. По этому способу, верхній членъ приподнимается вертикально вверхъ: помощникъ, стоя на стулѣ, производитъ вытягиваніе; противу-вытягиваніе производится другимъ помощникомъ, который прикладываетъ свои руки на верхнюю часть плеча, между тѣмъ какъ хирургъ отдавливаетъ снизу вверхъ головку плечевой кости. Мы думаемъ, что, вмѣсто того чтобы поручать противувытягиваніе помощнику, хирургу выгоднѣе было бы произвести его самому, наложивъ только оба свои большіе пальца на плечевую головку, а четыре остальные пальца обѣихъ рукъ на переднюю и заднюю поверхности культи плеча; дѣйствуя такимъ-образомъ, онъ найдетъ, что противувытягивающая сила становится для приложенія новою силою, облегчающею его. У женщинъ и дѣтей хирургъ иногда одинъ можетъ произвести и вытягиваніе, и противувытягиваніе, и приложеніе; намъ много разъ случалось легко и безъ помощника вправлять этимъ способомъ подгленоидальныя вывихи.

Способъ Лякура.—Онъ состоитъ въ сообщеніи плечевой кости круговаго движенія снаружи внутрь, съ цѣлью — возвратитъ головку къзади и снаружи къ суставной впадинѣ; послѣ круговаго движенія, хирургъ тотчасъ приближаетъ членъ къ туловищу, и суставныя поверхности возвращаются въ свои нормальныя отношенія. Этотъ способъ, выполняемый просто и легко, особенно приложимъ къ вывиху подъ вороній отростокъ.

Метода, обозначенная нами подъ именемъ общей методы, приложима ко всѣмъ плечевымъ вывихамъ: она всегда удается, когда вывихъ свѣжій, а часто побѣждаетъ и такіе вывихи, которые, по давности своей, сдѣлались уже трудно-вправимыми; надобно однако жъ сознаться, что она требуетъ присутствія извѣстнаго числа помощниковъ и употребленія аппарата, который, хоть и не очень сложенъ, все-таки нуждается въ предметахъ, не всегда имѣющихся подъ рукою. Наконецъ прибавимъ, что она и не удается въ извѣстныхъ случаяхъ, въ которыхъ вправлява-

ніе могло бѣ быть достигнуто другою методою: напримѣръ въ подгленоидальныхъ вывихахъ.

До какой эпохи можно пробовать вправливаніе плечевого вывиха? На этотъ вопросъ нельзя отвѣчать совершенно опредѣленнымъ образомъ; извѣстные виды вывиховъ скорѣе становятся неврашиваемыми, чѣмъ другіе, и, въ одномъ и томъ же видѣ вывиха, обширность смѣщенія можетъ представить трудности, которыя воспротивятся вправливанію. Хотя плечевые вывихи и бывали вправляемы спустя шесть, восемь мѣсяцовъ, годъ и даже позднѣе, однако жъ всѣ соглашались въ томъ, что весьма трудно, а часто невозможно вправить вывихъ и трехмѣсячной давности; этотъ срокъ даже еще слишкомъ великъ для вывиховъ кнутри вороньяго отростка. Вывихъ подъ лопаточную остъ и неполный подъ вороній отростокъ всѣхъ долѣе остаются удобоврашиваемыми. Не должно однако жъ увлекаться этой надеждою на вправимость, потому что сильныя и повторительныя попытки могутъ подвергнуть больного величайшимъ опасностямъ, и даже оставить ему, какъ это видѣлъ А. Куперъ, членъ, который послѣ вправливанія становится еще безполезнѣе, чѣмъ прежде этой операціи.

При этихъ-то обстоятельствахъ случались разрывы кожи въ подмышкѣ, разрывы артерій, нервовъ плечевого сплетенія, и, по Флоберу, отрывы корней спинныхъ нервовъ, въ точкахъ прикрѣпленія ихъ къ спинному мозгу: понятна вся важность подобныхъ случайностей.

Послѣдственное леченіе состоитъ въ приближеніи конечности къ туловищу и въ держаніи ея неподвижною въ теченіе 15 — 20 дней, для облегченія заживленія сумки. Послѣ этого времени надобно начинать сообщать плечу умѣренныя движенія.

Ложная первоначальная или ложная послѣдственная аневризма, переломъ осложняющій вывихъ, требуютъ такого же леченія, какъ и при всѣхъ другихъ обстоятельствахъ; при параличѣ дельтовидной мышцы необходимо прикладываніе мушекъ вокругъ сочлененія, раздражающихъ втираній, гальванизма, и пр.

ГЛАВА XXVI.

Вывихи локтевого сочлененія.

Подъ собирательнымъ названіемъ *вывиховъ локтя* мы обозначимъ всѣ смѣщенія костей предплечія отъ плечевой кости, а равно и тѣ, ко-

торыя происходят въ верхнемъ луче-локтевомъ сочлененіи. Вывихи локтя, послѣ вывиховъ плечевой кости, встрѣчаются чаще всѣхъ другихъ.

Смѣщенія, которыя мы будемъ разсматривать въ этой главѣ, очень многочисленны, потому что, кромѣ измѣненія отношеній, происходящаго между обѣими костями предплечія съ плечевою костью, и лучевая и локтевая кости могутъ вывихнуться одна отъ другой, и представить разныя положенія, составляющія столько же отдѣльныхъ вывиховъ. Замѣтимъ однако жъ, что не всѣ эти вывихи одинаково важны, какъ по различію частоты своей (нѣкоторые изъ нихъ очень рѣдки), такъ и потому, что леченіе ихъ часто смѣшивается съ леченіемъ другихъ разностей. Мы въ особенности будемъ описывать только самыя важныя изъ нихъ.

Заглянувъ въ исторію вывиховъ локтя, увидимъ, что многіе изъ нихъ были неизвѣстны даже нѣкоторымъ современнымъ авторамъ. Самое полное описаніе этихъ вывиховъ представлено Дебрюйномъ ¹⁾.

Бойѣ допускаетъ возможность вывиха обѣихъ костей предплечія кпереди не иначе, какъ съ переломомъ локтеваго отростка ²⁾; ему не были извѣстны ни вывихъ лучевой кости кпереди, ни вывихъ локтевой кости кзади, и, по его мнѣнію, вывихъ кзади всегда бываетъ полный.

Сансонъ описалъ только тѣ вывихи, которые были допущены Бойѣ ³⁾.

А. Куперъ вовсе даже не говоритъ о вывихѣ предплечія кпереди; но у него описанъ одинъ случай вывиха локтевой кости кзади ⁴⁾.

А. Бераръ не допускаетъ вывиха предплечія кпереди безъ перелома локтеваго отростка ⁵⁾.

Однако жъ Кольсонъ показалъ одинъ случай вывиха обѣихъ костей предплечія кпереди безъ перелома локтеваго отростка; Ришѣ — одинъ случай вывиха кпереди съ переломомъ этого отростка; Брюнъ Лійонскій привелъ два случая вывиха локтевой кости кзади, безъ измѣненія отношеній лучевой кости съ плечевою. Мы возвратимся еще къ этимъ различнымъ фактамъ.

¹⁾ Debruyн, *Annales de chirurgie*, septembre 1843, p. 1.

²⁾ Boyer, *Maladies chirurgicales*, 4-e éd., t. IV, p. 213.

³⁾ Sanson, *Nouveaux élémens de pathol. médico-chirurgicale*, 4-e édit., 1844, t. IV, p. 395.

⁴⁾ A. Cooper, *Oeuvres chirurgicales*, trad. par MM. Chassaignac et Richelot, p. 113.

⁵⁾ A. Bérard, *Dict. de médecine en 50 volumes*, tome IX, p. 223.

нія, локтевой отростокъ нисходитъ, такъ что если бь локтевой отростокъ найденъ былъ выше обоихъ бугровъ, то это заставило бы предполагать смѣщеніе локтевой кости кзади, и это предположеніе становится очевидностью, когда предплечіе находится въ извѣстной степени сгибанія.

Внѣчный отростокъ локтевой кости, лежащій впереди верхней суставной поверхности локтевой кости, играетъ также большую роль въ произведеніи вывиховъ. Въ самомъ дѣлѣ, чѣмъ степень сгибанія значительнѣе, тѣмъ болѣе этотъ отростокъ препятствуетъ смѣщеніямъ.

Малая головка лучевой кости замѣчательна только по своей значительной подвижности около локтевой кости и около мыщелка плечевой.

Внутренняя боковая связка крѣпко поддерживаетъ сочлененіе спутри; она прикрѣпляется впереди надблока и сильно натягивается при разгибаніи предплечія; при вывихѣ предплечія кзади, она всегда должна разрываться. Наружная боковая связка прикрѣпляется къ колеччатой связкѣ лучевой кости; такъ какъ верхнее прикрѣпленіе ея находится болѣе назадъ, чѣмъ прикрѣпленіе предыдущей связки, то при разгибаніи она менѣе натягивается и можетъ остаться не разорванной; при вывихѣ впереди она перемѣняетъ только свое направленіе, и, бывъ прежде вертикальною, становится горизонтальною. Что касается до задняго пучка, который посылаетъ она къ локтевой кости, то онъ не играетъ при вывихѣ ни какой роли.

Для крѣпости сочлененія служатъ еще очень сильныя мышцы, спереди—передняя плечевая и двуглавая, съ боковъ—надблоковыя мышцы и надмыщелковыя, и сзади—треглавая мышца.

Кожа представляетъ спереди поперечную складку, съ вогнутостью кверху, и концами своими соотвѣтствующую надмыщелку и надблоку; при сгибаніи складка становится болѣе замѣтною, горизонтальною, потому вогнутою книзу; она лежитъ ниже линіи, проходящей чрезъ суставныя поверхности; при вывихахъ эта складка находится гораздо выше суставнаго конца плечевой кости.

§ 1. Вывихи обѣихъ костей предплечія.

А) *Вывихъ кзади.* — Это самый частый изъ всѣхъ вывиховъ локтя; онъ можетъ быть полнымъ или неполнымъ. Бойе не допускалъ существованія неполныхъ вывиховъ. Вотъ какъ онъ выражается: «Вывихъ предплечія не можетъ быть неполнымъ; если внѣчный отростокъ локтевой кости не отталкивается далѣе вертикальнаго діаметра суставнаго блока плечевой кости, то этотъ послѣдній, по причинѣ косвенности поверхностей, и по прекращеніи дѣйствія насилія, возвращается на дно сигмоидальной впадины локтевой кости. По такому же механизму внѣч-

ный отростокъ входитъ въ впадину, служащую для принятія локтеваго отростка, если только онъ переходитъ за выдающуюся точку, о которой говорили мы.» Но мнѣніе Бойе опровергается фактами, и существованіе неполныхъ вывиховъ уже не считается сомнительнымъ.

Патологическая анатомія. — Мы послѣдовательно изслѣдуемъ полные вывихи и неполные. Въ полномъ вывихѣ, плечевая кость находится сильно подавшеюся кзади и кверху; конецъ локтеваго отростка, въ нормальномъ состояніи лежащій ниже обоихъ бугровъ плечевой кости, находится выше ихъ; вѣнечный отростокъ локтевой кости помѣщается въ впадинѣ локтеваго отростка, и головка лучевой кости сзади плечеваго мыщелка, на одной линіи съ надмыщелкомъ; треглавая плечевая мышца сильно натянута и подалась кзади, передняя плечевая и двуглавая также натянуты и отдалены впередъ нижнимъ концомъ плечевой кости. Передняя и внутренняя боковая связки разорваны: плечевая артерія и средній нервъ (n. medianus) сильно натянуты, а въ нѣкоторыхъ осложненныхъ вывихахъ даже и разрываются, какъ мы увидимъ далѣе.

Въ неполномъ вывихѣ, конецъ вѣнечнаго отростка и передній край суставной лучевой чашечки лежатъ прямо подъ суставной поверхностью плечевой кости; слѣдовательно локтевой отростокъ менѣе возвышенъ и менѣе отброшенъ кзади, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ.

Этіологія и механизмъ. — Бойе говоритъ, что этотъ вывихъ происходитъ при полусогнутомъ положеніи конечности; но, въ этомъ положеніи, вѣнечный отростокъ, охватывающій переднюю часть блока, кажется намъ непреодолимымъ препятствіемъ происхожденію вывиха: онъ необходимо долженъ переломиться прежде, чѣмъ произойдетъ вывихъ *). По мнѣнію Бишэ, суставныя поверхности расходятся между собою при усиленномъ разгибаніи предплечія. Вотъ какъ это происходитъ: при паденіи, рука упирается въ землю; предплечіе, сильно разогнутое въ локтѣ, выноситъ всю тяжесть тѣла; плечевая кость, сильно давя тогда на переднюю связку сочлененія, разрываетъ ее, равно какъ и внутреннюю боковую связку, проходитъ впередъ вѣнечнаго отростка плечевой кости, и вывихъ готовъ. Эта теорія, принятая также А. Бераромъ, совершенно, кажется, объясняетъ механизмъ вывиха. Мальгень допускаетъ ее въ извѣстныхъ только случаяхъ, и думаетъ, что вывиху легче произойти, когда, при слегка согнутомъ предплечіи, плечевая кость потерпитъ движеніе закручиванія на предплечіе; но съ одной стороны, какъ мы говорили уже, вѣнечный отростокъ тѣмъ болѣе препятствуетъ смѣщеніямъ, чѣмъ сгибаніе значительнѣе, а съ другой, при

*) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, tome II, p. 453.

движеніи закручиванія плечевой кости около оси предплечія, локтевая кость, находясь не укрѣпленною неподвижно, обернется вокругъ этой кости и послѣдуетъ за плечевою костью въ ея движеніяхъ.

Симптоматологія. — 1) *Полный вывихъ.* Локоть обезображенъ, предплечіе въ пронаціи и въ супинаціи полусогнуто и образуетъ съ среднимъ плечомъ уголъ около 110^0 ; его трудно какъ разогнуть, такъ и согнуть; однако жъ недвижность не есть постоянное свойство, потому что, по Бойё, «предплечіе пользуется иногда большою подвижностью и можетъ повиноваться малѣйшему импульсу, каково бы ни было его направление, что и предполагаетъ значительный разрывъ связокъ» *). Локтевой отростокъ образуетъ значительное выстояние и увлекаетъ къзади сухую жилу трехглавой мышцы, отъ чего и происходитъ, что нижняя и задняя часть плечевой кости, представляющая въ нормальномъ состояніи кривизну съ выпуклостью къзади, становится, напротивъ, вогнутою въ томъ же направленіи; осязаніемъ можно распознать разгибающую сухую жилу, образующую подкожную струну, которая тѣмъ далѣе отстоитъ отъ плечевой кости, чѣмъ ближе подходитъ къ локтевому отростку; спереди также ощущается твердая опухоль, округленная, образованная суставнымъ концомъ плечевой кости, покрытымъ двуглавою и переднею плечевою мышцами.

Такъ какъ обѣ кости предплечія претерпѣваютъ родъ захожденія за плечевую кость, то предплечіе необходимо представляетъ укороченіе, замѣтное, правда, только на передней его поверхности. Чтобы точнѣе убѣдиться въ этомъ укороченіи, можно прибѣгнуть къ измѣренію. Согнувъ предплечіе подъ прямымъ угломъ къ плечевой кости, измѣряютъ пространство между внутреннимъ бугромъ плечевой кости и нижнимъ концомъ локтевой или меньшимъ пальцомъ; то же дѣлается и на здоровомъ членѣ, и такимъ образомъ получается разность, указывающая на обширность смѣщенія костей предплечія къзади.

Изслѣдуя отношенія локтевого отростка къ обоимъ буграмъ плечевой кости, найдемъ, что, не смотря на сгибаніе предплечія, этотъ отростокъ лежитъ выше плоскости надмыщелка и надблока. Сзади легко ощупать малую головку лучевой кости и замѣтить, изслѣдуя эту кость, что она сохранила отношенія свои съ локтевою костью.

Признаки, заимствуемые отъ изслѣдованія костныхъ выстояній, не могутъ имѣть одинаковаго значенія у всѣхъ субъектовъ; у худощавыхъ людей легко замѣтить ихъ, но у очень полныхъ костныя выстоянія болѣе или менѣе скрываются подъ мягкими частями. То же бываетъ и тогда, когда вокругъ сочлененія существуетъ значительное опуханіе; наконецъ есть

*) Boyer, *Maladies chirurgicales*, tome IV, p. 217.

одинъ признакъ, который мы встрѣтимъ и при другихъ локтевыхъ вывихахъ и которому однако жъ приписываемъ большую важность, это — боковая подвижность сочлененія.

2) *Неполный вывихъ* характеризуется почти тѣми же признаками; однако жъ въ немъ менѣе замѣтна разница въ отношеніяхъ локтеваго отростка къ плечевымъ буграмъ. Локтевой отростокъ, оттолкнутый кзади, лежитъ ниже плоскости надмыщелка и надблока, напряженіе треглавой мышцы то же, выстояніе, образуемое впереди нижнимъ концомъ плечевой кости менѣе значительно, равно какъ и укороченіе предплечія.

При вывихахъ кзади наблюдаемы были многія осложненія. Самымъ частымъ изъ нихъ считается вывихъ лучевой кости отъ локтевой, но авторы не говорятъ опредѣлительно, въ какомъ направленіи бываетъ это смѣщеніе. Если они имѣли въ виду смѣщенія кпереди, то это есть уже разность локтевыхъ вывиховъ, которую мы опишемъ далѣе, подъ названіемъ: *Вывиха локтевой кости кзади и лучевой кпереди*. Что касается до вывиха кнаружи, то онъ, намъ кажется, невозможенъ, потому что для происхожденія его необходимъ значительный разрывъ межкостной связки: остается слѣдовательно только вывихъ кзади, которымъ намъ слѣдовало заняться здѣсь: но мы не знаемъ ни одного примѣра его.

Иногда случался переломъ вѣчнаго отростка; и это осложненіе необходимо распознать, какъ для послѣдственнаго его леченія, такъ и для того еще, что оно можетъ ввести хирурга въ ошибку. Въ самомъ дѣлѣ, при переломѣ вѣчнаго отростка, вывихъ очень легко повторяется, послѣ какъ вправили его; слѣдовательно необходимо крѣпко удерживать предплечіе въ полусгибаніи, для достиженія сращенія перелома, и необходимо продержать наложенный аппаратъ по крайней мѣрѣ мѣсяцъ, прежде чѣмъ начать упражнять сочлененіе и сообщать ему движенія, которыя могли бы помѣшать излеченію. Смѣщеніе произойдетъ еще легче, если къ перелому вѣчнаго отростка присоединяется переломъ передняго края суставной лучевой чашечки, какъ это однажды видѣлъ А. Бераръ.

Но этотъ вывихъ могутъ осложнять еще болѣе значительныя разстройства; приводятъ много случаевъ, въ которыхъ плечевая кость, разрывавъ переднюю плечевую и двуглавую мышцы, нервы, сосуды, кожу, выставилась наружу. Говоря о леченіи, мы упомянемъ, что надобно дѣлать въ подобнаго рода случаяхъ.

Распознаваніе. — Не смотря на указанные нами признаки вывиха предплечія кзади, не рѣдко встрѣчаются случаи, въ которыхъ хирургъ сильно затрудняется распознаваніемъ, и даже впадаетъ въ ошибки. Эта болѣзнь можетъ быть смѣшана:

1) Съ сильнымъ ушибомъ и растяженіемъ локтя; но въ послѣднихъ обезображеніе локтя не такъ значительно, какъ въ вывихѣ, и членъ не сохраняетъ неподвижнаго положенія. Движенія могутъ быть болѣзненные, но они всегда возможны.

2) Съ переломомъ нижняго конца плечевой кости; въ самомъ дѣлѣ, послѣдній происходитъ при такихъ же условіяхъ, какъ и вывихъ, и обезображеніе, слѣдующее за обоими этими поврежденіями, такъ сходно, что всѣ хирурги чувствовали необходимость обратить вниманіе на этотъ пунктъ. Вотъ признаки, по которымъ можно различить между собою оба эти поврежденія:

а) При вывихѣ, вправливаніе требуетъ нѣкоторыхъ усилій, и потомъ держится, хотя бы члену и сообщаемы были нѣкоторыя движенія. При переломѣ, вправливаніе достигается легко, но смѣщеніе тотчасъ же повторяется, какъ перестаютъ удерживать отломки въ ихъ взаимныхъ отношеніяхъ. Этотъ послѣдній признакъ, безъ сомнѣнія очень важный, можетъ однако жъ ввести въ ошибку, если встрѣтится случай, подобный видѣнному А. Бераромъ. Тамъ оторваны были вѣнечный отростокъ локтевой и передній край суставной чашки лучевой кости, обѣ кости предплечія вывихнулись кзади, и хотя вправливаніе не требовало ни какого усилія, но смѣщеніе повторялось тотчасъ же, какъ членъ оставляли самому себѣ.

б) При вывихѣ, какъ и при переломѣ, локтевой отростокъ значительно выставляется на задней части локтя; но при вывихѣ онъ теряетъ свои нормальныя отношенія къ обоимъ плечевымъ буграмъ, а при переломѣ онъ сохраняетъ ихъ:

с) При вывихѣ переднее vystoяніе болѣе округлено и равняется всей ширинѣ сочлененія; при переломѣ оно не такъ широко (Дюпюитренъ).

д) По словамъ Мальгень, при вывихѣ сочлененіе уничтожается и движенія сгибанія и разгибанія становятся невозможными; при переломѣ сочлененіе не тронута, а потому сохраняются и движенія.

Предсказаніе. — Вывихъ локтя обыкновенно не чрезмѣрно важенъ, когда тотчасъ вправленъ; но черезъ короткое время онъ становится неврачимымъ. Однако жъ Бойѣ вправилъ однажды шестинедѣльный вывихъ у десятилѣтняго ребенка; А. Куперъ вправилъ черезъ нѣсколько недѣль, Дезо — черезъ два мѣсяца *). Мальгень приводитъ одинъ случай, гдѣ вывихъ вправленъ былъ Лисфранкомъ черезъ четыре мѣсяца; но онъ думаетъ, что въ этомъ случаѣ вывихъ былъ неполный. Въ самомъ дѣлѣ, по мнѣнію этого хирурга, неполные вывихи

*) L'éveillé, *Nouvelle doctrine chirurgicale*, tome II, p. 108.

долге остаются удобовправимыми, чѣмъ полные. Предсказаніе разнится, кромѣ того, по осложненіямъ. Такъ, при переломѣ вѣчнаго отростка, необходимость держать членъ въ неподвижности заставляетъ опасаться, что движенія не вполне возстановятся и спустя довольно долгое время.

Но еще хуже будетъ предсказаніе, когда конецъ плечевой кости выходитъ изъ-подъ покрововъ, и особенно когда разрываются плечевая артерія и средній плечевой нервъ. Въ такихъ случаяхъ всѣ авторы согласны совѣтуютъ ампутацію плеча.

Леченіе.— Вывихъ предплечія кзади долженъ быть вправленъ какъ можно скорѣе, потому что, изъ всѣхъ вывиховъ сочлененій членовъ, локтевые вывихи, особенно полные, всѣхъ скорѣе становятся невправимыми.

Иногда одинъ хирургъ можетъ достигнуть вправленія, производя одной рукою вытягиваніе за кисть, а другой рукою отдавливая локтевой отростокъ такъ, чтобъ вѣчный отростокъ перешелъ черезъ блокъ кпереди.

А. Куперъ совѣтуетъ слѣдующій способъ: «Больной усаживается на стулъ; хирургъ, помѣстивъ колено свое въ локтевой сгибъ и охвативъ кисть больного, приводитъ предплечіе въ сгибаніе; въ то же время онъ давитъ на переднюю часть лучевой и локтевой костей коленомъ своимъ такъ, чтобъ отдалить ихъ отъ плечевой кости и заставить вѣчный отростокъ выйти изъ впадины локтевого отростка: если, между-тѣмъ какъ колено упирается такимъ образомъ въ кость, сильно, но медленно, сгибать предплечіе, то вправленіе происходитъ легко.»

Я съ успѣхомъ употреблялъ слѣдующее средство для отдавленія локтевого отростка кпереди: согнувъ предплечіе подъ прямымъ угломъ къ среднему плечу, я клалъ на задней части послѣдняго крѣпкую шину, которой нижній конецъ лежалъ на локтевомъ отросткѣ, покрытомъ много разъ сложеннымъ компрессомъ; нижнюю часть средняго плеча покрывалъ я круговымъ бинтомъ, очень сильно стянутымъ, и этого достаточно для произведенія вправленія. Понятенъ механизмъ этого аппарата; ходы бинта имѣютъ точкой опоры нижнюю часть плечевой кости, которую они отдавливаютъ кзади, между-тѣмъ какъ въ то же время локтевой отростокъ подають кпереди.

Но если предвидится, что вправленіе будетъ нѣсколько трудно, то должно прибѣгнуть къ болѣе энергическимъ средствамъ.

Больной усаживается на невысокій стулъ; среднее плечо умѣренно отдаляется отъ туловища, предплечіе обращается въ супинацію и сгибается подъ прямымъ угломъ къ плечу; противувътягиваніе производится помощью тесемки, которой середина помѣщается непосредственно

надъ локтевымъ сгибомъ, а оба конца проводятся сзади и привязываются къ неподвижной точкѣ; вытягивающая петля прилаживается надъ кистью и отдается помощникамъ, или соединяется съ системою блока, для произведенія влеченій; приготовивъ все это, хирургъ, находящійся сзади больного, охватываетъ локтевой сгибъ, перекрещивая пальцы обѣихъ рукъ на противувытягивающей тесемкѣ, чтобъ неподвижно укрѣпить ее и взять точку опоры на нижнемъ концѣ плечевой кости, между тѣмъ какъ обоими большими пальцами, упертыми въ верхушку локтевого отростка, давить его въ обратномъ направленіи. Влеченія производятся медленно; характеристическое щелканье показываетъ, что вправление достигнуто. Кромѣ того въ немъ можно увѣриться, сгибая предплечіе къ плечу, обращая его въ пронацію и супинацію, и замѣчая, получили ли костныя выстоянія нормальныя свои отношенія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ давнихъ вывиховъ съ успѣхомъ употребляется полиспасть. Съ помощью этого аппарата Сансонъ вправилъ однажды вывихъ локтя 144-дневной давности *). Въ случаѣ Лисфранка, приведенномъ Мальгеномъ, вправленіе потребовало влеченія блокомъ съ тяжестью болѣе 300 фунтовъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при неудачѣ предыдущихъ средствъ, производили тенотомію; но результаты ея, кажется, не соответствовали ожиданіямъ хирурговъ.

При вывихѣ лучевой кости отъ локтевой, т. е. при разрывѣ колеччатой связки, этихъ маневровъ недостаточно для полученія полного вправления, потому что, по вправленіи локтевой кости, лучевая кость остается сзади; тогда нужно, согнувъ предплечіе, обратить его въ супинацію и давить сзади на малую головку лучевой кости, чтобъ возвратить ее на мѣсто.

При переломѣ вѣнечнаго отростка вправленіе легко, но также легко и новое повтореніе вывиха, что и требуетъ болѣе продолженнаго употребленія сдерживающихъ средствъ. Предплечіе должно крѣпко держать въ сгибаніи, и только черезъ мѣсяцъ можно позволить движенія сочлененія.

По вправленіи вывиха, предплечіе держится нѣсколько дней въ полусгибаніи; сочлененіе окружается 8-видною повязкою, умѣренно стянутою и напитанною разрѣшающею жидкостью; предплечіе держится въ шарфѣ; черезъ семь или восемь дней аппаратъ снимается, чтобъ предотвратить анкилозъ, и сочлененіе начинаетъ быть упражняемо нѣкоторыми движеніями.

*) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juillet et août 1836.

При вывихѣ лучевой кости отъ локтевой, на верхнюю и наружную часть предплечія накладывается толстый компрессъ, для удержанія ея на мѣстѣ.

Намъ остается еще сказать о самомъ непріятномъ осложненіи вывиховъ кзади, т. е. о выходѣ нижняго конца плечевой кости изъ-подъ покрововъ. Если плечевая кость разрываетъ мягкія части, не трогая главныхъ сосудовъ, то должно вправить ее и долѣе держать наложенный аппаратъ. Ж. Л. Пти привелъ примѣръ излеченія въ шесть недѣль вправленнаго такимъ образомъ вывиха, оставившаго только ограниченность разгибательныхъ движеній предплечія ¹⁾. Но если открыта плечевая артерія, разорванъ средній плечевой нервъ, то, такъ какъ опытъ показалъ, что здѣсь неизбежна гангрена, мы думаемъ, что тотчасъ должно прибѣгнуть къ ампутаціи: таково мнѣніе Бойё. Нельзя принять мнѣнія Видаля, который предлагаетъ перевязать сосудъ и попробовать сохранить членъ ²⁾, и мы напрасно искали случая излеченія, приведеннаго этимъ авторомъ и приписаннаго Абернети. Мы нашли только у С. Купера слѣдующую фразу, близко подходящую къ этому факту: «сколько я могу припомнить, Абернети приводилъ въ своемъ курсѣ наблюденіе надъ однимъ случаемъ этого рода, въ которомъ сохраненъ былъ членъ.» Похоже ли это указаніе на достовѣрное наблюденіе?

В) *Вывихи кпереди.* — Всѣ хирурги считали вывихи предплечія кпереди невозможными, когда Кольсонъ привелъ одинъ примѣръ ихъ въ своей тѣзѣ. Въ 1842, Лева обнародовалъ другой фактъ того же рода ³⁾. Этими двумя наблюденіями и ограничивается исторія этого поврежденія, находямая теперь во всѣхъ хирургическихъ учебникахъ.

Этіологія и механизмъ. — Мы думаемъ, что этотъ вывихъ происходитъ при паденіи на локоть, съ сильно согнутымъ предплечіемъ. Такъ же думаетъ и Мальгень: «что касается до вывиха кпереди, то предположивъ паденіе на локоть, когда предплечіе сильно согнуто, легко видно, что костяныя выстоянія не противопоставляютъ смѣщенію никакого препятствія ⁴⁾.»

Патологическая анатомія. — Мы говорили уже, что знаемъ только два наблюденія, относящіяся къ этому вывиху ⁵⁾. Въ обоихъ

¹⁾ J. L. Petit, *Maladies des os*, tome I, p. 230.

²⁾ Vidal de Cassis, *Traité de pathol. externe*, 2-e édit., tome II, p. 614.

³⁾ Leva d'Angers, *Annales et Bulletin de la Société médicale de Gand*, mai 1842, 8 vol., 5-e livraison.

⁴⁾ *Anatomie chirurgicale*, tome II, p. 456.

⁵⁾ Дельпешъ говорилъ, правда, что онъ видѣлъ вывихъ кпереди безъ перелома локтеваго отростка, но съ такимъ разможженіемъ мягкихъ частей, что оно скорѣй опровергало, чѣмъ подтверждадо возможность этого поврежденія. Жаль, что хирургъ ограничился такимъ неяснымъ указаніемъ, что оно не имѣетъ почти ни какой цѣны.

этихъ случаяхъ тотчасъ произведено было вправляваніе. Поэтому невозможно указать на очевидныя анатомическія свойства этихъ смѣщеній. По всему однако жъ кажется, что здѣсь было значительное размозженіе мягкихъ частей. Локтевая кость помѣщается впереди блока. Мышцы двуглавая и плечевая передняя должны быть разслаблены, а трехглавая натянута и заворочена на суставный конецъ плечевой кости.

Симптоматологія. — Вотъ явленія, указанныя въ обоихъ упомянутыхъ наблюденіяхъ: удлиненіе предплечія на всю длину локтеваго отростка, напряженіе покрововъ, выстояніе обоихъ плечевыхъ бугровъ надъ двумя значительными вдавленіями, глубокое вдавленіе сзади, на томъ мѣстѣ, которое долженъ бы былъ занимать локтевой отростокъ, и снаружи на мѣстѣ головки лучевой кости, легкое сгибаніе предплечія, которое можно было выпрямить и даже перегнуть кзади, не причиняя боли больному. При этомъ манѣврѣ, конецъ вѣнечнаго отростка и малая головка лучевой кости выставяются кпереди, *inter pronatorem teretem et supinatore longum*. При опытахъ надъ трупами, Кольсонъ могъ подать локтевой отростокъ совершенно кпереди. По словамъ этого автора, членъ тогда укорачивается, предплечіе слегка сгибается и становятся невозможными ни сгибаніе, ни разгибаніе. Мы одно только замѣтимъ на этотъ счетъ, именно, что это наблюденіе не было еще видано на живомъ.

Вправляваніе легко и выздоровленіе скоро.

Леченіе. — Вотъ способъ, употребленный Лева: одинъ помощникъ производитъ противувьтягиваніе на верхнемъ плечѣ, другой вытягиваніе за предплечіе, и когда влеченія повидимому достаточны, то кости предплечія и среднее плечо движутся въ обратномъ направленіи, и вывихъ вправляется. Здѣсь не видно, какъ вытягиваніе могло способствовать вправляванію. Можно думать, что достаточно было бы одного прямого отдавливанія верхней части предплечія кзади.

Вывихъ кпереди, съ переломомъ локтеваго отростка. — Кажется, что существованіе этихъ вывиховъ допускаемо было только теоретически, потому что намъ извѣстно одно только наблюденіе, представленное Ришѣ *), которое мы вкратцѣ и представимъ здѣсь.

Одинъ молодой человѣкъ упалъ съ подмостокъ 45-футовой высоты, и поступилъ въ госпиталь Св. Лудовика, гдѣ и былъ изслѣдованъ Ришѣ, который нашелъ слѣдующее: локоть видимо обезображенъ; переднезадній діаметръ его представляетъ явное приращеніе, а поперечный діаметръ кажется нѣсколько сжатымъ; предплечіе, очень мало согнуто къ плечу, въ супинаціи; произвольныя движенія невозможны, не смотря на подвижность суставныхъ поверхностей; укороченіе равняется

*) *Archives générales de médecine*, 3-e serie, tome VI, p. 471.

снаружи почти 3 сантиметрамъ, а снаружи нѣсколько меньше; сзади, локтевой отростокъ подвиженъ поперегъ сохранилъ свое нормальное положеніе.

Локтевой сгибъ обезображенъ; надъ буграми ощущается впереди продолговато-округленная опухоль, приподнимающая переднюю плечевую и двуглавую мышцу; біенія артерій очень поверхностны.

При движеніяхъ сгибанія и разгибанія опухоль смѣщается и движется подъ пальцами; при пронаціи и супинаціи слышно хрустѣніе отъ тренія суставныхъ поверхностей.

Для вправливанія, сдѣлавъ вытягиваніе за предплечіе, а противувытягиваніе на среднемъ плечѣ, верхній конецъ костей предплечія вдругъ согнуть былъ и въ то же время отдаленъ кзади и книзу; но вывихъ чрезвычайно легко опять повторился, хотя послѣ вправливанія удерживаемъ былъ повязкою, сгибавшею предплечіе подъ прямымъ угломъ и прикрѣпившею подушку въ локтевомъ сгибѣ. Больной-имѣлъ еще другія важныя поврежденія, отъ которыхъ и умеръ черезъ три часа. При вскрытіи нашли разрывъ глубокой части надблоковыхъ мышцъ, передней плечевой мышцы и внутренней боковой связки; наружная была не тронута и прямо подавалась кпереди. Локтевой отростокъ переломленъ косвенно; плечевая кость помѣщена позади костей предплечія, которыя поднялись впереди на полтора сантиметра выше мыщелковъ; лучевая кость увлечена была локтевою, колеччатая связка не повреждена, а суставная сумка почти вся разорвана.

Въ Дюпюитреновомъ музеѣ есть еще препаратъ перелома локтевого отростка съ вывихомъ предплечія кпереди.

Но мы ограничимся однимъ только этимъ простымъ указаніемъ, потому что двухъ упомянутыхъ здѣсь фактовъ недостаточно для полного догматическаго описанія.

С) *Боковые вывихи* — гораздо рѣже вывиховъ кзади. Они бываютъ полные и неполные, и могутъ быть направлены и внутрь и кнаружи.

Этіологія и механизмъ. — Обыкновенно допускаютъ, что эти вывихи происходятъ отъ силы, которая въ одно время давитъ съ боку на среднее плечо и на предплечіе, только въ обратномъ направленіи. По Мальгеню, эти вывихи происходятъ при полусогнутомъ положеніи предплечія. «Если сильный ударъ падаетъ на предплечіе снаружи, то плечо и предплечіе стремятся сблизиться, образуя уголъ въ эту сторону. Суставныя поверхности, стремясь разойтись кнутри, сильно сдавливаются снаружи и образуютъ точку опоры или для плечевой кости, или для локтевой, для произведенія полного рычагообразнаго перевѣшиванія и преодоленія сопротивленія, противопоставляемаго имъ внутреннею боковою связкою. По разрывѣ этой послѣдней, суставныя поверхности рас-

ходятся. Костная выстоянія не препятствуютъ этому болѣе, и если сопротивляется еще наружная боковая связка, то вывихъ остается неполнымъ; но если толчокъ такъ силенъ, что разрываетъ связку, то смотря по тому, дѣйствуетъ ли онъ болѣе на плечо, или на предплечіе, отбрасывается кнутри или плечевая кость или локтевая, и отъ того бываетъ полный наружный или внутренній вывихъ предплечія. Толчокъ во внутреннюю сторону производить такія же слѣдствія.... *)»

Патологическая анатомія. — Если обратимся къ классическимъ авторамъ, чтобы знать, что должно разумѣть подъ названіемъ боковаго вывиха предплечія, то съ удивленіемъ увидимъ, что на этотъ счетъ существуютъ два совершенно различныя мнѣнія. По Бойе, повторявшаго, кажется, ученіе Ж. Л. Пти, кости предплечія смѣщаются поперечно, такъ что вполнѣ или несполнѣ отходятъ отъ суставнаго конца плечевой кости; и это смѣщеніе можетъ быть и кнутри и кнаружи.

Слѣдовательно, по его мнѣнію, существуютъ четыре разности.

1. Неполные вывихи.—Обѣ кости предплечія отталкиваются къ внутренней или наружной сторонѣ суставной поверхности плечевой кости; но одна изъ этихъ костей отдѣляется отъ нея вполнѣ, а другая входитъ въ соотношеніе съ тою долею суставной поверхности, отъ которой отошла кость, выставляющаяся съ боку сочлененія; такъ, при неполномъ вывихѣ внутрь, локтевая кость выдается на внутренней части локтя, а лучевая чашечка приходитъ въ соприкосновеніе съ блокомъ. Такое же измѣненіе отношеній, только въ обратномъ направленіи, составляетъ неполный вывихъ кнаружи.

Въ полныхъ вывихахъ, такъ какъ суставныя поверхности не препятствуютъ одна другой, то предплечіе, помѣщенное снутри или снаружи нижняго конца плечевой кости, претерпѣваетъ восходящее движеніе, настоящее захожденіе, оставаясь однако жъ на одной поперечной плоскости съ нижнимъ концомъ плечевой кости, такъ что изслѣдуя переднюю поверхность сочлененія, представляющаго полный вывихъ кнаружи, найдемъ на одной и той же поперечной линіи, идя снаружи внутрь: 1) передній край лучевой чашечки, 2) верхушку вѣчнаго отростка локтевой кости, 3) плечевой мыщелокъ, 4) блокъ; такое же расположеніе бываетъ и при внутреннемъ вывихѣ, съ тою разницею, что захожденіе бываетъ менѣе значительно, потому что надблокъ составляетъ препятствіе для восходящаго движенія.

По А. Куперу, «въ этомъ вывихѣ вѣчный отростокъ, вмѣсто того, чтобы помѣщаться, какъ при вывихѣ кзади, во впадинѣ локтеваго от-

*) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, tome II, p. 453.

ростка, лежит на задней части наружного плечевого мыщелка. Выстояние локтевой кости кзади здѣсь значительнѣе, чѣмъ при вывихѣ кзади, и лучевая кость образуетъ возвышенность сзади и снаружи плечевой кости.... При вывихѣ внутрь, локтевая кость подается на внутреннй плечевой мыщелокъ и выдается еще кзади, какъ при вывихѣ кнаружи, и тогда головка лучевой кости помѣщается во впадинѣ локтеваго отростка... Наружный плечевой мыщелокъ очень выдается кнаружи въ этихъ случаяхъ *).» Изъ этого отрывка видно, что, по А. Куперу, боковые вывихи суть не что иное, какъ разности вывиха кзади, мнѣніе существенно различествующее отъ мнѣнія Бойѣ.

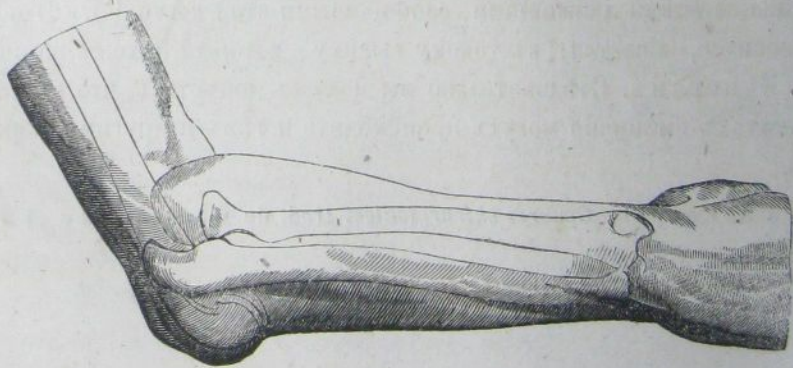
Въ небольшомъ числѣ фактовъ, относящихся къ этому предмету, есть нѣсколько очень достовѣрныхъ и разъясняющихъ этотъ вопросъ; такъ, въ Дюпюитреновомъ музеѣ есть препаратъ, подъ n^o 735, представляющій неполный вывихъ кнаружи: на этомъ препаратѣ, доставленномъ Пумѣ, можно видѣть, что плечевая кость потеряла свои нормальныя отношенія къ локтевой; послѣдняя подалась кнаружи, и ея большая сигмоидальная впадина охватываетъ плечевой мыщелокъ. Что касается до лучевой кости, то она претерпѣла смѣщеніе въ томъ же направленіи, но на маломъ пространствѣ осталась еще въ соприкосновеніи съ наружнымъ краемъ мыщелка. На задней и наружной части плечевой кости видна правильная поверхность, простирающаяся довольно далеко кзади и кверху, и довольно гладкая, чтобъ способствовать скольженію локтеваго отростка по плечевой кости. Локтевая кость не представляетъ очень замѣтнаго разстройства; однако жъ суставная поверхность ея, вмѣсто того чтобъ имѣть двѣ наклонныя плоскости, образуетъ одну только покатую поверхность спереди кзади; лучевая кость нѣсколько смѣщена впередъ локтевой и объемъ головки ея также значительно увеличенъ. Это смѣщеніе согласно съ ученіемъ Бойѣ. Съ другой стороны, въ мемуарѣ Дебрюйна находится одно наблюденіе, въ которомъ говорится, что «локтевой отростокъ, поднявшійся сзади плечевой кости до высоты двухъ поперечныхъ пальцевъ, лежитъ около наружнаго края этой послѣдней кости; впадина локтеваго отростка плечевой кости пуста; тотчасъ подъ надмыщелкомъ и сзади ощущается малая головка лучевой кости, слѣдующая за всѣми движеніями, сообщаемыми этой кости **).» Это описаніе относится, кажется, къ такому вывиху, который похожъ на описанный А. Куперомъ. Слѣдовательно мы можемъ допустить, что въ неполныхъ вывихахъ смѣщенія могутъ происходить и тѣмъ и другимъ образомъ; и

*) A. Cooper, *Oeuvres chirurgicales*, trad. de Chassaignac et Richelot, p. 114.

**) *Annales de la chirurgie française*, septembre 1843, p. 66.

анатомическое расположеніе частей позволяет думать, что измѣненія отношеній могутъ также происходить и кнутри и кнаружи.

2. *Полные вывихи.* — Мы не знали ни одного наблюденія надъ ними, когда представился намъ слѣдующій фактъ. Одинъ мужчина, около шестидесяти лѣтъ отъ роду, поступилъ въ госпиталь Св. Лудовика для излеченія фимоза; замѣтивъ у него обезображеніе локтя, мы разспросили его и узнали, что, двадцать лѣтъ тому назадъ, онъ упалъ съ высоты 30 футовъ на мѣстность неровную отъ пожарныхъ обломковъ, и что съ тѣхъ поръ и появилось у него обезображеніе локтя. Изслѣдуя это обезображеніе, по которому мы сдѣлали гипсовый слѣпокъ, можно было видѣть на задней части локтя объемистую опухоль, нисходящую почти на 3 сантиметра книзу и кзади обѣихъ костей предплечія: малая толща мягкихъ частей позволяла очень ясно распознать, что это костяное выстояніе образовано нижнимъ концомъ плечевой кости; въ самомъ дѣлѣ, оно послѣдовательно представляло снутри кнаружи: 1. надблокъ, приподнимающій и натягивающій кожу; 2. углубленіе между нимъ и внутреннимъ краемъ блока; 3. самый блокъ и его внутренній край, образующій самую нижнюю часть суставной поверхности; 4. заднюю часть наружного его края, образующую малую округленную выпуклость, лежащую снаружи жолобка, который соотвѣтствуетъ шейкѣ блока; 5. надмыщелокъ; надъ этими частями видна задняя поверхность нижняго конца плечевой кости, сплюснутая въ срединѣ своей, и ограниченная снутри и снаружи двумя краями, оканчивающимися на уровнѣ обоихъ бугровъ. Обѣ кости предплечія претерпѣли чрезвычайно обширное смѣщеніе, подавшись къ наружной и нижней части плечевой кости. Локтевая кость помѣстилась снаружи и выше надмыщелка, и претерпѣла круговое движеніе внутрь, такъ что задній край локтеваго отростка, сдѣлавшійся наружнымъ, образуетъ выстояніе, которое очень легко распознать; сигмоидальная впадина охватываетъ наружный край плечевой кости. Лучевая кость, сохранивъ свои отношенія съ локтевою, помѣстилась прямо надъ нею, и ея чашечка сочленяется съ переднею поверхностью плечевой кости. Слѣдовательно предплечіе, въ этомъ случаѣ, претерпѣло родъ закручиванія снаружи кнутри.



Этотъ рисунокъ, сдѣланный по гипсовому слѣпку съ натуры, можетъ дать понятіе объ этомъ рода смѣщеніи.

Вотъ отношенія, очень отличныя отъ тѣхъ, которыя обыкновенно указываются; и однако жъ слѣдуетъ замѣтить, что ихъ нельзя было бы подозревать а ргіогі, взявъ во вниманіе чрезмѣрную подвижность, которую должны бы были представлять кости предплечія, касающіяся плечевой кости только внутреннимъ краемъ локтеваго отростка; въ самомъ дѣлѣ, двуглавая мышца должна стремиться увлечь лучевую кость вверхъ, и слѣдовательно заставить все предплечіе претерпѣть движеніе закручиванія снаружи внутрь. Происходитъ ли подобное движеніе при полномъ вывихѣ внутрь? Это можно предполагать только, и одинъ только опытъ въ-состояніи рѣшить вопросъ.

Симптоматологія.—Явленія, описанныя авторами, кажется, теоретически только выведены были изъ анатомической данной, изложенной нами по Бойё. По мнѣнію этого автора, лучевая и локтевая кости образуютъ, на одномъ изъ боковъ сочлененія, замѣтное выстояніе, между-тѣмъ какъ нижній конецъ плечевой кости выдается съ противоположнаго боку; слѣдовательно находятся два углубленія въ противоположномъ направленіи, соотвѣтственно пустотѣ, которая находится подъ плечевою костью и надъ одною изъ обѣихъ костей предплечія. Кромѣ того, трехглавая мышца образуетъ назади легкую выпуклость и уклоняется отъ нормальнаго своего направленія, направляясь къ той сторонѣ, къ которой подалось предплечіе въ своемъ смѣщеніи. Въ вывихѣ кнутри, предплечіе и рука наклоняются кнаружи. Членъ недвижимъ въ своемъ положеніи и съ трудомъ можетъ производить нѣкоторыя легкія движенія.

Къ этимъ признакамъ можно прибавить, что поперечный діаметръ сочлененія вообще увеличивается; онъ можетъ однако жъ, какъ замѣчаетъ Мальгень, сохранять и нормальные свои размѣры въ неполномъ вывихѣ внутрь, если только выпуклость надблока по измѣренію равна поперечному діаметру локтеваго отростка.

При полномъ вывихѣ, по словамъ Бойё, только развѣ невнимательность позволитъ не узнать поврежденія, и это вѣроятно, въ мысли автора, означаетъ, что костяныя выстоянія претерпѣваютъ такое значительное смѣщеніе и образуютъ подъ кожей такую характеристическую выпуклость, что ихъ нельзя не распознать; это, дѣйствительно, мы и видѣли у-больнаго, о которомъ сейчасъ говорили и котораго локоть описанъ здѣсь. Мы не будемъ повторять здѣсь того, что говорили уже касательно патологической анатоміи. Напомнимъ только, что предплечіе, согнутое подъ прямымъ угломъ къ плечу, не могло уже быть ни разогнуто, ни согнуто болѣе, но сохранило свои движенія пронаціи и супинаціи, явленіе легко объясняемое родомъ сочлененія, образовавшагося между лучевою

и плечевою костями. Рука и предплечіе оборачиваются къ сторонѣ противоположной вывиху, по крайней мѣрѣ въ неполныхъ вывихахъ, а при болѣе обширномъ смѣщеніи нельзя и предполагать, чтобъ выворотъ произошелъ въ другомъ направленіи. По Дебрюйну, склоненіе члена происходитъ по одному направленію съ вывихомъ: внутрь при внутреннихъ вывихахъ, кнаружи при вывихахъ кнаружи; такой взглядъ подходитъ подъ законъ, составленный Пинье для вывиховъ гинглимоидальныхъ сочлененій.

Предсказаніе. — То, что говорили мы о полныхъ и неполныхъ вывихахъ кзади, прилагается и къ боковымъ вывихамъ; замѣтимъ однако жъ, что эти смѣщенія, происходящія обыкновенно отъ насилія прямо дѣйствующаго на суставные концы, осложняются обыкновенно ушибомъ мягкихъ частей и иногда даже костей — обстоятельство, дѣлающее поврежденіе гораздо болѣе важнымъ, чѣмъ при происхожденіи его отъ непрямой причины.

Леченіе. — Для вправленія этихъ вывиховъ, должно давить на суставные концы предплечія и плеча въ обратномъ направленіи — маневръ, который можно выполнить руками, перекрещенными на уровнѣ сочлененія и такъ расположенными, чтобы соединенные пальцы упирались на одинъ изъ боковъ локтя, между тѣмъ какъ большіе пальцы отдаютываютъ костное vystояніе на противоположную сторону. Для облегченія вправливанія, иногда необходимо прибѣгнуть къ предварительному вытягиванію, съ цѣлю — уменьшить треніе, если бъ это былъ неполный вывихъ, или — уничтожить захожденіе, въ полныхъ вывихахъ.

Мы ограничиваемся этими главными показаніями, если только чрезвычайное разнообразіе, встрѣчаемое въ новыхъ отношеніяхъ суставныхъ поверхностей, не указываетъ на показанія особенныя, которыя благоразумный хирургъ всегда увидитъ легко.

А. Куперъ, вѣрный своей теоріи боковыхъ вывиховъ, прилагаетъ къ нимъ тотъ же способъ вправливанія, какъ и къ вывихамъ кзади, заботясь о томъ только, чтобъ отдалить кости предплечія въ направленіе противоположное смѣщенію.

Для удержанія костей въ ихъ соотношеніи, предплечіе сгибается къ плечу и окружается бинтомъ, напитаннымъ разрѣшающею жидкостью.

§ 2. Отдѣльный вывихъ каждой изъ костей предплечія.

1. *Вывихъ локтевой кости кзади.* — Хотя этотъ вывихъ и не описанъ у большей части современныхъ авторовъ, однако жъ въ наукѣ есть факты, доказывающіе, что онъ не такъ рѣдокъ, какъ можно было бы предполагать по роду забвенія, въ которомъ оставляютъ его.

Седилльо привелъ три наблюденія надъ этимъ вывихомъ, изъ коихъ одно принадлежитъ ему самому *); Дидай описалъ одинъ случай **); Брюнъ обнаружилъ еще три наблюденія ***); и наконецъ вотъ какъ выражается Петркэнъ: «Клиническое наблюденіе заставило меня помѣстить неполные вывихи локтевой кости между самыми частыми, и я видалъ тогда, противно обыкновенно-принятому ученію, что лучевая кость остается обыкновенно на мѣстѣ» ****).

Причины и механизмъ. — Самою обыкновенною, говорятъ, причиною служить паденіе на ладонь руки, когда предплечіе разогнуто и насиліе дѣйствуетъ особенно на внутреннюю сторону члена; мы думаемъ, что, кромѣ того, необходимо еще закручиваніе предплечія.

Патологическая анатомія. — Вотъ какъ мы понимаемъ это смѣщеніе. Обѣ кости предплечія сохраняютъ между собою нормальныя свои отношенія; нельзя допустить, какъ предполагали нѣкоторые хирурги, будто локтевая кость поднимается кзади, такъ что малая сигмоидальная впадина оставляетъ лучевую головку: потому что подобное смѣщеніе повлекло бы за собою такое же смѣщеніе нижняго луче-локтеваго сочлененія и сдѣлало бы необходимымъ разрывъ межкостной связки по всей длинѣ ея.

Лучевая и локтевая кости претерпѣваютъ смѣщеніе въ сочлененіи своемъ съ плечевою костью; это смѣщеніе состоитъ въ одновременномъ закручиваніи обѣихъ костей вокругъ оси, проходящей чрезъ центръ лучевой чашечки, такъ что эта часть остается въ соприкосновеніи съ малою головкою плечевой кости. Верхній конецъ локтевой кости описываетъ, напротивъ, дугу круга и подается кзади блока; когда произошло это первое смѣщеніе, то предплечіе склоняется къ локтевому краю, такъ что вѣнечный отростокъ проходитъ подъ блокъ. Кости бываютъ тогда въ слѣдующихъ отношеніяхъ: верхній конецъ локтевой кости помѣщенъ почти позади лучевой головки; слѣдовательно онъ приближенъ къ наружному краю, а локтевой отростокъ упирается наружнымъ своимъ краемъ въ малую головку плечевой кости; локтевая кость, дѣйствительно, претерпѣваетъ движеніе закручиванія, по которому передняя ея поверхность становится внутренней, внутренняя заднею и т. д. Однимъ словомъ, это смѣщеніе — родъ закручиванія вокругъ оси лучевой кости. Передняя и внутренняя боковая связки необходимо разрываются.

*) Sédillot, *Mémoire lu à l'Académie des sciences*, 1837.

**) Diday, *Gazette médicale*, 1839.

***) Brun, *Journal de médecine de Lyon*, 1844.

****) Pétrequin, *Anatomie chirurgicale*, p. 589.

Симптоматологія. — Локтевое сочлененіе значительно обезображено; увеличенъ передне-задній его діаметръ; внутренняя сторона суставнаго конца плечевой кости образуетъ спереди сильное выстояніе на внутренней части локтеваго сгиба; это выстояніе косвенно спереди кзади и снизу кнаружи. Локтевой отростокъ также сильно выдается кзади и локтевой край предплечія укороченъ; лучевой край не измѣнился въ длину; наружный бокъ локтеваго сочлененія образуетъ выстоящій уголъ, между тѣмъ какъ на внутреннемъ боку находится уголъ входящій. Больные жалуются на сильную боль, отъ растяженія локтеваго нерва, вышедшаго изъ своего жолоба, и на онѣмѣніе двухъ послѣднихъ ручныхъ пальцевъ; предплечіе слегка согнуто, движенія сгибанія и разгибанія не возможны, но пронація и супинація остаются; увеличивается окружность локтеваго сочлененія; если наконецъ большимъ пальцемъ надавить снаружи на высотъ лучеплечеваго сочлененія, то явно ощущается разщелина, отдѣляющая головку луча отъ мыщелка.

Вывихъ локтевой кости кзади часто осложняется очень легкимъ смѣщеніемъ головки лучевой кости, переломомъ вѣчнаго отростка; первое изъ этихъ поврежденій ничего не прибавляетъ къ важности раненія; но нельзя сказать того же о второмъ, въ слѣдствіе котораго весьма легко повторяются смѣщенія, бывъ уже вправлены.

Распознаваніе. — Это поврежденіе легко распознать и нельзя смѣшать съ вывихомъ обѣихъ костей кзади: положеніе малой головки лучевой кости легко наводитъ на настоящій путь. Въ боковомъ вывихѣ локтя малая головка лучевой кости находится болѣе внутри, локтевая кость минуетъ надблѣкъ и локтевой отростокъ не выдается кзади.

Леченіе. — По Седилло, «если производить вытягиваніе за кисть, не обращая вниманія на склоненіе предплечія внутрь, то вся сила направляется на плече-лучевое сочлененіе, ни сколько не уменьшая захожденія локтевой кости, и отъ того самыя величайшія усилія остаются безуспѣшными предъ сопротивленіемъ фиброзныхъ связей этого сочлененія»^{*)}). Для вправленія этого вывиха, раненый усаживается на стулъ, съ конечностью приближенною къ туловищу, и одинъ помощникъ охватываетъ нижнюю часть плечевой кости для противувътягиванія; предплечіе приводится въ супинацію и въ разгибаніе. Его охватываетъ другой помощникъ и направляетъ вытягиваніе по оси предплечія; такимъ образомъ вытягиваніе дѣйствуетъ почти исключительно на внутреннюю сторону локтеваго сочлененія и сочлененія лучеплечеваго, служащаго такъ-сказать точкою опоры самою близкою къ точкѣ сопротивленія, между-тѣмъ какъ плечо рычага, представляемое всею длиною предплечія,

^{*)} Sédillot, *Gazette médicale*, 1839, p. 377.

очень длинно. Хирургъ, помѣстившись съ наружной стороны члена, охватываетъ сочлененіе полными руками и большими пальцами давить локтевой отростокъ впередъ и внизъ. Когда, помощью этого маневра, уголь, образованный наружной стороною сочлененія, изглаживается, то конечность вдругъ приводится въ сгибаніе.

Тотчасъ по вправленіи, локоть получаетъ свою нормальную форму и возобновляются движенія сочлененія, хотя нѣсколько и болѣзненные. Что касается до слѣдующей за тѣмъ перевязки, то она очень проста; предплечіе держится полусогнутымъ, чтобы выстояніе вѣчнаго отростка препятствовало вывиху повторяться, и части удерживаются въ этомъ положеніи 8-видною повязкою; спустя около недѣли начинаются понемногу упражненія сочлененія.

2. *Вывихи верхняго конца лучевой кости кзади.* — Эти вывихи не были извѣстны Парижской Хирургической Академіи, почему она и посылала, на свой счетъ, Сабатье повѣрить діагностику одного провинціального хирурга, который извѣщалъ, что онъ распозналъ у одного изъ больныхъ своихъ свѣжій вывихъ верхняго конца лучевой кости. Бойе допускалъ только вывихи кзади, но новѣйшіе авторы доказали, что смѣщеніе можетъ происходить еще кпереди и кнаружи. Мы ограничимся только этими простыми указаніями, а для большихъ подробностей касательно этого предмета отсылаемъ читателя къ прекрасному мемуару Мальгеня *).

Причины и механизмъ — По Бойе, это поврежденіе чаще бываетъ у дѣтей, чѣмъ у взрослыхъ. Онъ думаетъ, что дѣти болѣе предрасположены къ нему: 1) по меньшей крѣпости связокъ, меньшей обширности сигмоидальной впадины, и слѣдовательно по большей длинѣ колеччатой связки; 2) по обыкновенію — держать дѣтей за руку, съ предплечіемъ въ пронаціи. Если въ этомъ положеніи приподнимать ребенка, напримѣръ заставляя его переступить черезъ какую-нибудь преграду, то растягиваемыя связки удлинняются и оттуда предрасположеніе къ вывиху, происходящему при усиленномъ движеніи пронаціи. Не надобно однако жъ предполагать, будто этотъ вывихъ происходитъ медленно; растягиваніе мягкихъ частей только предрасполагаетъ къ нему, но онъ можетъ вдругъ произойти въ здоровомъ сочлененіи; слѣдовательно этотъ вывихъ очень разнится отъ тѣхъ медленныхъ смѣщеній, которыя принадлежатъ бѣлымъ опухолямъ локтеваго сочлененія.

Такимъ-образомъ этотъ вывихъ бываетъ слѣдствіемъ паденія на руку, когда предплечіе находится въ усиленной пронаціи; по А. Берару онъ

*) Malgaigne, *Journal de chirurgie*, 1843, p. 136.

можетъ также произойти и отъ сильнаго толчка по верхнему концу лучевой кости, которая отталкивается кзади.

Патологическая анатомія. — Головка лучевой кости подается кзади и нѣсколько подъ наружный мыщелокъ плечевой кости; разрывъ связокъ не всегда одинаковъ; у дѣтей, по Бойё, передняя связка можетъ только удлинниться; но когда вывихъ происходитъ отъ паденія на руку, то безъ всякаго сомнѣнія не разрывается колеччатая связка; передняя связка всегда разрывается. Наружная или отрывается или расслабляется отъ разрыва колеччатой связки.

Симптоматологія. — Локоть обезображенъ; сзади замѣтно выстояние, образуемое малою головкою лучевой кости, которой форму легко ощупать и которая движется подъ пальцами при движеніяхъ пронаціи и супинаціи. Предплечіе полусогнуто; сгибаніе и разгибаніе очень ограничены; рука въ пронаціи и невозможно оборотить ее въ супинацію; въ сторонѣ локтя чувствуется сильная боль; на высотѣ плече-лучевого сочлененія палецъ ощущаетъ значительное вдавленіе.

Леченіе. — Для произведенія вправливанія, больной сажается на стулъ; одинъ помощникъ производитъ противувьтягиваніе на плечевой кости, между-тѣмъ какъ другой — вытягиваніе за предплечіе, и въ то же время поворачиваетъ его въ супинацію; хирургъ, охвативъ тогда локоть полными руками, давитъ обоими большими пальцами своими лучевую кость сверху внизъ и сзади кпереди, между-тѣмъ какъ помощникъ разгибаетъ предплечіе.

По вправленіи вывиха, снаружи и сзади помѣщается градусный компрессъ, для предотвращенія новаго смѣщенія; сочлененіе удерживается 8-видною повязкою.

