

Н.А. Семашко

Большая медицинская энциклопедия

том 6 Вывихи - Гимза

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
Н11

Н11 **Н.А. Семашко**
Большая медицинская энциклопедия: том 6 Вывихи - Гимза / Н.А. Семашко – М.: Книга по Требованию, 2018. – 452 с.

ISBN 978-5-458-23066-7

Большая Медицинская Энциклопедия ставит перед собой задачу быть не только научным справочником по всем вопросам медицины и смежных областей, но и дать читателю сведения, при помощи которых он мог бы углубить, расширить и обновить свои медицинские познания. Рассчитана Энциклопедия, главным образом, на читателя-врача средней квалификации, а также на работников пограничных с медициной областей — биологов, санитарных техников и инженеров, санитарных статистиков и т. д. Репринтное издание по технологии print-on-demand с оригинала 1929 года

ISBN 978-5-458-23066-7

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2018
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2018

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

СПИСОК КРУПНЫХ СТАТЕЙ, ПОМЕЩЕННЫХ В VI ТОМЕ

	Столб.		Столб.
Вывихи—С. Новотельного	17	Гели—Д. Рубинштейна	405
Вымирание—Г. Баткиса и Н. Бого- явленского	60	Гелиотерапия—П. Мезерницкого . . .	410
Выпадение матки, влагалища—Д. Гу- дим-Левковича	65	Гельминтозы человека—Д. Лебедева и Р. Шульца	431
Выпадение прямой кишки—Н. Блу- ментала	76	Гельминтологические методы исследо- вания—В. Подъяпольской	442
Выразительные движения—А. Лурия и И. Сапира	85	Гельминтология—К. Скрыбина	448
Выскабливание—И. Брауде	97	Гемаглютинация—А. Муратовой . . .	459
Выставки—П. Тененбойма	103	Гематурия—Г. Ланга и Р. Фронштей- на	485
Вытяжение—Э. Остен-Сакса	112	Гемиплегия—С. Давиденкова	511
Газовая флегмона, отек—Н. Тере- бинского	141	Гемоглобин—А. Палладина	522
Газовая цепь—Д. Рубинштейна . . .	147	Гемолиз, гематолиз—Г. Ланга и Е. Та- тарина	543
Газовый анализ—М. Шатерникова . .	159	Геморрой—В. Шаака	567
Газообмен—М. Шатерникова	170	Гемофилия—С. Левита	582
Гастроушибки—П. Ласточкина	182	Генетика—А. Серебровского	596
Газы—П. Бахмана, В. Горбова, П. Ла- зарева, В. Смольянинова и П. Ти- това	190	Генетический анализ—А. Серебров- ского	607
Газы крови—М. Шатерникова	197	География медицинская—И. Добрей- цера и Д. Заболотного	621
Гайморит—И. Цыпкина	204	Гепатит—М. Кончаловского	633
Hallux valgus—Т. Зацепина	224	Германия—Я. Гольденберга и Д. Гор- фина	646
Галлюцинация—И. Введепского и П. Зиновьева	228	Гермафродитизм—М. Завадовского, П. Зиновьева, А. Крюкова и Г. Са- харова	663
Гальванизация—Н. Коротиева	239	Негрес—К. Георгиевского и Г. Гри- горьева	682
Ганглии нервные—А. Абрикосова и В. Фомина	263	Гигиена—А. Сысина	739
Гангрена—М. Егорова, В. Талалаева, Н. Теребинского и Н. Эфрона	269	Гидробиология—А. Бенninga	781
Гастрит—А. Абрикосова, И. Лорие и Э. Рара	298	Гидромеханика—П. Лазарева	794
Гастроскопия—В. Добротворского . .	321	Гидронефроз—В. Мыша	800
Гастроэнтерит—Р. Лурия и Э. Рара .	331	Гидротерапия—И. Горбачева	815
Гастроэнтеростомия—В. Добротвор- ского	345	Hydrocephalus—И. Присмана	836
Гейне-Медина болезнь—И. Добрейце- ра и И. Присмана	385		

В конце VI тома, после Предметного указателя,—
см. список исправлений к томам I—VI.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ, ПОМЕЩЕННЫХ В VI ТОМЕ

ОТДЕЛЬНЫЕ ТАБЛИЦЫ

	Столб.		Столб.
Вывихи I—IV (автотипия)	47—48	Ганглионеврома, Гемохроматоз (трехцветная автотипия)	587—588
Выставки I—II (автотипия)	107—108	Гангрена (трехцветная автоти- пия)	279—280
Вытяжение I—III (цинкография) . . .	113—122	Гастроскопия, Гематома, Гемоси- дерин (трехцветная автотипия) . . .	323—324
Газовая флегмона (трехцветная автотипия)	143—144	Гельминтозы человека (цинко- графия)	433—434
Газовая цепь (цинкография)	149—150	География медицинская (карта цветная)	623—624
Гайморит (автотипия цветная)	207—208	Нерас lobatum, Herpes (авто- типия)	631—632
Гайморит (автотипия цветная)	207—208	Herpes (трехцветная автотипия) . .	687—688
Ганглии нервные (автотипия)	263—264	Гигиена (автотипия)	751—752
Ганглии нервные (трехцветная автотипия)	263—264		
Ганглионеврома, Hydroamnion, Глиома (автотипия)	267—268		

В ТОМЕ 435 РИСУНКОВ (ЦВЕТНЫХ 27)

О ТРАНСКРИПЦИИ ИНОСТРАННЫХ СЛОВ В Б. М. Э.

