

14/1. Больной разрешено спускать ноги, а вечером ходить с помощью санитарки.

27/1. Больная выписана на амбулаторное физиатрическое лечение по поводу переллома ключицы.

Интерес данного случая заключается как в механизме повреждения, так и в исходе наблюдавшегося нами двустороннего вывиха бедра. У больного имелся на правой стороне типический задний подвздошный вывих бедра, полученный при сыривании с трамвая на правую ногу, когда могли создаться условия отведения бедра, ротации его внутрь и вращательных движений корпуса тела при фиксированной конечности. В то же время на левой стороне имелся obturatorный передний вывих бедра, который, надо полагать, обязан своим происхождением прямому насилию, т. е. удару угла прицепки (или подножки) сзади по верхней части бедра, в результате которого при расслабленности мышц у пострадавшей создались благоприятные условия для выталкивания головки вперед.

Случай небезынтересен и по исходу, так как, несмотря на одновременное расхождение симфиза, больная через 3 недели выписана из клиники с полным восстановлением функции конечностей в тазобедренном суставе.

Из 1-й хирургической клиники (директор проф. Е. В. Корчиц) и кафедры рентгенологии (директор доц. С. М. Лившиц) Белорусского Госуд. мед. института.

## О некоторых вариантах дистального эпифиза плечевой кости.

А. И. Михельсон.

На снимках локтевого сустава по поводу травм, болей и других жалоб иногда обнаруживают образования различной величины и формы костной структуры. Среди этих образований сравнительно редко встречаются так называемые добавочные или сверхкомплектные кости локтевого сустава. Несмотря на свою редкость, эти косточки вызывают теоретический интерес с точки зрения их филогенеза, а также имеют практическое значение, т. к. их обладатели обращаются в хирургические и ортопедические учреждения с жалобами на неудобства и затруднения при работе, требуя освобождения и перевода на другие работы. Эти образования не лишены также судебно-медицинского интереса, т. к. их смешивают с отрывом и надломом кости. В русской литературе нам удалось найти одну работу Файнберга, описывающего 3 случая добавочных костей в области локтевого сустава. Несколько чаще мы встречаем сообщения о них в иностранной литературе.

До последнего времени еще не решен вопрос о происхождении этих добавочных костей. Некоторые авторы считают их продуктом травм и воспалений, другие — за врожденные истинные добавочные косточки.

Топографически они могут располагаться на задней поверхности сустава и у внутреннего или наружного мыщелка.

Первая форма, названная Кибек о м Patella cubiti, а Пфизнер о м Sesamum cubiti, описана в виде круглых или овальных тел, расположенных на верхнем конце fossa olecrani в сухожильях трехглавой мышцы (рис. 1).

В отношении патогенеза этой формы добавочных костей мнения авторов расходятся.

Что касается этиологии и патогенеза костей второго вида, т. е. располагающихся у внутреннего или наружного мыщелка, то и здесь имеется целый ряд толкований и мнений.

Мы имели возможность наблюдать 3 случая вариантов дистального эпифиза плечевой кости.

*Случай I.* Саланец, 52 лет, крестьянин. Обратился 29/XI 1934 г. в амбулаторию 1-й хирургической клиники с жалобами на болезненность и ограниченность движений левого локтевого сустава. Из перенесенных болезней отмечает грипп. Месяц тому назад упал с воза и очень легко ушиб локоть, нигде не лечился и не обращался к врачам.

**Объективно.** Локтевой сустав несколько деформирован за счет выступающего бугра внутреннего мыщелка. Сгибание и разгибание не вполне достаточное. Рентгенография.

У внутреннего мыщелка имеются 3 косточки с отчетливыми суставными поверхностями, из которых одна меньшая—округлая, одна треугольная, а другая квадратная (рис. 1).

**Случай II.** Ключник, 39 лет, колхозник. Обратился в нашу клинику с жалобой на боли и ограничения движения локтевого сустава после недавнего ранения мягких тканей этого сустава сельскохозяйственным орудием. Больному по этому поводу в райбольнице были наложены швы.