Что касается до послѣдственнаго леченія, то оно то же, что и при другихъ локтевыхъ вывихахъ.

3. *Вывихъ верхняго конца лучевой кости кпереди.* — Это поврежденіе было, до послѣднихъ временъ, отвергаемо большею частью нашихъ классическихъ авторовъ; Бойё говорить, что оно не можетъ быть; однако жъ теперь есть нѣсколько фактовъ, ставящихъ внѣ сомнѣнія существованіе его: въ Дюпонитреновомъ музеѣ находятся два препарата (n^o 732 и 733), на которыхъ прекрасно обозначено это смѣщеніе, Жуссё упоминаетъ объ одномъ несомнѣнномъ фактѣ *), Жерди собралъ много наблюденій надъ этимъ поврежденіемъ **), и одно наблюденіе представилъ Данійд ***).

*) Jousset, *Gazette médicale*, 1833, p. 316.

**) Gerdy, *Annales de la chirurgie*, 1841, tome II, p. 72.

***) Danyau, *ibidem*.

Причины и механизмъ. — Самою частою причиною вывиховъ лучевой кости кпереди служитъ паденіе на руку, между-тѣмъ какъ предплечіе находится въ пронаціи. Говорятъ однако жъ, что эта причина скорѣе производитъ вывихъ лучевой кости кзади; чтобъ произошло это послѣднее поврежденіе, нужно чтобъ предплечіе было согнуто; но если оно, напротивъ, разогнуто, и особенно если еще тяжесть тѣла увеличиваетъ разгибаніе, то лучевая кость переходитъ на переднюю часть плечевой кости. Бываетъ также причиною этого вывиха ударъ по лучевой кости сзади, подающій ее кпереди.

Дѣти болѣе расположены къ этому вывиху, чѣмъ взрослые.

Патологическая анатомія. — Головка лучевой кости помѣщается впереди и надъ плечевымъ мышелкомъ; передняя связка разрывается; наружная боковая связка не разорвана, но она подается впередъ и вверхъ и сопровождаетъ колеччатую связку, которая, по Жерди, растягивается, а не разрывается; наблюденіе Даниѣльскаго подтверждаетъ это мнѣніе. Напротивъ, А. Куперъ думаетъ, что колеччатая связка разрывается. Если вывихъ не вправляется, то чрезъ нѣсколько времени головка лучевой кости обезображивается, выдавливаясь себѣ въ плечевой кости впадину, въ которой и можетъ двигаться; малая сигмодальная впадина исчезаетъ.

Симптоматологія. — Локоть едва обезображенъ, предплечіе слегка согнуто; при попыткахъ согнуть его болѣе, пробуждается сильная боль, и вскорѣ потомъ дальнѣйшее сгибаніе останавливается сопротивленіемъ малой головки лучевой кости съ плечевою; рука въ полупронаціи; однако жъ Дельпешъ, Маржоланъ и др. считаютъ супинацію патогномоническимъ свойствомъ этого поврежденія. Жерди объясняетъ это кажущееся противорѣчіе слѣдующимъ образомъ: «Въ обыкновенномъ состояніи, когда предплечіе лежитъ локтевымъ краемъ своимъ на горизонтальной плоскости и предоставляется собственной тяжести, рука обращается въ пронацію, большой палецъ упирается въ поддерживающую плоскость и нельзя, безъ мышечнаго усилія, удержать ни большого пальца поднятымъ, ни предплечія въ полупронаціи. А такъ какъ при вывихѣ больной непроизвольно сохраняетъ это положеніе, то самое смѣщеніе составляетъ препятствіе для пронаціи и даетъ рукѣ противное положеніе». Въ локтевомъ сгибѣ ощущается выстояніе, образуемое головкою лучевой кости; это выстояніе движется при попыткахъ двигать лучевую кость; кзади и подъ малою головкою плечевой кости ощущается пустота, происходящая отъ смѣщенія лучевой кости.

Распознаваніе. — Эту болѣзнь можно смѣшать съ переломомъ

верхняго конца лучевой кости или съ отдѣленіемъ придатка ея; но отыскавъ плече-лучевое сочлененіе легко распознать, есть ли нѣтъ вывихъ, потому что это сочлененіе всегда доступно осязанію, если нѣтъ вывиха.

Предсказаніе. — Этотъ вывихъ вообще легко вправляется, особенно у дѣтей. Отъ невправленія его происходитъ обезображеніе, которое со временемъ легко исчезаетъ и сочлененію возвращаются движенія; только сгибаніе остается неполнымъ.

Леченіе. — Для вправливанія этого вывиха больной садится на стулъ; одинъ помощникъ охватываетъ плечо надъ локтевымъ сгибомъ и производитъ противувьтягиваніе; предплечіе, въ супинаціи и полусогнутое для расслабленія двуглавой мышцы, отдается другому помощнику, который производитъ вытягиваніе за руку, наклоняя ее къ локтевому краю, чтобъ особенно дѣйствовать на лучевую кость; хирургъ, находясь съ наружной стороны члена, давитъ большимъ пальцомъ на конецъ смѣщенной кости, отдавливая его сначала сверху внизъ, потомъ спереди кзади. Конечность держится въ полусупинаціи; толстый компрессъ, помѣщенный на верхней и наружной части лучевой кости поддерживаетъ смѣщенные части. Въ одномъ видѣнномъ нами случаѣ вправливаніе было легко, но смѣщеніе тотчасъ же опять повторилось: для противодѣйствія этому, мы положили въ локтевой сгибъ большой ватный тампонъ и держали предплечіе довольно сильно согнутымъ къ плечу.

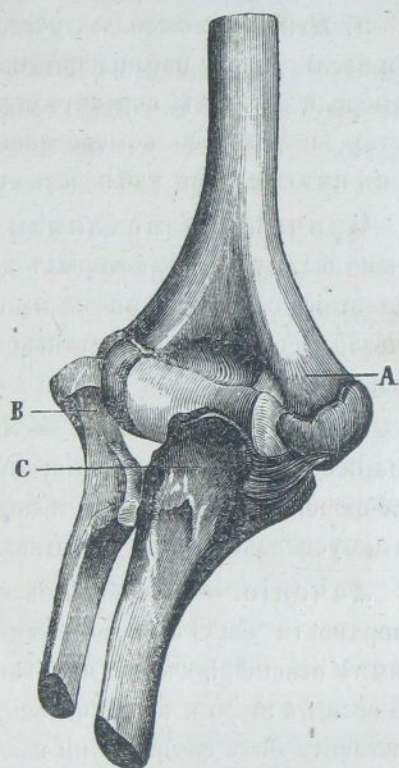
4. Вывихъ верхняго конца лучевой кости кнаружи. — Судя по анатомическому расположенію частей, вывихъ лучевой кости кнаружи долженъ быть очень рѣдокъ; и въ самомъ дѣлѣ, нѣсколько обширное смѣщеніе малой головки этой кости не можетъ произойти безъ довольно значительнаго разрыва связокъ, соединяющихъ между собою обѣ кости предплечія; дѣйствительно, межкостная связка разрывается и верхнее луче-локтевое сочлененіе представляетъ очень замѣтное смѣщеніе.

Не то бываетъ, если, въ слѣдствіе наружнаго насиія, дѣйствующаго на внутреннюю сторону предплечія, переламывается локтевая кость; повреждающая причина можетъ тогда направиться на верхній конецъ лучевой кости и оттолкнуть его кнаружи. Монтежжіа приводитъ два наблюденія надъ вывихами лучевой кости кнаружи, при переломахъ локтевой кости. А. Куперъ приводитъ одинъ случай, въ которомъ одинъ мужчина, упавъ съ лошади, получилъ вывихъ лучевой кости кнаружи, причемъ переломленъ былъ локтевой отростокъ.

Намъ также случилось видѣть одинъ примѣръ его, и здѣсь предста-

вляется рисунокъ анатомическаго препарата, относящагося къ этому вывиху.

- А. Надлокоть.
- В. Шейка лучевой кости.
- С. Вънечный отростокъ локтевой кости.



Головка лучевой кости образуетъ подъ кожей очень выдающуюся и легкораспознаваемую опухоль, лежащую снаружи надмыщелка, на 3 сантиметра отъ наружнаго края локтеваго отростка; она претерпѣла восходящее движеніе на 15 — 20 миллиметровъ; мышцы *supinator longus* и *radiales externi* образуютъ впереди лучевой кости, и снизу вывихнутой головки, продолговатую выпуклость, нечувствительно теряющуюся на наружной и передней сторонахъ; предплечіе въ положеніи среднемъ между пронаціею и супинаціею; супинація невозможна; возможность сгибать и разгибать предплечіе сохранилась. Больной имѣлъ этотъ вывихъ съ дѣтства, и я не увѣренъ, что онъ произошелъ отъ травматической причины, хотя больной и утверждаетъ противное.

Трудно описать явленія, свойственныя этому поврежденію, когда существуетъ при этомъ переломъ локтевой кости или локтеваго отростка; опуханіе, кровяное и синовиальное излитіе, боль, явленія свойственныя этимъ послѣднимъ поврежденіямъ вѣроятно затемняютъ явленія вывиха кнаружи

Лечение очень просто: производится вытягивание за предплечие, согнутое под прямым угломъ, между-тѣмъ какъ хирургъ отдавливаетъ лучевую кость впередъ и внутрь.

5. *Неполные вывихи лучевой кости кпереди и кзади.* — Гойранъ привелъ много наблюдений надъ неполными вывихами лучевой кости кпереди *). Онъ считаетъ этотъ вывихъ особенно свойственнымъ дѣтству, и довольно обыкновеннымъ, потому что, въ теченіе осьми лѣтъ, онъ имѣлъ случай наблюдать его десять разъ.

Причины и механизмъ. — Это поврежденіе много разъ замѣчено было у дѣтей, которыхъ держали за руку въ моментъ паденія ихъ; въ этомъ случаѣ двуглавая мышца увлекаетъ кпереди малую головку лучевой кости, мало удерживаемую связками, уже растянутыми самымъ влеченіемъ.

Симптоматологія. — Локоть не обезображенъ, что и указываетъ на необширность смѣщенія; предплечіе въ пронаціи, и не можетъ быть оборочено въ супинацію, и полусогнуто; локоть очень болѣзненъ, и боль еще усиливается при попыткахъ двигать сочлененіе.

Лечение. — Эта болѣзнь не имѣетъ ничего важнаго; суставныя поверхности могутъ даже сами-собою возвратиться къ своимъ нормальнымъ отношеніямъ, по минованіи спазма мышцъ, окружающихъ локоть, а если бъ этого и не случилось, то болѣзнь, оставленная самой себѣ, не оставитъ безъ сомнѣнія ни какого обезображенія, по причинѣ малой обширности смѣщенія.

Вправливаніе легко: одной рукой охватываютъ плечо, а другой производятъ вытягиваніе, между-тѣмъ какъ лучевая кость отдавливается кзади. Когда эта кость возвратилась на мѣсто, то предплечіе приводится въ супинацію. Тотчасъ послѣ вправливанія, сочлененію возвращаются всѣ его отправленія; маленькой 8-видной повязки, наложенной на нѣсколько дней, достаточно для окончанія леченія.

Мы раздѣляемъ сомнѣнія, выраженные Мальгеномъ касательно дѣйствительности этого смѣщенія кпереди, хотя Гойранъ и старался доказать ее.

Были также описываемы *неполные вывихи верхняго конца лучевой кости кзади*, но факты, на которыхъ основано это описаніе, были, намъ кажется, не совсѣмъ хорошо поняты и истолкованы: таковы, напримѣръ, наблюденія Рандю **), въ которыхъ, намъ кажется, описанъ просто вывихъ нижняго конца локтевой кости.

*) Goyrand (d'Aix), *Gazette médicale*, février 1837, p. 115.

**) Rendu, *Annales de chirurgie*, 1841, tome II, p. 77.

6. Выхихи локтевой кости кзади и лучевой кпереди. — Три наблюденія надъ одновременными вывихами лучевой кости кпереди и локтевой кзади служатъ единственными фактами, по которымъ можно составить описаніе этого поврежденія, не упоминаемаго классическими авторами, исключая однако жъ Видаля, который говоритъ объ немъ нѣсколько словъ.

Одно изъ этихъ наблюденій представлено Дебрюйномъ *), а два другихъ приведены въ *Gazette médicale* 1841. Изъ этихъ трехъ фактовъ заимствуемъ мы то, что они представляютъ важнаго касательно описываемаго поврежденія.

Этіологія. — Увѣрили, что этотъ вывихъ происходитъ отъ паденія на локоть. По нашему мнѣнію, не это причина вывиха локтевой кости кзади и лучевой кпереди; въ приведенныхъ случаяхъ если и бывало паденіе на локоть, то оно навѣрное случалось послѣ вывиха. Скорѣе произойдетъ это поврежденіе отъ паденія на руку, при разогнутомъ и обращенномъ въ сильную супинацію предплечія; но мы думаемъ, что всего легче произвести его движенію закручиванія предплечія кнутри: слѣдовательно этотъ вывихъ, по способу происхожденія своего, очень подходитъ къ отдѣльному вывиху локтевой кости кзади, только въ послѣднемъ одна локтевая кость описываетъ дугу круга, между-тѣмъ какъ въ первомъ обѣ онѣ поворачиваются въ обратныя стороны.

Патологическая анатомія. — Трудно представить подобное поврежденіе безъ разрыва почти всѣхъ суставныхъ связей; что касается до относительнаго положенія костей, то можно предполагать, что локтевая кость лежитъ также, какъ и при отдѣльномъ своемъ вывихѣ, т. е. что она, претерпѣвъ круговое движеніе кнутри, упирается наружнымъ краемъ локтеваго отростка пониже плечевой суставной поверхности; что касается до лучевой кости, то она помѣщается впереди нижняго конца плечевой, такъ что вырѣзка, отдѣляющая блокъ отъ мыщелка, входитъ въ углубленіе лучевой чашечки; таковы по крайней мѣрѣ отношенія, принимаемыя этой костью тогда, когда пытаются произвести описываемые вывихи на трупѣ.

Симптоматологія. — Признаки этого вывиха тѣ же, что и вывиховъ локтевой кости кзади и лучевой кпереди; они уже описаны нами.

Распознаваніе. — Можно смѣшать этотъ вывихъ съ вывихомъ локтевой кости кзади, съ переломомъ верхняго конца лучевой кости; но ошибка невозможна, если попробовать движенія пронаціи и супинаціи; при переломѣ лучевой кости, движенія сопровождаются хрустѣніемъ, и подъ пальцомъ, упертымъ въ переднюю опухоль, ощутительно движется

*) Debruyne, *Annales de chirurgie*, septembre 1843.

шероховатая неровная поверхность. Наконецъ при переломѣ, малая головка лучевой кости остается на своемъ мѣстѣ, на наружной сторонѣ локтеваго сочлененія.

Предсказаніе. — Въ трехъ извѣстныхъ намъ случаяхъ вправляваніе достигнуто легко. Не было ни какихъ послѣдственныхъ припадковъ.

Леченіе. — Вывихъ можетъ быть вправленъ въ два приѣма: сперва вправляется вывихъ локтевой, а потомъ лучевой кости. Это вправляваніе производится по выше изложеннымъ нами правиламъ.

Самымъ рациональнымъ кажется намъ слѣдующій способъ, выведенный изъ нашей теоріи смѣщеній этого вывиха. Сдѣлавъ вытягиваніе и противувътягиваніе для отдаленія суставныхъ поверхностей однихъ отъ другихъ, хирургъ охватываетъ предплечіе на верхней его части и сообщаетъ ему закручивающее движеніе кнаружи пальцами, загибающимися подъ локтевымъ отросткомъ, между-тѣмъ какъ большой палецъ, упертый въ верхній конецъ лучевой кости, отдавливаетъ его кзади и кнаружи.

ГЛАВА XXVII.

Вывихъ нижняго конца локтевой кости.

Дезо первый говорилъ объ этомъ родѣ смѣщенія, и описалъ его подъ именемъ *вывиха нижняго конца лучевой кости*; напротивъ, Бойе и Дюпюитренъ описали его подъ именемъ *вывиха локтевой кости*. Механизмъ, по которому происходитъ смѣщеніе, до нѣкоторой степени оправдываетъ названіе Дезо. Въ самомъ дѣлѣ, при насильственныхъ движеніяхъ пронаціи и супинаціи, лучевая кость поворачивается съ запястьемъ и рукою вокругъ локтевой, остающейся на мѣстѣ, и происходитъ вывихъ; локтевая кость, не измѣнившая положенія, выставляется кпереди или кзади. Въ этомъ случаѣ лучевая кость сохраняетъ свои отношенія съ запястными костями и одна только локтевая не остается въ соприкосновеніи съ суставными поверхностями, отъ чего названіе Дезо не полно, хоть бы и могло быть принято, потому что, кромѣ того, есть еще вывихъ костей запястья отъ нижняго конца локтевой кости. Поэтому мы примемъ названіе Бойе и Дюпюитрена.

Локтевая кость можетъ выдаться кзади или кпереди; мы опишемъ поэтому два вида вывиховъ: одинъ, *вывихъ локтевой кости кзади*, это вывихъ лучевой кости кпереди Дезо, и другой, *вывихъ кпереди*, вывихъ лучевой кости кзади.

Эти смѣщенія могутъ происходить всегда при сильныхъ движеніяхъ пронаціи и супинаціи. Причина эта можетъ дѣйствовать одна, и одна-

ко жъ смѣщенію можетъ способствовать и наружное насиліе, напримѣръ паденіе тяжелаго тѣла на нижній конецъ лучевой кости. По анатомическому расположенію частей, вывихи кзади должны быть чаще вывиховъ кпереди. Въ самомъ дѣлѣ, въ первомъ, движеніе усиленной пронаціи заставляетъ нижній конецъ локтевой кости сильно давить на заднія связки сочлененія, которыя менѣе крѣпки, чѣмъ переднія; съ другой стороны, только кожа можетъ противостоятъ этому вывиху, тогда какъ спереди существуетъ большая толща мягкихъ частей, часто препятствующихъ смѣщеніямъ въ этомъ направленіи; отъ того-то, для произведенія поврежденія, участіе наружнаго насилія особенно необходимо во второмъ видѣ. Прибавимъ наконецъ, что расположеніе шиловиднаго отростка также способствуетъ смѣщенію кзади: длинный и тонкій, онъ такъ-сказать открываетъ дорогу между кожей и заднею поверхностью лучевой кости.

Симптоматологія. — *Вывихъ кзади.* Членъ въ усиленной пронаціи и не можетъ поворотиться въ супинацію; кисть ручная въ приведеніи; пальцы и предплечіе слегка согнуты; нижній конецъ предплечія уже, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. На задней и нижней части предплечія ощущается твердое выстояніе, въ которомъ легко узнать нижній конецъ локтевой кости; на взглядъ не всегда можно опредѣлить существованіе этого выстоянія, по причинѣ не рѣдко бывающей значительной опухоли, скрывающей обезображеніе. Если пальцомъ слѣдовать по локтевой кости отъ локтеваго отростка до нижней ея части, то замѣтно, что эта кость не претерпѣла ни какого нарушенія непрерывности, а только уклонилась кнаружи и перекрестила сзади лучевую кость и выдалась на заднюю поверхность свою. На мѣстѣ, которое долженъ занимать нижній конецъ ея, ощущается значительная пустота; больной жалуется на сильную боль на высотѣ сочлененія, усиливающуюся при движеніяхъ руки.

Вывихъ кпереди. Явленія его слѣдующія: членъ въ супинаціи, кисть въ отведеніи, нижній конецъ локтевой кости дѣлаетъ кпереди значительное выстояніе, не совсѣмъ скрытое подъ покровами, и котораго форму трудно опредѣлить; уклоненіе локтевой кости кпереди и кнаружи легко распознаваемо. Впрочемъ та же боль, та же невозможность движеній; опуханіе всегда очень значительно, по причинѣ чрезмѣрности насилія, произведшаго смѣщеніе, насилія, которое въ Дюпюитреновомъ наблюденіи произвело значительный подтекъ на нижнемъ концѣ лучевой кости и заставило бояться перелома нижняго конца этой кости. Мягкія части могутъ быть разорваны и допустить наружный воздухъ въ раненое сочлененіе.

Предсказаніе. — Это поврежденіе важно только при очень сильномъ ушибѣ вокругъ сочлененія. Однако жъ если бѣ значительное опуханіе помѣшало распознать болѣзнь, то чрезъ короткое время вывихъ ста-

новится невправимымъ, и больной, отъ неправильнаго положенія костей, теряетъ движенія пронаціи и супинаціи; движенія руки и пальцевъ также остаются тогда болѣе или менѣе затруднительными. Рана покрововъ дѣлаетъ предсказаніе очень важнымъ.

Леченіе. — Иногда довольно трудно достигнуть вправленія этого вывиха. Самый повидимому успѣшный способъ слѣдующій: больной садится на стулъ, предплечіе сгибается подъ прямымъ угломъ къ плечу. Одинъ помощникъ производитъ противувьтягиваніе на нижней части плечевой кости, другой — вытягиваніе за руку. Хирургъ, помѣстившись съ наружной стороны члена, охватываетъ предплечіе полною рукою; большіе пальцы свои онъ вкладываетъ между лучевою и локтевою костями, такъ чтобъ развести ихъ между собою. Когда послѣднія достаточно уже высвобождены, то онъ приказываетъ вытягивающему помощнику привести руку въ супинацію, если вывихъ кзади, и въ пронацію — если онъ кпереди. Этого манёвра достаточно для того, чтобъ головка локтевой кости вошла въ нормальное свое положеніе.

Въ одномъ случаѣ вывиха кпереди, приведенномъ Дюпюитреномъ, этотъ хирургъ самъ сдѣлалъ вытягиваніе за руку и сильно подаль ее кнаружи, между-тѣмъ какъ большими пальцами отдалъ локтевую кость внутрь и кзади.

Часто смѣщеніе имѣетъ большую наклонность повторяться: толстаго компресса, наложеннаго на локтевую кость по направленію смѣщенія и аппарата для переломовъ предплечія достаточно для удержанія костей въ соприкосновеніи.

Если бы существовала рана покрововъ, то также нужно бы было вправить вывихъ и тщательно наблюдать за припадками, которые не замедлятъ появиться, припадками столь важными, что А. Куперъ не колебался со- вѣтовать ампутацію предплечія, и которыя заставили Брешѣ рѣшиться на резекцію нижняго конца локтевой кости.

ГЛАВА XXVIII.

Вывихи ручной кисти.

Этимъ названіемъ мы обозначимъ вывихи костей запястья отъ костей предплечія.

Ни одинъ вопросъ не пораждалъ столько противорѣчащихъ споровъ, какъ вопросъ о вывихахъ кисти. Бывъ нѣкогда допущены безъ всякаго опроверженія, они почти совсѣмъ отвергнуты были Дюпюитреномъ;

однако жъ, въ послѣднее время, нѣсколько совершенно достовѣрныхъ случаевъ доказали существованіе этого поврежденія.

Древніе авторы, отъ Иппократа до Ж. Л. Пти, допускали вывихи кисти кпереди, кзади, кнаружи и кнутри. Если и замѣтна нѣкоторая разница въ описаніи этихъ разныхъ видовъ смѣщеній, то это происходитъ съ одной стороны отъ ихъ нечастости, а съ другой отъ того, что авторы не согласны были въ номенклатурѣ этихъ вывиховъ. Одни изъ нихъ называли вывихами кнаружи или кнутри такіе, которые у другихъ назывались вывихами кзади или кпереди. Извѣстно, въ самомъ дѣлѣ, что нѣкоторые анатомы называютъ внутреннюю и наружную поверхность то, что мы называемъ поверхностью переднею и заднею или ладонною и тыльною поверхностью предплечія.

Если Ж. Л. Пти и ошибался на счетъ степени частости этой болѣзни, то, надобно согласиться, онъ довольно хорошо описалъ ея явленія, и нарисовалъ довольно точную картину припадковъ, могущихъ возникнуть въ слѣдствіе подобныхъ поврежденій.

Путѣ *) первый нѣсколько усомнился въ частости вывиховъ кисти ручной, указавъ какъ обыкновенны переломы нижняго конца лучевой кости при паденіяхъ на ладонь руки. «Эти переломы, говоритъ онъ, всего чаще принимаются за растяженія, за неполные вывихи, или за расхожденіе локтевой кости отъ лучевой при соединеніи ихъ съ кистью.»

Дезѡ также указываетъ на частость переломовъ нижняго конца лучевой кости; онъ первый описалъ нижніе луче-локтевые вывихи.

Однако жъ всегда допускали четыре вида смѣщеній, замѣчая, при томъ, что боковые вывихи очень рѣдки, встрѣчаются только съ переломомъ шиловидныхъ отростковъ и съ такими поврежденіями, которыя болѣе привлекаютъ вниманіе хирурга, чѣмъ самый вывихъ.

Гейстеръ, Камлизенъ, Ришранъ, Бойѣ, А. Куперъ показали четыре вида вывиховъ и описали ихъ явленія и лечение.

Дюпюитренъ вполне почти отвергнулъ вывихи кисти. Онъ говоритъ: «Я всегда видѣлъ превращеніе такъ-называемыхъ вывиховъ кисти въ настоящіе переломы, и искусство, не смотря на столько описаній, не имѣетъ ни одного доказательнаго наблюденія надъ этимъ поврежденіемъ. Я говорилъ также, что и я разсѣкалъ ручныя кисти и никогда не находилъ вывиха въ слѣдствіе паденія на ладонь руки, а тѣ, которые встрѣчалъ я, всегда бывали или слѣдствіями или симптомами другихъ болѣзней сочлененія.

*) Pouteau, *Oeuvres posthumes*, tome II, p. 241.

«Нельзя и сомнѣваться въ частости переломовъ нижняго конца лучевой кости, и въ невозможности или по крайней мѣрѣ чрезвычайной рѣдкости этихъ вывиховъ *).»

Мы бросимъ краткій взглядъ на нѣкоторые факты, на которыхъ основывается описаніе вывиховъ кисти ручной.

Въ 1771, Томассэнъ привелъ исторію одного ребенка шести съ половиною лѣтъ, который, упавъ съ лошади, вывихнулъ себѣ кисть кзади, такъ что нижній конецъ лучевой кости вышелъ изъ-подъ покрововъ; локтевая кость, оставшаяся подъ мышцами, продвинулась до брючковой кости. Томассэнъ не описываетъ явленій этого раненія; онъ говоритъ только, что расширивъ рану, онъ произвелъ вправливаніе безъ большой трудности, и что больной, черезъ два мѣсяца леченія, выздоровѣлъ и получилъ всѣ движенія кисти.

Раватонъ также описалъ вывихъ кисти кзади у ребенка, который, упавъ съ высоты дерева головою внизъ, выставилъ руки свои впередъ и ударился ими; онъ говоритъ, что вывихнуты были обѣ кисти. Лѣвая такъ сильно перегнулась кнаружи къ сторонѣ разгибанія, что нижніе мышечки костей предплечія вышли изъ-подъ кожи въ сторонѣ сгибанія. Вправливаніе было легко и больной выздоровѣлъ меньше чѣмъ въ два мѣсяца.

Оба эти наблюденія отвергнуты были Дюпюитреномъ, полагавшимъ, что ничто не доказываетъ, чтобъ здѣсь распознаны были суставные хрящи. Мальгень, замѣчаетъ, что «такъ какъ эти поврежденія были у молодыхъ субъектовъ, то, среди размозженія мягкихъ частей, практикъ, мало заботящійся объ анатомическихъ подробностяхъ, могъ смѣшать поперечный переломъ, отдѣленіе придатка, съ вывихомъ, и что ничто не ручается за безошибочность, если только фактъ не былъ необыкновеннымъ **).»

Падѣе представилъ одно наблюденіе надъ вывихомъ кисти: больной получилъ поврежденіе давно уже, упавъ съ лошади на лѣвый бокъ. Только черезъ годъ послѣ происшествія распознали вывихъ кисти, который никогда не былъ исправлемъ, и когда этотъ больной въ-послѣдствіи умеръ отъ воспаленія легкихъ, то нашли вывихъ кзади безъ всякаго другаго обезображенія, кромѣ обезображенія нижняго конца лучевой кости, который повидимому отклонялся нѣсколько кзади. Это обезображеніе принято было за сросшійся переломъ ***).

Маржоланъ-сынъ обнаруговалъ въ своей тезѣ два случая вывиха кисти: въ одномъ, вывихъ кпереди произошелъ отъ паденія на лѣстни-

*) Dupuytren, *Clinique chirurgicale*, 2-e édition, 1839, tome II, p. 141.

**) Malgaigne, *Gazette médicale*, 1832, p. 790.

***) Padiou, *Bulletins de la Société anatomique*.

цѣ; въ другомъ, вывихъ былъ кзади, отъ паденія съ телѣжки, которая переѣхала по кисти больного; здѣсь не было ни какого нарушенія цѣлости костей предплечія. Первое наблюденіе должно быть отвергнуто, потому что существовалъ переломъ; что касается до втораго, то оно, доказывая существованіе вывиха, доказываетъ также и то, что это поврежденіе можетъ произойти отъ прямой причины, т. е. отъ переѣзда тяжелаго тѣла по кисти или предплечію.

Воаллемье также представилъ наблюденіе надъ однимъ вывихомъ кисти *). Мы сами видѣли этотъ препаратъ и дѣйствительно убѣдились въ существованіи вывиха; оторванъ былъ только шиловидный отростокъ локтевой кости. Этотъ вывихъ произошелъ отъ паденія съ третьяго этажа.

Наконецъ Боанѣ доставилъ намъ препаратъ вывиха кисти кпереди, безъ всякаго перелома. Этотъ препаратъ найденъ былъ на трупѣ.

По представленнымъ нами фактамъ, невозможно отвергнуть существованія вывиховъ кисти ручной. Далѣе мы увидимъ, по какому механизму можетъ происходить это поврежденіе; очень жаль только, что въ большей части фактовъ нѣтъ подробностей касательно произведшихъ ихъ причинъ.

Сочлененіе кисти ручной состоитъ изъ предплечнаго ряда костей запястья и обѣихъ костей предплечія; лучевая кость сочленяется съ ладьеобразною, полулунною и наружною половиною пирамидальной кости; локтевая съ внутреннею половиною пирамидальной кости, отдѣляясь отъ нея треугольнымъ хрящемъ. По этому, при паденіяхъ на руку, насиліе должно дѣйствовать почти исключительно на лучевую кость.

Первый рядъ костей запястья образуетъ родъ поперечно-удлиненнаго мыщелка, который соотвѣтствуетъ суставному концу лучевой кости и нижней поверхности треугольнаго хряща, расположеннымъ такимъ образомъ, что онѣ составляютъ впадину въ 3 миллиметра глубины спереди кзади, и еще гораздо болѣе углубленную поперечно, отъ того, что длина гораздо болѣе кривизны поперечника ея и отъ довольно значительнаго состоянія обѣихъ шиловидныхъ отростковъ лучеваго и локтеваго. По этому простому очерку можно было бы предположить, что суставныя поверхности должны легко расходиться, особенно въ передне-заднемъ направленіи, и понятно, что такое расположеніе могло дѣйствительно поддерживать мнѣніе о частости этихъ вывиховъ. Однако жъ болѣе глубокое изслѣдованіе этого сочлененія открываетъ въ немъ условія крѣпкой устойчивости, указанныя въ особенностяхъ изслѣдованіями Дюпюитрена. Суставныя поверхности удерживаются тыльными и ладонными связками, представляющими значительное сопротивленіе.

*) Voillemier, *Archives générales de médecine*, decembre 1839, p. 401.

Разгибающія и сгибающія сухія жилы лежатъ непосредственно на обѣихъ поверхностяхъ сочлененія и противодействуютъ смѣщеніямъ. Въ самомъ дѣлѣ при паденіи на руку, сгибающія сухія жилы, соединенныя въ пучокъ въ жолобѣ, предоставляемомъ имъ нижнею поверхностью запястья, поддерживаютъ послѣднее, когда оно стремится податься къ ладонной поверхности, и представляютъ сопротивленіе возрастающее въ прямомъ отношеніи съ наклонностью къ смѣщенію. Если, напротивъ, рука стремится согнуться, то запястье стремится податься кзади, и тогда разгибающія сухія жилы сопротивляются этому по такому же механизму, какой изложили мы.

Наконецъ мы увидимъ, что чрезмѣрная короткость плеча рычага, которое представляютъ кости запястья, особенно при паденіи на ладонь руки, должна сдѣлать почти невозможнымъ смѣщеніе ихъ къ ладонной поверхности.

Что касается до боковыхъ смѣщеній, то ихъ дѣлаетъ невозможными поперечное протяженіе обоихъ суставныхъ рядовъ и выстояніе шиловидныхъ отростковъ костей предплечія.

Причины и механизмъ. — Вывихи костей запястья могутъ быть произведены непосредственнымъ дѣйствіемъ ушибающаго тѣла, которое прямо толкаетъ ихъ или къ ладонной, или къ тыльной поверхности, между тѣмъ какъ нижняя часть предплечія поддерживается неуступчивою плоскостью: вывихи, происходящіе такимъ образомъ, никогда не были отрицаемы. По этому-то механизму происходило смѣщеніе въ нѣкоторыхъ изъ приведенныхъ нами случаевъ. Но можетъ ли непрямая причина произвести это смѣщеніе? Мы видѣли, что Дюпюитренъ формально отвергалъ возможность этихъ вывиховъ, потому что въ теченіе своей долгой практики не встрѣтилъ ни одного факта противнаго своей теоріи, и потому не удивительно, что его мнѣнію подчинялись почти всѣ хирурги его времени. Только въ 1839 замѣченъ былъ совершенно доказательный случай вывиха происшедшаго такимъ образомъ, остающійся и до сихъ поръ единственнымъ этого рода фактомъ. Онъ представленъ былъ Воаллемье.

Ж. Л. Пти объяснялъ эти вывихи слѣдующимъ образомъ: «Падающіе натурально выставляютъ руку впередъ, чтобы защититься отъ слѣдствій паденія; тогда, если упирается ладонь руки, то кисть претерпѣваетъ насильственное разгибаніе и головка костей запястья отбрасывается въ сторону сгибанія; напротивъ, если падаютъ на тылъ руки, то, такъ какъ рука насильственно сгибается, головка костей кисти должна отброситься въ сторону разгибанія.»

Эта теорія, кажется, очень примѣнима къ заднимъ смѣщеніямъ; въ самомъ дѣлѣ, если предположить паденіе, въ которомъ рука согнутая къ предплечію упирается въ землю концомъ пястныхъ костей, то тя-

жесть тѣла, стремясь чрезъ мѣру увеличить это сгибающее движеніе, можетъ разорвать тыльные связки луче-запястного сочлененія; мышце-локть, представляемый первымъ рядомъ запястныхъ костей, подастся тогда кзади и зайдетъ за нижній конецъ костей предплечія. Но гораздо труднѣе объяснить вывихъ кпереди; потому что въ первомъ случаѣ плечомъ рычага служить вся высота запястья и пясти, а во второмъ, напротивъ, первый рядъ запястныхъ костей загибается подъ прямымъ угломъ ко второму, такъ что плечо рычага, образуемое имъ, гораздо короче, потому что его представляетъ только первый рядъ запястныхъ костей, вспомошествоваемый въ своемъ смѣщеніи влеченіемъ, производимымъ въ немъ вторымъ рядомъ. Надобно, кромѣ того, замѣтить, что среднезапястное сочлененіе пользуется очень обширными движеніями, и что слѣдовательно можетъ очень сильно заворотиться кзади, прежде чѣмъ суставныя поверхности получать малѣйшее стремленіе разойтись между собою.

Симптоматологія. — *Вывихъ кзади.* Сочлененіе кисти обезображено и представляетъ гораздо большую толщю, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; поперечный діаметръ не очень замѣтно увеличенъ. Измѣненіе отъ верхушки локтеваго отростка до конца средняго пальца показываетъ значительное укороченіе; измѣненіе костей предплечія отъ верхнихъ концовъ ихъ до нижнихъ не показываетъ измѣненія нормальной длины ихъ; на задней поверхности предплечія находится гладкое, выпуклое выстояніе, соотвѣтствующее костямъ перваго ряда запястья. Спереди, мышцы возвышеній *thénar* и *hypothénar* покрываются нижними концами лучевой и локтевой кости; шиловидный отростокъ лучевой кости помѣщается спереди и снутри ладьеобразной кости, а шиловидный отростокъ локтевой выстоитъ впередъ и внутрь. Рука и пальцы согнуты; по мнѣнію А. Купера, рука должна быть разогнута.

Вывихъ кпереди. Кромѣ относительнаго положенія передняго и задняго выстояній, явленія вывиховъ кпереди мало разнятся отъ явленій вывиховъ кзади; укороченіе члена, ровность длины костей предплечія, легкое сгибаніе руки и пальцевъ. Особенными признаками этого поврежденія служатъ: поперечный жолобъ сзади, между костями запястья и предплечія, приподнимающими разгибающія сухожилія, вполне обрисовывающіяся подъ кожею, а спереди — выстояніе сгибающихъ сухожилій, приподнимаемыхъ костями запястья.

Распознаваніе. — Мы видѣли уже, какъ легко авторы допускали вывихи кисти: отъ того они и не могли съ точностью указать явленій этого поврежденія. Выстояніе, образуемое впереди костями предплечія, а сзади костями запястья, при вывихѣ кзади, сгибаніе пальцевъ и руки, вотъ явленія, которыя они приписывали этому вывиху. Разумѣется, что

при такомъ неполномъ описаніи его невозможно было отличить отъ перелома лучевой кости. Разберемъ эти разныя явленія и посмотримъ, что надобно добавить къ нимъ, чтобъ описаніе было полно.

При вывихѣ бываетъ обезображеніе кисти, но это обезображеніе существуетъ только на передней и задней поверхностяхъ члена, и не замѣтно боковаго вдавленія, которое при переломѣ находится на внутреннемъ краѣ сочлененія.

Выстоянія напереди и назадъ сочлененія кисти существуютъ и въ переломѣ нижняго конца лучевой кости; но они не только не похожи на тѣ, которыя принадлежатъ вывиху, но еще представляютъ и отличія, которыя мы постараемся указать. При вывихѣ, они гладки и представляютъ форму одинаковую съ суставными поверхностями; при переломѣ они неровны и происходятъ отъ отломковъ. Но если трудно иногда опредѣлить точнымъ образомъ форму костяного выстоянія подъ кожею ушибенною, подтекшею и сквозь опухоль мягкихъ частей, то измѣреніе поможетъ распознаванію. Такъ, при вывихѣ, измѣреніе длины лучевой кости показываетъ одинаковую длину этихъ костей на обѣихъ (больной и здоровой) сторонахъ; при переломѣ, напротивъ, лучевая кость больной стороны короче здоровой; при переломѣ костная запястно-пястная плоскость болѣе удлиннена, чѣмъ при вывихѣ, потому что костные отломки, находящіеся въ соотношеніи съ костями перваго ряда запястья, увеличиваютъ обширность выстоянія, такъ что его можно принять за запястье.

Другія явленія также стоятъ вниманія. Шиловидный отростокъ локтевой кости лежитъ, при вывихѣ, на плоскости высшей плоскости лучевой кости; при переломѣ, напротивъ, онъ ниже.

Сгибаніе руки и пальцевъ при вывихѣ кзади, ихъ разгибаніе при вывихѣ кпереди, суть признаки не пропущенные хирургами; однако жъ они излагались не всегда одинаковымъ образомъ. Такъ, А. Куперъ говоритъ, что рука запрокидывается кзади; Ж. Л. Пти — что она запрокидывается кпереди при вывихѣ; но признакъ запрокидыванья руки кзади принадлежитъ болѣе перелому нижняго конца лучевой кости, чѣмъ вывиху кисти.

Изъ представленнаго нами описанія видно, что если и можно смѣшавать вывихъ кисти съ переломомъ нижняго конца лучевой кости, то есть однако жъ нѣкоторые признаки, по которымъ, при маленькомъ вниманіи, можно дойти до точнаго распознаванія.

Предсказаніе. — Обширность поврежденій, сопровождающихъ вывихъ кисти, одна только внушаетъ опасенія. Слѣдуетъ однако жъ замѣтить, что разрывъ связей, удерживающихъ кости, необходимо требуетъ

долгаго леченія и дѣлаетъ движенія сочлененія болѣе или менѣе долго тягостными и трудными.

Леченіе. — Всѣ приведенные нами вывихи кисти были легки для вправливанія, которое производится слѣдующимъ образомъ: больной сидитъ; одинъ помощникъ охватываетъ предплечіе подлѣ кисти для противувьтягиванія, между-тѣмъ какъ другой крѣпко захватываетъ пясть и производитъ вытягиваніе. Когда хирургъ видитъ, что запястье оставило занятое имъ положеніе, то онъ охватываетъ кисть полною рукою и большими пальцами отдавливаетъ запястье сперва внизъ, потомъ въ направленіе противоположное его смѣщенію. Этотъ манёвръ обыкновенно бываетъ успѣшенъ. Однако жъ еслибъ существовала рана мягкихъ частей съ выходомъ костей, то можетъ-быть необходимо бы было, какъ это сдѣлалъ Томассэнъ, расширить ее и высвободить кость.

Обширность разрыва связокъ дѣлаетъ необходимымъ наложеніе крѣпкаго аппарата, съ цѣлью предотвратить дальнѣйшія смѣщенія; аппаратъ для переломовъ предплечія прекрасно выполняетъ это показаніе.

ГЛАВА XXIX.

Вывихи костей запястья.

Вывихи костей запястья очень рѣдки, и это легко объясняется анатомическимъ расположеніемъ частей. Въ самомъ дѣлѣ, по малому объему своему, эти кости легко ускользаютъ отъ прямымъ наружныхъ насилій; кромѣ того, будучи соединены многочисленными и плотными связками, и крѣпко поддерживаемы спереди и сзади сухими жилами сгибающими и разгибающими пальцы, онѣ, въ большей части случаевъ, могутъ смѣщаться только отъ чрезмѣрно-большаго насилія, дѣйствующаго на одну ограниченную точку. Въ этихъ обстоятельствахъ осложненія бываютъ такъ важны, что самый вывихъ едва привлекаетъ вниманіе хирурга.

Такъ, А. Куперъ приводитъ одинъ случай вывиха ладьеобразной кости, въ которомъ находилась ушибенная рана, занимавшая двѣ трети окружности кисти; должно было удалить смѣщенную кость.

На одной только изъ костей запястья наблюдаемъ былъ вывихъ безъ подобныхъ осложнений, это на большой головчатой кости.

Вывихи головчатой кости.

Они рѣдки, однако жъ наблюдаемы были нѣсколько разъ; много примѣровъ ихъ приводили Шопаръ, Бойе, А. Куперъ.

Головчатая кость, болѣе широкая на своей тыльной, чѣмъ ладонной поверхности, можетъ вывихнуться только кзади, и ея вывихи всегда неполные.

По Бойё, это поврежденіе чаще встрѣчается у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. Оно всегда бываетъ слѣдствіемъ чрезмѣрнаго сгибанія кисти, производится ли это сгибаніе паденіемъ на спинку руки, или нечаяннымъ и сильнымъ сокращеніемъ переднихъ мышцъ предплечія. Дѣйствительно, такъ какъ головчатая большая кость крѣпко соединена съ соответствующею пястной костью, то всѣ движенія, сообщенныя послѣдней, передаются головкѣ головчатой большой кости, стремящейся отдаться кзади, и какъ въ этомъ направленіи она удерживается только довольно слабыми связками, то онѣ и разрываются, такъ что головка кости, выдаваясь на тылъ руки, образуетъ болѣе или менѣе значительное выстояніе.

Этотъ вывихъ узнается по присутствію, въ средней и задней сторонѣ запястья, твердой, ограниченной опухоли, болѣе выдающейся у художавыхъ особъ, увеличивающейся при сгибаніи, и уменьшающейся или даже вполнѣ пропадающей при разгибаніи. Кромѣ того, въ свѣжемъ вывихѣ, бываетъ еще боль, опуханіе, и т. д. *).

Показанія леченія состоятъ въ томъ, чтобы 1) *произвести вправленіе*, прижимая головку головчатой большой кости, предварительно приведя руку въ разгибаніе; 2) *удержать вправленіе* употребленіемъ аппарата изъ градусныхъ компрессовъ и шинъ, укрѣпляемаго на спинкѣ и ладони руки круговою повязкою; но больные рѣдко соглашались держать этотъ аппаратъ во все время, необходимое для сращенія разорвавшихся частей; и притомъ случается иногда, что особы съ этимъ поврежденіемъ обращаются къ помощи искусства по истеченіи уже такого промежутка времени, что леченіе его становится бесполезнымъ (Бойё).

Вывихъ головчатой и клиновидныхъ костей.

По А. Куперу, смѣщеніе головчатой и клиновидныхъ костей влечетъ за собою такое ослабленіе руки, что она тогда только можетъ выполнять свои отправленія, когда кисть поддерживается. Въ подтвержденіе этого мнѣнія онъ приводитъ примѣръ одной молодой дамы, которая могла владѣть своей рукою только прибѣгая къ двумъ коротенькимъ шинамъ, приспособленнымъ къ кисти и прикрѣпленнымъ къ переднимъ и заднимъ частямъ руки и предплечія.

*) Этого вывиха нельзя смѣшать съ синовиальными кистами (мѣшеччатыми опухолями, такъ часто встрѣчающимися на тыльной поверхности запястья.

Тотъ же авторъ встрѣтилъ другую даму, которая, для того чтобъ помогать силѣ руки своей, носила большой браслетъ изъ стальной цѣпочки, крѣпко стянутый вокругъ кисти.

Самое обыкновенное средство, употребляемое въ этихъ случаяхъ, состоитъ, по мнѣнію того же хирурга, въ наложеніи ленточекъ липкаго пластыря и круговой повязки.

ГЛАВА XXX.

Вывихи пястныхъ костей.

Здѣсь находимъ мы, въ сочлененіяхъ четырехъ послѣднихъ костей, счастливыя условія, позволяющія костямъ запястья противостоять насиліямъ, стремящимся измѣнить ихъ отношенія; отъ того и не встрѣчается простаго вывиха этихъ костей; потому что для преодоленія этого сопротивленія нужна значительная сила, какъ напримѣръ взрывъ или разрывъ огнестрѣльнаго оружія въ рукѣ, переѣздъ экипажнымъ колесомъ и т. п.

Что касается до сочлененія первой пястной кости съ трапеціальною, то расположеніе суставныхъ поверхностей (типъ *взаимнаго вклиненія*, *emboîtement réciproque*, Cruveilhier), слабость круглой сумки, позволяющей обширныя движенія по всѣмъ направленіямъ, заставляютъ допустить здѣсь возможность частыхъ смѣщеній; но большая часть наружныхъ насилій, дѣйствуя преимущественно на первый рядъ костей пальцевъ, очень мало касаются пясти, и притомъ отношенія сочлененія составляютъ настоящія препятствія для измѣненія отношеній между костями. Въ самомъ дѣлѣ, присутствіе второй пястной кости препятствуетъ чрезмерному приведенію, а слѣдовательно и происхожденію вывиха кнаружи; а вывихъ внутрь даже невозможенъ, потому что движеніе отведенія, уже ограниченное мышцами перваго межкостнаго пространства, не можетъ простираться такъ далеко, чтобы пястная кость отошла отъ поверхности трапеціальной кости. Мы должны описать только два вида вывиха, одинъ кзади, другой кпереди и внутрь.

А. Вывихъ кзади. — Вывихъ первой пястной кости кзади можетъ произойти только отъ силы, дѣйствующей на нижнюю часть этой кости и вдругъ и насильственно подающей ее къ сторонѣ сгибанія, и обыкновенно онъ происходитъ при паденіи на наружный край руки. При этомъ верхній-конецъ кости, сильно отталкиваемый кзади, разрываетъ сумочную связку, при поднимаетъ сухія жилы мышцъ разгибающихъ большой палецъ, и проходитъ за трапеціальную кость.

Признаками этого вывиха служат усиленное сгибание большого пальца и соответствующей пястной кости, которой ось, почти поперечная спереди кзади, не может быть возвращена къ нормальному своему направлению; выстояние подъ кожей верхняго конца пястной кости, позади трапеціальной, гдѣ она приподнимается и уклоняетъ сухія жилы, разгибающія большой палецъ; наконецъ укороченіе выпуклости тенаръ.

По этимъ признакамъ легко распознать болѣзнь, если изслѣдовать раненаго вскорѣ послѣ происшествія; но часто въ короткое время появляется значительное опуханіе и скрываетъ выстояние, образуемое головкою пястной кости.

Для вправливанія этого вывиха, одинъ помощникъ охватываетъ большой палецъ и тянетъ за него по направленію смѣщенія, а другой помощникъ производитъ противувьтягиваніе на нижней части предплечія. По достаточномъ вытягиваніи, большой палецъ разгибается, между-тѣмъ какъ хирургъ производитъ приложеніе, охватывая кисть обѣими руками, такъ чтобъ отдавить большіе пальцы книзу и впередъ верхняго конца вывихнутой кости. Глухой шумъ, уничтоженіе безобразія, обнаруживаютъ вправливаніе.

Послѣ того кисть окружается компрессами, намоченными разрѣшающею жидкостью, которые укрѣпляются круговымъ бинтомъ; за тѣмъ, по длинѣ задней части кости кладется лонъетъ и сверхъ него маленькая деревянная шина, и все это укрѣпляется круговымъ бинтомъ, обводимымъ вокругъ большого пальца и кисти; такимъ-образомъ удерживаются въ разгибаніи и большой палецъ, и соединенная съ нимъ пястная кость.

Аппаратъ долженъ пролежать на мѣстѣ около мѣсяца, послѣ чего начинается нѣкоторое упражненіе большого пальца. Такой же аппаратъ употребляется и при очень давнемъ вывихѣ, но тогда должно гораздо долѣ держать его на мѣстѣ. Бойе приводитъ наблюденіе надъ одною дамою, которая рѣшилась лучше остаться съ своимъ вывихомъ, чѣмъ носить такъ долго аппаратъ.

В. Вывихъ кпереди и внутрь.—Этотъ видъ вывиха наблюдаемъ былъ А. Куперомъ; мы приведемъ здѣсь описаніе, сдѣланное имъ самимъ:

«Въ видѣнныхъ мною случаяхъ, пястная кость подавалась внутрь, между трапеціальною и головкою второй пястной кости; она образовала выстояние на ладони; большой палецъ отороченъ былъ кзади и не могъ быть приведенъ къ меньшему пальцу; были также довольно сильныя боли и опухоль.

«Для облегченія вправливанія, нужно наклонить большой палецъ къ ладони руки, въ-продолженіе вытягиванія, для того чтобъ уменьшить сопротивленіе сгибающихъ мышцъ, которыя сильнѣе разгибающихъ. Вытягиваніе должно продолжаться долго и постоянно, потому что ни

какое отрывистое влеченіе не можетъ произвести вправливанія. Если кости нельзя вправить простымъ вытягиваніемъ, то лучше предоставить леченіе и улучшеніе болѣзни времени, чѣмъ раздѣлять мышцы и отваживаться на опасность разорвать нервы и кровеносные сосуды.

«Этотъ вывихъ происходитъ иногда отъ разрыва ружья въ рукѣ, и тогда бываетъ осложненнымъ; обыкновенно легко возвратить кость на свое мѣсто. Сблизивъ покровы и соединивъ ихъ швомъ, накладываются припарки, и если ушибъ былъ не очень значителенъ, то достигается полное излеченіе. Иногда однако жъ пястная кость такъ отдѣляется отъ трапеціальной и мышцы такъ много разрываются, что нужно бываетъ отнять большой палецъ. Въ подобномъ случаѣ, я думаю, слѣдуетъ отрѣзать и суставную поверхность трапеціальной кости.

«Подобнаго рода случай я видѣлъ у одного слуги. Послѣ ампутаціи большого пальца, суставная поверхность трапеціальной кости выставилась такъ значительно, что не могла быть закрыта кожей. Сдѣлана была резекція ея, и больной выздоровѣлъ» *).

ГЛАВА XXXI.

Вывихи пястно-пальцевыхъ сочлененій.

Эти вывихи, случающіеся чаще предыдущихъ, встрѣчаются обыкновенно отдѣльно; однако жъ Гойранъ видѣлъ одновременный вывихъ четырехъ рядовъ пальцевыхъ костей отъ четырехъ пястныхъ костей.

Сравнительно между собою, съ точки зрѣнія частоты, они представляютъ большія различія: рѣдки на послѣднихъ пальцахъ и напротивъ очень обыкновенны на большомъ пальцѣ; послѣдніе только и описаны у авторовъ.

§ 1. Вывихъ пястно-пальцевого сочлененія большого пальца.

Пястно-пальцевыя сочлененія, по расположенію суставныхъ поверхностей своихъ и связокъ, движутся не одинаково обширно по всѣмъ направленіямъ. Дѣйствительно, боковыя и разгибательныя движенія ихъ чрезвычайно ограничены, между-тѣмъ какъ, напротивъ, при сгибаніи большой палецъ можетъ образовать съ своею пястной костью прямой

*) A. Cooper, *Oeuvres chirurgicales*, trad. par Chassaignac et Richelot, 1837, p. 123.

уголъ безъ прекращенія отношеній суставныхъ поверхностей. Защищающія ихъ средства также не одинаково сильны по всей окружности сочлененія, котораго боковыя и переднія части покрыты сухими жилами и очень крѣпкими связками. Но назадъ нѣтъ связокъ, нѣтъ фиброзныхъ складокъ; встрѣчается только тонкая и податливая сухая жила, такъ что суставныя поверхности стремятся смѣститься всякій разъ, какъ разгибательныя движенія превышаютъ обыкновенную свою границу. Эти обстоятельства, благопріятствующія происхожденію вывиховъ кзади, уравниваются присутствіемъ сильныхъ и многочисленныхъ мышцъ, прикрѣпляющихся впереди къ костямъ перваго ряда пальцевъ и отчасти противодѣйствующихъ запрокидыванію ихъ. Что касается до боковыхъ вывиховъ, то мы не знаемъ ни одного примѣра ихъ; впрочемъ необширные движенія отведенія и приведенія и сила боковыхъ связокъ объясняютъ трудность происхожденія ихъ. Поэтому мы будемъ разсматривать только двѣ разности, вывихи тыльные или кзади, и ладонные или кпереди.

А. Вывихъ кзади.—По опытамъ надъ трупами, дѣланымъ Пеллу *), можно допустить, смотря по обширности смѣщенія, двѣ степени въ вывихѣ кзади: 1. неполный вывихъ, и 2. полный вывихъ.

Вывихъ кзади обыкновенно случается отъ паденія на переднюю поверхность большаго пальца; тогда происходитъ чрезмѣрный заворотъ этого пальца, въ-слѣдствіе котораго первая пястная кость, поддерживающая тяжесть тѣла, заходитъ впередъ перваго сустава пальца, удерживаемаго плоскостью паденія въ недвижномъ положеніи.

У нѣкоторыхъ особъ даже простое мышечное сокращеніе можетъ произвести этотъ родъ смѣщенія; Бойѣ говоритъ, что ему много разъ случалось наблюдать этотъ фактъ, но онъ не знаетъ, должно ли приписать его расслабленію связокъ, или особенному очертанію суставныхъ поверхностей.

Патологическая анатомія.—Хотя этотъ вывихъ часто остается невправимымъ, но авторы повидимому рѣдко имѣли случаи наблюдать при вскрытіяхъ поврежденія, сопровождающія этотъ родъ смѣщенія. Есть, въ самомъ дѣлѣ, только два примѣра ихъ; одинъ представленный Парижской Медицинской Академіи 12 апрѣля 1837, и другой, обнародованный въ томъ же году Адиромъ Лори **). По этимъ двумъ фактамъ мы и составимъ свое описаніе.

Разрывъ передней связки у ея прикрѣпленія къ пястной кости; напряженіе задней связки; разрывъ передней доли наружной боковой и непо-

*) Pailloux, *Bullet. de la Société anatomique*, 1826.

**) Adair Lawrie, *London med. gazette*, 1837. — *Gazette médicale de Paris*, 1838, p. 5.

врежденность внутренней боковой связокъ; существованіе многихъ новыхъ связочныхъ нитей между смѣщенными костями.

Разгибающія мышцы оттолкнуты кзади, сильно растянуты на оконечности первой кости пальца; мышца отводящая оттянута кзади и слегка напряжена; разрывъ большей части наружной доли сгибающей короткой мышцы, пропускающей головку пястной кости сквозь свои разслоенныя волокна; неповрежденность внутренней доли, помѣщающейся съ внутренней стороны той же кости, вмѣстѣ съ сухою жилою сгибающей длинной мышцы.

Наружный нервъ пальца отошелъ на наружную сторону пястной кости, между этою костью и первою костью пальца, къ той точкѣ, гдѣ обѣ кости заходятъ одна за другую.

Новое сочлененіе между обѣими костями.

Симптоматологія. — Этотъ вывихъ узнается по слѣдующимъ явленіямъ: на ладонной поверхности находится возвышеніе, соответствующее выстоянію головки первой пястной кости, находящемуся почти подъ кожей; другое возвышеніе, на тыльной поверхности большого пальца, образуется основаніемъ первой кости пальца. Первый суставъ пальца то бываетъ разогнутъ, такъ что образуетъ съ пястной костью тупой уголъ открытый кзади, то параллеленъ этой кости и лежитъ по длинѣ тыльной ея поверхности; отъ этого происходитъ тогда дѣйствительное и легко распознаваемое укороченіе.

Въ одномъ изъ примѣровъ, приведенныхъ въ лекціяхъ Дюпюитрена, между большимъ и указательнымъ пальцами находились двѣ складки кожи, описывавшія треугольное пространство, котораго основаніемъ служилъ большой палецъ, а верхушкою указательный; у того же большого на наружной поверхности выпуклости тенаръ находились продольныя борозды, параллельныя первой пястной кости.

Всего чаще невозможны ни сгибаніе, ни разгибаніе; однако жъ Пеллу приводитъ одинъ случай, въ которомъ большой палецъ могъ свободно двигаться по всѣмъ направленіямъ *).

Вторая кость пальца обыкновенно бываетъ въ сгибаніи.

Больные жалуются иногда на растягиванья въ большомъ пальцѣ и боли, усиливающіяся отъ вытягиваній, дѣлаемыхъ для исправленія безобразія. Случается также опуханіе и болѣе или менѣе обширный подтекъ. Самыми частыми припадками этихъ вывиховъ бываютъ: 1. рана, сообщаемая съ сочлененіемъ; 2. воспаленіе руки, кисти и предплечія, какъ находимъ примѣръ этого въ лекціяхъ Дюпюитрена. Больной поступилъ въ госпиталь Hôtel-Dieu на осьмой день послѣ паденія; появи-

*) Pailloux, *Thèse de Paris*, 1829, n° 113.

лись воспаление и гангрена большого пальца, а въ-послѣдствіи и смерть отъ истощенія. Вправливаніе однако жъ произведено было еще въ первый день городскимъ хирургомъ; правда, что оно произведено было не безъ нѣкоторой трудности *).

Предсказаніе. — Вывихъ большого пальца всегда должно считать важнымъ поврежденіемъ, какъ потому, что онъ скоро становится непрямымъ, такъ и потому еще, что отъ него часто возникаютъ очень важные припадки.

Леченіе. — По словамъ хирурговъ, писавшихъ до XVIII вѣка, нѣтъ ничего легче вправливанія вывиховъ большого пальца взади, между-тѣмъ какъ позднѣйшіе писатели считаютъ ихъ часто вовсе непрямыми. Мы думаемъ, что оба эти мнѣнія преувеличены. Посмотримъ сперва, какія причины могутъ препятствовать вправливанію, потомъ изложимъ многочисленные средства, предложенныя для достиженія его, и тогда увидимъ, что вправливаніе, часто трудное, достигается однако жъ въ большей части случаевъ, если производится хорошо соображенными способами.

Мы не говоримъ здѣсь о препятствіяхъ, встрѣчающихся во всѣхъ вывихахъ, какъ напримѣръ о мышечномъ сокращеніи и сжатіи, давности болѣзни и т. п., препятствіяхъ, о которыхъ довольно уже говорено нами при общемъ описаніи вывиховъ. Мы изслѣдуемъ только тѣ причины, которыя зависятъ отъ расположенія пястно-пальцевого сочлененія большого пальца.

Этими причинами служатъ:

1. *Мышечное сокращеніе и невозможность взяться (по малости мѣста) за большой палецъ для вытягиванія.* Эта причина приведена Бойе, но мы не долго остановимся на ней, потому что въ общемъ описаніи вывиховъ говорили уже, что должно противопоставлять сопротивленію мышцъ. Что касается до другой причины, то, дѣйствительно, большой палецъ представляетъ мало мѣста для наложенія вытягивающей петли; но этому обстоятельству можно помочь, слѣдуя способу А. Купера. Погрузивъ предварительно руку въ теплую воду для расслабленія частей, этотъ хирургъ накладываетъ возможно-аккуратнѣе вокругъ первой кости пальца узенькій ремень изъ тонкой и намоченной кожи и поверхъ его нитяную ленточку, которую и завязываетъ *матросскимъ узломъ*. Тогда одинъ или нѣсколько помощниковъ, или даже полиспасть, могутъ производить вытягиваніе съ силою соразмѣрною сопротивленію.

2. *Сопротивленіе боковыхъ связокъ.* — По Дюпюитрену, главное препятствіе вправливанію состоитъ въ измѣненіи направленія боковыхъ связокъ, которыя, бывъ параллельными вывихнутымъ костямъ, сдѣ-

*) Dupuytren, *Leçons orales*, tome II, p. 39.

лались перпендикулярными къ нимъ, и въ сжатіи костяныхъ концовъ, (сжатіи, еще увеличивающемся отъ усилій вытягиванія, по причинѣ происходящей оттуда косвенности).

Къ несчастію, опыты Шау, Пеллѹ, Мальгеня и пр. опровергаютъ эту теорію, потому что эти авторы постоянно видѣли разрывъ или отрывъ по крайней мѣрѣ одной изъ боковыхъ связокъ. Притомъ внутренняя связка слишкомъ слаба, чтобъ представить большое сопротивленіе усиліямъ вытягиванія, и если бъ напряженіе боковыхъ связокъ служило причиною невраимости, то она также встрѣчалась бы и на трупѣ, какъ на живомъ; а этого не бываетъ.