С первых же шагов работы Редакции пришлось столкнуться с тем затруднением, что, благодаря отсутствию в русском языке твердых правил для передачи иностранных слов, целый ряд таких слов (гл. обр. имен собственных) получил совершенно неправильную транскрипцию (напр.: Аргиль вместо Аргайл, Гутчинсон вместе Гетчинсон, дальтонизм, вместо долтонизм, шизофрения вместо схизофрения и т. д.). То же самое можно сказать и о терминах с греческими и латинскими корнями, которые пишутся каждым автором по своему усмотрению (напр.: анестезия и анэстезия, пневмония и пнеймония, невралгия и невралгия, хромосома и хромозома, эксудат и эксудат и т. д.). Вопрос этот был подвергнут тщательному обсуждению с участием специалистов, и в результате признано необходимым выработать единую систему, положив в основу ее следующие правила, которые вводятся в действие, начиная с буквы «Г», и в основном состоят в следующем.

Все слова иностранного происхождения делятся на две категории: категория А—слова с прочно установившейся традицией, и категория Б—слова с колеблющейся или неустановившейся традицией их начертания в русском языке. Все слова категории А даются только в традиционном начертании (в том числе и слова с неправильной транскрипцией), и лишь в тех случаях, где слово категории А идет как самостоятельное слово (статья), рядом с традиционной дается и правильная транскрипция [напр.: Валлера перерождение (правильнее—Уоллера)].

Слова категории Б даются в правильной транскрипции, но если слово категории Б идет отдельной статьей и встречающаяся в литературе неправильная его транскрипция сильно отличается от правильной, то под неправильной транскрипцией слово категории Б дается как ссылочное (напр.: Атватер, см. *Этуотер*).

Что касается слов с греческими и латинскими корнями, то для передачи их установлены следующие правила.

1. Латинское и греческое «л» передается мягким звуком:

а) перед согласными и в конце слова с мягким знаком (напр.: альвеола, анальгезия, невралгия, офтальмология, бромураль); исключения (категория А): химические радикалы (метил, этил, пропил и т. д.), общепотребительные названия химических веществ с окончанием «ол» (напр.: гваякол, ментол, салол, фенол);

б) слоги «la», «lu» и «le» передаются через «ля», «лю», «ле» (напр.: лярингит, лятентный, эклямпися, инфлюенца, люес, целлюлеза, гранулема, стафилема, туберкулез); исключения: слова с окончанием «ла» (бацила, везикула, капсула, папула и др.), производные от «бласто», «класт», «лакт», плазма, лакунарный (кат. А) и сложные слова с соединительной буквой «о» (напр., стафилококк).

2. Дифтонги «au» и «eu» передаются через «ав» и «ев» (напр.: травма, нейрон, пневмония, автохтон); исключения (кат. А): аудитория, аутизм, аутопсия, глаукома, лейкоцит, эйфория.

3. Греч. «ι» передается через «и» (напр., гликемия), но глюкоза—кат. А.

4. Латинское и греческое «с» в положении интервокальном (между гласными) и в конце слова передается через «з», в остальных случаях—как «с» (напр.: афазия, каузальный, артродез, диагноз, дорсальный, суспензия, сенсорный); исключения (кат. А): спазм, мензурка, слова на «изм» и слог «экз» перед гласной (напр., экзогенный). Греч. «с» в середине слов, когда оно начинает слово, являющееся частью сложного термина, передается через «с» также и в интервокальном положении (напр.: трипапосома, хромосома).

5. Греч. и лат. «е» в начале слов передается через «э»; начальное «э» в середине слов, а также начальное «э» в сложных словах передается через «е», за исключением случаев, когда начальное «э» в сложных словах идет после гласной (примеры: энтерит, эктазия, дизентерия, миелит, лиенальный, анестезия, анемия, пиемия, парентеральный, гастректазия, диэлектрический, полиоэнцефалит, гастроэнтерит); исключения: производные от «аэр» (аэрофагия, аэроб, анаэроб), от «шоз» (гемопоз), а также «э» после нек-рых предлогов (напр., подэпидермальный, постэнцефалитический).

6. Из двойных согласных одна опускается (напр.: аглютинация, ампула, бацила, катар, эксудат), кроме тех случаев, когда двойная согласная (сонорная) идет после ударного слога (напр., гумма). Исключения: иннервация, иррадиация, кокк, коллоид и др. (катег. А). (См. также «Руководящие указания при пользовании Б.М.Э.», пп. 4 и 5.)

Что касается передачи звуков современных языков, то хотя фонетически вполне правильная передача большей частью является невозможной, но все же Б.М.Э. стремится достигнуть возможного приближения к ней. Основные правила, принятые Б.М.Э., следующие:

1. Европейский звук «е» (открытый и закрытый) передается в начале слов через «э»; в середине и в конце слов—через «е» (напр.: Эйкман, Мейо, Креде).

2. Английское твердое «л» пишется без мягкого знака (напр., Уолтер).

3. Буква «h» передается через «г» (а не через «х»); в случаях же, где она не слышится, она опускается вовсе (напр.: Hartmann—Гартман, Holt—Голт, Halloreaux—Аллопо).

4. Англ. «w» по возможности передается через «у», но в положении перед «у» пишется «в» (Уинслоу, но Вудро).

5. В двойных согласных (геминатах), находящихся не между гласными, одна из двойных согласных опускается, за исключением слов односложных (напр.: Hoffmann—Гофман, но Mann—Манн).

При этом редакция Большой Медицинской Энциклопедии считает, что проводимая ею попытка упорядочения транскрипции медицинских терминов должна быть только первым шагом по пути пересмотра всей вообще транскрипции иностранных слов,—пересмотра, уже предпринятого другими заинтересованными органами.

РУКОВОДЯЩИЕ УКАЗАНИЯ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ Б. М. Э.

1. В Б.М.Э. отдельными статьями помещены слова—общие понятия, нозологические единицы, теории, методы, приборы и т. п., имеющие широкое употребление, руководящее значение и представляющие законченные понятия.