**Объективно.** Кожа области локтевого сустава несколько покрасневшая, имеется свежий рубец, идущий косо по наружной поверхности. Движения недостаточные, шадящие. Подозрение на перелом. Сделан рентгеновский снимок сустава: добавочная косточка у внутреннего мыщелка (рис. 2).

Наши наблюдения с точки зрения этиологии и патогенеза дают нам некоторое основание думать о врожденном происхождении этих косточек. В первом случае за врожденное происхождение говорит отсутствие серьезной травмы в анамнезе. Если даже принять во внимание незначительный ушиб локтя, бывший месяц тому назад, прошедший без всякого лечения, то трудно себе представить, чтобы в результате такой травмы за такой небольшой срок образовались 3 косточки с отдельными ясными суставными поверхностями при совершенно нормальном мыщелке.

Во втором нашем случае травма как будто занимает большее место, но при тщательном и добросовестном осмотре и прощупывании можно было убедиться в абсолютной незаинтересованности и неучастии костей в процессе при ранении мягких тканей области локтевого сустава. Рентгенограмма совершенно ясно указывает на отдельную косточку у внутреннего мыщелка. В обоих случаях нами были сделаны контрольные снимки „здоровых“ локтевых суставов и никаких изменений не обнаружено.

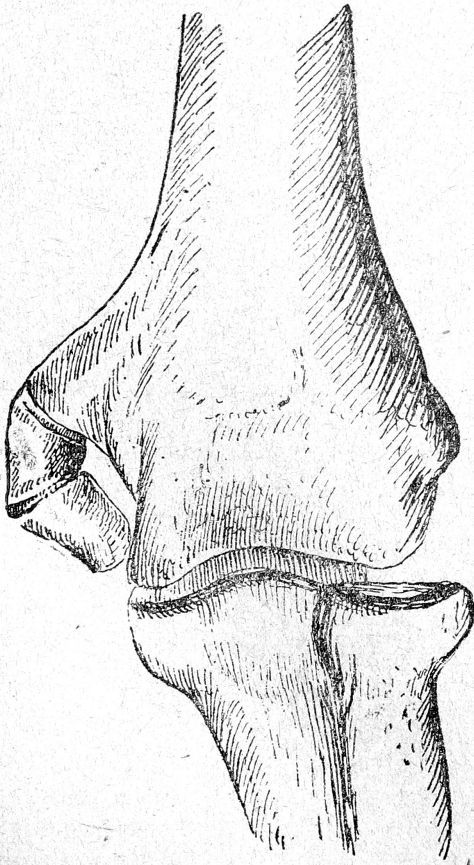


Рис. 1.

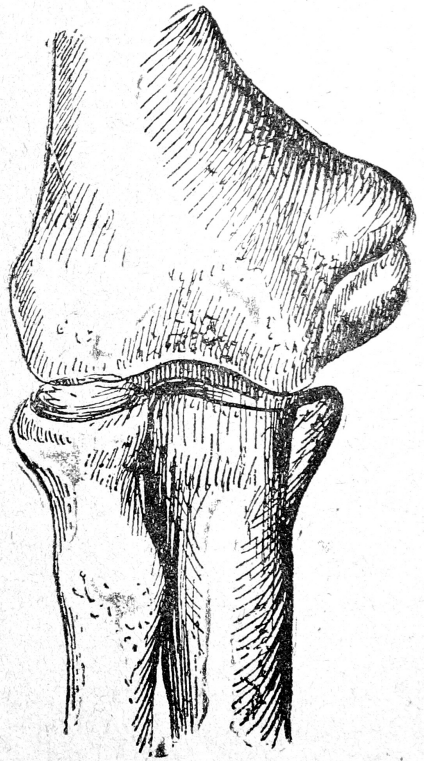


Рис. 2.