Еще несправедливѣе мнѣніе Ги, который предполагалъ, что боковыя связки проходятъ чрезъ бугры пястной кости, и такимъ образомъ ущемляютъ головку ея: ошибка здѣсь слишкомъ очевидна, чтобы нужно было опровергать ее.

3. *Помѣщеніе передней связки между обѣими вывихнутыми костями.* — Пеллѹ, имѣвъ случай наблюдать, въ госпиталѣ св. Людовика, одинъ примѣръ невраимаго вывиха большого пальца, дѣлалъ на трупѣ опыты, въ которыхъ видѣлъ разрывъ передней связки у ея прикрѣпленія къ первой пястной кости и помѣщеніе ея между обѣими суставными поверхностями. Онъ почелъ это причиною невраимости, причиною тѣмъ болѣе сильною, что это—фибро-хрящевое тѣло и часто содержитъ одну или нѣсколько сесамовидныхъ косточекъ, образующихъ родъ промежуточной подушечки *).

Хотя нѣкоторые авторы нашего времени считаютъ почти вовсе ничего незначащимъ вліяніе передней связки, нельзя однако жъ не допустить, что, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, она составляетъ дѣйствительное препятствіе вправленію. Въ подтвержденіе опытовъ Пеллѹ, Бланденъ рассказываетъ, что онъ видѣлъ, какъ Дюпюитренъ, послѣ многихъ бесполезныхъ попытокъ, не могъ вправить этого рода вывиха, и сдѣланный разрѣзъ показалъ причину этой невраимости, т. е. скользяніе и помѣщеніе промежъ суставныхъ поверхностей части сухой жилы малой сгибающей мышцы **). Мы думаемъ, съ Мальгеномъ, что этотъ фактъ не доставляетъ очень убѣдительнаго доказательства.

4. *Ущемленіе головки пястной кости между пучками короткой сгибающей мышцы.* — Мы видѣли уже, говоря о патологической анатоміи, что пястная кость раздѣляетъ короткую сгибающую мышцу на двѣ доли, которыя образуютъ тогда родъ щели, составленной снаружи короткою отводящею и долею сгибающей короткой мышцы, а снутри

*) Pailloux, *Bulletins de la Société anatomique*, 1826, p. 147.

**) Blandin, *ibidem*, 2-е édition, p. 142. — Pailloux, *Thèse citée*.

другую долею этой послѣдней, мышцею отводящею и наконецъ сухою жилою мышцы сгибающей длинной. Этому раздѣленію способствуетъ угловатое vystoяніе передняго и наружнаго угла головки пястной кости, отдавливающей мышечныя волокна къ узкой части кости, т. е. къ хирургической шейкѣ ея (Мальгень). Такое расположеніе, указанное Пеллѹ, заслужило вниманіе хирурговъ тогда только, когда Видадь началъ увѣрять, что этой одной причинѣ должна быть приписана невра-вимость вывиха, причинѣ еще усиливающейся отъ самыхъ вытягиваній за первую кость пальца, потому что при этихъ попыткахъ отдаляются одинъ отъ другаго оба конца этой сократительной щели *).

Способовъ, предложенныхъ для достиженія вправленія, очень много; мы только вкратцѣ рассмотримъ ихъ.

Самый простой изъ нихъ, безъ сомнѣнія, вытягиваніе. Одинъ помощникъ охватываетъ предплечіе надъ рукою и крѣпко удерживаетъ его, между тѣмъ какъ хирургъ захватываетъ большой палецъ полною рукою, тянетъ за него въ направленіи разгибанія, послѣ чего поворачиваетъ его въ сгибаніе тотчасъ же, какъ суставныя поверхности дойдутъ до одного уровня. Въ одномъ случаѣ, гдѣ употребленъ былъ этотъ способъ Жоржемъ Беллинггелемъ, концы костей казались высвобожденными, но не могли возвратиться въ свое натуральное положеніе, хирургъ, пользуясь ослабленіемъ больного, прибѣгнулъ къ слѣдующему средству, увѣнчавшемуся полнымъ успѣхомъ: поручивъ вытягиваніе помощнику, онъ придавилъ большими пальцами обѣихъ рукъ vystoяніе, образуемое сзади первую костью пальца **).

Когда вывихъ вправленъ, сочлененіе окружается лонгетами, напитанными разрѣшающею жидкостью, на которые накладывается бинтъ въ видѣ спики, и рука поддерживается въ шарфѣ; если бъ появилась боль и опуханіе, то назначается обыкновенное антифлогистическое леченіе.

Помощью такихъ простыхъ средствъ удавалось вправлять этотъ вывихъ во многихъ случаяхъ; но, къ несчастію, не всегда такъ бываетъ. И нѣкоторые хирурги, пораженные встрѣчавшимися имъ трудностями, предложили множество другихъ способовъ, которые можно раздѣлить на три главныхъ метода.

Первая метода, вытягиваніе (разгибаніе) кзади. Въ слѣдствіе своей теоріи, Пеллѹ сообщаетъ смѣщенной первой кости пальца рычагообразное движеніе или усиленное разгибаніе, дѣйствуя ею какъ рычагомъ перваго рода, и въ то же время понижаетъ вывихнутый конецъ ея. Онъ говоритъ, что этотъ способъ удался ему два раза.

*) Vidal (de Cassis), *Lancette française*, 1828, tome II, p. 750.

**) Georges Ballingall, *Edinburgh surg. journal*, 1813.

Видалъ вправилъ одинъ изъ этихъ вывиховъ, давнѣй и считавшійся несправимымъ, проведя большой палецъ въ кольцо ключа, котораго столбикъ наклонялся на ладонную поверхность большого пальца. Онъ дѣйствовалъ сначала по направленію разгибанія, чтобъ увеличить смѣщеніе, а потомъ вдругъ опустилъ книзу верхній конецъ первой кости пальца, которая и вступила въ свое мѣсто.

Вотъ еще способъ, удававшійся много разъ у нѣкоторыхъ итальянскихъ хирурговъ, и дѣйствующій почти такъ же, какъ предыдущіе: берутъ нитяную тесемку, складываютъ ее вдвое, такъ чтобъ образовать подвижной узелъ на срединѣ длины ея (киповязный узелъ); вывихнутый палецъ вкладываютъ въ подвижной узелъ, такъ чтобъ петля заходила далѣе вывихнутой кости пальца; затѣмъ хирургъ окружаетъ правую кисть свою, обернутую платкомъ или компрессомъ, обоими концами подвижнаго узла, и сильно тянетъ. Узелъ, помѣщенный за возвышеніемъ, образуемымъ вывихнутою первою костью пальца, по мѣрѣ какъ тянутъ его, сильно упирается въ это возвышеніе. Такимъ-образомъ узелъ дѣйствуетъ на вывихнутую первую кость пальца сзади кпереди и стремится отдалить ее къ натуральному ея мѣсту, по мѣрѣ какъ узелъ болѣе и болѣе затягивается вытягиваніемъ и противувытягиваніемъ. Слѣдовательно вправляніе производится простымъ влеченіемъ *).

Вторая метода, сгибаніе. — Способъ совершенно отличный отъ предыдущихъ, приписываемый Шау Ч. Беллю, состоитъ въ сильномъ сгибаніи первой кости пальца кпереди, охвативъ ее полною рукою и упирая большимъ пальцомъ въ суставную поверхность ея, для отдаленія ея на мѣсто **).

Третья метода, прямой толчокъ или скольженіе. — Эта метода принадлежитъ Жерди. При вывихѣ первой кости пальца на тыльную поверхность первой пястной кости, я охватываю, говоритъ этотъ хирургъ, руку четырьмя послѣдними пальцами рукъ, перекрещивающими одни другіе, и въ особенности обоими указательными пальцами, перекрещенными между собою на головкѣ пястной кости, выдающейся въ слѣдствіе вывиха; потомъ, прикладывая большіе пальцы позади вывихнутой первой кости пальца, запрокинутой кзади почти подъ прямымъ угломъ и лежащей суставною своею поверхностью на пястной кости, я потихоньку и мало по малу отдаливаю ее на самый хрящъ суставной головки, съ которою она прежде соединена была. Когда она дошла до него, то рычагообразное движеніе, сообщенное первой кости пальца, доканчивается вправляніемъ. Иногда я поступаю другимъ образомъ, но всегда

*) Gazette des hôpitaux, 1833.

**) Malgaigne, Anatomie chirurgicale, tome II, p. 312.

дѣйствую тѣмъ же механизмомъ. Я охватываю выпихнутую первую кость пальца большимъ пальцомъ одной руки, или обоими большими пальцами, соединенными позади этой кости; потомъ, прикладывая лучевую сторону указательнаго пальца на головку пястной кости, слегка тяну смѣщенную первую кость пальца, заставляя ее скользить по пястной кости, и когда она доходить до кривизны суставной головки, то рычагообразное движеніе вправляетъ вывихъ такъ же легко, какъ и въ первомъ способѣ *).

Эта метода три раза успѣшна была въ рукахъ автора своего, который не имѣлъ больше случаевъ приложить ее къ практикѣ. Такая легкость вправливанія, по его мнѣнію, зависитъ отъ того, что гораздо легче заставить скользить одинъ кусокъ дерева параллельно около другаго, связавъ ихъ шнурами, чѣмъ развести ихъ перпендикулярнымъ или косвеннымъ влеченіемъ обоихъ кусковъ. Мальгень, съ своей стороны, видѣлъ неудачное повтореніе многихъ попытокъ этого способа на вывихѣ большаго пальца, вправленномъ, въ тотъ же прістѣтъ, другимъ способомъ **). Притомъ въ случаяхъ, гдѣ Жерди употреблялъ свою методу, выпихнутая первая кость пальца лежала суставной своей поверхностью на тылѣ пястной кости; слѣдовательно позволено спросить, такъ ли была бы она успѣшна въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ обѣ кости были бы параллельны одна другой.

Все изложенное нами достаточно доказываетъ, что не всегда возможно вправить вывихи большаго пальца. Но въ какое время не позволяется уже дѣлать попытокъ вправливанія? Когда вывихъ имѣетъ давность нѣсколькихъ мѣсяцовъ. Не должно впрочемъ думать, чтобъ его всегда можно было достигнуть, когда вывихъ не достигъ еще этого предѣла. Мы видѣли, что Дюпюитрену встрѣтился случай, гдѣ вывихъ былъ уже не вправимъ на двадцать четвертый день; Дезо видѣлъ не вправимость на двѣнадцатый или пятнадцатый день; Бойе на десятый день; наконецъ Пеллу приводитъ одинъ случай, гдѣ вывиха нельзя было вправить двадцать четыре часа спустя послѣ происшествія. Правда, что Дюпюитренъ легко могъ вправить, въ другомъ случаѣ, на тридцатый день. Видалю удалось вправливаніе даже въ такомъ случаѣ, гдѣ успѣхъ казался невозможнымъ; жаль только, что онъ не обозначилъ давности болѣзни.

Что дѣлать наконецъ тогда, когда, не смотря на хорошо соображенныя усилія, нельзя было достигнуть вправливанія? Мальгень совѣтуетъ прибѣгнуть къ раздѣленію наружной губы щели; это средство, повидимому самое рациональное, когда не вправимость зависитъ отъ присутствія

*) Gerdy, *L'Expérience*, 1843.

**) Malgaigne, *Journal de chirurgie*, février 1843, p. 87.

этой послѣдней, не имѣю однако жъ успѣха, по Видалю, въ 1845, въ госпиталѣ св. Антонія, гдѣ принуждены были сдѣлать резекцію головки пястной кости, операцію, которая тогда только, по нашему мнѣнію, можетъ имѣть мѣсто, когда конецъ пястной кости выставляется сквозь рану.

В. *Вывихъ кпереди*. — Допущенные большею частью хирурговъ, эти вывихи такъ рѣдки, что въ наукѣ есть только три примѣра ихъ, изъ которыхъ одинъ принадлежитъ Дюпюитрену, и два Вельпо.

Первый былъ у 58-лѣтней женщины, которая за десять лѣтъ назадъ упала на большой палецъ. Произошло смѣщеніе, въ слѣдствіе котораго первая кость пальца прошла впередъ пястной кости; она была сильно выпрямлена къ тыльной поверхности руки и не могла сгибаться; вторая кость находилась въ обратномъ направленіи, т. е. согнута къ первой. Такъ какъ этотъ вывихъ имѣлъ десятилѣтнюю давность, то Дюпюитренъ и не пробовалъ вправлять его *).

Въ одномъ изъ двухъ другихъ случаевъ, вывихъ произошелъ за три дня, и, хотя не было воспаленія, Вельпо не могъ вправить его; на другой день Бужонъ также напрасно пробовалъ вправить, а четыре дня спустя также были неудачны и попытки Ру **).

Къ приведеннымъ тремъ случаямъ мы прибавимъ еще одинъ случай вывиха кпереди и кнаружи, видѣнный нами на консультаціи въ госпиталѣ св. Антонія. Намъ представленъ былъ мужчина 78-ми лѣтъ, не могшій ничего рассказать объ обстоятельствахъ происшествія. Онъ рассказывалъ только, что наканунѣ вечеромъ онъ упалъ и тотчасъ почувствовалъ боль на уровнѣ пястно-пальцевого сочлененія и трудность движеній большого пальца.

Это сочлененіе было обезображено сзади выстояніемъ нижняго конца первой пястной кости, которая отдѣлена была отъ первой кости пальца, находившейся впереди и снаружи перваго выстоянія. Въ то же время большой палецъ былъ видимо укороченъ, уклоненъ кнаружи, согнутъ кпереди и слегка завороченъ внутрь.

Укороченіе, сравнительно съ здоровою стороною почти на полцентиметра, происходило отъ захожденія первой кости пальца за пястную кость. Уклоненіе большого пальца кнаружи было таково, что ось этого пальца дѣлала съ первою пястною костью тупой уголъ, открытый кнаружи въ 130°. Первая кость пальца лежала совершенно на наружной сторонѣ нижняго конца первой пястной кости.

*) Dupuytren, *Leçons orales*, tome II, p. 31.

**) Velpeau, *Anatomie chirurgicale*, tome II, p. 493.

Сгибаніе большого пальца почти равнялось углу въ 45° . Вторая кость пальца была въ разгибаніи. Круговой заворотъ внутрь не очень значителенъ. Мякоть большого пальца была обращена прямо къ ладони руки.

Произвольныя движенія были не возможны; но при помощи выпрямленія кзади можно было привести первую кость пальца почти къ одному направленію съ пястною костью, а чрезъ боковое наклоненіе довести кнаружи до прямого угла, и внутрь до встрѣчи съ указательнымъ пальцемъ.

Опуханіе вокругъ сустава незначительно, что и позволяло очень легко видѣть суставныя выстоянія въ претерпѣнномъ ими смѣщеніи. Кожа сильно натянута; при корнѣ большого пальца и возвышенія тенаръ находились двѣ складки или бороздки въ кожѣ, очень явственныя. Ни какого слѣда ушиба руки.

Вправливаніе произвели легко, вытягивая за большой палецъ четырьмя послѣдними пальцами правой руки и опираясь большимъ пальцемъ той же руки на головку пястной кости. На другой день этотъ мужчина явился на консультацію, и хотя онъ въ этотъ промежутокъ времени упалъ на руки, но не произошло ни какого непріятнаго припадка со стороны сочлененія большого пальца, въ которомъ легко происходили всѣ движенія *).

§ 2. Вывихи пястно-пальцевыхъ сочлененій указательнаго и средняго пальцевъ.

Вывихи другихъ пальцевъ очень рѣдки; мы приведемъ одинъ только случай вывиха указательнаго пальца кзади, видѣнный Маршалемъ Стразбургскимъ у одной 19-лѣтней дѣвушки, и Мальгеномъ **). Послѣ тщетныхъ попытокъ вправливанія Маршалъ, по совѣту данному Мальгеномъ, предложилъ разрѣзъ мышечной щели; но больная отказалась отъ всякой операціи, рѣшившись лучше остаться съ своимъ изкалѣченіемъ.

Въ журналѣ Дезо есть еще одно наблюденіе надъ вывихомъ кзади указательнаго и средняго пальцевъ, осложненнымъ раной ***).

*) Это наблюденіе описано было Давассомъ.

**) Biechy, *Journal l'Expérience*, 1843; et Malgaigne, *Journal de chirurgie*, 1843, p. 83.

***) *Journal de Desault*, tome III, p. 79.

ГЛАВА XXXII.

Вывихи костей пальцевъ.

Въ послѣднее время Мальгень обнародовалъ трактатъ объ этомъ предметѣ, въ которомъ справедливо обсуживаетъ всѣ труды и наблюденія обнародованные до нашего времени *). Этотъ-то трактатъ, составленный со всѣмъ искусствомъ, свойственнымъ этому ученому критику, возьмемъ мы въ основаніе своего описанія. Но, приступая къ исторіи вывиховъ отъ наружныхъ причинъ, скажемъ, что нѣкоторыя особы могутъ, приводя пальцы свои въ усиленное разгибаніе, производить неполный вывихъ нижнихъ рядовъ пальцевъ отъ верхнихъ, и, противоположными усилиями, возвращать пальцы въ нормальное ихъ положеніе. Когда подобныя смѣщенія затрудняютъ отправленія пальцевъ, то Дюпюитренъ совѣтовалъ наперстки цилиндрической формы, сдѣланные изъ вываренной кожи, открытые и застегивающіеся съ одной стороны, и охватывающіе палецъ на высотѣ большого сочлененія, переходя за него на полдюйма и вверхъ и внизъ.

Иногда онъ прибавлялъ маленькія китоусовыя шины, помѣщая ихъ на ладонной и тыльной поверхностяхъ пальца и вкладывая концы ихъ въ закраины или загнутыя складки на наружной поверхности предыдущаго аппарата. Употребленія этихъ средствъ, продолженнаго большее или меньшее время, всегда бывало достаточно для остановленія хода болѣзни, и иногда даже и для совершеннаго ея излеченія **).

Травматическіе вывихи. — Вывихи костей пальцевъ между собою довольно рѣдки, и если бъ можно было судить, по небольшому числу фактовъ, обнародованныхъ авторами, объ ихъ относительной частотѣ, то мы сказали бы, что обыкновеннѣе другихъ встрѣчаются вывихи костей большаго пальца. Они могутъ быть кзади или кпереди, полными или неполными.

А) *Вывихъ кпереди.* — Бойе считалъ эти вывихи невозможными, «по причинѣ направленія мышечекъ нижняго конца первыхъ костей пальцевъ, которые (мышечки) такъ удлиннены кпереди, что вторая кость никогда не подается при сгибаніи такъ далеко, чтобъ выйти изъ соотношенія съ первою костью пальца.»

Единственный примѣръ этого приведенъ въ рисункахъ, приложенныхъ къ сочиненію А. Купера. Вторая кость пальца, какъ приводитъ

*) Malgaigne, *Journal de chirurgie*, avril 1843.

**) Dupuytren, *Leçons orales*, tome II, p. 43.

этотъ хирургъ, была оттолкнута кпереди, къ сторонѣ сухожильныхъ влагалищъ, а первая кзади. Не извѣстно, были ли разорваны связки, потому что вывихъ былъ давній, и разорванная связка могла сростись. Разгибающая сухая жила была сильно натянута надъ концомъ первой кости пальца.

Дюпюитренъ обнаруживалъ еще два наблюденія надъ вывихомъ второй кости большого пальца кпереди, но, по замѣчанію Мальгена, эти наблюденія не имѣютъ подробностей, по которымъ бы можно было принять ихъ за доказанные факты.

В) *Вывихъ кзади*—бываетъ или полный или неполный, т. е. или смѣщенная кость вполне отходитъ отъ выше лежащей кости и выдается кзади всею толщею своего основанія, или она остается полуопертою на суставные мыщелки и выставляется кзади только половиною толщи своей.

1) *Неполный вывихъ* въ первый разъ указанъ былъ Мальгеномъ, видѣвшимъ три примѣра его, изъ которыхъ два находились на большомъ пальцѣ у взрослыхъ, а третій на третьей кости средняго пальца у 12-лѣтняго мальчика. Въ послѣднемъ случаѣ невозможно было объяснить себѣ происхожденія смѣщенія, потому что больной не могъ сообщить ни какихъ опредѣленныхъ подробностей; но у обоихъ взрослыхъ механизмъ его былъ довольно понятенъ: третья кость, вмѣсто того чтобъ запрокинуться кзади, при паденіи, была прямо и вся оттолкнута, или оставалась на одномъ мѣстѣ и неподвижною, между-тѣмъ какъ выше лежащая кость толкнута была кпереди. Безъ сомнѣнія, не по этому одному механизму могутъ происходить неполные вывихи, но мы хотимъ подражать осторожности Мальгена, ограничиваясь указаніемъ явленій, видѣнныхъ у больныхъ.

Неполный вывихъ сопровождался сильною болью, продолжавшеюся съ момента паденія; въ то же время, большой палецъ былъ разогнутъ, третья кость недвижна у двухъ больныхъ, а третій неопредѣленно говорилъ, будто третья кость средняго пальца была сначала запрокинута кзади, но что попытки вправливанія почти привели ее къ направленію другихъ костей, не возвративъ однако жъ на свое мѣсто и не возстановивъ отпавленій ея, потому что сгибаніе было невозможно, хотя боковыя ея движенія и не совсѣмъ были воспрепятствованы.

Вывихъ прямо кзади былъ только у одного изъ взрослыхъ; у другаго взрослого и у мальчика было такъ-сказать смѣшанное смѣщеніе: смѣщенная кость подавалась вмѣстѣ и кзади и кнаружи.

Смѣщеніе кзади, не превышавшее въ этихъ наблюденіяхъ 4 — 5 миллиметровъ, съ перваго взгляда не всегда легко опредѣлить; иногда, для распознаванія его, нужно очень старательно изслѣдовать палецъ.

Въ одномъ изъ приведенныхъ случаевъ была почти поперечная рана, на высотѣ суставной складки.

Леченіе. — Въ первомъ случаѣ, для вправленія вывиха, Мальгень ограничился тѣмъ, что приложилъ указательный палецъ свой на ладонную поверхность вывихнутой кости пальца, а большой свой палецъ на тыльную ея поверхность, и придавилъ послѣднимъ кость съ цѣлью согнуть ее; послышался небольшой трескъ, выстояніе исчезло и движенія сдѣлались свободными.

У другаго больного онъ прибѣгнулъ къ прямому импульсу, какъ мы описали его при пястно-пальцовыхъ вывихахъ: происшедшее вправленіе также сопровождалось маленькимъ трескомъ; онъ удержалъ кость пальца нѣсколько согнутою, помощію компресса изъ липкаго пластыря. Рана зажила скоро.

Наконецъ у третьяго, возрастъ мальчика не позволялъ имѣть за что хорошенъко взяться для вытягиванія, и притомъ импульсъ и сгибаніе не имѣли успѣха, почему Мальгень и обратился къ подкожному съченію фиброзной перемычки, представлявшей или замѣнявшей наружную боковую связку. Эта маленькая операція очень искусно сдѣлана была Герсаномъ; послѣ чего онъ снова попробовалъ импульсъ и сгибаніе, но опять не достигъ полнаго вправленія. Чтобъ имѣть за что взяться и дѣйствовать съ большою силою, Мальгень наложилъ на ладонную поверхность шину, протянутую отъ кисти до послѣдней кости пальца, чтобъ она служила точкою опоры; и другую шину, покрывавшую тыльную поверхность руки и простиравшуюся и на третью кость пальца: онъ изо всѣхъ силъ сдавилъ обѣ эти шины въ обратномъ направленіи, чтобы въ одно время отдалить вторую кость пальца кзади, а третью кпереди, и когда считалъ уже вывихъ вправленнымъ, все продолжалъ отдавливать третью кость въ направленіе сгибанія. Эти усилія уничтожили смѣщеніе кзади, но осталось все прежнее боковое смѣщеніе; для удержанія вправливанія, онъ обвилъ палецъ ленточкою липкаго пластыря, охватывавшаго однимъ ходомъ и первую и послѣднюю кости пальца.

Къ несчастію давленіе этой ленточки показалось молодому больному слишкомъ болѣзненнымъ: онъ въ тотъ же день снялъ аппаратъ, и на другой день вывихъ повторился такъ же, какъ былъ до операціи: послѣ этого всякая новая попытка вправливанія казалась бесполезною.

2) *Полный вывихъ.* — Самою обыкновенною причиною этихъ вывиховъ служить паденіе на вытянутую третью кость пальца, стремящееся увеличить разгибаніе. Но читанныя нами наблюденія не представляютъ ни одного примѣра, въ которомъ бы причина дѣйствовала по такому механизму, какой описанъ нами при неполныхъ вывихахъ.

Вывихнутая кзади кость пальца всегда бываетъ въ усиленномъ разгибании, между-тѣмъ какъ въ единственномъ наблюдении А. Купера, считающемся типомъ вывиха кпереди, она находится въ полусгибании.

Въ случаѣ, приведенномъ Пеллѹ, послѣдняя кость пальца безъ большой боли двигалась по всѣмъ направленіямъ.

Иногда разгибающая сухая жила выдается сзади подъ кожей; но обыкновеннѣе она прилежитъ къ кости и не можетъ быть замѣчена. Выстояние вышележащей кости пальца кпереди можетъ быть замѣчено съ перваго взгляда, какъ въ неполномъ вывихѣ, и это зависитъ какъ отъ толщи, такъ и отъ напряженія покрововъ.

Очень важнымъ осложненіемъ этихъ вывиховъ служитъ разрывъ покрововъ. Онъ всегда бываетъ напередѣ, всегда на высотѣ ладонной складки, обыкновенно поперечный, иногда косвенный, иногда даже въ видѣ Т, болѣе или менѣе обширный, смотря по обширности смѣщенія.

Очень часто, не смотря на расхожденіе краевъ разрыва, кости не выставляются наружу; но если когда-нибудь выставляется одна изъ костей, то это единственно выше лежащая кость пальца.

Другимъ осложненіемъ бываетъ разрывъ сухой жилы длинной сгибающей мышцы, разрывъ, который А. Куперъ считалъ даже всегдашнимъ повидимому спутникомъ осложненнаго вывиха. Въ другихъ случаяхъ эта сухая жила отрывается у прикрѣпленія своего ко второй кости пальца: таковъ былъ случай больного, представленнаго Ложѣ Медицинской Академіи (18 августа 1840). Можетъ наконецъ случиться, что она и не разрывается, и это, по Мальгеню, всего обыкновеннѣе.

Когда разрываются покровы, то разрываются передніе и задніе фиброзные пучки. Что касается до боковыхъ связокъ, то Мальгенъ, въ трупическихъ изслѣдованіяхъ своихъ, находилъ ихъ нетронутыми; можно однако жъ подозрѣвать, что которая-нибудь повреждается, когда вывихъ бываетъ въ одно время кзади и въ бокъ. Въ одномъ изъ случаевъ, видѣнныхъ Стэнли, головка первой кости такъ значительно выходила сквозь рану, что онъ считалъ разрывъ боковыхъ связокъ почти очевиднымъ.

Предсказаніе. — Вывихъ кости пальца, безъ осложненія раною, есть маловажное обстоятельство. Вправленіе его легко, по крайней мѣрѣ въ первое время, и трудности, приводимыя авторами, происходили безъ сомнѣнія отъ недостаточности способовъ, употреблявшихся для вправленія. Всѣ важныя припадки принадлежать осложненному вывиху; сюда относятся два главные: столбнякъ и острое воспаленіе, съ слѣдующими за нимъ нагноеніемъ и гангреною.

Леченіе. — Вправленіе пробовано было тремя главными методами: *вытягиваніемъ, импульсомъ и сгибаніемъ*. Иногда эти методы

бывали соединяемы между собою: такъ, Бойе совѣтуетъ къ вытягиванію прибавлять сгибаніе, и даже, если этого мало, вытягиваніе соединять съ импульсомъ и сгибаніемъ вмѣстѣ. Какія же изъ этихъ методовъ какимъ соотвѣтствуютъ показанія, и въ чемъ состоятъ дѣйствительныя препятствія въправливанію?

Не смотря на все то, что говорили о трудности въправливанія, мы думаемъ, что вывихъ не давнѣ двадцати четырехъ часовъ, исключая очень рѣдкіе случаи сильнаго мышечнаго спазма, представить мало препятствій, какая бы ни была употреблена метода. Позднѣ, воспаленіе сосѣднихъ частей конечно много увеличить трудность въправливанія.

Есть и другая причина невраваемости, стоящая быть упомянутою здѣсь: она указана была докторомъ Стэнли. По его мнѣнію, трудности зависятъ отъ положенія сухой жилы длинной сгибающей мышцы большаго пальца, которая, соскальзывая кзади на стороны первой кости, помѣщается между обѣими костями. Въ этомъ положеніи она соединяетъ свое дѣйствіе съ дѣйствіемъ разгибающей мышцы, натягивая и держа неподвижно вторую кость на тыльной поверхности первой кости. Опыты надъ трупами показали ему, что тогда бесполезно употреблять большія усилія для достиженія въправливанія, и что довольно держать вывихнутую кость въ разгибаніи и сообщать ей легкія боковыя движенія, чтобъ помочь возврату сухой жилы на свое мѣсто, и въправленіе произойдетъ тогда безъ большой трудности.

Въ полномъ вывихѣ, одинъ передній суставный край второй кости помѣщается позади мышечковъ первой кости, на которые упирается костяное vystoяніе, служащее мѣстомъ прикрѣпленія сгибающей сухой жилы; въ этой разности, которую легко произвести на трупѣ, боковыя связки бывають не тронуты, но натянуты между обѣими костями; сгибаніе было бы здѣсь совершенно нераціонально, потому что здѣсь есть легкое захожденіе; вытягиваніе производитъ напряженіе покрововъ и связокъ, тѣснѣе сближающее обѣ кости между собою, и такимъ-образомъ порождаетъ новое препятствіе, препятствіе отъ тренія ихъ. Когда захожденіе еще больше, то выше лежащая кость выходитъ сквозь рану, покровы разрываются, но выпуклость прикрѣпленія длинной сгибающей сухой жилы, поднимаясь выше мышечковъ и упираясь въ нихъ при попыткахъ въправливанія, противопоставляетъ по меньшей мѣрѣ такое же сильное препятствіе. Напротивъ, импульсъ удается прекрасно, потому что онъ не натягиваетъ покрововъ, какъ вытягиваніе. Мальгенъ приводитъ четыре факта удачнаго его употребленія въ подобныхъ случаяхъ.

При невозможности достигнуть въправливанія этими средствами, необходимо прибѣгнуть къ резекціи выше лежащей кости пальца, vystoящей сквозь рану. Въ одномъ случаѣ этого рода, Тьерри получилъ ложное

сочлененіе. А. Куперъ совѣтуетъ прибѣгать къ этому средству съ самаго начала, чтобы избѣгнуть развитія припадковъ.

Если бѣ удалось вправить этотъ вывихъ осложненный раной, то какъ перевязать рану? Дюпюитренъ держалъ большой палецъ въ приведеніи, согнувъ вторую кость его къ первой; бинтованье, необходимое для этого точнаго сдерживанья, очень болѣзненно и трудно переносится больными. Ложье оставлялъ палецъ въ разгибаніи. Двѣ картонныя шины, шире пальца, накладывались, одна на тыльную, другая на ладонную поверхности его; можно наложить и декстринную повязку, которая бы давила только на шины, оставляя свободными оба бока пальца, гдѣ проходятъ сосуды. Рана закрывается. Анкилозъ сочлененій пальцевъ не ведетъ за собою большихъ тягостей.

Въ *Gazette des hôpitaux*, 7 ноября 1846, находится одно наблюденіе надъ внутреннимъ боковымъ вывихомъ послѣдней кости четвертаго пальца. Мы приведемъ его здѣсь.

Мишель-Антонъ, поденьщикъ, 44 лѣтъ, соскакнувъ съ 5-футовой высоты на мокрую землю, поскользнулся, потерялъ равновѣсіе, и, въ паденіи своемъ, выставилъ правую руку впередъ, оперся на нее почти всею тяжестью тѣла и повредилъ четвертый палецъ ея. Черезъ часъ послѣ происшествія онъ пришелъ въ госпиталь св. Лудовика (25 іюня 1845). Четвертый палецъ представлялъ слѣдующія поврежденія:

На наружномъ или лучевомъ краѣ этого пальца, противъ сочлененія нижней кости, находилась малая поперечная рана, длиною не болѣе 15 миллиметровъ; она доставляла выходъ суставному концу второй кости пальца, который оставался такимъ образомъ не только на-вскрышѣ, но и былъ совсѣмъ сухъ; онъ казался сильно сжатымъ и какъ бы ущемленнымъ губами раны. Не было ни малѣйшаго слѣда наружной боковой связки, которой волокна были ясно разорваны.

Послѣдняя кость пальца была сильно наклонена внутрь, къ меньшему пальцу; суставная поверхность ея лежала на внутреннемъ краѣ второй кости пальца, такъ что направленіе ея было почти перпендикулярно къ направленію своего пальца.

Не смотря на полное смѣщеніе кости, и на малость мѣста, за которое можно было взяться на вывихнутой части, легко произведено вправляніе слѣдующимъ способомъ:

Произведя вытягиваніе за послѣднюю кость пальца, ее возвратили къ нормальному направленію, стараясь давить на оконечность второй кости; суставныя поверхности приведены были въ полное соприкосновеніе, равно какъ и губы маленькой раны.

ГЛАВА XXXIII.

Вывихи тазобедреннаго сочлененія.

Вывихи бедра рѣдки, и если въ наукѣ находится большое число наблюденій, то это происходитъ отъ того, что, по самой даже рѣдкости своей и трудности вправливанія, эти факты необходимо должны были привлечь вниманіе медиковъ, имѣвшихъ случаи наблюдать ихъ.

Смѣщенію бедренной головки препятствуютъ много причинъ, какъ-то: 1. глубина вертлужной впадины, 2. крѣпость суставной сумки, 3. сопротивленіе сильныхъ мышцъ, которыя, окружая сочлененіе, удерживаютъ суставныя поверхности въ нормальныхъ соотношеніяхъ ихъ; 4. препятствіе, противопоставляемое членомъ противоположной стороны движеніе усиленнаго приведенія. Въ противоположность всѣмъ этимъ условіямъ крѣпости, находятся два, способствующія смѣщенію: это — сопротивленіе бедра и подвздошной кости, выносящихъ, не разламываясь, дѣйствіе самыхъ сильныхъ толчковъ; и длина плеча рычага, чрезъ посредство котораго наружное насиліе дѣйствуетъ на сочлененіе; въ самомъ дѣлѣ, это плечо рычага равное длинѣ бедра, когда сила дѣйствуетъ на колѣно, становится почти равнымъ цѣлому нижнему члену, когда сила дѣйствуетъ на ногу или на нижнюю часть голени.

Анатомическія понятія. Тазобедренное сочлененіе составлено изъ двухъ костей: подвздошной и бедренной. Передняя часть подвздошной кости представляетъ глубокую впадину, довольно правильно-круглую, отъ 5 до 6 сантиметровъ въ діаметрѣ по всѣмъ направленіямъ и въ 3 сантиметра глубины; края ея представляютъ три вдавленія, выполненныя и совершенно закрытыя фибрознымъ вертлужнымъ обручикомъ, но легко замѣчаемая на вымоченной кости. Одно находится назади и занимаетъ всю заднюю половину вертлужнаго края; мы назовемъ его, съ Мальгениемъ, *подвздошно-спдалищною* вырѣзкою. Другое, менѣе обширное чѣмъ предыдущее, находится вверху и впереди: это *подвздошно-лонная* вырѣзка. Третье, глубже всѣхъ, внизу и впереди, и соотвѣтствуетъ подлонной дирѣ: его называютъ *спдалищно-лонною* вырѣзкою.

Надъ вертлужною впадиною находится наружная подвздошная ямка, раздѣленная на двѣ равныя части округленнымъ возвышеніемъ, которое идетъ отъ вздутости, представляемой подвздошнымъ гребнемъ противъ передней его трети, и терлется, нисходя, противъ верхняго края вертлужной впадины. Позади этого возвышенія находится вогнутая поверхность, ограниченная снизу верхнимъ краемъ спдалищной вырѣзки, ко-

торая утолщается кзади, что и увеличивает глубину этой вогнутости. Подъ вертлужною впадиной, между нею и сѣдалищной костью, встречается довольно глубокий жолобъ, который направляется кзади, расширяется и теряется противъ сѣдалищной ости. На передней и нижней части впадины находится подлонная дыра, закрытая запираательною перепонкою, ограничивающая широкую яму, граничащую съ сѣдалищной костью, лонною, ея нисходящею вѣтвю и вертлужною впадиною. Противъ подвздошно-лонной вырѣзки находится слегка вогнутая поверхность, ограниченная снутри подвздошно-гребенчатымъ возвышеніемъ и сливающаяся снаружи съ внутреннею подвздошною ямкою. Следовательно, вокругъ вертлужной впадины находится нѣсколько болѣе или менѣе глубокихъ впадинъ, въ которыхъ можетъ останавливаться смѣщенная бедренная головка.

Вертлужная впадина выстлана въ верхнихъ четырехъ-пятыхъ своихъ обводящимъ хрящемъ, прерывающимся на высотѣ сѣдалищно-лонной вырѣзки. Дно ея занимаетъ клѣтчато-жирная масса, доставляющая ей большую правильность очертанія и уменьшающая глубину ея. Съ другой стороны, на ней лежитъ фиброзный обручикъ, *вертлужный обручикъ*, котораго внутренній край прикрѣпляется къ вертлужному краю, за исключеніемъ однако жъ дна сѣдалищно-лонной вырѣзки, которую онъ превращаетъ въ настоящую дыру. Вертлужный обручикъ расположенъ такимъ образомъ, что выполняетъ вырѣзки, о которыхъ мы говорили выше.

Верхній конецъ бедра сочленяется съ подвздошною костью округленною поверхностью, образующею почти двѣ трети шара: это бедренная головка, которой діаметръ равняется почти 5 сантиметрамъ. Одѣтая хрящемъ тѣмъ болѣе толстымъ, чѣмъ ближе къ центру, она представляетъ назади и внизу довольно глубокое вдавленіе, къ которому прикрѣпляется круглая связка. Она поддерживается шейкою, родомъ ножки, сплюсненной спереди кзади, и которой основаніе сливается съ большимъ вертеломъ, объемистымъ бугромъ, лежащимъ внаружи и дающимъ прикрѣпленіе очень сильнымъ мышцамъ. Верхушка этого отростка лежитъ почти на 1 сантиметръ ниже самой возвышенной точки бедренной головки, положеніе, которое мы припомнимъ, говоря о симптоматології.

Суставныя поверхности удерживаются въ соотношеніи: 1. очень крѣпкою фиброзою сумкою, прикрѣпляющеюся съ одной стороны къ вертлужному краю и продолжающеюся на неровныя возвышенности, находящіяся на немъ, а съ другой къ шейкѣ бедра. Она подкрѣпляется спереди очень крѣпкимъ фибрознымъ пучкомъ, который прикрѣпляется къ переднимъ верхней и нижней подвздошнымъ остямъ, и названа гг. Веберъ *верхнею связкою*. Эта сумка позволяетъ головкѣ бедра довольно

значительно отходить отъ подвздошной кости; 2. межсуставною связкою, круглою связкою, очень крѣпкимъ фибрознымъ пучкомъ, прикрѣпляющимся съ одной стороны къ упомянутому нами вдавленію на головкѣ бедра, а съ другой къ обѣимъ оконечностямъ самой глубокой части сфдалищно-лонной вырѣзки; 3. краемъ вертлужнаго обручика, направляющимся къ центру впадины, и такимъ-образомъ способствующимъ къ поддержанію бедренной головки.

Вокругъ чреслобедренного сочлененія сгруппировано множество мышцъ, защищающихъ его отъ прямыхъ насилій.

Патологическая анатомія и раздѣленіе бедренныхъ вывиховъ. — Однимъ изъ самыхъ важныхъ пунктовъ исторіи бедренныхъ вывиховъ служить безъ сомнѣнія опредѣленіе точныхъ отношеній смѣщенной бедренной головки къ окружности вертлужной впадины: отъ того онъ и подавалъ поводъ ко множеству споровъ.

Пересматривая исторію этихъ вывиховъ, можно найти факты, которые самымъ неопровержимымъ образомъ доказываютъ, что бедренная головка бывала находима въ соотношеніи со всѣми почти точками окружности вертлужной впадины. Однако жъ наблюденіе показало, что нѣкоторыя разности смѣщеній встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ другія, отъ чего и возможно было съ достаточною опредѣлительностью начертать исторію этихъ смѣщеній, подраздѣливъ ихъ на раздѣльные виды. Этому же порядку послѣдуемъ и мы въ своемъ описаніи. Мы не будемъ останавливаться на классификаціяхъ древнихъ авторовъ, тѣмъ болѣе, что онѣ болѣе или менѣе сходны съ тѣми, которыя представлены новѣйшими писателями. Бросимъ только быстрый взглядъ на тѣ, которыя вообще господствовали съ начала текущаго столѣтія.

Бойе допускаетъ четыре вида вывиховъ бедра: 1. вывихъ *вверхъ и кнаружи*, въ которомъ бедренная головка подается къ задней части подвздошной наружной ямки; 2. вывихъ *внизъ и кзади*, въ которомъ бедренная головка помѣщается впереди самой возвышенной части большой сфдалищной вырѣзки; 3. вывихъ *внизъ и внутрь*, въ которомъ головка помѣщается въ овальной ямкѣ; 4. вывихъ *вверхъ и внутрь*, въ которомъ головка помѣщается на горизонтальной вѣтви лонной кости.

А. Куперъ привялъ то же раздѣленіе, только перемѣнилъ названія Бойе, и именно называлъ: вывихомъ *вверхъ или въ подвздошную яму, кзади или въ сфдалищную вырѣзку, внизъ или въ овальную ямку, и на лонную кость*.

Эта классификація принята была большею частью современныхъ авторовъ; однако жъ нѣкоторые говорятъ о вывихѣ прямо внизъ, упомянутомъ уже Б. Беллемъ; между другими, мы приведемъ Жерди, который допускаетъ: 1. вывихъ *подвздошный* (*кнаружи и вверхъ*, Бойе), 2.

крестцо-сѣдалищный (кзади и внизъ, Бойё), 3. подлоинный (внизъ и внутрь, Бойё), 4. надлоинный (сверху и внутрь, Бойё), и 5. сѣдалищный. Видалъ только для памяти приводить эту послѣднюю разность, называя ее *подвертлужнымъ* вывихомъ.

Въ продолженіи этой главы мы покажемъ, что вывихи подвздошный и крестцо-сѣдалищный разнятся между собою такими незначительными оттенками, какихъ недостаточно для того, чтобъ составлять изъ нихъ двѣ разности; поэтому мы соединимъ ихъ въ одно описаніе подъ названіемъ *подвздошно-сѣдалищнаго* вывиха, названіемъ и потому уже выгоднымъ, что оно напоминаетъ, что головка выскользаетъ чрезъ вырѣзку того же имени и помѣщается въ подвздошной сторонѣ и въ востѣствѣ съ сѣдалищною вырѣзкою. Поэтому мы опишемъ: 1. вывихъ *подвздошно-сѣдалищный*, 2. вывихъ *сѣдалищный* или на сѣдалищный бугоръ, 3. вывихъ *сѣдалищно-лоинный* или къ овальной дирѣ, и 4. вывихъ *подвздошно-лоинный* или къ вырѣзкѣ того же имени.

Постараемся теперь точнѣе опредѣлить, въ каждомъ изъ принятыхъ нами видовъ вывиха, отношенія бедренной головки къ подвздошной кости.

А. Въ *подвздошно-сѣдалищномъ* вывихѣ, бедренная головка помѣщается на нижней части подвздошной ямки, такъ что отчасти покрываетъ неровности, къ которымъ прикрѣпляется сумка. Она опирается переднею своею частью на вертлужный край; поэтому большой вертелъ склоняется кпереди; часть головки, соответствующая прикрѣпленію круглой связки, направляется кзади; слѣдовательно бедро претерпѣваетъ круговой поворотъ внутрь; головка его покрывается малою задничною мышцою. Такія отношенія встрѣчаются всего обыкновеннѣе. Въ другихъ случаяхъ бедренная головка помѣщается нѣсколько ниже; она соответствуетъ тогда самой возвышенной части сѣдалищной вырѣзки, между тѣмъ какъ бедро сохраняетъ то же направленіе, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Этой-то разности Бойё далъ названіе вывиха кзади и внизъ. Но такъ какъ въ этой разности, *головка, по Бойё, помѣщается впереди верхней части крестцо-сѣдалищной вырѣзки, никогда не опускаясь до возвышенія, происходящаго отъ соединенія подвздошной кости съ сѣдалищною, а тѣмъ менѣе еще ниже этого возвышенія*, то и понятно, что этотъ вывихъ разнится отъ вывиха вверхъ и кнаружи пространствомъ едва ли превышающимъ одинъ сантиметръ, между тѣмъ какъ другія анатомическія условія остаются совершенно одинаковыми: отъ того Бойё положительно и говоритъ, что этотъ вывихъ, который онъ считаетъ всегда послѣдственнымъ, *есть болѣе разность вывиха вверхъ и кнаружи, чѣмъ совершенно особенный видъ вывиха*. Это одна изъ причинъ, заставившихъ насъ соединить обѣ эти разности въ одно описаніе,

подъ названіемъ подвздошно-сѣдалищнаго вывиха. Такое слитіе въ одинъ двухъ задневерхнихъ вывиховъ, основанное на простыхъ анатомо-патологическихъ понятіяхъ, еще сильнѣе подтверждено будетъ изложеніемъ явленій этой болѣзни. Само-собою разумѣется, что все, сказанное нами о вывихахъ кзади и внизъ Бойё, относится также и къ вывиху въ сѣдалищную вырѣзку А. Купера. Поэтому мы болѣе и не будемъ упоминать о вывихахъ съ этимъ послѣднимъ названіемъ.

В. Въ сѣдалищномъ вывихѣ, бедренная головка помѣщается на высотѣ жолобка, проходящаго выше основанія сѣдалищной кости, большой вертелъ склоняется кпереди, точка прикрѣпленія круглой связки направляется прямо кзади. Слѣдовательно бедренная головка, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, упирается переднею своею частью на подвздошную кость.

Этотъ вывихъ одинъ изъ самыхъ рѣдкихъ, и не удивительно, что существованіе его отвергаемо было нѣкоторыми авторами: однако жъ у насъ есть теперь три наблюденія, не оставляющія ни какого сомнѣнія. Первое изъ нихъ принадлежитъ Бильяру: онъ говоритъ въ этомъ наблюденіи, что *головка бедра, лежащая впереди сѣдалищной вырѣзки, прилежитъ къ наружной сторонѣ сѣдалищной ости, и слѣдовательно кзади и кнаружи отъ вертлужной впадины*. Второе принадлежитъ Робёру: изъ него видно, что *внутренняя часть бедренной головки, сошедшая заднею и наружною, лежала на нижнемъ и заднемъ сегментѣ окружности вертлужной впадины и на части соседней съ основаніемъ сѣдалищной кости*. Третье принадлежитъ Депрё, который разсѣкъ части сочлененія съ величайшимъ стараніемъ и представилъ ихъ въ ряду рисунковъ, въ которыхъ видно, что головка бедра, лежащая нѣсколько болѣе кнутри, чѣмъ въ наблюденіи Робёра, представляетъ впрочемъ тѣ же самыя отношенія.

Противъ Робёрова наблюденія возражали, что такъ какъ отношенія костей изслѣдованы были на вывихѣ повторенномъ (при жизни больного онъ былъ вправленъ) послѣ смерти, то они могли быть и не такими, какими были до вправленія при жизни. Это возраженіе намъ кажется мало основательнымъ. Въ самомъ дѣлѣ, разсѣкая, недолго спустя послѣ смерти раненыхъ, сочлененія, которыя недавно были вывихнуты, мы всегда видѣли, что если стараться повторить смѣщеніе, то всегда получается разность того же вывиха, который, бывъ уже однажды, повторяется такъ точно, что нельзя и произвести другаго рода смѣщенія, и который по справедливости долженъ быть считаемъ тождественнымъ съ бывшимъ при жизни.

И здѣсь, какъ въ подвздошно-сѣдалищномъ вывихѣ, можно встрѣтить легкое измѣненіе въ положеніи бедренной головки, бывающей то болѣе

кпереди, какъ въ вывихѣ Деспре, то болѣе кзади, какъ въ вывихѣ Бильяра, хотя типъ смѣщенія всегда одинаковъ.

С. Въ вывихѣ *сбодалишно-лонномъ*, къ овальной дырѣ, подлонномъ, головка соотвѣтствуетъ заднею своею частью овальной ямкѣ, и бываетъ или покрыта запираательною мышцею, или лежитъ на этой мышцѣ; большой вертелъ склоняется кзади къ вертлужной впадинѣ.

Д. Въ вывихѣ *подвздошно-лонномъ*, головка лежитъ заднею своею частью позади подвздошно-гребенчатого возвышенія и приподнимается *mm. psoatem, iliacum, rectum anticum*; большой вертелъ, какъ въ предыдущемъ случаѣ, наклоняется кзади; иногда бедренная головка поднимается и стремится податься къ внутренней подвздошной ямкѣ.

До сихъ поръ мы не опредѣляли обширности смѣщенія, претерпѣваемаго бедренною головкою; однако жъ это очень важный пунктъ и подававшій поводъ ко многимъ спорамъ.

Мальгень, прямо возставая противъ господствующаго ученія, отвергаетъ существованіе первоначальныхъ полныхъ вывиховъ *). По его мнѣнію, бедро не можетъ вполнѣ оставить вертлужной впадины, по причинѣ присутствія сумки, которая, бывъ не вполнѣ разорвана, не позволяетъ такого смѣщенія, чтобъ суставныя поверхности вышли изъ взаимнаго соотношенія. Онъ основываетъ это предположеніе на трупическихъ опытахъ. Сопротивленіе мышцъ препятствуетъ бедренной головкѣ самой собою-входить обратно. Однако жъ онъ прибавляетъ, что вывихъ вверхъ и впередъ, который онъ называетъ подвздошно-лоннымъ, можетъ быть полнымъ безъ разрыва сумки; но, въ этомъ случаѣ, «головка бываетъ выше тазоваго края; этотъ край входитъ въ заднюю вырѣзку бедренной шейки, какъ бы вклиняясь въ нее; съ обыкновенною методою вправляванія здѣсь скорѣе сломается кость, чѣмъ достигнется вправляваніе, и способъ сгибанія, конечно одинъ изъ самыхъ раціональныхъ, здѣсь былъ бы всѣхъ опаснѣе и всѣхъ неудачнѣе. Притомъ и явленія здѣсь совѣтъ другія, чѣмъ въ классическомъ вывихѣ, потому что, напримѣръ, членъ, вмѣсто того чтобъ быть въ отведеніи, бываетъ въ усиленномъ приведеніи.» Наконецъ онъ думаетъ, что вывихи бедра становятся полными только въ-слѣдствіе послѣдственныхъ смѣщеній.

Ложье думаетъ **), что неполные вывихи не доказываются ни однимъ фактомъ, и потому онъ считаетъ ихъ непонятными. «Если бедренная головка не столько удаляется отъ вертлужной впадины, чтобы перейти или разорвать вертлужный обручикъ, то она обратно падаетъ въ вертлужную впадину, и происходитъ произвольное вправляваніе; или она

*) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, tome II, p. 539.

**) Laugier, *Diction. de médecine*, tome XV, p. 31.

выходить чрезъ одну изъ сторонъ сочлененія, и тогда вывихъ необходимо полный.» Мы думаемъ съ Ложье, что часто бываетъ такимъ образомъ.

Ложье опровергаетъ доказательства Мальгена противъ полныхъ вывиховъ. Онъ доказываетъ, что Мальгенъ напрасно отвергъ полные вывихи; но самъ онъ, кажется, зашелъ уже слишкомъ далеко, отвергая неполные вывихи. Если факты опровергаютъ мнѣніе Мальгена, то они опровергаютъ и мнѣніе Ложье, потому что намъ встрѣтился случай неполнаго бедреннаго вывиха, который не подверженъ былъ ни малѣйшему сомнѣнію. У одного больного, умершаго въ госпиталѣ Св. Лудовика, въ отдѣленіи Жерди, бедренная головка лежала заднею своею частью аккуратно на верхнемъ краѣ вертлужной впадины, положеніе, въ которомъ она удерживалась сопротивленіемъ и мышцъ и суставной сумки, не вполне разорвавшейся. Мы не знаемъ, почему не допустить, чтобъ подобное расположеніе не могло остановить бедренной головки въ другихъ точкахъ вертлужной впадины.

Поэтому существованіе неполныхъ вывиховъ кажется съ этихъ поръ фактомъ утвержденнымъ въ наукѣ; оно подтверждается наблюденіемъ, трупическими опытами и даже теоріею; правда, округленной бедренной головкѣ трудно удержаться на остромъ краю вертлужной впадины: но ни какая теорія не въ состояніи измѣнить значенія хорошо доказанныхъ фактовъ.

Однимъ-словомъ, изъ приведенныхъ нами фактовъ слѣдуетъ, что бедренная головка можетъ выйти изъ вертлужной впадины въ четырехъ главныхъ направленіяхъ, изъ коихъ три соотвѣтствуютъ тремъ вырѣзкамъ, находящимся на окружности этой впадины, и что задне-верхняя вырѣзка, шире обѣихъ другихъ, позволяетъ головкѣ помѣщаться на неодинаковой высотѣ, смотря по направленію насилія, производящаго смѣщеніе. Отсюда маленькая разница между задне-верхними вывихами. Четвертый видъ вывиха происходитъ чрезъ переходъ головки чрезъ вертлужный край именно противъ описаннаго нами возвышенія, и безъ сомнѣнія присутствію этого возвышенія на нижней части вертлужной впадины должно приписать чрезвычайную рѣдкость этого вывиха.

Эти четыре разности не одинаково часты. Классическіе писатели послѣдняго вѣка, вѣрные ученію Иппократа, повторенному А. Парѣ и пр., считали вывихъ къ овальной дирѣ самымъ частымъ. Однако жъ новѣйшія наблюденія, въ особенности Бойе, доказываютъ, что подвздошный вывихъ встрѣчается еще чаще. Рѣже всѣхъ, какъ мы увидимъ, вывихъ сѣдалищный.

Всякій бедренный вывихъ предполагаетъ разрывъ суставной сумки. Въ тѣхъ случаяхъ, которые удавалось намъ разсѣкать, этотъ разрывъ

былъ чрезвычайно широкъ и доставлялъ легкій проходъ бедренной головки.

Мышцы представляли намъ также чрезвычайно обширные разрывы. Въ нихъ были подтеки и обширныя кровяныя излитія въ раздѣлявшихъ ихъ промежуткахъ.

Когда бедренные вывихи остаются не вправленными, то бедренная головка выдавливаетъ впадину въ той точкѣ, гдѣ она касается подвздошной кости. Вокругъ точки соприкосновенія головки съ подвздошною костью развиваются костяныя наращенія, такъ—сказать обрамливаютъ бедренную головку и образуютъ новую, болѣе или менѣе глубокую, вертлужную впадину. Иногда эти костяныя наращенія достигаютъ значительнаго развитія и образуютъ вокругъ головки неполную скорлупу, помѣстивъ продиравленную, расположеніе благопріятное для крѣпости сочлененія, но иногда очень препятствующее свободѣ движеній. Форма бедренной головки мало измѣняется; она одѣвается фиброзою сумкою новаго образованія, растянутыми атрофированными мышцами, въ которыхъ больше, кажется, сухожильныхъ волоконъ, чѣмъ въ нормальномъ состояніи.

Старая вертлужная впадина суживается, теряетъ свою форму, какъ мы говорили уже объ этомъ въ общемъ описаніи. А. Куперъ представилъ въ своихъ рисункахъ одинъ подвздошно—лонный невправленный вывихъ, въ которомъ видно, что задняя часть бедренной шейки, соответствующая подвздошно—лонной вырѣзкѣ, выдавила себѣ въ этой точкѣ глубокий жолобъ, надъ краями котораго выдавались очень высокіе стаклиты. Большой вертелъ, помѣщаясь въ вертлужной впадинѣ, сочленяется съ самою возвышенною ея частью.

Причины и механизмъ. — Эти вывихи могутъ происходить отъ насилія, дѣйствующаго или прямо на сочлененіе, или непрямо, чрезъ посредство бедра, представляющаго рычагъ. Во всякомъ случаѣ, происхожденіе ихъ требуетъ участія чрезвычайно большой силы. Ранящее тѣло тѣмъ легче произведетъ вывихъ, чѣмъ на болѣе широкую поверхность будетъ дѣйствовать. При противныхъ условіяхъ, скорѣе произойдетъ переломъ, чѣмъ вывихъ: отъ того всего чаще встрѣчаются этого рода поврежденія у каменщиковъ, землекоповъ, и т. п., попадающихъ подъ земляныя обвалы, у людей опрокидываемыхъ тяжело нагруженными повозками, однимъ—словомъ въ такихъ обстоятельствахъ, гдѣ очень тяжелое тѣло направляетъ свое дѣйствіе на верхній конецъ бедра или на тазъ, или на обѣ части вмѣстѣ, приведенныя предварительно въ недвижимое положеніе. Такъ, мы однажды видѣли больнаго (въ госпиталѣ Св. Лудовика, въ отдѣленіи Жерди), у котораго вывихъ произошелъ отъ паденія мѣшка съ мукою на заднюю часть таза, между—тѣмъ какъ ниж-

ніе члены его были сильно напряжены, а все тѣло наклонено было впередъ для приподнятія другаго мѣшка. Направленіе вывиха опредѣляется направленіемъ насилія и положеніемъ бедра, превращающагося въ рычагъ, такъ что, въ большей части случаевъ, этотъ вывихъ входитъ въ категорию смѣщеній отъ непрямої причины.

Подвздошно—сѣдалищный вывихъ происходитъ по слѣдующему механизму: нижній членъ увлекается въ усиленное приведеніе; но какъ противоположный членъ составляетъ препятствіе для столь сильнаго приведенія, чтобъ произошелъ вывихъ, то бедро должно предварительно податься кпереди и согнуться къ тазу; тогда оно можетъ перекрестить направление члена противоположной стороны и перейти за нормальныя границы приведенія. Въ этотъ моментъ сильно натягиваются задняя и верхняя части сумки и круглая связка, разрываются, и тогда бедренная головка выскальзываетъ изъ вертлужной впадины, помѣщаясь въ одной изъ указанныхъ нами точекъ.

По мнѣнію Жерди, круглая связка не чужда выталкиванію бедренной головки изъ вертлужной впадины. Вотъ какъ понимаетъ онъ это смѣщеніе: во время приведенія, бедренная головка поворачивается вокругъ оси, направляясь спереди кзади, такъ что точка прикрѣпленія круглой связки къ головкѣ постепенно возвышается, между—тѣмъ какъ оба прикрѣпленія ея отдаляются одно отъ другаго; эта связка обвивается вокругъ головки, и, по мѣрѣ увеличенія напряженія ея, стремится сдѣлаться прямолинейною: такимъ—образомъ она отдавливаетъ бедренную головку вверхъ и кнаружи. Намъ кажется неопровержимымъ такое дѣйствіе круглой связки; но, чтобъ произошло оно, необходимо, чтобъ предварительно разорвана была верхняя часть сумки, потому что послѣдняя играетъ роль совершенно противоположную съ ролью круглой связки. Въ самомъ дѣлѣ, во время приведенія, бедренная головка, поворачиваясь въ вертлужной впадинѣ, необходимо увлекаетъ бедренныя прикрѣпленія верхней части суставной сумки, отдаляетъ ихъ отъ вертлужныхъ прикрѣпленій, и, въ этомъ движеніи, сумка изъ выпуклой кнаружи стремится сдѣлаться прямолинейною, и слѣдовательно оттолкнуть головку на дно вертлужной впадины. Слѣдовательно она противодѣйствуетъ круглой связкѣ.

Теперь, изслѣдуя на трупѣ, въ какомъ порядкѣ наступаютъ одни за другими изложенныя нами явленія, увидимъ, что напряженіе верхней части сумки предшествуетъ напряженію круглой связки. Поэтому головка отталкивается къ дну вертлужной впадины, прежде чѣмъ между—суставная связка такъ натянется, чтобъ вытолкнуть ее кнаружи.

Мы видѣли механизмъ, по которому бедренная головка выскальзываетъ изъ вертлужной впадины чрезъ заднюю вырѣзку. Легко понять, какое

будетъ имѣть вліяніе сгибаніе бедра на положеніе бедренной головки. Въ самомъ дѣлѣ, если членъ будетъ слегка согнутъ, то бедренная головка помѣстится надъ вертлужною впадиной, и мы будемъ имѣть подвздошный вывихъ авторовъ. Напротивъ, если бедро согнуто подъ прямымъ угломъ къ тазу, то головка подастся нѣсколько болѣе кзади и книзу, и мы будемъ имѣть крестцо-сѣдалищный вывихъ Жерди, или вывихъ кзади и внизъ Бойё. Это также одна изъ причинъ, заставившихъ насъ соединить въ одинъ видъ оба задневерхніе вывиха.

Сѣдалищный вывихъ происходитъ по такому же механизму, какъ и подвздошно-сѣдалищный: усиленное сгибаніе бедра къ тазу, приведеніе, разрывъ суставной сумки сзади и внизу, проходъ головки сквозь разрывъ. По всему кажется, что такимъ-образомъ произошелъ вывихъ въ случаѣ, видѣнномъ Роберомъ. Раненый былъ *опрокинутъ впередъ на лѣвое бедро паденіемъ куска камня въсомъ въ 150 килограммъ.*

Замѣченная нами аналогія въ способѣ происхожденія предыдущихъ вывиховъ распространяется также и на тѣ, о которыхъ намъ слѣдуетъ говорить теперь, т. е. на вывихи подвздошно-лонный и сѣдалищно-лонный. Въ самомъ дѣлѣ, для происхожденія этихъ вывиховъ необходимо, чтобы нижній членъ насильственно подался въ отведеніе и въ круговой поворотъ кнаружи. Въ этомъ движеніи, передняя часть сумки сильно натягивается, разрывается, тяжесть тѣла и наружный импульсъ довершаютъ смѣщеніе и опредѣляютъ направленіе его. Можно думать, что, при усиленномъ отведеніи вмѣстѣ съ разгибаніемъ, бедренная шейка опирается на заднюю часть вертлужнаго края, расположеніе, которое, превращая верхній конецъ бедра въ рычагъ перваго рода, способствуетъ разрыву сумки.