Остальные понятия включены в эти статьи, вошли в предметный указатель того тома, где о них говорится, и будут включены в общий предметный указатель в конце Энциклопедии, куда войдет и перечень всех статей.

Все синонимы входят в предметный указатель.

2. В латинской номенклатуре и транскрипции как правило приводятся те слова, для которых в русском языке нет соответствующих общепринятых названий. Остальные приведены в русской номенклатуре, при чем указаны и латинские названия.

3. В конце Энциклопедии будет дан именной указатель авторов, упоминаемых в тексте. Иностранные авторы будут даны в оригинальной транскрипции и алфавите с указанием русского начертания.

4. Слова с иностранной транскрипцией как правило расположены в алфавите по звуковому признаку (см. выше «О транскрипции иностранных слов в Б. М. Э.»). Для облегчения отыскания иностранных фамилий, которые в заголовках статей приводятся всюду в русской транскрипции, в конце предметного указателя каждого тома приведен список таких слов в оригинальной транскрипции и алфавите с указанием русского начертания.

5. В виду неустановившейся транскрипции слов, перешедших к нам из греческого и латинского языков и современных иностранных,—слова, в которых слышится:

удвоенная согласная, искать и на удвоенную и на одинарную							
ав	»	»	»	ав	»	»	ау
е, э	»	»	»	е	»	»	э
еу	»	»	»	еу	»	»	ев
гастр	»	»	»	гастр	»	»	гастра, гастро
гем	»	»	»	гем	»	»	гемо, гемато
геми	»	»	»	геми	»	»	гемио
гидр	»	»	»	гидр	»	»	гидро
гип	»	»	»	гип	»	»	гипо
глико	»	»	»	глико	»	»	глюко
ло	»	»	»	ло	»	»	ле
ля	»	»	»	ля	»	»	ла
ль	»	»	»	ль	»	»	л
у, ю	»	»	»	у	»	»	ю

6. Если термин или понятие состоит из нескольких слов, в Энциклопедии дается статья на одно из них, основное по смыслу (ударное). Поэтому следует искать на каждое из слов, входящих в сложный термин.

7. Приборы, методы, теории, связанные с именем того или иного автора, следует искать по автору.

8. Слова, употребляющиеся и в единственном и во множественном числе, помещены частью в единственном числе, частью—во множественном (напр., *Артерия, Аффект, Бани, Вода, Воды сточные, Гели*). Так как число может изменить место слова в алфавите, следует искать раньше всего в числе наиболее употребительном для данного слова, а не найдя,—искать в другом.

ВЫВИХИ. Содержание:

I. Травматические вывихи.

Механизм происхождения. — Диагностические признаки. — Течение. — Предсказание. — Лечение	17
Вывихи плеча	22
Вывихи локтя	25
Вывихи лучезапястья	28
Вывихи пальцев	28
Вывихи бедра	29
Вывихи в области колена	33
Вывихи стопы	37
Вывихи позвонков	38
Вывихи ключицы	40
Вывихи грудины и ребер	41
Вывихи нижней челюсти	41
II. Привычные вывихи	43
III. Врожденные вывихи	43
IV. Паралитические вывихи	46
V. Патологические вывихи	47

Вывих (лат.—luxatio, нем.—Verrenkung, франц.—luxation, entorse, англ.—dislocation of a joint), полное разъединение суставных концов двух сочленяющихся костей с разрывом капсулы и связок—luxatio completa; под luxatio incompleta, или subluxatio, понимается частичное смещение суставных поверхностей. Если, при переходе границ нормального движения в суставе, капсула и связочный аппарат надрываются, но еще удерживают суставные поверхности в их нормальном взаимоотношении—такой неудавшийся, или незаконченный вывих называется *distorsio* (см.). В понятие В. можно включить и смещение мягких тканей, как, напр., В. нерва, В. сухожилия. Но обычно, говоря о В., подразумевают разъединение в костях сустава. По этиологическому происхождению В. различают: I—травматические, II—привычные, III—врожденные, IV—паралитические и V—патологические.

I. Травматические В. для своего возникновения требуют условий как predisposing, так и producing. Предрасполагающими моментами служат пол и возраст. У мужчин, больше занимающихся физ. трудом, В. наблюдаются в 4—5 раз чаще, чем у женщин, за исключением В. нижней челюсти. Возраст играет значительно меньшую роль: В. принадлежат среднему возрасту—от 20 до 60 лет. Причины, которые в этом возрасте образуют вывихи, в возрасте до 20 лет дают эпифизеолизы, а у старых людей—эпифизарные переломы. Слабость некоторых мест капсулы, не подкреплённых связками и мышцами, также способствует лег-

кости и частоте образования вывихов. Вывихи «круглых» суставов, допускающих большие объемы разнообразных движений,—самые частые. В общем, вывихи наблюдаются раз в 9—10 реже переломов.

Процентное отношение В.	по Крэнлейну (Krönlein)	по Мальгеню (Malgaigne)
На голове и туловище {	нижн. челюсть 2,5 позвоночник 0,3	2,8% 2%
На верхней конечности {	ключица . . . 4,2 плечо 51,8 локоть 27,3 кисть, пальцы 8,9	92,2% 86%
На нижней конечности {	тазобедр. сустав . . . 2,0 колено 1,0 кол. чашка . . 0,7 стопа 1,3	5,0% 12%

Эти цифры говорят о достаточной устойчивости суставного аппарата позвоночника и нижних конечностей. Наоборот, в процессе филогенеза двуногого, после того как передняя конечность сделалась верхней и нагрузочная работа ее перешла в двигательную,—обнаруживается, что вместе с приспособлением костно-суставного механизма для новых целей резко уменьшилась и крепость верхней конечности для нагрузки ее по длинной оси: большинство из 92% вывихов верхней конечности получается, главным образом, при падении на кисть.

