

Im. 4.

Liv. 30560

CURS CLINIC

DE

PATOLOGIE CHIRURGICALA

DE

DR. I. KIRIAC



LECȚIUNI PROFESATE LA SPITALUL COLȚEA ȘI INSTITUTUL
DE CHIRURGIE

PE TIMPUL SUPLINIREI D-LUI PROF. ASSAKY LA CATEDRA DE CLINICĂ
CHIRURGICALĂ ȘI CA DIRECTOR DE INSTITUT

148811

VOLUMUL III
CU 228 FIGURI IN TEXT



(CONTINUARE ȘI FINE)

BUCUREȘCI

STABILIMENTUL DE ARTE GRAFICE „ELZEVIR“

G. IONESCU, STORCK & MÜLLER, — Pasagiul Român, 12

1898 (Noembrie).



RPR

BIBLIOTECA
CENTRALA A
UNIVERSITAȚII
DIN
BUCUREȘTI

~~3753~~

30560
N^o. Curent 5755 Format

N^o. Inventar 4 Anul

Sectia Raftul

BIBLIOTECA CENTRALA UNIVERSITARA
BUCURESTI
CONF. 30560

1956



B.C.U. Bucuresti

C113871

Fundația Universitară
Căminul
Omajul din partea autorului
I. Kiriac



Primele două volume, le-am prezentat Academiei Române pentru premiul *Statului Lazăr*. Asupra acestor lucrări, s'a înaintat Academiei următorul raport: ¹⁾

Dr. I. Kiriac, Cursă clinică de patologie chirurgicală. Lecțiuni profesate la institutul de chirurgie. Bucuresci 1892—93.

Raport de d-l Dr. V. Babes.

Cu venirea în țară a Drului Assaky s'a accentuat un curent științific pe tărîmul chirurgiei. Deși timpul cât d-sa a stat în țară a fost scurt, totuși impulsivnea dată își continuă merul în persoana elevilor săi.

Unul din elevii Drului Assaky, Dr. Kiriac ne presintă aici cele două volume ale sale întitulate *Curs clinic de potologie chirurgicală*, ca expresiune a acestui curent, — lucrare originală, ca rezultatul unei munci științifice îndelungate.

Originalitatea acestei lucrări se manifestă prin un număr însemnat de cercetări științifice, prin idei originale și prin multe figuri originale excelente, atât de necesare pentru înțelegerea unei lucrări ca aceea a d-lui Kiriac.

Ar fi prea larg a analiza în parte fie-care capitol ; mă mărginesc a spune, că autorul din tractarea fie-cărei bóle a format un adevărat memoriu original, discutând cu scrupulositate tóte

1) Veți Analele Academiei Române, Seria II, Tom XVI, 1893—94. Partea administrativă și desbaterile.

teoriile emise și oprindu-se la ultimele achizițiuni științifice. Ast-fel în cestiunea ulcerățiunei, a gangrenei, a tuberculosei, etc., autorul, pe baza cercetărilor moderne, arată acțiunea microbilor său produselor lor asupra organismului, precum și efectul asociațiunei microbilor asupra dezvoltărei acestor bôle.

Alcoolismul fiind un viciu foarte răspândit în țara noastră, i s'a dat o mare dezvoltare, arătându-se pe larg efectul ce dinsul are asupra traumatismului, precum și vice-versa. D-sa arată într'o lecțiune clinică aparățiunea gangrenei pe alcoolicii în urma unei simple înțepături, dând și figuri demonstrative asupra acestui fapt important. Dr. Kiriac dă în același timp un tablou interesant asupra acestor accidente, din cari amintim : 1) 70% din plăgi sunt provocate prin accidente de beție; 2) s'aü percut 930 zile de lucru din această cauză; 3) 47% din accidente s'aü petrecut Dumineca; 4) lunile cele mai bogate în accidente sunt Iulie și August, 40%.

Pentru a experimenta rezistența mușchilor, nervilor și tendonelor, autorul a aplicat tracțiuni pe mușchi, mai întâi isolate, iar apoi însoțite de congenerii lor. Deosebiriile sunt enorme, căci de unde de exemplu mușchiul triceps isolat s'a rupt la 40 kilogr., același mușchiü neisolat a resistat la 90 kilogr. fără să se rupă. De asemenea mușchiü gemeni s'aü rupt la 130 kilogr. fiind isolați, pe când neisolați aü resistat la o tracțiune de 200 kilogr. fără a se rupe. Tot ast-fel s'aü continuat experiențele pe toți mușchiü membrilor cu ajutorul muștelor, precum se vede în tabloul anexat la pag. 307, vol. II.

Autorul a stabilit chiar punctele unde mușchiü cedă, puncte diferite, după cum mușchiul e gros, subțire sau lat. Töte aceste experiențe de o mare importanță în clinică sunt reprezentate prin figuri convingătoare.

Dar, dacă töte aceste constituesc netăgăduit un merit al autorului, este una care se impune și mai mult. Sunt experiențele d-lui Kiriac asupra plăgilor prin arma de foc cu proiectilele moderne arma Mannlicher, cari arată un spirit scrupulos independent și o perseverență rară. D-sa este primul

care, întreprinzând aceste experiențe, a dat nisce concluziuni de cea mai mare importanță asupra acestei cestiuni și prin cari a putut rectifica părerile eronate dominând până atunci în străinătate.

În adevăr, comunicările făcute la actualul congres din Roma, unde von Coler și Schjersing au susținut, că experiențele trebuiesc făcute cu încărcări normale și la distanțe juste, cea-ce d-l Kiriac a stabilit deja în anul 1891 la pag. 422, vol. I, zicând: «Toți autorii, între cari Bruns și Habart dau nisce idealuri de fracturi, pe cari eu nu le-am constatat prin experiențele mele pe cadavru. Causa o cred că a provenit din aceia, că acești autori au experimentat cu încărcări reduse, pe când eu cu încărcări normale și la distanțe juste de 200, 300, 400 și 600 metri. E posibil ca încărcătura redusă să nu producă aceleași efecte ca cea normală.» Mai mult, d-l Kiriac a arătat prin experiențele sale, că proiectilul poate trece prin cavitatea abdominală fără să leseze intestinele, dacă acestea ar fi góle, fapt perfect constatat mai târziu de autorii citați. Concluziunile autorilor ulteriori d-lui Kiriac sunt însă mai incomplete. Dr. Kiriac zice anume: «Conchidem, că dacă prin armele moderne se ajunge scopul de a învinge rezistența aerului, de a fi provădute de o putere perforantă mare, de a străbate ori-ce obstacol dincolo de 1000 metri, acésta va avea de rezultat nu punerea individului în stare de inferioritate de a lupta, ci mai mult, nimicirea lui; așa că armele acestea, departe de a fi umanitare, din contră le consider mai mult ca omorítóre. Și sunt sigur că, cei cari vor avea trista ocasiune de a face chirurgie într'un resboiú apropiat, se vor convinge de acest adevăr.» (pag. 422 și 423, vol. I).

Iată acum și concluziunile susținute la congresul din Roma de toți autorii: «În resumat rănile produse prin noua armă sunt în sfârșit mai grave ca cele produse prin vechile arme și trebuie, din nenorocire, să părăsim ideia, că nouele proiectile ar avea un óre-care caracter umanitar.» (Buletin medical an. VIII, No. 28, pag. 329, 1894.)

Academia, dând Premiul Statului Lázár operei valoroase originale a d-lui Dr. Kiriac, va încuragia o muncă obositoare și aridă a științei și va împinge pe autoru la noue lucrări și sacrificii, spre a duce la un bun sfârșit întreaga lucrare, ce atât prin importanța rezultatelor științifice cât și prin îngrijirea edițiunii și a figurilor, va ocupa un loc de onoare în literatura noastră medicală, atât de săracă până acum. Ridicarea medicinei în țera noastră trebuie privită ca una din cerințele cele mai urgente.

METODA

DUPE CARE BOLNAVUL TREBUE EXAMINAT

DIN

PUNCTUL DE VEDERE CHIRURGICAL

Intréga nóstră activitate sciintifică, precum și abnegațiunea ce depunem în studiul destul de lung al chirurgiei, aú un singur și unic scop, că aflându-ne în fața bolnavului, să stabilim cu precisiune bóla de care el suferé, saú mai bine đis să punem *adevêratul diagnostic*.

De aci depinde totul.

În adevêr, dacá diagnosticul e falș, munca nóstră devine zadarnică, iar bolnavul nu trage din noi absolut nici un folos. Este evident că dacá nu cunoșcem bóla, nu vom sci nici primejdia să prevenim, precum nici să aplicám o operație oportună.

Incontestabil, pentru a ajunge la acéstă frumósă țintă, bolnavul ne póte ajuta fôrte mult prin inteligența sa. Dînsul, rěspunđend precis întrebărilor nóstre și descriind cu exactitate modul evoluțiunei bólei, ne dirige pe calea cea bună a diagnosticului. Dar noi nu trebuie să ne bazám prea mult pe acéstă speranță. De aceia vom căuta să fim bine armați prin anume calități, ce nu le putem dobândi de cât prin studiú și practică.

Aflându-ne în fața unui bolnav, trebuie să avem un singur scop și anume acela, de a căpăta imediat încrederea sa totală și absolută.

Să facem pe bolnav să ne arate cele mai mici detalii ale ființei sale și să ne confieze chiar cele mai profunde secrete, ce une-orî, din interes său pudore, dînsul ar dori să le ție ascunse.

Dar pentru a ajunge la o asemenea țintă, se cere ca chirurgul să aibă cel puțin următoarele calități: să fie *blînd, serios și corect în atitudinea și expresiunile sale*.

Trebuie să fim blîndi, căci deja bolnavul are temere numai auzind de numele de chirurg. Arătându-ne deci aspri sau brusci, ar fi să-l intimidăm și mai mult.

Trebuie să fim serioși și să ne ferim a face giume cu bolnavii, chiar când dinșii ar fi prietenii noștri și chiar dacă ne-ar împinge la acesta. Să nu căutăm a face spirit, prin adresare de cuvinte or răspunsuri ce li s'ar putea da diferite înțelesuri. Prin acesta s'ar întîmpla să lovim în susceptibilitatea bolnavului. Noi trebuie să scim că, ómenii mai tot-d'una își schimbă caracterul când se bolnăvesc. Adesea persoanele cele mai bine crescute devin supărăcióse, nervóse, imposibile chiar. Decî o glumă a noastră, ar putea să le înăspréscă și mai mult caracterul, iar noi să ne expunem a primi observațiuni aspre și greu de suportat.

În fine, vom fi corecți în atitudinile și expresiunile noastre. Să ne ferim a intra în detalii inoportune, spre a nu fi bănuii că de curiositate voim a afla unele secrete familiare or conjugale. Acesta ar putea revolta pe individ, făcându-ne a perde tot prestigiul în fața lui.

Să fim cu luare aminte și cumpăniți în expresiuni, și mai cu sémă în atitudinile ce vom da bolnavului pentru a-l examina. O mică imprudență, un *lapsus linguae*, ne póte compromite situațiunea, putend fi calificați de réu crescuți.

Nu-mî este cu puțință a arăta tóte calitățile ce se cer unui chirurg desăvîrșit. Ele sunt multe și se capătă treptat în școlă, prin frecuentarea asiduă a spitalelor, și mai ales prin punerea dîlnic în contact cu bolnavii de la cari învățăm multe.

Trecend peste acest mic preambul, să revenim la subiectul nostru. Sunt două metode pentru stabilirea diagnosticului.

Una directă numită prin *analisă*, iar alta indirectă sau prin *sintesa*.

Prin metoda directă sau analisă, chirurgul de odată întrebă pe bolnav

de suferința lui. Imediat apoi procedez la examinarea organului său regiunii afectate. Aci, după ce-și face convingerea de felul bôlei și stabilesc diagnosticul în gândul său, pune diferite întrebări bolnavului, prin care desfășurăm întreaga evoluțiune a simptomelor ce au precedat ori însoțit bóla, Calea acesta e cea mai științifică și în același timp cea mai strălucitoare pentru chirurg. Dînsa formeză un adevărat *coup de maître*. Și în adevăr, cum să nu-ți câștigi prestigiul și cum să nu subjugi pe bolnav, când tu singur îți descrii fazele prin care dînsul a trecut ca și cum ai citit în sufletul său? Cum să nu te admire bolnavul când îi vezi spune că acum opt zile, de exemplu, în urma unei oboseli a fost luat cu frig durând o oră, apoi cu căldură, cu sudore, cu dureri de cap, vîrsături, etc., iar că actualmente e stăpînit de nisce dureri în flancul drept, în basin, etc. etc.?!

Calea acesta însă pe cât de strălucită, pe atât e de periculoasă. Și pericolul nu constă dintr'o eróre de diagnostic, ci din aceea că bóla, pe lângă simptomele sale principale, e încojurată de o mulțime de alte simptome secundare. Dar une-orî tocmai acestea din urmă sunt care preponderă și atrag atențiunea bolnavului. Noi deci, de și stăpînim pe adevăratul diagnostic, totuși putem, cel puțin în aparență, să pierdem în fața bolnavului, dacă l-am întreba de simptomele cele mai principale, lucrul fiind posibil că dînsul să nu le fi dat toată atențiunea. Un mic exemplu: Iată o femeie pe care examinându-o în detaliu, constatăm și stabilim în mod sigur că este afectată de o inflamațiune violentă a organelor genitale interne. Basați pe cunoștința exactă a bôlei și pe fenomenele cardinale, am fi în drept să desfășurăm bolnavei întreaga evoluțiune a simptomelor.

Din nenorocire însă, medicina nu e matematică.

Dacă în 99% din casuri lucrurile s'au petrecut într'un același mod, se poate ca tocmai în cazul ce ni se prezintă să fi fost alt-fel. Așa, dacă în aceste inflamațiuni de care vorbim, femeile în general suferă de dureri în cîmpsa stîngă, întîmplarea poate să facă ca răspunsul să fie negativ. Și dacă și la a doua întrebare făcută asupra unui alt simptom principal și anume, dacă bolnava are turburări în micțiune, răspunsul ar fi tot negativ, deja începem a pierde în fața suferinței, bănuindu-ne că nu ne pricepem. Și cu toate acestea diagnosticul nostru este adevărat.

În imensa majoritate a casurilor, aceste femei cu inflamațiuni pelviene au turburări gastrice reprezentate prin dureri, prin opresiuni, vîrsături, etc. La unele însă totul se concentrează în simple migrene sau chiar într'o tuse uscată particulară, numită tuse uterină. Cum dar vom ști să cădem just pe simptomul ce torturează mai mult pe bolnavă, când aceste simptome sunt atât de numeroase și capricioase în evoluțiunea lor?

Înțelegem deci, că dacă unei femei îi spunem că o dorește capul, iar

ea ne răspunde că o dore stomacul, sau pe alta o întrebăm dacă o dore stomacul, iar ea ne răspunde că o supără udul, și așa mai încolo, noi, cu tot diagnosticul care este just, ne expunem a pierde din valoarea noastră.

Este știut și cunoscut de totă lumea o păcăleală, dacă ne este permisă expresiunea, ce a suferit însuși Trousseau : Se țice că acest mare clinician, pe când explica elevilor mecanismul emfismului pulmonar, a afirmat că bolnavul care era un muzicant, cântă cu flautul său trompetă. Mare a fost surpriza tuturor, când bolnavul răspunse că e *toboșar!*

Conchidem deci, că această cale directă de a stabili diagnosticul, trebuie evitată, cel puțin când începem a ne exercita în ramura chirurgicală, precum și când ne aflăm în fața unui concurs.

A doua metodă numită prin sintesă, de și mai puțin brillantă ca impresiune momentană, este însă mai sigură și putem țice chiar cea mai clasică. Dînsa constă a lăsa pe bolnav să-și descrie el însuși bóla și modul evoluțiunii tuturor simptomelor. Noi, după-ce am ascultat cu atențiune și am examinat regiunea bolnavă, vom da aprecierea justă și valoarea fiecărui simptom. Vom lăsa la o parte pe cele de puțină importanță și treptat alegînd pe cele mai principale, pe ele vom baza bóla, pe ele vom stabili adevărul diagnostic. Să formăm, din tot ce am auzit și am aflat, o piramidă imaginară. La baza sea vor fi semnele de minimă valoare. Cu cât însă ne vom urca în sus, semnele principale și patognomonice să se îngămădescă, așa că ejujgînd la vîrfurile piramidei, să rămăe unul singur care să formeze diagnosticul nostru,

Acestea odată stabilite să începem mai departe.

Primul lucru ce ni-l propunem este a face cunoștiința bolnavului.

Acésta este foarte important. Din câte-va răspunsuri din partea sa, ne vom face o idee de gradul intiligenței sale. Noi vom sci ce valoare să punem pe spusele lui și cum trebuie să-l conducem, spre a afla adevărul și nimic de cât cele ce ne interesază pentru stabilirea diagnosticului.

Tóte întrebările și explorările ce vom face, vor trebui să aibă un scop definit. Nu trebuie să ne pierdem timpul cu lucruri zadarnice și fără nici o importanță.

Studiul examinării chirurgicale a bolnavului, îl împărțim în două părți: *una pasivă și alta activă.*

În rolul pasiv, chirurgul se mărginesce mai mult a asculta cele spuse de bolnav. Dînsul pune numai din când în când anume întrebări.

Rolul activ al chirurgului începe când însuși vroesc să se convingă de cele spuse. Dînsul controlează și caută să vază, ce anume raport au ele cu boala pe care o va descoperi.

PARTEA I

Rolul pasiv al chirurgului în examinarea bolnavului

Cel mai bun lucru de a începe preliminările cu un bolnav, este a ne conduce întocmai după cele scrise pe tableta sa. Il vom întreba deci întâiu *cum se numește*.

Nu e rău a sci *naționalitatea*.

Este evident că un individ care aparține unei națiuni civilizate, va fi înzestrat și el de o inteligență mai superioară, în raport cu un altul a cărui națiune se găsește pe un grad de cultură mai inferioară.

În primul meu volum (1) am arătat opiniunea unor autori cu privire la influența raselor în raport cu traumatismele.

«S'ar părea că rasa neagră și galbenă ar rezista mai mult la traumatisme și nu ar suferi de complicațiunii septicemice. Cu toate acestea, la negri, tetanosul se observă foarte des.

Se susține iarăși că în Anglita, ovariotomiile reușesc mai lesne ca în celelalte țări ale Europei, din cauză că la Anglo-Saxonii, peritoneul este mai tolerant și mai puțin apt a se inflama (?) Dar acestea le credem a fi mai mult ipoteze.

Totuși sunt unele bôle proprii, ce se observă pe anumite rase. Astfel pe negri, în urma celor mai ușore iritațiunii ale gambelor, se dezvoltă ulcere cu tip special și caracter fagedenic, numite ulcere de Mozambic și Cochinchina. Pe de altă parte scim, că Elefantiasul arab își datoresce acest nume tocmai că se dezvoltă pe această rasă ce locuiește țările calde etc.»

Vom avea apoi în vedere *sexul* persoanei bolnave. Este sciut că la femeii în genere, sistemul nervos oferă o iritabilitate destul de însemnată. La dînsese în special se observă isteria cu toate gradele și formele cele mai bizare.

(1) Vol. I, pag. 337.

Importanța clinică a acestui fapt este mare. Să presupunem în adevăr că ne-am găsi în fața unei bolnave având atitudinea cunoscută a unei coxalgii, a unei anchilozose a cotului, orî în prada unor spasme și convulsii. Fiind preveniți de starea sistemului nervos la femeii, nu vom întârzia a ne convinge că aceste atitudini și semne, ce ar indica afecțiunii de o gravitate excepțională, nu sunt de cât nisce epifenomene pasagere, determinate de un acces de isterie.

Cu totul alt-fel va fi când stările descrise mai sus le-am observa pe un adult. La dînsul, isteria fiind cu totul rară, tóte atitudinile și semnele acestea vor fi rezultatul unor leziuni permanente și adesea profunde a organelor atinse. La un adult, coprins de paralizie sau contractură bruscă a membrelor superioare sau inferioare, mai lesne suntem autorizați a presupune dezvoltarea unei gome cerebrale, de cât o manifestare capricioasă a isteriei. Și câtă deosebire va fi într'o coxalgie isterică la o femeie și o alta reală la un bărbat, etc., etc.

Etatea. Sunt o mulțime de bóle a căror dezvoltare stă în strînsă legătură cu etatea.

Când ni se va spune că un bolnav în etate de 17, 18, 20 ani, a fost coprins de fenomene generale grave, fie în urma unui traumatism, a unui mers prelungit, a unei ascensiuni pe dealuri și munți, orî după o cursă exagerată cu velocipedul, etc. etc., să fim cu multă luare aminte în cercetarea pacientului: în prima linie ne vom gândi la posibilitatea dezvoltării unei osteomielite.

Când un copil va cădea de la o înălțime óre-care, sau va suferi un traumatism la o anumită regiune, e mai probabil a ne gândi la deslipirea epifisei de cât la o fractură or luxație.

Un adult, mai lesne și determină în urma unei căderi o luxație de de cât o fractură.

Este astăzi demonstrat în clinică până la evidență, că fracturile extra capsulare ale umărului precum și ale femurului, constituie apanagiul exclusiv al bătrînilor.

Când un copil se va plînge de o durere în genuchiú, atențiunea noastră va fi imediat dirigiată asupra articulațiunei coxofemorale, fiind aproape siguri, că acea durere din genuchi este semnul antemergător al unei coxalgii. Nu tot la acest lucru ne vom gândi, dacă bolnavul ar avea etatea de 20 — 30 ani. Aci mai ușor ar putea fi vorba de o artrită blenoragică sau chiar sifilitică, de cât de o coxalgie.

La bătrîni, o durere în genuchi póte fi semnul localisării unui reumatism cronic, sau chiar începutul dezvoltării unei artropatii nervóse or a unei artrite uscate, etc. etc.

În fine, când un copil ni se va plînge de dureri în gland sau fre-

cuența în micțiunii, acesta constituie semnul aprópe singur al prezenței unui calcul în bășică. La un adult, fenomenul mai ușor va sta în legătură cu existența unor stricturi, a unei hlenoragii sau a unei cistite a gâtului bășiceii, pe când la bătrâni, cu o ipertrofie a prostatei sau cu diferite neoplasme vesicale.

Profesiunea. Dacă un individ s'ar plânge de dureri în óse și în special în maxilarul inferior, ne-am putea gândi la o infinitate de bóle. În trebându-l însă ce profesiune are, și aflând că este lucrător într'o fabrică de chibrituri, ușor vom descoperi că acele dureri ne anunță desvoltarea unei necrose fosforate.

Un bolnav care ni s'ar plânge de dureri vagi și profunde în gambe, n'am putea atribui cu precisiune cărei bóle ele aparțin. Aflând însă că dînsul e tipograf, lacheu, sau e vorba de o spălătorésă, suntem autorizați a admite că aceste dureri pot fi resutlatul desvoltărei unor varice profunde.

Este sciut că lucrătorii din minele de cărbuni, precum și cei carí lucréză ciopbind piatra, sunt cu predilecțiune afectați de emfsem pulmonar și emotipsii.

S'a descris chiar pentru măturătorii de coșuri o afecțiune particulară a scrotului, numită epitelioma coșarilor.

Biurocrații și cei carí duc o viață mult sedentară, toți sunt cuprinși de emoroide.

Tăbăcarii își desvoltă pe gambe și alte regiuni, pungi seróse artificiale, numite profesionale.

În fine, bancherii, samsarii și toți carí umblă după afaceri multiple și variate, fiind într'o continuă agitație, forméză tipul neurastenicilor.

Tabagiștii pasionați și lucrătorii din fabricele de tutun, pe lângă diferite alte leziuni, pot deveni impotenți, melancolici, etc.

Locuința. După cum individul va trăi la câmp, la munte sau în locuri băltoșe, va fi de preferință atins de anume bóle.

Pelagra e proprie ómenilor de la câmp, gușa celor de la munte, intoxicațiunile palustre celor din jurul bălților.

Tóte aceste cunoștințe vor fi folositoare în stabilirea diagnosticului, precum și în alegerea modului de tratament.

Modul de traiu al individului își are importanța sa și trebuie bine cercetat.

După cum un individ va avea o viață regulată, sau va petrece nopțile prin cluburi, după cum felul vieței sale va fi sobru, sau regimul format din mán cărí escitante; după cum va avea obiceiul a dormi după masă, a se pune la lucru, sau va face escese venerice, dupe cum liba-

fiunile alcoolice în timpul mesei vor fi abundente, etc., etc., pe atâta dînsul va avea ocasiunea să devie artritice, arterioscleros, nevropat, etc. etc.

Iată prima parte a interogatorului ce trebuie să punem bolnavului și prin care am făcut cunoștință cu dînsul. Prin această ne-am dat pe de o parte seama de gradul inteligenței sale, iar pe de alta de o mulțime de elemente, deduse din toate punctele ce am enumerat. Ele după cum vedem își au importanța lor și scopul pentru care trebuiesc cercetate.

După ce decî am terminat cu acest mic interogator, trecem la alte cercetări de o importanță și mai capitală. Este vorba de *antecedentele ereditare și personale ale bolnavului*.

Nimic nu e mai bine demonstrat în medicină ca transmisiunea calităților, defectelor și stărilor patologice de la părinți la copii.

Precum un părinte dăruiesce fiului său aptitudinile sale fizice și morale, tot ast-fel îi dăruiesce și germenii morbiđi de cari el este impregnat.

De sigur, această ar putea lipsi, dar legea naturei e destul de aspră.

Nu există în această privință absolut nici o excepțiune. Ceia-ce există sunt unele salturi, cari s'ar impune drept excepțiuni, realitatea însă e neclintită. Un exemplu: se întîmplă une-orî să ne aflăm în fața unui copil cu o tumoră albă sau altă afecțiune de natură tuberculoasă. Rămănem surprinși când vedem că acest copil a eșit din nisce părinți grași și frumoși și asupra cărora nu constatăm nici unul din semnele tuberculoșiei. Dacă însă cercetăm cu deamănuntul, nu vom întărzia a descoperi că în ascendenții acestor părinți, fie în linie directă sau colaterală, au existat membrii din familie cari au murit de leziuni tuberculoșe, reprezentate prin emoptisii, pleuresii, meningite, etc. Un autor german Julius Dolinger a făcut o statistică foarte minuțioasă în această privință. El a ajuns la concluziunea că, tuberculosa ososă nu se dezvoltă la copii ieșiți direct din părinți tuberculoși, ci la aceia ai căror moși și strămoși au fost tuberculoși. Trebuie, ȳice acest autor, ca oșele să fie supuse în timp de mai multe generațiuni la influența virusului tuberculos, pentru a deveni apte să servescă la dezvoltarea bacilului lui Koch.

Iată dar de ce importanță mare este a cunoșce antecedentele ereditare a bólelor diatesice și constituționale ale bolnavului. Și relativ la acest lucru, trebuie să ne înțelegem bine asupra cuvîntului de *diatesă și bolă constituțională*.

În primul meu volum (1) am căutat să descriu cât se poate de larg această chestiune. Pentru moment mă mărginesc a reaminti comparația ce am făcut între aceste stări și care mi se pare bine găsită.

Diatesa, am ȝis, este o moșie rămasă moștenire de la părinții noștri; bóla constituțională din contra, este o moșie cumpărată de noi înșine.

Prin diatesă ne nascem scrofuloși, tuberculoși sau artriciți. Prin bóle constituționale devenim paludici, alcoolici, morfinomanți, sifilitici, etc. etc.

Aceste bóle constituționale represintă moșia cumpărată de noi, căci puteam să nu fiu alcoholic, sifilitic sau paludic. Prin diatesă însă nu puteam să nu mă nasc tuberculos sau artritic, căci aceste calități mi-au fost date ca moștenire de la părinți sau moșii mei.

Iată dar ce trebuie să cercetăm în antecedentele ereditare ale bolnavului.

Să descoperim dacă în întreaga lui familie au existat bóle diatesice ori constituționale. Un bolnav eșit din părinți tuberculoși sau artriciți, constituie pentru noi un punct capital în stabilirea diagnosticului.

Artrismul, manifestat în familia bolnavului sub oricare formă, ne va ajuta mult a stabili natura unei tumorii ce dînsul ar poseda.

Tumorile maligne și în special cancerul sunt apanajul diatesei artritice. O tumoră care în aparență ni s'ar părea a fi un fibrom, ne vom schimba opiniunea când vom afla că bolnavul este eșit dintr'un neam canceros.

Reproduc aci, pentru convingere, următoarele rînduri din al II-lea volum al meu de chirurgie (1) Sir Jean Paget citează cazul următor: o damă a murit de un cancer al stomacului; cele două fete ale sale au murit iarăși de un cancer al stomacului, iar alta de un cancer al sînului. Dintre copiii acestora, două fete au murit de cancer al sînului, două de cancer al uterului, un bărbat de cancer al ganglionilor axilari, iar altul de cancer al rectului.

Dar un exemplu și mai îngrozitor este dat de Broca, pe care l'am reprodus în volumul meu. Acest tabloă luat în extenso, represintă genealogia unei familii în care s'au produs 16 casuri de mórte prin cancer, într'o singură familie, în mai puțin de 70 ani. Recomand cu insistență a se citi acest tabloă, care represintă un adevărat monument științific și unde puterea eredităței se vede demonstrată până la cea mai înaltă evidență. (2).

Ast-fel fiind lucrul, cred de prisos a insista asupra utilității și datoriei ce avem de a cerceta cu stăruință și în mod detaliat pe bolnav pentru a descoperi bólele diatesice, în părinții, în moșii, rudele, verii și mătușile sale, etc.

Vom căuta iarăși să cercetăm dacă exclusiv în părinții bolnavului

(1) Loce citat pag. 75.

(2) Veđi vol. II, pag. 75, 76, 77.

se află bóle constituționale. Părinții alcoolici dau naștere la copii ner-voși, epilectici, degenerați etc. Un părinte sifilitic va procrea copil sifilitic după gradul perioadei în care s'a aflat în momentul concepțiunii. Ast-fel, în perioada secundară, care represintă maximum de putere a infecțiunii, va produce un copil cu manifestațiuni sifilitice manifeste. Acest copil ajuns adult, va putea oferi leziuni aparținând unui sifilis ereditar tardiv.

Ricord deja a arătat că procrearea, făcându-se de părinți în perioada terțiară sau quaternară a sifilisului, dă naștere la copii cu leziuni precoce sau tardive, ce se apropie mult de scrofulă. De aci numele de *scrofuloid*.

Iată dar și în privința bólelor constituționale interesul ce avem de a le descoperi, totul fiind în folosul bolnavului. Ele ne vor ajuta foarte mult în stabilirea naturii unei leziuni ce n'ar părea a fi clară sau clasică.

După ce am terminat cu acest capitol, trecem la partea cea mai interesantă, care coprinde *antecedentele personale ale bolnavului*.

Vom începe întâiu a ne informa câți copii au fost la părinți și al cătelea din copii este bolnavul nostru. Acastă întrebare are folosul său. Siut este că de obicei, ultimii copii sunt mai debili ca primii, probabil din cauza slăbiciunii forței virile a părinților. Vom întreba iarăși câți din copiii născuți trăesc, câți au murit și din ce cauză. Tóte acestea le facem pentru rațiuni lesne de prevăcut și inutil de insistat.

Când ast-fel am adunat tóte elementele și manifestațiile morbide ale părinților și colateralilor săi, procedăm la interogatorul personal al bolnavului.

Noi cunoșcem deja bólele diatesice ale pacientului din ancheta făcută. Acum ne rămâne a cerceta cu deamănuntul bólele constituționale ce dinsul a căpătat sau mai bine dis a cumpărat în timpul intrării sale în lume. Dar mai nainte vom căuta din nou să ne convingem dacă în primii ani ai copilăriei sale a avut vre-o manifestare diatesică.

Vom cerceta deci dacă fiind copil, i s'a spus de părinți sau de rude că s'a născut curat ori cu bube pe corp. Dacă a avut dureri de ochi, scurgeri de urechi, cruste pe cap și figură, etc. Fie-care din aceste lucruri au importanța lor netăgăduită, fiind în strinsă legătură cu diatesa scrofuloasă sau artritică.

Mai mult, este astăzi demonstrat că inflamația globului ocular, turburările auzului și alterațiunea dinților, forméză ceia ce se numesce *triada lui Hutschinsobu* în sifilisul ereditar. În adevăr, în trecutul unui asemenea individ ca copil, vom descoperi că dinsul a suferit de diferite bóle de ochi, iar în starea actuală vom putea constata alterațiunea transparenței corneei, traducându-se prin pete mai mult sau mai puțin

pronunțate, mai mult sau mai puțin intense. De asemenea irisul, ne va prezenta urmele unei vechi inflamațiuni manifestată prin sineșii, deformarea pupilei, etc. Tóte acestea probéză că aci, adică în ochi, s'a petrecut o veche inflamație, care după Hutschinsohn e tot ce póte fi mai comun la copiii sifilitici.

Turburările și leziunile aparatului auditiv iarășî trebuesc cu deamănuntul cercetate. Indiviziî sifilitici în copilăria lor, fórte adesea au suferit de scurgeri purulente a uncia sau ambelor urechi, de alterațiuni specifice ale timpanului și chiar de o surditate complectă, fie din partea unei urechi sau a ambelor de o dată. Lucrul demn de însemnat este că, acéstă surditate sifilitică există fără nici o leziune remarcabilă; totul pare a fi în stare normală. Dinsa se produce cu o rapiditate extraordinară, totul se petrece fără nici un semn inflamator. Dînșii devin surđi în mod rece, fără să știe, fără să bage de sémă, fără nici o rațiune. Sunt casurî unde acest teribil fenomen se petrece așa de repede și pe neașteptate, că bolnavii devin surđi în mai puțin ca 15 ȓile, de și se găsesc sub îngrijirile medicului.

Copleșirea pacientului ca copil de febrele eruptive în special de scarlatină, e important de aflat. Aceste febre ca și tusea convulsivă, sunt de multe orî punctul de plecare al desvoltărei tuberculoșei.

Ajunși la etatea adultă a bolnavului, vom căuta prin tóte mijlócele să descoperim bólele sale constituționale.

Aci stă totul, și de aci depinde nu numai stabilirea unui bun diagnostic, dar mai ales prognosticul operator.

Dacă nu cunoșcem cu precisiune aceste bóle, carî impregnéză în totalitatea și adincimea sa organismul bolnavului, formând ceia ce se numesce *morbis totius substantiae*, n'am ajuns absolut la nici un rezultat.

Dacă chiar am presupune că posedăm diagnosticul bólei, încă n'am făcut nimic. Operațiunea ce am întreprinde, în loc de folositoare, ar deveni vătămătoare și chiar mortală pentru pacient.

Cu tóte precauțiunile de antisepsie, asepsie și tehnică operatorie, cu tot succesul strălucit al unei operațiuni, totul rămâne bucurie momentană. In aceeași ȓi sau a doua ȓi, orî puțin mai târziu, decepțiunea ia locul veseliei prin mórtea individului. Și pentru-ce? Pentru că n'am cercetat în deajuns și n'am descoperit că bolnavul era alcoolic, sifilitic, paludic, diabetic, albuminuric, ataxic, morfinoman, saturnic, etc. Acésta este de ajuns a ne convinge de importanța și stăruița ce trebuie să depunem în a cunoșce la perfecție starea organică a bolnavului.

Eú nu pot intra în detalii mai mari asupra acestei chestiuni, care se găsesce pe larg descrisă și mai mult ca în orî-ce tratat, în primul meú

volum, la capitolul numit *raporturi dintre traumatisme cu diatesele și al acestora cu traumatismul* (1).

După ce ast-fel avem o cunoștință complectă de pacientul nostru, atunci începem a-l întreba de ce suferă și pentru ce a-nume a intrat în spital.

Și aci rolul nostru încă e pasiv, căci noi datorii suntem să lăsăm pe bolnav ca el singur să-și descrie bóla și suferințele sale.

Dacă individul este inteligent, de multe ori el însuși ne indică adevăratele cale pentru a ajunge la un bun diagnostic.

Trebuie însă să fim cu luare aminte ca nu cum-va dînsul să alunece într'o descriere prea lungă, intrând în nisce detalii fără importanță. În cazul acesta noi vom interveni, punând anume chestiuni și căutând să fie clare. Să ne ferim de prejudecări și să nu căutăm a influența pe bolnav spre a obține răspunsul ce dorim.

Ceia-ce ne va interesa mai mult, va fi modul brusc sau lent al aparițiunei bólei. Acesta deja ne indică o afecțiune acută ori cronică. Când un individ, de exemplu, fie în urma unei oboșeli, sau a unui traumatism ce s'ar fi aplicat pe abdomen, va fi fost cuprins de dureri violente, iar câte-va zile după accident de frisoane și o umflătură locală etc., e aproape sigur că bóla a fost o inflamațiune acută, reprezentată cel puțin printr'un flegmon profund al abdomenului. Când însă tot în urma acestorași cauze, a trecut un timp destul de îndelungat până când să apară jera, durerile și tumefacțiunea în abdomen, suntem în drept a afirma la sigur o afecțiune cronică, reprezentată fie printr'o tumoră malignă, sau dezvoltare de ganglioni tuberculoși etc. după diatesa sau predispozițiunea sub a căreia influență se va găsi bolnavul.

O contuziune a genuchiului, urmată imediat de o distensiune a cavităței articulare, va fi pentru noi un semn al unei afecțiuni cu totul diferită de aceia a unei distensiuni lente și progresive a articulației. În cazul întâiu va fi vorba de emartosă, iar în al doilea de idartrosă. Și dacă cunoscem acest lucru, vom ști ce valoare să dăm unor noduli consistenți din jurul articulației, spre a nu-i lua drept tumori fibröse sau începutul unor gome sifilitice, când în realitate va fi vorba de simpli coaguli sanguini de o etate veche, etc. etc.

În momentul când bolnavul își descrie suferințele, vom fi cu luare aminte asupra simptomelor de cari dînsul se plînge mai mult. Aci vom insista să ne asigurăm când aceste simptome sunt mai supărăcioste? noaptea, ziua, séra?. Vin ele în mod periodic la anumită oră, sau sunt permanente? Un bolnav ce se va plînge de dificultăți la urinare, ele

(1) Loc. citat pag. 173—341.

vor fi un semn al stricturilor, dacă micțiunea e dificilă la început și survine în timpul zilei și în urma unei oboșeli. Când bolnavul se va plânge că simte trebuință de a urina des în timpul nopții, e multă probabilitate că suferă de hipertrofia prostatei. De asemenea, când un bolnav se plânge că în timpul când urinează, udul se opresce brusc, iar apoi reîncepe făcând unele mișcări, acesta este un semn de calculi. Tot același semn va pentru fi noi, dacă bolnavul ne va spune că este cuprins de dureri în bășică și dorință de a urina când umblă în trăsură, sau voiajază în tren, fața privind spre mașină. Acesta provine că calculul, deplasându-se prin acele sguiduri, lovesce gâtul bășiceii, de unde fenomenele menționate.

Dacă un bolnav se va plânge de dureri în defecațiune și ne va spune că ele sunt mult mai mari la început și în timpul executării acestui act, putem presupune existența unor fisuri anale. Dacă însă durerile devin puternice după defecațiune, e multă probabilitate că e vorba de emoroide, și așa mai departe.

Relativ la simptomatologia descrisă de bolnav, vom căuta să deosebim simptomele simpatice de cele reale. În special acesta se observă la femei. Ele mai tot-d'a-una se plâng de dureri de cap, de stomac, de șale, etc., fără a pomeni nimic de vre-o jenă din partea uterului or a anexelor. Vom pune deci întrebări relative la aceste organe, pentru a ne convinge de regulata lor funcțiune fiziologică. O durere violentă în testicul, e de obicei semnul unui calcul nefretic. Durerile din umărul drept, adesea sunt în legătură cu diferite afecțiuni ale ficatului. Ataxia locomotrice, își anunță existența prin fenomene vesicale sau dureri artrozice, în special în articulațiunea piciorului.

În fine, noi știm că fie-care bôlă își are simptomele sale proprii, cari fără nici o excepțiune nu rămân ascunse. Ele tot-d'a-una deșteptă pe bolnav și numai grație lor, bôla poate fi bănuită și descoperită. Un copil atins de coxalgie, dacă în timpul nopții este brusc deșteptat în plânsete, acesta constituie semnul patognomic numit *șipătul nocturn* și care ne arată aprópe sigur dezvoltarea unui abces intra-osos, Rămâne deci ca noi, printr'o îndelungată îndeletnicire, să trecem peste simptomele secundare, oprindu-ne la cele principale pentru a stabili ade-văratul diagnostic.

PARTEA II.

Simptomele obiective.

Adevăratul *rol activ* al chirurgului a sosit. De unde până aci din-sul nu a atins și nu a pus mâna pe bolnav, acum îl întreabă pentru ce a intrat în spital și cere în același timp să i-se arate regiunea sa membrul de care suferă.

Acum chirurgul trebuie să-și pună în joc totă atențiunea, toate cunoștințele ce posedă și să uzeze în modul cel mai larg de toate facultățile și simțurile sale.

Chirurgul însă trebuie să fie prevenit de un lucru că, în mod ascuns, atât bolnavul cât și familia își au atențiunea fixată asupra lui, urmărindu-l în toate mișcărilor sale. Prin urmare dînsul, nu se cuvine să-și schimbe atitudinea în timpul examinării și nici să manifeste vre-un gest, din care s'ar putea deduce fie dificultatea diagnosticului, fie gravitatea bôlei. Acestea ar avea de efect să provôcă o micșorare în încredere sau o spaimă a bolnavului, ceia-ce nu e de dorit.

Odată regiunea bolnavă expusă, vom procede la examinarea ei. Ne vom dirige atențiunea după cum va fi vorba de *traumatism, inflamațiune, tumoră* sau *ulcer*. Asupra fie-căreia din aceste categorii de leziuni vom aplica toate *simțurile noastre*, căutând a scôte din ele cele mai multe profituri posibile. De regulă începem cu *simțul vădului* ca fiind mai natural, iar apoi treptat cu *șipăitul, auzul, gustul și mirosul*.

1) Examenul prin vedere al leziunilor traumatice.

Principala atențiune în aceste cazuri va fi asupra *atitudinilor și deformațiunii membrului*.

Un individ în vîrstă, care a suferit o cădere sau lovitură pe șold și va rămâne cu impotență funcțională avînd membrul inferior în extensie cu rotație externă, aprópe sigur va fi vorba de o fractură a gâtului femoral.

O depresiune pe marginea externă și inferióră a gambei, constituie

semnul dat de Dupuytren numit lovitura de topor (le coûp de hache) propriu fracturei extremității inferioare a peroneului prin divulsiune.

Fractura extremității inferioare a radiului, se diagnosticază prin simpla atitudine și deformație a regiunii. Dînsa ia aspectul unei furculițe, și formeză semnul patognomic dat de Velpeau.

Dacă comparăm figurile 1, 2, 3, ne vom convinge că numai după simpla atitudine a mîinei, putem d'adrepul să stabilim diagnosticul. In adevăr, fig. 1 reprezintă atitudinea clasică a mîinei în paralisia nervului radial; fig. 2 aspectul mîinei în fractura extremității inferioare a radiului, iar fig. 3 o luxație a pumnului înapoi.

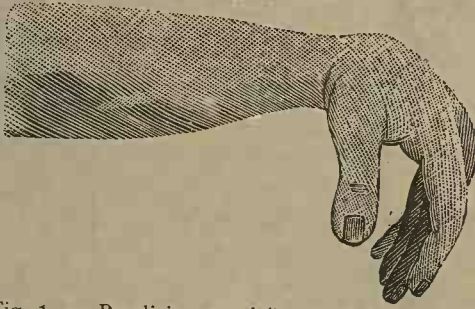


Fig. 1. — Paralisia nervului radial (personală).



Fig. 2. — Fractura extr. inf. a radiului (personală).

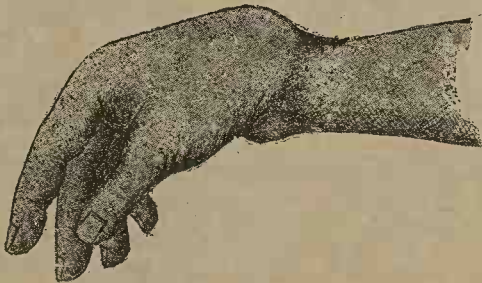


Fig. 3. — Luxația pumnului înapoi (personală).

Un individ ce ar fi primit o lovitură sau o cădere pe umăr, și ni s'ar presenta cu brațul susținut de cot cu cea altă mână, iar capul aplecat

către regiunea bolnavă, acesta este o atitudine ce ne arată fractură claviculei.

O persoană tânără ce ni se va prezenta cu cóspsa în flexiune, adducție și rotație înăuntru, ne va da dreptul a presupune o luxație iliacă externă, dacă violența traumatică a fost mare. Din contra, când în aceeași condițiunii, cóspsa va avea o atitudine inversă, adică în flexiune, abducție și rotație în afară, luxația va fi pubienă. Fig. 3 și 5 sunt foarte demonstrative.



Fig. 4. — Luxație coxofemorală, varietatea iliacă externă (personală).

Fig. 5 — Luxație coxofemorală, varietatea pubică (personală).

Vom observa iarăși schimbările produse în membru dupe direcțiunea, grosimea și lungimea sa. Prin ele vom deduce varietatea fracturei, precum și sensul în care trauma a fost aplicată.

Relativ la traumatisme, vom fi atenți în constatarea echimoselor, căci ele sunt de un interes capital. Fracturile gâtului anatomic ale umărului, se diagnosticază numai grație echimoselor ce au o întindere colosală. Ele copleșesc întregul torace și pot merge chiar până la abdomen.

Flictelele în fracturile gambei, anunță un pronostic serios, iar co-

lórea lividă a membrului, iminența unei gangrene. Echimosele palpebrale, acelea a vâului palatin și scurgerile de sînge prin ureche, constituie semne constante în fracturele bazei craniului.

Tot prin simpla vedere ne putem da sîma de scurtarea saŭ lungimea unui membru. La timpul oportun noi vom aplica mensurațiunea, spre e ne convinge daca asemenea stări sunt aparente saŭ reale, etc. etc.

II) Treceam acum la *examenul leziunilor inflamatorii*.

Un individ ce va sta sgîrcit în patul saŭ, neputînd suporta, din cauza durerilor, nici o atingere pe abdomen, e un semn de posibilitatea unei peritonite saŭ inflamația profundă a abdomenului. Dacă însă același individ, în prada durerilor, va simți óre-care ușurare stînd pe pîtece saŭ apăsînd cu pumnii pe el, ne arată că e atins de colici saturnine. O tumefacție a țesutului celular subcutanat dintr'o regiune, însoțindu-se de o roșeață vie a tegumentelor, ne arată un flegmon. Când articulația genunchiului va fi tumefiată și de o culoare roșie deschisă, e semnul unei artrite acute. Aceiași tumefacție, conservînd colórea normală a tegumentelor, reprezintă o tumoră albă, și așa mai departe.

III) Fiind vorba de prezența *unei tumori*. Aci vom căuta să ne dăm sîma de tóte caracterele ce va oferi ochiului precum: forma, desvoltarea circulațiunei periferice, sediul, mișcări de ridicare saŭ expansiune, transparența saŭ opacitatea, sa etc.

O tumoră a mamelei, cu părți proeminente și vase dilatate, este de sigur un cancer. Diagnosticul erniilor se face după sediul lor: cele situate d'asupra arcadei lui Falope sunt inguinale, iar cele de desupt crurale. O tumoră în triunghiul lui Scarpa provezută de mișcări, ne va împedica a lua un abces drept anevrism. In fine dacă într'o tumoră a tunicei vaginale nu putem constata transparența ei, noi nu suntem siguri că avem a face *cu un idrocel*.

Sntt tumori cari numai după sediul ce ocupă le putem diagnostică din ochi-de *visu*.

O tumoră de mărimea unei nucii, așezată la códa externă a sprincenei, va fi un kist dermoid. O tumoră de mărimea unui pumn, provezută cu mai multe orificiuri și situată în regiunea cefei, va fi un antrax.

O tumoră pe mijlocul feței dorsale a pumnului, este aprópe sigur un kist al sinovialei articulare, numit de Gosselin ganglion. Aceeași tumoră, situată mai jos saŭ în lături, ne va indica un kist tendinos desvoltat în téca muschilor extensori. El este propriu pianistilor, scriitorilor, etc. Fig. 6 și 7 ne oferă modele de asemenea bóle ce se pot diagnostică prin simpla vedere a sediului lor.

Dar și alte afecțiuni se diagnosticéză după sediu. Plăcile sifidii caracteristice psoriasului vulgar, să găsesc pe fața posterióră a articulațiilor

în sensul extensiunii; din contra, cele de natură sifilitică se vor afla pe fața palmară a mânelor și plantară a picioarelor.

În ginecologie, exersarea ochiului e de mare folos cu privire la tumorile abdominale.

După cum o tumoră va fi simetrică și așezată pe linia mediană sau în latură, după cum dînsa va fi de un volum mic sau mare, de o formă regulată sau cu ridicături, pe atît va aparține uterului, trompei, ovarului sau ligamentelor largi.

D-nul profesor dr. Assaky s'a ocupat cu multă stăruință de această chestiune. D-sa a căutat să ajungă la diagnosticarea tumorilor abdominale prin singura privire a pîntecelui.

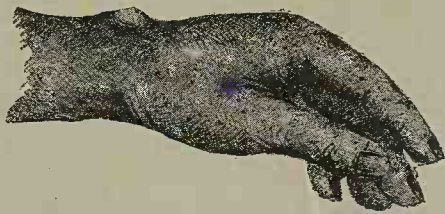


Fig. 6. — Kist sinovial al pumnului (persnală).

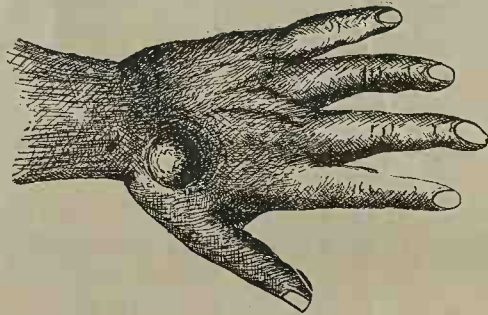


Fig. 7. — Kist tendinos în téca extensorului propriu al indicelui (personală)

Reproduc întocmai întreaga lucrare făcută de D-sa, ce să găsească în vol. I din lucrările institutului de chirurgie (1).

«Știți câte dificultăți presintă une-orî diagnosticul tumorilor intra-abdominale și cu câtă grijă chirurgii culeg cel mai mic semn care ar putea pune pe calea adevărului, Tratatele clasice dau un număr însemnat de simptome destinate a servi în diferențierea acestor afecțiuni și vorbesc și în treacăt, în câte-va cuvinte, de forma pîntecelui. Noțiunile curente asupra diagnosticului tumorilor abdominale au fost puse în lumină

(1) Institutul de chirurgie anul 1890, 91, pag. 201-204.

într'o escelentă lucrare a d-lui dr. [Inotescu (1).] Nicî în acest studiū, nicî în alte monografii nu se găsesc de cât indicațiunii vagi: în chistul ovaric abdomenul e regulat și are forma unni butoi; în tumorile uterine abdomenul e mai proeminent la partea inferiără; la ascită forma



Fig 8.—Kyst ovaric. (Prof. Assaky)

abdomenului e lată și tóte aceste indicațiunii aũ fost studiate la bolnave în decubitul dorsal, cu peretele abdominal relaxat.

De câți-va ani atențiunea noastră a fost atrașă prin diferențele pro-

(1) Studiū asupra diagnosticului clinic al tumorilor ovarului de P. Inotescu, Tesă de doctorat. 1898.

funde ce presintă forma abdomenului văđut de profil. In stațiunea în picioare, linia de profil se presintă cu totul alt-fel la kistul ovaric, la miómele uterine și la epanșamentele simptomatice unei tumoră de rea natură.

In practică primul punct de stabilit pentru diagnostic se referă la

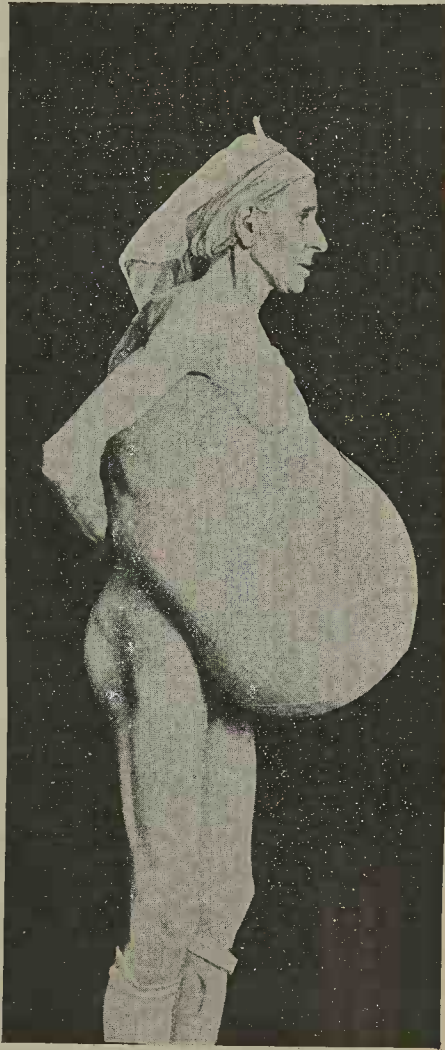


Fig 9.—Kist ovaric (personală).

aceste trei clase de afecțiuni. E bine înțeles, că trebuie să fie vorba de un kist sau de un miom care a părăsit micul basîn.

Aruncați-vă, vă rog, ochii, asupra acestor fotografii reprezentând femeii atinse de kist ovaric (fig. 8, 9, 10, 11 și 13). Vedeți că abdomenul nu aminteste de loc forma unui butoi dar e din contra aproape sferic. Și

în fotografiile 8, 9, 10 și 11 unde kistul este foarte voluminos și în 13 unde e puțin proeminent, vedeți că curba aparține unui cerc cu rază mare. Tot abdomenul este întins ca pe un balon, ca pe o minge elastică.

Comparați aceste fotografii cu aste două cari reprezintă femeii cu miome uterine (fig. 14 și 15). Nu sunteți loviți de aspectul cu totul di-



Fig. 10.—Kist ovaric (personală)

ferit ce presintă aceste proflurii? Și aci întregul abdomen e deformat, dar tumora care într'adevăr e mai proeminentă la partea inferioară, a dat naștere unei curbe cu rază scurtă. Inspecțiunea pântecelui arată că îndărătul acestei diformațiuni se găsește o tumoră solidă care a res-

pins brutalmente pereții abdominali tocmai acolo unde sunt mai greu de deplasat, unde prin inserțiunile musculare, își iau un solid punct de sprijin. Kistul ovaric, din contră, elastic și mult mai mobil se acomodează mai bine cu condițiunile de presiune intra-abdominală și respinge peretele anterior acolo unde dinsul e mai mobil.



Fig. 11.— Kist ovaric (personală)

Uitați-vă, în fine, la aceste trei femei atinse de sarcon ovaric însoțit de epanșament (fig. 16, 17 și 18). Aci ascita priméază tumórea care e puțin voluminósă. Abdomenul e plin de lichid, dar forma burtei nu sémână de loc cu aceia a kistelor saú miómelor. Nu în kistul ovaric,

dar în aceste apanșamente, abdomenul e distins regulat, uniform, în porțiunile sale supra-ombilicale ca și dedesubtul ombilicului; abdomenul nu e sferic, căci nu reproduce aspectul unei formațiuni rotunde, ci e împins de o masă lichidă fără formă precisă.

Deformațiunile datorite sarcinei, hydropisieii enkystate, kystelor

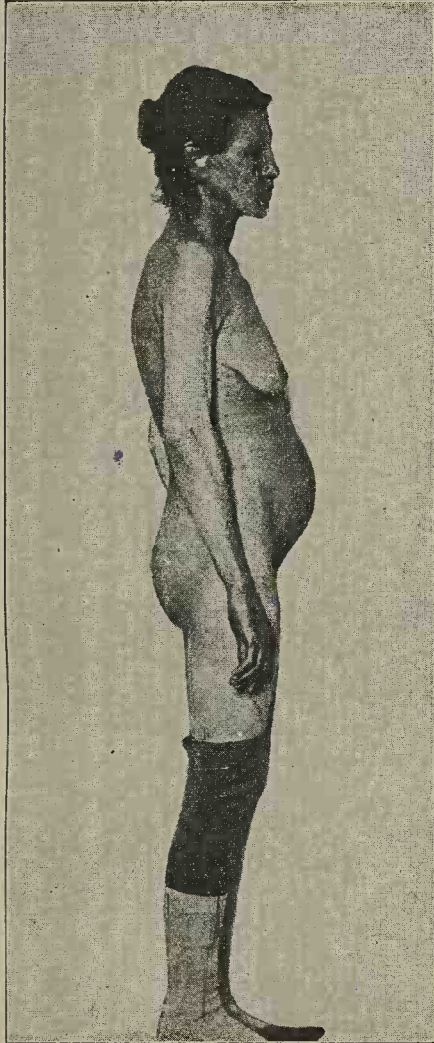


Fig. 12. — Kist ovaric intra ligamentar. (țroi. Assaky).

hydatice, lipomului difus al epiploonului (fig. 20) aparțin unor tipuri cu totul diferite.

Forma caracteristică a abdomenului în kystul ovaric se găsește chiar când kystul este imobilizat prin aderențe multiple. Nu știu însă

ce modificări ar putea aduce complicația cu totul excepțională, ascita concomitentă.

Am rugat pe savantul meu coleg de la Universitate, d. Profesor Gogu, să studieze curbele acestor profiluri și să vadă dacă nu s'ar putea găsi vr'o formulă exprimând diferitele aparente.



Fig. 13. — Kist ovaric. (Personală).

D. Gogu a căutat să construiască cercurile arcurilor liniilor de profil. E bine înțeles că nu se poate pretinde să se ajungă la o precisiune matematică cu elemente variabile. Totuși s'a văzut că în cele trei tipuri principale, kist, miom și ascită, făcând abstracție de dimensiunile reale, lucrurile se presintă cu totul alt-fel.

La câte-și trei arcul hypogastric aparține unui cerc mai mic ca restul curbei de profil. Dar pe când în deformațiunea myomului există o diferență notabilă între raza cercului hypogastric și raza cercului mare, care reprezintă traectul regiunilor medie și superioară a abdomenului, aceleași relațiuni nu se găsesc nici pentru pânțele ascitei nici



Fig 14. — Myom uterin. (Prof. Assaky).

pentru acel al kistului. Centrul cercului hypogastric este foarte depărtat de centrul cercului mare. (1).

Mai rămân încă multe chestiuni de elucidat. Una din aceste este

(1) Veți instit. de chirurgie, 1890/91.

de a sci ce devine profilul la bolnavele cu păreții abdominali relaxați, la bolnavele acele despre cari se spune că pântecul lor spânzură, atârână în jos. Asemenea ar fi interesant de vădută ce schimbare ar aduce o stare de adipositate sub-cutanată; cu tóte că în genere femeile, cari suferă de cât-va timp de tumori voluminoase, nu posedă tocmai un țesut celular prea încărcat de grăsime.



Fig. 15. — Myom uterin. (Prof. Assaky).

Acésta e comunicarea făcută de d. Dr. Assaky la congresul medicilor Eforiei. D-sa mai adaogă că tipul kistilor abdominali se conservă chiar și când se desvoltă în grosimea ligamentelor largi precum și atunci

când concomitent există o tumoră solidă în special [un fibrom uterin. Probă despre acesta sunt fig. 13 și 19.

Trecem acum mai departe.

IV. Dacă ne vom afla în fața unor *ulcere*, vom căuta a ne fixa ochiul asupra următoarelor caractere: O ulceratiune sifilitică, în special o



Fig. 16. — Sarcom ovaric cu epanșament. (Prof. Assaky).

gomă, va fi adîncă, crateriformă, cu fundul murdar cenușiu, iar marginile lipite de ulcer. O gomă scrofuloasă va fi mai superficială, cu fundul roșu violaceu, cu secrețiune purulentă, iar marginile cu totul deslipite. O ulceratiune maglină, neoplasică, canceroasă, va avea marginile foarte

malignă

mult răsfrînte în afară și o secrețiune fetidă. Mugurii sîi cărnoși exuberenți, vor sîngera cu cea mai mare ușurință.

Ulcerule superficiale și cu marginele foarte subțiri, sînt leziuni sub dependența artritismului, erpetismului, etc.



Fig. 17. — Sarcom ovaric cu epanșament.
(Prof. Assaky).



Fig. 18. — Sarcom al ovarului drept.
(Prof. Assaky).

Forma ulcerelor iarăși e important de observat. *Ulcerule lineare* sînt proprii unor anumite regiuni. Mamelonul, îndoitura cîpselor, scrotul anusul, rădăcina unghiilor, baza dinților, aripele nasului, etc., nu posedă de cît ulcerări liniare. Ele pot fi diatesice, specifice sau profesionale,

după sediū. In general, aceste ulcere lineare sunt cele mai dureroase.

Ulcerile cu *formă angulosă*, ne arată în general leziuni de rea natură. Ast-fel sunt ulcerile canceroase sau cele dezvoltate pe piele, confundate cu o masă squirōsă.

In fine, ulcerile *circulare* sunt de natură venerică sau sifilitică. Cu tot tratamentul specific ele sunt cele mai tenace. Cer mult timp a se cicatriza (1).

Există mai multe variațiuni de ulcere, după aspectul cu care ni se prezintă. Ast-fel avem ulcer inflamator, iritabil sau eretic (Bilroth). Ulcer atonic, fongos, calos, emoragic, verminos, gangrenos, fagedenic, serpiginos, etc. după cum dinsul va fi însoțit de o zonă inflamatorie, durere vie, culóre palidă, muguri exuberenti, margini proeminente și grōse, tendință iresistibilă a se propaga în adîncime sau a se întinde în suprafață. Tōte aceste caractere sunt fōrte importante și de aceea când avem în fața noastră un ulcer, el trebuie bine pătruns cu ochii.

Să nu uităm, în fine, a ne fixa atențiunea asupra locului ce ocupă un ulcer. Adesea, după sediul ulcerului putem pune diagnosticul. Ulcerele simple ale gambei se găsesc pe fața internă și terțul inferior al membrului. Ulcerele sifilitice sau ibride, numite scrofulo-sifilitice, le întâlnim pe fața anterioară și externă a gambei. In fig. 26, 27, 28 din primul meu volum, avem modele de asemenea leziuni, pe cari le recunoștem prin simpla vedere (2).

Un ulcer pe fața plantară a extremităței anterioare a primului metatarsien, este un morb perforant.

O ulceratiune a buzei inferioare, aședată între comisură și linia mediană, în majoritatea casurilor este de natură cancerōsă. Aceiași ulceratiune

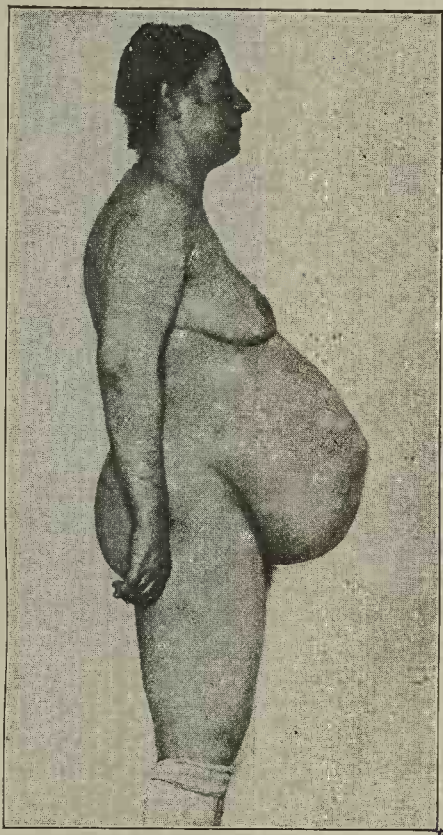


Fig. 19.—Fibrom uterin și Kist paraovarie.
(Prof. Assaky).

(1) Veđi vol. I, pag. 39—40.

(2) Loc cit. pag. 60.

găsită pe linia mediană, este mai des sifilitică. Ulcerațiunea comisurii e de natură tuberculasă.

Un ulcer așezat pe vârful limbei, are multă șansă de a fi șancros; acela de pe fața sa dorsală va fi mai lesne sifilitic. Un ulcer pe marginea limbei, de 99 de ori la sută va fi un cancer.

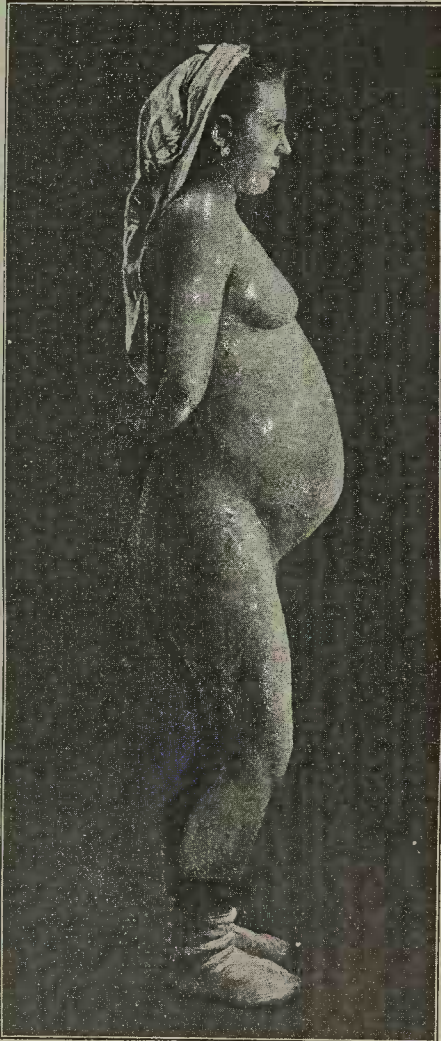


Fig 20. — Lipom difus al abdomenului (Prof. Assaky).

Ulcerale diatesice și constituționale, au multă tendință să nu rămână solitare. Ast-fel sunt ulcerale tuberculose și sifilitice. Ele își asigură extensiunea prin semințe aruncate împrejur. Apoi repede reunindu-se cu ulcerul mamă, constituie semnul patognomic al naturii lor.

Pe gland, ulcerul fiind și rămânând solitar, este la sigur un ulcer

șancros infectant primitiv. Mai multe ulcere reunite sau separate între ele, formeză tipul șancarului môle.

Iată în scurte cuvinte ce putem câștiga cu vederca.

Un ochi bine exersat și bine condus, de multe ori el singur rezolvă cestiunea. Când însă nu-î dăm educațunea chirurgicală cuvenită



Fig. 26—Ulcer simplu al
gambei (perseonală).



Fig. 27.

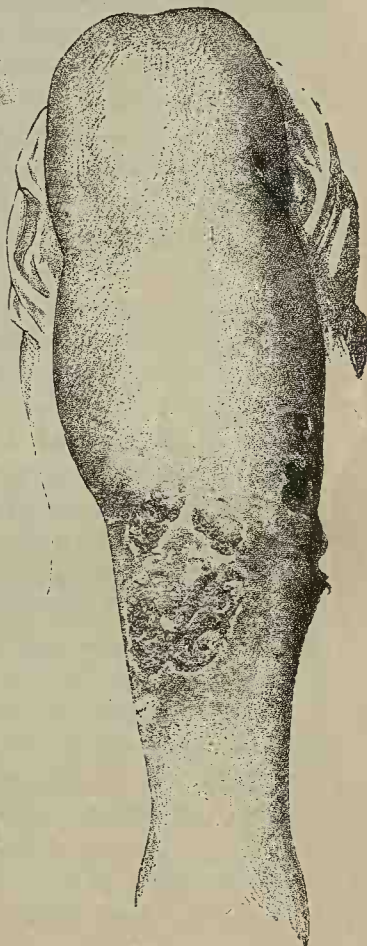


Fig. 28.

Ulcere sifilitice terciare sau gome
(personală).

și nu ne obișnuim a trage consecințe din cele observate, atunci putem privi or cât de mult și tot nu vom vedea nimic. Atunci se va adeveri

adagiul lui Ricord din scrisorile sale asupra sifilisului: *Il est des yeux qui regardent toujours, mais qui ne voient jamais.*

Pentru a termina cu organul vederii atrag următoarea atențiune.

În tot timpul când examinăm cu ochii, să nu uităm partea cea mai esențială, Să punem alături de regiunea bolnavă, regiunea opusă sănătoasă, bine înțeles când lucrul e posibil. Uitând acest punct capital, întregul nostru examen rămâne absolut fără nici o valoare. Numai comparând regiunea bolnavă cu cea sănătoasă, ne putem face o idee justă de gradul alterațiilor patologice și de schimabarea stărei normale. Numai pe calea acésta putem evita erori grosolane de diagnostic,

Un mic exemplu. Să presupunem o persoană că se plânge de dureri în cóspsă, fie spontanat sau consecutiv unei vechi contuziuni. Dacă ne mărginim numai în examinarea membrului bolnav, am putea conchide la prezența unor leziuni osóse profunde, ca de exemplu, la evoluțiunea unui osteosarcom, mai ales dacă și volumul membrului 'l găsim destul de pronunțat. Punându'l însă în comparație cu cel sănătos, și constatând aceiași formă și volum, vom schimba de opinie, căutând origina rēului în alta cauză. Privind sînul, adică mamela unei femei, am putea fi induși în eróre, cređend într'un lipom difus, din cauza enormului volum ce constatăm. Privind însă și cea altă mamelă și constatând aceiași formă și volum, nu vom mai persista în prima impresiune. În fine, un individ se plânge de dureri în cot sau genuchiú. Dacă constatăm o subțiime a brațului sau cóspei, am fi autorisați a crede într'o tumoră albă, căci numai osteo-artiritele tuberculóse aú proprietatea să determine o asemenea atrofie. Făcend însă comparație cu cel alt organ sănătos, și constatând aceiași formă și volum, artritele vor fi de altă natură, și așa mai departe.

Când organul bolnav devine inaccesibil vederii nóstre prin adîncirea la care se găsește, putem mări simțul nostru, uzând de mijlócele moderne ce ne procură știința. Acestea sunt *electricitatea* și *razele Röntgen.*

Prin endoscopie vom descoperi un ulcer al bășiceii udului, al esofagului și al stomacului. Prin Radiografie, vom descoperi prezența unui proiectil sau or-ce alt corp străin aședat în părțile cele mai profunde ale țesuturilor sau organelor splashnice. Prin ea vom vedea dispoziția fragmentelor în fracturi și dislocările óselor în luxații. Cu acéstă din urmă descoperire trebuie să ne familiarizăm, fiind mijlocul cel mai bine făcător ce s'a putut procura chirurgiei.

II. Semnele sau noțiunile ce căpătăm prin simțul tactului.

Acum pentru prima oră chirurgul pune mâna pe bolnav. Acum să fim cu cea mai mare luare aminte a nu îndispune bolnavul. Să evităm a provoca cea mai mică durere. Trebuie însă a ști, că sunt indivizi cari la cea mai mică atingere se plâng de dureri mari. Alții din contra nu exprimă suferințe la nici o explorare. Primii se numesc *exageratori*. Aci intră persoanele nevropate, isterice, artritici, etc. Cei din a doua categorie poartă numele de *atenuatori*. Aci intră alcoolicii, diabeticii și cei cu anumite forme de scleroasă medulară. Noi dar, înlăturând aceste stări anormale, vom căuta a da justa valoare simțimentului durere, exprimat de bolnav în timpul explorării.

De simțul tactului vom uza în chipul următor:

1. *Pipăirea*. Aplicând una sau ambele mâini pe regiunea bolnavă, vom căuta a ne da semn de o mulțime de semne și fenomene ce o însoțesc. Explorațiunea va fi variată după felul leziunii în fața căreia ne vom afla, ast-fel:

Fiind vorba de *un traumatism*, vom căuta a descoperi țesutul lezat și gradul distrugerii sale. Vom proceda cu examenul minuțios de la tegumentul extern până la sistemul osos, spre a ne convinge de integritatea fie-căruia din ele. Constatând o fractură de exemplu, vom căuta a obține, pe lângă cele-lalte semne raționale, pe cel mai sigur și patognomic care e decisiv, adică crepitația. Lucrul în casurile simple se obține apucând ambele fragmente simultaneu. Frecându-le între ele, vom percepe acea trosnitură particulară numită crepitație. Să fim foarte prudenți în această explorare, căci dinsa e cea mai dureroasă. De aceia, când suntem convingși de existența fracturii, numai trebuie a încerca crepitația. Pentru fracturile cōpsei și cele complete ale gambei, vom introduce mâna pe lat sub membru. Ridicându-l puțin și determinând o mobilitate anormală, este tot ce poate fi mai complet și convingător.

Pentru fracturile din *jurul articulațiilor*, vom examina cu multă precizie ridicăturile osoase anormale, pipăindu-le și dându-ne semn exact de forma lor precum și de sediul ce ocupă. La regiunea cotului de exemplu, o scosătură osoasă mai mult sau mai puțin ascuțită și aședată d'asupra îndoiturii sau plicei cotului, ne arată o fractură a extremității inferioare a brațului. Acciași scosătură osoasă fiind mai largă, cu suprafețe plane și unele ridicături bonte și aședate sub îndoitura cotului, ne arată o luxație. Ast-fel avem în fig. 29 și 30, cari represintă fractura extremității inferioare a umerului și luxația cotului.

Să aplicăm mâna pe fața anterioară a gambei sau cea posterioară a antebrațului, Punem pe bolnav a face unele mișcări. Dacă vom simți o crepitație superficială produsă în timpul mișcărilor de flexiune și ex-

tensiune a muschilor, avem semnul patognomonic al *tenositei uscate*. Fără dînsul, această afecțiune nu se pôte diagnostica.

Tot prin simpla aplicare a mâineî ne putem da sêma de ridicarea sau scoborîrea temperaturêi în raport cu regiunea similară sănătósă. În casurî speciale putem recurge la termometru. Un flegmon, pe lângă cele-l'alte semne, se va însoji de o ridicare locală a temperaturêi.

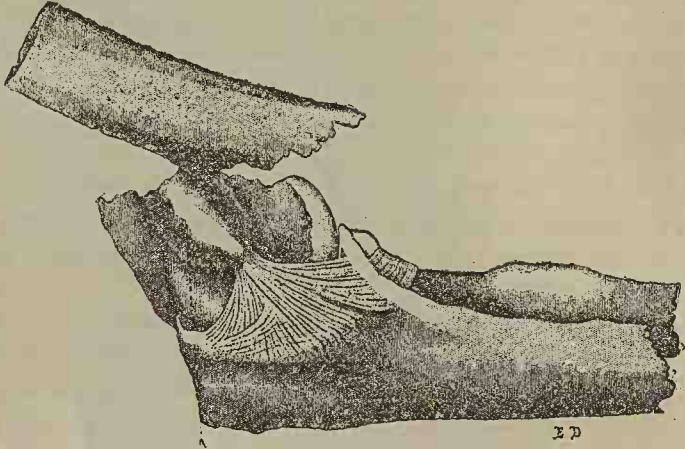


Fig. 29. — Fractura extremității inferioare a umărului (supra condilienă).



Fig. 30. — Luxație completă a cotului înapoi (personală).

Într'un traumatism violent, rēcêla părței atinse, arată compresiunea sau ruperea arterei principale, de unde amenințare de sfacel. În cazul cel mai ușor regiunea va fi stupefiată. Într'un presupus abces, dacă mâna noastră va percepe mișcări de ridicare sau frecare specială, vom fi cu

luare aminte la deschiderea lui, să nu ne vom abține, descoperind că e vorba de un anevrism.

Dându-ni-se prezența unei tumori, noi, prin mijlocul uneia sau ambelor mâini pipăind-o în toate sensurile, ne vom da seama de regularitatea sa, de prezența diferitelor ridicături, precum și de consistența ei. Tumorile benigne sunt cele regulate și uniforme. Cele maligne vor fi neregulate, cu ridicături și consistențe diferite. Lipomul, fibromul, cancerul și osteosarcomul, se diagnostică tocmai după aceste caractere. Tot cu această ocaziune ne vom da seama de gradul mobilității sau fixității unei tumori, de faptul dacă dânsa e sesilă or pediculată, de adâncimea sau superficialitatea sa. În fine, prin diferite manipulări și mișcări imprimare tumorii sau membrului, ne vom convinge de sediul său anatomic. Vom stabili dacă aparține tegumentului, țesutului celular subcutanat, unui mușchi, vas, nerv, tendon, os, periost, aponevroasă, etc.

Tot prin aplicarea mâinii putem simți diferite alte senzațiuni de mare importanță. Știm că unele fibrómele uterului se dezvoltă în mod așa de regulat și determină o creștere a organului atât de uniformă, în cât ezitațiunea devine mare pentru a deosebi această *graviditate fibróasă de o graviditate reală*. Ei bine, dacă având mâna aplicată pe tumoră și vom simți mișcări caracteristice aparținând fetei, oricând înăuntru dispăre.

Kistă idatică a ficatului se diagnostică după frecarea caracteristică numită *fremisment*. Dânsa se comunică mâinii aplicată pe tumoră.

În fine, având mâna pe tumoră, să nu uităm a ne da seama de greutatea relativă ce dânsa ar poseda. Tumorele maligne ale testiculului și scrotului precum și ale mamelei, se caracterisă printr-o greutate mult mai mare în raport cu volumul lor.

II). Când punem în joc numai degetele mâinilor, explorația ce obținem poartă numele de *palpație și percusie*.

Prin palpație controlăm încă odată ce am constatat prin simpla aplicare a mâinii. În special însă ne propunem a căuta—prin presiune alternativă a degetelor aplicate în două puncte opuse și apropiate ale tumorii—dacă conținutul său e lichid, consistent sau solid. În cazul întâi, în momentul când apăsăm într'un punct cu un deget, cel-alt care rămâne fix, suferă o lovitură tinzând a 'l ridica în sus. În cazul al doilea, fenomenul e mai puțin pronunțat, iar în al treilea lipsesce cu totul. Sunt o mulțime de procedee și detalii în această privință. Se găsesc însă descrise în primul volum (1).

III) Mai există un alt mod de a face palpația și pe care o numim mixtă. Aplicăm întreaga față palmară a mâinii sau degetelor pe o por-

(1) Veđi vol. I, cap. Abces.

țiune cât de întinsă a tumorei. Pe un punct diametral opus, exercităm o lovitură bruscă cu două degete a celei alte mâini, dând cea-ce se numește un bobârnac. Dacă tumora e lichidă, mâna opusă simte o transmisiunea analogă ce ar produce lovitura unui val de apă. Acest fenomen se produce în casurile de acumulări de lichide în cavități mari, precum e peritoneul, kistii ovarului, kistii idatice ai ficatului, etc., Ascita formeză afecțiunea de predilecție ce servă elevilor ca practică. Kistii ovarului, numai prin percepțiunea acestui fenomen, pot fi la sigur diagnosticați ca fiind uniloculari.

IV) În fine, putem face *palpația* și numai *cu un singur deget*. Într'un abces al faringelui, vom descoperi fluctuația printr'o apăsare bruscă cu indicatorul. În timpul acesta, respingând lichidul în lături, vom simți pe pulpa degetului, în momentul când 'l retragem, o ușură lovitură numită *eboc en retour*. Dînsa e semnul patognomic al fluctuației.

Practicarea acestei explorații cu un singur deget, în cavitatea vaginală sau în rect, se numește *tușeu*.

V) *Palpația combinată* este când avînd un deget în vagin, aplicăm cea-altă mână pe abdomen. Apăsând ușor, vom căuta să percepem fluctuațiile din fundurile de sac vaginale, mobilitatea tumorilor sau aderențele lor, etc.

VI) Mai există încă o *palpație* pe care o numim *bruscă*. Acesta se aplică în special la articulațiunea genunchiului și anume în casurile de idartrosă. Lucrul se obține în modul următor: membrul inferior fiind în extensiune, cu degetele mâinei aplicăm o lovitură bruscă pe rotulă. Dacă există lichid în articulație, fața posterioară cartilaginosă a rotulei se isbesce de condilii femurului și produce un sunet caracteristic. Fenomenul acestaî portă numele de *șocul rotulien* și e patognomic al idartoselor.

VII) *Palpația laterală* este iarăși specială, aplicându-se numai în casurile de tumori. Dînsa are de scop a constata dacă tegumentele sunt sau nu aderente de tumoră. Se procedeză în modul următor: cu indicatorul și policele apucăm din piele o suprafață mică și ne dăm seama de mobilitatea sau aderența sa. Velpeau a reușit prin acest mijloc să stabilească că tumorile maligne ale sinului și în special cancerul, au proprietatea de a contracta aderențe cu pielea. Explorând-o după metoda indicată, constatăm că dînsa formeză nise de depresiuni sau gropițe, întocmai analoage cu acelea ce ne oferă o cójă de portocală. Acest semn, numit al lui Velpeau și considerat ca patognomic, se numește *peau d'orange*.

VIII) Tot prin mijlocul palpației, fiind vorba de prezența unui puroi, vom căuta să ne dăm seama de consistența și compozițiunea sa. Un puroi consistent și omogen, formeză una din calitățile puroiului lăudat de vechii autori și considerat ca de bună natură: *pus bonnum et laudabile*.

Din contra, un puroiū seros, apos și murdar, va fi de rea natură. Când luând puroiū între degete, vom constata părțile sau fărămituri osose, origina sa e indiscutabilă — abcesul este ossifluent.

Dar cine nu scie de câtă importanță este palpația ulcerelor? Șancărul îndurat își datorește numele și ființa sea tocmai acestui fapt. Prin palpație dînsul ne oferă o duritate specială, ca și cum o bucată de carton sau de sgârciū ar fi introdusă la basa sea. Când acest lucru nu se constată, ulcerul este simplu, pur veneric, adică fără putere infectantă.

IX) In fine, ca ultim mijloc de palpație, avem *presiunea directă* cu unul sau mai multe degete pe regiunea presupusă bolnavă. Morbul lui Pott la începutul său, se descopere prin această apăsare pe apofisele spinose. Ajungînd la vertebra bolnavă, individul va exprima durere în momentul apăsării.

X) Dar în loc de un deget, apăsarea o putem exercita cu întreaga mână. Bolnavul fiind culcat pe spate, imprimăm o lovitură bruscă pe talpa piciorului și în special pe călcâi. Vom determina la sigur o durere vie în articulația coxo-femorală, dacă individul ar avea coxalgie. Și numai prin mijlocul acesta numit *presiune la distanță*, coxo-tuberculosa se poate recunoște la începutul său.

Când organele de explorat sunt profunde și inaccesibile, atunci recurgem la instrumente. Ele nu represintă alt-ceva de cât prelungirea degetelor noastre. Ast-fel, explorăm bășica udului, farinxul, esofagul, stomacul, uterul etc., prin anume instrumente. Prin ele căpătăm noțiunii ca și cum am fi introdus însuși degetul în aceste cavități. Cu stiletul ne vom da sēma de lungimea și adîncimea unui traject fistulos precum și de prezența unui glonte sau eschilă ososă, pe cari nu le putem atinge cu degetul. Tot pentru asemenea lucruri, în special pentru proiectile, se inventase stiletul lui Nelaton și aparatul lui Trouvé. Ađi nu mai sunt în uz. S'au înlocuit prin marea descoperire a razelor X.

III. *Percusiunea*. Se obține aplicînd mîna stîngă sau numai un deget pe regiunea bolnavă. Cu indicatorul mîinei drepte pus d'asupra exercităm lovituri succesive și întrerupte. Prin percusiune căutăm a ne da sēma dacă în interiorul tumorilor sau a unor regiuni, există lichide, gaze sau ambele de odată, după sunetul ce vom obține. Când tumora e plină cu lichid sau formată din părți solide, nu percepem nici un sunet. Dînsa e mată. Matitatea este relativă sau absolută. In acest ultim cas, senzaținoa este analógă ca și cum am percuta cōpsa: *Tamquam percussis femoris*. Tumora e sonoră când conținutul său e gazos. Amestecul de lichide și gazeuri dă un sunet particular numit hidro-aeric. Vom căuta să ne convingem în ce parte sonoritatea e mai exagerată

și dacă dînsa e constantă or variabilă, dacă se pôte înlocui prin matitate după anume pozițiunii ce vom da tumorii saũ bolnavului, etc.

Când de exemplu, o hernie inguinală e cu totul mată, sonoră saũ în parte mată și sonoră, dînsa va fi un epiplocel, enterocel saũ enteroepiplocel. Când într'o tumoră lichidă a abdomenului, sonoritatea saũ matitatea variază după pozițunea bolnavului, dînsa va fi la sigur o ascită. Când din contra matitatea remăne aceeaș, putem afirma un Kist ovaric. Dacă tumora tot-d'a-una va remăne sonoră, putem bănui că dînsa aparține mezenterului, unei adipose difuze a țesutului celular subperitoneal, saũ unei peritonite inkistate etc. In or-ce caz, variațiunea de sonoritate și matitate a unei tumori, exclude cu desăvârșire ideia unui kist ovaric. Excepțiunile sunt rari. Vom reveni.

Când într'un flegmon al fosei ischio-rectale, vom constata prin percusie o sonoritate exagerată, să fim siguri că în cavitatea abcesului s'aũ introdus gaze. Perforația rectului s'a efectuat.

Percusia jôcă un rol capital în tumorile abdominale. Numai prin mijlocul ei vom deosebi o ascită de un kist al ovarului.

Putem admite două feluri de percusiuni: una *ordinară* saũ *superficială* și alta *specială* saũ *profundă*.

Asupra acesteia din urmă, voesc a atrage atențiunea. Se știe că semnul patognomic al unui kist ovaric, este de a fi complet mat pe totă întinderea suprafeței sale. Să presupunem însă că, dintr'o împrejurare ôre-care, una saũ mai multe anse intestinale se interpun între tumoră și păretele abdominal. Dacă în asemenea cas ne-am mărgini la o simplă percusiune ordinară saũ superficială, am obține sonoritate. De aci imediat am conchide la o ascită. Să presupunem însă din contra că într'o ascită, ansele intestinale ar rămăne înapoiul mesei lichide. Atunci, iarășî printr'o simplă percusiune, am obține matitate. De aci imediat am conchide la un kist ovaric. Practicând însă percusiunea profundă, lucrul se schimbă. Acesta se face ast-fel: în punctul unde am constatat sonoritate, exercităm din ce în ce o presiune mai mare cu degetul, dând continuu lovituri asupra lui cu indicatorul mânei drepte. In cazul interpunerii unei anse intestinale între părății abdominal și kist, observăm că sonoritatea descresce treptat pînă dispare cu desăvârșire, înlocuindu-se printr'o matitate absolută. Atunci îndoială nu mai încap: e vorba de un kist ovaric saũ altă tumoră. Tot acelaș lucru vom obține în cel alt cas, când adică intestinele rămăne înapoiul ascitei. Aci, cu cât percutăm mai profund, cu atît vom descoperi sonoritatea. Prin acesta vom afirma prezența ascitei.

Acesta constituie semnul numit al lui *Lawson-Tait*. El este de o importanță colosală. Explicațiunea este ușoră. In cazul I, apăsând cu putere pe tumoră, turtim ansa intestinală și dăm de matitatea reală a

kistului. In cazul al II-ea, respîndim lichidul din ascită prin apăsare, și ne apropiem de masa intestinală. Atunci descoperim sonoritatea adevărată arătîndu-ne ast-fel natura afecțiunei. Rămîne însă bine înțeles, că vom uza și de alte mijloce speciale acestor afecțiunii. Dar asupra lor pentru moment nu ne putem opri.

Cu acésta am terminat, aplicațiunea în chirurgie a celor două simțuri, *vedere și tact*. Ele de alt-fel sunt și cele mai principale. Restul este de o aplicațiune mult mai restrînsă. Ast-fel,

III. *Mirosul*. De și lucrul este respingător, totuși noi chirurgii, trebuie să facem acésta abnegațiune. Dînsa constă ca, scoțînd degetul dintr'o cavitate pe care am examinat-o, să mirosim produsul rămas pe deget. Importanța e destul de mare. In adevăr, or cât de murdari ar fi secrețiunile uterine sau vaginale la o femeie, totuși ele nu vor avea acel miros *sui generis* plăcut și pătrunzător ce oferă cancerul, și care confirmă diagnosticul. Cei cari au practica spitalicească, imediat ce intră în salon, recunosc prezența unei fistule vesico-vaginale, a unei fistule stercorale, a unei gangrene etc. Mirosul de tîn uscat ce exaléză bolnavii coprinși de ftisie sau septicemie cronică complicată de piemie, e tot ce pôte fi mai caracteristic.

Un puroiul de bună natură, dicea Boyer, are un miros mai plăcut ca acela al unei roze (1). Puroiul ulcerelor neglijate ale gambei au un miros fetid pătrunzător. S'a constatat chiar mirosul de amfiteatru în unele plăgi anatomice. Puroiul bubónelor în lepră, e dat ca exemplu de cea mai oribilă infecțiune. Puroiul din pustulele variolice, din amigdalitele foliculare, din abcese ale oselor necrosate, din abcese ale gurei, anusului, basinului, etc. dau pe rînd produse de un miros insuportabil. Cine n'a simțit desgustul ce produce prin mirosul seii urina coprină de fermentațiune amoniacală? Și cine pôte sta lîngă o persoană atinsă de acea nenorocită bolă numită ozenă scrofulósă (?) Vedem dar că simțul mirosului, chiar de nu am voi uza de dînsul, din cauza repugnanței ce am avea pentru lucrurile plăcute, totuși trebuie cultivat în sensul chirurgical. Putem trage din el multe folóse.

IV. *Auzul*. Se exercită, fie prin aplicarea directă a urechei noastre pe regiunea bolnavă, fie prin intermediul stetoscopului. Dînsul devine absolut indispensabil în diagnosticarea anervismelor, pentru a percepe diferitele șgomote și sufluri ce forméză semnele patognomie a acelor afecțiunii.

Examenul tumorilor abdominale este incomplet, dacă nu aplicăm urechia asupra lor. Sarcómele au un suflu foarte pronunțat. Suflul placentar, bătăile cordului și mișcările fatale, ne vor opri a întreprinde operațiuni, creșîndu-ne în fața unui kist al ovarului.

(1) Vol. I, pag. 11.

V. *Gustul*. Ceî vechî erau atât de devotaţi, în cât nu se scârbiau a gusta urina, puroiul şi alte secreţiuni, pentru a se convinge de alteraţiunea lor. Ađi însă, mijlócele fisico-chimice şi microscopice, ne dispensează de acest sacrificiú. De altfel ar putea fi fórte periculos pentru noi, putându-ne infecta. Prin accident însă, puroiú sau alte produse pot să ne lovască în faţa sau în gură. Să prevenim deci acesta, desbărându-ne de urátul obiceiú de *a sta de vorbă în timpul operaţiei şi a căsca gura!*

Acum când am terminat cu examenul amănunţit al regiunei bolnave şi am profitat în mod complet de tot ce ne-a putut da simţurile nóstre, datorî suntem ca în gândul nostru *diagnosticul* să fie deja stabilit. Acest diagnostic trebuie să conţie trei părţi: una *anatomică*, alta *nosologică* şi alta *etiologică*.

Diagnosticul anatomic constă să arátăm în mod precis în ce anume regiune şi sistem se găseşte leziunea constatată. *Diagnosticul nosologic* va specifica natura şi felul leziunei. *Diagnosticul etiologic* va aráta care e cauza intimă ce a produs această leziune. De ex.: Eată o fistulă într'o regiune óre-care, de pildă pe terţul inferior al cõpsei. Noi în urma diferitelor explorări şi în special prin mijlocul unui stilet, constatăm că această fistulă ne conduce d'a dreptul pe os. Cu acesta am stabilit diagnosticul anatomic arátând sediul leziunei care este ososă. După sensaţiunea ce vom căpeta cu ajutorul stiletului, vom stabili diagnosticul nosologic, arátând că e vorba de o osteită rarefiantă sau condensantă. După acesta trebuie să arátăm diagnosticul etiologic şi anume care e cauza acestei osteite? este dînsa de natură tuberculosă, osteo-mielitică, sifilitică? ڤine de prezenţa unui corp străin precum ar fi un proiectil sau vre-un sequestru? etc., etc. Alt exemplu: În faţa unei fracturî, vom determina întâiú sediul anatomic arátând ce anume porţiune din os ocupă linia de fractură? íşi are locul pe diafisă, pe treimea inferióră, superióră, pe una din extremitáţi, este dînsa intra sau extra articulară? După aceia vom stabili diagnosticul nosologic, arátând dacă fractura e transversală, oblică, completă, incompletă, cu complicaţiuni, etc. etc. Iar în urmă vom aráta etiologia acestei fracturî, adică dacă dînsa a fost traumatică, spontanată, tabetică, sifilitică, cancerosă, etc. Tot ast-fel fiind vorba de o tumoră, vom determina mai întâiú sediul anatomic, arátând în ce anume ţesut se află. Este dînsa în piele, în ţesutul subcutanat, aponevrosă, muşchi, tendóne, vase, nervi, periost, os, glande, ganglionî? Apoi vom pune diagnosticul nosologic arátând natura acestei tumori: dacă este un epiteliom, sarcom, lipom, nevrom, gomă, anevrism, etc., etc. Iar în urmă vom căuta să găsim etiologia, arátând că bóla se află sub dependenţa unei predispo,

sițiunii ereditare, a unui traumatism sau sub influența unei diatese ori bôlă constituțională, precum ar fi tuberculoza, sifilisul, arterio-sclerosă, artritismul etc. Dându-ni-se o tumefacție a regiunii genuchiului, după ce vom constata prezența unei fluctuații în articulație, vom pune diagnosticul de lichid articular. Diagnosticul nosologic constă în a arăta felul acestui lichid, dacă e sînge, puroiul sau simplă serositate. Cu alte cuvinte, dacă ne aflăm în fața unei emartrose, pioartrose sau idartrosă. În fine, vom pune diagnosticul etiologic. Prin el vom arăta originea emartrosei ca fiind de natură traumatică sau neoplasică. Dacă pioartrosa e de natură tuberculosă sau infecțioasă. Și în fine, dacă idartrosa e rezultatul unei iritațiuni simple a sinovialei, a unei fongosități tuberculose, a unei ble-noragii sau a unei infecțiuni sifilitice secundare.

Cu acestea am terminat examenul regiunii bolnave, avînd și diagnosticul complet.

Rămâne acum ultima parte a cercetărilor noastre, care are de scop examinarea amănunțită și totală a bolnavului. Acesta este de o importanță colosală, căci de aci depinde etiologia diagnosticului nostru. Dînsa se resumă în *a examina pe bolnav de la cap pînă la picior*. Nimic să nu rămâie neexplorat, nimic să nu rămâie ne pipăit.

Acum trebuie să fim severi și să trecem peste orîce scrupul. Vom păstra, bine înțeleș buna-cuviință, dar vom căuta a vedea totul și a întreba de tôte.

Procedăm întăiu a examina întregă suprafață a tegumentului extern. Vom desveli treptat toracele, abdomenul, spatele, membrele superioare și inferioare, pentru a avea o idee justă de starea în care ele se găsesc.

Șciut este și cu prisosință demonstrat că agenții morbiđi cei mai secreți din organism, se descoperă grație unor erupțiuni cutanate. Acestea sunt reprezentate, fie sub forma de eriteme, papule, plăci, vezicule, bule, pustule, squame, etc., etc.

Nu mai vorbim de sifilis ale cărei erupțiuni cutanate sunt clasice și cu alterațiuni concrete. Sunt alte procese morbide, precum tuberculoza, cancerul și afecțiunile ulcerine, cari se manifestă printr'o simplă culoare specială a pielii. Ast-fel alterațiunile ficatului dau pete pe torace și în special pe pleopa superioară a ochiului (xantelasma). Tuberculoza se manifestă și dînsa prin acea erupțiune caracteristică pe torace, numită pitiriasis versicolor. În adevăr, de și acéstă afecțiune își are originea într'un parazit numit *microsporom furfur*, totuși indiviđii tuberculoși prin réua

nutrițiune a țesuturilor și transpirațiunile lor profuse, favorizează fixarea și dezvoltarea parazitului. Cachexia cancerosă ni se arată prin acea coloră galbenă de paie. Bóla lui Adison printr'o coloră bronzată și generală a întregului tegument. Femeile însărcinate capătă o coloră specială a feței reprezentată prin pete livide, aședate pe frunte, obraz, gât, și în jurul mamelónelor. Femeile cu afecțiuni cronice ale uterului și anexelor adesea le vedem cu întréga față copleșită de asemenea pete. Ele le dau aspectul ca și cum ar fi acoperite de o adevărată mască. Acéstă chloasmă (*γλοαξεν* pâli, a înverdi) constituie cea-ce se numesce mască uterină. Dinsa forméză pentru noi un semn prețios în stabilirea diagnosticului.

Nu e eu puțină a insista asupra tuturor erupțiunilor cutanate. Acésta ar fi a recapitula întréga dermatologie. Vom trece decí peste dermatitele medicamentóse și traumatice. Ne vom opri însă numai la cele produse de beladonă, bromur, iodur și balsam de copaiu, ca fiind mai frecvente și mai importante pentru noi.

Erupțiunile de beladonă se presintă sub formă de plăci eritematóse. Ele apar de obicei pe gât, față și pept. Se observă fórte des la copii, când li se administreză acest medicament chiar în cantități mici. Une-orí copleșind tot corpul, ele se impun drept scarlatină, aducând mare alarmă și perturbare în familie. Asemenea erupțiune se constată și pe adult. Sunt femeí cokete cari, pentru a-și face ochii mari prin dilatarea pupilelor, își aplică emplastru beladonat pe abdomen. Ele pot fi cuprinse de acéstă erupțiune. Decí, de nu suntem preveniți, ne póte expune la diferele erori. Aceste erupțiuni apar fără febră, fără mâncărime și fără desquamațiuni. Se însoțesc însă de uscăciunea gâtului, de dureri de cap și dilatarea pupilelor.

Ingestiunea sărurilor de brom și iod. In afară de erupțiunile acneice și chiar furunculóse ce apar pe față, torace, spate, etc., sunt unele ce se arată sub forma de papule. Ele au fórte multă asemănare cu sifilidele, mai ales când ocupă cótele, genuchii, gambele și fața dorsală a mâinilor. Balsamul de copai dá erupțiuni fórte întinse. Ele ocupă mâinile, picioarele, brațele, genunchii putându-se chiar întinde peste tot corpul. Acéstă erupțiune papulosă de un roșu-deschis semănând cu pelteua de cócăze, se însoțesce de mâncărimi ce une-orí devin insuportabile. Prin acésta nu putem noi descoperi pe un blenoragic ce ar voi să-și ție ascuns păcatul? Sau nu vom cruța pe individ de a-l supune tratamentului antisifilitic, pe când în realitate, dînsul e simplu blenoragic?

Arsenicul ne dá și el erupțiuni papuloase pe față, gât și alte regiuni, luând une orí forma de *rash erisipelatos*. In fine, usagiul de opiú, cloral, morfină, chinină, precum și înțgerarea unor alimente și în special

trufandalele sunt capabile a se însoți de diferite erupțiuni papuloase, vesiculose sau simple eriteme. Tóte trebuesc cunoscute, pentru a nu se aduce nici o confusiune în spiritul nostru. Să nu luăm de exemplu o urticarie drept manifestare sifilitică, etc. etc.

Terminăm cu acest capitol, atrăgând atențiunea asupra diferitelor colorațiuni ale pielii de natură profesională, sau în urma aplicărei directe a diferitelor substanțe iritante. Aci intră arnica, muștarul, untul de croton, anilina, coralina, fuxina, etc. Se țice că un profesor, a făcut o lecțiune fórte frumoasă asupra unui cas rar de scarlatină pe un adult. Dar pe când elevii erau mai atenți, iar profesorul mai încăldit, tabloul de o dată se schimbă. Se descopere în adevăr că acea colóre a tegumentelor, era de natură profesională. Bolnavul avea profesiunea de boiangiü.

Trecem apoi la examenul altor leziuni ale pielii. Aci vom examina cu multă atențiune, dacă bolnavul presintă óre-carí cicatrice. Sediul, forma, colórea, subțiimea, grosimea, mobilitatea sau aderența lor, va fi de mare folos.

Tóte aceste lucruri în adevăr, sunt de o importanță mare. Ele ne vor arăta starea diatesică ori constituțională a bolnavului, iar consecutiv etiologia bólei. Nisce cicatrice profunde, aderente, arată în general o supurațiune veche și prelungită. Cercetând origina lor, vom descoperi tuberculosa.

Cicatricele sifilitice au caractere proprii, grație căroră tot-d'auna le vom recunósce. Ele sunt remarcabile prin colórea, forma, întinderea și sediul lor. Cicatricele sifilitice de o culóre arămie, de șuncă afumată, sunt în general largi și cu forme determinate. Ele pot fi rotunde, políciclice, serpiginoase, circinate sau în formă de buchet. Sediul lor de predilecțiune este fața anterioră a gambelor, regiunea lombo-fesieră, regiunea genitală și crurală posterióră. Ele ne arată tot-d'auna vestigiul unei erupțiuni specifice, ce s'a petrecut într'o epocă mai mult sau mai puțin depărtată. Dar există nisce cicatrice descrise de Parrot, a căror importanță e din cele mai mari. Ele se găsesc pe regiunea lombară și fisieră. Sunt așa de mici în cât abia reușim să le descoperim. Pentru acest cuvînt, Parrot le numesce *cicatrice fruste, punctiforme, sãrdãcãcioase, rãu formulate*. Dar tocmai caracterul acesta negativ le dă o importanță mare. După Parrot, ele arată o vechime fórte mare a unei leziuni sifilitice. Ele forméză semnul patognomonic al sifilisului ereditar tardiv.

Există însă anomalii.

Deja în vol. II am arătat importanța acestui lucru când am vorbit de leziunile tuberculóse ale pielii. Reproduc următórele linii, împreună cu figura ce am dat. Acésta pentru a ne convinge o dată mai mult, de marele folos ce putem trage, examinând cu deamănuntul pe bolnav. Iată cuvintele

textuale. (1) Trebuie să mărturisim că une-ori leziunile tuberculose au atât de mare asemănare cu cele sifilitice în cât, fără alte leziuni concomitente, diagnosticul poate deveni imposibil. Lucrul este clar, mai ales când afecțiunea ocupă regiuni neobișnuite ale sifilisului, ci mai mult acelea a tuberculosei. În adevăr, o gomă situată pe fața dorsală a piciorului, e mai proprie tuberculosei; și cu toate acestea în cazul arătat în fig. 31, dinsa era sifilitică. Dar faptul acesta s'a confirmat prin descoperirea altor leziuni sifilitice, reprezentate prin tubercule serpiginose, situate pe cōpsă și genuchii. De alt-fel vindecarea prin iodur de potasium luat la interior, a dat o dovadă și mai mult de natura bōlei, confirmând vechiul adagiū: *Curatio naturam morborum ostendit*.

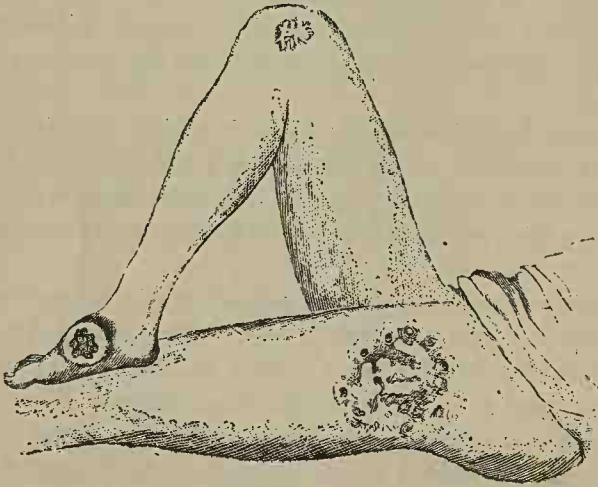


Fig. 31. —. Gomă sifilitică a feței dorsale a piciorului (personală).

După ce am examinat totă suprafața tegumentului, să nu uităm a ne opri asupra *unghiilor*. Acesta iarăși este de mare folos.

Vom examina deci cu atențiune aspectul și diferitele leziuni ce ne oferă aceste organe. Vom căuta să deosebim alterațiunile provenite din traumatisme sau alte accidente, pentru a ne fixa asupra celor de natură pur patologică. Există în adevăr o deformațiune a unghiilor foarte important de cunoscut, numită *onicogrifosă*. Dinsa e reprezentată fie sub formă de măciucă, de linii profunde transversale, de o creștere demersurată etc. Faptul este că aceste deformațiuni pot lua aspectul de ghiare sau corne de berbec, de unde și numele ce li s'a dat. Altă dată în

(1) Vol. II, pag. 192—193.

loc de o consistență peste măsură cornată, unghiile pot deveni fragile. Ele pot chiar să cadă în mod spontanat. De sigur niște asemenea alterațiuni sunt de cea mai mare importanță. Azi e bine demonstrat că toate aceste leziuni sunt direct sub dependența leziunilor nervilor trofici. Dinsele formeză adesea elementul cel mai prețios de diagnostic al bólelor nervóse. Dar cine nu cunoște semnul patognomonic al ftisicilor? El este arătat prin forma specială de măciucă ce iaș unghiile. Forma acésta a rămas și ađi clasică. Dinsa e cunoscută sub numele de unghii hipocratice, după numele celui mai profund spirit de observație ce a existat — Hipocrat.

Sifiligrafii, aű descris și stabilit adesea-orí diagnosticul unui sifilis ascuns, numai după leziunile caracteristice ale unghiilor. Medicina legală și psihiatria sunt pe cale a trage cel mai mare profit din studiul unghiilor. Decí onicologia e menită a juca un rol important în medicină și chirurgie (1).

Vom termina cu tegumentul prin examenul părului. După calitățile sistemului pilos, după abondența saű penuria lui, după căderea prematură și definitivă or tardivă dar pasageră, ni se vor arăta indiviidii dietesici saű constituționali. Un artritic e un om gras și cu aparență de voinic, burtos dar *pleșuv*. Tuberculosul e om slab, ofilit, uscat, dar cu gene mari, sprincene late și gróse. Femeile tuberculóse de multe orí sunt cele mai împodobite cu frumoșe și lungi plete. Și daca ele nu atrăa pînă la pămînt, de sigur le bagă pe dinsele în pămînt. Dar acésta nu trebuie luat în mod absolut. Sunt în adevăr ómení fórte păroși fără a fi tuberculoși. De aceia s'a și stabilit că omul păros e saű prea sánătos saű ofticos: *homo pilosus aut libidosus aut bacilosus*.

În fine, căderea părului saű sprincenilor ne arată fie un sifilitic fie un artritic. Deosebirea este că în sifilisul constituțional, căderea părului vine la or-ce etate, și se produce în cantități masive. Bolnavul de odată se vede fără sprîncenc. El este desesperat, că la fie-care peptănătură rămăne cu șuvițe de păr în mână. Acésta este alopecia. Numele s'a dat prin analogia schimbărei saű mai bine zis a căderei părului la animale în timpul primăverei. În specie s'a asimilat lucrul cu căderea părului la vulpe ($\alpha\lambda\upsilon\pi\epsilon\acute{\xi}$ = vulpe).

Nu este însă tot ast-fel cu ceia-ce se petrece cu un artritic saű în cazul cel mai ușor cu un erpetic. Étă ce am spus în al II-lea volum al meu de chirurgie (2). Tabloul erpeticului dat de Lancereaux este: om uscățiv, nervos, iute, alergător, activ daca nu cade în ipochrondie. Des-

(1) Veđi vol. II, pag. 212—213.

(2) Loc. citat. pag. 183.

voltarea organismului încă nu s'a terminat și deja fenomenul bătrânețe apare. Mai întâiu vine un fel de pitiriasis (mătréța) a pielii capului. Dînsa aduce etrofia bulbului pilos și finesce prin a determina căderea mai mult sau mai puțin complectă a părului din regiunea anterioară și superioară a capului. Acéastă calviție ce se arată chiar la etatea de 20 anî este limitată numai în regiunile sus menționate. În părțile laterale și la baza craniului există o corónă de păr. Dar și dînsa albită în mod pre-natur.

După ce am isprăvit cu tegumentele și anexele lor trecem apoi la explorarea ganglionilor.

În special ganglionii inguinali sunt aceia cari ne arată în mod precis natura unei ulcerățiuni a glandului. Când acésta nu mai există, ne descopere gradul de infecțiune ce a avut.

În adevăr, manifestațiunile sifilisului asupra ganglionilor se găsesc în tóte periódele sale. În perióda primară, ganglionii urmăresc șancărul, zicea Ricord, ca și umbra pe om.

Noi am adăugat în al II-lea volum (1), că bubonul e cel mai mare vrăjmaș al șancărului. Dînsul îl descopere când e ascuns și-î dă de urmă când a dispărut. Prin el putem să descoperim punctul de aperațiune sau bine đis organul prin care bolnavul a păcătuit.

Un șancăr al organelor genitale, al anusului, còpseii, perineului etc., daú ganglionii inguinali interni, externi sau crurali.

Mi-aduc aminte când eram la Paris, că am observat un bolnav în serviciul Prof. Fournier. Dînsul avea o ulcerăție suspectă pe còpsă. Numai existența unui ganglion crural a descoperit natura acestei ulcerățiuni. Era în adevăr un șancar indurat. Bolnavul a declarat că în momentul unei petreceri făcută în costumul lui Adam, dînsul a ținut femeia cu ședutul pe còpsă. În acest moment dînsa i-a inoculat sifilisul.

O ulcerățiune a buzei, a limbei etc., ne va face să bănuim natura ei șancrosă, după ganglionul sub-maxilar ce vom constata. S'aú diagnosticat ca atare chiar ulcerățiuni specifice ale feței, numai prin existența unui ganglion preauricular.

Vedem decî că din relațiunea ce există între bubon și șancăr putem precisa și gradul de perversiune al simțului omenesc, în cazul de deviațiune de la calea normală.

Nimic în adevăr nu justifică mai mult aforismul lui Ricord, *On est puni par où l'on a péché* de cât acéastă relațiune strînsă între șancăr și ganglion. Dar ce e mai mult, prin ganglionii noi vom arăta bolnavului spre marea sa mirare, corpul delictului. Vom stabili în mod matematic lo-

(1) Loco citat 244 și următoarele.

cul ce a ocupat șancărul. Și acesta numai conducându-ne după drumul cunoscut al limfaticelor.

Dar cari sunt caracterele după cari putem cunoște acești ganglionii sifilitici? Reproduc lucrul din vol. II al meu.

I) Ganglionii sifilitici inguinali se găsesc de ambele părți. Sunt însă ceva mai desvoltați în partea corespondentă a ulcerului.

II) Tot-d'a-una e primul grup ganglionar care e prins.

III) Toți ganglionii regiunei sunt măriți de volum. Acastă adenită poliganglionară, constitue cea-ce Ricord a numit *pleiada sifilitică*.

IV) Un fapt de cea mai mare importanță este, că în acest conglomerat, ganglionii sunt cu totul separați unul de altul, absolut fără cea mai mică aderență. Dînșii se pot numerota cu cea mai mare înlesnire.

V) Lipsă totală de cea mai mică durere sau reacție inflamatorie. Nică odată ganglionii sifilitici nu supurează afară de rari excepțiuni și anume când intervine diatesa scrofuloasă. Acestui fapt Ricord i-a dat numele de *scrofulat de verolă*.

VI) În mijlocul acestei pleiade tot-d'a-una vom constata un ganglion mai mare. El e primul de unde începe lanțul. Crescerea sa de volum provine probabil din cauză că el a fost cel întâi copleșit. Acest ganglion s'a numit de Ricord *ganglion anatomic sau ganglion planetă*. Dînșul fiind mai mare ca toți cei-l'alți din regiune, ar reprezenta în mod figurat pe un prefect în districtul său. (Préfet de l'aine).

VII) Tenacitatea acestor ganglionii la regresivitate este colosală, îndurația s'a constatat chiar după 7 ani. Acastă constitue după Fournier un semn postum al șancărului, iar după Ricord un martor, ce tot-d'a-una trebuie consultat în chestiune de sifilis.

Dar importanța explorării ganglionilor e și mai mare când dînșii nu se găsesc în regiunea inguinală. Atunci vom cerceta ganglionii epitrocleeeni, sau cei axilari. Cu deosebire ganglionii cefeii, găsindu-i cu caracterele sus indicate, constitue un semn sigur al sifilisului. Dînșii reprezintă precum și cea Ricord, *pulsul sifilisului*. (Le pouls de la syphilis).

Cu totul alte caractere ne vor oferi ganglionii de natură tuberculoasă. Rar dînșii sunt isolați, precum am constatat în cei sifilitici. Chiar în cazul cel mai simplu și anume în prima lor perioadă de dezvoltare acești ganglionii sunt numiți între ei prin nisce corde rigide. Aceste lanțuri nu sunt alt ceva de cât o infiltrațiune a vaselor limfactice intermediare.

Nisce asemenea porțiuni îndurate, dar întrerupte de părți moi s'a comparat cu tije de lulea, sfărimate în mici bucăți și puse cap la cap. Semnul acesta e tot ce poate fi mai caracteristic. În special se constată pe cordonul spermatic în tuberculoza testiculelor.

Tendința însă a ganglionilor tuberculoși este de a se reuni între

dinșii, de a forma un singur corp și de a suprima orî-ce mobilitate. Pielea devine aderentă, iar mișcările se produc în masă abia putînd aluneca pe aponevrosă. Acesta forméază ceia-ce se numesce *pachet ganglionar*.

În fine, în imensa majoritate a casurilor, invers ca cei sifilitici, ganglionii tuberculoși supuréză și dau loc la fistule interminabile.

Explorarea ganglionilor limfatici în afară de aceste diateze se impune când e vorba a confirma diagnosticul tumorilor maligne. Nu există cancer al mamelei, al buzei, al limbei sau al orî-cărei alte regiuni, fără resunet asupra ganglionilor corespondenți. S'a arătat existența ganglionilor chiar în regiuni cu totul depărtate de organul atins. Ast-fel s'a găsit ganglion supra-clavicular stîng, însoțind un cancer al uterului. Caracteristica lor este a avea o indurațiune pietrósă, o iregularitate a suprafeței lor, o tendință irezistibilă la aderențe. Dar mai pre sus de tóte propagarea la regiunile profunde. Dinșii trebuie căutați cu multă răbdare și să nu ne grăbim la afirmări negative. Practica a arătat, și noi trebuie să șcim că, în casuri de tumori în special maligne, ganglionii există chiar când nu-i găsim. Când constatăm unul ei sunt mai mulți, iar când sunt mai mulți, sunt numeroși.

După ce ast-fel am examinat întregul tegument extern și ganglionii trecem la *explorarea sistemului locomotor*.

1) *Oasele*. Cel d'întăiu lucru va fi să examinăm cu minuțiositate craniul. Aci putem descoperi leziuni vorbitoare de sine. Unele deformațiuni sunt atât de importante, în cât ele singure sunt suficiente pentru a ne trăda pe un sifilitic, în special ereditar. Deformațiunile craniene sifilitice își au sediul de predilecțiune pe frunte, căreia îi dă o formă cu totul particulară. Se șcie că o frunte provédută cu o curbură și proeminență moderată, constituie fruntea înțelepciunii și a inteligenței. Acésta este fruntea olimpiană. La un sifilitic, curba normală devine mai largă, așa că fruntea ia un aspect cu totul vertical, teșit. Altă dată fruntea capătă o proeminență exagerată înainte ca și la hidrocefali. Une-orî în loc de o proeminență, există două. Ele au de ordinar sediul pe părțile laterale ale frunței. Aceste ridicături séménă mult cu bosele traumatice. În general, ele sunt circulare și sunt formate câte o dată de osteofite sau de o ipertrofie parțială a osului. În orî-ce cas, forma acésta represintă fruntea *boselată sifilitică*. În fine, acésta ipertrofie în loc de a fi izolată și parțială, dînsa devine totală și generală. Atunci ocupă întreaga suprafață a frunței. Resultatul va fi că fruntea se va desvolta în sus și de fie-care lature în mod egal. În acest cas dînsa forméază ceia ce se numește *frunte pătrată*. Dar în afară de aceste leziuni manifeste și cari isbesc ochiul, mai putem întîlni pe craniu și alte semne. Ele însă fiind ascunse de podóba capului, de frumusețea părului, vor trebui căutate ca multă îngrijire pentru a

le putea descoperi. Vom introduce deci cu complezență degetele pe sub părul bine aranjat și peptănat al individului. Prin acesta vom căuta a ne convinge dacă nu descoperim alte mici ridicături sau bosenuri, fie pe regiunea extremă a frunței, fie pe oșele parietale. Să împingem examenul mai departe și să mergem cu plimbarea mâinei pe suprafața craniului. Vom simți o mare satisfacțiune, dacă vom descoperi o lărgime manifestă a acestei bolți. În adevăr, putem întâlni bosenuri parietale excesiv de proeminente și separate printr'un sghiab profund. Ele vor da capului aspectul unui craniu fetal. Forma această caracteristică sifilisului, s'a comparat în glumă cu o *perche de buci sau fese*. Cu timpul și în special la adult dînsa dispăre. Craniul însă rămîne cu o lărgime demăsurată. Faptul acesta pentru noi ne va fi de mare importanță. El ne arată urmele unei infecțiuni specifice. Une-orî asemenea ipertrofii nu se constată de cât într'o parte. Atunci totă simetria craniului e schimbată. În fine, vom fi atenți asupra orî-căreia exostose ce vom întâlni pe suprafața craniului. Examinând și dând interpretațiunea cuvenită, nu vom regreta de explorația ce am făcut.

Cele ce am vădut că se petrec pe craniu, putem constata și pe restul scheletului. Vom găsi și aci aceleași tumefacțiuni și deformațiuni osose, cari le vor schimba cu totul aspectul și forma lor fiziologică. Oasele atinse de asemenea producțiuni vor deveni mai ipertrofice, mai gróse și cu incurbațiuni, ce le vor depărta fórté mult de tipul normal. Acele deformațiuni pot ocupa extremitățile sau corpul óselor. În cazul întâiú vom vedea maleolele piciórelor, ale cotului, ale antebrațului mult mai umflate, ipertrofice, proeminente, dând un aspect particular regiunii. Acelaș lucru ne vor presenta extremitățile cóstelor, cari grație acestor noduli iaú aspectul cu totul al unor mătăniú.

Când diafisa óselor se găsește atinsă, atunci ósele lungi sunt de preferință copleșite. Aci intră tibia, cubitul și umérul.

Tibia mai ales este organul de predilecțiune al sifilisului. Vom găsi acest os fórté adesea mult mai mărit de volum, mult mai ipertrofiat și cu o mulțime de ridicături pe suprafața sa. În urma acestor lucruri osul tibia își perde cu desăvârșire forma sa regulată. Mese compacte fórté neregulate și cu multe noduri se depun pe suprafața sa. În special crésta tibiei oferă asemenea ridicături. Pe dîsa plimbând degetele, vom căpăta senzațiunea ca și cum sub piele ar fi aședate nisce nucí. În surile cele mai atenuate crésta tibiei ne va oferí nisce creneluri întocmai ca dinții de ferăstrăú. Acesta iarășí forméză semnele caracteristice ale sifilisului.

După tibia, osul care trebuie bine explorat este clavicula. Aci, exostosele sifilitice își aú sediul lor de predilecțiune. O ridicătură osósă

în această regiune repede ne va fixa atențiunea. Să cercetăm însă dacă această exostosă nu va fi rezultatul altor cauze, ca de exemplu un calus în urma fracturei, etc.

În fine, vom examina scheletul toracelui pentru a vedea dacă nu constatăm acea turtire laterală cu proeminența sternului, dându-ne ceia ce în patologie e cunoscut sub numele de piept de găină.

Nu este locul a discuta rolul rachitismului în toate aceste deformațiuni și incurbațiuni ale oșelor. Destul este a spune că după unii, și acesta nu e de cât o modalitate a sifilisului ereditar.

II. *Examenul mușchilor.* Un ochiș exersat, imediat observă disproporția între un mușchi normal și unul patologic. Vom căuta deci a ne convinge prin diferite mijloace de starea sa ipertrofică, atrofică, degenerată, de contractură or paralică. Vom uza, în cazuri speciale, de dinamometru. Acesta pentru a constata forța musculară a unui membru în comparație cu cel alt. În fine, vom recurge la curente electrice după prin care s-a stabilit în volumul II, pentru a vedea gradul lor de contractilitate (1).

Atrofiile musculare din jurul unei articulații formeză semnul patognomic al tumorilor albe. Atrofia deltoidului e caracteristică periartritei scapulo-umerale. Leziunile nervului circumflex se însoțesc la sigur de atrofia deltoidului. De aceea în fracturile sau luxațiile umărului, vom explora cu multă atențiune sensibilitatea regiunii. Prin acesta vom preveni o asemenea atrofie, cauzată prin contuziunea sau compresiunea nervului circumflex. Prin ea vom împedica pe bolnav a ne face pe noi răspunzători de paralisia membrului său. O explorație metodică a mușchilor va fi de mult folos cu privire la existența gomelor ce tot-d'a-una sunt de natură sifilitică. În particular mușchii brațului și posteriorii ai gambelor sunt sediul de predilecție al acestor gome.

În fine o contractură bruscă a mușchilor ne arată o stare isterică a individului. Una lentă și progresivă o alterațiune a axului cerebrospinal, etc., etc.

III. *Examenul articulațiilor.* Aci vom căuta a ne convinge de integritatea mișcărilor, de trosniturile anormale, de prezența de lichide or corpi străini. Toate au importanța lor în stabilirea diagnosticului etiologic. Ele ne arată stările diatesice or constituționale ale individului. La isterici, după cum vom vedea, există niște trosnituri exagerate și enorm de sgomotose în articulații. Ele se produc adesea după voința individului și după anume pozițiuni. La un reumatic din contra, asemenea trosnituri se manifestă în momentul când voesce să se scole și să umble. La o persoană atinsă de artrită uscată, le percepem atât noi cât și bol-

(1) Vol. II, pag. 447—457.

navul în or-ce moment și fără nici o distincțiune. Ne vom opri de asemenea asupra durerilor articulare. Este știut că aceste artralgi, aș anu-mite caractere după cum vor aparține gutei, blenoragiei, reumatismului, sifilisului, etc., lucruri ce vom vedea la locul competent.

Dar foarte adesea în jurul articulațiilor vom găsi traecte fistuloase. De origina lor trebuie să ne dăm seama. Nu insistăm asupra tuturilor fistulelor ce deja am descris în vol. I. Vom arăta numai acest lucru, că după sediul unui traect fistulos putem prezice leziunea cu care avem aface. Este destul a reaminti legea stabilită de Charpy. Dupa această lege sifilisul iubescă țesutul osos compact, unde nu există vitalitate multă; stafilococul osteomielitei din contra, preferă bulbul osului, adică unde e viață multă, iar bacilul tuberculoșei termenul mediu și deci țesutul spongios. Prin urmare, numai după sediul traectului vom



Fig. 32. — Sediul traectelor fistuloase în raport cu natura leziunii (personală).

deduce imediat dacă e vorba de o fistulă sifilitică, tuberculoasă sau osteomielitică. Dar lucrul acesta îl vom vedea în cursul lucrării. Totuși dați aci fig. 22 care e destul de demonstrativă.

Trecem acum la examenul tubului digestiv. Acesta o vom face începând cu buzele și terminând cu anusul.

Buzele scrofulosului vor avea o culoare roză. În special cea superioară va prezenta o grosime manifestă în totalitatea ei sau sub forma unui burelet.

De la buze vom procedea la examenul amănunțit al mucoasei bucale. Aci vom căuta a descoperi diferitele plăci aparținând fumătorilor, manifestațiilor secundare ale sifilisului sau ulceratiunilor tuberculose.

Limba se va examina în mod foarte atent, cu ochii și pipăitul. Prin acești agenți vom descoperi pe sifilitic, artritic sau tuberculos. O limbă ce va oferi largi spintecături sau noduli în groșimea sa, constituie limba lui Clarke sau Fournier. Dînsa formeză semnul patognomic al sifilisului terțiar (limba lui Fournier), Plăcile psoriatice sunt preluđuul unui cancer. În fine, micile exulcerații cu sămînțări înprejur, formeză sigiliul tuberculosului.

Importanța examenului limbei există de o dată cu medicina. Prima vorbă rămasă clasică și populară ce s'a transmis din tată în fiu în familia medicală, este a țice bolnavului *scote limba*. Pe limba bolnavului medicul citește stările sale interioare. Pe limbă e scris febra, turburările gastrice, cele pulmonare, jena în circulația bilei, starea de anemie sau slăbiciune etc. Uscăciunea sa nearată afecțiunii febrile și supurațiuni profunde, Descuamarea epiteleurului cu un deposit roșu și lucitor este propriu turburărilor gastrice. Depunerea unui exudat subțire și alb arată anemia bolnavului. Un deposit gros și colorat în galben ne indică o turburare în circulația bilei, o stare icterică. În fine, prezența unei cruste păstose și aderentă ce se întinde și pe gingii, este semnul unor stări de desorganizare a sîngelui, de cachexie a organismului.

Forma și mișcările limbei iarăși trebuie observate. O limbă tremurătoare împreună cu buzele, ne arată o paralizie generală, o stare de alcoolism cronic a individului. În febrele consumptive și cea tifoidă, limba devine scorojită, deformată, uscată și tare ca lemnul, formând limba de papagal. O limbă îngustă și cu vîrf, ne arată o stare cerebrală. Dispepticul va avea o limbă largă și rotundă cu fisuri și deposit alb pe dînsa. La tuberculos limba de multe ori e deformată la centru și cu marginile ridicate.

Amigdalele acestea fiind apanajul sifilisului, vor trebui bine observate. Vom căuta a vedea dacă nu există mici plăci mucoase ori cicatrice mici și subțiri. Ipertrofia acestor glande ne arată diatesa scrofulosă a individului.

După ce vom examina farinxul și vom constata acea faringită granulată a artriticii, vom inspecta dinții pentru a ne da sîma de integritatea sa de caria lor.

Odată cu acesta vom privi și pipăi gingiile pentru a constata sta-

rea în care se găsesc. Intoxicațiunea prin plumb dă acel lizereu caracteristic. Cea prin mercur, o umflare și o stare fongosă cunoscută de toți. Scorbutul nu există fără umflătura gingiilor și abondenta lor sângerare. Acésta, unită cu purpura emoragică constituie complectul bólei.

În fine, este știut că mai ales la copii, una din cauzele cele mai apropiate a convulsiunilor, sunt gingiile atinse de inflamație sau alte procese.

Percurgând esofagul ne vom opri la examenul stomacului și intestinelor pentru a ne da bine sémă de buna sau réua lor funcționare. Vom pipăi, vom percuta tot traectul tubului digestiv, pentru a descoperi cele mai mici neregularități. Ajunși la rect, vom practica tușeul. Vom inspecta anusul pentru a ne da sémă de prezența emoroidelor, fisurilor, plăcilor mucóse, condilómelor sau a altor procese morbide.

Vom căuta modul digestiunilor și vom analiza vărsăturile și calitățile lor. Cele fecaloide sunt patognomice ocusiunilor intestinale. Cancerele esofagului și ale stomacului au vărsături caracteristice. Ele conțin alimente din ziua precedentă, sau pe cele imediat înghițite, dacă vărsătura e bruscă.

Ne vom interesa de modul cum se execută actul defecațiunei. Vom privi, de e cu puțință, forma bolurilor fecale. Este știut că adesea după forma lor vom diagnostica stricturile sau canceretele rectului. Tenesmele, scaunele sanguinolente, sau emoragice, sunt de mare importanță, a fi signalate.

După aceia procedăm la examenul anexelor tubului digestiv. Rolul ce-l jócă ficatul și splina în operațiunile chirurgicale este de netăgăduit. Stările acestor organe asigură succesul sau compromiterea oricărei operațiuni. Dar acest lucru se găsește pe larg descris în primul meu volum.

Aparatul respirator. Nasul va fi primul organ cu care vom începe. Examinăm cu atențiune nările și mucósa, pentru a vedea starea în care se găsesc. Vom pune pe individ să resufe pe nas, spre a ne da sémă de libera circulație a nărilor. Vom căuta să vedem de avem aface cu o ozenă. Vom observa diferitele deformațiuni caracteristice scrofulóseii sau sifilisului, pipăind scheletul organului. Prin ele vom căpeta tot atâtea noțiuni folositoare. În fine, nu vom scăpa din vedere pețele ce putem constata pe tegumentul nasului, unele fiind caracteristice lupusului. După ce ne vom opri la examenul laringelui procedăm la ascultație și percuția pulmonilor. Aci vom căuta a constata starea lor de elasticitate precum și buna funcționare a vesiculelor pulmonare. Vom indica cu precisiune sediul și întinderea matităței sau exagerarea sonorității. Vom spune dacă am descoperit infiltrație, emfisem, precum și

orî-ce alte cracmente. Tóte acestea ne vor arăta sigiliul tuberculóseï, artritisului saũ alte manifestări diatesice or constituționale.

Aparatul circulator. Leziunile cordului în raport cu tumorile abdominale sunt perfect demonstrate. Dar examenul cordului ne va ajuta și cu privire la cloroformisarea bolnavului. Un cord în degenerescență gresóșă, cu bătăi lente și profunde, chiar dacã nu va presenta leziuni ale orificiilor, încã va forma o contra-indicație pentru cloroform. Cel puțin ne va face mult mãi atenți și scrupuloși în usagiul sãu. Câți bolnavi n'au cãduț victimã acestei lipse de atențiunii din partea chirurgului. Câți n'au ramas morți pe masa de operație saũ sucombând câte-va ore mãi tîrziu de sincopã secundarã.

Vom inspecta apoi circulația perifericã. Individii scrofuloși posedã în general o stasã a circulațiunii vinóse. De aci aspectul de cianosã, ce ne oferã extremitãțile lor. La alcoolici este de toți cunoscutã jena acestei circulațiunii. Dinsa se manifestã pe nas și figurã prin acea colóre specificã, numitã cuperosã. Artriticii au venele dilatate. Ei posedã varice pe membre precum și varicocel pe cordonul spermatic în diferite grade.

Dar cine nu știe semnificarea dilatațiunii venelor abdominale în tumorile intra peritoneale?

În fine vom termina cu aparatul circulator prin examinarea pulsului. Aci ne vom convinge de calitatea și regularitatea bătăilor sale. O stare inflamatorie va avea resunet asupra pulsului. La cea mãi micã bãnuialã vom lua temperatura bolnavului. Relațiunea dintre temperaturã și complicațiunile plãgilor se gãsesce pe larg descrisã în primul meu volum, așa precum sunt sigur cã nu se aflã absolut în nici un tratat din câte existã (1).

Cu ocasiunea luãrei pulsului ne vom da sémã de starea arterelor. Vom vedea dacã nu avem aface cu o arterie sclerosã și vom determina natura ei. Acest lucru este folositor nu numai pentru diagnostic, dar și pentru intervențiunile operatorii, putendu-ne aștepta la emoragii, fie primitive saũ secundare.

Sistemul nervos. Procedãm întâi, ca impresiune generalã, pentru a a vedea dacã individul are stigmatete isteriei saũ altor nevrose. Dacã e neurastenic saũ dacã presintã fenomene ce stau în legãturã cu leziuni reale ale axului cerebro-spinal. Ne vom da sémã de gradul de iperesesie, anestesia, analgesia și alte diferite fenomene nervóse. Vom uza în aceste explorațiunii, fie prin înțepãturi, prin instrumente speciale (estesiometru), aplicare de corpi caldi saũ reci. Ne vom da séma de reflexul tendónelor, de perceperea culorilor, etc., etc. Am arãtat în destul efectul stãrilor nervóse asupra traumatismelor și chiar a operațiilor chirur-

(1) Vol. I, pag. 485—522.

gicale pentru a nu mă insista. Reamintesc că însuși operațiunea de emoroide, s'a putut une-oră complica de o ataxie locomotrice a individului (1).

Să fim deci cu forțe mare luare aminte în examenul minuțios al sistemului nervos. Adesea fenomene în aparență străine, se găsesc în strînsă legătură cu dînsul. Cistalgiile, gastralgiile și artralgiile, formeză semnul prodromic al scleroselor, ataxiei locomotrice și altor leziuni meningitice sau encefalorachidiene.

Examenul organelor genitale. Primul lucru va fi să ne asigurăm de buna funcționare a rinichilor. Vom examina prin palpație starea în care se găsesc aceste organe. Din calitatea și cantitatea urinei precum și din proporțiunea diferitelor elemente, ce intră în constituția sa, vom trage consecințe nu numai cu privire la diagnostic dar și pentru rezultatul operațiunii. Este știut, marea însemnătate a prezenței zahărului, albuminuriei și creșterii sărurilor. Ele ne indică tot atâtea stări rîconstituționale precum e diabetul, albuminuria și artrismul.

Cînd un bolnav nu este nici alcoolic, nici epatic și că urina sa conține deposite mari de urate, putem să afirmăm cu siguranță că acel om este artric.

Dar de multe ori diagnosticul tumorilor maligne ascunse, se descopere, grație prezenței indicanelui în urină sau micșorimei urei. Roemelaar din Geneva, și-a format o reputație științifică numai pe aceste fapte.

Cunoscerea exactă în starea în care se găsesc rinichii, decide de succesul operațiunii noastre. Deja în 1845, un autor englez Norman Chevers, cercetînd cauzele mortalității după operațiunii în spitalele din Londra, a ajuns la această observațiune importantă. Mai toți acei operați morți, au prezentat alterațiunii grave ale rinichilor, ficatului sau splinei. Malgaigne, făcînd o analiză a acestei lucrări pe care a și publicat-o în jurnalul său, a declarat că lucrarea lui Norman a fost una din cele mai remarcabile opere ce a putut produce medicina Engleză în acea epocă (1).

Astăzi nu cred să existe chirurg care înainte de a procedea la operație să nu examineze cu atențiune rinichiul, ficatul, splina, cordul, etc., Este demonstrat pînă la evidență influența acestor organe asupra traumatismelor și operațiilor. De aceia s'a și introdus în chirurgie neologismul de nefrism, epatism, splenism, cardism, etc., lucruri asupra cărora am insistat în vol. I la diferite capitole.

(1) Veđi vol. I, pag. 315.

(2) Veđi vol. I, pag. 176.

Examenul organelor genitale externe precum penisul, scrotul, testiculele, epididimul, cordonul, prostata și glandele seminale, trebuie cu atențiune făcut. Vom constata starea lor de integritate, diferitele alterațiuni, cicatrice, etc. etc.

O presiune metodică exercitată pe uretră de la partea sa cea mai profundă către meat, va avea de scop a vedea dacă în canalul uretrei există scurgeri sub dependența unei inflamațiuni acute ori cronice.

Palpând testiculele prin grosimea scrotului, vom căuta să vedem în ce stare se găsesc. În sifilisul ereditar, testiculul în general e mic, retractat, ratatinat. El e tare fibros, lemnos, semănând cu un bloc de cartilaj. Suprafața sa e neregulată și de o formă nodurosă. Un testicul tuberculos va oferi ridicături, unele mai dure, altele mai moi iar altele cu iminență către supurație. Pe tunica albuginee putem descoperi mici ridicături, iar în tunica vaginală prezența unui epanșament mai mult sau mai puțin mare. Epididimul, mai ales către coddă va fi tumefiat, neregulat și cu puncte ramolite. Pipăind cordonul vom constata porțiuni tari separate între ele prin țesut môle. Ele ne vor da senzațiunea unor mătănii sau bucați de lulea spartă. Prin tușeul rectal vom examina vesiculele seminale ce vor fi îndurate, sensibile, iar prostate cu diferite ridicături sau noduli pe dinsa, etc.

Examenul organelor genitale la femei va fi cât se poate de complet. Buzele mari, buzele mici, furculița vor fi pe rând inspectate. Adevsea pe ele vom descoperi mici ulcerațiuni sau plăci mucóse. În lipsa acestora putem observa un edem al uneia din buzele mari. El va fi semnul aproape sigur al unei infecțiuni sifilitice.

Prin tușeul vaginal ne vom da séma de temperatura organului, de abondența și felul secrețiunei, de forma gâtului uterin, de ștergerea sau proeminența fundurilor de sac, de starea anexelor, de situațiunea uterului, de plenitudinea bășiceii și sensibilitatea sa, etc.

În momentul când retragem degetul, să nu uităm a exercita o presiune pe peretele anterior al vaginului. Facem acésta spre a constata prezența sau absența de secrețiuni blenoragice în canalul uretrei.

Dacă este nevoie și circumstanțele ne permit, putem completa examenul prin aplicațiune de specul, introducerea isterometrului și chiar scóțerea unor porțiuni din uter sau dupe col, pentru luminarea unor puncte subtile de diagnostic.

Cu acésta am terminat cu desevirșire examenul complet al bolnavului. De aci încolo nu ne mai este permis, nici a-l atinge, nici a-î mai face vre-o întrebare. Totul este isprăvit. Cel mult putem să cerem, dacă lucrul e posibil, ca bolnavul să umble, să execute diferite mișcări, pentru a ne da seama de mersul său și diferite atitudini.

Cu această ocaziune vom observa și gradul sêu de dezvoltare. În special indiviđii sifilitice în mod ereditar, aũ o structură a corpului ce nu corespunde cu etatea lor. Ei sunt slabi, subțiri, piperniciți. Organele lor genitale, mamelele, pêrul de pe muntele Venus sunt incomplet dezvoltate. Indiviđi carî aũ etatea de 20—25 ani, par după aspectul exterior că nu sunt de cât de 12 — 13 ani. Acastă stare de nedezvoltare a corpului, care apropie pe om de copil, a primit numele de *infantilism*.

Din contra, sunt indiviđi carî presintă o talie și o creștere mult mai mare a organismului de cât etatea lor. Aceștia, fôrte înalți, păroși, cu toracele srimt, gâtul lung, colórea pielii albă-translucidă, se consideră în general, drept candidați la tuberculoasă. Omul erpetic este un om uscățiv, nervos, iute alergător. Dezvoltarea organismului încă nu s'a terminat și deja fenomenele bătrâneței apar. La 20 ani pêrul încep să-i cadă, putênd repede deveni chel. Oasele și muschii însă, sunt de ordină bine dezvoltați, iar țesutul celulo-adipos puțin dezvoltat. De aceea cei mai mulți erpeticî sunt slabi și subțiri, dar ómenii puternici.

Cu acestea s'a terminat în mod definitiv examenul bolnavului, închiđându-se absolut orî-ce explorațiune saũ interogare.

Stabilirea diagnosticului. După ce avem icóna complectă și fidelă a bolnavului, procurată prin lungul șir de explorațiuni ce am arătat, ni se cere a spune bóla de care el suferă, cu alte cuvinte diagnosticul.

Putem admite trei feluri de diagnosticuri: un *diagnostic de visu*, un *diagnostic direct* și un *diagnostic prin exclusiune*.

Sunt casuri când bóla ni se presintă prin nisce leziuni atât de clare și unice, în cât imediat se recunósce prin simpla vedere — *de visu*.

În asemenea casuri nu ni se cere nici o sforțare de spirit. Nu rămâne decât a pronunța numele bólei și a spune tot ce șcim despre dînsa.

În fig. 33, 34, și 35 avem trei exemple de asemenea bóle, ce se pot diagnostica numai privind-le. În adevêr, o anchilosă a genuchiului, o artropatie tabetică și genuchiũ valg simplu orî dublu, se impune de la sine. Ele sunt recunoscute de orî-cine le-a vêđut odată. Decî nu vom avea de cât a expune tot ce șcim asupra acestor bóle clasice. Vom arăta cel mult etiologia, natura și legătura ce vor avea cu stările diastice saũ constituționale ale individului.

Nu este însă tot ast-fel când bóla se găsește ascunsă fie prin situațiunea sa or prin predominența altor semne, carî primează pe cele capltale. Aci se cere multă muncă, multă practică și une-orî chiar inspirațiune pentru a ieși din încurcătură. Am đis că în asemenea casuri sunt douê căi: ștabilirea diagnosticului pe cale directă saũ indirectă.

Diagnosticul direct se face ast-fel: din resultanta tuturor cunoștințe-



Fig. 33. — Ankilosă ososă a genuchiului (personală).



Fig. 34. — Genuchiul valg stâng (personală).

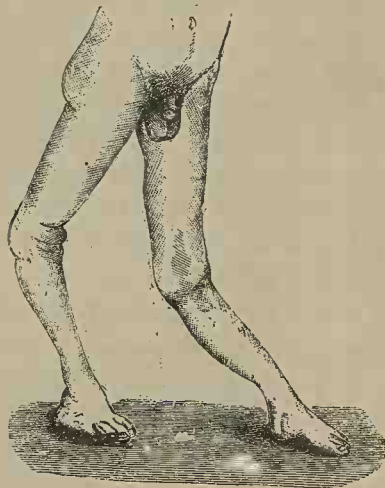


Fig. 35. — Artropatie tabetică.

Ior și cercetărilor bolnavului ne pronunțăm cu fermitate, arătând printr'un singur cuvânt bóla de care suferă pacientul. Lucrul acesta îl susținem băsându-ne pe unele semne și simptome, pe cari nu le găsim nici într'o altă bólă ce ar părea să aibă vre-o mică apropiere saú analogie cu dinsa. De exemplu, fie o tumoră a sînuului. După ce am examinat complect pe bolnav, afirmăm d'a dreptul, că dînsul e atins de cancer, de óre-ce caracterele ce le-am găsit sunt proprii numai acestei afecțiuni. Decî nu póte fi vorba nici de fibrom, nici de sarcom, lipom, gomă tuberculósă ori sífilitică, etc., etc. Pentru ce? Pentru că nici una din ele nu aú proprietatea de a contracta aderențe cu pielea, aderențe cu mușchiul pectoral. Nici una nu se însoțesce de o desvoltare a circulațiune periferice. Nici una nu are acea tãrie caracteristică. Nici una nu oferă prezența de ganglionî în axilă cu caracterele proprii, ca în cazul de față. Metóda acésta, deși imposantă, nu e tot-deauna posibilă. Se exceptéază casurile cu totul simple și tipice. Mai mult, dinsa ne póte influența, grăbiți fiind a ne pronunța imediat, așa că ne póte expune la erori. De aceia noi preferim și recomandăm a doua metóda numită prin exclusiune.

Dinsa constă în aceia de a elimina treptat bólele cele mai depãrtate, pînă când printr'un fel de esclusiune nu ne rămâne de cât o singură bólă a regiunei, care e cea mai adevărată.

Să luăm același exemplu. Incepem cu excluderea tuturor tumorilor din țesutul, unde am găsit pe a nóstră. Ast-fel, cancerul fiind aședat în țesutul glandei mamare, vom începe prin eliminarea fibronului, sarcomului, indurațiunilor cronice, gomelor sífilitice, etc. Vom arăta la fie-care imposibilitatea de a se însoți de caracterele ce ne oferă tumora nóstră. Și numai după ce am trecut în revistă tóte tumorile cu tip conjunctiv și a țesutului epitelial din acini glandulari, atunci rămânem cu tumora nóstră. Pe dinsa neputënd-o exclude, pe ea o arătăm ca fiind în adevăr cancer.

Nu mai încape îndoială că ori-cât de complect ar fi examenul bolnavului și ori-care ar fi metóda în stabilirea diagnosticului, totuși ni se cere o cunoscînță complectă a tuturilor bólelor unei regiuni. Fără acésta, care însemnéază a ști tótă patologia chirurgicală, nu putem ajunge la rezultatul dorit.

Nu e cu puțință a face chirurgie fără a poseda în mod complect patologia chirurgicală.

În adevăr, o lecțiune clinică or cât de bună ar fi făcută și or câtă stãruință profesorul va depune a arăta o dólă, elevul va folosi prea puțin saú chiar de loc, daca nu cunósce prealabil patologia chirurgicală.

Prognosticul. Acesta tot-d'a-una trebuie considerat din punctul de vedere chirurgical. Vom arăta ce se va face bolnavul dacă va fi sau nu operat. În principiu orî-ce bôlă chirurgicală trebuie operată, căci altfel n'ar fi avut rațiunea de a fi. Sunt însă casuri când trebuie să ne abținem, fie că bôla se găsește într'un grad prea înaintat, fie din cauza diferitelor stări generale diatesice orî constituționale. Ele se opun la intervențiune prin faptul compromiterii individului. Nu este cred trebuință a insista asupra acestui lucru, de óre-ce întregul prim volum al meu e plin de precepte și învățăminte, arătându-ne când și cum trebuie să operăm.

Tratamentul. Sub nici un cuvînt nu trebuie să descurajăm pe bolnav, arătându-i gravitatea operației sau imposibilitatea ei. Din contră, dînsul tot-d'a-una trebuie încurajat, dându-i cele mai mari speranțe și asigurându-l de o reușită perfectă. Acesta însă depinde și de persoană. Sunt unele cărora le putem spune totul, pe când altora nimic.

Datorî însă suntem, ca membrilor familiei să spunem totul și să nu ascundem nimic din gravitatea sau pericolul operației. E mai bine să promitem puțin și să dăm mai mult, de cât vice-versa.

Operațiunea odată întreprinsă, vom căuta a uza de metodele cele mai sigure pentru ca operația noastră să fie radicală. Vom evita orî-ce operațiune incompletă. Nu vom ceda de cât unor mari insistențe, sau pentru a înconjura un pericol iminent.

PARTEA III^A A CHIRURGIEI

STUDIUL BÓLELOR CONSIDERATE PE REGIUNI

DIVIZIUNEA I

BOALELE MEMBRELOR SUPERIORE

CAP. I.

Bólele degetelor mâineî

§ I. *Traumatismele degetelor.*

Particularitățile anatomice ale acestor organe sunt :

1) Pe fața lor palmară există trei îndoituri de piele. Una la bază, cu 2 $\frac{1}{2}$ c. m. mai jos de articulața metocarpofalangienă. Cele alte două sunt în dreptul articulației falangelor între dînsele.

Policele, având numai două falange, nu posedă decât două îndoituri: una de flexiune la bază, iar alta la mijloc.

2) Degetele sunt provădute de numeroase papile și firioșore nervóse. Traumatismele lor vor fi deci însoțite de dureri fórté mari. Este știut, că o durere va fi cu atât mai violentă și durabilă, cu cât drumul ce va face până să ajungă la cerebru va fi mai lung. Vasele limfatice și tecele sinoviale, sunt fórté abundente la degete. Ele înlesnesc enorm absorpțiunea or-cărui virus, în urma traumatismelor.

3) Pielea feței palmare a degetelor e mult mai aderentă de părțile subjacente de cât cea dorsală. De aci rezultă că în plăgile circulare sau prin smulgere, se vor obține lambouri cu totul inegale. Pielea dorsală se va rupe mult mai sus ca cea palmară.

4) Sub pielea feței palmare există un paniçul său strat adipos.

Dinsul face ernie prin buzele pielei secționare. Acesta constituie ceia-ce Guermoprez a numit plăgi prin *plesnire* (éclatement).

Plăgile prin instrument înțepător. Ele nu presintă în general nici o gravitate. Condițiunea este ca instrumentul să nu fie septic. In acest cas, absorbtțiunea virusului făcându-se repede, complicațiunile cele mai grave pot să apară. Lucrul devine și mai serios, când vârful instrumentului se rupe și rămâne în țesut.

Plăgile prin instrument tăios.

Aceste plăgi pot deveni grave prin leziunea nervilor, arterelor laterale, secțiunea tendónelor fie dorsale sau palmare, precum și prin deschiderea tecelor sinoviale.

Este sciut din anatomie că, tecile tendinoase ale policelui și auricularului comunică cu marea sinovială a antebrațului. De aceea, plăgile acestor degete oferă o gravitate particulară. Procesul inflamator se poate întinde și provoca un flegmon profund la regiunea antebrațului. In afară de aceste complicațiuni, plăgile prin tăietură nefind prea profunde, ele sunt benigne, chiar și atunci, când instrumentul a ridicat porțiuni mari din pulpa degetului. Reunirea se obține cu cea mai mare înlesnire, dându-se vascularitatea regiunii.

Plăgile contuse, prin zdrobire, smulgere și armă de foc. Sunt foarte frecvente. Se observă în special la bărbați din cauza profesiunilor, sau a imprudenței. Ast-fel avem pietrari, fierari, lăcătuși, mașiniști, vânători, călăreți, dogari, etc., cari pe rând își pot zdrobi, smulge sau să-și fractureze degetele. In plăgile prin armă de foc și smulgere, adesea vedem asociate pe același deget mai multe feluri de plăgi: ici părți zdrobite, dincolo un tendon denudat și smuls, iar alături părți secționare. Acesta formază ceia-ce se numesce *plăgi mixte*. S'a căutat a se stabili predilecțiunea unor degete pentru anumite traumatisme. Observațiunea pare a confirma acest lucru. Ast-fel, plăgile prin instrument înțepător, în special cu acul, se produc pe police, indice și mediul stîng, ca unii ce stau înaintea instrumentului. Cusătoresele, croitorii, cojocarii, etc., ne oferă asemenea exemple.

Plăgile prin smulgere, la călăreți sau mașiniști, cari țin frînele în genere cu indicele, anularul sau auricularul, produc leziuni mai des pe aceste degete de cât pe police. El nu intră mai nici odată în joc.

Plăgile prin armă de foc, atacă de preferință indicele, mediul și anularul. Acesta se întâmplă mai ales în momente de imprudență, punându-se degetele pe gura armei.

Relativ la plăgile prin smulgere, Segonde a descris o smulgere particulară a tendonului exterior al degetelor. Pentru a se produce, se cere ca ultinia falangă să se flexeze forțat pe a doua, iar acesta să rămâne

în extensiune. În acest moment, cele două limbulițe de tendone rămân fixe pe capul falangei. Ele întinse la exces se rup, iar cu dînsese și însuși tendonul. Acest rol al bandeletelor fibróse, a fost susținut și de Schoening. Dînsul a arătat că dacă și a doua falangă se flexează, atunci bandelele scapă de pe extremitatea osului când reflexându-se, ruperea nu mai are loc.

Tratamentul traumatismelor degetelor. Este astăzi stabilit sub formă de lege, că nici odată nu trebuie să intervenim în mod primitiv, pentru următoarele cuvinte :

I) Că bisturiul va lucra în părți mai mult sau mai puțin septice ; deci putem provoca inoculațiunii.

II) Că pentru a înlătura acest pericol, ar trebui să sacrificăm, dacă nu întreg membrul, cel puțin o mare parte din el. Acésta însă ar fi o adevărată crimă chirurgicală. Este știut că la mână, invers ca la picior, cel mai inform bont devine de o utilitate foarte mare în existența bolnavilor, mai ales la muncitori. Prin urmare, vom căuta prin băi anti-septice prelungite, să ne opunem la desvoltarea și absorbțiunea microbilor. Vom lupta din toate puterile pentru chirurgia conservatoare. După eliminarea părților sfacelate, vom aranja lucrurile cum va fi mai bine în folosul bolnavului.

Plăgile degetelor prin instrument tăetor, vor fi cu îndrăsnélă lipite prin suturi. Acésta nu numai când abia se țin printr'un mic lambcú de piele, dar chiar și când au fost cu totul deslipite. Nici un organ ca pulpa degetelor și vârful nasului nu posedă o proprietate plastică mai mare. Hof-facker, medicul duelurilor în Germania, a cusut cu deplin succes nasuri după o oră și mai bine. Personal am obținut un bun succes pe un d. Mihăescu, grefier la curte. Acesta își strivise degetul indicator stîng între două pietre mari. Ultima falangă era cu desăvîrșire deslipită, căci nu se ținea de cât printr'o fășie de piele de 2—3 m.m. N'am făcut amputația, ci am reaplicat vârful degetului prin mai multe puncte de suturi. Cu toate că osul era rupt în eschile, totuși reunirea *per primam* s'a obținut cu cel mai deplin succes. În primul meu volum se găsesc mai multe observațiuni și teorii în acéstă privință (1).

De alt-fel Bérenger-Feraud, a adunat 34 de casuri de plăgi ale degetelor în condițiuni analóge. La tote reunirea s'a putut obține.

Când nu avem la dispoziție ace și fire, vom recurge la bandele aglutinative, spre a obține coaptarea. Acésta forméază metoda lui Chassaignac.

(1) Vol. I, pag. 354—352.