До сихъ поръ мы занимались только тѣмъ смѣщеніемъ, которое непосредственно происходитъ отъ наружнаго насилія и называется *первоначальнымъ* смѣщеніемъ. Скажемъ теперь нѣсколько словъ о смѣщеніяхъ, которыя могутъ произойти послѣдственнымъ образомъ.

Теорія послѣдственныхъ смѣщеній играла большую роль въ исторіи бедренныхъ вывиховъ. Такъ, Бойё считалъ послѣдственными всѣ вывихи къ сѣдалищной вырѣзкѣ. По его мнѣнію, всякій разъ какъ головка помѣщается въ этой точкѣ, это происходитъ отъ усилій для достиженія вправливанія вывиха вверхъ и кнаружи. Но наблюденіе опровергаетъ это мнѣніе.

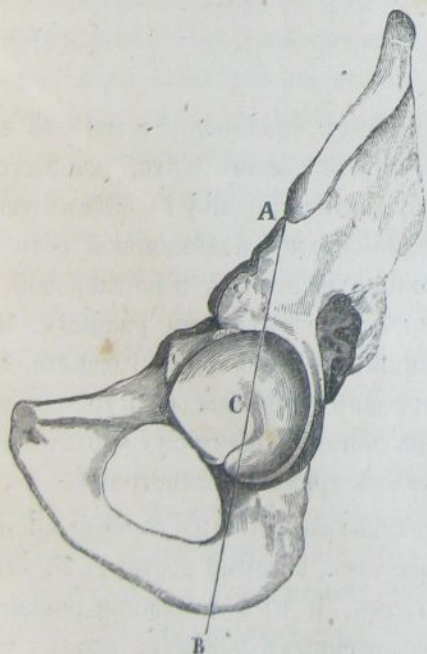
Есть еще другой видъ послѣдственнаго смѣщенія, на который необходимо обратить вниманіе: это — увеличеніе обширности смѣщенія въ подвздошно-сѣдалищныхъ вывихахъ въ слѣдствіе давленія, производимаго тяжестью тѣла, во время ходьбы, на нижній членъ. Въ самомъ дѣлѣ, бедро, не такъ уже крѣпко удерживаясь костянымъ краемъ вертлуж-

ной впадины и скользя по подвздошной кости, увлекается вверх мышечным сокращением, между-тѣмъ какъ тяжесть тѣла въ то же время стремится понизить тазъ. Мальгень настаиваетъ на этомъ послѣдственномъ смѣщеніи. Онъ прибавляетъ, что именно этому явленію должно приписать происхожденіе полныхъ вывиховъ. Мы видѣли, что, по его мнѣнію, всѣ первоначальные вывихи бедра бываютъ неполные, и становятся полными только послѣдственнымъ образомъ.

Симптоматологія. — Въ симптоматологіи бедренныхъ вывиховъ мы имѣемъ изслѣдовать четыре главные пункта: 1) измѣненіе формы чресленной стороны (обезображеніе); 2) положеніе члена; 3) измѣненія длины его, и 4) разстройства отправленій. Мы рассмотримъ каждый изъ этихъ пунктовъ въ различныхъ видахъ вывиха.

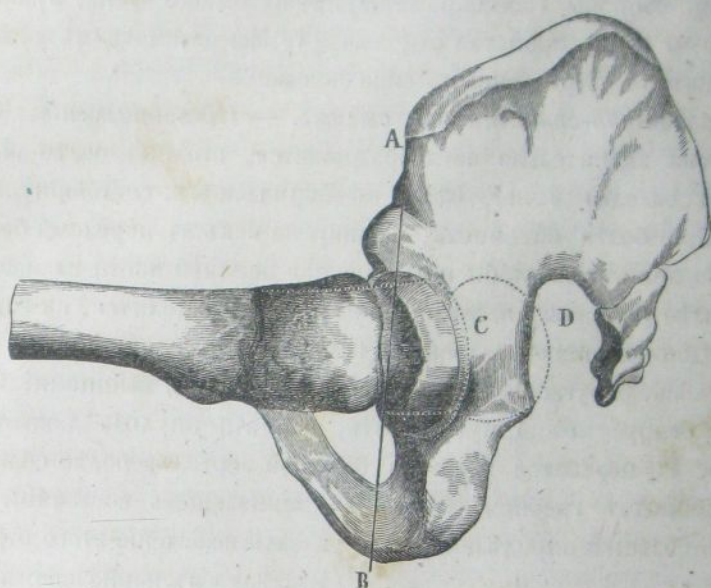
А) Подвздошно-сѣдалищный вывихъ. — **Обезображеніе.** Чресленная сторона значительно обезображивается, ягодица болѣе выдается, ягодичная складка выше, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, верхняя часть бедра болѣе объемиста, расширена какъ въ переломѣ бедренной шейки, по причинѣ какъ бы натискиванья верхней части члена.

При болѣе глубокомъ изслѣдованіи ягодицы, находится, на задней части подвздошной ямки, бедренная головка, образующая очень объемистую опухоль, округленную, покрытую ягодичными мышцами. Сообщая движенія бедру, можно чувствовать, что эта опухоль движется подъ пальцами. Распознается также и большой вертелъ, болѣе сближенный съ подвздошнымъ гребнемъ, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Пытаемся съ большей опредѣленностью указать положеніе этого отростка.



Изслѣдуя въ нормальномъ состояніи точныя отношенія большаго вертела къ разнымъ костянымъ выступаніямъ, находящимся на тазѣ, видимъ, что если бедро согнуто подъ прямымъ угломъ съ легкимъ приведеніемъ, то верхушка большаго вертела соотвѣтствуетъ линіи, проведенной отъ передне-верхней подвздошной ости къ самой выпуклой части сѣдалищнаго бугра, и что эта линія раздѣляетъ, въ то же время, вертлужную впадину на двѣ равныя части. Эта линія, соотвѣтствующая центру вертлужной впадины (см. на рисункѣ линію АВ), легко можетъ служить руководствомъ для оцѣнки

обширности смѣщенія. Допустимъ, въ самомъ дѣлѣ, что бедренная головка помѣстилась позади вертлужной впадины (какъ показано точками на рисункѣ): тогда эта линія, вмѣсто того чтобъ соответствовать верхушкѣ большаго вертела, будетъ соответствовать ближайшей точкѣ его основанія. Обширность смѣщенія будетъ слѣдовательно измѣрена чрезъ выстояніе большаго вертела позади этой линіи. Мы настаиваемъ на этомъ признакѣ, потому что онъ кажется намъ очень удобнымъ для точнаго



опредѣленія отношеній головки съ вертлужной впадиною, и вмѣстѣ съ тѣмъ очень легко замѣтнымъ. Достаточно, въ самомъ дѣлѣ, для этого, согнуть бедро подъ прямымъ угломъ, приложить тесемку къ обѣимъ указаннымъ нами точкамъ, т. е. къ передне-верхней подвздошной ости и сѣдалищному бугру, и изслѣдовать ягодичную сторону и на здоровой и на больной сторонѣ, чтобъ замѣтить представляемую ими разницу. На одномъ больномъ съ подвздошно-сѣдалищнымъ вывихомъ, котораго мы имѣли случай наблюдать нѣсколько времени тому назадъ въ госпитальномъ отдѣленіи Денонвилльера, мы могли убѣдиться, что это отхожденіе большаго вертела кзади равнялось тремъ сантиметрамъ.

Изложенный нами способъ изслѣдованія кажется намъ гораздо проще и вѣрнѣе въ результатахъ своихъ, чѣмъ тотъ, который состоитъ въ сгибаніи обѣихъ бедеръ подъ прямымъ угломъ, и въ опредѣленіи разницы длины обѣихъ такимъ-образомъ расположенныхъ членовъ; потому что

всякому извѣстно, что самое легкое круговое движеніе таза чрезвычайно измѣняетъ въ этомъ случаѣ кажущуюся длину обоихъ членовъ.

Положеніе члена. Бедро, слегка согнутое, подается въ приведеніе и въ круговой поворотъ внутрь, такъ что колѣно больной стороны выходитъ впередъ колѣна здоровой стороны, слегка перекрещивая его. Членъ увлекается въ очень замѣтное круговое движеніе внутрь, такъ что наружный бедренный мышцелокъ становится переднимъ. Голенъ слегка сгибается къ бедру.

Бойе, такъ много приписывавшій мышечному дѣйствію въ смѣщеніяхъ претерпѣваемыхъ костями, удивляется, что бедро увлекается въ круговой поворотъ внутрь. Вотъ какъ онъ выражается: «Это явленіе составляетъ исключеніе изъ общаго правила, которое говоритъ, что во всякомъ вывихѣ направленіе члена опредѣляется удлиненіемъ и растягиваніемъ мышцъ, которыхъ точки прикрѣпленія отдаляются однѣ отъ другихъ: здѣсь, не смотря на удлиненіе мышцъ поворачивающихъ кнаружи, каковы: пирамидальная, двойничная, запирательная и квадратная, бедро поворачивается внутрь. Вѣроятно, что это направленіе бедра зависитъ отъ растяженія той доли окружной связки, которая идетъ отъ передне-нижней подвздошной ости: эта толстая и крѣпкая доля, напрягаясь, преодолеваетъ дѣйствіе сказанныхъ мышцъ и поворачиваетъ бедро внутрь.»

Невозможно, чтобъ эта подкрѣпительная ленточка могла, какъ говоритъ Бойе, воспротивиться повороту кнаружи; въ большей части случаевъ она разрывается; и притомъ можно гораздо лучше объяснить это смѣщеніе, какъ это сдѣлалъ Жердѣ. По мнѣнію этого автора, бедренная головка, выскальзывающая чрезъ верхнюю и заднюю часть вертлужной впадины, помѣщается на костяной поверхности наклонной кзади и внутрь, такъ что продолженная ось бедренной шейки встрѣчается съ этой поверхностью подъ очень острымъ угломъ, открытымъ впереди. Если, при такомъ расположеніи костей, поперечно давить на большой вертелъ, то онъ тотчасъ же подается впередъ и внутрь, откуда и происходитъ круговое движеніе въ эту сторону. И, это давленіе, мы находимъ его именно въ противодѣйствіи всѣхъ тканей, растянувшихся отъ вывиха. Мы увидимъ, что такое объясненіе поворотнаго движенія приложимо не только къ подвздошно-сѣдалищному, но и къ вывихамъ сѣдалищному, овальному и подвздошно-лонному: только въ этихъ послѣднихъ острый уголъ, образуемый осью шейки съ поверхностью подвздошной кости, на которую опирается головка, открытъ кзади, отъ чего и поворотъ происходитъ кнаружи.

Измѣненіе длины члена. Членъ, приведенный въ возможное разгибаніе, представляетъ укороченіе отъ 1 до 4 сантиметровъ. Само собою

разумѣтся, что, при оцѣнкѣ длины, должно брать въ расчетъ разныя причины ошибокъ, которыя мы указали при описаніи тазобедренной болѣзни, и удвоить вниманіе для полученія результатовъ, которымъ можно было бы довѣряться.

Разстройства отпавленій. Произвольныя движенія почти-что невозможны; можно однако жъ двигать членъ въ разныя направленія: невозможны движенія отведенія и круговаго поворота кнаружи, равно какъ и полное разгибаніе: сгибаніе и приведеніе довольно легки; поворотъ внутрь самъ по себѣ довольно уже значителенъ, но можно даже еще увеличить его.

Мы сказали, что въ подвздошно-сѣдалищномъ вывихѣ членъ, измѣряемый въ разгибаніи, можетъ представить укороченіе отъ 1 до 4 сантиметровъ; на этомъ-то измѣненіи длины члена А. Куперъ основывалъ свой вывихъ къ сѣдалищной вырѣзкѣ; но очевидно, что эта разница длины, не болѣе какъ и легкая разница представляемая поворотомъ члена и сгибаніемъ, не уполномочиваетъ допустить отдѣльный видъ вывиха. Въ самомъ дѣлѣ, помѣщается ли бедренная головка въ подвздошной ямкѣ или противъ самой возвышенной точки сѣдалищной вырѣзки, въ томъ и другомъ случаѣ находится выпуклость ягодицы, возвышеніе ягодичной складки, расширеніе верхней части бедра. Ощущается также, хотя это и отвергали, бедренная головка скрытая подъ ягодичными мышцами, и большой вертелъ, сближенный съ подвздошнымъ гребнемъ и подавшійся кзади. Бедро бываетъ согнуто, приведено и поворочено внутрь, укороченіе члена, невозможность движеній отведенія и поворота кнаружи, между-тѣмъ какъ остаются возможными сообщенныя движенія сгибанія и приведенія; однимъ словомъ, всѣ тѣ же явленія, какъ и въ подвздошномъ вывихѣ авторовъ.

В) *Сѣдалищный вывихъ* представляетъ большую часть явленій, описанныхъ нами въ подвздошно-сѣдалищномъ вывихѣ, съ нѣкоторыми легкими видоизмѣненіями. Выпуклость ягодицы, сгибаніе бедра, приведеніе и поворотъ внутрь, и направленіе большого вертела кзади отъ вертлужной впадины, когда бедро согнуто подъ прямымъ угломъ къ тазу; разница относится только:

- 1) къ положенію большого вертела, находящагося ниже, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, и болѣе отдаленнаго отъ подвздошнаго гребня;
- 2) къ точному положенію бедренной головки, которая ощущается на нижней части ягодицы, подъ сѣдалищнымъ бугромъ и позади его, такъ что выпуклость ягодицы особенно увеличена кнаружи и книзу; между-тѣмъ какъ верхняя часть ея слегка сдавлена;
- 3) къ длинѣ члена, увеличивающейся повидимому 1 — 2 сантиметрами, когда измѣрять его въ разгибаніи, и напротивъ, укорачивающейся

при измѣреніи въ сгибаніи, что легко объяснить себѣ, вспомнивъ, что бедренная головка находится ниже и позади вертлужной впадины.

С) *Сѣдалищно-лонный вывихъ*. — Обезображеніе чресленной стороны состоитъ въ сплюсненіи ягодицы и въ сглаженіи вертельнаго выстоянія, замѣняющагося даже вогнутостью. Ягодичная складка ниже, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; внутренняя и верхняя часть бедра представляетъ очень выразительную выпуклость, происходящую отъ присутствія бедренной головки, которая приподнимаетъ мышцы, прикрѣпляющіяся къ нисходящей лонной вѣтви: осязаніемъ дѣйствительно ощущается бедренная головка, лежащая снаружи этой вѣтви и надъ сѣдалищнымъ бугромъ; движенія, сообщаемыя бедру, сообщаются и этой выпуклости, и служатъ для распознаванія ея.

Бедро согнуто къ тазу, въ усиленномъ отведеніи и вмѣстѣ съ тѣмъ поворочено кнаружи. Сравнивая членъ съ конечностью здоровой стороны, приведенною въ возможно-одинаковое съ нимъ положеніе, находимъ удлинненіе въ 3 — 5 сантиметровъ: нѣкоторые авторы обозначали удлинненіе еще значительнѣе, но вѣроятно это была ошибка, происходившая отъ уклоненія таза.

Движенія приведенія, разгибанія, поворота внутрь, невозможны; сообщенныя движенія сгибанія и отведенія не совѣмъ воспрепятствованы.

Д) *Подвздошно-лонный вывихъ* характеризуется сглаженіемъ выстоянія вертела, который сближается съ срединной линіею и лежитъ на пути линіи, вертикально нисходящей отъ передне-верхней подвздошной ости, возвышеніемъ ягодичной складки, присутствіемъ въ паху окруженной опухоли, у жирныхъ людей иногда трудно ощущаемой осязаніемъ, особенно если очень развиты мышцы и смѣщеніе не очень обширно. Бедро въ отведеніи и поворочено кнаружи; однако жъ, по Мальгеню, когда смѣщеніе достигаетъ большей обширности, въ слѣдствіе давленія тяжести тѣла на нижніе члены, то бедренная головка постепенно подается кзади, обходя подвздошно-лонную вырѣзку, и членъ снова поворачивается внутрь. Членъ укороченъ на 2 — 5 сантиметровъ; произвольныя движенія невозможны; можно однако жъ увеличить отведеніе и поворотъ кнаружи; приведеніе и круговой поворотъ внутрь невозможны.

Въ этомъ-то особенно видѣ вывиха замѣчаемо было, говорятъ, задержаніе мочи, явленіе странное въ подобномъ поврежденіи, и которое Ришранъ объяснялъ, въ одномъ случаѣ, отклоненіемъ мочевого канала.

Сравнительная таблица четырехъ видовъ вывиховъ бедра.

Вывихъ подздошно-сѣдалищный.	Вывихъ сѣдалищный.	Вывихъ съдвигно-лонный.	Вывихъ подздошно-лонный.
Выпуклость ягодицы.	Выпуклость ягодицы внизу и снаружи.	Сплюсненіе ягодицы, вдавленіе на высотѣ большаго вертела.	Сплюсненіе ягодицы.
Возвышеніе ягодичной складки.	Головка бедра ошупывается непосредственно надъ сѣдалищною костью.	Пониженіе ягодичной складки.	Бедренная головка ошупывается въ паху.
Возвышеніе и направленіе большаго вертела къзади.	Пониженіе и направленіе большаго вертела къзади.	Бедренная головка ошупывается на внутренней и верхней части бедра, впереди сѣдалищной кости.	Бедренная головка ошупывается въ паху.
Легкое сгибаніе бедра.	Легкое сгибаніе бедра.	Сгибаніе бедра.	Разгибаніе бедра.
Приведеніе.	Приведеніе.	Отведеніе.	Отведеніе.
Поворотъ внутрь.	Поворотъ внутрь.	Поворотъ кнаружи.	Поворотъ кнаружи, или, при очень обширномъ смѣщеніи, внутрь.
Легкое сгибаніе голени къ бедру.	Легкое сгибаніе голени къ бедру.	Сгибаніе голени къ бедру.	Разгибаніе голени съ бедромъ.
Укороченіе на 1 — 4 сантиметра.	Удлинненіе на 1—2 сантиметра при разгибаніи, укороченіе при сгибаніи.	Удлинненіе на 3 — 5 сантиметровъ.	Укороченіе на 1 — 3 сантиметра.
Сообщенныя движенія возможны, исключая отведеніе и поворотъ кнаружи.	Сообщенныя движенія возможны, исключая отведеніе и поворотъ кнаружи.	Сообщенныя движенія возможны, исключая приведеніе, поворотъ внутрь и разгибаніе.	Сообщенныя движенія возможны, исключая приведеніе и поворотъ внутрь.

Распознаваніе. — Бедренные вывихи можно смѣшать съ переломами шейки бедра, излеченными произвольными вывихами и врожденными вывихами.

Переломъ шейки бедра. Здѣсь можно впасть въ двѣ ошибки: или принять переломъ за вывихъ, или, что гораздо рѣже, принять вывихъ за переломъ.

Переломы принятые за вывихи. Подобное недоразумѣніе можетъ преимущественно случиться въ такихъ переломахъ, въ которыхъ круговой поворотъ нижняго члена, вмѣсто того чтобъ быть кнаружи, какъ это бываетъ въ безконечномъ большинствѣ случаевъ, происходитъ, напротивъ, внутрь; тогда можно смѣшать переломъ съ подвздошно-сѣдалищнымъ вывихомъ. Въ томъ и другомъ случаѣ почти съ одинаковыми свойствами являются: обезображеніе чресленной стороны, положеніе члена, боль, разстройства отправленій. Притомъ, поворотъ бедра внутрь, фактъ чрезвычайно рѣдкій въ переломѣ, удаляетъ отъ мысли хирурга всякое предположеніе о нарушеніи непрерывности кости. Но, для избѣжанія ошибки, достаточно вспомнить, что при вывихѣ всегда довольно легко, ощупывая ягодичную сторону, распознать смѣщенную бедренную головку, явленіе, котораго не бываетъ при переломѣ.

Если, напротивъ, послѣ перелома бедренной шейки поворотъ происходитъ кнаружи, какъ это всегда почти бываетъ, то его можно смѣшать только съ подвздошно-лоннымъ вывихомъ. Такая ошибка, по видимому, труднѣе; однако жъ въ нее впадали самые опытные хирурги. Такъ, Лисфранкъ, повѣривъ, въ одномъ случаѣ, существованію подвздошно-лоннаго вывиха, много разъ пытался произвести вправленіе «у одного больнаго, который представлялъ укороченіе въ 3 дюйма, поворотъ члена кнаружи, съ присутствіемъ въ паху твердой, округленной опухоли, которая принята была за бедренную головку: только послѣ попытокъ вправленія увидѣли, что здѣсь переломъ.»

Вывихи, которые можно принять за переломы. Трудно понять подобную ошибку; однако жъ мы были свидѣтелями подобнаго факта. Одинъ больной, котораго рука захвачена была ремнемъ паровой машины и который увлеченъ былъ въ круговое движеніе, такъ что разъ десять перевернулся съ чрезвычайною быстротою въ отверстіи стѣны въ 20 квадратныхъ дюймовъ, принесенъ былъ въ госпиталь Св. Людовика; бедро слегка укорочено было и поворочено кнаружи; въ паховой складкѣ не было опухоли; движенія, сообщаемыя члену, были хотя болѣзненны, однако жъ еще возможны; однимъ словомъ сумма признаковъ заставляла допустить существованіе перелома бедренной шейки. Основываясь на этой діагностикѣ, рѣшили наложить аппаратъ; но едва начато было вытягиваніе для возвращенія члену нормальной длины его,

какъ вывихъ вправился съ характеристическимъ своимъ щелканьемъ. Когда больной умеръ, въ ту же ночь, отъ другихъ поврежденій, то мы могли убѣдиться, что у него былъ неполный подвздошно-лонный вывихъ. Въ самомъ дѣлѣ, бедренная головка лежала на краѣ вертлужной впадины, подъ передне-нижнею подвздошною остью. Такъ какъ на трупѣ одно только это смѣщеніе и можно было произвести, то мы и заключили, что именно въ этомъ мѣстѣ находилась бедренная головка до вправливанія. Подобной ошибки можно избѣгнуть, помня, что при переломѣ легко возратить члену нормальную длину его; между-тѣмъ какъ въ вывихѣ невозможно.

Нѣкоторые авторы указывали на ушибъ чресленной стороны какъ причину ошибочной діагностики; но достаточно самаго маленькаго вниманія для избѣжанія на этотъ счетъ всякаго недоразумѣнія.

Мы для памяти только упоминаемъ о врожденныхъ вывихахъ, излеченныхъ произвольныхъ вывихахъ и давнихъ вывихахъ: достаточно разспросить больного, чтобъ не ошибиться въ нихъ. Напомнимъ однако жъ одинъ фактъ, обнародованный нѣсколько лѣтъ тому назадъ. Въ одномъ изъ парижскихъ госпиталей дѣлали столь сильныя попытки вправливанія бедреннаго вывиха, что разорвалась кожа. Вывихъ былъ двадцатилѣтней давности! Безполезно прибавлять, что эти попытки были безплодны. Больной, надѣясь излечиться отъ своего безобразія, позаботился скрыть давность своего вывиха.

Предсказаніе. — Бедренные вывихи вообще важны, потому что нужно значительное насиліе для произведенія смѣщенія, насиліе, производящее вокругъ раненаго сочлененія ушибы, разрывы, могущіе повести за собою страшные припадки. Я видѣлъ въ Неккеровомъ госпиталѣ, въ отдѣленіи А. Берара, одного каменьщика, который умеръ отъ обширнаго нагноенія въ ягодицѣ и чреслобедренномъ сочлененіи, происшедшаго въ слѣдствіе вывиха бедра, казавшагося сначала очень простымъ и котораго вправливаніе не было очень трудно.

Они могутъ быть важны и потому еще, что не всегда возможно достигнуть вправливанія, даже наилучше соображенными методами. Въ госпиталь Св. Людовика, въ отдѣленіе Жерди, поступилъ одинъ больной, у котораго вывихъ произошелъ только за нѣсколько часовъ. Въ теченіи нѣсколькихъ дней сряду, пробовали самыя сильныя попытки вправливанія, и онѣ остались безъ успѣха. Послѣдняя попытка сдѣлана была Седильо, въ присутствіи Жерди, Бландэна, Ложье и Сансона. Она также не удалась, и больной вышелъ изъ госпиталя, не вылечившись отъ своего вывиха. Въ томъ же году, подобный фактъ повторился въ госпиталѣ Charité, въ отдѣленіи Вельпо. Дѣло шло также,

какъ и въ предыдущемъ случаѣ, о совершенно свѣжемъ подвздошномъ вывихѣ.

Правда, что этимъ случаямъ можно противопоставить нѣкоторыя вправленія, полученные такъ-сказать шутя, чрезъ сообщеніе члену самаго легкаго движенія.

Хотя и случалось получать вправленіе нѣкоторыхъ бедренныхъ вывиховъ черезъ два, три мѣсяца и даже позднѣе, но вообще надобно ждать большихъ трудностей, часто даже непреодолимыхъ, когда вывихъ давнѣе сорока дней.

Осложненія, сопровождающія иногда это поврежденіе, также увеличиваютъ важность его. Переломы вертлужной впадины располагаютъ къ послѣдственнымъ смѣщеніямъ и оставляютъ нѣкоторую затруднительность въ движеніяхъ сочлененія. Бедренные переломы препятствуютъ вправленію, и притомъ, для происхожденія своего, требуютъ очень значительныхъ насилій, отъ чего и сопровождаются очень сильными ушибами.

Леченіе. — Самая обще-принятая метода состоитъ въ произведеніи влеченій за нижній членъ, между-тѣмъ какъ тазъ удерживается противувытягивающею петлею. Вправленіе оканчивается приложеніемъ.

Казалось бы, что разное положеніе бедренной головки должно повлечь за собою капитальную разницу въ способахъ вправленія; однако жъ этого не бываетъ. Одна и та же метода прилагается къ вправленію и подвздошно-сѣдалищнаго, и сѣдалищнаго, и подлоннаго вывиховъ. Вотъ въ чемъ она состоитъ.

Раненый кладется на здоровый бокъ, на невысокой постели; вывихнутое бедро сгибается подъ прямымъ угломъ къ тазу, а голень сгибается подъ прямымъ угломъ къ бедру; противувытягивающая тесемка проводится чрезъ паховую складку больной стороны; оба конца этой тесемки проводятся для укрѣпленія таза въ недвижности, одинъ сзади по сѣдалищной кости, другой спереди по передне-верхней подвздошной ости, связываются между собою и привязываются къ кольцу, ввинченному въ стѣну на высотѣ постели. Вытягивающая петля, очень крѣпко прилаживается надъ колѣномъ, по правиламъ, изложеннымъ нами въ общемъ описаніи вывиховъ (см. выше, стр. 160), и отдается помощникамъ или еще лучше прилаживается къ системѣ полиспаста. Расположивъ все такимъ образомъ, помощники начинаютъ вытягиваніе, сперва медленно, по оси бедра, уложеннаго въ указанное нами положеніе. Въ продолженіе этого времени самъ хирургъ только наблюдаетъ за правильностью дѣйствій; онъ и глазомъ и рукою слѣдуетъ за движеніями сообщаемыми бедру, и помощникъ, назначенный наблюдать за динамометромъ, сообщаетъ ему, какая употреблена сила вытягиванія; потомъ, ко-

гда особенный звукъ, толчокъ происходящій въ чреслевой сторонѣ, показываютъ, что головка возвратилась на свое мѣсто, онъ заставляетъ прекратить вытягиваніе.

А. Куперъ очень хвалитъ эту методу, удающуюся, по его мнѣнію, и тогда даже, когда вытягиванія дѣлаются по направленію не совсѣмъ правильному. Мы можемъ только сказать, что съ полнымъ успѣхомъ употребляли ее въ вывихахъ подвздошно-сѣдалищномъ и подвздошно-лонномъ; но въ этомъ послѣднемъ случаѣ необходимо накладывать поперечную тесемку на верхнюю часть бедра, и время отъ времени останавливать вытягиваніе, производимое полиспастомъ. И обыкновенно, въ моментъ остановки вытягиванія, головка, высвобожденная боковымъ влеченіемъ, входитъ въ вертлужную впадину.

При подвздошно-лонныхъ вывихахъ, мы думаемъ, лучше было бы производить вытягиваніе по тому направленію, которое дано члену смѣщеніемъ, т. е. косвенно кнаружи, а противувытягиваніе по направленію оси туловища: слѣдовательно больной долженъ лежать на спинѣ, а голень должна быть разогнута отъ бедра. Скажемъ однако жъ, что Обри обнаруживалъ одинъ случай вправливанія этого рода вывиха, достигнутого по выше изложенной методѣ.

У взрослыхъ и здоровыхъ людей мы не разъ видали, что сила вытягиванія, безъ всякихъ послѣдствій, превышала тяжесть 250 килограммъ. Но рѣдко случается доходить до этой цифры. И именно въ этихъ-то вывихахъ можно съ пользою употреблять умѣренное и долго поддерживаемое вытягиваніе.

Въ нѣкоторыхъ вправливаніяхъ, достигнутыхъ полиспастомъ, замѣчено, что головка возвращается на свое мѣсто безъ всякаго звука. Хирургъ долженъ знать объ этомъ фактѣ, чтобъ не продолжать безъ нужды вытягиванія, которое притомъ и не безопасно. Если измѣненіе, происшедшее въ соотношеніи костей, заставляетъ его предполагать, что вправливаніе достигнуто, то должно прекратить вытягиваніе, и постараться опредѣлить, сохранило ли бедро свое неправильное положеніе, или приняло свое нормальное мѣсто.

Иногда вправливаніе вспомоществуется давленіями ладонью руки на бедренную головку. Въ другихъ случаяхъ необходимо сообщать бедру легкія круговыя движенія. Для этого, хирургъ охватываетъ одной рукою колѣно больной стороны, а другою голень, согнутую подъ прямымъ угломъ, которая служитъ ему вмѣсто рычага. Понятно, что эти движенія, сообщаясь бедренной головкѣ, могутъ направить ее къ вертлужной впадинѣ.

Совѣтовали еще производить поперечное влеченіе помощію тесемки, наложенной на верхнюю часть бедра и которой концы связываются та-

кимъ образомъ, что образуютъ кольцо, въ которое хирургъ вдѣваетъ свою голову, что и позволяетъ ему, если онъ выпрямляется, производить довольно сильное влеченіе для высвобожденія бедренной головки.

Депрё обнародовалъ, въ 1835 г., методу чрезвычайно замѣчательную по простотѣ своей и по дѣйствительнымъ услугамъ, оказаннымъ ею въ нѣкоторыхъ трудныхъ случаяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, этотъ хирургъ былъ такъ счастливъ, что имѣлъ удачи даже тамъ, гдѣ самыя сильныя влеченія, произведенныя по выше изложенной методѣ, не имѣли ни какого успѣха.

Эта метода состоитъ въ сгибаніи голени къ бедру, а бедра къ тазу, даже въ преувеличеніи сгибанія и приведенія этого члена, и потомъ въ сообщеніи ему легкаго круговаго движенія кнаружи, между-тѣмъ какъ онъ въ то же время оборачивается въ приведеніе. Эта метода описана уже у Путь (въ его *Mélanges de chirurgie*), который приписываетъ ее одному армейскому хирургу, по имени Maison-Neuve; но послѣдній прилагалъ ее только къ подлоннымъ вывихамъ. Эта метода не всегда бывала удачна, даже когда правильно употреблена была; однако жъ, по нашему мнѣнію, ее всегда не мѣшаетъ попробовать, потому что она легко выполняема, не требуетъ помощниковъ и даже почти безболѣзненна.

Послѣ вправливанія замѣчаютъ, что членъ бываетъ нѣсколько длиннѣе здороваго, — избытокъ длины, не медлящій исчезнуть. Часто этого явленія даже и вовсе не бываетъ.

Такъ какъ сумка широко бываетъ разорвана, то на нѣсколько дней членъ должно оставить въ совершенномъ покоѣ; благоразумно даже будетъ не вдругъ довѣрять тяжесть тѣла нижнему члену, а подождать съ ходьбою еще нѣсколько недѣль.

ГЛАВА XXXIV.

Вывихи колѣна.

Колѣнный суставъ составляютъ три кости, бедро, большое берцо и колѣнная кость: отсюда и нѣсколько видовъ вывиховъ. Мы опишемъ 1) подъ именемъ вывиха колѣнной кости тѣ смѣщенія, въ которыхъ эта кость теряетъ свои нормальныя отношенія съ бедромъ, и 2) подъ именемъ вывиха большаго берца смѣщенія этой кости по отношенію къ бедру.

§ 1. Вывихи коленной кости.

Вывихи коленной кости очень рѣдки; Бойе и А. Куперъ видѣли только по одному примѣру ихъ; Дюпюитренъ, въ своей огромной практикѣ, встрѣтилъ ихъ только три раза. Не удивительно поэтому самыя противорѣчащія мнѣнія, высказанныя о болѣзни такъ рѣдко наблюдаемой въ практикѣ; отъ того, читая описанія ея, нельзя не видѣть, что они составлены болѣе теоретически по анатомическимъ даннымъ, чѣмъ по клиническому наблюденію. Мальгенъ, пораженный этимъ общимъ недостаткомъ всѣхъ классическихъ описаній, собралъ всѣ факты, которыми до сихъ поръ владѣетъ наука, и изъ строгаго критическаго разбора всѣхъ этихъ фактовъ извлекъ описаніе, имѣющее всю цѣну клиническаго описанія *).

Мы послѣдовательно будемъ говорить: 1. о вывихахъ *кнаружи, полною и неполною*, 2. о вывихѣ *внутрь*, и 3. о *вертикальныхъ* вывихахъ, или *съ-полю, внутреннемъ и наружномъ*.

Мы не понимаемъ въ этой классификаціи такъ-называемыхъ вывиховъ вверхъ и внизъ. Первые обыкновенно описываются, въ хирургическихъ учебникахъ, подъ именемъ разрыва коленно-костной связки. Что касается до вторыхъ, то они не могутъ быть безъ предварительнаго разрыва или лучше глубокаго раздѣленія мышцъ передней стороны бедра; эти поврежденія слишкомъ далеки отъ того, что обыкновенно разумѣется подъ именемъ вывиха, чтобъ ихъ описывать какъ разность этой болѣзни. То же должно сказать и о тѣхъ смѣщеніяхъ коленной кости, которыя сопровождаютъ вывихи большаго берца отъ бедра. Наконецъ нѣкоторые авторы упоминаютъ еще о *выворотномъ* вывихѣ, въ которомъ коленная кость, вполне перевернувшись, представляетъ вмѣсто передней своей поверхности заднюю, а вмѣсто задней переднюю; но существованіе такихъ смѣщеній очень сомнительно: Мальгенъ, старательно изслѣдовавъ всѣ факты, описанные подъ этимъ именемъ Сю, Гевэномъ, Козомъ и Вольфомъ, считаетъ ихъ вертикальными вывихами, и объясняетъ ошибку этихъ хирурговъ неясностью, господствовавшей тогда въ исторіи этихъ смѣщеній.

Анатомическія понятія. — Коленная кость сочленяется съ межмыщелковымъ блокомъ выпуклою поверхностью, раздѣляемою срединнымъ гребнемъ на двѣ равныя части. Изъ обѣихъ этихъ малыхъ поверхностей, одна, наружная, вогнута; другая подраздѣляется на двѣ новыя меньшія плоскости, изъ коихъ одна, самая малая и самая внутренняя, сочле-

*) Malgaigne, *Mémoire sur la détermination des diverses espèces de luxations de la rotule; leur traitement et leurs signes*; — *Gazette médicale*, 1836.

няется, при сгибаніи колѣна подѣ прямымъ угломъ, съ краемъ внутренняго мышцелка, между тѣмъ какъ при полусгибаніи она отдаляется отъ этого мышцелка, который остается тогда въ соотношеніи только съ среднею плоскостью. Отъ такого расположенія происходитъ, что внутренній край колѣнной кости имѣеть, по видимому, большую толщю, чѣмъ наружный край, обстоятельство, которое, вмѣстѣ съ меньшимъ выстояніемъ межмышцелкового жолобка кнутри; объясняетъ, отъ чего колѣнная кость доступнѣе для наружныхъ насилій на своемъ внутреннемъ, чѣмъ на наружномъ краѣ.

Бедренные мышцелки соединяются межмышцелковымъ жолобомъ, надъ которымъ находится довольно глубокое вдавленіе, *надмышцелковое вдавленіе*, которое необходимо знать для объясненія нѣкоторыхъ фактовъ, относящихся къ вывиху.

Колѣнная кость укрѣпляется въ нормальномъ своемъ положеніи: 1) связкою колѣнной кости и сухою жилою передней бедренной мышцы, прикрѣпляющимися, одна къ верхушкѣ, другая къ ея основанію; 2) фиброзными пучками, боковыми связками колѣнной кости (Мальгень), которые прикрѣпляются по краямъ ея и направляются къ буграмъ мышцелковъ: они покрыты фибрознымъ растяженіемъ треугольной мышцы.

Соотношенія костей при различныхъ положеніяхъ голени суть слѣдующія: при разгибаніи, колѣнная кость заходитъ за бедренный блокъ больше-чѣмъ половиною высоты своей, такъ что углы этой кости находятся противъ линіи поперечно проходящей чрезъ средину надмышцелкового вдавленія; при сгибаніи подѣ прямымъ угломъ, или лучше, при усиленномъ сгибаніи, колѣнная кость глубоко входитъ промежъ мышцелковъ.

1) *Вывихи кнаружи*. — А. Полный. Это самый частый изъ вывиховъ колѣнной кости; Мальгень отыскалъ одиннадцать наблюденій надъ нимъ. Въ этой разности, колѣнная кость вполнѣ отходитъ отъ хрящевой поверхности бедренныхъ мышцелковъ и помѣщается на наружной сторонѣ этой кости. Бойе и А. Куперъ утверждаютъ, что это поврежденіе не можетъ произойти отъ однихъ только наружныхъ насилій; они предполагаютъ, что вывиху всегда должна способствовать предварительная уродливость колѣна или расслабленіе связокъ. Намъ не кажется необходимымъ это предрасположеніе, зависящее отъ состоянія сочлененія. Не видимъ ли мы ежедневно, что самыя неподатливыя связки разрываются отъ насилія, производящаго вывихъ? Почему же не допустить того же для колѣнной кости?

Патологическая анатомія. — Колѣнная кость, отошедшая отъ передней поверхности бедренныхъ мышцелковъ, помѣщается снаружи,

такъ что суставная ея поверхность упирается въ наружный мыщелокъ. Ось колѣнной кости не параллельна оси бедра, но становится нѣсколько косвенною къзади и книзу. Колѣнные мышцы, особенно обширная внутренняя, сильно натянуты, образуютъ подъ кожей выпуклость косвенную книзу и кнаружи; колѣнная связка подается въ противное направленіе. Боковыя связки колѣнной кости, особенно внутренняя, разрываются. Опыты, дѣланные Мальгеномъ, доказываютъ, что разрывъ простирается довольно высоко на сухожильныя растяженія треглавой мышцы.

Причины и механизмъ. — Вывихъ колѣнной кости кнаружи можетъ происходить отъ двоякаго рода причинъ: наружнаго насилія и мышечнаго сокращенія.

Расположеніе сочлененія колѣнной кости съ бедромъ объясняетъ частость этого вывиха сравнительно съ вывихомъ кнутри. Правда, наружный бедренный мыщелокъ выдается болѣе внутренняго, отъ чего колѣнной кости труднѣе выскользнуть кнаружи; но, съ другой стороны, отсутствіе выстоянія внутренняго мыщелка, болѣе значительная толщина колѣнной кости кнутри, представляютъ большую поверхность внѣшнимъ дѣателямъ и дѣлаютъ легче вывихъ кнаружи.

Исслѣдуя отношенія колѣнной кости съ бедромъ, при разныхъ положеніяхъ голени, видимъ, что, при сгибаніи, она крѣпко прикладывается къ бедру, такъ-сказать прячется между мыщелками; что внутренній край ея не представляетъ уже поверхности достаточной для дѣйствія наружнаго насилія, которое, дѣйствуя тогда вмѣстѣ и на бедро и на колѣнную кость, не производитъ вывиха. При разгибаніи, напротивъ, очень подвижная колѣнная кость легко можетъ смѣститься въ бокъ и представляетъ внутреннимъ своимъ краемъ большую поверхность для дѣйствія наружныхъ насилій. Замѣчательно однако жъ, что Мальгенъ не могъ произвести на трупѣ вывиха колѣнной кости, при разогнутой голени, безъ предварительнаго раздѣленія боковыхъ связокъ. Онъ предполагаетъ, что, въ этомъ случаѣ, чрезвычайная слабость связокъ противится разрыву ихъ, а слѣдовательно и окончательному смѣщенію. Поэтому надобно предположить, что вывихъ скорѣе произойдетъ при слегка согнутомъ положеніи голени — расположеніе, которое, натягивая боковыя связки, позволить имъ разорваться, между тѣмъ какъ внутренній край колѣнной кости представляетъ еще поверхность достаточную для дѣйствія наружныхъ насилій. Такъ объясняется происхожденіе этого вывиха у двухъ ѣздоковъ, которые, ѣхавъ галопомъ, встрѣтились и столкнулись между собою колѣнами въ противоположномъ направленіи. Паденіе также можетъ произвести подобное смѣщеніе.

Можетъ ли мышечное сокращеніе произвести полный вывихъ колѣнной кости? Это допускается послѣ наблюденія Кретъена, приведен-

наго Мальгеномъ. Но случай Кретьена кажется намъ неполнымъ ея вывихомъ кнаружи. Въ самомъ дѣлѣ, тамъ сказано, что «колѣнная кость, помѣстившаяся на передней части наружнаго бедреннаго мышцелка, представляла значительное выстояніе.» Это не есть свойство полнаго вывиха, а именно неполнаго. И трудно понять, чтобъ спазмодическое сокращеніе, ограниченное одной обширной наружною мышцею, потому что обширная внутренняя оставалась безъ дѣйствія, могло увлечь колѣнную кость кнаружи.

Симптоматологія. — Колѣно обезображено; оно сплющено спереди кзади, и ниже, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Если проводить руку вокругъ колѣннаго сочлененія, то впереди ощущается значительное вдавленіе, соответствующее межмышцелковому жолобу; снаружи твердая опухоль, мало подвижная, образуемая колѣнною костью, нѣсколько косвенно прилежащею къ наружной поверхности наружнаго бедреннаго мышцелка, между тѣмъ какъ передняя ея поверхность обращена кнутри, а передній край ея приподнимаетъ кожу спереди. Надъ бедренными мышцелками ощущается косвенно книзу натянутая струна, образуемая обширною внутреннею мышцею; подъ этими мышцелками, выпуклость образуемая колѣнною связкою, выдающеюся кнаружи и вверхъ и встрѣчающеюся съ верхушкою колѣнной кости. Голень иногда разогнута, но обыкновеннѣе согнута къ бедру. Нѣкоторые авторы увѣряли, будто голень всегда бываетъ разогнута; но наблюденіе доказало, что часто также она бываетъ согнута подъ тупымъ угломъ къ бедру. Мальгенъ, приведшій одинъ случай вывиха съ разгибаніемъ голени, справедливо полагаетъ, что это было исключительное явленіе. Въ самомъ дѣлѣ, когда колѣнная кость подается кнаружи, то мышцы разгибающія голень не могутъ дѣйствовать такъ сильно, чтобъ преодолѣть дѣйствіе сгибающихъ мышцъ, и голень увлекается въ сгибаніе. Такъ бываетъ въ большей части полныхъ вывиховъ кнаружи, и то же замѣчается въ неправильныхъ вывихахъ.

Произвольныя движенія невозможны; сообщенныя движенія не обширны и очень болѣзненны.

Распознаваніе. — Этого вывиха нельзя смѣшать ни съ какимъ другимъ смѣщеніемъ колѣнной кости, и ошибка здѣсь возможна развѣ въ томъ только случаѣ, когда было бы значительное излитіе вокругъ сочлененія.

Предсказаніе мало важно; вывихъ довольно легко вправить, только надобно бояться, чтобъ онъ не повторился, потому что это часто было замѣчаемо.

Леченіе. — Для вправленія этого вывиха, можно положиться на одну только методу, предложенную Валентиномъ. Она состоитъ вотъ

въ чемъ: больной лежитъ въ постели; хирургъ охватываетъ пятку больного члена и постепенно приподнимаетъ голень до того, что она приходитъ въ полное разгибаніе отъ бедра; онъ продолжаетъ приподнимать членъ, чтобъ привести бедро къ тупому углу съ туловищемъ, и тѣмъ ослабить разгибающія мышцы; тогда, отдавъ членъ помощнику, онъ охватываетъ обѣими руками большое колѣно, и, давя большими пальцами на наружный край колѣнной кости, отдавливая ее кпереди, потомъ кнутри; для вправливанія можетъ быть довольно одной руки: тогда рука накладывается плоско и колѣнная кость отдавливается большимъ пальцемъ и возвышеніемъ тенаръ.

Послѣ вправливанія, больной оставляется въ постели на 30—40 дней, для предотвращенія рецидива; колѣно удерживается повязкою Скюльтѣ, или неподвижнымъ аппаратомъ; когда больной встанетъ, то не худо заставить его поддерживать колѣно наколѣнникомъ.

В. *Неполный вывихъ*. Этотъ вывихъ долженъ быть повидимому чаще предыдущаго. Таково мнѣніе Бойѣ; но Мальгенъ собралъ факты, которые доказываютъ, что онъ случается, напротивъ, гораздо рѣже.

Патологическая анатомія. — Обыкновенно говорятъ, что, въ неполномъ вывихѣ, малая внутренняя поверхность колѣнной кости приходитъ въ соприкосновеніе съ наружною частью суставнаго бедреннаго блока, между тѣмъ какъ внутренний край колѣнной кости соответствуетъ дну блока; но Мальгенъ справедливо замѣчаетъ, что подобное смѣщеніе не можетъ остаться неизмѣннымъ; и при томъ, если бѣ таковы были отношенія обѣихъ костей, то голень должна бы быть слегка согнута къ бедру: а между тѣмъ наблюденіе показало, что въ неполныхъ вывихахъ членъ бываетъ въ разгибаніи. По мнѣнію этого автора, не внутренний край колѣнной кости помѣщается между мыщелками и недвижно удерживаетъ ее въ этомъ новомъ положеніи, а верхній и внутренний уголъ ея, который, утвердившись болѣе или менѣе крѣпко въ надмыщелковой ямкѣ, образуетъ главное препятствіе для вправливанія, между тѣмъ какъ передняя поверхность колѣнной кости обращена впередъ и особенно внутрь, такъ что такое смѣщеніе можно назвать, съ Мальгенемъ, *косвеннымъ вывихомъ*.

Причины и механизмъ. — Причинами неполнаго вывиха служатъ тѣ же, что и полнаго вывиха, ударъ, паденіе на колѣно, а также и мышечное сокращеніе. О механизмѣ вывиха чрезъ мышечное сокращеніе возникло нѣсколько споровъ, о которыхъ намъ слѣдуетъ упомянуть. По Робѣру, «когда голень образуетъ съ бедромъ тупой уголъ выдающийся внутрь, то колѣнная связка, расположенная по оси голени, и связка происходящая отъ трехглавой и прямой передней мышцъ, соответствующая оси бедра, образуютъ также тупой уголъ. При сокращеніи

разгибающихъ мышцъ, коленная кость должна болѣе или менѣе подаваться кнаружи, слѣдую направлению діагонали этихъ двухъ косыхъ линий. Очень простой опытъ, который я часто повторялъ, доказалъ мнѣ, что это дѣйствительно происходитъ такъ: приложивъ руку на коленную кость худощаваго и довольно мускулознаго субъекта и заставляя его вдругъ сокращать разгибающія мышцы, можно чувствовать, что коленная кость явно подается кнаружи.... Я прибавлю однако жъ, что нѣкоторая узкость бедренныхъ мышцелокъ, слабость коленной связки или замѣтное искривленіе голени, во многихъ случаяхъ, казалось мнѣ, совпадали съ этимъ очень обширнымъ смѣщеніемъ коленной кости, въ дѣланныхъ мною опытахъ.»

По мнѣнію Мальгена, никогда, въ правильно образованномъ сочлененіи, діагональ направленія коленной связки и мышечнаго дѣйствія не отходить столько отъ суставнаго блока, чтобъ подать коленную кость кнаружи наружнаго мышцелка; онъ предполагаетъ, что теорія Робера приложима только къ случаямъ рецидивы: онъ допускаетъ, какъ и въ случаѣ полного вывиха, что это смѣщеніе происходитъ отъ сокращенія одной только обширной наружной мышцы.

Симптоматологія. — Колено обезображено и представляетъ кнаружи выпуклость, которая кажется тѣмъ значительнѣе, что ей противопоставляется внутри вдавленіе на высотѣ внутренняго бедреннаго мышцелка; этотъ мышцелокъ ощущается подъ кожей; наружный край коленной кости выдается впереди и кнаружи; задняя поверхность ея переходитъ за наружный мышцелокъ и также можетъ быть ошупана назадъ; голень разогнута отъ бедра; въ одномъ только наблюдении, приведенномъ Монтежжіа, голень была согнута; но Мальгенъ объясняетъ этотъ фактъ, въ которомъ было еще произвольное вправливаніе, слабостью связокъ колѣна; произвольныя движенія невозможны, а пассивныя очень болѣзненны.

Распознаваніе этого вывиха легко; его можно смѣшать только съ полнымъ вывихомъ, но, для избѣжанія ошибки, довольно простаго изслѣдованія положенія коленной кости.

Предсказаніе менѣе важно, чѣмъ въ предыдущемъ вывихѣ, потому что разрывъ связокъ не такъ значителенъ, больной менѣе расположенъ къ рецидиву и нужно менѣе времени для достиженія сращенія; но слѣдуетъ замѣтить, что вправливаніе неполнаго труднѣе, чѣмъ полного вывиха.

Леченіе. — Мы сказали, что часто труднѣе вправить неполные, чѣмъ полные вывихи. Мальгенъ, намъ кажется, правильно объяснилъ это явленіе, сначала кажущееся страннымъ. Въ неполномъ вывихѣ, говоритъ онъ, коленная кость, остановленная на срединѣ бедра въ косвен-

номъ положеніи, помѣщается внутреннимъ своимъ краемъ въ жирной ткани, наполняющей надсуставную ямку; этотъ край выдавливается себѣ борозду и углубляется въ нее въ видѣ клина, гдѣ опуханіе жирной ткани еще болѣе укрѣпляетъ его. Понятно, что, въ этомъ случаѣ, метода Валентина будетъ безсильна для возвращенія кости на мѣсто. Отъ того и бывають неудачи, какъ напримѣръ случилось съ Сабатье, между-тѣмъ какъ Бойе и Гербертъ Майо достигли вправливанія съ величайшими трудностями. Вотъ способъ, которому надобно слѣдовать въ подобномъ случаѣ: вмѣсто разгибанія голени отъ бедра, надобно ее вдругъ согнуть, чтобъ высвободить внутренній уголъ колѣнной кости и заставить его опуститься на хрящевой блокъ, который, представляя округленную поверхность, крѣпкую, гладкую, не позволить ей остаться въ своемъ косвенномъ положеніи и заставить ее, при помощи мышечнаго дѣйствія, рычагообразно перевѣситься и возвратиться въ нормальное свое положеніе.

Послѣдственное леченіе то же, что и при полномъ вывихѣ.

2) *Вывихъ кнютри*. — Мальгенъ справедливо замѣчаетъ, что полный вывихъ кнютри, допущенный въ первый разъ А. Парё, и потомъ описанный многими знаменитыми авторами, былъ принятъ можетъ-быть безъ достаточныхъ доказательствъ. Онъ опровергаетъ мнѣніе Белля и Каллизена, которые считаютъ его обыкновеннѣе вывиха кнаружи. Въ самомъ дѣлѣ, изслѣдованія его указали только на одинъ фактъ, который могъ быть отнесенъ къ вывихамъ кнютри, это—приведенный въ *Museum anatomicum* Вальтера. По его мнѣнію, это единственный примѣръ полнаго вывиха кнютри. Однако жъ, пересмотрѣвъ описаніе Вальтера, мы не можемъ согласиться съ мнѣніемъ Мальгеня. Мы думаемъ, что тамъ былъ неполный вывихъ, потому что тамъ говорится, что колѣнная кость приняла болѣе косвенное положеніе, что ея верхушка, направленная внутрь, выдавила себѣ суставную поверхность на внутреннемъ большеберцовомъ мыщелкѣ, что основаніе ея направилося кнаружи, задняя ея поверхность сочленялась только съ внутреннимъ бедреннымъ мыщелкомъ, а наружный мыщелокъ потерялъ свою гладкость и сдѣлался шероховатымъ *).

*) «A luxatione, quae in tenera aetate accidit, patella situm magis obliquum obtinuit; apex nimirum introrsum versus internum tibiae condylum sibi faciem articulare paravit; basis extrorsum vergit; superficies posterior cum condylo interno femoris articulationem tantum iniit. Condylus externus femoris non politus sed asper est.» (Walther, *Museum anatomicum*, 2476, n° 678).

Мы согласны съ Мальгенемъ, что положеніе колѣнной кости указано не совсѣмъ опредѣленно; однако жъ намъ кажется, что это описаніе достаточно указываетъ на неполный вывихъ; потому что если бъ онъ былъ полный, то верхушка колѣнной кости наклонялась бы косвенно кнаружи, чтобъ сочленилась съ

Мальгень, правда, приводит въ подтвержденіе своего мнѣнія, что голень была согнута подъ прямымъ угломъ къ бедру, явленіе, которое, по его мнѣнію, можетъ принадлежать полному только вывиху. Но этотъ вывихъ произошелъ еще въ дѣтствѣ; неизвѣстны обстоятельства, среди которыхъ онъ произошелъ; можетъ-быть были осложненія, какъ напримѣръ разрывы сухожилій и мышцъ, которыя могли бы позволить сгибаніе члена; неизвѣстно, не было ли, послѣ происхожденія этого вывиха, какихъ-нибудь болѣзней колѣна, которыя могли бы произвести постепенный вывихъ; наконецъ былъ же случай, правда, исключительный, который видѣлъ Монтежжіа и который сопровождался сгибаніемъ голени, хотя вывихъ колѣнной кости былъ и неполный. Поэтому мы считаемъ себя въ-правѣ, пока наблюденіе не опровергнетъ нашего мнѣнія, отвергнуть существованіе полныхъ вывиховъ колѣнной кости кнутри. Что касается до неполнаго вывиха, то его существованіе подтверждается, по нашему мнѣнію, тѣмъ самымъ фактомъ, о которомъ мы говоримъ теперь. Въ примѣръ этого вывиха приводили и еще одно наблюденіе, заимствованное у Астона Ки; но, для доказательства малой важности этого наблюденія, довольно знать, что больной видѣнъ былъ только однимъ госпитальнымъ ученикомъ, который тотчасъ и вправилъ вывихъ. Что касается до аутопсіи, то она не болѣе доказательна, потому что больной умеръ черезъ мѣсяцъ послѣ происшествія, отъ обширнаго нагноенія въ колѣнѣ, которое, разрушивъ части, должно было набросить сомнѣніе на предсуществовавшее смѣщеніе.

Не считаемъ нужнымъ излагать симптоматологію этого поврежденія, которая была бы только повтореніемъ Вальтерова описанія. Этимъ мы избѣгнемъ упрека, который Мальгень дѣлаетъ большей части классическихъ авторовъ, которые по всякому препарату готовы сочинять симптоматологію, часто воображаемую. Скажемъ только, что, по предположенію, этотъ вывихъ характеризуется явленіями подобными явленіямъ неполныхъ вывиховъ кнаружи. Равно и вправленіе его достигается тѣми же средствами.

внутреннимъ бугромъ большаго берца, между тѣмъ какъ основаніе оборотилось бы кнаружи; между тѣмъ находилось именно обратное расположеніе. Чтобъ истолковать этотъ текстъ такъ, какъ это дѣлаетъ Мальгень, нужно бы было предположить, что авторъ разумѣетъ подъ словами *introrsum* и *extrorsum* центръ или поверхность члена; даже и послѣ этого, слова *cum condylo interno femoris articulationem tantum iniit* показываютъ, что задняя поверхность колѣнной кости не вполне отошла отъ суставной поверхности бедра, но что она сочленяется только съ однимъ мыщелкомъ; здѣсь дѣйствительно говорится о сочлененіи, *articulationem iniit*, а не о простомъ соприкосновеніи, какъ это было бы при полномъ вывихѣ. Наконецъ, допустивъ, что вывихъ былъ полный, трудно понять, что наружный мыщелокъ одинъ только потерялъ свою гладкость.

3) *Вертикальные вывихи или съ-поля.* — До начала текущего вѣка, существованіе этихъ вывиховъ отвергаемо было большею частью классическихъ авторовъ. Теперь оно несомнѣнно, потому что въ наукѣ есть довольно много фактовъ этого поврежденія.

Въ этомъ вывихѣ, коленная кость помѣщается съ-поля, впереди бедра; одинъ изъ угловъ ея лежитъ въ надмыщелковой ямкѣ, другой приподнимается кпереди покровы передней части колѣна; обѣ поверхности направляются, одна кнутри, другая кнаружи. Въ одномъ случаѣ, недавно видѣнномъ докторомъ Пайеномъ, смѣщеніе было такъ полно, что передняя поверхность коленной кости слегка наклонена была кзади, а суставная поверхность кпереди. Когда наружный уголъ коленной кости упирается въ надмыщелковую ямку, то внутренний уголъ выдается подъ кожей, задняя поверхность кости направляется кнутри, передняя кнаружи, и вывихъ называется *вертикальнымъ внутреннимъ*; если, напротивъ, внутренний уголъ лежитъ въ надмыщелковой ямкѣ, то отношенія частей бываютъ обратныя, и вывихъ называется *вертикальнымъ наружнымъ*. Оба они встрѣчаются одинаково часто.

Трудно составить себѣ идею о механизмѣ подобнаго смѣщенія; его однако жъ объясняли мышечнымъ сокращеніемъ, и Мальгень привелъ нѣсколько примѣровъ этого; но самую частою причиною служить паденіе или дѣйствіе наружнаго насилія.

Прежде всего поражаетъ обезображеніе колѣна, гораздо болѣе выдающагося кпереди; рука, проводимая спереди по сочлененію, ощущаетъ выстояніе, образуемое однимъ изъ боковыхъ краевъ коленной кости; съ каждаго боку находятся два глубокія вдавленія; членъ разогнуть и сгибаніе невозможно.

Иногда трудно отличить внутренний вертикальный вывихъ отъ наружнаго, потому что толща и опуханіе частей препятствуютъ распознать края и поверхности смѣщенной кости; но хирургъ легко выйдетъ на настоящій путь по направленію напряженія коленной связки и сухой жилы прямой передней мышцы.

Часто трудно вправить этотъ вывихъ, отъ чего предсказаніе его становится еще важнѣе. При легкости вправливанія, больной скоро получаетъ отправления своего члена; но если вправливаніе невозможно, то можетъ случиться, какъ это бывало, что въ послѣдствіи вывихъ вправится: тѣмъ не менѣе надобно опасаться, что исходъ не будетъ такъ счастливъ.

Для вправливанія этого вывиха должно, держа членъ въ разгибаніи, приподнять голень и согнуть бедро къ тазу для расслабленія разгибающихъ мышцъ, и приподнявъ коленную кость, чтобъ высвободить ее съ занимаемаго ею мѣста, отдавить ее книзу.

Если бъ этого способа было недостаточно, то усиленное сгибаніе, какъ мы совѣтовали его для неполнаго вывиха кнаружи, можетъ доставить хорошій результатъ. Въ одномъ случаѣ, гдѣ эти манёвры были неудачны, Пайенъ, чтобъ высвободить уголь коленной кости, недвижно укрѣпленный въ надмыщелковой ямкѣ, заставилъ больного сократить разгибающія мышцы, такъ, чтобъ оттянуть коленную кость кверху. Вправливаніе тогда легко было. Если бъ не удалось оба эти способа, то должно ли, какъ совѣтовалъ Кюйнъ, прибѣгать къ подъёмнику? Мы думаемъ, что не благоразумно было бы прибѣгать къ этому средству.... Что касается до разрѣза связокъ передней прямой и коленной, который однажды произведенъ былъ Вольфомъ, то мы отвергаемъ подобное средство, потому что оно погубило больного въ томъ единственномъ случаѣ, въ которомъ употреблено было.

§ 2. Вывихи большого берца.

Вывихи большого берца отъ бедра можетъ-быть еще рѣже вывиховъ коленной кости, и наблюденіе доказало, что они всего чаще бываютъ неполные. Такъ какъ соприкосновеніе суставныхъ поверхностей гораздо обширнѣе въ поперечномъ, чѣмъ въ передне-заднемъ направленіи, то *a priori* позволено допустить, что смѣщенія кнутри или кнаружи должны быть гораздо чаще неполными, чѣмъ смѣщенія кзади или кпереди. Факты и здѣсь подтверждаютъ это наведеніе, выведенное изъ анатоміи, потому что нѣтъ ни одного достовѣрнаго примѣра полнаго бокового вывиха; но нельзя того же сказать о передне-заднихъ вывихахъ.

Исслѣдованія Вельпё *) и Мальгена **) доказали, что вывихи кпереди и кзади бываютъ то полными, то неполными. Соглашаясь въ этомъ общемъ фактѣ, эти авторы выразили, касательно относительной частоты обѣихъ разностей передне-задняго смѣщенія, явно различныя мнѣнія. Между-тѣмъ какъ Вельпё считаетъ полные вывихи почти постоянными, а неполные-вывихи чрезвычайно рѣдкими и почти невозможными, Мальгенъ заключаетъ изъ внимательнаго разбора извѣстныхъ фактовъ, что первые исключительны только, а вторые несравненно болѣе часты. Чтобъ объяснить это разногласіе мнѣній, надобно возвратиться къ той эпохѣ, когда обнародованы были исслѣдованія обоихъ этихъ хирурговъ. Въ 1836, всѣ принимали, съ Бойё, что полные вывихи колѣна кзади невозможны, и съ Дювернеемъ, что полныя смѣщенія кпереди никогда не были виданы, однимъ словомъ отвергали существованіе полныхъ

*) Velpeau, *Dictionnaire de médecine*, art. *Genou*, 1836, t. XIV.

**) Malgaigne, *Lettre à M. Velpeau sur les luxations fémoro-tibiales* въ *Archives génér. de médecine*, avril et juin 1837.