В механизме происхождения В. и я травматического В., в зависимости от анатомич. особенности сустава, играют роль три производящие В. силы, последовательно влияющие на образование В.: 1) внешнее насилие, чаще всего не прямое (как, напр., В. плеча при падении на кисть). Благодаря движению сустава, переходящему физиол. границы, получается 2) быстрое действие неравноплечного рычага с точкой опоры—humerosclion—на костных выступках, окружающих сустав, или с punctum fixum на его мощных связках, с разрывом капсулы и выхождением периферического конца в щель разорванной капсулы. Только в челюстных суставах довольно свободная капсула сильно растягивается, и благодаря ее растяжению В. может происходить без разрыва капсулы. Прямое, или непосредственное насилие, как удар, толчок, может дать вывих лишь при действии силы в направлении, при котором периферический конец возможно выбить из сочленения. Здесь, как и при насилии, действующем

вытяжением, вывих может получиться лишь благодаря разрыву связок и иногда—мышц. Вообще прямое насилие чаще дает перелом, чем В.; 3) третьей производящей В. силой, помогающей действию рычага вывести сочленовные поверхности из их взаимного соприкосновения и зафиксировать их в новом положении, является мышечное сокращение, которое ставит конечность в характерное положение, создавая так наз. типический В. Что мышечное сокращение играет видную роль в образовании вывиха, видно из того, что при отсутствии его, напр., на трупе, не удастся создать типический вывих с такой легкостью, как он происходит на живом. Напряжение строго определенных мышечных групп, следуя за разрывом того или иного слабого места сумки,—способствует образованию типического вывиха. Наоборот, обширные разрывы сумки могут освободить суставные концы для расположения их в любом отношении друг к другу и при фиксации концов тягой различных для каждого случая мышц создадут т. н. атипический вывих. Сильное мышечное сокращение может и самостоятельно создать В., как, например, при эпилептических припадках. С точки зрения значения мышечного сокращения при образовании вывихов понятными становятся и отрывы бугров. Например, отрыв большого бугорка плечевой кости задними мышцами лопатки, отмеченный Турнером, нередко сопровождается вывих плеча и является моментом, осложняющим его. Из других осложнений В. наблюдаются: ушибы, ущемление или даже разрыв проходящих по соседству с суставом мышц, сухожилий, сосудов и нервов. Все эти осложнения определяются свойственными каждому из них признаками—болями, невритами, парезом и гиперестезией при сдавлении нервов; параличами и анестезией при разрыве их; отеком и обильным кровоизлиянием при разрыве сосудов. Конец вывихнутой кости так же, как и при переломе, может нарушить целостность кожи и дать открытый В. Перелом как редкое осложнение В. происходит в том случае, если внешнее насилие продолжает действовать и после В.; иногда образуется сначала перелом шейки, потом вывих головки.

Д и а г н о с т и ч е с к и е п р и з н а к и В. Самостоятельные боли при В. могут быть очень незначительны; боли мало увеличиваются и при пальпации и при попытках к движению, т. е. неповрежденные части сумки и связок напряжены и вывихнутый рычаг остается фиксированным и напряженным в своем новом положении. Эта фиксация с пружинным сопротивлением члена очень характерна и резко отличает вывих от перелома суставного конца, при котором легко получается подвижность рычага, резкая болезненность при пальпации и обильное кровоизлияние.—Незначительность кровоизлияния при чистом вывихе объясняется тем, что периферический конец ущемляется в разорванной щели капсулы и, т. о., сдавливая разорванные и кровоточащие в ней сосуды.—Вследствие смещения суставных концов изменяется форма сустава и может наблюдаться также и изменение

длины и направления рычага в зависимости от положения периферического конца, смещенного кверху или книзу, кпереди или кзади, медиальнее или латеральнее от нормального его положения. Рентгенограмма вывиха подтверждает наличие его, особенно на снимках в разных плоскостях.

Т е ч е н и е. Заживление поврежденных тканей после В., как после асептического повреждения вообще, настолько совершенно, что обычно после вправления В. кровоизлияние и легкий синовит сустава исчезают через 2—3 недели. Но если разрыв сумки был велик, а после вправления не было достаточной фиксации и заживлению капсулы препятствовали ранние движения, или если, вследствие повреждения нервных ветвей, осталось ослабление деятельности мышц и большой рано приступил к тяжелой работе,—вывих может повториться, образуя привычный В.—*luxatio habitualis*. Если В. был просмотрен или вправление его не удалось, образуется застарелый В.—*luxatio inveterata*. В последних случаях постоянное раздражение вывихнутого конца кости на новом месте вызывает фиброзно-костные разращения с образованием даже костной выемки и новой сумки вокруг суставного конца, в то время как старая сумка запустевает. Образование нового сустава впоследствии в значительной степени улучшает функцию конечности.—В других случаях, особенно при осложнениях В. отрывами костных бугров и большими отрывами капсулы и связок, суставные концы срастаются неподвижно, совершенно прекращая функцию. Осложненные вывихи вообще значительно чаще оставляют после себя следы в виде ограничения движений.

П р е д с к а з а н и е, вполне благоприятное при свежем чистом вывихе, ухудшается, в смысле функции, наличием осложнений. При разрыве крупных сосудов кровоизлияние, а при ушибе нервов паретическое состояние держится в течение нескольких недель, после чего функция может восстановиться. Отек от сдавления крупных сосудов и как показатель вазомоторного расстройства исчезает параллельно с восстановлением функции. И лишь более тяжелые осложнения, как отрывы бугров и переломы, значительно ухудшают функцию. Предсказание особенно ухудшается при наличии перерыва нерва, что может потребовать кровавого сшивания концов его; при наличии открытого В. требуется тщательное асептическое лечение.