Pe lângă băile antiseptice vom întrebuința pansamente largi. În special pansamentul lui Guerin se recomandă de toți autorii.

§ II. *Fracturile degetelor.*

Degetele sunt formate din porțiuni de oase relativ mici. Articulațiunile lor sunt foarte mobile. De aci rezultă, că degetele sunt excesiv de rar fracturate prin cauză indirectă. În adevăr, după toate statisticile, fracturile indirecte ale degetelor nu se produc decât în urma unor anume circumstanțe. Sforțurile rău combinate, ca în jocul de minge, împingerea bruscă unui corp cu vârful degetelor, o cădere neprevădută, sau izbire violentă de un zid, etc. ar forma cauzele indirecte de fractură. Dar și atunci, adesea trauma se mărginesc a determina mai mult o curbură a osului, a-î impune o mișcare forțată de rotație sau înclinațiune laterală, de cât a provoca o fractură. Cu totă raritatea însă, fracturi indirecte se pot observa. Ba ce e mai mult, Bellamy citat în Le Dentu, a dat un cas de fractură a primei falange a indicelui, chiar prin acțiunea musculară. Este vorba de un om de 55 ani, care voind a lovi cu dosul mâineii, a dat o lovitură în sec. Prin acesta și-a produs fractura menționată.

Dacă degetele prin calitățile sus citate se sustrag de la acțiunea indirectă, nu este tot ast-fel cu fracturile prin cauză directă. Degetele fiind organele de prehensiune, sunt cele mai espuse la tot felul de traumatisme. Muncitorii, ferarii, mecanicii, pietrarii etc., adesea, își determină asemenea fracturi din întâmplare sau imprudență, prin căderea corpilor grei, ce maniază. Și cu atât mai ușor un deget se va fractura prins între două corpuri dure, cu cât el e protejat numai de piele și tendone. Degetul pe fața sa dorsală nu are țesut gresos abundant, ce ar putea să-î procure oare-care protecțiune. Acesta este și una din cauze că fracturile degetelor mai tot dcauna sunt complicate nu numai de ruperea tegumentelor, dar și de deschiderea articulațiilor și mai ales de sdrobirea falangei însăși. Cu alte cuvinte, în majoritatea casurilor vom avea aface cu fracturi complicate și cominutive. Sunt cu totul rari fracturile simple și subcutanate. Fracturile juxta articulare superioare a invidiilor tineri, sunt considerate de Hamilton ca o deslipire epifisoră.

Linia de fractură, în general, e transversală și dințată. Mai rar e oblică, și excepțional longitudinală. Singur Krœnlein a observat trei casuri de fracturi longitudinale pe degete.

Diagnosticul se bazează pe semnele patognomice ori-cărei fracțiuni: crepitația, impotența funcțională, deformația, durerea într'un punct fix, etc.

Crepitația în fracturile transversale e foarte ușor de obținut. Vom

imprima mișcări alternative în sus și în jos a celor două fragmente. Când însă fractura este longitudinală, atunci trebuie să imprimăm degetului o mișcare de rotațiune. Numai ast-fel putem simți crepitația.

Un singur lucru trebuie observat cu privire la crepitație. Să nu luăm frecările articulației falangelor din artritele vechi, drept o crepitație de fractură. De asemenea să nu confundăm crepitația ce ne oferă tendonele extensorilor prinși de tenosite uscate, cu crepitațiile fracturilor. În aceste două cazuri putem fi înșelați. Am crede într'o fractură, atunci când e vorba de cracmente, adică trosnituri articulare, sau de crepitațiuni tendinoase. Vice-versa se întâmplă când în focarul fracturii se află coagulul sanguin, și o tumefacțiune prea mare a degetului. Acestea, mascând crepitațiunea, ne fac a esclude fractura, când dînsa există în realitate. Avînd deci atențiunea fixată asupra unor asemenea circumstanțe, diagnosticul e foarte ușor. Vom căuta a stabili dacă fractura e transversală, oblică, unică, multiplă, simplă sau complicată.

Prognosticul. Este tot-d'auna serios, din cauza diferitelor complicațiuni ce am arătat, și deformațiunilor la cari pot da nascere, precum anchilose, pseudoartrose, etc. O deformațiune specială, asupra căreia insistă mult școla americană, este tendința degetului de a devia din axa sa normală. Dînsa se poate efectua fie în sensul unei flexiuni forțate, fie către o torsiune. Acesta face ca degelul să-și schimbe fața palmară, întorcînd-o către degetul opus. O asemenea deviațiune e cu atît mai de temut, cu cît dînsa se produce pe nesimțite. Deci dacă nu suntem preveniți și nu inspectăm mai des pansamentul, vindecarea se obține în mod vițios.

Tratamentul. Vom uza de cele mai largi precauțiuni antiseptice de cari dispunem. Acesta spre a preveni tot felul de complicațiuni la cari sunt expuse aceste fracturi, grație numeroselor vase limfatice și terminațiuni nervoase.

În afară de limfangite și flegmone, plăgile degetelor pot da nascere unui tetanos.

O chestiune de cea mai mare importanță este următorea: în fața unei fracturi complicate a degetelor, trebuie să încercăm chirurgia conservătoare sau să procedăm imediat la amputație? Astăzi e absolut de toți chirurgii respinsă intervențiunea primitivă. Faptul e perfect demonstrat. Pentru bolnav, conservarea degetelor chiar lipsite de estetică, e de mare folos. În afară de acesta, fractura complicată însoțindu-se de plăgi contuse, am fi expuși a face amputația în părți sănătose în aparență. Ele sunt coprinse de zona sfacelată. Lucrul acesta nu va întărzia a compromite bontul făcîndu-l să cadă în gangrenă. Clinica a arătat că toate intervențiunile primitive pe degete n'au dat rezultate bune opera-

tori. Unele aũ compromis chiar viața indiviđilor. De aceea suntem datori a pune în joc tóte resursele chirurgiei conservátore. Experiența a demonstrat că de multe ori fracturile cele mãi complicate ale degetelor, însoțite chiar de eschile osóse, s'aũ aranjat prin îngrijiri apropiate. În casurile cele mãi desesperate, reconstituirea degetului încă s'a obțiuut aprópe în mod normal.

Deja Chassaignac nu se sfa a reuni bonturi sdrobite, menținend coaptația prin simple bandetele aglutinative. Cu tótã antisepsia imperfectã și adaptațiunea primitivã — dacã nu imaginãrã, succesele erau destul de mari. Astãđi se procedezã mãi sigur și mãi sciințific, grație mijlo-eelor de carĩ dispunmm.

Decĩ în fața unei fracturĩ, or cât de complicate ar fi, vom curãța focarul și vom adapta porțiunile osóse. Vom căuta apoi în plagã capetele tendónelor. Acestea le vom reuni prin suturi, uzând de diferitele metode și procedee arãtate în vol. II (1). Cu acésta vom aduce un adevãrat serviciũ bolnavului.

Hamilton în tratatul sãu menționezã mãi multe succese. De aceea dñsul recomandã și susține acésta practicã.

Când fractura este simplã și necomplicatã, adicã fãrã distrugerea tegumentelor, *a forșiori* suntem nevoiți a lupta pentru conservarea degetului, lucrul fiind mãi ușor. În adevãr, dacã fractura e transversalã sau chiar oblicã, n'avem de cât a face coaptarea, pe care o menținem printr'o micã atelã palmarã în carton sau guta-percã. Aplicãm degetele laterale către cel bolnav, pentru a-l fixa și mãi bine. Acésta e metoda lui Boyer, Malgaigne, Nelaton, etc. Alții recomandã a se aplica imediat un aparat inamovibil, fie în gips, silicat, sau după metoda americanã, în gutapercã topitã. Menționãm cã imobilitatea degetului nu trebuie împinsã prea departe. Acésta ar da nascere la anchilosã. De aceea, pentru a preveni rigiditatea degetului, care e fórte vãtãmãtóre și esteticeĩ și buneĩ sale funcționãri, se recomandã, ca în casuri de fracturã juxta sau intra-articularã, bandajul sã fie ridicat de timpuriũ. După aceea procedãm imediat la mișcãri provocate. La rigóre mãi de preferat este o pseudoartrosã decãt o anchilosa rectilinã.

§ III. Luxațiile degetului.

Tóte degetele sunt capabile a avea trei feluri de luxațiuni, cãci fie-care din ele aũ trei articulații. Excepțiune la acésta face policele, care are numai douẽ falange.

(1) Loc. cit. 336—350.

Vom avea deci de studiat: luxațiunii *metacarpofalangiene saū a degetelor propriū ȃis, luxații a falangelor între ele și luxațiunile falangetelor.*

Dintre tóte, luxația propriū ȃisă a degetelor este mai importantă, din cauza dispozițiunei ligamentelor. Dar mai cu deosebire luxațiunea policelūi a făcut obiectul unor discuțiuni fórtē mari. S'a căutat a se esplica faptul așa de frecuent observat, adică imposibilitatea de reducere. Din cauza acestei importanțe atât teoretică cât și practică, vom începe cu acéstă luxație. Fără a intra în tóte discuțiunile infinite, vom da numai punctele principale utile clinice.

Articulațiunea metacarpo falangienă a policelūise compune din două óse: un metacarp, terminat printr'o extremitate rotundă mare, și o falangă provăduță de o cavitate glenoidă. Acéstă cavitate e prea mică în raport cu capul metacarpien pe care trebuie să-l priméscă. Pentru a se compensa acéstă lipsă de întindere a suprafeței articulare a falangei, intervine o îngroșare destul de pronunțată a capsulei în jurul falangei. Dinsa măresce suprafața articulară și o face capabilă a se adapta cu mărimea capulūi metacarpien. Acéstă îngroșare a capsulei articulare pórtă numele de *ligamentul glenoidien*. Mai trebuie sciut că, capsula articulației metacarpo falangiene e fórtē subțire în sus, unde se înserează pe metacarpien. Din contra e fórtē grósă în jos, unde se înserează pe prima falangă.

Pentru a se produce o luxație, neapărat se cere ruperea acestei capsule. Fără dinsa fenomenul nu póte exista. Chestiunea este : unde se rupe capsula? Evident în partea sa cea mai subțire, adică în nivelul capulūi metacarpien.

Farabœuf însă adaugă un mecanism cu totul altul, mai ales pentru luxațiunea policelūi. Pentru dinsui, gradele acestei luxațiuni precum și secretul nereductibilităței sale, constă esclusiv în deplasarea óselor sesamoide. Fără a fi contra și cu atât mai puțin a ne permite să combatem pe acest autor, totuși ne pare o exagerare prea mare a rolulūi óselor sesamoide. Mai mult, aceste mici oscióre nu sunt totdeauna constante, și totuși luxațiunile se produc și rămân nereductibile. Credem că vechia teorie susținută de Michel de Nancy se póte din noū invoca. Dinsul atribue întregul rol rupturei capsulei articulare.

Iată ce ȃice Michel din Nancy. Ireductibilitatea luxațiunei metacarpo-falangiene constă în modul după care capsula este ruptă. Să presupunem că capsula se deslipescē în nivelul falangei. Acésta se luxéază d'asupra metacarpienulūi. Dinsa însă nu póte trage după ea ligamentul capsular. El rămâne lipit de metacarp. În acest cas nefiind nimic interpus între suprafețele articulare, luxațiunea se reduce cu cea mai mare ușurință. Dacă însă capsula se deslipescē după capul metacarpien, atunci falanga luxându-se pe acest din urmă os, târăscē după dinsa ligamentul men-

ționat. El se interpune între suprafețele articulare. Reducțiunea e foarte dificilă, dacă nu imposibilă. Și lucru curios este, că însuși Farabœuf prin experiențele sale pe cadavre, n'a reușit mai nicădată să producă smulgerea ligamentului glenoidien în punctul inserțiunii sale pe falanga, ci totdeauna pe metarpian.

Deci cum se putea explica mai ușor imposibilitatea de a reduce aceste luxațiuni, de cât prin faptul unui asemenea fenomen, care concorda în totul cu vederile lui Mihael din Nancy. Cu alte cuvinte, de ôre-ce tot-d'auna capsula se rupe în sus, adică în punctul de inserțiune pe metacarpian, în momentul când falanga se luxeză pe metacarpian, dînsa trage segmentul inferior al capsulei. El interpunându-se între fețele articulare, face mai tot-d'auna ca luxația să fie ireductibilă. Cu toate acestea, Farabœuf nu se mulțumesc cu această explicațiune simplă și naturală. El interpune intervenția ôselor sezamoide, mai ales în luxația policelui.

Iată, în resumat, ce susține Farabœuf. În luxațiunea policelui, tot mecanismul se concentrează în ôsele sezamoide și mai ales în cel extern, Falanga nu jôcă de cât un rol cu totul pasiv. În adevăr, când ôsele sezamoide se ridică până în dreptul jumătăței capului metacarpian—unde există și o mică creastă ușoră, atunci falanga e împinsă pe metacarpian cu atât pe cât e ridicată de sezamoizi. Dar falanga încă își conservă ceva din raporturile sale normale. Numai jumătatea superiôră din porțiunea sa articulară a trecut peste capul metacarpian. Dînsa rămâne ca și cum ar fi suspendată în aer. Cea altă jumătate inferiôră își păstrează contactul ca suprafața articulară a metacarpului, aflată d'asupra crestei susmenționată. Acésta e prima și cea mai ușoră varietate. Dînsa se numesc *luxațiune incompletă a policelui înapoi*. Dacă însă ôsele sezamoide reușesc a învinge acest obstacol, adică cresta ososă ce împarte în două capul metacarpian, atunci ele trec peste dînsul. În acest cas, falanga, perđënd cu totul orî-ce raport cu suprafața articulară a capului metacarpian, e împinsă în sus și înapoi pe spatele metacarpianului. Dînsa se așeză pe el cu totă suprafața sa articulară saŭ glenoidenă, ca și cum ar fi călare. Acésta e a doua varietate numită *luxațiune completă a policelui înapoi*. Să presupunem că voim a reduce prin manipulațiuni intempestive acésta luxațiune completă trăgënd de falangă spre a o scoborî. Osul sezamoid aflat înaintea sea va răsturna. Interpuindu-se între falangii și metacarp, dînsul va împiedica orî-ce reducere. Acésta este a treia varietate numită, *luxațiune complexă a policelui înapoi saŭ luxație ireductibilă*.

Grație stăruinței neobosite a lui Farabœuf în acésta privință, astăzi este admis de toți, mecanismul invocat de dînsul. S'a consacrat deci ca divisiune clasică a luxațiunilor înapoi a policelui aceste trei varietăți:

incompletă, completă și complexă, după situațiunea și pozițiunea ce iaă 6sele sezamoide pe cari le-am indicat maă sus. Următ6rele figură 36, 37, 38 date de Farabœuf și reproduse în t6te trataterile clasice, ne arat6 diferitele variet6ăi de luxațiuni ale policelului înapoi.

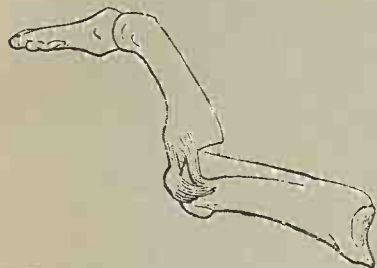


Fig. 36. — Luxație simplă incompletă a policelului înapoi.



Fig. 37. — Luxație simplă completă a policelului.



Fig. 38.

Luxație complexă a policelului. Sezamoidul este r6sturnat și interpus.

Causele, simptomele și diagnosticul luxațiunilor înapoi ale policelului.

Ca predispozițiune a acestor luxațiuni avem o relaxare a ligamentelor saă sl6biciunea lor congenitală. În asemenea condițiuni, e destul o simplă r6sturnare moderat6 a policelului de 45—90° pentru ca luxația saă se produc6. Maă mult, sunt indiviđi cari, dup6 voința, își pot produce o luxație or în ce moment, precum și saă o reduc6 iar6și când voesc, fie spontanat saă printr'o manipulație f6rte ușor6. Acesta se numesc luxație voluntar6 saă muscular6. Dînsa form6z6 chiar un joc la copii. Se numesc muscular6 din cauz6 c6 ligamentele fiind f6rte relaxate, e destul ca o contractiune muscular6 saă intervie spre a provoca luxația. Dînsa imediat se și reduce, odat6 ce mușchii nu se maă contract6, intr6nd în repaos. În casurile ordinare îns6, luxațiunea policelului înapoi cere aplecarea unui traumatism destul de violent. În special o c6dere brusc6 pe fața palmar6 a primei falange este indispensabil6.

Se cit6z6 în autori casul lui Dugès, care și-a luxat policele, împing6nd o mas6 grea.

Simptomele. În luxația incompletă avem :

I). Metacarpul este tras în jos și formeză o ridicătură înainte. El oferă atitudinea de opoziție. Acesta provine din cauza tensiunii mușchilor sezamoidieni și falangieni, ce se găsesc respinși de capul metacarpian. Ridicătura capului metacarpian înainte nu se simte imediat sub piele. El rămâne acoperit de masa musculară. Acest lucru va servi pentru a deosebi luxația completă.

II). Falanga face înapoiul metacarpului ridicătură variabilă, chiar până la un centimetru. Înapoiul sêu, imediat se simte o ușoră depresiune. Falanga e ținută într'o extensiune mai mult sau mai puțin forțată prin contracțiunea extensorilor. Dînsa nu se pôte flexa din cauza prezenței óselor sezamoide. Ele sunt fôrte puternic aplicate pe capul metacarpian. Mai intervine iarășî contracțiunea mușchilor sezamoidieni și tensiunea ligamentelor metacarpo și falango sezamoidiene.

III) Falanga ungueală sau falangeta se află în flexiune din cauza tensiunii mușchiului flexor. Acesta, reflectându-se pe capul metacarpului, își scurtéază din lungime. De aci flexiunea falangetei. Din aceste diferite atitudini rezultă, că fie-care din ósele policelui forméază câte un unghiú între ele, iar din acest total rezultă forma unui Z neregulat. El este admis de toți autorii, ca fiind semnul patognomonic al luxațiunei incomplete a policelui înapoi. Fig. 39 dată de Farabœuf represintă atitudinea clinică a acestei luxații.

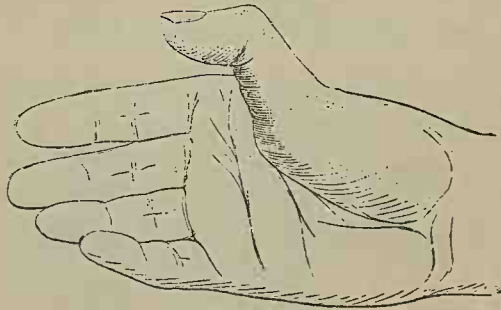


Fig. 39. — Diformațiunea policelui în luxația simplă, incompletă.

II). Simptomele luxațiunei simple complete a policelui înapoi sunt:
1) O încălecare completă a falangei pe fața dorsală a metacarpianului. Dînsa fiind cu totul perpendiculară pe acest os, torméază cu dînsul un unghiú drept. Acesta provine că, traumatismul fiind fôrte violent, a rupt ligamintele capsulare metacarpofalangiene. Astfel fiind, falanga are tótă libertatea de a înainta pînă unde forța traumatismului o duce.

2) Dar în acelaș timp, atât tendonul lungului flexor al policelui— care reprezintă mușchiul sezamoidien intern, cât mai cu deosebire acela al scurtului flexor— ce reprezintă mușchiul sezamoidien extern, au cedat, dacă nu chiar s'au rupt. În or-ce cas, prin depărtarea fibrelor lor a rezultat un fel de ochi, un orificiū rotund. Prin el capul metacarpului s'a putut angaja. Dînsul va avea d'asupra lui ósele sezamoide, iar el remne direct sub piele. Lucrul normal în aceste luxațiuni este, că singur scurtul flexor al policelui, adică sezamoidul extern, se rupe. Lungul flexor sau sezamoidul intern se luxeză numai pe gâtul capului metacarpian. De aci rezultă că, în luxația complectă a policelui, numai osul sezamoid extern înainteză pe fața dorsală a metacarpului. El se pune înaintea falangei, pe când sezamoidul intern rămâne în loc, mușchiul său fiind simplu luxat. Falangeta ce devine? Dînsa va fi mai puțin flexată ca în luxația incomplectă. Causa este că lungul flexor (sezamoidul intern) nemai rămîind întins pe capul metacarpian, ci aruncat alături, nu mai are aceeaș putere de flexiune ca în prima varietate. Dar rezultatul clinic care va fi? Că atitudinea policelui în luxația complectă va fi tot forma unui Z, dar mult mai neregulată ca la cea incomplectă. Aci vom avea falanga perpendiculară pe metacarp cu foarte ușoră flexiune a falangetei, pe când în cea altă (incomplectă) falangeta va fi foarte flexată. Fig. 40 dată de Farabœuf e foarte demonstrativă.

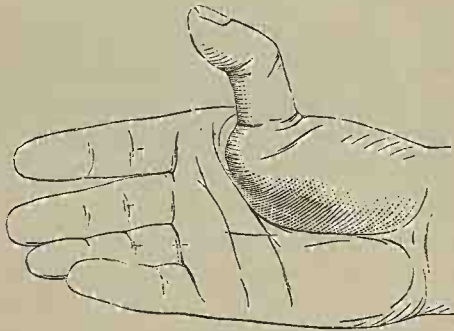


Fig. 40. — Deformațiunea policelui în luxația simplă complectă.

III). *Luxațiunea complexă a policelui.* Aci simptomele ca aspect general al degetului, diferă foarte mult de cele-alte varietăți. Lungul flexor e rupt ca și cel scurt. Atunci falangeta numai e aproape de loc flexată. Policele ar avea decî aparența ca și cum ar fi în starea normală. Se deosebesce numai prin impotența funcțională și proeminența capului metacarpian proiectat înainte și imediat așezat sub piele. Fig. 41 arată un model de această luxație. Drept concludsiune clinică, vom avea

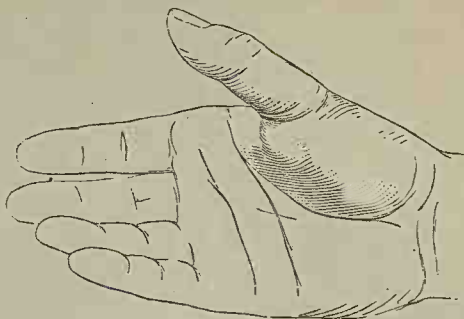





Fig. 41. Deformațiunea policelui înapoi în luxația complexă.

că, în luxația policelui, cu cât I-a falangă va fi mai puțin perpendiculară pe metacarp, a II-a mai mult flexată pe I-a, iar capul metacarpului mai puțin perceptibil sub tegumente, cu atât vom avea a face cu luxația cea mai simplă, adică cu prima varietate. Cu cât din contra, vom constata că falanga e mai perpendiculară pe metacarp, formând cu dînsul un unghi drept, iar falanga va fi mai puțin flexată, fiind în același timp însoțită de o proeminență subcutanată a capului metacarpian sub tegumente, vom fi siguri că ne aflăm în fața unei luxațiuni complete a policelui. Iar când vom constata o atitudine aproape normală a degetului, lipsită totuși de complectă funcționare fiziologică, atunci vem avea a face cu a III-a varietate adică, cu luxația complexă. Următoarele trei scheme pot reprezenta întru cât va aceste situațiuni luând ca tip forma de Z. Cu cât această literă va fi mai neregulată cu atât luxația va fi mai complectă și complexă ast-fel:

-  lux. incomplectă, forma lui Z puțin neregulată.
-  lux. complectă, forma lui Z mult mai neregulată.
-  Lux. complexă. Forma lui Z cu totul neregulată.

Luxațiunea celor-lalte degete recunoște în tocmai aceleași cauze și acelaș mecanism, cu excepțiune de intervențiunea óselor sezamoide, cari

la ele nu există. Aci tot rolul îl jăcă ruperea capsulei articulare, pe care deja am descris-o la început. Vom avea deci, ca și la police, luxațiuni înapoi a indicatorului, mediului, anularului și auricularului formate din trei varietăți: Luxațiune înapoi *incomplete*, *complete* și *complexă*.

Simptomele fiind aceleași, diagnosticul se impune de la sine. El se stabilește *de visu* ca și acelea ale policelui.

Tratamentul. Ori-care ar fi gradul de luxațiune a orî-cărui deget, primul lucru de care trebuie să ne ferim este a nu ne lăsa să fim tentați de ceea-ce ni se pare mai ușor și mai natural, adică a pune mâna pe falangă și a o îndoi. Acesta este procedeul cel mai detestabil. El pôte transforma luxațiunea cea mai simplă în cea mai complexă. Nu putem mai bine de cât să reproducem întocmai preceptele date de Farabœuf pentru reducerea luxației policelui înapoi. Dînsa se aplică fără nici o modificare la tôte cele-lalte degete. Ast-fel:

I. *Reducerea luxației incomplete.* Se va apuca falanga fără a o îndoi. Manipulând cu dînsa ca cu un instrument rigid, să tragem înainte. Prin acêsta dislocând și împingënd sezamoidul său capsula lipită de capul metacarpian, falanga va aluneca de la sine și se va reduce cu cea mai mare ușurință.

II. În luxația complete iarăși vom menține falanga în poziția în care se găsește. Trăgënd de dînsa fără a imprima cea mai mică flexiune, o facem să aluneca pe fața dorsală a metacarpului, răđënd osul. Falanga înaintând, întîlnesce sezamoidul pe care-l împinge înaintea ei în mod laborios, căci e ținut de cele două buze ale butonierii. Inșă, odată trecut de marginea cartilagiului, dînsul va aluneca fôrte ușor în jos, trăgënd după el și falanga. Cu acêsta reducerea luxațiunii se efectuează.

III. *Reducerea luxațiunilor complexe ale policelui.* Aci trebuie să tragem de falangă cât vom putea mai mult pentru a produce o depărtare între suprafețele articulare metacarpo-falangiene de cel puțin 6 m. m. Apoi, fără a înceta tracțiunea, vom ridica brusc fulanga în sus, împingënd-o pe metacarpian. Prin acest mijloc sezamoidul s'a reîntors cu fața cartilaginösă pe metacarpian, aședându-se înaintea basei falangei, aședată călare pe fața dorsală a metacarpului. Dar cu acêsta am reprodus întocmai a doua varietate de luxație complete. Pe acêsta ușor o vom reduce prin metoda deja descrisă.

Sunt însă casuri dificile, unde prin tötă stăruința, talentul și aparate speciale, reducerea nu se obține. În acest cas, cel mai bun mijloc este a procede d'a dreptul la artrotomie. Lăsăm la o parte tenotomiile subcutanate. Ele sunt infidele, de ôre-ce lucrăm orbesce. Deschiderea articulației astăđi ne este permis a face cu antisepsia ce posedăm. Prin ea reușim, făcënd o incisiune pe fața palmară, a descleșta sesamoi-

dul, ligamentele saŭ capsula, cari sunt interpuse. Intervențiunea acésta este fără nici un pericol pentru bolnav. Incisiunile se fac rar pe fața dorsală. Număi atunci se practică când tendónele (lungul flexor) încalecă în afară capul metacarpian. In casurî excepționale vom practica resecția capului metacarpian.

Luxațiunea metacarpo falangienă a policelui înainte. Acésta varietate este escesiv de rară. Se produce când traumatismul fórte violent va fi fost aplicat pe fața dorsală a falangei. Atunci ligamentele laterale și cel dorsal rupându-se, falanga alunecă înaintea capului metacarpian, pe care se vęd întinse tendónele extensorilor. Acésta forméză prima varietate de luxație înainte a policelui. Dacă însă tendónele extensorilor în loc de a rămânea aplicate pe capul metacarpian, se deviază pe latura sa internă saŭ externă, resultă alte varietăți de luxație : înainte și internă, saŭ înainte și externă, după poziția ce ocupă aceste tendóne.

Luxațiile înainte a celor-l'alte degete presintă în tocmai acelaș mecanism și varietăți. De aceia nu mai trebuiesc descrise spre a nu fi forțați a repeta aceleași frase.

Tratamentul constă în a trage de deget în timp ce un ajutor împinge pe extremitățile falangei luxate. In momentul acesta coaptația se obține.

Fig. 42 dată de Faraboeuf póte servi ca tip orî-cărei luxații înainte a degetelor.

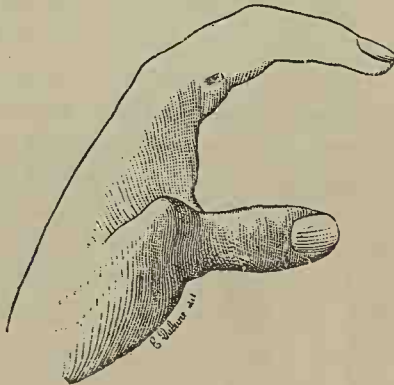


Fig. 42. — Luxațiunea policelui înainte și în afară

Luxațiunea falanginelor.

Presintă 3 varietăți : *înainte, înapoi și laterale.* Cele mai frecvente sunt laxațiile înapoi. Falangina trecând peste capul falangei póte să rē-

măe într'o situațiune verticală, formând un unghiū obtus saū drept. Une-orī rămāne înclinată în jos, puindu-se aprōpe paralel cu axa prelungită a falangei.

În luxațiunea înainte raporturile óseler sunt inverse : capul primei falange proeminează pe fața dorsală, iar al falangetei pe cea palmară ; între ele se află o depresiune.

Luxațiunile laterale, pot să fie interne și externe, după cum vârful degetetului deviat privesce către marginea cubitală ori radială, încrucișând direcțiunea degetului vecin.

Următorele figuri date de Follin vorbesc măi bine ca orī-ce descriere, reprezentând fie-care varietate de luxație.

Tratamentul constă în tracțiunea pe falangină, însoțită în același timp de impulsione.

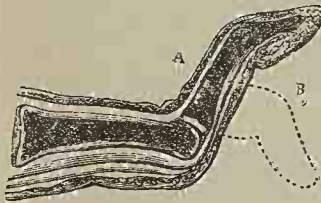


Fig. 44. — Luxațiunea falanginei înainte.

Fig. 43. — Luxațiunile înapoi a falanginei. (Follin).

A) Falangina răsturnată înapoi pe falangă.

B) Falangina paralelă cu falanga.



Fig. 45. — Luxațiunea înăuntru a falanginei mediului.

Luxațiunea falangetelor.

Presintă aceleași varietăți ca și cele precedente. Mecanismul, simptomele și tratamentul nu diferă aproape în nimic de congenererele sale.

În luxațiunile înapoi, ligamentul glenoidien se rupe pe când ligamentele laterale resistă. Și după cum această capsulă se interpune sau nu, or se răstornă între suprafețele articulare, luxațiunea va fi simplă, completă sau complexă. Contra lor vom observa aceleași reguli ca și în cele-l'alte luxații deja descrise.

§ IV. Bólele inflamatorii ale degetelor mâinei. — Panarițiū.

Nu putem da o definiție generală a panarițiului. E greu ca să pótă satisfice tóte genurile și varietățile, ce dînsa ne oferă. În adevăr, plecând de la piele pînă la os, fie-care țesut, ce constituie degetul, inflamându-se, ne dă un anume gen de panarițiū. Decî inflamația degetelū, ocupând sedii diferite a părților din carî e compus, represintă un panarițiū.

Cuvîntul panarițiū provine probabil din *paronichia* (inflamație d'asupra saū în jurul unghiei). După alții însă, origina ar veni din *panard* (animal cu picioarele sucite în afară). Comparațiunea acésta s'a luat din asemnarea ce ar presenta degetul prin deformațiunile sale capitale în urma bólei.

Panarițiul e cea mǎi frecventată afecțiune ce se observă la degete. Causa este, că aceste organe sunt cele mǎi expuse la tóte felurile de traume, de la cele mǎi mici pînă la sdrobirile cele mǎi mari. Bogăția vaselor limfatice, ne esplica faptul că, înțepăturile cele mǎi fine și mǎi nebăgate în sémă, devin origina celor mǎi formidabile panarițiuri. Bóla nu stă în raport cu trauma, ci cu natura virusului inoculat. De aceea, înțepăturile de ac, sgărieturile cu o așchie de lemn, cu un os, cuî ascuțit etc. produc mult mǎi ușor un panarițiū de cât plăgile profunde și sdrobirile complete. Inoculația mǎi cu greu se efectue în aceste ultime casuri, din pricină că vasele limfatice sunt larg deschise. Din contră, în înțepături, vasele find simplu perforate, microbul e introdus direct și absorbit tocmai ca într'o vaccinare.

Există mǎi multe categorii de panarițiuri, după adîncimea unde se desvoltă și organele ce copleşese; ast-fel:

1) *Panarițiū superficial*. Este când inflamația e stabilită în stratul cel mǎi extern al epidermului, sub cuticula epidermică. Acesta se numește panarițiū *sub epidermic*. Une-orî inflamația ia un caracter de roșiata difusă. Dînsa se întinde pe o suprafață mǎi mult saū mǎi puțin mare. Ea

séménă cu o limfangită reticulară. Acesta se numește *panarițiū angulitic*.

Alte dăți inflamația străbate mai adînc. Dînsa deslipesce tóte stratele epidermice pînă la corpul mucos al lui Malpighi. O vesiculă plină cu serositate albă se forméază. Bóla ia atunci numele de *panarițiū flictenoid* sau *bóla albă*, or *bóla din întîmplare*.

Cînd inflamația se stabilește în nivelul unghiei, fie la periferie sau pe matca sa, se numește *panarițiū periungueal* sau *sub ungueal*. Și precum acésta inflamație are tendința de a se întinde de jur împrejurul unghiei, panarițiul se mai numește și *turniol*. În acest cas unghia mai tot-d'a-una cade nefiind de cât o dependență a epidermului. Rosenbach a descris, sub numele de *erisipeloid al degetului* (erisipelas cronicum, eritema migrans) o afecțiune identică cu turniolul. Dînsa se observă în special la bucătărese, cari umblă cu carne crudă și substanțe iritante.

II). *Panarițiul subcutanat*. Are sediul în stratul celulo-grăsos aflat sub pielea feței anterioare a degetelor. Dînsul represintă tipul adevăratului panarițiu. Recapitularea unor date anatomice datorite lui Tillaux sunt absolut necesare. Se scie că pe primele două falange, sub stratul gresos al pielii, se află o tēcă osteo-fibrósă ce conține tendonul flexorilor. Pe a III-a sau ultima falangă nu există tēcă tendinosă. Deci țesutul gresos subcutanat este direct în contact cu periostul. De aci rezultă că, pentru ultima falangă, panarițiul subcutanat e în acelaș timp și profund. Mai mult încă, acest țesut, fiind în contact imediat cu periostul și lipit de dînsul prin mai multe despărțituri fibróse, forméază întru cât-va un acelaș și singur strat anatomic. Prin urmare, panarițiul subcutanat deja profund e în acelaș timp și periostic. Inflamația se propagă la acest țesut imediat, neavînd a învinge nici-o barieră. Iată pentru ce panarițiul ultimei falange mai tot-d'auna e urmat de necroza osului. Și cu atît mai sigur lucrul se va produce, cînd bóla a fost lăsată la mersul sêu, fără să se fi luat energice precauțiuni de la început.

În resumat: ultima falangă nu are de cât două varietăți de panarițiu: *Subepidermic și subcutanat*. Primele două falange au trei varietăți. *Subcutanat, al tecei tendinoase și sub periostic*.

Dar să revenim. Panarițiul subcutanat apare direct sau e consecința unui panarițiu superficial, adică subepidermic. Dînsul începe prin pulpa degetului său în intervalul coprins între două articulații falangiene. Dar or-cum ar fi, durerile, umflătura și fenomenele generală sunt de necomparat cu ale celui superficial. Mai mult, tumefacția nu se limitéază la fața palmară; din contră, dînsa e fôrte mică aci în raport cu cea de pe fața dorsală. Aci pielea fiind mobilă, iar țesutul celular lax, tumefacția ia o desvoltare mult mai mare. Acésta face a crede pe începători că acolo e bóla, iar nu pe fața palmară, unde există maximum de durere.

III). *Panarițiul tecelor sinoviale*. Este propriu numai primelor două falange. Dolbeau îl consideră tot-d'a-una consecutiv unui panarițiu subcutanat. Cu toate acestea, străbaterea unui ac direct în interiorul tecei, poate la rigóre să producă un panarițiu sinovial primitiv. Casul însă e escesiv de rar. Asemenea panarițiuuri s'au însoțit de o infecție generală, colecțiuni purulente la distanțe, artrite supurate, albuminurie și chiar abcese perinefretice. De alt-fel Duplay a arătat că falangele ca și metacarpienii, pot fi atinse de osteită epifisară întocmai ca și oșele cele mari ale membrelor.

Diagnosticul panarițiului. În general e foarte ușor. Cel mult, când e superficial, s'ar putea confunda cu o limfangită reticulară. Deosebirea une-orî e greu de stabilit. Dar acesta nu e tocmai o eróre gravă. Cele alte varietăți se vor cunoște după sediü, tumefacție și mai ales după durerea la presiune. Dînsa tot-d'auna e pe fața palmară. Și numai sediul durerii în această regiune ne va feri a ne amăgi de tumefacția enormă după fața dorsală. Acesta nu e de cât rezultatul unui edem desvoltat în țesutul celular foarte lax, dar fără a fi dureros.

Panarițiul tecei sinoviale, prin retracția și flexiunea degetelor ce determină, se deosebește în destul de cel subcutanat, care presintă acest fenomen. În plus, tumefacția se va prelungi în lungul tecelor putënd trece chinr dincolo de ligamentul anular al corpului, dacă panarițiul se află pe police sau micul deget. Se știe că sinovialele acestor degete comunică, după cum am arătat, cu marca sinovială a antebrațului. Panarițiul snb periostic se va recunoște prin durerile mult mai atroce și fenomenele generale foarte grave, proprii or cărei osteo-periostite.

Mai există o varietate de panarițiu, ce se desvoltă pe fața dorsală și laterală a degetelor. Acestuia s'a dat numele de *panarițiu antracoid*. Dînsul sémănă foarte mult cu un mic furuncul. El se desvoltă ca și acesta în glandele sebacee, ce însoțesc foliculii piloși aflați pe fața dorsală și părțile laterale a degetelor. Acelaș lucru îl putem observa și pe fața palmară; dar atunci bóla se desvoltă în glandele sudoripare. Glandele sebacee nu există în această regiune. Acestă afecțiune, care de alt-fel e mai mult un antrax al degetelor sau palmei mâinei de cât un panarițiu, nu oferă nici-o dificultate pentru diagnostic. Totuși lucrul trebuie știut spre a evita confusiunea.

Pronosticul. E foarte variabil. De multe orî se însoțesc de consecințele cele mai grave. Este evident că panarițiul, or-care ar fi varietatea sa, depinde de microbul ce i-a dat naștere. Când nu va fi vorba de cât de simplii microcoți, uniți doi câte doi sau chiar în lanț, terminațiunea va fi favorabilă. Din contra, absorpțiunea unui virus septic, ca la anatoșiști, inocularea de materii putride or tuberculöse, ca la chirurgi în

timpul unei operații etc., vor da fenomene mult mai grave. In asemenea casuri se compromite nu numai membrul, dar chiar și viața individului.

Iarăși pronosticul e grav, în panarițiul tecelor tendinoase al primului și al cincilea deget. Aci se produce propagarea inflamației la sinoviala antebrațului. Dinsa determină flegmone difuze. Dar chiar și în cazul când aceste complicații nu apar, totuși pronosticul rămâne grav, prin aceea ca epiteliul sinovialei desquamându-se, se produc aderențe între cele două foi. Tendonul rămâne inclavat, mișcările se suprimă, iar retracția degetelor devine permanentă. Acesta pune membrul în imposibilitate de a funcționa. De multe ori am fost silit a practica amputația antebrațului



Fig. 46. Consecințele unui panarițiu neglijat [personal].

saŭ desarticulația cotului, la indiviđi cari aŭ neglijat un panarițiu al degetelor.

Un esemplu demonstrativ îl avem în fig. 46. Dînsa nu are trebuință de nici-o explicare.

În fine, gravitatea pronosticului mai depinde și de diatesa bolnavului. La diabetici, albuminurici, alcoolici, etc., micrococul cel mai inofensiv pôte lua un caracter virulent. El va da nascere la acele panarițiuni gangrenóse și cu o tendință fórte mare la extensiune.

Tratamentul tot-d'auna trebuie să fie chirurgical. Deschiderea se va face fără a aștepta fluctuația. Este destul constatarea durerii, pentru ca intarvenția să fie motivată. Și acésta vom avea în vedere, mai ales în panarițiul ultimei falange. Acolo, după cum am văđut, țesutul celulo-gresos subcutanat e imediat în contact cu periostul falangetei. Vom face decî incisia până la os, căci numai astfel vom preveni necroza. Acésta măsură putem să nu o aplicăm la panarițiul primelor două falange, căci la ele, fie-care varietate de panarițiu e independentă. Astfel putem avea un panarițiu numai subcutanat, fără ca inflamația să fie propagată la téca tendonului. Decî e de prisos a merge cu incisia prea profund. Ba ce este mai mult, o asemenea incisiune ar deveni chiar priculósă, căci prin ea, spintesând téca, am provoca o nouă inflamațiune și complicațiuni serióse. De aceia în panarițurile primelor două falange, incisia nu se va face drept pe linia mediană, ci mai în afară, tocmai pentru a cruța téca tendónelor. Dar când prin semnele ce am arătat, vom fi siguri de prinderea tecei tendonului, atunci de sigur bisturiul va merge mai profund până la acest organ, exclusiv peretele posterior. În cazul de panarițiu sub periostic, incisiunea de sigur va merge până la os. Nu însă pe linia mediană, ci mai mult în laturî și în afară, spre a nu deschide téca. Înainte ca și după incisie, precauțiunile antiseptice cele mari vor fi puse în joc. Întréga mână va fi pusă 3—4 ore pe ți într'o baie antiseptică cu sublimat, creolină saŭ acid fenic 5%. Pansamentul va fi tot-d'auna umed, compus din comprese și vată muiată în sublimat; tóte acoperite de gutapercă și menținute cu feși, spre a împedica evaporatiia. Vom obține astfel ceia ce Le Fort numia *balneatiune antiseptică a plăgilor*. Se înțelege de la sine, că tratamentul intern, dirigeat contra diatezei individului, nu va fi de loc neglijat. Ne vom conforma principiilor ce am stabilit și repetat de atâtea ori în vol. I și II.

Trbuie iarăși a preveni bolnavul de unele consecințe, de cari va avea să sufere. Ele sunt ankilosa degetelor, flexarea lor și înțepeneli articulare, spre a nu ne face pe noi răspundători, după cum e obiceiul. Vom da însă óre-cari speranțe, că prin masagiŭ, o gimnastică rațională, electricitate, băi etc. lucrurile se pot remedia. În adevăr, de multe ori

aşa se şi întâmplă. Noi însă nu trebuie prea mult să ne angajăm. Ce conduită vom avea când oşele vor fi necrosate sau tecile tendinoase sfacelate? Să aşteptăm pînă la eliminarea lor spontanată. Or ce tetantivă de extragere prematură, devine vătămătoare. Acesta, din cauză că şghiabul de eliminare între partea mîrtă şi sănătoasă nu s'a format. Atunci din două lucruri una: or smulgem numai o porţiune de os sau tendon şi vom lăsa un rest, or în timpul tracţiunii putem rupe şi din porţiuni sănătoase. În cazul întâi, n'am ajuns la nici un rezultat. Într-un nimic n'am grăbit vindecarea. În cazul al doilea, putem provoca o nouă inflamaţie. De consecinţele sale vom fi răspunzători. Deci, expectanţa e cel mai bun şi folositor lucru pentru bolnav.

Iarăşi ne vom abţine din toate puterile a nu întreprinde amputaţia degetului. Un bont, or cât de inform, este de mare preţ pentru bolnav. Casul devine discutabil, când unul sau mai multe degete vor fi rămas în anchilosă rectilină. Dar şi aici, de va fi posibil, vom ridica ultimele două falange, lăsând în loc părţile moi. Acest bont, retractându-se, va aduce mari servicii, mai ales dacă articulaţia metacarpofalangienă îşi are toate mişcărilor libere.

§ V. Panariţiul analgesic sau bóla lui Morvan.

După cum numele indică, caracteristica acestui panariţiul este:

I) a fi lipsit cu totul de dureri. Fenomenul este deci absolut invers cu ceea ce se petrece în panariţiul ordinar. Aci, durerile atroce constituie tocmai partea sa cea mai fundamentală. În panariţiul analgesic, din contra, bolnavii suportă, fără nici o simţire, incisiile cele mai profunde şi întinse.

II) Panariţiul analgesic apare de odată la mai multe degete. Uneori el le copleşesc pe toate succesiv. În orice caz dînsul e multiplu. Panariţiul ordinar este solitar.

III). Panariţiul analgesic nu e însoţit de fenomene inflamatorii manifeste. Are însă leziuni trofice, precum: crăpături, flictene, exulceraţii, deformarea unghiilor, colóre violacee a tegumentelor, ipotermie locală şi o sudaţie exagerată. La toate acestea se adaugă paresia antebraţului, atrofia musculară şi analgesia.

IV). Panariţiul analgesic e urmat mai tot-d'auna de necroza falan-gelor. Şi de orice această afecţiune copleşesc de-odată mai multe degete, sau le ia pe fie-care în parte în mod succesiv, individul e ameninţat a-şi pierde toate degetele. Dînsul devine repede cu totul ciung.

Causa. Acestă bóla a fost studiată pentru prima óară de Morvan în 1883. De aci şi numele ce'l pórtă. Causa însă nu e cu totul bine cu-

noscută. Noi, împreună cu alți autori, credem că aci ar fi vorba mai mult de o lepră anestezică. Monod admite o nevrită a nervilor colaterali ai degetelor. Gombault, pe lângă nevritele periferice, admite o sclerosă chiar a măduvei. Acastă leziune, dînsul a găsit'o într'un cas de sclerosă în regiunea cervicală. In fine, Joffroi, Achard și Charcot, consideră panarițiul analgesic ca o modalitate clinică a siringomieliei.

§ VI. Bólă neinflamatorie sau mecanică a degetelor.

Degete cu resort sau pedică.

Nume creat de Notta. El a descris pentru prima óră această bólă. Dînsa este mai frecuentă la bărbați între 30—40 ani. Atinge mai cu preferință policele și indicatorul,

Acastă afecțiune constă în aceia, că degetul, în timpul mișcării sale de flexiune sau extensiune, este brusc oprit la un moment dat de un obstacol. O dată însă acest obstacol învins, mișcarea se produce repede. In acest moment se determină un sgomot. El este analog, ca și cum degetul ar fi trecut peste o pedică.

Une-orî obstacolul nu se lasă a fi învins cu ușurință, chiar în urma unei contracțiuni violente a mușchilor. Atunci, bolnavul e silit a apăsa cu putere pe deget, fie cu mâna opusă, sau chiar puindu-se cu ședutul pe el. In acest cas, reducerea e mult mai sgomotósă și fórte durerósă. Ea póte da nascere unei sincope.

Se susține că ruperea unor vírfuri de instrumente ascuțite în dreptul rădăcinei degetelor, ca de ex.: bucați de sticlă, vírf de bricég etc., pot determina această bolă. Noi admitem diatesa reumatică. Intre alte probe, am un cas tip de deget cu resort pe mediul stîng. E vorba de o femeie de 43 ani, cu antecedente reumatice clasice. Tratamentul interior cu iodo-bromur, a adus o vindecare repede, nelăsând absolut nici o urmă.

S'au emis o mulțime de teorii, pentru esplicarea mecanismului acestei afecțiuni bizare. Nici una însă n'a avut darul să devie absolută. Notta și Nelaton susțineau o îngroșare a fundului de sac sinovial al flexorilor, care, după cum scim, trece de rădăcina degetelor. Acastă îngroșare se transformă într'o mică tumoră, însoțind tendonul flexorului în excursiunile sale. Dînsa, în timpul mișcării degetului, tinde a trece sub aponévrosa palmară. In acest moment, se produce senzația particulară de resort sau pedică. Dar această teorie nu e aplicabilă la police și auricular. In adevăr, aceste două degete nu au fund de sac. Téca lor se continuă direct cu sinoviala corpului. Mai probabilă e teoria tendinosă pură. După această teorie, obstacolul, îngroșarea sau mica nodosi-

tatea s'ar afla chiar pe tendon. Dînsa împiedicând alunecarea tendonului în tēcă, ne dă perfect senzația de resort.

Menzel și Blum, au făcut o experiență foarte demonstrativă. Ei au pus un fir în jurul tendonului flexor, măririndu-î ast-fel grosimea. Fenomenul de resort se producea, de câte ori porțiunea tendonului artificial îngroșată, intra saū eșia din tēca sa.

Mai există încă o teorie numită *articulară*. Dînsa se datorește lui *Pitha*. Fenomenul se atribuie prezenței corpului străin în cavitatea articulară.

Könnig crede în existența anormală a unei creste osose, așezată pe extremitatea falangei saū a metacarpienului. Probabilitatea o credem a fi din partea lui *Könnig*. În adevăr, anatomia arată existența unei asemenea creste pe capul metacarpienilor și chiar a falangelor. Am văduț că în luxațiile policelui, acēstă crēstă jōcă cel mai mare rol. Este destul decî a admite o formă saū volum neobičinuit a acestei creste, pentru a ne explica în mod suficient, senzațiunea de piedică și sgomotul produs în mișcările unui deget numit cu resort.

Dar nu mai puțin veridică este și teoria tendinoasă. În adevăr, nimic mai ușor de cāt îngroșarea și chiar depositul de diferite produse în seroasa tecei tendinoase la indiviđui aflați sub influența unor anume diateze. Dar o asemenea îngroșare e capabilă după cum am arētat, să producă fenomenele ce însoțesc degetul cu resort.

Tratamentul e mai rar chirurgical. Băile locale, masagiul, iod la interior, adesea produc vindecarea. S'a făcut însă de Blum, Lannelongue, *Könnig*, etc. diferite operațiuni. Câte-o-dată s'a scos serositate, altă dăți tumorî fibrōse saū chiar fungositați. Dar aceste intervențiuni trebuie rezervate tocmai la urmă, atunci când tumora ar fi maifestată și ar aduce o jenă prea mare în funcțiunea degetului saū a profesiunei individului.

§ VII. Bólele specifice ale degetelor.

I). *Spina ventosă*.

Am arătat la panariđu, că inflamația părților moi se póte propaga pînă la scheletul degetelor. Ajunsă aci, dînsa îl copleșește și determină în mod secundar o osteită și chiar necroza sa. Există însă și o inflamație primitivă a scheletului falangelor. Acēsta, invers ca cea precedentă, se propagă de la adîncime la suprafață. Dar asemenea osteite tot-d'a-una sunt de natură specifică. Cele mai principale sunt două : una de natură tuberculoasă numită *spina ventosă*, și alta de natură sifilitică numită de Nelaton *panariđu sifilitic*, iar de Chassaignac *dactilita sifilitică*.

Spina ventosă. S'a numit ast-fel din cauză că, corpul osului e așa de umflat în cât pare a fi fost însuflat cu aer. Și în adevăr, osul are acest aspect. La rădăcină și extremitatea liberă dînsul e foarte subțire ; partea sa de mijloc însă e foarte umflată. Acésta îi dă în totul aspectul unui fus, precum arată figura 47. La început tot rēul se mărginesce în scheletul



Fig. 47. — *Spina ventosă* (Parrot).

falangei. Mai târziu însă pielea se roșese și chiar se ulcerază. Lucru demn de notat este, că *mişcările degetului rămân libere*. Afecțiunea este indolentă și cu mers cronic. Dînsa pōte chiar să se termine prin rezoluție. In cazul contrariu se produc ulceratiuni și fistule. Ele sunt situate tot-d'a-una pe partea dorsală și laterală a degetelor. Aceste traecte sunt pline cu fungosități și puroiuri seros. Introducēnd prin ele un stilet, ajungem pînă la os și chiar în interiorul cavității sale medulare. Dar și în acest stadiu, vindecarea spontanată încă se pōte obține. Părțile necrosate se elimină de ele însăși. Treptat reparațiunea perderilor de substanță se obține. Decī numai în cazul când articulațiile vor fi distruse și toate tecele sinoviale prinse, atunci vom recurge la amputație. Vom ridica degetul ce numai e de nici un folos.

Tillaux e cel mai optimist. Iată ce dīce dînsul în clinicile sale. Nu trebuie a practica pe acești copii nici o operație. Simpla aplicare de tinctură de iod și îngrijirea stărei generale, procură o vindecare spontanată. Și faptul important e că adesea, o asemenea vindecare spontanată se face fără nici o deformație. Lannelongue a arătat că de și extremitățile epifisare a unei falange ar putea fi distruse, totuși modificări în lungimea și scurtarea degetului nu se observă. Causa este, că alături de distrugerea unui cartilagiū epifisar, se desvoltă iritația unui alt cartilagiū al unei falange vecine. Acésta crescēnd mai mult, compen-

scurtarea falangei bolnave. Nu e însă tot ast-fel când spina ventosă se dezvoltă pe capul unui metacarpian. In acest cas, lungimea degetului va fi mai mare sau mai scădută, după cum extremitatea metacarpianului va fi iritată sau distrusă. In primul cas, fiind vorba de creștere, degetul va fi împins înainte. El va deveni mai lung ca cei-l'alți. In al II-lea cas, extremitatea metacarpianului fiind distrusă, degetul se va retracta, intrând înăuntru. El devine ast-fel mai scurt ca cele-l'alte.

Cât privește natura acestei afecțiuni este ađi pusă în afară de orice discuție. Lucrul e pe deplin demonstrat. Aci e vorba de o osteo-periostită tuberculósă a falangelor sau metacarpianilor.

Nelaton e cěl d'intăi care a arătat că spina ventosă e o bólă de natură tuberculósă. Parrot admite acelaș lucru. El susține că punctul de plecare constă în niște noduli cenușii. Acești noduli sunt analogi cu granațiunile tuberculóse, ce se găsesc în plămâni și cele-l'alte viscere. Pe lângă acesta, Parrot invócă și faptele clinice. In adevăr, persoanele atinse de spina ventosă pot fi copleșite de ulceratiuni tuberculóse ale plămânului, intestinelor și altor organe. Mai mult, Kiener și Poulet, au obținut generalizarea tuberculóse pe animale, injectându-le puroiū și granațiuni fongóse, luate de la o osteo-periostită a metacarpianilor. Lannelongue, prin examinări microscopice, a găsit infiltrațiuni de foliculi tuberculoși în țesutul medular și fungositățile luate din spina ventosă.

Singur Volkmann susținea că această bólă nu e de natură tuberculósă. După dînsul, spina ventosă ar fi la început o medulită cronică, caracterisată printr'o stare fongósă a măduvei. Mai târziu, această inflamație cronică se rezolvă într'o osteită rarefiantă, iar la urmă într'o periostită. Ađi însă, acordul e general asupra naturei specifice a bólei. Dînsa s'a scos din confusiunea în care o pusese vechii autori. In adevăr, înainte, prin spina ventosă se înțelegea un grup nedefinit de afecțiuni inflamatorii și neoplastice ale degetelor ca enhondrom, osteo-sarcom, chondro-sarcom, etc. etc.

II). *Dactilita sau panarițiul sifilitic.*

Are fórte mare analogie cu spina ventosă. Se observă că și dînsa pe copii. Are ca sediū falangele. Ocupă însă mai ales prima talangă. Această afecțiune este rezultatul unui sifilis congenital. Dînsa reprezintă leziuni terțiare adică gome. Ele une-orî iaū o formă cárnósă, tare; iar alte orî o formă coloidă și fluctuentă. Tendónele, în general, sunt scutite. Pot însă fi copleșite de depositul gomos. Aceste gome se pot resorbi precum de asemenea și să se ulcereze. In acest cas, dau nascere la fungosități, traecte fistuloșe și eliminare de părtați necrosate din óse

Alterația unghiilor e rară. Lallier însă a observat o asemenea alterație într'un cas. Dactilita sifilitică e însoțită de dureri spontanate, cu exacerbațiuni în timpul nopții.

Tratamentul specific foarte adesea triumfă contra acestei bóle. In casuri vechi însă, când necroza óselor e întinsă și complicată de fistule, fungosități sau distrugeră articulare, nu ne rămâne de cât amputația. Fig. 48 represintă o dactilită sifilitică.

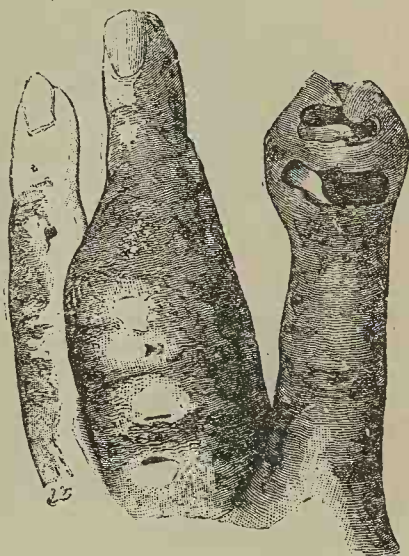


Fig. 48. — Dactilită sifilitică (Blum).

Artritele degetelor. Se observă destul de des în urma frecventelor traumatisme. Ele nu oferă nimic de special. Articulația metacarpo-falangienă a policelui e mai predispusă ca toate cele-lalte. Aceste artrite traumatice foarte des devin punctul de plecare a dezvoltării de tumori albe pe indiviđii scrofuloși, sau a unei artrite uscate pe bătrâni și artritică. Ele se recunosc prin distrugerea ligamentelor, de unde o mobilitate anormală, mai ales în sensul lateral. Suprafețele articulare perđând luciul normal ne vor da la explorațiune acele trosnituri sau cracmente speciale. Ele forméză semnul patognomic ale eroziunilor și ulcerațiunilor capetelor óse ce constituie articulația.

Bóla progresând, numeroșe fistule vor apare. Ele vor da loc la scurgere de puroiú osifluent, la fungosități și chiar la eliminare de părțicele mici de óse. Tóte la un loc, ne arată artrita supurată în tótă splendoréa ei.

Imobilizarea și o poziție convenabilă, însoțită de un tratament ge-

neral, e tot ce putem întrebuița contra lor. În casuri inveterate și supurațiunii prelungite, vom recurge la resecții și chiar amputație.

§ VIII. Bóle neoplasice ale degetelor.

I. *Tumorile benigne.*

Vom trece repede peste aceste tumori. Ne vom opri numai asupra unor particularități. Restul se găsește studiat complet în Vol. II, la capitolul tumorii.

I. *Angiómele.* De ordinar sunt congenitale. Se observă însă și în urma unui traumatism, dar mai rar. Aceste angióme prezintă toate caracterele clasice. Ele pot fi simple, adică fără pulsație sau suflu. În acest cas se numesc *navi materni*. Altă dată însă ia forma *angiomului cavernos*.

În orî-ce cas, dinsele constituie tumori sesile, de o colóre albăstrie și de un volum ce se póte mări prin sforțuri. Prin excepțiune, angiómele pot fi chiar pediculate.

În general, aceste tumori sunt unice. Alte dăți însă multiple. S'a observat pînă la 40 de tumori și chiar 100 pe acelaș deget. Mai tot-d'a-una rămân intacte. Une-orî pot da naștere la fisuri, ulceratii etc. În acest cas se complică de emoragii fórté rebele.

Diagnosticul e ușor, iar tratamentul clasic al anevrismelor cirsoide.

II). *Anevrismele cirsoide.* Nu prezintă nimic de special, afară numai de enormele dilatațiuni ale vaselor situate d'asupra tumorii. Acéstă dilatație se póte întinde chiar pînă în cavitatea axilară. Ele provin sau dintr'un *nevus materni* sau dintr'un traumatism. Contra lor avem toate mijlocele clasice. Vom evita amputația membrului. Este știut că tumora primitivă distrusă, toate cele-l'alte vase dilatate revin de sine la calibrul lor normal. (Veđi Vol. II).

III). *Kiști.* Pentru cei sebacei, sudoripari, nu avem nimic de adăugat, fiind deja studiați în Vol. II. Iarăși vom trece și peste kiștii seroși. Origina lor póte să fie sau dintr'un diverticul al sinovialei articulare, sau din acela al serósei tendinoase. De aci și diviziunea lor în kiști articulare sau sinoviale propriu și kiști tendinoși. Despre ei am vorbit în Vol. II și vom reveni la bólele pumnului.

Ca o curiositate patologică, să ne așteptăm a întlni pe degete și chiar kiști hidatice.

În fine, de și fórté rar, dar s'a observat pînă și kiști dermoidi ai degetelor.

Patogenia acestor kiști dermoidi, s'ar putea atribui unei inclusiuni a ectodermului în timpul vieței intrauterine, conform principiului stabilit

de Cohnheim. Alte dăți însă patogenia lor e greu de susținut, fiind dată etatea prea înaintată a indivișilor posesori de acești kiști.

Este mult probabilă origina traumatică a acestor kiști. Ea e baza teoriei emise de Massé din Bordeaux. Acest autor, introduce lambouri de piele în peritoneul unor animale tinere. Aceste lambouri s'aŭ grefat și cu timpul aŭ produs kiști dermoiști. Dinsul deci crede, că tot astfel se întâmplă și în urma unui traumatism. El susține, că elementele epiteliale, străbătând în adâncimea țesuturilor, se pot desvolta, producând kiști dermoiști.

Diagnosticul se face mai mult prin exclusiune. In casuri dificile, prezența unei mici cicatrice, arătându-ne un traumatism anterior, ne poate autorisa să ne gândim la un kist dermoid.

IV. *Papilomele sau negii*. Sunt foarte frecuenți la degete și mai ales la regiunea dorsală. Une-orî îi întâlnim chiar în regiunea unghiilor. Unii din ei pot lua o dezvoltare mare, complicându-se de producțiuni corneate. S'a observat degenerarea acestor negi în epitelioane.

V. *Lipómele*. Se întâlnesc rar pe aceste organe. Une-orî sunt circumscrise, iar alte dăți difuse. In acest cas, se confundă cu diferite sinovite fongóse, sau cu kiști sinovialî, când sunt circumscrise. Dacă sediul acestor tumori e pe mână, să ne așteptăm a le găsi prelungite sub aponevroasa palmare. Acesta va constitui o dificultate în extirparea lor, din cauza arcadei palmare superficiale, mai ales dacă tumóra se află în scobitura palmei mâineî.

VI. *Fibrómele*. Sunt încă și mai rari. Ele pot avea conexiuni cu țeca tendónelor. Se observă în mod indiferent pe fața dorsală și palmară, pe pulpa degetelor și în spațurile interdigitale.

VII. *Nevrómele*. Se caracterisă prin dureri vii nu numai în dreptul tumorei, dar chiar și la distanță. Aceste dureri se pot iradia în lungul brațului până la piept.

Une-orî aceste tumori sunt foarte numeroase. In acest cas ele dau naștere la operațiuni delicate. Nelaton într'un cas a fost silit să practice amputațiunea mâineî.

VIII. *Osteómele*. Se prezintă sub formă de *iperostose* epifisare sau chiar de *tumori osose*, dezvoltate în părțile moi.

Iperostosele produc o creștere totală a degetelor. Ele devin de o tărie foarte mare, împedcând exercițiul funcțiunei. Exostosele epifisare se dezvoltă la extremitatea óselor în dreptul articulațiilor. Aci forméză tumori une-orî de mărimea unor nucî. Dînsele, ocupând ultima falangă, pörtă numele de exostose subungueale. Ele de alt-fel sunt mai rari la degetele mâineî ca la picior.

În fine, exostosele părților moi se caracterisă prin aceea că tumora ososă, nu are nici-o conexiune cu scheletul.

Tóte aceste tumori câte-o-dată sunt fôrte numérose. Ele ocupă în mod indiferent unul saũ mai multe degete, saũ chiar însuși mâna.

Un model de osteom al degetului îl avem în Fig. 49.



Fig. 49. — Osteom al degetului mediũ (personală).

IX) *Enchondrómele*. Sunt de sigur cele mãi frecvente. Mãi tot-d'auna multiple. Ele pot lua un volum fôrte considerabil, atingând o circonferință de 25 c. m. Ele iaũ nascere din interiorul osului, din periost, saũ din părțile moi. De aci *enchondroine centrale, periostice saũ parostale* și a *părților moi*. Afară de acesta dînsule se mãi pot desvolta și în teca tendónelor.

Enchondrónele centrale se asemănă fôrte mult cu spina ventosa, cu care s'aũ și confundat. Ele pot produce o lungime demonstrată a degetelui, după cum cartilagiul episar e mãi mult saũ mãi puțin iritat. Acesta se observă mãi ales la persoane tinere, la cari osificațiunea nu e terminată. Cele-l'alte varietăți n'aũ nimic particular, afară de legătura ce

aŭ cu tendónele saŭ periostul. În acest cas, mobilitatea tumorei este limitată. Când tumora e desvoltată numai în părțile moi, mobilitatea e cu totul liberă și largă. Când sunt multiple, mâna e foarte mult deformată. Dînsa e provădută de niște tuberosități, comparate cu castanele și cartofii înșirați unul lângă altul. Fig. 50 forméază un model tip de această afecțiune.



Fig. 50. — Enchondrôme multiple ale degetelor.

Aceste tumori sunt tot-d'auna indolente, afară de casuri de compresiune al unor nervi. Ele aŭ ca particular o transparență caracteristică.

Prognosticul e benign, afară numai de casuri mixte. În adevăr, adesea se amestecă în ele elementul sarcomatos. De aci și numele de condrosarcom. În asemenea cas se observă nu numai recidiva, dar chiar și desvoltări metastatice, în special în plămâni. Singurul tratament este extirparea.

§ IX. Tumorile maligne ale degetelor.

I). *Sarcomul*. Are diferite puncte de plecare. El se poate desvolta în os, periost, tendóne, tecă sinoviale, țesut celular și chiar piele. Trebuie să ne fie atrasă atențiunea asupra posibilităței desvoltărei unor asemenea tumori împrejurul unghiei. Acesta constituie cea ce vechii autori numiaŭ *onixis*. Sarcémele pielei sunt negate de unii autori. Se susține că ele trebuiesc considerate ca degete anormale, dar cu totul avortate.

Prognosticul. E variabil. Mai des însă foarte serios. În adevăr, dacă une-orî mersul este excesiv de lent, punând 20 și chiar 30 de ani pentru a se desvolta, alte dăți din contra, iaŭ un mers foarte repede și cu tendință la generalizare.

Vom căuta a stabili cu atențiune sediul anatomic al tumorei, adică dacă aparține scheletului, tendónelor, etc., Acesta pentru a sci modul

după care vom interveni. Osteo-sarcomul cere amputația degetului. Acela al tegumentului, numai extirparea simplă a tumorei.

II). *Epiteliomul* are acelaș sediū ca și sarcomul. Dînsul ne presintă trei varietăți: *papilar* sau *vegetant*, *dermic* sau *infiltrat* și *glandular*.

Forma papilară e cea mai frecuentă. Mai tot-d'auna e consecința unui neg neglijat. Forma dermică constă în infiltrațiunea pielii și a țesutului subjacent de elemente epiteliale. Dînsa formeză indurațiunii tari. Uneori se complică de ulcerațiunii. Adesea vedem eșind, prin nisce mici perforări sau ulcerațiunii, filamente galbene. Ele se numesc vermișori epiteliali. Forma glandulară se desvoltă pe socotéla glandelor sebacee sau sudoripare. Dînsa a fost numită de Broca *poliadenom*. Se presintă ca tumori mici multiple. Oferă la suprafața lor un mic orificiū. El este conductul excretor al glandei.

III). *Cancerul* melanic. Este cel mai rar. Se presintă sub forma unei tumori negre. El sémănă cu un angiom.

Caracteristica tumorilor maligne este aceea a tuturor tumorilor de genul lor. Ele au tendința la copleșire, recidivă după extirpare și reproducere metastatică. Acésta se manifestă fie în ganglionii sau viscere.

§ X. Diformitățile degetelor mâinei.

Acestea pot fi de două feluri. Când sunt congenitale, pörtă numele de *vițuri de conformațiune sau diformități*. Cele accidentale, provenite în urma arsurilor, fracturilor, paralișilor, sifilisului, lepra grecescă etc. se numesc *deformațiuni*.

Diformitățile sau vițurile de conformațiune congenitală se împart în două mari categorii. Uneori diformitatea constă în avortarea sau lipsa organului. Altă dată, din contra, în exagerarea volumului său chiar a numărului.

Diformitățile prin lipsă, se numesc, în termen generic, *ectromelii*. Cele prin exces, *polimelii*.

Cu privire la ectromelie, trebuie să notăm următoarea observație. Prin ectromelie pură se înțelege, că unul sau mai multe degete rămân mult mai puțin desvoltate decât congenerii lor. Acésta este, când un individ posedă câte-va degete mai mici, mai delicate, mai subțiri, mai atrofiate ca cele-alte. Dacă însă aceste organe lipsesc cu desăvîrșire, și anume când individul în loc să aibă cinci degete, are numai 4, 3, 2, sau chiar nici unul, atunci diformitatea se numește *ectrodactilie*. Dar altă dată degetele nu lipsesc. Ele însă sunt mult mai scurte decât în starea normală. Acésta provine, fie dintr'o oprire de desvoltare—deși elementele constitutive ale degetului există, fie că unele falange, și în special

ultimele, se lipesc d'a dreptul pe metacarp. Cu alte cuvinte, în loc de a avea trei falange, avem două sau nu năi una. Viciul acesta de conformație poartă numele de *brachidactilie*. Iar când degetul lipsește cu totul, împreună cu metacarpianul său, atunci se numește *ectromelie longitudinală*. În acest cas, există concomitent atrofia radiului și a cubitului. Contra acestor diformități, chirurgia nu poate interveni. Deci n'avem să ne ocupăm de ele. Dinsele aparțin mai mult teratologiei.

Când însă în loc de ectrodactilie, avem polidactilie, adică mai mult ca cinci degete, atunci neapărat, această diformitate prin exces, intră în domeniul chirurgiei. Noi putem desființa organul născut în plus, mai ales când el va fi o pedică la îndeplinirea funcțiunei fiziologice a celorlalte degete.

În această polimelie avem trei varietăți :

I). Polidactilia propriu zisă, când avem șase sau mai multe degete

II). Polifalangie, când avem mai multe falange.

III). Macroductilie, când toate elementele degetelor, fără a fi în plus, totuși sunt monstruos dezvoltate.

Polidactilia poate să existe câte odată atât la mână cât și la picior. S'au găsit 6 pînă la 13 degete. În acest cas degetele, desigur fiind deviate, împiedică funcțiunea regulată a membrului. Când sunt însă numai în număr de șase, în general nu aduc nici o împiedicare.

Acest viciu de conformație, numit încă și *deget supranumerar*, prezintă în special la police două varietăți. Dînsul are une-orî o falangă a parte, articulată cu primul metacarpian. Alte dăți, aceeași falangă e comună. Ea prezintă o spintecătură. Forma această, reprezentată în fig 51,



Fig 51. — Police bifid.

poartă numele de *police bifid*. Degetul supranumerar poate să aibă extensori și flexori separați. Ei însă tot-d'a-una vor fi divizați. Degetul su-

pranumerar, câte-odată posedă un schelet aparte, precum se vede în fig. 52, luată din serviciul d-lui prof. Rômnicénu. În fig. 53, luată din tesa d-lui Minculescu, se vede scheletul unui deget supranumerar, luat prin radiografic. Alte dăți însă, degetul nu are decât un simplu pedicul.



Fig. 53. — Deget supranumerar cu schelet separat (Dr. prof. Rômnicéanu).

cutanat, prin care se implantéază pe degetul normal. Varietatea acésta se vede în fig. 54 și 55.

Tratamentul. Constă în ablațiune, dacă aduce o jenă în funcțiunea mâinei sau a piciorului. Când e vorba de o simplă implantațiune, ridicarea degetului se face foarte ușor prin secțiune sau aplicarea unei legături pe pedicul. Dacă din contră, degetul supranumerar are un schelet a



Fig. 53. — Scheletul unui deget supranumerar luat prin radiografie.



Fig. 54. — Deget supranumerar cubital, prin simplă implantare a unui pedicul cutanat.

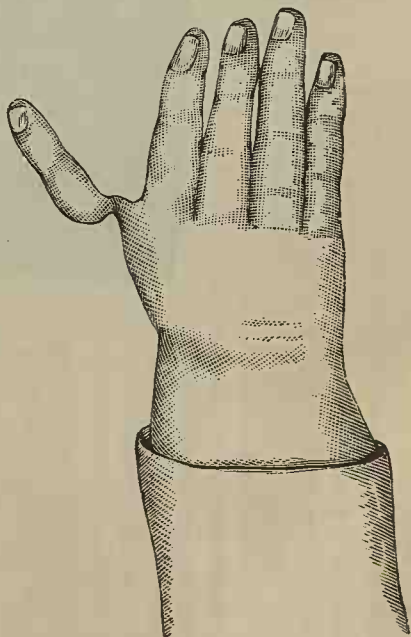


Fig. 55. — Degetul supranumerar pediculat (personal)

parte, operațiunea e mai delicată. Baza acestui deget, în special policele, fiind sudată cu primul metacarpian, ablațiunea sa poate să deschidă articulația. Pe de altă parte, dacă vom evita acest lucru, și dacă ne mărginim numai la amputația falangei, atunci cartilagiul epifisar rămânând în loc, cu timpul va crește. În asemenea caz e probabil să se reproducă diformitatea. Lucrul se și întâmplă, dacă operăm pe copii, înainte de epoca osificării complete a oșelor. Având a face cu o bifiditate a policelui, altă complicație putem avea. Făcând ablațiunea unuia din ei, e posibil a compromite funcțiunea celui l'alt. An văduț, în adevăr, că uneori și tendonele în aceste cazuri sunt bifide. De aceea, în asemenea cazuri, e mai folositor a lipi ambele degete între ele printr'o avivare laterală, decât a recurge la ablațiune.

II. Viciul de conformație printr'un exces de număr de falange, nu se observă de cât pe poliee, care în loc de două are trei falange. Acesta se explică după Sappey prin aceea că, primul metacarpian rezultă din fuziunea primei falange, ce se unesc cu dînsul. Deci în cas de anomalie, dacă prima falangă în loc de a se suda cu metacarpianul, din contra se articulează cu el, atunci degetul va avea trei falange în loc de două.

III. *Macrodactilia*. Se caracterisă printr'o creștere enormă de volum a tuturilor părților constitutive ale degetelor. Acastă exuberență poate merge de la piele pînă la os.

Casurile sunt foarte rare unde această macrodactilie, se datorește numai țesutului adipos subcutanat.

Ceia-ee este important în această diformitate e că ipertrofia nu se mărginesce numai la degete. Dînsa progresiv se întinde la membrul întreg și chiar la jumătatea corpului. De aceea, chiar ablațiunea unuia său a mai multor degete ipertrofiate, nu numai că recidivază, dar nici nu poate împiedica ipertrofia ulterioară a membrului.

Patogenia acestei afecțiuni e multiplă. După Trélat și Monod, dînsa ar proveni dintr'o paralizie vaso motrice. În urma acestei paralizii, s'ar produce o stagnație sanguină, și deci o congestie. Atunci, toate elementele organului atins, se vor găsi într'o exagerațiune de nutriție. Prin urmare se vor îngroșa luând un volum mai mare.

Sindactilia. Este un viciu de conformație, care constă în lipirea degetelor între dînsese.

Avem trei grade de sindactilie: *membranosă*, *cutanată* și *ososă*. Acesta rezultă, după cum lipirea se face printr'o simplă membrană, printr'un înveliș comun de piele, sau prin fuzionarea totală a scheletului degetelor. În toate aceste cazuri, *sindactilia este completă ori incompletă*, după cum lipirea e pe totă întinderea, sau numai pe o porțiune a degetelor. Patogenia acestei afecțiuni decurge de acolo, că în primele luni a vieții

embrionare, mâna ca și piciorul au o dispozițiune palmată. Degetele însă crescând mai repede, întrec membrana de înveliș. Decî dînsa rămîind mai înapoi, constituie spațiul interdigital. Dacă în urma unor cauze neprevăzute, această membrană ia o dezvoltare prea mare, va produce sindactilia.

Forma cea mai ușoră de sindactilie este cea membranosă. Aci, degetele, nefiind strîns unite între ele, pot exercita mișcări libere și independente. În forma cutanată, mișcările sunt mai puțin libere. Causa este că membrana interdigitală e mult mai strînsă. În fine, aceste mișcări independente ale degetelor vor fi suprimate, când sindactilia va fi ososă. Abolirea completă a mișcărilor este, când sudura în loc de a fi parțială este totală. — Fig. 56 și 57 luate cîn Vol. VIII de chirurgie ne arată modele de sindactilii.



Fig. 56. — Sindactilie, prima varietate (mână palmată).

Fig. 57. — Sindactilie, a doua varietate.

Tratamentul. Dacă credem de cuviință a interveni, de sigur nu vom recurge la prima idee ce ni s'ar impune. Dînsa ar fi, a practica o simplă incisiune longitudinală a acestei membrane. Este în adavăr lucru demonstrat, că prin nici-un mijloc nu putem reuși a obține cicatrizarea separată. Decî în asemenea caz, recidiva mai tot-d'a-una apare.

S'au imaginat o mulțime de procedee pentru a remedia acest viciu de conformație. Cele mai principale însă sunt două : Procedeeul lui Zeller și Morelle-Lavallée.

Procedeeul lui Zeller, constă în a face un lamboi triangular pe

fața dorsală a degetelor. Vîrfurile acestor lamboi răspund la mijlocul primei falange, iar baza la metacarpian. După ce disecăm acest lamboi și-l ridicăm în sus, atunci secționăm membrana interdigitală cu bisturiul. Readucem apoi lamboiul în spațiul interdigital fixându-l cu vîrfurile în regiunea palmară.

Procedeele lui Morelle-Lavallée constă în a face două asemenea ambouri: unul dorsal și altul palmar. Pe ambele le reunim între dînsese. Scopul este de a ne opune la lipirea degetelor între ele. Vom avea însă în vedere confecționarea acestor lambouri, mai ales cu pri-

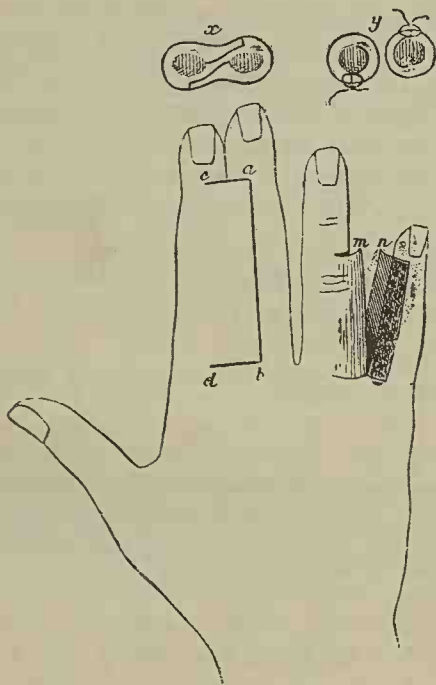


Fig. 57. — Procedeele lui Didot.

x) Tăctură reprezentând dispozițiunea lambourilor dorsal și palmar înaintea separațiunei degetelor.

y) Tăctură reprezentând dispozițiunea lambourilor aplicate pe degetele separate.

vire în cel palmar. În adevăr, sunt cazuri de anomalii unde arcada palmară superficială se lasă mult mai jos. Deci trebuie să fim atenți a nu o leza. Consecințele sale grave le vom vedea.

Există o dificultate cu privire la cicatrizarea separată a fețelor la-

terale ale degetelor. Cu toate compresiunile exercitate în spațiul interdigi-
tural prin bandetele de diachilom, după cum făcea Dupuytren, sau cu
ajutorul unor plăci metalice, după procedeul lui Amussat, totuși scopul
nu este atins.

Cel mai bun procedeu este a lui Didot din Liège. Densul constă
în următoarele: Să luăm de exemplu sindactilia între mediul și indice.
Tragem o incisiune verticală pe mijlocul feței dorsale a mediului, pe o
întindere egală cu membrana de unire. De la extremitățile acestei inci-
siuni tragem alte două linii transversale oprindu-ne pe fața dorsală a
indicii. Avem ast-fel un lamboiu drept unghiular cu baza așezată pe
indice. Densul e destinat a acoperi fața laterală a indicelui.

Trecem acum pe fața palmară a degetelor. Facem același lam-
boiu, însă invers. Tragem o incisiune verticală pe mijlocul feței palmare
a indicelui. De la extremitățile sale ducem iarăși două incisiuni trans-
versale, oprindu-se pe degetul mediu. Avem ast-fel un lamboiu iarăși
dreptunghiular. Baza sa însă acum se află pe mediu. Acest lamboiu după
disecțiune e destinat a acoperi fața sa laterală.

Figura 57 luată din al VIII-lea Vol. de chirurgie arată primul timp
al operațiunii după procedeul lui Didot.

Diformațiunile dobândite ale mâinilor și ale degetelor

Sunt de două feluri :

Unele de cauze locale. Aci intră rețracțiunea aponevrozei palmare, ci-
catrițe vicioase în urma arsurilor, flegmónelor sub-aponevrotice, sinovite-
lor tendinoase, panarițiilor, rețracțiilor musculare, fracturilor falangelor și
a metacarpianelor rău consolidate, afecțiunilor tuberculoase ale oșelor și
ale articulațiilor, etc., etc. De ele însă nu ne vom ocupa, fiind deja de-
scrise în Vol. I. Tot acelaș lucru vom țice și despre diformitățile pro-
venite în urma paralișilor sau contracturilor musculare consecutive com-
presiunilor sau secțiunilor nervoase. Ele dau naștere diferitelor grife cla-
sice, pe cari le-am studiat destul de pe larg în vol. II(1)

(1) Vol. II, pag. 299—417.

CHESTIONAR.

- I). Particularitățile anatomice ale degetelor.
 Caracteristica generală a diferitelor plăgi a degetelor
 Plăgile prin plesnituri.
 Plăgile mixte. Pag. 62
 Smulgerea tendonului extensor al degetelor după mecanismul invocat
 de Segonde și invocat de Schœning » 62
 Intervențiunea primitivă și secundară în traumatismele degetelor și
 în special a plăgilor prin instrument tăios. » 64
- II). Fractura degetelor prin cauză directă, indirectă și acțiune mus-
 culară. Casul lui Bellamy. Frecuența fracturilor complicate a degetelor.
 Linia de fractură, diagnosticul dintr'o fractură, artrită cronică, tenosită
 și crepitațiunea prin sfărămarea coagulilor sanguini. Pronosticul. Deformația
 specială a degetului fracturat. Tratamentul. Intervenția primitivă și secun-
 dară. Chirurgie conservatoare modernă. » 66
- III). Luxațiile degetelor. Considerațiune și clasificare. Mecanismul în
 special ai luxației policelui. Teoria lui Michel din Nancy și a lui Farabœuf.
 Varietățile și cauza ireductibilității. Simptomele. Metoda de reducere. » 67-76
- IV). Bólele inflamatorii. Panarițiū. Origina cuvîntului. Considerațiunea.
 Diviziunea. a) Panarițiū superficial cu varietățile limfangitic, erisipelatoid,
 flictenoid, subungueal etc. b) Panarițiū sub-cutanat; considerațiunii anatomi-
 ce. c) Panarițiū tecelor sinoviale — caractere. d) Panarițiū osteo-periostic
 cu fenomene generale de osteomielită. e) Panarițiū antracoid. Diagnosticul,
 pronosticul și tratamentul. f) Panarițiū analgesic sau bóla lui Morvan.
 Caracterele. Causa. Opinia lui Monod, Gaumbault, Joffroy, Achard, Charcot. » 82-76
- V). Bólele neinflamatorii sau mecanice a degetelor. Deget cu resort.
 Caractere. Opinia lui Notta și Nelaton. Esperiența lui Menzel și Blum.
 Opinia lui Pitha și Könnig. » 83-82
- VI). Bólele specifice ale degeteilor. Spina ventosa. Caractere, Conse-
 cințe; cercetările lui Lannelongue. Dactileta sifilitică. Caractere. Artritele
 degetelor de naturi diferite. » 83-87
- VII). Neoplasmale degetelor: angiomele, anevrismele eirsoide, kistiū;
 teoria lui Connheim și Massé. Papilomele, Lipomele; Fibromele, Nevromele,
 Osteoamele, Enchondromle. Caracterele lor. Tumori maligne. Sarcom,
 Epiteliom cu varietățile vegetante, infiltrate și glandulară. Caractere. » 87-91
- VIII). Diformitățile degetelor. Considerațiunii generale. Ectromeliū și
 polimeliū. Varietăți. Polidactilia, Sindactilia. Tratamentul. Diferite metode.
 Macroductilia. Teoria lui Trélat și Monod. Varietățile sindactiliei. Tratamen-
 tul. Procedul Zeller și Didot. Diformitățile dobîndite și varietăți. pag. 91-100

CAP. II.

Bólele mânei.

Mâna coprinde regiunea ce începe din nivelul îndoiturii cutanate inferioare a pumnului, până la rădăcina degetelor. Scheletul mâinei este format de cele cinci óse metacarpiene și ósele celui de al doilea rând al carpului. Mâna are o față palmară, una dorsală, margine cubitală și margine radială. Fața palmară presintă în mijlocul său o depresiune, numită *scobitura mânei*. Ea este circumscrisă în sus și în afară de o proveniență cărnoasă numită *regiunea tenară*, iar în năuntru și în sus de o altă proeminență analógă, numită *ipotenară*. Aceste două ridicături sunt aprópe reunite în sus. Ele forméză *podul palmei mâinei*.

Pe palma mânei există mai multe plăci sau îndoituri. Unele din ele aũ óre-carii aplicațiunii practice. Cele mai multe însă aũ dat naștere unei profesiunii speciale. Dînsa constă de a prezice fericirea și viitorul, prin interpretarea lungimei sau formeii acestor linii. Hiromanii însă mai adesea speculezá credința superstițioșilor.

Dintre aceste îndoituri trei sunt mai constante. Una superióră care se află aședată la baza regiunii tenare. Ea e produsă prin mișcarea de opozițiune a polixelui. Alta se află în dreptul articulațiunii metacarpo-falangienă a indicatorului. Dînsa provine din flexiunea degetului pe mână. A treia, care e cea mai inferióră, corespunde în dreptul articulațiunii metacarpo-falangienă a ultimelor trei degete. Ele provin din flexiunea acestor degete pe mână. Aceste îndoituri ale pielei prin aspectul lor general, se apropie fórte mult cu forma unui M mare. Dînsese nu aũ mare importanță. Unele din ele însă servă pentru a determina traectul arcadei palmare superficiale. Acésta ar corespunde la intervalul ce separă prima de a doua îndoitură. Dacă tragem o linie transversală plecând de la comisura polixelui la marginea cubitală a mânei, cădem pe vârful arcadei superficiale. Arcada palmară profundă se găsește d'asupra celei superficiale. Decí, fiind siliți a interveni, vom căuta a înfige bisturiul de desubtul său d'asupra acesteii linii transversale. Acésta spre a evita arcada. In același timp, incisiunea va fi verticală, adică în sensul

direcțiunei vaselor colaterale. Arcada palmară profundă este foarte adânc situată. Dînsa se atacă mai ușor pe fața dorsală a mînei de cât pe cea palmară.

§ I. Plăgile mînei.

Tóte felurile de plăgi le putem întîlni pe acest organ. Tóte invențiunile, fie pentru progresul industriei saú exterminarea semenului sêu, cu nici un organ nu se pun într'un contact mai direct ca cu mîna. Mașinele, armele, diferitele instrumente și tóte mijlócele ce omul imaginéază pentru a produce un profit real, pentru a se apêra saú a se ataca, adesea se pot îndrepta contra lui însuși. Și dintre tóte organele, mîna este după cum am đis, mai expusă ca orî-care. Pe dînsa decî vom întîlni plăgi contuse, prin smulgere, prin mușcătură, armă de foc, prin aplicarea directă a agenților fisici saú chimici. Ele vor produce arsuri de întinderi și mari profunziuni, precum și diferite alte mutilări. Dar tóte aceste leziuni nu aú nimic de special în afară de caracterele generalî ce pe larg am descris în Vol. I. (1). Un singur lucru aú de particular plăgile mînei. E acela de a supraveghia de aprópe ca cicatrizarea să nu aducă deformațiunii și jenă în buna funcționare a organului. Aci stă tot pericolul.

Vom insista însă asupra plăgilor prin instrument tăietor. Ele ne pot presenta complicațiunii foarte serióse.

Emoragiile, secțiunile nervilor și tendónelor, e tot ce póte fi mai grav. Deschiderea tecelor sinoviale oferă o gravitate specială. Pentru acésta plăgile s'aú și divisat în *penetrante* și *nepenetrante*, după cum tecile sunt saú nu deschise. Secțiunea tendónelor ne oferă inconveniente foarte mari. Adesea plaga fiind profundă, nu putem cu ușurință să mergem în căutarea capetelor pentru a le coapta și sutura. Pe de altă parte, aceste plăgi tendinóse, se însoțesc de deschiderea vaselor și secțiunea nervilor. Consecințele lor regretabile lesne pot fi prevăđute. De aceia de multe orî observăm în urma acestor plăgi, deformațiunii permanente ale degetelor și mînei. Ele provin din cauza retracțiunei tendónelor saú inflamațiunii tecelor sinoviale.

Una din complicațiunile foarte serióse a plăgilor mînei este de sigur rănirea arterelor. Gravitatea e cu atât mai mare, când plaga ocupă primul spațiú inter-osos saú o porțiune din arcada superficială or profundă. Acéstă emoragie, pentru a se putea opri cu siguranță, trebuie neapărat a se lega în plagă ambele capete ale arterei divisate. Lucrul însă câte-o-dată este forte dificil, dacă nu imposibil. Atunci, dându-se numerósele anastomose, carî stabilesc circulațiunea complexă a mînei, sín-

(1) Vol. I, pag. 343—537.

gele va eși prin ambele capete ale arterei. O asemenea emoragie pôte compromite chiar viața bolnavului. Făcând o scurtă recapitulare a circulațiunei mâinei, lesne ne putem da séma de un asemenea accident grav. In adevăr, artera radială, la extremitatea sa inferióră, diriguindu-se în afară și înapoi străbate în primul spațiu inter-osos. Aci unindu-se în plin canal cu ramura palmară profundă a arterei cubitale, forméză arcada palmară profundă. Artera cubitală se anastomozéză cu artera radio-palmară. Dînsa contribue la formarea arcadei palmare superficiale.

Din acéstă anastomosă resultă. Să presupunem o secțiune arterială în arcadă. Emoragia nu se pôte opri cu siguranță prin legătură la distanță, de cât legând atât artera cubitală cât și radială. Dar nici acésta nu pôte să fie suficient. Artera interosósă anterioră, dá o ramură lungă și subțire ce însoțesce nervul median pînă în dreptul pumnului. Ajunsă aci, dînsa face o curbă în năuntru și se unesce cu artera cubitală. Dînsa procură ast-fel sânge arcadei palmare superficiale. Prin urmare, chiar dacă am lega în locul de elecție artera radială și cubitală emoragia nu va înceta. Sângele va continua să vie prin interosósă anterioră, grație arterei nervului median. Așa dară, ar trebui să aplicăm legătura d'asupra originei interosóselor, adică tocmai la plica cotului. Dar nici acésta nu este sigur. In adevăr, de la extremitatea superióră e arterei cubitale, nasce recurenta. Dînsa se anastomozéză pe marginea corespondentă a cotului cu colaterala internă inferióră venită de la artera umerală. Pe de altă parte, artera radială dá și ea o recurentă care se anastomozéză cu umerala profundă. Decî, pentru a fi stăpâni pe emoragie, nu suntem siguri nici chiar dacă am lega artera umerală la plica cotului. Va trebui ca legătura să fie pusă tocmai d'asupra umeralei profunde. Dar acésta însemnéză a lega însăși artera axilară. Acelaș lucru se întîmplă, când s'ar deschide arcada palmară profundă. Aci comunicarea se face prin mijlocul interosósei posterioare. Acéstă arteră, ajunsă în dreptul carpului, se anastomozéză cu dorsala carpului. Dar prin dînsa va comunica direct cu radiala și cu cubitala, iar prin ele cu arcada palmară profundă. Decî, acelaș fenomen ca și cele arătate la arcada superficială. Legând radiala și cubitala în locul de elecție, sângele va veni în arcada profundă prin interosósă posterioară. Dar or și unde am pune legătura, emoragia va persista. Rațiunile sunt aceleași, ce am arătat la arcada palmară superficială. In fig. 59 se vede în mod clar circulația mâinei.

Iată dar la ce grave consecințe pôte duce rănirea or cât de mică, a uncia din arcadele palmare. S'ar crede la prima vedere că e un lucru de nimic, de nici-o importanță. In realitate însă dînsa conține germenul morței individului. In adevăr, din cauza acestor numeroase anastomose pe

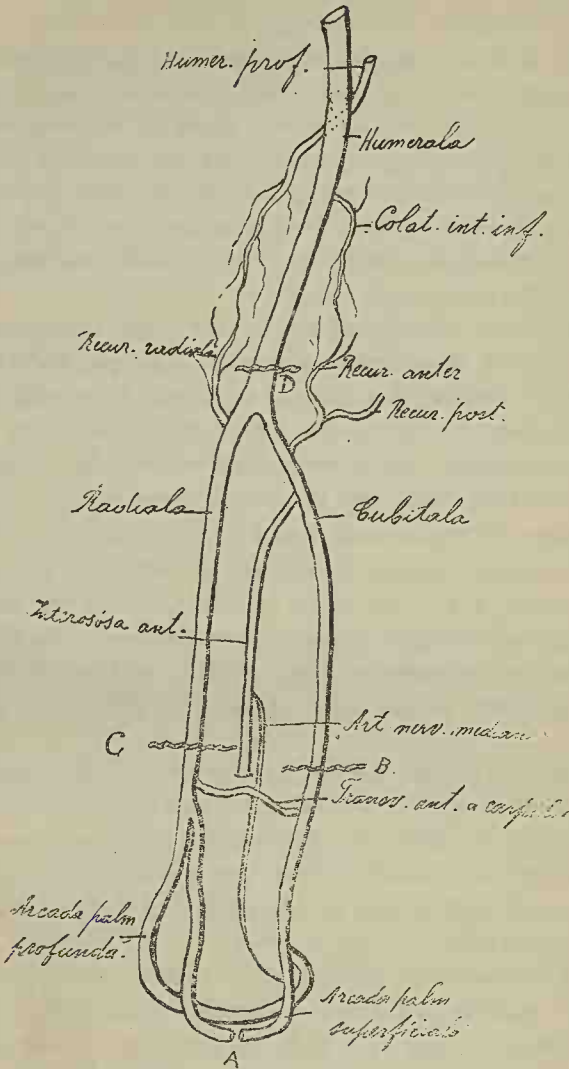


Fig. 59. — Schemă, arătând circulația mâinii.

- A. Secțiunea arcadei superficiale. B. și C. Legătura pe artera radială și cubitală.
 D. Legătura pe umerală la plica cotului (personală.)

cară le-am vădut, se citéză în sciință casură extraordinare. Ast-fel este acela al lui Carpenter. Acest chirurg, pentru o plagă a mânei, a trebuit să facă legătura axilare. Dar emoragia s'a produs. Bolnavul nu a scăpat de cât legându-i-se artera sub-clavieră.

Trebuie însă să adăogăm că nisce asemenea accidente regretabile, erau mai mult consecința unor emoragii secundare, iar nu primitive. Pe acésta, putem mai mult sau mai puțin să o oprim, fie prin pense emostatice, sau prin compresiune directă. In vechime însă se observa faptul că, după 7—8 zile, emoragia reapărea. Causa era ramolirea coagulului prin infecțiunea plăgei. Decă emoragie secundară. Astădă, grație mijlócelor de antisepsie, putem preveni o asemenea infecțiune, iar cu dinsa emoragiile secundare.

Cu privire la mecanismul acestor emoragii, recomand a se citi în vol. I, la capitulul «Complicațiuni secundare ale plăgilor»(1).

Secțiunile nervóse dau nascere la felurite deformațiuni. Unele din ele forméză tipuri clasice. Altele însă devin atipice, din cauza neglijenței acestor secțiuni, sau în urma plăgilor neregulate. Lucrurile acestea fiind complet studiate în vol. II, trecem peste ele. (2)

Tratamentul plăgilor mâinei va fi condus de aceleași principii, pe cară le-am stabilit pentru degete. Vom lupta cu mijlócele antiseptice pentru chirurgia conservativă. Vom căuta să afrontăm capetele tendónelor și a nervilor. Când acésta nu fi va posibil, vom pune mâna în flexiune, pentru a ajuta apropierea tendónelor. Vom exercita și óre-care presiune de sus în jos pe antebraț, pentru a ne opune la o retractiune prea mare a mușchilor.

Extracțiunea primitivă a corpilor străini se póte face. Vom avea însă grijă să nu producem leziuni mai grave prin secțiune de tendóne, nervi sau artere. In acest cas, când corpul străin ar fi prea profund situat, e mai bine a se lăsa în loc, de cât a produce distrugeră mari. De multe ori acești corpă străini se inkistéză. Altă dată se eliminéză spontanat prin supurațiune.

Pentru instrumentele ascuțite și în special cele cu urechi, dínsele fiind aședate mai superficial, putem recurge la un artificiu pentru extragerea lor. Dínsul constă în a îndoi pielea, care corespunde la vârful acului. Odată eșit afară, îl apucăm cu o pensă și-l extragem. Dacă acul presintă un cârlig la una din extremități, precum ar fi o igliță, atunci vom face o secțiune d'asupra extremităței încovrigate și-l vom extrage.

(1) Veđi vol. I, pag. 470—478.

(2) Veđi vol. II, pag. 376—480.

§ II. Fracturile scheletului mâinei.

De-o cam dată ne vom ocupa de fracturile metacarpianilor. Fracturile ôselor din al doilea rând al carpului, le vom menționa la regiunea pumnului. Mâna este unul din organele cele mai expuse traumatismelor, Fața sa dorsală, nefiind acoperită decât de piele, nu oferă ôselor aprópe nici o protecțiune contra violențelor exterioare. Diferiți meseriași, ca pietrarii, mecanicii, fierarii etc., adesea sunt expuși a-și fractura mâna, prin aplicarea directă pe acest organ a corpurilor grei ce dinșiți maniază. In asemenea casuri, linia de fractură póte fi unică și transversală; alte dăți însă este cominutivă, eschilósă sau dințată. Acestea sunt fracturi directe. In fracturile prin cauză indirectă, mecanismul constă într'o cădere bruscă, mâna fiind închisă. In această situație, punctul de sprijin se face pe capetele metacarpianilor. Dinșiți fiind supuși unei flexiuni exagerate înainte, corpul osului cedéză într'un punct mai mult sau mai puțin departe de locul traumatismului. Când, din contra, căderea se face pe fața palmară, mâna rămâne deschisă. Punctul de sprijin e format iarăși din capetele metacarpiane. Corpul acestor ôse însă va ceda într'un punct ôre-care, prin flexiunea forțată înapoi, unde se și produce fractura. In fracturile indirecte, linia de fractură e mai tot-d'auna oblică.

Fracturile prin armă de foc se observă mai des. Linia lor de fractură nu e supusă la nici o regulă, afară de aceea, că focarul este în comunicare cu aerul. Fragmentele în general sunt cu eschile. Cu alte cuvinte, asemenea fracturi tot-d'auna vor fi complicate, și cu complicațiuni. Am observat un cas de fractură la un lucrător din fabrica de ape gazóse. Gazul acid carbonic, făcând explozie și producând spargerea sifonului, a determinat o plagă întinsă a feței dorsale a mâinei. Examinând bolnavul, n'am putut descoperi nici o fractură în ôsele metacarpului. Crepitația lipsea cu desăvîrșire. Exista însă un punct fórte dureros și tot-d'auna în acelaș loc. Imediat am reunit plaga prin mai multe puncte de sutură. După două săptămâni, punctul acela dureros persistând, am făcut examenul mâinei cu radiograful. Acesta mi-a arătat o fractură manifestă oblică, precum există în fig. 60.

Pollaion, în statisticele sale, a arătat, că nu tóte metacarpianele sunt de o potrivă expuse a se fractura. In adevăr, I-ul și al V-lea, grație mobilităței lor, nu se fracționéză de cât în proporție de 10% al II-lea metacarpian de 19%; iar al III-lea și al IV-lea de 35%. Causa este că aceștia din urmă sunt mai mult expuși ca cei-l'alți.

Deplasarea ambelor fragmente în fracturile metacarpiane se observă rar. Adesea însă se găsește în fragmentul inferior. Acesta provine din

causa flexiunii la care e supus degetul prin acțiunea mușchilor. Resultatul e că fragmentul inferior este tras înainte. Cel superior nu se poate mișca. El e bine fixat de oșele carpului și cei-l'alți metacarpieni vecini.

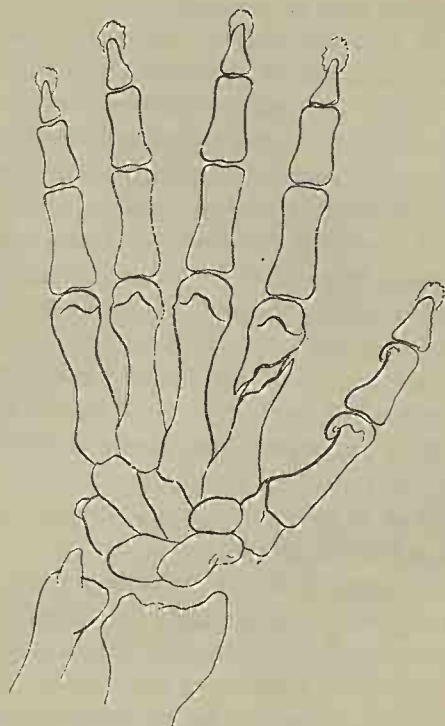


Fig. 60.—Fractură oblică a celui de al II-lea metacarpian prin explozie (personală).

Diagnosticul în general e ușor, mai ales dacă fractura e completă. Când fractura se însoțește de o umflare exagerată a membrului, atunci nu numai că maschează existența capetelor fracturate, dar nu lasă posibilă nici percepțiunea crepitațiunii.

Mijlocul cel mai bun pentru a simți crepitarea între fragmente este de a executa pe degetul corespondent al metacarpianului, presupus fracturat, mișcări de torsiune, având cea-l'altă mână aplicată pe faocr. În timpul acestei manipulări mai tot-d'auna vom simți crepitarea. Iar dacă fenomenul nu se produce, atunci vom exercita o mișcare de propulsiune, împingând degetul înapoi, sprijinit pe capul metacarpianului. Atunci la sigur vom determina o durere tdt-d'auna constantă și în acelaș punct. Dînsa ne va indica focarul fracturei. Mijlocul acesta ne va servi pen-

tru a diferenția contuziunea forte, de o fractură. În contuziune durerile sunt răspândite pe toată suprafața osului; în fractură, durerea va fi pe unul și același punct. Dar acesta să nu o luăm în mod absolut. Este știut că în oricare fractură avem și contuziuni. Decă să nu ne grăbim a pune diagnosticul numai basafi pe durere. Vom măsura cu toată atențiunea organul bolnav. În caz de fractură nu întârziem a constata o scurtare a osului. În contuziune organul rămâne același.

Mai trebuie încă să avem atențiunea fixată asupra casului, când fractura are sediul la gâtul capetului superior sau posterior al metacarpianului. Acesta s'ar putea lua drept o luxație carpo-metacarpiană.

Dar aceste luxațiuni sunt excesiv de rare. Este decă destul a fi preveniți, pentru ca printr'un examen mai scrupulos erorea să fie înlăturată.

Tratamentul. Va fi cel clasic. Dinsul constă în reducerea fragmentului dacă există deplasare, și în mențiunea sea prin diferite bandage apropiate. Vom avea grija ca compresiunile să fie foarte moderate pe fața dorsală a mâinei. În cazul contrariu, putem determina sfacelul foarte ușor în această regiune. Aci părțile moi sunt foarte subțiri,

§ III. Luxațiunea metacarpianilor.

Luxațiunea capetelor inferioare le-am descris la luxațiunea degetelor. Luxațiunea capetelor superioare sau carpo-metacarpiane se observă excesiv de rar. Aprópe nici nu sunt descrise.

Totuși în cazul de a se produce, ele se vor recunoște prin prezența unei ridicături anormale pe fața dorsală a pumnului, dacă luxațiunea metacarpului e înapoi. Invers, aceiași ridicătură se va afla pe fața anterioară dacă luxațiunea va fi înainte.

Dar dacă luxația celor patru metacarpiane este cu totul excepțională, aceia a primului metacarpian de cât-va ori s'a observat de Boyer, Beraud și Malgaigne. Descrierea și mecanismul său măi detaliat, s'a făcut de Pollaion și Girard. Fie în urma unei cauze directe aplicată pe eminența tenară, sau indirecte efectuată printr'o flexiune forțată a policelui însoțită de aducție sau abducție, ligamentele trapezo-metacarpiane se rup. Atunci, capul metacarpian e împins înapoi și trece d'asupra osului, trapez. Acesta forméză singura varietate de luxațiune înapoi. Se recunoște prin ridicătura anormală ce constatăm în acest loc, precum și prin suspendarea funcțiunei policelui și deviația sa din axa normală. Reducerea în general se obține ușor, printr'o simplă tracțiune înainte a degetului și propulsiunea capetului metacarpian luxat.

§ IV. Bólele inflamatorii ale mâinei.

I). *Flegmonul mâinei.*

Inflamația flegmonósă a mâinei are o așa mare analogie și legătură cu aceia a degetelor, în cât dînsa constituie una din complicațiile cele mai frecvente ale acestora. De aceia și descrierea sa e făcută după acelaș tip, admițendu-se și aceleași varietăți. Totuși, din cauza unor dispozițiuni anatomice, abcesele mâinei oferă de considerat particularități speciale. În adevăr, eminențele tenară și ipotenară sunt separate numai printr'o despărțitoare celulo-febrósă foarte subțire, care se înserează pe metacarp. Dînsa este însă suficientă de a opune o barieră ca inflamația uneia din aceste regiuni, să fie oprită de a merge să copleșescă pe cea altă. Pe de altă parte, scobitura palmei mâinei formeză prin ea însăși o regiune deosebită. Ea conține organe foarte importante ca tendónele flexorilor, tecele sinoviale, trunchiuri nervóse, etc.

În fine, aponevrosa palmară să divide în jos în mai multe limbule fibróse. Ele, înserându-se pe părțile laterale a primelor falange, intercepteză tot atâtea logi separate, ce posedă fie-care deget la baza sea. În aceste logi, există un deposit de țesut gresos destul de abundant. Dînsul ridică pielea și formeză niște adevărați monticuli. Aci procesul inflamator se póte stabili.

De aci rezultă patru specii de abcese ale mâinei: I). Abces al eminenței tenare, II). Abces al eminenței ipotenare, III). Abces al rădăcinii degetelor și IV). Abces al scobiturii palmei mâinei. Acesta din urmă e cel mai important.

Cele d'întâi două varietăți de abces presintă acest lucru de particular. Mesele musculare ce se află în aceste regiuni ne pot înșela în privința fluctuațiunei. Adesea credem în existența fluctuației, atunci când în realitate nu e de cât o falșă fluctuație. Dînsa e datorită alunecării și turtirei mușchilor între ei.

Iarăși ceva particular e cu privire la deschiderea flegmonului regiunei tenare. În adevăr, puroiul se află profund situat. Dacă am voi să practicăm deschiderea abcesului prin fața palmară, ar trebui să secționăm întréga masă cárnósă. Dar pe lîngă acesta ne-am expune la lezarea arterei radio-palmare, precum și la secțiunea filetelor nervóse plecate de la median și cubital, ceia-ce n'ar fi de loc în folosul bolnavului. Vroind a face deschiderea prin fața dorsală, ne expunem a tăia artera radială în momentul trecerei sale în primul spațiu interosos, ceia-ce iarăși trebuie evitat. Adevăratul punct de elecțiune după Kirmison, pentru deschiderea flegmonului profund al regiunei tenare, este comisura interdigitală. Di-

rigem incisia paralel cu această comisură. Străbatem în masa de țesut celulo-gresos aflat între aductorul polixelui și primul interosos dorsal. Vom putea ast-fel da eșire întregului puroi ce infiltrază regiunea fără nici-un inconvenient. Un model de abces al regiunii tenare precum și felul deșchiderii sale ne arată Fig. 61. Dinsa reprezintă mâna D-lui căpitan Albu, care a suferit de acest abces. Fig. 62 arată modul cum am operat.



Fig. 62. — Flegmon al reg. tenare a mânci stângi (personală).

Abcesul de la baza degetelor. Este situat în acel tufiș gresos. Se observă în special pe lucrători cu palmele, ca ferarii, timplarii, gimnasticii, etc. La dinșii, în urma deselor contusiuni, se formază în aceste regiuni nisce calosități sau bătăături. Sub aceste bătăături se desvoltă nisce burse seróse. Ele inflamându-se, propagă procesul morbid d'adrechtul la țesutul celulo-gresos subcutanat. Aci aponevroasă nu există, prin urmare repede se determină abcesul în chestiune. Particularitatea acestui abces este că

tumefacția se dezvoltă mai puțin către fața palmară de cât pe cea dorsală. Causa este căci grație laxității țesutului celulo-gresos și mobilității pielii, tumefacția ia o creștere enormă. Ea poate coplesi regiunea și prin părțile laterale a degetelor. Cel care nu e prevenit de acest



Fig. 62. — Modul cum trebuie ținut bisturiul pentru a deschide un abces al regiunii tenare (personală).

lucru, crede că răul aci există, și așteaptă aparițiunea puroiului pe fața dorsală. Așteptarea însă e zadarnică. Dar chiar dacă se realizează acest lucru, el vine așa de târziu, că adesea degetul e deja compromis. Cu-

noscând această particularitate vom explora mai cu atenție fața palmară. Tumefacția de și mică în acest punct, durerea însă este excesivă. O incisie profundă aduce vindecarea, iar prin ea prevenim mutilarea organului.

Flegmónele și abcesele propriu zise ale mâinei.

Sunt acelea ce se dezvoltă în scobitura palmei mâinei. Studiul său se datorește lui Beraud, Velpeau, Chassaignac și Dolbeau.

Cuusele sunt aceleași că în panarițiu și cele-l'alte abcese studiate. Decî înțepături, contuziuni, frecături, plăgi profunde și anfractuóse, dezvoltare de bătăături sau calosități, arsuri și aplicări de substanțe caustice pe piele etc., pot da naștere unui flegmon al mâinei. Se deosebesc trei categorii de flegmóne sau abcese ale mâinei: *abces superficial sau epidermic, abces subcutanat și abces profund sau sub aponevrotic.*

Abcesul superficial prezintă toate formele descrise în panarițiu cu acelaș nume. El póte fi eritematos, flictenular, ampular și antracoid. Asupra lui e de prisos a mai insista. Mecanismul dezvoltării sale este: în urma diferitelor contuziuni se dezvoltă o calositate. Intre dînsa și epiderm o mică bursă seróasă. Acesta inflamându-se, dă naștere tuturilor fenomenelor cunoscute.

Abcesul subcutanat. Dînsul se caracterisă prin aceea că rămâne circumscris. Causa stă în bridele fibróse ce légă pielea cu aponevroasa. Prin urmare, dînsul nu póte trece nici dincolo de pumn, nici către rădăcina degetelor. Când însă prin excepție învinge această barieră, atunci tumefacția copleșește fața dorsală a pumnului. El ne prezintă toate fenomenele arătate la abcesul bazei degetelor. În acest cas, abcesul subcutanat oferă ca semn patognomic că mișcările degetelor sunt posibile și nedureróse. Se póte însă ca aceste mișcări să fie dificile, din cauza tumefacției părților moi. Dar nu e mai puțin adevărat, că dacă nu se cer mișcări prea întinse, bolnavul póte mișca degetele în mod ușor și fără mari dureri. Acesta e suficient pentru diagnosticul diferențial cu un abces al tecelor tendinoase. Aci or-ce mișcare cât de mică e dificilă și dureróasă. O altă particularitate este: puroiul avînd tendințe a se dirija către piele, perforéză dermul. Și de óre-ce epidermul e prea îngroșat se forméză o colecție sub-epidermică. Dînsa fiind legată printr'un orificiú strîmt, constituie varietatea de abces în bisac, ia după Velpeau în buton de cămașă. Acesta are importanță practică. Dacă ne mărginim la o incisie superficială, nu deschidem de cât abcesul subepidermic, iar nu pe cel subcutanat. Bolnavul nu simte nici o ușurare cu tótă intervenția noastră. În cazul acesta va trebui să explorăm bine focarul. Nu vom în-

târzia a găsi un mic orificiū prin care încă ese puroiū. Prin acesta introducēnd o sondă canelată și deschidēnd mai larg, vom face adevērata operație radicală. Să nu ne temem de nici un pericol. Abcesul este supra aponevrotic.

III. *Flegmonul sub aponevrotic*. Face parte din flegmonul profund al acesteī regiuni. După cum dīnsul copleșese numai țesutul celular grāsos saū și tecile sinoviale, avem două varietăți: *flegmon sub aponevrotic* propriū zis și *flegmon al tecelor sinoviale*.

Este cu desēvīrșire greū a face o descriere separată a acestor două forme de flegmōne. În adevēr, flegmonul primitiv al tecelor sinoviale e excesiv de rar. Dīnsul e tot-d'a-una consecința celui sub aponevrotic. Singura deosebire ar consta : I) că în flegmonul izolat al tecelor, tumefacția palmei e mult mai puțin pronunțată ca în al țesutului celular sub aponevrotic ; II) că degetele sunt imobilizate și aședate într'o atitudine de flexiune permanentă. Or ce încercare de extensiune e însoțită de dureri exacerbante și III) că procesul inflamator trece în mod fatal dincolo de ligamentul anterior al carpului, dacă inflamația s'a propagat de la police saū degetul auricular. În flegmonul sub aponevrotic propriū zis, vom avea din contră, o tumefacție enormă. Dīnsa va ocupa întrēga mână, adică partea sea de mijloc precum și regiunea tenară și ipotenară. Durerile vor fie excesiv de violente. Ele sunt datorite strângulațiunei țesăturilor conținute în tēca osteo-febrōsă reprezentată prin regiunea palmară medie. În plus, vom avea un edem considerabil al mâinei. Dacă lucrurile vor fi neglijate vom asista la deschideri spontanate. Ele vor fi reprezentate prin numeroșe orificiuri și tot atâtea fistule. Prin ele vor eși puroiū și părți sfacelate din grāsime și tendonē. Abcesul sub aponevrotic lesne pōte copleși tecile sinoviale și chiar acelea ale antebrațului. Aci mai ales se vede reprezentat abcesul în buton de cămașă al lui Velpeau, când din fericire puroiul perforăză aponevroza spre a eși la exterior. Dacă însă dīnsul are tendințe copleșitoare către părțile profunde, în cazul acesta totul e compromis. Un flegmon difus nu va întârzia să se declare. Dīnsul aduce deformația definitivă a membrului, reprezentată prin necrose, artrite supurate și fuzee purulente. Viața individului e în pericol. Cu câtă plăcere dīnsul nu ar preferi o amputație chiar a brațului, numai să pōtă trăi. A mai insista asupra diagnosticului, prognosticului și simptomelor socotesc cu totul de prisos. Dīnsele ne sunt impuse din cele deja descrise. Totul va depinde de sediul anatomic al leziunei și de natura agentului inoculat.

Tratamentul. Va fi eminentemente chirurgical. Vom avea în vedere de a nu deschide arcada palmară. Am arătat deja sediul acesteī importante vascularizațiuni. Fiind vorba decī de un flegmon sub aponevrotic

vom trage mai înainte o linie imaginară transversală. Dînsa va pleca de la baza policelui la marginea cubitală a mîineii. Le mijlocul sîu, adică între I-a și II-a plică palmară, vom înfige bisturiul vertical pentru a face incisia într'o direcție paralelă cu arterele colaterale.

Cînd flegmonul se află în tecele tendinoase, atunci incisia se va face d'asupra ligamentului carpian al pumnului, adică la extremitatea inferioară a antebrațului și pe partea sa de mijloc. Prin această incisie vom introduce o sondă canelată. Vîrfurile sîu va trece pe sub ligamentul carpian și va veni să proemineze în palma mîineii, iarăși între prima și a doua plică palmară. Pe vîrfurile sîu proeminent vom face o secțiune cu bisturiul strat cu strat. Prin acest orificiū, cu ajutorul pensei lui Lister, vom introduce un tub de drenajū, spre a face largi spălături antiseptice. Vom iriga atît regiunea antibrachială cît și cea palmară. Putem încă uza de un procedeū cu totul invers.

Avînd a face cu un panarițū supurat al policelui sau micului deget, vom introduce sonda canelată prin aceste orificiuri, trecînd-o pe sub ligamentul anular al carpulii și scoțîndu-i vîrfurile la extremitatea inferioară a antebrațului. Pe aci iarăși cu ajutorul pensei lui Lister, vom introduce un tub de drenajū sau o bandaletă de tifon iodoformat. Scopul va fi același: irigațiunii antiseptice pe antebraț și palma mîineii.

Nu pot în destul a insista asupra urmărilor nenorocite a flegmonului sub aponevrotic sau tendinos al palmei mîineii. În adevăr, cu tîtă punerea în joc a celor mai riguroase precauțiuni chirurgicale și de antisepsie, fîrte adesea rezultatele rîmăn nesatisfăcătoare. Adesea ultima scăpare a individului de această nenorocită bîlă e sacrificarea membrului. Și drept culmea deceptiunii, une-orî nici dînsa nu scapă viața bolnavului.

§ V. Bîlele mecanice ale mîineii.

Retracțiunea aponevrosei palmare, sau bîla lui Dupuytren.

Acăsta a fost cunoscută de mulți autori. Dupuytren însă a fost cel d'întăiū, care a studiat-o mai de aproape. Din această cauză afecțiunea pîrtă și numele sîu. Natura intimă a acestei bîle nici azi nu se cunîsce. Boyer o atribuia unei uscăciuni a pielii și a tendînelor. De aci numele de *crispatura tendinum*.

După Dupuytren, afecțiunea constă într'o îngroșare parțială și de natură profesională a aponevrosei palmare. Ea determină în acelaș timp scurtarea micilor limbulițe fibröse, cari plîcă de la aponevroasă pe pîrțile laterale ale falangelor. După Madelung, lucrurile s'ar petrece ast-fel: în urma unui traumatism acut sau cronic al palmei mîineii, re-

sultă topirea panicului gresos subcutanat. De aci inflamația secundară a țesutului fibros, ipertrofia sa, și în urmă retracția consecutivă. Alții ca Gerdy și Richet susțin inflamațiunea cronică și simultanee atât a pielii, a țesutului celular, cât și a aponevrosei. Goyrand susține că e vorba de producție de nouă formație de bride fibröse pe lângă cele deja existente. In fine Adams și Paget pun bóla sub dependența unei diateze generale ca gutta și reumatism. După unii chiar sifilisul și scrofula ar fi în cauză.

Orî-cum ar fi, această bóla are caracterele sale proprii. Dînsa începe printr'o îngroșare, printr'un nodul așezat în grosimez aponevrosei palmare și în dreptul articulației metacarpo-falangiene. Pielea din netedă și mobilă se sbîrcesce. Ea forméză o grópă și devine fórte aderentă cu părțile profunde. De la acest nodul plécă o fășie fibrösă și fórte grósă. Ea face relief sub piele și merge să se termine către degete. De ordinar ultimele trei degete sunt atinse (auricularul, anularul și mediul). Se póte însă ca numai micul deget sau singur anularul să fie prins. Nicî-o-dată însă indicele său policele, afară de excepțiunii cu totul rarî. In urma acestora, bolnavul de unde la început nu simția de cât o ușoră jenă în extensiune, vede că încetul cu încetul unul sau mai multe degete încep a se îndoi în mod progresiv și anume: prima falangă se flexéză pe metacarpian, iar a doua pe cea d'întâi. Mai nicî-o-dată ialangeta nu se flexéză pe falangină, adică III-a pe II-a. Dacă încercăm să facem extensiunii forțate, simțim în mod manifest cum suntem oprîți de una sau mai multe fășii rezistente. Unele sunt netede, altele boselate sau cu nodurî. Ele sunt așezate sub piele și iaú o direcție paralelă cu tendónele flexorilor la degetele corespondente.

Acéastă bóla se mai caracterisă prin aceea că articulațiile degetelor sunt sănătóse, iar téca flexorilor cu totul intactă. Resultă de aci că, acele bride odată secționate, bolnavul ar putea în mod perfect să-și reia mișcările de flexiune a falangelor.

In Fig 63 și 64 date de Blum se vede represintată această bóla singulară.

Diagnosticul. Se impune de la sine. Semnul patognomonic este că numai primele două falange sunt flexate către palma mânei. A treia rămâne liberă. Acésta servă în a deosebi retracțiunea degetelor consecutive sinovitelor tendinóse. Aci câte trele falange sunt flexate către palma mânei.

Tratamentul presintă serióse preocupăni. Pe de o parte această regiune conține organe fórte importante, iar pe de alta, bóla are o fórte mare tendință către recidivă. Dintre tóte procedeele, acela al lui Madelung și Cocher e cel mai de recomandat. Dînsul constă în a face o sec-

ține verticală simplă sau asociată cu altele transversale. Este destul numai să ne procurăm un lamboț. Acesta ridicat în sus, putem excisa totă masa de țesut fibros ce întreține rețracțiunea. După acesta aplicăm lamboțul prin suturi spre a obține reunirea per primam.



Fig. 63. — Retracteriunea aponevrosei palmare la început. Fibrom subcutanat (Blum).

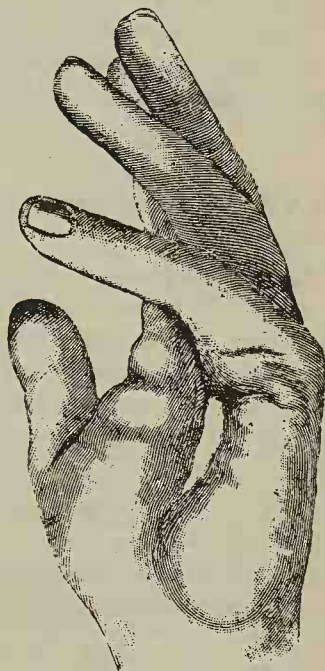


Fig. 64. — Retracteriunea aponevrosei palmare operată cu succes prin secțiune subcutanată (Blum).

§ VI. Tumorile mâineii.

Pentru a termina cu bólele mâineii ne rămâne a vorbi de două afecțiuni și anume de *anevrisme* și *viciuri de conformațiune*.

1). *Anevrismele mâineii*. De și mai tot-d'a-una se continuă cu acelea ale antebrațului, totuși ele pot rămâne limitate la acest organ.

Cea mai mare parte din ele sunt de natură traumatică; foarte rar spontanate. Nu numai plăgile arteriale pot da aneurisme ale mâineii, dar și contuziunile repetate. Ast-fel s'a observat la fierari, cari prin manipulara continuă a ciocanului, au căpătat aneurisme în palma mâineii.

Sediul anevrismelor este arcada superficială, spațiul intredigital și arterele colaterale. Mai rar regiunile tenară și ipotenară.

Diagnosticul. Nu e greu. Cu toate acestea, semnele caracteristice ale anevrismului adesea lipsesc în această regiune. De aici și provenit erori. S'au deschis anevrisme luându-se drept abcese. Alte dați saū extirpat ca drept fibróme.

Tratamentul clasic e foarte greu de aplicat, dându-se considerațiunile ce am arătat la plăgile mâinei. Nu știu unde am putea pune o legătură sigură, pentru a opri în mod permanent circulațiunea în sacul anevrismal.

§ VII. Viciu de conformație congenital al mâinei.

Aci, ca și la picior, se observă o mână numită bontă saū strîmbă. Faptul constă în aceea, că mâna este îndoită în mod permanent pe antebraț. După cum această deformație privesce fața palmară saū dorsală, marginea cubitală orî radială, saū în fine pozițiunii mixte, rezultând din combinarea a două stări diferite, vom avea o *mână bontă palmară dorsală, radială saū cubitală*. În casuri mixte, mâna bontă va fi radio-palmară, dorso-radială, saū dorso-cubitală, etc. Toate aceste expresiuni nu aū trebuință de nici o explicațiune.

În această afecțiune Bouvier descrie trei varietăți :

I). Mâna bontă, unde scheletul, de și are suprafețele articulare, se prezintă însă în raporturi anormale. Ósele carpului se depărtéză cu totul de tipul fiziologic.

În a II-a varietate, scheletul, este complet. Osele însă, cel puțin unele din ele, sunt cu totul atrofiate. Atrofia póte atinge chiar și radiul și cubitul.

În fine a III-a varietate este când unele din ósele carpului lipsesc cu desăvîrșire. Acestă anomalie merge chiar până la absența totală saū parțială a radiului, a unor metacarpieni și chiar a policelui. Une-orî s'a observat însăși atrofia umărului. Contra acestei afecțiunii socotim că cel mai bun lucru ar fi, în casuri posibile, a recurge la resecție și suturi osóse.

Mai există încă o diformitate congenitală a mâinei. Dînsa constă în aceea că, în afară de existența mai multor degete, mâna este spintecată în două până în regiunea carpului. Acest viciu de conformație pórtă numele de *mână bifidă*. Contra ei e greu de a interveni. Există însă o operațiune îndrăsnéța a lui Giraldez. Acest autor nu a esitat a suprima jumétate din mâna dublă prin amputație. Sunt autori însă, cari susțin că, fiind vorba mai ales de copii, putem prin bandage inamovi-

bile să căutăm îndreptarea, adică apropierea acestor două jumătăți una de alta. Prin această, mâna cu timpul poate în mod perfect să-și îndeplinească funcțiunile, de și având mai multe degete.

Cât pentru diformitățile dobândite ale mâinei (mâna bontă accidentală), ele provin din cicatrice vicioase, paraliziile musculare de origine nervoasă sau saturnică, artritele tuberculoase, care dau naștere la luxații patologice și anchiloză, fracturile radiului etc. Contra lor ne vom conduce după circumstanțe. Dacă reducerea forțată sau resecțiunile apropiate nu reușesc, ultimul mijloc este amputația antebrațului în terțul inferior.

CHESTIONAR.

- I). Definițiunea anatomică a mâinei. Numărul și importanța îndoirilor sau plicelor cutanate ale mâinei. Plăgile penetrante și nepenetrante ale mâinei. Complicațiuni Pag. 100-104
- II). Fracturile scheletului mâinei. Diviziune. Mecanism. Deplasări. Modul de explorare pentru diagnosticul diferențial eu contuziile, luxațiile, etc. Luxațiile óselor mâinei și în special al primului metacarpian. Mecanismul » 105-107
- III). Flegmonul mâinei. Cele patru varietăți bazate pe considerațiuni anatomice: flegmon tenar, ipotenar, al rădăcinei degetelor și al scobiturei palmei mâinei. Caracterele lor și indicațiunile terapeutice. » 108-113
- IV). Bóla lui Dupuytren. Caractere și diferite opinii asupra patogeniei: Boyer, Dupuytren, Madelung, Gerdy, Richet, Goyarand, Adams și Paget » 113-115
- V). Aneurismele mâinei și viciile de conformație. Mâna bontă. Diviziunea lui Bouvier » 115-117

CAP. III.

Bólele pumnului.

§ I. Traumatismul pumnului.

Pumnul este regiunea coprinsă de la extremitatea inferióră a antebrațului pînă la basa eminențelor tenare și ipotenare. De aci încolo începe mîna.

Limitele mai precise ale pumnului aũ fost date de Blandin. După acest autor, regiunea pumnului coprinde tóte părțile moi și osóse, situate cu douë laturı de degete d'asupra interliniei articulare radio-carpıenă, și douë laturı de degete de desubtul acestei linii.

Din punctul de vedere practic, limitele regiunei pumnului se determină ast-fel: Se fixéză cu atențiune vërful apofiselor stiloide ale radiului și a cubitului. Aceste vırfuri corespund cu interlinia articulației medio-carpıene. La $1\frac{1}{2}$ c. m. de la aceste vırfuri în sus se află interlinia articulară a pumnului. De aci punëud douë laturı de deget, fixăm limita superióră a pumnului. Limita inferióră tot-d'a-una e ușor de determinat. Dınsa este situată la baza eminențelor tenare și ipotenare.

În bólele pumnului, pe lıngă afecțiunile numeróse a părților moi, vom descri și fracturile extremităților inferióre a radiului și cubitului. Aceste óse fac parte integrantă din regiunea topografică saũ chirurgicală a pumnului.

Leziunile traumatice.

Acestea nu oferă nimic de particular în afară de cele ce am spus relativ la mînă și degete. În adevër, pumnul este expus la aceleași accidente din cauza profesiunilor saũ a imprudenței bolnavilor.

Plăgile prin instrument tăetor sunt mai frecvente la fața anterióră a pumnului. Causa este instinctul de conservare. Acésta este regiunea, pe care individul o oferă în momentul unei căderı saũ a unei apărări. De aci plăgi tăióse ale pumnului în momentul spargerei unui geam, plagă prin tăetură de sabie ori cuțit în momentul unei agresıuni, saũ luptă în duel, etc. etc.

Aceste plăgi vor fi cu atât mai grave cu cât vor fi mai profunde. In asemenea cas ele se vor complica de secțiunile tendonelor, nervilor, a arterelor radiale și cubitale, etc.

Pe lângă celelalte consecințe provenite din leziunile nervoase și tendinoase, mai putem observa și desvoltarea unui anevrism fals consecutiv.

§ II. Fracturile pumnului.

In fracturile pumnului vom studia următoarele două mari categorii: fracturile óselor carpului, și fracturile extremității inferioare ale radiului și cubitului.

Incepem întâiu cu *fracturile óselor proprii ale pumnului sau mai bine dis ale carpului.*

Acestea sunt excesiv de rare. Ele sunt aproape imposibil de produs prin cauzele indirecte. In căderile pe mână in flexiune palmară sau dorsală, chiar de s'ar obține asemenea fracturi, ele însă vor fi însoțite de luxația pumnului sau fractura extremității inferioare a radiului. Fracturile pumnului sunt mai frecvente prin cauză directă. Ele se observă numai in urma unor tranmatisme violente ca dărămăturile de pământ, plăgi prin armă de foc etc. Dar atunci, pe lângă fractura pumnului, ce tot-d'a-una va fi complicată de plăgi și sdrobirea óselor, vom găsi concomitent și alte fracturi de o gravitate și mai mare, fie a mânei sau a antebrațului. In asemenea casuri de sdrobiri aproape totale ale unui membru întreg, fractura pumnului rămâne in al doilea rang. Noi vom fi preocupați de gravitatea altor accidente ce pot periclita viața bolnavului, precum șocul traumatic, gangrena membrului, etc. Conclusiunea decii este, că ósele carpului, fiind de un volum mic, destul de numeroase și bine protejate, scapă de acțiunea traumatismului. Când se rup, ele se complică de mari devastațiuni. Acestea absorb totă atențiunea.

Dacă in mod excepțional am avea o fractură simplă a pumnului sau a unora din ósele din care e format carpul, singurul tratament este reducerea și imobilizarea. Dar mai important este a stabili bine diagnosticul într'o fractură, entorsă și luxație. Chestiunea de rezolvat este: avem a face cu o fractură coprinzând întâiul rînd al carpului, al II-lea rînd, sau numai unele din aceste óse sunt fracturate in mod separat?

Pentru cazul I diagnosticul e serios. El trebuie separat de fractura extremității inferioare a radiului. Acésta vom vedea imediat.

Casul al II-lea trebuie să-l deosebim de fractura capetelor metacarpianilor. Dacă ducem o linie de la articulația carpo-metacarpiană a

policelui în mod transversal pe fața dorsală a mâinei pînă la marginea cubitală, cădem drept pe interlinia articulară a capetelor metacarpie- nilor cu ósele celui de al II-lea rînd al carpului. Decî ori-ce deformație saú crepitație d'asupra acestei linii, ne va arêta fractura óseler carpu- lui. Deformația fiind sub linie, fractura va fi a metacarpienilor.

Casul al III-lea. Când un anume os al carpului va fi fracturat. Atunci trebuie să stabilim : dacá dînsul aparține rîndului I-ú saú al II-lea. Pentru acésta trebuie să cunoșcem bine linia ce desparte aceste doué rînduri ale carpului. Cu alte cuvinte să scim exact interlinia medio-car- pienă. Acésta dupá majoritatea autorilor corespunde la linia dusă de la vîrfu apofisei stiloide a radiului la vîrfu apofisei stiloide a cubitului. Decî ori-ce os fracturat și așezat d'asupra acestei linii transversale, va aparține primului rînd al carpului. Acum, sciînd situațiunea fie-cáruí os, vom putea în mod aprópe precis, procedând de din afară înăuntru, să spunem dacá este scafoidul, semilunarul, piramidalul saú pisiformul, carí sunt rupte. Când însă osul fracturat se va găsi sub acéstă linie transversală, atunci el va aparține celui de al II-lea rînd al carpului. Și aci iarășí, procedând de din afară înăuntru și conducându-ne de prelungirea basei degetelor vom zice, cá osul fracturat va fi trapezul, trapezoidul, osul cel mare saú cel cu cárlig, dupá cum semnul patognomonic al fracturei (defor- mație, durere, crepitație) va corespunde la prelungirea basei policelui, indicatorului, mediului, etc.

II). *Fractura extremității inferioare a óseler antebrațului din regiunea pumnului.*

Fractura izolată a extremității inferioare a cubitului este fórte rară. Dînsa se produce simultaneú cu fractura extremității inferioare a radiu- lui. De aceia o vom studia de-odată cu dînsa.

Fractura extremității inferioare a radiului a preocupat fórte mult pe chirurģi. Dînsa a dat nascere la o mulțime de discuțiuni și teorii.

În Franța chirurģi celebri ca Dupuytren, Nelaton, Malgaigne, Vel- peau, etc. aú excelat prin cercetările lor clinice și experimentele asupra acestei fracturi. Cel întaiú autor, care a studiat acéstă fractură a fost *Colles* din Dublin, în 1814. Modul clar și sciîntific dat de autor, a fă- cut cá și ađí, în Englitera, fractura extremității inferioare a radiului să fie cunoscută sub numele de *fractura lui Colles*.

Francezii însă susțin, cá *Pouteau* este primul, care încă din 1783 a studiat în detalú acéstă fractură și a sustras'o dintre entorsele și luxa- țiile pumnului, cu carí se confunda. Și drept probă, dinșii daú următorea

frază datorită lui Pouteau: «Nu există o fractură pôte mai ușor de recunoscut la o simplă aruncătură de ochi, ca aceea a radiului și a cubitului aprópe de pumn». De aceea șcôla franceză numesce fractura extremităței inferióre a radiului, *fractura lui Pouteau*.

Iarăși un autor, care a contribuit mult la vulgarisarea acestei fracturii în America, este Rhea Barton din Philadelphia, prin 1838. Iată ce ȃice Packard de acest autor: «Opiniunile sale erau bazate numai pe observațiunea clinică, iar nu pe fapte anatomice, dar ele erau ingenioase și exacte». De aceea ele repede fură îmbrățișate de toți chirurșii din țara sa.

Prin fractura lui Colles se înțelege soluția de continuitate a extremităței inferióre a radiului, care să nu trecă dincolo de $2-2\frac{1}{2}$ c. m. d'asupra feței sale articulare. Cu alte cuvinte, acéstă fractură nu ocupă decât porțiunea spongiósă, adică epifisa radiului.

Robert Smith consideră ca fractura lui Colles, or-ce diviziune a epifizei, începând de la 6 m. m. de la suprafața articulară pînă la $2\frac{1}{2}$ c. m. Dupuytren susține acelaș lucru. Dînsul dă ca limită 6—24 m. m. Cu tóte acestea, fracturii și mai sus situate se consideră tot ca fractura lui Colles. Ast-fel fractura în nivelul punctului de unire al diafisei cu epifisa, deși la rigóre represintă mai mult o deslipire juxta epifisară, totuși intră și ea în fractura lui Colles. Ba ce e mai mult, unii autorii americani (George Vogel din Buffalo) consideră ca fractură a lui Colles și acelea situate chiar la $8\frac{1}{2}$ c. m. d'asupra articulației. Noi credem însă, că acésta e un abuz, căci aci e vorba de o fractură a diafisei iar nu a epifizei. Astăđi se consideră drept fractură a extramităței inferióre a radiului aceea al cărui sediū se află la $2\frac{1}{2}$ c. m. d'asupra vârfului apofisei stiloide a radiului.

Cum se produce acéstă fractură?

Nu vom insista asupra tuturor teoriilor ce s'a dat pentru explicarea mecanismului sėi. Intervențiunea unei contracțiuni violente a mușchilor supinatori și mai ales a rotundului pronator, susținută de Pouteau, astăđi nu mai e admisă de nimeni.

Singurile teorii, cari au avut curs în știință, sunt următoarele:

I). *Teoria lui Dupuytren* sau *teoria transmisiunei directe a șocului*. După acest autor, fractura extremităței inferióre a radiului se produce în condițiunile următoare. Individul trebuie să cadă și să se sprijine în mod puternic pe fața palmară a mânei, în special pe regiunea tenară și ipotenară. În acéstă situațiune, tótă greutatea corpului este transmisă exclusiv pe suprafața articulară a radiului. Dînsa la rîndul sėi apasă puternic pe ósele carpului și în special pe scafoid și semilunar, cu care e în contact direct. Cubitul în general scapă de compresiune. Acésta se datoresce ligamentului triangular, care-l face să alunece mai mult pe osul piramidal.

Deci, în cazul cel mai greu, el nu suferă decât smulgerea apofisei sale stiloide, pe care se înseră vârful acestui ligament. Lucrurile fiind ast-fel, extremitatea inferioară a radiului, neputând rezista greutatei corpului și punctului său de sprijin pe sol, va trebui să cedeze. Și va ceda în partea cea mai slabă, adică în porțiunea sa spongiosă. Dînsa se află sub limita punctului de reunire între epifisă și diafisă.

Concluziunea deci este, că mîna fiind prinsă în extensiune forțată între două puteri—rezistența solului și greutatea corpului—suprafața articulară a epifisei radiale, formînd punctul de întîlnire a acestor două forțe, dînsa va suferi totă violența. Și precum cine-va trebuie să cedeze, apoi cel care va ceda va fi de sigur epifisa radială. Dînsa are consistență mai mică, căci ea e formată numai din țesut spongios. Rar se întîmplă casurile—precum ar fi de exemplu la bătrîni—ca în asemenea circumstanțe, în loc de epifisă să cedeze diafiza radiului. Dar acestea fiind excepțiuni rari, noi luăm norma lucrului. Admitem deci pentru moment că un individ, cădînd și sprijinindu-se pe mîna, în atitudinea unei extensiuni forțate pe antebraț, epifisa radială se rupe și produce fractura de care ne ocupăm.

Acastă teorie a lui Dupuytren este identică cu cea deja emisă de Rhea Barton. Iată ce țice acest autor. «In momentul căderei, mîna în mod instinctiv e surprinsă în extensiune. Violența căderei este mai întîi suportată de palma mîinei. Dînsa e cu putere flexată înapoi. Osele mîinei se sprijină pe marginea dorsală a suprafeței articulare a radiului. Acésta fiind incapabilă de a rezista, cedéază sforțului; se rupe. Un fragment este ast-fel deslipit din marginea suprafeței articulare a acestui os. Dînsul este împins în sus de ósele carpului și se aședă pe fața dorsală a radiului. Osele carpului sunt gonite din pozițiunea lor, fie prin violență, fie prin simpla contracțiune a mușchilor. Se întîmplă une-orî, dar mai rar, ca o fractură oferind un caracter analog cu cea descrisă, să se observe pe fața palmară a radiului. Acésta e atunci, când violența traumatică se aplică pe fața dorsală a mîinei, dînsa fiind flexată înainte la cel din urmă grad.»

Dar Dupuytren, vulgarisînd acastă teorie, dînsa pórta numele său.

Faptele clinice însă, precum și cele experimentale aū arătat că tot-d'a-una în aceste fracturi ale radiului există o regularitate constantă. Linia de fractură în regula generală este transversală.

Teoria lui Dupuytren de și seducătoare, a început deci să fie bănuită și chiar atacată. Tot sprijinul ce avea autorul prin marea sa autoritate a fost fără influență. S'a obiectat deci: că dacă fractura se produce numai prin faptul transmisiunii violente a greutatei corpului pe epifisa radială, pentru-ce în loc de a constata sdrobiri și neregularități

se vede tot'd'a-una o regularitate a liniei de fractură și având un sediū aprópe matematic? S'a mai adăogat de unū și faptul că, într'o cădere pe palma mânei, punctul de reunire al puterei și rezistenței se exercită pe eminentele tenare și ipotenare. Decī ósele carpului ar trebui să sufere mai mult iar nicī de cum suprafața articulară a radiului.

Pe de altă parte, o cădere pe fața dorsală a mânei pentru ce nu dă nascere unei fracturī a radiului? căci chiar de am admite, că aci șocul îl primesce mai mult articulația medio-carpiană, totuși el ar fi capabil să producă fractura. Căci nu se póte susține că violența este exclusivă carpului, fără a se comunica și la suprafața articulară a radiului.

II). **Nelaton** prin teoria sa numită *inflexiune forțată* a căutat să dea un nou mecanism acestei fracturī. El ȃice: radiul, prins între două puterī opuse adică între rezistența solului și greutatea corpului, va tinde să se îndoiască și să se rupă în punctul mai slab. Acest punct se găsesce acolo unde se termină țesutul compact și începe țesutul spongios. Dar acésta corespunde just cu extremitatea inferióră a radiului. Nelaton sprijină teoria sa și prin experiență. Dinsul, lovind cu un ciocan greū pe ósele antebrațului — mâna sprijinită fiind pe masă, iar olecranul prealabil rezecat—vedea că osul ceda la 15 m.m. d'asupra interliniei articulare, oferind o linie de fractură transversală.

III). *Teoria lui Malgaigne și Lecomte sau teoria smulgerii*. Bazați pe considerațiunile citate mai sus, Malgaigne în 1855 și mai în urmă Ozanin Lecomte 1860—61 negară cu desăvîrșire teoria lui Dupuytren și Nelaton. Ei susțineau că fractura extremităței inferióre a radiului nu se produce prin sdrobirea extremităței spongióse determinată de strébuterea diafisei, precum nicī prin inflexiune forțată, ci grație unū alt mecanism reprezentat *prin smulgere*. Iată acum: în timpul căderii pe mână, acest organ se pune într'o extensiune forțată și întinde la extrem ligamentele anterióre radio-carpiane. Dar acestea fiind fórte puternice și decī provădute de o rezistență colosală, nu se rup. Trăgând însă în mod continuū, ele smulg epifisa radiului pe care se inserează, căci dinsa e compusă numai din țesut spongios și decī nu póte să reziste. De aceia linia de fractură e tot-d'a-una transversală, regulată și aședată în același punct. Ea corespunde exact cu inserțiunea acestor ligamente pe marginea anterióră a suprafeței articulare a epifisei radiale. Și drept probă că acéstă fractură se produce prin smulgere de ligamentele anterióre este că, concomitent cu fractura epifisei, constatăm și fractura altor óse ale carpului și în special a apofisei stiloide a cubitului. Tóte sunt determinate prin smulgere. Acésta ne explică și faptul că într'o cădere pe fața dorsală a mânei fractura nu se produce. Causa este că ligamentele posterióre fiind mai slabe, ele sunt carī se rup iar nu epifisa pe care se inseréză.

Dar și aci se p \acute{o} te obiecta fenomenul de penetrațiune al diafisei radiului în epifisă. El nu are rațiunea să se producă, dacă în adevăr fractura ar recunoște numai mecanismul de smulgere.

Dar mai mult de cât atât. Experiențele clinice și autopsiile au arătat că dacă linia de fractură este adesea transversală, de f \acute{o} rte multe ori d \acute{i} nsa ia un aspect cu totul diferit. Linia de fractură p \acute{o} te în adevăr, țice Packard, să varieze la infinit. Ast-fel, une-ori fractura în loc de a fi exact transversală presintă dințături și știrbituri. Linia p $\acute{o$ te fi oblică de dinainte înapoi, de din năuntru în afară, sau să ia o direcțiune pentru o porțiune într'un sens, iar pentru alta în alt sens. Câte-o-dată soluția de continuitate se face f \acute{o} rte apr \acute{o} p \acute{o} e de articulație, alte dăți mult mai departe. Une-ori fragmentul inferior este spintecat sau fisurat în mai multe direcțiuni. El p $\acute{o$ te să formeze dou \acute{e} sau mai multe fragmente de formă și volum variabil, etc. etc.

Ei bine, t $\acute{o$ te aceste lucruri se pot perfect explica prin teoria lui Dupuytren. In adevăr, odată admis faptul penetrării diafisei în epifisă, nimic mai ușor de cât existența fisurilor, plesniturilor și fragmentelor multiple.

V \acute{e} z \acute{e} ndu-se dec \acute{i} că nici-o teorie nu are aplicație absolută, astăzi s'a recurs la o *teorie mixtă*. Se susține dec \acute{i} , că la început, fractura extremității inferioare a radiului tot-d'a-una este de cauză indirectă. D \acute{i} nsa se produce prin smulgere. Odată însă efectuată, nimic nu împedică diafisa radiului de a străbate în epifisă, d \acute{i} nsa fiind împinsă înainte de greutatea corpului. De aceia ați toți autorii admit că *fractura extremității inferioare a radiului începe prin smulgere și se termină prin penetrare*.

Dați aci Fig. 65 din Hamilton, produsă de autor pe cadavru, ce p $\acute{o$ te servi ca model de fractură a epifisei radiale.

IV. Mai există încă o teorie f \acute{o} rte rațională expusă de Lopés în tesa sea de doctorat din 1860. D \acute{i} nsul atribue tot mecanismul acestei fractur \acute{i} *ligamentului interosos al antebrățului*. Reproducem cuvintele acestui autor luate din Le Dentu și Delbet: «Când c \acute{a} dem pe palma mâine \acute{i} , um \acute{e} rul primesce impulsivitatea corpului mărită prin vitesă și o transmite la cubit; cubitul o transmite, nu carpului, cu care nu este, ca să țicem ast-fel, articulat, dar prin mijlocul ligamentului interosos impulsivitatea se transmite la radiu; acesta la rîndul său o comunică carpului care la rîndul său o transmite solului ce oferă o rezistență absolută. Nu e cubitul care se fractur \acute{e} ză; și apoi acest os nespr \acute{i} jinindu-se pe carp, nu există rezistență la partea sa inferioară care se p $\acute{o$ te a \acute{i} mări curbura; ligamentul interosos tinde chiar să îndrepteze ac \acute{e} stă curbură tr \acute{a} g \acute{e} ndu-o și opune un obstacol la fractură. Este ligamentul interosos

care primește șocul aplicat pe cubit și dînsul îl transmite la radiu. Aceasta primește decî tot șocul ce suferise cubitul și el p_ote să se fractureze. Radiul însă nu se rupe nici în corpul se_ă nici în extremitatea sa superioară și iată pentru ce: Extremitatea superioară a radiului nu primește de c_ă puțin sa_ă chiar de loc impulsivnea; este corpul radiu-

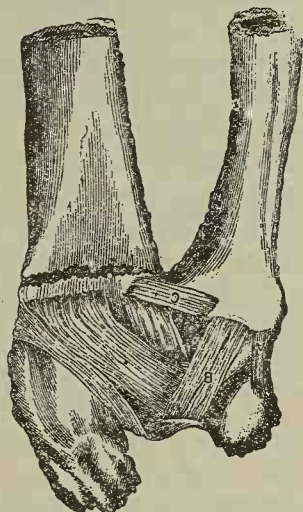


Fig. 65. — Fractură transversală a extremității inferioare a radiului produsă prin flexiune forțată înapoi, pe cadavru.

A. Ligamentul lateral intern. — B. A treia f_ășie a ligamentului anterior al carpului. — C. Ligamentul radio-cubital anterior.

lui care primește ac_ăstă impulsivnea; dar tocmai la extremitatea sa inferioară, acolo unde ligamentul interosus a încetat de a exista, radiul su_p_ărtă impulsivnea întregă, decî acolo el trebuie să se fractureze, de și este cea mai forte a radiului. Am mai putea adăoga încă că corpul radiului nu se fracturează, pentru că ligamentul interosus foarte mult întins trage corpul radiului, îi îndrept_ăză curbura și măresce rezistența sa».

T_ote aceste teorii se aplică la fractura clasică a extremității inferioare a radiului. În acelaș timp dînsa e și cea mai comună.

Excepționally, ac_ăstă fractură p_ote fi represintată numai prin o fisură unică sa_ă multiplă. Dînsa ocupă epifisa sa_ă și diafisa radiului, or numai apofisa stiloidă sa_ă ambele de-o-dată. În acest cas form_ăză *fractura bistiloidienă*. În fine une-orî singurā marginea posterioară articulară a extremității inferioare a radiului e smulsă. În cazul acesta avem a face cu *fractura* numită a lui *Rh_éa Barton*. Iar c_ănd numai marginea ante-

rioră articulară e ruptă, atunci se numesce *fractura lui Rhéa Barton răsturnată*.

Simptome, diagnostic și tratament. Imediat ce fractura s'a constituit, primul fenomen ce se produce, cel puțin în casurile tipice, este străbateră fragmentului superior în cel inferior.

Dar fenomenul acesta, există el tot d'a-una? Școala franceză este aprópe unanimă. Ast-fel Voillemier era așa de convins de existența penetrării și considera acesta ca un semn atât de caracteristic al leziunii, în cât el, pentru a exprima fracturile extremității inferioare ale radiului, ȃicea pur și simplu fractură prin penetrațiune. Contra acestei credințe este Robert Smith. Dinsul susține că nici odată nu există penetrare. Voillemier a fost înșelat de niște simple aparențe. Presupusa penetrare se datorea depositelor de țesut nou osos, unor bърne șau osteofite, etc. Exclusivismul lui R. Smith nu e admis. Sunt casuri evidente de penetrare. Fenomenul se explică ast-fel. În momentul producerei unei fracturii transversale, extremitatea fragmentului superior va avea o suprafață mai mică de cât aceia a fragmentului inferior. Acesta rezultă din forma osului. Epifisa e partea cea mai lată. E natural decі, ca fragmentul superior, fiind mai strіmt și în acelaș timp mai compact, să străbată în cel inferior care e mai larg și mai spongios.

Acastă penetrare a diafisei va fi cu atât mai mare, cu cât violența traumatică va fi fost mai intensă. În ce loc se face penetrarea? Natural în punctul unde osul a cedat. Decі pe marginea anterioră a feței sale articulare. În locul de inserție a legamentului anterior.

În urma acestei penetrațiunii, fragmentul inferior fiind împins înapoi și în sus, va face o ridicătură anormală pe fața dorsală a pumnului. Dînsa va fi urmată imediat de o depresiune. Fragmentul superior, grație țesutului compact, va străbate în fragmentul inferior. Aci va face o ridicătură în regiunea palmară. Dînsa va fi urmată iarăș de o mică depresiune.

Din aceste schimbări reciproce a fragmentelor rezultă o formă specială a mâinei, comparată de Velpeau cu o furculiță întórsă pe dos,

Prin faptul penetrațiunii, epifisa radiului se ridică. Apofiza sa stiloidă o urméză și se așeză pe un plan egal șau chiar superior celei cubitale. Pozițiunea acestor două apofise e de cea mai mare importanță. Se scie în adevěr, că în starea normală apofisa stiloidă a radiului se află mult mai jos ca apofisa stiloidă a cubitului. Linia ce le reunesce este oblică de sus în jos și de dinăuntru în afară. În fractura radiului această linie e aprópe transversală. Acesta constituie *semnul lui Laugier*. Dinsul punea diagnosticul numai pe constatarea acestui fapt.

În momentul fracturei, mai tot d'auna ligamentul lateral intern cedéză, fiind mai slab. Mâna va fi deviată în afară, privind marginea

radială. Dînsa formeză cu antebrațul un unghiü deschis în afară, iar cubitul o ridicătură în partea opusă. Din această penetrațiune a fragmentului superior în cel inferior către partea sa externă, rezultă nu numai deviațiunea clasică arătată în fig. 66 dată de Packard, dar și o scurtare mai mult sau mai puțin manifestă a antebrațului.