вывиховъ, какъ въ передне-заднемъ, такъ и въ боковомъ направленіи. Въ это-то время Вельпѣ, собравъ факты представляемые наукою, провозгласилъ, что полные вывихи колѣна не только существуютъ, но еще и довольно часты относительно къ неполнымъ вывихамъ. Это предложеніе, выведенное изъ разбора двадцати-одного наблюденія, исправляло ошибку, укорененную въ наукѣ. Въ большей части этихъ наблюденій указывалось на укороченіе голени, которое разнилось отъ 5 до 10 сантиметровъ. Въ присутствіи этого признака, трудно было не допустить полного вывиха: однако жъ такое заключеніе не было такъ очевидно, какъ бы можно было думать. Мальгенъ старался доказать, что это укороченіе было только кажущееся, какъ мы это увидимъ въ симптоматологіи, что оно происходитъ только отъ косвеннаго положенія колѣнной кости и колѣнной связки, когда большеберцовая головка подается кзади или кпереди бедренныхъ мышечковъ, и что въ большей части фактовъ, приведенныхъ Вельпѣ, длина члена не потерпѣла ни какого измѣненія: трупическое изслѣдованіе и клиническое наблюденіе подтверждаютъ это мнѣніе, основанное на строгомъ разборѣ всѣхъ извѣстныхъ доселѣ фактовъ.

Изслѣдованія сдѣланныя до сихъ поръ надъ вывихами колѣна заставляютъ насъ слѣдовательно принять: 1) что эти вывихи могутъ быть полными и неполными; 2) что первые рѣдки и наблюдаемы были только въ передне-заднемъ направленіи; 3) что большое берцо можетъ вывихнуться отъ бедра, подаваясь *кзади, кпереди, внутрь и кнаружи*. По нѣкоторымъ фактамъ, къ этимъ четыремъ разностямъ можно прибавить еще двѣ, которыхъ существованіе не такъ однако жъ ясно доказано. Изъ этихъ двухъ послѣднихъ разностей, одна происходитъ при поворотѣ голени вокругъ своей оси, между-тѣмъ какъ бедро остается неподвижнымъ; а другая—отъ смѣщенія одного изъ межсуставныхъ фиброхрящей.

Патологическая анатомія. — 1) *Вывихи кзади*. А. *Неполный*. При неполномъ вывихѣ кзади, большое берцо, отталкиваемое кзади, соотвѣтствуетъ переднимъ краемъ суставныхъ своихъ поверхностей задней части бедренныхъ мышечковъ; послѣдніе, по Мальгеню, упираются въ переднюю оконечность межсуставныхъ фиброхрящей, сдавливаютъ ихъ не смѣщая, или отдавливаютъ эти фиброхрящи кпереди и помѣщаются между переднимъ краемъ впадинъ большого берца и соотвѣтствующею оконечностью фиброхрящевого диска; въ другихъ случаяхъ, одинъ изъ мышечковъ помѣщается надъ соотвѣтствующимъ ему дискомъ, между-тѣмъ какъ противоположный мышечлокъ отдавливаетъ кпереди тотъ, на который онъ опирается. По Вельпѣ, фиброхрящи помѣщаются не подъ бедренными мышечками или впереди ихъ, но непосредственно

сзади, такъ что эти мышелки лежатъ тогда на переднемъ краѣ большеберцовыхъ впадинъ, гдѣ и держатся выстояніемъ этихъ хрящей, препятствующихъ имъ снова подаваться кпереди. Задняя связка и задняя часть сумки разрываются, боковыя связки сильно растягиваются и не-вполнѣ разрываются; связка коленной кости растягивается горизонтально подѣ межмышелковою вырѣзкою, оттягивая книзу и кзади верхушку коленной кости, которая наклоняется книзу и кпереди подѣ угломъ въ 45° . Двойничныя мышцы и подколенная приподнимаются и натягиваются у прикрѣпленія своего къ мышелкамъ, но не разрываются, ни надрываются.

В. Полный. Въ полныхъ вывихахъ кзади, большеберцовые бугры претерпѣваютъ болѣе значительное отхожденіе кзади. Разница, въ этомъ отношеніи, между смѣщеніями полными и неполными не болѣе 2 сантиметровъ. Передняя часть большеберцовыхъ бугровъ помѣщается не тотчасъ подѣ заднею частью мышелковъ, но позади округленной оконечности ихъ, по которой они скользятъ снизу вверхъ, восходя къ прикрѣпленію двойничныхъ и подколенной мышцъ, которыя тогда всего чаще разрываются. Разстройства, замѣчаемая въ суставныхъ связяхъ въ слѣдствіе этихъ смѣщеній, мало разнятся отъ предыдущихъ; боковыя связки претерпѣваютъ болѣе значительные надрывы; связка коленной кости болѣе натянута, не представляя однако жъ ни какого разрыва, какъ это очень хорошо показалъ Мальгень слѣдующимъ опытомъ: «Возьмите свѣжее сочлененіе, перерѣжьте крестообразныя, боковыя и заднюю связки, потомъ согните голень до высшей степени, и тщательно удерживайте коленную кость на занимаемомъ ею мѣстѣ. Если потомъ оборотите голень кпереди, такъ чтобъ коленная кость не перемѣняла мѣста, то вы получите столь полное расхожденіе обѣихъ костей, что между переднимъ краемъ большеберцовыхъ впадинъ и самою заднею точкою бедренныхъ мышелковъ будетъ разстояніе на 4—6 линій. Слѣдовательно коленную кость можно еще подать на 4—6 линій болѣе кпереди, чѣмъ при усиленномъ сгибаніи, и полный вывихъ еще возможенъ; откуда слѣдуетъ, что связочный аппаратъ коленной кости въ этомъ случаѣ никогда не претерпѣваетъ разрыва отъ растягиванія.»

2) *Вывихи кпереди.* — **А. Неполный.** Въ неполномъ вывихѣ большаго берца кпереди эта кость соотвѣтствуетъ средней части бедренныхъ мышелковъ, которые лежатъ на задней части межсуставныхъ фиброхрящей и большеберцовыхъ впадинъ; связка коленной кости ослаблена; коленная кость наклонена вверхъ и впередъ; передняя крестообразная связка разорвана, равно какъ и задняя связка коленного сустава; боковыя связки также отчасти разорваны, равно какъ двойничныя и подколенная мышцы.

В. Полный.—Въ полномъ переднемъ вывихѣ, большеберцовые бугры соотвѣтствуютъ заднимъ краемъ своимъ передней оконечности бедренныхъ мышцелковъ; голень, скользя снизу вверхъ по этимъ мышцелкамъ, полнѣ приподнимаетъ колѣнную кость и ея связку, которая принимаетъ горизонтальное положеніе, накладываясь на верхнюю оконечность большаго берца. Крестообразныя, боковыя и задняя связки въ большей части разрываются; подколѣнная мышца разрывается вполнѣ.

3) *Боковые вывихи.* — Когда большое берцо смѣщается въ бокъ, то одинъ изъ бугровъ его выходитъ изъ соприкосновенія съ соотвѣтствующимъ ему въ нормальномъ состояніи мышцелкомъ, между-тѣмъ какъ другой входитъ въ соотношеніе съ этимъ самымъ мышцелкомъ. Такъ, при вывихахъ кнутри, внутренній бугоръ большаго берца дѣлается свободнымъ, а наружный бугоръ принимаетъ внутренній мышцелокъ; при вывихѣ кнаружи, внутренній бугоръ большаго берца входитъ въ соотношеніе съ наружнымъ мышцелкомъ, а наружный становится свободнымъ и ощущается подъ кожею, равно какъ и внутренній мышцелокъ.

4) *Вывихи чрезъ круговой поворотъ.* — Эти смѣщенія не были еще строго доказаны, и, кажется, чрезвычайно трудны. Дюверней сдѣлалъ большую ошибку, сказавъ, что этотъ родъ смѣщенія наблюдается всего обыкновеннѣе: круговыя движенія голени всего чаще происходятъ отъ силы, подающей ногу или кнутри, или кнаружи, и дѣйствующей на нее какъ на плечо рычага; но тогда это движеніе скорѣе прешагивается сопротивленіемъ лодыжекъ, и особенно наружной лодыжки; чѣмъ разрывается связки колѣннаго сочлененія. Казалось бы, что круговое движеніе, сообщенное только голени, легче могло бы произвести этотъ вывихъ; однако жъ опыты Боннѣ доказали, что, при этомъ дѣйствіи, изъ пятнадцати разъ въ четырнадцать большое берцо переламывается, между-тѣмъ какъ сочлененіе остается нетронутымъ. Смотри по тому, происходитъ ли круговое движеніе снаружи внутрь или снутри кнаружи, смѣщеніе дѣйствуетъ или на наружный бугоръ, или на внутренній бугоръ большаго берца, между-тѣмъ какъ другой остается въ соприкосновеніи съ соотвѣтствующимъ бедреннымъ мышцелкомъ.

Причины и механизмъ. — Мышцелки описываютъ кривую линію столь обширную, что большеберцовые бугры входятъ въ соприкосновеніе задними краями своими съ соотвѣтствующею поверхностью бедра, когда движутся спереди кзади; увеличеніе сгибательнаго движенія никакъ не можетъ произвести неизмѣннаго смѣщенія; поэтому оно и не имѣетъ вліянія на происхожденіе бедро-берцовога вывиха.

Чтобы большеберцовые бугры подались кпереди или кзади, кнутри или кнаружи, вполнѣ или не вполнѣ, наружное насиліе должно дѣйствовать прямо то на верхнюю часть голенной кости, то на нижнюю часть

бедрѣ, то на обѣ эти кости вмѣстѣ, но въ обратномъ направленіи. Такъ, при вертикальномъ стояніи, большое берцо можетъ вывихнуться кзади отъ бедренныхъ мышцелковъ въ-слѣдствіе сильнаго толчка въ передній его бугоръ, если препятствіе, находящееся сзади бедра, удерживаетъ послѣднее въ неподвижности; головка большаго берца подается, напротивъ, кнаружи, если толчокъ передается на внутренній его бугоръ, между-тѣмъ какъ бедро поддерживается на наружной своей поверхности; обратныя условія представляются при внутреннихъ боковыхъ вывихахъ. Смѣщенія большаго берца кпереди возможны, кажется, по тому же механизму; однако жъ извѣстные до сихъ поръ факты повидимому доказываютъ, что когда большеберцовые бугры подаются впередъ мышцелковъ, то смѣщеніе происходитъ не отъ толчка, сообщеннаго голенной кости кпереди, а отъ того, что мышцелки направляются кзади, въ-слѣдствіе толчка сообщеннаго передней ихъ части: эти вывихи, слѣдующіе за движеніями сообщаемыми нижнему концу бедра, могутъ также происходить кзади и въ стороны, между-тѣмъ какъ голень остается неподвижною; но, въ трехъ послѣднихъ разностяхъ, гораздо чаще смѣщеніе происходитъ чрезъ скольженіе большаго берца по бедру, чѣмъ бедра по большому берцу.

Вывихъ кзади можетъ также происходить при полусгибаніи голени: при паденіи на колѣно, когда ударяется о препятствіе одна верхняя часть большаго берца, то съ одной стороны большеберцовая головка отдавливается снизу вверхъ съ силою равною тяжести тѣла, помноженной на скорость паденія, а съ другой, нижняя часть мышцелка отдавливается сверху внизъ съ такою же силою; большеберцовыя впадины, побуждаемые тогда сгибающими мышцами, могутъ податься кзади мышцелковъ: это единственный вывихъ, вспомоцествуемый мышечнымъ дѣйствіемъ.

При смѣщеніи одного только изъ большеберцовыхъ бугровъ, вывихъ всего чаще слѣдуетъ, какъ это видѣлъ А. Куперъ, и Боннѣ доказалъ своими опытами, за круговымъ движеніемъ голени, при которомъ бугоръ, имѣющій смѣститься, поворачивается вокругъ оси члена. Такъ какъ эта ось соотвѣтствуетъ большеберцовой ости, то казалось бы, что, между-тѣмъ какъ одинъ изъ бугровъ голенной кости подается кпереди, другой долженъ бы направляться кзади; такъ дѣйствительно и бываетъ, но не въ равной степени, такъ что оба мышцелка не одновременно отходятъ отъ обѣихъ впадинъ, представляемыхъ межсуставными фиброхрящами: сперва одинъ изъ этихъ мышцелковъ оставляетъ свою впадину, и такъ какъ круговое движеніе довольно трудно, то оно обыкновенно истощается, произведши это первое смѣщеніе. Необходимо прибавить, что эта разность неполнаго вывиха, похожая повидимому на ту, которую Вельпо обозначаетъ именемъ вывиха фиброхрящей, возможна, кажется,

тогда только, когда периферическія связки коѣннаго сочлененія страдаютъ разслабленіемъ, что бываетъ у большей части больныхъ, перенесшихъ суставную водянку коѣна.

Симптоматологія. — 1. *Вывихи кзади.* **А. Неполный.** Голенъ на взглядъ кажется укороченною; однако жъ, если больной принимаетъ вертикальное положеніе, или если прибѣгнуть къ измѣренію нижняго члена, то легко убѣдиться, что это укороченіе только кажущееся и происходитъ отъ смѣщенія связки коѣнной кости, которая, измѣняя свое вертикальное положеніе на горизонтальное, уменьшаетъ повидимому длину голени на протяженіе всей своей собственной длины. Причина этого обмана заключается въ обыкновеніи измѣрять длину голени на пространствѣ между основаніемъ коѣнной кости и складкою подъема ноги, тогда какъ настоящею мѣрою этой длины должно быть протяженіе большаго берца. Коѣнная кость понижена; передняя ея поверхность наклоняется внизъ и впередъ подъ угломъ 45° ; позади нижняго угла ея, коѣно непрерывно продолжается съ переднею поверхностью голени вогнутостью, въ которой можно ощупать подъ покровами выстояніе бедренныхъ мышечекъ и раздѣляющую ихъ вырѣзку. На задней своей поверхности голенъ представляетъ нормальную длину свою; большеберцовые бугры выдаются въ подколѣнную сторону, отодвигаютъ двойничныя мышцы, равно какъ и сосудистыя стволы, и иногда до того прижимаютъ эти послѣдніе, что прерываютъ кровообращеніе и прекращаютъ біеніе ножной артеріи. Надъ выстояніемъ, образуемымъ оконечностью большаго берца, находится вдавленіе, соответствующее нижнему концу бедра. Больные, у которыхъ этотъ вывихъ остается невправленнымъ, сохраняютъ возможность ходьбы съ нѣкоторою хромотою. Мальгенъ видѣлъ одинъ вывихъ этого рода, происшедшій за двѣнадцать лѣтъ: больной могъ безъ усталости пройти нѣсколько лѣ въ день, и не хромалъ.

В. Полный. Въ наукѣ нѣтъ можетъ-быть ни одного совершенно достовернаго примѣра его, такъ что признаки, приписываемые ему, выводятся больше изъ трупическихъ опытовъ, чѣмъ изъ клиническаго наблюденія. Коѣнное сочлененіе представляетъ спереди такое же расположеніе, какъ и въ неполномъ вывихѣ: только выстояніе, образуемое обоими мышечками, нѣсколько замѣтнѣе; коѣнная кость обращена переднею своею поверхностью прямо внизъ; связка ея отчасти закрываетъ межмышечковую вырѣзку; большеберцовые бугры сильно выдаются кзади и прижимаютъ подколѣнные сосуды до того удлинняя ихъ, что или производятъ разрывъ обѣихъ внутреннихъ оболочекъ артерій, или полный надрывъ артеріальнаго и веннаго стволѡвъ. Депрѣ видѣлъ вывихъ большаго берца кзади, произведшій разрывъ подколѣнной вены. Сравнивая относительное положеніе большеберцовыхъ впадинъ и бедренныхъ мы-

щелковъ, можно убѣдиться, что первая занимаетъ болѣе возвышенное мѣсто. Изъ этого свойства вытекають два явленія, важныя для діагностики полныхъ вывиховъ кзади: съ одной стороны, увеличеніе передне-задняго діаметра колѣна, котораго протяженіе удвоится и развится отъ 12 до 13 сантиметровъ; и, съ другой, дѣйствительное укороченіе голени, не превышающее 2 или 3 сантиметровъ. Нѣкоторые авторы, смѣшивая кажущееся укороченіе, равняющееся почти 4 сантиметрамъ, съ дѣйствительнымъ укороченіемъ, едва достигающимъ 3 сантиметровъ, указывали на укороченія въ 6 или 8 сантиметровъ; эта ошибка происходитъ отъ того, что они соединяли оба эти укороченія вмѣстѣ.

Однимъ словомъ, полные вывихи кзади отличаются отъ неполныхъ вывиховъ: 1. горизонтальнымъ, а не косвеннымъ, положеніемъ передней поверхности колѣнной кости, между-тѣмъ какъ голень разогнута; 2. болѣею обширностью передне-задняго діаметра колѣна, который почти удвоится; 3. дѣйствительнымъ укороченіемъ голени.

2. *Вывихи кпереди.* — А. *Неполные.* Голень, разогнутая или слегка согнутая, всего чаще сохраняетъ способность подаваться кпереди и кзади; но эти движенія иногда болѣзненны; она кажется слегка укороченною, потому что, отъ сближенія большеберцовыхъ бугровъ съ колѣнной костью, связка этой послѣдней теряетъ часть кажущейся длины своей; большое берцо выдается подъ мышелками; сквозь покровы можно ощущать суставныя впадины, находящіяся на верхней его оконечности; колѣнная кость обращена передней своей поверхностью вверхъ и впередъ; связка ея, равно какъ и мышца разгибающая голень, въ расслабленіи; бедренныя мышелки, выдаваясь кзади, приподнимають двойничныя мышцы и подколѣнные сосуды, равно какъ и внутренній сѣдалищно-подколѣнный нервъ, отходящіе въ межмышелковую вырѣзку, сдѣлавшуюся свободною чрезъ разрывъ задней связки сочлененія.

В. *Полные.* Голень разогнута, подвижна и укорочена на 3 сантиметра; vystoяніе, образуемое впереди мышелковъ большеберцовыми буграми, вдвое больше того, которое образуютъ они при неполныхъ вывихахъ; связка колѣнной кости подъ прямымъ угломъ загибается на впадины, находящіяся на верху этихъ бугровъ, и растягивается горизонтально спереди кзади на суставныхъ поверхностяхъ; колѣнная кость, сдѣлавшись такимъ-образомъ горизонтальною, лежитъ заднею своею поверхностью на большеберцовой ости и на углубленіи, находящемся позади этой ости. Объемистое vystoяніе, образуемое большеберцовымъ бугромъ впереди мышелковъ, отдѣляется отъ передней поверхности бедра полукружною бороздою съ вогнутостью книзу. Нижній конецъ бедра занимаетъ верхнюю часть икры, кажущейся атрофированною; передне-

задній діаметръ колѣна представляеть протяженіе отъ 14 до 15 сантиметровъ.

Изъ этого видно, что полные вывихи большаго берца кпереди оттягиваются отъ неполныхъ: 1. укороченіемъ голени, 2. горизонтальнымъ положеніемъ колѣнной кости и ея связки, и наконецъ 3. увеличеніемъ передне-задняго діаметра колѣна.

3. *Вывихи кнутри.* — Признаки, принадлежащія этимъ вывихамъ, не многочисленны и легко замѣтны: на внутреннемъ боку колѣна большое берцо образуетъ выстояніе, котораго объемъ равняется объему бугра его; отъ присутствія этого выстоянія происходитъ угловатое вдавленіе, обращенное вверхъ и внутрь; на нижней части этого вдавленія можно ощупать сквозь покровы гленоидальную впадину внутреннего бугра. На противоположной сторонѣ колѣна видно подобное же вдавленіе, обращенное внизъ и кнаружи, и котораго верхняя сторона образуется наружнымъ мышцелкомъ. Колѣнная кость и связка ея наклоняются косвенно внизъ и внутрь.

4. *Вывихи кнаружи.* — Свойства ихъ обратны предыдущимъ: такъ, на наружной сторонѣ колѣна находится вдавленіе, обращенное вверхъ и кнаружи, и образуемое внизу суставною впадиною наружнаго бугра, а на внутренней сторонѣ колѣна другое вдавленіе, обращенное внизъ и внутрь и составляемое сверху внутреннимъ мышцелкомъ, замѣтнымъ подъ кожей.

Осложненія. — Бедренные мышцелки и головка большаго берца представляютъ столь значительный объемъ, что едва можно понять, отъ чего периферическія связки и покровы не всегда разрываются при полныхъ вывихахъ этого сочлененія; однако жъ это обстоятельство, кажется, чрезвычайно рѣдко, если судить по небольшому числу фактовъ, извѣстныхъ въ наукѣ. Когда оно бываетъ, то почти неминуемо развивается травматическое воспаленіе сустава со всѣми своими страшными послѣдствіями, если хирургъ пробуетъ сохранить членъ, произведя вправленіе: отъ чего въ подобномъ случаѣ и совѣтована была непосредственная ампутація.

Болѣе частымъ осложненіемъ колѣнныхъ вывиховъ бываетъ раненіе подколѣнной артеріи, или разрывъ внутренней и средней оболочекъ ея; въ другихъ случаяхъ, источникомъ кровотеченія бываетъ вена; раны этихъ сосудовъ всегда очень непріятны. Не разъ случалось, что въ-слѣдствіе ихъ происходила частная или общая гангрена ноги или голени. Если вена не равена, а только сжата бедреннымъ или большеберцовымъ выстояніемъ, то застой венной крови можетъ произвести набуханіе ноги, голени и колѣна; но послѣ вправленія, съ восстановленіемъ свободнаго кровообращенія въ подколѣнныхъ сосудахъ, легко исчезаетъ это опуханіе.

Колѣнные вывихи могутъ также осложняться переломомъ верхняго конца большаго или малаго берца; но еще чаще переломъ бываетъ или на колѣнной кости, или на нижнемъ концѣ бедра, или особенно на одномъ изъ мышцелковъ этой послѣдней кости.

Предсказаніе. — Простые и неполные вывихи колѣна обыкновенно не влекутъ за собою непріятныхъ послѣдствій, если хирургъ скоро возвращаетъ суставныя поверхности въ ихъ нормальныя соотношенія; большая часть больныхъ, послѣ покоя продолжающагося отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль, получаютъ свободное владѣніе своими членами и начинаютъ ходить безъ боли и безъ хромоты. Однако жъ, какъ замѣчаетъ Мальгень, хотя приводимые авторами факты представляютъ повидимому безпослѣдственность этого смѣщенія, но они далеко не совсѣмъ доказательны; слишкомъ часто хирургъ, потерявъ изъ виду своего больнаго, думаетъ уже, что послѣдній совершенно выздоровѣлъ; въ небольшомъ числѣ случаевъ, гдѣ раненые могли быть старательно изслѣдованы чрезъ много лѣтъ послѣ происшествія, находили въ колѣнномъ сочлененіи негибкость, иногда боль и легкую хромоту, или только нѣкоторую слабость.

Полные вывихи колѣна всегда непріятнѣе предыдущихъ, съ одной стороны потому, что они сопровождаются разрывомъ суставныхъ связей, ведущимъ за собой, послѣ излеченія, большую слабость сочлененія, а съ другой потому, что эти смѣщенія бываютъ причиною значительнаго и часто гибельнаго растягиванія подколѣнныхъ сосудовъ.

Вывихи, осложненные раненіемъ покрововъ съ открытіемъ сочлененія, осуждаютъ больнаго на потерю больнаго члена.

Леченіе. — Вывихъ колѣна казался нѣкоторымъ авторамъ столь важнымъ поврежденіемъ, что они не раздумывали противопоставить ему немедленное производство ампутаціи бедра; таковъ совѣтъ Гейстера. Перси также держался этого мнѣнія и полагалъ, что поступая иначе, надобно непременно потерять сто больныхъ изъ желанія спасти одного. Ларрей говорить, что самый счастливый исходъ, котораго только можетъ достигнуть здѣсь хирургъ, есть анкилозъ колѣна. Вельпѣ, пересмотрѣвъ всѣ факты извѣстные въ наукѣ, и найдя, что за вправливаніемъ этихъ смѣщеній всего чаще слѣдовалъ возвратъ движеній сочлененія, первый возсталъ противъ такого, фатальнаго для больнаго, леченія и положилъ правиломъ—вправливаніе этихъ вывиховъ во всѣхъ тѣхъ обстоятельствахъ, гдѣ они бываютъ простыми, сохраняя ампутацію для тѣхъ только случаевъ, гдѣ есть 1. разрывъ подколѣнныхъ сосудовъ, 2. разрывъ покрововъ и сообщеніе сочлененія съ наружнымъ воздухомъ, 3. значительная кровяная инфильтрація и опасность угрожающей гангрены. Мальгень, разобравъ тѣ же факты, дошелъ до такихъ же правилъ;

но онъ пошелъ нѣсколько далѣе, доказывая, что вправливаніе вывиховъ колѣна даетъ не только такіе же результаты, какъ вправливаніе вывиховъ и другихъ сочлененій, но что и не вправленные даже эти вывихи могутъ не вести за собою ни одной изъ тѣхъ опасностей, которыя приписывались имъ. Большой, бывшій въ его наблюденіи и имѣвшій вывихъ большаго берца кзади въ теченіи двѣнадцати лѣтъ, не имѣлъ ни воспаленія, ни гангрены, ни анкилоза, ни хромоты, и даже болѣе — могъ сдѣлать въ день нѣсколько лѣ безъ усталости.

Вправливаніе колѣнныхъ вывиховъ вообще легко; для произведенія его, хирургъ помѣщается снаружи вывихнутаго члена и заставляетъ одного помощника удерживать тазъ, между-тѣмъ какъ вытягиваніе производится за ногу или за нижнюю часть голени. Если вывихъ впереди, то для произведенія приложенія надобно съ одной стороны отдавить вверхъ и впередъ бедренные мышечки, а съ другой, большеберцовые бугры внизъ и кзади. Лавалетъ опредѣлительно описалъ способъ этого вправливанія, и говорить: «Я заставилъ дѣлать вытягиваніе за ногу и за голень, а самъ охватилъ обѣими руками бедро около нижней части, такъ что четыре пальца каждой руки упирались назадъ на бедренные мышечки, а оба большіе пальца спереди на верхнюю конечность большаго берца; расположивъ такимъ-образомъ обѣ руки свои, я производилъ противувътягиваніе, и помогалъ вытягиванію обоими большими пальцами, помѣщенными на большомъ берцѣ, отдавливая его книзу; въ то же время, по этимъ двумъ пальцамъ я судилъ о пути, который заставляло проходить конечность смѣщеннаго берца вытягиваніе, производимое помощникомъ. Когда это вытягиваніе показалось мнѣ достаточнымъ, то я сильно отдалилъ впереди бедренные мышечки, которые, возвратившись на натуральное свое мѣсто, произвели звукъ, слышанный присутствовавшими; тогда колѣно получило свои обыкновенныя формы, колѣнная кость расположилась правильно, и сочлененіе могло сгибаться и разгибаться безъ боли.»

При вывихѣ кзади, приложеніе производится такимъ же образомъ; только, въ этомъ случаѣ, оба большіе пальца хирурга накладываются на бедренные мышечки для отдаленія послѣднихъ вверхъ и кзади, между-тѣмъ какъ остальные пальцы каждой руки будутъ слѣдовать за большеберцовыми буграми впереди. — При вывихѣ кнутри, оба большіе пальца будутъ наложены на внутреннюю сторону внутренняго большеберцоваго бугра, а четыре остальные пальца на наружную поверхность наружнаго бедреннаго мышечка; въ обратномъ смыслѣ тѣ же пальцы прикладываются при вправливаніи неполнаго вывиха кнаружи.

Послѣдственное леченіе. — Послѣ вправливанія, на сочлененіе, держимое въ полной неподвижности, накладываются компрессы, намоченные

разрѣшающею жидкостью и удерживаемые на мѣстѣ умѣренно стянутою сдерживающею повязкою.

Когда боль, опуханіе и раздраженіе, произведенныя смѣщеніемъ суставныхъ поверхностей, уничтожены, что бываетъ черезъ нѣсколько дней, то нужно ли предотвращать негибкость, могущую произойти отъ неподвижности, и приводить колѣно въ легкія движенія сгибанія и разгибанія? или лучше продлить этотъ періодъ неподвижности на 30—40—50 дней, какъ это совѣтуетъ Мальгень? Въ извѣстныхъ намъ фактахъ этого рода вывиховъ, большая часть больныхъ вылечились послѣ покоя двухъ-трехъ недѣль, и тогда могли возвратиться къ обыкновеннымъ своимъ занятіямъ. Слѣдовательно можно бы было послѣдовать правилу Вельпо, и избавлять больныхъ отъ неудобствъ, которыя ведетъ за собою долгая неподвижность сочлененія. Однако жъ такой образъ дѣйствія вовсе можетъ-быть не такъ выгоденъ, какъ о немъ думаютъ. Мальгень, внимательнѣе изслѣдовавъ излеченія, представленныя у разныхъ авторовъ, нашелъ, что тѣ больные, которые не терялись изъ виду хирургами, и были разспрашиваемы много лѣтъ спустя о своихъ припадкахъ, сохраняли въ вывихнутомъ сочлененіи слабость, которая дѣлала ходьбу болѣе трудною, а иногда производила нѣкоторое раздраженіе, боль и хромоту; имѣя въ виду эти излеченія, совсѣмъ не такъ радикальныя, какъ можно было бы ожидать по приводимымъ фактамъ, можно допустить, что слишкомъ преждевременное упражненіе сочлененія колѣна затрудняетъ заживленіе раздѣленныхъ фиброзныхъ частей, что суставныя связи, растягиваемыя въ такую пору, когда онѣ не представляютъ еще достаточнаго сопротивленія, удлинняются и не вполне поддерживаютъ смежность костяныхъ поверхностей. Эти-то причины и заставили Мальгения считать гибельными для больного тѣ движенія, которыя производитъ онъ прежде, чѣмъ возвратится суставнымъ связямъ ихъ первоначальная неподатливость, и предписывать покой на 30—50 дней.

§ 3. Вывихъ голени чрезъ круговой поворотъ. Вывихъ межсуставныхъ фиброхрящей.

Вывихи, происходящіе въ-слѣдствіе смѣщенія межсуставныхъ хрящей, всегда бываютъ неполные и кажутся возможными только подъ вліяніемъ разслабленія или самыхъ фиброхрящей или периферическихъ связокъ; эту-то разность смѣщеній описывали: Ги подъ названіемъ *внутренняго разстройства колыннаго сустава*, А. Куперъ подъ именемъ *частнаго вывиха бедра отъ полулунныхъ хрящей*, и Вельпо подъ названіемъ *вывиха межсуставныхъ фиброхрящей*.

Бояннѣ наблюдалъ анатомическія свойства этого рода смѣщенія въ

своихъ опытахъ надъ трупами; изъ пятнадцати попытокъ, сдѣланныхъ имъ съ цѣлю вывихнуть большое берцо отъ бедра, при помощи круговаго движенія, сообщаемаго первой изъ этихъ костей, только однажды удалось ему произвести этотъ вывихъ; голень, бывъ поворочена круговымъ движеніемъ кнаружи, сохранила это положеніе, описать около четверти круга; для уничтоженія произведеннаго такимъ образомъ вывиха, достаточно было привести большое берцо въ разгибаніе съ бедромъ; но, при возобновленіи круговаго движенія, возобновлялось и смѣщеніе. Желая изслѣдовать относительное положеніе суставныхъ поверхностей въ этомъ вывихѣ, Боннѣ удалилъ колѣнную кость и связку ея, и тогда могъ видѣть, что внутренній большеберцовый бугоръ и покрывающій его хрящъ, перешли впередъ внутренняго бедреннаго мыщелка, упиравшагося поэтому на задній край этого бугра, и отдавливалъ кпереди соответствующій фиброхрящъ; наружные мыщелокъ и бугоръ сохранили натуральныя свои отношенія. Переводчики сочиненій А. Купера, Шассеньякъ и Ришлô, видѣли обратный родъ смѣщенія; не мыщелокъ зашелъ кзади соответствующаго фиброхряща, но наружный мыщелокъ выдавался впередъ наружнаго хряща; понятно притомъ, что оба хряща могутъ смѣститься въ одно время, внутренній проходя кпереди внутренняго мыщелка, и наружный кзади наружнаго мыщелка; для происхожденія этого двойнаго смѣщенія достаточно нѣсколько болѣе сильнаго круговаго движенія голени кнаружи.

Эти смѣщенія происходятъ всего чаще въ слѣдствіе движенія подающаго носокъ ноги кнаружи: въ такомъ случаѣ самымъ обыкновеннымъ мѣстомъ смѣщенія бываетъ внутренній большеберцовый бугоръ; въ этой разности вывиха, нога и голень неизмѣнно остаются вывороченными кнаружи; голень полусогнута къ бедру; внутренній большеберцовый бугоръ выдается кпереди и подъ соответствующимъ бедреннымъ мыщелкомъ; позади этотъ самый мыщелокъ можно оцупать въ подколенной ямкѣ; передне-задній діаметръ колѣна представляетъ болѣшую обширность на внутренней, чѣмъ на наружной сторонѣ сочлененія.

Эти смѣщенія вправляются движеніемъ разгибанія, вдругъ сообщаемымъ голени.

ГЛАВА XXXV.

Вывихи малаго берца отъ большаго.

Родъ сочлененія малаго берца съ большимъ, крѣпость связей, соединяющихъ обѣ эти кости въ верхнемъ и нижнемъ сочлененіи ихъ, сопро-

тивленіе межкостной связки, прикрѣпляющейся по всей почти длинѣ ихъ, малая поверхность, предоставляемая малымъ берцомъ дѣйствию внѣшнихъ насилій, служатъ причинами чрезвычайной рѣдкости этихъ поврежденій. Однако жъ извѣстны три наблюденія надъ ними; въ первомъ, принадлежащемъ Сансону, смѣщена была верхняя суставная поверхность малаго берца; во второмъ, приведенномъ Бойё, вся малоберцовая кость подалась снизу вверхъ, и потому въ одно время вывихнулась и въ верхнемъ и въ нижнемъ сочлененіи; третье наблюденіе принадлежитъ намъ—самимъ вмѣстѣ съ Жерди: въ немъ было смѣщеніе наружной лодыжки, подавшейся кзади. Слѣдовательно есть три вида вывиховъ малаго берца: 1. *вывихъ верхняго конца*; 2. *вывихъ чрезъ скользеніе снизу вверхъ, въ которомъ смѣщаются вмѣстѣ оба мало-больше-берцовыя сочлененія*; 3. *вывихъ наружной лодыжки кзади*. Къ этимъ тремъ видамъ надобно можетъ-быть прибавить четвертый, т. е. расхожденіе нижнихъ концовъ малаго и большаго берца, встрѣчающееся иногда при вывихахъ берцо—плюсневаго сочлененія. Такъ какъ это поврежденіе относится болѣе къ вывихамъ ноги, то мы здѣсь только упоминаемъ о немъ, а описаніе его будетъ представлено даѣе.

1) *Вывихъ верхняго конца малаго берца* можетъ произойти только отъ прямого насилія, какъ напримѣръ переѣзда колесомъ повозки. Въ случаѣ Сансона, вотъ что замѣчено: «Связки были разорваны и головка кости имѣла такую подвижность, что, давя ее сзади кпереди и спереди кзади, легко можно было въ обоихъ этихъ направленіяхъ выводить ее изъ сочлененія; но тотчасъ же, какъ ее оставляли самой себѣ, она возвращалась на свое обыкновенное мѣсто. Больше чѣмъ вѣроятно, что головка малаго берца вполне вывихнулась въ моментъ происшествія, но потомъ вправливаніе ея произошло само собою.» Мы думаемъ, что такъ и всегда почти должно быть. Притомъ вправливанія легко достигнуть, отдавивъ головку малаго берца въ направленіе противоположное смѣщенію.

2) *Вывихъ малаго берца изъ обоихъ сочлененій его съ большимъ берцомъ*. Бойё говоритъ, что онъ видѣлъ однажды этотъ вывихъ, вмѣстѣ съ вывихомъ ноги кнаружи *). «Оба эти вывиха, говоритъ онъ, были въ то же время вправлены, чрезъ возвращеніе ноги къ ея натуральной прямизнѣ; малое берцо также вошло въ свое обыкновенное мѣсто.» Бойё пораженъ былъ странностью этого смѣщенія, которое должно было требовать расслабленія связокъ, окружающихъ верхнее и нижнее малоберцовыя сочлененія, и почти вертикальнаго направленія суставныхъ по-

*) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, art. Luxation.* — Здѣсь, вѣроятно, ошибка, и Бойё хотѣлъ сказать: съ выворотомъ ноги кнаружи.

верхностей верхняго мало-большеберцоваго сочлененія; но понятно, что еще мало и этихъ условій, требованныхъ Бойе: нужно кромѣ того, чтобъ межкостная связка разорвалась почти на всемъ своемъ протяженіи; отъ того мы и не раздумывали бы отвернуть подобное смѣщеніе, если бѣ Бойе только упомянулъ о немъ, а не утверждалъ, что онъ *видѣлъ его*.

3) *Вывихъ наружной лодыжки кзади*. — Тотъ, который мы видѣли, произведенъ былъ перетѣздомъ повозочнаго колеса, прошедшаго косвенно по нижней части голени и прямо отдавившаго лодыжку кзади; послѣдняя находилась почти въ соприкосновеніи съ наружнымъ краемъ ахилловой жилы; наружная поверхность таранной кости, оставленная малымъ берцомъ, легко могла быть ощупана почти на всемъ своемъ протяженіи; нога сохраняла прямизну свою, что должно приписать цѣлости внутренней боковой связки. Больной поступилъ въ госпиталь чрезъ 39 дней послѣ происшествія. По недвижности кости, Жерди рѣшилъ, что бесполезна всякая попытка вправливанія. Больной довольно хорошо ходилъ, но только съ нѣкоторыми предосторожностями. Больше онъ ничего не имѣлъ разказать намъ. Говоря о вывихахъ ноги, мы будемъ имѣть случай привести еще примѣръ смѣщенія наружной лодыжки кзади.

ГЛАВА XXXVI.

Вывихи ноги.

Подъ этимъ названіемъ мы опишемъ вывихи таранной кости отъ голennыхъ костей, между-тѣмъ какъ таранная кость сохраняетъ свои отношенія съ костями ноги.

Если подъ простыми вывихами ноги понимать тѣ, которые характеризуются смѣщеніемъ таранной кости, безъ всякаго другаго осложненія, кромѣ развѣ тѣхъ, которыя сопровождаютъ всѣ другіе вывихи, какъ на-примѣръ разрывъ связокъ, ушибъ и растягиваніе мягкихъ частей, окружающихъ сочлененіе, то понятно, что это поврежденіе должно быть очень рѣдко. Въ самомъ дѣлѣ, вывихъ ноги имѣетъ почти постоянное, такъ-сказать неотъемлемое, осложненіе: переломъ малаго берца и часто переломъ нижняго конца большаго берца; отъ того мы и считаемъ простыми вывихами ноги всѣ тѣ, которые представляютъ только этотъ родъ поврежденія, предоставляя названіе осложненныхъ вывиховъ такимъ, которые, по свойству сопутствующихъ поврежденій, могутъ представлять особенныя показанія.

Мы опишемъ шесть видовъ вывиховъ ноги: 1) вывихъ *внутри*, 2) вывихъ *кнаружи*, 3) вывихъ *кзади*, 4) вывихъ *кпереди*, 5) вывихъ *сверху*, и 6) вывихъ *чрезъ круговой поворотъ (par rotation)*.

Для обозначенія вывиховъ ноги не всѣ хирурги употребляютъ одну и ту же номенклатуру. Одни, съ Дезд., за основаніе ея принимаютъ положеніе ноги. Такъ, если подошва ноги поворочена внутрь, то это будетъ вывихъ внутрь: обратное положеніе подошвы характеризуетъ вывихъ кнаружи. Бойё и большая часть французскихъ хирурговъ берутъ за основаніе классификаціи своей отношенія таранной кости съ суставною мало-большеберцовой впадиною. Мы также примемъ эту номенклатуру, потому что она сообразна съ началами, изложенными нами въ общемъ описаніи вывиховъ. Такъ, для насъ вывихомъ внутрь будетъ та- кой, въ которомъ блокъ таранной кости будетъ повороченъ внутрь; слѣдовательно подошва ноги будетъ поворочена кнаружи, и т. д. По мнѣнію А. Купера, здѣсь большое берцо смѣщается отъ плюсневыхъ костей: отъ того у него вывихомъ кпереди называется такой, который у насъ называется вывихомъ кзади, и наоборотъ. То же замѣчаніе относится и къ вывихамъ внутрь и кнаружи.

Патологическая анатомія. — Не смотря на большое число наблюденій, обнародованныхъ касательно вывиховъ ноги, мы принуждены сознаться, что имѣемъ только не точныя понятія о патологической анатоміи этихъ поврежденій. Большая часть авторовъ ограничиваются словами: нога вывихнута кнутри, кнаружи, кпереди, кзади, ничего не говоря объ обширности этихъ смѣщеній и о точныхъ соотношеніяхъ, представляемыхъ костями: остается желать, чтобы болѣе опредѣленные наблюденія дополнили пробѣлъ, представляемый этой частью науки.

При вывихѣ *кнутри*, таранная кость претерпѣваетъ круговое движеніе, такъ что верхняя ея поверхность становится внутреннею, наружная ея поверхность верхнею, между-тѣмъ какъ внутренняя поверхность обращается прямо книзу. Внутренняя боковая связка вполне разрывается, если только большеберцовая лодыжка не отрывается фиброзою тканью: наружная лодыжка обыкновенно переламывается или у своего основанія, или на высотѣ находящагося на ней стуженія, такъ что мало-большеберцовая суставная впадина лишается того или другого, или даже обоихъ боковыхъ выстояній (отростковъ). Иногда, однако жъ, лодыжки могутъ устоять, но это, правда, очень рѣдко.

При вывихѣ *кнаружи* находится смѣщеніе подобное описанному нами, но въ обратномъ смыслѣ; разстройства, претерпѣаемыя частями входящими въ составъ сочлененія, костями, связками, и пр., тѣ же. Какъ очень рѣдкій фактъ, мы приведемъ здѣсь вывихъ безъ перелома ло-

дыжекъ, чрезвычайно любопытное наблюденіе надъ которымъ обнародовалъ Алек. Тьеррі *).

При вывихѣ *кзади*, передняя часть тараннаго блока помѣщается позади задняго края суставной впадины голенныхъ костей; большое берцо лежитъ слѣдовательно на шейкѣ таранной кости и захватываетъ даже ладьеобразную кость; какъ и въ предыдущихъ вывихахъ, связки разрываются, но лодыжки всего чаще остаются нетронутыми. При вывихахъ *кпереди*, напротивъ, задній край тараннаго блока соотвѣтствуетъ переднему краю голенной суставной впадины; задній край большого берца лежитъ на самой отдаленной части пяточной кости. Вывихъ *сверху* требуетъ перелома малаго берца и вмѣстѣ отхожденія нижняго конца его отъ большого берца; таранная кость сохраняетъ свое нормальное направленіе, но она приподнимается, вклиняясь между обѣими костями. При вывихѣ *чрезъ поворотъ кнаружи*, видѣнномъ Гюгье, нога потерпѣла закручивающее движеніе, въ слѣдствіе котораго носокъ ея направился кнаружи, а пятка кнутри; наружная лодыжка была оттолкнута кзади, такъ что таранная кость, помѣстившаяся почти поперечно подъ большимъ берцомъ, обратилась внутреннею своею поверхностью кпереди, а наружною кзади.

Причины и механизмъ. — Причиной вывиховъ ноги бываетъ или прямое дѣйствіе ушибающаго тѣла, направляющееся на берцо-плюсневое сочлененіе, или непрямая причины, напримѣръ паденіе на ноги, между-тѣмъ какъ направленіе всего тѣла, положеніе ноги, опредѣляютъ направленіе смѣщенія.

Положимъ, что субъектъ падаетъ съ высокаго мѣста и одна изъ ногъ его ступаетъ на землю своею подошвою: при этомъ бываетъ наклонность ноги выворотиться кнаружи и происходитъ вывихъ внутрь; потому что, въ нормальномъ состояніи, нога, упираясь на землю почти исключительно своимъ наружнымъ краемъ, между-тѣмъ какъ внутренній едва поддерживаетъ ее, претерпѣваетъ поворотное (круговое) движеніе вокругъ передне-задней оси; но это поворотное движеніе скоро ограничивается сопротивленіемъ пяточно-таранной связки и особенно боковой внутренней связки. Если эта послѣдняя связка уступаетъ, или если ломается внутренняя лодыжка, то внутренній край таранной кости можетъ тогда опуститься, выйти изъ суставной впадины, и происходитъ вывихъ. Если насиліе продолжаетъ дѣйствовать, то наружная поверхность пяточной кости, давя вмѣстѣ снизу вверхъ и снутри кнаружи на на-

*) A. Thierry, *Des luxations complètes du pied; Expérience*, 1840, tome VI. — См. также Keysser, *Mémoires de la Société médicale d'émulation de Lyon*, Lyon, 1842, tome I, p. 232.

ружную лодыжку, может сломать ее, и тогда смѣщеніе будетъ еще обширнѣе.

Вывихъ кнаружи происходитъ въ противоположныхъ обстоятельствахъ, т. е. при заворотѣ ноги внутрь. Наружныя боковыя связки рвутся или еще отрываютъ наружную лодыжку, и тогда послѣдняя увлекается таранною костью. Очевидно, что, и въ этомъ случаѣ, какъ въ предыдущемъ, для происхожденія вывиха ноги необходимо, чтобъ устояла пяточно-таранная связка и сообщила таранной кости ея закручивающее движеніе. Вывихъ кнаружи рѣже вывиха внутрь, и это легко понять, взявъ во вниманіе, что, когда стараются подать ногу въ отведеніе и въ поворотъ кнаружи, она сопротивляется, представляется вовсе неподатливою и образуетъ рычагъ, котораго дѣйствіе легко передается таранной кости, между-тѣмъ какъ при поворотѣ внутрь и въ приведеніи, нога такъ-сказать закручивается около себя самой, загибается на свой внутренній край, такъ что бываетъ наклонность больше къ происхожденію растяженія, чѣмъ берцо-плюсневая вывиха.

Для того, чтобъ произошло смѣщеніе кзади, нѣкоторые хирурги считали необходимымъ, чтобъ нога была сильно согнута; но Бойѣ опровергъ это мнѣніе. Вотъ какъ онъ выражается: «Обыкновенно говорятъ, что вывихъ кзади случается при сильномъ сгибаніи ноги. Однако, обративъ вниманіе на то, что, при этомъ движеніи, передній край суставной впадины большаго берца встрѣчаетъ край таранной кости прежде, чѣмъ центръ суставнаго блока этой послѣдней пройдетъ кзади впадины перваго, замѣтятъ, что сгибаніе ноги къ голени или голени къ ногѣ никогда не можетъ идти такъ далеко, чтобъ произвести вывихъ таранной кости кзади; онъ можетъ случиться развѣ только при паденіи или скачкѣ, когда нога сильно разогнута, и подошва, вмѣсто того чтобъ лечь на плоскую поверхность и коснуться этой поверхности своей передней только частью, упирается, напротивъ, на наклонную плоскость и всѣмъ своимъ протяженіемъ. При этомъ обстоятельствѣ, если тяжесть тѣла передается гораздо болѣе на одну ногу, чѣмъ на другую, и туловище, бедро, голень сохраняютъ прямизну, которая отбрасываетъ центръ тяжести верхнихъ частей на суставный блокъ таранной кости, то большое берцо, котораго ось тогда очень косвенна по отношенію къ этому блоку, можетъ скользить внизъ и кпереди и вполне отойти отъ него.»

А. Куперъ, какъ на причину этого поврежденія, указываетъ на паденіе тѣла назадъ, между-тѣмъ какъ нога задерживается. Онъ прибавляетъ, что оно также можетъ произойти, когда особа выскакиваетъ изъ быстро ѣдущаго экипажа, и падаетъ носкомъ ноги направленнымъ кпереди. Понятно, что причины, указанныя А. Куперомъ для вывиха кзади, совершенно согласны съ теорією, изложенною Бойѣ.

Вывихъ ноги кпереди происходитъ по такому же механизму, когда нога сильно согнута: мы видѣли вывихъ, происшедшій по этому механизму у одной молодой женщины, которая бросилась изъ окна четвертаго этажа, и упала на ноги, толкнувшись въ землю пятками. Въ этомъ случаѣ, передній край большеберцовой суставной (нижней) впадины былъ отдѣленъ, и неровности кости, произведенныя переломомъ, скользя спереди кзади по таранному блоку, образовали на хрящѣ его бороздки, которыя легко можно было распознать при вскрытіи, и которыя не оставляли ни малѣйшаго сомнѣнія на счетъ послѣдовательности движеній, предшествовавшихъ вывиху.

Вывихъ вверхъ есть, такъ сказать, не что иное, какъ разность вывиха кнаружи, въ которой малое берцо, вмѣсто того чтобъ сломиться, отдѣляется отъ нижняго конца большаго берца и позволяетъ таранной кости помѣщаться между обѣими костями голени.

Наконецъ въ вывихѣ чрезъ круговой поворотъ, указанномъ нами, по Гюгье, между-тѣмъ какъ голень удерживается, нога подается въ усиленное круговое движеніе кнаружи. Это смѣщеніе есть только преувеличеніе такъ-сказать того движенія, по которому происходитъ переломъ малаго берца *чрезъ раздвижаніе (par divulsion)*, механизмъ котораго такъ хорошо изложенъ былъ Мезонёвомъ *).

Симптоматологія. — **А. Вывихъ кнутри.** — Въ этомъ вывихѣ подошва ноги поворачивается кнаружи, и внутренній край ея дѣлается нижнимъ, а наружный край верхнимъ; проводя пальцы вокругъ сочлененія, встрѣчаемъ снутри значительное выстояніе, образуемое внутреннею лодыжкой, приподнимающею кожу, и подъ этимъ другое выстояніе, образуемое блокомъ таранной кости. Если сообщать сочлененію движенія, то часто, по боковой подвижности и по хрустѣнію, можно распознать переломъ той или другой лодыжки.

В. Вывихъ кнаружи. — Подошва ноги оборочена внутрь, и наружный край ноги сдѣлался нижнимъ, а внутренній верхнимъ; снаружи замѣтны два значительныя выстоянія, одно, верхнее, образуемое наружною лодыжкой, другое, нижнее, таранною костью; снутри пальцами трудно дойти до внутренней лодыжки; она и дѣйствительно скрыта на двѣ угла, происходящаго отъ сближенія ноги съ голенью. Мы говорили, что этотъ вывихъ, происходя, можетъ переломить малое берцо. Но тогда, если нога уклоняется кнутри, то она не остается недвижною въ своемъ положеніи, которое описали мы; уклоненіе бываетъ менѣе значительно; находятся признаки перелома малаго берца съ уклоненіемъ ноги кнутри.

*) Maisonneuve, *Recherches sur la fracture du peroné; Archives génér. de médecine*, février et avril 1840.

С. Вывихъ кзади. — Нога не претерпѣваетъ ни какого уклоненія, но кажется длиннѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, что зависитъ отъ укороченія передней ея части; большое берцо выставляется надъ плюсною; между ахилловою жилою и голенными костями находится широкое вдавленіе, происходящее отъ отброшенія пятки кзади. Если переломлено малое берцо, то лодыжка не слѣдуетъ за движеніемъ большаго берца и остается назади, почти сохраняя отношенія свои съ таранной костью; верхній отломокъ подается кпереди.

Д. Вывихъ кпереди. — Передняя часть ноги увеличивается въ длину; осязаніемъ распознается верхняя поверхность таранной кости; большое берцо касается ахилловой жилы; лодыжки отходятъ къ пяткѣ.

Е. Вывихъ вверхъ. — Нога не уклонилась; таранная кость, захваченная между большимъ и малымъ берцами, не можетъ двигаться ни въ какомъ направленіи; межлодыжковое пространство значительно расширено; выстоянія, образуемая лодыжками, опустились къ подошвѣ ноги и почти касаются земли.

Г. Вывихъ чрезъ круговой поворотъ. — Въ случаѣ, приведенномъ Гюгье, носокъ ноги вполне повороченъ былъ кнаружи и образовалъ прямой уголъ съ плоскостью, проведенною по срединной линіи тѣла; поэтому наружная лодыжка была позади ноги.

Кромѣ простаго вывиха малаго берца, вывихи ноги сопровождаются множествомъ осложненій, на которыя необходимо обратить вниманіе. Мы видѣли, что, при закручивающемъ движеніи ноги, таранная кость давить на наружную или внутреннюю лодыжку; но случается иногда, что эти кости тогда не ломаются, противостоятъ, а уступаютъ связки, соединяющія большое берцо съ малымъ, и отъ того происходитъ отхожденіе одной изъ этихъ костей отъ другой; это осложненіе, обозначенное именемъ *diastasis* нижняго мало-больше-берцоваго сочлененія, должно быть распознано, чтобы можно было во время сблизить обѣ кости и противодѣйствовать расхожденію обѣихъ лодыжекъ, потому что иначе, въ этомъ случаѣ, сочлененіе ноги потеряло бы, по излеченіи, наибольшую часть своей крѣпости. Нѣтъ надобности прибавлять, что, при вывихахъ таранной кости вверхъ, всегда бываетъ такое расхожденіе.

Раздробленные переломы большаго берца, малаго берца, таранной кости, составляютъ часто самыя непріятныя осложненія вывиховъ ноги; такое поврежденіе узнается по обширному хрустѣнію; понятно, что подобное осложненіе, особенно если оно сопровождается значительнымъ воспаленіемъ, можетъ повлечь за собою очень важныя обстоятельства, какъ напримѣръ гангрену ноги и нижней части голени.

А. Куперъ привелъ очень много наблюденій надъ вывихами ноги съ ранюю покрововъ, осложненіемъ очень опаснымъ, когда наружный

воздухъ сообщается съ сочлененіемъ; но оно еще опаснѣе, если въ то же время бываетъ переломъ одной или многихъ костей, или если отломки выставляются сквозь рану: въ этого рода поврежденіи надобно бояться страшныхъ припадковъ. Далѣе изложимъ мы, что надобно дѣлать въ подобныхъ обстоятельствахъ. Наконецъ ко всѣмъ этимъ осложненіямъ могутъ присоединиться значительные разрывы мягкихъ частей.

Предсказаніе. — Вывихи ноги и потому уже важны, что происходятъ отъ насилія, всегда производящаго разстройство требующія очень продолжительнаго покоя; но они важны и потому еще, что иногда, послѣ вправливанія, заставляютъ опасаться хромоты или анкилоза. Выше мы видѣли, что они всегда сопровождаются опасными осложненіями, и потому нѣтъ надобности прибавлять, что предсказаніе будетъ разниться, смотря по важности этихъ осложненій.

Леченіе. — Для вправливанія вывиховъ ноги, одинъ помощникъ охватываетъ нижнюю часть голени для противувьтягиванія; вытягиваніе производится другимъ помощникомъ, который охватываетъ ногу, одной рукою обнимая спинку ноги, а другою пятку. При вывихахъ кнутри и кнаружи влеченія производятся сперва по направленію смѣщенія, чтобъ высвободить таранную кость съ занимаемаго ею мѣста подъ одною изъ лодыжекъ; потомъ нога поворачивается въ направленіе обратное смѣщенію, для того, чтобъ возвратитъ ее въ натуральное ея положеніе; въ то же время хирургъ давитъ пальцами своими таранную кость внутрь или кнаружи, помогая усиліямъ вправливанія. Если, для произведенія вправливанія, недостаточно вытягиванія, производимаго руками помощника и хирурга, то съ пользою можно употребитъ тесемку, которой середина помѣщается противъ тараннаго блока, а оба конца отводятся къ противоположному краю ноги, гдѣ и связываются вмѣстѣ. Легко понять, что влеченіе, производимое этою петлею, будетъ имѣть двойное дѣйствіе, отдалять ногу отъ берцовой суставной впадины и сообщать ей поворотное движеніе въ направленіи обратномъ вывиху.

Такимъ же образомъ производятся вытягиваніе и противувьтягиваніе и въ вывихѣ кзади, но хирургъ отдавливаетъ пяточную кость кпереди, въ то время какъ помощникъ, которому поручено вытягиваніе, тянетъ за ногу, постепенно сгибая ее къ голени.

При вывихѣ таранной кости кверху иногда трудно достигнуть вправливанія; если бѣ, сверхъ всякой вѣроятности, влеченій производимыхъ за пятку и за переднюю часть ноги, руками или петлями, было недостаточно для высвобожденія таранной кости, то можетъ-быть съ пользою можно было бы, предварительно окруживъ ногу повязкою, для предот-

вращенія всякаго болѣзненнаго давленія, вложить ее въ обыкновенную колодку (tire-botte), которая дала бы больше мѣста, за которое можно было бы взяться для вытягиванія.

Для удержанія вправливанія служить тотъ же аппаратъ, какъ и для переломовъ голени, и именно аппаратъ Мальгена *). Замѣтимъ только, что этотъ аппаратъ долженъ быть старательно наложенъ, чтобы противо-дѣйствовать расхожденію лодыжекъ; онъ долженъ быть держанъ на мѣстѣ довольно долгое время, для предотвращенія рецидивъ; а потомъ, сколько возможно скорѣе, какъ совѣтуетъ А. Куперъ, надобно приводить сочлененіе въ движеніе, чтобы предотвратить анкилозъ.

При раздробленныхъ переломахъ, безъ наружныхъ ранъ, необходимы слѣдующія средства: вправить вывихъ и удержать отломки въ соотношеніи; старательно наблюдать за аппаратомъ, чтобы избѣгнуть послѣдствій, которыя могли бы произойти отъ чрезмѣрнаго опуханія сочлененія. Если бъ была рана сообщающаяся съ сочлененіемъ, то, по сказанному, также необходимо было бы вправливаніе и внимательное наблюденіе; но если къ этой ранѣ присоединяется очень обширный разрывъ мягкихъ частей, выстояніе отломковъ наружу, раздробленные переломы, то надобно опасаться, возможно ли тогда сохранить членъ. А. Куперъ приводитъ однако жъ очень много вывиховъ, осложненныхъ ранами, безъ выхода отломковъ, въ которыхъ сдѣлано было вправливаніе и произошло излеченіе безъ анкилоза и безъ хромоты. Эти факты заставляютъ попробовать сохранить членъ. Тогда должно удерживать вправливаніе, внимательно наблюдать рану, предотвращать припадки приличнымъ леченіемъ, на-примѣръ антифлогистическими средствами, съ осторожностью однако жъ, и не забывая, что больному можетъ предстоять долгое и обильное нагноеніе. Съ успѣхомъ также могутъ быть употреблены непрерывныя обливанья. Если бъ вправливаніе было невозможно, отъ того что кости ущемляются ранюю покрововъ, въ такомъ случаѣ, для облегченія вправливанія, рана расширяется. Если большое или малое берцо обнажилось на нижней части своей и долго оставалось на воздухѣ, то должно сдѣлать резекцію ихъ: такъ же должно поступить и тогда, когда бъ, не смотря на достаточныя расширенія раны, кости не могли быть возвращены на мѣсто. Послѣ резекціи костныхъ концовъ, хирургъ долженъ, прилично наложеннымъ аппаратомъ, помогать соприкосновенію костей голени съ таранною костью, для того чтобы эта кость могла найти въ нижней оконечности голени точку опоры, довольно еще крѣпкую для возможности ходьбы.

*) Описанный въ вышеприведенномъ «Ученіи о переломахъ костей», Мальгена, перевод. Я. Чистовичемъ, стр. 830.

Не смотря однако жъ на наилучше соображенныя старанія, могутъ развиваться гангрена, нарывы и т. п. Въ такихъ случаяхъ необходимо прибѣгнуть къ ампутаціи, операція, которая, по совѣту даваемому А. Куперомъ, можетъ-быть слишкомъ уже избѣгается въ этихъ обстоятельствахъ.

ГЛАВА XXXVII.

Вывихи предплюсневыхъ костей.

§ 1. Вывихи таранной кости.

Подъ именемъ *вывиха таранной кости* мы опишемъ смѣщенія этой кости отъ другихъ костей ноги, будутъ ли они вмѣстѣ съ вывихомъ ея относительно голенныхъ костей, или безъ вывиха отъ этихъ послѣднихъ. Слѣдовательно мы должны рассмотреть: 1) тѣ вывихи, въ которыхъ таранная кость теряетъ свои отношенія со всѣми сочленяющимися съ ней костями: это *полные вывихи* — названіе, которому надобно придать, для особеннаго занимающаго насъ случая, независимо отъ смысла, въ которомъ мы до сихъ поръ употребляли его, еще другое значеніе, именно, что вывихаются *всѣ* сочлененія таранной кости; 2) тѣ вывихи, въ которыхъ таранная кость сохраняетъ нормальныя свои суставныя отношенія съ нѣкоторыми изъ сочленяющихся съ нею костей: такія смѣщенія мы назовемъ *частными вывихами* (*luxations partielles*). Примѣромъ могутъ служить вывихи таранной кости отъ пяточной и ладьеобразной, между-тѣмъ какъ съ костями голени таранный блокъ сохраняетъ свои отношенія.

Анатомическія понятія. — Таранная кость представляетъ нѣкоторыя анатомическія расположенія, которыя необходимо знать для того, чтобъ хорошо понять то, что относится къ ея смѣщеніямъ. Между всѣми короткими костями нѣтъ ни одной, которая сочленялась бы съ сосѣдними костями посредствомъ столь многихъ и столь обширныхъ поверхностей. Отъ такого расположенія происходитъ то, что эта кость получаетъ сосуды, которые могутъ поддерживать въ ней жизнь и питаніе, только на известномъ числѣ очень ограниченныхъ точекъ, которыя служатъ также и для прикрѣпленія связокъ. Что касается до ея сочлененій, то они такъ расположены, что позволяютъ обширныя движенія и вмѣстѣ обезпечиваютъ члену необходимую для него крѣпость. Такъ, съ одной стороны, верхняя и боковая поверхности аккуратно вкладываются въ нижнюю су-

ставную впадину голенныхъ костей, между тѣмъ какъ нижняя и передняя поверхности соответствуютъ глубокой впадинѣ, называемой нами *пяточно-ладьеобразнымъ углубленіемъ*, которое происходитъ отъ соединенія пяточной кости съ ладьеобразною. Чтобы составить себѣ вѣрное понятіе объ этомъ углубленіи, надобно на ногѣ, на которой отпрепарованы всѣ сочлененія, отнять таранную кость, обрѣзавъ подтаранную связку; тогда находится углубленіе, происходящее отъ соединенія двухъ плоскостей, изъ которыхъ одна, хоть и неправильная, обыкновенно косвенна сверху внизъ и сзади кпереди, и образуется верхнею поверхностью пяточной кости, а другая, почти вертикальная, заднею поверхностью ладьеобразной кости.

