

## Отдел III. Из практики.

Из Хирургической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор клиники проф. В. Д. Боголюбов).

### Случай вывиха в Лисфранковом сочленении.

Ординатор **Д. П. Медведев**.

Вывихи в Лисфранковом сочленении—явление довольно редкое. Доступная нам литература, посвященная этому вопросу, насчитывает лишь единичные случаи такого вывиха, а некоторые авторы при разборе травматических повреждений изолированного вывиха отдельных плюсневых костей *своим* не упоминают, напр., отсутствует описание подобных вывихов в статистике Кроплейна, или же упоминают о них—как об эксквизитных случаях. Лежар в примечании в своей книге (1933 г.)—“Неотложн. хирургия” пишет, что существует только один пример, да и то не точный, полного вывиха в Лисфранковом суставе кнутри. Леворман собрал 58 случаев. Остальные же авторы разбирают единичные случаи из своей практики. Наш случай также является первым за двенадцатилетнее существование клиники.

Редкость подобного вида травмы и трудность распознавания создают легкую возможность ошибки и принятия такого вывиха за простой ушиб, растяжение или перелом. Отсюда—пазвначеніе неправильного лечения, которое поведет больного к инвалидности.

Все это побудило нас поделиться на страницах печати разбором данного вида травмы.

Механизм происхождения вывиха в Лисфранковом сочленении и клиническую картину этих случаев легче всего представить себе после краткого обзора анатомии костей и связочного аппарата, образующих это сочленение.

Как известно, предплюсно-плюсневое сочленение (*articulatio farso metatarsica*) представляет собой *сложный* сустав, в различные отделы его являются в общем амфиартрозами, т. е. представляют собою тугое, весьма мало подвижные суставы.

Сустав в целом образуется за счет основания плюсневых костей с дистального конца предплюсневых (трех клиновидных и кубовидной)—с проксиимального. Основания первых трех плюсневых костей сочленяются с соответствующими клиновидными костями, а 4-я и 5-я плюсневые кости—с кубовидной, образуя изолированную сочлененную линию Лисфранка.

Связочный аппарат состоит из трех отдельных сумочных связок. Вспомогательные связки составляются из крепких фиброзных волокон на тыле и на подошве, которые носят название по костям, к которым прикрепляются. Подошвенные связки вообще крепче тыльных, а между клиновидными и плюсневыми костями находятся добавочные связочные пучки (*ligamenta plantaris*), которые носят название ключа Лисфранка. Основания плюсневых костей удерживаются во взаимном соприкосновении посредством тыльных и подошвенных *Ligamenta basium transversalia*.

Стопа в целом представляет схематически двухщелевой рычаг, точка фиксации которого находится в вилке, составляемой наружной и внутренней лодыжками, а точками приложения сил—бутор пяточной кости и головки плюсневых костей (Брайдиса).

Подвижность в Лисфранковом суставе, как вообще в сложном суставе, весьма ничтожна и вывихи этих суставов являются редкостью. Они возникают почти всегда только под действием прямого насилия.

Благодаря сложному устройству Лисфранкового сочленения, вывихи его сопровождаются разрывом большого количества связок и сосудов, отчего нарушается не только функция, но и питание, в отличие от вывихов в шаровидных или блоковидных суставах.

Вывихи в Лисфранковом сочленении могут быть самые разнообразные. Колчия (1910 г.) описал вывих первой плюсневой кости книзу. Волкович—приводит случай, описанный (1925 г.) Грапесеном, вывих всех плюсневых костей кверху и книзу; в случае Морозовой (1925 г.) такой же вывих; Кошпарьянц (1929 г.) описал вывих первой плюсневой кости кверху; Блюменталь (1927 г.) указывает на застарелый вывих с переломами 4-х плюсневых костей. В большом материале вывихов у Magnus'a (1926 г.) были случаи, где вывихивались в Лисфранковом сочленении только три срединные плюсневые кости (Волкович).