Л е ч е н и е травматического В. заключается в неотложном вправлении (*reductio s. repositio luxationis*), удержании его иммобилизацией и в последующей механо- и физиотерапии—для возвращения суставу его нормальной подвижности. Чем раньше произведено вправление, тем оно легче. Невправленный В. оставляет человека в значительной мере искалеченным. Трудно ответить на вопрос, какой давности застарелый В. можно еще с успехом пытаться вправить. Встречаются В. с сильным ущемлением головки в узкой щели или с ущемлением проходящих через сустав сухожилий, которые трудно вправимы даже в первые 24 часа.

Но большинство В. на верхней конечности можно попытаться вправить даже через месяц и позже, на нижней—через 1½—2 мес. На круглых суставах в этом отношении получается лучший результат.—1. При вправлении и применении грубой силы, в роде Шнейдер-Менелевского (Schneider-Menel) полиспаста для вытяжения, изгнано с появлением наркоза. Вправление исходит из анат. соображений. Поэтому необходимо признать при вправлении важность принципа следовать смещенным периферич. концом в обратном направлении по той дороге, по которой шло образование В. Это т. н. физиол. способ. Вообще же как принцип для успешного вправления В. необходимо расслабить мышцы, капсулу, отверстие в ней и уцелевшие мощные связки. Будучи в напряженном состоянии, все они представляют препятствие для вправления В. Расслабление мышц достигается наркозом, а капсула и связки расслабляются приданием конечности того положения, при котором можно пользоваться для вправления как рычагом, точкой опоры которого служит *punctum fixum* из сумки, связок и мышц на стороне, противоположной разрыву. Наркоз и один помощник для противовытяжения дают возможность успешного вправления вывихов нежными приемами. В частности, особенно действительными при вправлении оказываются движения, сложенные из вытяжения, отведения и ротации в ту и другую сторону.—2. После вправления—для предупреждения повторения вывихов и более скорого заживления разрыва сумки и связок—сустав необходимо иммобилизовать какой-либо легкой отвердевающей повязкой (вполне достаточно шинно-крахмальной). Продолжительность иммобилизации находится в зависимости от случая и от сустава, от наличия болей: при типических В., в среднем, 10—15 дней; при нетипических В. с обширными разрывами капсулы—от трех до шести недель.—3. Восстановление движений сустава до нормы достигается в течение нескольких последующих недель посредством массажа, ванн, пассивных движений, тепла. Встречающиеся в настоящее время случаи назначения на работу слишком рано касаются и вывихов. Вывихнутая конечность должна считаться работоспособной и без риска рецидива лишь после полного исчезновения болей при движении (во всяком случае не раньше, чем через 1—2 месяца после вправления). При застарелых вывихах—1—2-мес. давности—необходимо под хлороформом ротационными приемами попытаться раскатать сустав во всех направлениях—энергично, но не грубо, стараясь надорвать спайки, и затем применить обычный прием вправления. Невправимый застарелый вывих, если он образовал подвижный неартроз, лучше не пытаться исправлять кроваво. Кровавое исправление анкилозированных застарелых вывихов—в большей степени для улучшения положения, чем функции—производит иногда при помощи остеотомии, иногда с прокладкой фасции для образования неартроза. Вторичного кровавого вмешательства требуют В., осложненные по-

вреждением крупных нервных стволов, с целью восстановления их непрерывности, если длительное применение механо- и физиотерап. приемов не дает более существенного улучшения функции. Обильное кровоизлияние при В., свидетельствующее об осложнении его разрывом крупного сосуда или отрывом бугра, не говорит против принципиальной возможности нежного вправления; ротационные приемы при этом, однако, необходимо производить с большой осторожностью, и требуется применение более длительной иммобилизации. Открытый вывих после вправления требует тщательного асептического лечения, с дренированием в случае нагноения.

В. плеча по частоте занимают первое место. По Мальгеню, из 489 случаев 321, т. е. 2/3 или 65% всех В. приходится на плечевой сустав, по Крэнлейну—52%, по Тихову—57%. Такая частота В. плеча объясняется, во 1-х, большой работой его и обильным объемом самых разнообразных движений и, во 2-х, сравнительно плоским суставным блюдечком и слабостью капсулы, в особенности в передне-нижнем ее отделе. Как раз в этом-то месте и происходит разрыв ее, когда при падении на вытянутую вперед и отведенную руку образуется двухплечий рычаг с упором шейки в задне-верхний край *cavitas glenoidalis* и на *acromion*. При этих условиях чрезмерное отведение длинного конца рычага от туловища, продолжаясь за горизонтальную плоскость, с огромной силой давит коротким концом—головкой—на малоукрепленную передне-нижнюю часть капсулы. Разорвав ее, головка продолжает в этом направлении идти дальше вперед и медиально. Напряжение *lig. coraco-humeralis* и судорожное сокращение мышц иногда фиксируют головку в подкрыльцовой ямке в положении сильно отведенной приподнятой руки, и такой нижний В., *lux. infraglenoidalis s. axillaris*, называется *lux. erecta*. Однако, тяжесть руки обычно преодолевает это резко отведенное положение, рука падает вниз, головка, подтягиваемая лопаточно-грудными мышцами, скользит вверх по грудной клетке и передней поверхности *m. subscapularis* и устанавливается чаще всего под клювовидным отростком—тогда возле сосудисто-нервного пучка, давая т. н. передний В. В зависимости от того, стоит ли головка вблизи ямки, или она продвинулась под клювовидный отросток, или же ушла дальше под ключицу,—различают: *lux. humeri anterior—praeglenoidalis, subcoracoidea* или *subclavicularis*. Реже, чем при падении на вытянутую руку и локоть, В. плеча получают при резком активном движении всей верхней конечности в направлении вверх и кзади (напр., при бросании камня, диска), а также при прямом насилии на плечо сзади наперед или, при отведенном плече, сверху вниз. *Lux. humeri posterior—retroglenoidalis, subacromialis, infraspinata*—чрезвычайно редкое явление и получается б. ч. при прямом насилии. Головка, смещенная в *fossa infraspinata*, видна глазом; клювовидный отросток резко выстоит спереди. В виду того, что практическое значение