Fig. 66. — Deviațiunea mâinei în afară în fractura extremităței inferioare a radiului.

Acestea sunt semnele cardinale pe cari se basază diagnosticul fracturii tipice sau clasice a extremităței inferioare a radiului.

Lăsăm la o parte durerea, impotența funcțională, echimozele, scurtarea membrului, etc. Aceste lucruri sunt inerente or-cărei fracturii și deci de prisos a insista.

În ceia ce privesce crepitația, foarte rar o putem obține. Causa este că tot-d'auna există penetrarea fragmentelor. Fig. 67 din Hamilton ne reprezintă atitudinea mâinei în fractura extremităței inferioare a radiului.

Sunt de sigur casuri cari se depărtéză da tipul clasic al acestei fracturii. Mai întâi, ruperea ligamentelor dorsale și laterale fiind prea larg întinsă, iar cubitul la rîndul său rupt și sdrobit, deformarea mâinei va fi enormă. Atunci fractura s'ar putea impune drept o luxație a pumnului înapoi. Alte dăți din contra, deformarea nu există aprópe de loc. Acesta se observă la bătrâni și femeï din cauza unei prea adânci penetrațiunii. Aseleaz lucru putem constata când fractura este incomplectă, reprezentată fiind prin o simplă fisură. Atunci am putea fi înșelați, luând fractura drept en-

torsă. În fine, traumatismul fiind prea violent, epifiza radială e plesnită în mai multe puncte, formând tot atâtea mici bucați. Acesta ni s'ar impune drept fractură a diverselor oase ale carpului.



Fig. 67. — Fractura radiului aproape de extremitatea sa inferioară.

Cu toate aceste dificultăți, luând însă în considerație anamneza, vom deduce că avem o luxație sau fractură, după modul căderii individului, și după sediul durerii. Numai în fractură durerea e fixă și constantă. În fine atitudinea mâinei e de mare importanță. Or cât de puțin dînsa ar fi deformată, totuși își păstrează ceva din clasicismul seü.

Dar tocmai în asemenea casuri unde deformațiunea nu e mare, iar crepitațiunea lipsesce, diagnosticul devine o chestiune foarte delicată între o fractură și entorsa pumnului. Dar entorsele pumnului când sunt ușore, adică când nu e vorba de cât de o simplă distensiune a ligamentelor, nici nu merită atențiunea noastră. Ele nu au nici-un punct de contact cu fractura extremității inferioare a radiului, orî-cât de simplă ar fi ea. În acest cas, durerile entorsei își au sediul în nivelul interliniei articulare, în special pe fața dorsală a pumnului, sau în părțile sale laterale. Nu e rar a constata și un mic epanșament intra-articular. Dar el nu va fi capabil a produce o deformare pentru a se impune drept fractură.

Sunt însă casuri de entorse complicate. Ele în adevăr, aduc o dificultate în diagnosticul diferențial cu o fractură. Ast-fel, într'o cădere pe fața dorsală a mâinei, acesta găsindu-se într'o flexiune forțată, întinderea excesivă a ligamentelor posterioare se însoțesc de desordine destul de întinse. Ele sunt multiple și variate. Printre acestea avem ruptura aponevrosei antibrachiale posterioare d'asupra pumnului, ruperea fâșiilor mușchilor extensori în punctul unde se continuă cu tendónele, precum și ruperea tecelor sinoviale.

În general, la unirea carpului și a metacarpului ligamentele sunt stîșiute, sau au smuls punctele lor de inserțiune după oase. Une-orî împreună cu aceste smulgeri se determină fracturi parțiale. Ele se observă

în special în nivelul celui de al II-lea, al III-lea și al IV-ia metacarpian, al trapezului, trapezoidului și osul cel mare.

În asemenea condițiuni, tendónele mușchilor extensori săi chiar partea lor cărnoasă fâncéd ernie prin aponevroza brachială ruptă, pot determina o ridicătură. Dînsa, avénd óre-care analogie cu aspectul de furculiță, s'ar putea, ȃice Henequin, să se impue drept o fractură a extremității inferioare a radiului.

Același fenomen putem constata, când entorsa violentă și complicată va avea sediul pe fața anterioară a pumnului. Casul se produce, când individul cade pe mână, acesta fiind într'o extensiune forțată. Atunci iarăși aponevroza brachială rupéndu-se, tendónele și mușchii fac ernie. Ei vor forma o ridicătură, care de asemenea va aduce o deformare proprie fracturei. Abducțiunea forțată se caracterisă prin ruperea aponevrotică a cubitalului posterior, ruperea acestui mușchiu, smulgerea vârfului apofisei stiloide a cubitului și deschiderea articulațiunei radio-cariene în partea sa internă.

Din contra, adducțiua violentă determină ruperea tecelor aponevrotice, a scurtului extensor și a lungului abductor al policelui, precum și o fractură mai mult sau mai puțin limitată a părții externe a extremității inferioare a radiului (Le Dentu).

În tóte aceste casuri, neapărat diagnosticul diferențial între o fractură și entorsă devine destul de serios. Une-orî e chiar imposibil, dacă regiunea e coprinsă de o tumefacție considerabilă. Cu tóte acestea, printr'un examen minuțios și cercetare amănunțită a semnelor cardinale ce am dat, cred că putem ajunge scopul. În adevér dacă n'am constata de cât situațiunea celor două apofise stiloide a cubitului și radiului, încă am avea un semn aprópe sigur de existența fracturei. Orî cât de complicată ar fi o entorsă, aceste două apofise își vor păstra situațiunea normală. Apofisia stiloidă a radiului va fi pe un plan mult mai jos ca a cubitului. Linia lor de unire va fi oblică și de dinăuntru în afară. Din contră, într'o fractură a radiului, cel mai mic grad de penetrare a fragmentelor va determina o ascensiune a apofisei radiale. Decî linia de reunire între dînsese în loc să fie oblică va fi transversală și pe același plan. În casuri imposibile nimic nu ne împedică a aștepta 2—3 ȃile. Într'o entorsă deformațiunea va avea tendința să se micșoreze. Într'o fractură dînsa e persistentă. Deviațiunea mânei în afară și unghiul ce-l forméază dînsa cu antebrațul, nu se găsește în nici-o entorsă orî-cât de complicată ar fi. Ea e caracteristică în orî-ce fractură. Pentru a ne da și mai bine seama de situațiunc, e de preferat ca examenul bolnavului să se facă sub cloroform. În timpul acesta odată cu stabilirea diagnosticului aplicăm și tratamentul.

Tratamentul. Constă ca în or-ce fractură a face reducerea, coaptarea și fixarea părților în starea lor normală, prin diferite aparate.

Reducerea se obține prin extensie aplicată pe mâna deviată, și prin contra-extensie aplicată pe antebraț sau chiar cot. Acastă manipulare fiind excesiv de durerosă, e bine a se practica sub chloroform. Ast-fel tot-d'a-una am procedat. In timp dar când ajutórele fac extensie și contra extensie, chirurgul imprimă cu ambele police o mișcare de propulsie împingând pe fața dorsală a fragmentului inferior. In acelaș timp el corecteză și deviațiunea mâinei ce este în afară, îndreptându-o către marginea cubitală. Cu cele-l'alte degete apasă pe extremitatea fragmentului superior aflat pe fața palmară a pumnului, căutând să-l coapteze cu cel inferior.

In timpul când ajutórele mențin mâna pusă în poziția normală, chirurgul aplică repede un bandagiú de gips apropiat. Ajutórele nu părăsesc pozițiunea pînă când aparatul nu e complet solidificat.

Să ne ferim a face o constricție mare. Nimic nu e mai ușor, neavând practica lucrului, de cât să determinăm o gangrenă a membrului.

Bandagiul se va pogori în jos pînă la rădăcina degetelor. In sus el va coprinde întregul antebraț chiar pînă la cot.

Pentru a preveni înțepeneala articulațiilor degetelor, bandagiul se va ridica cel mult după 15—20 zile.

Velpeau, care punea mai pre sus ankilosarea sau chiar simpla înțepeneală a articulațiilor, respingea în mod ostentativ aplicarea or-cărui bandagiú. Dîndu-se însă, că în 15—20 zile fixarea mâinei nu póte să fie urmată de consecințe grave, e de preferat a trata fractura în mod rațional.

De alt-fel Tillaux e clar în acastă privință când zice : fără a merge așa departe ca Velpeau, cred că trebuie pus un aparat, dar să nu'l lăsăm în loc mai mult ca 15—20 zile ; și încă în acest timp trebuie să imprimăm ușóre mișcări la tóte articulațiile, afară de cea radio-carpiană.

Când nu avem la dispoziție cele necesare pentru bandagiú gipsat, putem aplica un aparat compus din comprese gradate. Punem una pe fața palmară, iar alta pe cea dorsală. Peste ele vom pune câte-o atelă de lemn. Totul va fi fixat prin bande sau plastor aglutinativ.

Dupuytren mai adaoga o atelă internă pe marginea cubitală a mâinei. Acésta spre a menține corecțiunea deviațiunei în afară.

Dar nimic nu valoréză mai mult ca un aparat gipsat, sau în gutta percă topită, precum fac Americanii. Când însă deformațiunea nu există, precum e casul la bătrâni sau femeí, atunci ne putem dispensa de or-ce aparat, înlocuindu'l printr'un simplu masagiú.

§ III. Luxațiunile pumnului.

Luxațiunile pumnului sunt foarte rare. Chirurgii înaintați în etate și petrecându-și totă viața prin spitale, mărturisesc a nu fi avut ocasiunea a vedea vre-o dată luxațiunea pumnului. De aceia și descrițiunile acestora sunt incomplete. Ele sunt făcute mai mult pe câte-va experiențe cadaverice.

Este cunoscută lupta lui Dupuytren. El combătea cu înverșunare credința vechilor chirurgi. Hippocrat susținea frecuența acestor luxații, admitând chiar patru varietăți. Dupuytren considera drept erezie admitterea luxațiilor pumnului. După dînsul ele erau imposibil a se produce. Toți aceia, zicea el, cari au crezut în luxație, au confundat-o cu fractura extremității inferioare a radiului. Aceasta e mult mai frecventă. Dînsa e singură capabilă a se produce. Cu toate acestea, observații incontestabile există.

Azi se admite două varietăți de luxații ale pumnului: *una înainte și alta înapoi*. Luxațiile laterale interne sau externe sunt contestate. În or-ce caz ele nu sunt simple. Se însoțesc de fracturi concomitente fie ale extremității inferioare a antebrațului, fie a celor-lalte oșe ale pumnului.

Dar dacă luxațiunea pumnului, în general, e așa de rară și greu de descris, ce putem zice de luxațiunea separată a fie-căruia din oșele carpului? Trebuie oșe, basați pe una sau două observațiuni de luxațiune a scafoidului, sau a semilunarului, să ne oprim asupra lor? De sigur nu. Aceasta ar fi a obosi memoria. Să presupunem că întîlnim o rădicătură anormală pe fața dorsală a primului sau al II-lea rînd din oșele carpului. Dacă, trecînd în revistă toate bôlele regiunii pumnului, nu ne putem opri asupra nici uneia din ele, atunci pôte să fim în drept a ne permite să ne gîndim la posibilitatea luxației vre-unuia din aceste oșe. Dar încă o dată repetăm, lucrul este cu totul excepțional. Numeroșele ligamente laterale și interosoșe, de și permit o mobilitate a acestor oșe, le fixază însă în mod solid unele cu altele. Ele formază un total ce nu permite o luxație separată. Cu toate acestea, în traumatisme mari sau căderi de la oșe-care înălțime, asemenea luxațiuni se pot întîlni. Ele însă foarte rar sunt simple. Mai tot-d'a-una se găsesc complicate de leziuni întinse ale regiunii, ca plăgi penetrante, fracturi, etc.

Să admitem existența unor luxațiuni simple. Atunci ne rămîne a constata ridicătura pe fața dorsală sau anterioară a pumnului. Vom determina, după datele anatomice, situațiunea fie-căruia os din ambele rînduri ale carpului. În urmă vom susține că în adevăr printr'o rară excepțiune, ne aflăm în fața unei luxațiuni a scafoidului, semilunarului, piramidalului, etc.

Trebue să menționăm, că luxația cea mai frecventă dintre ósele carpului este cea a marelui os. Dinsa se produce în urma unei căderi pe mână aflată în flexiune. In această situație, greutatea corpului se transmite prin al treilea metacarpian. Violața pôte să enucleeze osul, dislocându-l pe fața dorsală, acolo unde ligamentele sunt mai slabe. Se mai admite încă producerea acestor luxțiuni și prin contracțiunea energetică a mușchilor flexori.

Semnul caracteristic constă într'o ridicătură pe fața posterioară și mediană a carpului, acolo unde se observă și chistul sinovial, numit de Gosselin, ganglion. Se deosebesce însă de acesta prin tăria sa caracteristică, proprie unei scosături osóse. Un kist simplu are tendință a dispăre prin presiune saă în momentul extensiunei pumnului. Intr'o luxație, reducerea se obține trăgând cu putere de mână și apăsând cu putere pe osul luxat.

Se mai menționează încă luxațiunea scafoidului și a semilunarului. Ele se vor recunoște după sediul anatomic, ce ocupă ósele în primul rînd al carpului.

Luxațiunea medio-carpiană. Scim că ósele carpului sunt aședate pe două rînduri: unul superior, format din scafoid, semilunar, piramidal și pisiform, iar altul inferior format din trapez, trapezoid, osul cel mare și osul cu cărlig. Aceste două rînduri de óse se articuléză între ele și formează articulațiunea medio-carpiană.

Luxațiunea medio-carpiană, adică a primului rînd a óselor carpului pe al II-lea rînd, este excepțională. Nu se citéză în sciință de cât vr'o patru casuri. Dar și acestea sunt discutabile. Se susține de unii, că era vorba de fractura extremităței inferioare a radiului saă a capetelor metacarpianilor. Luxațiunea medio-carpiană nu se pôte produce decât în cazul unei căderi de la o înălțime mare. Individul trebue atunci să se sprijine pe mână fórte mult flexată. In această situație, Tillaux a arătat că greutatea corpului se sprijină tocmai pe articulațiunea medio-carpiană. Atunci, ligamentele posterioare ale articulațiunei fiind fórte laxe se rup. Ele permit ast-fel celui de al doilea rînd al metacarpului sa se așede sub cel întâi. Acesta formează *luxațiunea medio-carpiană înainte*. In general această luxație nu se complică de smulgerea apofisei radiului. Causa este că ligamentele posterioare sunt fórte slabe pentru a produce acest lucru.

Când însă al II-lea rînd al carpului încalecă pe cel d'întâi, aședându-se pe fața sa posterioară, atunci formează *luxația înapoi*. De altfel dinsa e cea mai comună.

Diagnosticul acestei luxțiuni e destul de greū. Ușor se confundă cu fractura extremităței inferioare a radiului. Vom sci însă, că pe când

în fractură apofisele stiloide nu-și mai păstrează situațiunea normală găsindu-se pe aceiaș linie transversală, în luxație, din contra, apofisa stiloidă a radiului tot-d'auna va fi mai jos ca a cubitului, precum e în starea normală.

Ferraine, pentru a înlătura confusiunea luxațiunei medic-carpiene înapoi cu fractura carpului, recomandă a se fixa articulațiunea policelui (trapezo-metacarpiană). De aci să se tragă o linie transversală pe fața dorsală a carpului, până la marginea cubitală a mâineii. Acastă linie, corespunde la articulațiunea celui de al II-lea rînd al carpului cu metacarpul. Cu $1-1\frac{1}{2}$ c. m. maximum d'asupra acesteii linii, corespunde linia articulară medio-carpienă. Decii, diagnosticul diferențial între această luxație și fractura metacarpului se va stabili după sediul ridicăturilor osose, fie d'asupra interliniei metacarpienelor saũ la nivelul seũ. In cazul I-iũ vom avea a face cu o luxație iar în al II-lea cu o fractură.

Tratamentul. Reducerea luxațiilor medio-carpiene și în special cea înapoi se obține, exagerând în primul timp flexiunea mâineii, iar apoi exercitând tracțiunii destul de seriose. In acest timp se apasă pe al II-lea rînd al carpului, ce face ridicătură pe fața dorsală a pumnului. Vom căuta în acelaș timp a-l împinge înainte. După reducere vom pune mânia într'un bandaj gipsat, pentru a preveni recidiva.

§ IV. Luxațiunea propriũ zisã a pumnului saũ radio-carpienã.

Aci avem douẽ mari varietãți. Ele s'aũ fixat după situațiunea ce osele carpului iaũ în raport cu osele antebrațului. Ast-fel, când osele carpului se așezã înaintea oselor antebrațului, formãnd o ridicătură către fața palmarã *luxațiunea se numesce înainte*. Când din contrã, osele carpului dislocãndu-se, vor face ridicătură pe fața dorsalã, *luxațiunea se numesce înapoi*.

Luxațiunile laterale ale pumnului fie ele interne ori externe, sunt imposibil de produs în mod simplu. Apofisele stiloide ale radiului și cubitului se opun la asemenea dislocãri. Numai în cazul de traumatisme mari și complicațiunii de fracturã, aceste luxațiunii laterale se întãlesc. Dar și atunci ele formezã un epifenomen.

1). *Luxațiunile înapoi ale pumnului.*

Mecanismul cel mai comun în producerea acesteii luxațiunii, constã într'o cãdere de la o înãlțime suficientã, individul sprijinindu-se pe palma mâineii. Acastă teorie a fost deja emisã de Malgaigne. Dinsul însă susțineã cã punctul de sprijin se face pe eminentele tenere și ipotenare. Suprafața articularã a radiului, grație planului seũ înclinat, putea să a-

lunece înainte și în jos împinsă fiind de greutatea corpului. Osele carpului trecând înapoi, luxația era efectuată. Experiențele cadaverice însă, precum și faptele clinice au arătat, că în acest cas se obține fractura extremității inferioare a radiului, iar nici de cum luxațiunea pumnului.

Astăzi se admite de toți autorii că, într'o cădere pe mână aflată în extensiune, se cere și o mișcare de rotațiune a pumnului de dinafară înăuntru. În urma acestui fapt, ligamentul lateral extern al articulațiunii se rupe. Atunci luxația se poate produce.

Voillemier, crede că această luxație se obține printr'o cădere pe mână în flexiune, punctul de sprijin fiind pe capetele metacarpienilor. Atunci, suprafața articulară a radiului, împinsă de greutatea corpului și grație planului său înclinat de sus în jos și de dinapoî înainte, poate să alunece înainte. Acesta permite oșelcr carpului a se așeza înapoi. Dar și aci experiențele au arătat, că în asemenea situațiune, se poate obține o luxație medio-carpiană sau chiar fractura extremității inferioare a radiului, iar nu o luxație propriu zisă a pumnului.

Concluziunea deci este, că luxațiunile înapoi ale pumnului se produc într'o cădere pe mână aflată în extensiune, având adieă punctul de sprijin pe eminența tenară. Se adaugă în același timp și o rotațiune a pumnului de dinafară în năuntru. Numai ast-fel traumatismul e capabil a rupe ligamentul lateral extern al articulației.

Un alt mecanism este și următorul. Mâna se află deja în extensiune și are punctul de sprijin de eminența tenară. Dacă se aplică o lovitură puternică pe extremitatea inferioară a feței posterioare a antebra-



Fig. 68. — Luxația pumnului înapoi (personală).

tului, sau pe fața posterioară a cotului, antebrațul fiind flexat, rezultatul este același, adică : împingerea extremităților inferioare ale antebrațului înainte, iar ale carpului înapoi. Billroth a arătat producerea acestei luxații la un individ. Acesta, având mâna sprijinită pe tamponul unui vagon, a fost lovit pe fața posterioară a cotului de tamponul unui alt vagon. Lovitura împingând și supunând antebrațul la o presiune paralelă cu axa sa, luxațiunea a fost produsă. Le Dentu dă și el următorul cas foarte

important. O femeie, descărcând nisce saci ce avea pe umăr, își ținea mâna rezemată pe șold. În acest moment, unul din saci cade pe neașteptate și isbesce cu violență fața posterioară a cotului. Luxațiunea pumnului înapoi a fost produsă.

Figura 68, reprodusă pe schelet, ne arată o luxație a pumnului înapoi, iar fig. 69 ne oferă aspectul acestei luxații, așa precum s'ar presenta în clinică.

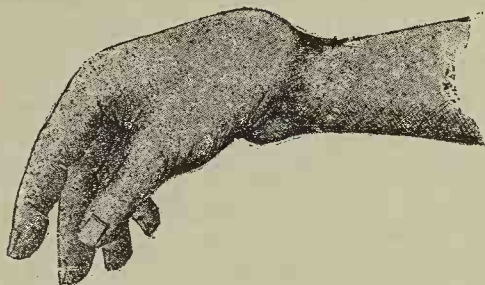


Fig. 69. — Atitudinea mâinei în luxația înapoi a pumnului (personală)

Diagnosticul. Luxațiunea pumnului înapoi se recunoște în special prin deformațiunea caracteristică a membrului. Dînsa constă într'o ridicătură pe fața dorsală a antebrațului. Ea e formată de oșele carpului. Există apoi o altă ridicătură pe fața anterioară a antebrațului. Acesta e formată în special de epifisa radiului. Orî-ce mișcări spontanate sau provocate ale mâinei, fie de abducție sau adducție, sunt imposibile. Dificultatea câte-odată e foarte mare a diferenția această luxație de fractura extremității inferioare a radiului. De alt-fel, între ambele există o mare asemănare, mai ales când această fractură e însoțită de o deplasare prea pronunțată a fragmentului înainte. Când leziunea nu e însoțită de o tumefacție mare, putem printr'un examen minuțios, să recunoștem în ridicătura dorsală, suprafețele articulare ale carpului. Pe lângă acesta, apofizele stilolde ale radiului și cubitului își păstrează pozițiunea lor normală, aflându-se pe un plan oblic. În fine, axa mâinei nu e deviată în afară ca în fractură. În casuri complicate vom recurge la anestesia clorofornică. Atunci putem stabili adevăratul diagnostic.

Tratamentul. Reducerea constă în a exercita tracțiunii continue și progresive pe mână. Vom esercita în acelaș timp o presiune directă pe oșele carpului, căutând a le împinge înainte și în jos. Mayerhofer a reușit în reducere, puind mâna în extensiune forțată. Un ajutor apasă cu policele pe ridicătura carpiană. E de preferat ca bolnavul să fie clorofornizat.

În casuri de luxațiunii vechi, provocând jenă în funcțiunile mem-

brului, său atunci când există mari complicațiuni, se recomandă artrotomia și chiar resecția pumnului.

II. *Luxațiunile pumnului înainte.*

Ele sunt și mai rar ca cele precedente. Nelaton le consideră cu totul excepționale, dacă chiar nu le negă.

Mecanismul cel mai comun constă într'o cădere de la un loc înalt pe fața dorsală a mânei. Dînsa decî va fi în flexiune forțată. Acelaș rezultat se obține, dacă mîna fiind în această pozițiune, s'ar aplica pe fața posterioară a carpului o lovitură directă, precum ar fi dărămarea de pămînt, o lovitură de picior de cal, un bloc de piatră, etc., Prin faptu căderii său aplicarea unei lovituri pe fața dorsală a mânei, ligamentele posterioare, slabe prin natura lor se rup. Ele permit óseler carpului să alunece înainte și sub fața anterioară a óseler antebrațului grație impulsionei violentei traumatice.

Fig. 70 ne arată pozițiunea reciprocă a óseler în luxația pumnului înainte.

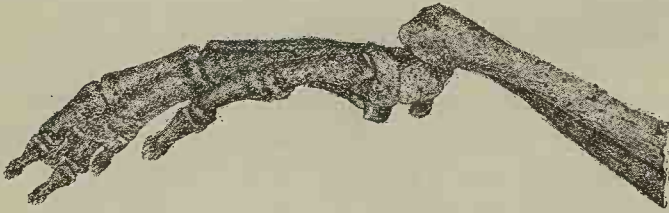


Fig. 70. — Luxația pumnului înainte (personală).

Dacă pe lângă ligamentele dorsale se rup și cele laterale, atunci avem combinațiunii de alte varietăți, ca luxațiunii înainte și în afară, său luxațiunii înainte și înăuntru, după pozițiunea ce ia carpul cu ósele antebrațului.

În luxațiunea înainte a pumnului, fracturile radiului se observă mai rar. Nelaton însă credea, că această complicațiune e mult mai frecventă de cât își putea cine-va imagina.

Simptomele constau într'o deformațiune determinată de o ridicătură pe fața dorsală a pumnului. Ea e produsă de ósele antebrațului. Există și o altă deformație pe fața palmară. Dînsa e produsă de ósele carpului. Mîna se află în extensiune, iar degetele în flexiune. Mișcările pumnului sunt cu totul abolite.

Tratamentul. Constă în reducere. Dînsa tot-d'auna trebuie făcută

sub cloroform. Dacă nici un ligament sau tendon nu se interpune între suprafețele articulare, reducerea se obține ușor. Exercițăm o tracțiune a mâinii înainte și paralelă cu axa membrului. În acest timp apăsăm pe oasele carpului, căutând a le împinge înainte, iar apoi a le ridica în sus. Luxația se reduce. O cauză de ireductibilitate este când luxația se complică de fractura extremității inferioare a radiului. În acest cas, trebuie mai întâiu să reducem fractura, în special deplasarea fragmentului inferior, și apoi vom proceda la tratamentul luxației.

Luxația extremității inferioare a cubitului.

Pentru a termina cu luxațiile pumnului, trebuie să știm câte-va cuvinte asupra acestei luxațiuni. Dînsa, de și excepțională la adulți, se observă însă accidental la copii. A fost descrisă de Goyrand. Ea constă în luxațiunea capului cubitului pe ligamentul triangular.

Dar ce este acest ligament? Se știe că capul cubitului este primit pe o suprafață articulară ce oferă radiul la fața sa internă. Pe lîngă ligamentele periferice, cari există în jurul acestei articulații, se mai află un ligament interosos foarte puternic. El, prin baza sa, se inseră pe toată marginea internă a extremității inferioare a radiului, iar prin vîrfurile pe apofiza stiloidă a cubitului. Această dispozițiune, dînd ligamentului o formă triangulară, a și primit numele de ligament triangular al articulației radio-cubitale inferioare. Dînsul servă a uni radiul cu cubitul. Dar în acelaș timp îl separă de oasele carpului, și în special de piramidal, cu care singur este în contact.

Intr'o mișcare bruscă de pronațiune — precum acesta se întîmplă la copii apucați cu violență de antebraț, pentru a-și scăpa de vr'un accident — radiul, căutînd a trece d'asupra cubitului, tîrscse după el ligamentul triangular. Acesta viind înaintea capului cubitului, împiedică revenirea acestuia în locul normal. În modul acesta se determină nu o laxație, căci ligamentul nu e rupt, ci mai mult o subluxație. Și drept probă este, că reducerea se obține foarte ușor, îndată ce am reușit a readuce membrul din pronațiunea în care rămăsese într'o supinațiune forțată. Imediat simțim o ușoră trosnitură. Atunci durerea, diformația și impotența membrului dispărînd, luxația e redusă.

§ VI. Afecțiunile inflamatorii ale pumnului.

Inflamația tecelor tendinoase ale pumnului se observă în urma traumatismului său a unor profesii ca pianisti, scriitori, bijutieri, ceasornicari, etc. Téca lungului extensor și scurtului abductor al policelui sunt

cele mai frecuent atinse. Ca semne caracteristice avem : tumefacție, durere ușoară, roșiață și jenă în funcțiune. La pipăit, în timpul mișcării policelui, simțim acea senzație de frecare, proprie tenositei crepitante ce am descris la *ai dureros*. (1)

Sinovita fongosă și în special cea cu grăunțe riziforme, se dezvoltă mai rar pe fața dorsală. Sediul său de predilecție e marea sinovială a flexorilor. Dinsa se găsește pe larg descrisă în Vol. II. (2)

Flegmonul pumnului. Acesta are sediul sub masa flexorilor, înaintea ligamentului interosus și a pătratului pronator. Deci se găsește la o profunzime destul de mare. Flegmonul pumnului mai nică-o-dată nu e primitiv. Este tot-d'a-una consecutiv. Are punctul de plecare într'un panarițiu al policelui său micului deget.

În privința acésta există două teorii. Teoria limfatică, susținută de Dolbeau, și teoria propagării inflamației prin mijlocul tecii sinoviale a celor două degete sus citate. Acésta din urmă teorie pe calea de sinovită e mai ales sprijinită de Tillaux. Dinsa e bazată pe nisce date anatomice positive. Se scie în adevăr că tecile seróse ale policelui și micului deget, forméază o continuitate cu serósa flexorilor. Ele se opresc la două laturî de deget d'asupra articulației pumnului. Téca celor-l'alte degete se opresce în palma mânei. Fig. 71 luată din Tillaux e fôrte clară.

Clinica ne arată : I) că acest flegmon este consecința unui panarițiu al policelui său auricularului, iar II) că în casurî tipice, procesul inflamator se opresce drept d'asupra pumnului, adică unde se termină fundul de sac sinovial. Mai mult încă. Dacă facem o deschidere în acest loc, putem cu un stilet introdus prin orificiū și împingându-l să ajungem cu vârful până la pulpa policelui său auricularului. Și larășî, puind câte-un tub de drenagiū în fie-care técă a degetelor, lichidul ce am injecta prin unul va eși prin cel-l'alt tub.

Dar proba cea mai convingătoare reprezentând o adevărată experiență fiziologică este faptul următor. Avem un panarițiu său plagă a policelui, urmată de un flegmon al antebrațului. După câte-va zile, inflamația ia o direcție retrogradă. Ea merge de copleșește micul deget, care până aci era sănătos. Cele-l'alte trei degete rămân într'o integritate complectă. Acésta demonștră pînă la evidență că cele două tecî sinoviale, în dreptul pumnului, unde se găsesc în contact, ar avea o comunicare anormală stabilită printr'un orificiū. Lucrul acesta e susținut de Sappey. După alții însă, acésta comunicare normală nu există. Dinsa se

(1) Vol. II, pag. 352—355.

(2) Loc. cit. pag. 358—365.

constată numai în cazuri patologice. Dar or-cum ar fi faptul, el nu e mai puțin evident. Inflamația de la cele două degete se poate comunica pînă d'asupra pumnului.

Contra acestui mod de a vedea este teoria limfatică sau teoria lui

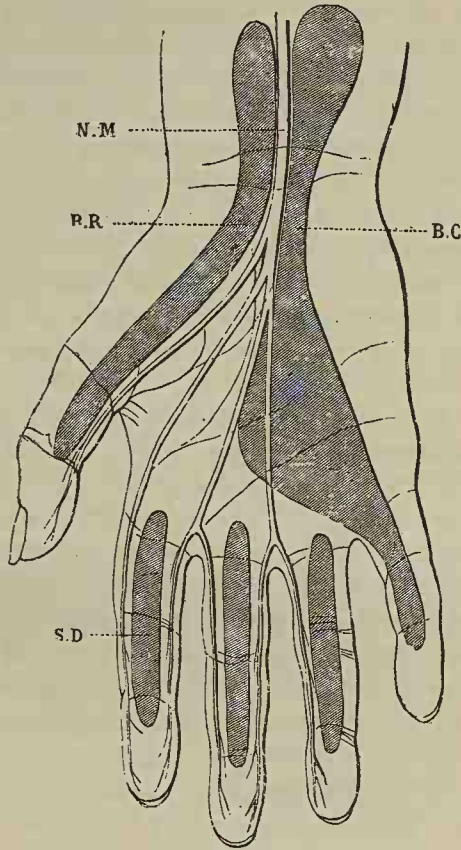


Fig. 71. — Schemă represintănd sinovialele flexorilor în nivelul pumnului. a mâinei și degetelor.

B.C. Pungă seroasă sau cubitală.

B.R. Pungă seroasă externă sau radială.

N.M. Nervul median.

S.D. Sinoviala degetului indicator.

Dolbeau. Intre alte obiecțiuni este și acesta. Pentru ce în urma acestor panarițiuni, flegmonul nu rămâne limitat la pumn, ci copleșește întregul antebraț, mergând chiar pînă la cot? Adversarii răspund: acesta nu provine din cauza limfangitei. Ea este consecința ruperei fundurilor de sac

sinoviale. Acestea fiind foarte subțiri, cedeză tensiunii inflamatorii. Atunci, lichidele vărsându-se în țesutul celular din prejur, determină un flegmon difuz al antebrațului. Și iată proba: flegmonul nu apare de o dată. El rămâne mai întâi limitat la pumn. Și tocmai după ce fundurile sinoviale au cedat, adică s'au spart, atunci inflamația copleșește antebrațul.

Dar cu toate acestea, teoria limfatică a lui Dolbeau este sprijinită pe fapte clinice serioase. Mai întâi, sunt cazuri manifeste de flegmone ale mâinei și antebrațului în urma plăgilor și inflamației (panarițiu) a celorlalte trei degete din mijloc. În special, Polaillon a publicat un caz de panarițiu al indicelui, complicat de un abces profund al regiunii superioare a antebrațului. Cum dar se pot explica aceste fapte, dacă nu prin calea limfatică. Tecile celor trei degete nu au absolut nici-o comunicare cu sinoviala flexorilor din regiunea pumnului. Mai mult, putem avea flegmone profunde la antebraț, fără ca tecele sinoviale ale policelui și articularului să fi fost interesate. În fine există cazuri unde, la autopsie, s'a constatat în mod evident că fuzeele purulente flegmonose erau cu totul în afară de tecile sinoviale.

Din acestea noi conchidem, că ambele teorii sunt raționale și se găsesc demonstrate în anumite cazuri. Pentru acesta le admitem. De alt-fel am arătat în volumul al II-lea, că limfaticile au cea mai intimă legătură cu membranele seroase. Nu e decî nimic de surprinzător că o sinovită se va însoți de limfangită și vice-versa.

Partea principală e că acest flegmon trebuie repede deschis. Acésa o facem pe de o parte a ne opune la extensiunea sea, iar pe de alta a suprima durerile atroce ale bolnavului. Incisia însă va fi foarte profundă. Ea va trebui să taie în totă grosimea sea regiunea antebrațială anterioară. Să ne aducem aminte dice Tillaux, că nervul median se află așezat puțin în afară de axa antebrațului. Prin urmare, incisia se va face imediat d'asupra ligamentului anterior al carpului și puțin înăuntru de linia mediană. Vom tăia strat cu strat pînă vom da de focarul purulent. Acesta odată deschis, vom introduce un tub de drenaj. La necesitate vom scote tubul prin palma mâinei. Vom observa regulile ce am stabilit spre a nu deschide arcada palmară superficială.

§ V. Tumorile pumnului.

I). *Kiștii pumnului.*

Cei mai importanți sunt aceia de la fața palmară pe cari deja i-am studiat în Vol. II. sub numele de *kiști riziformi*. (1)

(1) Vol. I, pag. 358—368.

Kiștii după fața dorsală a pumnului, impropriu numiți *ganglion* sunt iarăși foarte importanți și recunosc două origini. Unii, bine studiați de Gosselin, se dezvoltă pe socotela unui fund de sac din sinoviala carpului. Aceste cripte sinoviale străbat prin oșele carpului și es afară. Ele comunică totuși cu sinoviala articulară printr'un pedicul. În cazul acesta, kistul se poate reduce prin o ușoară presiune. Conținutul se întră în cavitatea articulară. Alte dăți însă pediculul se obliterază, și fundul de sac sinovial se poate chiar cu totul isola. Atunci reducerea conținutului kistului nu se mai poate obține. Acești kiști se mai cunosc și sub numele de *ganglion*.

Dar în afară de aceștia, mai putem observa și alții descriși de Foucher. Ei se dezvoltă d'adrechtul pe socotela sinovialei unui tendon. De aci două mari varietăți de kiști numiți de Demarquay, *kiști teno sinovială* și *artro sinovială*. Primii se pot dezvolta în or-ce tendon, decî se vor întâlni pe or-ce punct al feței dorsale a pumnului. Cei artro sinovială însă, dezvoltându-se pe socotela sinovialei medio-carpene, își au sediul special în dreptul capului marelui os.

Caracterele acestor kiști sunt, că nu au un volum mai mare ca o alună sau nucă. Ei sunt mobili, une-orî transparenți și ușor reductibili. Alte dăți au păreri foarte groși. Când sunt ireductibili și de o consistență tare s'au putut lua drept exostose. De și indolenți și neprovocând de cât ore-care jenă în mișcări, totuși devin insuportabili prin aceia că împiedică executarea unor profesii ca a pianiştilor, violiniştilor, scriitorilor, etc., persoane tocmai la cari această afecțiune se observă mai des. Fig. 72 luată din al II-lea volum al meu de chirurgie reprezintă un kist sinovial după natură. Fig. 73 ne arată un kist tendinos al extensorului propriu al indicatorului.

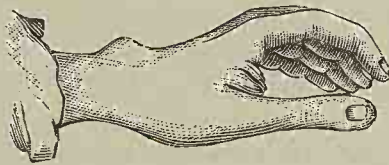


Fig. 72. — Kist sinovial al pumnului (personal).

Tratamentul. S'a propus reducerea kistului când comunică cu articulația, sau chiar zdrobirea sa cu degetele or cu o piesă de monedă. În asemenea cas, conținutul intrând în caritatea sinovialei sau revărsându-se în țesutul celular, lichidul dispare. Astăzi însă armați de precauțiuni antiseptice, putem întreprinde extirparea totală, chiar și pentru cei articulari. Prin acesta prevenim or-ce recidivă. Vom lua precauțiuni pentru cei

aflași la marginea externă e pumnului spre a nu tăia artera radială ce se află sub kist. Și tocmai din cauza situației acestei artere, de multe ori kistul s'a luat drept tumoră anevrismală, grație mișcărilor de ridicare și coborâre, împrimate de artera tumorei.

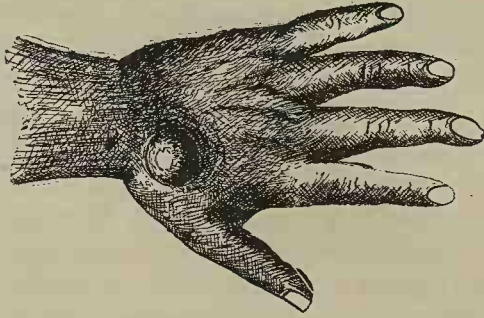


Fig. 73. — Kist tendinos al extensorului propriu al indicelui (personală).

§ VII. Inflamațiuni specifice ale pumnului.

Artritele pumnului.

Pe lângă artritele traumatiche și reumatismale, cele mai importante sunt de sigur cea blenoragică și tuberculoasă. Artrita blenoragică a pumnului reprezintă chiar tipul acestei afecțiuni. Easervă ca model de descriere. Și une-ori confuziunea cu cea tuberculoasă e așa de mare, în cât diagnosticul devine de o dificultate excesivă. În adevăr, și într'una și în alta observăm aproape aceleași semne: tumefacție, împăstare, jenă și chiar abolițiunea mișcărilor. Se adaogă apoi subluxația cubitului etc. Și toate acestea fără alterațiunea tegumentelor. Decî avem toate semnele caracteristice tumorei albe. Singura deosebire ar fi că cea blenoragică apare pe un om sănătos, începe în mod brusc, și nici-o-dată nu are tendință la supurație. Prin urmare dînsa nu se însoțește de traecte fistuloase ca cea tuberculoasă. Tumora albă, din contra, apare în mod lent, insidos și cu tendință la supurație și fistule. Individul departe de a fi sănătos neavînd de cât o simplă blenoragie, e slăbănog și chiar cachectic. El are organismul impregnat cu bacilii tuberculoși.

Cea-ce oferă de particular tumora albă, este că sinoviala articulară fiind bine garantată înainte prin ligamentul anterior al carpului, iar în lături de ligamentele laterale și diferite tendóne, partea dorsală formează punctul său cel mai slab. Decî fungositățile vor tinde a face irup-

ție prin această porțiune a sinovialei. De aci rezultă că umflătura, deschiderea și fistulele în tumora albă a pumnului, se vor găsi numai pe fața sa dorsală. În casuri inveterate însă, când toate celelalte bariere se disting, fungositățile ca și fistulele pot să apară pe orice punct al pumnului și chiar pe antebrăț.

A doua particularitate constă în aceea, că tecele sinoviale au conexiuni foarte întinse cu articulația carpului. De aci rezultă că tumora albă, care în general începe prin o sinovită fungosă, foarte ușor se poate propaga în interiorul articulației. Afară de aceasta, micile articulații atât de numeroase ale pumnului au unele cu altele raporturi foarte intime, atât spre regiunea carpului cât și a radiului. În plus, sinoviala radio-carpiană prezintă o trăsură de unire cu a semilunarului și piramidalului. Aceasta face că articulația pumnului comunică direct cu cea medio-carpiană.

Acastă dispoziție anatomică are de efect că tuberculoza pumnului, pe de o parte se propagă foarte ușor la ambele rînduri ale oșelor carpului, iar pe de alta ea se poate ridica chiar pe oșele antebrățului. De aci o mare dificultate pentru resecție. Distrugerile fiind întinse, ridicarea totală a rēului nu se poate face. De aci provin și dese recidive. Contra lor numai amputația antebrățului poate lupta.

Simptomatologic. Inceputul tumorei albe a pumnului e același ca al tuturor artritelor tuberculoase. El e lent, insidios. Nu atrage mult atențiunea bolnavului. Să fim deci cu luare aminte asupra oboșelei organului. În adevăr, primul lucru de care bolnavul începe a se plînge, este că mîna i se obosese foarte repede. După câte-va mișcări el e silit să-și odihnescă mîna. În special, mișcările de flexiune și extensiune nu numai că devin obositoare, dar încep a fi și dureroase. Bolnavul caută a-și pune membrul în diferite pozițiuni. Un alt semn prodromic, asupra căruia insistă Gangolphe și care e de mare importanță, este următorul. Bolnavul se plînge de o slăbiciune repede în mușchii regiunii. De și nu constatăm nici o micșorare manifestă în masa musculară, totuși dinamometrul arată o slăbiciune extraordinară. Bolnavul, cu toate că are membrul în condițiunile normale, nu este însă capabil a executa cea mai ușoară lucrare. El rămîne surprins că nu poate să ridice un pahar de apă, sau o greutate de câte-va sute de grame. Aceasta îl constrînge mai repede ca durerea, să se arată medicului și să cêră a i-se pune mîna în repaos. Nu trece mult timp și bóla e confirmată. Primul lucru ce observăm e o tumefacție ce apare pe fața dorsală a pumnului. Sediul său este în nivelul marelui os. Acolo sinoviala radio-carpiană are eșire, când e inflamată. Mai târziu bóla atinge ultima perioadă. Atunci constatăm: tumefacție, edem, senzație de falsă fluctuație datorită fungosităților, fuzee purulente multiple și o atitudine specială a pumnului, ce se așeză în flexiune. Pe

fața dorsală există o ridicătură anormală, formată de capul cubitului; el chiar se poate luxa pe radiu, dacă ligamentele sunt prea relaxate sau distruse. Se întâmplă ca întregul carp să se luxeze înapoi (Richet, Nelaton). În mijlocul acestei diformități, degetele se subțiază la extremitățile lor, masele musculare se atrofiază, antebrățul devine foarte subțire. Din întreaga mână nu rămâne de cât o masă inertă. Ea e reprezentată prin o enormă umflătură a pumnului, care împiedică or-ce mișcare. Bolnavul desgustat de membrul său, cere cu insistență a se scăpa de dînsul, devenit un focar de infecție pentru întregul organism.

Diagnosticul. Când bóla se află în ultima perioadă, diagnosticul nu are absolut nici o dificultate. Nu vorbim de copii, la cari cea mai mică jenă și deformare a pumnului ne poate autoriza la sigur a anunța o tumoră albă. Chestiunea este când avem a face cu un adult. Aci trebuie să răspundem cel puțin la următoarele întrebări: Bóla ce ni se prezintă este o artrită reumatismală, blenoragică, sau tuberculósă? Când tumora albă e la începutul său, de multe ori e greu a ne pronunța. În adevăr, în toate aceste artrite găsim durerile articulare spontanate sau provocate precum și jenă în mișcări. O ușoră tumefacție datorită idartrosei sunt semne comune atât tumorii albe incipiente cât și artritelor reumatismale și blenoragice. Dar, pe lângă antecedentele bolnavului și examenului minuțios al organelor genitale, vom avea de observat. Tumora albă nici odată nu începe brusc și nici nu se însoțesce de fenomene inflamatorii generale și locale ca o artrită blenoragică sau reumatică. Apoi *tumora albă se va însoți de frînderea ganglionilor epitrocleei și chiar axilari.* Acest lucru lipsesc în cele-alte artrite. Extremitatea ososă în tumora albă repede vor fi tumefiată și durerosă. Durerile în artritile reumatice cedeză salicilatului. El e fără efect în tumora albă. Dar încă odată, trecutul și starea prezentă a bolnavului trebuie bine posedate.

Tratamentul radical constă în resecția pumnului. Acastă operație, de și practică de Moreau la finele secolului al XVIII, Lister însa este adevăratul promotor. El în 1855 aduse 15 observații. Boeckel, contribui și el foarte mult la această operație. Dar Ollier prin metoda sa sub capsula periostică, a susținut cu multă ardere în 1882 nu numai resecția, dar chiar posibilitatea reconstituirii carpului prin o masă osteofibrósă și consecutiv restabilirea funcțiunilor. Când decidem resecția, se înțelege de la sine ca nervii și tendónele trebuie respectate. Intre aceștia din urmă însă, mai principalii sunt extensorii și flexorii. Cât pentru radialii, cari imprimă o mișcare de totalitate a mâinei, sau aceia cari mișcă numai pumnul precum sunt cubitalul anterior și lungul supinator, dacă nu e posibil a'i conserva, la rigóre pot fi secționati. În adevăr, dacă ridicăm odată pumnul prezența sau absența lor nu cântărește mult în

acéstă afacere. Dăr acésta nu e un cuvânt a'î sacrifica cu tot dinadin-sul. Prezența lor devine imperiósă dacá credem în asigurarea lui Ollier, de a reda după resecție tóte funcțiunile membrului. In cazul când debilitatea individului va fi prea mare, iar leziunile întinse prea mult la carp, metacarp și antebraț, e mai de preferat o amputație. Motivele sunt inuțil a le mai număra.

Mai înainte însă de a recurge la mijloce pur chirurgicale, putem încerca tratametul paliativ. Primul lucru va fi să asigurăm repaosul absolut al membrului. Prin nimic nu atingem scopul, ca prin bandagiul gipsat. Mâna va fi pusă într'o ușoră flexiune spre a evita ankilosa rec-tilină. Indată însă ce bóla va tinde a progresa, atunci timpul nu trebuie perdut. Intervențiunile tardive sunt carí daú cele mai rele rezultate.

CHESTIONAR.

- I). Regiunea anatomo-topografică și clinică a pumnului. Particularitățile plăgilor pumnului. Fracturile pumnului. Considerațiuni Mijlocul de a diagnostica fractura izolată a óseler carpului din] primul său al doilea rind Pag. 118-120
- II). Fractura extremităței inferióre a radiului. Colles Pouteau și Rhea Barton Sediú. Teoria lui Dupuytren saú a transmisiunei directe a șocului. Objecțiuni. Teoria lui Nelaton saú a inflexiunei forțate. Teoria lui Malgaigne și Lecomte saú a smulgerei. Teoria lui Lopès saú a ligamentului înterosos al antebrațului. Mecanismul deplasărei fragmen-telor. Semnul lui Laugier, Velpeau, Tillaux. Principiul tratamentului. » 120-130
- III). Luxațiile pumnului. Considerațiuni generale. Opinia lui Du-puytren. Varietățile de luxații. Causa, mecanism. Luxația extremităței inferióre a cubitului saú bóla lui Goyarand » 130-137
- IV). Sinovitele pumnului. Flegmonul pumnului. Sediú. Teoria lim-fatică a lui Dolbeau și teoria sinovială a lui Tillaux. Probe anatomice și clinice. Consecințe în privința tratamentului. » 137-140
- V). Kistii pumnului. Kisti teno-sinoviali și artro-sinoviali. Carac-tere distinctive. » 140-142
- VI). Artritele blenoragice și tuberculóse ale pumnului. Caractere și diagnosticul diferențial. Istoricul resecției pumnului. » 142-145

CAP. III.

Bólele antebrațului.

Prin antebraț se înțelege în clinică porțiunea membrului superior care plécă de la două laturi de deget sub indoitura numită *plica cotului*, și se opresce în jos la două laturi de deget d'asupra interliniei articulației pumnului.

Intre bólele inflamatorii ale antebrațului, cea mai importantă este de sigur flegmonul. Acesta însă fiind o extensiune al celui de la pumn, nu e trebuință de o descriere aparte. Vom adăoga numai că, de îndată ce flegmonul mâinei și al pumnului s'a întins pe antebraț, fie pe calea limfatică sau prin perforarea fundului de sac a sinovialei, fuzeele purulente se respândesc prin intersticiile numeroșilor mușchi. Distrugerile devin atunci colosale. Adesea în cazul acesta, or-ce intervențiune rămâne inutilă. Tóte băile antiseptice or cât de prelungite ar fi, tóte persecuțiunile cu bisturul a or-cărui focar purulent cât de mic, tótă atențiunea și scrupulositatea cea mai profundă a celui mai desăvêrșit chirurg, de multe ori tóte rămân zadarnice. Nimic nu folosește. Nimic nu împedecă réul din mersul său progresiv. Deformațiunile cele mai îngrozitoare și definitive, rămân o consecință funestă și înevitabilă a aceluși flegmon. Ele resultă din distrugerea țesutului celulo-gresos profund și intermuscular, din adesiunea suprafețelor seróse a tecelor sinoviale, din scurtarea consecutivă a tendónelor și mușchilor, în fine din retracțiunea tuturilor țesuturilor de natură fibrósă și conjunctivă. Când dar tóte elementele constitutive ale unui organ ajung într'o atât de profundă alterațiune, de sigur organul acela e pierdut. De multe ori, pentru a scăpa pe individ de a deveni prada unei piemii, suntem siliți a recurge la amputația membrului. Dar câte-odtaă, nici prin acest sacrificiú bolnavul nu se póte răpi de la o mórte sigură. Și când ne gândim că acesta nu e de cât rezultatul unei simple înțepături a policelui său auricularului !

Sunt casurí unde prin persistență și urmărirea asiduă a flegmonului, reușim a stîrpi procesul inflamator și cuiburile de supurație. Dar și atunci aprópe n'am făcut nimic. Cel mult am vindecat organul anatomicesce; fiziologicesce însă e cu totul mort. Un antebraț ciuruit de tra-

jecte fistuloase, cu retracțiuni musculare și aponevrotice, terminat printr'o mână cu degetele deviate și sucite, este ca și cum n'ar fi. Din contră, un asemenea organ trebuie eliminat. El nu mai servă la nimic. El e o povară și piedică pentru întreținerea vieții individului. Un muncitor, mai ușor se hrănesce cu un bont de antebraț de cât cu o mână extropiată și ankilosată.

Anevrismele antebrațului sunt rare. Se observă une-orî în regiunea carpienă. Când sunt mici s'aũ luat drept kiști sinovialî. Cu tóte acestea s'aũ vedut anevrisme, atât spontanate cât și traumatice, ocupând artera radială saũ cubitală. Și dacã une-orî ele trec nebăgate în sémă din cauza micului volum, alte dăți însă dau nascere la fenomene de compresiune. Acésta e un motiv puternic pentru extirparea lor. Nicăerî ca în aceste anevrisme, compresiunea la distanță nu a dat rezultate mai încurajtóre. Compresiunea se face pe umerală. Inșã degetul saũ instrumentul compresor trebuie pus d'asupra umeralei profunde. Numai aci apăsând, putem întrerupe circulația în sacul anevrismal. Causa pentru care compresiunea trebuie făcută așa de sus, am arătat'o la plăgile prin instrument tăios ale mâinei. Cu tóte acestea, extirparea este încă tratamentul cel mai sigur și mai radical.

Lipómele antebrațului aũ aceleași caractere ca și ale mâinei. Ele pot fi supra saũ sub aponevrotice, circumscrise saũ difuse. Mai putem observa kiști de diferite naturi, nevrome, angiome și une-orî chiar encondróme. Tumorile maligne ca sarcom și epiteliom sunt fórté rare.

Diagnosticul acestor tumorî în general e ușor. Alte dăți însă este bazat pe probabilități.

Tratamentul va fi special pentru fie-care caz. Extirparea însă a tumorii va reprezenta adevărata cură radicală.

§ II. Traumatismele antebrațului.

Acestea sunt fórté frecvente, din cauza situațiunei membrului. Mai expusă este regiunea dorsală. Aci contusiunile și în special smulgerile se complică fórté ușor de plăgi, rupturi de tendóne și chiar de mușchi. Ósele antebrațului sunt protegiate de un tegument fórté subțire. Nu există sub el țesut celulo-gresos abondent. Decî ele vor fi expuse a se fractura cu inlesnire în urma contusiunilor prin loviți de baston, saũ aplicare directă de corpî durî.

În traumatismele antebrațului, dacã une-orî satura tendónelor și chiar a mușchilor póte să previe deformațiunile ulterioare, chirurgia conservatóre adesea cedéză pasul intervențiunei primitive. În adevăr, de multe orî sdrobirile, smulgerile și fracturile cominutive, impun chi-

rurgului amputațiunea membrului de cât conservarea sa. Un atebraț mutilat și fără mișcările normale, nu se pôte compara cu un bont cât de inform al mâinei. De aceia în asemenea casuri, amputația antebrațului chiar în terțul superior, va fi mult mai folositore bolnavului, decât acelaș membru întreg, dar lipsit de mișcările de pronație și supinație.

§ III. Fracturile antebrațului.

Precum fractura extremităței inferiore a acestor ôse am studiat-o la regiunea pumnului, ca făcând parte din ea, tot ast-fel vom face cu fractura situată d'asupra extremităței lor superiore. Acésta o vom descri la regiunea cotului, unde aparține. Cât privesce fracturile terțului superior ale antebrațului, ele sunt rari și tot-d'auna de cauză directă. Simptomatologia lor se va vedea în descrierea isolată a fie-căruia din aceste ôse.

Ne vom ocupa deci pentru moment numai de fracturile corpului său diafisei acestor ôse-

Studiul acestor fracturi se împarte în doué: în fracturi isolate a radiului și cubitului, și în fracturi simultanate a ambelor ôse. Acésta din urmă ia numele de fractura antebrațului.

Ca particularități anatomice avem, că ôsele antebrațului, prin situația lor, sunt fôrte des expuse la fracturi, mai ales prin cauză directă. Fractura izolată a radiului e cea mai frecuentă. Fractura extremităței inferiore am studiat'o deja.

Corpul său diafisa radiului fôrte rar se rupe prin cauză indtirectă, adică într'o cădere pe mână. In acest cas este epifisa care cedéză, diafisa fiind mult mai compactă. Se cer deci anume condițiuni pentru fractura indirectă a corpului radial. In special este indispensabil o rarefacție a țesutului osos. Ea pôte fi determinată, fie prin etatea inaintată a individului, fie prin existența unor anumite boli, ca osteomalacie, cancerul, ataxie locomotrice, etc. Ele forméză stări ce predispun la asemenea fracturi. In adevăr, în ast-fel de condițiuni, nu numai în urma unei căderi, dar chiar și printr'o simplă contracțiune musculară, osul ușor se pôte rupe. In volumul I, am arătat pe larg rolul ce-l jôcă bólele constituționale sau diatesice în producerea acestor fracturi numite spontanate. Deci e de prisos a mai insista.

Prin urmare, în starea normală diafisa radiului se fracturéză tot-d'auna prin cauză directă, ca o lovitură de baston, o lovitură cu piciorul, pumnul, etc. Sediul fracturi va fi în punctul unde trauma s'a aplicat. Lini de fractură va fi în general transversală, rar oblică sau eschilôsă. Violența însă fiind puternică, putem observa tóte varietățile, inclusiv fracturi cominutive.

Ceia ce este mai important în această fractură, sunt deplasările fragmentelor. După ele se va judeca și pronosticul. Teoria a arătat, iar observațiunile pe bolnavi au confirmat, că fracturile situate d'asupra jumătăței diafizei radiale sunt mai mult serioase, decât cele aflate sub acest punct. Pentru ce? pentru că fragmentul superior rămâne sub influența bicepsului. El va fi ridicat înainte, tinzând a se flexa pe braț. Dar în acelaș timp el va căuta să se incline și în afară; acesta prin acțiunea scurtului supinator. Dar fragmentul inferior? El va fi tras în năuntru de rotundul pronator. Acțiunea mușchiului lung supinator, care ar putea să contrabalanseze pe rotundul pronator, este anihilată prin faptul secțiunei osului. De aci vedem o tendință foarte mare a fragmentului inferior a forma un unghiū în năuntru. Dinsul, fiind tras de rotundul pronator către cubit, va tinde a șterge spațiul interosos. Resultatul e grav, căci mișcările de pronație și supinație rămânend distruse, funcțiunile membrului vor fi compromise. Dacă linia de fractură e de desubtul jumătăței osului, adică mai jos de inserția rotundului pronator, atunci fragmentul superior rămâne sub acțiunea atât a bicepsului, a scurtului supinator, cât și a rotundului pronator. Dar pe când bicepsul și scurtul supinator

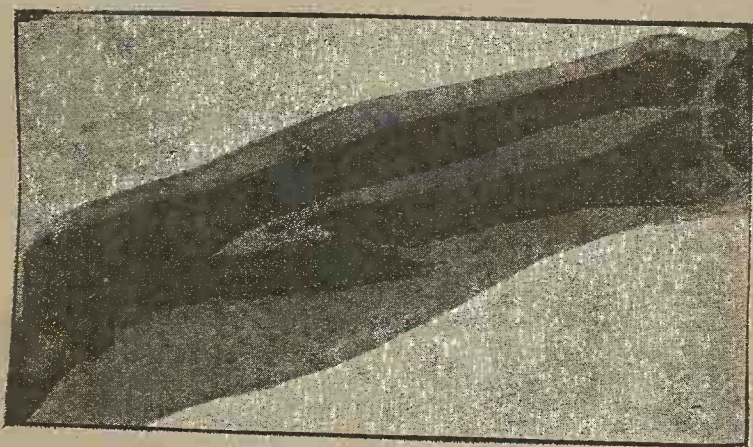


Fig. 74. — Fractura corpului radiului către treimea superioară. Radiografie (personală).

fiind a aduce fragmentul în supinație, rotundul pronator luptând în sens cu totul contrariū, deviațiunea va fi prea mică saū de loc. Fragmentul inferior, fiind tras înăuntru de patratul pronator, va paralisa acțiunea lungului supinator ce va căuta a-l ridica în sus. Decī deformația în această fractură va fi minimă, și în consecință pronosticul foarte favorabil.

În figura 74 ni se arată un model de fractură a corpului radiului

către treimea sa superioară. Aci se vede tendința fragmentului inferior de a forma un unghi în afară, iar a celui superior de a fi deviat în afară și în sus.

Fractura cubitului. Acest os, prin situația sa formând marginea internă a antebrațului, e foarte expus la fractură prin cauză directă. Tot d'a-una, în mod instinctiv și conduși de simțul de conservare, ne apărăm cu această regiune a antebrațului, or de câte ori vom a împiedica loviturile pe față, sau craniul. Afară de aceasta, cubitul e foarte rău protejat. El e cu totul lipsit de țesut gresos. Nu este acoperit de cât de o piele subțire și mobilă. El e lăsat ast-fel expus la toate traumatismele.

Fracturile directe ale cubitului se produc mai mult în terțul său inferior. Aci el este mai subțire. Deplasările sunt mai rare aci, din cauza radiului ce servă ca o atelă. Fragmentul superior ar putea fi deviat înainte prin acțiunea brachialului anterior, sau înapoi de triceps. Din cauza însă a ligamentelor articulației cotului, acest fragment fiind destul de fixat, deviațiunea e nulă sau prea mică.

Fragmentul interior însă, tinde a se devia fiind tras de patratul pronator, precum chiar și de ligamentul interosos. Fig. 75 luată din teza D-rului Minculescu ne arată o fractură a cubitului prin cauză directă. Aci se vede clar această deviațiune arătată prin radiografie.



Fig. 75. — Fractura cubitului stâng. (Membrul a fost așezat cu fața palmară pe placă.) Radiografie.

Fractura propriu zisă a antebrațului.

Pentru ca acesta să existe, trebuie ca ambele oase, adică și radiul și cubitul să fie simultaneu rupte în momentul accidentului. Une-oră, oasele antebrațului se fracturează prin cauză directă, ca lovituri de baston, mușcătură de cal, trecerea unei roți de trăsură, isbirea între două tampon de vagon, etc. etc. În asemenea cazuri, linia de fractură în general e transversală și dințată. Ea coprinde ambele oase rupte în același nivel.

Fractura antebrațului prin cauză directă se produce mult mai ușor

în terțul său inferior. Aci oșele nu sunt acoperite de cât de piele și tendone. În treimea superioară ele sunt bine protejate de enormele mese musculare. În consecință fracturile se produc aci mai cu greu.

Fracturile indirecte nu sunt rare. Cele prin contracțiunile musculare sunt excepționale. Se cere pentru această anumită condițiune de slăbire a scheletului. Asupra lor în mai multe rînduri am insistat. Fracturile indirecte se produc în momentul căderii individului pe mână, sprijinindu-se pe fața sa palmară și chiar dorsală. Demanquay spune că a observat o asemenea fractură pe un student. Acesta voind a evita o cădere bruscă, s'a sprijinit cu ambele mâini de un zid. Imediat s'a produs o fractură a antebrațului.

Velpeau și Malgaigne au arătat fie-care un cas de fractură prin contracțiune musculară la indivizi, în momentul ridicării unei lopeți de pământ. Dacă fractura indirectă se produce în urma unei căderi pe mână, atunci oșele nu se rup în acelaș nivel. Radiul, al cărui diametru merge descrescînd de jos în sus, se va rupe către partea sea superioară. Cubitul, al cărui diametru din contra merge crescînd de jos în sus, se va rupe către partea sea inferioară, unde e mai subțire.

Cu toate acestea Hamilton citează o observațiune absolut contrarie regulei. Radiul era fracturat la 2 c. m. d'asupra extremităței inferioare, iar cubitul la $2\frac{1}{2}$ c. m. dedesuptul apofisei coronoide.

Mecanismul fracturilor indirecte nu este tot-d'a-una clar. Acesta depinde probabil de pozițiunea membrului în momentul căderii, precum și de intervențiunea contracțiunilor musculare. De aceia vedem une-orî că într'o cădere pe mână, câte-o-dată se produce numai fractura extremităței inferioare a radiului, alte dăți aceia a ambelor oșe, sau numai a uneia din ele, fie în acelaș nivel sau puncte diferite.

Deplasările între fragmentele oșelor depind de sediul liniei de fractură. Ele se produc după acelaș mecanism ce am arătat la fracturile isolate a radiului și cubitului. Trebuie însă a spune că, cu totă mulțimea mușchilor ce se inseră pe aceste oșe, deformațiunile sunt rare. Încălecarea fragmentelor nu se observă mai nici-o-dată. E probabil că secretul constă în prezența ligamentului interosos. Dînsul inserându-se pe marginile corespondente ale acestor oșe, ele se găsesc bine fixate. Deci cu totă fractura lor și acțiunea mușchilor, totuși nu se deplasează.

O singură deviațiune e mai frecventă și în acelaș timp mai periculoasă. J. L. Petit a insistat mult, arătînd tendința iresistibilă ce au fragmentele a se apropia unele de altele. Ele se dirig în acelaș timp către spațiul interosos, pe care caută a-l șterge, a-l distruge. Or nimeni nu lucrăză mai cu energie în acest scop ca mușchiul patratul pronator. El

cu atât va produce deviațiunea fragmentelor prin contracțiunea sea, cu cât ligamentul interosos va fi rupt.

Dar sunt și alți factori cari contribuie la ștergerea spațiului interosos. Demarquay a arătat: I) că dacă unul sau ambele fragmente superioare se insinuază între cele inferioare, atunci spațiul este mărit în jos și strîmțorat în sus; II) Violența lucrând pe fața laterală externă a antebrațului, poate să împingă cele două fragmente ale radiului către spațiul interosos. El se va găsi ast-fel strîmțorat și chiar șters. Iar când violența se va aplica pe fața internă a antebrațului, un efect analog se poate produce, dar numai de fragmentul carpian al cubitului. Capătul său superior este solid fixat în sus. El nu se poate mișca de cât în sensul antero-posterior.

Diagnosticul. Am arătat că oșele antebrațului nu sunt acoperite pe fețele lor laterale de cât de piele, tendone și un țesut celular foarte lax. Tocmai grație acestui lucru, oșele se vor putea explora cu cea mai mare ușurință pe totă întinderea lor. Ele sunt situate imediat sub piele și foarte superficial. Vom palpa deci în mod metodic aceste oșe, începând de la apofizele stiloide pînă la extremitatea superioară. În timpul acesta nu vom întârzia a descoperi soluția de continuitate. Atunci vom percepe semnul patognomonic-crepitația.

Prin acest mijloc vom stabili sediul fracturei precum și varietatea sea de complectă, incomplectă, simplă, dublă etc.. Dacă ambele oșe vor fi fracturate, și dacă linia de fractură va fi interesat scheletul în parte or în totă grosimea lui, etc. Vom căuta iarăși să ne dăm seama dacă linia de fractură ocupă ambele oșe în același nivel. Dacă radiul e fracturat mai sus, iar cubitul mai jos, or vice-versa. Când fractura însă va ocupa terțul adică treimea superioară a antebrațului, crepitația prin explorarea obicînită va fi foarte greu de percept. Causa este grosimea meselor musculare. În acest cas, putem descoperi crepitația fracturei, aplicând o mână pe antebraț, iar cu cealaltă să imprimăm membrului mișcări de pronație și supinație.

Se întimplă însă că fiind rupt numai un os nu simțim crepitația. Causa este că cel-l'alt os rămas intact servă ca o atelă. El deci se opune la frecarea fragmentelor între ele. Atunci, printr'o explorațiune atentivă, vom reuși a descoperi fractura numai prin determinarea unui punct foarte dureros și tot-d'a-una așezat în mod invariabil în același loc. Vom mai lua în fine în considerație și forma ce ia antebrațul. Acesta mai cu deosebire e importantă când fractura e complectă. Ast-fel, dacă fractura e în terțul inferior, antebrațul devine cilindric. El nu mai este turtit de d'inainte înapoi și cu diametrul transvers cel mai mare.

Mai există încă o dificultate în stabilirea diagnosticului. Acesta în

special la copii. Se știe că oșele antebrăzului forméză o curbă având concavitata înainte. In urma unei căderi, dacă această concavitata se mărește, se va produce o deformațiune destul de pronunțată. Dinsa ne ar face a crede că ne aflăm în fața unei fracturii, pe când în realitate nu e de eât exagerarea unei stări normale. Dacă acum venim să reducem presupusa fractură, tocmai atunci o determinăm, cel puțin în mod incomplect, pe fața posterioară a osului. Mecanismul e analog întocmai cu cea-ce se petrece când voim a îndrepta un cerc. Acesta tot-d'a-una se va rupe în partea sea convexă. Decî să fim preveniți și cu luare aminte.

Pronosticul. Este acela propriu or-cărei fracturii. Totul depinde după cum focarul fracturei e complicat de plagă, e septic, fragmentele multiple, sdrobite, etc. etc. Dar în afară de acestea, pronosticul fracturilor antebrăzului depinde de condițiunile speciale ce oferă regiunea.

In afară de leziuni primitive ale vaselor, cari sunt rari, precum și de posibilitatea contuziunei și inclavării trunchilor nervoși ca median, cubital și radial între fragmentele fracturei, pronosticul devine grav și din următoarele fapte:

I). Tendința iresistibilă a fragmentelor de a străbate în spațiul înterosos. La acesta contribuie pe de o parte direcțiunea ce se dă fragmentelor de agentul vulherant în momentul aplicărei sale, iar pe de alta



Fig. 76. — Fractură completă a antebrăzului cu lipsă de consolidare (radiografie).
(Prof. Dr. Assaky.)

contrațiunea muschilor rotundul pronator și măi ales a patratului pronator. Resultatul e din cele măi seriose. Dinsul pune membrul în imposibilitate de a măi funcționa. Suprimarea mișcărilor de pronație și suplinație impedică cu desăvărșire rolul antebrăzului. Un model de o asemenea deviațiune a fragmentelor precum și lipsa lor de consolidare îl avem în Fig. 76 luată din serviciul D-lui Prof. Assaky prin radiografie. Bolnavul a fost la început tratat în serv. D-lui Prof. Severeanu.

II). Dar lucrul cel mai grav al fracturilor antebrăţului este copleşirea membrului de gangrenă. Această nenorocită complicaţie e determinată câte-o-dată de neglijenţa chirurgului. El, uitând sau nesciind că vasele în jos sunt direct aplicate pe os, şi deci nu sunt protejate de cât de piele şi tendóne, nu ia precauţiunile necesare când aşeză atelele sau pune un bandagiú. Dacă chirurgul nu are practică de constricţiunea ce trebuie dată bandagiului, bolnavul după un scurt timp va începe să sufere, plângéndu-se de dureri. Şi dacă se mai recurge şi la detestabilul obiceiú ca pentru uşurarea durerilor să se facă o injecţie cu morfină, atunci, momentana satisfacţie că bolnavul e liniştit, e înlocuită a doua zi prin cea mai îngrozitoare lovitură, prin gangrena membrului.

Dar în afară de această gangrenă a chirurgului, există o alta inherentă fracturei. De acesta nimeni nu e vinovat. În adevăr, în urma unui traumatism violent, pe lângă fractură se produce şi un extravasat prea mare de sânge. Dacă pielea rămâne intactă, emoragia n'are pe unde eşi, şi nici nu póte ocupa volumul cerut. Causa este rezistenţa aponevroşelor. Atunci neapărat se va determina o compresiune. Dînsa exercitându-se direct pe vasele va astupa lumina. De aci încetarea circulaţiei, iar cu dînsa apariţiunea gangrenei. Pentru acesta trebuie multă atenţiune. Să ne abţinem a aplica imediat după accident vre-un bandagiú. Vom aştepta cel puţin 48 de ore. Vom observa dacă în acest timp nu apare vre-o tumefacţie a membrului. Vom cerceta bătăile pulsului explorând arterele radială şi cubitală, temperatura locală etc.

Pentru a întări mai mult cele zise n'am de cât să reproduc cuvintele lui Malgaigne. Acest autor la fractura óşelor antebrăţului zice: A-desea vedem că apare o umflătură foarte întinsă; şi nu există o fractură care să se complice mai uşor de gangrenă ca accia a antebrăţului.

În afară de aceste casuri, consolidarea fracturei antebrăţului se face regulat între 20—30 zile. Câte-o-dată însă se întârzie formarea calusului. Consolidarea merge de la câte-va luni şi chiar pînă la 2 ani, după cum a observat Hamilton.

Muhlenberg a arătat 37 de casuri de întârziere şi chiar lipsă de consolidare în fracturile antebrăţului. De sigur, pe lângă o rea coaptare, intervine şi diferite diateze sau bólc constituţionale. Ele contribuie la asemenea pseudo-artroze.

Interpunerea între fragmente de fibre musculare, tendóne, lambourii de aponevosă etc. contribuie în prima linie la împedicarea consolidărei fracturilor antebrăţului, mai ales când ocupă terţul superior.

Pseudo-artroza va fi totală şi dublă, dacă nici unul din óse nu se va consolida. Dînsa va fi parţială, când de exemplu numai radiul se reunesce, iar cubitul rămâne nesudat.

Există încă o pseudo-artrosă determinată de calusuri vicioase. În adevăr, un calus exuberent străbătând în spațiul interosos, împiedică sudura oșelor, fie în mod complet sau parțial. În fine, putem observa pseudo-artrosă și sinostosă. Acesta este o reunire în bloc a tuturor fragmentelor printr'un calus vicios. Dar în acelaș timp avem și lipsă de reunire a capetelor fracturei, cari rămân flotante.

Tratamentul. Constă în reducerea și coaptarea perfectă a fragmentelor.

Pentru asigurarea conservării spațiului interosos, ar trebui ca membrul să fie pus în supinație. Dar această atitudine fiind intolerabilă pentru bolnav, s'a admis măsura mijlocie. Ea e cea mai comodă și fără a vătăma principiul. După reducere, se așeză decî membrul între pronație și supinație, policele privind în sus.

Ce aparat punem? Acela al lui I. L. Petit, vulgarizat de Nelaton. El constă în comprese gradate puse una pe fața anterioară și alta pe cea posterioară. Ele au de scop a se interpune între oșe, pe cari depărtându-le să menție intact spațiul interosos. Pe d'asupra lor punem câte o atilă de lemn de o lărgime ast-fel, în cât să trecă de nivelul marginelor radiului și cubitului. Fixăm apoi totul prin feși. Peste acestea aplicăm un bandagiū gipsat de la mână până la cot.

Repet încă o dată, să nu uităm a ne feri de a face cea mai ușoară constricțiune. Să ne mărginim pur și simplu a aplica feșele peste atele, fără a strînge mai de loc. Gipsul va face de la sine o constricțiune suficientă pe măsură ce se va usca. Termin reproducînd cuvintele lui Nelaton: «Când voim să punem aparatul lui I. L. Petit, este necesar de a nu'l aplica prea strîns, căci deja, precum de mult a observat profesorul Roux, fracturile antebrațului sunt acelea cari produc cele mai multe exemple de gangrenă. Ele sunt consecutive unei opriri a circulației prin bandagiū.»

În casuri de pseudo-artrosă și sinostosă, când spațiul interosos e șters, iar antebrațul cu abolirea funcțiunei sale, atunci singurul lucru este să deschidem focarul, să avivăm extremitățile fragmentelor și să le reunim prin suturi. D-nul prof. Dr. Assaky a făcut această operațiune la individul cu fractura reprezentată în fig. 77 de mai sus.

CHESTIONAR.

- Limitele antebrăţului. Origina flegmonului antebrăţului . . . , . Pag. 146-147
 Fracturile antebrăţului. consideraţiuni anatomice. Fractura izolată
 a radiului şi cubitului. Deplasări. » 147-150
 Fracturile ambelor ôse ale antebrăţului. Cause directe şi indirecte.
 Deplasările prin acţiunea musculară şi direcţia dată fragmentelor de
 traumă. Diagnosticul. Agenţii cari agraveză pronosticul. Ştergerea spaţiu-
 lui interosos, gangrena şi pseudoartrosa. Tratamentul. Precauţiuni. . . » 150-156

CAP. V.

Bólele cotului.

Anatomia descriptivă înţelege prin cot, articulaţia extremităţii inferioare a umărului cu suprafeţele articulare a cubitului şi radiului ce presintă epifizele lor superioare. In limbagiul ordinar lucrul e şi mai redus. Prin cot se înţelege numai punctul pe care se rezemă antebrăţul, când mâna primesce în faţa sa palmară capul individului. Dar acesta ar însemna că numai apofisa olecranului represintă cotul.

In anatomia topografică şi decî în clinică, prin cot se înţelege cu totul alt-ceva. Este o regiune coprinsă între braţ şi antebrăţ. Ea conţine toate părţile moî ce înconjoră cele trei ôse, cari unite împreună constituie articulaţia cotului. Limitele acestei regiuni s'aû fixat a fi coprinse le două laturi de deget d'asupra şi de desubtul îndoiturii pielei numită plica cotului. Acesta se obţine prin flexiunea forţată a antebrăţului pe braţ. Ast-fel fiind, pe lângă bólele părţilor ce formeză articulaţia, vom descri şi fracturile atât a extremităţilor superioare a cubitului şi radiului cât şi a celei inferioare a umărului, căci şi ele intră în regiunea cotului.

ŞI. Lesiunile traumaice ale cotului.

Cotul este supus la traumatisme diverse. In timpul când venesecţia juca un rol preponderent în societate, cotul era organul care suferea mai des aceste plăgi, ce se aplicau pe faţa sa anterioară. Prezenţa venei basilice a făcut ca sus numita regiune să fie alésă ca loc de predilec-

fiune a veneseției. Nu rare-orî, în urma acestui abus, deschiderea venei aducea complicațiunii foarte grave. Aneurismele arteriale și chiar arterio venoase ocupaū de multe orî primul rang.

Tillaux spune, că însuși Malgaigne povestesc în tratatul său de anatomie chirurgicală, că a avut într'o ți nenorocirea să deschidă artera umerală, practicând o veneseție. Astăđi asememea accidente nu se mai observă. Causa este că veneseția aprópe a dispărut din terapeutica medicală. Totuși, chiar dacā ar trebui să mai recurgem la acest mijloc, conduita cea mai bună și științifică este, de a descoperi vena printr'o incisiune antiseptică. După ce izolăm vena, o putem secționa fără nici un pericol. Ast-fel am procedat în șase casurî, între carî douē în oraș și patru în spital. Cât pentru caracterele acestor aneurisme, trimitem pe cititor la Vol. I, cap. aneurisme.

Căderile pe cot și traumatismele directe pe partea sa posterióră, nu sunt casurî rarî. Dintre complicațiunile cele mai serioase avem ruperea bursei olecraniene, sau deschiderea sa printr'un instrument ascuțit, or tăios. Acēsta póte să provóce limfangite și chiar flegmóne difuse. Mai avem iarășî ca complicațiune fractura olecranului, despre care vom vorbi. În fine, violența fiind mare, articulațiunea póte să fie deschisă și să se complice de fractura tuturilor óselor ce o constituie. Ast-fel sunt plāgile prin armă de foc, spargerî de obuze, exploziuni, etc. Nervul cubital, aflāndu-se la partea internă a cotului, póte să fie contuzionat sau chiar rupt de aceste diferite traumstisme. Consecințele contuziunei sau secțiunei acestuî nerv se pot cu mult folos studia în volumul II la leziuni nervóse (1). Dar orî-carî ar fi devastările, aci iarășî chirurgia conservatóre trebuie pusă în practică. O anchilosă a cotului obținută în bune condițiunii, este fără îndoială mult mai de preferat decât amputația brațului. Ba ce este mai mult, cu mijlócele antiseptice putem practica chiar o resecție a cotului. Dînsa va permite bolnavului a executa aprópe tóte mișcările. Iar când din diferite împrejurări nu putem interveni, vom avea tot-d'a-una grijă a fixa antebrațul pe braț în unghiū drept. Acēsta e singura pozițiune prin care membrul póte satisface maximum de cerințe, în afară de îndeplinirea completă a funcțiunilor sale fiziologice.

Relativ la contuziunile cotului un lucru trebuie să notăm. Partea internă a articulației, fiind provăđută de un țesut celular lax, se lasă cu multă înlesnire să se infiltreze de epanșamente sanguine. Aceste epanșamente sau revărsări sanguine colectāndu-se, se pot impune drept tumori solide ale regiunei. Și cu atât mai mult lucrul e posibil, cu cât emoragia nu provine din

(1) Veđi vol. II, pag. 380—440.

ruperea vaselor peri-articulare, ci din ruperea fibrelor mușchiului brachial anterior. Nimic dar mai natural că sîngele, revărsat între fasciculele musculare, îndată ce se coagulează, să fie luat drept o tumoră, fie a mușchiului său o tumoră fibrasă a regiunii. In asemenea cas numai timpul și antecedentele resolvă chestiunea. Un hematom cu timpul se resolvă; o tumoră cu timpul crește.

§ II. Fracturile cotului.

Prin fracturile cotului se înțelege ruperea simultanată a celor trei oșe cari formeză articulația. Se cere însă ca linia de fractură, atât a epifisei inferioare a umărului cât și a epifiselor superioare a oșelor antebrațului, să nu trecă dincolo de inserțiunea capsulei. Cu alte cuvinte, linia de fractură să se oprască sus, la baza extremității interne și externe a umărului, iar în jos, sub capul radiului și apofisa coronoidă a cubitului. În jurul acestor puncte se inserază capsula.

Ast-fel limitat lucrul, fracturile tipice sau clasice ale cotului sunt excesiv de rare. Se cere un concurs de circumstanțe anumite, pentru ca toate oșele ce formeză articulația să se rupă de o dată, și în același timp linia lor de fractură să nu depășească inserțiunea capsulei.

Dacă ne reamintim însă limitele ce am stabilit regiunii cotului lesne deducem că, în afară de aceste fracturi mai sunt și altele, al cărui sediul e cu totul în afară de interiorul articulației. Vom avea deci: fracturile extra-capsulare și intra-capsulare. Cele extra-capsulare își au sediul pentru umăr la 4 c. m. d'asupra tuberosităților umerale. Pentru oșele antebrațului, sediul este tot la aceeași distanță de 4 c. m., dar sub capul radiului și apofisa coronoidă. Atât fracturile extra și intra-capsulare le putem divide în totale și parțiale, după cum câte trele oșele articulației sunt de o dată rupte sau numai unele din ele. Iată tabloul tuturilor fracturilor cotului ce putem formula:

- | | | |
|------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I). Fracturi extra-capsulare. | } | Fractura extremității inferioare a umărului cu tuberositățile sale pînă la 4 c. m. d'asupra condililor. |
| | | Fractura extremităților superioare a oșelor antebrațului pînă la 4 c. m. sub capul radiului și apofisa coronoidă a cubitului. |
| II). Fracturi intra-capsulare. | } | Fractura troclei umerale și fractura capului radial și apofisa coronoidă. |
| III). Fractura olecranului (intra-articulară). | | |

Mecanismul acestor fracturi pînă la un punct oarecare este ușor de înțeles. Ar deveni însă foarte complicat și obositor de descris, dacă am căuta să-l arătăm în detaliu pentru fie-care porțiune izolată a celor trei oșe, și mai cu seamă pentru fie-care tuberositate din cari ele se compun.

Noi ne mărginim a fi foarte scurți în descrierea acestor multiple fracturi ale cotului. Vom da un simplu resumat conținând faptele pur clinice. Vom studia mai în detaliu fractura extremității inferioare a umărului cu varietățile sale de supra-condilienă și bicondilienă, precum și fractura olecranului. Ele sunt cele mai frecvente și importante. Asupra celor-l'alte vom trece repede aproape numai enumerându-le.

1). *Fractura epitroclei.*

Este știut că la partea internă a extremității inferioare a umărului există o ridicătură ososă numită epitroclee. Acastă escrescență este foarte superficial așezată. Ea nu e acoperită de cât de piele. Din această cauză lesne înțelegem, că o lovitură aplicată direct pe această regiune, sau într'o cădere având punctul de sprijin pe extremitatea infero-internă a umărului, poate cu înlesnire să producă fractura epitroclei.

După observațiunile lui Astley Cooper, Gürtl și alții, cartilagiul de conjugățiune a epitroclei cu diafiza umărului nu se osifică înainte de 17 ani. Prin urmare, pînă la această epocă, traumatismele aplicate pe această regiune dau naștere mai mult unei dijoncțiunii sau deslipiri a epitroclei, de cât unei fracturi. Malgaigne declară că nici-o-dată nu a vădit vre-un cas de fractură a epitroclei la adult. Cu toate acestea, există observațiunile de fracturi autentice, între cari acelea ale lui Hamilton în număr de 17. Dar și aci adesea nu se vede o fractură cu totul izolată a acestei epifize, ci o asociațiune dacă nu totală, cel puțin parțială cu a troclei.

În orî-ce cas, această fractură când există, nu se produce de cât numai prin cauză directă. Fracturile indirecte determinate prin smulgerea ligamentului articular sau contracțiunea violentă a muschilor regiunii, sunt așa de rari, în cât nici nu se admit. Teoreticesce lucrul ar fi posibil. Iată condițiunea. Individul cădînd, să se sprijine pe mână, să aibă cotul în iperextensiune și cu puțină rotație înăuntru. Atunci, ligamentul lateral intern al articulației sau contracțiunea muschilor epitrocleei fiind împinsă prea departe, se poate la rigóre ca epitrocleea să se rupă, dînd naștere fracturei numită prin smulgere.

Fig. 77 luată din Hamilton, ne reprezintă o fractură a epitroclei cuprinzînd și o parte din troclee.

Dacă epitrocleea nu este sdrobotită, fragmentul său va fi tras în sus și înainte de către mușchi. Aceștia vor tinde a o pune în contact cu trocleea și chiar cu cavitatea sigmoidă a olecranului. Fractura epitroclei se manifestă printr'o durere locală violentă, prin deformațiunea regiunii și prin deplasarea epifizei. Vom percepe crepitațiunea, dacă linia de frac-

tură e completă și regulată, fie în sen transversal sau vertical. A for-



Fig. 77. — Fractura condilului intern.

țiori crepitarea va fi mai ușor de descoperit, când fractura va fi comi-

nutivă.

II). *Fractura troclei* (intra-capsulară).

Acésta represintă tipul fracturei intra-articulare a cotului. Dînsa se mai numesce și *fractura lui Laugier*. El a fost primul și pôte singurul care a menționat'o în 1853. Aci avem două varietăți: prima în care linia de fractură ocupă exclusiv troclea, adică porțiunea cea mai largă a umărului acoperită de cartilagiū, și secunda când la acésta se adaogă și fractura epicondilului. Dînsa în acest cas forméază *fractura lui Chaussier*. Or-cum ar fi, fractura intra-articulară se observă prin excepțiune. De aceia e incomplect descrisă. Un singur exemplu se găsește dat de Gürtl.

Dînsul crede, că acéastă fractură nu se pôte produce de cât dacă cotul fiind într'o extensiune completă, o lovitură puternică s'ar aplica pe fața posterióră a olecranului. Acesta ar putea să rupă o parte din cilindrul articular, împingéndu-l înainte. Semnul cel mai principal al acestei fracturī dat de Laugier este posibilitatea mișcărilor de lateralitate în articulațiunea cotului. Vom avea în plus, cele-l'alte semne ale fracturilor în general, ca durere, echimose, crepitație etc.

III). *Fractura condilului* (intra-capsulară).

Fractura izolată a condilului e și mai rară, așa în cât aprópe nu există o descripțiune specială. Dînsa însoțesce mai tot-d'a-una fractura troclei. Se produce prin același mecanism și are aceleași simptome ca și dînsa.

Când troclea nu este atinsă, atunci linia de fractură a condilului încă nu rămâne limitată la această porțiune de os. Ea se prelungește în sus



Fig. 77. — Fractura condilului extern.

trecând dincolo de capsula articulară, coprinzând ast-fel și totă porțiunea ososă pe care se află așezat epicondilul.

Fig. 77 luată din Hamilton reprezintă un model de acest gen de fractură.

IV). *Fractura epicondilului* (intra capsulară).

Este atât de rară în cât e negată mai de toți autorii. În adevăr, această epifisă, care în definitiv nu e de cât rezultatul rotunjimei dia-



Fig. 78 Fractura epicondilului.

fisei umărului, are un volum prea mic pentru a putea fi atinsă și fracturată izolat. Pe lângă acesta, ea mai este puternic protejată de inserțiunea superioară a lungului supinator. El prin grosimea sa, o apără și mai mult de acțiunea unei violențe exterioare.

Ar trebui deci o cădere directă pe regiunea externă a cotului, fiind în același timp și antebrațul flexat pe braț. Numai ast-fel lungul supinator relaxându-se, epicondilul poate să fie atins.

Semnele acestei fracturii ar fi existența unei dureri vie și mobilitatea fragmentului care se poate ridica în sus și în jos.

Fig. 78 de și mai mult schematică, totuși e dată de Hamilton ca reprezentând fractura epicondilului.

Fractura extremității inferioare a umerului (extra capsulară).

Este cea mai frecventă și în același timp cea mai importantă. Sediul său e la 4 c. m. d'asupra tuberosităților umérale.

Înainte de a intra în studiul acestor fracturii, trebuie să menționăm că pînă la etatea de 17 ani, efectul traumatismelor pe extremitatea inferioară a umărului produc nu o fractură, ci o deslipire a epifisei de diafisă. Acastă deslipire se face în nivelul punctului cartilagiului de conjugățiune. Se obține după Faraboeuf, când individul primesce o lovitură retro-umerală, în timp ce antebrațul este flexat, iar mîna sprijinită pe măsă sau sol.

Se admit două mecanisme în urma cărora extremitatea inferioară a umărului se poate produce.

I). Să presupunem că individul cade pe cot avînd antebrațul flexat în unghiul drept. Dacă în această situațiune umărul basculază în afară sau înăuntru, ligamentele laterale corespondente ale articulației se vor întinde la extrem. Ele pot reuși să smulgă epifisa umărului. Acesta constituie fractura numită prin smulgere.

Noi credem că o asemenea fractură prin smulgere în această condițiune, nu se poate realiza de cât admițînd o mișcare de basculă forțată a umărului și efectuată cu o repeziciune foarte mare atât înainte cât și înapoi. Atunci simultaneu ambele ligamente laterale concură la smulgerea epifisei. Dacă numai unul din ligamente rămîne în acțiune, nu se produc de cât fracturii izolate a uneia din condiliile corespondenți, sau chiar luxație.

Mecanismul fracturei prin smulgere se înțelege însă mult mai ușor în chipul următor: Să presupunem că individul cade pe mîna, avînd întregul membru superior în iperextensiune. Dacă antebrațul face o basculă forțată înapoi, atunci ambele ligamente laterale intern și extern sunt împinse la exces. Ele smulg cu ușurință epifisa umerală. În asemenea condițiunii, fractura extremității inferioare a umărului, când se produce în mod tipic, e reprezentată printr'o linie transversală. Dînsa plécă de la o margine la alta a umărului și se află la limita tuberosi-

tăților. Acésta forméază prima varietate numită *fractură transversală*. Acésta fractură va fi formată din două fragmente: unul superior reprezentat de diafisa osului umeral, iar altul inferior format din extremitatea articulară a acestuî os.

Malgaigne luând în considerație că fragmentul inferior conține ambii condilii, iar linia de fractură este aședată just d'asupra lor, i-a dat numele de *fractura supracondilienă*. Fig. 79 luată din serviciul d-luî prof. Dr. Rômniceanu ne dă un model de asemenea fractură.



Fig. 79. — Fractură supra-condilienă a umerului stâng complicată de plagă.
(Prof. Dr. Rômniceanu.)

Al II-lea mecanism de producere a fracturilor extremităței inferióre a umărului este și următorul. Individul cade pe cot. Umărul e prins între două puteri: una de rezistență care e solul, și alta de greutatea corpului aplicată pe umăr. Aflat în acésta pozițiune, pe când brașul basculând a produs deja fractura precedentă prin smulgere, atunci intervine crésta sigmoidală aflată pe fața anterioră a olecranului. Dînsa apăsând cu violență în sus, spintecă troclea și condilul pe cari le desparte în două. Acésta a doua linie de fractură, dacă e perfect rectlină și cade perpendicular pe mijlocul liniei transversale ce a determinat

fractura de la baza condililor, ne va da perfect figura unui **T**. Pentru acesta a și luat numele de *fractura extremității inferioare a umărului în T*. Acastă fractură se compune din trei fragmente: unul superior, format din osul umeral, iar cel inferior din condilul intern și condilul extern. Malgaigne, luând în considerație că ambii condili sunt separați între dinșii printr'o linie de fractură, i-a dat numele de *fractura bicondilienă a extremității inferioare a umărului*. Autorii americani, tot pentru situațiunea ce ocupă această linie de fractură, o numesc *fractura intercondilienă*.

Fig. 80 represintă un model de fractură în **T** sau bicondilienă.

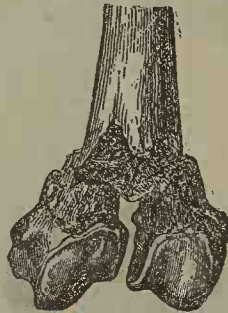


Fig. 80. — Fractura bicondilienă a extremității inferioare a umărului.

Să presupunem că linia de fractură intercondilienă în loc de a cădea vertical pe cea transversală, va cădea oblic pe dînsa; atunci, în loc de un unghiū drept, va forma unul ascuțit. Prin urmare, figura nu va mai fi un **T** ci un igrec culcat \succ . De aci și numele de *fractură în y*. În acest cas, fragmentul inferior al fracturei nu va mai poseda o împărțelă regulată a acelor două condili. Dînsul va avea de exempln în partea sa internă tótă troclea și o parte din condil, sau vice-versa, porțiunea externă va cuprinde tot condilul și o parte din troclea.

Nu mai vorbim de casurī cu totul atipice, unde nu se mai observă nici o regulă. Acestea forméză fracturile cominutive, reprezentate printr'o sdrobire intensă. Ele produc o mulțime de micī fragmente a întregēi epifise.

În fracturile tipice ale extremității inferioare a umărului, adică în cele transversale sau supra-condiliene, avem două felurī de deplasări: unele datorite teșirei fragmentelor și alta contracțiunei mușchilor, în special a tricepsului.

Dacă fragmentul superior e teșit pe socoteala feței sale posterioare, fragmentul inferior va aluneca înapoi, aședându-se sub cel superior.

Deplasarea va fi paralelă și posterioară. În cazul contrariu, care de altfel e excesiv de rar, deplasarea ar fi inversă, adică paralelă și anterioară. Aceste deplasări, de și favorisate prin modul de teșire al fragmentelor, totuși trebuie să intervie și direcțiunea violenței exterioare. În adevăr, dacă trauma e prea mică sau redusă la zero, fragmentele nu suferă absolut nici o deplasare.

II. Când acțiunea contractiunii speciale a tricepsului intervine în mod simțitor, atunci avem o deplasare perpendiculară a fragmentului inferior pe cel superior. În acest cas, olecranul trage fragmentul inferior, făcându-l să basculeze, dirigindu-și suprafața sa articulară înapoi. Când lucrul este împins la exces, această suprafață articulară a fragmentului inferior privesce direct în jos. În acest cas fragmentul superior face o ridicătură așa de pronunțată sub piele, în cât poate perfora toate părțile moi.

Faptul important este, că această proeminență se găsește așezată d'asupra plicei cotului. Aceasta ne va fi de mare ajutor pentru diagnosticul diferențial cu o luxație drept care se impune. Vom reveni.

Pe lângă cele-lalte simptome proprii oricărei fracturi, avem aici ca semn patognomic nu numai proeminența fragmentului superior sub

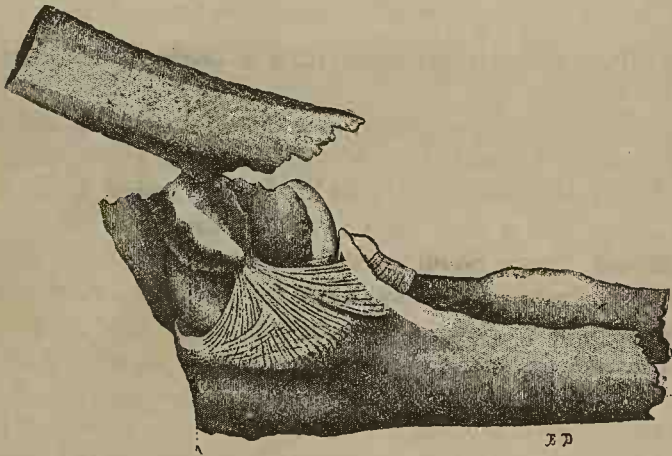


Fig. 81. — Situația normală a vârfului olecranului în raport cu epitroclea.
(Fractura extremității inferioare a pumnului.)

piele, ci și mișcări de lateralitate în articulație. Adăogăm încă mărimea diametrului transversal al cotului și imposibilitatea mișcărilor de flexiune ale antebrațului pe braț. Exagerarea mișcărilor de extensiune dincolo de limitele normale e manifestă. Vine apoi scurtarea membrului. Dînsa e cu

atât mai pronunțată, cu cât încălecare fragmentelor e mai mare. În sfârșit avem perceperea crepitațiunii. Acesta tot-d'a-una o vom simți printr'o explorațiune metodică. Se cere însă ca tumefacțiunea locală să nu fie prea mare.

Dăm aci fig. 81, luat din al III-lea Vol. de chirurgie, unde se vede o deplasare tipică paralelă înapoi a fracturii extremității inferioare a umărului.

Tratamentul. În aceste fracturi, dar mai în special în cele supra și bicondiliene, tratamentul constă în reducerea și coaptarea perfectă a fragmentelor. Imediat vom aplica un aparat în gips. Este singurul bandagiu ce recomandăm. Vom avea grijă ca antebrațul să fie în unghiul drept pe braț. Facem acesta pentru a fi siguri că, chiar în cas de anchilosă, membrul încă să pótă îndeplini, dacă nu totul, cel puțin o parte din funcțiunile sale. Un aparat bine aplicat pe reducere și coaptare perfectă a fragmentelor, tot-d'a-una se însoțesce de bun rezultat. Totuși există un punct negru în aceste fracturi. Focarul lor pótă să comunice cu articulația. Atunci calusul definitiv fiind tardif, aparatul trebuie ținut foarte mult timp. Dar acesta ar predispuce membrul la anchilosă. De aceea trebuie luate precauțiuni. Cel puțin după 15—20 zile aparatul să fie ridicat și regiunea inspectată. La rigóre, mai de preferat este a ne mulțumi cu pseudo-artrosă, de cât cu o anchilosă totală și mai cu sémă viciósă.

Fractura extremității superioare a óselor antebrațului.

I). În fractura intra-capsulară a radiului, singurile porțiuni ce ar trebui studiate ar fi capul și gâtul radiului. Dar o asemenea descriere e foarte dificilă din două cauze. Întâi că fractura izolată a acestor două porțiuni aprópe nici o dată nu s'a putut constata în mod precis de nici-un chirurg. Singur South — zice Hamilton — califică fractura gâtului radial ca frecuentă, dar fără să aducă în sprijinul acestei declarațiuni nici-o probă clinică. Malgaigne declară că or de câte ori a crezut în existența acestei fracturi, de atâtea ori s'a văzut că se înșelase. Când autopsia s'a putut face, tot-d'a-una a arătat că era vorba de o subluxație, iar nici-de-cum de o fractură.

Dar toți chirurgii au suferit aceiași desiluziune. Toți când se credeau că sunt posesorii unei asemenea varietăți patologice, la toți autopsia le-a șters repede bucuria precipitată. Hamilton zice «nu cred că e vre-o dată prudent a declara pozitiv că avem aface cu acest fel de fracturi, căci adesea după mórte (chestiunii de medicină legală) afirmările noastre se caséză, precum acesta în foarte multe rinduri s'a întâmplat.

Deci fractura izolată a capului și gâtului radial sunt excesiv de

rarî pentru a zice că nu există. Al doilea motiv e că, dacă se observă câte-odată aceste fracturî, ele tot-d'auna sunt însoțite de alte leziuni mult mai grave, ca fracturî cominutive ale cotului, luxațiunii înapoi, etc. In cazul cel mai simplu, cum e acela relatat de Velpeau și Beraud, această fractură a fost însoțită de o fractură a apofisei coronoide a cubitului.

Dar chiar admitînd posibilitatea unei asemenea fracturî în afară de or-ce altă complicație, dînsa încă adesea rămîne necunoscută. Causa este situațiunea profundă a acestor porțiuni osose. Ele ascunse fiind sub enorma masă musculară ce le acopere, se sustrag de la or-ce explorațiune metodică. De aceia atît simptomele cît și diagnosticul sunt bazate pe probabilități. Or-cum ar fi, nu trebuie să uităm a ne feri de a fi prea afirmativî.

Cu tôte acestea, când o fractură există, atunci fiind vorba de gâtul radiului putem observa următoarele lucruri. Dacă linia de fractură e mai sus de inserțiunea tendonului bicepsului, fragmentul inferior nu va suferi aprópe nici-o deviație. Diafisa radiului fiind bine fixată prin articulația pumnului, contracțiunea bicepsului nu va reuși a ridica fragmentul inferior. Pe de altă parte, fragmentul superior fiind și el asigurat prin articulația radio-cubitală, iarăși nu va suferi o mare deviațiune. Atunci, singurul lucru ce vom constata va fi un loc gol anormal, între cele două fragmente, și o lărgime a diametrului transvers al articulației. Acesta, prin faptul tracțiunii și deviațiunii fragmentului superior în afară, grație contracțiunilor musculare. Să presupunem însă că linia de fractură se află situată mai jos, mergînd sub punctul de inserțiune al bicepsului. Atunci, tot fragmentul superior va fi fatal tras în sus de contracțiunea mușchiului biceps. Și cu atît mai mult va fi ridicat cu cît antebrațul va fi pus în extensiune. De aceia bolnavul pentru a preveni acest lucru, care e excesiv de dureros, se presintă cu membrul în flexiune și ușoră pronațiune. Când în fine linia de fractură ocupă jumătatea tuberosității bacipitale, atunci ambele fragmente vor fi trase în sus, din cauză că mușchiul biceps va avea inserțiunii pe fie-care din ele.

Cât privește *fractura capului radiului* acesta iarăși e excepțională fără alte fracturî sau luxații concomitente a óselor vecine. Când un individ cade pe mână, brațul fiind în extensiune, condilul umeral apasă cu violență pe suprafața articulară a capului radiului, pe care o pôte fractura prin spintecare. In acest cas, linia de fractură se dirige de sus în jos, tăind în două părți egale capul radiului. Se înțelege de la sine că dacă linia de fractură va fi oblică, fragmentele nu vor mai avea aceeași mărime. Această fractură, dar mai ales prima varietate, pörtă numele de *fractură longitudinală sau verticală a capului radial*. Dacă acum individul cade pe antebraț surprins în flexiune exagerată, atunci marginea

capului radial isbindu-se cu violență de fața anterioară corespondentă a umărului se va rupe. Dar linia de fractură fiind acum transversală, cu drept cuvînt am putea numi această *fractură transversală a capului radialului*.

Fractura extremității superioare a cubitului.

Fractura izolată a apofisei coronoide (intra-capsulară) e așa de rară, în cât Hamilton spune, că n'a observat nici un cas de care să pótă vorbi cu siguranță. Din partea sa, Astley Cooper, cu tótă imensitatea și variațiunea unică a practicei sale chirurgicale, declară de asemenea că o singură dată, într'o consultație ținută la Londra, a cređut că bolnavul póte să fie atins de o fractură prin smulgere a apofisei coronoide a cubitului. În plus însă, această fractură tot-d'a-una s'a obținut pe cale experimentală de Malgaigne, când a voit să producă pe cadavru luxația cotului înapoi. Fergusson susține de asemenea, că tot-d'a-una în luxațiile cotului înapoi apofisa coronoidă e ruptă. Din pricina ei, aceste luxații devin câte-odată ireductibile.

Nu se scie decî aprópe nimic de mecanismul acestei fracturî. Probabil, că într'o extensiune forțată a mîinei, o contracțiune violentă a branchialului anterior póte smulge această apofisă. Dînsa apoi va face o proeminență înăuntru și în sus, înclinând pe fragmentul inferior său carpian. Proeminența va fi cu atît mai manifestă, cu cât membrul va fi în extensie. Atuncî mușchiul este mai contractat.

Fracturile extra-capsulare a extremităților superioare a óselor antebrațului sunt incomplet descrise atît ca mecanism cat și ca simptomatologie. Vom spune numai că sediul lor se află pentru radiu, sub tuberositatea bicipitală, iar pentru cubit la 2—3 c. m. sub inserțiunea tendonului brachial anterior. De aci încolo, începe teritoriul terțului superior al óselor antebrațului. În general de cauză directă, aceste fracturî, în special a cubitului, rar sunt izolate. Dînsa se însoțesc mai tot-d'a-una de luxația capului radial. Diagnosticul va fi greú de pus. Simptomatologia nici odată nu e clară, din cauza profunđimei la carî se găsesc fragmentele. Va trebui decî să fim fórte circumspecți, spre a nu confunda fractura cu o luxație, sau a nu recunósce pe acesta. Dar cu tótă punerea în joc a cunoscînțelor și sagacității nóstre, de multe orî dacă nu tot-d'a-una, suntem expuși a ne înșela.

Fractura olecranului.

Nu ne vom ocupa de fracturile cărora le dăm numele de chirurgicale. Ele provin din încercările de a reduce anchilosele și luxațiile

vechii ale cotului. Iarăși vom trece și peste cele spontanate or patologice. Dinsele nu sunt supuse la nici o regulă. Vom studia deci fracturile numai pur traumatice.

Fractura olecranului se produce în general printr'o cauză directă. Ast-fel o cădere pe cot, trecerea unei rôte de trăsură, o lovitură de cal, o lovitură de baston și chiar o simplă lovitură cu pumnul au putut determina fractura olecranului. Acastă fractură însă se va produce și mai ușor, dacă în momentul aplicării violenței exterioare, regiunea cotului se va găsi în flexiune, antebrațul făcând un unghiū drept cu brațul.

Fracturile indirecte și prin contracțiunea musculară sunt mai rari.

Fractura indirectă este când individul cade sprijinindu-se pe mână, având însă antebrațul în extensiune forțată. Mecanismul acestei fracturii, după Pingaud ar fi. Cubitul basculând înapoi, pe când ligamentele laterale resistă, olecranul se sprijină cu putere în adîncătura saū gropița supra-trocleană posterioară. Atunci el se fărâmă prin flexiune. Fracturile prin contracțiune musculară, admise de Malgaigne, se produc în circumstanțele următoare: Un individ voesce a trage cu furie o palmă unui adversar, altul aruncă cu putere o piatră saū o minge în sus, iar altul în fine, voind a arăta talentul că scie să înóte, se precipită în apă asvîrîindu-se de la o înălțime óre-care cu brațele întinse, etc., etc. In tóte aceste situațiuni membrul se găsește într'o extensiune forțată. Contracțiunea tricepsului e așa de violentă, în cât póte smulge cel puțin vîrful olecranului. Ast-fel se determină fracturile indirecte. Afară de aceste cauze se măi admite o fractură a olecranului prin dublă flexiune. In momentul căderei pe cot, antebrațul este flexat în unghiū drept pe braț prin greutatea corpului. Tricepsul lucréză asupra cubitului, pentru a resista la mișcarea de flexiune ce greutatea corpului imprimă cotului. Atunci olecranul prins între dotă forțe, reprezentate prin tracțiunea tricepsului și tracțiunea antebrațului, se îndoesce óre-cum, rupându-se în general la basa sa. Acastă fractură se numesce de Pingaud prin *dublă flexiune*.

Linia de fractură a olecranului măi tot-d'a-una este intra-articulară, afară de aceia a vîrfului. Dînsa une-orî, după Malgaigne, póte să fie și extra-articulară. Linia de fractură póte să aibă sediul la vîrf, la bază saū pe un punct intermediar adică la mijloc. De aci trei varietăți admise de Malgaigne.

1). *Fractura vîrfului*. E măi de ordinar de cauză indirectă. Se produce prin contracțiunea mușchiului triceps. Unii autori négă acest mecanism. Ast-fel se citéză casul lui Tripier. E vorba de un individ care înainte de a cădea și-a lovit cotul cu violență de un obiect colțuros. De aci fractura olecranului. Acastă fractură ar fi părut a fi de cauză mus-

culară, în realitate însă era de cauză directă. Nu este însă mai puțin adevărat că rolul contracțiunii tricepsului devine evident în unele cazuri. Ast-fel sunt fracturile numite lameliforme. Ele provin tocmai din smulgerea unei așchii a vârfului olecranien prin contracțiunea violentă a acestui mușchi.

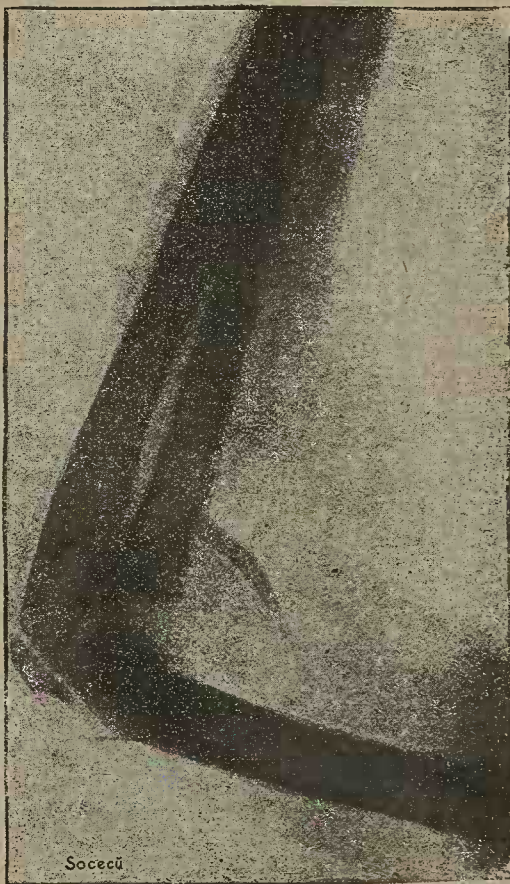


Fig. 82. — Fractura vârfului olecranului. Radiografie.

Figura 82 luată din tesa d-lui Minculescu și scosă prin radiografie ne arată fractura vârfului olecranului.

Fractura porțiunii de mijloc a olecranului recunoște o cădere directă pe acest punct. În cazurile ușoare linia de fractură e transversală sau puțin oblică. Dar în cazurile complicate nu există nici-o regulă. Ast-

fel este în fractura cominutivă, care merge pînă la o adevărată sdrobire a osului.

Fractura bazei olecranului de obicei e oblică. Linia de fractură se dirige de sus în jos și de dinainte înapoi. Une-orî trauma ridică nu numai totalitatea apofisei, dar și o porțiune din fața posterioară a diafisei. Acastă fractură după Hamilton, apróce nu se póte produce de cît printr'o lovitură aplicată pe extremitatea inferioară a umărului și exact înaintea apofisei. Acésta revine la acelaș lucru ca lovitură să fie dată pe dinapoî pe cubit și just dedesuptul olecranului. Se măi póte încă obține fractura bazei printr'o tracțiune violentă ce ar avea de scop a duce antebrațul înapoî, umărul fiind bine fixat.

Figura 83 din Hamilton ne arată un model de fractură a olecranului la baza.



Fig. 83. — Fractura olecranului la baza sea.

Simptome. Sunt cele proprii or-cărei fracturî. Impotența funcțională, atitudinea membrului și diferite alte leziuni concomitente și circumvecine ca echimose, tumefacție ce se găsesc în mod constant. Dar deplasările și depărtarea între fragmente forméză punctul capital în fracturile olecranului. Impotența funcțională a membrului nu lipsesce măi nicîdată. Dînsa constă în imposibilitatea în care se găsește bolnavul de a executa mișcări voluntare. Mișcările pasive sunt fórte dureróse. Atitudinea membrului este aceia de semi-flexiune. Bolnavul se presintă medicului în acéstă stare, susținénd cotul atins cu cea-l'altă mână sănătósă.

Impotența funcțională nu provine, după cum se crede, din lipsa de acțiune a tricepsului. Acțiunea sea în realitate nu e suprimată. Dînsa

provine, după cum a arătat Malgaigne, din cauza tumefacției regiunii, a revărsărilor sanguine intra-articulare și mai ales din cauza durerilor ce însoțesc această fractură.

Dar punctul cel mai important în fracturile olecranului îl formeză precum am zis, depărtarea fragmentelor între ele. În adevăr, nu există fractură fără a constata o depărtare minimum de 1, 2, 3 și chiar 5 c.m. Astley Cooper a arătat o depărtare între fragmente de două police. A priori s'ar crede, că această depărtare rezultă din contracțiunea mușchiului triceps. Malgaigne însă și Richet au arătat că există la partea posterioară a cotului un aparat destul de puternic. El este în acelaș timp fibros, tendinos și periostic. Dinsul căptușește ca o adevărată carapace fețele posterioare și laterale ale apofisei olecraniene. Acest aparat jăcă acelaș rol ca și aripele rotulei în fractura acestui os, după cum vom vedea. Decă, după cum această haină fibrăasă va fi conservată, distrusă în totalitatea ei, sau ruptă numai pe un teritoriu limitat, depărtarea între fragmente va fi nulă, exagerată sau prea puțin pronunțată. Și acesta e așa de adevărat, că une-oră noi înșine, printr'o explorație intempestivă, putem determina creșterea unei depărtări care abia exista. Este de ajuns a flexa în mod brusc antebrațul pe braț, pentru a obține o asemenea depărtare. În această mișcare s'a produs ruperea inserțiunilor ligamentose laterale. Decă numai în asemenea caz tricepsul, nu atât prin contracțiune cât prin retracțiunea sea pôte avea o influență de a trage în sus fragmentul superior putându-l depărta de cel inferior pe distanțe colosale. Dar or-cum ar fi, faptul clinic este că mai tot-d'a-una există o depărtare manifestă între fragmente. Ea se exagerăză prin flexiunea cotului și se micșorăză și chiar dispare când membrul e pus în extensiune. Grație acestei depărtări, nouă ni se permite a introduce degetul între fragmente și a simți chiar suprafața troclei. Acesta constituie semnul patognomonic al fracturei. El este dat de Malgaigne.

Diagnosticul. Fractura olecranului de multe oră e fôrte greū de afirmat. Acesta din cauză că semnul patognomonic al oră-cărei fracturei, adică crepitațiunea nu o putem obține. Dinsa mai cu sémă rezultă din două lucruri : I) că fragmentele în general sunt fôrte depărtate între ele, grație ascensiunii fragmentului superior. El având aripele ligamentose rupte e lăsat sub influența contracțiunii tricepsului și decă fatal va fi tras în sus. Și cu atât mai mult această tracțiune va fi mai mare cu cât antebrațul va fi flexat pe braț. Dar în afară de acesta, intervine revărsarea de lichid sinovial din articulație, precum și acela din bursa olecraniene. Lichidul acesta interpuindu-se între fragmente, maschăză semnul principal al fracturei, adică crepitaerea. Mai adăogăm, că regiunea cotului imediat după accident e ocupată de o tumefacție enormă. Dinsa e deter-

minată fie prin acumulațiunea de sânge rezultată din ruperea osului, fie prin desvoltarea unei igrome acute a bursei olecraniene, or revărsare de sânge în interstițiile mușchilor vecini. Lesne înțelegem deci dificultățile ce putem întâmpina în recunoscerea acestei fracturii. Dar luând cazul simplu, iată ce putem constata. Dacă antebrațul este flexat pe braț și dacă procedăm prin palpație, găsim pe regiunea olecranului o depresiune. Dînsa cu atît mai mult se va mări cu cît vom împinge mai mult flexiunea cotului păstrînd totuși limita convenabilă. D'asupra acestei depresiuni simțim o porțiune ososă. Acesta e fragmentul superior. El e mobil în sensul lateral. Se pôte ridica sau coborî după cum antebrațul va lua atitudinea de flexiune sau extensiune.

Dacă punem membrul într'o extensiune forțată și absolut completă, atuncî depresiunea olecraniene dispăre cu totul. Atuncî putem, dacă o altă piedică nu intervine, a obține crepitația celor două fragmente, imprimînd mișcări de frecare unul contra altuia.

După stabilirea diagnosticului trebuie să arătăm varietatea și mai ales diferitele complicațiuni ce putem întîlni, precum : epanșamentele articulare, extravasările sanguine peri și intra-musculare, întinderea echimoselor, igroma acută a bursei olecraniene, etc. În fine, dacă concomitent cu acesta există fracturii a oselor și apofiselor circumvecine, sau alte leziuni.

Pronosticul. Depinde de depărtarea fragmentelor și diferite alte complicațiuni ca artrite, periartrite, supurațiuni și ankilozose false sau adevărate. S'a discutat mult în privința felului de consolidare a acestor fracturii. Astley Cooper nu credea în posibilitatea unui calus osos. Maligne însă susține contrariul, prin piese demonstrative. Astăzi clinica a arătat, că și o unire fibrösă încă e suficientă pentru a nu compromite funcțiunea membrului, mai ales cînd acest calus fibros va fi scurt și impregnat de lamele osöse. Ba ce este mai mult, Boyer, și după el alți chirurghi au arătat că, chiar și cu un calus fibros foarte lung funcțiunile membrului nu rămân prea mult compromise.

Tratamentul. Fractura olecranului este una din chestiunile care a dat loc la cele mai înalte discuțiuni cu privire la tratamentul său. Din simptomatologia acestei fracturii reese acest fapt principal că, depărtarea fragmentelor e cu atît mai mare, cu cît flexiunea antebrațului pe braț e mai completă. Prin urmare, deducția naturală este, că în tratamentul fracturei olecranului, membrul trebuie pus într'o extensiune completă. Această metodă a fost susținută cu multă tărie de Astley Cooper în Anglia. Dînsa a fost amenințată să cadă, prin propaganda ce făcea contra ei Boyer și Desault în Franța. Acești autori propuneaă a înlocui extensiunea prin o semiflexiune a membrului. Practica însă a dat dreptate vederilor lui Cooper. De aceia, metoda sa fiind reluată în Germania,

astăzi este universal admisă de toți chirurgii. Superioritatea acestei metode constă că dînsa, contribuind în mod logic și natural la apropierea fragmentelor, favorizează în gradul cel mai înalt adevărata lor reunire printr'un calus osos. Este știut că extremitățile fracturate ale olecranului nu au un periost bine dezvoltat care să le menție în contact. Pe de altă parte, lichidul sinovial din articulație respindindu-se și așezându-se între fragmente, diluiază sau mai bine zis subțiază elementele anatomiche destinate a forma reunirea ososă. De aceea vindecarea acestor fracturi mai nicî-odată nu se obține printr'un calus osos, ci numai fibros. Lucrul este așa de bine constatat, în cât din totă literatura medicală nu se găsesc de cât 3—4 exemple de reunire ososă a acestor fracturi. Ele sunt datorite observațiilor personale ale lui Malgaigne, Gürtl și Richet.

În imensa majoritate a casurilor, trebuie să ne așteptăm ca reunirea fragmentelor într'o fractură a olecranului să o obținem printr'un cal fibros iar nu osos.

Dar dacă lucrul stă ast-fel, atunci datorî suntem să luptăm prin toate mijlocele, ca să apropiem cât vom putea mai mult fragmentele fracturei. Distanța între ele fiind foarte mică, putem spera la unirea ososă. În orice cas, calusul fibros va fi cel puțin cât se poate mai gros și mai consistent. Din contră, distanța între fragmente fiind prea mare, fășiile fibróse ce le vor reuni vor fi și ele lungi, subțiri și puțin rezistente. Decî calusul fibros prin aceste calități, va deveni incapabil a înlocui adevărata reunire. Drept consecință vom avea impotență funcțională a membrului. Iar dacă nu luăm precauțiunile necesare, putem fi expuși a nu obține nicî o formațiune de calus.. Atunci fragmentele rămân cu totul izolate. Dar ce altă metodă mai bună de tratament asigură îndeplinirea tuturor acestor desiderate, de cât metoda de extensiune forțată a membrului, susținută de Astley Cooper? Vom pune decî o atelă pe fața anterioară a membrului. Dînsa va pleca de la pumn până la mijlocul brațului. Prin câte-va bandete aglutinative vom exercita o presiune pe fața posterioară a brațului. Prin aceste bandete, cari se vor încrucișa pe atelă, vom exercita o presiune pe fragmentul superior, căutând a-l apropia cât mai mult de cel inferior. E de prisos a reaminti, că atela va fi pusă pe un strat suficient de vată, pentru a nu produce compresiuni vătămătoare. O dată reducerea obținută, putem, pentru a asigura și mai bine menținerea coaptațiunii fragmentelor, să aplicăm peste acest bandaj, un altul făcut în gips după toate legile artei.

Contra acestui sistem s'a obiectat un fapt foarte serios. Dacă practica a arătat, că ori-cari ar fi mijlocele de lupta, totuși ca rezultat nu avem de cât reunirea fragmentelor printr'un calus fibros, pentru-ce să ne expunem a produce o anchilosă a cotului, care e mult mai gravă

de cât o reunire insuficientă a fragmentelor? Și cu atât măi periculos e acest sistem, cu cât, în speranța unei bune consolidări a fracturei, ținem membrul într'o extensiune complectă. Dar prin acésta putem determina o anchilosă rectilină. Se scie însă că o asemenea anchilosă este excesiv de gravă. Dînsa compromise cu desăvîrșire îndeplinirea celor măi limitate funcțiuni ale membrului. De-aci conclusia că, membrul să fie d'a dreptul pus într'o flexiune ușoră. Acésta forméză metoda lui Boyer și Dessaut. Eî căutaū să reînvieze o metodă veche, aparținînd lui Hippocrat, care recomanda ca membrul să se pue într'o flexiune ce ar face unghiū drept cu cotul. Este adevêrat, că prin acésta atitudine fragmentele rêmân depărtate, și decî calusul va fi fatal fibros. Dar acésta nu ar avea o importanță prea mare, dându-se că o asemenea reunire nu împedică mișcarea de extensiune a brațului. Ba ce este măi mult, s'aū vêđut casurî de calusurî fibróse enorm de lungî, și totuși bolnavî nu erau prea mult împiedicați în funcțiunile membrului. Un fapt și măi curios în acésta privință este o observație dată de Laborie. E vorba de un individ care suferind de o fractură a olecranului, nu exista absolut nici cea măi mică urmă de consolidare. Cu tótă acésta pseudo-artrosă complectă și lipsă totală de reunire a fragmentelor, care dura de 18 anî, totuși mișcările brațului și ale antebrațului erau destul de conservate. Individul 'și putea fără prejudiciū exercita profesiunea de grădinar. Acésta ar fi un cuvînt și măi puternic pentru metoda de flexiune, a căruî basă de raționament este. Dacă în mod fatal reunirea fragmentelor nu e osósă, ci fibrósă; dacă prin tóte mijlócele de multe orî suntem expuși a nu obține nici acésta dorință—fragmentele rêmânînd isolate (pseudc-artrosă)—de ce, în speranța unor lucrurî nesigure, să înlesnim anchilosa membrului prin menținerea sa în atitudinea de extensiune? Și dacă e vorba că nu putem preveni anchilosa, să căutăm cel puțin a o avea în forma sa cea măi atenuată, adică în unghiū drept. Acésta e poziția cea măi favorabilă bolnavului din tóte punctele de vedere. O anchilosă rectilină, însemnéză perderea absolută a membrului. Cu alte cuvinte, vom prefera flexiunea membrului în loc de extensiune. Și în orî-ce cas, voind măi târđiū a lupta contra unei anchilose, apoî măi ușoră este întreprinderea când dînsa e în unghiū drept de cât fiind în rectitudine.

Cu tóte acestea, metoda lui Cooper, după cum am đis, e admisă de toți. În adevêr, o imobilizare a articulației timp de 15—20 đile nu póte aduce o anchilosă complectă, ci cel mult o ușoră înțepeneală. E de preferat decî a obține reunirea dacă nu osósă cel puțin printr'un calus fibros scurt și gros, de cât un calus lung și subțire. Noî nu trebuie să ne basăm pe rarî excepțiuni, ci să luăm în considerație majoritatea

faptelor observate. Ele au arătat că un calus fibros mai mare ca un lat de deget, aduce împedicări în funcționarea regulată a membrului. Conchidem deci, că în tratamentul fracturei olecranului să preferim metoda lui Cooper. Ea este mai rațională și mai sigură pentru coaptarea fragmentelor. Că după ridicarea acestui aparat la 15—20 zile, să procedăm la un ușor masaj și mișcări provocate de flexiune și extensiune. Vom fixa olecranul pentru a nu compromite reunirea. Numai în cazul când am constata o diatesă reumatismală manifestă a individului și deci o predispoziție prea mare la anchiloză, numai atunci vom putea recurge la metoda de flexiune. S'ar mai recomanda încă această metodă la bătrâni. Dar la aceștia ne mai fiind nici-o speranță de reunire, poate ar fi mai bine să renunțăm la ori-ce aparat. Vom înlocui totul printr'un ușor masaj sau alte intervențiuni apropiate, dar fără a aduce vre-un prejudiciu.

La rigóre, astăzi având la dispoziție atâtea mijloace de terapeutică chirurgicală, am putea d'adrechtul să recurgem la deschiderea focarului fracturei și să obținem coaptarea directă prin suturi osoase. Totuși, acest ultim mijloc se preferă a se întrebuința numai în cazuri când calusul ar fi prea lung, sau ne-am afla în fața unei pseudo-artrose. Și încă și atunci nu vom interveni, de cât dacă individul ar fi cu totul jenat în funcțiunea membrului său.

§ III. Luxațiunile cotului.

Articulația cotului este compusă prin concursul a trei oșe. Fie-care din ele sunt susceptibile a se luxa unele pe altele în mod reciproc. Radiul și cubitul, cari formează oșele antebrațului, se pot luxa, fie separat unele în raport cu altele, fie având ca punct de orientare osul umeral. Alte dăți ambele aceste oșe se luxază simultaneu pe braț ocupând diferite puncte ale suprafețelor sale. De aci *luxațiuni isolate și luxațiuni simultanate* ale oșelor cotului. Noi vom începe cu varietățile cele mai rare dând o simplă și scurtă descriere.

I). *Luxațiunile isolate ale capului radial.*

Presintă patru varietăți: *înainte, înapoi, în afară și în jos.*

a). *Luxațiunea radiului înainte.* Rară la adulți. E mai frecventă la adolescenți. S'a observat la copii mici de 2—4 ani, precum și la noui născuți în urma intervențiilor obstetricale. Mecanismul obicnuit e o cădere pe mână, membrul superior fiind în extensie forțată, iar antebrațul făcând o rotație externă. Se admite iarăși că într'o cădere pe cot, antebrațul fiind în flexiune, dacă se aplică o lovitură directă pe radiu luxația încă

se produce. Casurile și mai rare sunt observațiunile lui Boyer. Unul e cu privire la un lacheu. Acesta voind a se urca în gabrioleță pe dinapoi, s'a agățat cu mâna de coșul trăsorei. Cel-l'alt e relativ la un alt bolnav, care a voit să ridice cu mâna o greutate mare. Și unul și altul și-a produs o luxație a radiului înainte.

Teoria lui Denucé asupra mecanismului acestei luxațiuni o credem ca cea mai probabilă. Dînsul admite eșirea capului radial prin ruperea ligamentului lateral extern și porțiunea anterioară a capsulei.

Opinia lui Pingaud care crede în ruperea ligamentului anular, nu se admite de toți. De alt-fel se scie din anatomie că acest ligament nu e de cât o îngroșare, o îndoitură a capsulei împrejurul capului radial. Dînsul nu are nici-o inserțiune pe os. E foarte natural deci, că nici nu se poate rupe.

Odată luxațiunea efectuată, capul radiului își părăsesce locul. El se așează înainte și puțin în afară pe condilul umeral. Une-orî s'a observat capul înăuntrul condilului, alte dăți la mijlocul epifisei umerale și în fine, chiar sub tendonul bicepsului. Dar acestea sunt excepțiuni. Regula este ca radiul să se așeze înaintea și înapoiul epifisei (condilul extern).

În casurile tipice, comune și fără complicațiuni de fracturi sau epanșamente mari sanguine, diagnosticul se bazază pe următoarele două semne patognomonice: I) constatarea unei depresiuni înapoi, în afară și la 2 c. m. sub condil, acolo unde în starea normală există o ridicătură și II) pe o ridicătruă așezată pe fața anterioară a cotului în nivelul plicei, sau une-orî mai sus. Dînsa se va recunoște că e capul radiului prin mișcările de pro-nație și supurație imprimare antebrațului. La acestea se adaogă semi-flexiunea membrului, cu mișcările abolite sau foarte limitate.

Fig. 84 luată din al III-lea volum de chirurgie ne arată un model de acastă luxație.

Tratamentul. Autorii recomandă tracțiunea pe antebraț pus în extensiune și supinație. În acest timp, apăsând direct pe capul radial, luxația se reduce. Când însă vre-un lamboiu din capsula ruptă se interpune între suprafețele articulare, luxația devine ireductibilă. Din acastă cauză putem fi siliți a deschide focarul pentru a excisa porțiunea de capsulă sau chiar a rezeca capul radial.

b) *Luxațiunea capului radial înapoi.* Acastă e și mai rară ca cea precedentă. Este greu a se îndeplini cerințele pentru efectuarea sa. În adevăr, se cere ca lovitura să se aplice direct pe fața antero-externă a antebrațului. Numai ast-fel porțiunea posterioară a capsulei articulare se poate rupe, iar capul radiului să fugă înapoi. Antebrațul trebuie să fie în extensie sau semiflexiune. Dar or-cum ar fi, violența capabilă de a pro-

duce o asemenea ruptură va fi așa de mare, în cât mai adesea se determină o fractură cel puțin a condilului, dacă nu leziuni mai grave. De aceea autorii susțin, că în observațiunile date drept luxațiuni, era mai mult vorba de fracturi. Și cu atât mai mult ne vom aștepta la acesta, cu cât, după Astley Cooper, trebuie să se rupă ligamentul anular, care cere o forță și mai mare.

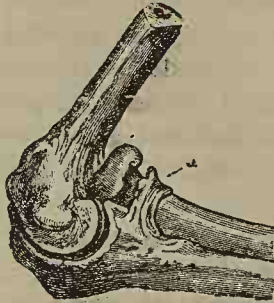


Fig. 84. — Luxația completă a radiului înainte.
a). Ligamentul anular intact.

Admițând posibilitatea acestei luxațiuni, capul radiului se va așeza înapoiul condilului umeral și puțin înafară. Semnele principale constau în prezența capului radial înapoi. El se va manifesta ca o tumoră solidă în partea externă și posterioară a condilului umeral. Prin mișcări apropiate imprimate antebrațului, se va vedea că numita tumoră ține de osul radial și că nu e alt-ceva de cât extremitatea sa superioară, adică capul. Din contra, în locul ocupat primitiv de cap, adică sub condil,



Fig. 85. — Luxațiile radiului înapoi.

va rămâne o depresiune, pe care o vom simți la partea antero-externă a antebrațului în punctul corespondent. Din acesta va rezulta o micșorare în mișcările membrului. Acesta va rămâne în semiflexiune. El nu va fi în stare de a executa cea mai mică mișcare de supinație.

Pentru reducerea acestei luxațiuni vom pune mai întâi antebrațul în supinație. În timpul când ajutorul va face extensia, chirurgul apasă și împinge direct capul radiului înainte. După reducere fixăm în mod serios membrul cu un bandagiū gipsat.

Fig. 85 din Hamilton ne arată un model de luxația radiului înapoi.

c) *Luxațiunea radiului în afară.* Această luxație mai adesea e secundară celor precedente. Denucé și Billoth au dat vr'o 6 observații de luxațiuni primitive ale radiului în afară. Causa rarității acestei luxații este, că se cere o rupere de ligamente din cele mai puternice, precum este ligamentul lateral extern și chiar cel intern. Dar atunci ambele oșe se luxază. În cazul contrariū, avem complicațiuni diverse de fracturi. De aceea luxația radiului în afară aproape nu se admite de nimeni ca putend exista izolată. Ea se consideră în genere ca rezultatul unei luxațiuni complete a cotului înapoi, dar unde fie spontanat fie în urma unei intervențiuni nu s'a redus de cât cubitul, radiul rămăind în loc.



Fig. 86. — Luxațiunea radiului în afară. A), troclea.
A. Condilul. — B. Apofisa coronoidă. — C. Capul radiului luxat în afară.

În cazul de luxație simplă, simptomele decurg de la sine în mod natural. Ast-fel, primul lucru ce vom constata va fi o creștere a diametrului transvers al articulației și prezența în afară de condil a unei proeminente osose, așezată sub epicondil. Prin mișcările imprimante antebrațului se va vedea că dinsa face corp cu radiul.

În fig. 86 dată de Nelaton, se vede aspectul ce presintă articulația cotului în luxația în afară a radiului, producând o creștere a diametrului transversal. Reducerea se obține prin extensie contra extensie și apăsare directă pe capul radiului luxat.

d). *Luxația capului radiului în jos numită și prin elongațiune*. Cu totul excepțională la adulți. Se observă însă de multe ori la copii mici în următoarele circumstanțe. Fie din cauza spaimii de a scăpa pe copil a nu fi călcat de o trăsură, fie din cauza lenevirii de a nu lua copilul în brațe pentru a-l trece peste o punte or un mic șențuleț, guvernantele din imprudență apucă brusc pe copil de mână sau antebraț, spre a-l trece dincolo de obstacol. În momentul tracțiunii ele imprimă și o mișcare de torsiune a membrului. Copilul imediat scote un șipăt violent, și rămâne cu membrul în semi-pronație sau pronație completă. Guvernantele de multe ori simt o trosnitură transmisă mâinii sale aplicată pe pumnul său antebrațului copilului. Luxația s'a produs.

Care e mecanismul acestei luxațiuni? Denys Fournier în 1671 vorbește cel d'întâi de o lungime a ligamentelor, în urma cărora radiul se poate luxa în jos. Apoi mult mai târziu Duvernoy prin 1837, reluând această idee a amplificat-o. El, prin vulgarizarea ce i-a dat, a reușit a se adăoga la această luxație numele de *luxația radiului prin elongație*. După acest autor, nu ar fi vorba numai de o lungime a ligamentelor, ci și de o eșire a capului radial prin inelul său fibros.

Gardner în 1837 susținea că această luxație se datorește unei agățări a tuberosității bicipitale a radiului de marginea externă a cubitului. Goyrand însă, care s'a ocupat și el foarte mult de această luxație arătând marea sea frecvență la copii, susține cu drept cuvânt că spațiul interosos fiind deja destul de pronunțat în acest punct, pretinsa agățare a tuberosității bicipitale de cubit nu se poate face, distanța între cele două ose fiind mare. El admite că lucrul nu este posibil de cât printr'o contracție violentă a mușchiului biceps. Îndată ce capul radiului e luxat, mușchiul îl aduce înainte și îl fixează pe extremitatea inferioară a umărului. În ajutorul bicepsului intervin și cei-l'alți mușchi, cari de asemenea intră în contracțiune.

Streubel în 1850 admite rolul ce-l jôcă ligamentul anular în fixarea capului radial, precum și interpunerea sea d'asupra capului radiului. Această idee a lui Streubel a fost reluată de Pingaud. Dînsul, prin experiențe pe cadavru, a arătat că adevăratul mecanism al luxației radiului în jos sau prin elongațiune este următorul: Osul radial e tras cu violență în jos. Atunci micul guler ce formează ligamentul anular împrejurul gâtului radial, se ridică pe capul osului și rămâne agățat pe cupula sa.

În figura 87 dată de Pingaud se vede clar luxația capului radial în jos cu resfrângerea ligamentului anular d'asupra capului radiului.

Tratament. Executând pe antebraț o tracțiune și puindu-l forța în supinație, dacă membrul e în pronație și vice-versa, luxația se reduce



Fig. 87. — Luxația radiului prin elongație.

förte nșor. Acesta în casurile, bine înțeles, unde nu există nici-o complicație. Putem în timpul manoperilor să adăogăm o presiune directă cu policele pe capul radiului.

Luxațiunea izolată a cubitului.

Singura, care a fost admisă și descrisă de Sidillot, ar fi luxația înapoi. Dar toți autorii contestă posibilitatea acestui lucru, de óre-ce e imposibil a se admite o luxație înapoi a cubitului, radiul păstrându-și poziția normală. Toți sunt de acord a considera lucrul ca o eróre de diagnostic, fiind vorba de o adevărată luxație complectă a cotului înapoi

saŭ luxație divergentă. Cu tóte acestea Duplay și Follin daŭ fig. 88 ca model de acéstă luxație, deși încă odată contestată de tótă lumea.

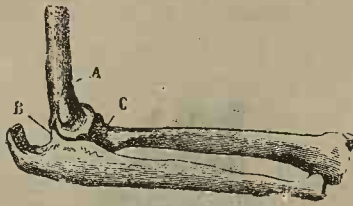


Fig. 88. — Luxația izolată a cubitului înapoi.

În acest cas, ar trebui ruperea exclusivă a ligamentului interosos. Lucrul însă nu se admite considerându-se faptul ca. imposibil.

Luxațiunile cotului propriu ȃise.

După ce am studiat luxațiunile izolate ale celor două óse ale antebrațului, acum ne rămâne a intra în studiul celei mai importante și mai frecvente din aceste luxații. Este vorba de luxațiunea simultanată a ambelor óse cubit și radiu pe osul umeral. Acésta forméză luxațiunea propriu ȃisă a cotului. Americanii o numesc luxațiunea antebrațului.

Varietățile ce ne oferă acéstă luxație sunt în număr de două mai principale :

I). *Luxațiunea cotului înapoi* și II). *Luxația cotului înainte*. Ele s'aŭ numit ast-fel, după cum radiul și cubitul ieșind din cavitățile lor articulare se așéză pe fața posterioară a umérului saŭ pe cea anterioară. Mai există încă alte două varietăți. Ele însă observându-se fórte rar, vom trece repede asupra lor. Aceste sunt: I. *Luxațiunile laterale în afară saŭ înăuntru* și al II-lea *Luxațiunile divergente*.

Incepem dar cu *luxațiunile cotului înapoi*. Sunt de două feluri: *complete* și *incomplete*.

I). Luxațiunea incomplectă este când ósele antebrațului, părăsindu-și situațiunea lor normală în urma ruperii capsulei articulare, alunecă în jos și înapoi, ocupând punctele următoare: vârful apofisei coronoide nu trece dincolo de limita ce se află între fața posterioară a trocleei și cavitatea olecranienă. Capul radiului, ce rămâne intim unit cu cubitul, se aședă de desubtul și înapoiul condilului umeral, în punctul unde se află un mic șghebut. Fig. 89 arată acéstă luxație.

II). Luxațiunea complectă a cotului înapoi nu e de cât o stare de propulsiune mai înaintată a celei d'întăi. În adevăr, în acéstă luxație,

vîrful apofisei coronoide alunecând după creasta trocleei, cade cu totul în cavitatea olecranienă a umărului. Capul radiului, forțat a urma as-

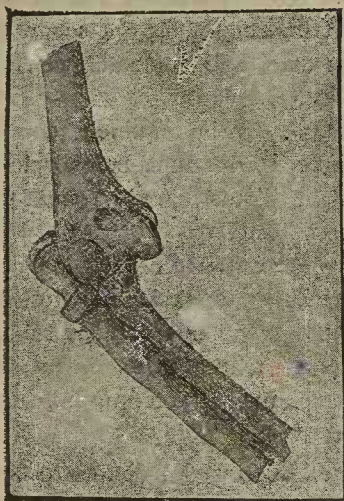


Fig. 89. — Luxațiune incompletă a cotului înapoi (personală).

cesiunea cubitului, se aședă și el în punctul cel mai depărtat al condilului. Fig. 90 e un exemplu de luxație completă.



Fig. 90. — Luxația completă a cotului înapoi (personală).

Ca sub varietăți la ambele aceste luxațiuni avem : Ósele antebrațului, de și se află dislocate înapoi, însă apofisa coronoidă a cubitului,

în loc să rămână pe limita extremă a troclei, ca în luxația incompletă, sau în fundul cavității oliceraniene, ca în cea completă, din contra, virful său este împins puțin în afară, așezându-se între trocle și condil, sau înăuntru între trocle și epitrocle. Dar în această progresiune laterală, radiul fiind unit cu cubitul, își va schimba și el pozițiunea. În cazul I se va așeza în afară sub epicondil, iar în cazul II în năuntru sub trocle.

Aceste sub-varietăți au primit numele de *luxațiune înapoi și în năuntru*, sau *înapoi și în afară*, după cum ósele antebrațului vor fi dirijate în aceste direcțiuni. Totuși ele își păstrează tipul luxațiunilor înapoi, fie complete sau incomplete.

Cum se produce o luxațiune a cotului înapoi?

Casul cel mai frecvent admis ați de toți autorii este: Individul trebuie să cază pe mână, având întreg membrul superior în extensiune completă. Dar în această situațiune, luxația nu se poate produce. Se cere deci și o mișcare de flexiune a antebrațului, unită cu o rotațiune în afară.

Din combinațiunea acestor doi factori rezultă, că extensiunea forțată a antebrațului aduce pe un plan mai jos apofisa coronoidă a cubitului, iar mișcarea de flexiune în afară rupe ligamentul lateral intern. Acesta face să se depărteze suprafețele articulare în nivelul chiar al articulațiunii umero-cubitale. În acest timp, troclea umărului înaintază între buzele capsulei deja ruptă. Virful apofisei coronoide alunecând pe trocle, se aședă înapoiul său pe punctul culminant, de unde începe cavitatea olecraniene. Luxațiunea incompletă e efectuată. Acestă teorie cunoscută sub numele de *dublu mecanism de iperextensiune și flexiune în afară*, este admisă de toți autorii. Dinsa e considerată ca cea mai probată, atât prin experimentațiune de Denucé și Pingaud cât și prin faptele clinice. Dar pe lângă acești factori, Hamilton mai susține că trebuie și o rotație internă a umărului. Prin acesta și mai bine se explică ruperea ligamentului intern.

În majoritatea casurilor lucrurile rămân aci. Și ca probă avem, că în practică mai tot-d'a-una avem a face cu luxațiuni incomplete ale cotului înapoi. Causa pentru care luxațiunile complete sunt mult mai rare este, că pe lângă ligamentul lateral extern care prin el însuși e mai puternic și întărit prin tendonul scurtului supinator, se mai adaogă și prezența mușchiului anconeu. Una din inserțiunile acestui mușchiu se face la epicondil, d'acolo plecând în jos și în afară, trece pe d'asupra capului radiului, pentru a se opri pe fața posterioară și superioară a cubitului. Din acesta rezultă, că deschiderea articulației în partea sa externă e foarte greu de obținut. De aceia și luxațiunea completă e și mai rară.

Dînsa nu se obține de cât atunci, când individul după ce a căzut și și-a produs luxațiunea incompletă, să rămăie încă sub acțiunea violenței traumatice care să fie destul de mare. Atunci capul radiului va apăsă cu putere pe tendonul anconeului. Dacă reușese a-l deslipi, atunci dînsul trece cu totul înapoiul condilului, iar vîrfurile apofizei coronoide se aședă în cavitatea olecranienă. Luxațiunea completă e efectuată.

În resumat. În luxațiunea incompletă nu avem de cât ruperea ligamentului lateral intern și o porțiune din capsula anterioară. În luxațiunea completă avem nu numai ruperea tuturor ligamentelor articulare dar și desinserțiunii de mușchi. Acesta e și cuvîntul că nîsca asemenea desinserțiunii mai tot-d'a-una se complică de fracturi, fie din partea cubitului, a radiului, sau a trocleei și condilului umeral. Acesta e cuvîntul pentru care asemenea luxațiunii se reduc cu greu, iar une-orî de loc. Causa este că între suprafețele articulare adesea se înterpun fragmente osose, porțiunii de tendone rupte, sau mărgini din capsula articulară sfășiată.

II. Mai există și alte teorii asupra mecanismului luxațiilor antebrațului înapoi. În prima linie avem teoria lui Malgaigne numită și *teoria torsionei*. După acest autor, a cărui teorie a durat pînă în ultimul timp, se susține că luxațiunea cotului înapoi se produce prin aplicarea unei violențe exterioare surprindînd antebrațul în semi-flexiune, și împingîndu-l în afară. Ligamentul intern fiind întins la extrem se rupe. Intervenind o mișcare de torsiune a antebrațului înăuntru aduce succesiv apofiza coronoidă dedesubtul și înapoia trocleei umerale.

În fine mai putem reaminti și teoria lui Jean Louis Petit. El susține că flexiunea forțată a antebrațului pe braț putea produce o luxație înapoi. Următorea observațiune dată de Weber și reproducă de toți autorii pare a fi favorabilă acestei teorii: Un elev în farmacie voind să-și arate puterea, și-a oferit brațul întins unuia din camaradii săi, pentru ca să-l flexeze. Acesta neputînd reuși, în desexperare și plin de ciudă, dădu o puternică lovitură de pumn pe extremitatea inferioară și internă a brațului, puind în același timp antebrațul în flexiune. Luxațiunea s'a produs imediat.

Terminăm cu această chestiune prin opiniunea omisă de Fleaubert. După dînsul o lovitură puternică, aplicată direct pe fața posterioară a umărului, membrul fiind în extensiune și fix, pôte încă produce o luxațiune înapoi, prin împingerea forțată înainte și eșirea osului prin capsula anterioară ruptă.

Cât privește mecanismul luxațiilor înapoi și înăuntru orî înapoi și în afară, acestea nu au un mecanism special. Ele resultă din direcții-

unea ce imprimă lovitura exterioră óselor antebrațului luxate înapoi. În adevăr, dacă violența lucrăză mai cu putere de dinăuntru în afară sau în sensul contrariu, ósele antebrațului luxate deja înapoi, se vor dirige către regiunea internă sau externă a umărului, aședându-se în sensul opus de aplicarea loviturēi. Ast-fel vom avea luxațiuni înapoi și înăuntru sau vice-versa înapoi și în afară.

Sîntomele și diagnosticul luxațiunilor înapoi ale antebrațului.

Aceștea ne oferă semne ce constatăm prin aspect și prin palpație. Ceia-ce ne isbesce de-o-dată vederea, este o deformațiune a cotului luxat în raport cu cel sãnãtos. Acestã deformație constã în prezența



Fig. 91. — Atitudinea membrului superior în luxația cotului înapoi.

unei ridicãturēi pe fața dorsalã și alta pe cea anteriorã a cotului. Din acestã va resulta o crescere a diametrului antero-posterior a articulației. Acestã crescere o constatăm prin mãsura cu compasul lui Veber. Dînsa ne va da o mãrime de cãte-va m. m. dacã nu chiar c. m.

Privind articulațiunea prin fața sa posterioarã vedem o ridicãturã

förte pronunțată. Dînsa cu atît mai mult se exagerăză cu cît căutăm a flexa antebrațul pe braț; din contră, se micșoréză și chiar are tendința a dispăre în timpul extensiunei. Ridicătura e formată de apofisa olecranienă. De la acéstă ridicătură plécă o córdă consistentă dar relaxată. Dînsa este tendonul tricepsului. Acest tendon din cauza ridicărei olecranului se găsesce în stare de relaxare. El forméză o depresiune imediat d'asupra vîrfului olecranien luând aspectul unei suprafețe concave (albie). În laturile acestei excavațiunii se găsesce câte-o depresiune. Aspectul cî ia membrul în urma acestei deformări e reprezentat în fig. 91 luată din clinicile lui Albert.

Pe fața anterioră constatăm o altă ridicătură ososă. Acésta este extremitatea inferióră a umărului. Dacă individul e prea musculos, atunci numai simțim acea ridicătură; ea este ascunsă de mușchii brachialul anterior și bicepsul.

II). Examenul prin palpație. Dacă luxația nu e însoțită de o prea mare tumefacție, vom constata următoarele: Pe fața anterioră extremitatea umărului cu diferitele sale inegalități date de condilii, troclea, epitroclea, etc. Faptul important și pe care se baséză diagnosticul diferențial cu o fractură a extremității inferióre a umărului, este că acéstă ridicătură ososă, în luxație, se află de dedesubtul indoiturerii (plica) cotului; pe cînd fiind vorba de o tractură a extremității inferióre a umărului, fragmentul superior, care și el proeminéză pe partea anterioră a cotului, pe lîngă aceia că dînsul nu va oferi o formă așa de regulată ca epifisa, va fi tot-d'a-una așezat d'asupra plicei cotului.

Intr'o luxație, flexiunea antebrațului pe braț e imposibilă. Acésta din cauza durerilor și a obstacolului ce oferă epifisa umărului aflată înaintea. În fractura extremității inferióre a umărului lucrul se pôte obține ușor. Din contră, mișcarea de extensiune a antebrațului e mai ușoră în luxație. Ea face să micșoreze proeminența ososă formată de olecran. În fractura extremității inferióre a umărului extensiunea antebrațului e förte durerosă. Și chiar dacă o obținem, tumora ososă din partea posterióră a cotului se măresce, prin faptul proeminenței fragmentului inferior. În fine cînd constatăm și mișcări de lateralitate în articulație, atunci acest fenomen asociat cu cele-l'alte decide la sigur de prezența luxațiunei cotului. Este știut în adevăr din anatomie, că înbucarea óselor articulației cotului este așa de perfectă, în cît nu permite absolut nici-o altă mișcare de cît cea de flexiune și extensiune. Cînd dar fixănd bine brațul, vom reuși a obține mișcări de lateralitate în cot, împingănd antebrațul afară și înăuntru, acésta ne arată saú o rupere a ligamentelor articulare și decí o luxație, saú o întindere or

distrugere a acestor ligamente printr'un proces morbid special, al cărui tip e reprezentat prin tumora albă ajunsă în ultimul său grad.

Dar punctul cel mai principal, care formeză semnul patognomic al luxațiilor cotului înapoi și prin care se și deosebesce de fractura extremității inferioare a umărului este următorul: Acest semn dat de *Nelaton* se bazează pe starea normală a situațiunei vârfului olecranului în raport cu epicondilul și epitroclea. Iată-l: antebrațul se află în extensiune. Tragem o linie transversală, care să reunescă epicondilul cu epitroclea. Acastă linie trece drept și prin vârful olecranului. Decî aceste trei puncte osoase se găsesc pe același plan orizontal. În luxațiunea cotului înapoi, lesne constatăm că vârful olecranului trece d'asupra acesteia linii cu 1—2 sau mai multe c. m., după cum luxațiunea va fi completă ea în completă. În fractura extremității inferioare a umărului, or cât de mare ar fi analogia cu o luxațiune, dînsa se va deosebi prin aceea, că vârful olecranului își păstrează pozițiunea sa normală. El nu va trece peste linia bituberositară. Dar mai avem un semn. Olecranul nu numai că e în acelaș plan orizontal cu cele două tuberosități umerale, dar își păstrează acest raport și în planul vertical. În adevăr, să punem cotul și antebrațul pe masă. Antebrațul însă se va rezema pe marginea sa cubitală și va face un unghiū drept cu cotul. Dacă acum tragem o linie verticală de la un condil la altul, acastă linie va trece constant și în mod tangențial prin fața superioară a vârfului olecranului. Acest lucru nu'l vom mai găsi, avînd a face cu o luxație. Aci vârful olecranului va fi mai mult sau mai puțin înapoi, după cum luxația va fi completă sau incompletă.

IV). Scurtarea membrului. Dînsa ne va arăta că distanța luată pe membrul bolnav de la vârful acromionului la olecran, va fi mai mică ca aceea a membrului sănătos. Și iarăși, distanța luată de la epicondil și epitroclee la apofizele stiloide a extremităților inferioare ale radiului și cubitului, va fi de asemenea mai mică ca acelea din partea corespondentă. Cu alte cuvinte, atât brațul cât și antebrațul vor avea o lungime mai mică ca cele din partea sănătoasă.

V). Mai există încă un semn, asupra căruia insistă foarte mult Tillaux. Acest semn e bazat pe faptul următor. În starea normală, axa brațului cu axa antebrațului se întîlnesc foarte aproape de articulație, sau mai bine zis de plica cotului. În luxație e invers. Decî, dacă aședăm cele două antebrațe într'o pozițiune identică, vedem că axele brațului și antebrațului nu se încrucișează în acelaș punct. Incrucișarea se face pe un plan mult mai jos în membrul luxat de cât acel din partea opusă, care e sănătos, și anume în dreptul pătrimeii superioare a antebrațului luxat,

iar nu în dreptul articulației, ca în starea normală. Lucrul se vede clar în următoarele două figuri date de Tillaux.

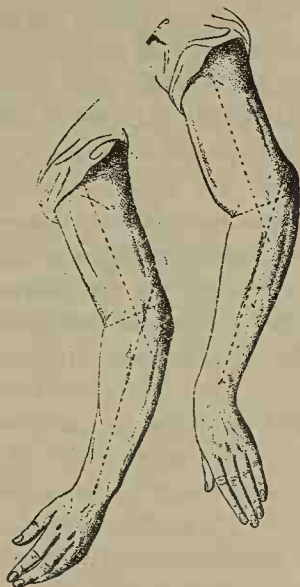


Fig. 92. — Intersecțiunea axelor antebrațului cu brațul în stare normală și în cas de luxație a cotului înapoi.

VI). În fine, pentru a completa vom spune, că atitudinea membrului în luxațiune este aceea a semiflexiunei cu o enormă deformațiune înapoi, reprezentată prin proeminența apofisei olecraniene.

Relativ la această deformațiune a cotului, Richet cu drept cuvânt și în mod foarte logic a atras atențiunea asupra unui fapt de mare importanță clinică. Cu cât într'o luxațiune a cotului înapoi, deformațiunea produsă de olecran va fi mai mare, cu atât luxațiunea e mai ușoară. Ea e incompletă. Vice-versa, cu cât această deformațiune e mai mică, neatrăgând chiar atențiunea, cu atât luxațiunea e mai dificilă. Ea e oompletă în cel mai înalt grad.