Как видно из приведенных случаев, могут быть изолированные вывихи одной плюсневой кости в ту или другую стороны или нескольких сразу кверху, книзу, книужи и книугри.

Одновременные переломы отдельных костей этого сустава являются довольно частыми спутниками подобной травмы.

Распознавание вывихов в Лисфранковом суставе, как вообще в сложных суставах, задача довольно исключая и подчас почти невозможная. Отдельные формы вывиха в этом суставе могут быть распознаны только после тщательного, глубокого анализа клинической картины и рентгеновского исследования.

При вывихе одной или нескольких плюсневых костей в сторону, поврежденная стопа по сравнению со здоровой будет шире, а между разошедшимися плюсневыми костями будет прощупываться широкий промежуток (щель), которая быстро заполнится кровью—следствие разрыва сосудов на месте травмы.

При вывихе всех плюсневых костей книугри или книужи получится искривление ступни в сторону вывиха. При вывихе кверху или книзу—будут прощупываться на тыле стопы основания плюсневых костей, если вывих кверху, или выступы предплюсневых костей, если вывих книзу, и в обоих случаях получится уплощение подошвы.

Дифференцировать вывих в Лисфранковом сочленении следует между ушибом, растяжением связок и переломом. При простом ушибе деформация стопы не будет и будут возможны пассивные движения с меньшими болями и небольшое кровоизлияние; при растяжении связок—более сильные боли, пассивные движения менее возможны; при переломах будет обнаруживаться болевая точка и крепитация отломков. Следует иметь ввиду еще вывих в Шопартовском сочленении.

На практике все перечисленные признаки бывают настолько запутаны, что из затруднительного положения практического врача может вывести только рентгеновское исследование.

Механизм происхождения вывиха в Лисфранковом суставе в каждом отдельном случае может быть различен, примером чего служит наш случай.

Больной, инженер И., 32 лет, поступил в клинику по поводу травмы левой стопы.

Будучи в командировке, больной спал на сеновале, и среди ночи вдруг его разбудили. Слезая с сеновала по лестнице, он прыгнул с высоты одного метра на вымощенную камнями землю. Когда он коснулся ногами земли, почувствовал сильную боль в левой стопе и, потеряв равновесие, упал. Из-за болей в стопе он поднялся на ноги, уже опираясь на ступеньки лестницы, и наступить на левую ногу больше не смог.

В тот же день (8 июля) он был доставлен в клинику.

*Statas rgaesens.* Больной среднего роста, правильного телосложения, средней упитанности, каких-либо патологических уклонений со стороны общего *habitus'a* и костно-мышечной системы не обнаружено, за исключением поврежденной ноги. Левая стопа отечна, уплощена и расширена по сравнению со здоровой на 3 см. Разлитые подкожные кровоизлияния, особенно по бокам Ахиллова сухожилия и погмедиальной и латеральной поверхности стопы. При пальпации гыла стопы, подошвы и наружного края ее опущается болезненность, медиальный край безболезненный. Прощупывается широкий промежуток между 1-й и 2-й плюсневыми kostями. Активные и пассивные движения в голеностопном суставе и пальцах сохранны, но болезненны.

Предположительный диагноз: вывих 4-х наружных плюсневых костей подтвердился на рентгеновском снимке. (См. рис. 1).

В тот же день (8/VII с/г) под общим наркозом произведено выпрямление: вытяжение стопы по продольной оси и приведение костей на место. В момент выпрямления получился характерный звук от входления на прежнее место суставных поверхностей. Наложена на подошву стопы шинная фанерная повязка и картонные желобоватые лонгетки по обоим краям стопы.

31/VII снята повязка. Деформация не отмечается. Повторный рентгеновский снимок дал нормальные соотношения костей в Лисфранковом сочленении (См. рис. 2)

1 августа, по настоячивой просьбе, больной выписан. Ходит практима. Предписано дома делать пашни, массаж и активные движения во всех суставах ноги.