имеют лишь передние вывихи плеча, дальнейшее описание относится только к ним.—**Диагностические симптомы.** Плечо отведено, напряжено и может оставаться без поддержки. Область плечевого сустава потеряла округлость; под верхушкой выступающего снаружи и у худощавых даже резко обрисовывающегося *acromion*, лежащего кнаружи от оси плеча, ясно ощутимая выемка. Ось плеча проецируется на клювовидный отросток или даже на середину ключицы. При попытках к движению плечо оказывает пружинное сопротивление, и при ротационных движениях головка прощупывается кнутри от клювовидного отростка (см. рисунок 1). Из осложнений В. плеча встречаются повреждения сосудов



Рис. 1. Передний вывих правого плеча.

и нервов подкрыльцовой впадины, чаще в виде сдавления их—сращиваниями чувствительными и двигательными, особенно со стороны подкрыльцов. нерва, который окружает головку плеча сзади и иннервирует дельтовидную мышцу. Частичные параличи этой мышцы, ослабляющие функцию плеча, нередки и могут способствовать образованию привычного В. Нередки также отломы кости у нижне-переднего края суставной впадины, а также и отрывы бугров, особенно часто большого бугорка (см. рис. 32). Отрыв последнего диагностируется клинически болезненностью на соответств. месте головки и наличием обильного кровоизлияния, спускающегося полосой от головки по передней поверхности плеча до локтя, заходя иногда на предплечье, даже на туловище. Эти осложнения, дающие обширные разрывы сумки, также могут способствовать образованию привычного В., если 6-ной слишком рано начинает тяжелую работу. Привычные В. плеча наблюдаются в 3—4% всех вывихов плеча. Предсказание, в общем благоприятное, ухудшается отрывами бугров и разрывами крупных сосудов или нервов с образованием или тугоподвижности, или паралича, или привычного вывиха.—**Лечение.** Свежие неосложненные В. должны быть вправлены в течение первых же суток. По прошествии месяца вправление удается редко. Из многочисленных способов применяются: 1. Более грубый метод, практиковавшийся со времен Гипократа и именуемый способом Купера, сводится к тому, что врач усаживается против пациента, лежащего на кровати или на полу, и, упершись разнутой пяткой в подмышку, с силой производит вытяжение за руку или по длине тела или за отведенную руку. 2. Ротационный способ Шинцингера (*Schinzingera*). 3. Родственный последнему, особенно излюбленный в настоящее время, способ Ко-

хера (*Kocher*; см. рис. 2). Он состоит из 4 моментов: уложенную по длине туловища руку сгибают в локте и сильно ротируют кнаружи, освобождая, таким обр., головку от спаек и приближая ее к ямке; затем, занося локоть вперед, отведением плеча

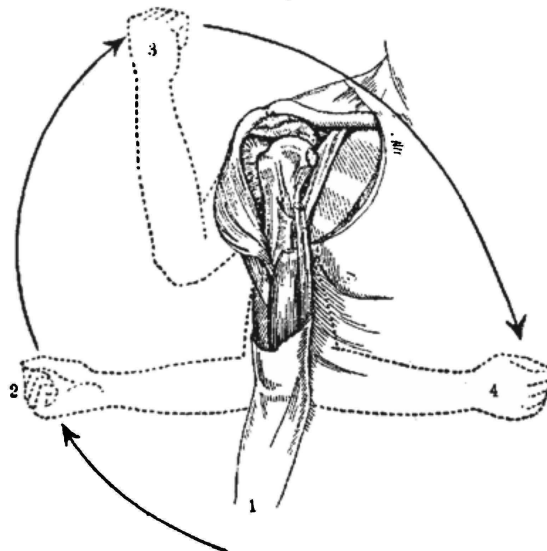


Рис. 2. Вправление вывиха плеча по Кохеру; цифры указывают последовательность четырех моментов вправления.

расслабляют *lig. coraco-humeral*; последующим вращением плеча внутрь с приведением его до грудной стенки головка вкатывается на место. 4. К самым нежным и из анат. соображений нормальным приемам должен быть отнесен способ Моте (*Mothé*), состоящий в сильном отведении, вытяжении и прямом давлении пальцами на головку. Этот способ годен и для вывихов с отрывами бугров, где ротационные способы могут увеличить отрывы. 5. Способ Джанелидзе—вправление вывихнутого плеча, висящего со стола, при положении 6-ного на боку; за согнутое в локте предплечье производится давление вниз с ротационными движениями (см. рис. 3). Каким бы,

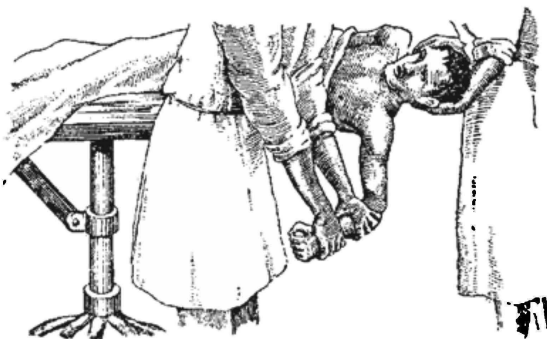


Рис. 3. Вправление вывиха плеча по способу Джанелидзе.