Din cele ce am arătat la mecanismul și anatomia luxațiunilor cotului înapoi cu sub-varietățile în afară saă înăuntru, diagnosticul lor nu va fi greu de stabilit. Vom căuta a ne da séma și a recunósce situațiunea extremităților articulare în luxațiunea cotului înapoi. De aci vom deduce printr'o explorațiune metodică locul ce ocupă aceste extremități,

relativ cu diferite puncte ale epifiselor umerale. Se înțelege de la sine, că simptomele pot să varieze, dar totuși ele vor conserva tipul propriu luxațiunilor înapoi.

Dacă acum voim a fi și mai preciși, pentru a arăta gradul în care se află sub varietățile de luxațiuni înapoi, fie înăuntru său în afară, nu avem de cât să facem următoarea mensurațiune. În starea normală, vârful olecranului, de și situat pe acelaș plan orizontal și vertical cu epitrocleea și epicondilul, nu se află însă situat drept în mijlocul acestor epifise, ci mai apropiat de epitrocleea cu $1-1\frac{1}{2}$ c. m. Deci cu cât vârful va fi mai apropiat său mai depărtat de epitrocleea cu atât varietatea luxațiunii cotului înapoi va fi internă său externă.

Odată cu stabilirea diagnosticului va trebui să spunem, dacă luxația e simplă său complicată de fracturi diverse a unora din cele trei oase, ce formază articulația; dacă există complicațiuni de ruperi musculare, vase, nervi, etc. Dar asupra acestor lucrări e de prisos a insista, fiind deja studiate.

Punctul cel mai greu și poate imposibil une-orii de diagnosticat, este a deosebi fracturele intra-articulare ale cotului de luxațiuni, precum și a afirma, dacă concomitent cu o luxație avem și fractura troclei umerale, a unuia din condilii, a apofisei coronoide a cubitului. etc. etc. Nu ajungem aci, de cât printr'un examen foarte minuțios și punând în joc toate cunoscințele ce am căpătat din studiile anterioare. În casuri de tumefacțiune mare a regiunii, or-ce silință adesea e zădarnică. Vom sta deci în expectativă până la momentul oportun.

Tratamentul luxațiunilor înapoi. Singurul tratament e reducerea. Și cu atât mai repede trebuie redusă o luxație a cotului, cu cât nici o articulație nu are o mai mare tendință către anchilosă ca dinșa.

În afară de prezența diferitelor fracturi ce însoțesc această luxație, precum a olecranului, coronoidei, troclei, condilului, etc., și cari lesne pot contracta aderențe și a transforma luxația în ireductibilă, mai avem alte fenomene ce se petrec în această articulație. Ele constituie cel mai puternic cuvent de a interveni cât mai repede. Între acestea cele mai principale sunt:

a) Retracțiunea mușchilor peri-articulari. Ei nu se mărginesc numai în a se scurta. Ce e mai grav, avem că în-grosimea tendónelor lor, transformate în țesut fibros adult, se dezvoltă adevărate oase sezamoide. Ele interpunându-se între suprafețele articulare, luxația devine cu totul ireductibilă. Malgaigne e cel d'întâi care a arătat acest lucru, producându-se în grosimea fibrelor profunde a mușchiiului brachial anterior. Dar și însuși capsula articulară ruptă, e supusă unui asemenea proces. Dinsa

formeză o adevărată carapace ososă destul de întinsă. Acesta fixând în mod solid epifisia umerală, suprimă or-ce mișcare în articulație.

b). Reconstituirea ligamentelor laterale rupte. Acest lucru pus mai ales în evidență de Faraboeuf e de cea mai mare importanță. Osele antebrațului dislocate pe umăr rămân acoperite de extremitatea liberă a ligamentelor deja rupte. Dar cu timpul aceste ligamente se cicatrizează pe capetele osoase. Ele devin mai scurte dar în acelaș timp mult mai puternice, grație dezvoltării de fășii fibróse și gróse. De aci rezultă, că ósele luxate sunt așa de puternic fixate în pozițiunea lor vicióasă, în cât resistă or-cărei forțe, în scopul de a le degaja.

c). Dar pe măsură ce timpul trece pe atât obstacole și mai mari, cu adevărat invincibile, se produc. Aceștia constau pe de o parte în crearea de noi cavități articulare anormale, iar pe de alta în ștergerea, adică distrugerea celor vechi, celor normale. Ast-fel, în punctele de contact a apofisei coronoide pe troclea, iar a capului radial pe condil, s'au văzut excavațiuni semănând cu nisce cavități articulare, destinate a primi extremitățile óselor luxate. Pe de altă parte, restul epifisei umerale rămâne atrofiat. Dar în timpul acesta, adevăratele suprafețe articulare, precum e cavitatea sigmoidă a cubitului și cupula radiului, se șterg din ce în ce mai mult. Ele se atrofiază treptat, sau se acoperă cu producțiuni fibróse pînă ce numai rămâne nimic din suprafața lor articulară.

În asemenea condițiuni or-ce încercare de reducere e imposibilă, ba putem zice zadarnică. Chiar admitînd că am obținut reducerea, dînsa însă na va servi la nimic. De ce? Pentru că în cazul acesta, conform preceptei chirurgicale, ósele perzându-și dreptul de domiciliu, numai găsesc condițiunile normale pentru a fi restabilite în pozițiunea lor primitivă. Iatădar pentru ce luxațiunile cotului trebuiesc reduse cât mai curînd.

În casuri recente și fără complicațiuni de interpunere de lambouri din capsulă sau ligamente, reducerea luxațiilor cotului se obține foarte ușor.

În regulă generală trebuie să adormim bolnavul. Cel puțin eu niciodată n'am procedat la reducerea or-cărei luxațiuni fără cloroformizare. Avantagiul e enorm. Pe lîngă că scutim bolnavul de niște dureri atroce, obținem și o rezoluție complectă a mușchilor ce se găsesc într'o contracțiune violentă, quasi tetanică. Prin cloroform deci, toți mușchii acesteia relaxându-se, luxația se reduce adesea aprópe de la sine.

Metóda cea mai bună pentru reducerea luxațiunei cotului înapoi este aceea, care ar avea de scop să degajeze apofisa coronoidă de scripetul troclei, iar capul radiului de condil. Odată acest lucru obținut reducerea se obține de la sine. Acesta cel puțin pentru luxațiunea incomplectă. Dar prin ce procedeu putem atinge acest scop?

Vechii autori se mărgineau pur și simplu a face tracțiunii simple în axa membrului. Un ajutor apucă cu mâinele de pumn sau antebraț, iar un altul de braț și trag în mod lent și progresiv. De sigur acest procedeu nu e cel mai rațional. Cu toate acestea de multe ori reușese.

Noi, în mai multe rînduri, am redus luxațiunii ale cotului prin acest mijloc. Este adevărat însă, că tot-d'a-una bolnavul a fost complet cloroformisat. În cazul acesta de anestezie profundă, reducerea adesea devine o jucărie și reușese prin orî-ce tentativă.



Fig 93. Reducerea luxației cotului înapoi după metoda lui Astley Cooper.

Procedeu lui Dessault constă în a îmbrățișa fața anterioară a brațului cu ambele mâini. În timpul când exercităm tracțiunea, aplicăm cele două police pe vârful olecranului și executăm asupra lui o presiune căutând a-l împinge înainte. Cu acesta nu facem de cât să înlesnim și mai mult deslipirea apofisei coronoide de troclea și să obținem ast-fel mai repede ceia-ce ne propunem în procedeu prin tracțiune.

Mai există un alt procedeu a lui Astley Cooper numit de *flexiune saŭ basculă*. Metoda personală a acestui autor o găsim descrisă în Hamilton. Bolnavul trebuie așezat pe un scaun. Ccirurgul își pune genuchiul la partea internă a cotului în plica articulară. El apucă solid pumnul bolnavului și flexează membrul. În același timp dînsul apasă pe radiu și cubit cu genuchiul și caută ca să depărteze aceste oșe de umăr și să

degajeze apofisa eoronoidă de cavitatea olecranienă. In timp ce această presiune e făcută cu genuchiul, brațul trebuie să fie foarte mult flexat, dar încet. Reducțiunea se obține foarte repede.

Fig. 93 ne arată pozițiunea chirurgicalului și modul de reducere al luxației.

Albert în clinicele sale recomandă următoarele două metode pe cari le reproducem :

I). *Metóda de iperextensiune a lui Roser.* Plecat de la acest principiu că o reducere rațională trebuie să fie basată pe mecanismul chiar al luxației, Roser pune mai întâiu antebrațul în extensiune forțată și în urmă îl flexează. Ce se întâmplă? Când punem pe un schelet ósele în pozițiunea ce ele iaú în casurî de luxațiune, găsim (fig. 94) că apofisa coronoidă a cubitului agățată în foseta olecranienă este care împiedică



Fig. 94. — Situația óselor cotului în luxația înapoi. Apofisa coronoidă angajată în cavitatea olecranienă.

antebrațul de a se coborâ, când tragem pur și simplu de el. Când însă punem antebrațul în extensiune forțată, ast-fel ca să formeze cu brațul un unghiú deschis înapoi, precum arată figura 95. apofisa coronoidă se degajează, iar vârful olecranului nu are de cât să alunece puțin în jos pentru a atinge punctul în care el se găsește în extensiunea maximă din starea normală. Dacă în acest moment executăm repede o mișcare

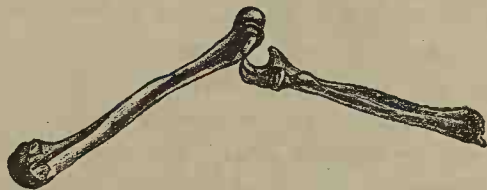


Fig. 95. — Degajarea apofisei coroioide.

de flexiune, cavitatea sigmoidă póte să îmbrățișeze troclea pe din jos, iar cubitul să devie la locul său normal ; radiul îl urméză în această mișcare. Cu această metodă nu avem trebuință de extensiune, nici de contra extensiune. Un singur artificiu este necesar. El constă în aceia că în momentul când chirurgul trece de la iperextensiune la flexiune, un ajutor să împingă vârful olecranului în jos. Experiența a arătat că

ruperea părților moi din partea flexiunii articulației, ruperea nervului median în particular nu este de temut. Manopera coprinde deci iperextensiunea urmată de flexiune precum se vede în fig. 96.



Fig. 96. — Reducerea luxației cotului înapoi după metoda lui Roser.

II): *Metoda de distracțiune a lui Dumreicher*, este basată pe principiul următor: În pătirea de flexiune în care se găsește articulațiunea luxată, marginea anterioară a apofisei coronoide ar trebui să fie pogorită aproape cu două centimetre pentru a ajunge dincolo de punctul cel mai inferior al troclei. Dar dacă flexăm antebrațul în unghiū drept, precum arată figura 97, marginea anterioară a apofisei coronoide nu se mai găsește de cât la câte-va m. m. d'asupra mărghineii inferioare a troclei, și această diferență dispore ușor printr'o tracțiune care deplasază antebrațul flexat în direcțiunea axei brațului. Odată apofisa coronoidă adusă sub punctul cel mai inferior al troclei, este suficient o extensiune repede pentru a reduce cubitul; radiul urmază de el însuși cubitul.

Reducțiunea după această metodă se face în modul următor: Bolnavul e culcat pe masă. Un șervet trecut sub axilă este apucat de un ajutor, care se așază înapoia bolnavului și face contra-extensie; un ajutor apucă brațul bolnavului, pe care îl imobilisază pe cât va putea mai bine. Chirurghul înodă cele două capete ale unui șervet și aplică ansa

ast-fel formată pe antebrațul flexat în unghiū drept imediat dedesubtu cotului. Pe când cu o mână el trage de ansă, cu cea-l'altă aduce în nivelul pumnului antebrațul, pe care îl fixeză spre a împedica extensiu-

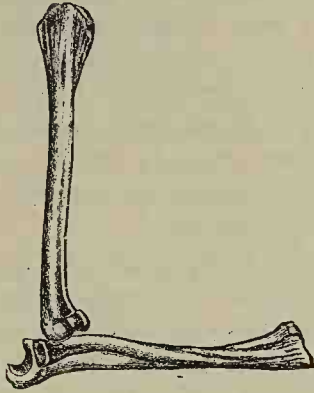


Fig. 97. — Raportul óselor în flexiunea în unghiū drept.

nea în tracțiune. Indată ce simte că olecranul s'a degajat, pune antebrațul la extensiune cu ajutorul mânei, care ține pumnul. Este bine ca în timpul

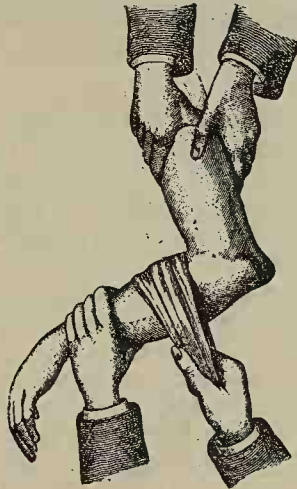


Fig. 98. — Reducerea luxațiunei cotului înapoi prin procedeu lū Dumreicher.

extensiunei să tragem în axa brațului. Pentru a ne convinge că reducerea e făcută, e destul a flexa antebrațul în unghiū ascuțit; dacă reușim, luxația e redusă. Manopera coprinde prin urmare, flexiunea în unghiū

drept, tracțiunea în axa brațului, extensiunea și flexiunea, ast-fel precum arată fig. 98.

Dar când luxațiunea, în urma diferitelor complicațiuni ce am arătat, devine ireductibilă, noi credem că e de prisos a recurge la mijlocele de forță, reprezentate prin mufle, mașina lui Jarvis, sau a lui Collin. Adesea cu mijlocele acestea mărim complicațiunile: prin ele determinăm fracturi a diferitelor oșe, ruperea tegumentelor și pôte chiar a vaselor.

Cel mai bun mijloc în asemenea casuri, este a recurge d'adrechtul la artrotomie, deschidând articulația prin fața sa posterioară. Prin artrotomie, privind cu ochii și pipăind cu degetul, putem mai lesne ridica obstacolul ce se opune reducerii.

Iar dacă precum se întâmplă une-orî, nici prin acésta nu reușim a restabili lucrurile în starea lor normală, atunci nu ne rămâne de cât *rezeecția*. Ea va fi totală, ridicând adică câte trele epifise ale óseler articulației; sau parțială numită și *semi-articulară*. Prin acésta din urmă, ne mărginim numai în ridicarea epifisei umerale, ósele antebrațului rămân intacte. Intr'un cas fôrte rebel de luxație a cotului, și unde mijlocele de forță nu mi-au reușit, am intervenit cu succes făcând rezeecția cotului. Pe acel timp aveam ca șef de clinică pe d-nul Dr. Duma. Reproduc aci observațiunea întrégă precum o găsec scrisă de internul serviciului pe fôia bolnavului. Importanța acestei observațiuni este mai ales din punctul de vedere al alterațiunilor profunde, ce s'au determinat într'un timp fôrte scurt, adică numai după 20 zile de la accident.

OBSERVAȚIA. — Pacientul sin Marin Coman, intră în serviciu în ziua de 17 Iunie 1894 cu o luxație complectă a antebrațului drept. Individul, de profesie dulgher, a cădut după o scară înaltă de $2\frac{1}{2}$ metri, sprijinindu-se pe mână.

După 3 ore de la accident, se produce o echimosă pe marginca internă a cotului, care repede se tumefiază. Mișcările devin imposibile, degetele amorțesc, așa că le mișcă cu mare greutate.

După 20 zile umflătura și echimosele dispar; durerea descesce din zi în zi, așa că în cele din urmă, bolnavul se plînge numai de jena în mișcări. Acésta impotență funcțională îl decide a intra în spital.

Starea prezentă. Prin inspecțiune se observă că membrul superior drept e fôrte mult în flexiune (antebraț pe braț). Cotul are o formă globulósă, comparat cu cel sănătos; plica cotului dispărută. La fața posterioară se simte prin tegumente două proeminente osóse și imediat d'asupra lor o depresiune.

Recomandând bolnavului a face mișcarea de flexiune a antebrațului pe braț, se vede înapoi o córdă întinsă, care se pierde în sus pe musculatura brațului (tendonul tricepsului).

Tot în acésta pozițiune se vede pe fața anterioară o altă córdă, care se prelungește în jos pe mușchiul lungul supinator. Cu ocazia acestei mișcări, bolnavul suferă o durere constantă la mijlocul plicei cotului. Circonferența cotului drept e

de 24 c. m. și a celui sănătos e de 22 c. m. Mergând cu mâna pe braț de sus în jos, găsim la mijlocul plicii cotului o extremitate ososă, grosă, neregulată și imediat de desubtul ei cădem într'o depresiune. Mergând acum pe fața posterioară a antebrațului de jos în sus, dăm de două extremități osose, foarte proeminente, cari se pot vedea și cu ochii. Imediat d'asupra lor cădem într'o depresiune. Aceste extremități osose sunt separate una de alta printr'un interval de 3 c. m. (la cel sănătos distanța e de 5 c. m.).

Aceste extremități sunt împinse înăuntru și în sus. Virful olecranului se află cam la $2\frac{1}{2}$ c. m. d'asupra epicondilului, iar capul radiului la $1\frac{1}{2}$ c. m. d'asupra condilului. Mergând cu mâna pe marginea externă a brațului spre antebraț, cădem de desubtul umărului pe părți moi și nu pe os, cum se întâmplă la cel sănătos, ceia-ce probază încă o dată deplasarea radiului înăuntru. Nu se observă prin inspecție o diferență de lungime. Măsurând însă de la epicondilul drept la apifisa stiloidă radială, găsim 24 c. m., pe când la stînga e de 25 c. m.

Mișcările de flexiune și extensiune ale antebrațului pe braț sunt limitate, mai ușor, contrar cu mișcările de la mâna stîngă.

26 Iunie. Neputându-se obține reducerea prin nici un procedeu, se decide operația. Bolnavul complet anesteziat. Fac o incizie pe partea posterioară a cotului în lungime de 8 c. m. Tai tendonul tricepsului și intru în noua articulație. Aci găsesc extremitățile osose deformat.

Cavitatea olecranică dispărută prin creșterea țesutului osos. Dînsa era complet ștersă. Cavitatea coronoidă asemenea foarte micșorată. Apofisa coronoidă atrofiată. Virful său dispărut și așezat în scîmpetul umărului, Extremitatea inferioară a umărului deformată, cupula radiului formmă o adevărată cavitate articulară în extremitatea inferioară a umărului. Epicondilul și epitroclea complet deformat.

S'a desfăcut cu răzușă periostul și s'a resecat cu ferestrăul din umăr vre-o 5 c. m. iar din extremitățile superioare ale oșelor antebrațului câte 1 c. m.

S'a făcut emostasa, s'a închis părțile moi și manșonul periostic prin puncte de sutură, s'a pus două tuburi de dren și s'a făcut pansamentul și un bandaj gipsat.

27 Iunie. Bolnavul agitat, are temperatura de 38° . Un edem al mânei apare.

30 Iunie. Temperatura fiind 38° se desface pansamentul. Se găsește antebrațul edemațiat. Se desfac câte-va puncte de sutură, se schimbă tuburile de drenaj și se introduc altele ca să funcționeze bine. Se spală cavitatea cu sublimat și apoi cu acid fenic 10% și cu creolină. Se pansază din nou. Se face o injecție cu cloridrat de chinină $\frac{1}{2}$, și seara, avînd temperatura 40° , i se aplică un gram de chinină în doi supositori.

1 Iulie. Se desface pansamentul. Se pun puncte de foc profunde în jurul articulației. Se spală cu sublimat 1%, acid fenic 10% și creolină și apoi se aplică un nou pansament.

30 August. Bolnavul este complet vindecat. Articulația cotului are toate mișcările normale, afară de extensia completă.

Brațul cu antebrațul formeză un unghiū obtus de 170° aproximativ, în extensia cea mai forțată pe care o execută.

Luxațiunea cotului înainte.

Este mult mai rară ca cea precedentă. Hippocrate consideră această luxație ca forma cea mai gravă. J. L. Petit susține că dînsa e imposibil a se produce fără fractura concomitentă a olecranului. Descrierea acestei luxații se calcéză întocmai după luxațiunea înapoi. Dar atât mecanismul cât și simptomele vor fi inverse.

Pentru producerea sa se cere, după cum a arătat Malgaigne, ca individul să cadă pe cot, antebrațul fiind flexat. Sau, aflat în această poziție, o lovitură puternică să se aplice direct și cu violență pe fața posterioară a cubitului, or invers pe fața anterioară a brațului. În asemenea circumstanțe, oșele antebrațului după ce prealabil ligamentele și capsula articulară s'au rupt, trec înainte și în sus așezându-se pe epifisa umărului. Se descrie și aci o luxație incompletă și alta completă. Este incompletă când vârful olecranului se opresce pe porțiunea cea mai declivă a troclei. În luxația completă oșele antebrațului încalecă cu totul epifisa umărului. Olecranul se aședă cu fața sea posterioară pe adîncătura coronoidienă, iar capul radiului pe condilul umărului.

Diagnosticul se stabilește pe dîformația membrului și pe constatarea înapoiul cotului a epifisei umerale. Aci vom recunoște cavitatea olecranienă, și toate celelalte ridicături osose. Înainte pe fața anterioară, vom găsi prezența oșelor antebrațului cu caracterele lor clasice. În partea

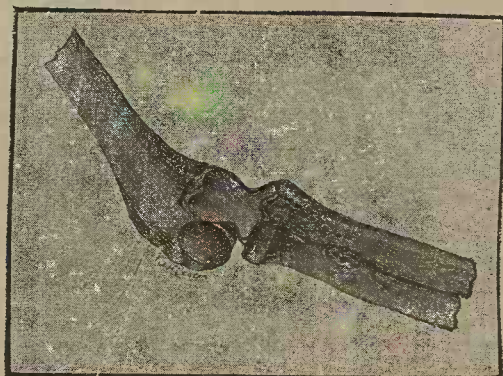


Fig. 99. — Luxație completă a cotului înainte (personală).

internă a articulației vom simți conturul și forma olecranului, iar în partea externă capul radiului aședat d'asupra condilului. Membrul va fi în semiflexiune ușoară. Antebrațul cu brațul face un unghiū ascuțit, aprópe drept.

Câte-odată membrul este în extensiune. Semnul cel mai principal al acestor luxații, cel puțin în cea incompletă, este, după Albert, lungimea membrului. În adevăr, acest semn neputându-se găsi nici într'o altă leziune a articulației cotului, urmărea că el trebuie considerat ca un semn patognomic. Fig. 99 ne arată o luxație completă a cotului înainte.

Tratamentul constă în tracțiune, presând în același timp pe olecran, împingându-l înainte. Când degajarea s'a obținut, atunci printr'o mișcare de basculă reprezentată printr'o flexiune a antebrațului pe braț, vom reduce luxația readucând olecranul înapoi.

Luxațiunile excepționale ale cotului.

Acestea fiind excesiv de rare, se descriu mai mult teoreticesc decât din observațiunile practice. De aceea aproape nu ne vom opri asupra lor, mărginindu-ne pur și simplu a le enumăra. Ast-fel:

1). *Luxațiunile laterale ale cotului.* Se presupune că aci vârful olecranului, de și rămâind în planul orizontal și vertical al epicondilului și epitrocleei, totuși cubitul poate părăsi suprafața articulară a troclei, înaintând în afară sau înăuntru, trăgând or împingând în același timp și radiul după sine. Deci, în luxația de exemplu în afară, cavitatea olecranienă părăsesce troclea umărului, trecând sub condil, iar cupula radiului, părăsind condilul, vine sub epicondil. Acesta ar fi *luxația înafară incompletă acotului.*

În cea completă lucrul e împins și mai departe, adică: cavitatea olecranului rămâne cu totul înafară, sub epicondil, iar capul radiului trece d'asupra umărului.

În *luxațiunile înăuntru* același lucru se petrece, dar invers. Cavitatea olecranului părăsind troclea, se așază sub epitroclee, iar capul radiului de sub condil trece sub troclee. Când însă luxația e cu totul completă, atunci capul radiului vine sub epitroclee, pe când cavitatea olecranului rămâne cu totul fără nici o conexiune cu articulația.

Nu e de trebuință a ne opri asupra simptomelor și diagnosticului. El se va baza pe constatarea, ușor de făcut, a extremității umărului și epifiselor antebrațui. Singurul lucru delicat va fi, să ne convingem dacă în adevăr vârful olecranului se găsește în planul vertical și orizontal al tuberosităților interne și externe ale umărului. Numai ast-fel putem conchide la o luxație înăuntru sau în afară. În cazul contrariu va fi vorba de luxația înapoi cu sub-varietatea de înăuntru or în afară, cea ce de alt-fel mai tot-d'a-una așa și este, după majoritatea autorilor.

Luxațiunile divergente ale cotului.

Prin acésta se înțelege luxațiunile ambelor óse ale antebrațului pe braț, dar ocupând planuri diferite. Când cubitul e luxat înapoi iar radiul înainte, se numesce *luxație divergentă antero-posterióră*. Când din contra cubitul e luxat înăuntru, iar radiul în afară, luxația se numesce *divergentă transversă*. Mecanismul lor e obscur. Tot-d'a-una aceste luxațiuni forméză o variantă a celor clasice, dar unde violența exterioră e excesiv de mare. Atunci troclea, sau chiar întréga epifisă umerală se vără ca un cui între cele două óse ale antebrațului, pe carí le luxéză în sens diferit.

§ IV. Bólele inflamatorii și organice ale cotului.

Flegmonul cotului este o afecțiune fórte importantă atât din cauza frecuenței cât și a patogeniei sale. Se scie că între pielea feței posterioare a articulației cotului și tendonul tricepsului există un țesut celular cu puțină grăsime. El însă conține în grosimea sa o bursă sau pungă serósă numită *bursa retro-olecraniică*. Acéstă pungă adesea se transformă într'o igromă acută sau cronică și chiar într'o igromă cu bóbe or grăunțe riziforme. Igroma acută se desvoltă pe cale indirectă în urma

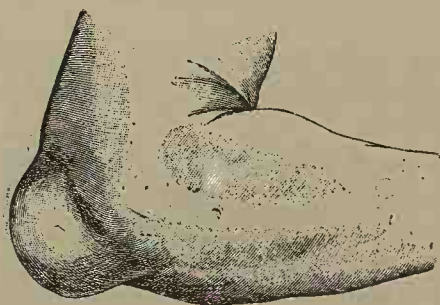


Fig. 100. — Model de igromă acută a cotului.

unei limfangite plecată de la degete, mână săă antebraț. Pe cale directă vine în urma plăgilor și contuziunilor aplicate pe fața posterioară a cotului. Se mai observă igrome cronice la indiviđi cu anume profesiuni ca biurocrați, etc., carí supun regiunea la dese frecări. Iarăși bleonoragia dă une-orí nascere unei igrome acute.

Acéstă afecțiune se recunósce fórte ușor prin sediul și forma sa clasică. In períoda acută putem întrebuița revulsivele. Ajunsă însă în stare cronică și mai ales când păreții sėi sunt prea îngroșați, putem recurge la extirparea sa totală și reunirea imediată a plăgei.

In fig. 100 din Albert avem un exemplu de igromă acută a cotului.

Când însă acéstă bursă (pungă) se rupe, saú că conținutul sėu iese prin păreți, rezultatul e că produce o inflamație a țesutului celular retro și periarticular. El de ordinar dá nascere unuí flegmon difus. Acesta se póte întinde pe tótă suprafața internă a brațului mergěnd chiar pínă în regiunea pectorală. Forma acéstă se observă când inflamația ocupă regiunea anterioră a cotului. Extensiunea flegmonului pínă în axilă se datoresce, după Denué, grație laxității țesutului celular ce înconjură téca de care e provědută artera umerală. Ajuns în axilă, el póte lua o extensiune retrogradă coplesind antebrațul. Când flegmonul ocupă de la început fața posterióră a cotului, el póte după Denucé, să deschidă ușor articulația determinând necrósa sa. In cazul acesta terminațiunea adesea e fatală, cu atât mai mult că articulația umplându-se cu puroiú, individul în general e și diatesic în special albuminuric, diabetic etc. Se întâmplă însă din norocire, ca acest flegmon să rămăe limitat numai la cot. Am observat mai multe asemenea casurí. Printr'o intervenție seriósă, individul se vindecă. Și nu pot în de ajuns a recomanda deschiderea flegmonului prin termocauter și aplicarea de numeroase puncte de foc pe părțile dinprejur cuprinse de limfangite. Prin ele am obținut frumoase succese în casurile cele mai desperate. In vol. I și II e pe larg descris acéstă metodă care 'mí aparține.

Mai există încă o varietate de flegmon al cotului. Acesta e consecutiv uncí adenite saú inflamație a ganglionului supra-epitrocleeu. El e de ordinar rezultatul inoculațiunilor septice a degetelor, mânei, saú antebrațului. Acest flegmon, prin sediul sėu la partea supero internă a cotului și prin mai mica sa tendință la extensie, se deosebesce de acela al burseí, situat la partea posterióră și medie a cotului. In plus, o adenită septică se însoțesce de o împăstare difusă a brațului și fenomene generale grave, stând în legătură cu natura agentului inoculat. In fine, pe lângă aceste două varietăți mai avem un flegmon venit de la antebraț, care în definitiv nu e de cât o extensiune a acestuia.

In resumat, în fața unuí flegmon al cotului trebuie să stabilim dacă dînsul aparține burseí seróse, ganglionului epitrocleeu saú extensiunei simple a unuí flegmon al mânei saú antebrațului. Contra tuturor acestor flegmóne nu avem de cât două mijlóce. La început adică în períoda inflamatorie, vom uza de băile prelungite antiseptice și aplicării de puncte

fine de foc pe totă regiunea cuprinsă de inflamație difusă, quasi limfangitică. Iar când puroiul s'a colectat, nu ne rămâne de cât deschiderea largă antiseptică. Vom fi rezervați în privința pronosticului, mai ales dacă asupra individului constatăm o bôlă diatezică ca diabet, albuminurie, alcoolism, etc. bôle cari predispun la extensiunea rëului, favorisând gangrena, iar cu dinsa septicemia, care în mod fatal une-orî pôte periclita viața bolnavului.

§ V. Artritele cotului.

Nu ne vom opri a descrie tôte varietățile de artrite. Ne propunem a insista mai mult asupra artritei tuberculöse, rămânând a da semnele patognomice și diferențiale a celor-lalte, când vom vorbi de diagnosticul sëu. Dar chiar și asupra acesteia vom trece peste chestiunile generale, cari sunt pe larg descrise în Vol. II la Cap. Tuberculosă.

Artrita cotului oferă același tip ca și aceia a genuchiului său a articulațiunei coxo-femorale. În adevër, procesul morbid pôte să începă din sinoviala articulației sașu din părțile osöse. Dar acéstă din urmă formă e mult mai frecuentă. În adevër, după o statistică a lui König din 52 de casuri numai de 10 orî artrita a avut forma sinovială, restul ocupând succesiv ôsele articulației.

S'a constatat iarăși că dintre cele trei ôse ale articulației cubitul este cel mai des atins. Și încă un fapt important: procesul începe în dreptul articulațiunei radio-cubitală superiôră. Și lucrul curios, capul radiului s'a găsit cel mai rar atins de tuberculosă, de și încă odată leziunea începe din articulațiunea sa cu cubitul. Ast-fel fiind s'a pus întrebarea: pentru-ce tuberculosă cotului se desvoltă la partea externă a articulației, și pentru-ce atunci extremitatea superiôră a radiului, în special cupula sa, nici-o-dată nu e atinsă de tuberculosă, cel puțin în mod primitiv?

Trebuie să menționăm că tumora albă a cotului fôrte rar recunosce drept causă un traumatism. Ea se desvoltă în mod insidios și în special la indiviđi cu anume profesiuni, cari cer manipulări dese și diverse ale antebrațului, precum sunt croitorii, pietrarii, pianiștii, etc. Se știe însă că dintre tôte mișcărilor cotului, acelea de pronăție și supinație sunt mai frecvente, nu numai în anumite profesiuni, dar chiar și în viața comună. Dar centrul acestor mișcări se concentrează tocmai în articulațiunea radio-cubitală superiôră. Cavitatea sigmoidă a cubitului însă, având o suprafață mai mică în raport cu capul radial, dinsa este care suportă tôte aceste micro-traumatisme reprezentate prin frecările multiple, ce se petrec în fie-care moment. Și dacă lucrul stă ast-fel, noi scim din patologia

generală că dezvoltarea bacilului tuberculozei e mai mare acolo unde contuziunile sunt mai dese. Deci, în cazul nostru, cavitatea sigmoidă în urma multiplelor mișcări de pronație și supinație fiind într-o continuă frecare, dînsa va oferi cel mai plăcut așternut bacilului. Iată dar pentru ce tuberculosa își începe aci cariera sa, și iată pentru ce în perioada inițială a bôlei, în acest punct, adică în articulația radio-cubitală superioară, situată la partea externă a cotului se manifestă durerea la presiune, care formeză unul din semnele patognomonice a tumorei albe a cotului.

Cât privește integritatea radiului la început, acesta se explică de la sine, prin faptul că primitiv cubitul este care suferă toate frecările, și deci el va fi mai întâiu copleșit, iar radiul mult mai târziu prin inoculațiune secundară.

Rămâne dar înțeles că în tumora albă a cotului, olecranul este cel d'întăiu care e copleșit de tuberculosă, iar apoi consecutiv radiul și extremitatea umerală.

Diafizele acestor oșe sunt foarte rar atinse. Cu toate acestea s'a găsit în diafiza umerală mari focare tuberculose, osul fiind transformat pe o mare distanță într-o cojă subțire și plină de măduvă difluentă galbenă.

Când tuberculosa începe prin membrana sinovială, putem constata două lucruri: une-orî această sinovială devine cu totul sclerosă și nu găsim absolut nici o urmă de fungosități. Toate părțile moi precum și ligamentele sunt uscate, înțepenite și cel mult, dacă există pe unul sau două puncte ale cubitului câte un focar tuberculos, și acesta e atonic. Alte dăți din contra, membrana sinovială repede se acopere de un număr considerabil de fungosități de diferite forme și prelungiri. Ele nu întârzie a străbate în părțile vecine, copleșind și infiltrându-se între ligamente, aponevrose, mușchi, etc.

Din cunoștința acestor leziuni anatomo-patologice rezultă trei forme clinice de tumori albe ale cotului. *O formă uscată, fungosă și supurată* sau *ososă*.

Simptomele. Tumora albă a cotului, conformându-se tipului oricărei dezvoltări de tuberculosă, își anunță existența sa în mod tăcut, fără șgomot. Excepțiune la acesta face forma uscată. Aci individul e cuprins de dureri foarte mari, une-orî continue, alte dăți intermitente, exasperesându-se în timpul zilei pentru a se atenua noaptea. În celelalte forme însă, repetăm, evoluțiunea bôlei începe prin o oboselă a membrului, printr-o oboseală care jenă și lipsă de dexteritate în mână. Croitorii, pianistii, sau indiviți cu diferite profesii cari cer lucrul manual, se simt oboșiți și chiar siliți a întrerupe lucrul din cauza unei jene, sau chiar a unei dureri. După cât-va timp fenomenele cresc și atunci organul bolnav oferă tipul clasic al bôlei.

Numai în forma uscată a tumorii albe regiunea cotului rămâne atrofiată ca și cum pielea ar fi lipită de os. În forma fungoasă din contra, cotul tinde din ce în ce a căpeta un valum mai mare, iar depreziunile și ridicăturile osoase se șterg, grație desvoltării și copleșirii fungosităților intra-articulare.

În forma ososă, deformațiunea, cel puțin la început, nu este așa de pronunțată. Dînsa vine mai târziu, atunci când gomele tuberculose își varsă produsul lor în interiorul articulației.

În această formă durerile nu sunt așa de violente ca în cea uscată. Ele se manifestă mai mult prin presiune în special la apofisa olecranienă și mai cu sémă în articulațiunea radio-cubitală superiôră, după cum am arătat.

Când tumora albă a cotului a ajuns în a doua formă a sa, care e caracterisată prin deformațiunea cotului și subțiimea brațului și antebrațului, carî par cu atât mai atrofiatî, cu cât cotul e mai tumefiat, bolnavul dă o atitudine membrului sêu, care resultă din următoarele considerațiuni anatomice arătate de Bonnet.

I) În adevêr, acest autor a arătat: I) că cea mai mare distensiune, ce pôte lua sinoviala cotului, este când membrul e pus în stare de flexiune a antebrațului unită cu o pronațiune forțată. Iată dar pentru-ce bolnavul, pentru a evita durerile, își va pune membrul în mod instinctiv în această pozițiune. Dar cu timpul dînsa se va exagera și mai mult prin retrațiunea bicepsului și a brachialului anterior, precum și a celorl'alți mușchi peri-articulari.

II). Sinoviala articulară presintă punctul sêu mai slab înapoi. Înainte dînsa e acoperită de marea masă musculară epitrocleenă, plus tendónele brachialului anterior și ale bicepsului. Pe de altă parte în laturî, există ligamente destul de rezistente, ce nu permit sinovialei a se întinde în aceste puncte. Decî, distensiunea sinovialei prin lichidele și fungositățile articulare, își va avea sediul în partea posteriôră a cotului și în special de fe-care margine a tendonului tricepsului.

În fine, în a treia periódă, numită de supurațiune, distrugerile devin colosale. Fungositățile ca și abcesele osoase caută a-și face loc în afară, perforând tegumentele în anume puncte.

În forma fungoasă traiectele fistuloase apar întâiu în jurul olecranului. Ele perforoză partea cea mai subțire a sinovialei acolo unde ea părăsesce partea posteriôră a umêrului pentru a se reflecta pe triceps și olecran. Dar cu timpul, capsula fiind distrusă la partea anterioră, aceste fungosități forméză o ridicătură sub brachialul anterior și biceps, dând nascere la aceleași fistule. Iar când ligamentele sunt distruse, fungositățile apar și în părțile laterale, infiltrându-se și copleșind mușchii la distanțe

marî. Putem ast-fel întîlni traiecte fistuloase pînă la terțul inferior al brațului și superior al antebrațului. Acelaș lucru vom țice de forma ososă, căci dacă la început traiectul apare în latura externă a cotului, adică în dreptul articulațiunei radio-cubitală superioară, mai târziu procesul tuberculos copleşind olecranul, diafisa cubitului, a radiului, precum și a umărului, aceste traecte își întind orificiile lor la distanțe colosale.

În această perioadă de abolițiune complectă a funcțiunei membrului, de deformațiune, de distrugere de ligamente ce se însoțesc de o mobilitate anormală în cot, bolnavul de și în prada durerilor și a unei murdării indescritibile, cauzată prin scurgere de puroi, de lichid sanguinolent și chiar de eșirea unor părțițele și chiar secuestre osose, totuși nu oferă nici o ascensiune termică.

În adevăr, clinica a arătat că osteo-artrita tuberculosă chiar în ultima sa perioadă, este apiretică; și că numai când se adaugă o infecțiune secundară, atunci numai apare o stare febrilă.

Precum însă adăogărea unor noi microbî peste acela al tuberculosci este mult facilitată prin existența atător orificii deschise, lesne înțelegem cum ascensiunea termică pôte să însoțescă asestă tumoră albă, mai ales când bolnavul e neglijat.

În fine, pentru a încheia cu simptomatologia, trebuie să nu pierdem din vedere unul din semnele cele mai importante. Dînsul constă în prezența unui ganglion epitroclean sau chiar axilar, ce mai tot-d-a-una însoțesc tumoră albă a cotului.

Diagnosticul. Nu-î nimic mai ușor de cât a recunósce o tumoră albă a cotului, ajunsă în ultima sa perioadă.

Există óre-carî dificultăți la început, mai ales pentru a sci cu ce anume formă avem aface, adică fi-va dînsa uscată, fongosă orî ososă? Nu avem pentru acésta nici-un criteriú, afară pôte, de modul evoluțiunei bólei, asupra căruia deja am insistat.

Iarăși dificultăți se presintă când e vorba de etatea individului. În imensa majoritate a casurilor, un copil pînă la 15 anî, plângendu-se de dureri în cot și însoțindu-se de fenomenele și deformațiunile descrise, putem afirma că ne aflăm în fața unei tumorî albe, mai ales când și cele-l'alte antecedente ereditare și personale, coroboréză în favórea unei diateze tuberculose. Nu va fi însă tot ast-fel când aceleași fenomene vor aparține unui individ adult. Aci, bólele constituționale fiind în apogeul lor, suntem siliți a ne gândi la posibilitatea altor genurî de artrite. Nu ne vom opri asupra artritei sílice a cotului; dînsa este excesiv de rară, și se observă mai des la genuchiú.

Cu tóte acestea, vom examina cu de-a-măruntul pe bolnav pentru

a descoperi și alte stigmatе ale sifilisului, ce s'ar afla în regiuni deosebite. Vom lua în considerațiune elementul durere, care dacă există, va fi mult mai pronunțat noaptea în cas de sifilis. Și în fine, trebuie să scim că, o tumoră albă sifilitică fie în perióda cea mai înaintată, nu se va însoți de acele traecte fistuloase multiple și de acel puroi fetid în care, prin pipăire, vom descoperi pulberі osóse ca în cea tuberculósă. Sunt însă casuri mixte sau ibride, unde există asociațiunea tuberculoasei cu a sifilisului. Atunci dificultățile sunt foarte mari, dacă nu chiar imposibile.

Tot la adult am putea să ne gândim la o artrită reumatismală, deși casul e rar, locul de elecțiune fiind genuchiul. Afară de acesta, bolnavul ar începe scena printr'un atac de reumatism. Fenomenele vor fi mult mai alarmante și generale, iar nu insidióse și locale. În fine, caracteristica reumatismului este a descoperi mai multe articulațiuni ce vor fi atinse. Aci mai mult ca în sifilis, o artrită reumatică mai nici-odată nu supurează: ea repede tinde la anchilosă. Fenomen este cu totul invers cu tendința tumorii albe de a merge către supurație și distrugere.

Cu artrita blenoragică lucrul e mai greu de deosebit. Apropierea este destul de pronunțată între dinsa și tumora albă, în special cu cea uscată și fongósă. Vom examina foarte de aproape organele genitale ale bolnavului, pentru a ne convinge de existența unei blenoragii acute ori cronice. Afară de acesta, o artrită blenoragică va apare în mod brusc și cu o evoluțiune repede, invers ca cea tuberculósă.

În toate aceste genuri de artrite, pe lângă studiul complet al antecedentelor și modul aparițiunei bólei, nu vom constata în nici una acele semne clasice ce aparțin tumorii albe. În special, sediul durerilor precum și existența ganglionului epitroclee și axilar, sunt semne patognomonice a tuberculoasei cotului, de cari cele-l'alte sunt lipsite.

Dacă individul va fi în perióda adolescenței, ne-ar fi permis să ne gândim la posibilitatea unei osteomielite, deși după legea stabilită de Ollier, activitatea cartilajelor de conjugățiune pentru membrul superior este excentrică articulațiunei cotului; cu alte cuvinte, osteo-mielita se întâlnește la extremitatea superióră a brațului și inferióră a antebrățului, iar nu în jurul articulațiunei cotului. Dar chiar de am presupune acesta, osteo-mielita își are aparițiunea sa clasică. Ea se însoțese de fenomene generale grave, ca una ce este de natura infecțiósă; tuberculosa din contra, începe ca bóla locală; și ori-cât ar fi de înaintată în perióda sa, fenomenele generale lipsesc.

Tumora albă nu este apanajul numai al persónelor tinere și adulte, ci și al celor bătrâni. La aceștia, ne vom gândi la aceleași posibilități de artrite ca și la adulți. În plus, se va adăoga ideia unor neoplasme osóse, a unui reumatism cronic, a unei artrite defor-

mante saū uscată, p̄recum și a unei artrite de origină nervoasă tabetică. Un sarcom al scheletului se va caracteriza prin mersul repede, printr'o tumefacțiune localisată în osul atins, și prin acea scurgere ichoroasă, acea paliditate caracteristică de fôie murtă a individului, prin acele emoragii și acea ulceracțiune vastă și cu marginile resfrînte în afară, când bóla e ajunsă în ultima sa periódă. Dar tóte acestea nu vor avea nici-o asemănare cu produsele unei tumori albe. Prezența ganglionilor axilari vor fi iarăși cu totul diferiți de ai osteo-artritei tuberculóse. Ei nu vor avea nici volumul, nici tária, nici neregularitatea acelor a unei infecțiuni neoplasică.

Reumatismul cronic e rar monoarticular. Caracteristica sa este de a fi simetric. În or̄-ce cas tumefacțiunea extremităților osoase simetrice, lipsa de fungosități și mai ales de supurațiuni și traecte fistuloase, ne vor permite diagnosticul diferential.

Cât privesce artritele tabetice și cele deformante uscate, trimetem pe cititor la afecțiunile genuchiului, unde se găsesc pe larg descrise.

S'ar mai putea la rigóre ridica chestiunea unui diagnostic diferential într'o artrită tuberculóasă a cotului incipientă și existența unor leziuni consecutive unei entorse mai mult saū mai puțin veche. Chestiunea acésta este fôrte importantă mai cu deosebire ca principiū general, ca doctrină. Este în adevěr pe deplin demonstrat în sciință, că nimic nu favoriséză desvoltarea mai ușoră a tuberculosei de cât traumatismul, fie el în mare, saū reprezentat prin acele mici frecări funcționale saū profesionale, cărora li s'au dat numele de microtraumatisme. Noi nu presupunem cazul când am fi chemați imediat după accident. Aci, în adevěr, nu avem să respundem dacă e vorba de o tuberculóasă saū entorsă, căci acésta ar fi o copilărie. În acest cas trebuie să r̄spundem, dacă în urma unei căderi saū contusiuņi individul e coprins de cotorsă, de fractura diferitelor ridicături ale epifiselor osoase ale cotului, pe cari deja le-am studiat, saū chiar de o luxație, iar nici de cum de o tuberculóasă. Dar când a trecut un ore-care timp de la accident și bolnavul se plînge de dureri în articulație, atunci ne va fi de mare tolos cunoscința deplină a antecedentelor bolnavului. Dacă timpul nu e prea depărtat de epoca accidentului, putem încă recunósce leziunile proprii ale entorselor. Se scie, că acésta afecțiune într'o mișcare forțată de extensiune a antebrațului pe braț dá nascere de obicei, unei ruperi a branchialului anterior la 2—3 c.m. d'asupra inserțiunei cubitale, a ligamentului anterior și chiar a ligamentelor laterale, dacă antebrațul ajunge să facă cu brațul un unghid de 120—130 grade deschis înapoi. Într'o abducție forțată a antebrațului întins pe braț, ligamentul intern este smuls, iar cel anterior rupt într'o întindere variabilă; la indiviđi tineri putem observa chiar fractura

prin sdrobirea gâtului radiului. Acésta chiar constitué adevérata entorză clasică. Adducția forțată aduce mai adesea o fractură a extremității inferióre a umérului, produșă prin tracțiuni exercitate pe os, prin ligamentul lateral extern și mușchii care se înséră la epicondil. (Le Dentu).

Prin urmare, examinând cu atenție, dificultate nu va fi a recunoște entorsa prin determinarea punctelor dureroase în nivelul epitrocleei și mai ales a unei largi echimose situate la partea internă a cotului și având forma de evantaiu. Dar fiind chemați mult mai târziu, atunci când semnele patognomice ale entorsei au dispărut, putem să ne întrebăm dacă nu cum-va ne aflăm în fața unei tuberculose uscate a cotului.

De aceia vom fi cu mare luare aminte asupra antecedentelor. Lucrul în adevăr e de mare importanță. Ast-fel, dacă suntem siguri de relicatele unei entorse putem recomanda un masaj rațional. Acésta însă ar fi o crimă dacă nu am recunoște tuberculoșa. Nimic nu e mai detestabil de cât masajul în tumorile albe. Dar toate acestea le-am relevat închipuindu-ne că ne aflăm în perióda cea mai inițială a bólei. În adevăr, în perióda de confirmare și de distrugere, tuberculoșa cotului, după cum am arătat, nu numai că nu are asemănare cu entorsa, dar nici cu oricare altă bóla de oricare natură ar fi. Singurul lucru ce ne rămâne este a arăta că genesa acestei tumore albe a cotului, recunoște o veche entorsă.

Tratamentul. Vom căuta în prima linie a asigura condițiunile igienice și buna hrană a bolnavului. În cazul de a bănui prezența sifilisului putem încerca un tratament specific, dar fără a pierde un timp prea mare.

Există două metode în tratarea tumorei albe, una pe care o numim *uscată* și alta *sângerândă*.

Metóda uscată se póte aplica atât cât și organul e uscat, voim să șicem atât cât articulația e simplu tumefiată, fără perforațiuni sau mai bine șis traecte fistuloșe.

În acest din urmă cas, alt mijloc nu e de cât intervențiunea pur chirurgicală, reprezentată prin *artrotomie*, *artrectomie* sau *resecție*.

În imensa majoritate a casurilor, prin repaus obținut cu un bandagiu inamovibil și aplicare de revulsive, în special puncte de foc, nu numai că oprim réul în mersul său, dar putem ajunge chiar la o vindecare definitivă. Singura preocupare este, a da membrului o atitudine convenabilă, pentru a servi intru cât-va la îndeplinirea unor funcțiuni. Acéstă atitudine este o flexiune în unghiú drept a antebrățului pe braț. Dînsa, pe lângă alinarea durerilor, moderarea inflamației și opunerea la o luxație a radiului înapoi, este singura ankilosă ce póte permite bolnavului a-și duce lingura la gură și a se putea chiar peptăna, plus cele

alte beneficii ce lesne se pot prevedea. De un lucru caută să fim preveniți și anume, că în fața unei tumori albe, chiar incipiente, trebuie să ne grăbim a așeza membrul în pozițiunea favorabilă de care am vorbit. Trebuie să știm că din toate articulațiunile, nici una nu are o predispozițiune de a se anchilosa cu o mai mare ușură ca aceea a cotului. Acesta se datorește faptului, că suprafețele articulare ale acestei articulațiuni sunt foarte intim unite între ele. De aci și rezultă, că dînsa nu e capabilă de cât de mișcări de flexiune și extensiune. Prin urmare, încă odată repetăm, membrul nu trebuie lăsat câtuși de puțin liber, dacă nu vom a ne găsi în fața unei anchilose rectiline. Iar când lucrurile sunt prea înainate, sub nici un cuvînt nu vom practica amputația brațului. Cu precauțiunile antiseptice și metoda sub periostică a lui Ollier, resecția cotului dă cele mai frumoase rezultate. Dînsa conservă bolnavului aproape toate mișcările, mai puțin cele laterale.

Dar ce e mai mult, resecția cotului are marele beneficiu că se poate aplica și la copii. În adevăr, după legea creșterii fiziologice a oșelor, stabilită de Ollier, punctele de osificație pentru membrul superior se depărtază de cot. Deci nu e pericol de o scurtare mare. Invers se petrec lucrurile la membrele inferioare. Aci, cartilajele de conjugațiune sunt în jurul genuchiului.

Cât pentru îngrijirile ulterioare, este de preferat, dacă resecția s'a făcut pentru o tumoră albă, a pune membrul într'o imobilizare absolută în atitudinea sus arătată. Vom căuta a obține o anchilosă, de cât a provoca o neartrosă, căci în speranța obținerii unor mișcări, putem favoriza recidiva, ceia-ce de sigur n'ar dori nici chirurgical nici bolnavul. Cu totul alt-fel va fi însă, când resecția a fost făcută pentru o artrită traumatică, fractură traumatică sau prin armă de foc, etc. Aci vom căuta cu orice preț a lupta contra anchilosei. Deci foarte repede după operație vom imprima mișcări în membru, și la rigore vom aplica o extensie continuă spre a depărta oșele între ele, asigurând astfel conservarea mișcărilor de extensie și flexiune.

Diformitățile cotului

Luxațiunile congenitate complete sau numai ale radiului sunt foarte rare. Ele se însoțesc și de alte diformități precum și de oprirea în dezvoltare a oșelor ce constituie articulația. Se descrie și aci ca și pentru picior, un cîț Valgus și Varus după cum antebrațul este așezat în aducție sau abducție în raport cu umărul.

Nisce asemenea diformități rezultă și din fracturile intra-articulare sau a extremității inferioare a umărului. Tot în această categorie de de-

formațiuni accidentale intră cicatrițele vicioase consecutive arsurilor, precum și anchilosele cotului în urma contracturii bicepsului său a tumorei albe.

Aceste anchilose sunt osoase sau fibroase. Cele mai rele sunt anchilosele rectilinie, căci pun membrul în condițiuni foarte limitate de a putea fi întrebuințat. Singură cloroformisarea poate decide dacă anchilosa e adevărată ori falsă. Vom căuta tot-d'a-una a pune membrul între extensiune și flexiune, recurgând în casuri extreme la resecția cotului.

Pentru ankilosa cotului trimetem la accia a genuchiului.

CHESTIONAR.

Definițiunea regiunii cotului din punctul de vedere clinic. Limitele sale.	Pag.	156
I). Predispozițiile cotului la leziunile traumatice. Consecințele vensecțiilor. Complicațiunile traumatismelor cotului. Tratatamentul lor. . .	»	156-157
II). Fracturile cotului. Definiție și diviziune.	»	157-158
Fractura epitrocleei. Cause. Predispoziții. Fractura epicondilului. Mecanism.	»	159-161
Fractura extremității inferioare a umărului. Mecanismul prin smulgere. Fractura sus condilienă. Fractura în T și în Y. Deplasarea fragmentelor.	»	162-166
Fractura extr.-sup. a óselor antebrațului. Fractura capului radiului. Deplasări. Fractura longitudinală sau verticală, fractură transversă. Fractura extr. sup. a cubitului. Sediul.	»	166-168
Fractura olecranului. Cause. Fracturi directe, indirecte și prin contracție musculară. Fractura vârfului și a bazei. Depărtarea fragmentelor. Pronosticul cu privire la consolidare. Desbaterile asupra tratamentului	»	168-176
III). <i>Luxațiile cotului.</i> Luxații izolate și simultanate. Luxația capului radial înainte, înapoi, înafară și în jos. Mecanismul. Denucé, Pingaud, Denys, Streubel. Simptome.	»	176-181
Luxația izolată a cubitului. Cause, opinia autorilor.	»	181-182
IV). Luxațiunile cotului înapoi. Divisiuni, varietăți. Mecanism. Anatomie patologică. Teoria actuală prin dublu mecanism de iperextensiune și flexiunea în afară. Teoria torsiunei său a lui Malgaigne. Teoria lui I. L. Petit. Teoria lui Flaubert. Pentru ce luxațiile complete înapoi sunt rare? Simptome. Ce se constată prin vedere și tact? Semnul lui Nelaton. Semnul lui Tillaux. Semnul lui Richet. Tratatamentul. Metóda ordinară. Metóda lui Astley Cooper. Metóda lui Rosr și Dumreicher. Causa pentru care o luxație a cotului trebuie repede redusă.	»	182-194
Luxația cotului înainte. Causa. Anatomia patologică. Mecanism.		

Luxațiile laterale și divergente ale cotului.	» 193-200
V). Flegmonul cotului. Patogenie. Forme. Mecanismul extensiunii sale în axilă.	» 200-202
VI). Artritele cotului. Tumora albă. Etiologie. Mecanism. Sediul primitiv în articulația radio-cubitală superioară. Teoria. Formele clinice ale tumorii albe uscată, fongosă și supurată sau ososă. Simptomele. Diferite stadiuri. Atitudinea membrului. Locul unde apar la început tractele fistuloase. Rațiunea lor. Diagnosticul diferențial cu celelalte feluri de artrite, blenoragică, sifilitică, reumatismală, uscată, tabetică, etc. Diagnosticul cu <i>entorsa cotului</i> . Tratatamentul. Metoda uscată și săngerândă.	» 202-208
Diformitățile cotului.	» 209-210

CAP. VI.

Bólele brațului.

Regiunea brațului se întinde de la două laturi de degete d'asupra plicii sale indoituri cotelui până la limita inferioară a scobituri axilare.

§ I. Leziunile traumatice ale brațului.

Ele au de particular că, tegumentele fiind foarte mobile în această regiune, iar țesutul celular abundent, epanșamentele sanguine pot face un pelerinaj foarte depărtat. Ast-fel, în contuziunile umărului, echimosele pot ajunge până la cot și vice-versa, de la cot până în axilă. Tot din această cauză, plăgile prin instrument tăios vor oferi o depărtare enormă a marginilor sale, grație retractilității pielii. Când plaga va fi profundă și mușchii interesați, aceștia, în afară de triceps, se vor retracta cu o putere foarte mare din cauza lungimei și neaderenței lor de os.

Nu avem trebuință a insista asupra diverselor complicațiuni a plăgilor, în special cele prin instrument tăetor. În adevăr, putem avea deschiderea artere umerale, secțiuni de trunchiuri nervoase, rupturi de mușchi etc., dar toate aceste se pasesc pe larg descrise în Vol. II.

Cât privește limfangitele și flegmonul brațului, ele sunt mai totdeauna consecutive propagării acestor procese morbide fie de la mână (limfangită), fie de la antebrăț sau cot (flegmónele).

Anevrismele arterei umerale.

Anevrismele arteriale simple sunt mai tot-d'a-una de natură traumatică. Chrisp din 551 anevrisme spontanate de la toate arterele, nu a găsit de cât un singur cas de anevrism spontanat al umeralei. După Follin nu există în sciință de cât 15 sau 20 exemple de aceste anevrisme.

Sediul anevrismelor traumatice a umeralei e mai ales la plica cotului, din cauza venesecțiilor sau a luptelor în duel.

Simptomele sunt proprii orî-cărui anevrism. Aci însă tumora pôte să ia o dezvoltare câte-o-dată enormă, și cu tendință de a se ridica în sus. Acesta provine din cauza flexiunei antebrațului pe braț ce-și dă bolnavul. Tumora cu modul acesta fiind mereu împinsă în sus, pôte să ajungă chiar pînă la axilă.

O particularitate a acestor anevrisme este că, în urma unor compresiuni directe, tumora se micșoréză gradat, putënd chiar să dispară. Acesta se explică prin prezența număróselor anastomose ce posedă regiunea. Prin toate aceste vase sângele pôte cu înlesnire să intre, în timpul când exercităm presiuni pe tumoră. Dar tocmai acest beneficiu aparent constituie o dificultate și chiar imposibilitate de vindecarea anevrismului prin compresiune indirectă. În adevăr, anevrismul se pôte reproduce, grație acelorășî anastomose. Pe lîngă acesta, compresiunea la distanță mai devine dificilă și din cauza vecinătăței nervului median și brachialul cutanat intern. Dinșii neputëndu-se evita, vor fi comprimățî în același timp cu artera. De aci va resulta la dureri și furnicățuri insuportabile. La alții, în special la ómeni musculoși, bicepsul avënd un volum prea mare, împedică compresiunea arterei. De aceea de multe orî suntem nevoiți a recurge la legătura arterei axilare și chiar a subclavierei, care încã nu împedică recidiva.

Mai sigur ar fi tratamentul prin metoda veche sau a lui Antylus. Dinsa constă în extirparea sacului și legătura celor douë capete arteriale sus și jos.

Cât privesce anevrismele arterioso-venóse, acestea iarășî nu sunt rari. Ele se dezvoltă în aceleășî condițiuni ca și cele arteriale.

În timpul domniei venesecțiilor, aceste anevrisme erau excesiv de frecvente. Ele serviau chiar ca model de descriere. Aceste anevrisme pot să aibă comunicațiunea între arteră și vena mediană basilică, alte dățî între arteră și venele profunde, sau în fine, comunicațiunea există în același timp și între venele profunde și superficiale. Acesta de sigur contribuie mult la întunecarea diagnosticului.

Prognosticul e mai puțin grav, din cauză că aceste anevrisme pot fi suportate un timp îndelungat.

Singurul tratament când tumora e mare și împiedică funcțiunea membrului, este extirparea completă a sacului.

§ II Fractura umărului.

Umărul și femurul au fost tot-d'a-una luați ca tip în descrierea fracturilor în general. Aceste oase prin situațiunea și conformațiunea lor, au putut oferi exemple de fracturi din cele mai clasice, cari au servit ca tip în descrierea celor-l'alte oase.

Osul umeral este format dintr'un corp saū diafisă și cu două extremități saū epifise. Fracturile sale coprink decī trei mari clase: *fractura corpului saū a diafisei și fractura extremităților.*

Noi în acest capitol ne vom ocupa numai de prima categorie. Fractura extremităței inferiōre am studiat'o la regiunea cotului; acelea a extremităților superiōre le vom studia în capitolul următor.

Fractura corpului saū diafisei osului umeral.

Sub numele de fracturi ale diafisei se înțeleg acelea cuprinse în următōrea limită. Ele încep de la inserțiunea mușchiului marelui pectoral în sus, și a lungului supinator în jos. Cu alte cuvinte, sediul lor e coprints între spațiul aflat la trei laturi de deget d'asupra în-doiturei cotului pînă la limita pāretului anterior al axilei.

Aceste fracturi se observă fōrte des la adulți. Causa ar fi că viața e fōrte activă în acēstă epocă. Indiviđii sunt expuși la o mulțime de accidente în urma diverselor lor profesiuni. După etatea de 30 ani, fracturile devin mai rari, iar la bătrāni sunt excepționale. Bruns admite că copiii de la 1—10 ani dau contingentul cel mai mare de aceste fracturi. Se susține însă de alții, că la dînșii se produce fractura extremităței inferiōre a umărului, iar nu a diafisei.

În majoritatea casurilor, fracturile corpului umeral sunt de cauză directă, precum lovituri de ciomag, trecerea unei rōte de trāsuri, aplicarea de diferiți corpi grei, etc. Un individ puternic pōte să determine unui adversar o fractură a diafisei umărului, chiar cu o lovitură de pumn.

Fracturile indirecte se observă mai rar. Ele vin în urma unei căderi pe palma mānei, membrul fiind în extensiune. Se mai pōte observa și într'o cădere pe cotul flexat. Osul umeral prins ast-fel între putere reprezentată prin greutatea corpului și rezistență — solul, va ceda în

punctul cel mai slab. Acest punct la bătrâni, se află în extremitatea superioară, la copii în cea inferioară, iar la adulți în diafisă.

Fracturile indirecte prin *contractiunea musculară* nu sunt cu totul rare. Din contra, Gürtl din 85 de fracturi de acest gen a găsit 57 pe umăr, 15 pe femur, 8 la gambă și 5 la antebraț. Ele se produc printr'o proiecțiune bruscă a brațului. Acesta e faptul când aruncăm cu violență în sus o piatră, o minge; când lovim cu furie pe o persoană cu palma, sau trosnim cu putere un biciu. etc. și mai ales când lovim, după cum se dice, în sec. Fenomenul se produce ast-fel: în momentul unei asemenea proiecțiuni violente, deltoidul se contractă în mod puternic și fixează solid partea superioară a osului. Atunci brațul se rupe întocmai precum se rupe o vergea, pe care ținându-o solid de un capăt, lovim cu putere cu cel-l'alt capăt în aer, (Double). Iarăși fracturi prin contractiune musculară se produc când indiviții fac scrimă, când ne luptăm căutând a trînti pe adversar în genuchi, când voim a ne urca pe un zid, scară, prăjină, etc. În momentul unui acces de epilepsie iarăși s'a observat fracturi prin contractiuni musculare. În toate aceste situațiuni, brațul găsindu-se într'o iperextensiune, mușchii se pot contracta cu violență și să determine fracturi.

Dar pe lângă aceste fracturi, unde după cum vedem, se cere dezvoltarea unei forțe destul de însemnată, sunt altele, cari se produc cu cea mai mare ușurință și în circumstanțe cu totul extraordinare.

Ast-fel sunt persoane cari își rup brațul voind să ridice o carte, să pue o haină în cuiu, să se închee la nasturi, să ia o carte din bibliotecă, sau întorcându-se în patul de culcare. Toți aceștia însă sunt indiviți diatesico-cașectici în cel mai înalt grad. Ei sunt sifiliticii, cancerosi, ataxicii, etc. etc. Despre dinșii pe larg am vorbit în Vol. I. Fracturile lor intră în clasa fracturelor spontanate sau patologice.

Tot aci putem menționa un gen de fracturi provocate în timpul facerei. Ele recunosc drept cauză iarăși o contractiune musculară. Casurile observate, mai toate au avut ca sediū extremitatea superioară a umărului. Găsim în Hamilton două observațiuni: una a lui Lëwenhardt, care a arătat că fractura fusese produsă exclusiv de contractiunile uterului, care apăsase în mod violent brațul pe pubis. S'a auzit în mod clar brațul trosnind în momentul când trecea acest punct și atunci când mâinile mamosului nu ajutase întru nimic la ieșirea copilului. Fractura era la terțul superior. Al II-lea cas e dat de d-rul Fanning. El spune că o dómnia în timpul muncilor, deși oferea presentațiunea cea mai normală, totuși după eșirea capului fetal, tocmai când umărul drept al copilului trecea sub arcada pubienă, s'a auzit o trosnitură analogă cu ru-

perea unei lulele (tuyau de pipe.) S'a constatat imediat că umărul drept fusese fracturat la terțul superior.

La umăr se observă o varietate de fractură mult mai rară ca la cele-lalte oșe și anume *fractura prin torsiune*. Există în vulg omenii, cari, pentru a-și proba tăria în mâini fac următoarea prinsóre: Se așeză doi inși față în față, având cotele resemate pe o masă, iar palmele mâinilor complet aplicate unele pe altele. Fie-care din adversari caută a învinge pe cel-lalt, răsucindu-și mâna. Resultatul acestei lupte este câte-o dată fractura corpului umărului prin torsiune. După experiențele lui Meserer resultă, că pentru fractura osului umeral prin torsiune, se cere o putere minimă de 40 klgr.

Simptomele și diagnosticul. Nimic mai simplu, mai ușor și mai sigur de cât a recunósce o fractură a corpului umărului. Tóte semnele clasice se găsesc aci în splendórea lor. Deformațiunea membrului e așa de manifestă, în cât nu e trebuință de nici-o cercetere minuțioasă. Bolnavul însuși atrage atențiunea chirurgului că are brațul rupt, prin faptul că el simte o mobilitate anormală, o deviațiune a membrului. El constată impotența funcțională și percepe semnul clasic de trosnitură. Indoială decii nu mai póte fi. Casurile sunt excepțional de rari, ca să întilnim o fractură dințată, care prin lipsă de dislocațiune și impotență funcțională să ne întunece diagnosticul.

Ceia-ce este important în aceste fracturi sunt deplasările și linia de fractură. Deplasarea fragmentelor depinde mult de sediul fracturei. Ast-fel dacă linia de fractură va fi d'asupra sau de desubtul părții de mijloc a osului, deviațiunea fragmentelor va fi diferită. S'aú fixat în acéstă privință doué puncte principale:

I). Dacă linia de fractură se află d'asupra inserțiunei mușchiului deltooid, atunci fragmeniul inferior va fi tras înainte și în afară de acest mușchiú. Fragmentul superior va fi tras înăuntru prin contractiunea mușchiului marele pectoral.

II). Dacă linia de fractură se află dedesubtal inserțiunei deltooidului, atunci fragmentul superior va fi tras înainte și în afară, iar cel inferior înapoi, dacă rămâne numai sub influența greutăței membrului, sau înapoi, înăuntru și în sus, dacă mușchiul triceps intră în contractiune. Dar aceste deviațiuni ale fragmentelor prin intervenirea contractiunei musculare se modifică fórte mult, de direcțiunea ce imprimă agentul vulnerant în momentul aplicărei sale. Dinsul dá nascere la tot felul de deviațiuni. Când însă fractura e situată prea jos, ocupând terțul inferior al diafisei, deplasarea aprópe lipsesce. Causa stă în antagonismul mușchilor brachial anterior și triceps, care acoperind osul îl ține în loc. După Bouilly, dacă bicepsul se contractă, atunci dinsul în unire cu

greutatea antebrațului determină formațiunea unui unghiū deschis înapoi. El se exagerază și mai mult în momentul flexiunei antebrațului prin acțiunea lungului supinator.

În fine III), dacă fractura se află între deltoid și marele pectoral, atunci fragmentul inferior fiind tras înainte și în afară de deltoid, iar cel superior în sus și înauntru de marele pectoral, rezultă un unghiū deschis în afară.

Trebuie însă a ști, că mai presus de aceste contracțiuni musculare, rolul cel mare îl jăcă modul aplicărei violenței traumatice. Dînsa, de obicei lucrând din afară înauntru, împinge înaintea sa fragmentul și mai ales pe cel inferior, care e mai mobil ca cel superior; de aci un unghiū deschis în afară și cu vîrfu înăuntru.

Pe lîngă acestea, în fracturile umărului întîlnim tóte cele-lalte varietăți de deplasări. Ast-fel putem vedea:

I). *Deplasarea după circumferența osului.* Acesta devine mai gros, prin faptul aplicărei fragmentului inferior pe partea laterală internă, sau externă a fragmentului superior.

II). *Deplasare după direcțiunea osului.* Dînsa face că osul formeză un unghiū anterior, posterior sau lateral, după cum aplicarea vîrfu ambelor fragmente va determina ridicături în unul din punctele citate.

III). *Deplasarea după lungimea osului.* Membrul devine mai scurt, prin faptul că fragmentul inferior încăleacă pe cel superior. Și în fine, IV) *Deplasare de pozițiune a membrului.* Acésta constă în aceia că fragmentul inferior suferind o mișcare de torsiune împrejurul axei sale, fața anterioră devine posterioară, iar cea internă externă, etc.

Fracturile umărului în majoritatea casurilor sunt transversale; ele însă pot fi oblice, dințate, cu două sau mai multe fragmente. În acest ultim cas, dînsa ia numele de cominutivă.

Fracturile longitudinale, traversând osul de la o extremitate la alta, sunt foarte rari. Krönlein a dat observațiunea unui tîner de 27 ani, care voinde să ridice și să îndrepteze o scară grea, își produse în urma unui violent sfort muscular o fractură longitudinală a umărului. Focarul fracturei a supurat, formându-se o mulțime de abcese. Degetul introdus prin incisiunile acestor abcese a putut să recunoscă direct leziunea. Diagnosticul său a fost bănuit prin absența de orice mobilitate normală și existența unei crepitațiuni sgomotóse și clătănitoare. Acésta se producea în timpul mișcărilor de rotație imprimate membrului. Bolnavul s'a vindecat după doi ani, cu o ankilosă completă a cotului și umerului. (Le Dentu).

Cu totul excepționale sunt fracturile spiroide. Ele s'ar produce în casuri de sucire violentă a umărului. Din vîrfu unuia din fragmente,

ar pleca o linie fisurică, ce ar urma exact torsiunea spiroidă normală a osului.

Complicațiunile fracturilor umărului. Sunt de mai multe feluri. Une-ori observăm echimose foarte întinse. Ele, grație dispozițiunei tegumentelor și a țesutului celular subcutanat care e foarte lax, se pot întinde de la extremitatea superioară a brațului pînă la cot. Vice-versa, dacă fractura ocupă terțul inferior, echimosele se pot urca pînă în axilă.

Mai putem observa încă epanșamente mari sanguine în focarul fracturei. Ele rezultă din ruperea arterelor musculare. În fine, în mod excepțional, putem întilni fracturi complicate de luxația umărului său a cotului când fractura e de cauză indirectă, de ruperea arterei umerale, de leziunea nervilor și chiar perforarea tegumentelor prin străpungerea extremităților fragmentelor când ele sunt oblice, cu vrîf ascuțit sau cu dinți etc. Carter a arătat o plagă a venei basilice ruptă de fragmentul inferior. Mai des însă plăgile vasculare rezultă din acțiunea corpului vulnerant, precum e cazul fracturilor prin lovitură puternică de sabie, de topor, etc. După Richet, ruperea arterei umerale se întîmplă când fractura ocupă terțul superior al diafizei. Atunci, extremitatea liberă a unuia din fragmente poate să contuzioneze, să turtască, să sdrobască sau să străpungă artera.

Dar toate aceste complicațiuni nu formeză regulă în fracturile diafizei umărului, și nici nu aduc piedică în stabilirea diagnosticului; el este considerat ca ușor. Un singur lucru trebuie să ne reamintim. La copii, fracturile umărului sunt tot-d'a-una sub periostice. Acesta provine din cauza marelui grosimi ce oferă acest țesut. De aci rezultă că, pe de o parte deformațiunea nu va fi mare, iar pe de alta crepitațiunea nu se va găsi așa de lesne ca la adulți. La aceștia, fractura fiind cu totul completă, adică extra-periostală, frecarea capetelor celor două fragmente va produce o crepitațiune sgomotósă. Dînsa va fi percepută nu numai de mîna chirurgului, dar chiar și la distanță. Ea se va auzi de asistenți și de bolnav.

Prognostic. Fracturile diafizei umărului în majoritatea casurilor sunt benigne. Planeză însă asupra lor două puncte defavorabile.

I). Fenomene de paralizie ale antebrațului. Ele mai tot-d'a-una sunt sub dependența nervului radial. Aceste paralizii recunosc două cauze: sau o contuziune a nervului în momentul accidentului, sau inclavarea sa între fragmente. În primul cas fenomenele vor fi trecătoare. Inclavarea nervului provine, grație conexiunei sale cu corpul osului. Nervul fiind așezat în șghiabul de torsiune, el poate fi prins între cele două fragmente în mod primitiv, adică chiar în momentul accidentului. Dar el poate să fie copleșit de calusul osos în mod tardiv. În acest cas, ner-

vul va fi foarte mult comprimat, mai ales când consolidarea fracturii s'a făcut în mod vișios.

Eă am observat un cas foarte curios și care îmi produsese multă închietudine. E vorba de un domn Benzal, bancher. Acesta în urma unei căderi și-a produs o fractură d'asupra părții de mijloc a diafizei umărului. După două zile i-am aplicat un bandaj gipsat. Timp de 30 zile cât a stat în bandaj n'a manifestat absolut cea mai mică jenă sau durere. La această epocă, ridicând bandajul am constatat cu multă satisfacțiune o reunire așa de perfectă și corectă în cât calusul nici nu se putea distinge. S'a recomandat bolnavului un ușor masaj și totul a mers bine vre-o 15 zile. Mai târziu îmi declară că simte o amortelă și furnicătură bizară în degetele mânei și pe fața dorsală a antebrațului. Era evident în joc nervul radial. Aveam témă să nu fi fost prins nervul în focarul fracturii sau mai bine zis în calus. Acestă temere însă a dispărut. Fenomenele de și încet, căci aă durat mai mult ca o lună, totuși treptat s'aă risipit cu desăvârșire. De sigur aci a fost vorba de o simplă iritațiune.

Când însă nervul este inclavat de un calus exuberant, atunci fenomenele numai sunt trecătoare, ci permanente și progresive.

În asemenea cas nu ne rămâne de cât a ne adresa direct la cauză. Vom practica resecțiunea calusului și desinclavarea nervului.

Câte-o-dată, după ce rădicăm puntea ososă în care se află închis nervul, toate fenomenele dispar imediat ce dinsul e liberat. Alte dăți însă, fractura fiind veche, nervul pôte fi atins profund în constituțiunea sa. Terrier a arătat într'o asemenea circumstanță că a găsit nervul pe jumătate redus, turtit și cenușiu. De aceia și restabilirea funcțională a fost lentă și târzie. Nici după 19 luni restabilirea nu era completă.

II). Dar chestiunea cea mai gravă cu privire la prognosticul acestor fracturi, este întârzierea consolidării fracturii și mai cu deosebire lipsa sa totală, adică formațiune de pseudo-artrose.

Mai toți autorii, între cari Ollier, Boeckel, Tillaux și alții, aă fost de acord a atribui acest lucru faptului, că pe umăr luând inserțiuni o mulțime de mușchi, e probabil dacă nu sigur, că fibre și însuși porțiuni din acești mușchi se interpun între fragmentele fracturii. Ele sunt deci cari dau nascere unei întârzieri și chiar unei lipse totale de consolidări, cu alte cuvinte unei pseudo-artrose.

Jalaguier a arătat într'un cas, că aproape tot mușchiul brachial anterior umplea spațiul interfragmentar. Nelaton a văduț nervul radial prins într'o pseudo-artrosă, iar Thiersch mici secuestre osose interpuse în focarul fracturii. Alții aă încriminat încălcarea fragmentelor și aplicarea vițioasă de aparate, etc., etc.

Observațiunile însă au arătat un lucru foarte curios și cu totul contrariu prevederilor cari păreau logice. Aceste pseudo-artrose se observă tocmai în fracturile așezate sub partea de mijloc a diafizei, adică către extremitatea sa inferioară. Dar aci, în afară pôte de triceps, nu există nici o inserțiune musculară. Din contra, fracturile terțului superior, unde mesele musculare sunt mai voluminoase și mai în conexiune cu osul, se reunesc mai ușor; deci lipsă de pseudo-artrosă.

Agnew a demonstrat prin statistice, că pseudo-artrosa umărului e mult mai frecventă în fracturile inferioare ca cele superioare. În adevăr, din 685. de fracturi, 149 adică 22 la sută, erau acelea ale corpului umeral.

Dar deja Dupuytren observase absența de consolidare într'o fractură transversală a diafizei, fără să fi existat vr'o deplasare a fragmentelor, sau interpunere de mușchi, nervi, etc.

La rindul său Hamilton a probat prin mai multe exemple, că în toate casurile de pseudo-artrose, fractura a fost tot-d'a-una sub mijlocul osului. Astfel:

Primul cas, lipsă absolută de consolidare după 5 luni: fractură în terțul inferior al diafizei.

Casul al II-lea, fractură simplă de desubtul părții de mijloc a osului, neconsolidată după 5 luni.

Al III-lea cas, un copil cu fractura brațului la 10 c. m. d'asupra cotului. După 10 luni pseudo-artrosă.

Al IV-lea cas, fractura brațului drept de desubtul părții mijlocii; pseudo-artrosă după 5 luni.

Al V-lea cas, fractura de desubtul părții de mijloc; 8 luni după accident fragmentele încă nu erau reunite.

Care e cauza acestor pseudo-artrose și de ce ele nu se observă de cât în fracturile situate de desubtul părții de mijloc?

Malgaigne cu spiritul său de observațiune, atrăsese atențiunea asupra acestei terminațiuni supărătoare a fracturilor membrului. El dicea: «Când avem o oblicuitate mare cu încălicare sau fractură cu eschile, or fracturi multiple, atunci óre-care diformitate e inevitabilă, iar calusul cere una sau două săptămâni mai mult pentru formarea sa. Dacă inflamațiunea se desvoltă, să ne temem de pericolul supurației; iar mai târziu de înțepenile articulare, ce vor fi greu de risipit. În stirsit, adaogă dînsul, nu trebuie să uităm, că *dintre toate fracturile, acelea ale umărului sunt mai expuse a scăpa de consolidare, deci a se termina prin pseudo-artrose.*»

Dar atât el cât și Nelaton și alți autori contimporani, nu au văduț în acest fenomen de cât mecanismul interpunerei de fibre musculare între fragmente.

Hamilton însă dă o altă explicațiune, care ni se pare foarte logică, sau cel puțin cu foarte mult talent susținută.

În tratatul său, el dă o lungă expunere asupra acestui lucru, pe care însă nu o putem reproduce în totul. Esența constă în aceasta. În tratamentul fracturilor terțului inferior se obișnuiesc ca, în regulă generală, antebrăul să fie pus în flexiune pe braț în unghiul drept, iar prin diferite atele, să se fixeze fragmentele fracturei precum și întregul membru în această situațiune. Dar tocmai acest tratament clasic e factorul cel mai important, care favorizează lipsa de consolidare, cu alte cuvinte, pseudo-artrosă, și anume cum? Antebrăul, după Hamilton, așezat astfel în unghiul drept cu brațul și încărcat de atele și bandaj, are o astfel de greutate că, chiar suportat de o eșarpă, dinșul are o tendință a se înclina înainte și a forța piesele aparatului care acoperă brațul, să se relaxeze și să se depărteze de membru la partea anterioară și să se flexeze, pentru a străbate în pielea și cărnurile de la fața posterioară. De aci rezultă, că extremitatea superioară a fragmentului inferior e împinsă înainte. Dar dacă antebrăul ar continua să se sprijine pe eșarpă în această situațiune, nu ar rezulta, probabil, de cât numai o deplasare permanentă înainte. Fractura în acest caz încă ar putea să se consolideze, de și cu oarecare diformitate. Dar lucrul nu se oprește aci. Grație diferitelor mișcări ale individului, deplasarea fragmentului inferior devine în fie-ce moment instabilă, ocupând puncte foarte diferite, înapoi, înainte, înlăturî, etc. Și cu atât mai mult aceste deplasări vor fi multiple și variate, cu cât în terțul inferior nu există o masă musculară puternică ca în cel superior, care să opue întru cât-va puțină rezistență. Se va obiecta și poate cu drept cuvînt, că sunt și ale fracturii ale oșelor, unde prin toate mijlocele întrebuițate, de și nu putem garanta o imobilitate absolută a fragmentelor, cu toate acestea ele nu se complică de pseudo-artrosă. Și exemplul cel mai clasic ni-l oferă clavicula, care tocmai din cauza imposibilității de a obține fixarea fragmentelor, încă de mult chirurgii au renunțat la aplicarea or-cărui bandaj. Bolnavii afectați de fractura claviculei își continuă ocupațiunile lor, lipsiți de or-ce precauțiune chirurgicală; și cu toate acestea mai nici-odată nu s'a observat pseudo-artroze, de și mobilitatea fragmentelor se poate constata or-când și cu cea mai mare facilitate. Causa este, că în fracturile claviculei, mobilitatea fragmentelor e limitată și tot-d'a-una în acelaș sens, și constă exclusiv numai într-o frecare a capetelor fragmentelor, iar nici de cum într-o depărtare a lor, precum lucrul se petrece în fractura diafizei umărului pe partea sa de mijloc.

Pentru a întări și mai mult această teorie, Hamilton propune, ca membrul să fie d'a dreptul pus în extensiune, fixându-se în această situa-

țiune. Atunci, mișcările antebrațului și ale cotului mare parte din ele se vor transmite tocmai în articulațiunea scapulo-umerală și vor scuti ast-fel fragmentul inferior de a bascula în diferite sensuri. El va rămâne înfluențat cel mult de o tracțiune în jos. Dar și acesta va fi redusă foarte mult, de orice bandajul este întins de la mână până la epolet.

Reflexiunile autorului le găsim foarte juste și le admitem în totul. Credem însă că putem evita pozițiunea membrului în extensiune care e foarte neplăcută pentru bolnav. Pentru acesta însă trebuie să scim bine să asigurăm coaptarea fragmentelor. Atunci putem pune antebrațul în flexiune pe braț. Această pozițiune e mai naturală și utilă pacientului.

Noi absolut nici odată n'am întrebuințat aparate primitive, compuse din atele și fixate cu feși muiate în dextrină sau vasserglas.

Noi tot-d'a-una am procedat în modul următor, obținând cele mai frumoase succese.

După ce facem reducerea și e bine asigurată prin două ajutóre, cari țin fragmentele prin fixarea brațului și a cotului, aplicăm patru atele în carton gros bine căptușite cu vată și fasonate, pentru a se adapta și pe regiunea cotului. Aplicăm ȃic, câte una din aceste atele pe fie-care față a regiunii. Fixăm toate acestea prin două sau trei feși late și subțiri de tarlatan. Peste ele punem alte feși muiate în gips, iar pe d'asupra aplicăm un strat de gips de o grosime convenabilă. Intregul aparat trebuie să se întindă de la pumn până la articulațiunea epoletului.

Prin acest bandaj, care are excelenta calitate d'a se usca cel mult în 5 minute—dacă e bine făcut, nu numai că asigurăm coaptarea perfectă a fragmentelor, dar anihiléză ori-ce contracțiune musculară și consecutiv ori-ce deviațiune posibilă între fragmente. Acest aparat a făcut să dispară din practica chirurgicală mulțimea instrumentelor, cari au frământat imaginațiunea fabricanților și a chirurgilor pentru a obține extensia, contra extensia etc., pentru unicul scop de a menține fragmentele în pozițiunea dată. Astă-dí totul se dobândesce cu multă ușurință prin mijlocul gipsului, care desfide cel mai complicat aparat din toate punctele de vedere. Buna aplicare decí a unui bandaj, reducerea și coaptarea perfectă a fragmentelor este tot ce se cere pentru obținerea consolidării unei fracturí a umérului fără deformație și cu atât mai puțin o pseudo-artrosă.

Figura 101 luată din tesa d-luí Minculescu și care represintă fractura umérului stâng, ne arată cel mai rău rezultat, ce se póte vedea când o fractură a umérului nu e bine îngrijită. Acesta ar fi provenit după spusa autorului din cauza bolnavului, care nu a putut să păstreze pozițiunea dată de chirurg.

Conclusia este că, foarte repede o fractură a umărului trebuie pusă în bandaj gipsat, după modul descris. Mai înainte însă de a aplica aparatul vom reduce bine înțeles, fractura, coaptând fragmentele. Și vom fi siguri că reducerea e bine făcută când epicondilul va privi direct în-



Fig. 101. — Fractura umărului stâng cu deplasare laterală și lipsă de consolidare. (Radiografie).

inte și se va găsi pe aceeași linie dreaptă cu acromionul și trochiterul.

Acesta este tratamentul fracturilor simple, însoțite cel mult de deplasări.

În fracturile complicate de plăgi, în cele prin armă de foc prevădute cu eschile, în cele însoțite de luxații, ruperi de artere, leziuni nervoase etc., tratamentul variază după specie. Astăzi cu mijloacele antiseplice putem, după ce am curățat și spălat focarul să practicăm reducerea să închidem plaga prin mai multe suturi și să punem membrul într'un bandaj circular sau în formă de gutieră. Aceiași metodă vom urma și în casuri de eschile. După ce le vom extrage vom procedea ca mai sus.

Fiind vorba de ruperea arterei, cazul e mai grav. Membrul poate

fi amenințat de gangrenă. Dar și aci nu trebuie să procedăm imediat la amputația membrului, ci să stăm puțin în expectație. Sunt în adevăr câte-va observațiuni datorite lui Cotton și Stevenson unde cu totă aparența unei gangrene iminente, lucrul n'a fost fatal, căci pulsul a reapărut a III-a și chiar a VI-a zi.

Am avut să îngrijim, eu și d-nul D-r Assaky, pe un d. Dragomirescu. Acesta a suferit mai multe plăgi prin armă de foc în epoletul și brațul stîng. Acest bolnav timp de 10 zile a avut o complectă disparițiune a pulsului. N'a fost cu puțință să simțim cea mai mică bătaie pe nici una din arterele brațului. Și cu toate acestea n'a avut nici cea mai mică urmă de sfacel. După zece zile bolnavul a eșit din sanatoriul meu. Nu știu ce va fi devenit.

Mouillard a dat o observațiune arătând că conservarea membrului a fost posibilă chiar cu o fractură cominutivă și deschisă cu divisiunea arterei și venelor umerale, cu rupturi nervoase și musculare foarte întinse.

Dacă avem fenomene în legătură cu leziunea nervului radial sau alte ramuri vom interveni, după casuri: plaga fiind deschisă putem străbate în focar pentru a degaja nervul sau chiar a practica resecția vârfului ascuțit al fragmentului, etc., etc. Dacă fractura e închisă, Ollier recomandă diferite mișcări în fragmente cu scop iarăși de a degaja nervul. De sigur, dacă fenomenele sunt alarmante, represintate prin dureri atroce, amorțelă, furnicătură, paralisii, vom fi siliți a recurge la deschiderea focarului și a lucra în consecință. Același lucru vom face în fracturile vechi și deja consolidate. Aci, prin resecțiuni, ridicări de punți osoase, debridări de aponevroze, etc., vom căuta să liberăm nervul coprins între fragmente, închis într'un șanț, sau strangulat de o bridă fibroasă.

În cas de divisiune a unui nerv, fie radial-cubital sau median, capetele fiind retractate vom căuta să le găsim, iar apoi să le reunim prin suturi după diferite procedee arătate în Vol. II. S'a încercat chiar grefe nervoase cu un sciatic de la câini, dar fără rezultat nici chiar mediocru.

Aflându-ne în fața unei fracturi complicată de luxație, fie a cotului, fie a umărului, vom căuta mai întâiu a reduce luxația și apoi a trata fractura. În casuri imposibile vom căuta a obține consolidarea fracturilor, iar mai târziu reducerea luxației.

Mai avem încă de rezolvat intervențiunea ce trebuie să avem în fața unei pseudo-artrose. Nu încapă îndoială că o asemenea stare de lucruri aducând abolițiunea funcționării membrului, nu putem rămâne nepăsători. Dar iarăși nici nu trebuie să ne grăbim. Cu timpul un astfel de membru se poate acomoda destul de convenabil cu cerințele vieții. Ast-fel se citează mai multe casuri curioase de îndeplinirea funcțiilor mem-

brului aflat în lipsă totală de consolidare a unei vechi fracturi Kocher povesteste că un om căruia îi lipsea $\frac{2}{3}$ din umăr se servea cu mâna sa la o mulțime de usagiuri și putea chiar să ridice sarcini destul de grele.

Din partea sa, von *Eiselsberg* fost asistent a lui *Billoth* a arătat un fapt și mai remarcabil. E vorba de un individ care avea o pseudo-artrosă flotantă cu o depărtare de 6 c. m. între fragmente și veche de 33 ani. Cu toate acestea individul se bucura de mobilitatea cea mai perfectă a membrului superior. (Le Dentu).

Când însă vom fi nevoiți a interveni, alt mijloc nu avem de cât deschiderea directă a focarului.

Metoda cea mai bună și rațională constă în avivarea celor două capete a fragmentelor și sutura lor. Prealabil însă vom uza de procedeul lui *Ollier*. El constă în a deslipi câte o mănușă de manșeta periostică pe fie-care fragment, ridicându-o în sus. După coaptare, readucem aceste manșete pe care le vom reuni prin suprafața lor osteogenă prin câte-va fire cu mătase, acoperind ast-fel fragmentele în acest manșon. *Thiriar* din Bruxelles a recurs la proteza internă, introducând fragmentele într'un cilindru de aluminium.

S'au întrebuințat, în fine, transplantățiunii de oșe decalcificate, dar cu succese problematice.

CHESTIONAR.

Limitele anatomo-clinice ale brațului. Leziunile traumatiche. Mecanismul peregrinării echimoselor. Aneurismele arterei umerale. Cause. Circumstanțe favorabile și vătămătoare tratamentului. Rolul anastomozelor arteriale. Pag 211-213

Fractura umerului. Limitele. Diviziune. Fractura diafizei. Cause. Fracturi directe, indirecte și prin contracțiunii musculare. Fracturi prin torsiune. Mecanism. Exemple. Deplasarea fragmentelor. Cum se produc aceste deplasări, când linia de fractură se află d'asupra mușchiului deltoid, de desubtul său sau între dinsul și marele pectoral. Rolul contracțiunii musculare și a direcțiunii fragmentelor de agentul vulnerant. Alte feluri de deplasări: după circumferența osului, direcțiune, lungime și pozițiune. Varietăți de fracturi: transversale, oblice, dințate, cominutive. Fracturi longitudinale. Mecanism și semne. Fracturi spiroide. Fracturi complicate. » 213-216

Prognosticul fracturelor umărului. Fenomene paralitice. sau de iritație a nervului radial. Cause, varietăți. Întârziere și lipsă de consolidare în fracturile umărului. Rolul interpunerei între fragmente a porțiunilor de mușchi, aponevrose, nervi, etc. Opiniunea lui *Hamilton* cu privire la modul aplicării bandajului. Conduita ce vom avea în fracturile cu complicațiuni diverse. Efectul pseudo-artroselor. Exemple. Pag. 217-224

Bólele epoletului.

Epoletul numit în limba vulgară umăr, represintă în anatomie articulația scapulo-umerală. În clinică însă, epoletul coprinde mai multe regiuni, de óre-ce dînsul resultă din unirea membrului superior prin rădăcina sa cu trunchiul său toracele.

Vom fi deci obligați a studia bólele fie-căreia din aceste regiuni și anume :

- I). Bólele regiunei axilare.
- II). Bólele regiunei claviculare.
- III). Bólele regiunei scapulare.
- IV). Bólele epoletului propriu đis.

§ I. Bólele regiunei axilare.

Se înțelege prin regiune axilară o escavație, aședată între torace și rădăcina membrului superior. Dar acéstă escavație saú cavitare e mai mult virtuală, de óre-ce dînsa nu se manifestă de cât depărtând brațul de trunchiú, saú în casurî patologice. Autorii aú comparat acéstă regiune cu o piramidă patrunghiulară. Decí dînsa va avea patru pereți, o basă și un vîrf.

Peretele anterior e format de marginea inferióră a marelui și micului pectoral. Peretele posterior saú scapular e format de scobitura sub-scapulară dublată de mușchiul cu același nume, și de aponevroasa care-l acopere; mai jos e complectată prin mușchiú marele dorsal și marele rotund. Peretele intern e format de partea snperióră și laterală a toracelui în întinderea celor 3—4 spațiuři intercostale. Peretele extern, cel mai mic, e format de articulațiunea scapuloumerală. Basa e formată de pielea plecată de la marginea inferióră a mușchiului marele pectoral înainte și marele dorsal înapoi. Dînsa se continuă înăuntru cu peretele toracic, iar în afară cu fața internă a brațului. Vîrful dirijat în sus, corespunde la apofisa coracoidă, adică la regiunea scobiturei sub-claviculare.

Traumatismele axilei sunt relativ rări, mai ales contuziunile, de ore-ce această regiune de ordinar e ascunsă prin faptul lipirei brațului de trunchiū. Plăgile prin instrument tăios prezintă o importanță deosebită în axilă, atât din cauza prea marelui mobilități a pielii și abundenței țesutului celulo-gresos, cât și din cauza prezenței celor mai importante vase și trunchiuri nervoase de cari dinsa e provădută. De aci urmază că o plagă, fie prin instrument înțepător sau tăios, pôte să se mărginescă la o simplă secțiune a tegumentelor și să fie absolut fără nici o importanță, sau din contra să devie de o gravitate excepțională, dacă se complică de deschiderea arterei axilare, sau de leziunea vre-unuia din nervii ce formază plexul brachial.

Dar chiar și plăgile simple ale axilei încă ne pot oferi fenomene destul de curioase, ce nu le întâlnim în alte regiuni. Ast-fel în urma unei secțiuni a pielii din axilă, întreaga regiune pôte să fie coprinsă de un emfitem sub-cutanat. După unii, acesta provine din mișcările brațului. Ele favorisază absorpțiunea aerului în plagă, iar de aci difuziunea sa în țesutul celular. Alții însă susțin opiniunea lui Boyer. După dînsul, emfitemul este rezultatul unei plăgi a toracelui, dar care, fiind prea mică, trece nevădită de sémă; în realitate însă nu e mai puțin o plagă penetrantă. Acesta se întâmplă mai ales în plăgile prin instrument înțepător, în cas de duel sau alte accidente.

Lesiunile arterei axilare. Această arteră, de și se află destul de bine protejată, s'a găsit însă atinsă în multe casuri, mai ales în plăgile prin baionetă, sabie, floretă, armă de foc, etc. Artera pôte fi atacată prin mai multe puncte și anume: în mod direct, când instrumentul străbate păretele intern al axilei, sau cel anterior, trecând mai întâi prin regiunea sub-claviculară. Se mai pôte iarăși ca instrumentul să atace artera, străbătând în axilă prin peretele său extern, trecând prin virful epoleletului. Deschiderea acestui vas important dă naștere unei emoragii fulgerătoare, aducând imediat mórtea bolnavului. Se citéză însă unele casuri surprindătoare ca, oprirea unei asemenea emoragii în mod pasiv, venită în urma unei sincope. Acestea însă se consideră nu ca excepțiuni, ci ca erori de diagnostic. În adevăr s'a constatat, că deschiderea «arterei toracice lungi, sau a uneia din scapulare, dau naștere la o emoragie ce s'ar impune drept a axilarei. În acest cas e posibil, ca formarea unui coagul pasiv să scape viața individului.

Cu tóte acestea, se citéză un caz curios raportat de Van Swieten. E vorba de un țeran care ar fi primit o lovitură de cuțit în axilă. Artera axilară fusese tăiată, sângele ieșia cu o putere de necređut. Bolnavul cădu aprópe ca mort și s'a lăsat ca atare. A doua zi, aceia care vizitau cadavrele constatară puțină căldură pe pieptul rănitului, care de

alt-fel nici nu da vre-un semn de viață. Dinșii nu cercetară însă plaga timp de mai multe ore. Bolnavul începu să se încălzească puțin câte puțin, și după ce a rămas mai mult timp în această stare de slăbiciune, a reînviat, contra orî-căreî speranțe. (Duplay și Reclus).

Tot nisce asemenea observațiunii curioase se citeză în privința plăgilor prin smulgere ale epoletului. Ast-fel sunt casurile lui Dolbeau relativ la un englez Samuel Wood, care avînd membrul superior smuls de o mașină, totuși s'a vindecat.

Noi am arătat în Vol. I la plăgile prin smulgere mai multe exemple de această natură. Ele se pot explica foarte ușor. Este sciut că asemenea plăgi nu dau loc la emoragii, și că individul dacă scapă de șocul traumatic, de sigur pôte foarte bine să trăiască.

Rănirile venei axilare se observă în aceleași condițiuni ca și ale arterei. Afară de acesta, vena pôte fi ruptă împreună cu artera în timpul tracțiunilor forți pentru reducerea luxațiilor, sau de o eschilă ososă în fractură, or cu ocasiunea extirpării ganglionilor axilarî sau tumorilor maligne.

Pe lîngă o emoragie foarte abondentă, putem avea una din cele mai grave complicațiuni, anume străbaterea aerului în venă, lucru asupra căruia am insistat destul în Vol. II.

Leziunile nervoase se vor recunoște prin paralisia clasică ce va da fie-care nerv secționat. Am observat un cas foarte remarcabil. E vorba de un individ care primind o lovitură de cuțit tocmai la rădăcina membrului superior, presinta o plagă enorm deschisă, unde se vedeau capetele nervului median și cubital. Membrul era complect paralisat, iar mâna în extensie. N'am putut interveni de ore-ce bolnavul era în agonie.

Diagnosticul plăgilor axilei de multe orî oferă dificultăți foarte mari, atît pentru a stabili isvorul emoragiei, dacă e venos sau arterial, cât și a preciza anume vasul care e deschis.

În regulă generală, dacă într'o plagă a axilei nu există nici un epanșament mare sanguin, dacă pulsul în arterele antebrațului (radial sau cubital) e normal, dacă în fine, nu avem nici-un fenomen de paralisie, acesta ne arată că plaga e simplă. În asemenea condițiuni suntem în drept a asigura reunirea plăgei, aplicînd câte-va puncte de suturi și fixînd brațul de trunchi. Să ne ferim de a explora plaga prin stilet sau alte mijloce în scopul de a ne convinge de adîncimea și sediul leziunii. Această manipulare departe de a ne aduce vre-un folos, din contră-pôte complica lucrul, prin deslipirea vre-unui coagul sanguin ce asigură emostasa. Acesta distrugându-se am provoca emoragja.

Dar când epanșamentul e mare, iar scurgerea de sânge continuă,

atunci se cere stabilirea exactă a diagnosticului, iar cu el o intervenție repede.

Noi nu vom insista asupra semnelor prin cari cunoșcem și putem deosebi o emoragie venoasă de una arterială. căci pe larg sunt descrise în Vol. I la capitoul anumit.

Primul lucru deci într'o emoragie în axilă, este a explora pulsul radial sau cubital. Dacă acesta există, artera axilara nu e deschisă.

Se poate însă ca dispariția pulsului să rezulte din compresiunea epansamentului sanguin venos și deci să ne inducă în eróre, precum de asemenea pulsul să existe, de și mai slab și totuși artera axilară să fie deschisă în mod incomplet. În asemenea casuri dificile, nu ne rămâne de cât a lărgi plaga, pentru a descoperi proveniența emoragiei. Aci din nou putem fi încurcați, căci vedând în mod clar că emoragia e arterială, am fi ispitiți e lega axilara sub claviculă, sau chiar artera claviculară. Să fim cu multă atențiune mai înainte de a recurge la acest mijloc extrem. Adesea emoragia, cu totă abundența sa, e produsă prin deschiderea toraciceii lungi, a scapulareii sau a altei colaterale. Vom căuta deci pe cât posibil, a descoperi vasul deschis și a practica legătura ambelor capete în plagă, fie de arteră sau venă. Și numai când ne aflăm *in extremis* vom face emostasa la distanță, legând axilara sub claviculă, sau chiar artera sub clavieră, fiind știut pericolul ce poate decurge din acosta, — aducând gangrena membrului. Se citează casuri și mai desesperate în cari chirurgii au fost nevoiți a recurge la desarticulația umărului, pentru a pune capăt unei emoragii rebele.

§ II. Afecțiunile inflamatorii ale axilei.

Flegmónele și abcesele axilei nu sunt rari. Unele din ele nu prezintă absolut nici-o gravitate sau indicație specială. Altele însă se înconjură de pericolele cele mai mari, aducând chiar mórtea individului. Abcesele axilei se divid mai întâi în acute și cronice. Cele cronice sunt tot-d'a-una simptomatice. Ast-fel, ramolirea unui ganglion tuberculos, o carie a unei cóste a claviculei, a apofisei coracoide, a umărului și chiar a unei vertebre, pot da naștere la aparițiunea în axilă a acestor abcese cronice sau reci. S'a vădut casuri de deschiderea unui abces pleuretic în axilă, precum și apariția bruscă de abcese metastatice în urma unei piemii. De ele deci, nu ne vom ocupa. Ne mărginim a atrage numai atențiunea asupra lor spre a evita erorile de diagnostic.

Abcesele calde sunt cele mai importante.

Putem și aci face următoarea diviziune: *abcese calde locale și abcese calde venite de la distanțe sau din vecinătate*. Exemplu: O limfan-

gită a degetelor pôte da un abces axilar la distanță; migrarea unui abces supra-clavicular trecând pe sub aponevroasă și venind să se manifeste în fosa axilară, represintă iarăși un abces la distanță.

Dividiunea cea mai importantă însă este cea anatomică. Ast-fel avem abcese superficiale și profunde. Cele superficiale coprink abcesele provenite din glandele pielii, precum și acelea ce se desvoltă în țesutul celular subcutanat. Cele profunde conțin abcesele sub aponevrotice.

I). *Abcesele superficiale*. Acestea se desvoltă în piele. Când provin din inflamația glandelor sebacee, iaă toate caracterele unui mic furuncul. Dacă se desvoltă în glandele sudoripare, pörtă numele de *idrosadenite*. Aceste abcese sunt cele mai benigne. Ele recunosc drept cauză iritațiile pielii și lipsa îngrijirilor igienice. Acréla sudorei provócă iritația sus numitelor glande.

Aceste abcese sunt de ordinar solitare. Ele aű mărimea unei a-lune saű nucii. Sediul lor se află în grosimea pielii. Une-orii le putem apuca și ridica între degete. Alte dăți ne daű sensația unor glónțe mici ce ar fi implantate în piele. Dínsele aű fost numite de Velpeau *abcese tuberóse*. Ele posedă o bază puțin largă și un vîrf ascuțit pe unde ese puroiű. Câte-o-dată aceste abcese sunt fórte numeróse. Ele constitue tot atâtea tumori. Une-orii diseminate, mai des sunt puse unele lîngă altele, luând aspectul unui lanț. Contra lor vom întrebuița totul, afară de cataplasme, carii nu servă de cât la cultura microbilor și inoculații în cele-l'alte glande. Cel mai bun lucru este a rade pěrul și a spála bine cu sublimat regiunea. Une-orii abcesele se pot resorbi. În cazul contrariű, o mică incisie termină totă operația.

II). *Abcesele subcutanate*. Ele pot proveni din extensiunea inflamației glandelor sebacee or sudoripare. Alte dăți sunt rezultatul unor limfangite superficiale plecate de la mână, antebraț saű chiar de la mameleon. Abcesele acestea sunt mai seriose ca precedentele. Pe de o parte ele aű tendința la difuziune copleșind păretele toracic anterior, iar pe de alta că se pot transforma în abcese profunde, prin perforația aponevrosei. Când aű aplicația a veni către superfiicie, se însoțesc de ordinar de o roșetă fórte difusă, quasi erisipelatósă. De aci numele dat de Velpeau de flegmon erisipilatos difus. În vederea acestor rele tendințe, intervenția va fi precoce. Vom căuta decii cât mai de grabă a le deschide. Noi preferim deschiderea cu ferul roșu, dându-se că individiűi atinși de acéstă afecțiune ađesea sunt diabeticii saű albuminuricii.

Flegmonul său abcesul profund sub-aponevrotic al axilei.

Pentru a înțelege mai bine importanța și gravitatea acestui flegmon, e bine a ne reaminti dispozițiunea aponevrozelor regiunii. Ele sunt în număr de două: una superficială ce trece pe dinaintea marelui pectoral, iar alta profundă așezată între acesta și micul pectoral. Aponevroza profundă este o continuare a fôiei medie din aponevroza gâtului. Dinsa plecată de la claviculă, se pogoră în jos. După ce acopere vasele aflate în scobitura sub-claviculară, se dedublăză căptușind înainte și înapoi micul pectoral. Ea merge apoi să se termine în pielea ce formăză baza axilei și anume sub mușchiul marele pectoral. Acestei aderențe a aponevrosei medie a gâtului la fața profundă a pielii de la baza axilei, Gerdy i-a dat numele de ligamentul suspensor al axilei.

De aci rezultă, că în părțile antero-intern al axilei avem două aponevrose: una superficială și proprie regiunii acoperind marginea și fața inferioară a marelui pectoral, iar alta profundă acoperind înainte și înapoi micul pectoral. Aci se găsește o cantitate enormă de țesut celulo-gresos foarte lax. Vom avea deci în mod natural două mari varietăți de flegmone sau abcese sub-aponevrotice ale axilei: *unul așezat sub marele pectoral, iar altul sub micul pectoral.*

Cunoscința acestor date procurate de anatomia topografică e de cea mai mare importanță în clinică. În adevăr, cu cât abcesul său flegmonul sub-aponevrotic așezat sub marele pectoral are o terminațiune favorabilă, pe atât flegmonul sub-aponevrotic așezat înapoiul micului pectoral e mai periculos și putem țice chiar letal. Dinsul mai tot-d'una provocă mórtea bolnavului. Prima varietate de flegmon, fie că rezultă d'a dreptul din inflamația țesutului celulo-gresos aflat între aponevroasă și mușchi, fie că e consecința extensiunii inflamației așezată primitiv în țesutul celulo-gresos subcutanat, pronosticul în ambele cazuri e favorabil. Acest flegmon, așezat înapoiul marelui pectoral, se lățește pe fața sa profundă. Dar el are loc liber a-și face aparițiunea sa la baza axilei, sau către marginea sa anterioară, sau în fine în șghiabul de separațiune ce se află între deltoid și marele pectoral. În toate cazurile, fie că acest abces se deschide spontanat, sau cu bisturiul, odată ce puroiul s'a evacuat, focarul abcesului se retractăză. Păreții săi, grație unor îngrijiri apropiate, nu vor întârția a se lipi și vor aduce ast-fel repede vindecarea bólei.

Nu este însă tot ast-fel când acelaș flegmon se va stabili înapoiul micului pectoral. Aci inflamația va fi închisă în dedublarea fôiei aponevrotice plecată de la gât. După cum însă am văzut, dinsa prin aderența

sa la fața profundă a pielei de la baza axilei, formeză un adevărat buzunar închis în jos. In acest buzunar se află prins mușchiul micul pectoral.

Flegmonul fiind decî pe deoparte baricadat în jos, iar pe de alta neputînd învinge rezistența foilor aponevrotice, altă scăpare nu are de cît a se dirige în sus. O dată pornit pe această cale, el distruge țesutul celulo-gresos ce înconjură vasele mari, copleșește regiunea subclavieră, trece chiar d'asupra acestei regiuni și se întinde în locuri depărtate pe întreaga regiune a gâtului. Acest flegmon e cel mai periculos, căci adesea aduce mórtea bolnavului. Dînsul în general recunoșce o infecție ganglionară, plecată în urma unor inoculațiuni septice și propagându-se apoi prin copleșirea limfaticelor profunde. Și ca probă avem că el se anunță printr'un frison violent și o ridicare bruscă și excesivă de temperatură atingînd de o dată cifra de 40' și mai mult. Imediat fenomenele generale proprii unei infecțiuni tifice apar, pentru a cresce din țî în țî. Temperatura prin nici-un mijloc nu o putem aduce la normală. Fenomenele locale iaă o extensie difusă, puroiul nu se colecteză saă se colecteză rēu. Bolnavul continuă a fi coprins de prostrație și a avea din cînd în cînd delir. Acastă formă gravă de abces, avēnd o natură infecțioasă are un mers distructor. El disecă întreaga cavitate a axilei. se infiltrăză pe sub masa pectoralilor, trece d'asupra claviculei, fără ca bisturiul să pótă aduce o piedică la progresiunea sa. Atunci bolnavul, avēnd tóte vasele și trunchiurile nervóse denudate carî plutesc într'un lichid seros și murdar, móre în prada celei mai teribile septicemii, mai ales cînd nu se iaă cele mai rigurose precauțiuni anti-septice. Dar mórtea mai póte proveni și din cauza abceselor metastatice, saă din strēbaterea puroiului în cavitatea pleurală. Acastă invasiune se face nu printr'o perforație a serósei precum se susținea odată, ci prin propagarea infecțiunei pe calea limfatică. In tóte tratatele de chirurgie se citēză mórtea lui J. L. Petit fiul, în urma acestei complicații. Nimic nu póte preveni desnodămîntul fatal a acestei teribile afecțiunii, afară numai dacă bolnavul are norocul ca procesul infecțios să se limiteze în țesutul celulo-gresos peri-ganglionar.

Or cum ar fi însă, fiind dat că abcesul e consecința unei plăgi chirurgicale saă anatomice, trebuie ca imediat plaga să fic cauterisată cu Paquelin, iar membrul și chiar individul pus în bae antiseptică. Apoi se va face un pansament umed cu sublimat.

La cea mai mică manifestare de limfangită, se vor aplica numeroșe puncte fine de foc, conform principiilor ce am stabilit în Vol. I și II. Propun chiar ca ganglionii de îndată ce vor fi prinși să se extirpeze d'adrepul. Lucrul e logic, dāndu-se că infecția înaintēză prin o adevē-

rată scară. Dînsa trece întăi prin ganglionul epitroclean. apoi cei axilari etc. Decî urmărindu-î, cred că putem opri infecția ulterioară. Iar dacă acesta nu se face, cel puțin să se aplice în ganglion puncte adînci de foc. Mai recomand încă injecții subcutanate în special de acid fenic, însoțite și de alte antiseptice la interior. Vom combate în acelaș timp și diateza ce va avea bolnavul.

Când aceste precauțiuni au fost neglijate, ne rămăne prea puțin lucru de făcut, căci or cîte incisii vom face tóte vor fi în zadar.

Se întimplă prin excepțiune ca individul să nu móră. Dar atunci rămăne cu fistule profunde și une-orî multiple; rămăne cu distrugerea completă a țesutului celulo-gresos axilar și inter-muscular, tóte leziuni excesiv de greú de vindecat.

Am avut în căutare o dómna bătrână Cămărășescu din calea Plevnei cu un asemenea flegmon. Două luni de țile am luptat pentru a obține cicatrizarea și abia am reușit. Tótă pielea axilei precum și aceia începînd de la claviculă pînă la gât era cu desăvîrșire deslipită, din cauza distrugerii complete a țesutului celulo-gresos.

Tumorile axilei.

Putem întilni în cavitatea axilară diferite bóle neoplasice ca sarcom, cancer, etc. Dar acestea tot-d'a-una sînt rezultatul infecțiunei secundare, plecată în majoritatea casurilor de la mamelă sau alte porțiuni ale membrului superior. În cancerul mamelei numit de Velpeau în cuitură, adesea vedem întregul părete toracic și inclusiv păretele intern al axilei copleșit de acest neoplasm. Iarăși cavitatea axilei póte fi prinsă de mese ganglionare, ce forméză une-orî tumori enorme, fixe și cu tărie cartilaginósă. Contra acestora adesea nu e nimic de făcut.

Dar în afară de aceste tumori pe cari le putem numi secundare, există alte tumori primitive în axilă. Unele din ele sînt vasculare, altele pur seróse, iar altele solide.

Tumorile vasculare studiate pentru prima óră de Nelaton, aparțin tipului clasic numit angióme. Asupra caracterului și evoluțiunei lor nu ne vom opri, fiind deja descrise în volumul al II-lea. Vom arăta numai că aceste tumori de o consistență móle, colóre albăstrue, și al căror volum se măresce după diferitele atitudini ce dăm membrului, în majoritatea casurilor trebuiesc respectate. Găsim în Vol. VIII de chirurgie că Bouch descrie aceste tumori cavernóse ale axilei. El sfătuesce a ne abține de la extirparea lor, afară numai dacă nu sînt cu totul limitate. El a vėđut în cazul unei operațiuni întreprinsă contra unei mici tu-

morii neapreciabilă prin piele, noi elemente angiomatose arătându-se la fie-care pas sub bisturiu. Operatorul a ajuns ast-fel în dreptul apofisei coracoide. El a fost silit să lase extirpațiunea neoplasmului neisprăvită.

Trebue să scim că aceste tumori, în majoritatea casurilor, sunt congenitale și deci se observă pe indiviđi tineri.



Fig. 102. — Kist seros al axilei (personală).

Dintre tumorile axilei, cele mai importante sunt tumorile chistice al căror conținut e pur seros. Patogenia lor e obscură. Sediul lor e de obicei pe peretele anterior al axilei. Se pot însă infiltra printre mesele musculare și să se prelungească către regiunea supra-claviculară.

Müller a observat pe un copil de un an, un cas de această tumoră

lungă de 34 c. m. Dinsa se întindea de la cavitatea axilară pînă la basin și ocupa totă jumătatea laterală dreaptă a trunchiului.

Personal am observat un asemenea cas pe o femeie adultă, reprezentată în fig. 102, și care după cum se vede prezintă o tumoră în regiunea axilară. Acastă tumoră cu totul fluctuantă, am extirpat-o în totalitatea ei cu cea mai mare ușurință, fără să fi găsit vre-un pedicul. Conținutul era cu totul clar și analog cu apa de stîncă ce se observă în chistele idatice. Cred că această tumoră își avea sediul în ligamentul suspensor al axilei. Aci probabil s'a determinat o bursă seroasă accidentală, prin faptul profesiunii bolnavei, care cra spălătorasă.

Vom termina cu tumorile axilei arătînd posibilitatea dezvoltării chiștilor idatice, mai ales în grosimea muschilor adiacenți.

Tumorile solide ale axilei pot proveni fie din extremitatea superioară a umărului ca exostosele epifisare sau tumori enchondromatose, fie din partea apofisei coracoide sau a omoplatului. De sigur, între tumorile solide putem menționa lipómele, fibrómele, etc., cari se dezvoltă nu numai în țesutul celular subcutanat dar chiar și în grosimea muschilor, în special în deltoid și în marele pectoral. Iarăși ca tumori solide putem cita adenitele cronice fie de natură tuberculoasă sau canceroasă. Dar asupra lor nu ne vom opri fiind deja pe larg descrise în Vol. II la capitolele corespondente. În fine, avem *limfadenomul* ce reprezintă tipul hipertrofiei ganglionare, fiind în acelaș timp tumora cea mai periculoasă și tenace. Tóte aceste tumori, după volumul și sediul lor, vor da naștere la anumite fenomene. Unele împedică mișcările membrului, altele produc edemuri sau dureri violente, după cum venele sau unii nervi ai plexului brachial vor fi comprimați sau copleșiți de tumoră.

Diagnosticul se va stabili după caracterele fie-cărei tumori, după experiența chirurgului. Vom fi cu luare aminte asupra posibilității de pleuresii purulente. Acestea perforînd cavitatea toracică, se pot arăta în axilă, formînd tumori. De asemenea fiindu-ne permis, ne vom gândi și la erniile pulmonului. Vom sci iarăș, că unele tumori maligne în special sarcómele fie ale părților moi sau ale óselor, pot prin ele însăși să presinte bătăi arteriale, grație unei vascularisațiuni mari, sau situațiunii lor d'asupra arterei axilare. În cazul acesta să nu le luăm drept anevrisme, precum și vice-versa să nu deschidem sau să extirpăm o pungă anevrismală, conformînd-o cu un abces, fibrom, sau hipertrofie ganglionară.

Tratamentul tuturor acestor tumori fiind exclusiv chirurgical, vom avea bine imprimat în memorie prezența vaselor importante și a nervilor, pentru a nu ne expune la deschiderea sau secțiunea lor. Vom evita și vom lucra cu cea mai mare prudență, pentru a nu deschide vena axilară. Acăsta se complică de străbaterea aerului în interiorul

său, și poate aduce imediat mórtea bolnavului. (Veđi vol. II la plăgile venelor.)

§ III. Anevrismele arterei axilare.

Mai tot-d'a-una de natură traumatică. Ele se împart în *difuse* și *circumscrise*. Anevrismele difuse recunosc trei cauze: o plagă, ruperea unui anevrism circumscris, sau ruperea arterei prin compresiuni și tracțiuni exagerate cu conservarea pielii. Acésta se produce în momentul unei plăgi prin smulgere sau tentative de reducere a luxațiilor. Primul simptom este o tumoră difusă ce ocupă axila. Dînsa se poate întinde sub marele pectoral, sau chiar trece pe sub claviculă pentru a veni în regiunea gâtului. De aceia bătăile pulsatile ca și suflul, adesea nu se observă din cauza adîncimei tumorei. Vom explora însă pulsațiunile arterei radiale și cubitale. Și aci ca în tóte casurile, trebuie să fim cu luare aminte, a nu lua un anevrism drept flegmon.

Prognosticul e fórte grav, căci adesea emoragia e mortală. Speranța pe o coagulare spontanată în urma unei sincope e cu totul ilusorie. Legătura axilarei și a subclavierei a dat rezultate mai puțin satisfăcătoare, ca extirparea directă a sacului.

Anevrismele circumscrise recunosc aceleaș cauze generale ca or-care anevrism. Causese locale sunt identice ca în cel precedent, avënd chiar aceiași evoluțiune.

Adesea tumora trece pe sub claviculă, determinând chiar fractura acestui os; ba une-orî distruge și primele trei cóste, pentru a se deschide în torace.

Plexul brachial e comprimat sau se lipesc de suprafața tumorei. De aci dureri violente precum și edem întins al membrelor din cauza compresiunii venelor.

După cum anevrismul va ocupa porțiunea superióră sau inferióră a arterei, tumora va avea tendință a se ridica în sus spre păretele anterior al axilei și regiunea supraclaviculară, sau va rămânea limitată în cavitatea axilară cu tendință de a progresa în jos, dacă sediul se află sub micul pectoral.

Diagnosticul e ușor. Cu tóte acestea s'aú comis erori grave, luându-se anevrismul drept abcese ganglionare. Ast-fel s'a întimplat lui Dupuytren și Ferraud.

Alte dăți s'a confundat cu diferite tumori pulsațiile în special cu sarcómele, legându-se de gēba artera subclavieră sau axilară.

Mersul e cronic și cu tendință la progresiune din cauza laxității țesuturilor.

Prognosticul pare a fi favorabil observându-se unele cazuri de vindecări spontanate.

Ca tratament s'a întrebuințat metoda lui Valsalva, care a dat unele succese. Compresiunea arterei subclaviere e infidelă și dificil de executat din cauza prezenței plexului brachial.

Maî tot-d'a-una se practică legătura subclavierei în afară de scaleni, cu toate pericolele sale.

Syme a căpătat câte-va succese prin deschiderea și extirparea directă a sacului. Această metodă se recomandă maî cu sémă că prin ea, putem suprima și unele paralisii ce sunt întreținute prin compresiunea trunchiurilor nervóse de tumoră.

Anevrismele arterioso-venóse ale axilei sunt foarte rari. Totuși se pot observa în urma diferitelor plăgi. Simptomatologia e confusă și diagnosticul nu se póte stabili de cât prin exclusiune.

Contra lor alt tratament nu e de cât extirparea sacului.

CHESTIONAR.

Definiția regiunii axilare. Traumatismele și gravitatea lor. Emfismul în plăgi. Hemoralgiile arterei axilare. Hemostasa naturală.	
Intervențiunile în plăgile axilei.	Pag. 225-228
Flegmónele și abcesele axilei. Diviziune. Abcese superficiale, sub-cutanate și profunde. Flegmonul profund al axilei. Varietăți. Cause.	
Consecințe. Tratamentul. Opinia autorului.	» 228-232
Tumorile axilei. Considerațiuni. Tumori solide și lichide. Anevrismele arterei axilare. Etiologie. Forme. Tratament.	» 232-236

CAP. VII.

§ I. Bólele regiunii claviculare.

Regiunea claviculară este numită ast-fel după osul clavicula. Acest os întins de la stern pînă la apofisa acromială a omoplatului forméază ca o punte. Grație curburei și formeii speciale a claviculei, se forméază d'asupra și dedesubtul séeu *doué scobituri* numite : una *supra-claviculară* și alta *sub-claviculară*.

Ambele aceste regiuni sunt de o întindere fórte mică. Ele nu trec în sus și în jos mai mult ca doué laturi de deget de claviculă. Importanța lor e fórte mare în anatomie. Aci în adevěr există vase mări și trunchiuri gróse de nervi. Unele din ele sunt destinate pentru întreg membrul superior, iar altele pentru gât și cap; de aci și numele de trunchiuri brachiocefalice.

În medicina operátore aceste regiuni forméază locurile de elecțiune pentru căutarea și legarea arterei axilare și sub-claviere. În clinică, grație prezenței numeroșilor ganglionii limfatici, regiunile acestea pot fi punctul de plecare de afecțiunii pe cât de importante pe atât de periculóse.

Am arėtat la capitolul precedent, relativ la flegmonul profund al axilei, cum acest flegmon, a cărui origină stă tocmai în inflamațiunea ganglionilor din regiunea sub-clavieră, este de un prognostic din cele mai fatale, căci adesea aduce mórtea individului.

Iarăși tot prin mijlocul ganglionilor putem descoperi existența unor neoplasme ascunse, divulgând adevėrata lor natură malignă. În adevěr, constatând existența ganglionilor sub- sau supra-claviculari, vom putea susține cu siguranță leziunii profunde în mamelă, în regiunea toracelui sau a gătului. Natura acestor leziunii de sigur se va stabili după antecedentele bolnavului, starea lui prezentă, precum și după caracterele ce ne vor oferi ganglionii. În volumul al II-lea am insistat mult asupra formelor clinice sub cari ni se presintă ganglionii sifilitici, canceroși, tuberculoși, etc. Decí nu mai revenim.

Vom menționa un singur lucru special acesteii regiunii și anume că: mesele ganglionare, pe cât se desvoltă și contractă aderențe cu

părțile vecine, cu atât vasele, fiind în contact intim cu ele, repede se vor comprima. Efectul ni se va manifesta prin edemuri, une-ori întinse, plecând de la mână și până la rădăcina brațului. Acesta e destul pentru a ne arăta existența unei tumori ascunse, în cazul când ea n'ar fi evidentă.

Afară de acesta, plexul brachial fiind conținut într'un spațiu relativ mic ce-î oferă aceste regiuni, va suferi și el de efectele compresiunii unor asemenea tumori. Consecința va fi dureri, une-ori insuportabile. Ele se vor însoți în acelaș timp de furnicături în membru sau chiar paralisii complete.

Vedem dar, că aceste regiuni și în special cea sub-claviculară, de și foarte restrînsă, este însă de mare importanță în clinică. Virful său corespunde cu apofisa coracoidă. Baza e coprinsă între primul și al doilea spațiu intercostal. Marginea superioară e formată de claviculă, iar cea inferioară de marginea superioară a micului pectoral.

Ceia ce nu trebuie să uităm este, că absolut la toate persoanele, afară de foarte rari excepțiuni, această regiune este escavată. De aci și numele de scobitura sub-claviculară. Prin urmare, cel d'întâi lucru ce vom face dându-ni-se de examinat un bolnav, este să căutăm cu multă atențiune dacă această scobitură e conservată sau nu, comparând-o bine înțeleș cu cea similară corespondentă. Și imediat ce vom constata ștergerea acestei fosete sau adîncături, care din concavă ar avea tendința a deveni convexă, putem afirma cu siguranță, că se petrece ceva anormal în adîncimea acestor regiuni, Rămâne atunci ca prin obiceiunința și doza cunoscînțelor ce vom avea, să arătăm natura acestor leziuni, adică dacă e vorba de procese inflamatorii, neoplastice, osoșe, etc., etc. Acestea sunt în general considerațiunile ce aveam de spus asupra acestor regiuni. Din ele rezultă, că leziunile sale mai tot-d'a-una sunt secundare.

În afară de adeno-flegmonul sub-clavicular, toate cele-l'alte afecțiuni sunt mai mult preșetantul unor bóle depărtate, situate pe organe ca mamele, esofag, farinx, còste, etc. Aci își pot face aparițiunea abcesele osifluente, pleuritele purulente și luxațiunile în special scapulo-umerale.


Și acum mi-aduc aminte de un cas, pe care l'am observat în timpul internatului meu în serv. prof. Turnescu. Era vorba de un individ, care suferind de o pleurită dréptă generalisată a fost adus în serviciul d-rului Turnescu, cu ambele regiuni claviculare foarte bombate. După cât-va timp empiemul s'a deschis spontanat în regiunea supraclaviculară. Acesta a dat naștere la eșirea unei cantități enorme de puroiș descompus. Individul a și sucombat după scurt timp, de septicemie.

Dar leziunea cea mai comună și în acelaș timp mai importantă a acestei regiuni, și de care ne vom ocupa, este *fractura claviculei*.

§ II. Fracura claviculei.

Mai înainte de a intra în studiul direct al fracturilor acestuî os, e necesar a ne opri asupra unor date anatomice. Vom arăta în special inserțiunea câtor-va mușchî, pentru a înțelege mai ușor mecanismul fracturêi precum și fenomenele ce o vor însoți.

Clavicula, os subțire și lung de 14—15 c. m., e aprópe cel mai superficial aședat dintre tóte ósele scheletului.

Clavicula, plecată de la stern la umăr, presintă două mari curburi asemănându-se cu un *S italic* lungit. Forma ar fi acésta . Extremitatea sa internă care e mai lungă și privesce către stern, este convexă înainte, iar extremitatea externă mai scurtă și dirijată către acromion e concavă.

Pe marginea anterioră a claviculei se inseră înăuntru muschiul marele pectoral, iar în afară deltoidul. Pe marginea posterióră se inseră înăuntru sterno-cleido-mastoidienul, iar în afară trapezul.

S'aú stabilit două mari categorii de fracturî ale claviculei: *fracturî incomplete* și *fracturî complete*. Asupra primelor nu ne putem opri, de óre-ce sunt excepționale la adulți. Ele se observă mai cu sémă la copii. Felul acesta de fractură la copii e cu totul în afară de regulă. Este sciut că la dînșii, ósele în general se bucură de o mare elasticitate. Acésta și face că fracturile la acésta etate se observă fórte rar. Clavicula însă fece excepție. După Vogt, dînsa provine de acolo că osificațiunea claviculei se face mult mai de timpuriu ca la cele-l'alte óse. Ast-fel fiind, clavicula pierdendu-și elasticitatea, intră în regula comună a fracturilor. Există însă o altă compensațiune în privința acestei fracturî și anume că periostul nu-și pierde caracterele tinereței. In adevér, periostul ce învelesce acest os nu numai că e fórte gros, dar în același timp se și deslipesce cu multă înlesnire. De aci provine că osul de și fracturat, rămâne însă acoperit de periostul sêu întreg. Acésta face pe de-o-parte că deformațiunea aprópe e nulă, iar pe de alta că semnul patognomic al unei fracturî adică crepitația, nu devine manifest prin nici-un mijloc ce am întrebunța.

Diagnosticul în asemenea circumstanțe devine aprópe imposibil. El nu se confirmă de cât tocmai târziu și anume când calusul s'a format și a rămas exuberent. Dar acésta lipsă de crepitație e cu succes înlocuită printr'un alt element, care adesea e suficient pentru stabilirea diagnosticului. Este vorba de o durere fixă și ocupând tot-d'a-una același punct. Vom explora dar în mod fórte metodic și cu multă stăruință. La copii, acésta explorațiune, din cauza micșorimei osului, o vom face cu un instrument bont, ca de ex. un creion. Prin el vom cerceta

punct cu punct întreaga suprafață a claviculei. Cu modul acesta tot-d'una vom reuși a descoperi punctul dureros. El, prin sediul său constant, ne va autoriza a pune just diagnosticul.

Se mai citează fracturi ale claviculei în timpul vieții intra-uterine. Ele sunt produse fie prin loviturile primite de mamă pe abdomen în timpul gravidității, fie prin contracțiunile uterine în momentul facerei, sau prin manoperile obstetricale în special de versiuni. S'au observat nu numai fracturi intra-uterine, dar chiar și consolidarea lor în pântecile mamei. Acastă consolidare s'a adeverit prin existența neîndoioasă a calului constatat după facere.

Fracturile însă cari au preocupat mai mult pe chirurghi sunt fracturile complete ale adulților. Asupra lor vom insista mai mult.

Fracturile complete ale claviculei.

După cum am arătat, clavicula este așezată foarte superficial și lipită de orî-ce protecțiune, nefiind acoperită de cât de piele. Cu toate acestea, dînsa scapă de violențele directe. Ea este destul de apărută de umăr și capul individului. Cele mai frecvente fracturi ale claviculei sunt de cauze indirecte.

Noi însă, pentru a nu devia de la descrierile clasice, vom trece în revistă următoarele cauze ce se admit pentru producerea fracturii claviculei.

I). Fracturi prin cauze directe. Relativ rare. Se observă în urma aplicării directe a unei violențe exterioare, reprezentată prin lovitură de baston, de pumn, etc. O svîcnitură a patului de pușcă, mai ales dacă individul ochesce fiind întins pe pămînt, încă produce o fractură a terțului extern sau acromial, etc. Când vom a lovi pe cine-va în cap cu bastonul sau ciomagul, individul căutând să se apere, își înclină capul către partea opusă. Dar tocmai acesta face ca instrumentul să lovească cu putere clavicula, pe care o fracturază în mod direct.

S'au observat însă fracturi directe și prin *simpla presiune*. Ast-fel sunt casurile citate de Sanson și Boyer. Unul este cu privire la un individ care voinde să ridice cu umărul un ferestrău ce se înțepenise într'o piatră, și-a fracturat clavicula. Casul cel-l'alt privesce pe un infirmier. Acesta, împreună cu un camarad al său, ducînd pe umăr un hărdău, alunecă. Lemnul său cobilița alunecînd și ea după umăr i-a fracturat clavicula prin apasare.

II). Fracturile prin cauze indirecte se produc în modul următor: individul cade sau primesce o lovitură pe fața externă a umărului. Atunci clavicula, prinsă între două puncte de rezistență, curburele sale

ce există în mod normal, tind a se mări. Decî osul trebuie să cedeze. El de ordinar cedeză din partea curburelor sale interne sau externe. Vom vedea mai la vale cari anume din aceste curburi se rup, precum și adevăratul motiv.

Tot prin cauză indirectă se mai pôte obține fractura claviculei și când individul cade pe cot sau pe mână, membrul fiind în extensiune. S'a observat iarăși fracturî indirecte ale claviculei și în căderea individului pe spate. Dar cazul cel mai comun e cel precedent.

III). Fracturî indirecte prin contracțiunii musculare se produc când individul aruncă cu violență un corp greu în sus or în jos, sau când lovesce pe un adversar cu palma mînei cu violență, sau lovesce în sec. Fracturile prin acest mecanism sunt fôrte rari. Se admite însă de unii genul acesta de fracturî. Se dă chiar următorul mecanism. Fracturile prin contracțiunii musculare mai tot-d'a-una ocupă extremitatea sternală. Ele rezultă din antagonismul ce se desvoltă între mușchiul sterno-cleido-mastoidienul de o parte și pectoralul cu deltoidul de altă parte. Osul prins între aceste două puteri se rupe într'un punct al extremităței sale interne, care va fi cel mai spongios. Aceste fracturî în terțul extern al claviculei sunt fôrte rari, dacā nu chiar imposibile. Causa este, că aci osul e mai mult interpus între trapez și deltoid, inserțiunile lor nefiind așa de puternice ca a acelora de la partea internă.

În orî-ce cas, se cere o predispoziție individuală, creată prin existența diferitelor bóle diatesice, precum sifilisul, scorbutul, cancerul, osteo-malacia, etc., pentru producerea fracturelor prin contracțiunii musculare. La aceștia, cel mai mic sforț pôte produce o fractură a claviculei. Ast-fel se citéză casurî de indiviđi cari coprinși de asemenea diateze și-a fracturat clavicula, unii voind a pune un obiect pe un dulap, alții îmbrăcându-se, alții învelindu-se, iar alții într'un acces de tuse, etc. etc.

În Hamilton se vorbește de un om corpulent, bine făcut și robust. Acesta voind a închide coșul trăsura și simțit repede o trosnitură în umăr; își produse o fractură a claviculei drepte aprópe de partea sa de mijloc către extremitatea sternală. Un colonel din cavalerie, voind a încáleca, simți o durere violentă în umérul stâng; individul era un vechiú sifilitic. O altă persónă, voind a se urca pe un parapet înalt de opt picioare, și-a fracturat clavicula stângă.

În fine, Parker a văđut producându-se fractura claviculei la un om în momentul când a voit să lovésză un câine cu biciușca.

Aceste fracturî, repetăm, cer o anume predispoziție individuală. Ea se obține grație diferitelor diateze și bóle constituționale, cari ar avea rêsunset asupra sistemului osos. Dar dintre tóte bólele diatesico-constituționale, s'a observat că sifilisul are o predilecție pentru claviculă. Aci e

sediul dezvoltării periostitelor, osteitelor și gomelor sifilitice. Cu drept cuvânt deci, sifilisul a fost indeosebi considerat ca agentul cel mai principal în alterațiunea acestui os și consecutiv ca predispunând clavicula de a se fractura în mod spontanat. Găsim în Le Dentu următoarea notiță foarte demonstrativă pentru cauză. Un individ posedă o gomă sifilitică fluctuantă, ocupând terțul mediu al claviculei. Dar pe când această gomă dispărea din Ți în Ți, dînsa la un moment dat fu înlocuită printr'o fractură spontanată. Acastă observație aparține unui autor german Fulda.

Din partea sa Kirmisson a observat și el un cas de osteo-periostită sifilitică a unei clavicule, urmată de fractură spontanată. Delens a observat că fracturile claviculei prin acțiune musculară pură se întîlesc mai mult la drépta. Când se observă la stînga, ele ar fi după Bouilly spontanate. Și de ôre-ce sifilisul predispuce mai mult la acest gen de fracturi, observațiunea acestor autori are o importanță clinică destul de însemnată.

Unde se rupe de obicei clavicula, care este linia de fractură precum și deplasările ce se observă în fragmente?

Chestiunea acésta e foarte importantă. Dînsa a preocupat mult pe autori, căutând fie-care a emite o anume teorie. Fracturile directe ale claviculei n'au importanță din punctul de vedere teoretic. Ele se produc în locul unde a fost aplicată trauma. Nu este însă ast-fel cu cele indirecte.

După Tillaux nu ar exista un punct anumit saŭ de elecțiune în fracturile claviculei. Acest os se rupe în puncte diferite și în mod indiferent. Totul depinde de inclinațiunea epoletului în momentul accidentului. Cu tôte acestea, luândn-se în considerațiune compozițiunea, forma și gradul de fixitate al claviculei, s'a ajuns adî, grație cercetărilor lui Packard și Hamilton a se demonstra cu destulă preciziune punctul slab unde clavicula se pôte rupe.

Iată faptele principale cari ne interesază. Scim că clavicula posedă două curburi. Extremitatea sa sternală e porțiunea cea mai grósă. Plecând de aci pînă către partea mijlocie, osul începe a se subția devenind în acelaș timp și mai rotund. De aci încolo, clavicula se turtesce dedesubt și se flexează în sus. Către marginea externă dînsa devine foarte largă și turtită recurbandu-se înainte. In afară de dubla sa curbură, clavicula presintă o dublă torsiune mai mult saŭ mai puțin pronunțată. Mai avem încă și faptul următor. Se scie că clavicula are conexiuni foarte strînse și fixe cu scheletul toracelui, grație articulației sale cu sternul, precum și ligamentului costo-clavicular. Dar pe lingă aceștia, intervin și diferiții mușchi, ce se inserază pe dînsa și cari la un moment dat contribuie la fixarea osului. Dar mai presus de cât tôte, mușchiul sub-clavier lucrază

direct asupra claviculei. Funcțiunea lui este mai mult a limita mobilitatea osului de cât a-i imprima mișcări. Cât privește extremitatea externă a claviculei, dînsa ar ar avea aerul că posedă o mobilitate foarte întinsă. Acastă mobilitate însă e numai aparentă. In realitate, în acest punct mișcările claviculei sunt foarte mărginite. In adevăr, dînsa se lîgă cu omoplatul nu numai prin articulația acromio-claviculară, dar încă prin largul și puternicul legămint coraco-clavicular. Ce resultă de aci? Că osul clavicular la ambele sale extremități e foarte bine fixat. Ast-fel stînd lucrul, în momentul unei căderi pe fața externă a epoletului, clavicula jîcă rolul unei pîrghii de primul gen. Dînsa, fiind prinsă între putere și rezistență, va trebui să cedeze într'un punct al suprafeței sale care va fi mai slab. Dar acest punct se găsește, după cum am vădut, către terțul sîu extern, adică dincolo de linia mediană plecînd spre acromion. In adevăr, în acastă regiune clavicula devine mai lată și mai subțire. Decî aci fiind porțiunea sa cea slabă, linia de fractură produsă prin cauză indirectă nu va putea ocupa de cât unul din aceste puncte.

La rîndul sîu Hamilton, luînd în considerație mai mult curbura claviculei, dă următorea teorie, prin care însă ajunge la acelaș rezultat ca și Packard.

Iată ce extragem din Hamilton, asupra patogeniei și sediului punctului de fractură al claviculei. Punctul claviculei unde se observă de ordinar fractura complectă, se află în nivelul sîu aprópe de extremitatea externă a terțului mediú, ceva înăuntru ligamentelor coraco-claviculare, aprópe de locul unde se opresc inserțiunile deltoidului și trapezului.

Pentru ce osul se fracturază mai adesea în acest punct, mai ales la adulți și indiviđii de sex masculin? Pentru un lucru foarte ușor de înțeles, rîspunde autorul. Osul este aci mai subțire ca or unde, și este mai puțin susținut prin inserțiunile musculare și ligamentóse. In acest punct de asemenea axa osului începe brusc a se curba înainte, și mai brusc la adult și bărbați de cât la copil și femei. Când decî clavicula e fracturată printr'o contra lovitură (cauză indirectă) precum se observă mai des, forța lovitorei transmisă de la umăr prin porțiunea externă a osului, de o dată se opresce sleindu-se în punctul unde se schimbă direcțiunea axei osului, adică în locul deja arătat.

Aceste fracturi pórta numele de *fracturi prin flexiune*.

Dar acastă teorie, fără a fi bazată pe asemenea raționamente, a fost deja emisă de Boyer. Cu tóte că Malgaigne voind să combată pe Boyer đicea că acésta e o teorie de cabinet, nimeni însă n'a luat în serios obiecțiunile acestuia, calificându-le de nulă valóre, așa că toți au adoptat opinia lui Boyer. Conclusia este că, fracturile claviculei prin flexiune este singura teorie admisă ađi. Dînsa se aplică în tóte casurile

de fracturii indirecte. În adevăr, atât într-o cădere pe regiunea externă a epoletului, cât și într-o cădere pe mână sau cot, membrul fiind în extensiune, precum chiar și într-o lovitură aplicată pe fața supero-externă a epoletului, în toate aceste cazuri mecanismul e același: clavicula prinsă între putere și rezistență, va tinde să se îndoiască. Dînsa deci, se va rupe prin flexiune în punctul cel mai slab ce se află către terțul seî extern. Singura deosebire este, că în aceste diferite situațiuni, traumatismul lucră în anume sensuri. Într'un cas clavicula e fixată — împinsă fiind de dinafară înăuntru; în altul de jos în sus, iar în al III-lea de sus în jos. Resultatul însă tot-d'a-una va fi același: fractură indirectă a terțului extern.

În opozițiune cu această teorie mai avem fracturii prin *elongațiune sau îndreptarea bruscă a curbilor claviculei*. Casul însă e foarte rar. Se citează însă o observație a lui Günter relativ la un copil, a cărui clavicula s'a rupt în momentul când fu ridicat de mână, pentru a-l trece peste o apă.

În fracturile prin cauză directă, fractura nu are un sediū de elecție, căci se produce acolo unde se aplică trauma. Linia sa în general e transversală.

În fracturile indirecte, în majoritatea casurilor linia de fractură plecată din punctul precedent arătat ia o direcțiune oblică de din afară înăuntru, de sus în jos și de dinainte înapoi, diriguindu-se către extremitatea sternală.

Linia de fractură de ordinar nu interesază de cât $2-2\frac{1}{2}$ c. m. din lungimea totală a osului. Câte-o dată oblicuitatea este așa de întinsă în cât ocupă totă întinderea osului. Ast-fel este un cas observat de Chassignac, unde clavicula părea a fi împărțită în două, fiind spintecată în totă lungimea sa.

Mai putem observa încă fracturii dințate, eschilóse, fragmente duble sau multiple, și în fine adevărate sdrobiri ale osului.

S'a discutat mult asupra deplasărei fragmentelor căutându-se a se da tipuri clasice, atribuite unor deviațiuni fixe, datorite contracțiunei unor anumiți mușchi.

Astăzi însă nu se mai dă o mare importanță acestor deviațiuni musculare. Lucrul este dovedit, că deviația rezultă mai mult din direcțiunea ce imprimă fragmentelor lovitura, în momentul aplicărei sale. Totuși, în majoritatea casurilor se observă urmatórea deplasare, care se consideră ca un tip clasic și anume: fragmentul intern e tras în sus de sternocleidomastoidien; iar cel extern e lăsat în jos și înainte, pe de o parte prin greutatea membrului, iar pe de altă prin atitudinea ce se dă bra-

țului de chiar bolnavul însuși. Acesta condus de instinctul de conservare apucă cotul cu mâna sănătoasă și-l trage puțin înainte.

Divisiunea fracturilor claviculei.

Fracturile claviculei le împărțim în trei mari categorii:

I). Fracturi a părții de mijloc.

II). Fracturi excentrice punctului de mijloc, ocupând terțul intern sau extern.

III). Fracturile extremităților.

Fracturile părții de mijloc, mai tot-d'a-una de cauza directă, se caracteriză prin aceea, că cele două fragmente sunt de o întindere egală: unul intern sau sternal, iar altul extern sau acromial. Fracturile pe care le numim excentrice punctului de mijloc, sunt mai tot-d'a-una de cauză indirectă, fie prin cădere pe umăr, sau contracțiune musculară. Ele sunt și cele mai frecvente și cele mai importante. Aci, cele două fragmente

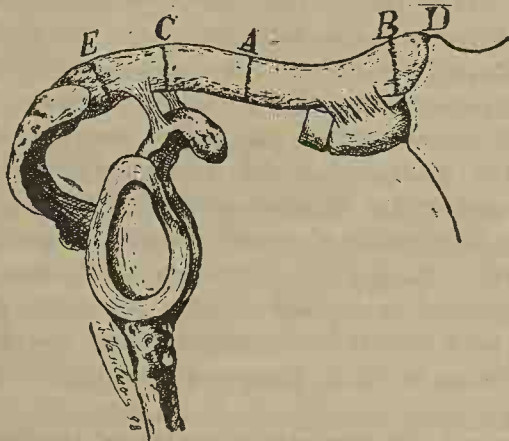


Fig. 103. — Schemă reprezentând diviziunea fracturilor claviculei propusă de autor.

A. Fractura părții de mijloc a claviculei.

AB. Fractura excentrică internă.

BD. Fractura extremității interne a claviculei.

AC. Fractura excentrică externă.

CE. Fractura extremității externe a claviculei (personală).

nu vor mai fi egale, cel intern sau sternal va fi mult mai lung ca cel acromial și vice-versa, după cum linia de fractură, depărtându-se de partea mijlocie, se va apropia de extremitatea internă sau externă a claviculei. In cazul I, fragmentul extern va fi mai mare; în al II-lea, cel intern. Aceste fracturi, care în autorii clasici se numesc fracturi ale

terțului intern sau extern, au limitele următoare. Fractura excentrică externă poate cuprinde orice punct aflat pe teritoriul coprins între linia mediană și ligamentul coraco-clavicular exclusiv; fractura excentrică internă cuprinde iarăși orice punct din teritoriul liniei mediane până la ligamentul costo clavicular inclusiv. Dincolo de aceste limite, avem a face cu fractura extremităților. În fig. 103 se vede această dispoziție.

Fractura extremităților, tot-d'a-una de cauză indirectă, se observă foarte rar, mai cu deosebire a celei externe. Această fractură, aflându-se între apofisa coracoidă și acromion, s'a numit extracoracoidienă, din cauză că linia sau trăsura de fractură se găsește în afară de apofisa coracoidă. Aci aproape nu există nici o deformație, din cauză că fragmentele nu se pot deplasa. Ba ce e mai mult, nici chiar funcțiunile membrului nu sunt serios compromise. Rațiunea o vom vedea la simptome. Cât pentru fractura extremității interne, care este și mai rară, linia de fractură trebuie coprinsă la limita ligamentului costo-clavicular și articulația steno-claviculară. Fragmentul intern e reprezentat numai prin epifisa claviculei, iar fragmentul extern prin tot restul acestui os. El, fiind foarte mult tras în sus de sterno-cleidomastoidien, produce o deformațiune colosală. Din partea sa, tuberositatea osului (fragmentul intern) face o ridicătură foarte pronunțată d'asupra sternului. El se așează în regiunea sub-hioidienă, unde întinde cu putere pielea.

În afară de aceste varietăți mai putem observa încă una, numită de autori fractură dublă a claviculei, reprezentată prin trei fragmente: două laterale și unul median sau intermediar. Se observă în mod excepțional și recunoște drept cauză o violență directă extra-ordinar de mare. În orice cas, această fractură este o varietate de fractură cominutivă.

Adesea fragmentul intermediar suferă o deviațiune particulară. El poate deveni cu totul vertical interpunându-se între cele două fragmente. Alte dați, din contra, se ridică d'asupra sau se așează de desubtul lor.

Fractura simultanată a ambelor clavicule.

Se observă cu totul în mod excepțional și nu presintă din punctul de vedere al mecanismului de cât aceiași factori deja arătați. Une-orî însă o claviculă se fracturază prin cauză directă, iar alta prin cauză indirectă, sau ambele prin acciași cauză, după circumstanțe lesne de prevedut.

Pe lângă simptomele comune locale, avem atitudinea dublă a membrilor superioare. Ele fiind duse înainte, înăuntru și în jos, vom observa în afară de jena provocată funcțiunilor lor, o împedicare foarte mare în actul respirațiunei. Acesta provine din faptul că ambii omoplați,

aplicându-se pe torace, o mare parte din mușchii inspiratorii ca subclavieul, pectoralul, marele dorsal, marele danteleu, pierdându-și punctul de inserțiune, nu mai pot funcționa. Individul fiind pus pe spate și cu capul puțin ridicat, fenomenele dispneice dispar.

Tratamentul va fi același, de și consolidatiunea se obține mai greu, putând chiar să lipsescă. Acesta s'a întâmplat în trei cazuri publicate de Velpeau, Gerdiy și Malgaigne.

Simptomele și diagnosticul.

De sigur, fie-care din varietățile acestor fracturi va avea simptomatologia sa specială. Un singur lucru însă este constatat, și anume, or-care ar fi varietatea, simptomele decurg din schimbarea pozițiunei, ce o ia cavitatea glenoidă a omoplatului în urma fracturei claviculei.

Malgaigne a arătat cu drept cuvânt rolul important ce-l are clavicula. Rolul său constă exclusiv în a menține cavitatea glenoidă a omoplatului în afară. Numai grație acestui lucru, articulațiunea scapulo-umerală oferă cele mai întinse și mai variate mișcări, mai mult ca ori-ce articulațiune din întregul organism. Cavitatea glenoidă privind în afară, mișcările de circumducțiune și de rotație sunt asigurate. De îndată însă ce clavicula e fracturată în ori-ce punct al întinderii sale, cavitatea glenoidă ne mai fiind susținută, se dirijează înainte. Atunci, individul nu va mai putea executa mișcări în afară și înapoi de cât cu forțe multă dificultate dacă nu chiar de loc. El nu va mai putea să-și deschidă în mod larg brațul, nici să-și pue mână pe cap, gât sau la spate. Membrul său va atârna mai mult în mod pasiv în jos și înainte.

Acosta este atitudinea generală aproape constantă a ori-cărei fracturi a claviculei. Dar dinsa se observă mai ales când fractura ocupă terțul extern al claviculei și când acesta se așeză sub fragmentul intern, care e tras în sus de sterno-cleido mastoidienul. Singur Dessault a arătat un exemplu unic de încălecare prin ridicarea fragmentului extern sau acromial d'asupra fragmentului intern sau sternal. Bichat iarăși dize că Hippocrat vorbește de această varietate de fractură, ea fiindu-i foarte familiară. Malgaigne și Smidt de asemenea dau câte un exemplu. Dar or-cum ar fi, atitudinea membrului indicată mai sus rămâne aproape aceeași.

Am putea admite ca făcând excepțiune la acesta, singura fractură a extremității externe, numită încă și extra-coracoidiană. Aci osul de și e fracturat, totuși cavitatea glenoidă își păstrează poziția sa normală, grație puternicului ligament ce formeză bolta acromio-coracoidiană. De aci urmază că funcțiunile membrului sunt foarte slab atinse, așa în cât se pot considera chiar ca fiziologice.

Cât privește diagnosticarea fie-cărei varietăți în parte, acesta nu oferă nici-o dificultate. Printr'o simplă palpație și inspecțiune lesne vom constata crepitația, deformația și durerea cari vor forma tot atâtea semne patognomonice. Mai avem încă mensurațiunea osului. Dînsa luată de la stern la acromion, tot-d'a-una va fi mai scurtă ca aceia din partea opusă din cauza încălecăreii fragmentelor. Cu aceste elemente dar vom putea să precisăm dacă linia de fractură se află în mijloc ori pe terțul extern sau intern al claviculei.

Singura dificultate mai serioasă este când fractura ocupă extremitățile claviculei. Atunci s'ar putea confunda cu luxațiile sterno-claviculare, ori acromio-claviculare. Dar și aci, printr'un examen minuțios vom putea constata pe de o parte foseta articulară a sternului, iar pe de alta extremitatea osului deplasat. Dînsa va fi de o formă regulată și netedă, în opoziție cu fragmentul unei fracturi, care va fi mai neregulat, dentelat, eschilos și amenințând a perfora tegumentele.

Când fractura este extra-coracoidienă, trebuie exact să determinăm situația acromionului. Acesta se află just pe traectul unei linii verticale trecînd pe partea de mijloc a feței anterioare a brațului. După cum dar fragmentul extern al fracturei va fi în această direcțiune sau nu, vom conchide la existența fracturei ori a luxației.

Prognosticul și tratamentul.

Dându-se că clavicula are raporturi foarte intime cu cele mai importante vase și trunchiuri nervoase, lesne putem prevedea cum o fractură a acestui os se poate complica de nisce leziuni excepționale.

Fenomenele cele mai comune ce se observă în urma fracturilor claviculei sunt din partea trunchilor nervoși. Ele constau în fenomene rezultate dintr'o simplă comoțiune, compresiune, rupere sau prinderea nervului în cicatricea osului (calusul).

Dessaut a arătat un cas în care un individ numai prin simplul fapt al unei lovituri cu o bârnă aplicată pe fața externă a umărului, a suferit o comoțiune atât de mare a plexului brachial în cât a fost prins de paralisia brațului fără ca fractura claviculei să fi avut loc. Noi credem că aci a fost vorba de un simplu istero traumatism.