Отъ расположенія обѣихъ этихъ плоскостей происходитъ то, что когда тяжесть тѣла передается чрезъ голенные кости таранной кости, то эта послѣдняя стремится скользить сверху внизъ и сзади кпереди и вдавливаясь въ углубленіе, представляемое ей ладьеобразной костью: отъ того эта кость и укрѣплена очень сильнымъ связочнымъ аппаратомъ, дополняющимъ приемную впадину, въ которой содержится головка таранной кости. Этими фиброзными связями служатъ: 1) таранно-ладьеобразная связка, расположенная въ видѣ довольно слабой оболочки, позволяющей головкѣ таранной кости довольно значительно выдаваться на тыльную поверхность ноги; 2) пяточно-ладьеобразная наружная связка, общеизвѣстная подъ именемъ *суставнаго ключа* (*clef de l'articulation*); 3) пяточно-ладьеобразная нижняя связка, выполняющая пустоту, находящуюся около внутренняго края ноги, между пяточною и ладьеобразною костями, и поддерживаемая сухою жилою задней голенной мышцы, жилою, въ которой часто развивается хрящевое зерно, настоящій сесамовидный хрящъ, признакъ давленій и треній, постоянно претерпѣваемыхъ этой частью.

Патологическая анатомія. — А. Въ *полныхъ вывихахъ*, таранная кость, вытѣсненная изъ мало-большеберцовой суставной впадины и пяточно-ладьеобразнаго углубленія, помѣщается на тыльной поверхности предплюсны, или около одного изъ краевъ ея, и покрыта бываетъ кожею и сухими жилами разгибающихъ мышцъ, когда эти части не разрываются. Впрочемъ положеніе ея можетъ разниться: то она лежитъ почти поперечно, то косвенно, то наклоняется на одинъ изъ краевъ своихъ, то наконецъ даже совершенно перевертывается.

Бывали случаи, впрочемъ рѣже, чѣмъ предыдущіе, что таранная кость выскальзываетъ чрезъ заднюю поверхность сочлененія и помѣщается между большимъ берцомъ и ахилловою жилою, какъ мы имѣли случай видѣть это, въ госпиталѣ св. Людовика, у одного больного, о которомъ будетъ говорено далѣе.

В. Въ *частныхъ вывихахъ*, таранная кость сохраняетъ свои отношенія съ мало-большеберцовой суставною впадиной, но почти вполне выходитъ изъ пяточно-ладьеобразнаго углубленія. Этотъ родъ смѣщенія представляетъ двѣ главныя разности. Въ первой изъ нихъ, таранная кость выходитъ чрезъ внутреннюю сторону углубленія, и бываетъ тогда вотъ въ какихъ отношеніяхъ: головка таранной кости лежитъ на внутренней поверхности ладьеобразной кости, которой задній и внутренній край входитъ въ вырѣзку, представляемую шейкою таранной кости. Слѣдовательно въ одно время бываетъ смѣщеніе кнутри и кпереди; откуда и происходитъ, что задняя оконечность таранной кости помѣщается въ вырѣзкѣ, дающей прикрѣпленіе подтаранной связки. Во второй разности, таранная кость выходитъ чрезъ наружную и верхнюю сторону углубленія; она претерпѣваетъ, какъ въ описанномъ случаѣ, родъ захожденія, такъ что головка ея ложится на верхней и наружной поверхности ладьеобразной кости и захватываетъ даже кубовидную кость.

Причины и механизмъ. — Эти вывихи, почти постоянно, если не всегда, слѣдуютъ за давленіемъ, производимымъ костями голени на таранную кость, которая такъ-сказать выгоняется изъ занимаемаго ею мѣста по механизму, похожему на тотъ, который выгоняетъ всякое скользкое тѣло, сжимая его, чрезъ ту точку, гдѣ оно встрѣчаетъ пустоту или наименѣе сопротивленія. Таковъ, вообще говоря, механизмъ этихъ смѣщеній, котораго частности довольно впрочемъ трудно разобрать. Позволено однако жъ думать, что онъ проистекаетъ отъ послѣдовательности слѣдующихъ движеній: разгибанія ноги отъ голени; пониженія передней части ноги, съ слѣдующимъ за тѣмъ напряженіемъ таранно-ладьеобразной связки; разрыва этой связки и захожденія таранной головки; давленія большаго берца на заднюю часть таранной кости, проталкиванія этой кости кпереди, ведущаго за собою разрывъ подтаранной связки, и полнаго выталкиванія. Вывихъ кзади требуетъ усиленнаго сгибанія ноги къ голени.

Частный вывихъ кнутри происходитъ отъ уклоненія ноги кнаружи. Тогда внутренняя боковая связка сильно растягивается, и могутъ случиться два обстоятельства: эта связка разрывается въ верхней части своей, или отрываетъ внутреннюю лодыжку, и происходитъ вывихъ ноги кнутри; или она разрывается въ нижней части своей, т. е. въ той доль, которая распространяется отъ таранной кости къ пяточной, и происходитъ частный вывихъ таранной кости: потому что эта кость стремится отдѣлиться отъ пяточной и ладьеобразной, но остается вклиненною въ ту впадину, которую представляютъ для нея толканныя кости. Частный вывихъ кнаружи случается при сильномъ наклоненіи ноги кнутри и нагибаніи на внутренній свой край. Можно даже полагать, что, при этомъ

движеніи, головка таранной кости, значительно выдающаяся на тыльную поверхность ноги, не въ-состояніи уже возвратиться на свое мѣсто, даже когда бѣ пяточно-таранное сочлененіе осталось и нетронутымъ, — смѣщеніе, которое слѣдовало бы назвать *вывихомъ ладьеобразной кости отъ таранной*.

Симптоматологія. — Патогномоническій признакъ полныхъ вывиховъ состоитъ въ существованіи обезображенія, происходящаго отъ присутствія таранной кости на тыльной поверхности ноги. Въ самомъ дѣлѣ, малая толща мягкихъ частей этой стороны, сопротивленіе костяной плоскости, на которой лежитъ таранная кость, объемъ этой кости, позволяютъ легко распознать ее, и даже точно опредѣлить ея положеніе, если только не произошло уже значительное опуханіе. Безполезно говорить, что движенія ноги къ голени очень болѣзненны или невозможны. Распознаваніе еще легче, если существуетъ рана, чрезъ которую выходитъ часть таранной кости.

Обезображеніе составляетъ также главное явленіе и частныхъ вывиховъ. При вывихѣ таранной кости кнутри, нога, по очертанію своему, напоминаетъ, до нѣкоторой степени, форму уродливо-скривленныхъ ногъ (*pieds-plats*), т. е. около внутренняго края ея находится выстояніе, образуемое головкою таранной кости; далѣе, впереди его находится углубленіе, соответствующее углу, образуемому соприкосновеніемъ этой кости съ внутреннимъ краемъ ладьеобразной кости; сводъ ноги почти изглаживается и передняя часть ея уклоняется кнаружи.

При вывихѣ кнаружи бываютъ обратныя отношенія, т. е. выстояніе головки таранной кости на тыльной поверхности ноги и искривленіе этой послѣдней къ внутреннему ея краю, вмѣстѣ съ загибаніемъ передней части ноги на заднюю часть.

Въ обоихъ этихъ вывихахъ движенія сгибанія и разгибанія ноги остаются, но уничтожаются движенія отведенія и приведенія.

Въ видѣнныхъ нами случаяхъ вывиха таранной кости кзади существовала въ то же время рана въ мягкихъ частяхъ, такъ что можно было, и на-взглядъ, и на-ощупь, опредѣлить свойство поврежденія.

Въ слѣдствіе вывиховъ таранной кости бываетъ одно изъ опаснѣйшихъ послѣдственныхъ поврежденій, принадлежащее такъ-сказать собственно только этому вывиху: мы хотимъ сказать объ омертвѣлыхъ струпьяхъ, образующихся на кожѣ, покрывающей выпуклости смѣщенной кости. Эта гангрена, происходящая отъ прижатія, производимаго изнутри кнаружи, обыкновенно занимаетъ всю толщу мягкихъ частей, такъ что, по отпаденіи струпьевъ, кости обнажаются и широко открывается сочлененіе; однако жъ не всегда такъ бываетъ, потому что, въ одномъ наблюденіи Дюпюитрена, эта гангрена ограничилась только покровами, не

захвативъ подкожной кѣтчатой ткани. Впрочемъ мы только напомнимъ здѣсь о тѣхъ припадкахъ, которые происходятъ отъ вскрытія и нагноительнаго воспаления, развивающагося въ такомъ обширномъ сочлененіи, каково сочлененіе, соединяющее таранную кость съ голенными, равно какъ и съ ножными костями (см. *Раны сочлененій*). Наконецъ прибавимъ, что иногда замѣчаемо было, послѣ долгаго нагноенія, отслоеніе и выходъ наружу значительныхъ частей таранной кости.

Леченіе. — Леченіе вывиховъ таранной кости представляетъ показанія, которыя разнятся по обширности смѣщенія и по свойству осложнений. Мы постараемся указать, какъ долженъ поступать хирургъ въ каждомъ особенномъ случаѣ.

1) *Вывихи не осложненные раной.* Вывихъ бываетъ или полный, или частный.

А. Если вывихъ *полный*, то должно ли вправлять его? Мы думаемъ, что въ большей части случаевъ, чтобъ не сказать во всѣхъ, вправливанія не должно пробовать. Въ самомъ дѣлѣ, не должно забывать, что почти всѣ поверхности таранной кости — суставныя, что она получаетъ сосуды только въ очень не обширныхъ точкахъ, и что по этому, при цѣлостномъ смѣщеніи ея, надобно бояться, чтобъ она, потерявъ всѣ средства къ поддержанію жизненности, не стала настоящимъ инороднымъ тѣломъ, которое омертвѣваетъ и поражаетъ чрезвычайно сильное воспаление сочлененія и окружающихъ его частей. Справившись у авторовъ, которые пробовали въ подобныхъ обстоятельствахъ вправливаніе, увидимъ, что въ большей части случаевъ это вправливаніе бывало очень трудно, если не совсѣмъ невозможно; очевидно, что, для возвращенія кости на мѣсто, нужно производить очень сильное давленіе на мягкія части, уже растянутыя костяными выстояніями; не въ-правѣ ли, въ такомъ случаѣ, бояться разрушенія кожи, которая и безъ того уже имѣетъ большую наклонность къ омертвѣнію? Слѣдовательно теорія указываетъ, въ этомъ случаѣ, на формальную необходимость вылуценія таранной кости.

В. Если вывихъ *частный*, то должно попробовать вправливаніе. Для возвращенія таранной кости на мѣсто, надобно поступать слѣдующимъ образомъ: больной ложится; одинъ или нѣсколько помощниковъ охватываютъ голень, на нижней ея части, для противувытягиванія; другіе помощники производятъ вытягиваніе за переднюю часть ноги, между тѣмъ какъ хирургъ пальцами своими отдавливаетъ головку кости въ направленіе противоположное смѣщенію. Часто однако же вправливаніе не удаётся, не смотря на наилучше соображенныя дѣйствія. И эту неудачу авторы приписывали различнымъ причинамъ. Ронъетта приписываетъ ее сохраненію части таранно-пяточной связки, удерживающей кость въ новомъ ея положеніи, и вклиненію головки таранной кости между ладьеоб-

разною и внутреннимъ краемъ пяточной кости. Гораздо важнѣе, намъ кажется, та причина, которой Дюпюитренъ приписывалъ невозможность вправленія; по его мнѣнію, родъ носика, который представляетъ таранная кость сзади, попадаетъ въ щель, раздѣляющую обѣ суставныя поверхности пяточной кости. Наконецъ, по мнѣнію Дезд, узкость, которую представляетъ отверстіе верхней таранно-ладьеобразной связки, ущемляетъ шейку таранной кости и препятствуетъ кости возвратиться на свое мѣсто; поэтому-то онъ и совѣтовалъ перерѣзывать связки, мѣшающія вправливанію.

Что дѣлать, если бѣ нельзя было возвратить кости на мѣсто? Слѣдуетъ ли, по совѣту Дезд, перерѣзывать связки? Кромѣ того, что эта операція не всегда поведетъ къ успѣху, потому что далеко не одна эта причина можетъ препятствовать вправливанію, надобно еще бояться, чтобы рана, сдѣланная въ покровахъ, не прибавила къ поврежденію, и безъ того важному, новаго чрезвычайно опаснаго осложненія — вскрытія сочлененія. Тѣ же возраженія приложимы и къ резекціи головки таранной кости.

Метода, которую предпочиталъ Дюпюитренъ въ предполагаемомъ нами случаѣ, состояла въ томъ, чтобы все оставить на мѣстѣ (какъ есть), и противодѣйствовать воспалительнымъ припадкамъ. Въ опроверженіе такого рода дѣйствія представляли, правда, образованіе омертвѣлыхъ струевъ противъ выстоявѣ таранной кости; но кожа не всегда омертвѣваетъ, и притомъ не случалось ли, что омертвѣніе ограничивается только кожей и оставляетъ нетронутою подкожную кѣтчатку? Обезображеніе ноги, трудность ходьбы, не очень значительны послѣ частнаго смѣщенія. И вредныя слѣдствія, связанныя съ этимъ родомъ дѣйствія, гораздо менѣе важны, чѣмъ тѣ, которыя произошли бы отъ вскрытія сочлененія, перерѣзыванія связокъ, резекціи или вылученія кости. Если бѣ явились омертвѣлые струпа, то, по отпаденіи ихъ, открывается сочлененіе, и тогда можно еще вылучить таранную кость, по примѣру А. Купера, два раза, въ подобныхъ обстоятельствахъ, съ успѣхомъ сдѣлавшаго эту операцію.

2) *Вывихи осложненные раной.* А. Если вывихъ полный, то всегда должно удалять таранную кость. По причинамъ, сейчасъ приведеннымъ нами, въ этомъ случаѣ тѣмъ менѣе должно раздумывать, что есть уже рана со вскрытіемъ сочлененія.

В. Въ *частномъ* вывихѣ, если вправленіе возможно, то должно возвратить кости на мѣсто; а если оно невозможно, то, по совѣту Дезд, можно сдѣлать разрѣзъ связокъ и произвести вправленіе, если только оно будетъ возможно послѣ этой предварительной операціи; но мы видѣли, что не всегда одніе связки препятствуютъ вправливанію, а потому и

не удивительно, если, и послѣ разрѣза ихъ, вправленіе не удастся. Замѣтимъ однако жъ, что если бъ необходимо было раздѣлить почти всѣ связки, соединяющія таранную съ сосѣдними костями, то, такъ какъ это было бы почти неизбежною причиною омертвѣнія, лучше было бы тотчасъ же произвести вылущеніе таранной кости, чѣмъ еще пробовать вправливаніе.

Способъ, употребляемый для извлеченія таранной кости, слѣдующій: если таранная кость очень подвижна, что особенно случается въ полныхъ вывихахъ, то достаточно захватить ее пинцетомъ и извлечь чрезъ рану покрововъ. Если бъ рана была не довольно велика, то должно увеличить ее; а если нѣтъ раны, то должно сдѣлать продольный разрѣзъ противъ самой выдающейся части кости; если таранная кость такъ соединена еще съ сосѣдними частями, что не возможно бъ было извлечь ее пинцетомъ, то можно наложить петлю на ея шейку, оттянуть эту кость вверхъ, и обрѣзывать фиброзныя части по мѣрѣ, какъ онѣ препятствуютъ вылущенію.

По извлеченіи таранной кости, на членъ накладывается аппаратъ для переломовъ голени, и рана лечится подобно всякой другой ранѣ сочлененія; здѣсь съ успѣхомъ могутъ быть употреблены непрерывныя обливанья.

3) Иногда поврежденія, сопровождающія вывихи таранной кости, бываютъ такъ значительны, что остается одно — тотчасъ же прибѣгнуть къ ампутации. Когда рана очень обширна, мягкія части разорваны, перерваны сухія жилы, надорваны сосуды и нервы, то нечего и думать о сохраненіи ноги, подъ опасеніемъ увидѣть, даже въ очень короткое время, самые ужасные припадки; то же и при раздробленномъ переломѣ ноги и голени, съ обнаженіемъ и глубокимъ ушибомъ; наконецъ обширныя кровоизліянія, отслоенія кожи, дѣлаютъ неизбежнымъ художественное нагноеніе, и положительнымъ образомъ требуютъ ампутации голени.

§ 2. Вывихъ втораго ряда предплюсневыхъ костей отъ перваго.

Между таранною и пяточною костями съ одной стороны, и ладьеобразною и кубовидною съ другой, находится суставная промежуточная линія, въ которой происходятъ довольно обширныя движенія сгибанія, разгибанія и круговаго поворачиванія. Когда какая-нибудь причина стремится чрезмѣрно увеличить эти движенія, то связки, впрочемъ довольно сильныя, соединяющія первый рядъ предплюсневыхъ костей со вторымъ, уступаютъ, и происходитъ вывихъ. По расположенію сустав-

ныхъ поверхностей, говорить Роньетта, можно принять четыре разновидности этого вывиха; однако жъ совершенно достовѣрныя наблюденія есть только для вывиха *книзу* и для вывиха *кнутри*. Вывихъ книзу, видѣнный Ж. Л. Пти, произошелъ отъ того, что передняя часть ноги попала подъ желѣзную перекладину, между-тѣмъ какъ субъектъ упалъ навзничь. Въ случаѣ, видѣнномъ А. Куперомъ, раненому упалъ на внутренній край ноги довольно тяжелый камень; такъ какъ, въ этомъ движеніи, наружный бокъ ноги находился на неподатливой плоскости, то подались связки и передняя часть ноги выставилась кнутри.

Явленія, характеризующія эти вывихи, суть: при вывихѣ книзу, значительное обезображеніе ноги, выстояніе вверхъ перваго ряда предплюсневыхъ костей, впереди которыхъ находится значительное углубленіе. Подошва ноги изглажена. Въ случаѣ Ж. Л. Пти вправливаніе легко было достигнуто чрезъ вытягиваніе за переднюю часть ноги, между-тѣмъ какъ противувытягиваніе было на голени; покой окончилъ излеченіе.

При вывихѣ кнутри, обезображеніе ноги особенно замѣтно на краяхъ ея; внутренній край укороченъ, носокъ ноги направленъ кнутри, сближаясь съ пяточною костью и представляя какъ бы внутреннее скривленіе ноги (*pied-bot interne*). Вправливаніе легко достигнуто было чрезъ оттягиваніе ноги въ направленіе противоположное смѣщенію.

§ 3. Вывихъ большой клиновидной кости.

Мы имѣли случай видѣть вывихъ большой клиновидной кости, отъ перѣзда по ногѣ повозочнымъ колесомъ; при этомъ была рана, соотвѣтствовавшая соединенію этой кости съ ладьеобразною. Черезъ эту рану выходилъ задній и нижній уголъ клиновидной кости, претерпѣвшій притомъ такое движеніе, по которому она помѣстилась поперечно на клиновидной меньшей кости. Вправливаніе было невозможно; мы сдѣлали вылученіе смѣщенной кости, и больной вполнѣ выздоровѣлъ, не смотря на довольно сильное воспаленіе, за которымъ послѣдовало очень обильное нагноеніе.

ГЛАВА XXXVIII.

Вывихи плюсневыхъ костей.

Вывихи плюсневыхъ костей чрезвычайно рѣдки; отъ того классическіе авторы или проходятъ ихъ молчаніемъ, или упоминаютъ объ нихъ

для того только, чтобы сказать, что они никогда не были виданы и что они происходят очень трудно. Безъ всякаго сомнѣнія, эти трудности существуютъ; и чтобъ понять ихъ, довольно взять во вниманіе отношенія и средства соединенія костей, составляющихъ предплюсно-плюсневое сочлененіе: но изъ этихъ трудностей выводите заключеніе о несуществованіи этихъ вывиховъ, объ ихъ невозможности, какъ это сдѣлалъ Бойе, значить изъ дѣйствительнаго факта выводите такое заключеніе, котораго не оправдываютъ ни разсужденіе, ни опытъ. Въ самомъ дѣлѣ, въ наукѣ есть пять или шесть совершенно достовѣрныхъ случаевъ плюсневыхъ вывиховъ. Два изъ этихъ случаевъ были видѣны Дюпюитреномъ и приведены Сансономъ *), третій Делоромъ **), четвертый Робертомъ Смитомъ, который рисунокъ его представилъ Дублинскому Хирургическому Обществу ***), и наконецъ пятый, всѣхъ интереснѣе, потому что аутопсія подтвердила діагностику, представленъ былъ Парижскому Анатомическому Обществу докторомъ Мазе ****). Понятно, что, при такомъ маломъ числѣ фактовъ, мы не въ состояніи начертать полную исторію этихъ вывиховъ. Однако жъ постараемся указать на все то, что эти факты представляютъ между собою общаго.

Вывихъ плюсны можетъ быть *полный* или *частный*; онъ бываетъ полнымъ, когда всѣ плюсневые кости выходятъ изъ натуральныхъ своихъ суставныхъ отношеній; частнымъ, когда смѣщается одна кость или только нѣсколько плюсневыхъ костей. Такъ, въ одномъ изъ случаевъ, видѣнныхъ Дюпюитреномъ, смѣщены были четыре послѣднія плюсневые кости, и только одна первая кость оставалась на своемъ мѣстѣ.

Патологическая анатомія. — Въ какомъ направленіи происходитъ смѣщеніе? Обыкновенно *вверхъ* и *кзади*, когда задній конецъ плюсневыхъ костей подается на верхнюю часть втораго ряда предплюсневыхъ костей. Однако жъ вывихъ можетъ быть смѣшаннымъ, и доказательствомъ — случай Мазе, въ которомъ первая плюсневая кость не слѣдовала за остальными въ захожденіи ихъ на предплюсневые кости, но помѣстилась на внутренней поверхности первой клиновидной кости. Слѣдовательно здѣсь былъ въ одно время вывихъ *вверхъ* и вывихъ *кнутри*. Ни въ одномъ изъ видѣнныхъ до сихъ поръ случаевъ не было вывиха книзу. Безполезно прибавлять, что эти вывихи, какъ и всякіе другіе, могутъ быть простыми, или осложненными переломомъ, разрывомъ мягкихъ частей, окружающихъ сочлененіе или сосѣднихъ съ

*) Sanson, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article *Luxation*.

**) Delort, *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1837.

***) *Gazette médicale*, 1840.

****) Mazet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1844.

нимъ. Состояніе вывихнутыхъ частей повѣрено было вскрытіемъ въ одномъ только случаѣ Мазѣ; почему мы и заимствуемъ изъ его наблюденія слѣдующія подробности:

Вывихнуты были всѣ плюсневые кости, только въ различныхъ направленіяхъ. Такъ, какъ мы говорили уже, задній конецъ первой плюсневой кости лежалъ на внутренней поверхности первой клиновидной кости, направленіе, въ которое она увлекала сухую жилу длинной боковой малоберцовой мышцы, бывшей сильно натянутою; пятая кость повернулась на своей оси, такъ что внутренняя ея поверхность сдѣлалась верхнею. Три остальные плюсневые кости смѣстились вмѣстѣ (*en masse*) и ихъ задніе концы лежали на верхней части клиновидныхъ костей. Направленіе четырехъ первыхъ плюсневыхъ костей было косвенное сзади кпереди и снаружи кнутри, что и объясняло входящій уголъ кнутри, который представляла нога. Значительное расхожденіе, бывшее между первою и второю, и между четвертою и пятою плюсневыми костями, произвело разрывъ мышцъ, лежащихъ въ первомъ и четвертомъ межкостныхъ пространствахъ, такъ что здѣсь былъ вывихъ не только плюсны отъ предплюсны, но и плюсневыхъ костей между собою. Пятая плюсневая кость была переломлена при соединеніи передней своей четверти съ тремя задними четвертями; передній отломокъ остался сочлененнымъ съ меньшимъ пальцемъ, а задній отломокъ, повернувшійся, какъ мы говорили, на своей оси, былъ свободенъ на переднемъ концѣ своемъ.

Этотъ рисунокъ, сдѣланный по препарату Дюпюитренова музея, подъ н° 224 (доставленному туда докторомъ Мазѣ), представляетъ полный вывихъ среднихъ трехъ плюсневыхъ костей, 2, 3, 4, на тыльную поверхность предплюсны. Первая плюсневая кость, отчасти закрытая второю и разгибающими сухими жилами, также вывихнута, и ея задній конецъ, 1, лежитъ на внутренней поверхности первой клиновидной кости; пятая кость, переломленная около передняго конца своего, претерпѣла круговое движеніе, такъ что суставная ея поверхность, 5, обратилась прямо кнаружи.



Причины и механизмъ. — Чтобы понять механизмъ этихъ вывиховъ, необходимо знать обстоятельства, въ которыхъ происходятъ они. Въ обоихъ случаяхъ Дюпюитрена, и въ случаѣ Делора, раненые упали съ высоты на носокъ ноги; больной Мазе не упалъ на ноги, а опрокинулся навзничь, между-тѣмъ какъ нога его попала подъ колесо тяжело нагруженной повозки. Въ случаѣ Роберта Смита причина не была означена. И вотъ какъ долженъ былъ произойти вывихъ въ первыхъ трехъ случаяхъ. Мы сказали, что раненый упалъ съ высоты на носокъ ноги; его предплюсно-плюсневое сочленение на минуту попало между двухъ силъ діаметрально противоположныхъ, тяжестью тѣла и сопротивленіемъ земли, изъ коихъ первая стремилась опустить внизъ предплюсну, а другая подать вверхъ плюсневые кости или просто удержать ихъ. Но въ случаѣ Мазе вывихъ произошелъ иначе, если объясненіе механизма его, представленное Шассеньякомъ, вѣрно, какъ мы готовы допустить. Между-тѣмъ какъ колесо недвижно и крѣпко держало на землѣ переднюю оконечность плюсневыхъ костей, пока раненый падалъ навзничь, тяжесть тѣла должна была сообщить ногѣ усиленное движеніе разгибанія, въ слѣдствіе котораго тыльная поверхность послѣдней чрезъ мѣру выгнулась. Отсюда понятно, почему предплюсно-плюсневые сочлененія лопнули на верхней части своей, открылись и дали мѣсто вывиху трехъ среднихъ плюсневыхъ костей. Что касается до вывиха первой плюсневой кости кнутри, то онъ могъ произойти отъ прямого толчка, сообщеннаго дальнѣйшимъ движеніемъ колеса. Захожденіе, которое представляли плюсневые кости, изъ коихъ первая замѣтно переходила на внутренній край предплюсны, а три слѣдующія на верхнюю поверхность ея, должно быть приписано, намъ кажется, мышечному вліянію, дѣйствовавшему послѣ происхожденія перваго смѣщенія, произведеннаго наружнымъ насиліемъ, и увлекшему кости далѣе въ означенныя направленія.

Симптоматологія. — Съ перваго взгляда здѣсь поражаетъ обезображеніе ноги, которая, бывъ согнута по своей оси, представляетъ кривую линію, съ вогнутостью внутрь и внизъ; эта неправильная форма очень рѣзка на препаратѣ Мазе (см. рисунокъ), на которомъ въ высшей степени замѣтны также и другія свойства этихъ вывиховъ, какъ-то: 1) уменьшеніе передне-задняго діаметра; нога, въ самомъ дѣлѣ, укорочена больше чѣмъ на одинъ сантиметръ, что происходитъ отъ захожденія смѣщенныхъ костей, а также можетъ быть и отъ косвеннаго направленія ихъ; 2) увеличеніе вертикальнаго діаметра. На тыльной поверхности предплюсны находится выстояніе отъ 2 до 3 сантиметровъ высоты, выстояніе, образуемое заднею оконечностью вывихнутыхъ костей, и потому гораздо болѣе значительное кнутри, чѣмъ кнаружи; 3) увеличе-

ніе поперечнаго діаметра ноги, когда одна изъ костей вывихается кнутри, какъ это было въ случаѣ Мазе; 4) замѣтное вдавленіе, существующее позади этого выстоянія и въ которое можно поперечно вложить палецъ; 5) полное изглаженіе вогнутости ноги, происходящее отъ пониженія предплюсневыхъ костей; 6) наконецъ, выстояніе разгибающихъ сухихъ жилъ, сильно обрисовывающихся сквозь кожу и приподнимающихъ пальцы.

Если ко всѣмъ этимъ признакамъ прибавимъ извѣстность причины, произведшей поврежденіе, случайное неслучайное членомъ и почти полную неподвижность вывихнутыхъ частей, то будемъ имѣть сумму признаковъ, съ помощью которыхъ можно распознать этотъ вывихъ.

Распознаваніе. — Имѣя передъ глазами подобное поврежденіе, съ перваго взгляда можно подумать развѣ только о переломѣ плюсневыхъ костей; по крайней мѣрѣ это была первая мысль, которая тотчасъ представилась уму Дюпюитрена, когда онъ увидѣлъ свой первый случай вывиха; но отсутствіе хрустѣнія и ненормальной подвижности этихъ частей, родъ обезображенія, которое онъ имѣлъ предъ глазами, не замедлили открыть ему настоящее свойство поврежденія, и это былъ первый случай положительнаго распознаванія подобнаго рода вывиховъ.

Предсказаніе. — Предоставленный самому-себѣ, этотъ вывихъ въ очень скоромъ времени можетъ сдѣлаться невиннымъ, по причинѣ сильнаго воспаленія, которое должно произвести разстройство, причиненное смѣщеніемъ частей, по причинѣ скорыхъ приращеній, приобретаемыхъ послѣдними, и по малости мѣста, за которое можно взяться при усиліяхъ вправливанія. Это въ самомъ дѣлѣ и случилось со вторымъ больнымъ Дюпюитрена, черезъ три недѣли пришедшимъ искать хирургической помощи, и выписаннымъ изъ госпиталя послѣ тщетныхъ попытокъ вправливанія и прямого прижиманія, продолжавшагося въ теченіе нѣсколькихъ дней. Впрочемъ этотъ больной, не смотря на обезображеніе ноги, еще довольно хорошо ходилъ.

Леченіе. — Первое показаніе, которое надобно выполнить, есть вправливаніе. Вотъ какъ поступалъ Дюпюитренъ для достиженія его, и дѣйствительно достигъ у одного изъ больныхъ своихъ.

Положивъ больного на постель и согнувъ голень, на нижней части послѣдней расположили простыню, свернутую въ видѣ полотенца, такъ что концы ея, возвращенные кзади, должны были служить для противувытягиванія. Вытягиваніе производилось посредствомъ петли, укрѣпленной возможно хорошо на передней части ноги. Когда движенія начали дѣлаться замѣтными, то операторъ придавилъ обѣими руками своими, и въ противоположномъ направленіи, смѣщенные кости, которыя не замедлили войти въ натуральныя свои отношенія. Произведя вправливаніе,

Дюпюитренъ положилъ полусогнутый членъ на подушку и окружилъ его компрессомъ, напитаннымъ разрѣшающею жидкостью, и круговою нѣскольکو станутою повязкою.

Способъ дѣйствія Дюпюитрена, въ этомъ случаѣ, заключается въ себѣ все леченіе этого вывиха. Нужно ли прибавлять еще, что если бѣ, послѣ вправленія, появились воспалительные припадки, то имъ должно противодѣйствовать всѣми приличными средствами?

ГЛАВА XXXIX.

Вывихи ножныхъ пальцевъ.

Почти все то, что мы говорили о вывихахъ ручныхъ пальцевъ, прилагается и къ этимъ вывихамъ; поэтому мы и отсылаемъ туда читателя (см. стр. 293). Прибавимъ только нѣсколько замѣчаній, касательно вывиховъ большаго ножнаго пальца съ раною покрововъ и выходеніемъ чрезъ нее головки первой плюсневой кости *).

Эти вывихи, въ видѣнныхъ случаяхъ, происходили отъ паденія тяжелаго тѣла на ногу, удара лошадинымъ копытомъ, паденія, въ которомъ большой палецъ одинъ выносилъ тяжесть тѣла, увеличенную скоростью движенія.

Вывихъ дѣлается обыкновенно кнаружи; головка первой плюсневой кости разрываетъ покровы около внутренняго бока плюсно-пальцевого сочлененія и выдается въ этомъ направленіи. Въ-слѣдствіе очень обширнаго смѣщенія, претерпѣваемаго основаніемъ первой кости пальца, разгибающія и сгибающія сухія жилы большаго пальца сильно отвлекаются кнаружи; онѣ отдѣляются отъ плюсневой кости и оставляютъ пустоту, въ которую легко изливается кровь.

Эти поврежденія представляютъ важность, которой нельзя было бы и подозрѣвать а priori, судя по малой обширности сочлененія. Въ самомъ дѣлѣ, изъ пяти случаевъ, видѣнныхъ Ложье, въ трехъ развилось сильное флегмонозное воспаленіе на тыльной поверхности плюсневой стороны и образовались нарывы. У одного изъ больныхъ его обнажилась тыльная поверхность ноги, въ-слѣдствіе гангрены кожи этой стороны; а другой умеръ отъ слѣдствій гнойнаго зараженія.

*) Эти замѣчанія заимствованы изъ статьи Ложье, напечатанной въ *Bulletin chirurgical*, juillet 1840.

Что дѣлать при такихъ важныхъ обстоятельствахъ? Должно ли ограничиться вправливаніемъ смѣщенной кости, или произвести резекцію головки плюсовой кости? Ложье, не вовсе отвергая резекцію, отдаетъ предпочтеніе вправливанію; но такъ какъ опытъ показалъ ему, что, въ слѣдствіе подобнаго раненія, всего чаще надобно бояться развитія флегмонознаго воспаленія тыльной поверхности ноги и нагноенія, еще увеличивающихъ важность самаго раненія, то онъ полагаетъ, что надобно дѣлать на тылѣ ноги широкій разрѣзъ, родъ *предупредительнаго надрѣза* (*incision préventive*), чтобъ опорожнить гнойныя накопленія и доставить удобный выходъ гною, если бѣ образовался нарывъ. Въ одномъ случаѣ, гдѣ онъ поступалъ по этимъ правиламъ, больной его выздоровѣлъ въ очень короткое время; между-тѣмъ какъ изъ трехъ другихъ больныхъ, у которыхъ онъ ограничился только вправливаніемъ, двое выздоровѣли только послѣ величайшихъ опасностей, а третій умеръ отъ гнойнаго зараженія. Такая же участь постигла и того больного, у котораго Ложье ограничился резекціею головки первой плюсовой кости. Посему эта операція, противъ которой можно, сверхъ того, возразить и то еще, что она отнимаетъ у передней части ноги главную ея точку опоры, должна быть вообще отвергнута.

ГЛАВА XL.

О врожденныхъ вывихахъ вообще.

Въ предыдущихъ главахъ мы описали смѣщенія, зависящія отъ одного изъ тѣхъ сложныхъ страданій, которыя общеизвѣстны подъ именемъ *бѣлой опухоли*, смѣщенія, которыя мы предложили назвать *постепенными вывихами* (*luxations graduelles*); далѣе, изложили исторію вывиховъ происходящихъ отъ наружнаго насилія, или *травматическихъ вывиховъ* (*luxations traumatiques*); и теперь намъ остается говорить о третьемъ разрядѣ суставныхъ смѣщеній, обнаруживающихся съ самаго рожденія, или можетъ-быть немного послѣ него, и извѣстныхъ подъ именемъ *врожденныхъ вывиховъ* (*luxations originelles ou congénitales*).

Уже Иппократъ говорилъ о врожденныхъ вывихахъ и считалъ ихъ легко-излечимыми, если только рано принимаются за ихъ леченіе; но эти понятія вовсе впали въ забвеніе, когда А. Парѣ, и позднѣе Вердюкъ, снова указали на существованіе этихъ смѣщеній. Этотъ послѣдній замѣчаетъ, что попытки вправливанія въ этихъ вывихахъ служатъ къ тому только, чтобъ показать невѣжество хирурга.

Шоссё, въ 1812, описалъ скелетъ утробнаго младенца, на которомъ находилось болѣе ста переломовъ и, кромѣ того, два врожденные вывиха, одинъ плечеваго и другой чресленнаго сочлененія; онъ обозначаетъ эти вывихи именемъ *произвольныхъ вывиховъ* (*luxations spontanéés* *)).

Въ 1820 г., Палетта представилъ описаніе врожденныхъ вывиховъ бедра **). Въ 1826, появился мемуаръ Дюпюитрена ***) , сочиненіе особенно замѣчательное съ практической точки зрѣнія, обратившее сильное вниманіе всѣхъ ученыхъ на уродливое искаженіе, которымъ медики не хотѣли заниматься. Тогда наука обогатилась новыми наблюденіями, важными трудами, между которыми укажемъ на изслѣдованія Бреши, дѣланныя подъ руководствомъ Дюпюитрена ****).

Но до этого времени занимались изложеніемъ только явленій и причинъ этого страданія. Поврежденіе, ведущее свое начало отъ внутриматочной жизни, уже по одному этому должно быть неизлечимо; отъ того большая часть хирурговъ едва занимались вопросомъ о вправимости этихъ вывиховъ, едва говорили нѣсколько словъ о попыткахъ, дѣланныхъ на этотъ счетъ Дювалемъ и Лафономъ, когда Гюмбёръ и Жакъ объявили, что имъ удалось достигнуть вправленія этихъ вывиховъ, считавшихся неизлечимыми. Но когда факты, приведенные этими авторами, подвергнуты были безпристрастной критикѣ, то оказалось сомнѣніе касательно дѣйствительности возвыщенныхъ ими успѣховъ. Въ это-то время Перазъ, не обезкураженный бесплодными попытками предшественниковъ своихъ, посвятилъ всѣ старанія свои леченію этой тяжелой уродливости. Говоря въ частности о врожденныхъ вывихахъ бедра, мы будемъ имѣть случай видѣть, какъ, посредствомъ благоразумнаго соединенія механическихъ средствъ съ гигиеническими, успѣлъ онъ достигнуть счастливыхъ результатовъ.

До сихъ поръ вниманіе хирурговъ, исключая случай Шоссё, обращено было только на врожденные вывихи бедра; однако жъ они бывають и въ другихъ сочлененіяхъ: такъ Смитъ говорить о врожденныхъ вы-

*) Chaussier, *Discours aux élèves sages-femmes*, 1812.

**) Paletta, *Exercitationes pathologicae*, 1820. Въ своихъ *Adversaria anatomica*, 1788, онъ указываетъ, между причинами хромоты, на нѣкоторыя дурныя образованія чресленной стороны, изъ которыхъ многія безъ сомнѣнія должны бы были отнесены къ врожденнымъ вывихамъ, но которыхъ настоящее значеніе ускользнуло отъ вниманія его.

***) Dupuytren, *Déplacement originel ou congénital de la tête du fémur*, 1826.

****) *Répertoire d'anatomie et de physiologie*.

вихахъ плеча ¹⁾; у Дюпюитрена есть наблюдение ²⁾ надъ врожденнымъ вывихомъ верхняго конца лучевой кости, вывихомъ, который былъ извѣстенъ уже Иппократу; и не въ однихъ еще этихъ сочлененіяхъ наблюдаемы были подобныя смѣщенія. Мы представляемъ здѣсь довольно полную таблицу разныхъ видовъ врожденныхъ вывиховъ, занимаемую нами изъ лекціи Ж. Герэна ³⁾:

1. Неполный затылочно-атлантный вывихъ

{	а. кзади	{	видѣнный у двухъ уродовъ лишенныхъ мозга (<i>monstra anencephala</i>).
{	б. впереди	{	у трехмѣсячнаго ребенка.
2. Неполный вывихъ другихъ частей позвоночнаго столба

{	у одного изъ предыдущихъ уродовъ.
---	-----------------------------------
3. Полный вывихъ нижней челюсти въ скуловую ямку

{	in foetu derencephalo ⁴⁾ .
---	---------------------------------------
4. Вывихъ грудно-ключичный

{	а. внутрь и впередъ у осьмилѣтней дѣвочки.
{	б. внутрь и вверхъ у четырехлѣтней дѣвочки.
{	с. кзади (неполный) in foetu symelo ⁵⁾ .
5. Вывихъ лопаточнаго конца ключицы вверхъ и кнаружи

{	у трехмѣсячнаго зародыша.
---	---------------------------
6. Вывихъ лопаточно-плечевой

{	а. книзу у десятилѣтняго мальчика.
{	б. внутри, съ одной стороны полный, а съ другой неполный у молодаго человѣка пятнадцати лѣтъ.
{	с. вверхъ и кнаружи (не-вывихъ былъ двойной in foetu symelo.
7. Неполный локте-плечевой вывихъ.

{	кзади {	у дѣвicy пятнадцати лѣтъ.
{	{	у мальчика четырнадцати лѣтъ.
{	{	in monstis symelis.
8. Вывихъ головки лучевой кости

{	вверхъ и впередъ у семилѣтней дѣвочки.
---	--

¹⁾ Smith, *Journal d'Edimbourg*, 1839, tome XV.

²⁾ Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*.

³⁾ J. Guérin, *Gazette médicale*, 1840.

⁴⁾ Отъ *δερχη* шея, *κεφαλη* голова: названіе, даваемое уродамъ, у которыхъ очень малый мозгъ развивается въ шейныхъ позвонкахъ.

⁵⁾ Отъ *σύν* съ, *μελος* членъ: уроды, у которыхъ оба парные члена слиты вмѣстѣ.

9. Вывихъ ручной кисти { а. кпереди | у одного ребенка и двухъ взросл.
b. кзади и вверхъ | у шестилѣтняго ребенка.
c. кзади и кнаружи | у одиннадцатилѣтней дѣвочки.
10. Вывихъ таза { а. крестцоподвздошный вверхъ и кзади.
b. расхождение лонныхъ костей | in foetu agenosomo *).
11. Вывихъ чресло-бедренный { а. вверхъ и кнаружи
b. прямо вверхъ
c. кпереди и вверхъ.
d. кзади и вверхъ (неполн.) } in foetu agenosomo.
12. Вывихъ колѣна { а. неполный кпереди | два примѣра in foetu symelo.
b. неполный кзади | у четырнадцатилѣт. дѣвушки.
c. неполн. внутрь и кзади | у двухлѣтняго ребенка.
d. кзади и кнаружи | часто бывалъ послѣ рожденія.
13. Вывихъ ноги { а. неполный берцо-таранный.
b. неполный пяточно-таранный.
c. таранно-ладьеобразный.
d. пяточно-кубовидный.
e. пальцо-плюсневой.

Очевидно, что эта таблица заключаетъ въ себѣ много неправильностей образованія, которыя обыкновенно не помѣщаются между вывихами: таковы скривленія рукъ и ногъ. Надобно однако жъ сказать, что эти страданія дѣйствительно принадлежать къ тому же классу. Поэтому мы опишемъ ихъ послѣ врожденныхъ вывиховъ, и, чтобъ не разрознивать болѣзней во многомъ сходныхъ между собою, дополнимъ описаніе ихъ исторіею случайнаго скривленія ноги. Мы не предполагаемъ однако жъ подробно описывать всѣ вывихи, упомянутые въ приведенной таблицѣ, потому что въ наукѣ нѣтъ еще достаточнаго числа совершенно достовѣрныхъ фактовъ, на которыхъ можно бы было основать подобное описаніе; мы остановимся только на тѣхъ, которые представляютъ болѣе важности; и прежде всего изложимъ нѣкоторыя общія понятія, приложимыя ко всѣмъ этимъ вывихамъ вмѣстѣ.

Патологическая анатомія. — Не рѣдко случается, что у одного и того же субъекта бываетъ нѣсколько врожденныхъ вывиховъ; даже очень часто два сродственные члена поражаются однимъ и тѣмъ же вывихомъ: такимъ-образомъ замѣчаются два вывиха бедра, два вывиха плеча, — замѣчаніе, имѣющее не рѣдко свое приложеніе. Въ самомъ

*) А отрицательная частица, *γενεῖν* образоваться, *σῶμα* тѣло: уроды, у которыхъ не вполнѣ развивается брюшная стѣнка.

дѣлѣ, сравненіе обѣихъ сторонъ представляетъ средство опредѣлить, происходитъ ли уродливость сочлененія отъ какой-нибудь наружной причины, или есть слѣдствіе врожденной неправильности образованія.

Иногда случается также находить и другія неправильности образованія, часто несомѣстныя съ жизнью. И вышеприведенная таблица показываетъ, что многіе изъ этихъ вывиховъ наблюдаемы были у уродливыхъ зародышей.

Суставныя измѣненія, сопровождающія врожденные вывихи, чрезвычайно разнообразны; однако жъ вѣроятно, что въ началѣ болѣзни они часто бываютъ одни и тѣ же. «Въ самомъ дѣлѣ, говоритъ Паризъ, первоначальныя свойства болѣзни видоизмѣняются тѣмъ глубже, чѣмъ она давнѣе. Бываетъ, дѣйствительно, эпоха, когда по встрѣчающимся измѣненіямъ нельзя было бы даже и подозрѣвать первоначальнаго поврежденія, если бы въ нѣкоторыхъ случаяхъ не попадались на глаза самыя эти поврежденія. Въ врожденномъ вывихѣ намъ не дано видѣть, какъ и когда происходитъ онъ. Когда мы замѣчаемъ его, то онъ существуетъ давно уже, слѣдовательно первоначальныя поврежденія, которыя произвели его, способствовали или просто сопровождали его, тѣмъ болѣе видоизмѣнились, чѣмъ субъектъ большаго достигъ возраста. Поэтому существенныхъ свойствъ соврожденныхъ смѣщеній надобно искать только у молодыхъ субъектовъ, потому что въ этомъ возрастѣ они наименѣе измѣнены еще, и вотъ что найдено при наблюденіяхъ надъ новорожденными младенцами, или въ очень раннемъ ихъ возрастѣ.»

Суставныя оконечности костей представляютъ расположеніе мало отступающее отъ нормальнаго состоянія. Суставныя сумки, связки, не представляютъ нарушенія непрерывности; онѣ только разслаблены, растянуты въ различной степени, смотря по обширности смѣщенія. Но въ дальнѣйшую эпоху жизни суставныя поверхности претерпѣваютъ важныя измѣненія: онѣ обезображиваются, нѣкоторые костные отростки иногда почти вовсе исчезаютъ; фиброзныя связи представляютъ измѣненія соотвѣтственныя смѣщенію суставныхъ оконечностей, въ нѣкоторыхъ пунктахъ удлинняются, когда отдаляются точки прикрѣпленій ихъ, а при противоположныхъ условіяхъ укорачиваются. Для облегченія движеній смѣщенной кости развиваются суставныя впадины новаго образованія. Намъ казалось, что эти впадины разнятся въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ отъ тѣхъ, которыя развиваются въ слѣдствіе травматическихъ вывиховъ; онѣ вообще менѣе глубоки: это больше такъ—сказать суставныя поверхности, чѣмъ впадины; края ихъ рѣдко представляютъ тѣ костныя сталактитныя произведенія, которыя въ столь большомъ числѣ нарастаютъ вокругъ впадинъ, образующихся въ слѣдствіе травматическихъ вывиховъ. Всѣ кости, принадлежащія вывихнутому члену, претерпѣваютъ,

по замѣчанію Иппократа, остановку въ своемъ развитіи, такъ что рычаги, соотвѣтствующіе разнымъ отдѣламъ члена, и менѣе длинны и менѣе объемисты. Мышцы представляютъ такія же измѣненія, какъ и кости, измѣненія тѣмъ болѣе явственныя, что къ остановкѣ развитія, зависящей отъ неправильности образованія, присоединяется измѣненіе происходящее отъ неполнаго упражненія мышечной дѣятельности.

Этіологія. — Ни одинъ пунктъ хирургической патологіи не подавалъ столько поводовъ къ такимъ противорѣчающимъ толкамъ, какъ этіологія врожденныхъ вывиховъ. Однако жъ рядомъ съ замысловатыми гипотезами, придуманными для объясненія этого явленія, стоятъ и нѣсколько фактовъ, освѣщенныхъ опытомъ, и уже по одному этому вѣтъ всякаго опроверженія. Сюда относятся: 1. вліяніе наслѣдственности, выражающееся всего чаще въ томъ поколѣніи, которое непосредственно слѣдуетъ за первымъ; иногда, хотя рѣже, это вліяніе обнаруживается во второмъ поколѣніи (пропустивъ первое). 2. Вліяніе половъ. Въ самомъ дѣлѣ, опытъ показалъ, что женскій полъ имѣетъ большее предрасположеніе къ этого рода смѣщеніямъ.

Нѣкоторые авторы видѣли въ этихъ вывихахъ такія же смѣщенія, какъ и въ травматическихъ вывихахъ, и приписывали ихъ то неблагоразумнымъ влеченіямъ за члены ребенка во время родовъ (Ж. Л. Пти), то внѣшнимъ насиліямъ, дѣйствовавшимъ на него еще во время утробной жизни, то давленіямъ производимымъ на него матерними органами, какъ напримѣръ сокращеніями матки или брюшныхъ стѣнъ, дѣйствующими на оконечности рычаговъ, которые представляютъ кости членовъ. Къ этому объясненію натурально относится гипотеза о вывихѣ въ слѣдствіе неправильнаго положенія младенца въ маткѣ, гипотеза объ отсутствіи плодной воды, позволяющемъ маточнымъ стѣнкамъ дѣйствовать болѣе непосредственно на младенца.

Ж. Герэнъ находитъ причину вывиха въ дѣятельномъ сжатіи мышцъ, зависящемъ отъ измѣненія иннерваціи, — объясненіе обольстительное, изъ котораго онъ дѣлаетъ родъ общаго закона, примѣнимаго ко всѣмъ суставнымъ уродливостямъ.

Всѣ приведенныя нами причины предполагаютъ состояніе цѣлости суставнаго аппарата; но не должны ли вывихи, происходящіе, даже у взрослыхъ, безъ участія какого бы то ни было внѣшняго насилія, заставить подумать, что не то же ли бываетъ и при врожденныхъ вывихахъ? Съ этой точки зрѣнія смотрѣлъ на нихъ Седильо, допускавшій разслабленіе связочнаго аппарата, и Паризъ, который, идя еще далѣе, объясняетъ это разслабленіе суставною водянкою.

Наконецъ укажемъ еще на теоріи, которыя привели съ собою больше шуму, чѣмъ пользы, на теоріи заимствованныя отъ зародышнаго разви-

тія и по которымъ эта неправильность образованія приписывается: 1. остановкѣ развитія, 2. *уклоненію (aberration) образовательной силы*, 3. первичному измѣненію зародышей. Къ этимъ разнымъ пунктамъ мы возвратимся еще, говоря о вывихахъ бедра.

Этимъ мы кончимъ свои общія разсужденія о врожденныхъ вывихахъ. Такъ какъ эти разные вывихи очень несходны между собою, то, по нашему мнѣнію, дѣйствительно невозможно избѣгнуть затрудненія, или представляя общими такія предложенія, которыя приложимы только къ одному изъ нихъ, или выражая такія неопредѣленные мнѣнія, которыя по одной уже этой неопредѣленности вовсе бесполезны.

Что касается до леченія, то оно со всѣми подробностями будетъ изложено при описаніи видовъ наиболѣе важныхъ вывиховъ.

ГЛАВА ХLI.

Врожденные вывихи бедра.

Такъ какъ врожденные вывихи бедра изслѣдованы лучше подобныхъ вывиховъ другихъ сочлененій, то мы сначала изложимъ исторію ихъ, и потомъ, для избѣжанія бесполезныхъ повтореній, будемъ ссылаться на нее при другихъ описаніяхъ.

Эти вывихи бываютъ полные или неполные; они бываютъ на одной только сторонѣ, или на обѣихъ сторонахъ вмѣстѣ (двойные).

Патологическая анатомія. — Головка бедра обыкновенно находится здѣсь въ наружной подвздошной ямѣ; правда, Герэнъ говорилъ и о другихъ смѣщеніяхъ, но они наблюдаемы были только у уродливыхъ зародышей. Бедренная головка помѣщается въ наружной подвздошной ямѣ надъ вертлужною впадиною и позади ея; слѣдовательно, въ безконечномъ большинствѣ случаевъ, бываетъ подвздошный вывихъ.

Анатомическія измѣненія не одни и тѣ же во всѣ эпохи жизни. У зародыша, и даже въ первые годы жизни, *вертлужная впадина* едва измѣняется въ своей формѣ и вмѣстимости, такъ что легко можетъ помѣщать въ себѣ бедренную головку; но фиброзный обручикъ, окраивающій ее, сдавливается въ своей верхней и наружной части, такъ что представляетъ рудиментъ впадины новаго образованія. Дно суставной впадины иногда занято бываетъ болѣе или менѣе объемистою массою жирной ткани, какъ это видѣли Палетта, Вроликъ и Паризъ. *Бедренная головка*, опираясь на подвздошную кость или на вертлужный обручикъ, очень мало обезображивается; она представляетъ только легкое смященіе

ніе въ той точкѣ, которая соотвѣтствуетъ подвздошной кости. Сумка и круглая связка бываютъ нетронуты и представляютъ нормальныя свои прикрѣпленія; онѣ слегка только удлиняются. Сумка оттягивается верху бедренной головкою, которую она отдѣляетъ отъ подвздошной кости. Паризъ замѣчаетъ, что часто сочлененіе наполнено бываетъ довольно большимъ количествомъ синовіи.

Но съ дальнѣйшимъ возрастомъ обезображенія становятся болѣе глубокими и смѣщенія болѣе обширными. Вывихъ, бывшій въ дѣтствѣ неполнымъ, можетъ тогда сдѣлаться полнымъ, въ слѣдствіе давленія, которое производитъ туловище, при ходьбѣ, на верхнюю часть бедра. У взрослыхъ *вертлужная впадина* суживается и отчасти запирается жирною тканью или хрящевыми произведеніями. Суженіе съ возрастомъ увеличивается, но не доходитъ до полного зарощенія впадины, сохраняющей даже столько вмѣстимости, что, по Паризу, если не можетъ содержать въ себѣ бедренной головки, то по крайней мѣрѣ можетъ удержать ее на мѣстѣ послѣ вправливанія. Эта впадина вообще бываетъ треугольной формы. «Кажется, говоритъ Паризъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ это обезображеніе происходитъ отъ давленія бедренной головки на внѣшнюю окружность вертлужнаго края.»

Бедренная головка теряетъ часть своего объема; изъ сферической она дѣлается коническою или сплюсненною на верхушкѣ своей; иногда она даже вполне исчезаетъ. Атрофія бедренной головки есть замѣчательное явленіе, которое легко объяснить себѣ въ врожденныхъ чресленныхъ вывихахъ. Въ самомъ дѣлѣ, если только суставныя оконечности не подвергаются значительнымъ давленіямъ, то, въ другихъ сочлененіяхъ, не встрѣчается такой замѣтной атрофіи въ слѣдствіе врожденныхъ смѣщеній; но бедро находится въ особенныхъ анатомическихъ условіяхъ, которыя по видимому объясняютъ это явленіе. Почти всѣ питательные сосуды приходятъ къ бедренной головкѣ чрезъ ея верхнюю часть; это артеріи, развѣтвляющіяся въ ткани ея, проходя сквозь круглую связку; потому что, такъ какъ въ дѣтствѣ бедренная головка не слита съ шейкою кости, сосуды, принадлежащіе этой шейкѣ, не могутъ доходить до головки кости, бывъ отдѣляемы отъ нея придатковою хрящевою пластинкою. Если слѣдовательно въ эту эпоху круглая связка растягивается, сдавливается, разстроивается отъ смѣщенія, то бедренная головка не получаетъ столько сосудовъ, сколько нужно для полного ея развитія; отсюда эта атрофія, очень замѣчательная тѣмъ, что она бываетъ только въ врожденныхъ вывихахъ. Напротивъ, въ травматическихъ вывихахъ бедренная головка сохраняетъ свой нормальный объемъ, потому что имѣетъ возможность получать всѣ матеріалы, необходимыя для полного ея развитія. Слѣдовательно на атрофію бедренной головки должно смотрѣть не какъ на непо-

средственный результат смѣщенія, но какъ на слѣдствіе воспрепятствованнаго въ ней кровообращенія.

Бедренная шейка короче, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; она прикрѣплена на тѣлѣ кости, образуя болѣе прямой уголъ; рѣже бываетъ она выпрямлена къ большому вертелу.

Палетта говорилъ объ отсутствіи шейки и головки бедра съ развитіемъ костнаго нароста въ вертлужной впадинѣ. Этотъ предполагавшійся наростъ не была ли сама бедренная головка, слившаяся съ дномъ вертлужной впадины, вмѣсто того чтобъ быть соединенною съ шейкою кости? Частость отдѣленій придатковъ у новорожденныхъ дѣтей даетъ нѣкоторую вѣроятность этому объясненію.

Измѣненія встрѣчающіяся въ расположеніи *сумки* и *круглой связки* очень замѣчательны. Удлинилась смѣщеніемъ, сумка представляетъ болѣе широкую обширность, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; но она вскорѣ суживается въ своей средней части, образуя подобіе стѣлки песочныхъ часовъ, которой оба дна обращены, одно къ подвздошнымъ прикрѣпленіямъ сумки, а другое къ бедреннымъ ея прикрѣпленіямъ: обѣ эти части сообщаются узкимъ каналомъ, дающимъ проходъ круглой связкѣ, истонченной и значительно удлиненной.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ фиброзная сумка, сдавливаемая между бедренною головкою и подвздошною костью, атрофируется, продиравливается и позволяетъ бедренной головкѣ приходить почти въ непосредственное соприкосновеніе съ наружною подвздошною ямою, расположеніе, представляющее большое сходство съ тѣмъ, что замѣчается во всѣхъ травматическихъ вывихахъ; тогда стремится организоваться ложное сочлененіе, и то видна бываетъ костяная поверхность, слегка возвышенная надъ уровнемъ сосѣднихъ частей, то напротивъ углубленіе, правда не глубокое, окруженное нѣсколькими костяными вегетациями. Эти части покрываются, кромѣ того, легкимъ фибрознымъ слоемъ и синовиальною оболочкою, если только, въ дальнѣйшемъ возрастѣ и отъ повторительныхъ треній, находящіяся въ соприкосновеніи костяныя поверхности не претерпѣваютъ чрезмѣрно-твердаго перерожденія (*transformation éburnée*). Однимъ-словомъ врожденный вывихъ бедра представляетъ въ двухъ разныхъ и существенно неодинаковыхъ состояніяхъ: или бываетъ образованіе новаго сочлененія, или не бываетъ этого ложнаго сочлененія. Сумка или продиравливается, или остается цѣлою и позволяетъ болѣе или менѣе значительное удаленіе бедренной головки.

Круглая связка, сначала сплюснутая въ точкахъ прижатія бедренною головкою, претерпѣваетъ ту же участь, какъ и сумка, и когда послѣдняя разстроивается, то и она раздѣляется на двѣ доли, одну приросшую къ впадинѣ, другую къ бедренной головкѣ.

Изъ *мышицъ*, сгруппированныхъ вокругъ сочлененія, одѣ расслабляются, другія напрягаются, смотря по направленію смѣщенія; тѣ, которыя остаются въ состояніи полнаго бездѣйствія, атрофируются и даже могутъ перейти въ жирное перерожденіе; тѣ напротивъ, которыя находятся въ состояніи напряженія, превращаются, по крайней мѣрѣ отчасти, въ фиброзную ткань.

Тазъ претерпѣваетъ также нѣкоторыя важныя измѣненія, которыя очень хорошо изслѣдованы были Вроликомъ *) и Седилльё. Эти измѣненія значительно разнятся смотря по тому, бываетъ ли вывихъ односторонній или двойной, и мы отдѣльно изслѣдуемъ каждый изъ обоихъ этихъ случаевъ.

Когда вывихъ существуетъ на одной только сторонѣ, то тазъ на этой сторонѣ понижается. Подвздошная кость, истонченная, атрофированная, менѣе углубленная, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, становится болѣе близкою къ вертикальному направленію, что, по Вролику, зависитъ отъ недостатка антагонизма съ одной стороны между среднею и меньшею ягодичными мышцами, а съ другой между *mm. psoatem. et iliacum*, потому что первыя расслабляются въ слѣдствіе восходящаго движенія, претерпѣваемаго бедромъ, между-тѣмъ какъ послѣднія находятся въ состояніи напряженія. Вдавленіе, отдѣляющее *eminentiam ileo-pectineam* отъ передне-нижней подвздошной ости, чрезвычайно глубоко, и носитъ, кажется, отпечатокъ того давленія, которое должна производить въ этой точкѣ сухая жила *m. psoatis iliaci*, которой прикрѣпленіе къ меньшему вертелу сильно отвлекается кзади. Сѣдалищная кость отбрасывается кнаружи и повидимому увлекается въ это направленіе мышцами, которыя идутъ отъ таза и прикрѣпляются къ верхней части бедра. По причинѣ этого двойнаго уклоненія, верхній и нижній тазовые проходы теряютъ правильность контуровъ своихъ. Если провести вертикальную плоскость по передне-задней оси таза, плоскость, которая прошла бы чрезъ средину тѣла поясничныхъ позвонковъ, то увидимъ, что тазъ раздѣляется на двѣ неравныя части, изъ коихъ одна гораздо шире и соотвѣтствуетъ вывихнутому члену, такъ что плоскость, о которой говоримъ мы, вмѣсто того чтобъ соотвѣтствовать лонному симфизу, пересѣкаетъ горизонтальную вѣтвь здоровой стороны. Такое обезображеніе можетъ сдѣлать роды очень трудными и даже сдѣлать необходимыми при нихъ пособія искусства.

Когда вывихъ двойной, то въ обезображеніи участвуютъ обѣ половины таза, такъ что онъ не перестаетъ быть симметрическимъ; только онъ болѣе расширяется, нижній проходъ его болѣе широкъ, а ось верхняго

*) Vrolick, *Essai sur les effets produits dans le corps humain par la luxation congénitale et accidentelle non réduite du fémur*. Traduit du hollandais. Amsterdam, 1839.

прохода болѣе наклоняется кпереди. Изъ этого быстрого обзора видно, что двойной вывихъ долженъ оказывать на роды меньшее вліяніе, чѣмъ вывихъ одной только стороны.