однако, способом ни пользоваться,—вправление делается легким, если производится под наркозом. При застарелых невправленных вывихах (до трех месяцев) и вывихах с переломом шейки плеча Гофмейстер (*Hofmeister*) предлагает делать попытку вправления после продолжительного вертикального подвешивания верхней конечности с

вытяжением через блок (на здоровом боку). При невосправимых В. на передней поверхности шейки лопатки образуется подобие ямки с фиброзными разращениями вокруг головки. В тех случаях, где такой неартроз позднее приобретает движение, оперативное вмешательство не нужно. Необходимо лишь попытаться механотерапией его увеличить. При отсутствии неартроза, при костном анкилозе движение плеча с успехом берет на себя лопатка. Т. о., в кровавом вмешательстве при застарелых В. плеча нет особой необходимости. При попытках же кровавого вмешательства с целью ли вправления, резекции головки, остеотомии шейки, освобождения нерва или его сшивания—следует остерегаться повреждения сосудисто-нервного пучка, с к-рым смещенная головка тесно спаивается. Привычные В. плеча вправляются очень легко—часто даже самим б-ным. При слишком частом повторении от незначительных причин они изводят больного и заставляют его искать операции. При этом пользуются главным образом, методами: 1) простым ушиванием капсулы — капсулоррафией; 2) пересадкой мышц для укрепления и поддержки сустава снизу: образцом этого метода служит способ Клермон - Эрлиха (Clairmont-Ehrlich) —пересадка задней трети дельтовидной мышцы, с проведением ее в подмышке через foramen quadrilaterum и подшиванием к надкостнице передней окружности хирургич. шейки плеча; 3) фасциопластика—

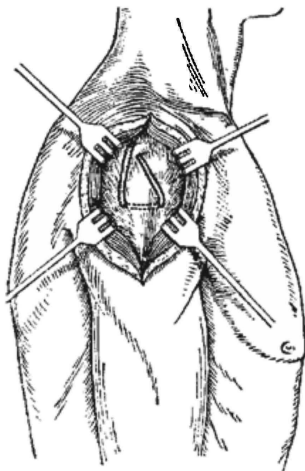


Рис. 4. Fasciosuspensio привывиха плеча за большой бугорок и асромиион.

по Киршнеру (Kirschner) и 4) fasciosuspensio—с целью укрепления капсулы и подшивания головки к асромиион (см. рис. 4).

В. локтя (luxationes antebrachii s. cubiti) стоят по частоте на втором месте после В. плеча. Особенность локтевого сустава состоит в том, что блок плечевой кости (trochlea) сочленяется с локтевой костью, а снаружки от блока шаровидное возвышение (eminentia capitata) служит для сочленения с лучом. Т. о., в локтевом суставе имеется, во-первых, одновременное движение обеих костей предплечья в виде сгибания и разгибания вокруг trochlea и, во-вторых, отдельные ротаторные движения головки луча, дающие пронацию и супинацию. Связанные крепкой кольцевидной и межкостной связками кости предплечья обычно вывихиваются вместе и чаще всего дают задние В., несколько реже—боковые и самые редкие—передние и изолированные В. локтевой или лучевой кости. В механизме происхождения заднего В.—lux. cubiti posterior (см. рис. 5)—в большинстве случаев видно влияние чрезмерного разгибания в локте при

действии одноплечевого рычага. Олесганоп при этом делается точкой опоры для обеих костей на задней ямке плеча. При гиперэкстензии конечности кзади под углом trochlea сильно натягивает переднюю стенку сумки, разрывает ее, эпифиз плеча выступает через разрыв капсулы вперед, а связанные между собой кольцевидной связкой

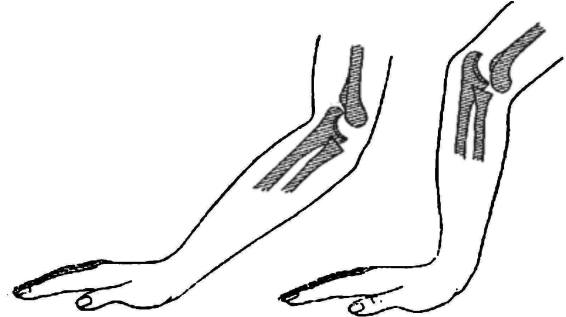


Рис. 5. Механизм происхождения заднего вывиха локтя: гиперэкстензия с последующим сгибанием.

кости предплечья скользят кзади и кверху. При этом разъединении суставных концов локтя отрываются и боковые связки, идущие к обеим сторонам локтевой кости от мыщелков плеча. Последние, особенно часто внутренний, — нередко отрываются и при этом дают обильное кровоизлияние. В юном возрасте эпифизеолизы нижнего конца плеча могут часто симулировать В. локтя. Если при заднем В. конец венечного отростка остается еще в блоке, говорят о неполном В. При полном заднем В. венечный отросток смещается в заднюю ямку. Иногда он, впрочем, отрывается мышцей brachialis internus. — С м п т о м ы з а д н е г о В. Локоть разогнут под углом около 140°, и область сустава расширена спереди назад. Олесганоп резко выстоит кзади; над ним борозда с напряжением triceps'a; при давлении пальцем на борозду палец глубоко уходит, но не прощупывает кости плеча. Головка луча часто даже видна глазом и легко прощупывается под кожей при ротационных движениях предплечья, кзади от проекции плечевой кости (см. рисунок 6).

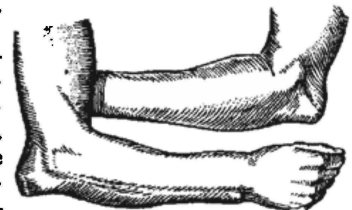


Рис. 6. Задний вывих локтя с тыльной и ладонной стороны (Anger).