În cele-lalte casuri aceste fenomene nervoase se observă de ordin concomitent cu o fractură manifestă a claviculei. Acesta mai ales în fracturile complicate și cominutive. Aci leziunile nervoase rezultă din acțiunea directă ce fragmentele exercită asupra nervilor, fie comprimându-i, ori rupîndu-i. Ast-fel se citază de Earle observațiunea unei fracturi cominutive a claviculei în care nervii plexului brachial fiind lezați, resul-

tase o paralizie a brațului. Bolnavul nu putea să-și pue mâna în apă chiar căldică, fără să nu încerce efectele unei arsuri ca : vesicație, roșăță, etc.

Hamilton dă și el un cas de fractură cominutivă, unde exista o paralizie cu contractura mușchilor întinzându-se până la pumn și degete.

În fine Gipson vorbește de un tîner, care isbit fiind pe claviculă de căderea unei rămuri gróse de arbore și-a rupt osul în mai multe fragmente. Acesta împinsese înapoi și sub planul primei cóste întregul plex nervos, care era așa de comprimat că produsese o paralizie și o atrofie a întregului braț. Nisce asemenea compresiuni și mai ales cele determinate prin calus, ne silesc a interveni. Ast-fel au făcut Delens și alți autoři, cari degajând nervul comprimat au făcut să înceteze fenomenele de paralizie.

În afară de aceste casuri grele, fracturile claviculei încă se pot complica de dureri atroce fără să fie urmate de paralizii. Acesta rezultă din prinderea vre-unui firisor nervos ce plécă din plexul cervical superficial. Alte dăți se observă paralizii însoțind fracturi cu totul simple. Dar aceștea s'a constatat că sunt rezultatul unui tratament rău aplicat, iar nici de cum al fracturei însăși. Și probă pentru acesta e că asemenea paralizii apar târziu, și tocmai către sfîrșitul tratamentului când bolnavul își aștepta vindecarea. Trebuie însă a sci că une-orî un simplu traumatism aplicat pe claviculă póte da nascere la o paralizie a brațului, fără ca clavicula să presinte nici cea mai mică soluție de continuitate. Fenomenului acestuia i s'a dat de Dessault numele de *comoșiunea plexului brachial*.

Leziunea venelor, în fracturile claviculei, de și rară, totuși se citează câte-va casuri. Erichsen spune că a vădut un cas de fractură cominutivă produsă printr'o violență directă, în care vena subclavieră fusese ruptă. Acesta produse un epanșament sanguin considerabil. Brațul de și era amenințat de ganarenă, bolnavul însă s'a vindecat. Un cas analog s'a întîmplat lui Maunoury din Chârtres. Aci însă, chirurgul voinde a lega vasul deschis, bolnavul a murit pe masa de operație prin introducerea de aer în venă. În fine Ogle a publicat o observație de deschiderea venei jugulare interne printr'un fragment al claviculei.

Tot acelaș lucru vom spune relativ la deschiderea arterei subclaviere. Asupra acestui lucru pentru prima óră Dupuytren a atras atențiunea prin două observațiuni personale. Blandin a constatat iarăși într'o fractură directă a claviculei ruperea arterei sub-acromiale. Dînsa dăduse nascere unui epanșament sanguin considerabil, simulând un anevrism difus al arterei axilare.

Se citează în tratatele de chirurgie, că ministrul engles Peel a mu-

rit în urma unei fracturii a claviculei, complicată de un epanșament sanguin, datorit probabil unui anevrism prin ruptură arterială.

În afară de aceste complicațiuni vasculo-nervóse s'aũ mai citat casuri de rănirea fundului de sac pleural și al plămânului, cauzate prin străbaterea extremităților ascuțite ale fragmentelor. Semnul cel mai principal al acestei perforațiuni pulmonare este aparițiunea unui emflem subcutanat considerabil. Cu tótă alarma și gróza ce inspiră acest emflem, el dispare de la sine fără nici un tratament, ci numai prin simpla absorbire a aerului.

Mai sunt însă și alți factori cari agravéză prognosticul fracturelor claviculei. Cel mai principal este deformațiunea osului, care aprópe nu se póte evita prin nimic. Acéstă deformațiune va fi cu atât mai mare, cu cât nu vom interveni imediat după accident, pentru a reduce fractura.

Experiențele aũ arătat că în nici unul din ósele organismului, consolidarea fracturei nu se face mai repede ca în claviculă. De la Velpeau și până ađi toți autorii aũ admis maximum de consolidare a claviculei fracturate de la 15—20 ȓile.

Dar se citéză casuri și observațiuni mult mai extra-ordinare. Astfel Hamilton a observat un cas unde consolidarea se efectuase după 7 ȓile. Wallace după 8—9 ȓile. Benjamin Bell după 14 ȓile. Smidt după 15 ȓile.

Prin urmare, de nu ne vom grăbi a trata în mod rațional acéstă fractură, consolidarea se va face în mod vișios. Și cu atât diformitatea va fi mai mare, cu cât clavicula mai mult ca or-care alt os, fiind provăduță de țesut spongios și vascular, favoriséză în mod colosal nu numai exuberanța calusului, dar și producțiuni de fâșii și bърne osóse, de osteofite, etc. Acestea, pe lângă leziunile ce vor produce străbătând prin părțile moi, se vor întinde către articulațiunea scapulo-umerală. Ele pot copleși apofisa coracoidă și părțile din prejur, producând ast-fel o adeverată anchilosă a membrului superior.

Iarăși ca punct reũ în prognosticul fracturilor claviculei este, că mai tot-d'a-una osul rēmâne mai scurt ca cel din partea opusă. Acéstă scurtare póte să mérgă de la 6 m. m. până la 2¹/₂ c. m., saũ și mai mult, după gradul încălecărei fragmentelor. Cele mai mari scurtări le produc fracturile părței de mijloc, iar cele mai mici ale extremităților.

Din observațiunile și statisticele făcute resultă că fracturile claviculei tot-d'a-una se consolidéză, nefiind nici-o-dată urmate de pseudo-artrosă. După statistica lui Mühlemberg conținând 656 de casuri de lipsă saũ întârziere de consolidatiune a óselor lungi, nu există de cât un singur exemplu de pseudo-artrosă a claviculei. Din partea sa Beranger Feraud, pe un număr de 1015 casuri, n'a găsit de cât trei pseudo-

artrose, dar și atunei reunirea fibrósă a fragmentelor nu împedica întru nimic funcțiunile membrului.

Dacă însă consolidarea e asigurată, nu este tot ast-fel cu conservarea rectitudinii osului. Putem dice aprópe în mod absolut că tóte fracturile claviculei se termină prin deformațiune mai mult saũ mai puțin manifestă.

Deja Hippocrate observase că consolidarea unei fracturii a claviculei se însoțese de un óre-care grad de deformațiune. Velpeau declară că cu tot numărul infinit de bandage imaginabile, nu se póte împedica diformitățile în fractura claviculei. Vidal de Cassis dice, că fractura claviculei este mai tot-d'a-una urmată de deformațiune, or cât de puternică ar fi perfecțiunea aparatului și ori cât de mare grija chirurgicală.

Tratament. Pentru nici-o fractură din întregul organism nu s'a dezvoltat atâta încordare de talente și spirit pentru a combate acéstă deformațiune. În scopul acesta s'a inventat un număr infinit de aparate, unele mai complicate de cât altele. Dar tóte aũ fost inventate fără folos. Prin nici unul nu s'a ajuns la scopul dorit. De aceia chirurgii disesperându-se, mulți din ei nu se sfiesc a recomanda a nu se mai aplica nici-un tratament, rezultatul fiind același. Astăđi cu mijlócele de carí dispunem s'a recurs la sutura directă a fragmentelor osóse.

De și din cele precedent arătate reese că diformitatea în fracturile claviculei e inevitabilă, totuși nu trebuie să lăsăm bolnavul la voia întâmplărei, ci să-i aplicăm un tratament rațional. Prin acésta vom avea cel puțin consciința împăcată că am făcut totul în împlinirea datoriei.

Care este obstacolul cel mai puternic ce se opune la buna consolidare a fracturelor? Din cele studiate la cauzele și mecanismul acestor fracturii am văđut, că cea mai comună din ele este fractura terțului extern saũ după noi excentrică externă. Dînsa are sediul în afară de linia mediană. În acest cas, fragmentul extern saũ acromial este tras în jos. Fragmentul intern saũ sternal aflat sub influența mușchiului sternocleidomastoidien e tras în sus, înăuntru și înapoi. El încalecă pe o întindere mai mult saũ mai puțin mare peste fragmentul extern care rămâne dedesubt.

Greutatea în tratamentul acestor fracturii nu constă în reducerea ei, care de alt-fel se obține fórté ușor, dar în imposibilitatea de a menține și păstra acéstă reducere. Coaptarea se distruge nu numai la cea mai ușoră mișcare a brațului, a cotului saũ a mânei, dar chiar și în urma înclinărei, în stațiunea în picioare saũ șeđendă a individului, precum și chiar prin faptul inspirației și expirației. Și de óre-ce nu putem lupta în contra tuturor acestor agenți, de aceia tratamentul fracturilor claviculei devine desesperant.

În resumat, doi sunt agenții cari se opun la o bună consolidare a fracturii claviculei. Pe de o parte ascensiunea fragmentului intern, provocată de contracțiunea energetică a mai multor mușchi, dar în special a sterno-cleido-mastoidian, iar pe de alta pogorârea fragmentului extern, provocată de greutatea întregului membru și în special a brațului, care târâse fragmentul în jos, înainte și înăuntru.

Mărturisesc că de și n'am un număr mare de obsevațiuni, totuși pot afirma, că toate casurile de fracturi ale claviculei ce am tratat în spital, s'au vindecat fără nise asemenea deformațiuni, de cari mai toți autorii se plîng. Și mai cu deosebire nu am observat fenomenele de compresiune nervoasă, de cari vorbește Hamilton și toți autorii americani, că s'ar fi produs în urma introducerii în axilă a aceluși con de vată sau compresă cari formeză principiul metodei lui Dessaut.

Noi nu suntem de idee decî a renunța la orî-ce tentativă de tratament, și nici chiar a ne mărgini la simpla aplicare a eșarpei numită a lui Mayor din Laussana, sau a lui Gosselin.

Fără dar a ne încerca a descri nenumăratele metode întrebuintate contra acestor fracturi, vom arăta numai modul cum noi procedăm, grăbindu-ne a spune, că dînsul e o combinațiune a metodei lui Velpeau și Dessaut. Singura modificare este, că adăugăm aplicarea unui strat de gips peste bandajul făcut din feși simple.

Iată cum trebuie să procedăm. Mai întîi chirurgul împreună cu ajutórele sale reduce fractura. Pentru acésta trebuie ca umérul să fie împins în sus, în afară și înapoi, pentru a ridica fragmentul extern și a-l pune la acelaș nivel cu acel intern. În acelaș timp exercităm o presiune pe fragmentul intern, pentru a-l lăsa mai jos, recomandând individului să-și plece capul spre partea bolnavă, spre a-și relaxa mușchiul sterno-cleido-mastoidien. Pentru a menține aceste diferite atitudini, introducem un sul în formă de con, făcut din vată, în baza axilei (metóda lui Dessaut). Prin el căutăm a ține în permanență umérul în afară. După aceia mâna bolnavă o dirigem către umérul sănătos. Cotul va privi în sus și înăuntru, iar vîrful seú către falsele còste, spre apendicele xifoid. Cu acésta asigurăm și mai bine întréga atitudine ce trebuie dată membrului superior. Examinăm din nou pozițiunea fragmentelor. Dacă vedem că încă există vre-o ușóră încălecare a fragmentului intern, aplicăm pe extremitatea sa o compresă gradată sau iarăși un mic sul cilindric format din vată.

Nu ne rămâne acum de cât a fixa membrul în acésta atitudine, după ce prealabil am interpus între mână, antebraț și braț o compresă de tifon sau vată, pentru a separa tegumentele de a fi în contact. Cu

acésta vom evita iritațiunile pielii, ce repede devin insuportabile pentru bolnav. Mai cu deosebire să nu uităm a pune vată multă pe vârful cotului. Alt-fel bolnavul nu va putea suporta aparatul nici două zile, din cnusa amorțelei și a usturimilor teribile ce foarte repede se manifestă. Luăm după aceia două, trei feși de tarlatan subțire, late de 10 c. m. și lungi de 10 m. Cu ele înfășurăm în mod circular toracele, trecând peste umăr și antebraț. Mergem apoi de jos în sus și acoperim treptat vârful cotului până la mână, lăsând degetele libere. Cu a doua fașă, al cărui căpătâi îl aplicăm pe regiunea bolnavă și în special pe fragmentul in-



Fig. 104. — Bandagiū special pentru fractura claviculei (personală).

tern, practicăm mai multe învîrtituri verticale de sus în jos și de jos în sus, trecând pe sub cot, pe care ast-fel îl ridicăm și mai sus, saū cel puțin îl fixăm în pozițiunea dată de la început. Când credem că bandajul e complet, preparăm un lapte de gips, în care muem alte feși pe cari le aplicăm d'asupra întregului bandaj. Dacă gipsul e bine preparat

el se usucă de la 5—10 minute și ast-fel totul e terminat. Când circumstanțele ne permit, putem recomanda bolnavului a sta în pat 7—8 zile, păstrând pozițiunea dorsală.

Il vom așeza deci cu spatele pe o saltea largă pusă ea însăși pe o planșetă (scândură) pentru a nu face gropă. Vom respinge așezarea unei perne sub căpătâiul pusă între umeri, după cum e obiceiul. Acesta măi mult vatămă de cât folosesce. Vom pune însă capul pe un plan măi ridicat, ca ast-fel toți mușchii și în special sterno-cleido-mastoidienul să fie relaxat. Dacă îndeplinim și această cerință și reușim ca bolnavul să stea pe spate 7 — 8 zile, calusul deja începe a se forma, iar consolidarea claviculei se va face fără deformație. După acesta bolnavul pôte să-și vază de ocupațiunile sale, totuși purtând banda-

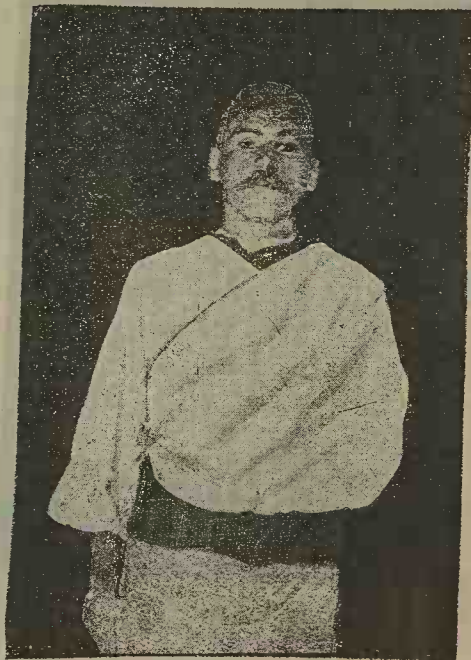


Fig. 105. — Eșarpa lui Gosselin vădută din față (personală).

jul încă 15—20 zile. Am tratat opt casuri cu acest procedeu, și rezultatul a fost din cele măi bune.

Fig. 104 originală ne arată modul aplicării aparatului.

Am arătat că mulți chirurghi în desesperare de cauză aũ renunțat

la orî-ce bandaj susținând că totul este inutil. Atunci Mayor din Lausane a adus o adevărată revoluție în tratament, susținând că punând membrul într'o simplă eșarpă, se obține același rezultat dacă nu chiar mai bun ca prin orî-ce altă intervenție complicată. Mulți au întrebunțat și este chiar ađi în uz acésta eșarpă.

În Franța însă dînsa s'a înlocuit printr'o altă eșarpă a lui *Goselin* numită de siguranță *eșarpă severă*, sau *eșarpa Cochin*, după numele spitalului unde acest profesor își avea serviciul.



Fig. 106. — Eșarpa lui Goselin văduță din partea dorsală (personală)

Iată modul după care acésta eșarpă trebuie pusă.

Se ia un șervet, de preferință un fular de mătase sau de bum-bac, suficient de larg, pentru ca îndoit în formă de plasă cele două extremități să se pótă încrucișa înapoiul spatelui bolnavului. Introducem decî brațul în unghiū drept între cele două foi ale acestei plase. Apucăm ambele vîrfuri laterale direct înapoi și le fixăm solid unul cu altul, luăm atunci vîrfurile superioare pe cari le ridicăm în sus, Nu le fixm între ele înapoiul gâtului mai ales printr'un nod: vom face

prin'acésta să sufere bolnavul și să pierdem aprópe tot beneficiul aparatului, care nu mai îndeplinesce scopul.

Vom adăoga decí la fie-care din punctele superióre câte o bucată de fașă de pînză solidă, pe care le vom duce în formă de bretele înapoia spatelui și încrucișându-le le vom uni cu cele două extremități transversale ale aparatului.

Acéstă eșarpă a lui Goselin are întrebuințarea cea mai largă, nu numai în fracturile claviculei, dar și în orí-ce traumatism, unde se cere asigurarea unei pozițiuni fixe a membrului.

Fig. 105 represintă bandajul văđut din față, iar fig. 106 bandajul văđut din partea dorsală.

Pentru a termina cu tratamentul fracturilor claviculei dăm aci fig. 107 luată din enciclopedie și uude se vede un mod particular al lui



Fig. 107. — Metóda de amplexațiune a lui Chassaigiac.

Chassaigiac de a reduce fragmentele. El constă în aceea că chirurgul ia un punct de sprijin pe umérul sănátos al bolnavului, iar cu arábetele mâinii încrucișate le aplică pe cotul din partea bolnavă. Chirurgul trăgând către sine ridică umérul, iar cu el și fragmentul extern al claviculei. Acéstă metóda a lui Chassaigiac, prin faptul că desvoltă o putere excepțională, o putere ce întrece măsura comună pentru reducerea fracturii, a fost numită *metóda de amplexațiune* (amplus = larg, dincolo de măsura obicínuită).

§ III. Luxațiunile claviculei.

Sunt foarte rare. Ele se divid în două mari categorii:

I). Luxațiunea extremității externe sau acromio-claviculară. Aceasta are varietăți: *supra*, *sub-acromială* și *sub-coracoidienă*.

II). Luxațiunea extremității interne sau sterno-claviculară cu trei varietăți: *pre-supra-* și *retro-sternală*.

a) Luxațiunea *supra-acromială* a extremității externe a claviculei, se produce când se aplică o lovitură puternică pe fața externă a umărului, fie de dinainte înapoi sau vice-versa de dinapoi înainte. După Astley Cooper trebuie ca omoplatul să fie împins înainte către coaste. În timpul căderei pe umăr, lovitura dirijată contra omoplatului deslăsește acest os de legăturile ce-l unesc cu clavicula. Malgaigne admite o simplă cădere pe umăr. Dar el susține că pe lângă această cădere, trebuie și o mișcare simultană a omoplatului în jos. Aplicarea directă pe claviculă a traumei produce mai rar luxația. Dînsa se însoțește mai des de fractură.

Dolbeau a arătat, că o femeie și-a produs această luxație dând o palmă copilului său. De aci el admite împreună cu Boyer și alții, că o contracțiune violentă a mușchilor și în special a trapezului, e capabilă a produce pe cale indirectă o asemenea luxație. Un alt autor, Brinder, a văzut un soldat întîmplându-i-se acelaș accident, în timpul când făcea gimnastică, avînd mâinile în inele.

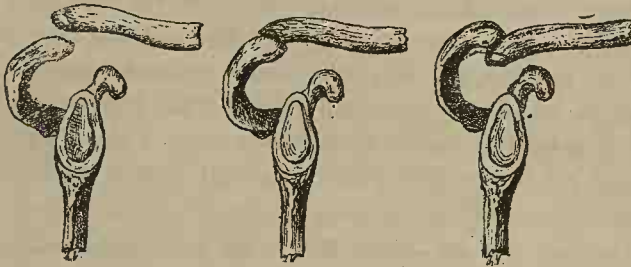


Fig. 108
Luxația supra-acromioclaviculară completă.

Fig. 109
Luxația supra-acromioclaviculară incompletă.

Fig. 110.
Luxația sub-acromioclaviculară (personale).

Articulația acromio-claviculară ale cărei mișcări sunt foarte limitate, posedă o capsulă, un ligament superior destul de forte și altul inferior abia pronunțat. Dar în afară de acestea, clavicula e foarte solid fixată, grație puternicului ligament coraco-clavicular cu cele două fâșii, anterioare sau trapezoidă și posterioară sau conoidă. Când numai capsula și ligamentele acromiale sunt rupte, luxația claviculei e incompletă; când însă și ligamentul coracoid e rupt atunci luxația e completă.

Fig. 108, 109 și 110 arată modele de aceste luxații.

Caracteristica luxației incomplete este că clavicula e puțin rădăcată în sus, dar fără să treacă d'asupra acromionului. Când acest lucru se produce, atunci luxația este completă.

Simptomele. Se apropie mult de ale fracturii extremității externe a claviculei, prin faptul că atitudinea membrului superior e cam aceeași, umărul parând împins înainte, în jos și în afară. Se pare însă că mai des a fost confundată cu luxația scapulo-umerală. Hippocrat, zice Albert, descrie această luxație, și adaugă că dînsul a cunoscut un mare număr de chirurghi confundînd, această stare cu o luxație a umărului. Se făcea mult rău bolnavilor voind să se reducă brațul ce se credea luxat. Dînșii nu părăsiau această idee, de cât atunci când după încercări infructuoase și penibile erau obligați să renunțe la reducere. Din partea sa Galien povestesc că el însuși la etatea de 35 ani a fost atins de această afecțiune a claviculei, și că în van s'au făcut încercări de reducere. Numai după ce el însuși stabili adevăratul diagnostic, atunci a trebuit să înceze manipulările dureroase.

Ca semn local vom avea o ridicătură mai mult sau mai puțin pronunțată, după gradul luxației pe acromion. Apăsând cu degetul pe această ridicătură, lesne o facem să dispară pentru a reapare imediat, ce nu vom mai apăsa. Acest joc alternativ al diformității, a fost comparat de autorii cu o clapă de clavir. Când luxația e completă, diformitatea e foarte mare. Extremitatea claviculei pe care o putem apuca cu degetele, e cu totul aședată d'asupra feței superioare a acromionului. Din cauza acestei mari ridicături, se formeză sub claviculă o largă escavațiune întocmai precum se observă în luxația scapulo-umerală. Distanța decî între extremitatea claviculei și acromion une-orî e enorm de mare. Galien deja a prețuit-o la trei laturi de deget. Alți autorii au găsit această depărtare chiar de două police.

Luxațiunea sub-acromială. E așa de rară, în cât nu există decăt puține exemple. I. L. Petit e cel d'întâi care a dat o observație, dar contestată de alții. Dînsa constă în așezarea extremității externe a claviculei de desubtul apofisei acromiale și a capsulei umărului. Pentru producerea acestei luxații, cerîndu-se ruperea tuturor ligamentelor, violența exterioară va fi mare. În plus, trauma va trebui aplicată direct pe claviculă și într'o direcție de sus în jos, adică în sens vertical. De aceia, traumatismul fiind prea mare, această luxație adesea se complică de leziuni mult mai importante. Dînsa rămîne în al doilea plan, considerîndu-se ca un simplu epifenomen, de care nici nu se mai ține socotélă. Tótă atențiunea este ocupată cu fracturile cominutive, sau luxațiile umărului, etc., etc.

Cu tóte acestea găsim în Le Dentu reproduse câte-va observațiuni

de asemenea luxațiunii, fără alte complicațiuni. Ast-fel este cazul lui Baraduc. E vorba de o femeie care a căpătat o luxație sub-acromială, în urma unei lovituri cu bastonul dată cu putere de bărbatul său pe regiunea claviculară. Un soldat rus, observat de Melle, și-a produs luxația la etate de 6 ani, voind să ridice un butoi greu cu un lemn aplicat pe umăr. În fine, cazul lui Turnel de producerea acestei luxații printr'o lovitură de copită de cal.

Semnul principal este, că degetul pôte intra într'o depresiune și să exploreze mărginele acromiomului. Scobiturile supra și sub-claviculare sunt șterse. Reducerea se obține prin tracțiuni pe braț fixat în unghi și diferite alte manopere de ocazie.

La rigóre s'ar mai putea descri și o luxație sub-coracoidienă. Dar acesta pare a fi mai mult o închipuire teoretică. Leziunea ar consta în aședarea extremității externe a claviculei sub apofisa coracoidă. Dînsa împinge micul pectoral și merge de se vîră chiar pe gâtul cavității gленоide. De aci rezultă ca semn patognomonic o dublă ridicătură, una formată de acromion, iar alta de coracoidă. Bolnavul fiind cloroformat, vom căuta a degaja clavicula, apucându-o cu degetele și a o pune la loc.

Tratamentul tuturor acestor luxații presintă aceleași dificultăți ca și fracturile claviculei, dacă nu și mai mari. Reducerea e foarte ușoră, dar imposibil a o menține. În adevăr, principiul constă în a ridica umărul și a lăsa în jos clavicula, apăsând asupra ei de sus în jos. Dar ce folos, că reducerea nu se menține. Galien a fost silit să stea 40 zile în aparat. Se dice că compresiunea exercitată de aparat a fost atât de forte, că întregul umăr era așa de rece în cât cu toate căldurile de vară, a fost silit să verse pe membru untdelemn cald. Să fim deci preveniți, că în aceste luxații ca și în fracturile claviculei vom avea aceleași cauze și acelaș rezultat nul, dacă nu și mai mare. Dacă deformația e pronunțată și mai ales funcțiunile membrului jenate, se recomandă deschiderea focarului și sutura extremităților osose, sau chiar rezecția lor.

Deja din 1861, Samuel Cooper a tratat trei casuri de aceste luxații prin deschiderea articulației, răzuirea suprafețelor osose și reunirea lor prin fire de argint.

Luxațiunile extremității interne ale claviculei.

Se observă mai rar ca cele externe. Causa este că între suprafețele articulare ale claviculei și sternului se află interpus o bucată de fibro-cartilagiu. De aci rezultă că aceste suprafețe articulare nu sunt în contact direct unele cu altele și au două capsule articulare. Pe lângă acesta, grație aceluși fibro-cartilagiu, efectul unei lovituri se micșorează

enorm. Dar în afară de ligamentul anterior și posterior propriu ale acestei articulații sterno-claviculare, mai există și unul inter-articular. El fixează fibro-cartilagiul în sus pe claviculă, iar în jos pe stern. Dintre toate însă, ligamentul costo-clavicular, care fixează clavicula de prima costă, este așa de puternic în cât oferă o mare dificultate acestui os pentru a se luxa.

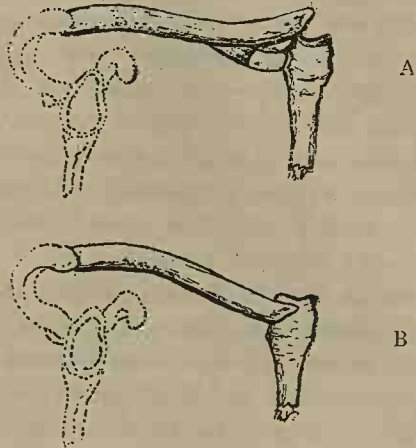


Fig. 111, 112. — A, Luxația supra-sternală, B, luxația pre-sternală a claviculei (personale).

Cu toate acestea, o lovitură puternică aplicată pe umăr dirijându-l înapoi, poate determina o luxație a extremității interne a claviculei. Câte-o-dată această extremitate se ridică puțin înainte, fără însă a-și părăsi cavitatea articulară: — dînsa constituie *luxațiunea pre-sternală*. Alte dăți se așează d'asupra sternului, încălecând pe mânerul seǖ; atunci iea numele de *luxație supra-sternală*. În fine, casul și mai grav e când această extremitate ososă se așează înapoiul sternului, formând ultima varietate de *luxație retro-sternală*.

Fig. 111, 112 reprezintă modele de aceste luxații.

Atitudinea membrului superior e aproape analogă cu fracturile claviculei. Cât pentru semnele locale, lesne vom deosebi extremitatea regulată a osului dislocat, de cea dințată saǖ ascuțită a unui fragment de fractură. Apoi sub osul luxat vom constata suprafața rotundă și regulată a cavității articulare a sternului, lucru ce nu vom găsi într'o fractură. Când luxația va fi retro-sternală atunci nu numai că deformația va fi mare, dar simptomele vor deveni foarte alarmante. În adevăr, prin faptul că extremitatea claviculei este situată în mediastin, dînsa poate să

comprime esofagul și trachea. Vom avea deci atâtea simptome din partea deglutițiunii și a inspirației, plus congestiile feței etc.

Tratamentul ca și în celelalte varietăți. Aci însă aproape la toate trebuie a împinge umărul înapoi și în afară, aplicând la rigóre chiar genuchiul între umeri. Reducerea e ușoră de multe ori; câte o dată însă devine imposibilă din cauza interpunerii fibro-cartilagiului între oșele luxate, fapt susținut cu mult talent de Sedillot și Gosselin. Dar chiar dacă reușim a obține reducerea, contențiunea devine câte-o dată enorm de dificilă, dacă nu chiar imposibilă.

§ IV. Afecțiunile inflamatorii și neoplazice ale claviculei.

Abcesele claviculei sunt rare. Ele recunosc drept cauză — afară pöte de posibilitatea supurației unui focar de fractură — periostitele și mai ales o osteoperiostită de natură tuberculosă sau consecința unei osteomielite acute.

Lucrul ce observăm mai des sunt exostosele osöse. Ele mai tot-d-a-una recunosc infecțiunea sifilitică. Este sciut că tibia și clavicula — pöte din cauza situațiunii lor superficiale — sunt cele două öse unde se desvoltă de predilecție gomele sifilitice. Ele sunt cele d'întăi, ce se explorează de chirurg pentru a afirma un sifilis terțiar.

În fine, clavicula de multe ori ne oferă surprize de o creștere repede de volum, de o tumefacție destul de mare și totul petrecându-se fără nici-o reacțiune inflamatorie. Adesea s'a cređut că e vorba de un abces rece sau gomă difusă; în realitate însă e un osteo-sarcom din cele mai clasice.

Din parte-mi cunosc un cas, unde un bolnav deja förte mult slăbit, presinta o tumefacție enormă în regiunea sterno-claviculară. Dînsa treptat a fost luată de o gomă difusă sifilitică, iar mai târziu de un sarcom. Adevărata bölă însă era un enorm abces metastatic, venit în urma unei piemii, iar acesta în urma unui colossal abces al prostatei negligeat.

Contra tuturilor acestor afecțiuni ne vom conforma după circumstanțe. Abcesele le vom deschide, fungositățile tuberculöse le vom ridica prin răđuire, iar în cazul de a constata necrose sau osteite chronice supurate mai ales în urma unei osteo-mielite, vom procede la extragere sau și la resecție. Să nu ne temem a ridica osul chiar în totalitatea lui — operație de alt-fel ușoră — căci clavicula oferă tipul unei regenerațiunii repede, grație vascularității și texturei sale spongiöse. În cazul cel mai rău, se va forma un țesut fibros așa de tare în cât înlocuesce aproape în totul însuși osul.

Artritele claviculei se observă fie pe extremitatea externă a osului — artrita acromio-claviculară, fie pe extremitatea internă — artrită sterno-claviculară. Prima n'are nimic de particular de cât că fiind în apropiere de cea scapulo-umerală se póte impune, substituindu-i-se.

Cea sterno-claviculară e mai importantă, căci dînsa e sediul de predilecție a reumatismului, blenoragiei, dar mai ales a tuberculozei. Când mersul său e progresiv, aparatul ligamentos se distruge, o subluxație se produce, iar traectele fistuloase și produsele morbide, de și în general se ridic înainte, saũ în sus către gât, dar ele pot strěbate pînă în mediastin cauzând mórtea bolnavului.

CHESTIONAR.

- Definițiunea regiunii claviculare. Caractere anatomice. Regiunile supra și sub-clavulare. Organele conținute în aceste regiuni. Importanța lor din punctul de vedere operator și clinic. Pag. 237-238
- Fractura claviculei. Considerațiuni anatomice asupra osului. Fracturi incomplete și complete. Causa pentru care fracturile claviculei se observă la copii. Observațiunea lui Wogt relativ la osificarea prematură a osului. Semnele clinice și diagnosticul. Fracturi intra-uterine. » 239-240
- Fracturi complete ale claviculei. Cause. Fracturi directe și prin presiune. Fracturi indirecte, mecanism. Fracturile indirecte de cauză musculară. Rolul diatezelor. Sediul. Influența sifilisului. Exemple. Sediul fracturilor indirecte. Fracturi prin flexiune. Opinia lui Packard și Hamilton. Fracturi prin elongație saũ îndreptarea bruscă a curburilor claviculei. Forma liniei de fractură. Deplasarea fragmentelor. » 240-245
- Divisiunea fracturilor. Clasificarea autorului. Fractuuși simultanate ale ambelor clavicule » 245-247
- Simptomele și diagnosticul. Consecințele fracturei. Observațiunile lui Malgaigne. » 247-248
- Prognosticul. Complicațiuni vasculo-nervoase. Condițiunea plexului brachial (Dessault). Stabilirea fragmentelor în plămâni și pleoră. Mórtea ministrului engles Peel. Deformațiunile consecutive fracturilor. Repede consolidare. Exemple. Lipsă de pseudo-artrosă. Causa ce se opune la menținerea reducerii fracturei. » 248-251
- Tratatamentul. Opinia autorului. Metóda de amplexațiune a lui Chassaignac. » 251-256
- Luxațiunile claviculei. Diviziune. Simptome, diagnost. și tratament » 257-261
- Afecțiuni inflamatorii și neoplasice ale claviculei. Osteite, perlostite, artrite, etc. » 261-262

CAP. VIII.

§ I. Bólele regiunei scapulei saú omoplatului.

Se înțelege prin regiunea scapulară, întregul os al omoplatului acoperit de părți moi, afară de acromion, apofisa coracoidă și cavitatea glenoidă, cari face parte integrantă din articulația scapulo-umerală. Cu totă acéastă restricțiune însă, noi vom menționa și fracturile acestor apofise de odată cu acéastă regiune. Dar mai nainte de a trece la fracturile omoplatului, să ne oprim puțin asupra celor-l'alte afecțiuni.

Bólele generale ale regiunei omoplatului nu oferă nimic de particular și nici că se observă de alt-fel așa des ca în cele-l'alte puncte ale organismului. De sigur, în regiunea scapulară se pot observa contuziuni, plăgi prin diferite instrumente, dar mai ales plăgile prin armă de foc. Dar aceste leziuni, ne imprimând aprópe nici o particularitate ce le-ar proveni din cauza regiunei, de aceia nici nu se face o descriere a parte și minuțioasă.

În grosimea regiunei omoplatului plecând de la piele putem menționa desvoltarea de furnucule și antraxe mai ales la muncitori. Aceștia pe lângă lipsa de îngrijiri igienice, își favoriséză inoculațiunea de microbii prin faptul unei continue iritațiuni, cauzată de profesiunea lor de a fi hamali, precupeți, etc., etc.

Eú am observat un antrax de o mărime extra-ordinară la o persoană de bună condiție, dar care, pentru a combate o ușóră mâncărime ce apăruse în regiunea supra-spinósă dréptă, după ce s'a scărpinat și aplicat diferite lichide iritante, între altele tinctura de iod, s'a desvoltat un antrax ce luase mărimea unui pumn. Fiind tratat prin puncte de foc profunde, după principiile stabilite în vol. II, individul s'a vindecat într'o lună de zile.

Tot în cadrul bólelor inflamatorii putem observa adevărate flegmóne primitive. Să fim însă cu atențiune când ne aflăm în fața unui abces, ca nu cum-va acesta să fie de natură secundară și în special consecutiv migrării puroiului dintr'o artrită supurată a umérului. În casul acesta putem constata pe lângă puroiú, și porțiuni denudate din omoplat, formând tot atâtea teritorii de osteite saú necroze.

Albert în clinicele sale spune, că în asemenea cazuri se întâmplă ca puroiul să înconjore de toate părțile omoplatul, care se necrozază dacă supurațiunea putredă copleșește întreaga parte din periostul sēu. Dinsul posedă doi omoplați cu desăvîrșire necrozați prin acest mecanism. Dar necroza omoplatului se mai pōte observa și în urma dezvoltării unei osteo-mielite. Ast-fel tot acest autor, spune a fi observat în serviciul lui Dittel, un cas de necrosă centrală a omoplatului prin osteo-mielită, cu formare de secuestre și cloace.

Cât privesce tumorile regiunei omoplatului, ele sunt de două feluri: benigne și maligne.

Intre cele benigne intră în prima linie lipόμεle, cari pot lua o dezvoltare forte mare, de și nu presintă nimic de special.

La ómenī cu profesiuni anumite, care-și produc dese contusiuni în această regiune, putem observa dezvoltare de burse seróse sub tegumente. Aceste burse nu numai că pot căpeta un volum destul de mare, dar se și pot inflama. In fine, tot în tumorile benigne avem fibrómele și enchondrómele. Ele, în majoritatea casurilor sunt sesile, une-orī însă le putem întilni pediculate, avēnd punctul de plecare chiar din periost. Caracterele acestor tumorī fiindu-ne destul de cunoscute din vol. II, nu vom insista mai mult asupra lor.

Tumorile maligne ale regiunei scapulare, avēnd sediul în părțile moi, se observă fórte rar și mai tot-d'auna nu sunt de cât rezultatul unor extensiuni secundare a diferitelor neoplasme din prejur. Așa, mai cu sémă în cancerul mamelei, de exemplu, cu forma descrisă de Velpeau numită în plastron sau cuirasă, adesea vedem indurațiunea tegumentelor că se întinde până înapoi pe spate, putēnd copleși tótă regiunea scapulară prin infiltrațiunea lentă și progresivă a nodulilor canceroși. Contra ei nu e nimic de făcut.

În substanța osului scapular, se pōte desvolta o altă tumoră malignă, care tocmai prin faptul că plēcă din interiorul sēu, se numesce osteo-sarcom central al omoplatului.

Acéstă tumoră, compusă din elemente mielogene (vedī vol. II, cap. Sarcom.), pōte să ia o dezvoltare enormă, deformând nu numai această regiune, dar copleșind și axila. Dînsa aduce o deformațiune consecutivă a umărului împingēndu-l în afară și în sus. O asemenea tumoră capetă o consistență fórte móle din cauza dezvoltării multor vase. Ea are un caracter dublu de malignitate. Întăiu, prin natura sa ea recidivéză nu numai in situ, dar și la distanță, în special în plămân; iar secundo, prin gravitatea operațiunei, ce s'ar cere pentru ablațiunea sa. În adevēr, ar fi vorba nu numai de o resecțiune complectă a omoplatului, dar de o ablațiune totală a membrului superior, care represintă tipul

celeî mai grave operațiunii și mutilării ce pôte suporta omul. Și dându-se că mai adesea bolnavii coprinși de această bôlă se găsesc deja slăbiți, dacă nu prin înaintarea dar cel puțin prin începutul cahexiei, recomandăm a ne abține de la or-ce intervenție. Dînsa n'ar face de cât să grăbescă desnodămîntul fatal.

În afară de aceste bôle, există o afecțiune fôrte curiosă și cu totul specială a acesteî regiuni numită :

Frecătura saũ trosnitura sub-scapulară.

Acastă bôlă constă în aceia că, în timpul mișcării umărului și omoplatului, dacă aplicăm mâna pe această regiune, simțim o frecare neobicinuită, producënd câte-odată un sgomot, ce se pôte percepe la distanță și care devine fôrte neplăcut pentru bolnav.

Frecătura sub-scapulară a fost observată pentru prima ôra de Boinet în 1869, apoi studiată de Demarquez, Terillon și Chauvel.

Patogenia acesteî afecțiunii s'a atribuit la cause și mecanisme multiple. Câte-odată frecarea se datoresce unei exostose, aparținënd fie omoplatului saũ cóstelor. Alte dăți, după cum a probat-o Galvagni din Bologne prin facerea unei autopsii, această afecțiune ar fi rezultatul unei atrofii a mușchilor supra-scapular și marele danteleũ, în urma căreia omoplatul puindu-se în contact direct cu cóstle se va freca de acestea în orï-ce mișcare a umărului, producënd fenomenele de carî vorbim.

Reproducem autopsia lui Galvagni din clinicele lui Albert.

Acest autor a găsit între mușchiul sus scapular și marele danteleũ o bursă (pungă) mucosă voluminosă. Ceî doi mușchi erau atrofiați, primul într'un ast-fel de grad într'un punct că omoplatul rămăsese gol, al II-lea de asemenea presintă în unele puncte o atrofie nu mai puțin pronunțată, așa că în acest nivel cóstlele erau de asemenea góle.

Concluziunea este că aci în afară de orï-ce îndoială sgomotul era produs prin frecarea suprafeței inegale a omoplatului de cóste.

Dar trebuie să reamintim că mecanismul acesta datorîndu-se unei atrofii musculare, procesul recunósce o diatesă tuberculósă a individului. Și ca probă este că prealabil a existat o pleuresie însoțindu-se consecutiv de o strîmtorare a toracelui, precum și de atrofia musculară. În afară de această cauză specială și specifică, noi credem că această frecare pôte fi și sub dependența unei diatese artritice, putëndu-se prin urmare observa pe indiviđi fôrte robuști și sănătoși. Insuși Albert spune că a observat-o la o persoană cu o sănătate excelentă și care producea această frecare după voință, dând nascere unui sgomot ce se audia la

distanță și de care bolnavul făcea mult haz, căci nu-î cauza nici-o suferință.

În fine, s'a atribuit această frecare dezvoltării unei burse seroase normale sau accidentale dezvoltată pe fața externă a costelului. Dar asemenea burse s'a găsit și pe omoplat. Ast-fel s'a descris o bursă seroasă la unghiul inferior aparținând marelui danteleu, alta la spina și chiar la unghiul extern al omoplatului.

Tillaux, care atribuie dezvoltarea unor asemenea burse deviațiilor rachisului, spune că a observat pe o tânăra fată atinsă de o ușoară scolioză o asemenea frecare scapulară, care era foarte îngrijitoare pentru familie.

În urma aplicării unui corset ortopedic, fenomenul a dispărut. Din simptomatologie nu avem de cât perceperea acestei frecături, când punem mâna pe regiunea omoplatului, în timpul când individul execută diferite mișcări ale membrului superior.

Dar dacă uneori totul se mărginește aci, alte dăți însă, fie din cauza exostozelor sau a bursei seroase, care transformându-se în igromă, pot aduce compresii nervoase. Ele se vor însoți de dureri, precum și atrofii musculare, dând naștere la diferite diformități ale umărului.

În general, nu e aproape nimic de făcut contra acestei afecțiuni; totuși, dacă exostozele iaă o dezvoltare prea mare sau igromele supurează, vom fi nevoiți a interveni conducându-ne după circumstanțe.

În afară de afecțiunile descrise până aci, regiunea omoplatului ne poate oferi diferite deviațiuni, ce vor fi în legătură cu deviațiile coloanei vertebrale. Ele însă nu se studiază a parte, ci odată cu acelea, fiind o consecință a lor.

Mai există însă alte diformități ale omoplatului, datorite unor anumiți mușchi ce se inserază pe dînsul, dar despre acestea vom vorbi într'un capitol special, când vom descrie paralisile de natură traumatică ale epoletului.

Fracturile omoplatului.

În fracturile omoplatului ne vom ocupa mai în detaliu de acelea ale corpului sîu. Fracturile numeroselor epifize și unghiuri, adesea sunt consecința unor leziuni mult mai grave ale umărului, precum sunt fracturile și luxațiile. Ele lasă pe un plan cu totul secundar pe acelea ale apofizelor omoplatului. Vom trece dar în revistă, enunțând mai mult următoarele fracturi:

I. Fractura unghiului inferior al omoplatului descrisă de Dessaut, dar contestată de Malgaigne, pe care o consideră ca făcînd parte din

fractura corpului omoplatului, ar avea trăsura de fractură mai mult sau mai puțin transversală, grație căreia acest unghiū inferior ar putea fi tras de marele dorsal înainte, în sus și în afară.

Acéstă fractură, de obiceiū de cauză directă, se observă în mod excepțional și în urma unei contracțiunii musculare. Există o observațiune remarcabilă a lui *Gensoul* reprodusă de toți autorii. E vorba de un individ de 48 ani, cari fiind gata să cadă înapoi se îndreptéză repede sprijinindu-se cu putere pe mâna dréptă. Dînsul, fără să fi căduť, și-a fracturat unghiul inferior al omoplatului, grație sforțării convulsive ale marelui rotund și mare dorsal.

II. Fractura unghiului superior contestată de mulți e susținută de Hamilton, producênd chiar un exemplu unde linia de fractură ia un caracter stelat.

III. Fractura spinei omoplatului e și mai mult contestată, așa că nu există nici un exemplu de o asemenea fractură izolată, fără să fie complicată de o altă fractură supra și sub spinosă.

IV. Fractura acromionului se observă mai des din cauza situațiunei sale mai superficiale. Acéstă apofisă se póte fractura prin aplicarea directă a unei lovituri pe fața sa superióră, sau prin isbirea capului umeral, care într'o cădere pe mână sau cot, isbind cu putere fața inferióră a acromionului îl póte fractura.

S'au citat chiar casurī de fractură a acesteī apofise prin smulgere, în urma unei contracțiunii violente a mușchiului deltoid.

Sediul fracturei, a cărei linie de ordinar e transversală, póte ocupa exclusiv vîrful apofisei sau corpul sêū, la o distanță de 2—3 c. m. de la vîrf și chiar punctul unde dînsa se unesce cu spina omoplatului.

Simptomele se baséză pe deplasarea fragmentelor, care une-orī aduce o deformațiune considerabilă. Imprimând diterite mișcări brațului, vom putea, exagerând deformațiunea, să simțim cu degetul linia de fractură și chiar crepitațiunea. Turburările funcționale sunt prea puțin marcate, chiar membrul fiind copleșit de o mare deformațiune.

Se citéză un cas a lui *Nelaton* cu privire la un bătrán de 75 ani, care-și conservase tóte mișcările brațului, declarând că nu simte nici o durere, de și deplasarea era considerabilă.

Diagnosticul e ușor în casurile simple, când individul e slab, și regiunea fără complicațiunii de tumefacțiū sau echimose mari; contrariū e greū a o deosebi de fractura extremităței externe a claviculei și chiar de o luxație scapulo-umerală. Dar mai greū este a o deosebi de o artrită deformantă, în care une-orī vîrful acromionului rămâne deslipit. Tratamentul e analog cu acela al fracturei claviculei.

V. *Fractura apofisei coracoide* e și mai rară și în același timp și mai

puțin descrisă, de óre-ce fractura sa izolată mai nicí-o-dată nu s'a constat. Adesea dînsa forméază un epifenomen al altor traumatisme mult mai grave a articulației scapulo-umerale.

Dar dacă acéstă fractură izolată a apofisei coracoide se observă fórte rar prin cauză directă, din pricina situațiunei sale profunde și prin urmare a imposibilităței în care se găsește trauma de a lucra direct asupra ei, nu e tot ast-fel cu fracturile indirecte. După *Lane* o violență lucrând pe brațul flexat, apofisa coracoidă se póte isbi de claviculă și să se rupă.

Weber a observat o fractură indirectă prin contracțiune musculară la o femeie, care storcea rufe; fenomenul se datoresce unei smulgeri prin acțiunea bicepsului într'o mișcare de supinațiune forțată, membrul fiind în extensiune.

Sediul fracturei apofisei coracoide, de obiceiú este la basă; câte-dată însă linia de fractură se cobórá până în cavitatea glenoidă.

Diagnosticul e fórte obscur și chiar cu totul imposibil în casurî de tumefațiunii a regiunei, de infiltrări de sânge, precum și dacă individul e viguros și prea musculos. Totuși vom căuta, prin diferite manipulari, să examinăm cu atențiune regiunea; și dacă circumstanțele ne permit putem descoperi acéstă fractură. Ea se va recunósce printr'un punct dureros fix, printr'o mobilitate anormală a unui mic fragment supraglenoidien și printr'o jenă destul de pronunțată în funcțiunile articulației scapulo-umerale, manifestată în special prin imposibilitatea individului de a ridica brațul în sus și a-și pune mâna pe cap.

Fractura cavităței glenoide a omoplatului.

După *Malgaigne* dînsa tot-d'a-una însoțesc o luxație a umărului. Caracteristica acestor fracturî este de a fi stelate și iată de ce. D-rul *Assaky* și *Faraboeuf* studiând raporturile capului umărului și a cavităței articulare, aú demonstrat că contactul capului cu cavitatea de receptiune nu este de cât *un contact pur polar*, limitat la un simplu punct.

Urméază de aci că în loviturile directe pe umăr, când capul resistă, violența se transmite într'un punct precis al cavităței glenoide, pe care o plesnesce.

De aceia vedem fractura că ia o formă stelată cu frângerî multiple, ce converg către un punct central, ast-fel precum arată fig. 113 dată de însuși *Dr. Assaky*.

Câte-o-dată acéstă fractură în loc să fie centrală, ocupă numai marginile cavităței glenoide, iar când linia de fractură se află în afară

de cavitatea glenoidă, ocupând baza sa, ia numele de fractura colului său gâtului chirurgical al cavității glenoide.

Fractura cavității glenoide e aproape imposibil de diagnosticat. Dînsa mai mult se bănuiesce de cât se afirmă. Ast-fel, dacă într'o luxație



Fig. 113. — Fractură stelată a cavității glenoide (Prof. Dr. Assaky).

scapulo-umerală, după ce am redus-o dînsa se reproduce repede; dacă capul umărului devine foarte prominent înainte și dacă în fine executând diferite mișcări membrului, constatăm o crepitațiune sgomotósă, putem bănui o fractură a cavității glenoide a omoplatului.

Dar pentru a se pricepe mai bine mecanismul acestei fracturî, reproduc în tocmai raportul d-lui Prof. Faraboeuf făcut la soc. de chirurgie din Paris în 1886, asupra experiențelor d-lui Dr. Assaky, întreprinse în această chestiune.

R A P O R T

asupra unei lucrări a d-lui G. Assaky, intitulată: Studiū experimental asupra fracturilor cavității glenoide a omoplatului.

Raportul d-lui Faraboeuf.

Domnilor, această lucrare este foarte scurtă, de óre-ce conține în două pagini desvoltări și conclusiuni. Numerosul material care a servit a o forma, a fost pus sub ochi de raportorul d-vóstră și monstre de alegere vi se vor presenta.

Observați mai întâi pe acest omoplat adult și uscat, că în mijlocul cavității glenoide se ridică un platoșă proeminent aprópe de un m.m. și larg ca vârful degetului. Acest platoșă de ordinar se arată în stare próspătă printr'o pată galbenă, datorită subțimeii și transparenței relative a cartilagiului articular. (Fig 114)

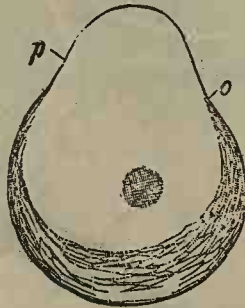


Fig. 114. — Cavitătea glenoidă a omoplatului; pată corespondentă cu tuberculul os subiacent cartilagiului. Partea inferioară a cavității este mărginită și ca copleșită de fibrele sprincenei glenoidiene.

Acésta a făcut pe d-l Assaky să se întrebe dacă centrul cavității glenoide nu era supus la o ostenelă specială, dacă presiunea capului umeral nu era mult mai forte aci ca la periferie.

Pentru a răspunde la acésta chestiune d. Assaky a comprimat o lamă de cêră albastră între cavitătea glenoidă și capul umeral.

Resultatul iată-l: este un menisc convex pe fața sa glenoidienă, concav pe fața sa umerală, mai subțire la centru, unde se vede transparent aprópe perforat (ar fi fost, dacă presiunea ar fi fost dusă la extrem), de cât aprópe de marginea sa, care este perfect opacă și a cărei grosime trece de un m. m. (Fig. 115).

Suntem decî autorisați a conchide, că în articulația scapulo-umerală contactul cartilagos, fără interpunere de sinovie, nu este general, dar justa-central pentru glena scapulară și polară pentru sfera umerală. Acest lucru m'a frapat mult și îmi propun de a examina ulterior, dacă nu va putea deveni punctul de plecare al enunțului unei legi generale, caracterisând construcțiunea enartroselor și a condililor.

Dar punctul de contact perfect, acela unde prin urmare trebuie să se exercite presiunea maximă a umărului pe scapulum nu variază ea după atitudinea brațului? Fără contradicere.

Dl. Assaky a studiat principal trei atitudini: 1) brațul în lungimea

corpului, 2) brațul pus orizontal înainte în atitudinea de amenițare, 3) brațul pus oblic înapoi, poziție de pas gimnastic.

Cele trei meniscuri de ceară iată ce arată: 1) că dacă brațul este atârnat, contact absolut saū polar și prin urmare presiunea maximă are loc în centru saū de desubtul centrului cavităței; 2) că dacă brațul este dirijat înainte, contactul polar se deplasează înainte; 3) că de asemenea el se duce înapoi, când brațul este lăsat în acest din urmă cas.

Se pôte ușor ghici, că o lovitură violentă primită pe capul umărului și transmisă prin el la cavitătea scapulară, va da loc la linii de fractură glenoidienă diferite după atitudinea umărului.

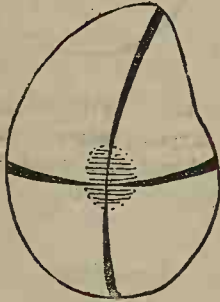


Fig. 115. — Lamă de ceară comprimată între capul umeral și cavitătea glenoidă a omoplatului. Cele două linii diametrale indică prin lărgimea lor crescândă, plecând din punctul de presiune maxim, grosimea de asemenea crescândă a meniscului concav-convex obținut prin compresiunea cerei, brațul fiind atârând.



Fig. 116. Fractura cavităței glenoide drepte, produsă print'o lovitură pe capul umărului atârând. Contact polar central.

D-l Assaky, prin ajutorul unui umăr metalic, al cărui cap servia de intermediar puternic între nicovală (glenă fragilă) și ciocan, a produs un mare număr de fracturi, cari pentru cele trei atitudini arătate mai sus, se așează regulat în următoarele trei tipuri.

Șocul transversal asupra capului umeral, atârând în jos, dă o linie de fractură ascendentă, care plcă din punctul de contact absolut, aprópe de centru și ajunge înaintea vârfului glenoidian. (Fig. 116.)

Șocul transversal pe capul umărului dirijat înainte, dă o fractură stelată, două mari ramuri se duc înainte, principala în sus, cea-l'altă în jos; o mică tăietură la centrul glenoidien. (Fig. 117). Nucleul stelei corespunde la presiunea maximă precentrală.

În fine, șocul transversal pe capul umărului dus înapoi, dă o linie ascendentă, care pleacă din punctul presiunii maxime retrocentral și se ridică înapoi la vârful glenoidien. (Fig. 118.)



Fig. 117. — Fractura cavității glenoide drepte produsă printr'o lovitură pe capul umărului dirijat înainte. Contact polar precentral.



Fig. 118. — Fractura cavității glenoide drepte, produsă printr'o lovitură pe capul umărului, cotul înapoi. Contact polar retrocentral.

D-l Assaky n'a pus omoplatul într'un clește (étai), el a operat asupra osului alipit la cadavru prin legăturile sale naturale.

El a vădit tot-d'auna că violențele fereau partea inferioară a cavității glenoide.

S'a produs adesea fracturi sau pleznituri subcartilaginose, fără soluție de continuitate a cartilajului glenoidien.

Iată piesele și fotografiile demonstrative.

Concluziunile raportului d-vastră sunt:

1) Inserțiunea scurtului memoriu a d-lui Assaky în urma acestui raport.

2) Mulțumirile autorului.

Studiu experimental asupra fracturilor cavității glenoide a omoplatului.

de Dr. G. Assaky, ajutor de anatomie.

În articulațiunea epoletului, capul umărului s'a ținut exact aplicat la suprafața glenoidă, prin acțiunea combinată a presiunii atmosferice și a tonicității musculare. As-fel suprafețele articulare sunt dispuse în așa mod, că presiunea, pe care o exercită capul umeral pe cavitatea

sa de recepțiune, nu este uniform împărțită. Există de alt-fel în orice cas, chiar când umărul se deplasază, săi că articulațiunea se găsește în stare de repaus, o regiune particulară, o zonă circulară, unde contactul este mai perfect, presiunea mai forte, frecarea mai pronunțată; această «zonă de contact perfect» este largă de aproape un centimetru. Mai mult, toate punctele acestei zone mici și rotunde nu sunt supuse la o presiune egală. Acesta se mărește pe măsură ce se apropie de centrul zonei, și în definitiv în acest punct central vine a se concentra presiunea exercitată de capul articular pe fața glenoidienă.

Punctul de presiune maxim ocupă un loc precis, tot-d'a-una același pentru o pozițiune anumită a umărului. El se schimbă când umărul își schimbă pozițiunea. Situațiunea acestui punct este deci comandată prin atitudinea umărului.

Acest punct de presiune maximă, fiziologic, jăcă un rol important în fracturile cavităței glenoide, mai ales în fracturile de cauză indirectă, cari rezultă mai ales din acțiunea unei violențe transmise la cavitate prin intermediul capului umeral rămas intact.

Cercetările experimentale întreprinse pe cadavru ne demonștră:

1) Că în aceste fracturi indirecte forma fracturei este în raport constant cu situațiunea umărului.

2) Că linia de fractură simplă or multiplă este în tot-d'auna în raport prin una din extremitățile sale cu punctul de presiune maximă fiziologic.

3) Că există în cavitatea glenoidă o regiune, pe care nu o traversează nici o dată liniile de fractură. Acestă regiune ocupă partea inferiără a cavităței; ea este susținută prin bordul axilar al omoplatului și este remarcabil prin soliditatea și textura sa.

4) Că acoperișul cartilagos al suprafeței glenoidiene pôte transmite planului osos sub-jacent o violență suficientă, pentru a determina o fractură prin plesnire, fără ca să lase cartilagiului vre-o urmă, vre-o soluție de continuitate, care să indice ruptura sub-jacentă.

Fractura gâtului chirurgical al omoplatului.

Se observă în traumatisme directe. În special însă după cum a arătat Faraboeuf lovitura trebuie să se aplice de dinapoï înainte, adică să aibă o direcțiune postero-anteriără. În momentul accidentului se mai cere ca brațul să fie în adducție și rotație externă, pentru a se putea produce fractura gâtului omoplatului. S'a mai observat această fractură și prin cauze

indirecte, ca într'o cădere pe cot sau mână ; precum și prin smulgere ca într'o contracțiune violentă a mușchiului coraco-brachial. Ast-fel s'a întâmplat la o fată de 16 ani, în momentul când voia să arunce un fular împrejurul gâtului. Sediul acestei fracturi une-oră ocupă exact limitele gâtului chirurgical. Aceste limite date de *Gürtl* sunt : o linie fictivă, care pleacă de la scobitura coracoidienă, trece alături de marginea externă concavă a spinei scapulare și se termină dedesubtul tuberculului sub glenoidien. În acest cas, fragmentul deslipit coprinde întreaga cavitate glenoidă precum și apofisa coracoidă și chiar o porțiune din partea superioară adjacentă a omoplatului. Dar alte dăți, această linie de fractură este mult mai restrânsă și mai neregulată. În orice caz, producerea sa cerând intervențiunea unor traumatisme mari, ea se va însoți de stricăciuni considerabile a părților moi, revărsări abundente de sânge, rupeți ligamentóse, etc.



Fig. 119. — Fractura gâtului chirurgical al omoplatului.

Acastă fractură se confundă cu luxația scapulo-umerală. Se va deosebi însă prin semnele clasice ce vom arăta și în special prin descoperirea unei suprafețe aspre, neregulate, ce nu va avea nici o asemănare cu cavitatea glenoidă. Mai avem încă existența unei crepitațiuni destul de manifeste, ce vom percepe prin diferite manipulări imprimare membrului, și care nici-o-dată nu lipsese.

Fig. 119 luată din *Le Dentu* ne arată un model de o fractură a colului chirurgical al omoplatului.

Fracturile colului anatomic al omoplatului.

Se numește col anatomic al omoplatului porțiunea strangulată a acestui os, pe care se rezemă cavitatea glenoidă și în jurul căreia se inserază buretele glenoidien. Fractura sa izolată este excesiv de rară; mai adesea dînsa însoțește o luxație scapulo-umerală. Diagnosticul e foarte obscur, confundându-se cu o luxație sub-glenoidienă.

Recapitulare. Simptomele tuturilor acestor fracturi a diferitelor scosături și porțiuni osoase ale omoplatului, constau în deformațiunea umărului. Dînsa va fi mai mult sau mai puțin pronunțată, după epifiza ce ocupă și întinderea ei. Dându-se că mai toate recunosc un traumatism violent, primul lucru ce vom observa, va fi o largă echimosă și micșorarea, dacă nu abolirea funcțiilor membrului. Constatarea fragmentelor și a crepitațiunilor de multe ori nu e posibilă, mai ales în fracturile acromionului din cauza grosimei periostului și a tumefacțiunei regiunei. Cu atât mai puțin aceste fenomene vor fi manifeste în fracturile apofisei coracoide, acest os fiind scurt și foarte profund situat. Vom recurge deci la imprimarea mișcărilor pasive, variate și multiple ce vom imprina umărului. Prin analogie și examen minuțios, vom putea stabili un diagnostic basăși mai mult pe probabilități de cât pe siguranță.

Astăzi cu ajutorul radiografiei suntem siguri că diagnosticul va deveni mult mai ușor.

Tratamentul lor va consta în reducerea fracturei, în corecțiunea diformității umărului și menținerea coaptărei prin bandaj inamovibil gipsat.

Fracturile corpului osului scapular.

Aceste fracturi se observă rar. Causa stă în prezența meselor musculare cari proteg osul destul de bine, a arcurilor costale elastice, și a mobilităței sale, grație căreia el nu se lasă a fi ușor prins de violențele exterioare. Cu toate acestea, aplicarea directă a unei violențe externe, sau căderea pe spate pe un corp dur, sau trecerea unei trăsuri, poate determina o fractură a omoplatului.

În afară de aceste cauze, mai avem plăgile prin armă de foc, ce se observă mai ales în timp de război, producând devastări mari. Tillaux spune, că în timpul războiului franco-german a văzut un soldat ce a tratat în ambulanța sa de la Sedan, al cărui omoplat fusese cu desăvîrșire ridicat prin spargerea unui obus și care cu toate acestea s'a vindecat.

Fracturile indirecte sunt aprópe necunoscute, iar cele prin contractiunea musculară cu totul rare. După Gürtl s'ar observa mai des la copii. *Michon* a arătat o fractură a fosei sub-spinóse, la un copil, care a fost ruptă prin contractiunea marelui rond și a marelui dorsal.

Aceste fracturí pot să fie transversale, oblice sau multiple ori cominutive.

Fracturile transversale ocupă în general adincătura sub-spinósa, mergënd de la marginea axilară către cea spinală. Prin excepțiune *Malgaigne* a arătat o piesă de fractură transversală dublă a regiunii sub-spinóse.

Fracturile oblice se caracterisă prin trăsura lor, care taie corpul omoplatului, mergënd de la marginea axilară în jos și înapoi către cea spinală.

Fracturile multiple numite cominutive sau stelate sunt fórté variabile și scapă ori-cărei descrițiuni. De obicei sunt rezultatul plăgilor prin arme de foc.

Ele ocupă în general regiunea sub-spinósa. Une-ori fractura atinge numai partea centrală sau subțire a tablei osului, lăsând intacte cele două mărgini; alte dăți și acestea se găsesc rupte.

De ordinar însă, marginea internă scapă de fractură fiind grósă și mai ascunsă, pe când cea externă fiind mai subțire și mai expusă mai tot-d'a-una e ruptă.

Se mai admite încă și fracturí verticale ale omoplatului întindându-se de la regiunea supra-spinósa în jos, spintecând și spina omoplatului. Dar o descriere specială nu există. Gürtl e singurul care a dat o piesă de acéstă natură.

Simptomele acestor fracturí nu sunt constante. În adevăr, dacă une-ori fragmentele fracturei suferă o deplasare, fiind tras în special fragmentul inferior înainte, în afară și în sus de contractiunile musculare, alte dăți însă nu se observă nici-o deplasare.

Tot același lucru vom spune de crepitațiune. Ea va fi fórté greu de perceput, cu tóte mișcările multiple și variate ce vom imprima umărului. Individul însă ne fiind prea gros și musculos, putem descoperi crepitatea și existența fragmentelor. În ori-ce cas ne rămâne un semn de óre-care valóre și anume, durerea fixă într'un anume punct și greutatea dacă nu chiar imposibilitatea din partea individului de a executa mișcări umărului înainte și în sus.

În fracturile grave, pe lângă leziunile articulației scapulo-umerale, mai putem constata prezența unui emfism în nivelul și în jurul focarului. Acesta va fi un semn al perforării cavității toracice.

Ca semn patognomic în aceste fracturí reproducem următoarea

frasă a lui Jarjavay: e tot-d'a-una imposibil bolnavului de a întinde brațul orizontal înainte și de a-l ține în această pozițiune. Dificultatea provine din suferința ocazionată de contracțiunea mușchilor supra-spinoși, sub-spinoși și sub-scapulari.

Pentru constatarea celorlalte semne vom recurge la toate pozițiunile imaginabile ce vom putea înprima membrului superior, spre a descoperi încălecarea fragmentelor precum și crepitațiunea. Vom fi cu luare aminte asupra acestui din urmă semn, spre a nu-l confunda cu crepitațiunea sanguină, cu aceia a frecărei tendónelor pe articulație și în fine cu aceia a fracturilor còstei, sau cu trosnitura subscapulară despre care am vorbit.

Tratamentul. Constă în fracturile necomplicate în a obține reducerea și a asigura coaptația prin diferite bandaje apropiate, preferindu-se cele în gips. Iar pentru fracturile complicate e de preferat a nu închide focarul, ci a aștepta înconjurați de toate precauțiunile antiseptice pentru a combate orî-ce complicațiune s'ar ivi. Vom procede la momentul oportun la extragerea eschilelor atât primitive cât și secundare.

CHESTIONAR.

Definiția regiunii scapulare. Furuncule, antrax și abcese. Necroza omoplatului. Tumori	Pag. 262-265
Frecătura sau trosnitura scapulo-umerală. Istoric. Patogenie: exostosa, atrofia musculară (Galvagni). Pungă seroasă. Simptome . . .	» 265-266
Fracturile omoplatului. Dividiune. Fracturile cavităței glenoide. Opinia și experiențele d-lui Assaky	» 266-272
Fractura gâtului chirurgical al omoplatului. Mecanism. Divisiune. Fracturile colului anatomic și al corpului omoplatului. Mecanism, dividiuni.	» 273-275

Bólele epoletului (umăr).

Epoletul saŭ umărul forméază acea regiune rotundă și regulată, care resultă din articulațiunea scapulo-umerală, acoperită de tegumente și părțile moî subjacente.

În acest capitol leziunile cele mai importante ni le oferă fractura extremităței superioare a umărului, care intră în capsula articulară, precum și luxațiunea cu acelaș nume.

Înainte însă de a descri aceste leziuni, să ne ocupăm întâi de traumatismele epoletului.

§ I. Leziunile traumatice ale epoletului.

Traumatismele epoletului sunt destul de frecvente. Importanța lor mai cu sémă în contusiuî, constă în aceea, că regiunea fiind provédută de vase numeroșe, iar pielea mobilă și țesutul celular fórté lax, oferă tóte condițiile favorabile desvóltărei unui ematom și difuziunei síngelui chiar până la regiunea cotului. Coaguliî ce resultă din emoragie sunt câte-odată așa de numeroși, în cât prin crepitațiunea lor — de alt-fel fórté fină și superficială — pot fi punctul de plecare al unei erori de diagnostic, cređendu-se la o fractură a colului anatomic saŭ chirurgical al apofisei coracoide, acromiale, etc. Cele-l'alte plăgi contuse, prin armă de foc saŭ sdrobire sunt proprii ca în orí-ce articulație. Plăgile prin instrument tăios însă pot oferi o depártare fórté mare a buzelor lor, dacă mai ales intereséază mușchiul deltoid în sens transversal. Ceia ce dă o particularitate specială traumatismului epoletului este, pe de o parte leșiunea nervului circonflex, care se află aplicat direct pe umăr la nivelul colului chirurgical, iar pe de alta posibilitatea ruperei bursei seróse, care se află la fața posterióră a deltoidului. În cazul I vom avea paralisia și atrofia mușchiului deltoid, iar în al II-lea, afecțiunea particulară, numită periartrita scapulo-umerală. Despre ambele vom vorbi mai târđi.

Diagnosticul acestor leziuni traumatice nu oferă nici o dificultate. Cu tóte acestea, în unele casuri putem să ne isbim de următóarele doué

chestiuni și anume: dacă o plagă, fie prin instrument înțepător, tăios sau armă de foc, străbate în articulație sau nu. Cu alte cuvinte, dacă e penetrantă or ne penetrantă. Numai prin singurul fapt de scurgerea prin buzele plăgei a unui lichid viscos și filant, care ne-ar arăta caracterele sinoviei, putem fi afirmativi, de și chiar în asemenea cazuri încă putem fi la îndoială, lichidul putând proveni dintr'o bursă seroasă ce s'ar asemăna cu acela din articulație. De sigur vom fi foarte scrupuloși înainte de a ne pronunța; vom lua în considerație nu numai examenul clinic și chimic al lichidului, dar și direcțiunea plăgei. E mai bine a rămâne în îndoială de cât a căuta să ne convingem prin explorațiunii intempestive. Prin ele putem transforma o plagă simplă în plagă penetrantă.

Se mai întâmplă iarăși că o plagă a epoletului să se complice de un emfiseu sub-cutanat. Acesta ar indica o perforațiune a pleurei pulmonare. În afară însă de direcțiunea plăgei, vom lua în considerație, că într'o plagă simplă emfiseumul e foarte limitat, pe când în cea penetrantă a toracelui cu totul întins.

Tratamentul traumatismelor epoletului variază după felul leziunii. În contuziuni, or-care ar fi epanșamentul sanguin putem, puind membrul în imobilitate sau aplicarea unui masaj ușor, să obținem vindecarea bolnavului. În plăgile prin instrument tăetor vom căuta a obține reunitărea prin prima intenție, iar în cele prin zdrobire și armă de foc complicate de fracturi sau deschiderea articulației, vom usa de pansamente antiseptice, rămânând ca la timpul oportun să scotem corpui străini sau eschilele. Vom recurge la nevoe, mai târziu, la resecție, sau în cazuri desesperate la desarticulația umărului.

§ II. Afecțiunile inflamatorii ale articulației scapulo-umerale.

Cele mai importante dintre artritile umărului, atât din punctul de vedere clinic, precum și anatomo-patologic, este fără îndoială, *artrita tuberculoasă sau tumora albă* numită și *scapulargie*.

Este adevărat că mai putem întâlni și alte feluri de artrite, fiind sub dependența reumatismului, a blenoragiei, a sifilisului, a unor leziuni nervoase, etc., etc., dar preponderanța celei d'întâi e așa de mare, că nu se descrie de cât d'nsa; cele-alte se menționează cu ocazia diagnosticului diferențial.

Articulația umărului este provădută de o mobilitate excesivă, puțând executa cele mai întinse mișcări. D'nsa însă e destul de superficial situată, pentru a fi des expusă diverselor traumatisme. Cu toate acestea d'nsa e cea mai rar atinsă de tuberculoasă. Crocș într'o sta-

tistică de 164 cazuri de tumori albe în general, abia a găsit trei pentru articulația scapulo-umerală.

Bonnet credea că acesta provine din cauză că sinoviala articulației nu e căptușită de un țesut celulo-adipos abundent. Alții susțin că suprafața cavității glenoide, fiind foarte mică în raport cu capul umeral, frecările provenite din multiplele mișcări ale articulației sunt foarte mici. Ast-fel fiind, micro-traumatismele lipsind, nu oferă bacilului ocasiunea favorabilă a se desvolta.

În fine, s'a invocat și faptul, că articulația umărului nu suportă greutatea corpului ca aceea a genuchiului și nici nu e supusă la violențe așa de frecvente ca dînsa. Pentru aceste cuvinte, încă o dată repetăm, tumora albă a articulației scapulo-umerală e foarte rară și în ori-ce cas nu se observă de cât la adult

Or-cum ar fi, chestiunea importantă este de a se ști de unde începe această tuberculoasă?

Aci, ca și pentru cele-lalte tumori albe, nu pot fi de cât două origini: una sinovială și alta ososă.

Unii admit încă și posibilitatea unei coplesiri secundare a articulației în urma dezvoltării produselor de grăunțe risiforme în punga seroasă sub-deltoidienă. Natura fiind demonstrată ca infecțioasă, ele pot, perforând această pungă, să străbată în articulație și s'o infecteze prin inoculație secundară.

Ceia-ce însă este sigur, mai cu seamă în urma neobositelor cercetări ale lui Ollier, este că tuberculoasa articulară în imensa majoritate a casurilor e de origine ososă.

Punctul de plecare se găsește în epifisă, iar nu în diafiza osului. Și fapt și mai important este, că leziunea inițială începe pe gâtul anatomic, în punctul unde sinoviala se reflectează și în special în șghiabul care separă marele trochanter de capul umeral, adică la partea superioară și externă a șghiabului bicipital.

După cum vedem, localizarea primitivă a tuberculoasei este extra-articulară și numai târziu dînsa devine intra-articulară.

Pentru ce acest lucru? Explicația n'am găsit-o. E probabil că după cum mai sus am arătat, frecările articulare nu se produc între epifisă și cavitatea glenoidă, ci în afara ei. Dar acesta n'ar forma o probă convingătoare. E posibil că în dreptul șghiabului bicipital format de marea tuberositate a umărului, țesutul e mai spongios; și după cum vom vedea la osteo-mielita tibiei, bacilul tuberculoasei tocmă acest lucru îi convine pentru dezvoltarea sa. Lui nu-i place țesuturi cu o vitalitate prea mare, precum e punctul de unire între diafisă și epifisă; acesta e locul favorit al stafilococului; dar nu-i place nici țesuturi cu o vitalitate săracă precum sunt diafizele oșe-

lor lungi, al cărui țesut compact și condensat e sediul de predilecție al sifilisului; bacilul tuberculozei, preferă epifizele oșelor, căci acolo vitalitatea este intermediară între cartilagiul de conjugare și diafisă; acolo el se desvoltă mai în liniște și pululează după voința sa.

Dar de ce acum, chiar în cazul când constatăm în interiorul articulației prezența de liquid ori fongosități, totuși capul articular nu e atins? Albert, credem că a dat adevărata explicațiune acestui fenomen prin următoarea experiență:

Dacă injectăm în articulație o masă liquidă capabilă a se întări precum de ex.: gips, rezină sau un aliaj metalic ce s'ar topi la o temperatură puțin ridicată, atunci disecând articulația și resecând capsula, vom avea o mulă fidelă, arătându-ne raporturile părților constitutive ale articulației.

Nu ne oprim pentru moment asupra dispozițiunei fundurilor de sac ale sinovialei, căci le vom arăta mai târziu.

Vom insista însă asupra acestui fapt important că capul umărului e separat de cavitatea articulară printr'un strat de masă injectată având grosimea de cel puțin un c. m. De aci rezultă, că în prima perioadă a tumorei albe, ce tot-d'a-una se însoțesc de o exudațiune, capul umărului depărtându-se de cavitatea glenoidă, frecări între aceste două oșe nu se produc, și deci bacilul n'are ocaziunea a se desvolta cu înlesnire.

Mai conchidem iarăși, că presupunând o tuberculosă inițială a capului umeral, dînsa nu se transmite cavităței glenoide, grație tocmai separării suprafețelor lor prin interpunerea acestui lichid. Și probă este că mai nici-o dată simultaneu nu găsim ambele oșe tuberculisate, ci individual, afară bine înțeles de casuri înveterate unde totul e copleșit și distrus.

Anatomia patologică. Forma cea mai ușoară de tuberculosă osoasă este când depositul neoplasic e quasi sub periostic; dar acesta e cu totul rar. De obicei leziunile sunt centrale. Și dacă în majoritatea casurilor leziunea ni se presintă printr'un unic focar, alte dăți ele sunt multiple putend produce o adevărată ciurială a osului.

S'au descris două forme clasice de tuberculosă: una numită de Volkmann *Caries sicca* și alta numită de König *Caries carnea*.

Iactă cum descrie Volkmann caria uscată. În locul unui țesut de granulațiune proliferant, roșu închis sau edematos, tremurător, pe care-l întâlnim de ordinar aducend o destrucțiune a oșelor subjacente, vedem un strat puțin gros, de un țesut foarte puțin bogat în vase și aproape cartilagos, aderând foarte mult cu țesutul osos. Ceia ce e mai ales caracteristic în caria uscată este, că foarte de vreme cavitatea articulară se astupă de un țesut de granulațiune puțin abundent și uscat. Dînsul

plécă de la sinovială, se lătește între suprafețele osóse și le face să adere între ele. Procesul e cu totul local; îngroșerile lardacee și osteofitele lipsesc cu desevírșire. Atrofia osului și deformațiunile articulației sunt adevărata caracteristică a acestei afecțiuni. Nu există nici supurație, nici febră; durerile spontanate sunt de asemenea rare. Individul pare că se găsește într'o stare de sănătate din cea mai înfloritoare.

Caria cărnoasă a lui König e cu totul opusă celei-l'alte. Aci e vorba de o tuberculóasă difusă, unde întregul cap umeral e așa de ramolit, că nu mai rămâne din el de cât o cójă osóasă plină de o masă móle.

Aceste leziuni repede copleșesc și diafisa osului, unde produc aceleași devastări. Întreg cilindrul medular al umérului se póte transforma într'o masă roșie, opacă, formată din țesut conjunctiv tânăr și seménat de un mare număr de tuberculi miliari. In aceste condițiuni, o simplă presiune cu degetele pe os face să exprime și să goléscă tot canalul medular. E vorba decí de o osteomielită difusă, de o adevărată granulie medulară.

Cât privește tuberculosa sinovială, dinsa presintă aceleași forme ca și aceia a genuchiului, unde se găsește pe larg descrisă.

O dată ce fongositățile s'aú dezvoltat, ele progreséză repede, umple întréga cavitate articulară, deforméză regiunea și imprimă membrului o anume atitudine, asupra căreia vom reveni.

Intr'o periódă mai înaintată, aceste fongosități își creiază un drum în afară de articulație, eșind prin anumite puncte ce-í oferă fundurile de sac sinoviale, iar apoi se infiltreză prin părțile moi de prin prejur și mușchii regiunii, avénd în special predilecțiune pentru deltoid.

Simptomele. Inceputul unei tumori albe a umérului e fótte capricios. In adevăr, sunt bolnavi carí nu încercă de cât óre-care jenă în mișcări, ce repede dispore, puind membrul în repaus. La alți din contra, bóla se anunță prin dureri, une-orí cu caracter nevralgic, alte-orí persistent. La unii pare a se micșora durerile prin mișcări, la alții din contra. La unii durerile sunt mai vii nóptea, la alții ziua. Unii caută a-și da diferite atitudini membrului, pe când la alții nimic nu reușese; ei sunt apucați de dureri brusce, quasi spasmodice.

In acéstă periódă, bolnavul orí-ce mișcare execută, e făcută cu cea mai mare precauțiune, pentru a evita atingerile saú loviturile.

Atitudinea membrului la începutul bólei, adică în periódă exudativă este cu totul clasică. Ea constă într'o ușoră flexiune însoțită de o forte abducție și pronație, brațul fiind împins înainte și în afară. Numai în acéstă poziție, după experiențele lui Bonnet sinoviala articulară e mai relaxată.

În a doua perioadă de confirmare a bôlei primul lucru ce observăm este o deformațiune manifestă a regiunii epoletului.

Nimic din adîncăturile și scosăturile normale nu se mai păstrează. Totul este schimbat, totul transformat în'o umflătură de alt-fel regulată, afară numai de unele ridicături mai mult sau mai puțin pronunțate, datorite presiunii fongosităților. În opoziție cu această deformațiune avem o atrofié fôrte mare a brațului, care dă un aspect și mai bizar umflăturii umerale, făcînd să ia forma unei măciuci sau a unui jigo.

În fine, în ultima perioadă, care este cea de supurație, traectele fistuloase multiple și divers situate, dau naștere la ieșire de puroi sau de fongosități ușor sîngerînde. Ele nu întădie a provoca o adevărată cașxie a individului.

Examinînd bolnavul prin palpație, constatăm în prima perioadă dureri în anumite puncte, în special pe fața externă și superiôră a epifisei și anume pe marele trohanter.

Cînd avem a face cu o sinovită fongosă, sediurile acestor dureri vor corespunde cu fundurile de sac sinoviale.

Există doué prelungiri constante ale sinovialei articulare, ce forméză doué funduri de sac. Una care însoțesce și învelesce ca într'un manșon tendonul bicepsului în șghiabul sêu, coborîndu-se până în nivelul tendonului marelui pectoral. A doua prelungire se află aședată sub tendonul sub-scapularului, în momentul trecerei sale pe sub fața concavă a apofisei coracoide, unde forméză une-orî o pungă sau bursă serosă a acestui mușchiu. Decî, fongositățile în aceste direcțiuni vor proemina, și tot aci se vor deschide traectele fistuloase, adică pe fața anterioră a capului umeral sub apofisa coracoidă, până în șghiabul pectoro-deltoidien și în scobitura sub-scapulară sau mai precis în peretele intern al axilei. În casuri vechi și excepționale, traectele fistuloase pot ocupa șghiabul de torsione al umêrului mergînd până la cot precum și fosa supra-spinosă. S'aũ vêdut casuri în cari traectele aũ perforat un spațiu intercostal, dând naștere unui empiem. Dar cînd constatăm asemenea lucruri, să fim siguri că capsula articulară e deja ruptă.

E de prisos socotesc, a insista asupra impotenței funcționale a umêrului. Individul nu e capabil a executa de cât mișcări fôrte limitate, mărginite și acestea în abducție ușoră. Mișcările de propulsiune înainte și aședarea mânei bolnave pe umêrul sănătos sau pe cap, nici nu trebuiesc încercate, fiind imposibile.

Un semn iarăși important în această tumoră albă, este că în perioadă inițială membrul pare mai lung. Dar această lungire este aparentă, datorindu-se depărtării capului umeral de cavitatea glenoidă prin acțiunea lichidelor exudate sau prezența fongosităților.

În perioada ultimă observăm din contra o scurtare. Dar și dinșa este tot aparentă. În această ultimă fază, atitudinea membrului descrisă în perioada inițială se schimbă, grație contracturii marelui pectoral. El tinde a lipi brațul de trunchiul puindu-l ast-fel într'o adducție forțată. Dar tot acum cei-l'alți mușchi intră în degenerescență și contracturi. Ast-fel trapezul intervine; el ridicând umărul împreună cu omoplatul dă aparența membrului de a fi foarte scurt.

Cu toate acestea, există în realitate lungimi și scurtări. Ele însă se observă numai la copii.

În adevăr, după cercetările lui Ollier, creșterea umărului e confiată cartilagiului de conjugățiune aflat în extremitatea sa superioară. Când dar în perioada inițială a tumorei albe, se va produce o iritațiune a acestor cartilaje, va rezulta o lungime reală a membrului, precum de a-



Fig. 120. — Osteo-mielită a extremității superioare a mușchiului stâng.

semenea în perioada ultimă, aceste cartilaje fiind distruse, membrul va rămâne mai scurt ca congenerul său.

În fine, ca ultim semn al acestei afecțiuni, să nu uităm explorarea ganglionilor.

Adenopatia axilară este un tovarăș fidel al tumorei albe. S'a constatat chiar și prinderea ganglionilor intra-toracici.

Diagnosticul. Fôrte adesea tumora albă se impune de la sine. La indiviđi prea tineri însă, am putea să ne gândim la posibilitatea unei osteo-mielite. Dar aci în afară că, leziunea este justa epifisară, deci în afară de articulație care rămâne liberă, ne vin în ajutor fenomenele generale, cari sunt de o intensitate fôrte mare. În plus vom avea o tumefacție a întregului os umeral, sêmănând cu un flegmon difus, ce de alt-fel se și termină printr'un abces intra-medular. Casul devine fôrte dificil în osteo-mielita prelungită, prin sediul traectelor fistuloase periar ticulare și măi ales când procesul mielitic a făcut invasie în interiorul articulației. Dar și aci, printr'o anchetă scrupulosă a evoluțiunei bólei și măi ales din antecedentele ereditare și personale ale bolnavului, prin explorarea minuțiosă a regiunii prin descoperirea sequestrelor și caracterul supurațiunei, vom ajunge la diferențierea diagnosticului.

Dañ aci în fig. 120 un model de osteo-mielită a umărului unde se vede în mod clar sediul leziunei care este extra-articular, însoțindu-se și

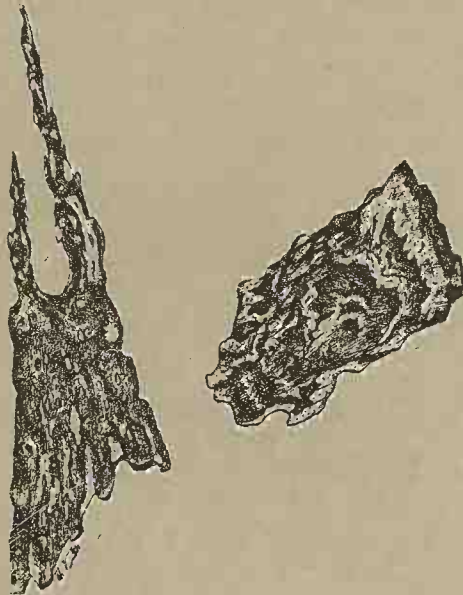


Fig. 121. — Sequestre osóse de osteo-mielită a umărului.

de o tumefacție generală a întregului os. În mijlocul acestor devastări mișcările articulației erau cu totul libere. Subiectul în chestiune este un copil de 12 ani numit Vasile Droveanof din Rusciuc care a intrat în Sanatoriul meu.

La 20 Aprilie 98 l'am operat scoțând sequestrul reprezentat în fig. 121.

Artrita reumatismală acută, iarăși va fi ușor de a nu o confunda cu o tumoră albă, grație fenomenelor generale, antecedentelor bolnavului și faptului caracteristic de poli-artrită în loc de monoartrită, precum și leziuni din partea cordului, etc. etc.

Artrita reumatismală cronică se va deosebi iarăși prin caracterele de mai sus. Dificultatea ar fi când ne-am afla în fața unei tumori albe uscate. Dar și aci, pe de o parte etatea individului, iar pe de alta antecedentele și stigmatele de tuberculosă ne vor conduce pe adevărată cale.

Artrita cronică reumatismală cu tumora albă fongosă e și mai greu de confundat, dându-ni-se că prima n'are nici-o tendință la supurație și distincție precum are secunda. Artritele tabetice și cele uscate deformante, se observă în general pe bătrân și au o fisionomie cu totul particulară și fără analog cu tumora albă. (Vezi artritele genuchiului).

O confuziune și mai dificilă, ar fi cu o artrită sifilitică. Dar aci pe lângă raritatea casului, chiar de ar exista deformațiuni și atrofii apropiate de tumoră albă, încă se deosebesce de dinsa prin lipsa absolută de tendință la supurație, prin absența ganglionilor axilari și prin existența altor stigmate sifilitice, ce nu vom întârzi a descoperi în restul corpului.

Blenoragia foarte rar are resunet asupra articulațiunei umărului. Cu toate acestea, aflându-ne în fața unui individ tiner și dându-se modul brusc al aparițiunei bolei, nu vom neglija a cerceta organele genitale pentru a nu avea nimic să ne imputăm.

S'a pus în fine chestiunea între un osteo-sarcom al umărului și tumora albă.

Confuziunea ar fi posibilă cel mult la început, dacă bolnavul ar fi coprin de dureri mari; mai târziu însă aceste boale se deosibesc în mod colosal. Osteo-sarcomul devine o tumoră enorm de voluminosă chiar cât un cap de adult, fără ca articulația să fie atinsă, invers ca o tumoră albă; plus antecedentele, etatea și bunul simț clinic.

S'a observat casuri rari de artrite ale umărului în urma unei febre tifoide. E destul, credem, a menționa lucrul pentru a fi preveniți. Pentru detalii mai multe trimitem la artritele genuchiului.

Mai rămâne încă o afecțiune de deosebit și anume periartrita scapulo-umerală de tumoră albă. E de prisos să insistăm, această bolă fiind descrisă în capitolul următor.

Prognosticul. Dintre toate osteo-artritele, tumora albă a umărului e mai adesea însoțită, dacă nu precedată de leziuni tuberculoase viscerale.

Acésta imprimă bólei o gravitate fórte mare, de óre-ce numai e vorba de o tuberculosă locală, ci generală. Din acéastă causă bolnavii ni se presintă cu o stare generală próstă, fiind slăbiți, cu rinichii alterați și într'o stare casectică.

Ca complicațiuni locale, avem distrugerea ligamentelor articulare, de unde luxații spontanate. Bonnet și Malgaigne nu credeau în ele, considerându-le ca o ilusiune, atribuindu-le unor atrofil musculare sau usuri a suprafețelor osóse. Astăzi însă sunt admise mai de toți chirurghii.

Tratamentul. In prima linie vom căuta a ridica starea generală a individului, puindu-l în bune condițiuni igienice și de alimentare suficientă și fortifiantă. La început vom asigura membrului un repaus absolut, puindu-l într'un larg bandaj gipsat, totuși lăsând regiunea bolnavă descoperită pentru a aplica diferite revulsive, ca puncte de foc, vesicătóri, badijonări cu gaiacol, injecțiuni de eter iodoformat, de clorur de zinc, etc. etc.

In ultima periódă, când deja există traecte fistulóse multiple, nu ne rămâne de cât artrotomia pentru a ridica și răzui fongositățile, precum și sequestrele osóse. Acéastă metódă se recomandă în special la copii pentru a menaja ridicarea cartilagelor de conjugățiune, spre a nu aduce o scurtare prea mare a membrului. In casuri desesperate, vom recurge la ridicarea membrului, după diferite metode și procedee, asupra cărora n'avem trebuință să insistăm.

Hidartrosa umérului.

De și articulațiunea umérului este supusă la traumatisme destul de frecvente, de și dinsa posedă mișcările cele mai complexe dintre toate articulațiunile organismului, totuși e mai rar coprinsă de epanșamente lichide ca cele-l'alte articulații. In adévér, pe cât idartrosa genuchiului e mai comună, pe atât cea a umérului e excepțională. In orí-cas, diagnosticul acestei afecțiuni este fórte greú de pus la început, pe de o parte din cauza profunđimeii la care se găsește, iar pe de alta a prezenței meselor musculare și în special a deltoidului ce înconjóra articulația.

Cu tóte acestea, în urma unor contusiuni des repetate, a unei artrite traumatice, a unei influențe diatesice reumatismale, etc., este posibil ca o cantitate de lichid seros să se acumuleze în interiorul articulației, constituind idartrosa umérului. Dinsa póte fi acută sau cronică.

Pentru a înțelege mai bine simptomele precum și atitudinea ce ia

membrul în această afecțiune, cred necesar a reaminti experimentele făcute deja de Bonnet și reproduse de Albert.

Când injectăm un lichid în articulația umărului întinzându-o până la maximum, constatăm că regiunea articulară prezintă o configurație cu totul singulară. S-ar crede că articulația se va tumefia în toate direcțiile; dar nu e așa, de ôre-ce tumefacția e foarte puțin pronunțată în comparație cu cantitatea lichidului injectat. Fața externă a regiunii, ridicătura formată de deltoid, nu se schimbă. Tumefacția nu e apreciabilă de cât înainte, în afară de apofisa coracoidă și în jos sub spina omoplatului. În fine, o tumefacție foarte ușoră poate încă să fie percepută în axilă. Acesta provine, că în aceste puncte, sinoviala formeză în prelungirea sa adevărate funduri de sac. Se mai constată apoi că toate părțile tumefiate sunt elastice, așa că exercitând o compresiune pe una din ele, cele-lalte devin mai rezistente, De aci rezultă, că distribuția lichidului nu se face în mod uniform în toate direcțiile.

Din acesta conchidem că în procesele exudative și acumulări de lichid, capul umărului poate să fie cu totul separat de cavitatea glenoidă, prin singura forță mecanică a lichidului.

Resultatul este pe de o parte o lungime aparentă a membrului în idartrosă, iar pe de alta că aplicând o lovitură cu pumnul pe cot, vom simți în articulația umărului un șoc sau balotare. El provine din izbirea capului umeral de cavitatea glenoidă, cap care plutind în mijlocul unui lichid abundent, devine foarte mobil.

Prin urmare la început, când lichidul este în mică cantitate, idartroșa nu dă naștere la nici un simptom apreciabil, din cauză că lichidul se respindesce în fundurile de sac ce am descris. Cel mult vom constata o ușoră ridicătură neobicinuită, pe direcțiunea lungei porțiunii a bicepsului său pe linia de intersecțiune a deltoidului cu marele pectoral; precum de asemenea și pe partea cea mai profundă a capului umărului sub apofisa coracoidă. Iar când cantitatea de lichid devine prea mare, atunci bóla se manifestă printr'o deformațiune clasică a umărului, care constă în respingerea înainte și în afară a brațului. Grație distensiunii fundului de sac din acest punct, vom constata balotarea și șocul, ce va resulta din lovirea capului umeral de cavitatea glenoidă ori de câte ori vom imprima mișcări brusce brațului, împingându-l de jos în sus, sau vom aplica o lovitură de pumn pe cot. Dar în urma acestei deformațiuni, lesne putem prevedea și micșorarea funcționării membrului în mișcările sale fiziologice.

Casurile de idartrosă a umărului ajunse la această perioadă sunt rare. Există însă o observațiune clasică de această afecțiune, pe care o găsim reprodusă în clinicele lui Albert și datorite lui Roux: Un om de

45 ani era atins de reumatism articular acut. Ridicând într'o ȃi un corp greū, el simȃi o durere violentă în umărul stîng. Iată ce se găsea cu 8 luni mai târziu: brațul stîng, lungit de un c. m., atîrna paralel cu trunchiul și bolnavul nu'l putea mișca; antebrațul flexat în unghiū drept, cotul întors în afară era susținut de mîna bolnavului. Umărul din aceeaș parte era mai jos ca cel sănătos și fôrte mult tumefiat. Capul umărului nu se găsea sub acromion. Tumefacȃia și fluctuaȃia erau mai cu sēmă

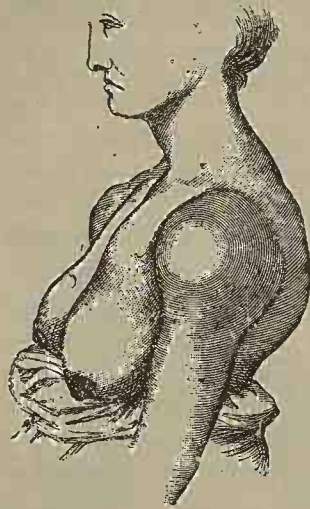


Fig. 122. — Idartrosa umărului.

manifeste în treū locuri: lungul tendon al bicepsului, în axilă și sub spina omoplatului. Roux face o puncȃiune cu trocarul înapoi în dreptul spinei omoplatului și scôte 530 grame de sinovie viscosă filantă. Lichidul o dată extras, se putea simȃi capul umărului, care era ușor depărtat de cavitatea glenoidă. După 15 ȃile liquidul s'a reprodus. S'a făcut o nouă puncȃie, prin care s'a scos 400 grame de lichid și s'a injectat în articulaȃie tinctură de iod. Apare o inflamaȃiune care a necesitat incisia articulaȃiei cu bisturiul, din care a eșit o scurgere de puroiū. Vindecare lentă. Bolnavul a putut să-și reia ocupaȃiunea după un an. Brațul putea să fie ridicat până la orizontală, dar mișcările provocaū trosnituri în articulaȃie.

Acēsta este observaȃiunea și mai ales descrierea cea mai clasică ce s'a putut face de Roux. Dînsa confirmă în totul experienȃele întreprinse în acēstă privinȃă de Bonnet și pe cari le-am arătat.

Singura deosebire ar fi în atitudinea membrului, căci în loc ca brațul să fie împins înainte și în afară precum arată experiențele și precum trebuie să fie, în observațiunea lui Roux vedem că brațul este atârând și paralel cu trunchiul. Dar faptul putând fi rezultatul unei distensiuni prea mari a sinovialei dacă nu a unei ruperi parțiale, se poate explica această deviațiune de la tipul normal.

Figura 122 luată din Albert reprezintă o idartrosă a umărului.

Igromele umărului.

Nimic mai banal de cât producerea de igrome în diferite regiuni ale corpului, acolo unde există o bursă seroasă. Genuchiul în special formază tipul acestei afecțiuni. Articulația scapulo-umerală e prevădută și dînsa de mai multe burse seroase; e supusă și dînsa aprópe la aceleași traumatisme și coprinsă de diferite feluri de entorse și artrite, și cu tóte acestea nimic mai rar de cât igromele scapulo-umerale.

În afară de burse seroase profesionale ce se pot desvolta pe umăr în diferite puncte și cari corespund cu anume profesiuni, există două burse saũ pungi normale în jurul articulației scapulo-umerale, cari aũ un sediũ constant. Una se află sub mușchiul deltoid, iar alta sub apofisa acromială. Bursa sub-deltoidienă se află aședată pe partea externă a articulației, între țesutul fibros ce acopere marea tuberositate a umărului și mușchiul deltoid. Bursa seroasă sub-acromială este aședată între acromion și capsula articulară. Ea se întinde înăuntru până la ligamentul coraco-acromial și e limitată în afară de fibrele deltoidului cari vin de la acromion. Acéstă bursă nu comunică mai nici-o-dată cu articulația scapulo-umerală; din contra tot-d'a-una dînsa comunică cu bursa sub-deltoidienă, așa că Albert chiar propune ca ambele aceste burse să aibă o numire comună de sub-deltoido-acromială. Dar de multe ori comunicare între ele nu există, așa că fie-care își păstrează numele său. Inflamația acestor burse pórtă numele de *igromă*.

Acéstă afecțiune am dis că este rară.

Probabilitatea însă este că există igrome ale umărului, dar ele uu sunt așa de ușor perceptibile ca acelea ale genuchiului de exemplu. Să vedem mai întâiũ igroma bursei seroase sub-deltoidienă. Acéstă pungă fiind profund situată și decĩ greu de explorat din cauza grosimei părților ce o acopere și în particular a mușchiului deltoid, idropisia sa va fi de asemenea greu de recunoscut. Dar că dînsa există, nu mai încape îndoială. Acésta se adeverește prin fenomenele de artrită și cracmente ce se simpt în articulația scapulo-umerală. În adevèr, aceste fenomene bastarde, tenace și cu consecințe de multe ori grave, nu sunt da-

torite de cât acestei idropisii a bursei sub-deltoidiene. Ea formeză bóla așa de bine descrisă de Duplay sub numele de periartrită.

Când igroma se mărginesce numai într'o simplă inflamațiune cronică, sau dacă am putea-o numi inflamație uscată fără epanșament, atunci dînsa nu se manifestă la exterior de cât prin acele jene în mișcările articulației și producere de trosnituri, impunându-se drept o artrită. Alte dăți însă, igroma bursei sub-deltoidiene ia dezvoltare așa de mare în cât întrece or ce imaginație, precum se vede din fig. 123 dată de Vogt. Dînsa se observă pe ómenii a căror profesie este de a purta greutatea mari pe umăr, decî e vorba de dese și cronice contuziuni ca în tóte igromele.

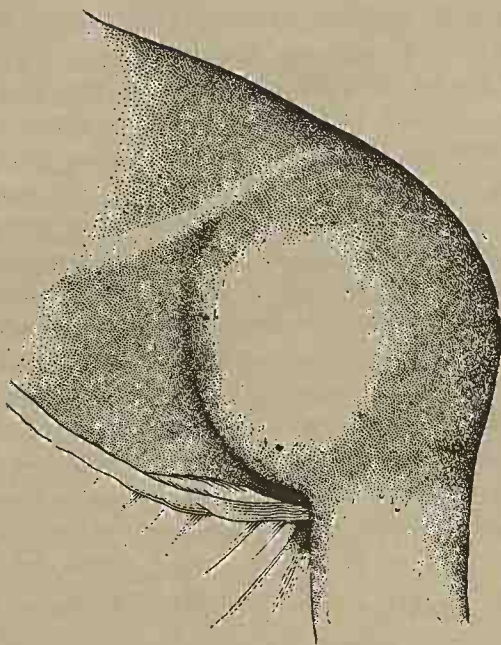


Fig. 123. — Igroma cronică sub-deltoidienă.

Conținutul său póte fi lichid, transparent și chiar prevăduț cu grăunțe riziforme, iar păreții une-orî subțiri, alte dăți fórte groși. Acéstă igromă are tendința a proemina către partea anterioară și internă a articulației, iar punctul unde fluctuația se simte mai bine și unde trebuie căutată, este intervalul ce separă deltoidul de marele pectoral. Cu cât

tumora crește, cu atât jena în mișcările brațului devine mai mare, mai ales acelea de ridicare și abducție ce sunt sub-dependința mușchiului deltoid. Mai avem încă semne de crepitație și câte-o-dată fenomene de compresie, nevrite a plexului brachial, în special a nervului circumflex ce este continuu comprimat între capul umărului și tumoră.

Diagnostic. Se deosebesce de artrită prin antecedente, lipsa de dureri și conservarea mișcărilor, afară de cele dependente de deltoid. Starea generală a bolnavului și examenul minuțios al tuturilor punctelor osoase ce formeză articulația scapulo-umerală, ne va face a evita de a confunda igroma cu un abces rece venit din osul umeral, claviculă, spatulă, etc. etc.

Diagnosticul cel mai delicat este de a deosebi această igromă deltoidienă de idartrosa propriu zisă a articulației.

Semnul patognomonic al idartrosei, am spus că constă în atitudinea specială a brațului, care este împins înainte și în afară, dar mai ales în constatarea șocului intra articular care sub nici un cuvânt nu există în igromă. Pe de altă parte igroma are și dînsa semnele clasice: dacă ridicăm membrul în sus, tumora prin faptul relaxării mușchiului deltoid oferă o consistență mai môle, pe când din contra, imprimând mișcări membrului pentru a pune acest mușchiu în contracțiune, tumora devine foarte renitentă, luând caracterele unei tumori solide.

Prognosticul acestei afecțiuni e foarte serios, mai ales când ia forma unei inflamațiuni sau bursite plastice, căci atunci e punctul de plecare al periartritei. Igroma lichidă e mai puțin periculoasă, prin faptul că e susceptibilă de intervențiunea chirurgicală. Ast-fel, când igroma e acută sau de un mic volum, putem recurge la revulsive. In cas contrariu, cu mijlocele de cari dispunem aici, putem recurge d'a dreptu! la incisia antiseptică. Vom lăsa la o parte puncția, care nu evită recidiva, precum și drenarea pungei (Vogt), or umplerea sa cu tifone, spre a provoca supurația. Incisia și chiar puncția se va face în spațiul dintre deltoid și pectoral, dar puțin în afară, spre a nu răni vena cefalică.

Igroma bursei sub-acromiale.

Acastă afecțiune nu era cunoscută de cei vechi, dînsa se descria sub numele de luxația lungei porțiuni a bicepsului.

Jarjavay este cel întâiu care a arătat că simptomele acestei pretinse luxațiuni a tecei bicepsului pe marea tuberositate a umărului, aparține în realitate inflamațiunei acute, adică unei igrome a bursei sub-acromiale. Jarjavay a găsit în aceste casuri dureri violente în umăr, tulburări în mișcări, o senzațiune de obosélă în braț și un sgomot de

crepitație, când se imprimă brațului o mișcare de rotațiune. Durerea și crepitațiunea surveniaū când se ridică brațul în planul transversal, și încetaū îndată ce membrul se lăsa să cadă. Intr'un cas Jarjavay a putut să se convingă prin puncțiuni, de existența reală a unui exudat inflamator în această bursă mucosă.

Simptomele concordă în mod perfect cu acelea la care ne putem aștepta *a priori*. De mai multe ori deja s'au observat exudate cronice în această pungă. Hyrtl a găsit pe cadavrul unei femei de 80 ani o tumoră fluctuantă, de dimensiunile unui pumn, care se micșora sub influența presiunii, provocând o tumefacție a peretului anterior a axilei: era vorba de o igromă a bursei sub-acromiale, care comunica cu articulația. (Albert).

Periartrita scapulo-umerală.

Acastă afecțiune mult timp confundată chiar de Astley Cooper cu luxația lungei porțiuni a bicepsului, a fost scosă din această confuziune de Jarjavay, cel d'întâiu atribuind'o inflamației bursei seroase sub-acromială. Studiul complect însă și întregul merit este al lui Duplay. El în 1872 dădu o descriere din cele mai clasice.

Prin periartrita scapulo-umerală, s'ar înțelege o influmațiune a tuturor țesuturilor moi ce înconjoară articulația. Duplay însă a arătat că cel puțin la început, afecțiunea recunoște exclusiv inflamația bursei seroase ce se află aședată între capul umărului și fața profundă a mușchiiului deltoid pe care dînsul alunecă.

Cu multă probabilitate, și cele-l'alte burse seroase ale articulației ca cea sub-acromială, precum și fundurile de sac sinoviale intră în joc împreună cu toate țesuturile periarticulare. Dar acestea intervin mai târziu, în mod secundar, pe când bursa sub-deltoidienă e cauza principală și origina acestei afecțiuni constituindu-i adevărata patogenie. Bóla în general apare în urma unei contuziuni, mișcări violente ale brațului, sau sub-influența diatezei reumatice. O igromă se produce, sau din contră ruperea bursei. Acest din urmă lucru e cel mai sigur, de óre-ce unul din semnele caracteristice a periartritei este lipsa absolută de or ce umflare; din contră, epoletul presintă un volum mai mic ca în starea normală. Lucrul neapărat nu ar avea loc în cas de igromă, căci atunci volumul regiunei ar fi mărit.

Precisăm deci, că adevărata patogenie a periartritei, constă în ruperea bursei sub-deltoidiene sau într'o inflamațiune adesivă plastică fără epanșament, căci alt-fel s'ar produce o igromă clasică despre care deja am vorbit. În urma acestuī lucru deci, în special de rupere a bursei, cu

timpul țesutul celular lax ce se află în starea normală sub-deltoid, se transformă în țesut fibros, formând o mulțime de bride, cari fixează deltoidul cu extremitatea superioară a umărului. În fine, capsula articulară ca și țesutul ce o înconjoară suferă aceeași îngroșare și transformare fibroasă. Dînsa cuprinde în interiorul său mai mulți trunchi nervoși, în special circonflexul, cubitalul și brachialul cutanat intern. De aci durerile datorite nevritelor precum și impotența funcțională a membrului. Dar în mijlocul acestor desordine, suprafețele articulare rămân absolut intacte, deci cu totul în stare normală.

Și tocmai acesta formează baza după care stabilim diagnosticul diferențial între periartrită și diferitele artrite. În adevăr, de și în periartrite avem abolițiunea aproape completă a mișcărilor, nu există însă tumefacție, precum nici durere în nivelul interliniei articulare, sau prin percusiunea la distanță, lucruri ce se observă numai în artrite.

În resumat: apariție bruscă, absența de umflare și roșiață, impotență funcțională imediată, atrofia deltoidului, integritate completă a sinovialei și suprafețelor articulare, sunt semnele caracteristice și fundamentale ale periartritei. Prin ele ușor se poate deosebi de celelalte artrite traumatiche, inflamatorii sau tuberculoase. Cât pentru ankilosă vom recurge la anestesia cloroformică. Atunci ne vom convinge că în periartrită mișcărilor sunt posibile, pe când în ankilosă suprimate, dacă ea este ososă. Dar fără a avea trebuință de acest diagnostic, cloroformizarea încă e indicată în periartrită ca mijloc de tratament. Numai sub somnul cloroformic putem rupe acele aderențe solide pentru a reda membrului funcțiunile sale normale. Ba ce este mai mult, o singură ședință adesea nu e suficientă, ci se cer mai multe, căci numai astfel și în unire cu masagiul, electricitatea și dușurii, putem ajunge la un bun rezultat.

§ II. Tumorile epoletului.

Cele mai benigne sunt reprezentate prin lipóme. Ele se observă la ómenii purtători de greutate. Aceste tumori iaú une-orí o dezvoltare considerabilă.

Am studiat deja o altă tumoră, avénd sediul în bursa serósă sub-deltoidienă și care iarăși poate căpéta un mare volum la exterior. Cele mai principale tumori însă sunt acelea provenite din părțile osóse. Acestea aú trei origini:

1). Tumori provenite din extremitatea superioară a umărului, în care intră exostosele și echondrómele. Există o varietate de exostosă numită

osteogenică, adică formată dintr'un înveliș cartilaginos, având în centru un țesut osos.

Ollier recomandă pentru stabilirea diagnosticului introducerea unui trocar fin, care dacă intră cu oare-care înlesnire, fără a fi oprit ca de un corp dur, atunci e vorba de un enchondrom; în cazul contrariu de o tumoră osteogenică.

Osteo-sarcomul este o tumoră malignă. El provine tot din extremitatea superioară a umărului și repede ia o dezvoltare foarte mare, aducând deformațiune particulară a regiunii, dându-i forma unei șunci sau jigot.

Acastă afecțiune proprie persoanelor tinere, oferă două varietăți: sarcom central și periostic, după cum începutul său își are sediul în intimitatea țesutului osos sau la periferie. Din cauza vascularității epifisei umerale, precum și a țesutului său spongios, această tumoră nu numai că ia o creștere foarte mare, dar se înzestră de o dezvoltare atât de considerabilă de vase, în cât de multe ori s'a luat drept anevrism, grație prezenței unui suflu propriu acestor afecțiuni.

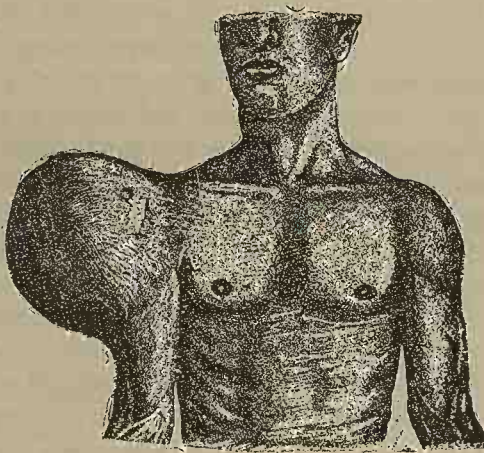


Fig. 124. — Osteo-sarcom al extremității superioare a umărului.

Când tumora e la începutul său, nu se anunță de cât prin nisce dureri, une-orî așa de violente, că exasperază pe bolnav. În această perioadă diagnosticul e foarte dificil dacă nu imposibil, confundându-se cu osteita, mai ales când avem a face cu indiviđi tineri, la cari această boală e destul de frecventă.

N'avem nici un mijloc de orientăție de cât repaosul. În adevăr,

Tillaux cu drept cuvînt ȃice: dacă fixăm membrul printr'un bandaj asigurndu- un repaos absolut, durerea descresce i dec bolnavul se uurz. Atunci e multă probabilitate că avem a face cu o osteită, cc fiind vorba de un osteo-sarcom, or-ce repaos e inutil, durerile rmn aceleași, dacă nu vor cresce i mai mult. Dar i acest lucru nu trebuie luat în mod absolut, cc adesea ne putem nela. Timpul e singurul indiciu: nici o tumor nu are un mers mai repede ca osteo-sarcomul; el prin volumul său întrece or-ce imaginaiune.

Fig. 124 luată din Tillaux ne arată în destul un bun exemplu de acest afecțiune, care scutesce or-ce descriere. Ajuns în acst period este chestiunea a stabili dacă sarcomul e central sau periferic.

n cazul ntaiu, tumora în creșterea sa, respingnd înainte esutul osos, vom simi prin palpație o crepitațiune specială numită parșeminate. Dînsa rezultă din ruperea infinitelor trabecule osse de țesut spongios, din care e formată extremitatea superior a umărului. Acest fenomen nu-l constatăm în cazul cnd sarcomul e periferic, adică periostic. Mai există încă un semn: acst tumor, pe a căreia suprafață vedem dezvoltate vase enorm de mari, se termin brusc la baza sa printr'o linie netă de demarcațiune, fără ca restul osului umeral în jos să fie tumefiat sau deformat. E de prisos a insista asupra prognosticului acestei afecțiuni. El este excesiv de grav nu numai prin sediul său, care reclamă o operațiune monstr, constnd adesea în ablaiunea totală a umărului superior inclusiv omoplatul, dar i prin aceea că acest osteo-sarcom dă naștere la grefare metastacic, în special în plămâni. i ce este mai trist, e că une-ori cu tot examenul amnunit al plmnilor, în cari nu constatăm nici o leziune specială, totuși imediat dupa operațiune, bolnavii mor. Am i acum în memorie un asemenea cas observat în serviciul prof. Verneuil, cnd eram la Paris. El privesce pe un tner de 27 ani, care suferind desarticulațiunea umărului, pentru acst afecțiune, la autopsie s'a constatat focare sarcomatoșe în ambi plămâni. i cu tte acestea, în timpul vieții, exploraiunea a fost negativă, neputndu-se constata nici o induraie sau altă jenă în funcțiunile acestui organ. Iar dacă din fericire osteo-sarcomul este periferic, adică avnd origina în periost, atunci operațiunea pte da rezultate bune, putndu-se ușor extirpa fără sacrificarea membrului. Recidiva în acest cas nu se observă, cc nici ganglionii axilari, nici cei supraclaviculari nu sunt prinși ca în osteo-sarcomul central.

II). Tumori cari provin din claviculă pot fi iarăși exostose, sarcome, avndu-și sediul mai mult la extremitatea externă a claviculei, fața sa superior. Tot aci putem pune i prezența de cal exuberant sau

gome osóse sifilitice ori tuberculóse ce une-ori pot lua o desvoltare mare.

III). Tumori provenite din omoplat deși rari, însă se observă. Dînsele pot proveni din corpul omoplatului, marginea axilară, cavitatea glenoidă, unghiul inferior al omoplatului și apofisa coracoidă. Aceste tumori pot fi de natură pur osósă, ca enchondróme, exostose sau de natură sarcomatósă ca osteo-sarcómele.

Diagnosticul. In afară de caracterele proprii de tumori maligne și benigne se va căuta a se arăta dacă aparțin umărului, claviculei ori omoplatului. Ajungem aci printr'o explorație minuțioasă, imprimând mișcări umărului sau omoplatului, când tumora va deveni mobilă sau va rămâne fixă în cazul când are conexiuni cu umărul sau scapula.

Trebuie să recunóscem că adesea un diagnostic exact e imposibil.

Prognosticul tuturor acestor tumori e defavorabil din cauza intervenției; adesea resecția umărului e insuficientă și atunci trebuie să recurgem la desarticulație sau chiar la amputația totală a membrului, adică la ridicarea totală a membrului superior numită încă amputația inter-scapulo toracică asupra gravității căreia e de prisos a mai insista.

Pentru a termina cu afecțiunile umărului și în special a articulației scapulo-umerale, trebuie să menționăm posibilitatea de desvoltare bruscă de puroi în interiorul acestei articulații, constituind cea-ce se numesce pio-artrosă. Acestea însă nu sunt de cât manifestațiuni secundare a unor infecțiuni generale și în special a piemieii. Nu ne vom opri asupra lor, lucrul fiind pe larg descris în Vol. I la complicațiunile plăgilor.

Cât privesce posibilitatea desvoltării tumorilor hidatice în omoplat ca și în extremitatea superioară a umărului, acestea sunt bóle cari nu se observă de cât în momentul intervenției. Ele forméză cea mai mare surprisă sau păcălélă chirurgului, care afirmând o anumită bólă, constată o alta cu totul diferită și la care încă nu se gândea.

Pentru a scăpa de nisce asemenea surprise neplăcute, suntem datorii ca în fața unei tumori a epoletului, fie că dînsa aparține omoplatului sau regiunii scapulo-umerale, dacă prin tóte mijlócele de explorație și încordându-ne atențiunea asupra tuturilor tumorilor cunoscute, vom vedea că nu ne oferă nici-un semn pentru a ne autorisa a stabili un bun diagnostic, atunci să pomenim în trecăt cuvîntul de chist idatic. Prin ele vom scăpa de o umilință ce ni se póte întimpla în timpul operației.

§ III. Fracturile scapulo-umerale.

Aci ne vom ocupa numai de fracturile extremității superioare ale umărului, căci fracturile omoplatului le-am studiat deja.

Dacă am voi să fim stricți, ar trebui să nu luăm din aceste fracturi de cât pe acelea al căror focar e conținut în sinoviala articulară, sau cel mult pe acelea acoperite de capsulă. Dar uzul a făcut ca în această regiune să se descrie toate fracturile extremității superioare ale umărului, de și nu toate sunt conținute în capsulă și cu atât mai puțin în sinovială. Și este bine acest lucru, căci studiindu-le toate într'un singur capitol, micșorăm munca, nefiind siliți a repeta aceleași fapte fără nici un folos. Deja aceste fracturi — dice Albert — au o reputație proastă atât din cauza enormei dificultăți a diagnosticului, cât și a imposibilității de a aplica un tratament sigur; ar deveni însă, adăogăm noi, cu adevărat plicticoase, dacă separându-le am studia unele la fracturile diafizei și altele la regiunea epoletului. Acesta ar fi un surmenaj inutil și o diviziune brutală.

Deci fracturile extremității superioare ale umărului, fie ele intra sau extra-capsulare, se studiază de odată în același capitol.

Diagnosticul diferențial în acest cas se va face mai cu înlesnire atât între diferitele varietăți de fracturi, cât și luxația scapulo-umerală, al cărui studiu vine imediat după ele.

Numărul fracturilor extremității superioare a umărului e destul de mare, de ore ce coprinde fractura fie-cărei porțiuni sau ridicături osoase aflate pe această extremitate.

Dintre toate însă cele mai importante sunt două și anume: *fractura colului său gâtului anatomic și fractura colului său gâtului chirurgical*. De ele ne vom ocupa mai în detaliu, pe cele-lalte ne vom mărgini a le enumera.

1). Fractura colului său gâtului anatomic al umărului.

Prin capul umărului în clinică, se înțelege porțiunea cea mai extremă a epifizei superioare a osului umeral. Este acea suprafață sferică, netedă, care încrustată de cartilagi și acoperită de membrana sinovială e primită în cavitatea glenoidă ce oteră omoplatul. La limită, unde nu mai există cartilagi și membrană sinovială, se află de jur împrejurul capului umeral un mic șanț, unde se inseră capsula articulară. *Acest șanț se numește colul său gâtul anatomic al capului umeral.*

După Malgaigne, gâtul anatomic ar trece sub tuberositățile umărului.

rului. Toți însă sunt de acord ași a admite gâtul anatomic în regiunea descrisă, care de alt-fel aparține lui Cruveilhier și Sappey. După Cruveilhier, gâtul anatomic e șanțul circular care circumscrie capul umeral, iar după Sappey, șanțul care separă capul umeral de tuberosități, cea-ce e acelaș lucru. Odată ce am stabilit ce trebuie să înțelegem prin col sau gâtul anatomic, noi de o dată trebuie să tragem conclusiunea următoare, care e de cea mai mare importanță în clinică, mai cu sémă din punctul de vedere al prognosticului și anume că : *în fracturile colului anatomic avem două mari varietăți: una care este intra-capsulară și intra-articulară, iar alta care este extra-articulară dar intra-capsulară.*

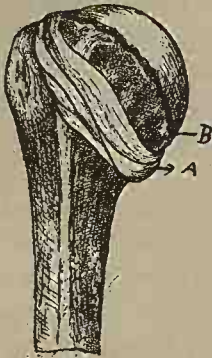


Fig. 125. — Fractura intra-articulară și intra-capsulară a capului umeral.
A capsula, B linia de fractură.

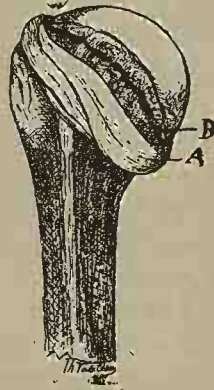


Fig. 126. — Fractura extra-articulară și intra-capsulară a capului umeral sau propriu zis a gâtului anatomic.
A capsula, B linia de fractură.

(personale).

Prima varietate este când linia de fractură ocupă exclusiv capul umeralului, adică numai porțiunea acoperită de cartilagi și membrana sinovială. Secunda este atunci când linia de fractură se găsește dincolo de porțiunea acoperită de cartilagi și membrana sinovială, adică pe gâtul anatomic, și ceva mai sus de linia unde se inseră capsula articulară. Dar să nu uităm că ambele aceste varietăți sunt și rămân intra-capsulare, de ore-ce inserțiunea ligamentului capsular se face dincolo de linia de fractură și deci tot-d'a-una rămâne acoperită de capsulă.

Fig. 125 și 126 ne arată modele de aceste fracturi.

Deosebirea este că una din ele, adică aceia a porțiunii cartilaginose a capului, este intra-capsulară și intra-articulară, pe când cea-l-altă, este numai intra-capsulară, de ore-ce sinoviala nu merge până acolo și deci rămâne extra-articulară.

Să trecem acum la descrierea fie-căreia din aceste varietăți.

I. *Fractura izolată a capului umeral*. Este excesiv de rară în condițiunile obișnuite. Gürtl n'a putut găsi de cât numai două casuri.

De ordinar, aceste fracturi sunt consecința plăgilor prin armă de foc. Ast-fel găsim în Albert că Langenbeck în 1866 a vădut un soldat austriac la care capul umărului era zdrobit în mai multe mii de fragmente, iar deltoidul impregnat de eschile osoase semănând cu răzuitura de lemn. Legouest de asemenea dă mai multe exemple, și în special se găsește în muzeul Val de Grâce din Paris o piesă, unde se vede un proiectil rămas timp de 36 de ani în capul umărului.

Din parte-mi am observat un singur cas în serviciul meu de la Filantropie, pe un arendaș împușcat de nisce hoți și care avea capul umărului zdrobit în mai multe bucăți. S'a produs o supurație în articulație, iar fragmentele parte au eșit singure, parte le-am scos cu pensa.

II. *Fractura propriu zisă a colului anatomic* este încă destul de rară și nu se observă de cât la bătrâni, în căderi direct pe fața externă a umărului său chiar pe cot.

Une-orî linia de fractură urmăzează cu regularitate matematică șghiabul de inserțiune al capsulei, ast-fel că această linie aflându-se cu totul înăuntru capsulei, fractura cu drept cuvînt ia numele de intra-capsulară. Alte dăți însă linia de fractură ia o direcțiune mai oblică, pogorându-se în special la partea internă mai jos de inserțiunea capsulei. În acest cas, fractura se numește mixtă, fiind adică intra-capsulară înafară și extra-capsulară înăuntru.

Deplasările fragmentelor în fracturile colului anatomic nu sunt așa de evidente, mai ales când e vorba de prima varietate, adică de fractura intra-articulară. Aci capul umeral nu suferă aprópe nici-o schimbare, mai ales dacă se produce o penetrare a fragmentului inferior în cel superior, precum lucrul se și observă.

În a doua varietate însă, adică în fractura propriu zisă a gâtului anatomic, fragmentul superior iarăși nu schimbă din pozițiune, fiind bine susținut și protejat de capsulă; fragmentul inferior însă, oferă óre-care deplasare care se face în sus și în afară din cauza oblicuităței liniei de fractură. După cum vedem, deformațiunile în fracturile colului anatomic nu sunt prea mult pronunțate.

În consecință, simptomele ca și diagnosticul se vor resimți de această stare, ast-fel precum ne vom convinge. Dar asupra lor e bine să ne oprim după ce vom studia și fracturile gâtului chirurgical pentru a le putea mai bine diferenția.

II. Fracturile colului său gâtului chirurgical al umărului.

Totă porțiunea spongiasă aflată d'asupra diafizei umărului se numește epifisă. La un c. m. sau 2 c. m. de desubtul acestei linii diafizo-epifisară se află, după Hamilton, colul chirurgical al umărului. Această porțiune strîmtă a osului, începînd de la epifisa superioară, se termină la inserțiunea marelui pectoral și a marelui dorsal, ce se face pe buza externă și internă a șghiabului bicipital.

Mi se pare, adaugă acest autor, că e convenabil a studia în acest capitol de odată atât fracturile cât și deslipirea epifisei, căci raporturile anatomice fac că acestea din urmă sînt supuse la aceleași deplasări ca și fracturile ce au sediul la unul sau două c. m. mai jos.

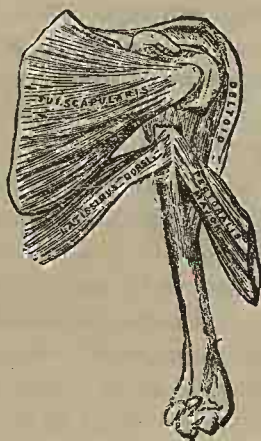


Fig. 127. — Fractura colului chirurgical a umărului (după Grey).

După Malgaigne însă, colul chirurgical ar corespunde just la unirea diafizei cu epifisa, care tocmai prin faptul că aci e locul cel mai slab, fractura se efectuează cu cea mai mare înlesnire. Pentru noi rămîne un lucru, că ori-de câte-ori linia de fractură ocupă spațiul coprins între baza tuberosităților umărului și punctul de inserțiune a tendonului marelui pectoral pe buza externă a șghiabului bicipital, aceia este o fractură a colului chirurgical. Acum, dacă această linie se află sub nivelul epifisei, fractura e pur a colului chirurgical, iar dacă dînsa ocupă linia diafizo-epifisară, atunci fractura reprezintă o deslipire a epifisei.

Fig. 127 ne arată un exemplu de fractură a colului chirurgical.

Causele fracturii colului chirurgical sunt reprezentate prin violențe directe sau căderi pe umăr. Cu toate acestea, s'au observat aceste fracturi și în urma cauzelor indirecte, ca într'o cădere pe mână sau pe cot. Hamilton spune că a observat o fractură a colului chirurgical, chiar în urma unei contracțiuni violente musculare, precum s'a întâmplat la un individ, care voind a arunca cu putere o minge și-a produs o fractură.

În tipul clasic al acestei fracturi, linia de fractură este transversală. Cu cât însă această linie e mai apropiată de baza tuberosităților, cu atât poate produce fisuri, întinzându-se pe gâtul anatomic și chiar pe capul umărului, producând ast-fel fracturile mixte de extra și intra capsulare, sau chiar și intra-articulare.

De alt-fel, e greu ca o fractură a colului chirurgical să fie cu totul netedă, transversală, căci mai adesea linia oferă fisuri secundare, cu formă spiroidală în zig-zag, etc., etc. Fragmentele de asemenea posedă neregularități pe extremitățile lor, reprezentate prin denteluri mici, eschile, etc. Un grad mai înaintat al acestor fracturi este, când linia devine cu totul oblică, transformând fragmentul inferior într'o adevărată lance. Virful ascuțit al acestuia poate perfora nu numai tegumentele, dar și chiar organele importante din axilă.

Direcțiunea liniei de fractură oblică s'ar dirige în jos și înapoi. După Poirier și Maucler dinșa ar fi în jos și înăuntru, iar după Hennequin și Ricard în jos, în afară și înapoi.

În afară de aceste două feluri de fracturi transversale și oblice, mai avem și fracturi prin penetrațiune. Ele sunt caracterizate prin aceea, că diafiza osului umeral, străbate în țesutul spongios al epifisei, pe care îl poate plesni. Această penetrațiune se face în diferite moduri. Une-orî este egală și dintr'o parte și din alta, ast-fel în cât diafiza se îmbucă complet cu epifiza și nu dă naștere la nici o deviațiune apreciabilă.

Une-orî penetrarea se face numai de lama compactă a peretelui intern al diafisei care străbate în epifisă; atunci capul umeral suferă o deviațiune de sus în jos și de din afară înăuntru. Această poartă numele de fractura cu penetrațiune și rotațiunea capului umeral înăuntru. Alte dată este lamă externă care se vîră în epifisă, când capul va suferi o rotațiune în afară. Excepțional de rar se observă deviațiuni ale capului înainte sau înapoi.

Deplasările cari se observă în fracturile gâtului chirurgical variază foarte mult și sunt în general supuse direcțiunii ce imprimă corpul vulnerant în momentul accidentului. Toate silințele ce au pus autorii, în special Malgaigne și Nelaton, de a subordona aceste deplasări la anumite contracțiuni musculare, n'au reușit. Se constată însă că fragmentul superior, ținut de o parte de capsula articulară iar de alta de lunga

porțiune a bicepsului ce trece pe d'asupra sa, nu-și schimbă pozițiunea. Fragmentul inferior însă pôte fi tras înăuntru de marele pectoral, sau în afară și în sus de marele dorsal și marele rotund, putând încăleca chiar pe fragmentul superior. Dar acesta nu trebuie considerată ca o deplasare constantă și clasică, căci după experiențele lui Nicaise și Decamps rolul principal îl jôcă violența și direcțiunea traumatismului, care în momentul accidentului imprimă fragmentelor o anumită pozițiune. Am avea cu alte cuvinte două feluri de deplasări: una primitivă sub dependența traumatismului inițial, și alta secundară, unde ar putea interveni intru cât-va influența contracțiunilor musculare.

III. *Deslipirea epifisei umerale*, recunoște aceleași cauze ca și fracturile colului chirurgical, căci în definitiv e unul și acelaș lucru. Se numesce însă deslipirea epifisei, din cauză că se observă la indiviđi tineri la cari osificarea cartilagiului epifisar nu se obține până la etatea de 20 ani. Cu cât fragmentul superior are un volum mai mare la tineri, el descrește pe măsură ce bolnavul va fi mai înaintat în vîrstă.

Pentru a termina cu fracturile extremităței superioare a umărului ne rămâne a menționa *fracturile marci și micci tuberculosițăși* ale acestui os. Dar nimeni n'a dat o descripțiune specială, din cauză că nici-o-dată aceste fracturi nu se produc în mod isolat, ci tot-d'a-una sunt consecința fracturilor colului anatomic sau chirurgical. Ele decî pot fi considerate mai mult ca complicații ale altor fracturi de cât bóle a parte. Ast-fel s'a observat că în fracturile colului anatomic și în special a capului, se produce o linie oblică în jos, care separă cu totul marea tuberositate a umărului, formând o sub-varietate numită *fractură verticală* a capului umeral. Alte dăți, prin faptul străbaterii brusce a diafisei umerale în tesutul spongins al fragmentului superior, se pôte produce o sdrobire a tuberosităților umerale, fie limitată la baza lor sau în tótă întinderea.

Simptomele fracturilor extremităței superioare a umărului considerate în general. Deformațiunea, impotența funcțională și crepitațiunea fragmentelor constituie trepidul orî-cărei fracturi.

Dar din nenorocire, adesea nici *un picior* din acest trepid nu se constată și totuși fractura există: sau invers tóte le posedăm și numai fractură nu este. În adevăr, nu avem să ne gândim de cât la fracturile capului umeral, unde aprópe nu există nici-o deformațiune, unde impotența funcțională e aprópe nulă, unde în fine, de crepitațiune nici e vorba, și cu tóte acestea ne găsim în fața celei mai redutabile fracturi.

De aceia trebuie mult să scrutăm lucrurile pentru a pune în evidență semnele de care se însoțesc aceste fracturi. Că semnele clasice tot-d'a-una există, nu încape îndoială, dar vina este a noastră, că nu le

descoperim, probabil din cauza imposibilității în care ne aflăm, lipsindu-ne mijlocele necesare.

Să procedăm deci în mod metodic. În fracturile capului umeral nu ne putem aștepta de cât maximum la o impotență funcțională a membrului, care orîi cât de limitată ar fi, totuși există. Deformația e foarte puțin apreciahilă, fragmentele fiind ținute în loc de puternicul ligament capsular. Cât despre crepitație nici nu trebuie a ne gândi s'o obținem.

În adevăr, nu numai focarul fracturei se găsește la o adîncime mare, dar el aflându-se în interiorul articulației, sinovia se interpune între fragmente și împiedică ast-fel cu desăvîrșire perceperea crepitației orîi-cât de multiple și variate ar fi mișcărilor ce am imprima membrului.

Aprópe același lucru vom dice despre fracturile propriu dice ale colului anatomic. Aci însă o singură speranță avem, că linia de fractură fiind extra articulară și deci ne mai avînd interpunerea de sinovie între fragmente, putem până la un punct óre-care să obținem crepitarea prin diferitele mișcări ce vom da membrului. Dar iluziuni mari nu trebuie să avem, iarăși din cauza situației profunde a focarului de fractură, precum și a prezenței mușchiului deltoid, care prin grosimea sa maschază perceperea acestui fenomen. Și dacă mai avem și norocul — dacă no-póte fi — ca individul să fie gras, apoi lesne înțelegem ce profit este pentru noi că fractura se găsește în afară de articulație.

Ceva mai ușor pare a fi când fractura ocupă colul chirurgical. Aci în adevăr, linia de fractură este cu totul în afară de capsulă. Și dacă fragmentul superior, după cum am arătat, nu-și schimbă pozițiunea normală, nu e tot ast-fel cu cel inferior. El pe de o parte în urma direcțiunei ce imprimă socul în momentul accidentului, iar pe de alta a contracțiunilor musculare, se deviază în mod manifest din axa membrului, deviație ce e văzută și perceptibilă de noi care explorăm.

În adevăr, extremitatea superióră a fragmentului inferior tot-d'a-una o vom constata, căci ea face proeminență după casuri fie în afară, înăuntru sau în sus. Dar or cum ar fi, dînsa aducînd o deformațiune pronunțată a membrului, ne va arăta în mod sigur existența acestei soluțiunii de continuitate în extremitatea superióră a umărului. Și acest lucru e suficient pentru afirmarea unei fracturi, chiar dacă nu putem obține crepitația.

Credem de prisos să insistăm asupra semnelor ce ne presintă fractura tuberosităților umerale, precum și a deslipirei epifisei. Acestea se confundă cu semnele ce am arătat în fracturile capului umeral și a colului chirurgical. Dintre tóte semnele fracturei însă, unul singur e

constant și anume echimosa. Fie că fractura se află în colul anatomic sau chirurgical, dînsa producîndu-se într'un țesut eminentemente spongios și vascular, va fi urmată de o rupere fatală de vase, a cărei consecință va fi aparițiunea la exterior a unei largi pete nunită echimosă.

Dacă această emoragie prin tumefacțiunea ce produce — care uneori e considerabilă — maschază simptomele fracturei, este singura pôte, care ne arată existența sa. Și în nici-o fractură ca aceia a extremităței superioare a umărului, echimosa nu este mai largă și mai întinsă. Dînsa nu ocupă numai focarul fracturei sau părțile circumvecine, ci se întinde în regiuni depărtate, luând proporțiuni în afară de orî-ce imaginație. Dînsa este constantă, țice Malgaigne; dar această constanță nu este singura particularitate ce ea presintă; dînsa e tot-d'a-una foarte întinsă, descinde foarte departe pe braț și pe antebraț, ocupă partea rotundă a umărului (moignon de l'épaule), partea laterală a toracelui și copleșesce adesea regiunea corespondentă a abdomenului până la cresta iliacă. Câte-va césuri abia au trecut de la accident, și această echimosă apare deja la partea internă a brațului și a axilei, iar în țilele următoare ea crește, se întinde progresiv și copleșesce tôte regiunile indicate; adesea dînsa desemneză în evantaiu inserțiunile toracice ale marelui pectoral. Ba ce e mai mult, această echimosă persistă chiar și după vindecarea fracturei, așa în cât bolnavii sunt îngrijați mai mult de acesta de cât de aceia. Și cu atât mai largă echimosa va fi, cu cât individul este mai bătrân.

Un exemplu tip de această echimosă am văduț la un inginer, d-l Frangulea din strada Plantelor. Dînsul, în urma unei căderi din trăsura și-a produs o fractură, pe care am diagnosticat-o ca fiind intra-articulară și decî a gâtului anatomic pe următoarele considerațiuni:

- I). Individul ca de 40—44 ani era foarte musculos și viguros.
 - II). Pe atitudinea membrului în timpul accidentului: căderea s'a efectuat individul sprijinindu-se pe palma mâinei cu membrul în extensiune.
 - III). Pe lipsa apröpe totală a orî-cărei deviațiuni.
 - IV). Pe circumstanțe favorabile că simțiam în mod manifest o crepitațiune profundă în timpul mișcărilor de rotație a umărului, crepitare care în mod sigur o percepeam prin degetele aplicate pe capul umărului. Dar mai presus de tôte, convingerea am avut-o grație unei echimose de o lărgime colosală. Dînsa după câte-va țile, nu numai că cöprinsese tötă regiunea laterală stîngă a toracelui mergînd până în flancuri și la ombilic, dar trecuse chiar dincolo de linia mediană a sternului.
- Diagnosticul.* Tot-d'a-una foarte greu, iar une-orî cu totul imposibil. Chestiunile mai principale ce trebuie să ne punem înainte, dându-ni-se

un traumatism al umărului sunt: Avem aface cu o contuziune, cu o fractură sau cu luxație a umărului? Deosebirea între fractură și entorsă o vom face la diagnosticul luxațiilor.

Am dis și mai repetăm că nicăeri greutățile nu sunt așa de mari ca în recunoșcerea acestor fracturi. Causele sunt numeroase, dar dintre cele mai principale avem: Că focarul fracturei e foarte profund situat, și deci explorațiunea dificilă. Mușchiul deltoid în special împedică manifestarea fracturei; și o va împedeca cu atât mai mult cu cât grosimea fibrelor sale va fi mai mare. Și când ne gândim că aceste fracturi se întâlnesc de obicei pe lucrători, cari au o dezvoltare musculară foarte mare, lesne deducem prima dificultate de care ne vom isbi. Iar când la acesta se va adăoga un epanșament mare de sînge, formând o adăvărată *bosă* sau o dezvoltare prea mare de țesut grosos, atunci ori-ce examen devine imposibil. In asemenea casuri diagnosticul diferențial într'o fractură și contuziune forte a epoletului, rămâne în suspensiune cel puțin pentru câte-va zile.

Dar chiar de nu ar exista asemenea complicațiuni, constatarea fracturei încă nu este ușoră. In adevăr, or-care ar fi varietatea de fractură, capătul superior tot-d'a-una e reprezentat printr'un fragment mic, scurt și foarte apropiat de articulație, dacă nu chiar conținut în interiorul sēu. Într'o ast-fel de situație, noi nu putem bine deosebi dacă prin mișcările ce provocăm în membru, crepitația ce simțim se petrece în extremitatea fracturată, în capul umărului luxat, sau e o simplă frecare între suprafețele articulare cronic inflamate cu eroziunea cartilagiului. Pe lângă acesta, deformațiunea din fracturi, mai ales a colului chirurgical, se apropie așa de mult de cea oferită de luxație, în cât cu multă greutate și experiență le putem deosebi. Și ce e mai mult, e influența de care suntem posedai de a inclina către o luxație, de ore ce dintre toate articulațiile, cea scapulo-umerală se luxază mai ușor ca or care alta din organism.

Dar în fine, să presupunem că avem norocul să ne găsim în fața celor mai favorabile condițiuni. Atunci este întrebarea: crepitația ce simțim cui aparține? capului umeral, colului anatomic, colului chirurgical, tuberosităților or deslipirei epifisei? Greu de răspuns. Marele chirurg Nelaton, recunoscând acest lucru a zis: Nu este cu puțință a deosebi între ele fractura colului chirurgical de a colului anatomic.

Dar să mergem mai departe: Iată o fractură a colului chirurgical în care însă fragmentul inferior străbătând în cel superior, aduce o ast-fel de deformație în membru, în cât s'ar apropia cu totul de o luxație. Cum dar vom putea face deosebirea când elementul cel mai principal adică crepitația lipsesce, și când individul prin modul cum a cădut ar putea foarte bine să aibă luxație? Ce să mai dicem de casurile în cari,

pe lingă fractură există și o luxație? Incordarea tuturilor forțelor și punerea în joc a întregii noastre experiențe, adesea rămân zadarnice, căci un diagnostic just nu putem stabili.

De aceia Gosselin, cu totă vasta sa experiență și competență nu s'a sfiit a mărturisi dicând: *Așteptă-te a nu putea mai nici-o-dată să reușesci la o mai mare precizie ca acesta: fractura extremității superioare a umărului mai mult sau mai puțin aproape de cap; dar nu vei găsi nici un semn pozitiv prin care să deosibesci fractura intra-capsulară de cea extra-capsulară!*

În fața atâtor dificultăți al căror rezultat e o complectă descurgere, noi nu trebuie să abdicăm, ci din contră să căutăm prin atențiunea și stăruința noastră, a trece peste orî-ce obstacol și să desfidem ast-fe perfidia or cărei fracturi.

Dar cum vom ajunge aci? Determinând într'un mod mai mult sau mai puțin exact diferitele părți constitutive ale articulației scapulo-umerale. Să scim deci unde se găsește capul umărului, marea sa tuberositate, vârful acromionului, fața sa externă, apofisa coracoidă, spina omoplatului, clavicula, etc. etc.

Vom face cu alte cuvinte anatomia clinică a regiunii, însemnând cu creionul toate punctele menționate. Hamilton numesce această *anatomia superficială a regiunii*. Când vei face acest lucru, zice autorul, vei vedea că ai aflat multe lucruri pe cari nu le sciai încă, or cât de bine ai fi studiat anatomia umărului la amfiteatru, după ce ai ridicat pielea și părțile moi! Atunci vei înțelege pentru ce oamenii absolut ignoranți de anatomic, dar familiarizați cu o lungă practică a anatomiei superficiale, vor recunoște la moment natura adevărată a unui traumatism articular, imposibil pentru un altul chiar în urma examenului cel mai minuțios posibil.

Să procedăm deci la acest lucru.

Elevul va citi mai întâi bine anatomia descriptivă a regiunii. Dar pe lângă acestea noi adăogăm câte-va semne clinice împrumutate de la diferiți autori.

I). Dacă ducem o linie dreaptă de la epicondilul umărului către epolet, dînsa cade drept pe marea tuberositate a umărului.

II). Dacă ducem în sus o linie de la mijlocul brațului — luată pe fața sa anterioară — dînsa întâlnește vârful acromionului.

III). De la vârful acromionului cu 3 c. m. înăuntru, dăm de apofisa coracoidă.

IV). Dacă aplicăm o linie dreaptă și rigidă pe fața externă a brațului, plecând de la cot către epolet, dînsa nu atinge acromionul, din cauza prezenței marelui tuberosități a umărului. Acastă linie va rămâne

decî depărtată de acromion cu cel puțin un centimetru dacă nu 2 sau chiar $2\frac{1}{2}$.

V). Dacă fiind așezați înapoiul bolnavului (presupunem că e vorba de umărul drept), apucăm între policele și indicele mâinei stângi bontul epoletului, ast-fel ca comisura interdigitală să repauseze pe acromion, just înafară de articulația acromio-claviculară, și dacă atunci apăsăm perpendicular policele și indicele, extremitatea indexului corespunde în centrul extremității superioare rotunde a umărului, care face o ridicătură înaintea acromionului; dar policele nu va simți capul în mod clar, pentru cuvîntul că în loc de a face o ridicătură ca înainte, dînsul se ascunde puțin sub acromion. Până în acest moment chirurgul nu e sigur dacă ține în adevăr între policele și indexul seǔ capul osului, dar dacă mișcă înainte cotul, ast-fel ca să ducă înapoi capul umărului, îl va simți că apasă cu putere pe police; acest rezultat e demonstrativ. Aceste ultime două semne aparțin lui Hamilton, de unde le-am și extras.

Avînd aceste elemente în mână, credem că putem până la un punct, să avem cutezanța să procedăm la stabilirea diagnosticului diferențial a acestor fracturi.

I). *Diagnosticul fracturelor gâtului anatomic.*

Acestea sunt cele mai grele, din cauză că aprópe nu observăm nimic de anormal în atitudinea membrului. În adevăr, în fracturile gâtului anatomic nu există nici exagerare, nici diminuare în mișcările membrului. Individul póte perfect să useze de brațul seǔ, afară bine înțeles, de o ușóră jenă. Dar acésta cu drept cuvînt s'ar putea pune pe socotéla unei simple contuziuni a mușchilor peri-articulari.

Capul osului aflându-se în cavitatea articulară, iar fragmentele fără nici o deplasare, noi nu vom constata nici lungimea nici scurtarea membrului. Cel mult va exista o ușóră depresiune sub acromion, dar și acésta e o chestiune de apreciere.

În ast-fel de condițiuni, bolnavul după cum am đis, uzéază fórté bine de membrul seǔ. El pote cu înlesnire să-și ducă mîna pe umărul opus, precum să-și lipiască și cotul de partea laterală a toracelui, saǔ chiar înaintea pieptului. O singură mișcare e grea dacă nu imposibilă, adică ridicarea brațului în sus și aședarea mâinei pe creștetul capului.

Ce ne mai rămîne de constatat? Crepitația. Dar acésta, când fractura este intra articulară ocupând adică numai capul, prin nimic nu se manifestă, pe de o parte din cauza adîncimeii, iar pe de alta din interpunerea lichidului sinovial între fragmente. Crepitația mai póte lipsi și atunci când fragmentul inferior străbate în cel superior; dar atunci vom

constata o scurtare a membrului, care p \acute{o} te fi cel pu \acute{t} in de 1—2 c. m. dup \acute{a} gradul penetra \acute{t} iunii.

C \acute{a} nd fractura ocup \acute{a} g \acute{a} tul anatomic, de \acute{s} i ne vom afla \acute{i} n fa \acute{t} a acelu \acute{s} simptom negativ, totu \acute{s} i focarul fractur \acute{e} i fiind extra articular, putem avea speran \acute{t} ă s \acute{a} percepem crepita \acute{t} ia, dac \acute{a} nu exist \acute{a} penetrare, c \acute{a} ci interpunerea de sinovie lipsesce. Dar atunci, ac \acute{e} st \acute{a} crepita \acute{t} are apar \acute{t} ine ea fractur \acute{e} i, or s \acute{d} robire \acute{i} coagulilor sanguini peri-articulari, sau chiar unei simple frec \acute{a} ri articulare? De sigur o contusie forte a epoletului p \acute{o} te produce un mare ep \acute{a} n \acute{s} ament sanguin, a \acute{i} c \acute{a} ror coagul \acute{i} prin palpa \acute{t} ie s \acute{a} dea senza \acute{t} ia de crepita \acute{t} are; dar ac \acute{e} sta va avea un caracter f \acute{o} rte fin \acute{s} i cu totul superficial, iar p \acute{a} r \acute{a} itura cu totul \acute{i} ntins \acute{a} \acute{s} i numeros \acute{a} . Intr' o fractur \acute{a} lucrul este invers, crepita \acute{t} ia e f \acute{o} rte profund \acute{a} \acute{s} i \acute{i} n puncte limitate. Afar \acute{e} de ac \acute{e} sta, d \acute{i} nsa se va ob \acute{t} ine cu mult \acute{a} greutate \acute{s} i numai \acute{i} n urma unor variate \acute{s} i multiple mi \acute{s} c \acute{a} ri imprimate membrului, pe c \acute{a} nd cea l'alt \acute{a} se ob \acute{t} ine f \acute{o} rte u \acute{s} or \acute{s} i numai prin simpla palpa \acute{t} ie a regiunii \acute{s} i f \acute{a} r \acute{a} nici o intervenire de mi \acute{s} c \acute{a} ri \acute{i} n bra \acute{t} . Este evident c \acute{a} o artrit \acute{a} cronic \acute{a} \acute{i} no \acute{s} it \acute{a} de eroziunea cartilajelor p $\acute{o$ te da naștere unei frec \acute{a} ri \acute{i} ntre capul um \acute{e} rului \acute{s} i cavitatea glenoid \acute{a} , ori de c \acute{a} te ori vom imprima diferite mi \acute{s} c \acute{a} ri bra \acute{t} ului. Dar aci avem mai \acute{i} nt \acute{a} i \acute{u} antecedentele bolnavului \acute{s} i lips \acute{a} absolut \acute{a} de intervenirea or \acute{i} -c \acute{a} ru \acute{i} traumatism. \acute{S} i \acute{i} n or-ce caz, frecarea articular \acute{a} e mult mai profund \acute{a} \acute{s} i limitat \acute{a} , produc \acute{e} ndu-se \acute{i} n cavitatea glenoid \acute{a} , pe c \acute{a} nd crepita \acute{t} area de fractur \acute{a} e mai superficial \acute{a} \acute{s} i mai \acute{i} ntins \acute{a} , c \acute{a} ci ocup \acute{a} tot \acute{a} circonfere $\acute{n$ ța capului umeral.

Acum r \acute{e} m \acute{a} ne o alt \acute{a} chestiune: presupun \acute{e} nd c \acute{a} frecarea se datoresce unei fractur \acute{e} i, unde se g \acute{a} sesce ac \acute{e} st \acute{a} fractur \acute{a} ? la g \acute{a} tul chirurgical sau cel anatomic. Bas \acute{a} ndu-ne pe statistic \acute{i} , putem \acute{d} ice c \acute{a} 95 la sut \acute{a} fractura se afl \acute{a} la colul chirurgical. Dar ac \acute{e} sta nu este suficient, c \acute{a} ci p $\acute{o$ te s \acute{a} a \acute{i} ne \acute{s} ansa s \acute{a} ca \acute{d} i tocmai pe excep \acute{t} iuni.

Albert d \acute{a} urm \acute{a} torul semn pe care g \acute{a} sindu-l logic, \acute{i} l reproducem:

De \acute{o} re-ce limitele g \acute{a} tului anatomic se g \acute{a} lesc \acute{i} nt'r'un plan de sus \acute{i} n jos \acute{s} i de din afar \acute{a} \acute{i} n \acute{a} untru \acute{s} i a c \acute{a} rei parte extern \acute{a} trece la un c. m. abia sub acromion, urm \acute{e} z \acute{a} c \acute{a} \acute{i} n cazul de fractur \acute{a} a colului anatomic, degetul introdus sub acromion \acute{i} n partea extern \acute{a} a articula \acute{t} iei, trebuie s \acute{a} sim \acute{t} ă mi \acute{s} c \acute{a} ri epifisei, c \acute{a} nd imprim \acute{a} m bra \acute{t} ului mi \acute{s} c \acute{a} ri de rota \acute{t} ie. Dac \acute{a} aceste mi \acute{s} c \acute{a} ri nu sunt percepute de deget, ac \acute{e} sta \acute{i} nsemn \acute{e} z \acute{a} c \acute{a} fractura e a \acute{s} edat \acute{a} mai jos \acute{s} i \acute{i} n t \acute{o} te casurile de desubtul g \acute{a} tului anatomic.

\acute{I} n fine, dac \acute{a} din diferite cauze ce deja am ar \acute{a} tat, crepita \acute{t} ia nu o putem sim \acute{t} i, ne mai r \acute{e} m \acute{a} ne un ultim mijloc de a presupune fractura capului sau g \acute{a} tului anatomic. Ac \acute{e} sta este o durere fix \acute{a} \acute{s} i permanent \acute{a} , ce tot-d \acute{a} -una o vom constata \acute{i} n mi \acute{s} c \acute{a} ri provocate membrului, durere

ce va fi provocată de degetele chirurgului aplicate pe cap sau gât. Vom îmbrățișa deci capul umărului aplicând călare pe acromion comisura interdigitală a policelui și indicelui, prin care vom ține capul umeral între aceste două degete. Atunci durerea ce vom determina prin pulpa indicatorului său policelui în momentul mișcării brațului, ne va arăta dacă fractura ocupă capul sau gâtul anatomic, apreciind punctul unde durerea se simte. Mai putem în fine să țuzăm de procedeul lui Albert, descris mai sus, care iarăși ne va fi de mare folos.

Cât privesce diagnosticul fracturei marelui tuberosități a umărului, produsă fie direct, sau în urma unei fracturi verticale a capului umeral, este acelaș ca cel precedent. Aci însă putem mai ușor simți crepitația, fiindu-ne posibil a apuca chiar între degete fragmentul, pe care îl vom mișca în sensul lateral, plus că în acest cas tot-d'a-una va exista o creștere în diametrul antero-posterior al umărului în comparație cu cel sănătos. Noi scim cum să găsim marea tuberositate; deci n'avem de cât să tragem o linie de la epicondil pe epolet, și atunci vom vedea dacă tuberositatea se află la locul său, dacă e durerosă, dacă e mobilă, dacă e intactă or ruptă în una sau mai multe bucăți, etc. Prin acésta vom reuși a pune un diagnostic aprópe bun.