10/VIII—больной показался. На левую ногу наступает свободно.

Механизм происхождения вывиха в Лисфранковом сочленении не вполне ясен. При разборе литературы мы не встретили описания его.

В нашем случае он нам представляется следующим образом: Прыжок сделан на чешуйчатую поверхность и основаниями плюсневых костей попал на каменный выступ. Для сохранения равновесия, до сих пор бездействовавший связочно-мышечный аппарат стопы получил сверхфизиологическую нагрузку, в результате чего получился перегиб в Лисфранковом сочленении в тыльную сторону; это и вызвало разрыв более мощных связок с подошвенной стороны. Благодаря разрыву подошвенных связок стопа приняла положение пронации (защитный рефлекс), а противодействующий толчок со стороны того же каменного выступа послужил причиной разрыва более слабых тыльных связок. Сокращение мышц, особенно—*m. peroneus brevis*, послужило толчком для резкого смещения плюсневых костей книзу. Первая же плюсневая кость удержалась на прежнем месте благодаря наличию мощных сухожилий с медиальной стороны и *m. tibialis anterior*—с латеральной *m. peroneus longus*, прикрепляющихся к основанию первой плюсневой кости.

Диагностика вывихов в Лисфранковом сочленении должна преследовать возможное раннее распознавание и последующее немедленное вправление под общим наркозом.

Накладывание по краям жалобоватых лангенок считаем необходимым, т. к., без них, вследствие сильной тяги мыши, получится рецидив вывиха. Лангенки накладывать недели на дни.

На основании данного случая не представляется возможным делать каких-либо выводов, но в практике своей хирург при травме стопы не должен забывать о возможности возникновения вывиха в Лисфранковом суставе. Только тщательный анализ клинической картины, подтвержденный рентгеновским снимком, поможет делу быстрейшего восстановления трудоспособности у больного.

Из Кожно-венерической клиники Государств. ин-та для усоверш. врачей им. Ленина в Казани (директор проф. Я. Д. Печникова).

### Случай „cancer en cuirasse“.

Старш. ассистент М. И. Миркин.

Статистические данные раковых новообразований указывают на сравнительную редкость метастазов рака в коже. Redlich на 496 случаях раковых новообразований имел 2 случая такого метастаза, а Krastin на 12730 случаев метастатических ощущений отметил только в 2-х случаях. (Цитирую эти данные по работе Я. Д. Печникова (Русский Вестник Дермы. 1927 г. № 1). Таковы же данные и других авторов (Heimann, Kitain). Случай же, когда вторичный рак кожи развивается при раке груди, известные под названием „cancer en cuirasse“ — панцирного рака кожи, встречаются еще реже и не входят в вышеупомянутую статистику. Их опубликовали в иностранной литературе Kaysor, Neustadt и Police, а в самое последнее время Агт. Эта исключительная редкость такой формы кожного рака дает нам право привести наблюдавшийся нами в клинике случай.

Больная Б-ва, фельдшерица-акушерка, 48 лет, поступила в клинику в январе 1930 года. Б-ая среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечено. Из расспросов о ее прошлом выяснилось, что в 1914 году болела сыпным тифом, в дальнейшем ревматизмом. Венерические болезни отрицает, выкидышей не было. Отец был алкоголиком, мать здоровая. Сестра матери умерла от рака матки. В начале 1928 года у больной в области левой груди появилась безболезненная опухоль величиной с губиное яйца. Появление этой опухоли б-ая связывала с травмой. Врач, к которому б-ая обратилась впервые в районном городе, не признал серьезности заболевания. Опухоль постепенно увеличивалась и к маю месяцу 1928 г. достигла величины куриного яйца. В таком виде врач уже признавал раковый характер заболевания и предложил немедленно оперировать. Б-ая операцию откладывала, и опухоль к августу достигла величины гусиного яйца. Б-ая направилась в Казань, и 18/VI 1928 года ей была произведена операция. Рана заживала очень медленно