Всѣ кости принадлежащія вывихнутому члену, въ томъ числѣ даже и подвздошная, претерпѣваютъ болѣе или менѣе замѣтную атрофію. На подвздошной кости эта атрофія выражается малымъ развитіемъ, истонченіемъ подвздошнаго гребня, горизонтальной вѣтви лонной кости, лонной дуги и пр. На бедрѣ, кромѣ малыхъ размѣровъ, которые представляютъ части составляющія верхній конецъ его, можно замѣтить, какъ это указано было уже Иппократомъ, недостатокъ длины, могущій доходить до шести или восьми центиметровъ. Кости голени, равно какъ и ноги, представляютъ также неполное развитіе; однако жъ здѣсь оно не такъ замѣтно, какъ на бедрѣ.

Этіологія. — Къ врожденнымъ бедреннымъ вывихамъ относили довольно большое число причинъ; наслѣдственность и женскій полъ, какъ причины предрасполагающія ко всѣмъ врожденнымъ вывихамъ, должны быть особенно упомянуты при бедренныхъ вывихахъ: о нихъ мы не будемъ распространяться болѣе. Другія причины можно помѣстить въ пять главныхъ категорій, кои суть: 1. *наружныя насилія, дѣйствующія на зародышъ*; 2. *разстройство нервныхъ центровъ*; 3. *извѣстныя составныя болѣзни, развивающіяся у младенца во время утробной жизни*; 4. *остановка развитія вертлужной впадины*; 5. *первичное измѣненіе зародышей или уклоненіе образовательной силы*.

1. **Внѣшнія насилія.** — Наружныя насилія, способныя дѣйствовать на младенца содержащагося еще въ маткѣ, суть: паденія, удары, прижатія, которыхъ дѣйствіе направляется на брюшныя стѣны матери; сильное сокращеніе самой матки, которая съ силою напираетъ на выстояніе представляемое колѣнками младенца, обращающимися кпереди чрезъ сгибаніе нижнихъ членовъ; неблагоразумныя влеченія за нижніе члены съ цѣлью кончить трудные роды. Но всѣ эти причины способны произвести переломъ, чѣмъ вывихъ. Извѣстно въ самомъ дѣлѣ, что вывихи отъ травматическихъ причинъ тѣмъ болѣе рѣдки, чѣмъ ищутъ ихъ въ эпоху болѣе близкую ко времени рожденія младенца. Притомъ частое совмѣстное существованіе двойныхъ вывиховъ, совершенно доказанное вліяніе наслѣдственности, повидимому указываютъ намъ, что наружныя насилія могутъ играть въ произведеніи врожденныхъ вывиховъ только второстепенную роль. Замѣтимъ сверхъ того, что давленіе, производимое на колѣнки маткою, произвело бы, при чрезмѣрномъ сгибаніи бедръ къ тазу, выходженіе бедренной головки чрезъ заднюю и нижнюю часть вертлужной впадины, тогда какъ наблюденіе показываетъ, что головка выходитъ чрезъ верхнюю часть этой впадины.

2. *Врожденное разстройство нервной системы.*—Шоссье и позднѣе Дельпешъ приписывали нѣкоторые врожденные вывихи первичному измѣненію нервной системы; это же мнѣніе повторено было, развито и генерализировано Ж. Гераномъ. По мнѣнію этого автора, причиною врожденныхъ смѣщеній служить дѣятельное мышечное сжатіе, совершенно отличное отъ пассивнаго мышечнаго сжатія, которое происходитъ отъ простаго сближенія обѣихъ точекъ прикрѣпленія мышцы, какъ это замѣчается, напримѣръ, когда неправильный рубецъ производитъ неизмѣнное сгибаніе члена, и когда сгибающія мышцы постепенно сами-собою сокращаются. Шоссье основывалъ свое мнѣніе на наблюденіи нѣкоторыхъ фактовъ, по которымъ онъ считалъ возможнымъ допустить существованіе внутрь-маточныхъ конвульсій. Геранъ выводитъ свои доказательства изъ тератологическихъ данныхъ, указывающихъ на довольно частое совпаденіе матеріальныхъ измѣненій нервной системы съ врожденными вывихами, и повидимому доказывающихъ, что эти измѣненія не безъ вліянія на происхожденіе ихъ, предоставляя все же довольно большое участіе и другимъ причинамъ, которыя выше указали мы.

3. *Суставныя болѣзни, развивающіяся во время внутрь-маточной жизни.*—Извѣстно, что младенецъ, находящійся въ матерней утробѣ, расположенъ къ тѣмъ же болѣзнямъ, къ какимъ и послѣ своего рожденія; слѣдовательно раціонально было предположить, что болѣзни, которыя у взрослаго производятъ произвольный вывихъ, могутъ у утробнаго младенца произвести вывихъ врожденный. Идею этой теоріи можно найти еще у древнихъ, и въ новѣйшее время ея держатся многіе современные авторы. Между ними мы упомянемъ Жерди, Праваза, Седилльо и Мальгеня, но въ особенности Париза, послѣ трудовъ котораго эта доктрина, считавшаяся прежде только замысловатою гипотезою, допускается теперь какъ доказанный фактъ. По Седилльо, эти вывихи зависятъ отъ ослабленія связочнаго аппарата; но само это ослабленіе требуетъ также причины, отъ которой оно могло бы произойти. Этой причиною, по Паризу, служитъ водянка тазобедреннаго сочлененія, въ-слѣдствіе которой бедренная головка выгоняется по тому механизму, который изложили мы выше (см. стр. 118). «Почему не допустить, говоритъ этотъ авторъ, что въ чресленное сочлененіе могутъ быть отдѣлены нѣсколько дециграммовъ жидкости, когда извѣстно, что между болѣзнями утробнаго младенца-водянки суть самыя частыя болѣзни?... Наслѣдственность вывиха въ нѣкоторыхъ случаяхъ такъ же хорошо объясняется суставною водянкою, какъ и неправильностью развитія; есть наблюденія, которыя доказываютъ, что многіе члены одного и того же семейства страдали многими водянками, произвольными вывихами, и пр. По этой гипотезѣ можно допустить, что, послѣ происхожденія выви-

ха, водянка исчезаетъ и растянутая сумка опять сокращается; иногда, у молодыхъ субъектовъ, она находима была болѣе растянутою и содержащею болѣе синовиі, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; но если она возвращается къ своимъ почти нормальнымъ условіямъ при рожденіи, то это не должно удивлять тѣхъ, которые знаютъ энергію уподобительной силы и быстроту питательныхъ процессовъ (Жердѣ) во время утробной жизни младенца.» Къ этимъ довольно вѣроятнымъ доказательствамъ надобно прибавить еще одно очень важное замѣчаніе Праваза, именно, что тотчасъ послѣ рожденія, установленіе кровообращенія и легочнаго дыханія привлекаетъ къ груди значительное количество крови, отливающейся такимъ-образомъ отъ оконечностей къ центру, и можетъ производить на предположительно-болѣе сочлененіе дѣйствіе подобное тому, которое происходитъ отъ увеличенія атмосфернаго давленія на ограниченную точку тѣла; и изъ опытовъ этого искуснаго наблюдателя видно, что увеличеніе давленія, равное одной-трети атмосферы и дѣйствующее на сочлененіе, страдающее водянкою, производитъ въ немъ, въ очень короткое время, всасываніе жидкости.

Однако жъ Дюпюитренъ сдѣлалъ важное возраженіе противъ мнѣнія, приписывающаго смѣщеніе суставному страданію, именно, что не находится здѣсь ни слѣда костофды, ни свищевыхъ ходовъ, ни рубцовъ, какъ это, напротивъ, часто видимъ у взрослыхъ послѣ произвольныхъ вывиховъ. Вотъ какъ Паризъ отвѣчаетъ на это возраженіе: «Если что дѣлаетъ столь важными суставныя страданія (коксалгіи) взрослого, такъ это распространеніе воспаленія къ соcѣдней костяной ткани: отсюда происходятъ костофды, нагноенія, свищи. Но этого не можетъ быть такимъ же образомъ у утробнаго младенца, котораго вертлужная впадина, бедренная головка и шейка бываютъ хрящевыми при рожденіи. Мы не знаемъ даже ни одного факта коксалгіи у дѣтей одного-двухъ лѣтъ, которая кончилась бы нарывомъ, хоть въ этомъ возрастѣ окостенѣніе подвигается уже очень далеко.»

4. *Остановка развитія вертлужной впадины.* — Бреше подчиняетъ произвольные вывихи законамъ зародышныхъ развитій и смотритъ на нихъ, какъ на результатъ остановки развитія вертлужной впадины. Извѣстно въ самомъ дѣлѣ, что тазъ развивается поздно, что образованіе вертлужной впадины начинается въ трехъ точкахъ, которыя соединяются въ центрѣ ея. Общепринятый въ наше время законъ центростремительнаго развитія показываетъ кромѣ того, что бедренная головка образуется одна изъ послѣднихъ между частями нижняго члена; слѣдовательно эта теорія остановки развитія прекрасно прилагается къ тѣмъ случаямъ, въ которыхъ доказано отсутствіе бедренной головки и вертлуга. Но это не самые обыкновенные случаи. Всего чаще, въ самомъ

дѣлъ, бедренная головка и вертлужная впадина образуются правильно, по крайней мѣрѣ въ первые годы жизни. Остановка развитія вертлужной впадины ведетъ за собою мысль о недостаткѣ соединенія трехъ костей, которыя составляютъ ее; послѣднія, слѣдовательно, должны оставлять между собою или большіе промежутки или продиравленіе, какъ это видимъ у птицъ. И мы не думаемъ, чтобъ подобныя факты были наблюдаемы; притомъ здѣсь поражаетъ вѣрность замѣчанія Париза, именно, что если костяная вертлужная впадина образуется тремя точками, идущими на встрѣчу одна другой, то можетъ-быть нельзя того же сказать о первоначальномъ образованіи этой впадины. По Крювелье, вся кость представляется въ хрящевомъ состояніи во всѣхъ точкахъ своихъ вмѣстѣ и никогда не состоитъ изъ отдѣльныхъ точекъ; въ какое бы время ни изслѣдовали чресленное сочлененіе, головка бедра всегда находится заключенною въ впадинѣ, которая по размѣрамъ почти походитъ на впадину раждающагося ребенка. Если предположить, что впадина останавливается въ своемъ развитіи, между-тѣмъ какъ бедренная головка, продолжая возрастать, принуждена выходить изъ нея, то нельзя объяснить тѣхъ случаевъ, въ которыхъ развитіе и головки и впадины бываетъ почти одинаково.

5. *Первичное измѣненіе зародышей, уклоненіе образовательной силы.* — Эта теорія выведена изъ одновременнаго существованія многихъ неправильностей образованія, часто встрѣчавшихся у уродливыхъ утробныхъ младенцовъ. И однимъ словомъ, мы видимъ, какъ и Жердѣ, въ этой доктринѣ не что иное, какъ выраженіе факта.

Безъ сомнѣнія, всѣ причины, пересмотрѣнныя здѣсь нами, приготавливаютъ вывихъ, когда не производятъ его, и имъ помогаетъ еще тяжесть тѣла съ тѣхъ поръ, какъ ребенокъ начинаетъ приучаться ходить.

Симптоматологія. — Мы послѣдовательно раземотримъ тѣ обезображенія, которыя кажутся, на взглядъ, и тѣ, которыя распознаются осизаніемъ, и наконецъ кончимъ изложеніемъ разстройствъ отправления, проистекающихъ отъ смѣщенія. Сначала изслѣдуемъ тѣ случаи, въ которыхъ вывихнуто только одно бедро, а потомъ укажемъ на отличія, представляемыя случаями двойныхъ вывиховъ.

Въ случаѣ *одиночнаго вывиха* съ перваго взгляда поражаетъ замѣтное обезображеніе чресленной стороны. Если постараться разобрать это обезображеніе, то представляются слѣдующія явленія: чресло стороны соотвѣтствующей вывиху болѣе опущено внизъ, чѣмъ на противоположномъ боку; напротивъ, позвоночный столбъ склоняется на здоровую сторону, для уравниванія центра тяжести тѣла. Большой вертелъ болѣе выдается, болѣе сближенъ съ подвздошнымъ гребнемъ, отсюда происходитъ большая выпуклость и необыкновенная круглость верхней и бо-

ковой части ягодицы, между-тѣмъ какъ кзади и книзу она бываетъ сдавлена. Паховая складка болѣе глубока, болѣе сдавлена, чѣмъ на здоровой сторонѣ. Край vulvae, соотвѣтствующій вывихнутой сторонѣ, слегка уклоненъ и оттянутъ вверхъ и кнаружи. Ягодичная складка болѣе возвышена. Весь нижній членъ представляетъ укороченіе, неодинаковое смотря по обширности смѣщенія. Дюпюитренъ говорилъ, будто легко возвратитъ члену длину его, производя вытягиваніе его сверху внизъ; но это мнѣніе довольно хорошо было опровергнуто многими авторами, и въ особенности Бувье, который утверждаетъ, что онъ видѣлъ полную неподвижность бедра, когда брали всѣ предосторожности для недвижнаго укрѣпленія таза. Профессоръ Жердѣ, глубоко изучившій всѣ вопросы относящіяся къ симптоматологіи этихъ вывиховъ, думаетъ, вмѣстѣ съ Бувье, что причиною ошибки здѣсь весьма часто бываетъ движеніе, сообщаемое тазу; однако жъ онъ не отвергаетъ рѣшительнымъ образомъ существованія того движенія, которое указано Дюпюитреномъ. Перазъ, имѣвшій случаи много разъ видѣть этотъ признакъ, замѣчаетъ, что, въ нѣкоторыхъ случаяхъ двойныхъ вывиховъ, вытягиваніемъ можно заставить оба члена опуститься въ одно время, почему и нельзя предполагать, будто это движеніе зависитъ единственно только отъ пониженія одной изъ сторонъ таза. Кромѣ того онъ настаиваетъ на томъ фактѣ, что влеченія уменьшаютъ выстояніе большаго вертела и въ то же время удаляютъ его отъ подвздошнаго гребня. Если, вмѣсто этого влеченія, подпирать членъ снизу вверхъ, то не встрѣчается такого сопротивленія, какое происходитъ отъ соприкосновенія двухъ плотныхъ тѣлъ, а напротивъ замѣтна нѣкоторая податливость, позволяющая отдалить членъ къ его корню. Членъ худощавѣе, чѣмъ на противоположной сторонѣ, что зависитъ отъ остановки развитія, распространяющейся въ одно и то же время, какъ мы видѣли, и на мягкія части и на кости. Бедро болѣе косвенно внизъ и внутрь и стремится перекрестить членъ противоположной стороны; голень, напротивъ, стремится отдалиться кнаружи и образуетъ съ бедромъ уголъ болѣе или менѣе открытый кнаружи, такъ что колѣно на внутренней поверхности своей представляетъ чрезмѣрное выстояніе; что касается до ноги, то она бываетъ или въ усиленномъ разгибаніи; для того чтобъ помочь недостатку длины члена, или сохраняетъ свое нормальное направленіе; въ послѣдствіи мы увидимъ, какимъ образомъ оба члена въ этомъ послѣднемъ случаѣ доходятъ до того, что представляютъ одинаковую кажущуюся длину.

Если, замѣтивъ предыдущіе признаки, изслѣдовать глубокія части помощью внимательнаго ощупыванія, то можно убѣдиться, что, при сгибаніи бедра къ тазу, бедренная головка, вмѣсто того чтобъ повернуться на своей оси, описываетъ дугу круга, котораго центромъ служить пови-

димому соединеніе шейки ея съ большимъ вертеломъ. Этотъ признакъ, въ первый разъ указанный Депрё, безъ сомнѣнія очень важенъ; однако жъ понятно, что его должно вовсе не быть, когда не бываетъ бедренной головки, или также когда размѣры ея очень малы, или наконецъ когда шейка ея имѣетъ очень малую длину; но въ противныхъ случаяхъ легко ощупать бедренную головку, образующую твердую, округленную опухоль, слѣдующую за движеніями, сообщаемыми бедру. Плевазъ справедливо настаиваетъ на признакѣ такъ-сказать обратномъ предыдущему и состоящемъ въ пустотѣ паховой складки, въ которой невозможно ощупать бедренной головки. Вотъ способъ изслѣдованія, который онъ совѣтуетъ для полученія этого признака: приложите къ верхней части бедра руку, обращенную въ супинацію, четыре пальца вытянувъ по наружной части члена и упирая въ большой вертелъ, а большой палецъ помѣщая поперечно на высотѣ паховой складки, нѣсколько снаружи точки, гдѣ слышны біенія бедренной артеріи, сообщите тогда члену круговое движеніе кнаружи, и вы почувствуете, что бедренная головка движется подъ большимъ пальцомъ, если она находится въ нормальномъ своемъ положеніи. Отсутствіе этого ощущенія округленнаго тѣла и двигающагося подъ пальцомъ есть вѣрный признакъ смѣщенія. Если изслѣдовать (какъ мы имѣли случай говорить при травматическихъ вывихахъ, т. е. согнувъ бедро къ тазу подъ прямымъ угломъ), какъво точное положеніе большого вертела, то замѣтимъ, что верхушка этого отростка, вмѣсто того чтобъ соответствовать линіи, которая прошла бы чрезъ передне-верхнюю подвздошную остъ и самую выступающую точку сѣдалищнаго бугра, подается напротивъ гораздо болѣе кзади этой линіи. Мы думаемъ, что этотъ признакъ, ускользнувшій отъ авторовъ, писавшихъ объ этомъ предметѣ, способенъ разъяснить діагностику въ нѣкоторыхъ трудныхъ случаяхъ.

При вертикальномъ стояніи, субъектъ касается земли только ножными пальцами и линіею плюсно-пальцовыхъ сочлененій, замѣняя такимъ образомъ недостатокъ длины разгибаніемъ ноги; другіе касаются земли вѣсьмъ протяженіемъ подошвы ноги, и тогда здоровый членъ сгибается въ коленномъ суставѣ, чтобъ примѣниться къ короткости вывихнутаго члена. Туловище запрокидывается кзади, поясничная сторона углубляется въ своей задней части, животъ слегка выдается. Изслѣдуя движенія, позволяемые больнымъ сочлененіемъ, видимъ, что круговое движеніе бедра происходитъ почти также, какъ въ нормальномъ состояніи, равно какъ приведеніе и разгибаніе, между-тѣмъ какъ, напротивъ, отведеніе происходитъ далеко неполно; что касается до сгибанія, то оно очень обширно, и, по замѣчанію Плеваза, нѣкоторые больные даже играютъ своимъ сгибательнымъ движеніемъ, какъ напимѣръ разогнувъ

голень съ бедромъ могутъ доводить ее до передней части плеча; при томъ всѣ эти движенія происходятъ безъ малѣйшей боли.

При ходьбѣ туловище склоняется сперва къ вывихнутому члену, который кажется, по выраженію Праваза, какъ бы воткнутомъ въ бокъ, отъ чего и происходитъ поперемянное опусканіе и подниманіе чресла, съ неминуемо слѣдующимъ за нимъ очень непріятнымъ на взглядъ качаніемъ всего туловища. Нѣкоторые субъекты, какъ мы сказали, касаются земли только оконечностью ноги; другіе, напротивъ, всей подошвенною поверхностью, и въ этомъ случаѣ хромота еще значительнѣе. Нѣсколько продолженная ходьба вызываетъ усталость и даже боль въ чресленной сторонѣ.

Хромота довольно мало замѣтна при бѣганьи, танцахъ, и это происходитъ отъ того, что верхняя оконечность бедра держится крѣпко и недвижно энергическимъ сокращеніемъ ягодичныхъ мышцъ.

Прискакиванье съ ноги на ногу или на одной ногѣ (*à cloche-pied*) почти невозможно, и это легко понять, потому что субъектъ страдающій врожденнымъ вывихомъ, по очень замысловатому сравненію Праваза, похожъ на того, который бы хотѣлъ произвести это движеніе взявъ за точку опоры подвижной песокъ.

При *двойномъ вывихѣ* (на обѣихъ сторонахъ), оба члена могутъ быть расположены симметрически, имѣть одинаковую длину и быть одинаково развитыми; но они представляютъ, относительно къ высотѣ туловища, поразительную короткость. Носокъ ноги иногда бываетъ поверочень внутрь, но всего чаще сильно уклоняется кнаружи.

Вертикальное стояніе еще лучше обрисовываетъ аномалію формъ; оно преувеличиваетъ выстояніе обоихъ вертеловъ и сѣдалищныхъ костей, кажущихся лишенными мягкихъ частей.

«Будучи наблюдаемы во время ходьбы, сформированные такимъ образомъ субъекты представляютъ, говорить Правазъ, какъ бы двойную хромоту; желая пойдти, они поднимаются на цыпочки, наклоняютъ верхнюю часть туловища къ тому члену, который долженъ поддерживать тяжесть тѣла, и съ усиліемъ поднимаютъ другой членъ, чтобы вынести его впередъ. Въ этотъ моментъ одинъ изъ вертеловъ, соотвѣтствующій поддерживающей сторонѣ, повидимому замѣтнѣе сближается съ подвздошною остью, чѣмъ при стояніи на обѣихъ ногахъ. Отъ этой подвижности въ вертикальномъ направленіи происходятъ качанія туловища, дѣлающія походку столько же тяжелою, какъ и непріятною. Эти качанія часто сопровождаются столь сильнымъ хрустѣніемъ, что оно слышно бываетъ въ нѣсколькихъ шагахъ разстоянія.»

Затруднительность ходьбы, не у всѣхъ субъектовъ одинаковая, съ

возрастомъ обыкновенно увеличивается и наконецъ необходимымъ становится употребленіе подпоры (палки или костыля).

Распознаваніе. — Палетта въ мемуарѣ своемъ о врожденной хромотѣ говорить о многихъ неправильностяхъ образованія, которыя могутъ сходствовать съ врожденнымъ вывихомъ; таковы суть: чрезмѣрная величина вертлужной впадины и происходящая оттуда шаткость бедренной головки; обезображеніе верхняго конца бедренной кости, которой головка и шейка, отчасти атрофированныя, спаиваются съ основаніемъ большаго вертела, который превышаетъ ихъ почти на 3 сантиметра; произведеніе костнаго нароста, развивающагося на днѣ вертлуга, бывающее вмѣстѣ съ описаннымъ нами обезображеніемъ; одновременная атрофія и половины таза и соответственнаго нижняго члена.

Дельпешъ указываетъ на атрофію одной изъ половинъ крестцовой и подвздошной костей, которая можетъ заставить подумать о существованіи врожденнаго вывиха.

Жердѣ описалъ разныя аномаліи верхней оконечности бедра, состоящія въ прикрѣпленіи шейки этой кости на большемъ или меньшемъ разстояніи отъ большаго вертела, и въ различномъ направленіи, то косвенномъ впереди, то косвенномъ къзади, — расположеніе, ведущее за собою хромоту, которую можно смѣшать съ хромотою отъ врожденнаго вывиха.

Всѣ эти болѣзни дѣйствительно могутъ быть похожи на врожденный вывихъ, но онѣ отличаются отъ него тѣмъ, что ни въ одной изъ нихъ нельзя ощупать движеній бедренной головки позади вертлужной впадины подъ ягодичными мышцами, между-тѣмъ какъ легко отыскать ее на своемъ нормальномъ мѣстѣ, ощупывая, какъ мы указали, паховую сторону.

Предсказаніе. — Изъ представленнаго нами описанія врожденнаго смѣщенія бедра видно, что двойной вывихъ имѣетъ меньшую важность, чѣмъ вывихъ одиночный (на одной только сторонѣ); припомнимъ въ самомъ дѣлѣ, что этотъ послѣдній часто ведетъ за собою обезображеніе таза, могущее служить препятствіемъ дѣтороженію, между-тѣмъ какъ при двойномъ вывихѣ тазъ сохраняетъ симметрію свою. Вопросъ объ излечимости этихъ вывиховъ мы рассмотримъ послѣ, говоря о леченіи ихъ.

Леченіе. — Врожденное смѣщеніе бедеръ считалось нѣкогда неизлечимымъ и вся терапия этого болѣзненнаго состоянія сводилась на употребленіе нѣсколькихъ средствъ, способныхъ усилить сократительную энергію тазо-бедренныхъ мышцъ. Опытъ въ самомъ дѣлѣ показалъ, что хромота бываетъ тѣмъ значительнѣе, чѣмъ слабѣе мышечная система. Такимъ образомъ Дюпюитренъ совѣтовалъ холодныя ванны, тревія,

частое упражненіе, мѣрную походку. Эти средства, къ которымъ можно еще прибавить употребленіе обуви съ высокимъ каблукомъ, могутъ быть совѣтуемы какъ полезныя палліативныя пособія.

Но въ эти послѣдніе годы пошли еще далѣе, и не смотря на отчаянное предсказаніе, высказанное нашими предшественниками, нѣкоторые хирурги не побоялись предпринять вправливанія врожденныхъ вывиховъ. Первые попытки, сдѣланныя на этотъ счетъ, принадлежатъ Лафону и Дювалю *). Они не были счастливы. Но не смотря на неуспѣхъ, Гюмбёртъ и Жакъё съ настойчивостью возобновили тѣ же попытки, и въ 1835 г. обнародовали довольно большое число фактовъ, доказывая этимъ (по крайней мѣрѣ такъ сами они думали) вправимость этихъ вывиховъ, считавшихся неизлечимыми. Но строгій разборъ этихъ наблюденій не замедлилъ показать, что они совсѣмъ не такъ вѣрно доказываютъ вправимость этихъ вывиховъ. Обыкновенно допускаютъ, вмѣстѣ съ Ришаромъ (изъ Нанси) и Перазомъ, что эти авторы ошибались и принимали за настоящее вправленіе только преобразование подвздошнаго вывиха въ вывихъ къ сѣдалищной вырѣзкѣ. Какое бы впрочемъ ни было это объясненіе, никому не могущее показаться сомнительнымъ послѣ того какъ Перазъ дѣльно разобралъ всѣ доказательства, приведенныя въ пользу своего мнѣнія Гюмбёртомъ и Жакъё, но не менѣе доказаннымъ остается и то, что это преобразование вывиха представляетъ нѣкоторыя выгоды; такъ, уродливость чресла бываетъ менѣе выразительна, вывихнутому члену возвращается часть длины его, но, прежде всего, онъ пріобрѣтаетъ болѣе устойчивости, потому что верхній конецъ бедра упирается въ уголъ сѣдалищной вырѣзки, гдѣ и выдавливаетъ себѣ ложное сочлененіе.

Бувьё не допускаетъ преобразованія вывиха, о которомъ говорили мы; по его мнѣнію, частное возстановленіе длины члена зависитъ отъ пониженія соотвѣтствующей стороны таза. Онъ думаетъ, что суженіе испытанное сумкою и сопротивленіе фиброзныхъ пучковъ, прикрѣпляющихся къ основанію бедренной шейки, рѣшительно противятся всякому скользящему движенію этой кости снизу вверхъ. Соглашаясь съ Бувьё, что всѣ авторы, и въ особенности Дюпюитренъ, странно преувеличивали обширность и частоту этого движенія, мы замѣтимъ однако жъ, что здѣсь идетъ дѣло не о минутномъ вправленіи, но о смѣщеніи медленномъ, постепенномъ, продолжающемся нѣсколько недѣль и даже нѣсколько мѣсяцовъ. И то, что мы знаемъ о растяжимости фиброзной тка-

*) Авторъ говоритъ, что онъ не разъ слышалъ отъ Дювала, будто идея предпринять вправленіе врожденныхъ вывиховъ внушена ему была Дюпюитреномъ.

ни, подъ вліяніемъ множества причинъ, правда патологическихъ, но дѣйствующихъ повидимому совершенно механически, увѣряетъ насъ, что непрерывное влеченіе также можетъ производить растяженіе фиброзныхъ тканей, недвижно удерживающихъ бедро, и позволять его смѣщеніе.

Основываясь на этихъ-то данныхъ, Плевазъ снова обратился къ вправливанію нѣкоторыхъ врожденныхъ вывиховъ. Послѣшимъ прибавить, что, болѣе счастливый, чѣмъ предшественники его, онъ успѣлъ, помощью лучше-соображенныхъ механическихъ аппаратовъ, гимнастическихъ средствъ и особенной гігіены, достигнуть этого столь желаннаго вправленія. Наблюденій, удостовѣряющихъ въ этомъ важномъ фактѣ, теперь довольно много; самые знаменитые лонскіе и парижскіе медики видѣли большую часть больныхъ до леченія и послѣ леченія. Результаты, объявленные при окончаніи леченія, снова повѣряемы были черезъ нѣсколько лѣтъ: слѣдовательно эти факты представляютъ всю желаемую достовѣрность. Прибавимъ, что въ наблюденіяхъ Плеваза вправленіе представляется не какъ исключеніе: изъ 19-ти больныхъ, подвергнутыхъ леченію, онъ достигъ его у 17-ти. Слѣдовательно теперь вправливаніе врожденныхъ вывиховъ бедра должно быть считаемо общою методою, для которой остается только опредѣлить случаи приложенія.

Условія, позволяющія надѣяться на счастливый результатъ, суть слѣдующія: дѣтство или первый періодъ отрочества; возрастъ отъ 12-ти до 14-ти лѣтъ образуетъ почти уже границу, далѣе которой не позволено пробовать вправливаніе; хорошее общее здоровье, для того чтобъ субъектъ могъ перенести лежанье въ постели, сильную причину разстройства главныхъ отправленій. Но важнѣе всѣхъ другихъ условій то, чтобъ не было еще образовано ложнаго сочлененія между бедренной головкою и подвздошною костью. Можно между-тѣмъ подозрѣвать существованіе ложнаго сустава, если при сгибаніи и разгибаніи верхняя оконечность бедра не описываетъ рычагообразнаго движенія, о которомъ говорили мы; если движенія сгибанія и приведенія, хотъ и не болѣзненныя, не представляютъ чрезмѣрной обширности; и наконецъ если нельзя сообщить бедру движеній скользенія, опусканія и подниманія по наружной поверхности подвздошной кости. Если бъ не встрѣтилось вычисленныхъ здѣсь неблагопріятныхъ условій, то можно приступить къ радикальному леченію, заключающему въ себѣ три совершенно раздѣльныя фазы, какъ то: 1) приготовительное вытягиваніе, 2) вправливаніе и 3) упроченіе новыхъ суставныхъ отношеній.

Приготовительное вытягиваніе имѣетъ цѣлью доставить суставной сумкѣ и мышцамъ такую обширность, которая позволила бы бедренной головкѣ войти въ вертлужную впадину. Оно производится помощью системы блоковъ, приспособленной къ механической постели, на которой

крѣпко удерживается тазъ больного. Вытягиваніе должно быть сначала слабое и потомъ продолжаться сколько-возможно непрерывно. Оно продолжается различное время, два, три, пять, шесть мѣсяцовъ. Когда оно достаточно, то это можно узнать потому, что бедренная головка опускается нѣсколько ниже передне-нижней подвздошной ости. Большой вертелъ тогда менѣе выдается и поясничная кривизна кажется изглаженной.

Дойдя до этого, хирургъ приступаетъ къ собственному уже вправленію. Влеченія и здѣсь производятся также посредствомъ блоковъ, имѣющихъ точку опоры на перекладинѣ механической постели; влеченія не всегда имѣютъ надобность быть очень сильными. Хирургъ помогаетъ ихъ дѣйствию, производя родъ приложенія отдавливаніемъ верхней оконечности бедра сверху внизъ и сзади кпереди. Какъ и при травматическихъ вывихахъ, родъ толчка и хорошая конформація члена показываютъ, что вправленіе достигнуто.

Для упроченія новыхъ суставныхъ отношеній, первое дѣло состоитъ въ томъ, чтобы поддержать вправленіе. Для этого вокругъ таза накладывается родъ пояса съ боковымъ давленіемъ, который противится выходу бедренной головки изъ вертлужной впадины и восходящему движенію бедра, привлекаемаго въ это направленіе напряженіемъ ягодичныхъ мышцъ. Черезъ нѣсколько недѣль члену начинаютъ сообщать движенія, имѣющія цѣлю образовать для суставныхъ поверхностей такія формы, которыя взаимно соотвѣтствовали бы одна другой; вскорѣ эти движенія становятся болѣе обширными и больные употребляютъ уже при нихъ извѣстную силу, двигая ногами своими на *гимнастической постели*; наконецъ, когда всѣ эти упражненія происходятъ довольно свободно, больныхъ заставляютъ понемногу ходить на костыляхъ.

Во время этого леченія, необходимо продолжающагося довольно долго, часто необходимо бываетъ прибѣгать къ различнымъ средствамъ для поправленія пищеварительныхъ отправленій, ослабѣвающихъ отъ долгаго лежанья въ постели. Средство, которое наиболѣе въ такихъ случаяхъ оказываетъ услугъ, есть, по Правазу, ванна изъ сгущеннаго воздуха въ 12 — 15 сантиметровъ давленія; хорошая пища, сухая, хорошо провѣтриваемая квартира, служатъ также необходимыми средствами, помогающими изложеннымъ нами механическимъ пособіямъ *).

*) Для большихъ подробностей, см. *Traité théorique et pratique des luxations congénitales du fémur*, par Pravaz. Lyon, 1847. Un volume in-4°, avec dix planches. — Тамъ нарисованы аппараты, соотвѣтствующіе всякому времени леченія. Взглядъ на эти рисунки объяснить все дѣло гораздо лучше описанія, которое по необходимости должно быть и очень длинно и трудно-понятно.

Когда произведено вправление, то обыкновенно во всей чресленной сторонѣ развиваются боли, сопровождаемыя жаромъ, опуханіемъ, могущія внушить нѣкоторыя опасенія; но эти симптомы, тягостные для больного, для медика служатъ признакомъ появленія того органо-пластическаго процесса, который необходимъ для произведенія новаго сочлененія и сообщаетъ сосѣднимъ частямъ тѣ измѣненія, которыя необходимы для того, чтобъ онѣ могли крѣпко удерживать головку бедра въ ея новомъ положеніи. Это суставное воспаленіе обыкновенно сопровождается ускореніемъ пульса, сухостью кожи, сильною жаждою, запоромъ мочи. Всѣмъ этимъ припадкамъ должно противоѣдствовать до извѣстной только степени, и обыкновенно они исчезаютъ черезъ нѣсколько недѣль.

Когда, достигнувъ конца леченія, больной начинаетъ ходить, то надобно дѣйствовать на чресленные мышцы и стараться поддерживать и оживлять ихъ дѣятельность разминаніемъ, щелочными ваннами, электропунктурою.

Выгоды вправленія неоспоримы, потому что оно уничтожаетъ рѣзкое безобразіе и отчасти возвращаетъ одному изъ главныхъ отправленій ту правильность, которой лишило его порочное образованіе. Не надобно однако жъ думать, чтобъ вполнѣ достигался результатъ относительно обоихъ этихъ пунктовъ. Это невозможно, и именно потому, что часто весь нижній членъ претерпѣлъ остановку развитія, въ слѣдствіе которой бываетъ укороченіе, всегда поддерживающее легкую хромоту.

Вправленіе предпочтительнѣе перемѣненія вывиха подвздошнаго на вывихъ къ сѣдалищной вырѣзкѣ, потому что въ послѣднемъ случаѣ точка опоры, представляемая бедрами тазу, очень сближается съ заднею плоскостью таза, послѣдній рычагообразно перевѣшивается кпереди и оттуда происходитъ чрезмѣрный выгибъ поясничной стороны.

Держась своей теоріи дѣятельнаго мышечнаго сжатія, Ж. Герэнъ совѣтовалъ, для достиженія вправленія, раздѣлять подкожнымъ сѣченіемъ мышцы, прикрѣпляющіяся къ большому вертелу, равно какъ и фиброзную сумку. Нѣтъ сомнѣнія, что при помощи этихъ сѣченій можно быстро достигнуть вправленія; но нельзя ли опасаться, что, по уничтоженіи всѣхъ активныхъ агентовъ движенія, у больного останется безсильный и бездѣятельный членъ, гораздо менѣе полезный, чѣмъ онъ былъ до вправленія? Притомъ, не отвергая трудностей вправленія, надобно сознаться, что онѣ далеко не равны тѣмъ трудностямъ, которыя представляетъ прочное удержаніе и укрѣпленіе бедра въ новыхъ его отношеніяхъ.

ГЛАВА XLII.

Врожденные вывихи плечевой кости.

Врожденный вывих плечевой кости очень рѣдокъ; отъ того и не удивительно, что онъ и до сихъ поръ не былъ описываемъ классическими авторами. Уильямъ Смитъ первый описалъ одно наблюденіе надъ нимъ *), и потомъ, позднѣе, 1847, старался отыскать всѣ факты, относящіеся къ этому поврежденію, и собралъ ихъ пять въ своемъ *Ученіи о переломахъ*. Одно наблюденіе надъ вывихомъ плечевой кости подъ лопаточную остъ описано было Гэлльваромъ изъ Поатье **). Другой фактъ, относящійся къ этой же разности плечеваго вывиха, описанъ Дювалемъ ***); и Ж. Геренъ приводитъ также нѣсколько подобныхъ фактовъ, которые не были описаны. Я самъ имѣлъ случай видѣть одинъ примѣръ, который и опишу здѣсь съ нѣкоторыми подробностями.

Наблюдаемы были два вида врожденныхъ вывиховъ плеча: 1) вывихъ *подъ вороній отростокъ*, и 2) вывихъ *подъ лопаточную остъ*. Были ли оба эти вывиха полными или неполными? Ни по описаніямъ, ни даже по приложеннымъ къ нимъ рисункамъ, не легко сказать это. Подобно всѣмъ врожденнымъ смѣщеніямъ, часто и эти бывали въ одно время на обѣихъ сторонахъ.

Симптомы, характеризующіе эту неправильность образованія, суть слѣдующіе: сторона груди, соотвѣтствующая безобразію, уже здоровой стороны; весь членъ виситъ съ боку туловища, при малѣйшемъ толчкѣ качается во всѣ стороны и скорѣе кажется привѣшеннымъ, чѣмъ соединеннымъ съ плечомъ; верхнее и среднее плечо представляютъ замѣтную атрофію; напротивъ, мышцы предплечія и руки имѣютъ почти нормальное развитіе. Культи плеча потеряла свою выпуклость и круглость; она сплющена отъ пониженія плечевой головки и отъ атрофіи дельтовидной мышцы; акроміально-вороній сводъ замѣтно выдается, и подъ нимъ находится полукружное вдавленіе, ограниченное снизу присутствіемъ плечевой головки, опустившейся ниже мѣста, занимаемаго ею въ нормальномъ состояніи; если охватить рукою верхній конецъ плечевой кости, то видно, что головка кости повинуетъ сообщаемымъ ей движеніямъ; можно приподнять ее до соприкосновенія съ акроміально-вороньимъ сводомъ, или возвратить въ гленоидальную впадину: тогда исчезаютъ какъ опи—

*) William Smith, *Journal de Dublin*.

**) Gaillard, *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1841.

***) Duval, *Revue des spécialités*, 1841.

санное нами безобразіе, такъ и признаки вывиха; но какъ скоро членъ оставляется самому себѣ, то они снова возвращаются; если, вмѣсто того чтобъ возвращать плечевую головку въ гленоидальную впадину, стараться, напротивъ, увеличить смѣщеніе, то она повинуется и этому импульсу, и тогда осязаніемъ легко ощупать гленоидальную впадину, которая остается покрытою только атрофированною дельтовидною мышцею.

Мы сказали, что членъ виситъ и повинуется всякому импульсу; это не владѣніе объясняется состояніемъ плечевыхъ мышцъ. Въ самомъ дѣлѣ, мышцы дельтовидная, трехглавая, двуглавая, воронье-плечевая и передне-плечевая бывають парализованы. Однако жъ членъ не лишенъ еще всякаго произвольнаго движенія, и больной можетъ еще сгибать предплечіе къ плечу; но это движеніе происходитъ по совершенно особенному механизму. Такъ какъ мышцы, которыхъ такъ сказать нормальное назначеніе состоитъ въ сгибаніи предплечія къ плечу, т. е. двуглавая и плечевая передняя, парализованы, то сгибаніе производится только нѣкоторыми мышцами предплечія. Эти мышцы суть: *supinator longus*, *radialis primus*, *pronator teres*, *palmaris magnus et parvus*, *flexor superficialis et cubitalis anticus*. Но очевидно, что эти мышцы расположены очень неблагоприятнымъ образомъ для сгибанія, потому что, направляясь почти параллельно съ лучевой и локтевой костями, онѣ ограничиваются, если членъ разогнуть, притягиваніемъ костей предплечія къ нижнему концу плечевой кости; для того чтобъ онѣ дѣйствовали какъ сгибающія, нужно чтобъ оси обѣихъ этихъ частей верхняго члена перестали быть параллельными, т. е. чтобъ предплечію сообщено уже было начало сгибанія. И вотъ какимъ образомъ происходитъ это предварительное сгибаніе: больной сообщаетъ своему плечу толкательное движеніе кпереди, такъ-сказать бросая весь верхній членъ въ это направленіе; когда члену данъ этотъ импульсъ, то больной вдругъ сокращаетъ грудную большую и спинную большую мышцы, быстро останавливающія плечевую кость; предплечіе продолжаетъ подаваться впередъ въ слѣдствіе перваго импульса; но какъ оно остановлено въ своемъ сочлененіи съ плечевой костью, то одна только нижняя его часть повинуется этому движенію, и отъ этого происходитъ сгибаніе, сперва совершенно пассивное, за которымъ тотчасъ слѣдуетъ сокращеніе указанныхъ нами мышцъ.

Субъектъ, у котораго я имѣлъ случай наблюдать врожденный плечевой вывихъ, извѣстенъ большей части парижскихъ медиковъ нашего времени; онъ назывался Гаспаромъ и приобрѣлъ нѣкоторую извѣстность въ то время, какъ былъ слугою въ амфитеатрѣ Бекляра. Онъ утверждалъ, будто не помнить, чтобъ неправильность образованія руки его произошла отъ наружнаго насилія или отъ какой-нибудь болѣзни: ему всегда говорили, что это искаженіе современно его рожденію. Симптомы, пред-

ставляемые имъ, совершенно сходны съ сдѣланнымъ нами, по Смиту, описаніемъ, предметомъ котораго служилъ вывихъ подъ вороній отростокъ.

Вотъ, въ самомъ дѣлѣ, что можно было замѣтить при изслѣдованіи обезображеннаго члена: правая плечевая кость, плечо и соотвѣтствующая половина груди не вполне развиты, и это замѣтно съ перваго взгляда, по значительной разницѣ въ длинѣ костныхъ рычаговъ и по атрофіи мышечныхъ массъ.

Разница длины и объема этихъ частей, указанная измѣреніемъ, состоитъ въ слѣдующемъ: плечевая кость правой стороны равна 25 сантиметрамъ, а лѣвой — 30 сантиметрамъ; правая ключица — $13\frac{1}{2}$ сантиметрамъ, лѣвая — 16 сантиметрамъ; полуокружность груди, измѣренная нѣсколько выше титки, на правой сторонѣ $34\frac{1}{2}$, а на лѣвой — 87 сантиметрамъ.

Атрофія мышцъ вывихнутой конечности доходитъ до того, что окружность ея на 10 сантиметровъ меньше здоровой стороны (на правой 0,16, а на лѣвой 0,26 центим.).

Но особенно любопытна эта остановка развитія тѣмъ, что она исключительно ограничилась указанными нами частями. Такимъ образомъ къ исхудалому и иссохшему среднему плечу привѣшено предплечіе, имѣющее нормальный объемъ и нормальную длину; и среднее и переднее плечо висятъ вертикально по длинѣ туловища. При изслѣдованіи обезображенія плеча замѣчается, что дельтовидная сторона потеряла круглость свою; она сплющена сзади и снаружи, и напротивъ болѣе выпукла спереди, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; надъ-остная ямка лопатки представляетъ глубокое вдавленіе; наружный край и конецъ акроміального отростка сильно обрисовываются подъ покровами, приподнимая ихъ. Подъ этимъ отросткомъ видѣнъ полукруглый жолобъ, направленный спереди кзади и отдѣляющій его отъ головки плечевой кости.

Осязаніемъ замѣчается, что плечевая головка помѣщается ниже вороньяго отростка и образуетъ тамъ круглую опухоль, слѣдующую за движеніями, сообщаемыми плечевой кости. Позади этой костяной выпуклости находится, если сдавливать дельтовидную мышцу, задній край суставной впадины лопатки. Если охватить плечевую кость около верхней ея части и сообщать головкѣ движенія по разнымъ направленіямъ, то послѣдняя повинется сообщаемому ей импульсу и ее можно поднять и привести въ соприкосновеніе съ акроміальнымъ сводомъ, опустить, подать кзади и возвратить въ суставную впадину. Во время этого послѣдняго движенія чрезвычайно выдается вороній отростокъ; но никакъ не удастся, какъ увѣрялъ Смитъ, дотронуться до передняго края суставной впадины. И, въ самомъ дѣлѣ, эта впадина не имѣетъ такъ-сказать

передняго края, потому что именно въ той точкѣ, гдѣ бы онъ долженъ былъ существовать, выдавлена новая суставная впадина. Отъ того, какъ мы сказали, исчезаютъ признаки вывиха, когда, изложеннымъ нами способомъ, восстанавливаются нормальныя отношенія суставныхъ частей.

Плечо сохраняетъ всѣ цѣлостныя свои движенія; его можно поднять, опустить, подать впередъ и назадъ. Среднее плечо вполнѣ теряетъ движеніе отведенія; что касается до движеній впередъ и назадъ, то они едва существуютъ, произвольное разгибаніе предплечія отъ плеча невозможно, и если конечность обыкновенно бываетъ разогнута, то это зависитъ отъ ея собственной тяжести, и отъ того, что она вертикально виситъ по длинѣ туловища. Сгибаніе предплечія возможно, но оно происходитъ по выше изложенному нами механизму. Рука и пальцы не лишены нормальныхъ движеній своихъ. Разсмотрѣнные нами разстройства отправления суть слѣдствіе паралича многихъ плечевыхъ мышцъ. Замѣтно въ самомъ дѣлѣ, что дельтовидная мышца, надъостная, подъостная, двуглавая, воронье-плечевая и плечевая передняя парализованы, между-тѣмъ какъ всѣ мышцы плеча, грудная большая, спинная большая, и всѣ мышцы предплечія и руки сохраняютъ свое дѣйствіе.

Въ вывихѣ подъ лопаточную ость обезображеніе состоитъ въ сплюсненіи дельтовидной стороны снаружи и спереди. Задняя часть плеча напротивъ округлена, болѣе выпукла, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, и это происходитъ отъ присутствія плечевой головки подъ остью лопатки. Въ этой разности, какъ и въ предъидущей, сторона груди соотвѣтствующая смѣщенію, равно какъ и кости верхняго и средняго плеча, бываютъ не вполнѣ развиты. Среднее плечо поворочено внутрь, предплечіе и рука въ пронаціи, и только съ большимъ трудомъ обращаются въ супинацію. Нельзя многого сказать о симптомахъ этого вывиха, потому что нѣтъ еще достаточнаго числа наблюденій надъ нимъ, и подробности, представленныя видѣвшими его, не согласны между собою. Такъ, въ наблюденіи Гальяра, плечевая головка имѣла подвижность, а въ наблюденіи Бъеши она была вывихнута и какъ бы анкилозирована съ лопаткою. Въ первомъ сказано, что *движенія подниманія и поворота невозможны и среднее плечо безъ владѣнія*; а во второмъ—движенія, хоть и ограниченныя, возможны. Въ обоихъ этихъ случаяхъ, среднее плечо направлено было кнаружи и отдалено отъ груди; напротивъ въ Смитовомъ случаѣ оно было сближено съ грудью.

Описываемое нами страданіе во многихъ отношеніяхъ разнится отъ другихъ врожденныхъ смѣщеній. Въ немъ, въ самомъ дѣлѣ, слабость суставныхъ связей почти всегда позволяетъ временно возвратитъ сустав-

выя поверхности въ ихъ нормальныя отношенія. Слѣдовательно существовавшее свойство этого страданія не суставное смѣщеніе, а параличъ плечевыхъ мышцъ, между-тѣмъ какъ вывихъ есть только слѣдствіе.

Правда, у взрослыхъ, поражаемыхъ гемиплегіею, не происходитъ вывихъ такъ, какъ въ занимающемъ насъ случаѣ; но легко объяснить себѣ эту разницу, взявъ во вниманіе то, что у послѣднихъ уничтоженіе движенія рѣдко бываетъ полное, и что параличъ появляется въ такую эпоху жизни, когда суставныя фиброзныя связи приобрѣли уже большую силу сопротивленія, между-тѣмъ какъ въ врожденныхъ вывихахъ самъ параличъ врожденный, полный и ограничивается только плечевыми мышцами. Намъ кажется главнымъ это послѣднее обстоятельство. Въ самомъ дѣлѣ, субъекты страдающіе этой неправильностью образованія, сохраняя свободу мышечныхъ движеній руки и предплечія, владѣютъ этимъ членомъ своимъ; они могутъ поднимать тяжести, притягивать тѣла, которыя захватываютъ рукою; въ этихъ разныхъ движеніяхъ, между-тѣмъ какъ среднее плечо не удерживается сокращеньемъ плечевыхъ мышцъ, каковы: дельтовидная, вороньеплечевая, надъостная, производится влеченіе за суставную сумку, которая мало по малу уступаетъ и происходитъ смѣщеніе. Въ видѣнномъ нами случаѣ, сохраненіе движеній грудной большой, круглой большой и большой спинной мышцъ довольно хорошо объясняло смѣщеніе кнутри, т. е. подъ вороній отростокъ. Понятно также, что смѣщеніе должно бы было произойти къ подъостной ямкѣ, если бы параличъ находился въ грудной большой мышцѣ, между-тѣмъ какъ большая и малая круглыя, большая спинная и подъостная мышцы сохранили бы свое дѣйствіе.

Само-собою разумѣется, что сдѣланные нами замѣчанія относятся къ тѣмъ только однимъ случаямъ, гдѣ вывихъ сопровождается параличемъ плечевыхъ мышцъ; подобные случаи, намъ кажется, исключаютъ всякій родъ леченія, тогда-какъ тѣ напротивъ, которые не представляютъ этого непріятнаго осложненія, не отвергаютъ можетъ-быть всякой попытки вправливанія; такъ по крайней мѣрѣ можно думать, судя по чрезвычайно интересному наблюденію Гальяра. Въ самомъ дѣлѣ, этотъ искусный хирургъ вправилъ врожденный вывихъ плечевой кости у одной 46-лѣтней дѣвушки и эта операція возвратила пациенткѣ всю свободу и почти всю силу движеній плечевой кости, выполнявшихся до тѣхъ поръ самымъ недостаточнымъ образомъ. Впрочемъ это вправливаніе достигнуто было способами очень сходными съ тѣми, которые мы описали при разсматриваніи врожденныхъ вывиховъ бедра. Больная подвергнута была предварительному вытягиванію, производившемуся постепенно въ нѣсколько присѣстовъ; достигнутое вправливаніе поддерживаемо было по-

средствомъ аппарата; появившіеся тогда воспалительные припадки прекращены были и исчезли черезъ нѣсколько мѣсяцовъ.

ГЛАВА XLIII.

Врожденные вывихи нижней челюсти, ключицы, локтя и сочлененій колѣна.

Мы только упомянемъ о вывихахъ нижней челюсти, видѣнныхъ Смитомъ и Герэномъ, о вывихахъ локтя, указанныхъ Дюпюитреномъ, и о вывихахъ ключицы и колѣна; эти вывихи чрезвычайно рѣдки и не допускаютъ ни какого леченія. Что касается до врожденнаго вывиха нижней челюсти, то довольно знать, что челюстный мышцелокъ отъ самаго рожденія можетъ быть помѣщенъ впереди суставной впадины, и что это смѣщеніе, совпадающее обыкновенно съ неполнымъ развитіемъ лица, только умѣренно затрудняетъ жеваніе.

Что касается до вывиха локтя, то онъ ограничивается смѣщеніемъ верхняго конца лучевой кости, подающейсѣ кнаружи надмыщелка; движенія сгибанія и разгибанія, пронаціи и супинаціи легки, но не такъ обширны, какъ въ нормальномъ состояніи; этотъ вывихъ исполнѣ невправимъ, по крайней мѣрѣ у взрослыхъ, потому что тогда шейка лучевой кости чрезмѣрно развивается въ длину.

Съ перваго взгляда можно распознать вывихъ внутренняго или наружнаго конца ключицы, по выстоянію, образуемому имъ подъ покровами. Эта неправильность образованія ни сколько не затрудняетъ движеній и не требуетъ ни какого особеннаго леченія.

Не рѣдко встрѣчаются субъекты, у которыхъ колѣна представляютъ довольно значительное выстояніе кнутри: это *кривоногіе* (*les genoux saigneux*). Собственно говоря, здѣсь нѣтъ вывиха; но когда такое расположеніе бываетъ чрезмѣрно сильно, то вотъ что замѣчается: когда больной сгибаетъ голень къ бедру, то колѣнная кость, вмѣсто того чтобъ оставаться въ межмышцелковомъ блоктѣ, отбрасывается кнаружи и ложится на наружный бедренный мышцелокъ; слѣдовательно здѣсь бываетъ настоящій вывихъ колѣнной кости, который легко узнать по обезображенію части и особенно ощупываніемъ. Подобная неправильность образованія вовсе не столько затрудняетъ ходьбу, какъ бы можно было предполагать; такъ какъ однако жъ она составляетъ непріятно-рѣзкое безобразіе, то медикъ и долженъ стараться уничтожить его. Если имѣемъ дѣло съ дѣтьми, то родъ наколѣнника позволяетъ возвратить члену натуральную пря-

мизну его, и по этому уже противодѣйствуетъ вывиху коленной кости. Гораздо рѣже случается наблюдать обезображеніе колѣна, состоящее въ угловомъ выстояніи кнаружи, между-тѣмъ какъ напротивъ внутренняя часть представляетъ болѣе или менѣе тупой уголъ кнутри; если бъ это было у ребенка, то и здѣсь также могъ бы имѣть свое приложеніе суставчатый наколѣнникъ.

ГЛАВА XLIV.

Искривленіе ноги (PIED-BOT).

Хотя эта уродливость указана уже въ иппократическихъ книгахъ, но она едва ли была изслѣдуема до начала текущаго вѣка. Вообще это искривленіе предоставляемо было костоправамъ и шарлатанамъ, лечившимъ его секретными способами. Въ 1798, одинъ молодой медикъ, Ванцель, самъ вылеченный Венелемъ отъ врожденнаго искривленія ноги, обнаруживалъ въ своей диссертациі *) средства, употребленныя при его леченіи, средства состоявшія въ машинахъ для выпрямленія ноги. Съ тѣхъ поръ эта метода была общеупотребительною, хоть правда эмпирическимъ образомъ, пока Скарпа обнаруживалъ свой трактатъ объ искривленіи ноги **).

Съ этого времени начался новый періодъ: опредѣленныя анатомопатологическія понятія, объясняя свойства смѣщеній, претерпѣваемыхъ костями, дали возможность противодѣйствовать имъ аппаратами и болѣе простыми и вмѣстѣ болѣе дѣйствительными.

Вскорѣ однако жъ замѣтили, что укороченныя мышцы противопоставляли сильное сопротивленіе выпрямленію членовъ; отсюда мысль — перерѣзывать эти мышцы; но понятно, что нужно было много смѣлости тому хирургу, который первый рѣшился предпринять эту операцію. Въ первый разъ эта операція произведена была въ 1784, предъ глазами Тилленіуса, медика изъ окрестностей Франкфурта; потомъ въ 1811 и 1812, Михаэлисомъ и Сарториусомъ; однако жъ эти факты едва обратили на себя вниманіе, когда Дельпешъ, въ 1816, произвелъ эту операцію, точно опредѣливъ показанія ея и самый оперативный способъ ***). Не

*) Wantzel, *Dissertatio de talipedibus variis*, Tubingae, 1798.

**) Scarpa, *Mém. sur la torsion congénitale des pieds des enfants*, etc. Trad. franç. de Leveillé, Paris, 1804.

***) Delpesch, *Mém. sur le pied-bot; — Clinique chirurg. de Montpellier*, 1823.

смотря на большой авторитетъ, которымъ пользовалось слово знаменитаго Момпеллерскаго хирурга, онъ не могъ увлечь умовъ, какъ это доказываетъ полемика, иногда довольно сильная, которую онъ долженъ былъ поддерживать до того времени, когда появились наблюденія Стромейера ¹⁾. Наконецъ труды Бувье ²⁾, Дюваля ³⁾, Ж. Герэна ⁴⁾ и Скутеттена ⁵⁾ доставили тенотоміи то мѣсто въ наукѣ, которое она должна была занять.

Всѣ уклоненія ноги извѣстны подъ родовымъ названіемъ *искривленія ноги* или *косолапости*, *piéd-bot*. Далѣе различаются:

1. *Уродливое разогнутіе ноги (pes equinus)*, въ которомъ чрезмѣрно разогнутая нога касается земли только пальцами или концами плюсневыхъ костей.

2. *Уродливое согнутіе ноги (talus)*, въ которомъ нога находится въ усиленномъ сгибаніи и дотрогивается до земли только пяткою.

3. *Искривленіе ноги внутрь (varus)*, характеризующееся уклоненіемъ ноги внутрь, такъ что при ходьбѣ она упирается въ землю наружнымъ своимъ краемъ.

4. *Искривленіе ноги кнаружи (valgus)*, причемъ нога упирается въ землю только внутреннимъ своимъ краемъ.

Уклоненіе ноги книзу, Дюваля, кажется есть видоизмѣненіе уродливаго разогнутія ноги; ножные пальцы и плюсневые кости бываютъ сильно согнуты; кубовидная и клиновидная кости служатъ опорными точками.

Скутеттенъ называетъ *pedem equinum* — *искривленіемъ пальцовымъ (piéd-bot phalangien)*, *talum* — *пяточнымъ*, *varum et valgum* — *искривленіемъ ноги внутрь и кнаружи*.

Боннѣ принималъ два вида искривленія ноги, смотря по тому, происходятъ ли они отъ сжатія мышцъ, въ которыхъ раздѣляются ниточки внутренняго сѣдалищнаго подколѣннаго нерва или наружнаго сѣдалищнаго подколѣннаго нерва; отсюда два большіе класса, *внутреннее искривленіе (piéd-bot poplitè interne)* и *наружное искривленіе (piéd-bot poplitè externe)*. Въ каждомъ изъ этихъ классовъ различаются пять степеней:

¹⁾ Stromeyer, *Arch. génér. de médecine*, 1834, tome IV, p. 100. Trad. franç. de Richelot.

²⁾ Bouvier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1836, t. I, pp. 32, 199, 823, 933.

³⁾ Duval, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1836 — 1837, t. I, p. 304, 408.

⁴⁾ J. Guérin, *Gazette médicale*, 1838 — 1839.

⁵⁾ Scoutetten, *Mémoire sur la cure radicale du piéd-bot*, 1838.

Внутреннее искривленіе.

- 1 степ. Возвышеніе пятки.
- 2 — Сгибаніе ноги сзади кпереди около самой себя.
- 3 — Приведеніе кисти ноги.
- 4 — Выворотъ пятки внутрь.
- 5 — Увеличеніе поперечн. кризны подошвы ноги.

Наружное искривленіе.

- 5 степ. Пониженіе пятки.
- 4 — Усиленное разгибаніе ноги.
- 3 — Отведеніе кисти ноги.
- 2 — Выворотъ пятки кнаружи.
- 1 — Уменьшеніе поперечн. кризны подошвы ноги.

1-я и 2-я степени внутренняго искривленія соотвѣтствуютъ *pedi equino*, 3-я *pedi equino varo*, 4-я и 5-я *varo*.

Что касается до наружнаго искривленія, то изъ предыдущей таблицы видно, что измѣненія, на которыхъ основываются его разности, находится въ обратномъ порядкѣ. 1-я степень соотвѣтствуетъ *pedi equino*, 2-я, 3-я и 4-я *valgo*, 5-я, если она существуетъ одна, *talo*, котораго существованіе Боннѣ вовсе отвергаетъ. Вотъ какъ онъ выражается: «Пять разностей наружнаго искривленія ноги, которыя я описалъ, заключаютъ въ себѣ всѣ извѣстныя разности *talus*. Одна только не можетъ войти туда; это гдѣ нога прямо сгибается къ голени, не претерпѣвъ ни какого измѣненія въ формѣ своей, и которую обозначаютъ именемъ *talus*; но этотъ случай былъ до сихъ поръ и описываемъ и рисуемъ только по неточнымъ наблюденіямъ или по апіорическимъ понятіямъ. Моя теорія заставила меня отвергнуть его существованіе....»

По Боннѣ, безобразіе, характеризующее одну степень, необходимо влечетъ за собою существованіе безобразія въ предыдущихъ степеняхъ. Такъ напримѣръ, приведеніе кисти ноги, составляющее 3-ю степень внутренняго искривленія ноги, необходимо сопровождается сгибаніемъ ноги на продолженіи своемъ противъ плюснаго сочлененія (2-я степень) и возвышеніемъ пятки (1-я степень).

Приводили нѣсколько фактовъ, которые опровергаютъ повидимому эту столь обольстительную классификацію Боннѣ; но были ли эти факты наблюдаемы со всею надлежащею точностью? въ настоящее время этого рѣшить невозможно. Отъ того, пока опытъ не разъяснитъ намъ этихъ различныхъ пунктовъ, не должно, по нашему мнѣнію, пренебрегать древней классификаціи, особенно въ элементарной книгѣ, и потому мы опишемъ четыре разности: *pedem equinum*, *talum*, *varum* и *valgum*.

Патологическая анатомія. — Мы будемъ послѣдовательно разсматривать 1. отношенія костей ноги между собою, 2. ихъ очертаніе, и 3. состояніе мышцъ.

А. Отношенія костей. — 1. *Pes equinus*, какъ мы говорили уже, характеризуется усиленнымъ разгибаніемъ ноги; слѣдователь-

но главное и первоначальное движение происходит въ берцо-предплюсневомъ сочлененіи. Суставный блокъ таранной кости, отойдя отъ мало-большеберцовой суставной впадины, лежитъ почти прямо подъ кожею; одна только задняя его часть находится въ соотношеніи съ обѣими костями голени. Пяточная кость слѣдуетъ тому же движению, какъ и таранная кость; задній конецъ ея приподнимается и приходитъ въ соприкосновеніе съ малоберцовой костью, съ которою и сочленяется. Въ болѣе высокой степени, нога претерпѣваетъ сгибательное движеніе на продолженіи своемъ противъ промежуточной линіи, отдѣляющей первый предплюсневой рядъ отъ втораго: ладьеобразная и кубовидная кости подаются къ подошвѣ ноги и представляютъ на тыльной поверхности ея выпуклость, образуемую головкою таранной кости.