II). *Diagnosticul fracturilor gâtului chirurgical.*

Acestea în majoritatea casurilor sunt mai ușor de recunoscut, de óre-ce mai tot-d'a-una se însoțesc de crepitație, deformație și impotența funcțională a membrului. În acésta fractură, extremitatea superióră a fragmentului inferior în majoritatea casurilor părăsesce fragmentul superior, și vine de face o proeminență în axilă fie înăuntru, or în sus și înainte. Din acésta cauză va resulta o deformațiune a membrului, care va fi cu atât mai mare, cu cât capetele fracturei își vor perde or ce punct de contact între ele. Crepitația se va simți ușor și va fi cu atât mai pronunțată cu cât cele două fragmente nu se vor fi părăsit. În cazul de o depărtare mare între fragmente sau de penetrare, crepitația se va obține cu greú sau de loc.

Partea cea mai importantă în aceste fracturi este, că membrul prin atitudinea sa presintă o mulțime de semne ce au multă asemănare cu acelea ale luxației scapulo-umerale. Și tótă delicateța lucrului constă tocmai în a se specifica dacă într'un cas dat, e vorba de fractura colului chirurgical sau de o luxație a umărului înăuntru.

În adevăr, în fractură avem aprópe tóte semnele luxației și a-nume :

- a) prezența unei ridicături osóse în axilă

b) deviațiunea axei membrului : brațul e dirigeat în afară și depărtat de trunchiū.

c) mâna se aplică cu greu pe umărul opus, iar cotul nu se poate lipi de partea laterală a trunchiului și cu atât mai puțin pe fața anterioară a toracelui

d) forma rotundă a epoletului e schimbată, căci există sub acromion o depresiune ca și în luxație.

După cum vedem asemănarea e mare. Puind însă puțină atențiune lesne ne vom convinge că totul e bastard. Nu trebuie să uităm un lucru, că în fractură, capul umărului își păstrează locul său normal în cavitatea articulară, și că toate semnele de asemănare se datoresc deviațiunei fragmentului inferior, care prin extremitatea sa superioară așezându-se în axilă dă fenomenele mai sus arătate. Și acesta e așa de adevărat, că dacă dislocare nu există, confuzia cu luxație e grea.

Totuși să vedem cum putem ajunge la un bun diagnostic.

Semnul patognomonic al luxației e lipsa absolută de cea mai mică urmă de crepitație. Introducând deci mâna în axilă și aplicându-o pe extremitatea ososă presupusă a fi capul umeral, dacă prin diferite mișcări obținem crepitație, suntem în drept a exclude imediat idea de luxație. Dar dacă avem penetrarea între fragmente, atunci crepitația lipsește și deci cazul devine mai greu.

Dar și atunci încă putem ajunge la scop.

I). În luxație, depresiunea sub-acromială formată prin relaxarea mușchiiului deltoid e mult mai pronunțată ca în fractură. În luxație, această depresiune începe imediat dedesubtul extremității externe a acromiului, pe când în fractură la o distanță de 2—3 c. m. dacă nu și mai mult.

II). În luxație, bolnavul e în imposibilitate a își așeza mâna pe epoletul opus. Cotul rămâne mult depărtat de trunchi și nu e cu puțință nici chiar chirurgului să-l lipescă de torace. În fractură, acestea sunt forțe reduse, așa că deși cu oarecare dificultate, dar totuși reușim a le obține.

III). Mai ales dacă angrenarea fragmentelor nu e completă, lesne vom putea constata fragmentul fracturei. Dinsul ne va oferi o suprafață neregulată, mai mult sau mai puțin ascuțită, având denteluri sau chiar eschile etc. deosebindu-se cu totul de capul umeral, a cărui suprafață e perfect regulată și are o formă sferică.

IV). Imprimând mișcări de rotație asupra brațului, lesne ne vom convinge că ele nu se transmit capului, afară poate de o penetrare totală, ceia-ce de alt-fel e foarte rar.

V). În luxație (sub-coracoidienă cu care se poate confunda această

fractură) tot-d'a-una avem scurtarea membrului, pe când în fractură, lungimea e normală. Dacă însă avem penetrare sau încălicarea fragmentelor, putem observa scurtare, precum de asemenea vom avea o lungire dacă fragmentul inferior părăsind pe cel superior ar fi prea mult tras în jos de greutatea membrului.

VI). În fine, în fracturii în majoritatea casurilor putem obține cu multă ușurință reducerea, pe când în luxație cu cea mai mare greutate și după anume procedee. Mai mult încă, dacă în fractură reducerea se obține ușor, apoi tot ușor se și reproduce, fiindu-ne chiar imposibil a o menține; lucru este cu totul învers în luxație.

Semnul acesta e de o așa mare importanță, în cât Dupuytren punea foarte mare preț pe el. Dinsul dicea: dacă e vorba de o fractură, vei putea foarte ușor să corijezi deformațiunea umărului, dar după câte-va ore vei constata că dînsa s'a reproduș, ceia-ce nu se întîmplă în luxație.

Acestea sunt mijlocele și semnele prin ajutorul cărora putem stabili diagnosticul fracturilor și pe cel diferențial cu luxația.

De sigur vom mai lua în considerație și alte elemente, precum etatea individului. Șciut este, că la persoane mai în vîrstă și a fortiori la bătrîni, mult mai ușor se produce o fractură de cât o luxație. Iar când traumatismul va atinge un individ de cel mult 20 de ani, să fim siguri că va fi vorba de o deslipire a epifisei, deși toate semnele și simptomele se asemănă foarte mult cu fractura colului chirurgical.

Ast-fel întrunind și cumpănind toate elementele ce am arătat, putem până la un punct să punem un diagnostic, afară bine înțeles, de anume condițiuni cu totul defavorabile ce ne va oferi bolnavul, precum de exemplu o stare adiposă enormă a regiunii, sau un epanșament sanguin considerabil.

Astădî cu ajutorul radiografiei putem nu numai să verificăm, dar chiar să stabilim d'adrepul diagnosticul. Dar atunci numai e meritul nostru.

Conchidem, că dacă diagnosticul diferențial între diferitele varietăți de fracturii ale extremităței superioare a umărului e greu și une-orî chiar imposibil, nu e tot ast-fel a le deosebi de luxație. Acesta posedă caractere și semne atât de lămurite în cât c destul odată s'o fi văzut, pentru a o recunoște orî când.

Și are multă dreptate profesorul Albert când dice: luxațiunea este afecțiunea umărului cea mai ușor de diagnosticat. Când dar diagnosticul pare nesigur, îndoiș, este că atunci e vorba de o fractură a extremităței superioare a umărului iar nu de luxație.

Prognosticul fracturilor extremității superioare a umărului.

Din cele arătate până acum, lesne putem deduce că prognosticul acestor fracturi, în orî-ce cas faimos nu pôte fi.

Doi sunt factorii cari fac ca prognosticul să nu fie favorabil. Pe de o parte disproporția fragmentelor. În adevăr, fragmentul superior nu numai că e infinit mai mic în comparație cu cel inferior, dar fiind profund situat și acoperit, saŭ mai bine ȃs ascuns în adîncimea articulației — ea însăși acoperită de gróse mese musculare, de fășii întinse de tendóne și de o mulțime de alte ridicături osose — face că neputendu-l prinde și fixa de cel inferior, o bună coaptare nu e posibilă.

Dar mai mult, chiar dacã reușim a reduce fractura și a pune în contact fragmentele, acesta nu folosește aprópe la nimic, de óre-ce suntem aprópe cu totul lipsiți de mijlóce pentru a menține ceia ce am cãștigat. De aci urmézã că vindecarea se obține vișios, iar une-orî lipsesce cu totul.

Prognosticul cel mai grav îl oferã fracturile intra-articulare și în special ale capului umeral. Aci din cauza prezenței sinoviei, calusul se diluézã, așa că mai tot-d'a-una se observã lipsa de consolidare, saŭ în cazul cel mai fericit o reunire fibróasă, cãci la cea osósã nici că trebuie să ne gîndim.

Dar e alt-ceva și mai grav în acéstã fracturã. Din pricina nereunirei fragmentelor, capul umeral rãmãind cu totul isolat, i se întrepruie mijlocul de hranã. Atunci dînsul fatal se va necrosa. El va deveni ca un corp strãin în articulație, va produce o iritație, putend degenera în inflamație supurativã, în urma cãreia articulația se va deschide, fie spontanat, fie de chirurg. Casurile mai fericite sunt când acéstã resorbție se face treptat, așa că disparițiunea osului se efectueázã încet și fãrã nici un fenomen îngrijitor.

Punctul cel mai curios și putem zice chiar extraordinar, cãci pãna acum încã n'a primit o explicație satisfãcătoare, este schimbarea de poziție a capului umeral rãmãs isolat. Ast-fel s'a gãsit capul într'o adevãratã rotațiune, iar alte dãři o rãsturnare complectã, așa că suprafața cartilaginóasă era în contact cu fragmentul inferior, iar partea fracturată cu cavitatea glenoidã. Hamilton, Robert Smidt și Nelaton au arãtat exemple prea frumóse de o asemenea rãsturnare bizarã a capului umeral. Se crede că acesta ar proveni dintr'o inflamație profundã dezvoltatã în intimitatea țesutului osos, în urma traumatismului violent ce a produs fractura. La acéstã inflamație participã și mușchii cari, probabil prin contractura lor, contribuie la producerea fenomenului.

Cu tóte condițiunile defavorabile în cari se gãsesc fragmentele,

totuși adesea se constată o sudură, constând fie printr'o penetrație, fie printr'un calus fibros. In fine une-orî se produce o pseudo-artrosă cu un manșon fibros destul de larg, și prin care membrul își îndeplinesce foarte bine funcțiunile sale.

In fracturile colului anatomic consolidarea fragmentelor se observă și mai des. In cazul cel mai rău, de la extremitatea superioară a fragmentului inferior plăcă mai multe scurte fășii osose, un fel de osteofite, cari dirijându-se către fragmentul superior, îl cuprinde de toate părțile, așa că dinsul intră în fragmentul inferior, care îl îmbracă întocmai ca o sticlă de césornic. Acesta de și e un triumf din partea consolidărei, constituie însă o mare vătămare pentru buna funcționare a membrului, căci rezultatul e o tendință către anchilosă. Și lucrul devine cu atât mai grav, cu cât aceste stalactite osose nu se opresc în mersul lor, ci tind a coplesi și alte părți din jurul articulației. Ast-fel s'a vădut sudură între aceste fășii osose și apofisa coracoidă, acromion și chiar capsula articulară. Resultatul va fi o anchilosă totală, aducând anihilarea complectă a membrului.

In fracturile colului chirurgical aceleași lucruri le putem observa. Aci pe lângă micșorarea mișcărilor, vom avea deformațiunii în membru precum și o scurtare manifestă, ce va fi în raport cu gradul de penetrare sau încălecare a fragmentelor.

Mai există încă și alte complicațiuni cari agravază prognosticul. Ast-fel putem observa fenomene vasculo-nervóse, reprezentate prin dureri, furnicăturî, amorțeli și chiar paralisii. S'a citat casuri chiar de gangrena membrului, de trombose vasculare, de anevrisme și ruperea arterei axilare. Tóte acestea sunt în legătură cu acțiunea ce fragmentele exercită asupra vaselor sau trunchiurilor nervóse, putend merge de la o compresiune ușoră, turtire, perforație, sau rupere complectă, mai cu sémă când fractura e oblică. In acest cas extremitatea ascuțită a unui fragment póte străpunge vasele sau nerviî, în tocmai ca cum ar fi apucate de o furculiță, frigare sau furcă.

Tratamentul. Infinitatea de bandage și aparate ce s'a inventat pentru tratarea acestor fracturi întrece de or-ce imaginație. Tóte aũ dispărut căci prin nici una vindecarea nu s'a obținut. Ba ce este mai mult, practica a arătat că foarte adesea orî, bolnavii neglijând or-ce tratament, n'aũ suferit mai mult de consecințe rele ca cei cari aũ fost chinuiți și secuestrați în diferite corsete, aparate de tracțiunii și pozițiunii bizare.

Fără a intra cătuși de puțin în asemenea detalii, rezumăm tratamentul ast-fel:

In fracturile intra-articulare și intra-capsulare, să lăsăm bolnavul în pace, mai ales de va fi și bătrîn. Cel mult vom aplica o eșarpă, care

va corespunde tuturor cerințelor, mai ales de vom asocia mai târziu și un ușor masagiū. Singura intervenire o vom face în fracturile colului chirurgical. Dar și aci vom uza de tot ce este mai simplu.

După ce am redus fractura, va trebui să luptăm contra tendinței fragmentului inferior de a se deplasa. Ast-fel dacă dînsul va fi tras mult înăuntru de pectoral, vom introduce în axilă o pungă în formă de con,

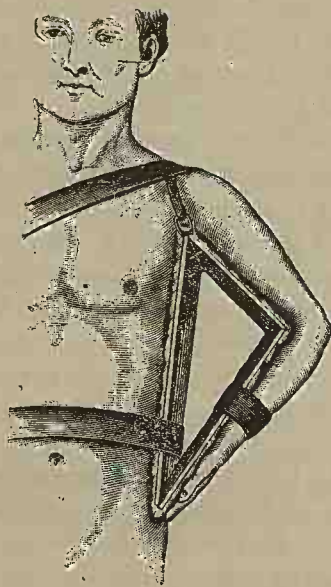


Fig. 128. — Aparatul lui Middeldorpf pentru fracturile umărului.

cum făcea Dupuytren, sau o mică atelă precum recomanda Astley Cooper. Atunci apropiind brațul de trunchiū, fragmentul inferior va fi împedat de a mai înainta înăuntru, respins fiind de săculețul de vată sau de atelă. Pe d'asupra vom aplica o serie de feși întocmai ca pentru o fractură a claviculei.

Iar dacă constatăm o tendință a fragmentului de a se duce în sus, atunci nu putem lupta mai bine, de cât aplicând o mică greutate pe extremitatea inferioară a brațului, prin care vom trage în permanență în jos fragmentul inferior.

Astley Cooper recomandă ca cotul să nu fie ridicat, de óre-ce susține dînsul, acésta ar avea tendința a aduce fragmentul inferior înainte și decî a-l depărta de cel superior. Alții însă susțin din contra, că brațul

trebuie foarte mult ridicat pînă va face un unghiū drept cu trunchiul. In consecință, Middeldorpf a imaginat un aparat foarte recomandat de Albert, ca fiind cu totul simplu. Dînsul se compune din trei atele formând între ele un triunghiū, care după ce se îmbracă bine cu vată e aplicat în subțioră, fixându-se apoi prin două bretele, așa precum arată fig. 128 luată din Albert.

§ IV. Luxațiunile umărului sau scapulo-umerale.

Rar a putut exista o bółă care să fi fost mai bine observată și mai de aproape studiată, nu numai de chirurģi dar chiar și de ómeni din popor, ca luxația scapulo-umerală.

In tóte timpurile și în tóte țările aū existat persóne cu desăvîrșire străine de medicină, carī aū cutezat a lupta cu ómenii de sciință, arătându-și dexteritatea în a vindeca bolnavii atinși de acéstă luxație. Țărani, ciobani, bărbieri și mulți târgoveți, aū reușit să-și creeze o adevărată reputațiune în mijlocul unei populațiuni credule, făcend pe mulți a întreprinde lungi pelerinaje, spre a li se pune mânia la loc, spre a li se reduce luxația scapulo-umerală.

Faptul acesta se explică prin două lucruri. Pe de o parte că articulația scapulo-umerală prin constituțiunea sa este singura din organism care se luxéză mai ușor. Era decī natural ca atențiunea tuturor să fie atrasă asupra acestei luxații ca fiind întălnită mai des. Pe de altă parte, varietatea cea mai frecuentă a acestei luxații fiind în acelaș timp și cea mai ușoră de redus, lesne înțelegem cum nisce asemenea profani erau tentați a întreprinde usurparea unei porțiuni din arta chirurgicală, dându-se ca cunoscătorī în punerea la loc a membrului luxat. Și pentru a fi și mai siguri de reușită, dînșli mai tot-d'a-una recurgeau la îmbătarea prealabilă a individului.

In primul meu volum, la capitolul alcoolism, am arătat cum Percy spune a fi vėđut într'o ȃi pe un cãrpaciū reducend foarte ușor o luxație a umărului la un popă, pe care nu o putuse reduce cei mai renumiți chirurģi din localitate. Meșterul însă îmbătase pe popă cu vin cald pînă la somnolență, când profitând de momentul oportun a redus luxația fără cea mai mică durere.

Bouisson a redus și el o luxație a brațului la un om beat fără ca bolnavul să fi avut cunoștință nu numai de reducere, dar nici de accident; așa că a doua ȃi n'a voit să cređă că membrul seū a fost luxat și pus la loc.

Am arătat în vol. I observațiunea unui individ Franz Tomassin, care fiind adus în spital beat mort, între alte multiple leziuni ce avea, își pro-

dusese și o luxație scapulo-umerală stângă varietatea sub-coracoidienă completă. Acastă luxație am redus-o cu o facilitățe din cele mai extreme. Individul nu numai că n'a știut nimic, dar după ce s'a treziri nici că voia să creză de cele întâmplăte. 1)

Trecând peste aceste mici digresiuni, să procedăm acum la studiul luxației scapulo-umerale.

Dacă ne aruncăm privirea asupra articulației umărului, imediat rămănem isbiți de o disproporțiune foarte mare ce ne oferă pe de o parte capul umărului, iar pe de alta cavitatea glenoidă. În adevăr, extremitatea superiără a osului umeral acoperită de cartilagiū, presintă un volum enorm de mare în raport cu mica cavitate glenoidă, ce nu e capabilă a primi nici a treia parte din capul umeral. Acastă cavitate nu numai că este prea îngustă, dar e și aprópe plană, nefiind de cât foarte puțin profundă. Este adevărat, că bureletul glenoidien măresce întru cât-va adâncimea acestei cavități articulare, dar totuși dînsa rămăne încă foarte mică și cu totul neproporționată relativ cu volumul capului umeral.

Trebuie însă a recunósce că numai grație acestei disproporțiuni, numai grație sacrificărei solidității articulației în favórea mobilităței, dînsa e capabilă a executa cele mai întinse și variate mișcări, pe cari nu le găsim absolut în nici o altă articulație din întregul organism. Dar acest imens beneficiū de care uzăm cu atăta profusiune, de multe ori e înlocuit prin suprimarea ori-crei mișcări. În adevăr, luxația scapulo-umerală e mai frecuentă de cât tóte cele-l'alte și represintă prin ea însăși 95 % din numărul total al tuturor luxațiilor celor-l'alte membre reunite la un loc.

Clasificarea. Mai toți chirurģii au căutat să-și mărescă reputația introducând diferite clasificări și varietăți în această luxație.

Fiind de prisos a insista asupra lor, noi vom adopta o clasificare mixtă, care coprinde aceia a lui Astley Cooper și Malgaigne.

Există patru mari clase de luxație scapulo-umerale:

- I). Luxație înainte,
- II). » înapo;
- III). » în sus;
- IV). » în jos.

§ I. Luxația scapulo-umerală înainte.

Etiologie. Acastă luxație se póte produce în trei circumstanțe:

a). Când individul cade pe mână sau pe cot, brațul fiind depărtat de trunchiū (abducție) și ușórá rotație în afară. Causă indirectă.

1) Vol. I, pag. 215.

b). Când lovitura e aplicată d'adrechtul pe umăr și anume pe regiunea postero-externă. Causă directă.

c). In mod excepțional, această luxație s'a văzut producându-se și în urma contracțiunilor musculare.

Hamilton spune că a observat un băiat de 18 ani, slab și costeliv, care adesea își producea această luxație în urma crizelor de epilepsie de care era coprins. Reducerea se obținea foarte ușor de către chiar bolnavul însuși. Și lucru curios, odată — zice Hamilton — fui chemat a practica eu reducerea. După ce i-am dat cloroform și am făcut sforțuri repetate și prelungite de reducere, întrebându-l pe rând toate manoperele ordinare, totuși n'am putut reuși. Părintele copilului m'a oprit a măi continua, așa că pacientul a plecat cu luxația neredusă. A doua zi bolnavul se presintă în cabinetul meu, spunându-măi că în timpul nopții pe când dormea, și probabil în momentul când se întorse în pat, luxația s'a redus singură.

Un alt cas e cu privire la un individ care în urma unei mișcări violente își produse o luxație. Medicul n'a reușit a o reduce. In timpul nopții bolnavul a dormit liniștit ; sculându-se dimineța, constată membrul la locul său.

In fine, se citéză un cas extraordinar de reproducerea acestei luxațiuni în urma unui strănut: un cârciumar de 36 ani, sta înapoiul tijghelei, brațul stâng întins orizontal, cu antebrațul în pronație, iar mâna stând pe butoi. Un mușteriu îi dă să tragă un tabac ; el trase, dar imediat îl apucă un strănut puternic, când rămase cu umărul stâng luxat ! Dar asemenea casuri sunt foarte rari.

Or cum ar fi însă, capul umărului părăsind cavitatea articulară nu privesce exclusiv înainte, ci se dirije către partea internă a axilei. Pentru acest cuvânt această luxație e cunoscută în general, sub numele de *luxație antero-internă*, sau înainte și înăuntru. S'a făcut convențiune că în această luxație să se ia ca punct de orientare apofisa coracoidă. Și după raportul ce va avea capul umărului cu această apofisă, va resulta tot atâtea varietăți, dintre cari măi principale sunt :

1). Dacă suprafața cartilaginasă a capului nu trece dincolo de apofisa coracoidă, ci se sprijină de marginea sa externă, atunci pörtă numele de *luxație extra-coracoidienă* (Panas). In această varietate marginea posterioară a șghiabului colului anatomic se sprijină pe marginea posterioară a cavității glenoide. Și de óre-ce în acest cas s'a constatat că nu există o adevărată rupere a capsulei articulare, ci o simplă distensiune sau cel mult o deslipire a porțiunei anterioare a capului de inserțiunile sale glenoidiene, cu multă dreptate Malgaigne o numesce *luxație sub-coracoidienă incompletă*. Să rămână lucrul bine înțeles, că aci, capsula își păstrează integritatea, dar e mărită printr'o întindere prea mare, grație

deslipirei unui lamboi capsulo-periostic, situat la partea anterioară a glenei. De aceia cuvântul de luxație incompletă propus de Malgaigne e mai clar, căci prin el se arată că capul umărului n'a părăsit încă cavitatea articulară.

II). Dacă ne închipuim o violență exterioară mai puternică, atunci capul umărului apasă cu putere asupra capsulei, care trebuind să cedeze, dînsa se va rupe, formând o deschidere destul de largă, pentru a per-



Fig. 129. — Luxația scapulo-umerală subcoracoidienă incompletă.

Fig. 130. — Luxația subcoracoidienă completă (personale).

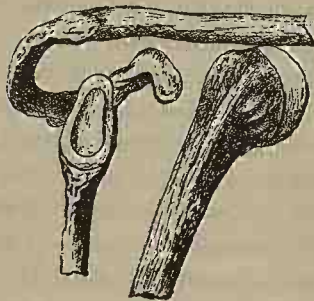
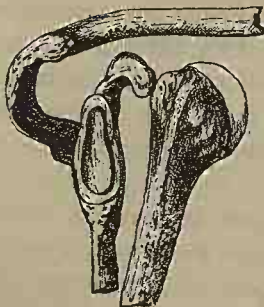


Fig. 131. — Luxație intra-coracoidienă.

Fig. 132. — Luxație sub-claviculară (personale.)

mite capului să iasă cu totul în afară din cavitatea articulară: *luxația completă este efectuată.*

În acest caz, marginea posterioară a șghiabului anatomic, în loc de a rămâne sprijinit pe marginea posterioară a cavității glenoide, acum se

rezămă pe marginea anterioară a acestei cavități, iar capul umeral fiind împins înăuntru, se aședă sub vârful apofisei coracoide, care împarte drept în două suprafața cartilaginasă a acestui cap. Din cauza pe de-o parte a ruperei capsulei articulare și eșirei capului umeral din cavitatea articulară, iar pe de alta prin aședarea sa sub apofisa coracoidă, s'a dat numele acestei luxații de *luxația sub-coracoidienă complectă*.

În această varietate, capul umărului nu mai are nici un punct de contact cu cavitatea glenoidă de cât prin marea tuberositate, care încă rămâne sprijinită pe marginca sa anterioară.

III). Iar când și acest ultim punct de contact dispăre, atunci întreaga extremitate superioară a umărului trece dincolo de apofisa coracoidă, aședându-se la partea sa internă, constituind ast-fel *luxația intra-cara-coidică*.

Acastă varietate e mult mai rară, căci se cere nu numai ruperea totală a capsulei atât la partea sa anterioară cât și posterioară, dar și smulgerea, dacă nu totală, cel puțin parțială a inserțiunilor musculare de pe marea tuberositate a umărului, în special a sus-spinoșilor, micul rotund, etc.

IV). În fine violența fiind excesivă, desordinele vor fi colosale. Dacă acum capul umărului reușește a smulge toate inserțiunile musculare aflate pe marea și mica tuberositate, capsula fiind deja ruptă atât înainte cât și înapoi, atunci nimic nu'l mai reține; dînsul devine fluturatic, ca un nebun (nume consacrat de Francezi — tête folle), ast-fel că înainteză în grosimna mușchilor sub-scapular, pectoral etc., aședându-se pe coste saū chiar sub tegumente. Însă sediul său mai constant fiind sub claviculă, această luxație s'a numit: *luxația sub-claviculară*.

Dăm aci următoarele scheme, fig. 129, 130, 131, 132, în cari am căutat a reprezenta diferitele varietăți a luxațiilor antero-interne.

După ce am trecut în revistă aceste varietăți ale luxației antero-interne, rămâne a răspunde la o chestiune foarte delicată, și care putem dice, încă nu s'a rezolvat în mod definitiv.

Unde primitiv se rupe capsula articulară în luxațiile antero-interne? A priori am crede — și autorii moderni francezi în special școlă lui Farabœuf susțin, — că această rupere natural se face acolo, pe unde capul ese din articulație, adică la partea anterioară a cavității glenoide. Farabœuf cu elevii săi, au fixat chiar în mod matematic că această rupere se întinde de sus în jos, mergând de la orificiul capsular, ce dă trecere tendonului mușchiului sub scapular când străbate în articulație, și oprindu-se în jos până în dreptul lungei porțiuni a tricepsului.

Datele anatomice însă ne spun, că numai la partea sa inferioară capsula articulară este mai slabă, ast-fel că este foarte greu ca ruperea

acestei capsule să se producă la partea sa anterioară. Eu am profesat și am demonstrat prin experiențe cadaverice, că nimic nu e mai ușor de cât a obține această luxație ridicând brusc membrul superior în sus. În acest moment o trosnitură se aude: este ruperea capsulei în jos și consecutiv eșirea capului ce se aședă sub cavitatea glenoidă. Dacă acum lăsăm membrul în jos, dirigindu-l puțin în afară, obținem perfect luxația sub-coracoidienă complectă, pe care sub nici-un cuvânt nu o putem produce direct, or-care ar fi mijlocele întrebuițate.

Ce deducem de aci? că primitiv luxația se produce mai întâi în jos, și apoi consecutiv, dînsa devine antero-internă. E mai mult de cât sigur, că bolnavul în momentul căderii avînd brațul în abducție și rotație în afară, capul umărului apasă în jos pe capsulă, pe care rupîndu-o se aședă sub glenă. După aceea, bolnavul voinde a se ridica, se sprijină din nou pe membrul său aflat în aceeași situație. Atunci ruperea capsulei se întinde înainte și înăuntru, putîndu-ne da ast-fel luxația și varietățile descrise, ce vor fi în raport cu puterea violenței exterioare. Acest mod de a vedea nu-mi aparține. Este pur și simplu o verificare a unei idei deja vechi, emisă de Goyarand. Eu însă o susțin căci mi se pare logică și în conformitate, cel puțin cu majoritatea casurilor, așa cum se petrece în practică. De alt-fel autorii englezi și americani susțin și ei acest lucru, considerînd toate luxațiile antero-interne ca o variantă a luxației în jos sau sub-glenoidiene.

A doua chestiune este următoarea: care e factorul care permite sau opresce capul umeral de a părăsi cavitatea articulară și a înainta, dîndu-ne toate varietățile de cari am vorbit?

Răspunsul magistral la această întrebare a fost dat de Farabeuf. În adevăr, acest autor a arătat că or-cât de largă ar fi deschiderea capsulei antero-interne, capul umeral nu poate înainta mai mult de cât îi permite porțiunea posterioară a acestei capsule. Pe cîtă vreme decî această porțiune posterioară a capsulei va rămîne intactă, capul umeral nu poate să înainteze mai mult de cât maximum pînă sub vîrfurile apofizei coracoide. Aceasta ne dă varietatea cea mai comună, adică luxația sub-coracoidienă complectă. Iar cînd dînsa se rupe, atunci capul poate înainta și mai departe, oferindu-ne varietatea de intra-coracoidienă sau chiar sub-claviculară, dacă și inserțiunile musculare vor fi deslipite. Dar încă odată, puterea de rezistență a înaintării capului umeral o formeză partea posterioară a capsulei. Pentru acest cuvînt Farabeuf o și numesce fâșie sau bandă de oprire, corespunzînd cu ceia-ce noi am numi *cordă, frînghie* sau *hăturile luxației*. Și în adevăr dacă aceste hături se rup, atunci urmează deslipirea inserțiunii mușchilor după marea și mica tuberositate a umărului. Dar în urma acestui lucru, capul umeral

nemaî având absolut nici un frâu, devine nebunatic, și nimic nu-l mai opresce de a se așeđi între mușchii, sub piele, sub claviculă, pe coste și să intre chiar în cavitatea toracică. In asemenea circumstanțe, capul are un rol cu totul pasiv. Ele se supune în mod mașinal direcțiunii imprimată de violența exterioară.

§ II. Luxațiunile înapoi.

Sunt așa de rari, în cât Astley Cooper spune că în 38 ani a văđut numai două casuri. Eú am avut fericirea să observ un cas în spital la Filantropia, asupra unui individ care căđuse după schelă de la o înălțime de 10 metri. Brațul era dirigeat înainte și înăuntru, așa că aprópe încrucișia toracele. Capul umărului se simția fórte clar sub spina omoplatului. Cloroformizând bolnavul complet, am obținut reducerea cu cea mai mare ușurință printr'o simplă tracțiune.

Causele acestei luxații sunt aceleași ca și în cele antero-interne. Mecanismul însă este invers: brațul deși aflat înainte și abducție, rotația însă trebuie să se facă de din afară înăuntru, căci numai ast-fel capul umărului póte apăsa pe partea posterioară a capsulei.

Cât privesce patogenia, este cu totul identică cu cele ce am văđut la luxația înainte, dar invers. Aci punctul de orientare este acromionul. Și de óre-ce acéstă luxație se calchéză cuvint cu cuvint după cea antero-internă, s'a căutat și aci a se admite aceleași varietăți, adică: *sub-acromială incompletă* și *completă*, după cum capsula articulară este ruptă sau numai deslipită după marginea bureletului glenoidian. Iar când capul umeral părăsesce cu desăvîrșire cavitatea articulară și trece dincolo de acromion, așeđându-se sub spina omoplatului, atunci luxația se numesce *sub-spinósă*.

Autorii americani și englezi, fideli clasificării lui Astley Cooper, nu recunosc în luxațiile înapoi de cât pe cea sub-spinósă. Iată ce țiece Hamilton: Vidal (de Cassia) și Malgaigne admit o varietate de luxație înapoi numită sub-acromială, pe care au deosebit-o cu multă îngrijire de varietatea în care capul osului este așeđat dedesubtul spinei. De óre-ce însă, eú nu pot vedea în acésta o altă diferență de cât rezultatul aceleiași deplasări, dar de un grad și întindere mai pronunțată, prefer să nu fiú sócotelă de distincțiunea stabilită de acești chirurgi.

Noi însă, cari am adoptat clasificarea mixtă, vom descrie tóte aceste varietăți ce se consideră clasice de școla franceză. Dar lucrurile fiind cu totul identice ca în luxațiile înainte, vom trece fórte repede asupra lor. Ast-fel: membrul fiind în atitudinea deja descrisă, capul umeral va aluneca pe cavitatea glenoidă; sfera sa cartilaginósă

întorsă înapoi va exercita o presiune pe porțiunea postero-externă a capsulei; partea anterioară a colului și mica tuberositate a umărului se vor sprijini pe marginea anterioară a cavității glenoide. Dacă capsula nu e cu totul ruptă, ci numai deslipită din inserțiunea sa posterioară, *luxația va fi sub-acromială incompletă*. În cazul contrariu, dacă capsula posterioară e suficient ruptă pentru a permite eșirea capului umeral, ținutul se aședă sub unghiul format de punctul de reunire al spinei cu marginea externă a acromionului. Atunci mica tuberositate



Fig. 133.—Luxație înapoi a umărului varietatea sub-acromială incompletă (personală).

părăsește marginea anterioară a cavității glenoide și vine de se aședă pe marginea sa posterioară. Aci ca și în varietatea sub-coracoidienă, punctul unde capul umeral atinge acromionul, îl împarte în două părți egale. Dar porțiunea anterioară a capsulei articulare rămând intactă, dînsa nu permite capului umeral a merge mai mult înainte, ci îl opresce formând o adevărată opritoare, întocmai precum în luxația înainte acest rol îl juca porțiunea posterioară a capsulei. Acesta formeză varietatea a doua numită *sub-acromială*

complectă. Iar când capsula se va rupe în totalitatea ei, adică și înainte și înapoi, atunci capul umeral nemiînd reținut de nici-un obstacol, înaintează și mai mult, mai cu deosebire dacă și inserțiunile musculare după tuberosități vor fi deslipite. Atunci capul umeral ca un nebun merge unde îl împinge violența exterioară; el trece în adâncătura sub-spinosă,



Fig. 134. — Luxația umerului înapoi varietatea sub-spinosă (personală).

putând provoca în acelaș timp diferite fracturi ale spinei, ale omoplatului și chiar ale cóstelor, etc. etc., plus ruperi de mușchi, între cari subscapularul, supra și sub-spinosul, micul rotund, etc. etc. Acastă ultimă varietate, care e și mai rară și mai gravă, poartă numele de *luxație înapoi sub-spinosă*.

Fig. 133 și 134 ne arată modele de aceste luxații.

III. *Luxațiunile în sus*. Tot-d'a-una aũ fost considerate ca imposibil de produs, din cauza prezenței boltei acromio-coracoidiene, a ridi-

căturilor osose numite acromion și apofiza coracoidă, precum și a claviculei toate obstacole puternice, peste care capul umeral nu ar putea trece mai înainte de a le rupe.

Boyer spune că această luxație nu se poate imagina fără fractura simultanată a tuturor porțiunilor osose indicate.

Nelaton o credea, fiziologicesce, peste puțină a se produce, iar Sedillot susținea că chiar dacă toate aceste oase ar fi fracturate, luxația încă este imposibilă.

Cu toate acestea, Malgaigne e singurul care a arătat un cas unde capul umeral era d'asupra apofisei coracoide, pentru care i-a și dat numele de luxație în sus supra-coracoidienă.

Panas și cu Benj. Anger, singurii au arătat că, capul umărului poate să treacă d'asupra glenei încălecând peste ligamentul acromio-coracoidien. Dinșii au dat acestei varietăți numele de luxație în sus supra-glenoidienă. Ba ce este mai mult, acești autori susțin că integritatea acestui ligament acromo-coracoidien formeză cel mai mare obstacol la reducere, așa că nu se confirmă ideia vechilor autori, că pentru realizarea acestei luxații s'ar cere neapărat ruperea ășului ligament.

În or-ce cas, dându-se pe de o parte raritatea acestei luxații, iar pe de alta mecanismul obscur al producerii sale, socotesc de prisos a mai insista.

Vom sci însă că în general, o asemenea luxație mai nici-o-dată nu e primitivă. Dînsa se consideră de toți autorii ca fiind consecința unei luxații antero-interne, dar unde traumatismul fiind excesiv de violent, capul umeral poate trece d'asupra glenei, determinând desordini mari, reprezentate prin fracturi sau alte leziuni profunde circumvecine.

IV. *Luxațiunile în jos.* După cum deja am arătat, acestea sunt începutul aprópe al tuturor celor-l'alte varietăți.

În această luxație, capul umeral împinge asupra porțiunii inferioare a capsulei, pe care rupendu-o, porțiunea superioară a gâtului anatomic vine de se sprijină pe marginea inferioară a cavității glenoide. Acesta formeză primul tip numit *luxație în jos sub-glenoidienă*.

Dacă violența e mare, capul se pogórá și mai mult, înarea tuberositate ia locul gâtului anatomic sprijinidu-se pe marginea inferioară a glenei. Dar în acest cas, capul umărului se întórcé înăuntru și se aședă în nivelul celui de al III-lea spațiu intercostal. Panas a numit această vrietate *luxație în jos costală*. Iar când capul nu suferă nici o rotație, ci se lasă pur și simplu fórte mult în jos sub glenă, înaintând pe marginea corespondentă a omoplatului, urméză că brațul se ridică vertical în sus, mâna privind în aer. Aceștea s'a dat numele de *luxație erecta*.

Până aci, în toate aceste varietăți capul umărului se sprijină pe tendonul tricepsului care îi servă de suport. Se întâmplă însă că, în urma unor cauze rău definite, capul să treacă sub tendonul tricepsului. Acesta e ultima varietate numită de Farabeuf *luxația în jos subtricipitală*.

Simptomele luxațiilor scapulo-umerale.

Din momentul ce capul umeral părăsește cavitatea articulară, primul lucru ce vom observa în orî-ce gen de luxație, va fi deformarea regiunii și o anume atitudine a membrului, care va forma un tip aparte propriu fie-cărei varietăți. Din acesta va decurge în mod natural o micșorare sau chiar abolițiunea complectă a funcțiilor membrului, în urma căreia individul va fi jenat sau pus în imposibilitate de a mai uza de organul său pentru executarea diferitelor acte necesari existenței sale. Dar aceste fenomene fiind în legătură cu fie-care gen și varietate de luxație, suntem obligați a le descri separat. Vom arăta deci simptomele ce aparțin celor patru mari clase de luxații ce am stabilit.

Simptomele luxațiilor antero-interne.

Umărul sau epoletul în stare normală presintă o formă rotundă și foarte regulată. Ea se perde pe nesimțite în jos pe braț, iar în sus pe gât, absolut fără nici o linie de demarcație. Această regularitate se datorește capului umeral, care aflat în cavitatea glenoidă, se dirije puțin în afară unde formeză o ridicătură convenabilă. Pe această extremitate ososă se aplică fibrele mușchiului deltoid, cari plecate de la spină, acromion și claviculă se lasă în jos fixându-se la tiparul deltoidien. Deci prezența capului umeral, care ridică și susține deltoidul, asigură și procură regiunii această formă plăcută și regulată ce constatăm în starea normală. Când dară capul umărului părăsește cavitatea glenoidă pentru a se dirije înăuntru către apofisa coracoidă, imediat regularitatea umărului dispare, înlocuindu-se printr'o deformațiune ce constă în două lucruri. Primo, imediat sub acromion și marginea sa externă se formeză o adîncătură, care rezultă din relaxarea fibrelor deltoidului. În adevăr, aceste fibre ne mai fiind susținute de capul umeral, rămân prea lungi, și în consecință se turtesc. Și de ore-ce un alt plan mai resistant nu există de cât numai cavitatea glenoidă singura rămasă în loc, aceste fibre vor avea tendința a se dirige către dînsa, spre a găsi un loc de sprijin. De aci va resulta acea scobitură, care va fi cu atât mai adîncă, cu cât capul umeral va fi mai depărtat de cavitatea glenoidă. O dată cu această turtire a deltoidului, acromionul devine foarte manifest sub te-

gumente, formând o ridicătură ce va fi cu atât mai isbitore, cu cât mușchiul va fi mai relaxat. Al doilea fenomen rezultă din faptul următor. Scim că deltoidul se inseră în jos prin tendonul său pe o suprafață aspră a osului umeral numită tiparul deltoidien. Deci capul umărului odată dislocat, deltoidul rămând fix prin inserțiunile sale superioare, tendonul e silit să urmeze osul umeral. De aci rezultă că fața externă a brațului, în loc de a fi dreaptă ca în starea normală, presintă o scobitură, un fel de hașchie foarte apreciabilă în dreptul inserțiunii deltoidiene, care va fi pe atât mai pronunțată, pe cât capul umărului va fi dus mai înăuntru. (Tillaux).

Cu această ocaziune și iarăși prin simpla vedere, observăm o ridicătură neobișnuită pe părțile anterior al axilei, iar regiunea sub-claviculară mai ridicată, mai bombată, etc.

Atitudinea bolnavului și a membrului în luxațiile antero-interne este următoarea: capul și corpul înclinat către partea lezată; bolnavul cu mâna sănătoasă își susține antebrațul membrului luxat. Brațul în abducție și rotație în afară, iar cotul invariabil și în mod constant depărtat de trunchi. Acest ultim fenomen e de o foarte mare importanță, așa că putem fără nici o ténă să afirmăm, că cu cât depărtarea cotului de trunchi va fi mai mare, cu atât să fim siguri că luxația e mai ușoră. În adevăr, în varietatea de luxație coracoidienă incompletă sau completă, această depărtare pôte fi de 10—12 și chiar 14 c. m. În varietatea intra-coracoidienă depărtarea nu e mai mare ca 7—8 c. m., și în fine devine prea puțin pronunțată, în luxația sub-claviculară, care tocmai e cea mai gravă.

După ce am terminat cu inspecția membrului bolnav și am constatat aceste diformități în raport cu membrul sănătos, vom procede la semnele fizice, la semnele ce ne procură palpațiunea. Dacă individul e slab și puțin musculos, vom putea, după ce am explorat acromionul, să introducem degetele în scobitura deltoidienă, pe care exercitând orecare presiune, să înaintăm în adincime și să cădem pe cavitatea glenoidă, gôlă prin lipsa capului. Acesta va constitui demonstrația cea mai evidentă a existenței luxației.

Dacă voim ca acest fenomen să devie și mai manifest, n'avem decât să exagerăm abducția membrului, împingând brațul mai înafară și în sus. Atunci depresiunea deltoidienă mărindu-se, degetul va putea mult mai ușor să ajungă în cavitatea glenoidă, pe care o va simți și explora în totă întinderea sa.

Vom explora apoi cavitatea axilară, unde nu vom întârția a constata în părțile său anterior un corp rotund, tare și regulat, oferindu-ne caracterele capului umeral. Convingerea va fi deplină, când imprimând diferitele mișcări brațului, ele se vor comunica acelei extremități,

în care cas putem afirma, că avem aface cu capul umărului dislocat.

În casurile simple, aceste mișcări în capul umeral sunt foarte dulci, catifelate și absolut fără nici un șgomot. Une-orî însă ele se însoțesc de o crepitațiune mai mult sau mai puțin aspră. Atunci trebuie să ne temem de o complicație de fractură a tuberosităților sau a colului anatomic. Alte dăți frecarea rezultă din ruperea buretelului glenoidien; iar dacă luxația e sub-claviculară, frecarea pôte să provie din contactul capului cu păretele costal.

Mișcărilor voluntare sunt foarte limitate dacă nu imposibile; cele provocate ceva mai întinse, dar obținute pe socotéla unor mari dureri exprimate de bolnav. Dintre aceste mișcări, cele înapoi sunt mai ușore, cele de abducție destul de întinse, iar cele înainte foarte limitate și dureroase. Apropierea cotului de trunchiul enorm de greu se obține, și nici într'un cas mâna bolnavă nu vom reuși a o pune pe umărul sănătos.



Fig. 135. — Atitudinea membrului în luxația sub-coracoidienă completă.

Mai putem încă recurge și la mensurațiune. Păretele anterior al axilei măsurat de la mijlocul claviculei la mijlocul mării sale inferioare, va fi mai înalt de cât cel din partea opusă; acesta din cauza prezenței capului, prin care păretele axilei e lăsat mai jos.

Dacă luăm o măsurătoare de la acromion la epicondil, tot-d'a-una avem o lungime a membrului în varietatea sub-coracoidienă. În cea intra-coracoidienă diferența de lungime cu membrul sănătos va fi foarte mică, iar în luxația subclaviculară din contra, membrul va putea fi mai scurt ca cel sănătos.

Acestea sunt în termeni generali simptomele principale ale luxațiilor înainte.

A căuta să arătăm simptomele speciale ce aparțin fie-cărei varietăți e foarte greu și nici nu e chiar necesar, căci ele sunt aproape aceleași. Repetăm cele ce deja am spus, că pe cât deformațiunea brațului e mai mare, pe atât luxația e mai ușoară. Va rămâne deci, ca prin diferitele mijloace și explorația ce vom arăta la diagnostic, să determinăm sediul capului umeral, iar cu acesta varietatea de luxație cu care avem a face.

În fig. 135 luată din Albert avem un model de atitudinea membrului în luxația sub-coracoidienă complectă.

II. Simptomele luxațiilor înapoi.

În aceste luxații deformațiunile brațului nu sunt prea mult pronunțate. Dinsul rar rămâne în adducție, ci mai adesea atîrnă paralel cu trunchiul și într'o ușoară rotație. Umărul pare respins în afară, ceia-ce face că și partea corespondentă a pieptului pare și dînsa mai largă. Semnul patognomonic este o turtire la partea anterioară a epoletului, pe când la partea posterioară există o ridicătură. Explorând cu degetul regiunea anterioară, constatăm între apofisa coracoidă și acromion o adîncătură cu atât mai vizibilă cu cât luxația e mai veche, iar în regiunea posterioară prin palpația sub acromion, capul umeral participă la toate mișcărilor imprimate brațului.

Cât privește simptomele luxației sub spinose, ele sunt și mai puțin clare, căci după Albert, nu se observă de cât excesiv de rar și anume una la o mie. De sigur deformația va fi mare, precum și membrul foarte mult scurtat, capul umărului fiind prea departe împins înapoi. Adesea nici nu-l putem constata, găsindu-se ascuns sub mușchii, pe când alte dați producând ruperi considerabile, el poate face proeminență sub tegumente.

III. Simptomele luxațiilor în jos sau subglenoidiene.

Acestă luxație, de și după cum am arătat, este izvorul aproape general al tuturor genurilor și varietăților celorlalte luxații, totuși se observă cu desăvîrșire rar, din cauză că dînsa repede se transformă în

or-care altă luxație. Ba ce este mai mult, brațul prin greutatea sa normală cădând în jos, reduce spontanat această luxație sub glenoidienă, chiar în momentul producerii sale. De aceea e foarte rar să o putem surprinde în atitudinea sa clasică. În gradul cel mai ușor această atitudine ar fi ca brațul să se găsească în pozițiunea orizontală cu trunchiul, mergând chiar până a forma un unghiū drept În cazul extrem descris de Middeldorpf sub numele de «luxație erecta», brațul ar trebui să devie cu totul vertical pe axa axilei, adică individul să rămâie cu mâna, cum am țice, spînzurată în sus.



Fig. 136.—Atitudinea membrului în luxație sub-glenoidienă, mâna atârănândă (personală).

A căuta acum să arătăm simptomele speciale aparținând varietăților sub-scapulare, costale sau sub-tricipitale, ar fi, dacă nu un pedantism, cel puțin o încercare zadarnică, lucrul fiind pe atât de imposibil, pe cât e de rar, lipsind cu desăvîrșire observațiile clinice.

Am avut norocul să observ această luxație la o femeie bătrână de peste 70 ani, d-na Măicănescu. Când am fost chemat, mi s'a supus că alunecând, a căzut sprijinindu-se pe mână. A priori. conchisesem la o fractură a gâtului anatomic sau chirurgical din cauza vârstei înaintate. Bolnava însă se plîngea în mod oribil de dureri și furnicături în tot membrul. Examinându-o, imediat am constatat spre marea mea surprisă,

o luxație subglenoidienă. Repede am dus-o la fotograf, spre a-i lua atitudinea membrului arătat în fig. 136 și 137. După cum se vede atitudinea membrului nu diferă prea mult de cea sub-coracoidienă. Singura deosebire stă în sediul capului umeral, care aci îl vom simți pe păretele



Fig. 137. — Atitudinea membrului în luxație sub-glenoidienă, mâna sprijinită de șold (personală).

antero-inferior al axilei imediat sub glenă. Am mai avea încă fenomenele de compresiune a plexului brachial care de alt-fel e mult mai rar în cea scapulo-umerală. Reducerea s'a obținut cu o ușurință extraordinară și fără cloroform. O tracțiune metodică în jos cu o mână, ridicarea capului cu cea-laltă mână, iar apoi o basculă a brațului încrușând laturea opusă a toracelui, a terminat totă afacerea.

IV. *Simptomele luxațiilor în sus, adică supra-glenoidiene.*

Aceste sunt mai difuze și cu totul lipsite de or-ce descriere clasică. Teoreticesce se poate prevedea că într'o asemenea luxație inadmisibilă de aproape toți autorii că capul umeral trecând d'asupra apofisei coracoide, sau acromionului, va forma o ridicătură pe cât de dispro-

porționată pe atât de evidentă, iar brațul mult mai scurt ca cel sănătos să fie cu totul vertical și chiar lipit de trunchiul.

Cu totă raritatea, totuși există observațiuni. de această luxație date

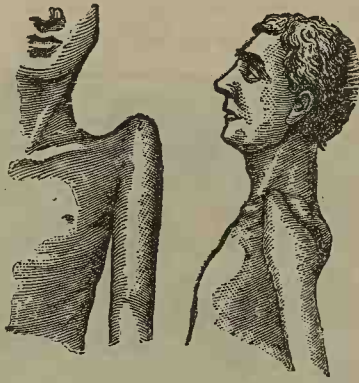


Fig. 188. — Atitudinea membrului în luxație supra-glenoidienă, de față și de profil.

de Malgaigne, Albert, Verneuil și Le Dentu. Fig. 138 și 139 din Albert arată o asemenea luxație, individul fiind văzut de față și de profil.

Diagnosticul luxațiilor umărului.

Chestiunea cea mai grea și mai delicată, și pe care orî-ce chirurg și-o pune înainte la primul examen al bolnavului, este dacă în fața unui traumatism al umărului, avem a face cu o luxație sau fractură. Dar această chestiune am tratat-o destul de pe larg când am vorbit de diagnosticul diferențial între fracturile extremității superioare a umărului și luxații și decî nu mai revenim. Vom repeta numai aceia-ce toți autorii au stabilit că, mai bine este a lua o fractură drept luxație de cît a nu recunoște luxația.

Acésta înseamnă că semnele patognomonice și deformațiunea membrului într'o luxație sunt așa de manifeste, în cît chiar cu o practică mai puțin întinsă, dînsa tot-d'-una se va recunoște. De aceia s'a stabilit chiar ca axiomă, că din momentul ce ne îndoim că este o luxație, înseamnă că dînsa nu există; atât de evidente sunt caracterele sale, în cît nu permite nici-o îndoială.

A doua chestiune este de a se stabili genul și varietatea luxației. Aci de sigur, nu e posibil a confunda cele patru mari grupe ce oferă aceste luxații, de ore-ce luxațiile anteriore dau atitudinî așa de diferite

de cele posterioare, de cele în sus sau în jos, că ar fi chiar absurd a ne închipui o confuziune între ele.

Dificultatea constă în a determina varietatea la care aparține o luxație din cele patru mari grupe.

Dar să procedăm în mod metodic. Luxațiunile antero-interne se vor recunoște după atitudinea și deformațiunea membrului ce am descris la simptome. Dintre acestea am arătat că semnul cel mai principal și care decide de varietatea luxațiilor înainte este depărtarea cotului de trunchi. Am insistat asupra acestui lucru arătând că o depărtare de 7—8—10 c. m. corespunde cu o luxație sub-coracoidienă. Și din contră, cu cât această depărtare e mai mică cu atât luxația va aparține varietății intra-coracoidiene sau chiar sub-claviculare, când cotul poate fi chiar lipit de trunchi.

Și pentru-ce acesta? pentru-că în prima varietate, capsula la partea posterioară a articulației nefiind ruptă, capul umărului nu poate progresa mai mult, ținut fiind în loc de această cordă sau frâu. Așa că brațul va rămâne în abducțiune destul de pronunțată, iar cotul foarte depărtat de trunchi. Când partea posterioară a capsulei e ruptă în același timp cu cea anterioară, capul umărului poate ușor să înainteze trecând dincolo de coracoidă, iar cu dînsul în mod fatal cotul se va apropia de trunchi. Și când în fine, pe lângă această rupere totală a capsulei se mai adaugă și desinserțiunea mușchilor de pe tuberosități, atunci capul umărului cu totul liber, va înainta și mai departe așezându-se sub claviculă sau pe coste. În acest timp cotul se va apropia cu totul de trunchi.

Mai avem încă de luat în considerație amplitudinea mișcărilor spontaneate și provocate ce se pot executa în membrul superior. Ast-fel:

Intr'o luxație sub-coracoidienă, bolnavul este în imposibilitate aproape absolută de a întreprinde cele mai ușoare mișcări, din pricina durerilor excesive ce se provocă. Chirurgul însă poate imprima membrului ușoare mișcări, dar foarte limitate, înainte și înapoi; nu reușește însă în mișcările de adducțiune, căci este brusc și cu putere oprit de bolnav care suferă îngrozitor. Din contră, mișcările de abducțiune se obțin mai ușor de chirurg, putând chiar să le exagereze fără a provoca mari suferințe bolnavului. Acesta a și condus pe autorii a stabili în principiu că, pentru reducerea luxațiilor în genere, trebuie să exercităm tracțiuni, după-ce prealabil am așezat membrul în atitudinea ce permite cea mai mare exagerare. Când însă capul umărului a trecut dincolo de apofisa coracoidă, aceste mișcări de abducție vor fi mult mai limitate, din cauză că gâtul umărului întâlnește un obstacol în apofisa coracoidă ce apasă în acest loc, etc. Aci din contră, mișcarea de adducție va fi mai ușor de obținut, și deci,

exagerând această atitudine am putea proceda la tracțiune pentru a obține reducerea.

Recapitulând vom dice: într'o luxație înainte cotul fiind mult depărtat de trunchiū, iar mișcările provocate de abducție mai exagerate, varietatea va fi sub-coracoidienă. În varietatea intra-coracoidienă și chiar sub-claviculară, cotul va tinde să se apropie de trunchiū, micșorând în același timp exagerarea mișcărilor provocate de abducție, fiind mai ușor de obținut cele de adducție.

De sigur, trebuie să usăm de o mulțime de alte elemente, ca menșurațiunea, determinarea situațiunei capului umeral, etatea individului, atitudinea în momentul accidentului, modul aplicărei sale, etc. etc., pentru a putea cu siguranță stabili punctul unde se găsește capul umărului deplasat, cu alte cuvinte, varietatea exactă a luxației. Dar toate aceste elemente nu le mai putem descrie fiind deja arătate la fracturii, simptome, etc.

Înainte de a termina, vom reaminti o observațiune foarte judicioasă, născută din spiritul celui mai mare observator clinic, și care decî merită a fi cunoscută. Luxația scapulo-umerală se recunoște cu atât mai greu cu cât bolnavul va fi examinat după câte-va ore de la accident, și din contră, cu atât mai ușor cu cât examenul se va face după câte-va zile. Causa este că, în primele ore se produc epansamente considerabile de sânge și de limfă, cari pot ascunde bóla; pe când într'o perioadă mai tardivă, tumefacția dispărând, diagnosticul devine mai ușor. La această epocă tardivă — dice Astley Cooper, chirurgii din capitală sunt de ordină consultați, și decî, noi diagnosticăm o luxație care a fost necunoscută de alți confrăți, pe cari îi considerăm inferiori nouă. În acest cas este o datorie de onestitate a declara bolnavului, că dificultățile diagnosticului au fost enorm micșorate prin disparițiunea fenomenelor inflamatorii și absența tumefacțiunei.

De și rar, cu toate acestea une-orî suntem chemați a face diagnosticul diferențial între o luxație și entorsa umărului. Este adevărat că această ultimă afecțiune nu are aproape nimic de comun cu cea d'întăiū. În adevăr, o entorsă simplă constând într'o distensiune a ligamentelor și în special a capsulei, nu are nimic de comun cu semnele atât de isbitore ce ne oferă o luxație. Când însă violența exterioă a fost mare, sau căderea individului s'a efectuat de la óre-care înălțime, entorsa din simplă póte deveni complicată, sau cel puțin cu complicațiuni. În asemenea cas capsula se póte deslipi de pe bureletul glenoidian, care de și nu permite capului a eși din cavitatea sa, totuși dá nascere unei deformațiuni ce o apropie, dacă nu de o luxație complectă, cel puțin de una incomplectă. Afară de acesta, prin mișcările imprimate membrului vom

simți o crepitare surdă și profundă, care s'ar impune drept o fractură a colului anatomic al umărului.

Intr'un grad și mai înaintat vom avea rupeți musculare și în special un extravasat sanguin destul de considerabil, pentru a fi în stare să aducă o deformațiune a regiunii, apropiind-o de aceia a luxației. Și cu atât mai mult confuziunea va fi mai mare, cu cât ori-ce mișcări în membru fie spontanate sau provocate, vor fi imposibile, din cauza enormelor dureri exprimate de bolnav.

Atitudinea membrului se va apropia de un anume grup de luxații, după modul în care trauma a fost aplicată sau individul a căzut. Ast-fel putem avea entorse grave cu pozițiunea brațului în abducție și rotație în afară, sau invers; precum și cu propulsiune a membrului înainte, etc. Tóte aceste atitudini apropiindu-se de diferitele varietăți și grupuri de luxații, confuziunea e permisă. Și lucrul este așa de adevărat că după Le Dentu, asemenea entorse au putut fi confundate cu o luxație subcoracoidienă incompletă. După Malgaigne e probabil, că un mare număr de luxații sub-acromiale au dat nascere acelorași amăgiri.

Laugier, din contra, într'o deplasare supra-glenoidienă a creșut mai întâiu că e vorba de o simplă distorsiune, și numai după 12 zile când umflătura a retrocedat el a recunoscut erórea sa.

Dar ori-cât de complicate ar fi leziunile entorsei, examinând cu atențiune, vom constata că mișcările proprii ale articulației, de și penibile, totuși există. In afară de acésta, o mensurațiune exactă ne ve arăta conservarea lungimeii membrului în entorsă și scurtarea sa în luxație. Când nu ne putem pronunța, o espectație de 2—3 zile nu va aduce nici un prejudiciu bolnavului. In timpul acesta, fiind vorba de mari epanșamente intra sau extra-articulare, ele resorbindu-se, chestiunea se va lămuri fórte mult. Iar când și după acest timp încă nu ne putem lămuri, putem recurge la anestesierea completă a bolnavului, când stabilirea unui adevărat diagnostic în imensa majoritate a casurilor se va putea stabili. Odată cu acésta vom aplica și tratamentul ce va conveni leziunii ce vom descoperi.

Diagnosticul luxațiunilor înapoi.

Aceștea după cum am arătat fiind fórte rari, nu li s'a dat o descriere amănunțită, mai ales din punctul de vedere clinic.

Ne vom baza pe atitudinea membrului, brațul fiind dirijat înainte și în adducție, încrucisând toracele, cotul rămânând depărtat de trunchiul.

Explorând de aprópe vom căuta a simți capul umărului, care va fi aședat înapoia cavităței glenoide și sub spina omoplatului. Examenul

trebuie să fie foarte minuțios și să ne ferim a ne pronunța repede, căci chirurgii de cea mai înaltă reputație n'au reușit a pune un diagnostic sigur. Așa însuși Astley Cooper în două cazuri s'a înșelat. Dupuytren consultat de un bolnav, a susținut că e o simplă inflamațiune a articulației, pe când în realitate era o luxație înapoă.

În fine, alți chirurgii de mare merit, au confundat această luxație cu diferite fracturi ale óselor ce constituie articulația.

Diagnosticul luxațiilor în sus sau *supraglenoidiene* se bazează pe existența capului umeral ce se află d'asupra cavității glenoide între acromion și apofisa coracoidă.

Regiunea posterioară a deltoidului este cu totul ștearsă, iar diametrul antero-posterior mărit.

Diagnosticul luxațiilor în jos.

Am arătat că deși această luxație pòte fi considerată ca origina tuturor celor-l'alte, totuși e foarte rar ca să rămăie în această situațiune, de óre-ce, sau se reduce spontanat prin însăși greutatea membrului cădând în jos, sau se transformă într'una din varietățile luxațiilor înainte. Când această luxație s'ar întâlni în practică, atitudinea membrului ar fi, că brațul se găsește împins înainte, având o pozițiune orizontală cu trunchiul, sau formând un unghiū drept cu acesta. Capul umărului se simte în cavitatea axilară și la basa sa. Adâncătura deltoidienă foarte pronunțată, în adâncimea căreia introducând degetele, putem simți cavitatea glenoidă rămasă gólă.

Iar în varietatea numită de Mideldorpf luxația erectă, brațul s'ar găsi dirijat vertical în sus, cotul flexat, iar mâna sprijinită pe cap.

Prognosticul. În majoritatea casurilor prognosticul luxațiilor e benign, căci mai tot-d'auna, dacă ele nu se complică de fracturi, smulgera inserțiunilor musculare, ruperea totală a capsulei, etc. se reduc foarte ușor, membrul reluându-și funcțiunea.

Am đis că reducerile, în general, sunt ușóre, mai ales dacă luxația e recentă și recurgem d'a dreptul la cloroformisarea bolnavului. Sunt însă cazuri extra-ordinare, când nu putem reuși chiar acolo unde lucrul ni se pare mai ușor. Personal am întâlnit un asemenea cas în serviciul meu de la spitalul Filantropia. Un tñner individ intră în serviciū cu o luxație scapulo-umerală, varietatea sub-coracoidienă, și care nu data de cât de 10 đile. Examinându-l, am conchis la o reducere ușóră, casul parându-mi-se foarte simplu. Am cloroformisat decī bolnavul și am întrebuițat d'a dreptul procedeu lui Kocher, dar am rămas surprins, vėđdend că reducerea nu se obține. Am repetat în mai mu'te rñnduri procedeu, dar iarăși fără rezultat. Am

recurs atunci la extensii și contra-extensii, la diferite manipulări de rotații, basculă, circumducții, etc., dar capul umeral nu făcea de cât să se misce, fără a se deplasa și cu atât mai mult a se reduce. După câte-va zile am clorotormisat din nou bolnavul și am aplicat mufile, dar iarăși fără nici un efect. Mai târziu, având consimțământul bolnavului, am recurs la operație. Am pus în evidență capul umărului printr'o incizie verticală, am explorat cu degetul, am căutat cu bisturiul să secționez diferite bride ce întimpinam, dar fără a reuși să reduc luxația. În aceste manipulări s'a produs o emoragie abundantă, pe care spre a o opri, am lărgit incisiunea transversal, aplicând la întimplare pense fixe. Din nou încep explorarea, din nou alte complicațiuni.

Operațiunea durând deja de mult și desesperat de acest cas nenorocit, pentru a da o soluțiune m'am hotărât a face resecția. Cu rugina am deslipit în toate părțile capul umărului și după o muncă penibilă am reușit a-l scote din plagă, pe care l'am ferestruit într'un plan înclinat de sus în jos și de dinăuntru în afară, dirigindu-l apoi către cavitatea glenoidă.

Acest cas mi-a lăsat o impresie penibilă, cu atât mai mult că n'am putut să mă conving și să cunosc cauza de ireductibilitate; și cu toate acestea luxația, după cum am ști, nu era nici veche, nici însoțită de vre-o complicație.

Este adevărat, că asemenea casuri se ivesc rar, dar de multe ori ele desfid abilitatea celor mai îndemânatici și mai renumiți chirurși.

Hamilton, a căreia reputație în materie e universal recunoscută, mărturisește că i s'a întâmplat un asemenea cas rebel, pe care-l descrie în termenii următorii: O damă de 49 ani capătă o luxație a umărului drept, produsă de 12 ore. Medicii chemați imediat, au practicat extensia și contra extensia în toate direcțiunile posibile și mai mult timp, dar fără rezultat. Bolnava fu adusă la spital. Fără a încerca, șice autorul, să descriu cu minuțiositate diferitele manopere și numeroasele procedee de extensiuni la cari am recurs, voiș spune numai că, după ce am adormit bolnava cu cloroform, am continuat cu perseverență încercările de reducere timp de o oră, dar fără succes. A doua zi bolnava, din nou a fost adormită, și în fața mai multor chirurși am aplicat aparatul lui Jarvis; dar după încercări mai mult de o oră am trebuit să suspendăm toate sforțările noastre. În ziua următoare, a treia încercare s'a făcut cu o anestezie absolută, dar rezultatul n'a fost mai satisfăcător. Cloroformul determinase fenomene apoplectice și a trebuit să renunțăm. A 10-a zi iarăși în fața a mai mulți chirurși am întrebuițat mufile, imprimând membrului mișcări în toate direcțiunile. De două ori am creșut că am obținut reducerea, dar examinând umărul ne-am convins că nu obținusem

nimic. Din acest moment femeea a refuzat a se mai supune la noui încercări și a eșit din spital, fără s'o fi mai revădit și nici să fi mai auzit de dînsa.

Am ȃșcă în casurile simple, cînd reducerea se obține ușor, membrul își reia pozițiunea normală și funcțiunile fisiologice.

După cît timp însă? Lucrul variază după individ, dar mai ales după leziunile ce s'aũ produs în articulație în momentul accidentului. În or ce cas, noi nu trebuie să permitem bolnavului de a uza de membrul s'eũ după reducere, cel puțin o lună de țile, pentru a lăsa timpul necesar ca repararea ruperei capsulare, contuziunea și inflamația părților moi periarticulare să se îndeplinescă încet și complex.

Pe lîngă acestea, o luxație însoțindu-se mai tot-d'a-una de ore-carĩ epanșamente fie seróse, fibrinóse sau sanguine, trebuie să le dăm și lor timpul necesar de a se resorbi, lucru ce nu-l putem obține de cît prin repausul organului, însoțit de un ușor și blând masajũ.

Să nu ne temem de o imobilizare chiar mai îndelungută, căci frica ce aũ unii de a se provoca o anchilosă, e nefundată. Din contra, anchilosele ce se observă după reducere, în majoritatea casurilor se datoresc distensiunii extreme și ruperei unor fibre musculare, carĩ nefind lăstate în repaus suficient spre a se restabili, dau nascere la inflamațiuni cronice și consecutiv la retracțiuni musculare sau fibróse, Ele fixând articulația restrîng jocul mișcărilor normale, de unde anchilosa. Și ca probă avem că toți aceia carĩ caută a uza repede de membrul lor, adesea rămân cu suferințe pentru un timp foarte îndelungat, manifestat prin dureri vagi ce vin la intervale neregulate, accentuându-se la or-ce mișcare și influențându-se chiar de schimbările atmosferice, mai ales dacă individul e și reumatic.

În asemenea casuri, bolnavii se deseseréză cu atît mai mult că n'aũ satisfacțiunea ași vedea cel puțin umărul lor reluându-și forma și simetria regulată de mai nainte. Și tóte acestea din cauza unei simple precipitări de a nu fi avut răbdarea să aștepte restabilirea completă a stricăciunilor cauzate de luxație.

S'a vorbit mult de luxațiile numite recidivante. Dupuytren spune că a redus la unul din elevii seĩ o luxație a umărului mai mult de 100 de ori. Le Fort povesteste și el istoria unui bolnav, care a avut de 72 ori aceiași luxație a umărului. Ei bine, tóte cercetările făcute în acéstă privință aũ arătat că, adevărata cauză rezultă din lipsa de cicatrizare sau o cicatrizare vițiosă a capsulei articulare ruptă sau a desinserțiunilor musculare. Acestea decĩ constituie un cuvînt și mai puternic de a pune membrul într'un repaus cît mai îndelungat, pentru ca cicatrizarea să se efectueze în mod regulat, prevenind ast-fel aceste recidive contra cărora

adesea e foarte puțin de făcut, bolnavul fiind expus a rămâne extropiat.

Relativ la prognosticul luxațiilor, trebuie să menționăm un fapt pe atât de curios pe cât e de interesant a-l cunoaște.

Une-orî suntem surprinși, că după ce am redus luxația și ne-am convins pe deplin de așezarea capului umeral în cavitatea glenoidă, totuși constatăm înaintea capului osului o tumefacție manifestă, care persistă câte-o-dată un timp foarte îndelungat, de la câte-va luni, pînă la câțiva ani. Nu numai bolnavii, dar chiar și chirurgul rămâne la îndoială că reducerea luxației s'ar fi efectuat, pe de o parte din cauza impotenței funcționale a membrului, iar pe de alta că sub această tumefacție acută se află înaintea și înapoiul acromionului o depresiune analogă cu aceia ce se constată în timpul luxației.

Faptul acesta, mai ales în America, dă naștere la procese prin cari adesea chirurgii sunt condamnați că n'au putut reduce luxația.

După Hamilton, fenomenul se datorește, în unele cazuri la ruperea mușchiului supra-spinos și la predominanța de acțiune a mușchilor antagoniști, sau la o rupere prea întinsă a capsulei. Alte dăți însă, poate fi vorba de ruperea sau luxația tendonului lungei porțiunii a bicepsului.

În fine, prognosticul luxațiilor umărului devine cu atât mai grav cu cât reducerea se face mai târziu. Deja după 15 zile, dificultățile cresc, prin faptul că buzele capsulei articulare pot contracta aderențe pe gâtul umărului. Mai târziu lucrul devine și mai grav, de ore-ce însuși fața internă a capsulei începe să se sbîrcască, să dea naștere la bride fibróse, oferind tot atâtea obstacole cu totul greu de învins, pentru ca osul deplasat să pótă fi readus la locul său normal. Iar când lucrul a fost neglijat și părăsit, atunci desordinele sunt colosale: cavitatea glenoidă se retractă din ce în ce în urma desquamării, uzurei și disparițiunii cartilagiului său. Acesta aduce o atrofie și chiar ștergere a cavității articulare devenită acum incapabilă a mai primi capul umărului, chiar dacă am obține reducerea. O asemenea stare de lucruri, pörtă numele în patologie de pierderea dreptului de domiciliu a osului luxat.

Casul și mai grav este, când capul umeral părăsit în noua sa locuință, își crează o nouă cavitate, quasi-arculară, sau când se acopere de producțiunii osóse de nouă formație, care îl lęgă fix cu părțile de prin prejur. Acestă exuberanță osteogenică, une-orî e înlocuită printr'o deformațiune atrofică a capului, care perdîndu-și forma rotundă, devine mai ascuțit sau provăduț cu șghiaburî de diferite forme și adîncimi, ceia ce îl face cu totul de nerecunoscut. În or-ce cas, după un timp îndelungat, capul umărului este așa de mult fixat prin producțiunii osóse de părțile vecine, în cât luxația devine cu totul ireductibilă, orî-cari ar fi mijlócele ce am întrebuița.

Concluziunea este, că în luxațiile umărului reducerea trebuie făcută cât mai curînd, iar în urmă membrul ținut în repaos cât mai mult.

Există în adevăr casuri de reduceri tardive încoronate de succes. Eu însumi am publicat în jurnalul «Spitalul» în timpul internatului meu, mai multe observațiuni de obținerea reducerii chiar după 7 luni; dar acestea le putem considera mai mult ca excepțiuni de cât ca regulă.

Tratamentul. Sunt nenumărate metodele și procedeele ce s'a uventat pentru reducerea acestor luxațiuni. Practica însă a arătat că metoda cea mai bună și mai sigură este aceia a bunului simț, indicată de atitudinea însăși a membrului. În adevăr, experiența a demonstrat, că dacă tragem în direcțiunea axei membrului deplasat, capul umeral se dislocă, producînd chiar un șgomot; și că pentru a-l așeza la locul său, nu ne rămîne de cât a executa o mișcare opusă cele d'întâi, constînd în aplicarea mînei pe umărul sănătos. Acesta a fost principiul pe care s'a bazat metoda cea mai clasică și cea mai răspîndită, și care a adus rezultatele cele mai frumoase în reducerea luxațiilor, metodă cunoscută sub numele de extensie, contra extensie și basculă.

Iată cum trebuie să procedăm:

Să presupunem că luxațiunea este antero-internă și în special subcoracoidiană. Individul este așezat pe scaun. Chirurgical de ordinar apucă brațul luxat cu amîndouă mîinile și trăgînd, caută să exagereze mișcarea de abducție, singura posibilă. Un ajutor face contra-extensie, fixînd cu o mîna acromionul, iar cu cea-l'altă omoplatul. După o tracțiune lentă și persistentă, în momentul cînd chirurgul trage de braț, simte o trosnitură. Imediat și profitînd de acest moment, se practică mișcarea de basculă, care constă a încrucișa membrul bolnav pe trunchiul, aplicînd mîna pe umărul sănătos, cînd reducerea se obține. Acastă metodă foarte veche de sigur aparține lui Pott, după opiniunea generală. El e singurul care recomandă manopere fiziologice în reducerea luxațiilor, constînd în a ne conduce după indicațiunile naturale ale atitudinii membrului. Dînsa se pôte resuma în trei timpuri principale:

I). Extensia, constă în exagerarea atitudinii de abducțiune a membrului luxat.

II). Contra-extensia, prin fixarea acromionului și omoplatului, efectuată cu mîinile sau cu ajutorul unor cîrșafuri.

III). Imediat ce deplasarea capului s'a obținut, să executăm o mișcare bruscă de adducțiune, aducînd membrul către torace și aplicînd mîna pe umărul sănătos. Acest al III-lea timp e cunoscut sub numele de bascula umărului. Unii chirurghi adaugă un supliment la această metodă și care constă în următorul lucru. După ce extensia și contra extensia se află întinse la maximum, se aplică un sul de lemn, îmbrăcat

în vată, sau compresii în partea cea mai profundă a axilei, prin care se ridică capul umărului deja dislocat, înlesnind ast-fel intrarea sa în cavitatea glenoidă. Fig. 140, luată din Albert, arată modul cum trebuie procedat în reducerea luxației.



Fig. 140. — Dispoziția aparatului pentru reducerea luxației scapulo umerale sub-coracoidienă.

Englesii înlocuesc acest sul prin aplicarea genunchiului în axilă, când bolnavul e așezat pe scaun, sau chiar prin a călcâiului piciorului, dacă bolnavul este culcat pe o saltea. Intre aceștia vom menționa metoda lui Astley Cooper. După acest autor vom pune pe bolnav să șadă pe un scaunel. Chirurgul, stând la spatele bolnavului, 'și pune genuchiul în axila membrului luxat. Cu o mână fixeză acromionul și omoplatul, iar cu alta trage în jos extremitatea inferioară a umărului.

Fig. 141 luată din Hamilton, ne arată poziția ce trebuie să luăm pentru reducerea luxației prin această metodă.

Intre metodele de extensie vom arăta pe cea a lui Mothes. Dînsa constă în a ridica brațul lezat până ce va face cu trunchiul un unghiū de 145 grade; în urmă facem extensie, ducend cotul puțin înapoi.

Pentru a ne folosi de această metodă trebuie să culcăm bolnavul

pe un pat. Chirurgul apasă cu mâna stângă de umăr și trage de braț apucând cu mâna dreaptă de d'asupra cotului.



Fig. 141. — Reducerea luxației prin metoda lui Astley Cooper.

Fig. 142 luată din Hamilton ne arată modul cum trebuie să reducem o luxație după această metodă.

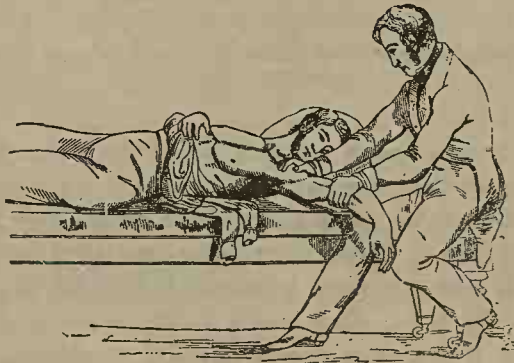


Fig. 142 Reducerea luxației prin metoda lui Mothes.

Astăzi însă mai toți chirurgii recurg la introducerea directă a mâinii în axilă, prin care căutând a aplica prin extremitatea degetelor capul umărului, îl împing în sus către cavitatea glenoidă. Acesta este o metodă

recomandată și vulgarisată de Nelaton, căreia i-a dat numele de propulsivă capului.

În timpurile din urmă, Kocher din Berna a reușit să vulgarizeze aproape în toată lumea un procedeu unic al său și pe care îl reproducem întocmai din al III-lea vol. de chirurgie precum de alt-fel l-au reproduș toți autorii:

Metoda lui Kocher.

Să presupunem luxația scapulo-umerală stângă, varietatea subcoracoidienă.

Bolnavul e așezat pe scaun și un ajutor menține omoplatul. Chirurgul se așază la stânga bolnavului, având un genunchi așezat pe pământ.

Primul timp. Flexăm antebrațul în unghi drept pe braț și cu policele mânei drepte aplicăm solid cotul de trunchi.

Timpul al II-lea. Ținând bine cotul în această poziție, chirurgul duce înafară mâna stângă a pacientului, încet, gradat, fără sguduitură; ceea ce face să execute umărului o rotație în același sens. Ne oprim în momentul când simțim o rezistență însemnată.



Fig. 143. — Procedeu Kocher. Sfârșitul timpului al II-lea s'a executat umărului o rotație externă ast-fel că antebrațul plexat în unghi drept se află direct în afară.

Timpul al III-lea. Ducem cotul înainte, în sus și puțin înăuntru, pe când antebrațul rămâne tot-d'a-una flexat în unghi drept, iar mâna bolnavului mult resfrintă în afară; brațul ajunge ast-fel să fie aproape perpendicular cu planul anterior al corpului. În timpul acestor manopere chirurgul s'a ridicat deja puțin câte puțin.

Timpul al IV-lea. Nu mai rămâne de cât să efectuăm rotațiunea brațului înăuntru și a pune mâna bolnavului pe umărul sănătos.

Kocher explică ast-fel bunele rezultate obținute prin procedeuul său: Capul eșit prin ruptura capsulară, s'a deplasat înainte și înăuntru, întinzându-se la maximum toate părțile capsulei rămase intacte și pe care dînsul

le târâse după sine. Porțiunea posterioară a capsulei este atunci aplicată pe cavitatea glenoidă părăsită, iar cele două buze ale rupturii capsulare forméză două cordóne solide și întinse d'asupra și de desubtul capului eșit prin intervalul lor. Dacă acum venim și executăm umérului



Fig. 144. — Al treilea timp. Cotul până aci aplicat pe trunchiú este dus direct înainte și în sus.

luxat o rotațiune în afară, aducem capul în afară în nivelul ce ocupa în starea normală; peretele posterior al capsulei se găsește fórte mult depărtat de cavitatea glenoidă, iar ruptura capsulară devine căscată; însă buzele acestei rupturii rămân întinse, iar orificiul ce ele circumscriu e



Fig. 145. — Luxația redusă.

prea strîmt, pentru a permite capului pus în fața orificiului său de eșire de a intra în cavitatea glenoidă. Trebuie deci să ridicăm înainte, în planul sagital al corpului umérul ast-fel sucit în afară, pentru ca partea superioară a capsulei să se relaxeze; atunci grație tensiunei porțiunei in-

ferióre (impusă prin rotațiunea externă), care împiedică capul umărului să alunece mai înainte, dinsul intră în cavitatea sa. Mișcarea de rotațiune externă ar avea deci ca efect, de a aduce capul în fața rupturii capsulare, pe care în acelaș timp o și întredeschide, iar mișcarea de ridicare ar relaxa buza superiöră a acestei butoniere și ar împinge capul în cavitatea glenoidă prin acest orificiü rămas deschis și extensibil.

Importanța acestei metode a lui Kocher nu constă atât în faptul că reducerea luxațiilor se obține ușor, cât e importantă, ca luptând și ca avënd intențiunea să dobóre o credință și un principiu de mult stabilit. In adevăr, lumea se întreba, care-ı factorul principal care menține deplasarea capului luxat pe o parte, iar pe de alta, care e obstacolul ce se opune la reducerea luxației.

Noi am arătat deja că după ultimele experimente ale lui Farabeuf, agentul care împiedică propulsiunea capului pe o distanță prea mare, este conservarea porțiunei posteriöre a capsulei.

Ei bine, Kocher tocmăi acésta voesce să demonstre prin metoda sa, că același agent jöcă în acelaș timp rolul de obstacol, pentru reducerea luxațiilor, explicând lucrul așa precum îl vedurăm.

Mulți autori însă, susțin că menținerea capului luxat într'un anume punct, precum și obstacolul ce întimpinăm la reducerea luxației il forméză exclusiv contractiunea spasmodică a mușchilor, în special a deltoidului, sub-scapularul, sub-spinosul și al întregului grup de mușchi rotatori și adductori, etc. Și există douë probe cu totul convingătoare cari confirmă acést lucru. Mai întâiu avem faptul că există, după cum am vedut, luxațiuni incomplete (extra-coracoidiene) unde prin urmare capsula articulară e cu totul intactă. In asemenea cas deci, care-ı agentul ce ține capul pe marginea glenoidienă anteriöră, dacă nu o contractiune spasmodică musculară, de öre-ce încă odată repetăm capsula e cu totul intactă?

Dar pe lângă acéstă probă anatomică, există încă o alta clinică, care e și mai convingătoare și care arată până la evidență rolul indiscutabil ce-l jöcă contractiunea musculară, ca obstacol al reducerii luxațiilor. Lăsând chiar la o parte faptele incontestabile de luxațiuni prin contractiuni musculare pe cari le-am arătat, noi constatăm un lucru că acéstă contractiune anihilată prin anestesierea bolnavului cu cloroform, luxațiunea se reduce apröpe de la sine, sau cel mult exercitând asupra membrului o tracțiune în orı-ce sens ar fi și adesea chiar fără nici-o regulă.

Din aceste considerațiuni, resultă în mod clar că mușchii, prin contractiunile lor spasmodice și brusce, pot determina o luxație, precum de asemenea prin contractiunea lor permanentă, constituë un obstacol la

reducere. Și pentru a proba și mai mult acest lucru, Benj. Anger a imaginat un procedeu de reducere al luxațiilor foarte simplu, numit *tracțiunea elastică*. Acest procedeu constă în a aplica pe membrul luxat un tub de cauciuc, care se fixează pe vergéua de fier a patului, unde privesc picioarele, iar contra-extensia se obține prin feși sau ciarșaf, aplicate pe axilă și fixate de cea-l'altă margine de la capul patului. Bolnavul se lăsa în această pozițiune 20—30 minute, când luxațiunea se reduce de la sine prin simplul fapt al oboselei musculare.

Autorii americani, susțin foarte mult acțiunea preponderentă a contracțiunilor musculare și rolul ce-l jăcă în producerea și menținerea luxației.

În special, Hamilton e apărătorul cel mai fervent al acestei idei, căci iată cum dînsul se exprimă: Mușchii constitue singurul obstacol, sau cel puțin obstacolul principal la întorcerea osului în cavitatea sa. Dacă unii chirurghi contestă exactitatea acestei premise și pretind că reducțiunea este împedicată prin tensiunea porțiunilor intacte ale capsulei sau prin altă circumstanță de cât acțiunea mușchilor (vorbim de fapte ordinare), ne vom mulțumi, ca răspuns satisfăcător a acestei obiecțiuni, de a aminti rupturile întinse pe cari le încercă de ordinar capsula, și pozițiunea forțată și aprópe tot-d'a-una uniformă a brațului, care nu se datoresce de cât contracțiunilor musculare.

Noi însă, deși admitem și susținem rolul contracțiunilor musculare, totuși nu putem nega pe acela ce-l jăcă capsula articulară.

Noi admitem că dacă în imensa majoritate a casurilor, tracțiunea mușchilor menține luxația și se opune la reducerea sa, nu e mai puțin adevărat că, în anumite împrejurări, capsula articulară forméază obstacolul cel mai puternic de a pune în situațiunea normală membrul deplasat. Și ca probă avem că cu tótă resoluțiunea complectă a mușchilor, totuși luxația nu se reduce, din cauză că este alt-ceva care se interpune între suprafețele osoase dislocate. Dar acest ceva mai tot-d'a-una îl forméază lambourii din capsula articulară ruptă. Ele desfid câte-odată orice metodă sau procedeu, formând grupul cunoscut al luxațiilor ireductibile. Deci, dacă nu tot-d'a-una, cel puțin une-orii opiniunea lui Kocher asupra rolului capsulei în luxațiunile umărului, se găsește confirmată.

Tratamentul luxațiunilor înapoi.

Acı nu există nici-o metodă sau procedeu special. Vidal de Cassis recomandă să se facă simple tracțiuni, în sensul direcțiunei în care membrul se găsește așeđat, adică trăgênd în jos și înainte.

Malgaigne recomandă că, în cel mai mare număr de casuri, era

suficient a se exercita o presiune directă cu policele pe capul luxat, în timp ce un ajutor împinge pe fața anterioară a epoletului cu cele-lalte degete. Ca mijloc de impulsione directă, Nelaton întrebunța ceia-ce numia lovitura de ciocan chirurgical. Dînsa se execută ast-fel : brațul fiind prealabil ușor depărtat de corp, aplicăm direct pe ridicătura capului luxat o pecetie mare, bine căptușită, bine învelită în vată, destinată a transmite osului lovitura unui ciocan de plumb.

În ori-ce cas, bolnavul trebuie profund adormit, căci numai ast-fel putem mult înlesni reducerea. Am arătat deja că prin cloroform am obținut-o în casul nostru reducerea, printr'o simplă tracțiune înainte și în jos, fără a avea trebuință a exercita vre-o presiune pe capul umărului.

Tratamentul luxațiilor în sus.

Este și mai puțin reglementat ca a celor-lalte. Malgaigne recomandă tracțiuni pe braț ridicat în unghiū drept și presând pe cap pentru a-l împinge în jos, în afară și înapoi, pe când un ajutor trage acromionul în sus, înăuntru și înainte.

Mijlocul cel mai bun este anestesia complectă a bolnavului, când prin tracțiuni directe în jos se pôte obține reducerea.

În ceia-ce privesce reducerea luxațiilor în jos, metodele sunt analoge cu acelea a luxațiilor înainte. În special, anestesia complectă a bolnavului său numai tracțiuni elastice trăgînd pe membru în direcțiunea indicată de atitudinea ce ne-o oferă pôte fi suficient. Vom căuta a exagera mișcările ce ne sunt permise și ast-fel vom putea obține reducerea.

Bine înțeles, în casurile când vom avea a face cu luxațiile numite luxațio-erecta, membrul fiind așezat vertical în sus, tracțiunea exercitată în acest sens, va trebui însoțită de o mișcare de basculă, lăsând brațul în jos și încrucșându-l pe torace către partea opusă.

Pentru a termina cu acest capitol al tratamentului luxațiilor, trebuie să ne oprim puțin asupra conduitei ce ni se impune, când ne vom afla în fața unei luxații complicată de fractura osului umeral.

Este evident, că dacă acéstă fractură ocupă terțul inferior al brațului, reducerea luxației se pôte obține, căci vom avea destul loc de a aplica extensia pe terțul superior al osului rămas intact.

Greutatea însă devine mai mare când fractura ocupă terțul superior, apropiindu-se de colul chirurgical, său chiar ocupând colul anatomic. Aci nu ne rămâne de cât a obține reducerea prin presiune directă pe capul umărului. Dacă nu reușim, unui autorî recomandă să tratăm întâi fractura, căutând a obține consolidarea ei și în urmă a procedea la reducerea luxației. Dacă însă fractura se află pe colul anatomic, ori-ce

așteptare devine aprópe inutilă, căci după cum am arătat, consolidarea nu se obține; dar în acest cas pericolul nu este prea mare, ci din contra putem dice favorabil, în comparație cu o luxație relativ ireductibilă. Un autor, numit Biberi, recomandă chiar, că dacă în asemenea casuri nu putem obține reducerea luxației, atunci d'a dreptul trebuie să căutăm a favoriza o pseudo-artrosă, imprimând mișcări des și repetate brațului fracturat în colul anatomic. Acastă metódă e mai de preferat de cât acea recomandată de Delpesch, Tripier și Poirier d'a practica extirparea capului luxat. Dar acastă operație nu se va efectua de cât atunci, când capul umérului va exercita presiuni mari, fie pe trunchiurile nervóse saũ vasculare. Numai atunci vom interveni, căutând a înlătura durerile atroce saũ amenințarea membrului de gangrenă. Iar dacă ne vom afla în fața unei luxațiuni vechi și unde individul e cu totul lipsit de funcțiunile membrului, constituind ast-fel pentru el o adevărată povară, atunci credem că cel mai bun mijloc, ar fi următoarele două metode: *Artrotomia*, când deschidând articulația putem obține reducerea, ridicând obstacolele ce vom constata. In cazul de a se fi produs o atrofie, saũ chiar ștergerea cavităței glenoide, vom recurge la operațiunea imaginată de Albert, căreia i-a dat numele de *Artrodesie*.

Acastă operațiune are de scop ca să distrugă articulațiunea și să provoce prin urmare o anchilosă artificială. După ce dar se pune în evidență articulația, extirpăm capsula, avivăm suprafețele articulare și la trebuință le suturăm, aplicând unul saũ două fire metalice, trecând prin capul umérului și cavitatea glenoidă lipsită de cartilaj.

Deprès în 1879 recomandă a fractura gâtul umérului luxat, imprimând apoi mișcări fragmentelor, pentru a obține ast-fel o pseudo-artrosă.

A doua metódă constă în a proceda d'a dreptul la resecția capului umérului, puind extremitatea resecată în nivelul cavităței glenoide, unde producându-se un manșon osteo-fibros, va avea ca rezultat iarăși o pseudo-artrosă, ce va permite mișcări destul de suficiente, pentru ca individul să se pótă servi de membrul seũ.

Terminând cu chestiunea tratamentului luxațiilor, trebuie să reamintim atențiunea ce ni se recomandă de toți autorii, de a practica reducerea în mod blând și fără bruscheță, mai ales dacă vom fi siliți a recurge la aplicarea de mufle, mașina lui Jarvis, saũ alte aparate. Sunt foarte numeroase exemple de triste accidente, cari aũ adus mórtea indivișilor în urma unor manopere și tracțiuni intempestive, exercitate pe membrul luxat prin determinarea de anevrisme, saũ ruperi directe de vase, trunchiuri nervóse, etc.

Extragem din Hamilton câte-va din aceste fapte, pentru a ne servi ca exemple.

Un individ suferind de o luxație a umărului ce data de 70 zile, s'a recurs la ajutorul mufelor, executându-se încercări infructuoase timp de 2 ore $\frac{1}{2}$. Hamilton mai târziu a clorofarmisat bolnavul și cu toate că nu recursese la mufle, ci la mijlocele ordinare, punând numai 10 minute și fără violență, totuși constată în regiunea pectorală o tumefacție, care în câte-va secunde a luat un volum considerabil. Presupunând după absența pulsului la pumn, că artera axilară fusese ruptă, s'a făcut legătura vasului la partea superioară. După 9 zile însă bolnavul a murit de emoragie.

Panas a observat un anevrism difus al axilei 15 zile după reducerea luxației, care era numai de 48 ore. Procedul întrebuițat a fost tracțiunea obicinuită cu ajutor. S'a legat sub clavieră în afară de scapula, dar după 3 luni bolnavul a murit, în urma unei artrite supurate, desvoltată în articulațiunea luxată plină de coaguli.

Un alt caz e cu privire la un tiner de 20 ani, la care după 3 săptămâni de la reducere s'a constatat în axilă un anevrism de mărimea unui ou. S'a legat sub clavieră, sacul a supurat și bolnavul a murit de emoragie.

Corte dă iarăși două observațiuni de aparițiune bruscă a unui anevrism imediat după reducerea luxației; bolnavul móre după 5 săptămâni.

În fine, mai toți autorii celebri ca Dupuytren, Nelaton, Delpeche au vădit producându-se asemenea anevrisme în timpul său după reducerea luxațiilor și cari au adus mórtea bolnavilor.

Alte dăți se observă numai ruperea venei axilare, precum e cazul lui Froriep, care încercând reducerea unei luxații la o femeie de 30 ani, după 20 zile de la accident vena rupându-se, mórtea a survenit după o oră și jumătate. Profesorul Agneo a rupt vena axilară, voind să reducă o luxație de 6 săptămâni.

Ruperea simultanată a arterei și a venei se observă de asemenea, precum e cazul lui Platner, și care a determinat mórtea bolnavului într'un timp foarte scurt.

Nervii axilari pot și ei fi contuzionați mai rar; mulți dau naștere la paralisii une-orî trecătoare, alte orî persistente și chiar la alterațiuni trofonevrotice. Se mai observă încă în urma reducerilor sincope, cari de multe orî pot deveni mortale, de unde Gosselin profesa, că luxațiunile umărului se acomodează foarte greu cu întrebuițarea cloroformului. Lisfranc atribuia mórtea la o congestiune cerebrală.

Se citéză următorul caz al lui Flobert ca un exemplu de accident neașteptat ce putem observa în urma reducerii acestor luxații.

Acest autor, a vădut simptomele unei emoragii cerebrale producându-se sub ochii săi pe când reducea o luxație a umărului veche de trei săptămâni.

Reducțiunea s'a obținut la a doua încercare, extensiunea era practică de cinci ómeni. In timpul manoperilor, bolnavul a simțit un fel de ruptură la partea internă a pumnului, urmată îndată de o furnicătură, care se întindea până la terțul inferior al brațului.

Ridicându-se legăturile, se constată că bolnavul era emiplegic din partea opusă. Probabil aci accidentele au fost datorite unei embolii.

Casul și mai extraordinar, este acela raportat de d-rul Smidt din Londra. E vorba de un individ de 58 ani, a căreia luxație a fost redusă prin procedeul cu călcâiul întrebuițat de o persoană cu o forță medie. Se produce ruptura mărginei anterioare a axilei. Pielea și mușchii se rupseră ca o curea putredă. Marile trunchiuri vasculare și nervose rămaseră góle ca și însăși capul trunchiului.

Individul a murit a 9-a ȃi.

Guerain a arătat un cas rămas celebru prin smulgerea complectă a antebrațului din articulațiunea cotului într'o încercare de reducere a unei luxațiuni sub-coracoidienă, datând de trei luni, de și tracțiunea a fost făcută prin ajutóre.

In fine vom menționa că în urma încercărilor de reducere putem determina fracturi în diferite puncte ale osului umeral și chiar ale óselor ce constituie articulația precum e omoplatul, clavicula, etc.

Ne putem încă aștepta la desvoltare de flegmóne difuse în axilă, dacă nu procedăm cu atențiune și multă menajare.

Hutchinson din Londra, spune că în urma manoperelor necesare pentru reducerea unei luxațiuni vechi, s'a provocat un flegmon supurat al axilei, care a determinat mórtea individului.

O bolnavă a lui Trelat, care avea o luxațiune sub-coracoidienă incomplectă datând de patru luni și resistând la mai multe încercări de reducere, a murit de un flegmon al axilei, ce se declarase chiar în séra unei ultime încercări făcută cu tuburi de cauciuc; cu o ȃi înainte se întrebuițase fără rezultat aparatul lui Jarvis.

Tóte aceste exemple, credem că sunt suficiente pentru a ne convinge de atențiunea cea mare ce trebuie să punem când e vorba a întreprinde reducerea unei luxații scapulo-umerale, unde îndrăsneala tot-d'a-una va fi cumpătată de prudentă și moderațiune.

Diformitățile brațului și ale umărului.

Acelea ale brațului provin din curburii rachitice, sifilitice sau fracturii rău consolidate.

Diformitățile umărului sunt reprezentate prin luxațiunii patologice sau traumatice precum și prin luxațiunile paralitice în urma leziunii nervului circumflex. În toate aceste cazuri, se observă după vechimea leziunii atrofia și chiar ștergerea cavității glenoide. Contra lor avem un tratament mai mult paliativ, reprezentat prin masaj, electricitate și aparate ortopedice.

Singura intervențiune chirurgicală este artrodesa, practică pentru prima oară de Albert din Viena, și care constă în a deschide articulația, a suprima cartilagiul articular, a excisa o porțiune din capsulă și a uni extremitățile osoase printr'un fir de argint. De aci și numele de artrorafie dat de Volf.

Mai există încă o deformație a umărului, provenită din contracțiunii musculare și anchilosa articulației.

În cazul I, vom întrebuința cloroformisarea, cum am arătat când am vorbit de periartrita scapulo-umerală.

Tenotomia se practică foarte rar, și e cu totul dificilă. Contra anchilosei nu vom interveni de cât dacă membrul este pus în abducție și rotație în afară, când vom întreprinde resecția umărului.

Albaneze a practicat o operațiune specială numită resecție curviline și care constă în a secționa umărul la extremitatea superioară pe care o rotunjesce, iar în pozițiunea rămasă practică o excavațiune pentru a primi cea-laltă porțiune a osului, căutând ast-fel ca printr'o neurtrosă să simuleze articulația normală.

CHESTIONAR.

- I. Bólele epoletului. Lesiunile traumatice. Diagnosticul acestor leziuni. Complicațiuni. Tratament. Pag. 278-279
- Afecțiunile articulației scapulo-umerală. Artritele umărului. Artrita tuberculoasă. De unde începe tuberculoasa umărului? Diferite opinii. Anatomia patologică Două forme de tuberculoasă umerală. Forma: Caries sicca și Caries carnosă. Tuberculoasa sinovială. Simptomele, prognosticul, tratamentul. » 279-287
- Hidartroza umărului. Diviziune. Experiențele lui Bonnet. Simptomele. Tratament. » 287-290

Igromele umărului. Definițiune. Igroma bursei seroase sub-deltoidiene. Igromele bursei sub-acromiale. Conținutul lor. Simptome. Diagnostic. Prognostic. Tratament.	Pag. 290-293
Periartrita scapulo-umerală. Definițiune. Patogenia. Simptome.	» 293-294
II. Tumorile epoletului. Lipóme. I). Tumori provenite din extremitatea superioară a umărului: exostose, enchondróme. Simptome. Tratament. II). Tumori provenite din claviculă: exostose, sarcóme. III). Tumori provenite din omoplat: enchondróme, osteo-sarcóme, etc. Diagnostic. Prognostic.	» 294-297
III. Fracturile scapulo-umerale. Fracturile extremității superioare ale umărului. Diviziunea acestor fracturi	» 298
Fractura gâtului anatomic al umărului. Definițiunea. Mecanism. Diviziunea. Deosebirea între aceste fracturi. Fractura izolată a capului umeral. Fractura propriu zisă a colului anatomic. Deplasările fragmentelor în aceste fracturi. Simptomele și diagnosticul.	» 298-300
Fracturile gâtului chirurgical. Definițiunea epifisei și a gâtului chirurgical. Opinia lui Malgaigne. Causese acestor fracturi. Fracturi transversale și oblice. Deslipirea epifisei umerale. Causese. Fracturile tuberosităților umerale. Simptomele fracturilor extremității superioare a umărului. Trepiedul simptomatic al acestor fracturi. Diagnosticul. Diagnosticul fracturilor gâtului anatomic. Diagnosticul fracturilor gâtului chirurgical. Semnele necesare acestor diagnosticuri. Diagnostic diferentia. Prognosticul acestor fracturi. Tratament.	» 301-316
Luxațiunile scapulo-umerale. Empirismul în aceste luxațiuni. Clasificarea acestor luxațiuni. Clasificarea lui Astley Cooper și Malgaigne. Luxația scapulo-umerală înainte. Etiologie. Diviziune. Luxație sub-coracoidienă incompletă și completă, luxație intra-coracoidienă și sub-claviculară. Unde se rupe primitiv capsula în aceste luxații? Simptomele acestor luxații	» 316-322
Luxațiile înapoi. Causese, Diviziunea acestor luxații. Luxațiunile în sus. Causese. Simptome. Luxațiile în jos. Luxația sub-glenoidienă, luxația în jos costală, luxația erectă.	» 222-326
Simptomele luxațiilor scapulo-umerale în general. Simptomele luxațiilor antero-interne. Simptomele luxațiilor înapoi. Simptomele luxațiilor în jos. Observațiuni personale. Simptomele luxațiilor în sus	» 326-322
Diagnosticul general al luxațiilor umărului. Diagnosticul diferitelor varietăți de luxații umerale. Prognosticul. Luxații recidivante. Tratament. Diferite metode. Metóda lui Astley Cooper; metóda lui Mothes, metóda lui Kocher. Causese ce se opun la reducerea luxațiilor. Tratamentul luxațiilor înapoi, și în sus; artrotomia, artrodesia și resecția capului umeral. Diferite accidente al tratamentului acestor luxații	» 332-351
Diformitățile brațului și ale umărului.	» 351

CAP. X.

Leziunile nervoase în traumatismele epoletului.

Studiul acesta aparține școlii moderne și în special școlii lui Charcot.

Plexul brachial, de la origina sa (V și VI pereche cervicală) până în fosa axilară, poate fi atins de diversele traume aplicate pe umăr. În adevăr, o lovitură dată d'asupra claviculei, în nivelul acestui os sau în fosa axilară, poate atinge acest plex și să dea naștere la diferite fenomene nervoase. Unii anumiți nervi, ca radialul și circumflexul, pot fi lezați chiar în mod indirect de traume aplicate la distanță, sau în unele pozițiuni vicioase ale brațului, precum vom vedea.

Deci toate speciile de plăgi, fracturile extremității superioare a umărului, și în special ale colului chirurgical sau anatomic, luxațiile și tentativele de reduceri, fractura claviculei, sau un cal exuberent al acesteia, etc. pot pe rând să contuzioneze, să rupă, să smulgă sau să comprime întreg sau parte din plexul brachial. Consecințele unor asemenea lucruri se vor traduce prin paresie, atrofie sau paralizie completă a grupurilor musculare după trunchiul nervos ce va fi atins.

În volumul al II-lea am insistat foarte mult asupra consecințelor secțiunilor și compresiunilor nervilor mâineii, descriind diferitele diformități numite ghiare (grieffe) 1). Acum vom trece repede asupra lor, oprindu-ne numai la cele care n'au fost descrise.

Consecințele leziunilor izolate sau totale a nervilor brachiali, vor fi lesne de prevădute, bazându-ne pe cunoștințele anatomice a distribuțiunii lor în mușchi. Sunt însă alte cazuri mult mai curioase unde în urma unui traumatism, constatăm o paralizie și anestezie completă a membrului superior, fără cu toate acestea să existe leziuni materiale în nervi. Acesta constituie *istero traumatismul*, foarte bine studiat de Charcot și elevii săi. Dar acest fenomen nu e alt-ceva de cât efectul red-șteptării sau agravării diatezei isterice în urma traumatismelor mari, ca ciocnire de trenuri, dărămări de pământ, spaimă mare, etc. Și pentru a ne face o idee de acest straniu fenomen, dau o prescurtare dintr'o observație a lui Troisier, reproducă în Duplay și Reclus. Lucrurile se petrec tot-d'a-una în modul următor: un om cade și primește o lovitură pe umăr. În momentul chiar al accidentului, o durere mai mult sau mai

1) Vol. II, pag. 377—472.

puțin violentă este singurul simptom. Dar în zilele următoare funcțiunea membrului devine din ce în ce mai dificilă, până când membrul rămâne inert și complect lipsit de sensibilitate și mișcare.

Ast-fel e cazul citat de Troisier: E vorba de un vizitiu de 25 ani, care a căzut de pe capră pe umărul drept. Imediat după cădere vizitiul s'a urcat din nou pe capră și a mănânat caii în timp de 5 ore, ținând hățurile în mâna stângă. Tocmai aVI-a și bolnavul observă într'o dimineță că membrul superior drept era inert și incapabil de or-ce mișcare. Paralisia era complectă; *degetele însă* le putea încă mișca. Anestesia de asemenea era totală până în fosa axilară. Acastă stare a durat 4 luni.

Ceia ce caracterisă această paralisie de natură istero-traumatică este: I) că dînsa apare imediat sau câte-va zile după accident și II) că atât perderea motilităței cât și a sensibilităței, nu răspunde absolut la nici o distribuție cunoscută a unui nerv sensibil sau motor. Așa, în cazul de față, bolnavul de și avea întregul membru paralisat, totuși *degetele le putea mișca*, precum de asemenea *anestesia se oprea la rădăcina membrului* printr'un cerc perpendicular cu direcția sa. De sigur aceste fapte sunt în afară de or-ce explicațiune a distribuțiunei anatomice a nervilor, căci prin nimic nu ne putem da sémă de o paralisie complectă e mușchilor, afară de degete, precum și de o anestezie, oprindu-se brusc la rădăcina nervului. Pe de o parte deci, desfiderea ce ni se dă pentru a explica nisce asemenea fenomene prin calea cunoștințelor anatomice, iar pe de alta, descoperirea altor stigmatе isterice ce ne pôte oferi bolnavul, constitue partea fundamentală a acestor paralisii, numite *paralisii istero-traumatice*.

Să trecem acum în studiul separat al leziunilor fie-cărui nerv în parte.

I). *Paralisia nervului radial*. În afară de paralisia venită în urma unei secțiuni directe și pe care am descris'o pe larg în vol. II, pag. 409, mai avem și alte paralisii, ce se observă în diferite circumstanțe ca: contuziunea prelungită determinată de cărji, de bretele trecute pe sub axilă pentru a susține unele greutăți puse în spinare ca la hamali, de acțiunea compresivă a unei eschile osose în fracturi, sau apăsarea unui cal exuberant, etc., etc. În afară de acestea, există o altă paralisie a radiului, care mult timp a fost considerată ca fiind sub dependența diatezei reumatice, sau a acțiunei directe a frigului. Pentru acăsta Duchenne o și numia paralisie radială *a frigore*. Panas însă în 1871 a arătat că mecanismul seü e cu totul altul și anume: rezultatul unei compresiuni directe asupra nervului la eșirea sa din șghiabul de torsiune. Este adevărat, dice Panas, acastă paralisie se observă în nisce condițiuni cari dau dreptul a o atribui acțiunei directe a frigului, căci iată cum se petrec lucrurile. Un

om, fie tréz sau beat, se culcă pe pămînt gol sau pe iarbă și adormie. Când se deșteptă, membrul superior e paralisat. Contrariu însă de ceia ce am fi tentați a crede, adică că umeđela sau frigul a fost pus în joc, Panas dă o altă explicațiune: în timpul somnului, individul își formeză căpătăiul din membrul superior (drept), pe care își pune capul. Dar în această atitudine, fața externă a brațului e pusă într'o rotație exagerată. Și precum dînsa e pusă pe pămînt, nervul se află comprimat între sol și presiunea capului. Dacă somnul e profund și duréză 3—4 ore, această compresiune e suficientă pentru ca la deșteptare paralisia să fie deja efectuată. Și probă pentru acesta este: I) că dacă ar fi acțiunea frigului, ar trebui ca paralisia să coprindă ambele membre, pe când dînsa nu se observă de cât pe unul din ele și în general pe membrul drept, care mai tot-d'a-una servă de căpătăiu; II) că această paralisie se observă și când individul dórme în casă, în patul său, cu condiție ca membrul să aibă aceiași atitudine. Relativ la acest punct Joffray în 1884 a arătat un cas fórte demonstrativ. E vorba de un lucrător ce purta greutăți pe umăr. Dînsul pentru a-și asigura echilibrul, își încrucia brațele pe piept, iar cu mîna stîngă fixa cu putere brațul drept. Ei bine, individul fu cu timpul coprins de paralisia radială a membrului drept, tocmai din cauză că mîna stîngă presa continuă pe fața sa externă, în punctul unde nervul radial eșia din șghiabul de torsiune. III. Dar proba cea mai evidentă pe care o dă Panas este că în această paralisie, mușchiul triceps ca și sensibilitatea zonelor inervate de ramurile radialului rămân intacte. Causa este că aceste ramuri nasc d'asupra șghiabului de torsiune și deci paralisia nu coprinde de cât mușchiul antebrațului fiind în legătură cu partea nervului comprimat.

Diagnosticul diferențial cu paralisia saturnină se stabilește prin aceea că în această din urmă, mușchiul lungul supinator e conservat. Paralisia nervului median și cubital e complet descrisă în vol. II.

Paralisia nervului musculo-cutanat. Prin distribuirea sa la mușchi coraco-brachial, biceps și brachialul anterior, va avea de efect suprimarea mișcărilor de flexiune a antebrațului pe braț, precum și mișcarea de supinație, de óre-ce bicepsul nu e numai flexor, ci și supinator al brațului.

Paralisia marelui danteleu. Inervat de una din ramurile plexului cervical, acest mușchiu plecând de la 1—9 costă prin nisce digitațiuni, dă nascere la trei fășii: una superióră, se inseră la unghiul intern al omoplatului; alta medie, la marginea spinală a acestui os, iar cea de III, la unghiul inferior al omoplatului. Acțiunea comună a acestor trei tendóne este de a duce omoplatul înainte, în afară și în sus.

Paralisia acestui mușchi va da ca efect principal: unghiul inferior al omoplatului ca și marginea sa spinală vor rămâne sub influența

muşchilor angular și romboid. Dar aceștia inserându-se pe de-o parte pe colóna vertebrală (parte din apofisele spinose cervicale și dorsale), iar pe de alta pe unghiū și spină vom avea: marginea spinală proeminentă și trasă către colóna vertebrală, iar unghiul inferior ridicat în sus și depărtat de torace, așa că putem introduce chiar mâna sub el spre a explora fosa sub-scapulară.

Paralisisa trapezului. Mușchiul trapez este inervat din fire nervoase ce vin de la plexul cervical, precum și din fibre ce aparțin ramurii externe a spinalului.

Acest mușchi posedă trei inserțiuni:

I) una superiōră, care plecând de la protuberanța occipitală externă și linia curbă occipitală superiōră merge la terțul extern a mărghinei posterioare a claviculei. Acastă porțiune claviculară saū respiratorie are de efect, după Duchenne, de a înclina capul lateral, precum și a-i imprima o mișcare de rotațiune întorcând barba și fața către partea opusă;

II) porțiunea medie merge de la marginea concavă a acromionului la buza externă și internă a spinei omoplatului. Acțiunea sa este o mișcare de ridicare a acromionului și consecutiv depărtarea unghiului inferior de linia mediană. Pe lângă acesta produce și ridicarea în masă a omoplatului, precum și lipirea puternică a acestuia de linia mediană (prin fibrele de la jumătatea internă a spinei). Acesta ne dă după Duchenne gestul desprețuitor (*geste d'édaigneux*);

III) porțiunea inferiōră plecată de la cele 10 vertebre dorsale merge să se insereze pe marginea spinală a omoplatului. Acțiunea sa e de a lăsa în jos cu 1—2 c. m. unghiul inferior al omoplatului, precum și apropierea mărghinei spinale a acestui os de linia mediană.

Contrațiunea energetică a tuturilor acestor porțiuni a trapezului este o ridicare în masă a omoplatului, o mișcare de rotațiune a unghiului intern, apropierea mărghinei spinale de linia mediană și întorcerea capului înapoi și de partea opusă.

În paralisisa porțiunei medie saū acromiale, vom avea ca tip clinic că epoletul umărului va fi foarte mult lăsat în jos, unghiul seū extern se va pogori, iar unghiul intern se va ridica, apropiindu-se de linia mediană grație acțiunei angularului și romboidului.

Paralisisa porțiunei medie va avea de efect căderea epoletului în jos, și iarăși ridicarea unghiului inferior și apropierea sa de linia mediană.

Cât pentru paralisisa fășiei superiōre saū claviculare a trapezului, acesta se observă mai rar din cauza bogăției sale nervoase. De aceea dînsa formeză după Duchenne *ultimum moriens*; iar când se produce,

atunci or-ce mișcare a epoletului în timpul inspirațiunei dispăre, precum și inclinațiunea laterală a capului.

Dacă paralisia trapezului e totală, atunci epoletul pare ca cum ar voi să se deslipescă de trunchiū ; membrul superior atărnă inert iar bolnavul simte tracțiuni dureroșe datorite greutatei membrului.

Paralisia mușchilor rotatori ai umărului în afară (sub spinosul și micul rotund). Bolnavul nu pôte să scrie din pricină că nu pôte înainta condeiul de la stânga la dreapta dincolo de un interval de 4—5 c. m. De aceia, bolnavul e nevoit pentru a termina rândul să tragă hârtia cu mâna opusă de la dreapta spre stânga, aducându-o ast-fel în fața condeiului ce nu pôte progresa măi mult.

În paralisia rotatorilor înăuntru (subscapularul) bolnavul nu pôte atinge cu brațul nici capul nici umărul din partea opusă.

Dintre tôte aceste paralisiī însă, aceia a nervului circonflex, saū măi bine ȃis paralisia deltoidului e cea măi importantă și cea măi des observată în chirurgie.

Nervul circonflex e una din ramurile colaterale a plexului brachial și din care iese dedesuptul claviculei.

Acest nerv descinzând, se așeză în jurul gâtului chirurgical al umărului și este imediat acoperit de fața posterióră a mușchiului deltoid pe care îl înervéză și în care se termină.

Din acéstă situație anatomică rezultă că, nervul circumflex pôte fi lezat atât în contusiunile forți ale epoletului cât măi ales în luxațiile antero-interne saū fracturile superioare ale umărului. De aci posibilitatea de paralisie, ceia-ce și constitue una din cele măi redutabile complicațiuni a traumatismelor umărului.

Th. Anger în 1874, bazat pe faptul că nervul circumflex trimite o ramură la partea posterióră și externă a mușchiului deltoid, recomandă că măi ales în casuri de luxație a umărului, să explorăm cu îngrijire sensibilitatea epoletului și a jumătăței superioare a umărului, care găsindu-se micșorată, putem prevedea paralisia deltoidului fie prin întinderea saū chiar ruperea nervului circumflex. Cu modul acesta prevenind pe bolnav, vom evita de a se pune acéstă complicație pe socotéla chirurgului, susținându-se că el a produs-o în momentul manipulației de reducere. Dar nervul circumflex măi pôte fi comprimat saū atins de nevrită și prin inflamația bursei seroșe ce se află la fața posterióră a deltoidului cu care ȃinsul e în contact. Duplay a arătat că inflamația acestei burse seroșe, care constitue afecțiunea numită peri-artrită scapulo-umerală, pôte fi însoțită de fenomene de paralisie și atrofie a deltoidului.

Paralisia deltoidului ni se manifestă cu tôte semnele unei luxații scapulo-umerale, varietatea sub-coracoidienă. În adevăr, acest mușchiū se

însereă în sus pe jumătatea externă a claviculei, pe marginea convexă a acromionului și pe marginea posterioară a spinei omoplatului, iar în jos pe fața externă a umărului la tiparul deltoidien. Dînsul este care dă forma rotundă a epoletului. Când dar el va fi paralisat sau atrofiat, atunci porțiunea medie sau acromială se va turti, lăsând un gol între acromion și capul umeral, iar pe de altă parte capul umărului se va simți foarte ușor sub porțiunea sa internă sau claviculară. Dar acesta va da o asemănare foarte mare cu o luxație scapulo-umerală. Apoi, reamintindu-ne acțiunea deltoidului, individul nu va putea executa nici-o mișcare în umăr înainte, în sus, în afară sau înapoi. Experiențele lui Duchenne de Boulogne au demonstrat că, fâșia medie sau acromială a deltoidului ridică direct umărul în sus și în afară, cea anterioară sau claviculară în sus și înăuntru, iar cea posterioară sau spinală înapoi și înăuntru.

Până aci, toate paralisiile mușchilor ce am descris se găsesc în strânsă legătură cu leziunea nervului ce-i animă. Există însă o paralisie foarte curioasă ce atinge un grup de mușchi isolați și inervați fie-care de un nerv cu totul deosebit. Acesta este paralisia lui Erb. Dînsa constă în paralisia mușchiiului *deltoid*, *biceps*, *brachialul anterior* și *lungul supinator*; deci avem de o dată leziunea unor nervi cu totul deosebiți: *circumflexul*, *brachialul cutanat* și *radialul*. Dar tocmai acesta formeză partea obscură, căci acești nervi nu emerg din acelaș punct. Experiențele fiziologo-electrice însă arată că, puind un reofor la origina plexului brachial pe V și VI pereche cervicală, adică pe un punct situat d'asupra claviculei, se obține în mod manifest contracțiunea acestor patru mușchi. Acesta ar proba că nervii sus numiți au o origină comună la începutul lor. Și în adevăr, această paralisie nu se observă de cât în contuziuni aplicate d'asupra claviculei, sau în căderi pe umăr membrul fiind în adducție. În acest cas partea postero-externă a claviculei se ridică apropiindu-se de colóna cervicală când apăsând pe rădăcina trunchiului brachiocefalic la rădăcina sa, produce paralisia mușchilor citați.

CHESTIONAR.

Leziunile nervoase în raport cu traumatismele epoletului. Istero-traumatism. Caractere. Exemplu	Pag. 353-354
Paralisia nervului radial. Opinia lui Duchenne și Panas. Probe de mecanismul compresiunii. Caractere	» 354-355
Paralisia nervului musculo cutanat, a marelui danteleu, a trapezului, a mușchilor rotatori. Caractere consecințe	» 355-357
Paralisia nervului circonflex. Atrofia deltoidului. Caractere. Consecințe.	» 357-358

DIVZIUNEA II.

AFECTIUNILE MEMBRELOR INFERIORE.

CAP. I.

Bólele piciorului.

§ I. Leziunile traumatice ale piciorului.

Prin picior înțelegem partea cea mai extremă și liberă a membrului inferior prin mijlocul căreia atingem solul și umblăm în condițiuni normale.

Limitele acestui organ încep de la interlinia articulației tibiotarsiene până la vârful degetelor.

Piciorul posedă o față dorsală, una plantară, două margini, o basă și un vîrf.

Aceste divisiuni anatomice servă pentru a precisa sediul unei afecțiuni, dacă o plagă sau tumoră de exemplu, este așezată pe partea plantară, dorsală, etc.

În clinică piciorul se divide în două regiuni: una posterioară numită tarso-metatarsienă și alta anterioară metarso-falangienă sau regiunea degetelor.

Prima prezintă ca importanță că fața sa superioară e foarte slabă. Ea nu e formată de cât din piele și tendóne, fără nici un țesut gresos, ast-fel că la unii indiviđi se póte simți și recunósce aprópe fie-care os al tarsului. De aci resultă că plágile produse în această regiune se însoțesc de complicațiuni unele mai serioase de cât altele, precum: secțiuni de tendóne, vase, nervi și chiar deschideri de articulații a óselor tarsului. Afară de acésta, bogăția vaselor limfatice și origina venelor safenă internă

și externă pe marginele corespondente ale piciorului, formeză punctul de plecare a celor mai grave complicațiuni a plăgilor, precum sunt limfangitele și flebitele. De aceea trebuiesc luate măsuri severe de anti-sepsie spre a preveni asemenea complicațiuni, ce une-orî pot periclita însăși viața bolnavului. Nu tot ast-fel este cu fața plantară saă inferiőră a regiunei tarso-metatarsiene. Aci, grație unei îngroșări considerabile a pielei și prezenței unui țesut celulo-gresos foarte abondent și brăzdat de numeroase prelungiri celulo-fibröse, organele aședate în adîncime, cu greu pot fi atinse de corpîi vulneranți.

Cât privesce partea anteriőră a piciorului, carc e reprezentată prin degete, nu avem să ne oprim. Dînsa nu are importanță specială de cât aceia a interliniilor articulare cari privesc mai mult medicina operatöre.

Vom aminti că, din cauza bogatelor rețele limfatice, vasculare și nervöse constatăm o sensibilitate exagerată de care e prevădută întréga fața plantară a piciorului, fără analogie în economie. Apröpe tóte vasele limfatice de la picior se resolvă în ganglionii aflați în scobitura poplitee și crurală. Decî în orî-ce plagă a piciorului nu trebuie să uităm a explora ganglionii din acéstă regiune.

Mai nainte de a trece la studiul fie-cärei afecțiuni, vom insista asupra următorului punct : piciorul, începënd de la interlinia articulației tibio-tarsiene, coprinde în interiorul seü și cele douë maleole, ast-fel că fractura acestor öse se va descri în acest capitol, iar nu în acela al gambei.

§ II. Afecțiunile traumatice ale piciorului.

Traumatismele piciorului sunt mai puțin frecvente ca ale mâinei. Dându-se subțiimea și laxitatea tegumentelor sale dorsale, vom avea foarte largi echimose în acéstă regiune în cas de contusiuni. Pe fața plantară, aderența și grosimea tegumentelor fac țesuturile mai puțin apte pentru desvoltarea acestui fenomen.

În teză generală, traumatismele piciorului sunt apanagiul ómenilor săraci cari umblă desculți. La ei în adevër se observă plăgi prin înțepătură, tăetură, sdrobire, etc. Plăgile prin smulgere sunt mai rari, iar cele prin armă de foc mai frecvente.

În privința conduitei contra corpilor străini, ne vom conduce întocmai cu cele stabilite la mână. Nu ne vom grăbi decî a procede imediat la extragerea lor, căci aceștia foarte des se închistéză și devin tolerabili organismului. Când însă corpul străin e cu totul superficial, atunci e foarte ușor de extras. Expectația însă va fi regula, dar fiind tot d'a-una gata a interveni când supurația saă procesul inflamator se va declara. În acest cas vom lucra conform indicațiilor date de circumstanțe.

Există o conduită specială cu privire la înțepăturile tălpei piciorului. Sunt în adevăr indiviđi cari cer cu or ce preț a le scóte un ac saú alt corp ascuțit pe care il cred înfipt în picior. Să nu cedăm de cât atunci când suntem pe deplin convinși de existența lucrului, adeverită prin o durere fixă, tot-d'a-una în acelaș punct și imposibilitate în mers. Tillaux mărturisesce că, neputând rezista stăruințelor unui bolnav, care pretindea că umblând cu picioarele desculțe pe marginea mării avea un corp străin în talpa piciorului rămas în urma unei înțepături, a făcut o încisiune în locul dureros și fórte limitat, dar fără să găsească absolut nimic. Dinsul ne mai previne că senzațiunea ce ne procură stiletul în momentul explorațiunei și care ne-ar face a crede în existența unui corp străin e falsă; dinsa se datoresce despărțiturilor fibróse cari circumscriú insule de grăsime. Prin radiografie ne vom asigura și mai bine de existența corpului străin. In ce priveste emoragia care e produsă de arterele plantare, pericolul nu e așa mare ca la mână, căci tot-d'a-una prin tamponare și compresie directă o putem opri, fără a recurge la legături emostatice la distanță ca la membrul superior. Vom fi însă fórte severi în precauțiunile antiseptice pentru tratarea traumatismelor piciorului. Dându-se bogăția limfaticelor și rățelelor venóse, traumele pot aduce complicațiuni de limfangite difuze și flebite, putând compromite viața indiviđilor, mai ales când există diateza diabetică, alcoolică, etc. Acest lucru se observă chiar și în urma bătăturilor saú inflamațiunei bursei seróse metatarso-falangienă a degetului mare. Dar de acestea am vorbit pe larg în volumul II.

Să nu uităm că plăgile degetelor de la picioare fórte adesea se complică de tetanos; decí rigurositatea antisepsiei nici-o-dată nu va fi mai mult de cât trebuie.

Intre afecțiunile provenite în urma unei contuziuni prelungite și des repetată, există una asupra căria atențiunea a fost atrasă de Desprès. Acésta este *contuziunea cronică a călcâiului*. Dinsa se observă în special la ómení cu piciorul prea arcat și la cei cu profesia de a sta mereú în picioare, ca chelneri, tipografi, soldați, etc. Se mai observă la cei cari umblă desculți saú și la ómení avuți cari însă din cochetărie pórtă încălțăminte cu talpa subțire și tocul înalt. Leziunea constă în atrofia și chiar dispariția țesutului gresos aflat în dreptul tuberosităților calcaneului.

Resultatul este o durere vie, senzație de căldură și arsură, dar fără fenomene inflamatorii; avem apoi imposibilitate de a mai putea umbla. Se admite drept cauze predispozante diateza reumatică, saú o igromă desvoltată în bursa sub-calcaneană. Une-orí în urma acestei contuziuni cronice putem observa un morb perforant al călcâiului.

Tratamentul constă în repaus și confecționarea unei încălțăminte

speciale având talpa grosă și un așternut elastic la călcăi. Afecțiunea însă adesea recidivază. Acésta de multe ori silește pe bolnav a-și schimba profesiunea.

Traumatismele gâtului piciorului sunt mult mai serioase ca cele precedente, căci dinsele se pot complica de deschiderea articulației tibio-tarsiene. Pe lângă acésta, prezența arterei pedioase și a tendónelor, dau nascere la complicațiunii speciale mai ales când e vorba de secțiunea saș ruperea tendonului lui Achil. Contra acestui accident ne vom conforma cu cele ce am stabilit în vol. II la capitolul leziunii tendinoase. 1)

O altă afecțiune particulară în acéastă regiune este luxațiunea tendónelor lungilor perinierii laterali și a tibialului posterior. Primul cas de luxație a peronierilor se datorește lui Monteggia în 1803, survenit la un om în timpul unui dans (joc). Fórte rară prin acțiunea directă a unui traumatism aplicat pe maleole, luxația peronierilor se produce tot d'a-una pe cale indirectă, precum e o contracție violentă a mușchilor piciorul fiind dirijat în abducție saș adducție, ca în momentul unei căderi, a unui salt, entorsă, fractură, etc. Dar pentru acésta se cere o predispoziție, ce constă într'o ridicătură formată de peronierii înapoiul maleolei externe.

Semnul patognomic, pe lângă durere violentă, sentimentul de arsură și o largă echimosă, este prezența înaintea maleolei externe a două cordóne rotunde ce alunecă sub deget represintând tendónele, iar înapoiul maliolei un gol, care e locul ocupat anterior de tendóne.

Luxația izolată nu se observă de cât pentru lungul peronier; cel scurt nu se luxază nici-o-dată singur. În general însă sunt ambii cari se luxază.

Luxația incomplectă admisă numai de Demarquay se atribue unei relaxări a tecei tendinoase consecutivă unor repetate entorse anterióre.

Reducerea unei-orii e fórte ușoră; alte dăți însă imposibilă, saș recidivază cu cea mai mare înlesnire. Demarquay recomandă flexiunea piciorului pe gambă, pe când Jarjavay extensiunea ca înlesnind mai ușor impingerea tendónelor de dinainte înapoi. După reducere însă, piciorul va fi pus în flexiune. În casuri rebele, unde reducerea nu se póte obține prin simple manipulări saș procedeu de blândețe, putem recurge d'adrechtul la deschiderea antiseptică a pielii, la punerea în evidență a tendónelor luxate, la reducerea și chiar fixarea tecei de părțile adjacente. Lannelongue într'un cas de recidivă rebelă, a tăiat un lamboș periostic în dreptul maleolei externe pe care resfrângându-l înapoi l'a suturat cu téca fibrósă ruptă.

1) Vol. II, pag. 332—352.

§ III. Afecțiunile inflamatorii și turburările de nutrițiune ale piciorului.

Piciorul ne oferă întocmai aceleași varietăți de abcese ca și mâna. Ast-fel putem observa pe fața dorsală a degetelor și metatarselor dezvoltare de miçi furuncule, iar pe talpă abcese sub-epidermice, supra și sub-aponevrotice, oferindu-ne aceiaș rezoluție și recunoscând aceleași cauze ca cele ale mâinei. Réua încălțăminte, rosăturile, bătăturile, murdăria, un mers prelungit, etc., forméză cauza specială a acestor afecțiuni. Tóte bursele saũ pungile seróse ale piciorului, carĩ de alt-fel sunt fórté numeróse ca stare normală, accidentală, saũ profesională, se pot inflama. Acéstă bursită adesea se însoțesce de limfangite saũ celulită difusă cu consecințele lor cunoscute. Dintre tóte, bursa retrocalcaneană e sediul de predilecție al inflamațiilor reumatice, mai ales a celor de natură ble-

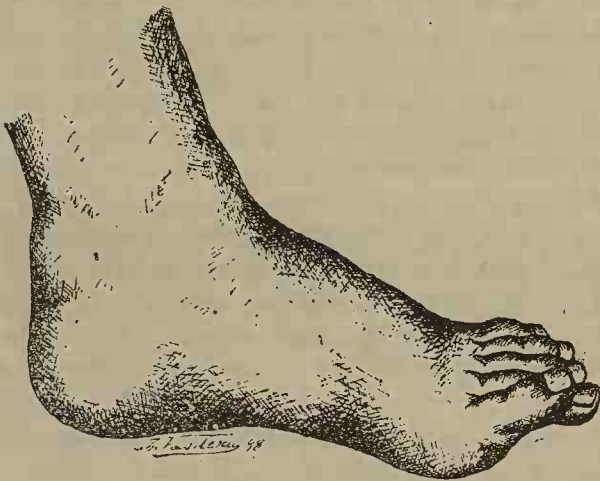


Fig. 146. — Hallux valgus (personală).

noragică. Acésta a fost menționată deja de Swediaur și bine studiată de Fournier. In serviciul acestuia, când 'mĩ complectam studiile la Paris, am vėdut un cas din cele mai tipice. Caracterile sunt proprii or-cărei afecțiuni de acéstă natură. ce deja am descris în vol. II. 1)

Maĩ tóte punctele talpei pot deveni sediul abceselor. Locul de pre-

1) Vol. II, pag. 369—376.

dilecție însă este bursa seroasă din dreptul articulației metatarso-falangiene ce se dezvoltă sub clasicele bătăături, ce aprópe fie-care om posedă.

Hallux Valgus Este o creștere demăsurată de volum a extremității anterioare a primului metatarsien. Acesta produce o deformare pronunțată a degetului, respingându-l înăuntru și d'asupra celor-l'alte. Contra ei nu e aprópe nimic de făcut, afară numai de amputația degetului. Cu toate acestea, într'un cas de asemenea natură am făcut resecția acestei excrescențe osoase. Cu totă grija ce am pus, totuși articulația s'a deschis într'o mică întindere. Accidentul n'a avut nici o consecință rea, căci bolnava s'a vindecat într'un mod perfect. fără să fi pus nici un tub în plagă. Fig. 146 arată un model de *Hallux Valgus*.

O varietate de abces ce se observă destul de rar, este aceea a călcâiului. Mărturisesc că în lunga mea practică o singură dată am dat peste un asemenea abces, la un personagiú destul de cunoscut d-nul Toma Țaciú. Din cauza genei ce-í aducea încălțimintea, dînsul fu cuprins de o durere drept la vârful călcâiului. În 4—5 zile durerea devenise așa de violentă, în cât era imposibil cea mai ușorá atingere. O agitație mare unită cu un frison, o durere fixă mai ales într'un punct, m'a făcut a susține un abces, de și nu exista absolut cea mai mică roșiață și nici chiar tumefacție manifestă. Fără a aștepta mai mult, am introdus profund un vîrf de Paquelin roșit, practicând trei înșepături la mici distanțe. În momentul operației, abia dacă aú eșit câte-va picături de puroiú foarte gros, sanguinolent și amestecat cu detritus. În zilele următoare însă, la cea mai ușorá presiune eșia prin câte trele găurí. În 8 zile bolnavul a fost vindecat. Recomand în special acest mod de a trata, căci incisia cu bisturiul ar produce o cicatriță, care fiind presată prin greutatea corpului, ar fi capabilă să se ulcereze și să fie un punct continuu de dureri și recidivă.

Abcesele din mijlocul tálpei piciorului se însoțesc ca și ale mâineí de un edem foarte mare al feței dorsale, grație laxității țesuturilor. Acesta ne ar face a crede că aci e leziunea, pe când în realitate dînsa e cu totul opusă.

§ IV. Ulcer perforant al piciorului.

Există de sigur mai multe varietăți de ulcerăriuni pe picior de cauze și naturi deosebite.

Nu ne vom opri asupra micelor escoriații și ulcere cronice venite în urma contuziunilor, arsurilor și congelațiilor, căci nu aú nimic de special, în afară de cele descrise în chestiunile generale, coprinse în

vol. I. Antecedentele bolnavului și starea locală ne arată imediat cauza și deci punerea ușoră a diagnosticului.

Iarăși putem observa pe talpă, fața dorsală și degete ulcerațiuni maligne, de natură epitelială sau cancerosă. Dar acestea, prin aspectul lor clasic de ulcere în formă de ciupercă, cu suprafața fongosă, cu mărginele resfrînte în afară, cu secrețiunea aceia murdară proprie ichorului, și prin sîngerarea sa la cea mai mică atingere, nu aș trebuiță de nici o sforțare în a le descri. Ele se impun prin ele însuși, așa că diagnosticul se stabilește *de visu*, mai ales când vom lua în considerare durerile pungitive, prinderea ganglionilor mergînd chiar până la cei crurali și în fine slăbirea și cachectisarea individului. Ce să mai dîcem de ulcerațiile spațiilor interdigitale, cari orî cât și-ar modifica aspectul, totuși lesne pot fi recunoscute ca aparținînd manifestațiilor sifilitice secundare numite ragade? Dar ulcerațiile scrofuloase, nu se recuosc în destul prin aspectul lor atonic, fundul môle și fongos, iar marginile subțiri și deslipite? O colóre specială de șuncă afumată, un fund ferm și crateriform cu mărginele tăiate drept, iar une-orî róse ca cum ar fi mâncate de șóreci, constituie tot atâtea semne clasice ce ne oferă ulcerațiunile sifilitice terțiare.

Relativ la manifestațiunile sifilitice pe talpa piciorului, am avut ocașiunea să observ un cas cu totul particular. Este vorba de o tînără femeie care a intrat în serviciul meu, din cauza unor dureri atroce și insuportabile ce-i procura regiunea plantară a piciorului și anume, porțiunea corespondentă din jurul rădăcinei micului deget. Examinată cu deamănuntul se observa câte-va ridicături sub piele ca gămălia de ac, iar printre ele porțiuni cicatrizate avînd forma serpiginosă. Durerile ce provoacă acéstă regiune la cea mai mică atingere erau colosale, căci bolnava săria din pat. De alt-fel dînsa era într'un continuu plîns, și mai ales nóptea nu putea închide ochii de dureri. La început am cređut că aveam a face cu un morb perforant, cu leziuni trofo-nevrotice, admițînd chiar posibilitatea unor mici nevróme, luând în considerație că bolnava era muncitoare ordinară. Tot ce am întrebuițat a fost zădaric, căci nici injecțiunile de morfină nu calmau durerile. Atunci, luând în considerație că durerile erau mai exagerate nóptea, iar pe de altă parte că printre aceste mici tumori ca alicele erau cicatrice serpiginoase, am susținut că póte fi vorba de tubercule cutanate sifilitice. Am aplicat local un emplastru de Vigo, iar la interior iodur de potasium. Imediat s'a simțit o ameliorare manifestă, iar după 8 zile bolnava a eșit complect vindecată, dispărîndu-i nu numai durerile spontanate, dar și cele provocate, căci prin presiune nu se determina nici cea mai mică urmă

de durere. Dăm aci fig. 147 unde se pôte constata acest cas de o extremă raritate.

Trebue óre să măi descriem acea afecțiune bizară și exotică, ce aprópe nu se vede în țările nóstre. numită *ainhum*?

La rădăcina degetelor, in special al V-lea, apăre un inel constrictor de natură epidermică, care prin ulcerafia progresivă ce determină, ajunge până la centrul degeteluí, pe care în cele din urmă finesce prin a-l amputa. Iată *ainhum* în esența sa.



Fig. 147. — Tubercule sifilitice cutanate ale tălpei piciorului (personală).

In fine, ulcerafiile și amputafiile spontanate, dependinte de lepra anestezică saú elefantiasul grecesc precum și lupusul tuberculos iarășí nu trebuesc uitate. Dar descrierea lor nu ne va opri, pe de o parte că nu intră în cadrul chirurgiei propriú díșă, iar pe de alta că primele aú multă asemănare în evoluție cu panarițiul analgesic deja descris.

Ne rămâne acum o ulcerafia cu totul particulară, asupra căria ne impunem a insista nu atât din punctul de vedere patologic, cât din acela al patogeniei sale.

Acéstă ulcerafia, din cauza tendinței sale iresistibile de a înainta în profunđiune, s'a numit ulcerafia saú bółă perforantă. Termenul clasic este *mal perforant* saú *morb perforant*.

Iată în câte-va linii caracterile sale clinice: pe unul din cei trei stâlpi ai piciorului, adică pe călcăiu, pe fața plantară a primului său al cincelea metatarsien, apare o placă ulcerată, având o bază tare, iar marginile mult mai ridicate de nivelul său. Fundul acestei ulcerări, de un aspect sui generis, roșu brun, fongos dar uscat, ne oferă un orificiū crateriform. Prin acest orificiū, cu cea mai mare înlesnire și spre extrema noastră surprindere, putem introduce un stilet, asupra căruia fără a exercita cea mai mică presiune, pătrundem prin părțile moi și oșe cu o ușurință extra-ordinară. Ba ce e mai mult, stiletul trece câte-o-dată prin totă grosimea piciorului, ajungând până sub pielea feței sale dorsale.

Și în mijlocul acestor destrucțiuni colosale, bolnavul nu numai că nu simte nici o durere la or-ce explorație, dar chiar părțile de prin prejur sunt într'o complectă anestezie, așa că putem fără nici o frică să înfigem ace la cele mai mari adâncimi, fără că bolnavul să aibă cea mai mică conștiință de cele ce se petrec.

Neapărat, ca în or-ice bôlă și prin urmare și aci, pot exista unele complicații ce pot schimba caracterile clasice, făcând regiunea mai dureroasă, ulcerarea însoțindu-se de secrețiuni purulente, etc., etc., dar acestea sunt epifenome datorite fie unei limfangite, unui flegmon, sau alte accidente inflamatorii. Dar încă o dată, caracterile patognomonice ce am descris rămân inalterabile în morbul perforant: cronicitatea, analgesia, tenacitatea la vindecare, tendința la distingere și recidivă, sunt bazele solide ale afecțiunei noastre. Acastă bôlă întrevăzută de Cloquet, Dupuytren și Boyer, a fost pentru prima ôră descrisă de Nelaton în 1852 sub numele de *bôlă singulară a ôselor piciorului*, iar mai târziu de Marjolin sub acela de *ulcer verucos*. Leplat în 1855 stabilește numele rămas clasic de *mal perforant*.

Care e patogenia acestei afecțiuni?

Există trei teorii: *mecanică, vasculară și nervoasă*.

I). *Teoria mecanică*. Este prima care s'a invocat de însuși Leplat. În urma unei presiuni continue, a șederei mult timp în picioare, a unui mers prelungit, etc. se dezvoltă o îngroșare a epidermului în unul din punctele stâlpului piciorului. Acastă îngroșare se transformă în bătătură care și mai mult va comprima părțile subjacente. Cu timpul și în mod fatal va eși o alterație a țesutului care în urma vicierii nutrițiunei sale se va necrosa, se va ulcera. Acastă ulcerare, de sigur va fi cu atât mai rebelă cu cât compresiunea și indurația vor fi fost mai veche.

Proba este, că acastă afecțiune formeză apanagiul ômenilor săraci cari pôrtă încălțăminte próstă, sau umblă mult pe jos și cu picioarele desculțe.

Modul acesta de a vedea este îmbrățișat de Marjolin și Sedillot.

Ei nu ved în morbul perforant de cât o simplă ulceratiune desvoltată sub influența unei presiuni.

Velpeau și Gosselin atribue bóla unei inflamații supurative a bursei seróse ce tot-d'a-una se găsește sub or-ce bătătură. Pentru acesta îi și dău numele de *dermo sinovită ulcerósă*.

Dar nimeni nu a apărát cu o mai mare căldură această teorie mecanică a morbului perforant ca Tillaux. Și pentru a respunde la tóte punctele teoriei nervóse, ce vom desvolta, dînsul se întrebá: Pentru ce morbul perforat mai tot-d'a-una e unic atunci când turburările trofice nervóse presintă manifestatiuni multiple? pentru ce ulceratiia ocupă talpa piciorului și părțile sale ce sunt supuse presiunii, atunci când ulceratiile nervóse ocupă degetele, marginea unghiilor și chiar fața dorsală a piciorului? pentru ce în fine bóla e tot-d'a-una precedată de o bătătură, pe când alte ulceratiii nervóse n'aú trebuința de acest factor?

Morbul perforant decí e sub dependința directă a unei presiuni, care lucréză comprimând țesuturile. Dînsa se desvoltă sub influența unor contusiuni repetate și la indiviții ce umblă mult; la aceia al căror picior presintă o conformație viciósă fie congenitală sau dobândită în urma slăbirei unor grupe musculare. Când de exemplu mușchii peronieri vor fi slăbiți, piciorul va fi tras înăuntru de gambierul anterior și posterior; individul mergând atunci pe marginea externă a piciorului, aci se va transmite greutatea corpului, aci contusia va fi continuă și prin urmare aci sub al V metatarsien bătătura se va forma, iar după dînsa *morbul perfect*. Când din contră gambierii vor fi mai slabi, fenomene inverse se vor produce, și atunci morbul perforat va fi în partea internă a piciorului, sub primul metatarsien. Dacă acum ne închipuim o slăbire a mușchilor extensori, atunci flexorii vor predomina. Atitudinea piciorului va lua forma numită echinism. Individul va călca pe capetele metatarsienilor, și prin urmare pe unul din ei se va produce contusiunea cronică și decí pe unul din ei se va desvolta morbul perforant. Și tot ast-fel raționând și închipuindu-ne o slăbire a flexorilor în special a gemenilor și solear, atunci neapărat individul va călca mai mult pe călcăiú, și decí în această regiune vom avea bóla ce descriem. Și probă de acest lucru ar fi ca sub influența repausului și a îngrijirilor igienice răul ar dispăre.

II). *Teoria vasculară*. Cel dintâi e Dolbeau care prin piese sfigmografice demonstrative a arătat că, morbul perforant depinde de o alteratiune vasculară, de un aterom. Péan la rândul său sprijină această teorie care nu póte fi de cât fórte rațională și științifică. Necrosa moleculară nu póte mai ușor să se producă de cât prin astuparea unui vas arterial, printr'un aterom, care determinând întreruperea lichidului

nutritiv, în mod fatal va produce mórtea ţesuturilor, manifestându-se prin ulcerării distructive şi rebele. N'am arătat în volum I influenţa nefastă a arteritelor şi ateromului în producerea gangrenei, chiar a unui membru întreg? Arterio-sclerosă bine studiată de H. Martin (vezi vol. I) ne explică în mod perfect morbul perforant pe această cale. Iar faptul că nu toţi ateromatoşii au mal perforant, acesta nu distruge întru nimic teoria vasculară, precum nici faptul că un individ cu varice mari amputare n'are ulcer cronic al gambei. Am arătat în adevăr, în volumul I opinia noastră în această privinţă legându-o nu cu starea varicosă a venelor ci cu modul de a fi al ţesutului. 1) Ei bine acelaş lucru putem invoca şi aci, că morbul perforant ca şi ulcerul cronic, poate să nu fie sub dependenţa leziunilor vaselor mari, ci sub aceia a capilarelor. Acestea turbură nutriţiunea intimă a ţesuturilor mai mult şi pe o scară mai întinsă, de cât obstrucţiunea unei singure artere.

III). *Teoria nervoasă*. Estlander cel dintâi în 1871, apoi Poncet în 1872, ridicară chestiunea leziunilor nervoase ca patogenie în dezvoltarea morbului perforant. Duplay şi Morat însă se ocupară mai în deosebi cu acest studiu, căutând a proba că morbul perforant e în strânsă legătură cu o leziune degenerativă a nervilor regiunii.

Teoria nervoasă a reuşit să se impună celor-alte şi să fie admisă mai de toţi autorii, formând teoria modernă a morbului perforant. În adevăr, mai multe observaţiuni au arătat că această boală apare atât în urma leziunilor nervoase periferice cât şi centrale. Ast-fel Bouilly şi Mathieu au dat o observaţiune de apariţiunea morbului perforant în urma secţiunii sciaticului pentru o tumoră sarcomatoasă a acestui nerv. Alţi autori între cari Ball au arătat că morbul perforant servă ca un semn precursor ataxiei locomotrice. Dînsul însoţesce în mod constant tabesul în perioada sa confirmată, când apar durerile fulgerante, sau chiar în paralisia complectă. Sunt iarăşi casuri în afară de or ce îndoială, că morbul perforant e în legătură cu compresiunea măduvei spinărei ca în morbul lui Pott, sau concomitent cu o paralisie generală progresivă. Dar ce este mai important, e faptul că morbul perforant se datoresce unor intoxicaţii generale ca diabetul, alcoolismul, etc. În ceia-ce mă privesce, am observat un cas tipic de această natură pe un nenorocit coleg al meu, coprin de pasiunea alcoolică. Dînsul a contractat un morb perforant al feţei dorsale a marelui deget al piciorului care a necesitat amputaţia acestui organ. După un an, nenorocitul abia în etate de 33 ani a succumbat victimă viciului său. Era un bun profesor şi autor. (T. I).

Mumai începe îndoială, că şi sifilisul poate produce acelaş efect,

1) Vol. I, pag. 33—68.

dar observație în această privință nu posed și nici o găsec menționată în autori. In or ce cas, intoxicațiunile generale capabile a da nevrite periferice se consideră ca o cauză a morbului perforant.

Deci teoria nervoasă are și ea baze destul de solide. Ba ce e mai mult, numai prin ea ne putem explica morbul perforant desvoltat în regiuni unde nu se pôte invoca presiuni sau bătăături, cum este fața dorsală a piciorului, fața palmară a mâineii, etc. etc.

Este adevărat că fie-care din aceste teorii își pôte avea aplicațiunea în anumite casuri, fără cu tôte acestea nici una din ele să îmbrățișeze caracterile generalii.

De aceia vedem că în producerea acestei bóle, concură de o dată mai mulți factori: compresiuni, aterome, leziuni nervoase, etc. Acéta ne obligă a recurge la o teorie mixtă, susținută de Nicaise, căci numai prin ea ne putem explica fenomenul ce une-orii se încorporează de mari obscurități. Deși nu ar mai fie trebuință a aduce noi probe în favoarea teoriei nervoase, totuși nu ne putem abține de a nu da în câte-va cuvinte următorea observație a unui individ, ce am tratat în sanatoriul meu de un morb perforant al rădăcinei plantare a degetului mare de la piciorul drept. Bolnavul nu numai că se afla în perióda confirmată de tabes, dar a fost examinat în Viena și Paris de medici speciali cari l'aũ trimis în țară cu acest diagnostic.

Bolnavul în prada durerilor fulgerante în gambe și a crizelor gastrice, totuși n'a simțit absolut nimic când i-am făcut o largă deschidere în cruce cu bisturiul, practicând și o profundă răzuire cu lingura Volkman, prin care am ridicat mai multe părțicele de os necrosat din metatars și falange, articulația fiind deja distrusă. Resultatul acestui cas a avut o terminațiune favorabilă, bolnavul vindecându-se cu o repeziciune neașteptată, căci după 15 zile totul era cicatrizat. După 8 luni însă ulcerul a recidivat.

Din cele ce preced lesne putem deduce prognosticul acestei bóle, care adesea exasperază pe bolnav și chirurg prin tenacitatea și recidivele sale. Și lucru și mai desesperant e faptul, că morbul perforant apare chiar în bont, după ce am făcut amputația membrului. Cu tôte acestea, repausul, igiena, combaterea diatezelor, răzuirea fongosităților, cauterisările și chiar amputația, ne ajută a triumfa contra acestei plicticoase și de rea natură bóle.

S'a propus de Chipault în 1894 secțiunea nervilor periferici, fie plantar, intern, sau extern. Dar resultatele nu sunt în stare a ne încuraja în această întreprindere. De alt-fel modul său de acțiune este analog au cel descris în vol. I la ulcer cronic.

Dr. Bărdescu a practicat elenğațiunea nervului colateral plantar

intern al marelui deget inapoiul capului metatarsien. Resultatul a fost satisfăcător. Trebuie însă adăugat că tratamentul a fost mixt de ôre-ce autorul a răzuit profund ulcerul și extremitățile cariate ale ôselor.

§ V. Inflamațiunile ôselor și artritele piciorului.

In afară de osteitele acute venite în urma unor violențe, traumatisme sau fracturi, putem observa — și acesta e mai important — inflamații în scheletul piciorului, datorite unei osteomielite ce se poate stabili atât în ôsele tarsului cât și ale matatarsului. Dar dintre toate, osteomielita calcaneului, atât prin frecuența și evoluția sa clinică, merită o mențiune specială. In adevăr, procesul inflamator este une-orî așa de difuz, că întregul os poate fi isbit de necrosă, transformându-se în totalitate sa într'un enorm secuestru, plutind într'o baie de puroi. Dar alte dații, inflamația nu e așa de intensă; dînsa se desvoltă în centrul chiar al osului, și atunci numai o porțiune din el se necrozază. Resultatul este un secuestru înconjurat din toate părțile de niște părți tari și rezistenți, grație unei osteite condensate. Acesta a și motivat o numire specială dată acestei afecțiuni, numindu-se *necrosă centrală a calcaneului*. Dar cu timpul, această necroză nu întârzie a-și trăda existența în afară prin aparițiunea unui orificiu fistulos, aședat pe unul din punctele suprafeței călcâiului, dând eșire unui lichid puruios. Câte o dată secuestrul ocupă fața internă a calcaneului. Albert a extras un asemenea secuestru, având dimensiunile unei alune. Fergusson a făcut extracțiunea unui secuestru, coprindeând totă partea posterioară a călcâiului și aflat într'o cójă osificată. In fine, une-orî există două cuiburi de mărimea unor alune, conținând fie-care câte-un secuestru și comunicând între ele printr'un larg și scurt canal.

In teză generală și în mod aprópe absolut, or-ce fistulă în regiunea călcâiului denotă la sigur o leziune osósă. Importanța este a stabili dacă e vorba de o leziune tuberculosă sau inflamatorie acută, cu alte cuvinte dacă avem a face cu o carie sau necrosă. Și lesne înțelegem de ce trebuie să ne fixăm bine asupra acestui punct. In adevăr, caria este reprezentantul tuberculoșei, și ast-fel fiind, procesul morbid nu va fi limitat, ci infiltrat în diferite puncte ale osului. Necrosa e reprezentantul osteomielitei; ea ne arată o leziune limitată, restul osului fiind perfect sănătos. Decî prognosticul acestor două afecțiuni e departe unul de altul, atât dacă bóla e lăsată la mersul său natural precum și în cazul de am voi să intervenim. In necrosă e de ajuns să incisăm strat cu strat părțile moi până vom ajunge pe secuestru; totul e terminat o dată acesta scos afară. In carie lucrul e mult mai grav: necunoscînd limitele

leziunii, vom fi forțați a ridica cel puțin întregul os, dacă nu chiar mai multe de odată, spre a preveni recidiva.

Dar cum putem ajunge la cunoșcerea exactă a necrozei și a cariei calcaneului? Diagnosticul diferențial se bazează pe explorația directă și antecedentele bolnavului. Un stilet introdus în orificiul fistulos va da de un corp tare, resistant, sunător la percuție și fără a-i permite mai mult a înainta, dacă va fi vorba de o necrosă; din contra, dînsul va străbate cu cea mai mare înlesnire, ne va da senzația unei părături rezultând din ruperea trabeculelor osoase, ele însăși consecința unei osteite rarefiante, iar puroiul secretat va conține pulberea ososă caracteristică cariei, ceia-ce în necrosă nu avem nimic din toate acestea.

Necroza a fost tot-d'a-una precedată de fenomene inflamatorii, bolnavul a simțit dureri vii în călcăi; dar acestea trecînd, dînsul a rămas cu sănătatea intactă și chiar cu funcțiunile piciorului conservate. Secuestrul se poate închista ca și un proiectil, rămînînd pentru tot-d'a-una ascuns, sau nedînd naștere la fistule decât foarte tîrziu. Acesta tocmai întunecă une-orî diagnosticul, bolnavul ne mai aducîndu-și aminte de inflamația acută și durerile ce a suferit.

Caria de și lentă în evoluția sa, este însă precedată și continuu însoțită de dureri. Ele pun pe bolnav în imposibilitate de a merge, sau nu-i permite de cât un mers mărginit. Caria nu întîrzie a ne trăda tulpina la care aparține, a ne arăta în splendoria sa tuberculoasă locală și starea cachectică și consumptivă determinată de bacilul lui Koch.