Взаимоотношение классических точек на локте — верхушки олесгані и двух epicondylі—по сравнению со здоровой стороной нарушено: вместо равнобедренного треугольника (при угле в 140°), 3 точки лежат почти по одной прямой линии, и, смотря по высоте стояния олесгані, верхушка его может стоять даже выше линии, соединяющей мыщелки. При этом расстояние последних до верхушки увеличено. Пружинное сопротивление остается даже и в наркозе, т. к. препятствием к сгибанию служит венечный отросток, упирающийся

в заднюю ямку над блоком и образующий точку опоры для двуплечего рычага, верхний конец которого натягивает трехглавую мышцу (см. рис. 33). Вправление вывиха локтя исходит из принципа переразгибания в видах высвобождения венечного отростка. Упирая локоть себе на колено, хирург разгибает поврежденную конечность, растягивает ее по длине и затем делает сгибание в локте. Задние В. локтя допускают иногда успешное вправление даже через довольно большие сроки (несколько месяцев). Боковые В. обычно представляют вариацию заднего в смысле основного механизма. Если, напр., при падении на вытянутую руку происходит отклонение концевой части предплечья в латеральную или медиальную сторону, то верхний конец его вывихивается кзади и кнутри или кзади и кнаружи; первое случается чаще в виду нормальной вальгусности локтевого сустава (см. рис. 34). Эти В., более сложные по клин. проявлениям, дают смещение и неправильное взаимоотношение распознавательных точек, сопровождаются разрывом связок и отрывом костных выступов. Точное распознавание их в первое время затрудняется обширным кровоизлиянием, окутывающим место повреждения. Рентген здесь особенно полезен. Вправление исходит из основного переразгибания и бокового надавливания на смещенные выступы с той или другой стороны. Редкий передний В. локтя (*lux. cubiti ant.*) происходит обычно при падении на локоть при чрезмерном его сгибании. Различают неполный В., когда олеcranon стоит, упершись в блок, и полный, когда он стоит впереди блока. Нередко при этом происходит и перелом локтевого отростка. Вправление их при наличии большого разрыва капсулы не представляет особых затруднений при вытяжении с давлением спереди назад на согнутое предплечье. Дивергирующий В. (*lux. cubiti divergens*), получающийся в локте при тяжелых насилиях вследствие клиновидного внедрения плечевой кости между костями предплечья после разрыва межкостной и кольцевидной связок, встречается очень редко. Вправление вследствие больших разрывов сумки легко. В затруднительных случаях каждая кость требует отдельного вправления: разгибанием и вытяжением—локтевая; прямым давлением с ротацией—лучевая. Изолированный или отдельный В. локтевой кости кзади возникает от падения на чрезмерно разогнутое и абдуцированное предплечье. Определяется почти теми же клин. признаками, что В. обеих костей кзади. Но, благодаря смещению вверх медиальной кости при остающейся на месте латеральной, рука образует медиальное укорочение и угол, открытый кнутри (*cubitus vagus*). Пронация и супинация—возможны. Вправление—вытяжением супинированного предплечья с одновременным выпрямлением бокового угла и разгибанием локтя. Все три последние В. локтя очень редки. Точное определение их облегчается рентгеноскопией. Из изолированных В. гораздо большее значение имеет отдельный вывих головки луча, который возникает б. ч. от прямого удара

сзади наперед или снаружи. Но он может возникать и при непрямом насилии—вследствие сильного прониравания предплечья (выкручивание руки), при чем кольцеобразная связка разрывается. Чаще всего получается вывих луча вперед и кнаружи, когда головка его лежит поверх наружного мыщелка плеча. Клинически—предплечье стоит в положении флексии и пронации и образует с плечом угол, открытый кнаружи—*cubitus valgus*. Головка прощупывается в локтевом сгибе—впереди или над наружным мыщелком плеча—и узнается по форме и по ротации при пронации и супинации. Задние распознавательные точки локтя не смещены (см. рис. 35). Этому вывиху нередко предшествует перелом верхней трети локтевой кости. Вправление обычно легко удается при разгибании, супинации и вытяжении за предплечье и при прямом давлении на головку. Но с такой же легкостью головка снова выскакивает при движениях. Прочному удержанию ее на месте препятствуют разорванные части сумки и кольцеобразной связки. Удержанию головки на месте лучше всего способствует фиксирующая повязка при прониравании и сгибании предплечья под очень острым углом в локте. При непрямом вывихе препятствие приходится устранять оперативно—иногда даже резекцией головки.

В. лучезапястья. В. в области лучезапястного сустава очень редкое явление. Повреждения, которые здесь принимались в до-рентгеновское время за вывихи, были классическими переломами лучевой кости. Так же редки и отдельные вывихи локтевой кости в тыльную или ладонную сторону запястья. Из В. костей запястья чаще других наблюдается В. полулунной кости на ладонную сторону. Поставить на место мелкие кости запястья почти никогда не удается. Поэтому приходится прибегать к кровавой энуклеации, что мало отражается на хорошей работе запястья.

Вывихи пальцев.

Из вывихов п а л ь ц е в чаще всего наблюдается вывих основной фаланги большого пальца на тыльную сторону головки пястной кости и происходит от пассивного разгибания пальца. При этом пястн. головка прорывает капсулу на ладонной стороне.—Симптомы. Большой палец, чрезмерно разогнутый у основания, согнут в межфаланговом суставе, благодаря чему имеет штыкообразную форму. На тыле пястной кости



Рис. 7. Вывих большого пальца на тыл с ущемлением осеомовидной косточки и длинного сгибателя большого пальца.

прощупывается выступ основания фаланги, а на ладонной поверхности—головка пястной