2. *Talus*. Уродливое согнутіе ноги есть смѣщеніе, происходящее также, подобно предыдущему, въ берцо-предплюсневомъ сочлененіи; задняя часть мало-большеберцовой суставной впадины подается кпереди, такъ что таранная кость отчасти вывихается кзади. Слѣдуетъ замѣтить, что неподвижность, на которую осуждены кости втораго ряда предплюсны, плюсны, ножныхъ пальцевъ, должна быть частою причиною анкилоза: фактъ, повѣренный Бувье на ногѣ одной старухи, умершей въ Salpêtrière.

3. *Varus*. Въ искривленіи ноги внутрь смѣщеніе происходитъ, какъ это показалъ Скарпа, въ средне-предплюсневыхъ сочлененіяхъ. Ладьеобразная и кубовидная кости уклоняются къ внутреннему краю ноги: первая изъ этихъ костей въ большей части отдѣляется отъ головки таранной кости; она подается кнутри, потомъ кзади, такъ что внутренняя оконечность ея сочленяется съ пяточною костью, а иногда даже и съ внутреннею лодыжкою; кубовидная кость увлекается какъ и предыдущая: она скользитъ снаружи кнутри по суставной поверхности, представляемой ей пяточною костью, и можетъ даже, въ крайней степени, вовсе оставить ее и отойти отъ нея.

Хотя главное смѣщеніе происходитъ въ указанныхъ нами сочлененіяхъ, однако жъ таранная кость не остается неподвижною, претерпѣваетъ легкое поворотное движеніе, въ слѣдствіе котораго блокъ слегка наклоняется кнаружи, между-тѣмъ какъ нижняя поверхность ея становится внутреннею.

Пяточная кость слѣдуетъ за таранною въ ея уклоненіи, и ея наружная поверхность, направленная книзу, лежитъ на землѣ.

4. *Valgus*. Эта разность (искривленіе ноги кнаружи) представляетъ смѣщенія обратныя предыдущимъ; суставный блокъ таранной кости поворачивается кнутри, наружная суставная маленькая поверхность ея смотритъ вверхъ, а кубовидная и ладьеобразная кости обращены кнару-

жи. Съ этимъ уклоненіемъ можетъ совпадать отсутствіе нѣкоторыхъ костей втораго ряда предплюсны, какъ Шарселей показалъ это Анатомическому Парижскому Обществу на двухъ препаратахъ. На одномъ препаратѣ не доставало ладьеобразной и трехъ клиновидныхъ костей, а на другомъ — на членѣ другой стороны — болѣзнь была въ меньшей степени и не доставало только ладьеобразной кости и двухъ клиновидныхъ.

Разныя, описанныя нами, смѣщенія часто соединяются между собою; такъ, не рѣдко бываетъ поднятіе пятки съ сгибаніемъ ноги на ея внутреннемъ краѣ, что и составляетъ *pedem equinum varum*.

В. Измѣненіе очертанія костей. Въ *pes equinus* и *talus* форма костей едва измѣняется. Нельзя того же сказать о *varus* и *valgus*, особенно когда смѣщеніе чрезвычайно сильно. По словамъ Скарпы, форма костей ноги едва измѣняется; вся неправильность образованія, по его мнѣнію, состоитъ въ смѣщеніи перваго ряда костей предплюсны отъ втораго ряда; и въ самомъ дѣлѣ, такой взглядъ оправдывается изслѣдованіемъ искривленій ногъ у дѣтей. Но въ дальнѣйшую эпоху жизни, кости находящіяся въ соприкосновеніи съ поверхностями, которыя не могутъ сочленяться съ ними, подверженныя необыкновеннымъ давленіямъ, атрофируются въ извѣстныхъ точкахъ, гипертрофируются въ другихъ, и отсюда происходятъ болѣе или менѣ замѣтныя перемѣны въ ихъ очертаніи; ладьеобразная кость претерпѣваетъ болѣе или менѣ значительную атрофію, значительное уменьшеніе объема, равно какъ и кубовидная кость; суставныя поверхности обѣихъ этихъ костей, разойдясь на большемъ протяженіи съ таранною и пяточною костями, еохраняють очень малые размѣры. Но изъ всѣхъ костей ноги, на таранной всего выразительнѣе измѣненіе формы; головка ея мала, атрофирована, исключая случаи, гдѣ она упирается въ землю; суставный блокъ теряетъ свою правильность. Пяточная кость атрофируется въ задней части своей, а большой отростокъ ея часто гипертрофируется, покрывается костяными наращеніями. Лодыжки увеличиваются въ объемѣ, однако жъ внутренняя бываетъ короче и представляетъ на верхушкѣ своей маленькую поверхность, сочленяющуюся или съ ладьеобразною, или съ пяточною костями.

С. Состояніе мышцъ. Мышцы обыкновенно атрофируются, что зависитъ отъ затрудненій, противопоставляемыхъ ихъ дѣйствию суставными смѣщеніями; иногда претерпѣвають онѣ жирное перерожденіе, какъ это видѣлъ Крювелъ, и какъ мы сами это видѣли; кромѣ того, онѣ представляютъ или удлинненіе, или укороченіе, смотря по разнымъ видамъ смѣщенія; такъ, въ уродливомъ разогнутіи ноги *mm. gastrocnemii* бываютъ укорочены, и наоборотъ удлинены — при уродливомъ ея согнутіи; при искривленіи ноги внутрь, кромѣ напряженія этихъ двойничныхъ мы-

щикъ, бываетъ укорочена еще голенная передняя мышца, между-тѣмъ какъ малоберцовыя мышцы удлинняются. Обратное расположеніе замѣчается при искривленіи ноги кнаружи.

Что касается до апоневротическихъ растяженій ноги и голени, то говорятъ, что ихъ находили менѣе сопротивляющимися. Калиберъ артерій меньше, чѣмъ въ нормальномъ состояніи.

Этіологія. — Разборъ причинъ, представленный нами при описаніи врожденныхъ бедренныхъ вывиховъ, можно было бы вполне повторить и здѣсь также, потому что искривленія ноги происходятъ почти-что отъ тѣхъ же самыхъ причинъ. Мы поэтому ограничимся только тѣмъ, что вкратцѣ напомнимъ эти уже изслѣдованныя нами причины, и остановимся на нѣкоторыхъ только точкахъ, пряте повидимому относящихся къ искривленіямъ ноги.

Искривленіе ноги можетъ быть *врожденное*, но можетъ быть и *случайное*.

Нѣтъ ни какого сомнѣнія, что наследственность бываетъ причиною искривленія; совпаденіе его съ другими неправильностями образованія позволяетъ предполагать, что сюда же должна быть отнесена и остановка развитія; притомъ не случалось ли видѣть двойныя искривленія, въ которыхъ было еще отсутствіе многихъ костей втораго ряда плюсны?

Давленіе, производимое маткою на зародышъ, подняло длинный споръ, къ которому мы не возвратимся уже; однако жъ изложимъ мнѣніе профессора Крювелье, который нарисовалъ въ своей *Патологической Анатоміи* утробнаго младенца съ двумя уродливыми разогнутіями ногъ (*pes equinus*), и у котораго ноги упирались подъ подбородокъ, котораго давленіе кажется вывернуло ихъ кнаружи. Бувье отвергаетъ это объясненіе, потому что, по его мнѣнію, нужно было бы предположить давленіе матки, чтобъ понять насильственное наложеніе зародышевыхъ частей однихъ на другія.

По словамъ эмбриологовъ, нога, когда она развивается, бываетъ въ усиленномъ разгибаніи; а когда она образуетъ уголъ съ голенью, то остается завороченною, такъ что подошвенная ея поверхность обращается кнутри; если она остается въ первомъ положеніи, то утробный младенецъ будетъ имѣть *pes equinus*, а если во второмъ, то *varus*; но допустивъ даже, что оба эти состоянія нормальны у утробнаго младенца, по какимъ же причинамъ они перестаютъ быть нормальными? Иначе, какъ замѣчаетъ Бувье, трудно объяснить себѣ причину того, что они иногда навсегда остаются у младенца.

Мышечное сжатіе, зависящее отъ первичнаго измѣненія первой системы, есть причина, которой ортопедисты приписывали наибольшее

значение; но объ этомъ мы довольно говорили уже. Замѣтимъ однако жъ, что въ уродливомъ разогнутіи ноги нѣкоторыя мышцы укорачиваются, и что часто довольно растянуть или раздѣлить ихъ, чтобы возвратитъ ногѣ нормальное ея направленіе, а это повидимому и показываетъ, что причины изуродованія ноги надобно искать въ одной только мышечной системѣ.

Причинами случайнаго искривленія ноги служатъ всѣ тѣ, которыя постепенно и окончательно могутъ производить измѣненія въ отношеніяхъ суставныхъ поверхностей ноги. Таковы суть: параличъ нѣкоторыхъ голенныхъ мышцъ, постоянно поддерживаемое раздраженіе мышечной системы. Въ первомъ случаѣ, нога увлекается въ направленіе противоположное параличу, а во второмъ, въ направленіе мышечнаго сжатія. Стягиваніе кожи, фиброзныхъ тканей, напримѣръ подошвеннаго растяженія, могутъ быть причиною искривленій ногъ, равно какъ и всякое поврежденіе, которое могла бы произвести болѣзнь костей или связокъ ноги.

Укороченіе нижнихъ членовъ, голени, и особенно бедра, можетъ въ извѣстныхъ обстоятельствахъ служить причиною уродливаго разогнутія ноги; въ самомъ дѣлѣ, желая дополнить (замѣнить) недостатокъ длины члена обыкновеннымъ разгибаніемъ, привыкаетъ къ этому, вскорѣ не можетъ уже сгибать ноги къ голени, и вотъ уродливое разогнутіе ноги, *pes equinus*.

Есть нѣкоторые виды искривленій ногъ, которыя развиваются хотя и послѣ рожденія и потому могутъ быть считаемы послѣдственными (случайными), но которыя должны быть отнесены къ врожденнымъ искривленіямъ, по роду причины, производящей обезображеніе: именно мы хотимъ сказать о тѣхъ искривленіяхъ, которыя развиваются безъ очевидныхъ причинъ у дѣтей первоначально хорошо сформированныхъ. Скютеттенъ, видѣвшій одинъ случай этого рода, спрашиваетъ себя, не произошло ли это поврежденіе отъ хроническаго раздраженія мышцъ, или не было ли оно патологическимъ слѣдствіемъ иннерваціи.

Симптоматологія. — *Pes equinus*. Нога бываетъ въ разгибаніи. Понятно, что можно найти очень много разностей этого искривленія; въ самомъ дѣлѣ, легкое приподнятіе пятки есть первая степень этой разности; полное разогнутіе ноги составляетъ до крайности уже развитую *pes equinus*. По Герэну, *pes equinus* въ первой степени характеризуется недостаткомъ длины мышцъ икры, который позволяетъ еще пяткѣ касаться земли, но препятствуетъ уже сгибанію ноги.

Разсматриваемая вообще, нога не глубоко измѣнена; замѣтныя перемѣны находятся только въ отношеніяхъ ея съ осью голени.

Пятка укорочена, поднята и такъ-сказать приложена къ нижней части

голени; подошва ноги, гораздо болѣе вогнутая чѣмъ въ нормальномъ состояніи, оборочена кзади; тыльная поверхность ноги, болѣе или менѣе выпуклая, смотритъ кпереди; передняя оконечность ея лежитъ на землѣ, такъ что плюсно-пальцовыя сочлененія одни только доставляютъ члену точку опоры: пальцы направлены кпереди, а тыльная поверхность ихъ смотритъ кверху; въ другихъ случаяхъ сжатіе мышцъ сгибающихъ пальцы и подошвеннаго сухожилія, заворачиваетъ пальцы, такъ что они загибаются подъ подошву ноги и касаются земли тыльною своею поверхностью. Пальцы и плюсневые кости разведены между собою, и отсюда расширение передней части ноги: въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ изуродованіе ноги произвело удлинненіе члена, голень иногда согнута къ бедру.

Очень часто уродливое разогнутіе ноги осложняется искривленіемъ ноги внутрь; тогда нога упирается на плюсно-пальцовыя сочлененія послѣднихъ ножныхъ пальцевъ.

Рука, проводимая по тылу ноги, чувствуетъ выстояніе головки таранной кости, переднюю оконечность пяточной кости, таранный блокъ, поднимающій кожу передней своею частью. Мышцы задней части голени сильно натянуты; ходьба затруднена, потому что больные могутъ ступать на землю только очень не обширную поверхность. Замѣтимъ однако жъ, что часто пальцы и плюсневые кости расходятся между собою и увеличиваютъ поддерживающую плоскость. Увеличеніе длины члена значительно затрудняетъ переступаніе ногою, потому что больные могутъ ходить только сгибая голень къ бедру или дѣлая членомъ полукружный обводъ (загребая ногою).

Talus. Нога согнута къ голени и мало обезображена. Все обезображеніе, какъ въ предыдущемъ видѣ, состоитъ въ измѣненіяхъ отношеній тараннаго блока съ малоболшеберцовой суставною впадиной. Тыльная поверхность ноги, направленная кзади, смотритъ на переднюю поверхность голени; подошва обращена кпереди, пальцы направлены вверхъ, а пятка внизъ, такъ что одна пятка поддерживаетъ всю тяжесть тѣла. Нижний членъ не измѣняется въ длинѣ, и отъ того не замѣтно ничего особеннаго ни въ чресленномъ, ни въ коѣнномъ сочлененіяхъ.

Довольно часто эта разность искривленія ноги осложняется уклоненіемъ ея кнаружи, и тогда подошва ноги смотритъ въ эту сторону.

Задняя часть тараннаго блока можетъ быть оцупана позади берцоплюсневого сочлененія впереди ахилловой жилы. Если пробовать разогнуть ногу, то нельзя побѣдить сопротивленія противопоставляемаго укороченными мышцами: переднею голенною, разгибающею пальцы, переднею малоберцовою; случается даже, какъ мы говорили выше, что бываютъ анкилозированы сочлененія плюсневыхъ костей и пальцевъ.

Трудность переступанія ногою зависитъ особенно отъ малой обширности поддерживающей плоскости, составляемой исключительно только пяткою.

Varus. Нога уклонена кнутри и значительно обезображена. Есть довольно много разностей искривленія ноги кнутри, которыя могутъ быть разсматриваемы какъ степени одной и той же уродливости. Въ самомъ дѣлѣ, это именно замѣтно, если слѣдовать за линіею постепенности, отъ самаго простаго уклоненія ноги внутрь до того случая, который видѣлъ Дюваль, и въ которомъ тыльная поверхность ноги направлена была книзу, а подошвенная ея поверхность кверху и внутрь.

Часто пятка направляется кверху, такъ что въ этомъ случаѣ *varus* осложняется *pede equino*.

Varus, который мы будемъ описывать, занимаетъ средину между упомянутыми нами двумя крайностями; и дѣйствительно это—самое обыкновенное искривленіе.

Ось ноги съ осью голени образуетъ прямой уголъ, направленный кнутри, тыльная поверхность ноги направлена кпереди, а подошвенная кзади и чрезвычайно вогнута. Эта вогнутость происходитъ отъ сгибанія кисти ноги къ первому ряду предплюсневыхъ костей и отъ рода сближенія плюсневыхъ костей съ своими пальцами. Пальцы направляются внутрь, и пятка, нѣсколько приподнятая, сохраняетъ свое нормальное направленіе. Наружный край ноги упирается въ землю, а внутренній край ея смотритъ вверхъ.

Если проводить руку по тылу ноги, то въ оси голени ощущается первое выстояніе, образуемое тараннымъ блокомъ, отчасти вышедшимъ изъ своей впадины; далѣе другое возвышеніе, образуемое головкою той же кости. Снаружи находится наружная лодыжка, болѣе выдающаяся, но не обезображенная; внизу очень большое выстояніе кубовиднаго конца пяточной кости, сдѣлавшееся очень замѣтнымъ отъ уклоненія ноги и значительно увеличенное въ объемѣ. Этимъ-то особенно бугромъ нога упирается о земь при стояніи и ходбѣ.

Мышцы *gastrocnemii*, *solei*, *flexores digitorum*, *tibialis anticus et posticus* сжаты, равно какъ и мышцы подошвы ноги и подошвеннаго сухожильнаго растяженія; малоберцовыя мышцы очень удлиннены.

Эта форма искривленія ноги часто замѣчается у новорожденныхъ младенцовъ, не въ очень сильной степени, но вскорѣ ходьба замѣтно увеличиваетъ обезображеніе. Тѣло находитъ достаточную точку опоры на выстояніи пяточной кости и на наружномъ краѣ ноги, и потому переступаніе ногою затрудняется только недостаткомъ сгибанія ноги къ голени; но какъ не рѣдко встрѣчаются два *varus* (на обѣихъ ногахъ) у од-

ного и того же субъекта, то больные этого рода при ходьбѣ не могутъ по-давать члена своего прямо впередъ: они бываютъ принуждены ту ногу, которая находится назади, переносить черезъ ту, которая впереди—чрезвычайно утомительный способъ переступанія.

Valgus. Нога уклонена кнаружи. Этотъ видъ гораздо рѣже предъидущихъ. Искривленіе обратно замѣчаемому въ *varus*; слѣдовательно ось ноги образуетъ съ осью голени уголъ открытый кнаружи; тыльная поверхность ея смотритъ впередъ, а подошвенная поверхность, менѣе вогнутая, направлена кзади; внутренней край ноги выпуклъ и лежитъ на землѣ; наружный край ея, вогнутый, смотритъ вверхъ.

Передняя половина внутреннего края ноги представляетъ самую значительную точку опоры. Дюваль видѣлъ, что поддерживающая плоскость была увеличена расхожденіемъ существующимъ между первою плюсневою и первою клиновидною, или между первою клиновидною и ладьеобразною, или даже между ладьеобразною и таранною костями.

Сжатіе малоберцовыхъ мышцъ бываетъ значительно; напротивъ большеберцовыя мышцы бываютъ удлиннены. Въ этомъ видѣ искривленія не замѣчается поднятія пятки, слѣдовательно рѣдко замѣчается напряженіе ахилловой жилы.

Мы имѣемъ не многое только сказать о діагностикѣ искривленій ноги, и свѣдѣнія о прежнемъ состояніи больного легко укажутъ, есть ли это врожденное искривленіе, или случайное; посему мы и не остановимся на этомъ. Если бъ хирургъ хотѣлъ точно опредѣлить, съ какимъ родомъ искривленія имѣетъ онъ дѣло, то онъ затруднится развѣ въ рѣдкихъ только случаяхъ, и это понятно изъ того, что мы говорили о формахъ, которыя могутъ представить нѣкоторыя разности *varus*.

Предсказаніе. — Искривленіе ноги составляетъ тягостную уродливость; отъ того и не удивительно, что особы страдающія ею часто ищутъ врачебной помощи; надобно однако же замѣтить, что, рассматриваемое само по себѣ, это печальное искаженіе не вредитъ ни здоровью, ни даже, строго говоря, ходьбѣ. Сейчасъ мы увидимъ, что у дѣтей оно вылечивается довольно легко; но нельзя того же сказать о взрослыхъ.

Леченіе. — Выше мы видѣли, что средства, употребляемыя для исправленія искривленія ноги, бываютъ двухъ родовъ: средства механическія и перерѣзываніе сухихъ жилъ и мышцъ; но не надобно забывать, что эти средства служатъ для одной и той же цѣли, т. е. для возвращенія ноги въ нормальное направленіе, чрезъ удлинненіе сократившихся частей, или чрезъ уничтоженіе, стѣченіемъ ихъ, препятствія для выпрямленія

ноги. Но мы говорили также, что здѣсь бываетъ измѣненіе формы суставныхъ поверхностей; мы замѣтили, что въ сочлененіяхъ ноги существуютъ иногда очень важныя измѣненія отношеній, такъ что очевидно, въ большей части случаевъ, тенотомія не можетъ достигнуть цѣли безъ помощи машинъ.

Есть случаи, гдѣ однѣ машины могутъ исправить искривленіе ногъ; это бываетъ у молодыхъ субъектовъ и когда существуетъ только легкая уродливость. Однѣхъ машинъ достаточно у новорожденныхъ, и даже въ первыя пять или шесть лѣтъ жизни, когда мѣшцы представляютъ еще не очень значительное сопротивленіе и кости ноги не дошли еще до полнаго своего развитія. Нѣтъ даже необходимости употреблять очень сложныя машины; такъ, когда рукою можно возратить ногу въ нормальное ея направленіе, то часто достаточно удержать членъ въ прямомъ положеніи гибкою шиною и нѣсколькими ходами круговаго бинта; въ этомъ случаѣ почти всегда достаточно крѣпко устроенной ботинки, неподвижнаго аппарата; но если сопротивленіе слишкомъ значительно, то необходимо употребить такіе аппараты, которые постепенно оттягиваютъ кисть ноги въ направленіе противоположное смѣщенію, посредствомъ прилично расположеннаго механизма. Когда уродливость легка, то при помощи подобнаго аппарата часто удается вылечить искривленіе ноги у взрослого; но если сопротивленіе слишкомъ велико, а влеченія производимыя аппаратомъ возбуждаютъ слишкомъ сильныя боли, то назначается перерѣзываніе сухихъ жилъ. Вообще говоря, перерѣзываніе назначается для сухихъ жилъ оттянутыхъ мѣшцъ. Это оттягиваніе узнается по напряженію, представляемому сухими жилами при попыткахъ возратить членъ въ нормальное его положеніе. Въ *pes equinus*, *varus* и *valgus equinus* обыкновенно достаточно перерѣзыванія ахилловой жилы. Говорятъ, что эта операція съ успѣхомъ дѣлана бывала и въ *valgus*, но въ этой разности искривленія ноги особенно приноситъ пользу перерѣзываніе малоберцовыхъ мѣшцъ. Въ *talus* перерѣзываются сухія жилы проходящія впереди берцо-предплюсневая сочлененія. Если нога претерпѣла родъ заворота, держащаго повидимому въ сжатіи подошвенное сухожильное растяженіе и мѣшцы этой стороны, то должны быть перерѣзываемы эти части. Подкожному способу перерѣзыванія безъ сомнѣнія всегда должно отдать предпочтеніе предъ другими. Послѣ производства этой операціи, нога и голень помѣщаются въ аппаратъ, служащій для удерживанія ноги въ такомъ положеніи, чтобъ обѣ доли раздѣленной сухой жилы сраслись между собою не иначе, какъ чрезъ посреднюю ткань, имѣющую увеличить длину ея. Эта операція, обыкновенно безопасная, дала самые удовлетворительные результаты.

ГЛАВА XLV.

Искривленія руки (main-bot).

Луче-запястное сочлененіе можетъ представлять форму полнаго или неполнаго вывиха, означаемаго именемъ *искривленія*, *main-bot*, котораго принимаются, какъ и на ногѣ, двѣ разности, одна врожденная, другая случайная. Кости запястья могутъ подаваться къ ладонной или тыльной поверхности предплечія, къ лучевому или локтевому его краю; оттуда четыре вида смѣщенія, которые мы называемъ *уклоненіемъ* (*déviation*) *кпереди* или къ ладонной поверхности предплечія, *кзади* или къ тыльной его поверхности, *кнутри* или *кнаружи* *).

Врожденные смѣщенія бываютъ довольно рѣдки; однако жъ объ нихъ упоминается у А. Парё; Крювелъ описалъ два случая ихъ въ своей *Патологической анатоміи*; Маржолэнъ также видѣлъ одинъ примѣръ; У. Смитъ посвятилъ этой уродливости довольно длинную статью и привелъ нѣсколько наблюденій надъ нею **).

Случайныя смѣщенія гораздо чаще врожденныхъ; они замѣчаются въ слѣдствіе болѣзней, которыя, измѣняя форму костей запястья и предплечія и расслабляя связи, соединяющія эти части между собою, могутъ произвести вывихъ. Такъ, не очень рѣдко встрѣчаются случайныя искривленія руки послѣ бѣлыхъ опухолей кисти ручной, раздробленныхъ переломовъ лучевой или локтевой кости. Могутъ также они случиться въ слѣдствіе болѣзней мягкихъ частей, ранъ, изъязвленій и особенно ожогъ; наконецъ параличъ разгибающихъ или сгибающихъ мышцъ можетъ увлечь руку въ неправильное направленіе.

Нѣтъ надобности настаивать на явленіяхъ, которыя представляютъ эти различныя смѣщенія; довольно знать, что смѣщеніе запястья кзади или къ тыльной поверхности характеризуется чрезмѣрнымъ сгибаніемъ руки, между-тѣмъ какъ смѣщеніе запястья кпереди влечетъ за собою усиленное разгибаніе; то же бываетъ и при боковыхъ смѣщеніяхъ, т. е. рука наклоняется въ сторону противоположную направленію смѣщенія. Одно только дѣйствительно важное обстоятельство слѣдуетъ замѣтить здѣсь,

*) На рускомъ языкѣ нѣтъ названій для всѣхъ этихъ уродливостей, и потому мы называемъ ихъ просто *искривленіями* или *уклоненіями* (*déviations*) *кисти ручной*. Французы, по сравненію этихъ поврежденій съ тѣми, которыя бываютъ на ногѣ, обозначаютъ иногда эти разности странными названіями: *mains-bots équins*, *mains-bots talus*, *mains-bots varus*, *mains-bots valgus*. — Прим. перев.

**) *A treatise on fractures, etc., by William Smith, Dublin, 1847.*

это—причину, производящую уклонение кисти ручной. Происходит ли оно отъ паралича? отъ мышечнаго сжатія? отъ раздѣленія мышцъ? отъ неправильнаго рубца? отъ травматическаго или постепеннаго смѣщенія суставныхъ поверхностей? и пр. Вотъ данныя, изъ которыхъ должны вытекать и предсказаніе и терапевтическія показанія.

То, что мы говорили о леченіи искривленій ноги, почти вполне приложимо и къ искривленію рукъ; если можно предполагать, что смѣщеніе произведено сжатіемъ мышцъ, ладонной большой и малой, локтевой передней или задней, то можно перерѣзать ихъ; но если причинами служатъ сухія жилы сгибающія пальцы, то надобно, по наставленію Вельпо, остерегаться перерѣзывать сухія жилы, заключенныя въ серозномъ влагалищѣ, потому что тогда было бы очень трудно сращеніе обоихъ раздѣленныхъ концовъ ихъ, и можно бояться, чтобъ рука, уже и безъ того уродливая, не лишилась и послѣднихъ остающихся ей движеній.

Неправильные рубцы разрѣзываются; рука возвращается въ нормальное положеніе свое посредствомъ приличнаго аппарата, который должно дѣржать на мѣстѣ еще долго спустя послѣ полнаго заживленія.

ГЛАВА XLVI.

Искривленія позвоночника.

Подъ именемъ *искривленій позвоночника* (*déviation du rachis, courbure de l'épine, gibbosité, etc.*) разумѣются обезображенія позвоночнаго столба, происходящія отъ одного или нѣсколькихъ изгибаній его, безъ органическаго измѣненія костей или связокъ ихъ.

Эти искривленія раздѣляются на три рода, смотря по тому, направляется ли выпуклость кривизны кзади, *cyphosis* (отъ *κυφός*, изогнутый, искривленный), кпереди, *lordosis* (отъ *λόρδωσις*, кривизна), или въ бокъ, *scoliosis* (отъ *σκολίωσις* или отъ *σκολιός*, наклоненный). Эта классификація, начертанная еще Галеномъ, и до сихъ поръ всѣми принимается.

Патологическая анатомія. — 1) *Искривленіе кзади, горбъ позвоночника, cyphosis* или *incurvatio* нѣкоторыхъ авторовъ, имѣетъ обыкновеннымъ мѣстомъ своимъ спинную сторону; иногда также встрѣчается при соединеніи этой послѣдней съ шейною или поясничною сторонами. Когда обезображеніе бываетъ общее, то весь позвоночный столбъ образуетъ дугу съ вогнутостью кпереди. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сги-

баніе образуетъ довольно обширную кривую дугу, но въ другихъ столбѣ бываетъ какъ бы перегнуть надвое, при соединеніи спинной доли съ поясничною, между-тѣмъ какъ другія части сохраняютъ свое обыкновенное направленіе. Эта послѣдняя разность встрѣчается преимущественно у стариковъ.

Въ этомъ видѣ искривленія, тѣла позвонковъ и межпозвоночныя связки сдавливаются и почти атрофируются на передней части своей, и напротивъ утолщаются кзади, куда, по выраженію Дельпеша, «повидимому отбрасывается» питаніе; по противоположности, остистые и поперечные отростки болѣе расходятся между собою, и связки, долженствующія держать ихъ сближенными, удлинняются пропорціонально ихъ расхожденію.

Когда искривленіе занимаетъ спинную сторону, то ребра сближаются одни съ другими, стремятся сдѣлаться прямолинейными на боковыхъ частяхъ, между-тѣмъ какъ задняя кривизна ихъ еще выразительнѣе; въ то же время они теряютъ ширину свою и закругляются. Грудина представляетъ то вогнутость, то выпуклость спереди, смотря по тому, увлекается ли она кзади средней своей частью или концами своими. Лопатки скользятъ по сплюснутымъ бокамъ груди; верхняя ихъ часть, подаваясь кпереди, удаляется отъ позвоночнаго столба; напротивъ нижній ихъ уголъ сближается съ нимъ и дѣлаетъ выстояніе подъ покровами.

Когда искривленіе находится очень низко, то крестцо-позвоночный уголъ почти изглаживается, что и объясняетъ быстроту родильнаго процесса у нѣкоторыхъ худо сложенныхъ женщинъ; но когда это искривленіе занимаетъ поясничную или спинную сторону или даже спинно-шейную, то замѣтно выпрямленіе таза, который изъ косвеннаго кпереди стремится сдѣлаться горизонтальнымъ.

Въ различныхъ этихъ обезображеніяхъ мышцы позвоночныхъ жолобовъ блѣдны и атрофированы, подъ вліяніемъ растягиваній, которыя претерпѣваютъ онѣ, и бездѣйствія, на которое онѣ осуждены.

Наконецъ, въ случаяхъ спиннаго горба, діаметръ груди удлинняется въ передне-заднемъ направленіи и уменьшается въ направленіи поперечномъ, откуда и происходитъ, что легкія и сердце должны претерпѣвать сжатіе. Еще болѣе, какъ искривленіе тѣла кпереди необходимо ведетъ за собою уменьшеніе высоты брюха, то брюшныя внутренности отдавливаются къ груди, и аорта, равно какъ и полая вена, должны претерпѣвать множество извилинъ, чтобъ приспособиться къ этому укороченію.

2) *Искривленіе или горбъ кпереди, lordosis.* Въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ, которыми владѣетъ наука, эта уродливость находилась въ поясничной сторонѣ, и одинъ или два раза только она наблюдаема

была въ спинной сторонѣ. Понятно, что измѣненія въ формѣ позвонковъ должны быть въ обратномъ смыслѣ съ тѣми, которыя мы описали въ случаяхъ горба сзади. Здѣсь, въ самомъ дѣлѣ, тѣла позвонковъ наклоняются кзади, расходятся и выдаются кпереди, между-тѣмъ какъ поперечные и остистые отростки сближаются сзади, и даже очень часто эти отростки сливаются между собою случайными окостѣненіями. Когда уродливость давняя и значительная, то спинныя мышцы укорачиваются, между-тѣмъ какъ мышцы передней части удлинняются.

Смотря по тому, бываетъ ли искривленіе кпереди на поясницѣ или на груди, замѣчаются важныя разстройства въ тазу или въ груди. Такъ, въ одномъ случаѣ этого послѣдняго рода, Дельпешъ видѣлъ, что грудина и позвоночникъ чрезмѣрно выдавались внутрь груди и замѣтно стѣсняли органы дыханія и кровообращенія. Въ случаѣ поясничнаго искривленія кпереди, тазъ сильно наклоняется впередъ, такъ что передняя поверхность лонныхъ костей и подвздошныя ости смотрятъ почти прямо внизъ, между-тѣмъ какъ крестецъ и сѣдалищныя кости приподняты кзади.

3) *Искривленіе позвоночника въ бокъ, scoliosis*, самое частое изъ всѣхъ, обыкновенно бываетъ множественное. Въ самомъ дѣлѣ, бываютъ три кривизны, представляя форму S; верхняя кривизна всего чаще выпуклостью своею обращена влѣво и включаетъ послѣдніе шейные позвонки и два или три первые спинные; средняя кривизна значительнѣе, обращена отпуклостью вправо и образуется спинными позвонками; наконецъ послѣдняя кривизна, съ выпуклостью влѣво, составляется изъ послѣдняго спиннаго и поясничныхъ позвонковъ. Такое расположеніе выражаетъ только общность фактовъ, и не должно считаться неизмѣннымъ, потому что между этими изгибаніями, одного можетъ не доставать, другое можетъ начинаться нѣсколько выше указанной точки, и наконецъ третье можетъ быть замѣтнѣе обыкновеннаго.

Вообще они лежатъ на противоположныхъ сторонахъ линіи, представляющей нормальную ось позвоночника, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ они всѣ три находятся внѣ этой оси, такъ что по отношенію къ этой оси находится одна только кривизна правая или лѣвая и извилистая въ ходѣ своемъ.

Степень искривленія не одинакова; случалось видѣть субъектовъ, у которыхъ позвоночникъ былъ какъ бы перегнутъ надвое. Это боковое искривленіе обыкновенно сопровождается извѣстной степенью искривленія кзади и болѣе или менѣе значительнымъ уменьшеніемъ высоты позвоночника.

Позвонки претерпѣваютъ повидимому поворотное движеніе около своей вертикальной оси, родъ *закручиванія*, которое подаетъ тѣла ихъ

къ выпуклости кривизны, а остистые отростки ихъ къ ея вогнутости, такъ что если смотреть спереди, то эти кости, чрезъ наложеніе однихъ на другія, описываютъ какъ бы спираль. Тѣла ихъ бываютъ какъ бы разможжены со стороны вогнутости кривизны; болѣе выдаваясь съ выпуклой стороны, они имѣютъ форму клина, котораго верхушка внутри, а основаніе снаружи. Эта атрофія, въ сторонѣ вогнутости, особенно очень замѣтная въ средней части, уменьшается по мѣрѣ приближенія къ концамъ искривленія.

Равно и отростки, соотвѣтствующіе вогнутости, также разможжаются и какъ бы атрофируются; суставные отростки исчезаютъ и соединеніе между смежными позвонками происходитъ только чрезъ маленькія суставныя поверхности, выдавленные на пластинкахъ и на основаніи поперечныхъ отростковъ. Послѣдніе сильно сближаются и иногда превращаются въ костяной едва выдающійся бугорокъ, между-тѣмъ какъ въ слѣдствіе атрофіи цѣлой половины каждаго позвонка, они сильно подаются кпереди кривизны. Наконецъ по той же причинѣ остистые отростки увлекаются къ вогнутости и пріобрѣтаютъ болѣе или менѣе поперечное направленіе. Обратныя явленія происходятъ на сторонѣ выпуклости. Соединительныя дыры увеличиваются, удлиняются со стороны выпуклости, суживаются съ вогнутой стороны, а иногда даже и вовсе зарастаютъ. Понятно тогда дѣйствіе, которое это уменьшеніе діаметра ихъ можетъ произвести на нервы и сосуды, проходящіе сквозь нихъ, и на мышцы, къ которымъ идутъ эти нервы и сосуды. Межпозвоночныя фиброхрящи утолщаются къ выгнутой и истончаются къ вогнутой сторонѣ. Что касается до связокъ отростковыхъ и пластинковыхъ сочлененій, то измѣненія ихъ слѣдуютъ за измѣненіями различныхъ костяныхъ частей.

Подъ вліяніемъ особеннаго патологическаго состоянія, между всѣми этими искривленными частями происходитъ процессъ окостенѣнія, производящій между ними настоящіе (истинные) анкилозы. Эти окостенѣнія особенно замѣтны бываютъ съ вогнутой стороны искривленія и въ тѣхъ точкахъ, гдѣ значительнѣе искривленіе.

Въ слѣдствіе измѣненія направленія, сообщаемого ребрамъ искривленіями позвоночника, грудь съ боковъ сплющивается, выдаваясь сзади выпуклой стороны, спереди вогнутой стороны. Если прибавить къ этому укороченіе вертикальнаго діаметра груди, то еще понятнѣе будутъ измѣненія формы ея. Легкія тогда сплющиваются, сдавливаются; сердце обыкновенно гипертрофировано и отброшено къ выгнутой части; аорта и полая вена слѣдуютъ за изгибами позвоночника; одинъ только пище-пріемный каналъ сохраняетъ свое нормальное направленіе.

Лопатка приподнята и сильно отдала къзади выпуклости выстояніемъ реберъ; отъ этого движенія къзади необходимо низдавляется ключица. Со

стороны вогнутости лопатка понижена и вокруг воображаемой оси, происходящей чрезъ средину тѣла ея, претерпѣваетъ рычагообразное движеніе, которое отбрасываетъ нижній уголъ ея кнутри, между-тѣмъ какъ передній ея уголъ и верхній отдавливается кпереди, а съ нимъ и ключица, становящаяся явственнѣе обыкновеннаго.

Тазъ, исключая случаи, гдѣ искривленіе происходитъ отъ рахитизма, не претерпѣваетъ измѣненій, которыя бы очень стоило отмѣчать. Болѣе замѣтное выстояніе крестцо-позвоночнаго угла, или напротивъ изглаженіе этого угла, иногда искривленіе крестца, въ которомъ можетъ участвовать и копчикъ, вотъ все, что здѣсь замѣчается. Что касается до брюшной полости, то она бываетъ сѣужена, или чрезъ укороченіе столба своего, или чрезъ выстояніе позвонковъ внутрь ея. Оттуда измѣненіе формы, измѣненіе положенія внутренностей: печени, почекъ и т. д., и отдавленіе кишекъ въ тѣ стороны, гдѣ брюшныя стѣнки могутъ раздаться.

Мышцы претерпѣваютъ такія же измѣненія, какія мы указали, говоря о горбѣ сзади или спереди. Кажется даже, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ теряютъ свое мышечное свойство и претерпѣваютъ жирное перерожденіе.

Что касается до спиннаго мозга, то онъ приноравливается къ различнымъ искривленіямъ позвоночника, и какъ послѣднія не бываютъ круты и угловаты, то онъ и не претерпѣваетъ ни какого прижатія.

Симптоматологія. — 1. Въ *искривленіи кзади* обыкновенно бываетъ болѣе или менѣе замѣтный горбъ сзади, голова какъ бы вдавлена промежъ плечъ, которыя оттягиваются и сближаются кпереди. Грудь кажется сѣуженною въ передней части своей и болѣе широкою въ задней части. Когда искривленіе занимаетъ шейную сторону, то оно вскорѣ распространяется на весь остальной столбъ; тогда голова подается впередъ и подбородокъ выставляется на грудь, что и даетъ этого рода субъектамъ особенную фizioномію. Разстройства отправленій, при искривленіи кзади, не очень важны; только когда эта уродливость заходитъ слишкомъ далеко, то ходьба дѣлается невозможною безъ палки.

2. Въ *искривленіи шейной стороны кпереди* лицо направляется вверхъ, шея кажется удлинненною и гортань выдавшеюся; напротивъ затылокъ кажется углубленнымъ сзади; однимъ словомъ голова запрокидывается назадъ. Поворотныя (круговыя) движенія и боковыя (въ стороны) значительно затруднены.

Искривленіе спинной стороны кпереди производитъ привычную одышку, кашель и даже кровохарканье и явленія кровяного переполненія легкихъ.

Въ спинно-поясничномъ искривленіи кпереди бываетъ преувеличеніе натуральной кривизны этой части туловища; животъ выдается, ягодицы образуютъ значительное выстояніе, спина и плечи подаются кзади, а голова кпереди. Походка и способъ держать тѣло напоминаютъ походку и позу больныхъ брюшною водянкою или беременныхъ женщинъ. У этихъ послѣднихъ искривленіе поясничной части позвоночника кпереди можетъ быть причиною важныхъ обстоятельствъ, по причинѣ косвенности таза, слѣдующаго за ней заворота матки впередъ и выпуклости крестцо-позвоночнаго угла.

3. *Искривленіе въ бокъ.* За типъ своего описанія мы возьмемъ боковое искривленіе, характеризующееся главнымъ боковымъ изгибаніемъ спинныхъ позвонковъ вправо, съ другимъ боковымъ изгибаніемъ поясничныхъ позвонковъ влѣво, и наконецъ въ большой части случаевъ съ искривленіемъ также влѣво послѣднихъ шейныхъ и первыхъ спинныхъ позвонковъ.

Въ началѣ бываетъ выстояніе вверхъ и кзади праваго плеча, низдавленіе лѣваго плеча, и въ то же время лѣвое чресло кажется болѣе толстымъ и болѣе выдавшимся. На взглядъ съ задней поверхности, туловище не кажется уже симметрическимъ. Въ самомъ дѣлѣ, правая сторона груди выпукла и нѣсколько отброшена кзади. Промежутокъ, отдѣляющій лѣвыя ложныя ребра отъ подвздошнаго гребня, уменьшился и находится углубленіе, вдаленіе, надъ чресломъ той же стороны. На лѣвой сторонѣ замѣчается обратное расположеніе. На взглядъ спереди, торсъ представляетъ поразительный контрастъ съ заднею частью; такъ, грудь кажется болѣе выдающеюся кпереди и влѣво; ключица этой стороны косвенна внизъ и впередъ, между-тѣмъ какъ ключица правой стороны остается почти горизонтальною.

Прямое изслѣдованіе позвоночника показываетъ, что остистые отростки, вмѣсто того чтобы быть одному надъ другимъ по прямой линіи, слѣдуя оси тѣла, образуютъ двойное изгибаніе въ видѣ удлинннаго S. Отхожденіе остистыхъ отростковъ отъ оси позвоночника не показываетъ степени искривленія, потому что позвонки, какъ мы видѣли, претерпѣваютъ поворотное движеніе, которое, удаляя тѣла ихъ отъ срединной линіи, сближаетъ съ нею остистые отростки. Отъ того такое слабое искривленіе скелета, видимое сзади, становится очевиднѣе, когда изслѣдовать его спереди.

Наконецъ мы должны прибавить, что пучки спинной длинной мышцы, отдавленные этимъ поворотнымъ движеніемъ позвонковъ, дѣлаютъ замѣтное выстояніе подъ кожею выпуклой стороны. По мѣрѣ увеличенія искривленія, эти свойства обрисовываются гораздо сильнѣе, и до того, что ложныя ребра могутъ доходить до подвздошной кости и даже покрыв-

вать ее; чресленная сторона совѣтъ прячется, грудь очень сплюснута по бокамъ, и проч. Тогда туловище замѣтно уменьшается въ высоту; голова вдавливается промежъ плечъ; подбородокъ выдается впереди груди, носъ вытягивается и заостряется, скулы становятся угловатыми и выдавшимися. По этому уменьшенію длины туловища, между-тѣмъ какъ члены сохраняютъ нормальныя свои пропорціи, послѣдніе кажутся чересчуръ длинными сравнительно съ позвоночникомъ. Эта диспропорція особенно замѣтна на лѣвой рукѣ и лѣвой ногѣ, по причинѣ пониженія соотвѣтствующаго плеча, и по той необходимости, которая заставляетъ горбатыхъ переносить тяжесть тѣла на бедро той же стороны, между-тѣмъ какъ правое колѣно они держатъ согнутымъ.

Мы предположили самый обыкновенный случай искривленія въ бокъ; но оно можетъ представлять нѣсколько разностей. Такъ, спинная выпуклость, вмѣсто того чтобъ быть обращенною вправо, можетъ быть оборочена влѣво; въ такомъ случаѣ расположенія будутъ обратны тѣмъ, которыя мы видѣли въ предыдущемъ случаѣ. У нѣкоторыхъ субъектовъ главное искривленіе бываетъ на поясничныхъ позвонкахъ, и тогда выпуклость обыкновенно бываетъ съ лѣвой стороны, туловище отбрасывается въ эту сторону и болѣе выдается правая чресленная сторона; спинное искривленіе мало значительно и грудь менѣе обезображена. Наконецъ иногда главное искривленіе находится на шейной сторонѣ, и тогда съ самаго начала уже находятся указанные нами расположенія головы.

До сихъ поръ мы говорили о *главномъ* искривленіи, не опредѣляя, что мы разумѣли подъ этимъ словомъ. Между боковыми искривленіями, составляющими scoliosis, дѣйствительно бываетъ одно только, служащее первоначально-главнымъ искривленіемъ, между-тѣмъ какъ другія всѣ второстепенныя, подобныя искривленіямъ называемымъ *вознагражденными*, *уравновѣшивающими*, и проч.

Понятно, что въ-слѣдствіе измѣненій формъ и смѣщеній, производимыхъ этими искривленіями въ грудныхъ и брюшныхъ внутренностяхъ, эти послѣднія претерпѣваютъ болѣе или менѣе важныя разстройства. Мы упомянемъ объ одышкѣ, столь обыкновенной у горбатыхъ, объ ихъ предрасположеніи къ легочнымъ болѣзнямъ, каковы bronchitis chronica и pneumonia съ частыми ожесточеніями, о гипертрофіи сердца, затруднительности кровообращенія, производящей блѣдность, багровость лица, отекъ нижнихъ членовъ и т. п. Пищеварительныя отправленія также не свободны, и это оказываетъ вліяніе на питаніе, отъ чего субъектъ очень слабъ. Въ-слѣдствіе атрофіи спинныхъ нервовъ, проходящихъ сквозь суженныя суставныя дыры, сторона соотвѣтствующая вогнутости искривленія слабѣ противоположной; наконецъ, у молодыхъ особъ, нахо-

дящихся въ періодѣ менструаціи, это отправленіе не устанавливается правильно, и даже было бы неблагоприятно, говорить Дельпешъ, вызывать появленіе кровей прежде чѣмъ выпрямленіе тами достигнетъ отправительнаго равновѣсія: это значило бы понапрасну заставлять терять кровь особѣ, уже и безъ того анемическихъ, хлоротическихъ; еще болѣе, у тѣхъ, которыя имѣютъ уже менструацію; она разстроивается въ прямомъ отношеніи съ увеличеніемъ искривленія.

Мы не имѣемъ сказать ничего опредѣлительнаго о ходѣ искривленія позвоночника. То медленное, то быстрое, оно скоро останавливается или идетъ далѣе неопредѣленнымъ образомъ.

Распознаваніе. — Искривленіе позвоночника кзади можетъ быть смѣшано съ горбатостью происходящею отъ Поттовой болѣзни. Можно однако жъ отличить его по отсутствію слѣдующихъ признаковъ, бывающихъ въ этой послѣдней: углового выстоянія одного или нѣсколькихъ остистыхъ отростковъ, мѣстной боли, нарывовъ, параплегии, и пр.

Когда искривленіе кпереди сопровождается искривленіемъ кзади, то его никто не приметъ за симптомъ костоѣды позвонковъ.

Искривленіе въ бокъ иногда поддѣляется (*est simulée*). Вотъ свойства, по которымъ, по Ж. Герэну, можно распознать обманъ. Въ *scolirosis simulata* всегда бываетъ одна только кривизна, занимаетъ большое число спинныхъ и поясничныхъ позвонковъ; не бываетъ закручиванія въ позвонкахъ удаленныхъ отъ оси, и слѣдовательно не бываетъ подобнаго выстоянія пучковъ разгибающихъ мышцъ; никогда не бываетъ горбатости сзади. Поперечныя морщины кожи, обыкновенно находимыя на уровнѣ груди, съ вогнутой стороны искривленія, находятся здѣсь ниже, на уровнѣ бока (*au niveau du flanc*); бываетъ значительное наклоненіе туловища, котораго верхняя оконечность удаляется отъ вертикальной линіи, по причинѣ отсутствія вознаградительныхъ искривленій. Наконецъ чресленная сторона вогнутой части искривленія болѣе возвышена, субъектъ ходитъ на носкѣ ноги, членъ его кажется укороченнымъ и бываетъ кажущаяся хромота.

По тѣмъ же признакамъ можно распознать наклоненіе, произведенное съ притворною цѣлью особами, которыя, бывъ подвержены употребленію корсетовъ и машинъ, производятъ такимъ образомъ неправильное искривленіе, могущее наконецъ до нѣкоторой степени остаться навсегда. Въ этомъ случаѣ бываетъ еще болѣе: выше и ниже главнаго искривленія происходитъ легкая вознаградительная кривизна, исчезающая при попыткахъ выпрямить туловище.

Этіологія. — Причины разнятся по различнымъ родамъ искривленій. 1. *Cyphosis* бываетъ особенно у маленькихъ дѣтей и у стариковъ. У первыхъ позвоночный столбъ прямой, и отъ того если ребенка не под-

держиваютъ, если онѣ страдаетъ головою водяною, если заднія спинныя мышцы, подѣ влияніемъ врожденной слабости, быстрого роста или продолжительной болѣзни, теряютъ натуральную энергію свою, то тяжесть переднихъ и верхнихъ частей пересиливаетъ сопротивление, противопоставляемое этими мышцами, и отъ этого происходитъ искривленіе позвоночника кпереди. Прибавимъ къ этимъ причинамъ, у дѣтей 10—15 лѣтъ, привычку держать тѣло наклоненнымъ кпереди, и у молодыхъ дѣвочекъ, болѣе мальчиковъ расположенныхъ къ этому, отсутствіе сильныхъ и частыхъ движеній, возвращающихъ мышцамъ ту силу дѣйствія, которую онѣ теряютъ чрезъ быстрый ростъ.

У стариковъ, занятія требующія безпрестаннаго и неизмѣннаго сгибанія туловища кпереди, слабость разгибающихъ мышцъ, ревматическія боли, сопротивляющіяся сокращенію этихъ мышцъ, или сокращеніе, сжатіе переднихъ мышцъ, наконецъ сильныя ушибы, чрезмѣрныя мышечныя усилія, вотъ причины, которымъ должна быть приписана *cyphosis*.

2. *Lordosis* часто бываетъ симптомомъ спиннаго искривленія кзади (*cyphosis dorsalis*). Въ другихъ случаяхъ преимущественно замѣчается у людей слабыхъ и ослабленныхъ, у женщинъ, которыя постоянно держатся сильно выгнутыми кзади, какъ напримѣръ у уличныхъ торговко́въ, которыя на лоткахъ носятъ свои товары, или у страдающихъ брюшною водяною.

3. Между причинами *scoliosis*, однѣ бываютъ предрасполагающими, другія производящими.

Между первыми мы упомянемъ: молодой возрастъ, и именно отъ десяти до пятнадцати или осмнадцати лѣтъ всего чаще появляются боковыя искривленія позвоночника; полъ: они чаще у дѣвочекъ; лимфатическій темпераментъ, наслѣдственность, выздоровленіе отъ продолжительной болѣзни, первоначальную или послѣдственную болѣзнь нервныхъ центровъ, прорѣзываніе зубовъ, слишкомъ быстрый ростъ, продолжительное бездѣйствіе, рукоблудіе, дурныя діететическія условія, и проч. Наконецъ нормальное наклоненіе спинной стороны съ выпуклостью вправо можетъ быть разсматриваемо какъ начало уродливости.

Между производящими причинами приведемъ: хромоту, какая бы ни была причина ея, привычку носить большія тяжести на одной сторонѣ, неправильныя позы; принимаемая большею частью молодыхъ особъ, когда онѣ сидятъ, или нарочно хотятъ рисоваться, напримѣръ при вышиваньи, и т. д., употребленіе корсетовъ, и наконецъ, у мужчинъ, иногда занятія, требующія преимущественныхъ усилій одной руки. Разныя болѣзни шеи, *torticollis*, набуханія подчелюстныхъ желѣзъ, могутъ произвести наклоненіе, которое со временемъ ведетъ за собою искривленіе по-

звоночника. Служеніе одной стороны груди, слѣдующее за всасываніемъ плевритическаго излітія, не можетъ обойтись безъ наклоненія позвоночника на эту сторону. Наконецъ между причинами, принятыми почти всѣми авторами, мы помѣстимъ ревматическія боли, могущія производить неправильныя позы, частныя параличи туловища. Въ этихъ послѣднихъ мышцы, оставшіяся здоровыми, наклоняютъ позвоночный столбъ на свою сторону, и наконецъ заставляютъ его терять прямизну свою.

Есть нѣсколько причинъ, которыхъ дѣйствіе было опровергаемо, и которыя мы перечислимъ только, не входя въ разсужденія, которыя завели бы насъ слишкомъ далеко. Такъ говорятъ, что первые роды часто ведутъ за собою искривленіе спинной части позвоночника. Magsow допускалъ, что эти искривленія бываютъ слѣдствіемъ непропорціональнаго развитія костей относительно къ мышцамъ: послѣднія останавливаются или замедляются въ своемъ возрастаніи, между-тѣмъ какъ позвонки растутъ въ высоту и мышцы заставляютъ ихъ наклоняться. Дельпешъ приводилъ опуханіе и гипертрофію межпозвоночныхъ хрящей, какъ частую причину боковыхъ искривленій. Сюда же надобно отнести и причину, указанную Дювалемъ, именно размягченіе въ-слѣдствіе воспалительнаго раздраженія (*subinflammatio*) на одной только сторонѣ позвоночныхъ фиброхрящей и даже костнаго существа позвонковъ. Наконецъ сжатіе мышцъ въ-слѣдствіе страданія нервныхъ центровъ, указанное уже Морганьи и Мери, и генерализированное Герэномъ, считающимъ его началомъ почти всѣхъ уродливостей костной системы. Впрочемъ это мнѣніе имѣетъ нынѣ очень мало партизановъ. Главныя возраженія противъ него представлены были Оливье, и мы прибавимъ, что этихъ возраженій, намъ кажется, достаточно, чтобы отвергнуть методу леченія перерѣзываніемъ сжатыхъ мышцъ, какъ методу слишкомъ исключительную. Есть и еще одна причина, допущенная нѣкоторыми авторами, и повидимому стоящая быть взятою во вниманіе, это — атрофія одной только половины тѣла нѣкоторыхъ позвонковъ.

Предсказаніе. — Эти боковыя искривленія позвоночника не препятствуютъ страдающимъ ими особамъ доживать до очень поздняго возраста. Важность ихъ состоитъ особенно въ тѣхъ разстройствѣхъ, которыя причиняютъ они отпавленіямъ грудныхъ и брюшныхъ органовъ. Когда уродливость недавняя, то можно противустать возрастанію ея и даже вовсе уничтожить ее; но нельзя того же сказать о давней уродливости, когда связки отвердѣли или даже окостенѣли уже, позвонки анкилозировались и ростъ субъекта кончился.

Леченіе. — Надобно 1) противоудѣйствовать причинамъ, подѣ влияніемъ которыхъ образуются эти искривленія; 2) дѣйствовать прямо на эти послѣднія механическими средствами.

1. *Cyphosis*. — У молодыхъ людей предписываются внутрь всякаго рода тоническія средства, и вмѣстѣ съ тѣмъ возбуждающія тренія позвоночной стороны, и ребенокъ подвергается принаровленной къ случаю гимнастикѣ. Въ то же время надобно заботиться заставлять его спать на жесткой горизонтальной постели и заставлять работать за прилично-вышеннымъ столомъ. — Когда искривленіе занимаетъ шейную сторону, то можно употреблять средство, совѣтованное Андри (1741), и которое состоитъ въ томъ, чтобъ заставлять носить на головѣ легкое тѣло, которое больной долженъ держать тамъ въ равновѣсіи, или употреблять для выпрямленія кривизны ремни, бинты, однимъ-словомъ разнаго рода машины. — Эти механическія средства рѣдко приложимы къ спинному или поясничному искривленіямъ кзади. — Въ этихъ случаяхъ съ пользою употребляются вытягивательныя и сжимательныя постели (*lits à extension et compression combinées*).

2. *Lordosis* тогда только лечится механически, когда доходить до того, что субъекту трудно уже бываетъ стоять вертикально. Употребляются средства подобныя предыдущимъ, но дѣйствующія въ обратномъ направленіи.

3. *Scoliosis*. — Какъ общее леченіе, совѣтуются тоническія внутрь, и снаружи возбуждающія тренія по длинѣ позвоночнаго столба.

Больнаго заставляютъ спать на жесткой и неуступчивой постели, безъ подушекъ и тюфяковъ, и слегка наклонной отъ головы къ ногамъ; обыкновенно употребляются эластическіе или волосяные матрацы; набиваются также матрацы папоротникомъ, листьями орѣшника или всякой другой ароматной травою (Дюваль), и подъ верхній матрацъ подкладывается доска. Больной лежитъ на этихъ постеляхъ не только ночью, но нѣсколько разъ и въ продолженіи дня, чтобы уравнивать непріятное вліяніе, производимое тяжестью верхнихъ частей на искривленія позвоночника. По той же причинѣ совѣтуется употребленіе костылей.

Сколько возможно надобно исправлять неправильныя позы, поддерживать тѣло простымъ или механическимъ корсетомъ, и перемѣнять занятія, которымъ до сихъ поръ предавалось дитя. Въ случаѣ хромоты, надобно противодействовать этой послѣдней или исправить слѣдствія ея посредствомъ костыля или высокаго каблука. Наконецъ дѣйствіе этихъ различныхъ средствъ дополняется гимнастикою, которой особенною цѣлью должно служить то, чтобъ устранять нижнія части туловища отъ тяжести верхнихъ частей и усиливать энергію заднихъ мышцъ туловища: такимъ образомъ, для выполненія этого показанія, служатъ лазенье вверхъ по лѣстницѣ, по веревкѣ, по мачтѣ. Къ концу леченія, и для упроченія его, съ пользою могутъ быть употреблены и другія средства.

Когда эти общія средства не уничтожили уродливости, то должно обратиться къ особеннымъ механическимъ средствамъ, которыхъ очень много. Употребленіе этихъ машинъ назначается въ тѣхъ случаяхъ, когда страданіе недавнее, когда позвоночный столбъ сохранилъ еще столько гибкости, что можетъ еще, при помощи болѣе или менѣе сильныхъ давленій руками, производимыхъ въ направленіи обратномъ боковому искривленію туловища, на время получать прямизну свою. Наконецъ надобно, для употребленія этихъ средствъ, чтобы субъектъ достигъ юношескаго возраста (*pubertas*), потому что въ дѣтствѣ позвоночный столбъ слишкомъ гибокъ и уродливость возвратилась бы по прекращеніи леченія.

Способовъ, употребляемыхъ для выпрямленія тали, очень много, но всѣ ихъ можно раздѣлить на три главные. Вотъ эта классификація, которую мы обязаны Шассеньяку. Для выпрямленія какой-нибудь дугообразной кривизны употребляются:

1. Продольныя влеченія по направленію длины дуги; Шассеньякъ называетъ это *выпрямленіемъ чрезъ удлинненіе* (*redressement par elongation*).

2. Давленія производимыя на выпуклость дуги, неподвижно укрѣпивъ концы ея: это *выпрямленіе чрезъ сплюсненіе* (*redressement par aplatissement*).

3. Наконецъ употребленіе двухъ силъ, которыя, бывъ приложены къ обѣимъ оконечностямъ дуги, въ перпендикулярномъ направленіи къ хордѣ послѣдней, тянутъ вѣтви ея, приводя ихъ на одну линію съ выпуклостью дуги, удерживаемою неподвижно: это *выпрямленіе чрезъ выворотъ дуги* (*redressement par renversement de l'arc*).

Притомъ эти средства часто соединяются между собою. Употребляемые аппараты должны быть въ опорныхъ точкахъ своихъ широки и крѣпки, и ихъ не должно прикладывать на части, заключающія важные нервы и сосуды. Они должны возможно-аккуратно охватывать поверхности, на которыя должны дѣйствовать, и для избѣжанія боли должны даже быть подложены подушками, но такъ, чтобы послѣднія не затрудняли движеній. Далѣе, надобно заботиться, чтобы дѣйствіе этихъ машинъ, сначала слабое, только постепенно становилось сильнѣе и сильнѣе. Поэтому должно тщательно наблюдать за ними, особенно у худощавыхъ особъ, и отъ времени до времени перемѣнять мѣсто давленія, чтобы предотвратить воспаленіе кожи, ссадины и т. п.

Не смотря на всѣ эти предосторожности, мы должны прибавить, что всегда бываетъ потеря силы по причинѣ треній, косвенности давленій, растяжимости живыхъ тканей, сквозь которыя передается движеніе, и наконецъ по причинѣ почти неизбѣжныхъ смѣщеній аппарата.

Мы перечислимъ только главные аппараты.

1. *Вытягивающіе аппараты.* — Это суть вытягивающія постели, поясы и корсеты для выпрямленія талии (*ceintures et corsets à tuteurs et minerves*), бывшіе нѣкогда въ большемъ употребленіи. Есть еще нѣсколько и другихъ, которыхъ употребленіе теперь вовсе оставлено.

2. *Сжимающіе аппараты.* — Нѣкогда употребляемы были подбитыя пластинки или бляшки, тампоны, и пр. Но теперь сжиманіе соединяютъ или съ непрерывнымъ вытягиваніемъ, или съ прямымъ выпрямленіемъ. Такъ, въ постеляхъ для вытягиванія, сжиманіе производится посредствомъ двухъ подбитыхъ пластинокъ, соединенныхъ съ одною изъ оконечностей ихъ и отдѣленныхъ отъ другой спиральною пружиною. Наконецъ употребляются пластинки или бляшки, приспособленныя къ сжимательному корсету, придуманному въ послѣднее время Шелли и Годье.

3. *Аппараты съ прямымъ выпрямленіемъ.* — Мы упомянемъ *постель съ сигмоидальнымъ вытягиваніемъ* Ж. Герэна, *наклоняющіе поясы или корсеты* (Дельпешъ, Госсаръ, Тавернье и др.).

Сказанное нами о мышечномъ сжатіи, когда разсматривалась этиологія, нѣкоторымъ образомъ избавляетъ насъ отъ необходимости говорить о міотоміи позвоночнаго столба, о которой такъ много было разсужденій и споровъ въ послѣдніе годы.

КОНЕЦЪ.