Ca excepțiune, Albert a observat un cas de condrom al călcăiului. La un om de etate înaintată, dice autorul, călcăiul era umflat și dur. După violente dureri două abcese s'aun deschis; pielea era cu totul roșie împrejur. Sonda străbătea adînc, fără a întîlni nici suprafață dură, nici suprafață môle, dar țesuturi tari și netede. Lichidul care curgea, nu era puroi, ci un mucus clar; păreții fistulei erau tari. Cu totă opozițiunea tuturilor asistenților, dice Albert, am diagnosticat un chondrom. Când amputația a fost făcută, diagnosticul a fost confirmat. Călcăiul întreg era transformat într'un superb cartilagiu neted, albastru deschis.

Artritele piciorului. Lăsînd la o parte artritele acute traumatiche, inflamatorii pure, de natură reumatică, blenoragică, sau în urma febrilor generale, ne vom opri asupra artritelor cronice. Ele fiind tot-d'a-una sub dependența tuberculoasă, sunt singurile cari fac parte directă din domeniul chirurgical.

Numeroșele oșe ce compun piciorul, micul lor volum precum și contactul intim ce există între ele, ne fac a prevedea marea extensiunea a bacilului de la un punct la altul. E destul în adevăr ca un singur

os să fie coprins de tuberculosă, pentru ca prin el întregul picior să se infecteze, întregul schelet să se distrugă.

Un mic exemplu: Să presupunem o tuberculosă a scafoidului. Sinoviala articulară a acestui os fiind comună cu aceia a celor trei cuneiforme, bóla cu multă înlesnire se va întinde și asupra lor; ba chiar bacilii pot fórte ușor să trecă înainte copleșind articulațiile metatarsiene. Dacă acum réul ar începe prin astragal, dînsul nu va întîrzia să comunice leziunile tuberculóse la ósele gâtului piciorului, atît din cauza celui mai întim contact ce are cu ele, cât și a deselor frecături ce se fac pe suprafața lor. Și tot ast-fel se va întîmpla cu or care din ósele piciorului, căci tóte sunt prea strâns legate între ele și articulațiile ce forméază, constitue tot atâtea trăsuri de unire, tot atâtea punți, pentru ca bacilul să trecă de la un os la altul străbătând articulația ce le separă.

Nimeni n'a descris în mod mai clar și magistral rezultatul funest al acestei dispoziții anatomice a óselor piciorului relativ la tuberculosă, ca Bonnet din Lyon.

Ósele, zice acest autor, sunt așa de mici, iar articulațiile așa de apropiate și numeroase, că e fórte greu a deosebi în timpul vieții dacă tuberculosa e stabilită în óse sau articulații; și adesea chiar după mórte, ósele și părțile moi fiind de o dată atinse, încă nu putem fi siguri a spune prin care din ele réul a început mai întîi.

De aci introducerea cuvîntului de osteo-artrite pentru a se arăta participarea simultanată atît a óselor proprii zise cât și a articulațiilor, când procesul tuberculos s'a stabilit în scheletul piciorului.

Cu tóte acestea, pronosticul nu pare a fi așa de trist în tóte ca-surile. Există o mică favóre, grație căria avem dreptul a fi puțin optimiști. Nu în mod absolut o tuberculosă a piciorului e fatal urmată și în mod repede de o distrucție totală a organului.

Dacă am presupune de exemplu stabilirea tuberculosei pe fața externă a cuboidului său calcaneului, bacilii vor rămâne mult timp cantonați aci, pe de o parte din cauza grosimei ce aceste óse ne oferă, iar pe de alta prin izolarea lor întru cât-va de cele-l'alte óse ale tarsului. Va fi deci multă șansă pentru bolnav ca o intervenție precoce să-i ridice tot réul, fie chiar prin extirparea izolată a acelor óse.

Tot ast-fel se va întîmpla cu tuberculosa metatarsienilor. În ade-văr, primul metatarsien articulându-se prin extremitatea sa posterioară numai cu primul cuneiform, putem fórte ușor să facem o ablațiune totală sau parțială a acestui os și individul va fi scăpat. Nu însă tot ast-fel va fi cu al II-lea și al III-lea metatarsien ce se găsesc în strânsă legătură unul cu altul precum și cu cele-l'alte cuneiforme. Acelaș lucru vom zice de al IV-lea și V-lea metatarsien, cari iarăși sunt în contact imediat unul

cu altul. La rigóre, tuberculosa acésta ne oferă un pronostic benign prin faptul că amândouă ósele se articuléză numai cu cuboidul, așa că am putea să-î extirpăm fórte bine, asigurând vindecarea bolnavului.

Vedem dar, că aprópe fie-care os al piciorului atins de tuberculosă oferă o evoluție și un prognostic cu totul diferit unul de altul.

Ca probă la cele díse mai sus, daú aci fig. 148, care represintă o tuberculosă a primului metatarsien la o tînără fată de 10 aní. Extirpându-î în totalitate acest os, am găsit după operație cu totul intacte cel e-l'alte articulațiuní tarso-metatarsiene precum și intertarsiene.



Fig. 148. — Tip de tuberculosă izolată a primului metatarsien (personală).

De aci a rezultat că bolnava s'a vindecat complet, din cauză că rēul a fost limitat, grație dispoziției anatomice de care am vorbit și anume izolarea primului metatarsien și primului cuneiform de celel'alte óse.

Dar să trecem acum la studiul special al tumorei albe propriu díse a piciorului.

Osteo-artrita tuberculoasă a piciorului său a articulației tibio-tarsiene ne prezintă o evoluție tipică, conform mersului clasic al or căreia tumori albe. Inceputul este lent și insidios. Bóla se manifestă prin dureri surde, une-orî calmate prin repaos, dar tot-d'a-una exagerate prin mers. Ele însă finesc în cele din urmă a îngriji pe bolnav, atât prin acuitatea lor crescândă, cât și prin piedica ce le opune de a-și continua profesia.

Puțin după acésta, piciorul începe a se umfla. Umflătura la început e limitată în anume puncte corespunzând cu ósele primitiv atinse; apoi întinzându-se și în alte regiuni, aduce cu dînsa deformarea piciorului. Nu există nici-o reacție inflamatorie sau schimbarea culórei pielii pe care o lasă intactă. Dar mult timp nu se așteptă. O falșă fluctuație începe să apară, iar cu dînsa perforarea pielii în diferite puncte și câte odată într'un număr așa de mare, că întregul picior sémănă ca cum ar fi ciuruit. Prin aceste orificiuri, gurii a tot atâtea fistule, începe a eși un puroi seros, rău legat, sau proeminând la suprafața lor cărnuri putrede, muguri cărnóși de o culóre roșie lividă, reprezentându-ne fungositățile clasice. Acestea, pe lângă lichidul fetid ce exaléză desgustând pe bolnav și cei ce-l înconjóră, sângeréză cu cea mai mare înlesnire în urma or-căreia explorațiunii cu stiletul, fie dînsa or cât de blândă.

Și dacă la acésta vom adăoga distrugerea ligamentelor și cartilajelor articulare, atunci vom avea totalitatea semnelor indicându-ne ultima periódă a bólei. Dînsa va fi caracterisată prin mișcări anormale și perceperea de cracmente articulare dându-ne nisce frecături sgomotoase, și cari ne arată o desorganizare complectă a articulației.

În acéstă ultimă periódă, piciorul pe cât e mai umflat și ciuruit, pe atât gamba e mai subțire. Dînsa e redusă la un adevărat băț prin atrofia totală a tuturilor mușchilor săi. E de prisos a mai adăoga slăbirea generală a individului și cachexia sa. Acésta rezultă; din continua resorbție a produselor tuberculoase ce vecinic îi conrupe sângele.

În tumora albă a piciorului ca și în cele-l'alte tumori de acest fel avem două varietăți principale: una *sinovială* și alta *osósă*, după cum bacilul tuberculoasei începe a se desvolta primitiv în interiorul articulației, sau în extremitățile óselor ce constitue articulația.

Care e mai frecuentă din aceste două forme?

După Ollier, a treia parte din tumorile albe ale piciorului sunt de origină sinovială, iar restul de origină osósă, plecată de la gambă sau ósele tarsului. Acésta însă pare că n'ar corespunde cu practica, de órece în imensa majoritate a casurilor, orî de câte orî s'a intervenit în aceste afecțiuni, fie prin artrotomie, fie prin resecții, tot-d'a-una ósele s'a găsit nu numai atinse, dar chiar profund alterate. Se susține însă că acésta provine de acolo că, tumora albă de origină sinovială de multe orî se vindecă

spontanat, sau cel mult în urma unui tratament quasi medical, ca imobilizare, repaus, etc. De aceea, ocasiunea fiind mult mai rară a interveni asupra lor, ne face a crede că forma ososă e mai frecventă.

În tumora albă de origină ososă, care este osul de predilecțiune atins? Mai tot-d'a-una astragalul. De aci în mod secundar tuberculosa se poate întinde și la cele-l'alte oase.

Ollier, căutând sediul principal al leziunilor osoase în tumora albă a piciorului, a găsit, că de 21 de ori leziunea era mărginită la astragal, de 9 ori în calcaneu, iar de 8 ori în tibia sau peroneu.

Cât privește anatomia patologică a acestei afecțiuni, fie ea sinovială sau ososă, n'avem nimic de adăugat, oferindu-ne aceleași tipuri pe cari le găsim în ori-ce tumoră albă.

În tuberculosa sinovială vom avea toate formele de fongosități. Uneori avem o simplă presărare generală de mici grăunțe pe întreaga suprafață articulară, însoțită de o ușoră idartrosă; alte dăți totul este transformat în mari franje sau ciucuri fongoși, cari după ce umple cavitatea articulară caută a-și face loc în afară, perforând sinoviala și dând naștere la o infinitate de orificiuri fistuloase. Aceste fongosități atacă tendónele, se infiltrază printre mușchi, distrug părțile moi, și-și trimit prelungirile lor în locuri foarte depărtate. Toate adâncăturile mari din jurul articulației, precum depresiunile laterale ale tendonului lui Achil și tot țesutul celulo-gresos din jurul articulației se infiltrază, ast-fel că nu numai articulația, dar întregul organ se deformază, pierdându-și cu desăvârșire aspectul normal.

Partea principală în această tuberculosa sinovială constă în a sci cu precizie punctele unde vor tinde a face proeminență fungositățile și lichidele articulare, precum și atitudinea ce o ia piciorul coplesit de această bólă. Sinoviala articulației nu se poate întinde în sensul transversal, căci în părțile laterale se află ligamente puternice, plus suprafețe osoase reprezentate prin cele două maleole. Ea nu se poate întinde nici în partea posterioară, căci acolo există puternicul tendon al lui Achil, care prin lățimea sa iarăși se opune la acest lucru, afară de un foarte mic spațiu dincolo de mărginele sale. Rămâne dar numai partea anterioară a articulației și puțin din cea posterioară ce poate permite o asemenea distensiune a sinovialei. Și în adevăr, tumefacția ce caracteriză această bólă, fie ea determinată prin fungosități sau prezența de lichid, precum și orificiul însoțit de traecte fistuloase, ni se vor manifesta în partea anterioară a gâtului piciorului. Acesta face să dispară depresiunile normale, ce se află înaintea celor două maleole.

Iată sediul exact al acestor funduri de sac, ce formază sinoviala articulației. Două sunt anteriore și două posterioare. Cele anteriore sunt

mult mai considerabile ca cele posterioare. Fundul de sac anterior intern se află între tendonul gambierului anterior și maleola internă, iar cel extern între extensorul comun al degetelor și maleola externă. Fundurile de sac posterioare se găsesc de fie-care parte a tendonului lui Achil. Ele însă sunt foarte limitate, căci capsula e protejată de mușchii posteriori profunzi. Capsula articulară, ȳice Albert, are o capacitate foarte mare. De aci rezultă cĂ, dacĂ epanșamentul articular nu e prea abundant, nu se formĂzĂ nici o ridicĂtură anormală. Cel mult constatĂm douĂ mici gropițe, aședate de fie-care lature a tendodului lui Achil, ce se găsesc pline cu lichid. CĂnd însă epanșamentul e mai mare, atunci aceste ridicĂturi posterioare sunt mult mai umflate și elastice. Dar în acelaș timp și fundurile de sac anteriore devin și ele proeminente și cu totul fluctuente. Pentru a ne convinge, ȳice acest autor, cĂ epanșamentul este în articulație, avem un mijloc foarte simplu. ApăsĂnd pe ridicĂturile anteriore, cele posterioare se umflă și se întind mai mult. Există decĂ comunicațiune între ele, și acĂstă comunicațiune nu pĂte avea loc de cĂt prin articulație. In adevăr, dacĂ comunicarea ar fi în jurul maleolelor, am vedea pielea ridicĂndu-se, pentru cĂ maleolele nu sunt acoperite de cĂt de piele. Mai existĂ încă un semn de mare importanță, dat iarĂși de Albert. Se știe cĂ articulația tibio peronieră inferioară comunică cu articulația tibio tarsienă. CĂnd dar un epanșament se desvoltă în acĂstă din urmă, lichidul intră în articulația tibio peronieră; ligamentele tibio peroniere cedĂzĂ puțin, iar extremitĂțile inferioare a celor douĂ ose ale gambei se depĂrtĂzĂ și ele, fiind separate de stratul de lichid interpus. Dar acĂstă depĂrtare produce o lĂrgime a extremitĂței inferioare a gambei ce se pĂte constata cu ochii sau cu compasul. O asemenea lĂrgime nefiind în legĂtură cu nici o altă leziune, nu se pĂte atribui de cĂt prezenței unui epanșament articular, care depĂrtĂzĂ tibia de peroneu. In urma slĂbirei ligamentelor tibio-peroniere, spațiul dintre cele douĂ maleole mĂrindu-se, articulația ne va oferi mișcĂri de lateralitate. In timpul acesta însă, astragalul se va isbi alternativ de fie-care maleolă, producĂnd un sgomot numit de Aubry șocul maleolar, iar de Nelaton șocul astragalien. El e semnul patognomonic al tumorei albe ajunsă în ultima perioadă.

După experiențele lui Bonnet s'a determinat, cĂ or-care ar fi atitudinea piciorului, ȳinsul, în momentul cĂnd se face o injecțiune intrarticulară, ia în mod constant atitudinea între flexie și extensie. Acest lucru se confirmă și în casurile de tumori albe ale acestei articulațiuni: piciorul tot-d'ă-una ne oferă acĂstă pozițiune, de unde și o tendință cĂtre echinism, mai ales în timpul mersului. BĂla fiind lĂsată la mersul seĂ, va avea o neîncetată tendință cĂtre distrucție. Ea se va întinde ast-fel

către tars distrugând limitele sinovialei, precum și către gambă, atacând din ce în ce mai mult osul tibia.

În mijlocul acestor devastațiuni și numeroase traecte fistuloase, piciorul ia diferite atitudini vicioase. Ele sunt determinate fie de distrugerea sau relaxarea ligamentelor, fie mai ales de pozițiunea ce și-o dă bolnavul pentru a evita, sau a-și calma durerile. Ast-fel: dacă bolnavul va avea gamba flexată pe cósă, el se va rezema pe călcăi, iar piciorul va tinde din ce în ce către echinism. Din contra, dacă bolnavul își va sprijini piciorul pe membrul opus, atunci marginea internă a organului bolnav rezemându-se de susțitorul său, piciorul va tinde către o deviațiune în

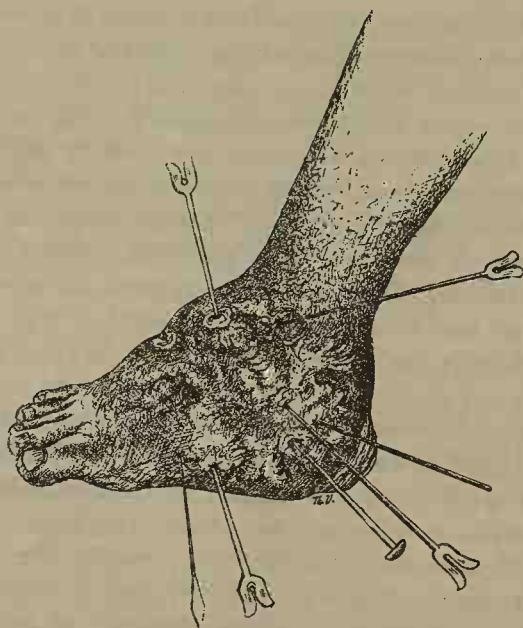


Fig. 146^a — Tumoră albă a piciorului în ultimul grad (personală).

afară. Mai de ordinar însă, bolnavul având gamba în flexiune, îi vine mai comod a-și așeza piciorul pe pat. În acest caz, sprijinirea făcându-se pe marginea externă, ligamentul extern al articulației se va întinde din ce în ce mai mult. De aci va rezulta o tendință de propulsiune a astragalului în această direcțiune, putându-se produce une-orî o adevărată lu-

xație a osului. Lucrul însă e foarte rar, totul mărginindu-se în general la o sub-luxație a astragalului.

Fig. 149 originală din serviciul meu, ne arată un model de devastările de cari este coprins un picior atins de tumoră albă.

În tumora albă de origină ososă, leziunile iarăși pot fi de două feluri: una reprezentată printr'o infiltrație difusă. În urma acesteia osul copleșit de osteită rarifiantă este aprópe distrus, nerămânând din el de cât nisce trabecule subțiri și friabile acoperite de o cójă periferică, ea însăși destul de subțire. Acéstă leziune se observă mai în special în astragal. În a doua formă putem une-orî întâlni o tuberculosă centrală, care înconjurându-se de o osteită condensantă, procesul patologic rămâne limitat. În acéstă formă, specială osului tibia, care e cea mai benignă, bóla se póte termina printr'un abces osifulent inchistat, sau printr'o necrosă iarăși inchistată. Atunci secuestrul osos rămâne liber întocmai ca un clopoțel.

Din nenorocire, prima formă e cea mai comună. Și gravitatea e cu atât mai mare, cu cât leziunea nu rămâne limitată la un singur os, ci are multă tendință a se propaga și la ósele vecine, căutând a le distruge pe calea cea mai largă. Ast-fel tuberculosa astragalului distruge cartilagiul intra-articular, străbate în articulație, de aci copleșesce platoul tibial ridicându-se chiar foarte sus pe diafisa sa. Tot de la astragal leziunea se póte propaga la calcaneu, scafoid și la cele-l'alte óse ale tarsului, însoțindu-se de devastări și de distrugerii incompatibile cu conservarea membrului.

Diagnosticul. În ultima periódă a tuberculoșei piciorului, tumefacția și cantitatea fungosităților eșite prin orificiile fistulelor s'ar putea impune drept o tumoră malignă și în special un sarcom, mai ales când constatăm ușóra lor sângerare la explorarea cea mai blândă. Dar e destul a menționa acest lucru pentru a nu insista mai mult asupra lui. Ar trebui lipsă absolută de cea mai mică bună voință pentru a lua drept sarcom o tumoră albă. Greutatea e mai seriósă în primele perióde ale bólei în raport cu diferite artrite diatesice. Dar anamnesa, diatesa bolnavului și caracterele durerilor precum și începutul bólei, ne vor permite dacă nu a stabili la sigur, dar cel puțin să bănuim osteo-artrita tuberculosă, eliminând posibilitatea artritei reumatice, blenoragice, etc. etc.

Nu încape îndoială că etatea individului va juca un rol foarte mare în acéstă privință. O durere în articulația piciorului la un copil de 5—6 ani și chiar până la 20 ani, ne va autorisa să ne gândim mai ușor la o tumoră albă începândă de cât la orî-ce altă afecțiune, dându-se că în acéstă periódă a vieței osteo-artritele sunt mult mai frecvente. Din contra, aceleași fenomene observate pe un adult și a forțiori pe un bătrân va

trebui să ne gândim la localizarea unei diateze reumatice. Dar și aici vom avea antecedentele, modul aparițiunei, care va fi mult mai sgomotos însoțindu-se de fenomene generale, precum și de o stare inflamatorie locală. Tóte acestea vor lipsi într'o tumoră albă, a cărei aparițiune vine fără nici-un sgomot iar evoluțiunea locală în mod cu totul torpid. Pe lângă acésta, o artrită reumatică nici-o-dată nu va avea tendința către fongosități și supurațiune ca cea tuberculósă; ea va tinde mai mult către anchilosă, ceia-ce nu găsim într'o tumoră albă.

Localizarea resunetului blenoragic în articulația piciorului e cu totul excepțională, căci mai nici-o-dată nu s'a constatat că o asemenea artrită ar fi de natură blenoragică. Cu tóte acestea, existența unor dureri articulare la un individ în plină activitate a vieței sexuale, nu ne va opri să ne gândim la o asemenea posibilitate și la cercetarea organelor genitale. Vom căuta a vedea dacă da său nu canalul uretral va fi atins de o scurgere acută sau cronică.

Artritele sifilitice sunt și mai excepționale, ast-fel în cât o interogare în acest sens s'ar face numai pentru a arăta că scim a examina un bolnav în mod clasic.

Asupra unui lucru însă țin a atrage atențiunea. Aflându-ne în fața unui individ de la 35—40—45 ani, care ni s'ar plânge de dureri în articulațiunea piciorului, să fim cu multă luare a mințe și să nu ne grăbim a conchide la o artrită orî-care ar fi natura ei, până ce mai întâiū nu vom examina în detaliū sistemul său nervos.

Am și acum present în memorie observațiunea unui funcționar de la căile ferate G... astăđi destul de cunoscut prin afecțiunea de care suferă. La dînsul ataxia locomotrice a început prin nisce dureri în articulația tibio-tarsienă, care mai de toți medicii ce l'au examinat a fost luată drept o artrită blenoragică. Cu tótă aplicarea unui bandaj inamovibil și a altor medicațiuni, bóla n'a întârziat să se confirme în tótă splendoréa ei.

Trebue însă să scim că chestiunea acésta de diagnostic diferențial își are locul numai în perióda inițială a bólei, adică atunci când osteoartrita se manifestă prin simple dureri, și o jenă în funcțiuni. În perióda a doua însă și a forțiori în ultima sa fază, tumora albă se impune de la sine neavînd trebuința de nici-un diagnostic diferențial.

Partea esențială ar fi nu în a arăta natura afecțiunei—lucru în general ușor—dar în a precisa sediul, adică a spune ce anume os său parte din scheletul piciorului e atins. Dar acésta, cu tótă importanța ce presintă, e fórte greū dacă nu chiar imposibil. Și nu avem de cât a ne reaminti cele spuse la început pentru a legitima acéstă greutate.

În or-ce cas, vom căuta să explorăm cu cea mai mare atențiune

fie-care os saŭ grupurŭ de oŭse spre a ne asigura de starea ŭn care se găsesc. Pentru acęsta ne vom folosi de punctele clasice de reper ce ne dă medicina operatōre, cānd am voi a practica operația luŭ Lisfranc, Chopart, desarticulația sub-astragalienă, extragerea astragaluluŭ, etc., etc.

Examinānd dar cu scrupulositate traseele acestor operațiilor, vom putea pānă la un punct oŭre-care să presupunem dacā nu să afirmām cā rēul se află ŭn dreptul articulației tarso-metatarsiene, a celei medio-tarsiene, etc. etc., dupā punctele durerōse ce ne va da la explorație anumite oŭse. Vom palpa decŭ fie-care os ŭn parte, atāt din tars și metatars, uzānd ŭn acelaș timp și de mișcările spontanate saŭ provocate de noŭ ŭn picior.

O durere deșteptată ŭn timpul mișcărilor de flexiune și extensiune a picioruluŭ, cālcaiuŭ fiind fixat, va fi indiciul de sediŭ al bōlei ŭn nivelul articulației tarso-metatarsiene (Lisfranc). Cu ajutorul mișcărilor de torsiune a picioruluŭ saŭ ŭmprejurul axeŭ sale ne vom asigura de integritatea articulației medio-tarsiene și ŭn particular astragalo-scafoidenă (Chopart). Prin mișcările de adducție și abducție a vŭrfuluŭ picioruluŭ vom avea sub mână articulația sub-astragalienă. O durere ŭn timpul mișcărilor totale de flexie și extensie a picioruluŭ ne va arāta o tuberculosă a astragaluluŭ, etc. etc. Dar ŭncă odată, siguranță nu putem avea ŭn nimic, cęcŭ nicŭ tumefacția nu pōte să aibă caractere specifice dupā cum susține Ollier, nicŭ semnele lāsate de talpa picioruluŭ, individul apēsānd pe o hārtie nęgră dupā propunerea lu Rohmer, nu ne pot hotāri la stabilirea exactă a sediuluŭ tuberculosei.

S'a susținut ŭn adevēr și cu drept cuvĭnt cā, o tumefacție a părței anteriōre a gātuluŭ picioruluŭ ŭnsoțită de o durere ŭn nivelul capuluŭ astragaluluŭ, indică o tuberculosă a acestuŭ os (astragalul) ; pe cānd din contra, durerea și tumefacția aflāndu-se ŭn jos și ŭnapoiul maleoleŭ externe și tendonul luŭ Achil, arată tuberculoza sub-astragalienă posterioară. Alterațiunile cālcaiuŭ se ŭnsoțesc de o tumefacție pe cālcaiuŭ determinānd turtirea talpei picioruluŭ. Une-orŭ acęstă tumefacție ŭntindęndu-se, șterge concavitatea normală a regiunei plantare, ŭnlocuind-o cu o convexitate fōrte pronunțată. Dar aceste deformațiuni se găsesc și ŭn tuberculoza sub-astragalienă, precum și ŭn cea medio-tarsienă. Pentru acęstă din urmă s'a dat, ŭntre altele, ca semn patognomonic existența pe fața dorsală a picioruluŭ a unei umflături ŭn formă de guler saŭ brāțară, care ar corespunde la interlinia scafo-cuneenă, cu alte cuvĭnte a articulației medio-tarsiene. Dar ŭncă-odată repetām nimic nu e sigur, nimic de patognomonic. Adesea examenul cel mai scrupulos rēmāne fāră efect.

Prognosticul. Tot-d'a-una grav. S'a susținut ŭnșă cā tuberculoza sinovială e mai benignă ca cea osōsă, din causă cā membrana sinovială

a articulației tibio-tarsiene, nu comunică cu aceia a tarsului. De aceia lucrurile fiind luate în pripă s'ar putea printr'un tratament rațional și în special printr'un repaus absolut, asigurat printr'un bandaj inamovibil și diferite revulsive, să ne opunem la întinderea rēului. Din nenorocire însă, integritatea sinovialei nu resistă mult. Atunci dînsa perforându-se, procesul morbid cu înlesnire se propagă atât la ósele tarsului cât și la ale gambei.

Tratamentul. Intervenția operatorie depinde după cum individul va fi un copil sau adult. În adevăr, la copii nu trebuie a ne grăbi în operațiunii radicale, căci fórte adesea-orî prin imobilizare, punerea piciorului în unghiū drept pe gambă și revulsivele, în special punctele de foc dau cele mai bune rezultate. Am obținut un adevărat triumf la un copil de patru anî, al unui d. Costică de la băile de hidroterapie. Intregul tars era copleșit de tuberculosă, complicată de numeroase fistule. Am cloroformisat copilul, și cu lingura Volkmann am practicat ceia-ce Ollier numesce *tunelisafiunea osósă*.

Am răzuit în mod brutal și în tóte sensurile, scoțēnd enorme cantități de fungosități și părți din ósele cariate, în carî intram ca într'un cașcaval. Nu m'am oprit de cât după ce am dat de părți rezistente. Atunci am introdus ferul roșiu prin tóte punctele din interiorul piciorului, am stabilit o irigație din cele mai perfecte, puind mai multe tuburî de drenagiū, unele transversale iar altele verticale. După acēsta am pus piciorul în unghiū drept pe gambă, asigurānd acēstă poziție prin o atelă posterióră și plantarā, fixānd totul prin un bandagiū cu silicat. La fie-care douē țile am făcut spēlātuiri largi cu sublimat $\frac{1}{100}$, injecțiuni forțate cu acid fenic $\frac{10}{100}$, iar apoi curențe de creoilinā $\frac{5}{100}$. După 6 lunî, urmānd acest pansament, copilul s'a vindecāt pe deplin, abia conservēnd óre-carî urme de acēstă operație. Astādî sunt 6 anî de atunci, dînsul alérgă și se jócă ca cel mai vioiū dintre copii.

La copii decî, vom evita pe cât posibil suprimarea organului, căci la dînșii puterea de creștere ulterióră a scheletului e împinsă la maximum sēu.

Nu tot ast-fel însă va fi cu adulții. La dînșii, mai ales dacā aū trecut de 30—40 anî, tóte aceste mijlóce mai tot-d'a-una rēman infidele, așa că singurul remediū e de a ridica în totalitatea lor părțile bólnave. Operațiunile clasice și în special amputația lui Lisfranc or Chopart, fórte rar se pot aplica din cauza recidivelor, leziunile nefind nici o dată franc limitate. Tot acelaș lucru vom țice de amputația lui Pirogoff și Miculicz Vladimirof, căci ambele cer integritatea complectă a óselor gambei, a calcaneului sau tarsului anterior, condițiunii ce din nenorocire nu se întâlneș des. Singura operație clasică practicată și re-

comandată este desarticulația sub-astragalienă. În toate celelalte cazuri vom fi siliți a recurge la ridicarea tuturilor oșelor tarsului — *tarsectomie saŭ dezosare completă*; la ridicarea cunaformelor, scafoidului și cuboidului — *tarsectomie anterioară*, saŭ în fine ridicarea astragalului și calcaneului — *tarsectomie posterioară*. Când suntem sigur că sediul leziunii e limitat la astragal saŭ calcaneu, putem practica extragerea izolată a acestor oșe, după regulile și procedeele stabilite în medicina operatoare. Dar adesea, în urma or-cărei din aceste intervențiuni, recidiva nu întârzie să apară. În ce ne privesce, trebuie bine să avem în vedere starea generală a individului. Dar acesta lăsând adesea mult de dorit, noi preferăm a recurge d'a dreptul la amputația gambei, de cât la aceste operațiuni conservatoare, spre a nu mai descuragia pe bolnav printr'o îngrijire prelungită și propunerea de o nouă intervenție, tocmai atunci când începușe a fi hrănit de ore-carî iluziuni. În ceia ce mă privesce, am practicat de două ori resecțiunea tibio tarsienă pentru tumorî albe la adulți, și carî mi-au dat un deplin succes. În ambele aceste două cazuri nu m'am mărginit a ridica numai o parte din astragal, ci l'am extras în totalitatea lui, de și în aparență părea sănătos, neavând de cât suprafața cartilaginasă puțin erodată. Am făcut acesta convins fiind, că acest os deja e copleșit în adîncimea lui de procesul tuberculos, chiar atunci când leziunile par superficiale. Practica acesta e admisă de cei mai mulți autori, căci e singurul mijloc de a preveni recidivele.

Dar nu trebuie să ne mărginim numai în a practica resecția clasică, ci a inspecta cu multă atențiune tecele tendonelor, pe carî adesea le găsim pline cu fongosități, și pe carî nu vom esita a le deschide și a le ridica cu lingura Volkmann, urmărindu-le cât se pôte mai mult. După o perfectă curățire, spălare largă cu sublimat și frecarea acestor tecî cu tifone, pentru a ridica cele mai micî fragmente de fongosități, vom reconstitui acolo unde vom putea câte-va tecî, prin aplicarea cător-va puncte de sutură.

Noi, având multă încredere în acidul fenic, ștergem bine toate suprafețele cu o soluție de 10%, după care apoi închidem plaga, punând unul saŭ mai multe tuburi de drenaj, după care fixăm piciorul în unghișu drept prin bandagișu inamovibil.

Tarsalgia adolescenților.

(*Picior lat valg dureros*).

Dintre toate artritile piciorului nu este nici una care să fi preocupat mai mult spiritul autorilor ca această afecțiune cu totul singulară, atât ca evoluțiune cât și patogenie.

Iată în adevăr un om tânăr de 20—30 ani, înalt de talie și cu o profesiune liberă. Fără nici-o cauză bine cuvântată, la un moment dat începe a simți ore-cari dureri vagi în picior. Dar ele trec nebagate în seamă, cu atât mai mult că aceste dureri dispar imediat în timpul nopții. Ceva mai târziu, aceleași fenomene se repetă la intervale mai dese, așa că spre surprinderea bolnavului, une-oră este silit a face ore-care pause în mers, căutând a se odihni pe o bancă, sau a intra într'un stabiliment ore-care. După puțină odihnă durerile iarăși dispar, pentru ca să reapară în urma unei oboșeli. Atunci bolnavul ne dând o altă importanță lucrului, crede de cuviință a sta în casă câte-va zile, când iarăși spre satisfacțiunea sa, vedându-se cu totul bine, își reia ocupațiunea. Dar lucrul nu întârzie a se repeta, așa în cât începe a l'exaspera și a alarma pe cei din prejur. De multe ori însă nu-l dau nici-un creșământ, considerându-l drept simulator, ipohondriac, sau un om de rea credință ne mai voind a lucra. Cu toate acestea un fenomen de o nouă ordine apare. El constă într'o deformațiune specială a piciorului și anume că dînsul este tras în afară. Dar în același timp și scobitura sa normală se șterge: piciorul a devenit lat întocmai ca o labă de urs.

Medicul e chemat și observă lucrul, dar fără să constate nici o altă schimbare în forma piciorului nefiind nici umflat, nici roșiu, nici dureros de cât în anumite puncte pe care le vom arăta.

Surprinderea devine și mai mare când a doua zi, nimic nu se mai constată din cele observate în ajun: totul a dispărut în timpul nopții. Bolnavul din nou este luat drept simulator sau isteric. De aci încolo însă, după mai multe remisiuni, această atitudine vicioasă a piciorului tinde a deveni permanentă și nu cedeză de cât în urma unui repaos foarte prelungit; și încă disparițiunea nu e completă. Dar iarăși tot beneficiul obținut, imediat se distruge când bolnavul începe câte puțin a umbla, căci la moment talpa se turtesce iar deviațiunea piciorului în afară se exagerază.

În fine, a treia perioadă este caracterisată prin stabilirea diformității în mod definitiv. Atunci nu numai repaosul prelungit, dar nici chiar somnul cloroformic nu mai e în stare să redea piciorului forma și atitudinea sa normală.

Iată cum fenomenele se desfășură pentru a constitui această curioasă bôlă, studiată în mod perfect și magistral în 1865 de către Gosselin, căreia i-a dat numele de *tarsalgie a adolescentilor*. Această bôlă se mai numește și picior lat dureros; dar numele îi este impropriu, de ore-ce nu toate piciorle late și chiar dureroase fac parte din această bôlă. Sunt în adevăr indiviđi care-și pășereză această formă de picior lat, pe care toți o avem în copilărie. Sciut este că scobitura piciorului în-

cepe a se forma din momentul când începem a umbla. Și cu toate acestea nise asemenea indiviđi cu picior lat pot foarte bine să umble.

Este evident că în asemenea casuri, obosela și durerile vor veni mai repede, din pricina compresiunii filetelor nervoase; dar acesta nu constituie o adevărată bôlă cu consecințele sale, o adevărată tarsalgie a adolescenților.

Dar să revenim. *Tarsalgia după cum numele o indică, este o afecțiune specială etăței adolescente. Ea e caracterisată printr'o durere vie în nivelul ôselor tarsului și presintă trei periode în evoluția sa:*

- 1). O periódă de durere simplă.
- 2). O periódă de contractură pasageră a mușchilor, determinând deviațiunii speciale piciorului.
- 3). O periódă permanentă și ireductibilă, datorită unei adevărate retracțiunii musculare.

Aceste trei semne, adică *turtirea bolței piciorului, deviațiunea sa în afară (Valgus) și durerea* mai mult sau mai puțin vie în *dreptul tarsului*, forméză triada simptomatică a acestei afecțiunii.

Diformitățile arătate nu sunt aparente ci reale. Și ca probă avem că: dacă prelungind în jos axa gambei ce trece prin crésta tibiei, vedem că dinsa în loc de a cădea pe al doitea deget ca în starea normală, cade înăuntru de marele deget lăsând prin urmare cu totul în afară întregul picior.

De asemenea, dacă punem pe individ să calce cu piciorul pe o hârtie înegrită cu fum, vom observa că pe acest tipar nu vom mai constata cele trei puncte bine desinate ce se găsesc în starea normală și cari corespund celor trei stâlpi ai bolței piciorului (I metatarsien, al V și călcâiul). În cas de tarsalgie, tiparul este aprópe cu totul uniform ca și cum am fi aplicat pe hârtie o lopată plană. Acesta din cauză că piciorul și-a pierdut toate scosăturile și curburile. Decî, presiunea corpului transmițându-se în mod egal pe întréga față plantară devenită plană, impresiunea saú tiparul ce va lăsa va fi în consecință uniform.

Dacă acum vom căuta a ne da mai bine seama de diferitele fenomene ce ne oferă această bôlă, nu vom întârđia a constata că maximum durerii ce ne oferă bolnavul, îl obținem când presăm la óre-care distanță de articulația piciorului și anume cam la mijlocul gâtului seű. Și pentru a specifica în mod mai clar vom spune că, durerea ocupă articulația medio-tarsienă, adică articulația astragalo-scafoïdienă, și calcaneo-cuboidienă. Și în adevăr, dintre toate ósele, scafoïdul și cuboidul sunt acelea și putem đice chiar singurele cari provócă dureri violente bolnavului orî de câte orî apăsăm pe ele. Vom arăta imediat leziunile anatomice ce vor confirma acest lucru. Într'o periódă mai înaintată și

anume în cea de a treia, vom constata prezența unor cõrde fibrõse, tari, rezistente, situate sub piele și la marginea externã a gambei mergând sub maleolã. Acestea sunt tendõnele mușchilor lungi peronieri laterali, cari prin contractura lor întrețin diformitatea în mod permanent. În partea mârgeinei interne a piciorului constatãm ștergerea curburei normale. Dînsa a devenit orizontalã, sprijinindu-se în tõtã întinderea sa pe sol.

Dacã acum vom cãuta a explora extremitãțile óselor din acestã regiune, vom gãsi cã astragalul, scafoidul și primul cuneiform sunt pe aceeași linie orizontalã și pe acelaș nivel. Ba une-orì — și anume când deformațiunea e prea mare—scafoidul formezã o ridicãturã, trecând peste linia orizontalã. Lucrul acesta va imprima mârgeinei interne a piciorului o formã curbã cu convexitatea internã. În acest cas, tõtã greutatea corpului transmițându-se pe marginea internã a piciorului, marginea sa externã va veni sã apese pe maleola externã, insinuându-se sub acestã, așã în cât dînsa se pune în contact direct cu fața externã a calcaneului, unde determinã o osteitã localizatã fõrte durerõsã, formându-și une-orì chiar o suprafață articularã. În asemenea condițiuni mersul devine cu totul imposibil, iar retractarea celor-l'alți mușchi, în special a extensorilor, vor aduce și ei un contingent destul de serios pentru agravarea situațiunei.

Care este explicațiunea acestor fenomene?

Patogenia acesteï afecțiunii a dat naștere la o mulțime de teorii. Dintre cele mãi principale sunt trei: teoria *articularã*, *muscularã* și *ligamentõsã*.

Teoria articularã a fost mãi ales susținutã de Gosselin. Dînsul, având ocaziunea a face autopsia unui asemenea caz, a constatat, arãtând în mod palpabil, cã articulația astragalo-scafoidienã și calcaneocuboidienã erau manifest atinse de sinovitã uscatã. Cã în mãi multe puncte cartilajele articulare erau distruse printr'un travaliu de eroziune sau ulcerațiune, și cã de desubtul acestui cartilagiu ridicat, țesutul spongios corespunzãtor era roșu și infiltrat de sãnge, întocmai ca osteita în primul grad. Aceste leziuni în totul asemenea cu acelea ale artritei uscate, caracterisate prin ceia-ce Brodie numia ulcerațiunea cartilajelor, este dupã Gosselin unica cauzã a tarsalgiei. Ea ar consta pur și simplu într'o artritã de naturã specialã și proprie adolescenților. De aci înlãntuirea naturalã a tuturilor fenomenelor: artritã, durere, contractura mușchilor peri-articulari și în special a peronierilor, retractiuni consecutive și în fine ca terminațiune ultimã, anchilosa.

Acestã teorie deși fõrte logicã, nu este însã cu totul în armonie cu modul de evoluțiune al artritelor. Și mãi întâiu de tõte, pentru ce numai adolescenții ar avea monopolul acesteï artrite? și apoi, dacã ar

trită este, pentru ce durerile dispar ca prin minune în urma celui mai mic repaos și fără ca aceste dureri cu totă acuitatea lor să fie însoțite de cea mai mică tumefacție sau reacție inflamatorie, semnele inerente orî-cărei artrite?

Este adevărat că și în artrite observăm o disparițiune a durerilor; dar acesta nu în mpd absolut, aci fiind vorba mai mult de o atenuare de cât de o suprimare. Apoi, în artrite durerea este și spontanată, iar nu numai provocată. În artrită e destul o simplă atingere ușoră a articulației, sau chiar o mișcare intempestivă, pentru ca durerea să crească enorm în intensitate, smulgând țipete din partea bolnavului. În tarsalgie, numai o presiune relativ puternică poate provoca dureri și încă nu într'un așa grad desperat.

Dacă admitem o artrită uscată, apoi și atunci e greu de înțeles. Se știe că acesta este apanagiul ómenilor maturi și a bătrânilor, iar nu a celor tineri. Apoi artrita uscată este însoțită de osteofite, ceea-ce nu ne oferă tarsalgia tinerilor.

Deci, ar trebui o specie cu totul aparte de artrită uscată, dacă nu o specie ce nu există.

De aceea, această teorie nu mai este admisă. Cât pentru leziunile de artrită constatate de Gosselin, se consideră ca leziuni secundare, venite în urma deformațiunilor și a neglijerei bólei, iar nici de cum ca punct primordial al tarsalgiei.

Teoria musculară. Acesta presintă două forme: una susținută în special de Nelaton. Ea este datorită pur și simplu unei *contracturii spasmodice* sau *permanente* a mușchilor, întocmai precum se întâmplă în afecțiunea numită crampele scriitorilor. Nelaton, vedând o mare analogie între aceste două bóle a și dat tarsalgiei numele de crampe ale piciorului. Forma a doua numită *paralitică* sau de *slăbire musculară* și susținută de Duchenne (De Boulogne) este cea mai importantă.

Iată raționamentul ce dă acest autor: Piciorul valg lat provine dintr'o insuficiență de acțiune a mușchiului lungului peronier lateral. Se știe în adevăr că acest mușchiu, având înserțiunea sa pe fața inferioară a extremității anterioare a capului primului metatarsien, are de efect prin tonicitatea sa de a trage în afară și în jos acest os, determinând ast-fel scobitura piciorului.

O impotență funcțională a acestui mușchiu, sau insuficiența de contracție, va avea de rezultat turtirea și chiar ștergerea scobitुरei, și de aci lăfșirea sa. În urma acestia, talpa piciorului aplicându-se cu totă suprafața sa pe sol, va determina compresiunea nervilor, iar cu dinsa durerile caracteristice, contracțiunea reflexă a mușchilor și diformitatea

membrului. Ca rezultat vom avea un resunet asupra articulațiilor, adică eroziunea și distrugerea cartilajelor.

Duchenne recomandă să exercităm o presiune cu policele pe talpa piciorului în dreptul metatarsienului. Dacă ȳicem bolnavului să se opue la această tracțiune, dinsul se refuză, tocmai din cauză că lungul peronier lateral este în stare de impotență, în stare de paresie. Și proba cea mai palpabilă ar fi, casurile de vindecare a tarsalgiei numai prin simpla electricare a mușchiului. Acesta reluându-și tonicitatea normală, rēul dispore.

Tot pe teoria musculară putem esplica fenomenele și pe o altă cale, adică: *o contractură spasmodică a peronierilor*; sau din contra, *o paralisie a gambierilor* ar da această diformitate a piciorului, ca și în casul precedent. Dar această opinie nu are importanța celei d'intăi.

Iată acum obiecțiile aduse teoriei musculare: mai întâi sunt bolnavi, cari opun ore-care rezistență în artificul dat de Duchenne cu aplicarea policelui pe metatarsien, și cu tôte acestea nu sunt mai puțin atinși de tarsalgii; apoi, pentru ce durerea încă o putem provoca atunci, când întregul aparat muscular al piciorului este în relaxare? Și pentru ce iarăși durerea este primul semn inițial, atunci când nu putem constata nici paresie și cu atât mai puțin o contractură, precum am văȳut că lucrurile se petrec în periȳda întâia a bȳlei? Decī nici această teorie nu pȳte fi admisă în tȳte punctele sale.

Teoria ligamentȳsă este fȳrte bine susținută de cȳtre Tillaux. Acest autor ȳice: greutatea corpului este susținută de picior, unde dīnsa se transmite prin concursul sinergic a doī factori: unul activ reprezentat prin totalitatea ȳoselor tarsului, cari ca și nisce cue împānate represintă bolta unui edificiu, precum și prin acțiunea mușchiului lungul peronier lateral; factorul pasiv e reprezentat prin numeroșele ligamente introduse între fie-care din aceste ȳose, servindu-le ca un adevērat ciment. În periȳda vieȳei de adolescență, indiviȳii fiind prea tineri și supuși la o muncă grea — prin faptul purtării diferitelor obiecte — se măresce greutatea corpului. Contra ei nici mușchiul, nici bolta nu pot lupta cu eficacitate; de aci inevitabil urmēzȳ obosēla membrului.

Și dacȳ nu se intervine, atunci mușchiul se relaxēzȳ, iar bolta piciorului începe a se turti, cȳutȳnd ca din convexă sȳ devie plană. În acet moment, ligamentele rēmase singure, ele mai puțin pot lupta contra greutateȳei, în mod fatal se vor întinde și de aci durerea caracteristică și turtirea membrului. Acest mod de a vedea a făcut pe unii sȳ numēscȳ afecțiunea: *pes valgus staticus*. Acestȳ teorie fȳrte ingenioșȳ și logicȳ în acelaș timp, a fost copiatȳ de un American Royal Withman, introducēnd cuvīntul de surmenaj a bolȳei piciorului. Resultatul definitiv este acelaș, concentrȳndu-se iarăși în distensiunea ligamentelor.

Se înțelege deci fôte ușor secretul fenomenului în aparență bizar. În adevăr, imediat ce bolnavul stă în repaos, orî-ce durere dispore, căci presiunea încetând, ligamentele nu vor mai fi întinse și durerea nu-și mai are rațiunea de a fi. Din contra, îndată ce punem pe bolnav să umble, greutatea corpului va apăsa pe bolta deja slăbită și părăsită de acțiunea mușchilui, ligamentele din nou se vor întinde și durerea imediat va apare. Ast-fel fiind lucrurile, nu avem absolut nici o dificultate a ne explica leziunile articulare. Dacă o dată admitem relaxarea ligamentelor, atunci ósele tarsului vor fi rău susținute între dînsele, și legătura intimă care asigură pozițiunea constantă între ele fiind slăbită, dînsele la orî-ce mișcare se vor freca unele cu altele. De aci inflamațiunea, róde-re și ulcerația cartilajelor.

Creдем că această teorie *ligamento-musculară* e mai lesne de susținut de cât orî-care alta. Și pentru a răspunde la obiecțiunea ce s'ar putea pune, că de ce durerea în mod invariabil își are sediul la nivelul articulației medio-tarsiene, explicațiunea am putea-o da fôrte ușor, dacă am lua în mână un schelet al piciorului. În acest caz, lesne vom constata că, aplicând mâna pe laba piciorului și căutând a îndrepta bolta saș scobitura acestui organ, cea mai mare presiune care se determină, este aceia din partea scafoidului și cuboidului pe astragal și calcaneu. Nu mai rămâne îndoială că în evoluțiunea bólei acelaș lucru se petrece. Decî pentru acest cuvînt durerea se află în dreptul articulației medio-tarsiene, durere provocată prin presiunea directă a óselor între dînsele, iar nici de cum prin leziuni de artrită, precum susține Gosselin. Această artrită mai ușor se pôte explica prin alterațiuni consecutive, de cât pe calea primitivă. Ast-fel considerat lucrul, nu mai avem trebuință ca durerea să fie însoțită de tumefacție saș roșată ca în orî-ce artrită, căci încă o dată, aci e vorba de o simplă compresiune, iar nu de o entitate morbidă, ca artrita, ce-și are evoluția și semnele sale locale clasice.

S'aú mai dat și alte opinii asupra patogeniei acestor afecțiuni, însă fără să fi căpătat curs în sciință. Ast-fel ar fi influența diatesei scrofulóse și reumatismale. Intervențiunea rachitismului, apêrată de Ogston și Parker, este basată pe aceia că torsalgia une-orî e însoțită și de alte diformități, ca genuchiú valg, scoliosă, etc., Dar opinia tuturor este, că aci e vorba de o simplă coincidență.

Tot ast-fel vom đice de opiniunea lui Le Fort că bóla constă în slăbirea ligamentului în **y** care forméză bolta piciorului. Dar acesta în definitiv nu e de cât o variantă a teoriei lui Tillaux. Asemenea este aceia a lui Ellis, care dând o tonicitate prea mare flexorului marelui deget ar produce acelaș efect ca slăbirea lungului peronier. Dar și acesta nu e de cât o imitație a teoriei lui Duchenne, ba încă și mai puțin, de

óre-ce exagerarea mușchiului citat ar aduce o flexiune a degetului iar nici de cum o turtire a bolței piciorului.

Tratamentul. În prima linie și mai ales în cele două dintâi perioade ale bólei, repaosul absolut, asigurat printr'un bandagiü inamovibil mult timp ținut în loc (2—3 luni) póte la sigur triumfa contra rëului. Acéstă metódă o putem întrebuința chiar și în perióda de contracură, distrugënd prealabil diformitatea prin somnul cloroformic; și dacă obstacolele sunt mari din partea retractilităței musculare, putem fără pericol să practicăm chiar tenotomia.

Nu va fi fără de folos să recurgem la electricizarea mușchilor presupuși slabi, precum nici la diferite aparate ortopedice create în acest scop. Principiul va fi de a avea nisce resorturi pentru a împinge piciorul înăuntru, iar în ghiață se va aplica o talpă mai grósă pe care se va rezema marginea internă a piciorului.

Când însă bóla a fost neglijată și a ajuns în perióda a treia, atunci toate aceste mijloce devin insuficiente și chestiunea intervențiunei operatorie se impune. Operațiunea lui Ogston, care constă ca printr'o incisiune longitudinală, practicată pe marginea internă a piciorului, să descoperim suprafețele articulare ale astragalului și scafoidului și apoi să practicăm o resecțiune cuneiformă cu basa internă și în urmă să îndreptăm piciorul, fixându-l într'un bandagiü inamovibil, a făcut mare sgomot. Richard Davy însă preferă numai extracțiunea scafoidului, de témă ca prin resecțiunea astragalo-scafoidienă după metóda lui Ogston să nu deschidem articulațiunea piciorului.

Alții au recomandat excisiunea cuneiformă a astragalului fără deschiderea articulației, iar Stokes numai resecția gâtului astragalului. Operațiunea lui Vogt prin extirparea totală a astragalului nu pare logică, căci deformația se află în articulația medio-tarsienă, iar nu în tibio-tarsienă.

În fine, vom menționa operațiunea lui Trendelenburg, care constă în a face osteotomia óselor gabei d'asupra maleolelor. Dar prin acésta, de și în adevăr reușim a îndrepta piciorul, nu este însă mai puțin evident că se determină o altă deviațiune angulară în regiunea maleolară, ceia-ce constituie o nouă deformație adăugată la cea d'întâiu.

După-ce am vădut evoluțiunea acesteï curioase bóle, putem ca corectitudine să menționăm o altă deviațiune mai mult medicală a piciorului. Acésta de și nu are același mers și caractere ca tarsalgia, totuși dându-se că dînsa apare nu numai pe indiviđi în flórea adolescenței, dar și pe ómenii adulți între 30 și 40 de ani, s'ar putea ridica chestiunea dacă într'un asemenea cas nu ar putea fi vorba de o altă afecțiune iarăși fórte bizară, dar care este consecința unei cauze cu totul streine ca a tarsalgiei. Este vorba de *piciorul tabetic*, bóla studiată

de Charcot și elevii săi. Acastă afecțiune are caracterele sale speciale, și numai cu o bună voință extremă s'ar putea apropia de tarsalgie. În adevăr, nu numai că piciorul tabetic formeză un semn premonitoriu al ataxiei locomotrice, dar chiar leziunile sale locale diferă de ale tarsalgiei. Iată în ce constă această afecțiune.

Regiunea dorsală a piciorului e tumefiată, tumefacție, care-și are sediul în dreptul tarsului și a articulațiunei tarso-metatarsiene. Anatomicește, fiind vorba de o osteo-artrită nevropatică, dînsa determină leziuni de osteite în același timp rarefiante și hipertrofice.

De aci va resulta o creștere de volum a capului astragalului și o uzură distructivă a celor-l'alte oase ale tarsului, de unde distrugerea bolței piciorului și determinarea formațiunei unui picior lat special, ceia-ce s'ar apropia de tarsalgie. Cu toate acestea se deosebesce de dînsa nu numai prin cele-l'alte fenomene proprii ataxiei ce ne oferă individul, dar și prin alte afecțiuni locale, ca morb perforant în talpa piciorului, alterațiunea sa și căderea unghiilor, ulceratiuni trofice, și în fine dislocarea oșelor piciorului unită cu crepitațiuni, ridicături osose și acele cracmente speciale ca și cum ar fi vorba de fracturi cominutive. Toate acestea sunt datorite osteitelor rarefiante cari reducînd întregul schelet la nisce porțiuni fragmentate de oase, ne dau aceeași senzațiune ca și cum ar fi nisce nucă vîrîte într'un sac.

Sinovitele gâtului piciorului.

Gâtul piciorului este o regiune a cărei limită se determină mai mult în mod artificial. Ea e coprinsă în spațiul aflat la două degete d'asupra și dedesubtul maleolelor. Părțile moi, în afară de piele și țesutul celular lax, sunt reprezentate exclusiv prin tendóne, ce înconjură această regiune din toate părțile. Relieful acestor tendóne constituie ceia-ce se numesce *ridicăturile moi ale gâtului piciorului*; iar cele două maleole aflate în părțile laterale, constituie *ridicăturile osose*. Rolul principal în descrierea sinovitelor îl jócă de sigur sinovialele acestor tendóne. Este deci necesar a face o scurtă recapitulare anatomică.

Tecile sinoviale ale tendónelor mușchilor gambei sunt grupate împrejurul gâtului piciorului formând trei regiuni deosebite: una *anterióră*, coprinde trei tecă cari sunt, plecând de dinăuntru în afară: téca gambierului anterior, a extensorului propriu al marelui deget, a extensorului comun și a peronierului anterior; în *regiunea externă*, se află téca comună a lungilor peronieri laterali. În *regiunea posterióră* se află, mergând de dinainte înapoi și de dinăuntru în afară, téca gambierului posterior, a flexorului comun și a flexorului propriu al marelui deget.

Fără a intra în detalii mai mari, vom reaminti numai că aceste tecii sinoviale pe fața anterioară a piciorului nu se ridică mai sus de maximum 5 c. m. d'asupra liniei intra-articulare, și acesta numai pentru gambierul anterior care se lasă în jos până în dreptul scafoidului. Iar minimum de înălțime este de 1 c. m. d'asupra articulației pentru extensorul marelui deget, lăsându-se în jos până la primul cuneiform sau chiar la jumătatea primului metatarsien Sinoviala extensorului comun deși nu se ridică mai sus ca 2 c. m. d'asupra articulației și nu descinde dincolo de articulația scafo-cuneenă, este însă mai largă de cât cele-l'alte două.

În regiunea externă sinoviala peronierilor se ridică la 4 c. m. d'asupra maleolei, oprindu-se în jos la articulația calcaneo-cuboidienă, iar de aci trimete o prelungire însoțind tendonul lungului peronier lateral până la inserțiunea sa pe fața inferioară a extremității anterioare a primului metatarsien. În regiunea posterioară, sinoviala gambierului posterior se ridică la 4 c. m., iar aceea a flexorului comun și a marelui deget la 2 c. m. dar toate nu merg mai departe în jos de articulația medio-tarsienă.

La partea posterioară și mijlocie a gâtului piciorului se află tendonul lui Achil, având în fie-care din laturile sale câte-o depresiune ce dispăre în timpul idropisiilor sau sinovitelor întocmai ca și depresiunile ce se găsesc înaintea fie-cărei maleole.

Aceste scurte reamintiri sunt necesarii din cauză că în bóla ce avem să descriem, putem nu numai a urmări mersul anatomic al lăziunei, dar a specifica ce anume teca sinovială de tendon este prinsă.

Sinovitele gâtului piciorului sunt tot așa de comune ca și acelea ale pumnului, căci piciorul este supus la aceeași muncă (se înțelege în alt scop) și expus la aceleași traumatisme. Mai mult, precum reumatismul, bólele generale grave, dar mai ales blenoragia atacă sinovialele pumnului, tot în același mod și cu aceeași frecvență invadază sinovialele gâtului piciorului. De aceea, varietățile acestor bóle sunt absolut identice cu acelea ale pumnului, fapt pentru care nu vom insista nici în descrierea lor nici în enumerarea cauzelor lor fiind deja arătate.

În adevăr, și la gâtul piciorului se descrie o sinovită uscată sau crepitantă, una seroasă sau de idropisie, iar alta fongosă sau tuberculosă.

Pentru fie-care din aceste varietăți de sinovite se pare că anume tendóne au o anumită predilecțiune. Ast-fel sinovita uscată, crepitantă sau *ai dureros* nu s'a observat de cât aproape exclusiv pe gambierul anterior. Am un bolnav de naționalitate frances, care posedă o adevărată predilecție pentru această bóla, căci mai în fie-care iarnă, vine a mă consulta pentru o sinovită uscată tip cu sediul în gambierul anterior.

Din contra, lungii peronierii laterali sunt mult mai des atinși de sinovita seroasă ori plastică de cât cei-l'alți. Dar aceste varietăți de sinovite în general nu presintă nici-o gravitate, căci în afară de o durere în timpul mișcărilor, o jenă în mers și o ușoră reacție sub-inflamatorie, totul dispare dacă punem membrul într'un repaos asigurat printr'un bandagiū sever, unit cu unele medicamente antiflogistice în care unguentul mercurial ocupă prima linie. Casul citat al lui Richet, de terminația unei sinovite uscate prin supurație este cu totul excepțional și putem dice rămas unic în știință.

Sinovitele fongóse sau tuberculóse sunt fără îndoială cele mai importante și sombre în prognostic. Nu este nici o rațiune ca această bolă să nu se desvolte în tecile tuturilor tendónelor ce am descris. In adevăr, de multe ori găsim sinovite tuberculóse în téca extensorilor, flexorilor și gambierilor; dar sediul de predilecțiune este în lungii peronierii. Se pôte susține chiar că la început bóla tot-d'a-una începe prin ei și că invasiunea celor-l'alți se face în mod consecutiv.

Nu e necesar a descri pe larg întreaga simptomatologie a acestei afecțiuni, de óre-ce caracterele clasice ori-cărei sinovite se găesc și aci.

Bóla deci, începând prin lungii peronierii ni se va manifesta ca o tumefacție, ca o quasi tumoră ce îmbrățișează concavitatea mărgeii maleolare. Acastă tumoră fixă în sensul vertical se pôte mișca în sensul lateral sau transversal, dar în mod fórte limitat. Când leziunea nu a făcut progrese mari, dinsa nu se urcă mai sus ca 4 c. m. de maleolă și se opresce în dreptul articulației calcaneo-cuboidienă. In cazul contrariū invadând prelungirea sinovialei destinată lungului peronier, tumefacția ni se va manifesta cel puțin printr'o durere la presiune, ocupând traectul cunoscut al tendonului, adică linia de sub-maleolară până la primul metatarsien.

De asemenea réul progresând în sus, va rupe fundul de sac al tecei sinoviale și va ocupa mare parte din terțul inferior al gambei. Dar fenomenul cel mai principal este că, procesul morbid distruge părreții laterali ai sinovialei, înaintéază în țesutul celulo-gresos ce se află între peronierii și tendonul lui Achil, trece dincolo de linia mediană, copleșesce téca flexorului și gambierului posterior și vine de apare în regiunea maleolei interne, copleșind tot spațiul aflat sub acest os și determină ast-fel o tumefacție ce forméază un fel de guler pe gâtul piciorului.

Se înțelege că ajunse în acest grad, tecele sinoviale pline cu fongosități ne vor oferi semnè locale caracteristice, reprezentate prin porțiuni fluctuente, unele mai rezistente, dând tecelor copleșite un aspect fusiform și boselat. Se înțelege de la sine, că mișcările piciorului în

asemenea casurii sunt aproape imposibile, iar atitudinea pe care dînsul o ia, este aceea între flexiune și extensiune.

În urma imobilității, piciorul ca și gamba se atofiază, iar gâtul sîu pare și mai mărit, comparându-se cu aceste regiuni reduse în stare de schelet. Lucrul progresînd, fongositățile nu întîrzie ca prin creșterea lor să ajungă a perfora pielea, prin cari se scurge un puroi fetid și murdar, amestecat cu sânge și cărnuri putrede. Și dacă nu vom fixa atențiunea noastră am putea lua această bolă drept o tumoră neoplasică, în special un sarcom, precum este un cas al lui Larrey, unde un sarcom al feței externe al calcaneului a fost luat drept sinovită fongosă a peronierilor.

Dar în afară că sarcomul nu supurează, avem creșterea sa foarte repede, precum și cachectisarea individului, care-î dă un facies cu totul deosebit de al tuberculosei.

Pe lângă caracterele descrise în sinovite mai avem durerile, cari fiind comune și în artrite, presintă un punct delicat în a le deosebi de tumora albă a articulației tibio-tarsiene. Dar afară că în această din urmă afecțiune tumefacția are un alt aspect ca în sinovite, mai avem semnul principal, că în tumora albă putem provoca în timpul mișcărilor pasive, frecări în articulație și cracmente, din cauza distrugerii cartilajelor, cea-ce în sinovite nu există. Afară de acesta, fixând cu o mână gamba, iar cu cea-laltă apucând piciorul și imprimând acestuia o mișcare bruscă de dinainte înapoi, bolnavul simte o durere vie în dreptul articulației; pe când din contra, păstrînd aceiaș poziție, dar trăgînd de picior, durerea se micșorează, putînd chiar să dispară. În sinovită lucrurile se petrec invers: în timpul apăsării suprafețelor articulare, bolnavul nu simte nici o durere, pe când în timpul extensiunii forțate durerile sunt foarte mari. Acesta se înțelege foarte ușor, de ôre-ce în acest moment tendónele întîndîndu-se, tecile sinoviale deja bolnave se vor întinde și ele, de unde dureri vii. Când însă sinovita fongosă a făcut progrese mari și în mod consecutiv a atacat și ôsele articulațiilor, atunci diagnosticul diferențial este de o extremă dificultate; și cel puțin imposibilitatea este absolută, când e vorba a stabili dacă punctul de origină al afecțiunii este în ôse sau în teci.

Tratamentul pe cât e de simplu și eficace în cele-lalte varietăți de sinovite, pe atât în cele fongóse chestiunea se complică. Datoria însă ne impune că la început vom uza de tóte mijlócele ce vor asigura un repaos absolut al membrului precum și aplicarea de diferite revulsive. Mai târziu fiind vorba de abcese și traecte fistuloase, vom deschide larg tecele sinoviale, le vom curăța de tóte fongositățile prin răquire sau

excisiune, după care din nou vom pune membrul într'un aparat inamovibil.

Une-ori reușim a obține vindecarea, dar alte dăți recidiva nu întârzie să apară, complicându-se chiar de atacarea scheletului. In acest cas de sigur o altă intervențiune se impune și anume resecția orî amputația.

CHESTIONAR.

Definițiunea piciorului. Limitele anatomice și clinice. Caractere. Traumatisme. Caractere. Extragerea corpilor străini. Contuziunea cronică a călcâiului. Mecanism. Luxația tendónelor piciorului. Mecanism și forme. Inflamațiile și abcesele piciorului.	Peg. 359-364
Ulcer perforant al piciorului. Diferite alte ulcerazioni. Istoric. Caractere. Patogenie. Teoria mecanică, vasculară și nervósă.	» 364-371
Artritele piciorului. Caractere. Varietăți. Mecanism. Diagnosticul diferențial între diferite artrite și ale articulației propriu ție a piciorului	» 371-383
Tarsalgia adolescenților. Caractere. Cele trei perióde: durere, contractură pasageră și permanentă. Patogenie. Teoria articulară, musculară și ligamentósă. Argumente. Obiecțiuni. Tratament. Operația lui Ogston, Davy și Trendelemburg. Picior tabetic	» 383-391
Sinovitele gâtului piciorului. Definițiuni. Considerațiuni anatomice. Forme clinice și varietăți. Consecințele sinovitelor.	» 391-395

CAP. II.

Deformațiunile membrelor.

Acestea sunt de două feluri: congenitale, numite viciuri de conformațiune sau diformități, și accidentale, ca cele provenite în urma arsurilor, paralișilor, sifilisului, etc., și care pórta numele de deformațiuni.

Diformități considerate la început ca nisce pedepse divine, astăzi aũ intrat într'o periódă cu totul științifică, datorindu-se unei opriri de desvoltare din perióda embrionară, bine susținută de cercetările lui Meckel și Joffroy Saint Hilair.

La început se credea că părțile ce lipsesc n'aũ fost nici o dată formate. Dareste însă a arătat că tóte aceste diformități resultă din diferitele condițiuni în care se găsesce embrionul. Ast-fel dînsul puind oul la acțiunea unor sguidituri regulate, sau fixându-l într'o pozițiune

imobilă, a obținut diferite deformațiuni de dezvoltare a organelor. După acest autor majoritatea viciului de conformație rezultă dintr'o oprire în dezvoltarea amniosului, care exercitând o compresiune anormală asupra unor regiuni ale embrionului, determină atrofia sau oprirea în dezvoltarea lor.

De sigur și atavismul jăcă un rol destul de important, mai cu sémă când vedem reproducându-se în descendenți diformități analoge cu ale părinților.

În orî-ce cas însă aceste viciuri de conformație au două origini sau două periode. Una, care este cea mai frecventă, ia naștere în primele timpuri ale formațiunei embrionului, adică atunci când întręga organisațiune e reprezentată prin elemente nediferențiate, adică numai prin celule embrionale. Aci e destul o emoțiune, o contuzie, o schimbare bruscă de temperatură, o modificare în circulație sau o stare patologică ôre-care, pentru ca celulele, în loc de a lua o anumită formă sau direcție, să se schimbe, să se opriască în mersul lor, sau să înceteze de a se dezvolta, pentru ca imediat să producă numărul infinit de diformități.

Dar acéstă primă perioadă odată trecută viciurile de conformație sunt foarte greu dacă nu imposibil de realizat.

Cu toate acestea și aci se observă unele viciuri de conformație, însă de un alt ordin, căci nu e vorba de o oprire în dezvoltare ci de o mutilare. Acésta formeză amputațiunile congenitale descrise pentru prima ôră de Chaussier în 1812.

Caracteristica lor este că un membru ôre-care ca picior, cõpsă, gambă, mână, etc., se găsesc secționare în tocmai ca o adevărată amputație chirurgicală prin mijlocul unei bride fibróse, care treptat mergând de la piele determină o constricțiune până ce reușese a deslîpi o porțiune din membru ce cade alături de fet. Așa s'a găsit în uter un picior întreg, mână sau braț fără să fie atinse de putrefacție. Ce este mai mult, nisce asemenea amputațiuni se pot produce chiar și de cordonul ombilical, de și a priori acésta nu s'ar putea înțelege, de ôre-ce fiind vorba de constricție, circulația în cordon ar trebui să se întrerupă și atunci odată cu amputația s'ar determina și mórtea fetului. Cu toate acestea s'a observat unele casuri, și în special unul rămas clasic descris de Hilairt în care un fet de trei luni presenta la naștere înfășurarea gâtului de cordon, care determinase o ast-fel de constricție în cât capul nu mai ținea de trunchiul de cât printr'un pedicul format de piele. În orî-ce cas amputațiile congenitale se caracterisă prin aceia că bontul rămas se găsește deja cicatrisat sau prevădut de o suprafață granulósă; și tocmai acésta le deosebesce de viciurile de conformare prin oprirea

de dezvoltare unde organul nu lipsește, dar reprezintă numai un apendice reamintind starea normală.

Tote aceste diformități sau viciuri de conformare se împart în două mari categorii: în *ectromelienii* sau monștri ce au membrele avortate și în *simelienii* ce reprezintă monștri cu membrele lipite. Aceștia din urmă se însoțesc în general de alte viciuri de conformațiune foarte grave din partea celorlalte viscere ce nu permite viețuirea individului și deci

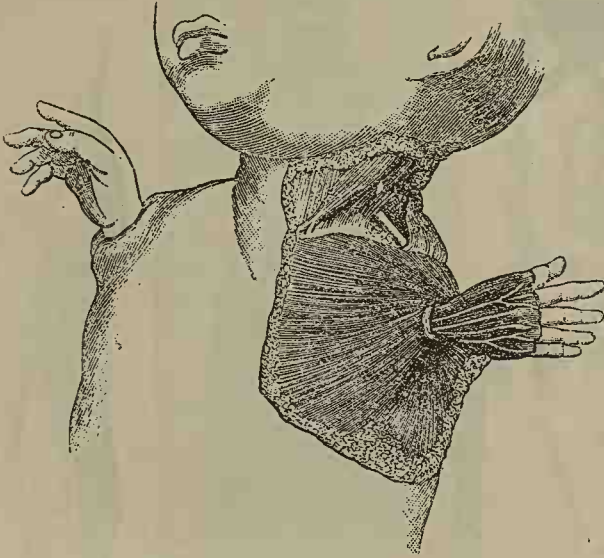


Fig. 150. — Focomelie bilaterală.

rămân în afară de orice intervenție. Ectromelienii, cel puțin parte dintr'înșii cad în domeniul chirurgical. Dinșii se împart în patru categorii.

1). *Ectrodactilie* când unul sau mai multe degete de la mână lipsesc.

2). *Focomelia*, când numai porțiunea extremă a unui membru e conservată și lipită de trunchiul, iar restul cu totul lipsă. Ast-fel avem: absența brațului și a antebrațului, individul având numai mâna lipită de epolet. Tot ast-fel e și cu piciorul, care se lipesc de a dreptul de basin, gamba și cóspsa lipsind cu totul. Fig. 150—151, luate din al 8-lea vol. de chirurgie, sunt exemple de aceste diformități.

3). *Hemimelie* e caracterisată prin aceea că segmentele de la baza membrului există pe când partea extremă lipsesc. Avem de exemplu

desvoltarea normală a brațului și antebrațului și absența totală a mâinei înlocuită printr'un bont sau apendice inform.

Tot ast-fel e și cu membrul inferior unde cóspsa și gamba există, iar piciorul lipsesce. După cum vedem hemimelia este cu totul inversă focomeliei. Fig. 152 luată din al 8-lea vol. de chirurgie ne dă un model de acéstă diformitate.

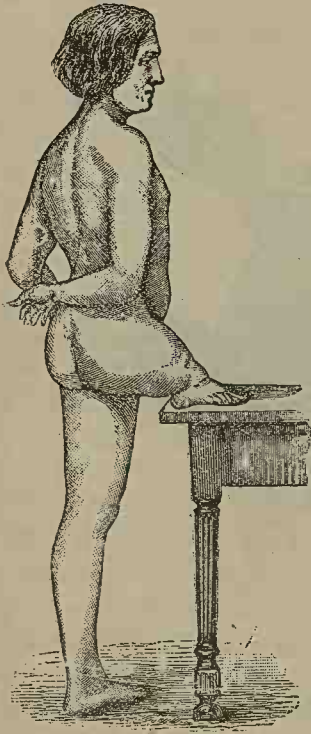


Fig. 151. Focomelie bi-unilaterală.



Fig. 152. Hemimelie abdomin. unilaterală.

4). Ectromelia este când membrul întreg lipsesce cu desăvîrșire, nefiind reprezentat absolut prin nimic, precum arată fig 153. Tóte aceste diformități contra cărora nu e nimic de făcut pot fi unilaterale sau bilaterale.

Vom menționa ca curiositate că aceste viciuri de conformație nu sunt incompatibile cu viața, ci din contra unii din acești monștrii au devenit adevărate celebrități, tocmai printr'o meserie ce pretindea abilitatea membrilor ce le lipseau. Ast-fel a existat un renumit pictor Ketel, care desemna cu piciorul cele mai frumoșe tablouri; de asemenea

un alt ectromelian numit Ducorné și supranumit născut fără brațe, care era unul din cei mai renumiți artiști Parisieni. S'au văzut de asemenea ectromelienii cari puteau scri, desemna, să vîre chiar ață în ac, să mănânce și să se pieptene cu — picioarele.



Fig. 153. — Ectromelie bilaterală (personală).

Ast-fel este și cazul nostru. În adevăr, această fată tînă de 19 ani devenită ectromelică la etatea de 4 ani în urma unei combustii era de o inteligență și de un talent foarte mare. Nu numai că avea o facilitate mare a pune ața în urechile acului și a executa lucrări de cusătură fină; dar agilitatea și dexteritatea picioarelor sale erau surprinzătoare. Cu aceste organe dînsa își ducea la gură orî-ce obiect foarte ușor. În fig. 154 dînsa e reprezentată în momentul cînd mănîncă. Lingura e dusă la gură fără a se vărsa nici o picătură de lichid sau supă. În fig. 155 bolnava e reprezentată în momentul cînd scrie. Condeiul e ținut cu fermitate între degete; iar scrierea sa reprezentată în fig. 156 facsimile este socotim destul de corectă.

În fine mulți dintr'înșiși au fost însurați și au avut copii fără nici o deformațiune. Avem însă alte diformități, dintre care unele se pot bucura de intervenția chirurgicală.



Fig. 154. — Ectromeliana în timpul mâncărei (personală).

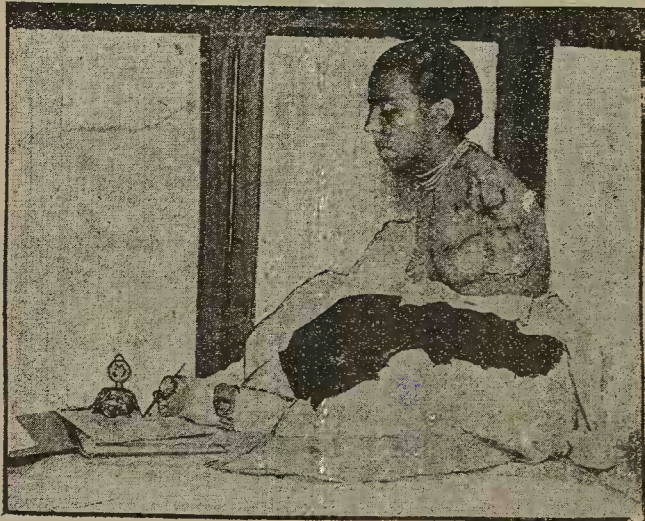


Fig. 155. — Ectromeliana scriind (personală).

Diformitățile degetelor piciorului. Și aci ca și la mână avem polidactilie, ectrodactilie, macrodactilie și sindactilie, asupra cărora e de prisos a mai insista.

Măceama Paraschira Lupu
de 19 Ani
c. / 4 Iunie 1898

Paraschira Lupu din Norich
Cintră Sibiu - Gata de 19 Ani

Fig. 156. — Scrisul ectromelienei.

O diformitate importantă este deviațiunea degetelor piciorului numită clinodactilie. Dînsa constă că al II-lea și al IV-lea deget se află pe un plan mai superior de cât cele-l'alte, ceia-ce de sigur face imposibilă încălțămîntea.

Iarăși o afecțiune importantă este degetul în formă de *ghiară*, de *ciocan*, sau cum îl numea Nelaton deget în formă de *gât de lebădă*.

Afecțiunea ocupă în special degetul cel mare. Dînsa constă în extensiunea primei falange pe extremitatea metatarsienului, formând un unghî obtus pe fața dorsală a piciorului. Falangina, adică a doua fa-



Fig. 157. — Deget în ciocan.

langă e flexată în unghiū ascuțit pe prima. Falangeta rămîne rectilînă, sau puțin flexată pe cea de a doua. Fig. 157 dată de Barette în Enciclopedie represintă un model de deget în ciocan. Acesta fiind poziția, degetul apasă pe sol mai mult prin vîrtul său. De aci jenă în mers și diferite ulcerațiuni, bătăături, burse seróse, accidentale, etc. Această afec-

țiune adesea e simulată de cei cari voesc să se sustragă de la serviciul militar.

Barette în articolul său spune că s'a'u văduț degete în ciocan produse prin secțiunea tendónelor extensorilor, sa'u prin crearea unei cicatrice pe fața plantară a degetului. Acastă manoperă adaogă autorul a fost întrebuințată într'o regiune a departamentului Eura, pentru a se reforma tinerii din serviciul militar.

Dar o asemenea diformitate provocată sa'u simulată e mai rară. De obicei d'nsa, după Paget și Broca, e congenitală și ereditară. Dar și o încălțăminte prea scurtă sa'u strîmtă încă pôte determina bóla. In casul întâi fenomenul e pur mecanic: degetul neavînd loc suficient, el se va recurba, se va îndoi și va rămîne cu timpul în stare de ghiară permanentă. In casul al II-lea, încălțăminte fiind prea strîmtă, tóte degetele ca și metatarsienele vor fi fórte mult comprimate. De aci cu timpul se va produce, după Blum, o atrofie a mușchilor interosoși, de unde o deformare a degetului.

Conchidem deci că avem cincî cauze pentru degetul în ciocan. El pôte fi: congenital, ereditar, accidental, mecanic și paralic.

Acastă afecțiune une-orî nu aduce nici o genă în mers. Alte orî însă suntem siliți a interveni tocmai din cauza imposibilităței în care se găsește individul de a-și vedea de ocupațiunile sale, fie din cauza recurbărei exagerate a degetului, fie din a fénomenelor inflamatorii, supurația burselor seróse, etc., etc.

Ca tratament putem încerca la început corecțiunea diformității prin o încălțăminte apropiată, în special largă la vîrf și cu atelă pentru îndreptarea falangelor. Mai târziu putem adăoga secțiunea tendónelor extensori și flexori, precum și cchiar a ligamintelor laterali a primei articulații falangiene. Individul însă fiind deja adult, cel mai bun lucru e amputația degetului.

Cea mai principală dintre deviațiunile degetelor este aceia, căreia Stromayer i-a dat numele de **hallux-valgus**.

Găsim în Barette în articolul său din enciclopedie, că Lafarest, operatorul de bătăturî al lui Ludovic XVI, în 1781, este cel d'întâi care a dat o bună descriere acestei afecțiuni. D'nsa în limba vulgară se numesce *oignon*. Acastă comparație cu un bulb de cépă, probabil s'a făcut din cauza ridicătorei fórte pronunțate ce face în năuntru extremitatea anterioră a primului metatarsien.

Hallux valgus constă într'o deviațiune totală a degetului celui mare în afară, trecînd une-orî d'asupra, iar altă dată de desubtul celor-l'alte degete. Din această deviație rezultă un unghiú cu primul metatarsien fórte pronunțat înăuntru. Pe lîngă jena ce se aduce în încălțăminte avem desvoltarea unei burse seróse. Acésta inflamându-se și supurînd pôte fi

punctul de plecare al unor accidente foarte regretabile. Dar nu-î numai atât, însuși capul metatarsien e foarte ipertrofiat formând adevărata exostosă.

Din cauza crăcmentelor și eroziunii cartilajelor articulare ce sémănă cu artrita uscată, această afecțiune se consideră a fi de natură reumatică. Ideia saū teoria mecanică după care, bóla ar fi determinată prin presiunea unei încălțăminte rău făcută, ađi e eliminată.

S'aū invocat și alte teorii pentru această diformitate. Nelaton invoca retracțiunea extensorului propriū al marelui deget. Pentru Dubreuil, deviațiunea provine din predominența de acțiune a mușchilor abductorī asupra adductorilor. Jarjavay admite o oblicuitate normală în afară a articulațiilor metatarso falangiene. Malgaigne explică deviația prin retracțiunea țesutului fibros peri-articular. In fine Garrod susține infiltrarea de depozite de origină gutosă în cartilajul metatarsien. Barette admite, și noi credem că are dreptate, puind această afecțiune sub dependența artritismului, ce ar determina o ipertrofie a capului metatarsien.

Contra acestei afecțiunii tóte aparatele inventate pentru a aduce o redresare nu aū reușit. De aceia une-orī putem recurge la ablația acestei exostose saū la resecția cuneiformă a primului metatarsien după cum recomandă Reverdin, în opoziție cu idea propusă de Riedel, care constă în a face resecția primei falange. Acésta nu e admisă, de óre-ce cu tótă îndreptarea degetului totuși deformarea persistă, căci leziunea constă în exostosa capului metatarsien, care nefiind ridicată deformația persistă.

Intr'un cas de asemenea natură, am practicat resecția exostosei la o femeie, căreia de și am deschis articulația, totuși operația a fos urmată de un deplin succes.

La pag. 369 am dat un model de hallux valgus.

§ I. Picior bont, sucit saū strîmb (*strefopodie*).

Piciorul bont saū strîmb este o atitudine viciósă și permanentă, în urma căreia membrul inferior nu măi are punctele normale de contact cu solul.

Există un picior bont congenital și altul accidental. Sunt patru varietăți principale. *Picior bont equin* (semănând cu copita de cal). În această varietate piciorul este în extensiune forțată pe gambă, ast-fel în cât călcâiul e ridicat în sus, iar individul se sprijină măi mult pe degete. Invers cu acesta e *piciorul bont talus*, când mersul se face pe călcâiū, iar talpa este ridicată în sus și înainte. Varietatea a treia e *picior bont varus*; aci individul calcă pe marginea externă a piciorului care e pus în adducție și rotație înăuntru. Invers acestuia e varietatea a patra numită *picior bont valgus*, când individul se sprijină pe marginea internă a piciorului.

Maî tot-d'a-una varietățile se combină și atunci avem *varus equin, talus valgus*, etc.

Nu se scie nimic sigur în privința etiologiei. Dacă uneori afecțiunea pare a fi în legătură cu ereditatea sau mariajurile consanquine, alte dăți nu există nici o relațiune, de óre-ce afecțiunea se observă pe copii eșiți din părinți perfect sănătoși.

S'aũ emis maî multe teorii pentru piciorul bont.

I). *Teoria nervósă* sau a lui *Morgagni*. Acésta e fórte bine susținută în unele casuri unde s'aũ găsit leziuni în cerebru în partea opusă unui picior bont. S'a constatat iarăși prezența unei spine bifide, sau a unei fracturi cu mielită, însoțită de sclerosă consecutivă în regiunea dorso-lombară.

După acésta teorie deci, un grup de mușchi fiind paralizați, iar antagoniștii lor rămând singuri în joc, dau nascere deviațiunilor ce constituie piciorul bont. Dar acésta teorie, pe lângă că nu se aplică de cât la fórte rari casuri, maî există contra ei faptul că, cu tótă deformațiunea piciorului, mușchii gambei nu sunt paralizați.

II). *Teoria unui viciũ de conformație primitivă a óselor tarsului, precum și absența unora din aceste bucăți ale scheletului*. Acésta nu are aprópe nici un apărător, casurile fiind din cele maî rari.

Lăsând la o parte contusiunile, în timpul gravidității, puțina cantitate de lichid amniotic, prezența de bride, sau constricțiunea prin cordonul ombilical, etc., produse în timpul vieții embrionare, și cari ar fi capabile să dea nascere unui picior bont, trebuie să menționăm ultima teorie ce aparține lui Berg și Dareste și care de sigur e cea maî adevărată. După acésta teorie, se suține că, în primele 6 săptămâni ale vieții embrionare, atitudinea normală a picioarelor este tocmaî acea de *varus equin*. Prin urmare, piciorul bont nu este de cât menținerea acestei pozițiuni embrionare, care în loc de a fi transitorie devine permanentă.

La acésta, după Dareste, ar contribui presiunea exercitată de amnios asupra picioarelor. Modul acesta de a vedea e cu atât maî adevărat cu cât aprópe nu există picior bont congenital. care să nu fie în atitudinea de *varus equin*, ceia-ce afirmă o stare embrionară anterioră.

Simptomele. Vom căuta să dăm o scurtă descriere a fie-căreia din cele patru varietăți:

I. **Picior varus**. Forméză varietatea cea maî comună. De obiceiũ însă ea e fórte rar simplă. În general se combină cu cea numită *equin*. De aci și numele de *varus equin*. Dînsa fiind cea maî frecuentă, vom insista maî mult asupra ei.

Semnele constau după cum am đis, că piciorul se află într'o stare de extensiune și adducțiune forțată pe gambă, avënd vârful dirijat în lăuntru,

talpa devine aproape verticală. Punctul de sprijin pe sol nu e de cât marginea externă a piciorului. Dar afară de acesta, piciorul suferă o mișcare de încovăitură (enroulement) grație căreia vârful său ar avea tendința a se apropia de maleola internă. Acastă îndoitură se petrece la nivelul articulației medio-tarsiene. Și după cum unghiul ce se tor-

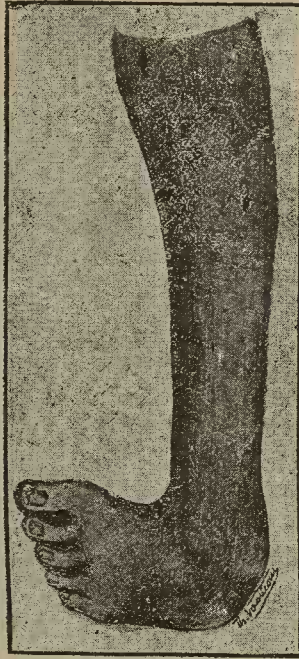


Fig. 158. — Picior strâmb varus (personală).

méză în acest punct de către picior va fi obtus, drept sau ascuțit, cu atât deformațiunea va fi mai mare. In fig. 158 avem un model de picior varus în unghiū drept pe gambă.

Explorând fața dorsală a piciorului, constatăm două ridicături osose foarte pronunțate. Acestea sunt: astragalul și extremitatea anterioră a calcaneului Scafoidul și primul cuneiform sunt prea puțin apreciable fiind ascunse în îndoitura saū unghiul format pe marginea internă despre care vorbirăm.

Mai constatăm rețracția puternică a tendonului lui Achil, care determină equinismul. De sigur, cu cât bóla este mai veche cu atât de-

formațiunile sunt mai pronunțate. Atunci se mai adaugă : atrofia mușchilor gambei din cauza inactivității ; deformațiuni compensatrice din partea genuchiului (varus sau valgus), și desvoltare de burse seroase în punctele comprimate. Inflamația acestora complică foarte serios infirmitatea. Mai putem încă constata sub-luxația astragalului, etc., etc.

Anatomia patologică constă mai principal în alterația astragalului și calcaneului. În adevăr, astragalul este turtit de sus în jos și foarte atrofiat mai ales în partea sa posterioară, iar prin faptul equinismului devine sub-luxat înainte. Suprafețele sale articulare și în special cea scafoidenă este dislocată înăuntru. Capul astragalului subțiat, atrofiat și respins în afară, ia o direcție foarte oblică cu restul osului formând un unghiul mai mult sau mai puțin pronunțat și deschis înăuntru mergând până la 50—60°. După cercetările lui Parker și Scudder unghiul ce formază capul astragalului cu osul în starea normală variază la noi născuți între 35—38° pe când la adult 10—13°. Deci, în piciorul bont congenital (varus equin) înclinația capului astragalului pe corpul osului se depărtază foarte mult de starea normală ce se găsește la adult, apropiindu-se de aceea al fetului sau noilor născuți.

Se mai observă încă după Nelaton o hipertrofie foarte mare a feței externe a astragalului. Dînsa puindu-se în contact intim cu maleola externă se opune la reducerea equinismului.

Calcaneul este incurbat, apofiza posterioară subțiată și ridicată în sus, fața externă face foarte mare proeminență sub piele, iar cea internă are o concavitate exagerată.

Scafoidul din orizontal tinde a deveni vertical. El se dirije în jos și înapoi, ast-fel că tuberositatea sa se apropie de maleola internă articulându-se une-orî cu dînsa. Cuboidul mai adesea e hipertrofiat, pe când scafoidul atrofiat și ambele câte-o-dată sunt sub-luxate pe primul rînd al tarsului.

Ósele cuneiforme nu presintă alterațiuni însemnate.

În casuri vechi, mai ales la adulți, pe lângă că toate aceste leziuni sunt mult mai pronunțate, ele se însoțesc și de diferite deformațiuni ale óselor gambei. Acestea suferă o mișcare de torsione, așa în cât maleola externă se pune pe un plan mult mai anterior ca cea internă. Rotula numai corespunde cu mijlocul tuberosității anterioare a tibiei ci cade mai mult către marginea sa externă. Peroneul e foarte atrofiat, redus în stare filiformă, iar une-orî dispărut cu totul sau cel puțin avînd maleola externă lipsă. S'a mai observat transformarea fibrósă a unghiilor și chiar degenerescență gresósă. Dar lucrul cel mai grav sunt turburările de nutrițiune în ósele tarsului. Ele devin mai friabile, iar articulațiile lor dau nascere la anchiloză fibrósă și chiar ósoase. Aponevroasa plantară și în

special bandeleta internă ce merge la primul deget e foarte retractată și formeză o córdă rezistentă când încercăm a desdoi piciorul.

Deci, pe de o parte leziunile óselor și articulațiilor, iar pe de alta rețracția tendonului lui Achil, a gambierului anterior și posterior, a flexorilor precum și a aponevrosei plantare, constitue tot atâtea obstacole foarte serioase pentru reducerea diformității. Mai mult, ligamentele articulare și în special ligamentul astragalo-scafoïdien, prin rețracțiunea sa, se opune la îndreptare chiar atunci când s'a secționat pielea și toți mușchii precum a arătat Parker.



Fig. 159. — Duple picióre strímbe. Vacus equin (Prof. Dr. Romniceanu).

Diagnosticul nu presintă absolut nici-o dificultate. Piciorul bont paralic ađesea e dublu în valgus și ușor reductibil.

Pronosticul variază după gradul deformațiunei, după dificultatea mai mult sau mai puțin mare în reducere și starea de vechime. Numai în-

cape în doială că pronosticul e îndoit de grav când diformitatea ocupă ambele picioare. In fig. 159 avem un model pe picior bont dublu.

Tratamentul constă în reducerea diformităţii şi menţinerea sa. Se ajunge aci prin mijloce blânde sau chirurgicale.

Vom interveni cât se poate mai curând după nascere, de ôre-ce Wolff a arătat că în primele luni dezvoltarea piciorului e foarte activă la copii. Decî orî-ce întârziere va mări diformitatea. Prin urmare, de la 15 zile după nascere putem începe tratamentul.

Factorii contra cărora trebuie să luptăm sunt: adducţiunea şi în doitura piciorului carî daş varus, iar în urmă iperextensia articulaţiei ce constituie equinismul.

In casuri uşore, putem prin simple manipulaţii cu mâna să învingem ambii aceşti factori. In casul contrariu ne vom adresa mai întâi contra varusului. Vom imprima piciorului o mişcare de d'înăuntru în afară, şi în urmă vom reduce equinismul imprimând piciorului mişcări de flexiune. După acesta vom aplica un bandagiū inamovibil cu silicat sau gutta-percă. Noi recomandăm gipsul căci se usucă foarte repede.

Descrierea reducerii prin maşini e foarte complicată şi dă rezultate aprópe nule. Cu tóte acestea, dacá etatea individului permite le putem întrebuiņa, însă adormind bolnavul, de ôre-ce reducerea fiind forţată durerile ar fi excesive.

Tratamentul chirurgical coprinde :

I). *Tenotomia*. Stromayer e primul care în 1831—34 a făcut tenotomia tendonului lui Achil, de şi alţii susţin că Delpech în 1816 ar fi făcut această operaţie. Vulgarisarea tenotomieii în Franţa se datoresce lui Duval şi Bouvier în 1835—36. La început tenotomia se făcea prin metoda subcutanată. Azi însă putem recurge la secţiunea antiseptică, noi fiind scutiţi fiind de vechile complicaţiuni ale predecesorilor. Şi cu atât mai mult putem întreprinde această metodă, cu cât adesea pe lângă tendonul lui Achil suntem nevoiţi a secţiona şi tendonul gambierilor precum şi aponevrosa plantară, când din cauza vaselor nu putem lucra fără a vedea ca în metoda subcutanată. Dar orî cum ar fi, imediat după tenotomie trebuie să şi îndreptăm piciorul puindu-l într'un bandagiū inamovibil.

II). Operaţiunile pe schelet sunt mai raşionale. Dar şi aci, nu ablaşiunea sau resecţia parşială a unui singur os poate produce vindecarea, ci o altă intervenţie mult mai complexă. Noi vom menşiona numai extracţia totală a astragalului sau a capului său; extracţia cuboidului, a scafoidului sau a ambelor de o dată; ablaşiunea astragalului şi a malleolei externe; osteotomia tibiei şi a peroneului, etc., etc. Operaţiunile acestea ađi tóte sunt părăsite, de ôre-ce prin ele nu putem corige deviaşiunea piciorului aducându-l în abducţie.

Singura operație rațională și care a dat succese, este tarsectomia și anume excisiunea cuneiformă. Dînsa coprinde două varietăți : anterioară, dacă resecția ocupă primul rînd al tarsului (cuboidul, cuneiformele și scafoidul) și posterioară cînd ocupă al II-lea rînd al tarsului (astragalul și calcaneul).

Operația se face practicînd pe marginea externă a piciorului o secțiune ososă în formă de con cu baza în afară, după ridicarea sa și confecționarea prealabilă a unui lamboi din părțile moi. Acest con va fi mai lung sau mai scurt după gradul deformațiunii și obstacolele ce avem de învins. Ast-fel, une-orî ne mărginim numai la articulația calcaneo-cuboidienă, iar alte dăți o putem prelunghi pînă la capul astragalului și scafoidului.

Rydygier în 1883 propune, ca economie, numai resecția capului astragalului și a marelui apofise a calcaneului.

În scopul de a se evita operațiunile pe oase, cari or ce s'ar dice, presintă gravitățile sale, s'a recurs la operațiunii numai în părțile moi. Acésta constituie operațiunea lui Phelps elevul lui Sayre (1884). Dînsa constă în a face o incisie transversală în nivelul articulației lui Chopart, începînd la un centimetru în afară de tendonul gambierului anterior și mergînd pînă la mijlocul său terțul intern al feței plantare. Tăiem tendonul gambierului anterior și tóte părțile moi pînă la articulația mediotarsienă pe care o deschidem secționînd tóte ligamentele. Descoperind tuberositatea scafoidului, secționăm și tendonul gambierului posterior. Atunci facem reducerea forțată cînd obținem mai multe cracmente. Plaga o lăsăm deschisă și aplicăm un bandagiu apropiat.

Dar orî-care ar fi metoda, nu trebuie să neglijăm tratamentul consecutiv. El constă în masagiū, electricitate și diferite aparate întrebunțate mult timp după operație. Numai ast-fel ne putem opune contra recidivei.

Cele-l'alte forme de picior bont am spus că sunt fôrte rarî, de aceia vom trece repede asupra lor. Ast-fel :

II. Picior bont valgus. Aci diformitatea este cu totul inversă de cea reprezentată în varus. În adevăr, individul calcă pe marginea internă a piciorului; marginea externă privesce în sus, iar talpa în afară.

Acéstă varietate fôrte rar se combină cu equinismul; din contra combinațiunea e mult mai comună cu varietatea de talus. De aci picior valg talus.

Piciorul valg e mult mai grav, căci adesea se însoțesce de absența maleolei externe și chiar de a peroneului. Deformațiunea óseler e fôrte pronunțată; în special fața internă a calcaneului devine inferioară, iar cea externă fôrte mult respinsă în afară se articuléză une-orî cu maleola

corespondență. Astragalul e deviat, iar capul său face o ridicătură pronunțată pe marginea internă a piciorului. Scafoidul la rândul său este răsturnat, iar tuberositatea superioară devine inferioară. De aci rezultă că explorând marginea internă a piciorului, mergând de dinapoï înainte găsim: maleola internă, capul astragalului și tuberositatea scafoidului.



Fig. 160. — Picior strîmb valgus.

Există mai multe grade de picior valg, după unghiul ce-l face articulația medio-tarsienă cu gamba. Cu cât unghiul e mai obtus, cu atât deviațiunea e mai mică și vice-versa, unghiul fiind ascuțit deformația este maximă. In orî-ce cas piciorul valg e mult mai puțin comod pentru ca individul să pótă umbla. In fig. 160 avem un model de această deformitate.

Tratamentul constă în diferite manipulări și aplicarea diferitelor aparate ortopedice apropiate când deformația nu e prea veche. Mai tîrziu putem recurge la tenotomie, atacând în special scurtul peronier lateral și chiar tendonul extensorului comun și peronierului anterior. In casuri și mai dificile, când avem absența moleolei saű a peroneului, vom recurge la operațiuni mai seriose, coprinđend rezecțiuni cuneiforme și mai cu deosebire *artrodese*.

III. Picior talus. Aci individul calcă pe călcăiű, talpa fiind dirijată vertical și înainte. Forma acésta, de obicei e în combinațiune cu piciorul valg. Se admite trei varietăți după unghiul ce-l forméază piciorul cu gamba. Prima varietate este când unghiul este drept, varietatea a doua când unghiul este ascuțit, iar a treia care e cea mai rară și cea

mai gravă este când fața dorsală a piciorului vine în contact cu fața anterioară a gambei lipindu-se de ea.

Când încercăm a reduce diformitatea simțim sub piele niște corde întinse, cari nu sunt de când tendónele extensorului și cari pun obstacol la reducere.

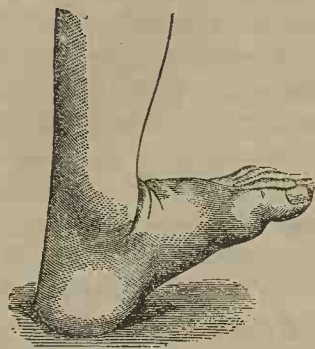


Fig. 161. — Picior talus.



Fig. 162. Picior equin.

Tratamentul constă ca și în celelalte varietăți în manipulări și aparate ortopedice, având de scop a trage talpa piciorului în jos și a o fixa pentru a fi capabilă să atingă solul. Dacă obstacolele sunt mari vom adăoga tenotomia extensorului, precum și a diferitelor alte fâșii fibróse ce vom constata că întreține deformația. Fig. 161 represintă un picior talus.

IV. Picior equin. Acéstă varietate se caracterisă prin aceea că individul calcă pe fața plantară a degetelor având călcăiul fórte mult ridicat în sus. Forma acésta e cea mai compatibilă cu umbletul, mai ales când sprijinirea pe sol se face pe capetele anterióre ale metatarsienilor. Umbletul devine mai dificil când punctul de sprijin se face pe pulpa degetelor. El e aprópe imposibil când deformațiunea fiind mare individul e silit a se sprijini pe vârful degetelor și cu atât mai mult pe fața lor dorsală.

Tratamentul. In casurile ușóre secțiunea tendonului lui Achil adesea e suficientă, după care piciorul va fi aședat într'un bandaj apropiat.

Câte-o-dată însă, suntem siiiți a recurge la secțiunea aponevrosei plantare care formeză un agent foarte puternic ce se opune oricărei corecțiuni. Fig. 162 ne dă un model de această diformitate.

Picior bont accidental.

Arsurile profunde, flegmónele difuze, cicatricile retractile, artropatiile tibio-tarsiene, anchilosele vicióse, fracturile bimaleolare rău consolidate, osteo-mielitele adolescenților, osificarea prematură a cartilagiului de conjugare a unuia din ósele gabei ce are de consecință oprirea sa în dezvoltare, în opoziție cu cel-alt os congener, ce continue a cresce, deformitățile rachitice, relaxarea ligamentelor articulare, miositele, contracturile musculare, paraliisile și starea isterică, etc., etc., pot produce aprópe aceleași deformațiuni, dând naștere unui picior bont accidental, în multe puncte analog cu cel congenital. Dar în afară de antecedente, avem acest fapt capital că, pe când în piciorul bont congenital aprópe exclusiv găsim numai varietatea de varus equin, în cel accidental se întilnesc în mod indiferent toate varietățile și în special varietatea equină ocupă primul loc.

Atragem atențiunea că de multe ori un tratament rău dirijat al fracturilor gabei, póte da naștere unui picior bont accidental. În adever, dacá nu luám precauțiunea ca în momentul când punem membrul într'un bandaj gipsat, piciorul să fie într'un plan perfect vertical pentru a forma cu gamba un unghiú absolut drept, vom constata la ridicarea bandnjului o surprisă foarte displăcută că bolnavul ne oferă atitudinea de equinism.

Contra tuturilor acestor picioróe bónte accidentale nu există o regulă fixă. Primul lucru este a preveni accidentul, luând precauțiuni în consecință. Vom lupta contra cicatricilor vicióse prin aplicarea de grefe, iar în casuri de traumatisme sau tuberculosă, vom asigura punerea piciorului în unghiú drept pe gambă pentru a obține o anchilosă convenabilă. Gásindu-ne în fața unui fapt împlinit ne vom conduce după circumstanțe, car vor fi speciale pentru fie-care cas în parte.

§ II. Tumorile piciorului.

Anevrismele piciorului se împart în două grupe, după cum își au sediul pe fața dorsală sau pe talpă. Cele dorsale sunt constituite de artera pediosă. Nu presintă nimic de particular, afară de casurile când s'aú putut lua drept abcese sau sarcóme. S'a întrebuițat contra lor compresiunea directă și estirpațiunea sacului. Legătura arterei tibiale

anterióre nu e rațională din cauza numeróselor colaterale. Anevrismele plantare se observă fórté rar și nu presintă nici un interes special, deși tratamentul e fórté dificil. Anevrismele arterioso-venóse sunt considerate ca excepțiuni.

Tumorile degetelor piciorului.

Cele benigne, ca lipóme, angióme, chiști și nevróme sunt mai rari. Epiteliomul cu cele trei varietăți: vegetantă, scamósă și tuberósă se observă mai des și nu oferă nimic de particular, în afară de caracterele proprii orî-cărei tumorî maligne.

Dintre tumorile osóse, chondrómele și osteo-sarcómele se observă mai rar. Cea mai principală este tumora numită *exostosa sub-ungueală*, bólă fórté bine descrisă de Dupuytren. Sediul de predilecțiune este degetul cel mare și ocupă aprópe exclusiv falanga ungueală. Dînsa mai adesea e mediană dar póte ocupa și părțile laterale.

Desvoltarea se face in mod insidios; dar cu timpul dînsa ajunge să ridice unghia în sus, punénd-o pe un plan vertical sau chiar resturnând-o pe fața dorsală a degetelui.

Mai târziu, tumora sub forma unei mese rotunde, roșie și sensibilă la presiune, se póte ulcera, acoperindu-se de fungosități ușor sângerânde și provocând dureri fórté mari bolnavului. Acastă bólă, desvoltându-se de preferență pe adolescenți, a fost considerată de unii ca exostosă epifisară, de care însă se deosibesce, prin aceia că dînsa nu ocupă basa falangei unde se află cartilagiul epifisar, ci extremitatea liberă. Cât privesce natura intimă a acestei tumorî, lucrul încă nu e cu totul lămurit, căci dacă une-orî dînsa e formată din țesut osos, alte dăți există elemente cartilaginóse și chiar fibróse, plus infiltrațiune de elemente embrionare. De aceia Cornil și Ranvier o consideră ca un sarcom osifiant analog cu epulisul.

Diagnosticul e ușor, mai ales când tumora devine evidentă înafară. In perióda inițială, dacă întroducem un stilet sub unghie, vom constata că dînsul se opresce de o tumoră tare, care nu este de cât exostosa.

Tratamentul nu e de cât extirparea, cu sacrificarea unghiei sau chiar a întregi falange.

In ceia-ce privesce unghia încarnată precum și tumorile banale cunoscuté sub numele de bătături, sunt descrise în vol. II. 1)

1) Vol. II, pag. 212—219.

Tumorile piciorului propriu zise.

Angiomele și tumorile cirsoide sunt tumori mai rari și nu prezintă nimic de particular. Chiștii de origine sinovială sau tendinosă se observă uneori pe fața dorsală și externă a piciorului, în dreptul articulației calcaneo-cuboidiene. Nevromele se întâlnesc uneori pe picioare, dar mai ales pe fața plantară. Lipomele sunt iarăși rari și nu prezintă nimic de particular.

Papilomele și epitelioamele se observă mai des în urma diferitelor traumatisme și plăgi. Când ocupă fața plantară se însoțesc de nise durere foarte vii, iradiindu-se la distanță.

Sarcomele cutanate sunt mult mai frecvente ca epitelioamele; ele au tendința la forma melanică și apar uneori sub formă de nodosități, de mărimea unui bob de mazăre sau nucă, colorată în roșu violaceu, constituind ceia-ce Ebra numește sarcom pigmentat cutanat, sau melanosarcom. Alteori sarcomul ia naștere chiar în țeca tendinelor, în special în lungii peronieri laterali, ceia-ce face diagnosticul foarte dificil cu tumorile fungoase ale tecelor sau ale articulațiilor, cu care mai tot-d'una se confundă. Se deosebesc de sinovitele fungoase prin aceea că acestea au tendința la supurație, iar cele sarcomatoase nu, plus că mersul este mult mai repede.

Condromele, osteomele și exostosele piciorului sunt foarte rari, dar se pot observa în special pe primul metatarsien, precum și pe maleole. Trellat a arătat un osteom, ocupând țeca gambierului anterior. Osteosarcomele isbesc de preferință fața dorsală, ocupând primul rând al tarsului. Se dezvoltă de preferință pe copii și adesea se ia drept tumori albe.

CHESTIONAR.

Deformațiunile membrilor. Istoric. Cause. Diformități embriolare și fetale. Caractere. Diviziune Ectromelienă și simelienă. Ectrodactilie, focomelie, emimelie. Caractere	Pag. 395-40
Diformitățile degetelor piciorului. Clinodactilie; Hallux valgus. Deget în ciocan sau gât de lebădă. Caractere, semne, complicații . .	» 401-403
Picior bont nașu strâmb. Diviziune. Patogenic. Picior varus, valgus, talus, equinus. Anatomia patologică. Simptome. Diferite asociațiuni. Tratament. Picioare bonte accidentale. Cause.	» 403-412
Tumorile degetelor piciorului. Tumori benigne și maligne. Diagnosticul. Anevrismele, caractere, tratament	» 412-414

CAP. III.

Fracturile piciorului.

§ I. Fracturile degetelor.

Acestea nu prezintă nimic de particular. Ele se observă rar și mai tot-d'a-una sunt de cauză directă, provenită în urma căderei, aplicare de corpuri grei sau trecerea unei roți de trăsură. Se mai pot încă observa fracturi indirecte precum ar fi o cădere dintr'un loc înalt pe vârful degetelor. Ast-fel Poulet a observat trei cazuri de fracturi indirecte produse prin lovitura vârfului piciorului de o sobă. Gascoyen a vădit un caz de deslipirea primei falange a marelui deget, pentru care a trebuit să facă tenotomia tendonului lungului extensor propriu. În fine, Kroenlein a citat cazuri de fracturi longitudinale. (Le Dentu).

Fracturile directe sunt mai grave în general, fiind cominutive și complicate de zdrobiri și deschideri articulare. Dacă fractura nu e complicată de plăgi, tratamentul constă în reducere și aplicare de mici atele plantare, cele-l'alte degete făcând în mod natural serviciul de atele laterale. Vom evita punerea de atele dorsale, din cauza subțimei tegumentelor; sau atunci trebuie a lua toate precauțiunile ca compresivitatea să nu fie mare, căci alt-fel putem determina sfacelarea părților.

Asupra diagnosticului nu insistăm, căci nu oferă nici o dificultate și nici nu prezintă ceva de particular.

Dacă fractura e complicată, vom uza în modul cel mai larg de mijloacele antiseptice și vom lupta cu energie de a nu recurge la amputația degetului. Chiar în circumstanțe desesperate vom căuta prin suturi de tendon, de tegumente și alte adjuvante să reducem în starea lor normală părțile, asigurând coaptarea. Amputația primitivă a degetului nu se va face de cât în cazuri imposibile de conservare. E de preferat ca această amputație să se execute în mod secundar, sau tardiv. Principiile acestor metode sunt pe larg descrise în primul meu volum la capitolul «Traumatisme».

Dar chiar și intervenția tardivă încă trebuie rezervată și anume

atunci când consolidarea nu s'a putut obține, sau când se produce o jenă în funcțiunea membrului, împedcând bolnavul d'a umbla.

§ II. Fractura metatarsienilor.

Nu se observă de cât în casurî de violențe directe, puternice. Ast-fel fiind, dînsa se însoțesce de sdrobirî întinse, ce coprinde aprópe tot piciorul. Mai cu deosebire I-ul și al V-lea metatarsien se fracturéză mai des ca cele-l'alte, din cauza situațiunei lor.

După Malgaigne însă, metatarsienii IV și V ar fi mai des fracturați din cauza subțiimeî lor.

Fracturile indirecte sunt mult mai rarî, căci se cere o cădere de la un loc înalt pe capetele metatarsienilor. In ce privesce fracturile prin contracțiunii musculare, sunt cu totul excepționale. Cu tóte acestea Bérard a arătat o fractură indirectă a celui de al V-lea metatarsien, care s'a rupt aprópe de baza sa intr'o cădere pe picior, iar Laugier aceiaș fractură prin smulgerea unei contracțiunii violente a scurtuluî peronier lateral. Linia de fractură prin causă directă e de obicei transversală și se produce în punctul aplicărei traumatismuluî. Cele indirecte aú linia la partea mijlocie a osuluî, la unirea terțuluî anterior cu cel posterior, sau luând forma oblică simplă or dințată.

Diagnosticul acestor fracturî, carî după cum am vėđut pot fi transversale, oblice, eschilóse, sau chiar cominutive, e greú de stabilit din cauza enormeî umflăturî, formată de epanșamentul sanguin ce însoțesce fractura.

Grație țesutuluî celular lax ce se află pe fața dorsală a picioruluî, aceste epanșamente se colectéză, formând adevėrate tumori d'asupra focaruluî. Ele împedică perceperea semnelor patognomonice a fractureî și în special a crepitației.

În primele ęile decî, vom căuta a nu fi cu totul afirmativî. Cu tóte acestea se póte întimpla ca fragmentele fractureî să sufere deplasări, formând ridicăturî pe fața dorsală a picioruluî. Atunci, dacă acéstă ridicătură se află către mijlocul diafiseî, diagnosticarea fractureî e ușoră. Fiind însă la basa epifiseî, s'ar putea lua drept o luxație metatarso falangienă. In or-ce cas, individul ce ar avea o fractură a unui metatarsien se va găsi în imposibilitate de a umbla, sau cel mult dînsul va merge sprijinindu-se pe călcăi.

In lipsa deplasărei fragmentelor, ne rămâne ca semn prețios durerea, care în fractură tot-d'a-una va fi fixă și apreciabilă în mod constant în acelaș punct. Dar pentru constatarea acestuî semn nu trebuie să recurgem la palpație, spre a nu o confunda cu durerea oferită de

contusiune. Vom imprima deci diferite mișcări metatarsului presupus fracturat, apucându-l de cele două extremități, sau imprimând mișcări de torsiune, or de apăsare bruscă de dinainte înapoi, împingând cu putere degetul. Și dacă în aceste diferite manipulațiuni durerea se va desvolta tot-d'a-una în acelaș loc, putem presupune dacă nu să afirmăm, probabilitatea unei fracturi.

Pentru I-ul și al V-lea metatarsien explorările sunt mai ușore.

Iarăși un semn de mare importanță pentru fracturile metatarsienilor, în special pentru al V-lea metatarsien și asupra căruia Thiery a insistat, este echimosa. Intr'o contusiune forte a piciorului, echimosa apare imediat după accident; intr'o fractură, această echimosă e mai tardivă și nici o dată înainte de 48 ore. Dinsa se întinde ocupând spațiul interdigital al degetului al căru metatarsien este rupt, și odată apărută, dispare mult mai târziu de cât cea provocată de o contusiune. Mai mult, pentru al V-lea metatarsien se produce o echimosă plantară sub forma unei fășii oblice, paralelă cu tendonul lungului peronier lateral.

În teză generală, aceste fracturi nu sunt grave de cât dacă se însoțesc de luxațiuni, sdrobiri și plăgi comunicante. Dar chiar în afară de aceste complicațiuni, câte o dată ele devin seriose dacă se prezintă cu deplasări ale fragmentelor ce nu se pot corije. Atunci dacă nu luăm precauțiuni de reducere, ele pot constitui o jenă serioasă în mers și cu timpul să perforeze tegumentele și să ne siléscă a recurge la resecțiunea fie primitivă ori secundară.

§ III. Fracturile tarsului.

Dintre tóte ósele tarsului, carî la rigóre fie-care póte fi fracturat, nu s'a dat o descriere mai specială de cât a astragalului și calcaneului.

Fracturile scafoidului, cuneiformelor și cuboidului sunt excepționale, afară numai de aplicarea unei forțe prea mari. În acest cas însă, ele se însoțesc de sdrobiri întinse, ce adesea compromit piciorul, fiind siliți une-orî a recurge la amputație.

Intr'un cas de fractură a óselor tarsului complicată de luxațiunea scafoidului transportat în nivelul micei apofise e calcaneului, Chaput a practicat operațiunea lui Miculicz. Resultatul funcțional a fost perfect. (Le Dentu).

Fractura astragalului. Fórté rară, nu se observă de cât în urma unor căderi de la o înălțime mare. Fenomenul acesta e greu de explicat, de óre-ce în condițiuni normale, individul cădënd direct pe picóre ar trebui ca osul calcaneu să se fractureze iar nu astragalul.

Ballenghien susține că într'o cădere pe un pavagiū cu piatră, violența, în adevăr e suferită de calcaneū ; într'o cădere însă pe un loc șes, adică pe o sosea, astragalul va fi care se va rupe. In or ce cas se presupune o predispoziție dacă nu individuală cel puțin anatomică. Ast-fel persóne cu picior lat său cu rarefacția specială a astragalului, sunt singurele circumstanțe cari favoriză o asemenea fractură.

Dar în afară de această predispoziție, astragalul încă se póte rupe în mod indirect, individul cădënd pe talpa piciorului sprrijinindu-se pe călcăi. In acest cas gâtul astragalului se rupe lovindu-se cu violență de morteza tibio-peronieră.

Se măi observă încă această fractură în casuri de torsiuni forțate ale piciorului fie în năuntru său în afară. Dar pentru acesta se cere o anume predispoziție și în special o rarefacție a osului.

Se descrie o fractură verticală antero-posterióră a astragalului. Dacă fractura e complectă, ocupând adică întréga grosime a osului îl împarte în doué părți laterale. Alte dăți fractura este transversală și ocupă exclusiv gâtul astragalului separându-l de restul osului. Excepțional de rar fractura póte să ocupe apofisa posterióră a astragalului. In acest cas dinsa pórtă numele de *fractura lui Shepherd*.

In fracturile astragalului, primul lucru ce observăm este o defor-mațiune a gâtului piciorului. Acesta resultă din faptul scoborărei maleolelor, cari pot une-orī să atingă chiar solul dacă sdrobirea osului e mare. Pe lângă acesta vom constata o largă echimosă ocupând fața dorsală și regiunea maleolelor. In fine, durere și imposibilitatea individului de a putea umbla.

Diagnosticul nu e ușor. Vom explora însă bine pentru a vedea dacă concomitent există fractura maleolelor sau o luxație a osului fracturat. Pentru acesta vom aplica diferite mișcări piciorului, puindu-l în abducție, adducție, extensie, etc., căutând să percepem, prin mâna aplicată pe osul fracturat, crepitația. Acesta câte o dată e obscură, iar alte dăți fórte manifestă dacă fractura e complectă și formată de măi multe fragmente.

Tratamentul se va mărgini în reducerea fragmentelor și aședarea piciorului în pozițiunea normală, aplicënd un bandaj inamovibil.

Dacă reducerea e greū de obținut și măi ales când fragmentul amenință a perfora tegumentele, atunci putem recurge după cum a făcut Sick într'un cas. El a deschis focarul, a redus și a fixat prin câte-va puncte de sutură fragmentul deplasat.

Se póte însă întempla ca să fim siliți a recurge la extracțiunea astragalului în casuri complicate, și măi ales când după încercări de conservare n'am putut să redăm funcțiunea membrului, sau când trau-

matismul fiind prea violent s'a produs o artrită supurată în articulațiunea tibio-tarsienă.

§ IV. Fractura calcaneului.

Osul acesta de și spongios și une-ori așa de fragil la bătrâni în cât chiar cu degetele cója sa compactă se póte rupe, este însă fórte rar atins de fractură ; și cu tóte acestea căderile pe picior sunt fórte frecvente.

În adevér, în momentul căderei individului pe picióre, mult maí adesea observám fracturí ale óselor gambeí, ale femurului și chiar a basei craniului de cât ale cãlcãiuului. Și lucrul este așa de adevérat, că de multe ori chirurģi cu o practicã întinsã nu aú avut ocașie sã întilnescã de cât 2—3 casurí de fracturí ale calcaneului.

Intr'o statisticã amãnunțitã fãcutã de Polaillon, din 1529 fracturí observate în spitalele din Paris nu s'a gãsit de cât 2 casurí de fracturí ale calcaneului.

Un alt autor Pinner pe un total de 10,800 fracturí n'a gãsit de cât 11 fracturí ale calcaneului.

Se admite douë felurí de fracturí ale acestuí os : una prin smulgere numitã *fractura lui Boyer* și alta prin scrobire numitã *fractura lui Malgaigne*.

Fractura prin smulgere se datoresce unei contracțiunii violente a tendonulni lui Achil. Un individ cãdënd de la o înãlțime și avënd piciorul în iperextensiune, mușchiul triceps intrã într'o contracție violentã și spasmodicã. Atuncí dacã tendonul lui Achil nu cedezã, el smulge porțiunea osului unde se inserã și fractura este efectuatã. Casul acesta este fórte rar, așa cã Tillaux spune cã n'a vëzut nicí-un exemplu.

Partea importantã în acéstã fracturã o formezã depãrtãrile fragmentelor. Rolul principal îl jócã tricepsul, care prin contracțiunea sa trage fragmentul ce rãmãne lipit de tendonul lui Achil ridicându-l în sus pãnã la o distanțã de 3—4—5 c. m. Une-ori ascensiunea fragmentului e colosalã, putëndu-se ridica pãnã la 12 c. m.

Depãrtarea fragmentului se exagerézã dacã cóspsa și gamba fiind în extensie forțatã, vom adãoga flexiunea piciorului pe gamba. Atitudinea fiind inversã, adicã gamba flexatã pe cóspsã iar piciorul în extensie pe gambã, depãrtarea se va micșora prin faptul relaxãrei mușchiului triceps,

Dar nu e numai tricepsul care determinã acéstã depãrtare. Hamilton a arãtat cã dacã linia de fracturã se aflã înapoiul ligamentelor laterale peroneo și tibio-calcaneene, depãrtarea devine colosalã ; din contrã când linia de fracturã se aflã înainte, sub-astragal, deplasarea e fórte micã

saŭ chiar lipsesce, din cauza că fragmentul e ținut în loc de ligamentul interosos, ligamentele laterali, aponevresa și ligamentul plantar.

Simptomele. Une-orî bolnavul simte în momentul accidentului o trosnitură ce anunță fractura. Imediat cade saŭ rămâne fix, ne mai pu-tând face nici-un pas. Dar această impotență funcțională une-orî e relativă. Ba ce e mai mult, unii indiviđi pot să umble de și cu ôre-care jenă. Semnul principal constă într'o echimosă foarte largă înapoia călcâiului și în părțile sale laterale. Dar ceia-ce ne asigură existența fracturei, este golul ce-l simțim când aplicăm degetul pe călcâiu în dreptul inserțiunei tendonului lui Achil. Acest gol în formă de șanț, se mărește în timpul extensiunei gabei și flexiunei piciorului, și vice-versa, se micșorează când punem gamba în flexiune, iar piciorul în extensie. Cu această oca-siune și dacă epanșamentul sanguin nu este mare, putem percepe și crepitarea, care va fi semnul decisiv al fracturei.

Tratamentul e foarte dificil, căci adesea nu se pôte menține redu-cerea. Principiul constă în a relaxa tricepsul prin flexiunea gabei pe còpsă și să împedicăm contracțiunea acestui mușchiu prin aparate inamovibile și orî-ce alte mijlòce, asigurând în acelaș timp coaptarea fragmentelor.

Fractura calcaneului prin sdrobire. A fost studiată în detaliu de Malgaigne, pentru care și pòrtă numele său.

Acastă fractură pôte să se producă în urma unei violențe directe, aplicată pe una din fețele sale laterale, precum ar fi o lovitură de cio-mag, de piatră, trecerea unei trăsuri, etc. Plăgile prin armă de foc încă dau nascere la aceste fracturi. Dar dintre tòte, aceia care a atras mai mult atențiunea, este fără îndoială când fractura se produce în momentul căderii individului pe călcâiu.

Intr'o cădere dintr'un loc înalt, tótă greutatea corpului transmi-țându-se direct pe călcâiu, acesta fiind prins între putere și rezistență, se rupe. Trebuie însă să scim că această fractură a calcaneului nu se produce primitiv, ci tot-d'a-una în mod secundar. Acesta confirmă încă o dată cele ție mai sus, că acest os e atât de scutit, în cât în mo-mentul unei căderi pe dînsul, mai lesne cedeză alte ôse de cât el.

Ađi mai tođi admit următorul mecanism invocat de Legouest: în momentul căderii pe călcâiu de la un loc înalt, tótă greutatea cor-pului se transmite mai întâi astragalului, care apăsând cu violență pe călcâiu, pôte să rupă d'a dreptul mica apofisă internă a calcaneului. Dacă însă ligamentul calcaneo-scafoïdien inferior se rupe, atunci astragalul sub-luxandu-se, merge înainte și înăuntru; dar în acelaș timp porțiunea sa posterióră, care e grósă și triunghiulară, înaintând și ea și apăsând cu violență pe fața anterióră a calcaneului, o sdrobesc prin

plesnire. In acest cas linia de fractură împarte călcâiul în două fragmente superpuse, dar în general neegale.

Malgaigne a observat un cas unde și fragmentul superior era el însuși divizat în alte două porțiuni printr'o linie de fractură antero-posterióră. Alți autori, între cari și Berenger, susțin că în afară de greutatea corpului trebuie să intervie și o contracțiune musculară. După dînsul, bolta calcaneo-astragalienă represintă un arc, a căruia córdă e formată de aponevrosă și mai toți mușchii plantari. Acest arc tinde să se ștergă în momentul căderii individului, și dacă mușchii se opun, osul care e mai puțin solid se rupe.

Semnul cel mai principal pe lângă durerea și impotența funcțională este o largă echimosă și o lărgime a diametrului transversal a gâtului piciorului în comparație cu cel sănătos. Când fractura e complectă și a fortiori cu trei sau mai multe fragmente, diagnosticul se stabilește imediat, crepitația putendu-se obține cu cea mai mare ușurință. In cazul contrar se pôte confunda cu o entorsă astragalo-calcaneenă, despre care vom vorbi mai târziu.

Punctul cel mai important în această fractură și asupra căreia cu drept cuvînt a insistat Tillaux, este conservarea sau distrugerea șghiabului calcaneen, ce se află la partea internă a acestui os. Acest șghiab care e destul de profund, conține artera și nervul tibial posterior. Mica apofiză a calcaneului formeză marginea superióră, iar tuberositatea internă a calcaneului marginea inferióră. Dacă dar una din aceste ridicături osóse se va fractura și va străbate în acest șghiab, în afară de compresiunea arterei dînsa va determina o apăsare, contusiune și chiar ruperea nervului tibial posterior sau a unora din rămurile plantare, despre ale căror consecințe e de prisos a insista.

În adevăr, dacă nu ar fi de cât durerile atroce a căror victimă este bolnavul prin prezența eschilei ce apasă pe nerv, încă e destul pentru a prevedea prognosticul serios al acestei fracturii.

Tillaux într'un asemenea cas a fost nevoit a face amputația membrului, de și după cum el însuși declară ađi, e mai prudent a deschide focarul și a proceda la liberarea nervului sau extracția agentului comprimant.

In cele-lalte casuri ordinare vom căuta a reduce fractura și a o menține prin diferite aparate și în special cele gipsate.

Pentru a fi complecți ar trebui să descriem fractura maleolelor care aparține gâtului piciorului. Dar acestea le vom studia de o dată cu fracturile gambei, spre a nu fi nevoiți a repeta multe lucruri ce sunt comune cu aceste fracturi.

CAP. IV.

Luxațiunile piciorului.

§ I. Luxațiunea falangelor între ele.

Aceste luxațiuni se observă foarte rar și numai în casuri de o hiperextensiune ce se obține în momentul căderii individului pe vârful degetelor. În acest moment extremitatea posterioară alunecă în jos așezându-se sub extremitatea anterioară a falangei următoare și obținem ast-fel luxațiunea înainte. În cazul când faianga se așează d'asupra celei-l'alte avem luxațiunea înapoi.

Deformațiunile sunt caracteristice și inutil de descris fiind identice cu ale mânei. Printr'un examen minuțios vom recunoște deplasarea capetelor celor două falange și varietatea la care aparține.

Luxațiunile propriu zise ale degetelor piciorului sunt iarăși foarte rare.

Luxațiunea degetului mare e mai frecventă și recunoște absolut același mecanism, ca și acela arătat la luxația policelui.

Luxațiunea tarso-metatarsienă este cu totul rară. În orî-că caz imposibil este de obținut luxația celui de al III-lea metatarsien.

Într'o cădere directă pe bolta plantară, împingându-se cu putere capetele metatarsiene, e posibil ca unul sau mai multe din ele să rupă ligamentele inferioare și ast-fel capetele lor să trecă d'asupra óselor corespondente ale tarsului și să obținem luxațiunea în sus și înapoi.

Luxațiunile în jos sunt excepționale, căci aplicarea unui corp vulnerant ar produce mai ușor fractura de cât dislocarea óselor.

Aceste luxațiuni se recunosc prin ridicăturile anormale ce constatăm în nivelul interliniei articulare tarso-metatarsienă ce constituie operațiunea lui Lisfranc.

Explorând deci cu atențiune situațiunea fie-cărei articulațiuni, ca în momentul când ar trebui să practicăm această operațiune a lui Lisfranc, ne vom putea da séma de osul luxat, precum și de varietatea

acestei luxații, după cum capul metatarsien va fi simțit pe fața dorsală sau plantară a piciorului.

Reducerea adesea sunt foarte dificile, putând compromite membrul afectat. Pentru a înlesni lucrul, vom adormi profund bolnavul și vom căuta prin tracțiuni raționale și propulsiuni pe capul luxat să obținem reducerea.

Luxațiunea cuneiformelor se observă așa de rar, în cât nici nu există descrieri clasice. Pentru primul cuneiform se susține că o contracțiune spasmodică a gambierului anterior poate să-l separe de primul metatarsien și chiar de al II-lea cuneiform, așezându-l pe fața dorsală a piciorului. Alți autori din contră cred că acest os nu se poate luxa, tocmai din cauza rezistenței acestui mușchiu, precum și a lungului peronier lateral ce trece pe dedesubtul său. Decă chiar de am presupune ruperea ligamentelor, mușchii nu permit dislocarea osului, adică luxațiunea sa.

Luxațiunea medio-tarsienă, adică luxațiunea simultanată a astragalului și a calcaneului pe al II-lea rând al tarsului e aproape necunoscută. În adevăr, pentru acesta trebuie rupt ligamentul în **y**, care formeză cheia articulațiunei lui Chaupart, precum și ruperea ligamentului calcaneo-scafoïdien interior, ce oferă o putere colosală.

În fine, se poate întâlni o luxațiune izolată a osului scafoïd. Când presintă numai o depărtare pe suprafața sa articulară cu a astragalului, se numește luxația incompletă scafoïdienă, iar dacă aceste raporturi sunt păstrate și părăsirea suprafețelor articulare se face numai între articulația acestui os cu cuneiformele, luxația se numește scafo-cuneenă.

Există câte-va cazuri de enucleațiune completă a scafoïdului în care osul părăsind oricare raport cu astragalul și cuneiformele devine cu totul liber, formând o ridicătură foarte mare pe fața dorsală a piciorului, aducând și o deformațiune consecutivă.

Luxațiunea calcâinului este excesiv de rară și negată de cei mai mulți autori. Singura varietate posibilă ar fi o luxație a acestui os în afară de astragal și cuboid, fără ca aceste două oase să-și piardă raporturile normale cu gamba și piciorul. E posibil ca o lovitură directă aplicată cu multă forță pe fața internă a calcaneului, să potă fi capabilă a respinge acest os în afară, făcându-l să părăsescă contactul cu fața inferióră a astragalului și cea posterióră a cuboidului. În acest caz vom constata pe lângă o largă echimosă și o lărgime mare a diametrului transvers a gâtului piciorului, o ridicătură ososă foarte pronunțată, care nu este de cât marea tuberositate a calcaneului. Adesea această luxație e însoțită de distrugeră mai mult sau mai puțin mară din partea oșelor

vecine, reprezentate prin fracturi, rupturi de ligamente, sdrobirea părților moi, etc., etc.

Dintre toate luxațiunile óseler piciorului, aceia a astragalului e cea mai importantă și asupra căreia s'a făcut studii mai amănunțite. Ne vom opri și noi puțin asupra ei, dând o scurtă descriere a diferitelor cercetări a autorilor.

§ II. Luxația astragalului.

Este de toți admisă diviziunea în această luxațiune făcută de Quenu și din care extragem următoarele:

I). Dacă astragalul își păstrează conexiunile sale cu articulațiunea gambei și nu se deplasează de cât pe scafoid și calcaneu, luxația se numesce sub-astragalienă.

II). Dacă din contra, toate ligamentele și capsula acestui os sunt rupte, ast-fel în cât astragalul își pierde orî-ce raport atât cu ósele gambei cât și cu acelea ale tarsului, această varietate pórta numele de luxațiune propriu ȕisă a astragalului, de luxațiune dublă, de luxațiune totală.

Luxațiunea sub-astragalienă. Aci avem următoarele trei varietăți. după pozițiunea și raporturile ce le ia capul astragalului cu scafoidul său suprafața articulară a tibiei. Când capul astragalului iese din cavitatea sa articulară și se aședă direct d'asupra scafoidului, *luxațiunea* se numesce *dorsală*. Aci se admite următoarele sub-varietăți: dacă capul astragalului este aședat numai pe fața dorsală a scafoidului, *luxațiunea* se numesce *dorsală directă înainte*. Acesta e cazul cel mai rar; există însă un singur exemplu dat de Carmichael de care el însuși a fost atins.

A doua sub-varietate este când capul astragalului atinge fața dorsală a cuboidului. Atunci ia numele de *luxațiune dorsală înainte și în afară*.

Iar când capul astragalului se aședă pe fața externă a calcaneului luxațiunea se numesce *dorsală directă în afară*.

Simptomele acestor luxațiuni constau într'o deforfațiune fórte mare a piciorului însoțită de abolițiunea mișcărilor.

Prin explorațiune vom constata pe fața dorsală o ridicătură neobicinuită formată de capul astragalului, pe care-l vom găsi în diferite puncte după felul varietăței la care aparține. Locul ocupat de acest os va fi înlocuit cu o depresiune unde vom putea introduce degetul. Pe lângă acesta, vom constata una sau mai multe corde întinse reprezentate prin tensiunea tendónelor gambier anterior, extensori, etc. Acesta formeză primul grup de luxațiune a astragalului numită dorsală.

Luxațiunea marginală a astragalului este când capul astragalului odată luxat, se aședă pe marginea internă a piciorului înăuntru scafoidului. Aci se admite două sub-varietăți cărora noi le dăm numele de complectă și incomplectă.

Se numesce luxațiune marginală incomplectă a astragalului, atunci când capul său deși proeminent pe marginea internă a piciorului, însă nu a părăsit cu totul articulațiunea scafoidului, așa că tendonul gambierului anterior încă se găsește pe fața lui superioară.

Luxațiunea marginală complectă a astragalului este atunci când capul său a părăsit cu totul suprafața articulară a scafoidului, a cărui margine externă se aședă pe fața internă a scafoidului. În acest cas suprafața cartilaginasă a capului astragalien e în întregime sa situată înăuntru și în jos, având un singur punct de contact cu fața internă a scafoidului.

Semnul patognomic al acestei luxațiuni este prezența unei ridicături osose foarte pronunțată prin capul astragalului și aședată în partea internă a piciorului.

Tendonul gambierului va fi întins sau relaxat după cum vom avea o luxație complectă sau incomplectă; în partea externă a tendonului vom avea o depresiune foarte pronunțată care va fi golul lăsat de corpul astragalului luxat.

Vom constata încă diferite deviațiuni ale piciorului, constând mai ales în abducție și rotație.

A treia varietate numită luxațiune înapoi a astragalului constă în aceia că acest os, odată ligamentele rupte, el se dirige înapoi împreună cu oșele gambei, cari retrocedază până se pune în contact cu tendonul lui Achil, ce i oferă un obstacol de a merge mai departe. Deformațiunile în acest cas sunt foarte mari. Ele constau în prezența unei ridicături osose, reprezentată prin capul astragalului, iar înainte o largă depresiune; înapoi călcâiul este aprópe șters, iar maleolele le simțim în contact cu tendonul lui Achil. Tóte aceste luxațiuni ale astragalului sunt destul de seriose și chiar grave, căci adesea suntem nevoiți a recurge la operațiuni sângerânde pentru reducerea lor, constând în secțiuni de tendóne, sau chiar extirparea osului.

Luxațiunea dublă sau totală a astragalului. Acesta constă în aceia, că osul pierdându-și or-ce conexiune, atât cu oșele gambei cât și cu ale tarsului, devine cu totul liber, așa în cât el póte fi aruncat afară în totalitatea lui. Teoph. Anger a dat numele acestui fenomen de enucleațiunea astragalului.

O dată liber de or-ice conexiune, acest os póte fi proiectat înaintea pe fața dorsală a piciorului, unde va forma o tumoră foarte mare, mobilă sub tegu-

mente, putând recunoște prin forma sa toate caracterele lui. Acastă luxațiune pôte fi direct înainte, înainte și în afară, saă direct în afară, după cum va fi în contact cu scafoidul, cuboidul ori calcaneul. Alte dăți astragalul în totalitatea lui pôte fi proiectat înapoia óselor gambei. In acest cas lucrul se caracterisă printr'o ridicătură enormă pe fața superióră a călcâiului și înaintea tendonului lui Achil, iar în partea antérióră a piciorului o depresiune fórte mare.



Fig. 163. — Luxația astragalului înainte și în afară (Museul Val de Grâce).

Une-orî însă astragalul, de și liber și lipsit de orî-ce conexiuni, totuși nu părăsesce cavitatea sa articulară, însă își schimbă pozițiunea. Dînșă constă fie într'o înclinațiune a corpului său, care se restórnă în năuntru său în afară, fie într'o mișcare de rotațiune împrejurul axei sale în diferite sensuri, ast-fel în cât pôte să devie cu totul vertical, capul privind în sus, iar gâtul răsturnat să se așede călare pe calcaneu.

E. de prisos a arăta gravitatea acestei luxațiunii duble a astragalului. Contra sea mai tot-d'a-una alt remediū nu este de cât extracțiunea osului, mai ales când există concomitent o fractură a gâtului astraglien, care face imposibilă orî-ce încercare de reducere. In fig. 163 uată din Poulet și Bousquet avem un model de luxația astragalului.

In casurile simple însă putem încerca reducerea. Pentru luxațiunile sub-astragliene în special cele directe înainte, Quenu recomandă să nu întrebuițăm vechiul procedeu care constă în extentiunea piciorului și respingerea directă a ridicăturii óse cu policele, căci prin acastă manoperă determinăm rigiditatea ligamentului anular anterior, care se interpune ca o perdea între osul luxat și cavitatea sa de recepțiune. Iată

metóda lui Quenu: Vom exagera pe cât posibil flexiunea piciorului pe gambă și adducțiunea sa, ceia-ce chirurgul va obține ușor, aplicând talpa piciorului bolnav pe pieptul său, în timp ce un ajutor menține gamba apucată cu ambele mâini. Apăsând atunci cu putere pe capul astragalului, împingându-l de d'înainte înapoi cu policele său cu gâtul mâinei, aducem progresiv piciorul în atitudinea normală și luxația se reduce.

Luxațiile piciorului propriu și ale saș tibio-tarsiene.

Există o mică divergență de opinie în această chestiune. Cine se luxază? Gamba pe picior, sau piciorul pe gambă? Și una și alta. În adevăr, dacă în momentul accidentului piciorul rămâne fix, atunci gamba va aluneca pe picior și se va luxa, fie înainte, înapoi sau în latură, după circumstanțe și modul aplicării traumatismului. În cazul învers, atunci piciorul se va luxa pe gambă, dând naștere la aceleași varietăți de luxații, după împrejurări. Înțelegerea însă e făcută, ca tot-d'a-una să se considere piciorul luxat pe gambă, pentru a evita or-ce confușiune. În adevăr, nefiind fixați asupra lucrului, am putea lua o luxație înainte a gambei drept luxație înapoi a piciorului și viceversa.

Rămâne deci stabilit că nomenclatura acestor luxații se stabilește după poziția ce ocupă piciorul în raport cu ósele gambei.

Există patru mari grupuri de luxații ale piciorului: *înainte*, *înapoi*, *înăuntru* și *înafară*.

Luxațiunea piciorului înainte.

Excésiv de rară. Se cere ca individul să cadă pe picior, care să se găsească în flexiune, iar corpul să fie puțin înclinat înainte. În acest caz greutatea corpului transmițându-se pe tibie, dînsa ar putea să aluneca înapoi, înaintînd către călcăi, iar piciorul să se proiecteze înainte.

Ast-fel ar fi cazul când un individ din nebagare de sémă ar călca în sec, sau ar intra cu piciorul într'o gaură. Corpul în virtutea inerției mergînd înainte, își va transmite tótă greutatea pe tibia, care va aluneca înapoi. Tot acelaș rezultat am obține, dacă am presupune aplicarea unei violențe puternice pe călcăi, capabilă de a rupe ligamentele și a împinge piciorul înainte. Se admite o luxație incompletă după raporturile scripătului astragalien cu marginea anterioră a platoului tibial. Ast-fel când mijlocul scripătului astragalului se aședă sub marginea anterioră a platoului tibial, luxația piciorului înainte este incompletă, iar când partea posterioră a acestui scripăt se pune în contact cu marginea anterioră a platoului tibial, luxația e completă. În acest cas deformația

picio­rului e foarte mare, așa că tendonul lui Achil devine vertical cu axa posterioară a gambei. Condi­țiunile însă fiind foarte greu de îndeplinit pentru obținerea acestor luxații, de aceea ele sunt așa de rare, în cât se consideră ca o adevărată curiositate patologică.

Se poate întâmpla ca ligamentele articulației tibio-peroniere inferioare să se rupă. Atunci se produce o diastază, în urma căreia cele două oase tibia și peroneul depărtându-se foarte mult, permite interpunerea astragalului între ele. Acesta formeză după unii *luxațiunea piciorului în sus*.

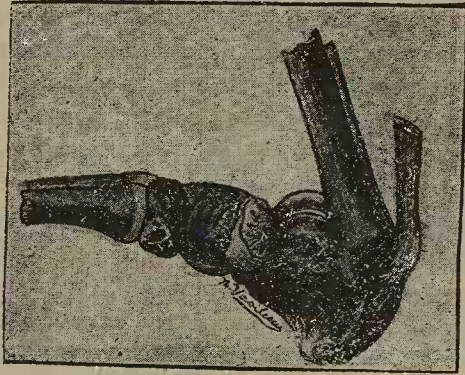


Fig. 164. — Luxația piciorului înainte (personală).

Tóte aceste luxații sunt foarte grave, din pricină că mai tot-d'una se complică de ruperi ligamentóse multiple, de fractura maleolelor, une-orî de a gâtului astragalului și chiar de plăgi penetrante.

Simptomele. Pe lângă dureri și impotența funcțională vom constata:

I). O lungime a feței dorsale a piciorului de 1—3 c. m. unde va exista o ridicătură ososă, pe care pipăind-o vom recunósce scripătul astragalien. II). Călcâiul e ca și dispărut, fiind vîrât între maleole, pentru care și gamba va fi mai scurtă. III) Pe lângă atitudinea piciorului, care de obicei e în flexiune, vom constata prin palpație diferitele ridicături osóse și situația anormală a celor două mărgini ale platoului tibial.

Pentru reducere se cere neapărat anestesierea completă a bolnavului. Se recomandă a se sprijini șa posterioară a gambei pe un plan resistent, călcâiul rămăind liber. Vom exagera flexiunea piciorului, cău­­tând a'l împinge înapoi, spre a reduce astragalul în locul normal. Fig. 164 arată o schemă de luxație înainte.

Luxațiunea piciorului înapoi.

Posibilitatea pentru producerea acestei luxațiuni, după Henke, ar fi când individul ar cădea dintr'un loc înalt, sprijinindu-se pe sol cu piciorul aflat în extensiune mai mult forțată. În asemenea cas, corpul fiind înclinat înapoi, greutatea întregă se va transmite pe tibia, care va fi împinsă înainte. Ligamentele se vor rupe, în urma căreia lucrul suprafețele articulare se părăsesc, iar tibia va înainta aședându-se pe gâtul astragalului. Se mai obține încă această luxație, când piciorul fixat în extensiune, o violență puternică s'ar aplica pe fața posterioară a gambei, care ar aluneca înainte, piciorul mergând înapoi.



Fig. 165. — Luxația piciorului înapoi (personală).

Se deosebesc două sub-varietăți: a) luxațiune incompletă și b) luxațiune completă. Luxațiunea este incompletă când marginea anterioară a tibiei vine în nivelul gâtului astragalien, iar marginea posterioară se aședă pe mijlocul scripătului astragalien. Iar când marginea anterioară a tibiei trece de gâtul astragalien aședându-se pe scafoid, iar marginea sa posterioară se aședă pe gât, atunci luxațiunea este completă.

Rar se întâmplă ca peroneul să urmeze tibia în mersul său; ligamentul tibio-peronier inferior suferă o extensiune prea mare, iar maleola externă în general se rupe.

Unul din semnele cele mai principale ale acestei luxații este o scurtare foarte pronunțată a piciorului. Ridicătura ce constatăm pe fața dorsală se continue fără linie de demarcațiune cu osul tibia, ceia-ce o deosebesc de o luxație a astragalului, în care ridicătura ososă e separată de tibia printr'o ridicătură. Pe lângă acesta axa piciorului nu este

schimbată, căci dacă prelungim linia plecată de la creasta tibiei, dînsa cade pe al II-lea metatarsien, pe cînd într'o luxație a astragalului dînsa nu mai corespunde cu acest punct, axa piciorului fiind deviată înăuntru sau în afară. În luxația complectă deformațiunea e foarte pronunțată. Fața dorsală a piciorului e foarte scurtă, iar călcâiul lungit și proeminent; or-ce confușiune e imposibilă. În luxația incomplectă semnele sunt mai puțin pronunțate, așa că s'a putut confunda cu o simplă entorsă.

Fig. 165 daă un model de acestă luxație.

Tratamentul. După cloroformizare, Malgaigne recomandă să flexăm gamba pe còpsă, să tragem cu o mână călcâiul înainte respingënd cu cea-l'altă tibia înapoi. După reducere vom aplica un bandagiù serios, spre a ne opune la recidivă, contențiunea fiind excesiv de rebelă.

Luxațiile laterale interne sau externe nu sînt posibile, din cauza prezenței maleolelor. Cînd se observă, constituie epifenomene a unor traumatisme grave, însoțindu-se de fractura maleolelor la înălțimi mari, precum și de distrugerii întinse ale întregului picior. Descrierea lor este mai mult schematică de cît reală.

CHESTIONAR.

- Fracturile degetelor. Cause, caractere. Fractura metatarsienilor. Cause. Mecanism. Predispoziție. Simptome. Importanța echimoselor . Pag. 415-417
- Fracturile tarsului. Fractura astragalului. Mecanism. Opiniunea lui Bellengien. Fractura lui Shephert. Fractura calcaneului. Fractura lui Boyer și Malgaigne. Mecanism. Caractere. » 417-421
- Luxațiile piciorului. Luxația falangelor, a metatarsienilor și a tarsului anterior. Cause. mecanism. Luxația astragalului. Divisiune: sub-astragalienă și luxația dublă sau totală. Cause. Mecanism. Simptome. Luxațiunea tibio-tarsienă. Luxația înainte și înapoi. Cause. Mecanism. » 421-430

CAP. V.

Bólele gambei.

În clinică gamba e coprinsă între o linie circulară ce ar trece în sus pe tuberositatea anterioră și o altă linie analógă ce ar trece în jos la limita basei ambeior maleole.

Diferitele bóle ce vom studia în asestă regiune sînt :

Traumatismele gambei. Se observă foarte des. În vol. I și II am arătat deja că grație crestei tibiei, plăgile contuse iaă toate caracterile unor plăgi tăiate ca și acelea ale sprincenei. Dacă trauma se aplică pe fața internă, pielea fiind foarte mobilă se poate ușor deslipi. Din acesta va rezulta ruperea vaselor subjacente din care va lua naștere tumori sanguine numite ematome. Caracterile clinice precum și consecințele lor ne sunt cunoscute deja : supurațiuni, flebite, punctul de plecare al ulcerelor cronice, origina emoragiilor și ulcerelor varicoase, etc., etc. În fine când trauma se aplică pe fața externă a gambei unde pielea e mai aderentă de aponevroasă, vom avea epansamentele sau bozele seroase ale lui Morel Lavallée despre a căror teorie am vorbit în vol. I.

Plăgile prin instrument tăetor din regiunea posterioară a gambei au de particular o depărtare foarte mare a buzelor din cauza retractilității pielii ce e lipsită de aderențe.

Există în fine la gambă un fenomen foarte curios ce apare în urma unor contracțiuni violente. Dînsul se numește *coup de fouet* (lovitura de bici) din cauză că în momentul producerii sale, individul cade imediat jos ca și cum ar fi aspru lovit de un bici. Am arătat în volumul I și II că acest fenomen e greu a se atribui ruperii diferiților mușchi sau tendone ca acela al lui Achil, plantarul subțire, gemenii sau aponevroasa. Probabilitatea și lucru sigur chiar, este că aci e vorba de ruperea unei vene varicoase ce mai tot-d'a-una se găsește în grosimea mușchilor gambei. Și ca probă avem accidente ce urmăză acestui fenomen : flebită, trombose intinse, emoragii largi, flegmatia alba dolens, supurație și chiar piemie, ce sunt capabile a ridica viața individului.

Cunoscința acestui lucru are mai ales importanță cu privire la tratament. Dacă e adevărat — și așa este — că *le coup de fouet* constă în ruperea unei vene varicoase, sub nici-un cuvânt nu ne va fi permis a uza de masagi. Prin acesta am favoriza mai mult provocarea unei embolii. Vom pune deci membrul într'o imobilitate absolută protejând cea mai ușoră escoriațiune de cele mai largi pansamente antiseptice.

Dintre afecțiunile cele mai principale ale gambei, ulcerile cronice și varicele sunt în prima linie atât ca importanță cât și frecuență.

Dar asupra lor nu ne vom opri fiind pe larg descrise în vol. I și al II-lea. 1) Gamba, grație situațiunei superficiale a osului tibia, formeză locul de predilecțiune al exostozelor sifilitice, a deviațiunilor rachitice, etc. Dînsa mai este sediul de elecțiune al enormelor secuestre venite în urma necrozei provocată de osteo-mielită și despre care vom dice câte-va

1) Vol. I, pag. 33—66. Vol. II, pag. 531—535.

cuvinte, de óre-ce tibia este luatá ca exemplu al acestei afecțiunii atât de importante.

Tumorile gambei.

Acelea a părților moi nu presintă nimic de special. Vom menționa posibilitatea transformării ulcerelor cronice cât și a plăgilor vechi și neglijate în epitelióme. Am arătat în vol. II că une-orí chiar nevróme se pot desvolta pe gambă în special pe fața sa posterióră.

Tumorile osóse ocupă în special tibia. În afară de exostosele sifilitice și unele casurí de encondróme, platoul tibial este sediul de predilecțiune al desvoltării osteo-sarcomului. Acésta prin vascularitatea și pulsațiunile ce presintă a primit numele de anevrismul óseler. Să fim cu atențiune a nu confunda sarcomul în special la copii cu tumorí albe și chiar abcese reci. Personal am văđut la Paris o asemenea eróre de diagnostic unde un osteo-sarcom a fost deschis de un chirúrg, ce credea că se găsesce în fața unui abces. Adevėrul este că dacá nu suntem preveniți, lesne putem fi induși în eróre grație caracterelor ce ne oferă osteo-sarcomul prin starea sa quasi fluctuentă căruia chiar i s'a dat numele de quasi fluctuație.

Tumorile peroneului sunt excesiv de rarí.

Anevrismele gambei sunt de o raritate extremă și cu o simtologie confusă, din cauza profunđimeí la care se găsesce tumora, precum și a meselor musculare ce-í constituie un înveliș fórte gros, Singurile semne sunt durerí și turburări funcționale, plus dilatațiile venóse și edemul membrului.

Diagnosticul e greú de stabilit, mai ales când sacul 'și are sediul la extremitatea superióră a tibieí, când se póte confunda cu diferitele tumorí pulsatile.

Pe lângă aceste anevrisme spontanate există încă altele de natură traumatică. Dintre cele mai importante sunt cele descrise de Dupuytren, provocate de fracturí. În aceste casurí anevrismul e produs saú de artera nutritivă a tibieí, saú de tibiala anterióră or cea posterióră. În or-ce cas, aceste anevrisme pot să apară în momentul accidentului, saú mai târđiú. Une-orí vin chiar după ce cicatrizarea plăgilor s'a obținut, adică după 30—40 ȃile. Rămănem fórte surprinși când ridicând bandajul pus contra fractureí, vedem că membrul se măresce, presentând o tumoră pulsatilă. Acésta este și cauza pentru care une-orí fractura nu se consolidéză. Contra lor s'aú întrebuiņat tóte metodele cunoscute.

Mai nainte de a trece la un alt capitol trebuie să menționăm că gamba, mai cu sémă în regiunea sa posterióră este sediul de predilec-

țiune al flegmónelor, care în această regiune ia un caracter cu totul special de malignitate. În adevăr, acest flegmon este grav nu numai prin aceea că puroiul póte să se difuzeze prin grosimea număróselor mese musculare, *dar și din cauză* că dînsul mai tot-d'a-una e de origină varicosă. O trombosă se forméază; dînsa intrând în supurație, dá nascere acestuî flegmon profund și difus. Mersul acestuia mai tot-d'a-una este fatal, căci în majoritatea casurilor, dacă nu intervenim cu energie și la momentul oportun, individul móre de septicemie.

Am întîlnit mai multe casurî de această natură, fiind silit une-orî a recurge la amputația cóspei pentru a scăpa pe individ de o mórte sigură. Despre aceste flegmóne nu vom vorbi, ele fiind deja descrise în Vol. II. 1)

§ I. Deviațiunile óseler gambei.

Pe lângă fracturile réeu consolidate și ramolirea calusului, avem sifilisul și rachitismul carî daú cele mai frecvente deformațiuni. Și în special sifilisul ereditar precoce sau tardiv dá nisce modificațiuni caracteristice, reprezentate prin gome osóse, ocupând crésta tibicî sau fața internă a osului. Rachitismul produce deformațiuni în totalitatea osului, represintate prin diferite curburi anterióre, laterale, superióre sau inferióre, etc., unele mai bizare ca altele. Dar pentru producerea lor nu e destul numai predispoziția rachitică, ci și diferite traumatisme, și în special greutatele mari purtate în spinare ce întrec forța de rezistență a gambelor. De aceea aceste diformății se întîlnesc mai des la săracî ca la bogați carî nu cunosc greutatele vieței. De și une-orî aceste deformațiuni rachitice se pot corije de sine, prin o bună igienă și repaus, dar totuși trebuie să intervenim.

Tratamentul mecanic constă în aplicare de atele și aparate pentru a reduce și menține atitudinea normală.

Tratamentul chirurgical conține: osteoclasia manuală sau instrumentală, făcută pentru prima óră de Guerin în 1845. Cu tóte perfecțiunile aduse de Collin și Robin, această metodă e înlocuită prin *osteotomie*, practicată de Meyer în 1851 și vulgarisată de Mac Ewen și Ollier.

Genuchiú valg.

Este o diformitate ce constă în aceea că, gamba și cóspsa forméază un unghiú deschis în afară de 170 sau 150° iar vêrful privesce către

1) Vol. II, pag. 220—226.

condilul intern al femurului. Propriū vorbind, numele de valg nu e just, de óre-ce deviația genuchiului privesce înăuntru decī în varus; dar s'a denumit ast-fel, din cauza piciorului care e în valgus.

Genuchiul valg mai nicī-o-dată nu se observă în momentul născerei, ci între 2—4 ani, sau în perioda adolescenței. S'aū emis o mulțime de cauze și teorii pentru acéstă bółă.

I). *Teoria mecanică.* Aci se încriminéză obiceiul doicelor de a ține copilul tot-d'a-una pe acelaș braț, când genuchiul ar fi mereū împins înăuntru. Dar atunci cel-l'alt genuchī fiind împins în afară, ar trebui să avem o deformație dublă, cea-ce nu se observă. Pe lângă acésta, genuchiul valg apare când copilul începe să umble și mai ales în adolescență. De aceia, tot pe calea mecanică se susține că, în starea normală, deja cópsa face cu gamba un unghiū în afară de 15°; prin urmare greutatea corpului nu trece prin mijlocul articulației genuchiului ci mai mult prin condilul extern. Decī la muncitori, acest condil extern va apăsa neîncetat pe tibie și va suferi un óre-care grad de atrofie, pe când condilul intern desvoltându-se mai mult, va impinge pe platoul tibial în partea internă a articulației. Cu timpul, condilul întinđând și relaxând ligamentele interne, gamba va fi din ce în ce impusă în afară, constituind ast-fel genuchiul valg.

II). *Teoria musculară* apărată de Duchenne, atribue genuchiul valg contracțiunei bicepsului. Acest mușchī prin mijlocul tendonului său, ar trage în mod continuū extremitatea superióră a peroneului în afară, iar cu acésta însuși gamba, determinând ast-fel deformațiunea caracteristică genuchiului valg. Alții însă și în special Desprès susțin paralisia mușchilor labeī găște. Efectul e acelaș.

III). *Teoria ligamentósă* prin retracția ligamentului lateral extern este susținută de Guerin și Billroth. Relaxarea ligamentului lateral intern forméză teoria lui Malgaigne și Stromayer. De și acest lucru este un fapt constant în genuchiul valg, se consideră însă, ca și cea musculară, a fi efectul iar nu cauza bólei. Trebuie însă a sci că relaxarea ligamentelor articulației tot-d'n-una există și încă într'o mare măsură. Acésta tocmai și face pronosticul defavorabil, căci nicī-o metódă de tratament nu se póte adresa contra ligamentelor.

IV). *Teoria osósă rachitică.* Intervențiunea rachitismului în producerea genuchiului valg a fos apărată cu fórte multă putere de Mac Ewen, care a și reușit să predomine pe tóte cele-l'alte.

Acest autor a arătat în mod palpabil, că mai toți copii atinși de genuchī valg, se găsesc în plin rachitism, sau cel puțin presintă stigmatele acestei afecțiuni, precum deformațiunii craniene, deviațiunii și curburī anormale în diferite óse, exostose epifisare, nodosități pe fețele

anterióre a cóstelor, etc., etc. S'a obiectat însã cã sunt fórte mulți posesori de genunchi valg, și totuși n'aú cea mãi inicã urmã de rachitism, ast-fel precum se întâmplã cu adolescenții.

Dar tocmai cu privire la asemenea casurî, Mac Ewen a fãcut sã intervie o influență exclusiv localã a rachitismului. Dupã dînsul, totul s'ar mãrgini numai într'o desvoltare exageratã a extremitãței inferióre a femurului, saú mãi bine đis într'o turburare de nutrițiune.

La acest mod de a vedea s'a asociat în totul și Miculicz. El explicã lucrul ast-fel. Leziunile rachitice locale pot sã aibã sediul fie în cartilagiul de conjugare, fie în extremitatea inferiórã a diafisei femurului. În cazul întâi vom avea o inegalitate de desvoltare între cei doi condilii ai femurului: condilul extern de exemplu fiind împedecat în creșterea sa, condilul intern va lua o desvoltare mult mãi exageratã. De aci va resulta o schimbare în direcțiunea interliniei articulare a femurului. Dînsa devenind fórte oblicã în sus și în afarã, aduce o deviațiune corespondentã a platoului tibial. Consecința va fi determinarea unei atitudini caracteristice, proprie genuchiului valg. Dar une-orî procesul morbid în loc de a ocupa epifisa femoralã, se stabilește în epifisa superiórã a osului tibia. Resultatul va fi acelaș, adicã deviațiunea gambei înafarã, decî producerea aceleași afecțiuni — genuchi valg. Am vëđut însã cã une-orî cartilagele de conjugãțiune rãmân intacte și tótã distrofia copleșește numai extremitatea inferiórã a diafisei femorale. În acest cas se produce o curburã în acéstã porțiune a osului. Curbura avënd convexitatea dirigitã înãuntru, va respinge înafarã suprafața articularã a femurului și inclusiv extremitatea superiórã a tibiei, iar cu dînsa întregã gambã, de unde determinarea genuchiului valg. Acéstã este important de știut, mãi ales când va fi vorba de a interveni, cãci în acest cas, îndreptarea membrului se va obține, adresându-ne direct la porțiunea bolnavã a femurului.

Iatã dar adevërata patogenie a genuchiului valg, care se resumã într'o acțiune limitatã și localã a diatezei rachitice.

Și pentru a proba și mãi mult relațiunea ce existã între acéstã turburare localã cu rachitismul, Mac Ewen a recurs la o anchetã cu totul sciințificã și în acelaș timp fórte demonstrativã. El a arãtat coincidența curiosã, cã genuchiul valg se observã în special în Glasgow (Scoția), acolo tocmai unde rachitismul e mãi rãspândit. În Franța s'a constatat acelaș lucru, gãsindu-se cã în Lyon genuchiul valg și rachitismul sunt mãi frecvente. De aceia Kirmisson în tratatul sãu cu drept cuvînt đice: Acéstã producțiune de douë afecțiuni în aceleași locurî, permite pãnã la órecare punct sã le recunóscem o originã comunã.

Simptomele. Genuchiul valg ne oferã douë felurî de simptome: u-

nele care privesc însuși deformațiunea, iar altele care sunt în raport cu micșorarea sau regulata funcțiune a membrului.

Primul lucru ce ne isbesce vederea este deviațiunea gabei bolnave din axa normală ce o are cu cósă. Individul umblă călcând pe marginea internă a piciorului, talpa privind mai mult sau mai puțin înafară, dînsa e iar marginea externă în sus.

Gamba în totalitatea ei e respinsă în afară de cósă cu care face un unghiū, iar fața internă a genuchiului devine fôrte proeminentă și deviată înăuntru oferindu-ne și o scosătură ososă pronunțată. Acastă ridicătură este formată în general de condilul intern al femurului; une-orî dînsa e formată de platoul tibial.

Unghiul ce forméză gamba în cósă se măsură printr'un procedeu recomandat de Saint Germain. El se face ast-fel: individul fiind culcat sau în picioare, aplicăm o linie rigidă de la marele trochanter până la maleola externă. Acastă linie forméză baza unui triunghiū ale căruī laturī sunt gamba și cósă. Este atunci ușor cu un decimetru să măsurăm spațiul care separă fața externă a genuchiului deviat, de acastă linie. Lungimea obținută ne represintă valórea gradului de deviațiune.

Puind individul să stea în picioare, constatăm o tendință de apropiere a genuchiului bolnav către cel sănătos și din contra o depărtare mai mult sau puțin mare între maleole. Acastă depărtare este în raport cu gradul de deformațiune al genuchiului valg. Ast-fel dînsa póte fi de 10—15—20 și chiar 45 c. m.

Acastă depărtare între maleole se constată iarși cu următorul procedeu datorit lui de Saint Germain. Individul fiind culcat orizontal, așezăm între cele două membre dispuse simetric o linie rigidă și lată, care să se sprijine în sus pe perineū. Acastă linie e menținută prin apropierea celor doī condilī internī. Putem atunci ușor să măsurăm spațiul ce separă cele două fețe ale acestei linii, de maleolele interne corespondente. E bine să facem acastă mensurațiune fără nici-o încercare de corecțiune. După ce am adus gamba pe cât posibil înăuntru, obținem, prin diferența de lungime, valórea laxității articulației, care permite tibiei să execute mișcări de lateralitate pe femur.

Membrul în general e micșorat în lungime. De aci urméză o coborâre a basinului din partea corespondentă și o scolioză lombară consecutivă. Rotula câte-o-dată nu suferă nici-o deviațiune; adesea însă ea este trasă în afară, iar une-orî o găsim chiar luxată pe condilul extern, mai ales în casurile de genuchiū valg inveterat. Un fenomen curios al genuchiului valg și care a preocupat în destul pe autorī este că, îndoind gamba pe cósă orî-ce deformațiune dispare aprópe cu totul. E probabil că acésta provine din cauza relaxărei ligamentelor și în spe-

cial al celui lateral intern. Lannelongue crede că fenomenul provine din distrugerea ligamentelor încrucișate.

Un lucru iarăși care trebuie menționat, căci are importanță în chestiunea tratamentului, este că puind gamba în extensiune pe cósă, simțim la fața externă a genuchiului o córdă fórte întinsă care e formată de tensiunea tendonului biceps și tensorul fâscia lată.



Fig. 165. Genunchiū valg unilateral (pers.). Fig. 166. Genunchi valg dublu (pers.)

Simptomele funcționale ale genuchiului valg constau, bine înțeles într'o jenă în mers. Individul umblă șchiopând și cu corpul inclinat către partea bolnavă. Acéstă jenă stă în raport cu gradul deformațiunei, astfel că un genuchiū valg puțin pronunțat, aproape nu aduce nici-o piedică bolnavului de a umbla în mod moderat. Individul în asemenea casuri umblă fără a simți nici-o durere. Abuzând însă, și une-orî chiar în mod spontanat, putem constata o durere care însă tot-d'a-una o vom găsi în partea internă a articulației pe condil, iar nici de cum în dreptul interliniei. Acésta ne arată integritatea articulației. Dar în timpul când bóla

devine foarte veche, ori-ce durere dispare. Faptul acesta a făcut pe de Saint Germain să susție că bóla în adevăr e de natură rachitică, de óre-ce numai leziunile rachitice ale scheletului aű acest caracter de a merge pentru un timp progresând, iar apoi să se opréscă brusc în evoluțiunea lor.

Când genuchiul valg este dublu, mersul devine mai dificil din cauză că ambiū genuchi se isbesc între dínșiū, producând întocmai efectul de ciocnire a cremenei de amnar (battre le briquet).

Fig. 165 și 166 luată din serviciul meu ne dá un model clasic de genuchi valg unilateral și dublu.

Diagnosticul. Acesta se impune de la sine. În adevăr, genuchiul valg este póte singura afecțiune ce se diagnosticéază numai din ochi — *de visu*. Dinsul se va deosebi prin comemorative și antecedente de genuchiul valg accidental, provenit de ex. din fracturū intra-articulare, osteomielite, fractura extremităților inferióre a femurului, saű superióre a tibiei; contracturū musculare isterice, paralisii, etc., etc. Un punct iarăși important în diagnostic este a deosebi genuchiul valg rachitic de cel osteogenic saű osteitic. Genuchiul valg rachitic e propriū copiilor foarte mici și se însoțesce de alte multe exostose și diformități; cel osteogenic nu are de cât o singură exostosă internă. În plus însă, cel puțin la început, el e manifest dureros tocmai în dreptul condilului intern.

Tratamentul. Pe lângă combaterea diatezei rachitice, vom căuta cât mai curând a interveni local, fie în mod mecanic saű chirurgical.

Tratamentul mecanic, la copii prea mici, constă în o atelă pusă la partea externă a coplei și gambei. Acesta va avea de scop a împinge gamba înăuntru și a apăsa ast-fel pe condilul intern spre a-l atrofia întru cât-va, lăsând mai liber pe cel extern spre a se putea desvolta. Pentru ca această acțiune să fie constantă și permanentă, trebuie totul fixat într'un bandagiū inamovibil cu silical saű gips.

Ca tratament chirurgical vom lása la o parte secțiunile tendonului biceps, ligamentului lateral extern, fáschia lată, etc., de óre-ce cu tótă autoritatea lui Bonnet, Billoth și Langenbeck, ađi aű căđut în uitare ca și teoria ligamentósă și musculară pe carī aceste metode se bazaű.

Singurile metode în uz sunt osteoclasia și osteotomia.

Osteoclasia, ce-și propune a determina fractura în extremitățile óselor, se practică cu mâna saű cu instrument special numit osteoclast. De aci douē dividiuni: osteoclasie manuală și instrumentală.

Cea manuală are un procedeū al lui Delore, în care presiunea se face pe condilul intern al femurului. Procedeul lui Tillaux constă că se servă de gambă ca de o pârghe, pe care apucându-o de extremitatea inferióră o împinge în năuntru până se obține corecțiunea. Nea-

părat acesta se face pe socotela unei fracturii a gambei sau condilului intern.

Osteoclasia instrumentală produce o fractură pe extremitatea inferioară a femurului.

Cu totă perfecționarea instrumentului însă adusă de Collin și Robin, cu tot avantajul că fractura e subcutanată adică simplă și după cum se susține fără eschile, totuși această metodă ați e părăsită, pe de o parte că fractura nu se produce unde voim, căci nu vedem ce facem, iar pe de alta că adesea s'aș produs sfacel în punctul comprimat, etc., etc.

Osteotomia e singura operație contra genuchiului valg ce se practică de autorii moderni. Principiul e bazat pe acest fapt că, partea externă a membrului e mai scurtă ca cea internă; deci ridicând o porțiune de os în formă de cui > din extremitatea inferioară a feței interne a femurului, neapărat că acesta se va scurta, iar în urmă puind membrul în rectitudine, fața externă se va lungi în proporție cu conul de os ridicat.

Acastă operație se datoresce lui Mac Ewen în 1876, care a făcut 470 de operații fără nici-un cas de mörte. Ați, în loc de osteotomie cuneiformă, se face o simplă secțiune lineară și perpendiculară pe os ocupând totă grosimea sa. Eată punctele de reper. Cu un lat de deget d'asupra condilului extern, tragem o linie transversală către fața internă a femurului. Căutăm apoi condilul intern. La trei degete d'asupra sa, și cu un lat de deget înaintea tendonului marele adductor, ducem o incisie verticală paralelă cu tendonul a cărei jumătate va încrușișă linia transversală. Aci vom face secțiunea osului conform cu regulile stabilite în osteotomie.

Billroth a făcut osteotomia nu pe femur, ci pe fața internă a tibiei, cu acelaș bun rezultat. Une-orî în timpul reducerii diformității, peroneul se rupe ceia-ce nu oferă nici-un inconvenient.

Operația lui Annandale constă în a divide ligamentul lateral intern și cel încrușișat, ridicând și o porțiune cuneiformă din condilul intern.

Operațiunea lui Ogston 1877, constă în ablațiunea totală a condilului intern separându-l de restul femurului. Chiene 1879 face o simplă excisiune în con în condilul intern, pe cale sub-periostică. Dar tôte aceste operațiuni deschid apröpe inevitabil articulația, care pe lângă celelalte consecințe grave avem și producere de anchilose.

În ceia-ce mă privesce, am avut ocașiunea să practic de cinci orî această operațiune pentru genuchiu valg. Tot-d'a-una am făcut-o printr'o simplă osteotomie lineară după procedeul lui Mac Ewen. Am obținut cu mult succes îndreptarea definitivă și permanentă a membrului, individiu putând umbla fără cârjă sau baston.

Genuchiul varus este o deformație cu totul inversă ca în valg. Deformația poate fi limitată numai la gamba, dar une-orî ia parte și femurul. Atunci întregul membru inferior prezintă o curbură cu convexitatea în afară. Când ambele membre sunt atinse, deformația e foarte mare iar mersul cu totul împedecat.

Tratamentul e absolut invers ca în genuchiul valg.

Genuchii recurbat constă în aceia că gamba cu cóspsa fac un unghi mai mult sau mai puțin pronunțat înainte, mergând chiar până a se pune gamba în contact cu fața anterioară a cóspei.

Acésta afecțiune e excesiv de rară și se atribuie unei deslipiri congenitale a epifisei femurului. Suprafețele articulare își conservă poziunea normală, deci nu e vorba de o luxație a gambei înainte. Indreptarea manuală sau osteoclasia sunt singurile tratamente la cari putem recurge. O afecțiune analógă dar al cărui sediú e în epifisa superioară a tibiei, dá loc la o deformație inversă, adică o proeminență înainte a epifisei femorale și alta înapoi produsă de gamba. Acésta forméză flexiunea în epifisa superioară a tibiei, adică gamba și cóspsa fac un unghiú deschis înapoi.

§ II. Osteo-mielita gambei.

Dintre ósele lungi ale corpului, tibia este destul de frecuent atinsă de osteo-mielită.

Propriú vorbind, osteo-mielita fiind apanajul ființelor tinere, căci apare între 12 și 15 ani, nu ar trebui să ne preocupe, aparținând mai mult de domeniul chirurgiei infantile. Doue sunt însă motivele cari ne fac a da în tratatul nostru nu o descriere complectă, ci un resumat al acestei bóle și anume :

I). Că osteo-mielita poate să apară și mai târziu de 15 ani, mergând până la 25 ani. Une-orî chiar și mai târziu o putem întâlni, dacă avem a face cu forma numită osteo-mielita prelungită.

II). Că consecințele acestei teribile bóle, adesea îmbrăcând forma prelungită, urmăresc pe individ până în perióda adultă.

Osteo-mielita posedă doue forme ce aparține la doue etáți diferite : *una proprie copilăriei și alta adolescenților și adulților.*

Osteo-mielita a fost întrevădută și menționată chiar de autorii vechi. Mai cu sémă forma flegmonósă fusese bine descrisă de Chassaig-nac. Caracterul său științific însă este de dată recentă. El se datorește cercetărilor lui Bouch, Lannelongue, și în special lui Gosselin care a adus cel mai mare serviciú în acésta chestiune.

Se observase nu numai de medici, dar chiar și de ómenii din

popor faptul extraordinar, că unui copil în mod brusc lua o creștere colosal de mare cu deosebire în urma unor bóle generale. Acéstă creștere de obicei era precedată de dureri câte-o dată fixe, alte ori vagi, de cari copii se plângeau. Aceste dureri erau simțite mai ales în membrele superioare ori inferioare.

Regnier, făcând o tesă asupra acestui subiect, dă o observațiune din cele mai frumoase și demonstrative și care a rămas clasică. E vorba de un copil de 14 ani, care rămăsese așa de mic, în cât era poreclit sub numele de *pitic*, din cauza micimei taliei sale. Dinsul fu apucat de-o dată de nisce dureri, începând prin articulația tibio-tarsienă și copleșind succesiv toate articulațiile. Durerile erau așa de vii că bolnavul a fost condamnat la o imobilitate absolută. Bóla nu fusese însoțită nici de febră nici de alte accidente. În 6 luni, acest pitic a crescut de 60 c. m.

Acesta este exemplul cel mai caracteristic și în același timp un exemplu de forma cea mai benignă a osteo-mielitei

În adevăr s'ar putea stabili în osteo-mielită *o formă benignă și una malignă*.

Forma benignă, numită încă și osteita de creștere, are două sub-varietăți: *osteo-mielită de creștere fără febră*, și *osteo-mielită de creștere cu febră*.

Iată în general, cum se desfășură fenomenele. Un copil de 7, 8, 10—15 ani, în urma unui mers îndelungat, a unor alergături, a purtării de greutate, a ascensiunilor pe locuri înalte, sau a unui surmenaj intelectual, e cuprins de dureri localizate sau vagi. Ele au ca sediū unele puncte din schelet, sau copleșesc cea mai mare parte din óse. Aceste dureri câte-odată sunt foarte violente, provocând țipete din partea bolnavului și răpindu-i totă liniștea. Bóla se ia de către părinți drept o răcélă, iar de către medici drept un reumatism local sau generalizat. Dacă însă examinăm cu atențiune, constatăm cu surprindere că toate articulațiile sunt sănătoase, copilul putând îndoi și mișca cu înlesnire membrele. Un singur semn însă rămâne patognomic și anume, că explorând diferitele óse, în special cele lungi, provocăm prin presiune dureri destul de vii. Dar semnul și mai caracteristic este, că aceste dureri sunt foarte violente și insuportabile când presiunea se exercită în dreptul epifiselor osoase.

Acéstă stare de lucruri une-ori are un caracter foarte fugitiv, de óre-ce după o și sau două de repaos, totul dispare, ca și cum n'ar fi fost nimic. Alte dăți însă fenomenele pot dura câte-va zile consecutive. În fine nu e rar ca fenomenul să se prelungească una, două sau chiar trei săptămâni, fie în mod continuu sau intermitent. Dar și într'un cas și

altul bolnavul rămâne cu totul apiretic. Tóte organele sunt sănătoșe și articulațiile bune. Bolnavul nu se plînge de cât, după cum am spus, de dureri fixe în unele puncte ale scheletului, sau de dureri vagi localizate mai ales în dreptul epifiselor. Fie că bóla dispăre în mod brusc sau treptat, dînsa nu lasă nici o urmă de existența sa, afară numai de o creștere în talia copilului, care după expresiunea părinților a devenit mai înalt, mai lung.

Acésta e *prima varietate de osteită de creștere*, numită *apiretică*, sau fără febră, dar *cu dureri eraticе în schelet*.

A doua sub-varietate de osteo-mielită de creștere este cea însoțită de febră. Manifestarea acesteî forme este cu totul analógă cu cea precedentă. Nu se deosibesce de cât prin existența unei febre intense, ce însoțesce bóla de la apariție până la terminația sa.

Copilul, în urma unor oboseli mari, fie fizice or intelectuale, de odată este coprins de nisce dureri vagi în membre. Dar concomitent cu acésta, constatăm o ridicare bruscă de temperatură, care fără nici o întârziere atinge 40 grade. In acelaș timp bolnavul póte fi atins de agitație, delir, frison, etc., așa în cât fenomenele pot fi luate drept prodromele unei febre eruptive, pneumonie, și așa mai încolo. Lucru însă de care bolnavul se plînge în mod continuu, sunt durerile localizate în jurul articulațiilor, fără ca acestea să fi atinse. Dar aceste manifestațiuni ale bólei, de și fórte îngrijitoare atât pentru pacient cât și pentru medic, ele prin surprindere dispar aprópe instantaneu și în totalitate. In adevăr, după o și sau două, copilul devine apiretic, iar din tóte fenomenele sgomotóșe nu mai rămâne absolut nimic. Atunci, presupusa scarlatină or pneumonie s'a înlocuit cu o simplă febră efemeră, cu o deranjare de stomach, etc. Acésta este primul tip în osteita de creștere cu febră, numită de Bouilly și Reclus *forma acută repede*.

In al II-lea tip, numit forma prelungită, manifestațiile bólei și starea generale a individului în loc de a dispăre după o și sau două, se prelungosce 7—8—10—15 zile. Temperatura se menține la 40—41 grade, însoțindu-se în acelaș timp de o stare generală îngrijitoare, ca dureri abdominale, garguiment în fosa iliacă, epistaxis, etc. Totul face a crede că ne aflăm în fața unei febre continue sau febre tifoide.

Acum de curînd, între alte casurî, am avut unul din cele mai clasice ce am vădút. E vorba de un tinăr de 17 anî pe care l'am căutat în cursul anului de o ipertrofie a amigdalelor. Pentru a modifica starea generală, i-am recomandat a se duce la băile de la Govora. Acolo făcând dese excursiuni, fu apucat de o stare de slăbiciune, manifestându-se printr'o oboselă generală, de care îngrijindu-se, a venit în Bucuresci. Când am fost chemat, l'am găsit febril, cu vocea guturoiată și dureri

vagî în abdomen. La palpație, constatăm garguimente în ambele fose iliace. Fundul gâtului fiind roșu, am atribuit bóla unei amigdalite, pen-care am și prescris gargară cu acid boric, purgativ, specific, etc. A doua zi nici o ameliorare: bolnavul agitat, pielea enorm de arđetőre și uscată, garguiment mai pronunțat. M'am temut de aparițiunea unei febre tifoide, mai ales că era epidemie în oraș. În timpul nopței bolnavul a fost cuprins de un delir, care l'a făcut să iasă din cameră, să se plimbe prin-tr'un coridor și apoi să revie în patul său. Părinții alarmați provocă consult și cu toții înclinăm către o febră tifoidă, cu atât mai mult că un epistaxis fórte abundant și rebel, tortura pe bolnav de două zile. După trei zile însă temperatura scade, bolnavul devine apiretic și totul dispare. Rămăsese însă cu obosélă și dureri vagi în membre fără localizațiune specială. Singurul lucru ce predomina, era o durere situată la rădicina nasului. Când apăsam în această regiune și mai ales pe apofizele frontale, bolnavul săria din pat, neputënd suportă violența durerii. Și cu tóte acestea presiunea ce exercităm nu corespundea de loc cu intensitatea durerii. De sigur, aci am avut a face cu o tormă mixtă între cea rapidă și prelungită de osteo-mielită febrilă. Punctul dureros din regiunea naso-frontală a contribuit póte la aparițiunea delirului. Pe lângă acesta bolnavul manifestă dureri în jurul articulației genuchiului și pe corpul femurului. În timp de 15 — 20 zile cât a stat în casă părinții erau mirați cât crescuse copilul lor.

În fine există o a treia formă numită *insidiósă, trenantă*. Ea se caracterisă prin fenomene ce n'au nimic de clasic, neputëndu-se raporta la nici-o bóla bine determinată. În această formă, bolnavul se plnge de dureri de cap, dureri de óse, etc. Temperatura de și nu excesivă, dar e mărită; ea variază între 38—39 fără nici o regulă. Pe lângă acestea, bolnavul devine trist, obosit, pofta de mánecare scade, puterile descresc, starea generală devine îngrijitóre. Caracterul se schimbă, bolnavul devine caprițios, se supără ușor, nimic nu-ı place, devine arđăgos. Cu timpul din ce în ce pacientul slăbesce, se oflesce, putënd să cadă chiar în marasm. Medicul nu póte stabili un diagnostic sigur, de și bolnavul se află în observațiunea sa de 2—3—4 săptămâni.

În mijlocul acestor fenomene multiple și variate, un singur lucru ne póte veni în ajutor și anume explorațiunea metodică a scheletului. Atunci vom descoperi puncte dureroase juxta epifisare, când vom fi în drept a susține o osteo-mielită de creștere cu febră. Bolnavul fiind un copil sau adolescent, vom constata concomitent și o creștere în dezvoltarea taliei sale, care isbesce și atrage atențiunea tuturilor.

Etiologia și anatomia patologică. Am arătat deja că această bóla apare în urma unor oboseli, fie fizice sau intelectuale. Dar mecanismul

intim în ce constă și cum se petrece? Aci este greu de răspuns. Sunt însă două teorii: una după care bulbul osului jăcă principalul rol. Acest bulb, ce corespunde la unirea diafisei cu epifisa, este partea cea mai vasculară a osului. Dînsul suferind o perturbațiune în starea sa fiziologică, fie în urma unei contuziuni sau oboseli, etc., dă naștere unei supra-activități, ce se transmite în întregul organism. Din această supra-activitate, rezultă un deposit prea mare de ardere în organism, ce nu se pot elimina în totalitatea lor. Atunci o parte din ele rămân în sânge pe care-l vițiază, pe care-l conrupe, iar o altă parte din aceste resturi irită măduva ososă care dă ca rezultat creșterea osului. Această teorie corespunde cu cea-ce Gosselin numesce *conruperea particulară a sîngelui printr-o creștere prea repede în urma unei otrăvirii autochtone formată pe loc prin supra-activitatea nutritivă a măduvei osose*.

O altă teorie asupra căreia vom reveni când vom studia osteo-mielita acută supurată, constă în a atribui fenomenele unor otrăvirii primitive ale sîngelui prin introducerea unor anumiți microbi, copleşind organismul prin diferite căi. Orî-cum ar fi, un lucru rămîne demonstrat atît prin clinică cît și prin experiență: că în forma de osteo-mielită de creștere cu sau fără febră, există în mod constant o vascularizație a măduvei, o mai mare bogăție în globule roșii, o micșorare în grăsimea normală. Dar aceste lucruri arată în mod evident prima fasă de inflamațiune. E vorba deci de o osteo-mielită în prima sa perioadă. Dînsa, grație iperemiei și congestiunei, ne explică în destul durerile din epifise, ce se pot prelungi în lungul diafisei. Ele tot-d'a-una există la bolnavi fie în cursul bôlei fie în timpul convalescenței.

Grație cunoștinței acestor lucruri, datorite neobositelor cercetări ale lui Ollier, Gosselin, etc., noi putem, în mijlocul fenomenelor celor mai confuze și atunci când am fi dominați de existența unor bóle cu totul diferite de specia ce ne ocupă, să ajungem la adevăratul diagnostic.

Putem să eliminăm febrele eruptive, pneumonia, febra tifoidă, reumatismul articular acut, etc. etc., arătând că adevărata bôlă este o osteo-mielită. În adevăr, sediul constant al durerilor care nu e nici d'asupra, nici în nivelul articulației, nici imediat dedesubtul ei, ci la unirea diafisei cu epifisa, acolo unde există cartilajul de conjugațiune, ne va autorisa a exclude posibilitatea orî-căreia alte bóle, atribuind-o exclusiv unei osteo-mielite de creștere. Mai mult de cît atît, Ollier ne-a arătat o adevărată lege fiziologică, de care noi va trebui să usăm cu profusiune, căci prin ea vom sci să descoperim adevăratele semne patognomonice ale acesteia bóle.

Acest autor, prin neobositele sale cercetări, a reușit să stabilască

că, creșterea oșelor pentru membrele superioare este excentrică sau centrifugală în raport cu articulațiunea cotului, pe când pentru membrele inferioare această creștere a oșelor este concentrică este centripedă în raport cu articulațiunea genuchiului. Deci, în mijlocul fenomenelor celor mai alarmante în care s'ar afla un individ tânăr de 12—17—20 ani, atunci când am fi înclinați a crede că e vorba de o febră tifoidă sau alte intoxicațiuni generale, noi vom explora cu multă îngrijire extremitatea superioară a antebrațului. Aci constatând în mod permanent sediul unei dureri vii, vom putea susține cu multă probabilitate că ne aflăm în fața unei osteo-mielite.

Dacă aceleași dureri le vom constata în membrul inferior pe extremitatea inferioară a femurului și superioară a tibiei, adică în jurul articulației genuchiului, iarăși vom fi în drept a afirma o osteo-mielită a acestor oșe.

Sunt cazuri rare, unde durerile le putem întâlni la ambele extremități ale oșelor; tot-d'a-una însă ele vor fi mai violente în locurile indicate. Lucrul nu este imposibil ca afecțiunea să se desvolte simultaneu în ambele cartilaje de conjugațiune a oșelor, fapt căruia Ollier i-a dat numele de *osteo-mielită bipolară*.

Dar nu numai oșele lungi sunt susceptibile de a fi copleșite de osteo-mielită ci și cele scurte și late. Ast-fel avem calcaneul, omoplatul, vertebrele, etc. etc., cari pentru un chirurg neprevenit pot fi punctul de plecare al stabilirei de diagnosticuri cu totul straniu. Este probabil că unele cazuri de meningită ce s'aun dat ca vindecate, au fost confundate cu osteo-mielita, căci și oșele craniului pot fi atinse de această boală. Și drept probă avem că examinând cu atențiune, constatăm că fenomenul predominant sunt durerile osoase ce le găsim în același punct fix și în mod permanent pe frontal, parietal, occipital, etc.

Tot același lucru vom dice de coxalgii. Aci adevăratul diagnostic e și mai greu de stabilit, din cauză că cartilajul de conjugațiune a extremității superioare a femurului e coprins în interiorul capsulei. Prin urmare lesne înțelegem dificultățile unui diagnostic diferențial, și justificarea confuziunii osteo-mielitei cu o coxalgie. Dar despre acest lucru vom vorbi mai târziu.

Prin anticipație însă, putem spune că această erore de diagnostic, departe de a fi vătămătoare bolnavului, e preferabilă. Este mult mai bine a lua o osteo-mielită drept corsalgie la început, și a supune pe bolnav la un repaus absolut, de cât a crede într'o osteo-mielită când e coxalgie și a permite bolnavului să umble.

Pronosticul. Este oare trebuință a insista asupra prognosticului acestei afecțiuni? Din cele arătate rezultă că formele descrise până aci,

relativ sunt benigne. Ele nu aũ alt caracter de cât o creștere exagerată a scheletului. Noi însă trebuie să luptăm ca lucrul să rămãe limitat, preîntâmpinând tóte complicațiunile și mai ales aceia ca bóla să nu trecã în stare de supurație:

Fiind preveniți că această bóla este apanajul ființelor tinere, începând de la 10—12—20 ani, vom evita cu tótã stãruința orĩ-ce surmenaj, fie fizic sau intelectual. Vom interzice orĩ-ce oboselã, voiajele pe jos, gimnastica și în special detestabila modã de a procura amusarea copiilor cu velocipedul, contra cãruia nu am destule cuvinte de a protesta. Iar când din nenorocire bóla s'a manifestat, vom căuta prin tóte mijlócele să înconjurãm rãul punând pe individ într'un repaus absolut. Vom aplica revulsive în special, puncte de foc, aparate inamovibile, expunerea pacientului la aer curat, alimentație bogată, antiseptice la interior, ca sulfat de chininã, benzo-naftol, diuretice pentru eliminarea microbilor prin rinichĩ, etc., etc.

În fine, nu vom cruța nimic pentru ca bóla să rămãe în starea de osteo-mielitã de creștere, spre a nu atinge a doua formã care e cea mai gravã și anume:

Osteo-mielita acutã supuratã.

Am arãtat în capitolul precedent forma mai mult sau mai puțin benignã a acestei afecțiuni. Forma este benignã, cãci în majoritatea cazurilor, fenomenele cu tótã intensitatea lor sunt și rămân pasagere, iar individul este scãpat de mórte. Din contrã, în osteo-mielita supuratã, care dupã noi, represintã forma gravã, intensitatea fenomenelor în loc de a descresce, atinge maximum într'un mod fórte repede și ridicã viața bolnavului. Dar chiar și când o asemenea terminațiune fatalã nu se îndeplinesce, afecțiunea încã nu rămãne mai puțin gravã, prin leziunile profunde ce determinã în schelet precum și prin urmãrile sale consecutive.

În adevër, une-orĩ bolnavul e coprins într'un mod brusc de nisce fenomene atãt de alarmante, în cât nimic nu se póte opune mersului lor crescând și desnodãmîntului fatal. Individul care pãnã erĩ se afla într'o perfectã sãnãtate sau cel mult nu se plîngea de cât de o oboselã atribuitã în general unui amblet prelungit, ca excursiune, partidã de plãcere, etc. de o datã e coprins de o ridicare bruscã și escesivã de temperaturã, marcând țifra de 40—41 grade.

Cu tóte precauțiunile luate, temperatura în loc de a descresce, ea crește, sau se menține, însoțindu-se în acelaș timp de turburãri grave

în sistemul nervos, ca delir, alucinațiuni, etc., cari în mod foarte repede aduc o debilitate extremă individului.

Foarte adesea și cu drept cuvânt, asemenea bolnavi se iaș ca atinși de febra tifoidă, asemănarea fenomenelor între aceste două bóle fiind aprópe identică. Adesea medici cu reputațiune înaltă, au stabilit diagnosticul de febră tifoidă, atunci când în realitate era osteo-mielită acută. Adesea indiviđii atinși de această bólă se află prin sálile de medicină internă, fără ca nimeni să bănuiască că au osteo-mielită acută.

Și în adevăr, cum se pot diferenția aceste bóle, când și în osteo-mielită avem durerile și garguimentul în tosa iliacă dréptă, epistaxul, delirul, uscăciunea limbei, fenomene de congestiuni pulmonare, diaree, pielea aspră și uscată, etc., etc.?

Tótă energia și punerea în joc a tuturilor metódelor de tratament, nimic nu reușește, ast-fel că bolnavul móre în timpul cel mai scurt posibil, adesea maximum după 7--8 ȃile. Mórtea devine spaima familiei și a cunoscuților, considerând-o ca un adevărat trăsnet.

Am cunoscut un individ în etate de 17 ani, de o inteligență foarte mare, care ducându-se cu părinții a petrece la munte în timpul vacanțelor, a început a se plínge de un lucru foarte nebăgat în sémă, adică de o simplă obosélă. Acésta îl făcu puțin indiferent, ne mai voind eși de cât cu sila, spre a face câte o mică plimbare. Dar aceste prodrome, cărora nimeni nu le dădu cea mai mică atențiune, fură înlocuite printr'o ridicare bruscă a temperaturéi, care atinse cifra de 40 grade. Părinții îngrijați, imediat consultară medici de o reputațiune stabilită și toți conchiseră la isbucnirea unei febre tifoide, sfātuind transportarea bolnavului la Bucuresci. Aci fu căutat iarăși cu multă îngrijire, dar după două ȃile bolnavul fu coprins de un delir așa de furios, în cât în timpul nopței a eșit din casă fără ca nimeni să simță, și s'a aruncat într'o hasna de privată, unde a stat în excremente afundat până în gât timp de 3 ore. După două ȃile nenorocitul a murit în mijlocul celor mai teribile dureri de cap și de membre, fără ca nimeni sa-i póte alina suferințele și mai puțin a-i prelungi viața.

Nenorociții părinți credeaș că se află în fața unui vis, când cu câte-va ȃile mai nainte copilul lor se bucura de o sănătate perfectă, formând cele mai frumoșe ilusiuni a bătrînețelor lor, iar acum îl priveaș mort.

Sunt pe deplin convins de cele relatate de părinți, că acest tiner a murit de o osteo-mielită supra acută, venită în urma unui surmenaj intelectual foarte mare. Luase bacalaureatul la 16 ani și era primul în șcóla de poduri și șosele. În tot timpul șederei la Sinaia era într'un continuu studiu, Acésta, unit cu oboséla fizică, prin excursiunile făcute,

a contribuit la dezvoltarea osteomielitei, ce în mod fulgerător i-a cauzat mórtea.

În această formă supra-acută și malignă nimeni și prin nimic nu se împedică mórtea.

Alte dăți în mijlocul acestor fenomene atât de grave, une-orî bolnavul însuși atrage atențiunea medicilor asupra unei dureri foarte violente, aședate pe unul din membrele sale.

Explorând cu atențiune această regiune, constatăm o tumefacție însoțită de schimbarea normală a tegumentelor. Acestea iaù o colorațiune mărmurie, brăsdată de turgescența venelor, dându-le un aspect cu totul caracteristic. Totul sémănă cu dezvoltarea unui flegmon difus. Une-orî fluctuația copleșește întregul membru, alte orî e circumscrisă printr'o îngroșare mai pronunțată a țesutului, formând un fel de burelet, arătând ca și cum bóla ar fi limitată.

Dacă practicăm o incisiune, une-orî provocăm eșirea unui puroiù abondent și fetid, alte orî nu constatăm de cât o simplă denudare a osului, câte-o-dată foarte întinsă și ocupând aproape întregul os.

Atunci cu siguranță, dacă practicăm o trepanare în grosimea osului, cădem peste o colecțiune mare de puroiù, a cărui evacuare aduce o ușurare vedită bolnavului.

Casurile mai rari, dar cari se observă, constau într'o acumulare de puroiù nu sub periost, saù în interiorul osului, ci în articulațiunea proximă, formând o adevărată pio-artrosă. Alte dăți în fine, tóte fenomenele generale descrise mai sus, după o durată de două și chiar trei săptămâni, treptat dispar și totul se resolvă. Bolnavul scutit și de abces și de necrosă, nu conservă de cât o iperostosă limitată într'un anumit punct, în general în nivelul epifiselor, saù chiar coprinđend o mare parte din corpul osului.

Acestea sunt formele cele mai principale ce ne oferă osteo-mielite acută, și cari din punctul de vedere clinic pot fi numite *fulgerătoare, flegmonóse și atenuate*.

Care-î mecanismul intim al acestei afecțiuni?

Fără a intra într'un istoric mai lung vom spune că, cel d'întăiù este Pasteur care în 1880 a anunțat academieii de medicină următoarele rînduri: Am găsit, țice autorul, în puroiul unei osteo-mielite, un organism asemenea organismului ce oferă furunculul. Asemânarea, adaogă dînsul, este așa de mare, în cât aș putea țice, că osteo-mielita ar fi un furuncul al măduvei osóse.

Acéstă aserțiune a lui Pasteur ne arată, că bóla este infecțioasă, virulentă. Dar precum am arătat în vol. II la capitoul «Bóle virulente», 1)

nu este destul ca o asemenea b6lá s6 fie declarat6 ca atare numai prin simpla descoperire a unui microb, ci se cere ca prin inoculaþiunii succesive s6 producem cu acest microb, aceeaþ b6lá la infinit. Numai atunci r6m6ne bine demonstrat c6 b6lá e în adev6r virulent6. Dar tocmai acest lucru nu se putea demonstra, de 6re-ce nici L6tcke, nici Klebs, nici Reklinghausen n'au ajuns a da rezultate pozitive prin experimentaþiunile lor. Alþi autori îns6 au fost mai favorisaþi. Ast-fel St6ck þi Beckel f6c6r6 injecþiunii sub-cutanate cu culturi de puroi6 provenit din osteo-mielit6. Prealabil îns6, determinase animalelor un traumatism osos, reprezentat prin contusiune sau fractura sub-cutanat6. Animalele au murit dup6 15 zile, þi în nivelul punctului contuzion6t s'a g6sit periostul deslipit, iar în casurile de fractur6, cavitatea medular6 plin6 cu puroi6.

Max Sch6ler descopere stafilococcus aureus nu numai în puroi6, dar înc6 în os, m6d6v6 þi cartilagi6 articular.

Krause a f6cut injecþiunii intra-ven6se cu puroi6 de osteo-mielit6. La autopsia animalelor cari muriau adesea dup6 prima injecþie, d6nsul a g6sit mai tot-d'a-una un epanþament articular sero-purulent þi abcese musculare. C6nd determina, înaintea inoculaþiunei, o fractur6 sau 6 fisur6 a unui os, d6nsul g6sia sub periost, în m6d6v6 þi chiar în jurul fractur6i abcese, mai mult sau mai puþin volumin6se, conþin6nd stafiloc6ci. Urina posedea albumin6 þi micrococ6i, iar rinichi6 infarcte (Le Dentu).

S'a susþinut deci c6, aceia cari n'au reuþit în experienþele lor, cauza era c6 d6nþii experimentau pe animale adulte, iar nu pe animale tinere, precum a f6cut Jaboulay þi Rodet din Lion în 1885. În adev6r, aceþti autori lu6nd puroi6 dintr'6 osteo-mielit6 þi l6c6nd injecþiunii pe epur6 tiner6, au obþinut întocmai aceeaþi leziuni viscerale þi locale, cari s'au g6sit þi la om.

R6m6ne deci demonstrat, c6 osteo-mielita e 6 b6lá infecþioas6, din cauz6 c6 pe de 6 parte conþine un microb iar pe alta c6 se reproduce prin inoculaþiunii succesive.

Dar care e microbul þi pe unde se introduce el în organism ?

Pasteur a ar6tat c6 acest puroi6 nu este altul de c6t acela al furuncului, adic6 piogenus aureus. Alþi autori îns6 au ar6tatat þi alþi microb6 de aceeaþ speþ6, ca piogenus albus þi chiar str6ptococ6i. De aci deducem c6 osteo-mielita nu are un microb specific. Dar ac6sta nu-î ridic6 caracterul de virulenþ6, de 6re-ce partea fundamental6 const6 în reproducerea b6lei prin inoculaþiunea puroiului dat de osteo-mielit6.

Aci ca þi în t6te cele-l'alte b6le cu acelaþ caracter, s'a ridicat chestiunea cine anume determin6 b6lá? microbul, sau produsele sale de esreþiune, adic6 toxinele?

Ast6þi se scie c6 fenomenele de intoxicaþiune une-or6 se pot atri-

bui unei aglomerațiuni excesive a pululațiunei microbilor, pe când alte dăți mórtea survine prin otrăvirea organismului numai prin simplul fapt al toxinelor. In cazul de față un singur lucru e constatat, că pentru dezvoltarea osteo-mielitei, se cere neapărat ca microbul să străbată direct în masa sîngelui, fie prin căile respiratorii sau digestive, pentru ca de acolo să se stabilizească în viscerele și punctele osului ce-î va oferi cele mai bune condițiuni de dezvoltare. Și între acestea, organele cele mai favorabile le formează ficatul și rinichii, iar din partea scheletului, bulbul osos, adica limita unde diafiza se unesce cu epifisa.

Alte dăți e destul ca o sgărietură, o înțepătură să formeze porța de intrare a microbului. Resultatul e același: adică microbul intră prin căile limfatice iarăși în masa sanguină.

Faptul că osteo-mielita une-orî e precedată de unul sau mai mulți furunculi desvoltați pe tegumentul extern, este probă cea mai evidentă, nu numai de identitatea microbului în ambele bóle, dar și de străbaterea sa în organism printr'o simplă sgărietură provocată de individ in urma mîncărimei, determinată de erupțiunea furunculosă, sau de inoculațiuni secundare. Relativ la coincidența osteo-mielitei în urma unui furuncul, găsim o observație comunicată congresului german de Kraske în 1887. Dînsul a relatat observațiunea unui individ, la care s'a dezvoltat o osteo-mielită mortală în urma unui furuncul al buzelor. Kirmisson de asemenea arată un fapt de dezvoltare a osteo-mielitei în circumstanțele următoare: un individ avînd o flictenă pe degetul indicator, dînsa a servit ca porță de intrare a materiilor septice. De aci a rezultat un panarițiu, apoi o limfangită a mînei și a pumnului, iar la urmă o osteo-mielită a extremităței inferioare a radiului.

In fine, vom arăta și opiunea unor autori cari susțin că nu este osteo-mielită care îmbracă caracterele febrei tifoide, ci din contra acesta este care determină osteo-mielita în mod secundar, așa că am avea o osteo-mielită primitivă și alta consecutivă febrei tifoide, numită de Albert din Viena secundară.

După noi, conclusiunea în această privință e următoare: Osteo-mielita e în adevăr o bólă infecțioasă, nu atât póte prin ea însăși, cât prin virulența specială ce o capătă microbul intrat în organismul unui anumit individ.

In adevăr, dacă un tîner își are organismul debilitat, fie printr'un surmenaj intelectual sau fizic, or printr'o predispoziție ereditară, sau bólă constituțională, microbul intrat în organismul său, capătă proprietăți cu totul deosebite de cele normale, devenind cu totul virulent.

Probele sunt multiple. Nu toți bolnavii atinși de furunculosă capătă și osteo-mielită, precum de asemenea nu or-ce furuncul se transformă în antrax.

Garré, pentru a proba nespecificitatea stafilococului aureus, și-a inoculat sub piele o cultură specială de stafilococ aureus, provenit din sângele unui bolnav atins de osteo-mielită. S'au produs abcese subcutanate, iar prin simpla fricțiune o dezvoltare de furuncule.

În vol. II am arătat condițiunile cari agravează furunculul, transformându-l în atrax, iar pe acesta într'o bôlă malignă și letală 1). Ei bine, acelaș lucru putem dice și de osteo-mielită. Nu stafilococul, nici celelalte specii de microbi ce am enunțat sunt cauza osteo-mielitei, ci modul de a fi al individului. El, prin constituirea organismului său, oferă microbului posibilitatea de a căpăta proprietăți cu totul străine naturii sale.

Un individ surmenat, cu o diatesă ascunsă, cu sistemul nervos slăbit, cu rinichi proști, etc., dă ocaziune celui mai inofensiv microb—fie el chiar piogenus albus său tenuis—de a lua caracterele cele mai virulente. Astfel travestit, microbul se stabilește în porțiunile ce oferă *locus minoris resistentie*, determinând fenomene din cele mai grave, fie din partea rinichilor, a creierilor, a plămânilor, etc., aducând mórtea individului prin albuminurie supra acută, meningită, pneumonie infecțioasă, sau flegmon difus dezvoltat în regiunea epifiselor.

Dar toate acestea fiind mai mult chestiuni de doctrină, și asupra căreia am insistat în destul în vol. II la diferite capitole, trecem asupra lor, pentru a ne opri la anatomia patologică.

Anatomia patologică.

De îndată ce microbul a străbătut în organism, fie prin tubul digestiv, precum susținea Kocker, fie prin suprafața pulmonară, după Kraske, sau printr'o simplă sgărietură a tegumentului extern, precum susține Lamelongue, el lucră în două moduri: sau se dezvoltă în mod extra-ordinar de repede, în care caz sufocând funcțiunile organice, aduce mórtea individului în mod fulgerător; sau se stabilește în locul său de elecție, în bulbul osului, dând naștere la dezvoltarea adevăratei osteo-mielite.

Partea acéstă fiind cea mai importantă, trebuie studiată în toate detaliile sale.

În ce porțiune a osului microbul începe ași manifesta existența sa? În periost, în os, sau în măduvă?

Chassaignac, care în 1853 este cel întâiu care a atras atențiunea asupra acestei bôle, ce ar merita să pórte numele său, susținea că

1). Vol. II, pag. 169—188.

aci era vorba de două bóle cu totul isolate, având fie-care o existență a parte. Una care se mărginea numai în copleșirea periostului, și da naștere unei inflamațiuni supurative; acesta formeză abcesul sub-periostic, sau periostita flegmonosă a lui Giraldes. Cea altă formă era când bóla începea din țesutul osos. De aci întindându-se la măduvă, iea forma adevărată osteo-mielită propriu spusă.

Astăzi însă e bine stabilit că aceste două efecțiuni nu formeză decât una și aceeași bóla. Dînsa, după cum începe superficial sau în profunđime, presintă forme clasice deosebite, fără însă a constitui bóle speciale.

Este adevărat că teoreticesc am putea admite diferite grade în osteo-mielită, după cum procesul patologic ar fi așezat în periost, în os sau măduvă. Am avea ast-fel varietățile de periostită, osteită și medulită ososă. Dar observațiunea clinică nu confirmă acest lucru, aci fiind vorba mai mult de o diviziune artificială. Există însă un punct adevărat și care poate a îndreptățit pe Chassaignac în vederile sale. Acesta este că osteo-mielita, începînd prin partea periferică a osului, adesea se mărginesc aci. Deci cu drept cuvînt acest autor stabilise, în urma observațiilor sale, existenta abceselor sub-periostice. Din contra, bóla începînd prin măduvă, are un caracter mult mai distructiv, căci nu se opresce aci, dar copleșește și osul și periostul, formînd osteo-mielita esențială sau spontanată difusă.

Dar să urmărim leziunile anatomice ce determină această bóla. Vom procede de dinafară înăuntru, fără a admite însă boli diferite, dar cel mult diferite grade ale aceleiași afecțiuni.

I). *Leziunile periostului.* Acestea pot fi une-orî limitate la un singur punct, dînd naștere unui simplu abces. Alte dăți însă periostul iperemiat și infiltrat se deslipesce pe o mare întindere. El poate denuda întreaga suprafață a osului și în totă lungimea sa, formînd un adevărat manșon. Acesta constiue, după cum am arătat, periostita difusă flegmonosă, periostita acută, etc., etc.

II). *Leziunea țesutului osos.* Aci toate elementele osóse sunt aprópe distruse. Spaturile intra-canaliculare precum și canalele din Havers sunt pline de sînge și de o cantitate enormă de celule embrionare, cari amestecate cu celule albe se transformă în puroi. Trabeculele osósee sunt ast-fel distruse și totul transformat într'o osteită rarefiată. Atunci se formeză focare de abcese, câte-odată unice, alte dăți multiple, separate sau unite între dînsese, formînd nisce adevărate tuneluri în grosimea osului. Dînsese prin numeroșele orificiuri ce apar la exterior, dau osului cu totul un aspect ciuruit.

Dacă în acest timp practicăm o incisiune pe periost, dînsul se des-

lipescu cu cea mai mare ușurință, și constatăm cu ochii aceste nenumărate mici găurele, prin care ies picături mai mult sau mai puțin mari de puroi în tocmai ca dintr'un burete. Iar când deschiderea se face spontanat, atunci numeroase traecte fistuloase apar la exterior, traecte prin care iarăși se scurge puroiul, amestecat cu particule osoase sau fungosități. Aceste focare se deschid la suprafața pielii, străbat prin interstiциul mușchilor, înconjură vasele mari, care perforându-se pot provoca emoragii mortale. Această stare a justificat numele dat de unii autori de osteită acută și panosteită. Acesta e cazul când leziunile, în loc de a rămâne limitate într'un punct, copleșesc cu mare repeziune întreaga diafiza a osului.

III). În fine, *leziunile măduvei osoase* nu sunt mai puțin profunde. Dînsa ia o colorațiune de drojdie de vin, medulocelule proliferă, grăsimile dispar, iar nucleii celulelor adipose intră în proliferațiune. Tote vasele aflate în canalul medular, în canalele lui Havers, sau areolele țesutului spongios sunt complet dilatare, pline cu leucocite care nu întărdie a se transforma în puroi. De aci și numele de osteo-mielită acută, difuză, infecțioasă, etc. Dar toate aceste fenomene își au cuibul lor primitiv în porțiunea cea mai vasculară a osului, care corespunde la unirea diafizei cu epifiza.

Numele dat de Gosselin de osteo-mielită epifisară nu este corect, căci procesul nu se petrece în epifiza, ci mai jos. De aceea Ollier o numește osteo-mielita juxta epifizară.

Lannelongue însă bazându-se pe adevăratul sediul anatomic al bolii, a propus o numire admisă aproape de toți, aceea de osteo-mielită bulbosă.

Iată după Albert sediul exact al osteo-mielitei. În timpul dezvoltării osului, dice autorul, se găsește între cartilajul epifisei și cavitatea medulară un țesut spongios, de orice-care întindere. În acest nivel diafiza osului din cilindrică ce este se lărgesc ușor, pentru a se continua cu epifiza mai largă. Punctul acesta poartă numele de bulbul diafisar. Dar tocmai în țesutul spongios al acestui bulb, mai adesea începe dezvoltarea osteo-mielitei. Supurațiunea se transmite repede la cavitatea medulară și produce în general necroza; excepțional se formează un abces central.

Deci tocmai acestei afecțiuni petrecându-se în bulbul osului, adică între diafiza și epifiza, va rezulta o mulțime de fapte importante, după starea în care se va afla cartilajul de conjugațiune, ce este interpus între aceste două porțiuni osoase, diafiza și epifiza.

Aceste fenomene sunt de două ordine, după cum cartilajul va fi distrus, sau numai iritat. În adevăr, inflamațiunea dezvoltată în bulbul

osului, mai înainte de a-și face apariția în afară, poate lua două direcțiuni: în sus și în jos. Când procesul este violent și cartilajul de conjugățiune fiind surprins și nepreparat de a rezista, se distruge. Atunci putem observa cazuri curioase de fracturi spontanate, care în realitate nu sunt de cât deslipirea epifisei de diafisă, în urma distrugerii cartilajului de conjugățiune.

Dacă în asemenea condițiuni osteo-mielita a fost însoțită de supurație, lesne ne putem explica prezența unei cantități mai mult sau mai puțin mare de puroi în articulațiunea vecină. Fenomenul se explică prin faptul că acest cartilaj, care formează bariera articulației, a fost distrus, fie în totalitate sau numai pe alocurea, formând pierderi de substanță izolată. Dar în urma distrugerii acestui cartilagiū, putem observa și alte fenomene destul de serioase, căci ele sunt cauza diferitelor diformități, care pe lângă aspectul disgrațios ce provocă, adesea pun pe individ în imposibilitate de a se hrăni. În adevăr, dacă ne închipuim o osteo-mielită a extremității superioare a umărului, însoțită de distrugerea cartilagiului de conjugare, lesne putem înțelege că acest os nu va mai putea crește. Deci el va rămâne mai mic ca congenerul său. De aci diformațiunea individului, care va avea un membru mai scurt și altul mai lung. Și diformitatea va fi cu atât mai mare, cu cât osteo-mielita va fi fost bipolară cu ambele cartilaje distruse, precum se vede în fig. 168.

Dar acesta poate nu ar fi atât de grav, comparativ cu cele ce se produc când membrul afectat e compus din două oase, precum e gamba și antebrațul. Aci dacă cartilajul unuia din oase este distrus, acest os nu va mai putea să urmeze pe congenerul său în creșterea lui fiziologică. Dar cel alt os rămas sănătos fiind împedat în creșterea sa și neputând progresa în lungime, el se va îndoi, formând una sau mai multe curburi ce va distruge forma estetică a membrului. Și dacă ne închipuim dezvoltarea acestui lucru la gambă, lesne putem deduce consecințele grave ce pot decurge.

În adevăr, presupunând că tibia e atinsă de osteo-mielită și cartilagiul său de conjugare a fost distrus. Resultatul este că dînsa va rămâne mai scurtă de cât peroneul, care va continua a crește. Dar acesta neputându-se dezvolta în totă libertatea sa, din pricina legăturilor ce are cu tibia, se va îndoi formând mai multe curburi. Curburile acestea, pe lângă lipsa de estetică, vor împedica funcționarea regulată a membrului; individul va fi jenat în mers, plus că poate fi expus la dese fracturi.

Și dacă nisce asemea extropieri sunt mai mult sau mai puțin tolerate, când individul e coprin de bătă către sfârșitul creșterii oșelor, nu e tot ast-fel când osteo-mielita a isbit fiind tinere de 7—8—10 ani. La aceștia, dacă cartilajul de conjugare se distruge, deformațiunile

vor fi colosale, căci disproporțiunea va fi enormă între un membru ce va rămâne staționar, pe când congenerul său va continua a crește 10—15 ani. Dar un asemenea lucru s'ar întâmpla numai dacă osteo-mielita ar fi bipolară. Din norocire însă, dînsa e mai tot-d'a-una unipolară. Atunci osul pôte să crească prin cartilajul opus, dacă nu cum ar trebui, cel puțin în mod suficient, pentru-ca extropierea să nu fie prea mare.

Fenomene cu totul inverse se produc când cartilajul de conjugare în loc de a fi distrus este numai iritat.

În acest cas, osul bolnav crește mult mai repede de cât cel-l'alt. Faptul acesta este foarte important în clinică, mai ales când pe lângă osteo-mielita supurată, avem o iritație și a celor-l'alte cartilaje de conjugățiune a oșelor ce constituie un membru. În asemenea condițiuni, organul luând o dezvoltare prea mare, tegumentul extern nu-l pôte urma. Pielea decî se va întinde la exces, iar țesutul elastic subcutanat se va rupe. De aci va rezulta plesniri ale pielii, luând aspectul unor vergeturi întocmai ca acelea ce se observă la femeî în timpul gravidității.

Aceste vergeturi se observă în dreptul articulației gâtului piciorului, a pumnului, a cotului, etc., Ele au une-orî o direcțiune verticală, iar alte dăți transversală cu axa membrului.

Ele sunt cunoscute sub numele de vergeturi de creștere. Despre dînsel Régnier vorbește pentru prima oră în 1860. Asupra lor Bouchard a făcut comunicațiuni la societatea clinică, arătînd adevăratul mecanism expus mai sus.

Fenomenul acesta de creștere repede a osului, are o altă importanță și mai mare în clinică. În adevăr osul crescînd prea repede în lungime, cicatrițele cutanate, ca și secuestrele și abcesele, suferă o deplasare considerabilă. De aci, constatarea acestui fapt curios, că traectele fistuloase și porțiunile necrosate, cari primitiv se află în dreptul epifisei, le găsim după un timp ore-care pe mijlocul diafisei sau chiar pe terțul său inferior. Faptul acesta întunecă diagnosticul, dacă nu suntem preveniți de producerea acestui fenomen.

Am arătat că osteo-mielita se dezvoltă primitiv în bulbul oșelor lungi, și că de acolo dînsa pôte să ia un mers ascendent către articulație, sau descendent către diafisă.

Am arătat iarăși că caracterul osteo-mielitei acute este de a distruge trabeculele osoase infiltrîndu-le de puroi, și a determina o osteită rarefiantă. Dar în același timp, sau după-ce periôda acută a încetat, un proces de reacțiune se dezvoltă din partea elementelor rămase nedistruse ci numai iritate. Scopul lor este de a opune o rezistență procesului distructor, prin formarea unei osteite condensante.

Dacă însă, și din nenorocire așa se întâmplă, această osteită con-

densantă trece peste limitele scopului s6u, luând o prea mare dezvoltare, d6nsa aduce mai mult r6u de cât bine. In adev6r acest proces sufocând tot restul vaselor aflate în canalele lui Havers, suprimă mijlocul de nutri6iune al osului. Dar atunci el va determina prin calea cea mai directă și sigură, necroza.



Fig. 167. — Necrosă diseminată a tibiei prin osteo-mielită acută (prof. Dr. Romniceanu).



Fig. 168. — Osteo-mielită acută bipolară. Necrosă parțială (prof. Dr. Romniceanu).

Une-oră această necrosă e limitată. In acest cas observăm por6iuni de necrosă separate de teritorii os6se intacte. Forma această p6rtă numele de *necrosă diseminată*. Fig. 167 ne arată un asemenea model.

Alte dă6i însă osteo-mielita fiind f6rte întinsă, necrosarea e și d6nsa în aceeași propor6ie, p6tând ocupa întreaga lungime a osului. Ast-fel s'a v6dut întregul peroneu necrosat, radiul și însăși tibia. D6nsa se numește *necrosă totală*. In fig. 168 avem modele de necroze totală par6ială.

Caracterele acestei necrose sunt de a fi de o tărie excesivă din cauza condensărei și superpunerei de straturi multiple osteogenice. Mai avem încă și faptul că porțiunile de os și măduvă fiind cu totul distruse, reproducțiunea nu se poate face. De aci rezultă că pe același os necrosat vedem spațuri góle formând diferite orificiuri, iar în interiorul lor porțiuni de os ascuțite în număr și forme diferite, ce s'au comparat cu construcțiunii gotice. Orificiile menționate și cari conduc în canalul central saú la secuestrul invaginat, au fost numite de Troja, foramine, iar de Witmann, cloace saú canale.

În resumat, în urma unei osteo-mielite putem observa mai multe varietăți de necrosă ast-fel :

Când inflamațiunea rămâne limitată într'un anume punct, în special la bulb, iar distrugerea nu este întinsă, atunci fragmentele sunt mici, une-orí chiar sub formă de pulbere ce iese odată cu puroiul. Aceasta forméază *necrosa parcellară*.

Când inflamațiunea de și violentă, rămâne însă mai mult periferică, vom avea necrose saú secuestre lungi și subțiri. Acestea pórtă numele de *necrosă superficială*.

Iar când inflamațiunea e profundă și totală, ast-fel că osul în mod brusc este privat de elementul nutritiv, *necrosa* va fi și dinsă *generală*. În asemenea cas unde în urma unei pan-osteite saú pan-diafisite, atât osul, măduva cât și periostul au fost isbite în mod fulgerător, secuestrul pórtă numele de *necrosă diafisară totală*. Dînsul reprezintă în mod exact vechea diafisă liberă și plutînd în puroiú.

În fine, necrosa se numesce *cilindrică*, când secuestrul are o formă oblungă și regulată asemenea unui cilindru. Când acest secuestru rămâne în mijlocul canalului medular golit, înconjurat fiind de osos sănătos, pórtă numele de *necrosă invaginată*; iar când din contra secuestrul înconjórá de jur împrejur ca un tub porțiunea sănătósă a osului, atunci pórtă numele de *necrosă anulară*.

Diagnosticul. Din cele ce am vedúť putem conchide că, stabilirea diagnosticului nu este cu totul greú de făcut. Vom lua în considerație etatea individului, fenomenele prodromice reprezentate printr'o obosélă și sdobire în membre, precum și durerile ce vom descoperi printr'o explorațiune metodică a scheletului. Aceste dureri tot-d'a-una vor avea sediul clasic la unirea diafisei cu epifisa.

Fiînd decí preveniți, vom putea ușor deosebi osteo-mielita acută saú osteita de creștere, de diferite febre eruptive ca : pneumonie, febra tifoidă, reumatism articular acut, etc.

Dificultatea e mai mare când avem a face cu forma numită *osteomielita prelungită* și a cărei caractere sunt următoarele :

După ce periódă acută a trecut, două lucruri putem observa: saú că individul rămâne cu nisce simple dureri în óse fără a fi însoțite de nici-o tumefacție locală, saú că ne oferă diterite creșteri în volumul epifiselor (iperostose), deformațiuni în membre, necrose, traecte fistuloase, etc., etc.

În cazul întâiú, când individul nu se plânge de cât de dureri în óse și căroră Gosselin le-a dat numele de osteită nevralgică, trebuie să fim cu multă atențiune în cercetarea antecedentelor bolnavului. Aceste dureri, cari une-orí sunt așa de violente în cât desesperéză pe bolnav, nu sunt numai rezultatul unor strangulațiuni a firelor nervóse, ci și a desvoltărei unui abces intra-osos. Am cunoscut un funcționar la prefectura de Ilfov în etate de 35 ani, care era afectat de o asemenea osteită nevralgică a femurului la extremitatea sa inferióră. În momentele de crize ce erau excesive, dînsul țipa ca un sêlbatic și trimitea în tóte părțile după medicí.

Iar când în urma unei osteo-mielite individul rămâne cu abces, fistule, exostose etc. trebuie să fim cu multă luare aminte spre a nu lua tóte aceste leziuni drept consecințe ale tuberculosei, precum se făcea mai nainte.

Diagnosticul cel mai important în asemenea casuri este de a se stabili dacá asemenea fistulă aședată de ex.: la extremitatea superióră a tibiei este de natură tuberculósă, osteo-mielitică saú sifilitică.

În afară de luarea scrupulosă a antecedentelor și a stărei actuale a bolnavului, care ne va fi de mare folos, vom avea împregnat în mintea noastră următórea lege dată de Charpy, care credem, că nu mai are trebuință de nici-un comentar, ea însăși fiind capabilă în majoritatea casurilor a rezolva chestiunile cele mai dificile. Iat-o :

Tuberculul ȃce acest autor nu se învoesce nici cu organele bogat vaseulare, nici cu cele prea sárace. El se menține între extreme. El prosperéză pe terenurile medii, mai mult slabe, pe organele cu activitate micșorată, cu o circulațiune mai leneșă. Ast-fel la plămân el începe prin virf mai puțin ematosat ca basa.

Acéstă preferință a tuberculului pentru terenurile medii, se găsește și în óse. El apare nu în țesutul compact al diafiselor, ce sunt slab irigate, precum nici în regiunea riguros juxta epifisară, unde circulația e din contra activă, și care este locul de predilecție al stafilococului piogenus aureus. Sediul sêú de predilecțiune este în țesutul spongios al óselor scurte și epifisele óselor lungi ale membrelor, acolo unde circulațiunea nu este nici atât de slabă ca în diafise dar nici așa de activă ca în bulb.

Conclusiunea decí va fi că, dându-se un traect fistulos, cu cât a-

cesta va fi mai apropiat de articulație, pe atât probabilitatea este că aparține tuberculosei; și din contră, acest traect aflându-se pe diafisa osului, va aparține leziunilor sifilitice. Fistula consecutivă unei osteo-mielite, va avea sediul său clasic între diafisă și epifisă adică în nivelul cartilagiului de conjugațiune.

Dar noi am arătat că grație unei creșteri subite a óselor, cicatricele ca și traectele fistuloase suferă o schimbare de loc foarte mare, așa în cât le găsim mult mai departe de locul primitiv și anume pe mijlocul diafisei osului și chiar mai jos.

În asemenea cas, leziunile pot fi luate drept consecința unui sifilis ereditar tardiv, fiind vorba de copii tineri sau adolescenți. Aci iarăși trebuie bine luată anamnesa bolnavului. Vom căuta a ne convinge dacă nu ne aflăm în fața unei osteo-mielite prelungite, ale cărei consecințe se pot vedea chiar după 10—20 și 30 de ani. În orî-ce cas noi vom ști că în special sifilisul ereditar tardiv, are o triadă ce formeză pecetia patognomonică a acestei afecțiuni, triadă descoperită de Hutcinson și care a rămas clasică. În sifilisul ereditar tardiv, dacă nu reunite, vom găsi cel puțin una din manifestațiunile sale, care sunt *surditatea*, *keratita intersticală* și *alterațiunea dinților* reprezentată prin creneluri, microdontism, etc., etc. Pe lângă acesta, exostosele sifilitice ale gambei nu vor fi întinse și aprópe uniforme ca într'o osteo-mielită. Ele vor ocupa în special cresta tibiei, ele vor fi în număr mai mare și separate între dínsele prin spațiuri libere.

În fine, mai trebuie să ne gândim la dezvoltarea unei osteo-mielite de o dată (d'emblée). Acesta după observațiunile lui Trelat se dezvoltă fără nici-un fenomen precursoriu și nici fiind consecința unei osteo-mielite acute supurate. Aci bolnavul oferă o creștere voluminósă a osului, însoțită de dureri mai mult sau mai puțin violente. Adesea constatăm la asemenea indiviđi fracturi spontanate, cari nu sunt de cât deslipiri de epifise, dar cari adesea a fost luate drept osteo-sarcom, sau leziuni tuberculóse ale óselor.

Mai avem încă un mijloc pentru ^tstabilirea diagnosticului. Acesta este examenul direct prin întroducerea în traectele fistuloase a unui stilet. Cine are practica lucrului, după senzație ce-î procură sunetul în rezistența ce întimpină stiletul în această explorare, póte precisa felul leziunei. În tuberculosa osósă, stiletul va străbate cu multă înlesnire și fără a produce nici un sgomot. În osteita simplă inflamatorie, rezistența va fi cea mai mare, căci stiletul nu póte progresa ușor. Într'o osteo-mielită vom avea măsura medie: vom străbate în anume puncte fóre ușor, iar în altele cu multă greutate. Lucrul se explică, de óre ce în osteo-mie-

lită avem fenomene proprii inflamației distructive și formative. Acolo unde vom da de osteita rarefiantă, vom intra cu cea mai mare ușurință și fără nici un șgomot, afară de o părăitură rezultată din ruperea trabeculelor osoase subțiate și degenerate; dincolo însă unde osteita va fi condensată, străbaterea nu va fi ușoară, iar șgomotul produs va fi caracteristic, dând un sunet sec, dar clar. Iar când prin operație, sau în mod spontan aceste sequestre se estrag sau se elimină, atunci, numai privindu-le putem de odată specifica, arătând proveniența fie-căruia.

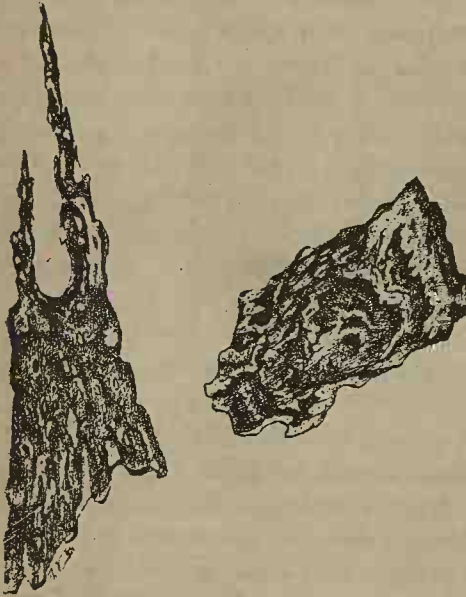


Fig. 169.

Modele de sequestre în formă gotică provocate de osteo-mielita acută.
(personală)



Fig. 170.

(prof. Dr. Romniceanu).

În adevăr, nu există absolut nici o afecțiune care să ne dea acele sequestre lucgi și subțiri și cu forma gotică, de cât osteo-mielita. Tuberculosa ne va da sequestre mici, friabile și cu o mulțime de orificiuri, dând un aspect osului ca și cum ar fi vermănos. În inflamațiile traumatiche acute, sequestrul va fi iarăși voluminos și tare, dar nu va avea acea formă clasică ca în osteo-mielită.

Tóte aceste tipuri fórtre importante în clinică se explic ușor, grație acțiunii fie-căruu proces, care le dă nascre. În adevăr, alt-fel lucrăză bacilul tuberhulosei asupra óselor, altfel acela al osteo-mielitei și cu to-



Fig. 171. — Secuestre tuberculóse (prof. Dr. Romniceanu.)

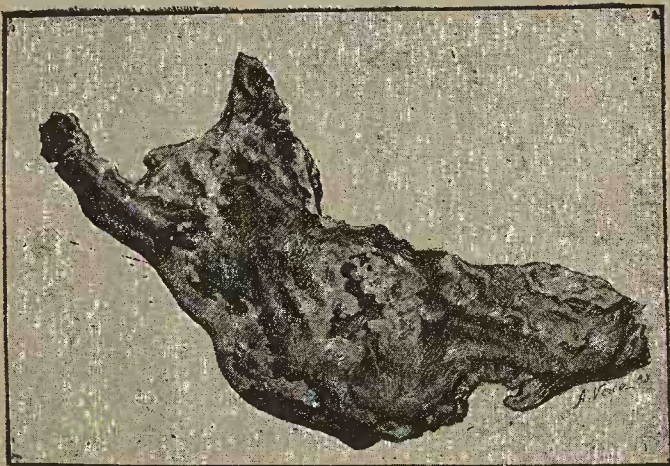


Fig. 172. — Secuestru prin inflamație acută. Ramura maxilarului inferior necrozată în urma unui flegmon provocat de scóțerea unei măsele (personală).

tul deosebit inflamația traumatică. Dar acest mecanism ne este deja cunoscut din studiile precedente. Mă mărginesc a reprezenta aceste diferite leziuni prin fig. 169, 170, 171 și 172, pe cari le găesc destul de elocvente și demonstrative.

Prognosticul. Osteo-mielita este o afecțiune gravă, căci dinsa poate nu numai să producă diferite diformități, dar să ridice chiar viața bolnavului.

Osteo-mielita are încă o gravitate specială chiar atunci când fenomenele generale au dispărut și individul ni se pare scutit de orîce primejdie. În adevăr, el poate rămâne cu dureri mai mult sau mai puțin vagi în membre. Aceste dureri în loc d'a descesce devin din ce în ce mai intense și încep a îngriji pe bolnav și pe cei ce îl înconjură. Dar aceste dureri, luând caractere diferite de intermitență încep a deveni intolerabile pentru bolnav. Atunci fiind forțați de a interveni, cu surprindere constatăm că plângerile bolnavului erau justificate, prin faptul găsirei în centrul osului a unor abcese de un volum mai mult sau mai puțin mare, abcese ce dursă de 20-30 ani.

Vedem dar că osteo-mielita, care începe în copilărie, poate să lase urme după sine, ale cărei efecte se resimt până la adânci bătrânețe, urmărind pe bolnav totă viața sa. Casurile cele mai desesperate sunt când bolnavul nu posedă de cât un mic traect fistulos, pe un punct al scheletului. Acest traect însă cu tôte îngrijirile, nu se închide nici-o-dată primitiv. Tocmai în momentul când vindecarea se crede obținută el se complică din nou de procese inflamatorii, de dureri violente, etc., etc., cari iarăși trecënd, pentru ca după un timp ore-care să reapară, amărasce zilele bolnavului făcëndu-î viața insuportabilă.

Kirmisson spune că a operat pe un bătrân ale căruî leziuni osose dursă mai mult de 50 ani. Un bolnav a lui Gerdy în timp de 22 ani a avut 7 crize durerose. Iar Ollier a trepanat pe un bătrân, care avusese cu 62 ani înainte primul atac de osteo-mielită pe tibia, în care se formase o cavitate ce conținea un secestru.

Ca un exemplu de consecințele osteo-mielitei cronice dăm în câteva cuvinte următórca observațiune a unui tîner numit Gheorghe Buhai, de 18 ani, care a intrat în serviciul nostru la 11 Decembrie 1893. Acest individ ne spune că cu șase ani înainte umblând totă ziua cu carul cu boi și fiind cu totul ostenit s'a culcat afară. A doua zi a fost coprins de un mare frison însoțindu-se de dureri violente la gătul piciorului drept întinșându-se până la genuchiu. Fiind în imposibilitate d'a mai umbla, a fost silit să stea în pat, când a observat că întregul membru se tumefiază. După cât-va timp intră în spitalul din Vidra, unde nu i s'a aplicat de cât numai câte-va pansamente fără nici o altă intervențiune. Exa-

minat de noi constatăm, că gamba dreaptă e mai lungă ca cea stângă cu 4 c. m. Dînsa presintă o convexitate anterioară pronunțată și e tumefăată până în dreptul articulațiunei tibio-tarsiene. Dar atît această articulațiune cât și a genuchiului sunt libere. Pe fața antero-externă a gambei pe o întindere de 12 c. m. pielea presintă o culóre de șuncă afumată, proprie inflamațiunilor cronice. Dînsa împreună cu țesutul celular și mușchiî sunt aderenți de os. Dacă exercităm o presiune pe crésta tibiei, bolnavul e coprins de dureri violente. În această regiune observăm mai multe traecte fistuloase între care doué mai principale, fiind fórte largi și adânci. Prin aceste orificiuri se vîd cu ochii liberi proeminând doué secuestre de os necrosat, de a colorațiune négră, cu mărgini fórte ascuțite semănând cu nisce figuri gotice.

Acest bolnav a fost operat în ziua de 21 Ianuarie 1894. Am practicat necrotomia după tóte regulele clasice. Am făcut o incisiune pe crésta tibiei și cu rugina am deslipit-o de tóte părțile moî, de o parte și de alta a osului. La cele doué extremități unde osul părea să-nătos s'a făcut osteotomia lineară după metoda lui Mac Ewen, ridicând du-se o porțiune din osul tibia în lungime de 12 c. m.

Figura 137 represintă în mărime naturală acest secuestru, care este un exemplu din cele mai clasice de efectul ce póte da o osteo-mielită cronică. Pe fața sa anterioară se observă un larg orificiî, unde apare în fundul seî un secuestru cu mărginile ascuțite și de diferite mărimi. Tóată suprafața acestui secuestru este de o colorațiune négră ca a tăciunelui, provenită din contactul prelungit al aerului. Pe restul osului se vîd mai multe orificiî, dintre carî unul mai mare și rotund. Pe fața posterioară se vîd lucruri și mai importante. Peretele acestui os e împărțit în doué: o jumătate internă, formată dintr'un țesut cu totul spongios, rezultatul tipic al unei osteite rarefiante. Acéastă porțiune spongiósă e înconjurată de un țesut gros și compact de un centimetru, care represintă tipul unui osteite compensante condensatrice. În centrul acestui os se află secuestrul propriî și cu desăvîrșire mobil, reprezentând cel mai frumos exemplu de secuestru invaginat. Când mișcăm osul în totalitate, secuestrul sună întocmai ca un clopoțel. În sfîrșit în acest secuestru se vîd diferite tuneluri și foramine despre care deja am vorbit.

Vom termina spunénd că după operație lucrurile s'aî petrecut în mod normal, fundurile aî început să burgeoneze, așa că după o lună de zile excavațiunea rămasă din operație era deja plină. Pentru a se grăbi cicatrizarea pielii s'aî aplicat mai multe grețe Reverdin, după care bolnavul a și ieșit din spital complect vindecăt.

Dar în afară de aceste consecințe, osteo-mielita este încă gravă

prin iperostosele și supurațiunile ce lasă în locul sêu pe anumite organe. Noi am arătat la început că după legea stabilită de Ollier, locul de elecțiune al osteo-mielitei este acolo unde desvoltarea normală a ôselor e asigurată de anumite puncte. Pentru membrul inferior am văzut că aceste puncte sunt concentrice cu articulațiunea genuchiului. Decî osteo-mielita tibică se va stabili în extremitatea sa superiôră, pe când a femurului în extremitatea sa inferiôră. Dar tocmai relativ de femur am voit să insistăm asupra gravității osteo-mielitei în a doua categorie. În adevăr, pe când pentru tibia, abcesele, secuestrele și iperostosele își fac erupțiune la partea sa anterioră, din cauză că aci rezistențele sunt mai mici, osul fiind așezat foarte superficial; pentru femur din contra toate aceste leziuni se manifestă pe fața sa posterioră. Faptul acesta că fața posterioră a osului femoral ce formeză fosa poplitee, este locul de predilecție al acumulărei puroiului, secuestrelor, etc. din osteo-mielită, se explică după Vogt în modul următor: Intre cele două ramuri de bifurcațiune a liniei aspre, există un țesut celular abundent, dar subțire, bogat în vase și liber de prezența orî-cărui tendon, sau inserțiunii aponevrotice. Decî pe de o parte existența acestui țesut celular lax, ușor de deslipit și fără nici un organ propriu de a servi ca barieră, iar pe de altă parte influența declivității acestei regiuni, explică în destul cum acest punct devine locul de elecție al manifestărilor tuturor leziunilor de osteo-mielită. De aceia în această regiune se găsesc abcesele, largile denudațiuni osose, secuestrele, traectele fistuloase, etc., etc.

Dar din această localizațiune a iperostoselelor și colecțiunilor purulente la fața posterioră a genuchiului, rezultă consecințe destul de grave, unele fiind chiar mortale.

În adevăr, vasele poplitee și în special vena, suferă compresiuni destul de pronunțate, pentru a provoca un edem total al gambei și al piciorului. Alte dăți fenomenele se manifestă prin dureri, une-orî atroce, provenite iarăși prin compresiunea sciaticului sau a ramurilor sale, etc. Dar rezultatul cel mai periculos și mai tot-d'una fatal, constă în ulcerațiunea chiar a arterei poplitee.

Găsim în Kirmisson mai multe observațiuni relative la această teribilă complicațiune. În 1882 Humbert comunică societăței de chirurgie casul unui copil de 13 ani și jumătate, care în cursul unei osteo-mielite a extremităței inferiôre a femurului, a sucombat de o emoragie fulgerătoare, determinată de ulcerațiunea arterei poplitee, ce fu constatată la autopsie.

Bully comunică și el casul unui om, de 30 ani, care purtând leziunile unei osteo-mielite a extremităței inferiôre a femurului de la etate de 16 ani, a murit iarăși de o emoragie a arterei poplitee, de și

se practicase legătura acestui vas în dreptul vârfului triunghiului lui Scarpa.

Terillon dă și el un caz cu aceeași terminațiune, a unui individ de 24 ani, la care osteo-mielita extremității inferioare a femurului exista de la etate de 18 luni. În sfârșit Monod face un memoriu asupra acestei

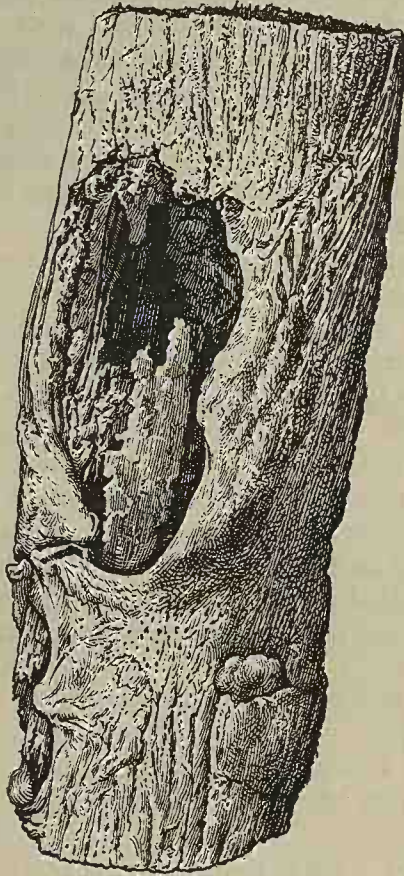


Fig. 173. — Tip de necroză invaginată. Osteită condensantă consecutivă osteo-mielitei acute. Secuestru în mărime naturală (personală).

chestiuni, arătând alte șase cazuri, între cari acela al unui individ de 28 ani, la care osteo-mielita a extremității inferioare a femurului data de la etatea de 13 ani. Bolnavul a sucombat iarăși în urma unei emoragii, determinată printr'o ulceratiune a arterei poplitee.

Osteo-mielita este încă gravă și atunci când simultaneu cu infecțiunea generală primitivă, se adaugă și prezența unui alt microb. Ast-fel

Kraske a arătat că amestecul mai multor microbi, imprimă bólei un caracter excesiv de grav și chiar mortal. Acest autor a arătat că asociațiunea stafilococului și a streptococului dă o formă diterită și în general mult mai gravă de osteomielită, ca aceia cauzată prin prezența numai a stafilococului.

În fine, gravitatea osteo-mielitei în afară de supurațiunile, secues-trele și iperostosele ce am arătat, mai rezultă și de acolo că fenomenele de intoxicațiune generală de și dispărute, organismul însă rămâne împregnat cu acești microbi, cari stau ascunși în diferite organe. Acesta constituie ceia-ce se numesce microbism latent, dar ale cărui consecințe sunt foarte seriose. În adevăr, organismul aflat continuă sub influența acțiunei vătămătoare a acestor agenți patogeni, slăbesce în puterea sa; el cu timpul numai poate rezista, așa că la cea mai mică ocaziune microbii aflați în sânul său în stare de adormire, se redesteptă din când în când, dând nascere acelorași fenomene primitive pe care le-am văzut. Ei formază pentru organism o scântee care încă nefind stinsă, poate provoca incendiul cel mai teribil la suflarea celui mai ușor vânt. Organele splahnice unde acești microbi rămân ascunși, pot fi cordul, ficatul, plămânii, rinichii, etc.

Aci dinșii intrând încet și pe nesimțite, determină leziuni profunde. Acestea în momentul recrudescenței, luând o dezvoltare prea mare, aduc repede mórtea individului, al cărui organism găsindu-se într'o stare de inferioritate nu poate lupta contra lor. Adesea rămânem surprinși când întreprindând o operațiune pe un osteo-mielitic vechi, vedem bolnavul murind în scurtă vreme. La autopsie, mórtea ni se explică prin alterarea profundă a rinichilor. De aceia nisce asemenea bolnavi trebuesc bine examinați dacă urinele lor nu conțin albumină, zahăr și alte produse patologice.

Ca confirmare a celor șise terminăm arătând diferite observațiuni ale autorilor ; ele sunt relative la consecințele funeste ce osteo-mielita lasă în organism.

Ast-fel Giraldes a arătat casurii de pericardită. Mayor a văzut o endocardită ulcerosă. Campenon o endocardită vegetantă. Benoit indică degenerescența rinichilor și a ficatului, iar Monnet insistă foarte mult asupra nefritei de origină osteo-mielitică.

Tratamentul. Cel mai bun lucru este a căuta prin toate mijlocele să prevenim această bólă. Dându-se perióda critică prin care trec copii începând de la etatea de 7—17 ani, periódă în care se efectuează creșterea și dezvoltarea sistemului osos, trebuie să fim cu multă atențiune a-și sustrage de la or-ce surmenaj fisic sau intelectual. Vom avea atențiunea foarte mult fixată asupra obiceiurilor moderne de a supune pe copii la

gimnastică, la un mers prelungit și mai cu deosebire vom interzice nenorocita modă a velocipedelor. Iar când bóla deja a izbucnit, ne vom conforma după diferitele forme ce deja am descris.

Având a face cu o simplă creștere cu sau fără febră, și unde bóla constă mai mult în dureri situate în schelet, vom căuta a combate pe de o parte fenomenele generale, dând antiseptice la interior și în special salol, iar pe de alta vom pune pe bolnav într'un repaus absolut. Vom căuta în acelaș timp a calma durerile prin bromur la interior și aplicațiunii locale de unguent cinereu, or diferite balsame tranquile.

Punctele de foc puse *loco dolenti* vor fi de mare folos. După ce bóla a trecut períoda acésta, vom căuta dacă e posibil a procura individului un aer curat, alimentație suficientă și bogată, și mai ales expunerea bolnavului pe marginea mării, în locuri muntoase, etc.

Rolul chirurgului, rol care singurul e capabil de a scăpa viața individului, constă în a sci să descopere existența puroiului, în cazul de osteo-mielită acută flegmonosă.

În punctul dureros, în locul unde membrul presintă o tumefacție mai mare, nu vom esita un moment a face o largă incisiune. Chassaignac se mărginea la o simplă inciziune a periostului. De sigur, dacă din norocire am avea a face cu acéastă formă benignă de osteo-mielită, numită sub-periostică, conduita lui Chassaignac póte fi suficientă. În cazul însă când prin acéastă inciziune nu descoperim puroiul, nu trebuie să ne oprim aci. Vom examina cu atențiune suprafața osului și vom explora din nou. Adesea vom găsi mică puncte răspândite ici colea, prin cari nu rare-oră vom vedea transudând picături de puroiul. Dar în afară de acéastă simplă colorațiune roșietică a osului, dînsul va fi și mai mărit de volum; acésta ne va arăta că ne găsim în fața unei osteo-mielite centrale.

În asemenea cas, un moment nu trebuie să fim la îndoială de a face trepanația osului, aplicând o corónă de trepan.

Ollier, tratând acéastă chestiune, recomandă următoarea conduită cu totul magistrală. La început, ȳice el, ne putem mulțumi de largă debri-dări periostice; dar nu trebuie să esităm d'a merge până la măduvă, dacă infiltrațiunea țesutului spongios și aspectul cenușiul, mat, nevascular al țesutului compact scăldat în puroiul, indică necrosa diafisei. Vom găsi atunci puroiul în canalul medular; eșirea acestui puroiul va fi singurul mijloc de a face să înceteze fenomenele infecțioase și a preveni o necrosă mai întinsă.

Lannelongue, și cu dînsul toți autorii sunt de acord, că în cazul unei osteo-mielite manifeste să recurgem d'a dreptul la trepanațiunea osului în regiunea bulbosă. Și chiar dacă la prima intervenire nu am găsit puroiul, să nu ne descurajăm, ci să aplicăm imediat mai jos sau

mai sus, după indicațiunii, alte coróne de trepan, când de sigur vom descoperi puroiul. Vom face apoi largi spălături antiseptice. Să nu ne temem a drena chiar canalul medular al osului, introducând tuburi de drenaj prin orificiile făcute, pentru a putea mai cu înlesnire antiseptisa măduva infectată. Metóda acésta de drenare nu oferă nici o gravitate.

Mie personal mi-a dat cele mai frumoase rezultate, mai ales în resecțiunea genunchiului, unde vom arăta procedeul.

Conduita acésta de a ne adresa direct rēului, e mult mai superióră și relativ mai benignă de cât a înțérprinde amputația membrului, precum aũ emis părerea unii autori.

Dacă ne aflăm în fața fenomenelor de osteo-mielită prelungită, caracterisate prin dureri violente în óse, vom recurge la aceeaș metóda, adică la incisiunea sub-periostică și la rigóre chiar trepanarea canalului medular.

În fine, faptul fiind deja îndeplinit, avēnd adică a face cu necrose întinse ale óselor, precum a fost cazul deja relatat de noi, nu ne rămâne decât a proceda imediat la operațiunea radicală, practicând resecția întregēi porțiunii necrosate.

Acelaș lucru vom face dacă bóla s'a terminat printr'o iperostosă, saũ exostosă, care ar fi însoțită de dureri violente. Contra lor nu putem remedia mai bine, de cât ridicând acéstă proeminență osósă.

În sfârșit, relativ la deformațiunile ce determină osteo-mielita, vom interveni contra lor iarăși prin resecțiunii, bine înțeleș însă numai atunci, când acestea vor fi prea disgrătióse, saũ vor împedica funcțiunea regulată a membrului.

Tóte aceste operațiuni, dacă lucrul e posibil, le vom face determinând prealabil ischemia membrului prin aplicarea bandēi lui Esmark. Numai ast-fel câmpul operator nefiind inundat de sânge, vom preveni infecțiunea și vom putea lucra mai în cunoscintă de cauză.

Terminând, insistăm din nou că osteo-mielita nu trebuie atinsă cu cuțitul, mai nainte de a se fi examinat cu multă atenție organele splash-nice și în special rinichiĩ bolnavului.

CHESTIONAR.

Definițiunea gambei. Traumatisme. Caractere. Epanșamentele seróse. Lovitura de biciũ. Tumorile gambei. Tumorile osóse. Caractere. Aneurisme. Caractere. Diviziune. Aneurismele traumatice. Flegmónele gambei. Pag. 430-433

Deviațiuniĩ óselor gambei. Genũchjũ vãlg. Definiția. Caractere.

- Teoria mecanică. Teoria musculară a lui Duchenne. Teoria ligamentosă a lui Guérin, Malgaigne, Billroth și Stromayer. Teoria ososă rachitică a lui Mac Ewen și Miculicz. Probe. » 433-435
- Simptomele genuchiului valg. Simptome fizice și funcționale. Măsurarea unghiului genuchiului valg și a depărtării maleolelor. Disparițiunea diformității în momentul flexiunei. Caracterul durerii în genuchiul valg. Diagnosticul între genuchiul valg rachitic și osteitic. Tratatamentul mecanic și chirurgical. Principiul. Osteotomia cuneiformă, liniară, operațiunea lui Billroth, Anandale și Ogston. Genuchiu varus, genuchiu recurbat » 435-440
- Osteo-mielita gambei. Considerațiuni. Diviziune. Forma benignă și malignă. Varietăți. Caractere. Osteita de creștere fără febră, cu febră și insidiasă. Etiologia. Opinia lui Gosselin prin otrăvire autohtonă locală. Teoria infecțiunei generale. Evoluțiunea acestor forme. Caractere. Diagnostic diferențial. » 440-446
- Osteo-mielită acută supurată. Evoluțiune. Caractere. Mecanism. Pasteur, Mac Schüller, Krause. Experimentele lui Jabouley și Rodet. Microbul specific al osteo-mielitei. Opinia autorului. Anatomia patologică. Leziunile periostului, osului și ale măduvei. Evoluțiunea. Consecințe clinice. Diferite necroze: parcelare superficială, totală, cilindrică și anulară. » 446-457
- Diagnosticul. Caracterele. Legea lui Charpy. Exemple. Prognosticul. Factori agravanți. Tratatamentul medical și chirurgical. Trepanația » 457-468

CAP. V.

Fracturile gambei.

Se înțelege prin fractura gambei o soluțiune de continuitate în totă grosimea ambelor oșe ce constituie acest organ.

Acastă rupere se produce, fie simultanat în momentul accidentului, sau succesiv. Ast-fel ar fi cazul când un individ fracturându-și numai tibia, încercă să se ridice și să umble; dar în momentul când a făcut primul pas cade din nou; peroneul se rupe, iar fractura devine completă.

Fracturile gambei sunt produse prin cauză directă și indirectă. Primele nu au o importanță prea mare din punctul de vedere teoretic. Mecanismul lor e ușor de înțeles și nu are trebuință de nici-o explicațiune. Într'adevăr, o lovitură de cal, trecerea unei rôte, căderea unei pietre sau ori-ce alt corp greu, etc., va fractura gamba just în punctul aplicărei acestor diferiți corpi. Unul sau ambele oșe ale gambei vor fi simultaneu rupte și mai tot-d'a-una în același nivel. Distrugerile vor fi în raport cu gradul violenței. Asemenea fracturi mai adesea sunt comitative și foarte rar transversale. Ele se însoțesc nu numai de sdrobirea oșelor, de contusiuni forți a meselor musculare, dar și de ruperea tegu-

mentelor, cari puind focarul fracturii în contact cu aerul exterior, forméază tipul fracturilor complicate.

Dar fracturile directe ale gambei nu aũ preocupat mult pe chirurgi precum aũ fost cele indirecte, al cãror mecanism e mult mãi subtil. Mãi nainte însã de a trece la acest capitol, trebuie sã menționãm întrebarea ce s'a pus, pentru a se fixa adevãratul înțeles ce trebuie dat unei fracturii a gambei.

În termenii generali, prin fractura gambei se înțelege, dupã cum deja am spus, fractura ambelor óse ce constituie gamba, adicã tibia și peroneul. Astã-đi însã se susține cã acest mod de a vedea nu e just, cãci de aci ar resulta cã fractura extremitãței superioare a tibiei, în special a platoului tibial, care în general nu e însoțitã de ruperea peroneului, nu ar intra în fracturile gambei; din contra, fractura ambelor maleole, ar forma o fracturã a gambei.

Autorii nu mãi primesc acest mod de a vedea, ci considerã ca fracturã a gambei, ruperea osului care transmite în mod normal greutatea corpului la scheletul piciorului.

Și de óre-ce acéstã transmisiune începe de la platoul tibial pãnã la interlinia articularã a piciorului, orĩ-ce soluție de continuitate între aceste limite, se considerã ca fracturã a gambei.

Dar reflectând mãi mult asupra acestui punct, vedem cã fractura ambelor maleole, ca și fractura peroneului în totalitatea sa, nu intrã în fracturile gambei, cãci prin ele nu se transmite greutatea corpului la articulația piciorului.

Cu alte cuvinte, numai tibia când e fracturată pe orĩ-ce punct al suprafeței sale—afarã de maleola internã, forméază prin ea însãși o fracturã a gambei, fãrã sã aibã trebuință ca și peroneul sã fie rupt. Usul însã a fãcut cã și astãđi se considerã ca fracturã complectã a gambei, soluția de continuitate a ambelor óse, fie în același nivel sau la puncte diferite. Treceam acum la :

Fracturile indirecte ale gambei.

Ele recunosc douë mecanisme principale : flexiunea și torsiunea.

Fracturile prin flexiune se pot produce în orĩ-ce punct a suprafeței óselor, în special a tibiei. Ele resultã în general dintr'o cãdere de la un loc înalt pe talpa piciorului. Atunci osul se gãsesce prins între douë puteri : solul care rezistã, și greutatea corpului care împinge, care apasã. Forțat de acești doi factori, osul va trebui sã se îndoiascã și decĩ sã cedeze într'un punct óre-care. Vom arãta imediat acest punct de elecție.

Maî există un alt mod de fractură prin flexiune, de exemplu: când individul cade de la o înălțime óre-care și gamba e prinsă într'un scripet, scară, etc. In acest cas, grație greutateî corpului, osul va trebui să se flexeze; dar acéști îndoitură nu se obține de cât pe socotéla unei fracturî.

Mecanismul acesta numit *prin flexiune directă* e ușor de înțeles, iar fractura se va produce just în punctul coprins între putere și rezistență. Fenomenul este analog cu ceia-ce se petrece când apucând cu ambele mâini o vergea de lemn, o putem rupe în orî-ce punct am voi, flexând-o forțat pe genuchiî.

Tot ast-fel va fi și cu fractura gambei: dinsa se va rupe orî în ce punct se va exercita o flexiune forțată.

Tillaux, prin experiențe cadaverice, a probat până la evidență acest lucru. Dînsul aplică și fixează tibia pe o masă; lasă însă o porțiune din os liberă în aer. Atunci el a putut să determine fracturî prin aplicare de greutateî în or ce punct a voit. Fractura tot-d'a-una s'a produs în punctul de sprijin aflat între putere și rezistență. Aceste fracturî se numesc *prin flexiune exagerată pe un punct de sprijin*. Din contra, în momentul unei căderi pe picior ce rămâne fix, iar corpul în virtutea inerției proectându-se înainte, fractura se rupe *prin flexiune liberă, adică fără punct de sprijin*.

De și gamba se pôte fractura prin flexiune în or ce punct, maî ales când se adaogă un punct de sprijin, nu e tot ast-fel cu cele prin flexiunea liberă. Aci s'a admis în mod clasic trei anumite locuri principale: **fractura extremităței superioरे, fractura părței de mijloc și fractura extremităței inferioरे.**

Fracturile extremităței superioरे coprind totă porțiunea tibiei așezată d'asupra găurei sale nutritive. Acéști gaură se află pe fața posterioară a osului, cam la patru degete sub tuberositatea anterioră a tibiei.

Unî autorî, admit producerea acestor fracturî în urma unor căderi dintr'un loc înalt; noi însă le respingem, căci aci nu maî e vorba de fracturî prin flexiune, ci prin adevărată sdrobire.

Trebuie dar ca pe lângă o asemenea cădere, să se unescă și o propulsiune a corpului înapoi, saũ și maî bine încă, flexiunea gambei pe cósă. Numai ast-fel se pôte explica fracturile aședate la partea cea maî superioară, în grosimea condililor saũ a platoului tibial. E probabil că în asemenea casurî, gamba fiind fórte mult îdoită, ligamentele genuchiului găsindu-se întinse la exces, smulg fie o parte din suprafața osului, fie platoul tibial, saũ tuberositatea anterioră a tibiei prin acțiunea ligamentului rotulian. In perióda de adolescență, maî nainte de osificarea

complectă a óselor, fracturile prin acest mecanism produc mai ales deslipirea epifisei de diafisă (veđi osteo-mielita). Punctul principal în acest fel de fracturî este cã linia de fracturã e tot-d'a-una transversalã. Este adevãrat cã Malgaigne a susținut și a demonstrat pânã la evidențã, cã faptul nu era exact, de óre-ce linia de fracturã în loc de a fi cu totul transversalã și netedã, formând tipul fracturei numitã *en rave*, dînsa din contra mai tot-d'a-una presintã neregularitãți fõrte pronunțate. Totuși



Fig. 174. — Fracturã oblicã a gambei luatã prin radiografie (personalã).

acestã observațiune a lui Malgaigne constituie un detaliu de o subtilitate prea mare. În adevãr, orî-care ar fi micile eschile și dințãturi, caracterul general al liniei de fracturã de a fi transversal nu se schimbã întru nimic. Rãmãne decî stabilit cã aceste fracturî în general sunt transversale, sau pentru a împãca și pe Malgaigne, le-am putea numi transversalo-dințate.

Fracturile părții de mijloc a gambei sau fracturile corpului or diafizei osului. Acestea sunt coprinse în spațiul aflat de la gaura nutritivă, până la patru laturi de deget d'asupra interliniei articulației piciorului adică tibio-tarsienă.

În aceste fracturi se observă o anumită particularitate, care constă în aceea că: fragmentul superior în loc de a fi transversal, prezintă o pierdere de substanță oblică, dirijată de sus în jos și de dinapozi înainte. De aci rezultă că vârful său ia o formă ascuțită, apropiindu-se de un condei de scris. Dinsă formeză tipul clasic cunoscut sub numele de *fractură oblică sau în mustuc de clarinet.*

În această fractură oblică simplă, fragmentul superior, poate ușor să alunece pe fragmentul inferior pe care înainteză, făcând proeminență sub tegumente, grație impulsiei determinată de greutatea corpului.


Fig. 174 ne dă un model de această fractură.

Fracturile extremității inferioare ale gambei își au sediul după Richet în spațiul coprinș între interlinia articulației tibio-tarsiene și altă linie fictivă situată la patru laturi de deget d'asupra articulației. Ele recunosc aceleași cauze ca și cele precedente. Deci ele sunt directe, indirecte, prin flexiuni sau chiar prin contracțiuni musculare. Ast-fel se citează un caz al lui Agnew, că un individ alunecând pe o cójă de portocală, voind să-și ție echilibrul, și-a produs o fractură a tibiei și a peroneului cu câte-va centimetri d'asupra articulației piciorului. Hamilton spune că a văzut de opt ori fractura óselor gambei prin singura contracțiune musculară. Aceste fracturi prezintă ca importanță că, fiind aproape de articulație, linia de fractură se poate prelungi străbătând în articulație. Alte dăți, în momentul unei căderi de la un loc înalt, ele se pot complica de fractura sau chiar zdrobirea astragalului.

Pe lângă acestea, ambele maleole adesea sunt și ele fracturate, iar cu dînselē, producându-se și smulgerea ligamentelor articulației, prognosticul devine foarte serios.

Pentru a termina cu fracturile gambei, trebuie să ne oprim puțin asupra celei de a treia varietăți, numită *fractura spiroidă a lui Gerdy, sau fractura în V a lui Gosselin.* Această fractură își are sediul stabil la unirea terțului mediu cu cel inferior și a nume în punctul unde diafiza osului tibial încetând de a fi prismatică și triangulară, devine cilindrică.

Caracterul său anatomo-patologic constă în aceea că, atât fragmentul superior cât și cel inferior sunt ast-fel tăiate, în cât reprezintă ambele forma unui V. Sediul acestei linii de fractură se află tot-d'a-una pe fața antero internă a tibiei, iar nu pe crista sa. Mai mult încă,

fragmentul inferior având acest V cu vârful în jos, prinesce în deschiderea rămurilor sale vârful lui V al fragmentului superior. 

De la vârful lui V al fragmentului inferior plăcă o linie în formă de spirală. Dînsa înconjurând fața internă a tibiei merge până în interiorul articulației tibio tarsiene, unde străbate prin grosimea platoului tibial. De aci se urcă pe fața posterioară a osului, circumscriind un fragment lamelar, triangular. Bazat numai pe acest lucru, Gardy a dat acestei fracturî numele de *fractură spiroidă*. Gosselin însă, luând în considerație forma ce presintă fragmentele, a numit-o *fractură în V* sau *fractură cuneenă*.

Două mari chestiuni s'aũ pus pentru rezolvare în acẽstă fracturã.

I). Pentru ce sediul sãu e just în punctul unde tibia începe a deveni cilindricã ? și al

II). Care-ĩ mecanismul producțiunei acelei linii subțiri spiroidale ?

Rãspunsul la prima chestiune dupã Tillaux și Leriche este urmãtorul. Tibia, care e forțe largã la partea sa superioarã, se strĩmptãzã din în ce mãi mult cãtre quartul inferior, pentru a se lãrgi din noũ în jos. Acest os decĩ ar putea fi considerat ca format din douẽ conurĩ lipite prin vãrfulurile lor.

În adevãr, acești autorĩ mãsurãnd cu precisiune grosimea osului, aũ ajuns la rezultatele urmãtoare: diametrul transversal, imediat de de-subtul tuberositãtel anterioare a tibiei, este la adult în termen mediu de 4 c. m. și 7; la basa maleolelor de 4 c. m. 4, iar la unirea terțului mediu cu cel inferior, care-ĩ punctul cel mãi puțin larg, e de 2 c. m. și 7.

Dar mecanica demonstrã cã într'un corp omogen, rezistența este proporționalã cu diametrele suprafețelor de secțiune. Tibia va oferi prin urmare cea mãi micã rezistență, acolo unde presintă o suprafață mãi micã. Dar acest punct corespunde la unirea terțului sãu mediu cu cel inferior, acolo unde din prismaticã devine cilindricã.

Pe de altã parte Duret a arãtat, cã țesutul spongios al tibiei e format din douẽ sisteme de colone verticale cu totul independente. Aceste douẽ sisteme ocupã, unul cele douẽ terțuri superioare ale osului, iar cel alt terț inferior; punctul slab se gãsece aședat la întãlnirea lor, adicã la unirea terțului inferior cu cel mediu.

Cãt privesce a doua chestiune, adicã mecanismul producerei acelei linii spiroide, sau elicoidalã, dupã cum o numesce Leriche și Tillaux, s'ar produce în modul urmãtor: Dupã Gosselin ea ar proveni din strãbaterea fragmentului superior în cel inferior, primul lucrãnd asupra celui de al doilea în modul unui cuiũ, prin care s'ar produce plesnirea; de aci și numele de fractura cuneenã. Dacã presiunea, ȕicea Gosselin,

se exercită în jurul său mai bine ȃis pe marginea fragmentului inferior, se produce o simplă hașchie; iar dacă presiunea se exercită pe partea centrală a fragmentului, vîrful fragmentului superior străbate în os și-l face să plesnescă.

Dar acest mod de a vedea era o concepțiune pur teoretică, de ȃre-ce nu numai că pe viu e greu de realizat, dar nici chiar prin experiențele cadaverice dînsa nu s'a putut obține. Și nici că se pȃte admite ca un vîrf așă de ascuțit și cu mărginele subțiri, precum a arătat Houel, să determine acea fisură spiroidă sau elicoidă. Dacă chiar presupuind o asemenea străbatere a fragmentului superior în cel inferior, nu s'ar putea produce de cȃt ruperea mărginelor laterale ale lui V inferior, iar nici de cum fisura menționată.

Leriche și Tillaux însă, prin experiențe cu totul demonstrative, au arătat că dacă punem fragmentele în loc și imobilisăm pe cel inferior cu mâna stîngă, iar cu mâna drăptă imprimăm fragmentului superior o mișcare de torsiune, se constată că exercitând pe una din mărginele lui V inferior o presiune laterală, se întredeschide fisura. Acésta este decî cu totul rezultatul manifest a unei presiuni laterale, iar nici de cum a unei presiuni verticale a vîrfului fragmentului superior pe cel inferior, precum susținea Gosselin.

De aci aceșți autori conchid, că acest fel de fractură se produce cȃnd individul fiind în piciȃre, trunchiul încercă o mișcare bruscă de torsiune pe gambă, care e mai mult sau mai puțin imobilisată. Nu e decî că individul își rupe gamba după ce a cȃdut, ci cade după ce gamba s'a rupt; fenomenele se produc cu o rapiditatea așă de mare, că analiza este aprȃpe imposibilă.

Tillaux dă următoarea observațiune: un individ de 31 ani, în momentul cȃnd i s'a pus pe umăr o greutate cȃntărind 100 kilogr., a simțit o trosnitură ce s'a auȃit și de asistenți. Atunci bolnavul s'a aședat jos, soctȃndu-i-se ușor încȃlțăminte. Adus imediat la spital, s'a constatat existența unei fracturi clasice în sediul ordinar.

Mi-aduc aminte că în timpul internatului meũ, a intrat în spital un individ care-și produsese o asemenea fractură în condițiuni fȃrte curioase. Fiind într'o serată dansantă, angajase o Domnișȃră la vals. Așteptȃnd semnalul de a începe, în momentul de plecare ghiata s'a lipit de parchetul ceruit, și în mișcarea ce s'a forțat a face, instantaneũ a simțit o durere vie: se produsese o fractură a terțului inferior al gabei. Casul acesta cred e exemplul cel mai demonstrativ că asemenea fracturi se produc în momentul *de flexiune și torsiune* a corpului, a cȃrei greutate se transmite pe gambă, piciorul fiind bine fixat.

Pentru a termina, vom spune că în tóte aceste fracturî indirecte, peroneul adesea rămâne intact.

În or-ce cas fractura sa nu e nici o dată la acelaş nivel cu fractura tibiei, ci pe un nivel mai superior, rar mai jos, dar fără a fi supus la nici o regulă fixă.

Simptomele fracturilor gambei.

Fie că fractura ocupă unul sau ambele óse ale gambei, fie că dînsa e transversală, oblică, sau în V, clinicesce ele se împart în trei clase. După acéstă diviziune ne vom conduce în stabilirea prognosticului ca şi a tratamentului, fiind cu totul variat şi propriu fie-cărui gen.

Când într'o fractură a gambei, orî-care ar fi varietatea anatomo-patologică, tegumentul extern nu oferă nici-o soluţie de continuitate în nivelul fracturei — prin care acest focar s'ar pune în contact cu aerul se dîce că *fractura este simplă*.

În cazul contrariu, când adică focarul fracturei comunică cu exteriorul graţie distrugerii pielii, *fractura se numesce complicată*.

Mai avem încă o altă varietate specială care constituie *complicaţiuni în fracturi*. Ast-fel o fractură póte să se însoţescă de ruperea unei vene sau artere dând nascere unui enorm epanşament de sânge, de ruperi musculare, de contusiuni şi înţepături în nervi, de o deplasare exagerată a membrului pe care nu o putem reduce, etc., etc. Tóte aceste lucruri constituie tot atâtea complicaţiuni, dând nascere la anevrisme false primitive sau secundare, la gangrena membrului, la paralisii, etc., etc. În asemenea casuri fractura de şi simplă, totuşi îi vom adăuga epitetul uneia sau mai multora din complicaţiunile ce vom constata. Acelaşi lucru vom face şi când fractura va fi complicată. Decî acésta va fi primul nostru punct asupra căruia atenţiunea ne va fi atrasă şi anume, de a ne asigura ce categorie de fractură avem: *simplă, complicată sau cu complicaţiuni?*

Cele-l'alte semne şi simptome sunt proprii ca în orî-ce fractură şi anume: I) *durerea*, II) *deformaţiunea*, III) *împotenţa funcţională*, şi al IV) *crepitatea*.

I). *Durerea* este simptomul cel mai fidel al fracturilor gambei şi care nu lipsesce aprópe nici-o dată.

Noî am arătat în Vol. I, la capitolul Traumatisme în raport cu stările generale, că une-orî durerea nu este în legătură cu întinderea leziunilor. Sunt în adevăr indiviđi numiţi exageratori de durere, carî exprimă sentimentul de durere foarte mari pentru leziuni relativ mici; şi

din contra, indiviđi atenuatori, cari nu exprimă nici-o suferință de și sunt purtători de leziuni importante.

Ast-fel avem artriticii cari țiță îngrozitor, de și nu au suferit de cât o simplă contusiune a gambei; pe când alcoolicii, tabeticii, nu se plâng aprópe de nimic, și cu tóte acestea posedă o fractură complectă a gambei. De aci rezultă că fenomenul durere, de și este un semn inerent fracturilor gambei, trebue însă a lua în considerație starea organismului bolnavului pentru a avea o apreciere justă.

Nu tóte varietățile de fracturi ale gambei oferă același grad de durere. In special, cele transversale sunt măi puțin dureroase de cât cele oblice, iar fracturile în ∇ oferă maximum de durere. Se póte însă, ca un trunchiú nervos, sau chiar o singură fibră să fie comprimată sau prinsă între fragmente. In asemenea casuri fractura cea măi simplă se însotește de durerile cele măi exasperante.

In afară de aceste dureri spontanate, există și o durere provocată de însuși chirurgical. Dinsa tot-d'a-una e constantă. Sediul exact e chiar în nivelul fracturei. Ajungem a o descoperi prin măi multe mijlóce : prin presiune directă în dreptul fracturei, prin apucarea membrului d'asupra și sub sediul fracturei și în fine prin presiune la distanță exercitând o lovitură pe călcăi. In tóte aceste explorări vom da nascere la o durere tot-d'a-una constantă și fixă ocupând linia de fractură.

II). *Deformația*. In fracturile gambei și în special a extremităței superioare inclusiv platoul tibial, de multe ori deformația este nulă, fie că periostul n'a fost distrus, fie că fragmentele s'au angrenat între ele precum se observă în fracturile dințate. In cele-l'alte varietăți însă deformația e fórte pronunțată, formând tipuri adevérat clasice. Ast-fel în fracturile oblice, fragmentul superior, grație secțiunei sale posteriore care e tăiată de sus în jos, de dinapoí înainte și de din afară înăuntru, alunecă cu multă înlesnire pe fragmentul inferior, dirijindu-se înainte, grație propulsiunei ce-í imprimă greutatea corpului. Pe lângă acésta, în urma contractiunei tricepsului, acest fragment deja dirijat înainte are tendință a se ridica în sus. Fragmentul inferior e respins înapoi cu tendința de a se ridica și el în sus prin contractiunea mușchilor posteriori ai gambei, căutând ast-fel a încălica pe congenerul său. Acest fragment inferior, solicitat de greutatea piciorului, va executa în jurul axei sale longitudinale o mișcare de rotațiune, care une-ori se face înăuntru, dar care în general are loc în afară (Le Dentu).

Din acésta cauză va resulta o deformație pronunțată, caracterisată printr'un unghiú deschis înapoi, vírful unghiului format din extremitatea inferioară a fragmentului superior va fi înăuntru și imediat aședat sub piele, unde se va simți fórte ușor. Cu totul excepțional e cazul, că fragmen-

tu inferior să se așeze d'asupra celui superior, formând o încălicare înainte. In ori-ce caz, proeminența acestor fragmente e foarte periculoasă, așa că dacă nu luăm precauțiuni serioase, acest fragment pôte perfora

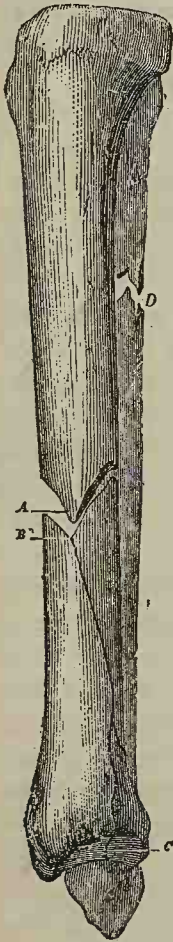


Fig. 175. — Fractura în V a gambei drepte cu fisură spiroidă a tibiei, fața internă. *)

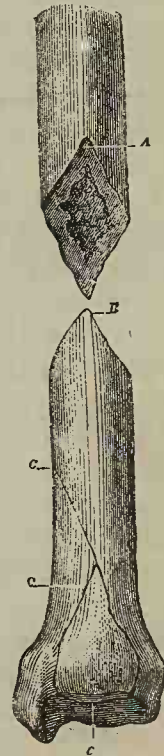


Fig. 176. — Fractura în V a gambei drepte, tibia, fața posterioară.**)

*) A, vârful lui V al fragmaentului superior, vădut prin fața sa internă. B, vârful intrând al lui V al fragmentului inferior și în punctul fisurei. C, psrțiunea articulară a fisurei. D, fractura concomitentă a poroneului.

**) A, vârful intrând al fragmentului superior vădut pe dinapoî. B, vârful ascuțit al fragmentului inferior, vădut pe dinapoî. C, C, C, fisura prelungindu-se până în articulație.

tegumentele, ieșind cu totul în afară și aducând ast-fel una din complicațiunile cele mai serioase. Lucrul acesta se produce mai cu deosebire în momentul accidentului, când individul caută a se scula, după-ce gamba i-a fost fracturată. Ast-fel s'a întâmplat lui Ambroise-Paré, care căpătând o fractură a gambei printr'o lovitură de cal, a avut imprudența să se scôle și să facă un pas; atunci fragmentul superior a perforat pielea ieșind afară chiar prin vestminte.

Iată în scurt cum el însuși descrie acest lucru: «Fusesem chemat într'un sat aprópe de Paris, pentru a visita câțiva bolnavi. Voind să trec o apă și trebuind să silesc calul să intre într'un vapoarăș i-am dat o lovitură pe șold. Animalul stimulat, mi-a rupt cele două óse ale gambei la patru degete d'asupra închieturei piciorului. Primind lovitura și temându-mă ca animalul să nu mă lovască din nou, am mers; dar imediat am căzut pe pământ. Ósele deja fracturate ieșiră afară rupând carnea, ciorapul și cisma. Am simțit o ast-fel de durere cât e posibil omului să rabde.»

Nu tot ast-fel a procedat Percival Pott, care își frânse gamba pe o stradă din Londra. De și timpul era foarte rece, fiind în luna Ianuarie, marele chirurg însă a așteptat cu multă paciență întins pe pavaj, refusând orí-ce ajutor până-ce sosise ómeni speciali. Aceștia improvisând o targă făcută dintr'o ușă cumpărată de însuși rănitul, l'au transportat fără nici-un accident.

În fracturile spiroide saú în ∇ , deplasările fragmentelor și decí deformațiunea membrului este identică cu cele produse de fracturile oblice. Decí e inutil a măi insista.

Tóte aceste deformațiuni nu sunt supuse la nici-o lege fixă, ci depind pe de o parte de violența traumatică iar pe de alta de imbucarea fragmentelor. Dar acéstă imbucare saú angrenare resultă din prezența dințaturilor ce posedă fragmentele. Dințaturile acestea însă nu se produc de cât în fracturile indirecte. Din contra, în fracturile directe focarul e neregulat și cu fragmente multiple; decí nu e posibil fenomenul de penetrare. Putem dar clinicesce să stabilim: că afară de excepțiuni, fracturile indirecte nu dau mari deformări ci numai cele directe. În acestea câte-o-dată extremitatea liberă a membrului rămâne cu totul atárnândă.

În Fig. 175 și 176 luate din Gosselin se arată modele de fracturi în ∇ .

Dar pe lângă aceste deformațiuni, cari sunt proprii óselor gambei, măi putem constata și altele provenind dintr'o revărsare mare de sânge. Acesta răspândindu-se printre țesuturi va determina deformațiuni măi mult saú măi puțin pronunțate.

În fracturile extremităților inferióre și superióre, măi ales ale pla-

tourilor tibiale, articulația genuchiului precum și a piciorului pot să ia o creștere mare de volum, prin introducerea în interiorul cavității lor de o cantitate mai mult sau mai puțin mare de sinovie sau sânge care va mări în același grad deformațiunea gambei deja fracturată.

Aci, bine înțeles, nu vorbim de cât de deformațiunile primitive, căci cele secundare rezultând din lipsa de consolidare, nu au nici-o regulă fixă și nici nu ne vom ocupa de ele.

III). *Impotența funcțională a membrului.* Dacă ambele oase ale gambei sunt fracturate în totalitatea lor, această impotență este cu desăvârșire absolută. Individul nu numai că este în desăvârșită imposibilitate de a face un singur pas, dar fiind așezat în patul său în pozițiune orizontală, nu-i este cu puțință a ridica călcâiul după așternut, fără ca să simță dureri atroce și o îndoitură anormală a gambei. Acastă manoperă care se întrebuița înainte de chirurgi, trebuie cu totul părăsită, fiind foarte periculoasă.

În adevăr, o fractură simplă se poate transforma în complicată, extremitatea fragmentelor să iasă afară putând rupe vase și nervi foarte importanți, lucru ce n'ar fi survenit dacă individul n'ar fi făcut aceste mișcări intempestive.

Dar impotența funcțională poate să lipsescă, și totuși fractura să existe. Ast-fel în fracturile sub-periostice, în cele dințate cu penetrarea fragmentelor, individul poate intru cât-va să umble și a forțiori să ridice membrul în sus, de și e purtător de o fractură. Iar când dintre oasele gambei numai peroneul este fracturat, atunci impotența funcțională este abia apreciabilă.

În vol. I am arătat, la delirul alcoolic, observațiunile ale indivișilor cu fracturi complete ale gambei, cari umblau prin salone, bătându-se unii cu alții.

Relativ la impotența funcțională cu fracturile gambei, găsim următoarele observațiunile date de Packard și cari merită a fi cunoscute.

Un om de 32 ani avea tibia dréptă ruptă, printr'o lovitură de cal, d'asupra părței medie, împreună cu peroneul la terțul inferior. Cu toate acestea dînsul a venit pe jos la spital, puind patru ore pentru acest drum, servindu-se de o cărje, având lungimea unui baston. Gamba era foarte mult îndoită în momentul intrării în spital.

Bryant spune, că a văduț mai mulți răniși mergând cu membrul fracturat imediat după accident. Intr'un cas el a văduț pe un om urcând o întregă scară, pentru a se duce în salon, abia șchiopătând puțin. O femeie a intrat în serviciul meu ȃice aũtorul, pentru o fractură a tibiei și a peroneului, și care umblase o săptămână întregă.

S'aũ vęđut în fine casurĩ în carĩ bolnavĩ cu fractura gambei aũ umblat 12 ęile fãrã nici un accident.

IV). *Crepitația*. Acesta de sigur este semnul cel mãi patognomic al unei fracturĩ, cãci odatã constatat cea mãi micã îndoialã nu pôte sã mãi fie.

În fracturile gambei însã crepitația e tocmai semnul cel mãi greũ de gãsit. În adevěr, numai în casurĩ când fractura ar fi net transversalã, saũ *en raze*, cum o numiaũ ceĩ vechĩ, atunci am putea percepe crepitația, și încã cu multã dificultate. Iar dacã peroneul nu e rupt simultanẽu, dificultatea pôte deveni imposibilitate, cãci peroneul rãmas intact ne va împedeca sã executãm mișcãri între fragmentele osului tibial. În celc-l'alte varietãți de fracturĩ oblice și în cele în ∇ , crepitația e și mãi greũ de obținut, din cauza dispozițiunei fragmentelor, cãci numai imprimãndu-le mișcãri de lateralitate, am putẽ-o percepe. La acestã mãi adãogãm cã în gambã, grație existenței enormelor mese musculare și epanșamentelor de sãnge ce se produc în timpul accidentului, mãresc și mãi mult obstacolele pentru constatarea crepitației.

Diagnosticul. Ca și în orĩ-ce fracturã tot ast.fel și la gambã diagnosticul se bazãzã pe semnele raționale saũ subiective și pe cele fisece saũ obiective.

Semnele raționale saũ subiective sunt cele constatate de însuși bolnavul. Aci intrã trosnitura perceptũ în momentul accidentului, durerea și impotența funcționalã a membrului. Semnele fisece saũ obiective constatate de chirurg, sunt reprezentate prin deformațiune, mobilitate anormalã și crepitație.

Acestea decĩ avẽdu-le în vedere și explorate cu atențiune în mod metodic, ne vor ajuta în stabilirea diagnosticului.

Din cele dẽscrise însã, am vęđut cã unele varietãți de fracturĩ sunt cu desãvãrșire lipsite de or-ce semn rațional saũ fisec, și totuși fractura existã. Ast.fel avem fracturile transversale dințate prin penetrare, precum și ale platoului tibial, în carĩ nu putem descoperi nici un simptom saũ semn, ce ne pôte autorisa a susține cu siguranțã o fracturã, și totuși ea existã. Avem însã și aci douẽ elemente și carĩ ne sunt de cel mãi mare folos: I) *echimosa* și II) *durerea fixã* într'un anume punct.

În fractura extremitãței superioare și în special a platoului tibial, pe care Richet îl comparã cu un lac sanguin din cauza enormeĩ sale vascularitãți, or-ce fracturã se va însoți de o vãrsare enormã de sãnge. Din acestã va resulta o echimosã, care va fi cu atãt mãi întinsã, cu cât emoragia a fost mãi abundantã. Dar importanța acestei echimose constã, cã dĩnsa nu apare imediat dupã accident, dupã cum se întimplã în cazul unei contuziuni, ci mãi târđiũ, minimum dupã 48 ore. Dĩnsa se

întinde din ce în ce mai mult, copleşind nu numai părţile de prin prejur, inclusiv articulaţia genuchiului, dar şi însăşi cóspsa. Dînsa se opresce une-orî tocmai în regiunea lombară. Acéstă echimosă deci, oferindu-ne caracterul propriu echimoselor secundare şi progresive, va fi un argument puternic pentru a susţine o fractură a extremităţii superioare a gambei, întocmai precum basaşi tot pe un asemenea fenomen apărut în regiunea umărului, am fost autorisaţi a susţine fractura gâtului anatomic.

II). Am đis că durerea fixă este iarăşi de mare preţ. În adevăr, cu tótă absenţa mobilităţii şi deformaţiunei, totuşi dacă fractură este, vom constata o durere ce va avea un sediū permanent şi tot-d'a-una în acelaş punct. Când dar, în urma mai multor exploraţiunii minuţioase şi persistente, vom găsi un punct dureros aşedat în acelaş loc, şi după ce am eliminat or-ce altă cauză posibilă de a-l produce (precum contusiunii sinovite, periostite etc.), putem afirma că avem a face cu o fractură. Iar dacă din întîmplare constatăm mobilitatea fragmentelor şi crepitaţia, trebuie să fim cu multă luare aminte a nu lua acest semn drept propriu unei fracturî, căci ele pot resulta din frecările articulare sau ruperea coagulilor sanguini. Asupra caracterelor distinctivă a acestora am vorbit deja la fracturile extremităţii superioare ale umărului.

Diagnosticul fracturilor părţii de mijloc şi a terţului inferior al gambei e mai uşor de stabilit, din cauza deformaţiunilor inerente de carî eie se însoţesc. Profitând de situaţiunea cu totul superficială a tibiei, n'avem de cât să explorăm în mod metodic creasta şi faţa sa internă, când nu vom întârđia a constata o ridicătură anormală, cădënd apoi imediat într'o depresiune. Acest semn unit cu antecedentele bolnavului, de multe orî e suficient a afirma fractura, fără a mai avea trebuinţă de constatarea crepitaţiunei sau a mobilităţii anormale, ca unele ce aduc suferinţi mari bolnavului.

Şi în advăr, ce póte să fie acéstă ridicătură anormală? Ar fi o absurditate a o confunda cu o exostosă banală sau sifilitică, şi deci pentru respectul profesional nu insistăm mai mult. Când dară apucând între degete corpul tibiei, plimbând mâna pe crésta sa anterioră şi posterioră, constatăm o ridicătură ascuţită înainte, aşedată sub piele, dînsa nu póte să fie de cât extremitatea inferioară a fragmentului superior al tibiei fracturate, fragment care, graţie dispoziţiunei feţei sale posterioare, îşi permite a aluneca pe fragmentul inferior şi a face ridicătură sub tegumente, ajutat fiind şi de contracţiunea muşchiului triceps. În acest cas, putem afirma că ne aflăm în faţa unei fracturî oblice a tibiei.

Dar fractura în ∇ cum o diagnosticăm?

Iarăşi prin exploraţiunea metodică a osului. Dar aci, în loc ca fragmentul superior să se termine printr'un vírf ascuţit, aflat pe crésta

tibiei, precum se întâmplă în fracturile oblice, din contră vom constata pe fața antero-internă a osului iarăși un vîrf, dar mărginit de două linii verticale și divergente, apropiind această soluție de continuitate cu forma cunoscută a unii V.

Cu alte cuvinte, în fractura oblică a tibiei, proeminența fragmentului va fi cu totul anterioară, aflându-se pe prelungirea crestei tibiale; în fractura în V, proeminența vîrfului fragmentului superior îl vom constata pe fața internă a tibiei. Vom mai lua în considerație durerile din jurul articulației piciorului, precum și tumefacția acesteia, ele fiind proprii fracturilor spiroide. În fine, din cercetarea antecedentelor încă vom putea deduce aceste fracturi, când vom afla de ex. că individul în momentul accidentului rămânând cu membrul fix, a executat o mișcare de torsiune a corpului, etc.

Ar mai trebui să stabilim diagnosticul fracturei extremității inferioare a gambei, dar acesta o vom face mai cu folos când vom vorbi de fracturile bimaleolare și fractura peroneului.

În definitiv, diagnosticul fracturilor gambei trebuie să răspundă la următoarele chestiuni.

I) Dacă fractura e directă sau indirectă.

II) Dacă e simplă, complicată, sau cu complicațiuni.

III) Sediul fracturei și varietatea, adică dacă fractura ocupă terțul mijlociu, superior sau inferior, și dacă e transversală, dințată, oblică sau în V.

IV). Dacă fractura e cominutivă sau numai cu dublu fragment.

Trebuie în adevăr a se ști că tibia, mai mult ca or-ce-os, are particularitatea de a oferi fracturi cu mai multe fragmente. Ast-fel găsim în Packard o observație a lui Bransby Cooper, unde ambele oase ale gambei stîngi erau fracturate în trei puncte deosebite. Într'un alt caz diafiza tibiei prezenta trei fracturi ușor oblice, așezate la egală distanță una de alta, și mai multe mici fragmente au fost deslipite de os. Existau de asemenea trei fracturi equidistante ale diafizei peroneului, dintre cari cele două superioare erau oblice, iar a treia transversală. În fine se citează un alt caz unde peroneul era fracturat aproape de extremitatea sa superioară, pe când tibia era străbătută în dreptul și dedesubtul părții de mijloc de mai multe fragmente foarte oblice, cari divizau diafiza în patru fragmente. Ele erau foarte solid reunite prin osul așezat între suprafețele opuse și în cavitățile lăsate de unghiurile ascuțite.

V) Dacă în fine, concomitent cu fractura tibiei e și peroneul fracturat în același nivel cu tibia, sau în puncte mai depărtate.

În fine nu va fi fără folos, pentru ca diagnosticul să fie complet, să determinăm scurtarea membrului, care tot-d'a-una există, mai ales în

fracturii oblice și cele în V. Acesta provine din cauza ascensiunii fragmentului inferior, ce imprimă în același timp și piciorului o tendință către equinism.

Prognosticul. În teasă generală, prognosticul fracturilor gambei trebuie tot-d'a-una considerat ca serios.

Fie-care varietate de fractură are un prognostic deosebit. Cele transversale și dințate sunt cele mai benigne, de ôre-ce consolidarea se obține tot-d'a-una. Fracturile extremității superioare au un prognostic serios, din pricină că sediul fracturei aflându-se d'asupra găurei nutritive a osului, ele sunt expuse la neconsolidare ca fiind lipsite de artera nutritivă. A fortiori fracturile platoului tibial vor fi foarte greu de consolidat, căci pe lângă privațiunea arterei nutritive, linia de fractură aflându-se în proximitatea articulației genuchiului, calusul osos se va obține cu multă dificultate, dacă nu chiar de loc. De alt-fel am arătat deja că toate fracturile peri-articulare sunt expuse la neconsolidare și se obțin numai prin mijlocul unui calus fibros. Fracturile oblice și mai cu deosebire acelea în V oferă cea mai mare predilecțiune pentru pseudo-artose, din cauza tendinței irezistibile ce are fragmentul superior de a rămâne ireductibil. Ele sunt încă grave, căci se însoțesc de epanșamente sanguine, cari interpuse între fragmente împiedică coaptarea completă și deci formarea calusului osos.

Nu mai vorbim de casurile când între fragmente se interpun fibre musculare sau nervoase, ori ruperea de artere ca tibiala anterioară, care e direct lipită de os, căci atunci avem toate condițiunile de imposibilitate a consolidării fracturilor. Dar cea mai mare gravitate a fracturilor gambei constă nu atât în lipsa de consolidare, cât în aceia că dinsele pot compromite viața bolnavului. Și în special fracturile în V sunt cele mai periculoase, căci ele după cum a arătat Gosselin produc o strivire a măduvei osoase, strivire care are de efect producerea unor embolii grăsoase despre ale cărei consecințe fatale am vorbit pe larg în Vol. I. Fracturile gambei sunt într'adevăr acelea cari expun mai mult ca celelalte la complicațiunii din partea sistemului vascular. Ele pot produce mórtea individului atunci când nu ne așteptăm. Ast-fel Velpeau a arătat mórtea indiviđilor în urma fracturilor gambei după 22 ȗile. Gosselin după 30 ȗile, iar alții după 37 ȗile. Tóte au fost determinate prin embolii grăsoase sau tromboze venóse.

Fracturile gambei adesea se complică de gangrena membrului, determinată prin compresiunea vaselor, mai ales dacă la acesta se adaugă și o stare diatesică particulară a individului. Primul semn de gangrenă ne este reprezentat prin nisce flictene ce aprópe tot-d'a-una însoțesc fracturile gambei. Aceste flictene, căroro Chassaingnac le dădea

o mare importanță și gravitate, probabil sunt rezultatul compresiunii ce determină fragmentele fracturii. Această compresiune exercitându-se de dinăuntru în afară, întrerupe cu multă înlesnire circulația unui teritoriū al tegumentelor. Și cu atât mai ușor lucrul se produce, cu cât aceste tegumente sunt sărace de o irigațiune vasculară mare, și nu au ca protecțiune de cât un țesut celular lax. In asemenea condițiuni, ușor ne explicăm aparițiunea flictenelor pline cu un lichid sero-sanguinolent. Ele se pot observa în jurul fracturii, sau în locuri mai depărtate. In general după 8—17 zile dispar.

In fine, une-orî constatăm prezența unui emfitem cutanat în jurul fracturii. Dar acesta în majoritatea casurilor nu e periculos, putându-se resorbi în mod spontan. Vom fi însă îngrijați de dînsul, căci după cum am arătat în Vol. I, acest emfitem pôte fi preludiul unui emfitem purulent, anunțându-ne o gangrenă gazoasă.

După terminarea completă a tratamentului fracturii și atunci când am obținut chiar consolidarea, observăm une-orî un edem al membrului, o colorațiune persistentă violacee a pielii, ulcerațiunii și hipertrofia foli-culilor piloși. Acesta nu trebuie mult să ne îngrijescă, căci adesea e pasageră, afară numai dacă există o compresiune permanentă și progresivă determinată printr'o exuberență a calusului, ce va exercita o compresiune continuă asupra vaselor.

Unii au arătat posibilitatea dezvoltării unor kiști limfatici în țesutul celular subcutanat. Dînșii devin cauza unui edem tare și rebel de care întreaga gambă pôte fi copleșită. In special însă, sediul lor este în jurul maleolelor.

Terrier a observat două luni după accident, o mică tumoră kistică ce s'a arătat la fața internă a membrului aproape de fractură. Dînsa conținea un lichid uleios, provenind din osul fracturat. Această tumoră a fost evacuată și a dispărut.

Tratamentul. Iată un capitol foarte complicat. Ce conduită vom lua în fața unei fracturi a gambei? De sigur nu se pôte aplica același tratament pentru toate fracturile acestui organ. Fie-care varietate va avea un tratament special.

Pentru fracturile simple și fără complicațiuni, tratamentul constă în reducerea fracturii, în coaptarea fragmentelor și menținerea lor.

Pentru fracturile transversale și a extremității superioare, s'a preconizat și susținut de mulți autori aplicarea masajului.

Noi am fost și suntem absolut cei mai mari vrășmași contra acestei metode, căreia nu-i dăm nici-un creșămînt, chiar atunci când fractura ar fi cu totul intra-articulară.

Sistemul nostru constă în a pune organul într'un aparat inamovi-

bil, în special aparat gipsat, dându-i însă forma unui șghiab (goutière). Cu modul acesta combinăm ambele metode : de repaos și de masaj, pe care îl putem practica în nivelul fracturei. La rigóre am putea admite masajul numai în fracturile unde s'a produs penetrarea fragmentelor. Dar a trata fracturile oblice ale gabei și acelea în ∇ prin masaj, consider lucrurile ca absurde, lipsite fiind de orice logică. Și ca probă n'avem de cât să privim fig. 175 pentru a se vedea efectele dezastróse ale acelora cari fără a-și da séma și a cunósce mecanismul produțiunii fracturilor gabei, le tratéză prin masaj în mod copilăresc. Este vorba de un individ M. C. avocat, care adus mai întâi în serviciul meu, a fost transportat în altul vecin. Aci, fără a căuta să se reducă și să se menție coaptarea fragmentelor s'a aplicat un masaj irațional al cărui efect îl suferé bolnavul, căci și ađi este ca și extropiat. Lucrul datéză de 5 ani. Cunosc și alte casuri nenorocite, dar trec peste ele.

Vom căuta deci din tóte puterile a reduce fractura prin extensie și contra-extensie; și când ne vom convinge că dînsa e cu desăvîrșire redusă, iar membrul pus în direcțiunea normală, vom aplica imediat un aparat de gips.

Dar cum ne vom asigura că gamba este pusă în direcțiunea normală? Atunci când ducând o linie verticală de la spina iliacă anterioră și superioră, dînsa va atinge marginea internă a rotulei și va respunde cu marginea internă a primului metatarsien. Ca control mai avem și alt mijloc : prelungim linia crestei anterioré a tibiei; dînsa dusă pe picior, trebuie să cadă pe la al II-lea deget sau cel puțin pe primul spațiu intermetatarsien.

Pentru ca coaptarea să se menție, trebuie multă grijă ca piciorul să fie fixat în unghiū absolut drept pe gambă. Eū cred că aci constă tot secretul unui bun tratament, fără de care coaptarea perfectă nu se póte obține.

În fine, ca precauțiune specială vom căuta ca sub tendonul lui Achil să punem vată mai multă, ca ast-fel călcăiul să nu stea direct pe aparat. În casul acesta vom provoca dureri insuportabile bolnavului.

Maisonneuve întrebunța nisce atele gipsate, formate din tarlatan, și dintre cari una mai principală și posterióră mergea de la genuchiū aplicându-se pe talpa piciorului.

Noi aplicăm direct o compresă de tarlatan, prealabil confecționată și muiată în gips, care coprinde întreaga gambă precum și piciorul pus în unghiū drept. Pe talpa piciorului aplicăm o atelă de carton.

Mai înainte ca aparatul să fie perfect consolidat, ridicăm cu forcecele de la fața sa anterioră porțiunii pentru a-i da forma unui șghiab.

Este imposibil și chiar inutil a descri moduli cum trebuiesc făcute și aplicate aceste bandaje și mai cu deosebire tehnica de a prepara gipsul. Acesta nu se capătă de cât prin practica din spitale.

Tóte casurile care de alt-fel aũ fost destul de numeroase ce am



Fig. 177. — Aparat gipsat în formă de șghiab pentru fracturile gambei (personală).

tratat prin acest mijloc, ce am văduț pentru prima óră în serviciul d. prof. Assaky, aũ fost din cele mai satisfăcătoare. Nici-o-dată n'am avut a lupta contra fragmentului superior.

Fig. 177 arată modul aparatului nostru ce întrebuițăm.

Se scie în adevăr, că acest lucru, adică ireductibilitatea fragmen-
tului superior, forma odiniórá punctul cel mai negru în tratamentul frac-

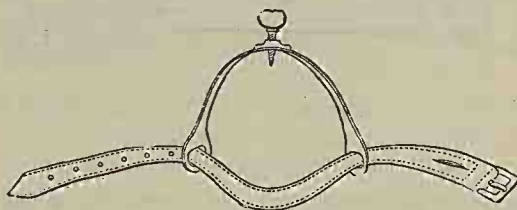


Fig. 178. — Aparatul lui Malgaigne pentru fracturile oblice ale gambei (Malgaigne).

turilor gambei. Malgaigne inventase un aparat special cunoscut sub numele de ghiară saũ sulă și prin care cu un cui prevăduț de un șurub se întroducea asupra fragmentului superior, asupra căruia apăsând în mod permanent îl menținea în pozițiunea redusă. De multe orı acest autor practica chiar secțiunea tendonului lui Achille. In fig. 178 și 179 se arată aparatul precum și modul aplicațiunei sale.

Benjamin Anger a înlocuit sula lui Malgaigne printr'un aparat cu presiune alternativă, reprezentat în fig. 180 și care ne dispensează de or-ce descriere.

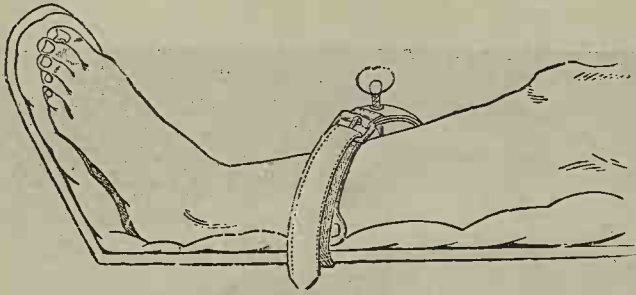


Fig. 179. Aparatul lui Malgaigne aplicat.

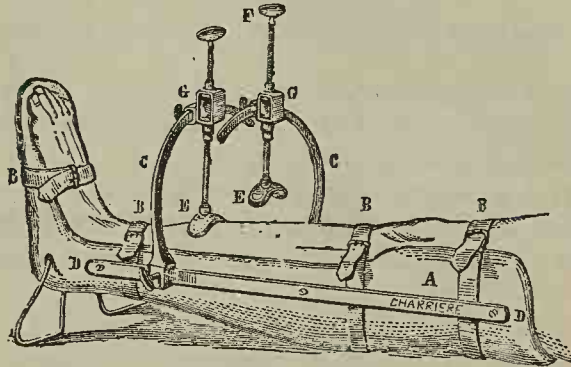


Fig. 180. Aparatul cu presiune alternativă a lui Benjamin Anger pentru fracturile oblice ale gambei.

Astăzi însă toate aceste aparate au dispărut din practica chirurgicală, preferându-se o intervenție mult mai activă, în cazuri cu totul rebele. Dînsa constă în resecția fragmentului superior, sau sutură ososă prin fire de argint sau de mătase. Această conduită e și mai indicată, când fragmentul superior deja a perforat tegumentele. Ast-fel s'a întîmplat și cu Ambrois Paré, asupra căruia s'a practicat resecțiunea.

În fața unei fracturi complicate, când adică focarul fracturii comunică cu exteriorul, nu trebuie să ne descurajăm, ci vom lupta din toate puterile pentru a conserva membrul.

Vom aplica deci același aparat inspectând plaga, pe care o vom

îngriji cu tóte mijlócele antiseptice. Adesea consolidarea se obține în mod perfect.

Am suprimat descrierea imenselor aparate ce s'aũ preconisat pentru fracturile gambei, astãđi fiind aprópe pãrãsite și date uitãrei.

Cãt privesce tratamentul complicațiunilor acestor fracturĩ, ne vom conduce dupã circumstanțe. În fața unũ mare epanșament sanguin, putem procede la deschiderea antisepticã a focarului, pentru a ridica coagulũ și a cãuta în fundul plãgei sã legãm artera care a provocat emoragia. În asemenea casurĩ s'a recurs chiar la legarea arterei femorale sau a popliteei.

Une-orĩ bolnavii coprinși de fracturĩ cominutive ale gambei cu întinse epanșamente și cu amenințare de gangrenã, nu gãsesc altã scãpare a vieței de cãt în amputația cõpsei; mãi cu sãmã dacã constatãm și un început de șoc traumatic. În vol. I, la Cap. «Șoc» am arãtat momentul când trebuie sã intervenim în asemenea casurĩ și decĩ nu vom în-sista mãi mult.

§ III. Fractura peroneului.

Peroneul este unul din ósele gambei aședat și la partea sa externã. Dinsul nu are absolut nici un raport cu femurul, ci numai cu tibia. Dar și cu acẽsta, propriũ dũs, el nu se articulẽzã. În adevěr, capul peroneului sau extremitatea sa superiórã, care e în contact cu condilul extern al tibiei, nu formẽzã o articulație, ci îi servã ca un simplu punct de sprijin. Extremitatea sa inferiórã, de și lipitã de partea corespondentã a tibiei, nu constituie iarășĩ o articulație, ci o fixare a acestuĩ os, care prin ligamente puternice îl face a avea conexiuni intime atãt cu tibia, precum și cu primul rĩnd al óselor tarsului. Rolul principal pe care îl jócã peroneul, și pentru care probabil a fost creat, đice Dupuytren, este pe de o parte a procura un stãlp de protecțiune astragalului, iar pe de alta a lãrgi baza de sustentãțiune a tibiei. În adevěr, dacã privim aceste douẽ óse, vedem cã platoul tibial inferior presintã o excavațiune și o prelungire numitã maleola internã, prin carĩ el coprinde corpul astragalului. Dar fața externã a acestuĩ os rãmãne gólã, de óre-ce platoul tibial în partea sa externã se opresce brusc, fãrã a oferi cea mãi micã prelungire. Lipsa acẽsta o îndeplinesce peroneul. El, pe cãt e de subțire în sus, pe atãt începe a se lãrgi în jos și atinge maximum la extremitatea sa inferiórã, numitã maleola externã. Acẽstã maleolã ast-fel lãrgitã și îngroșatã, se lasã mult mãi jos de punctul unde se terminã tibia, și se pune în contact direct cu fața externã a astragalului, cãruia îi formẽzã cel mãi puternic stãlp, împedicãndu-l în mod absolut de la

cea mai mică tendință de a se devia în afară. Pe de altă parte acest os peroneu, în totă lungimea sa este foarte mult depărtat de tibia. El nu are cu tibia de cât două puncte de contact, unul sus și altul jos. Spațiul cuprins între aceste două oase e umplut de o membrană fibroasă, numită ligamentul interosos, Dar acest ligament, departe de a avea destinațiunea aceluia de la antebraț, de a permite și asigura mișcările de rotație, el are un singur și unic scop, de a lărgi baza de susținere ce gamba oferă corpului.

În adevăr, tibia articulându-se direct cu condilii femurului, e singurul os al gabei care suportă greutatea corpului și apoi transmite această greutate articulației piciorului, grație iarăși contactului său cu astragalul prin platoul inferior. Natura însă, pentru a veni în ajutorul tibiei, a îngrijit a-î mai lărgi baza de susținere. Și a ajuns la acest lucru prin adăogarea peroneului care, prin determinarea spațiului interosos, servă a multiplica suprafețele de inserțiune a mușchilor.

Pentru ce am insistat asupra acestor fapte? pentru a arăta că peroneul suferă foarte puțin, sau chiar de loc de greutatea corpului în momentul unei căderi a individului de la un loc înalt. De aci rezultă că în asemenea circumstanțe numai tibia se rupe, iar dacă une-orî se rupe și peroneul, acesta vine tot-d'a-una în mod secundar, iar nici de cum în mod primitiv precum se întâmplă cu tibia.

De aceea, când am studiat fracturile gabei, am aprobat opinia autorilor, că nu e necesar ca ambele oase să fie rupte pentru a forma o fractură de gambă, precum susțineau cei vechi și precum chiar ađi este uzul; ci e destul numai ruperea tibiei, căci dînsa este osul care formează baza de susținere și care transmite greutatea corpului în articulația piciorului.

Un alt punct important din cele studiate este că, astragalul bine cuprins între cele două maleole, el nu se poate mișca de cât înainte și înapoi. El nu posedă de cât mișcările de flexiune și extensiune. De îndată ce vom constata mișcări de lateralitate or cât de mici, cu siguranță vom afirma fractura maleolelor.

Trecînd peste aceste mici digresiuni, să revenim la subiectul nostru.

Fracturile peroneului pot fi de cauză directă și indirectă. Cele directe n'au nimic important ca mecanism, căci ele se întîlnesc pe or-ce punct al suprafeței osului, și anume acolo unde s'a aplicat trauma. O lovitură de baston, de topor, trecerea unei rôte de căruță, o descărcare a unei arme de foc, etc., vor produce fractura peroneului exact unde acești corpi au isbit osul.

Fracturile directe pot fi simple, complicate, sau însoțite de com-

plicațiunii, reprezentate prin fractura tibiei, revărsări mari de sângă, rupere de artere, vene, nervi etc., asupra cărora nu vom insista.

Dați în fig. 181 un model de fractură simplă și directă a peroneului, produsă printr'o lovitură de picior de cal. Fotografia a fost luată cu aparatul Röntgen. Linia de fractură se află la 6 cm. d'asupra vârfului maleolei și prezintă o mică eschilă la partea sa externă. De sigur acesta ne oferă cazul cel mai simplu ce ne poate da o fractură directă, în special prin lovitură de cal.



Fig. 181. — Fractură directă a peroneului luată prin radiografie (personal).

Dar punctul cel mai important în fracturile peroneului, este cu privire la cele prin cauză indirectă, căci ele au preocupat mult spiritul chirurgilor, căutând a stabili adevăratul lor mecanism.

Istoricul.

I). *Hippocrate*. Părintele medicinei, al cărui mare geniu îmbrățișea de-o-dată medicina și chirurgia, nu vorbește în mod precis de aceste fracturi. El nu arată de cât consecințele supărătoare ce rezultă în urma căderilor dintr'un loc înalt pe călcâiu.

II). *J. L. Petit* e primul care prin 1723 vorbește de fractura peroneului, însă cu ocazia luxațiunii piciorului. Meritul aceluși mare autor

constă în spiritul său de observație, arătând că aceste luxații în special înăuntru și în afară, nici-o-dată nu sunt simple, ci complicate de fractura maleolei corespondente. Dînsul ca și succesorii săi, a fost impresionat mai mult de efect de cât de cauză. În adevăr, din cele ce am arătat și din experiențele lui Dupuytren, care foarte mult s'a ocupat cu această chestiune, rezultă că nu luxația piciorului produce fractura maleolei peroneale, ci ruperea acesteia înlesnesce pe aceia. Cu alte cuvinte, o luxație a piciorului în afară, nici-o-dată nu e primitivă, ci tot-d'a-una secundară. Și ca probă avem că se poate observa o fractură a maleolei externe fără luxația piciorului, dar nici-o-dată și sub nici-un cuvânt o asemenea luxație fără fractură maleolară.

III). În 1711 *David* un chirurg englez, dă o teorie seducătoare prin simplitatea și naturalul său, pentru care și reușește a obține premiul academiei regale de chirurgie, acordat pseudonimului de Bassyle. După acest autor, fractura extremității inferioare a peroneului este rezultatul unei mișcări violente a piciorului în afară, mișcare în urma căreia peroneul, împins cu putere de jos în sus de astragal, se rupe în partea sa cea mai slabă, adică d'asupra maleolei externe.

Puteau în 1783 atribue fractura maleolei peroniere unei contracțiuni violente a mușchilor peronieri, fără concursul nici-unei cauze condondente și fără chiar să fie trebuință de căderea individului.

IV). *Boyer* dă teoria următoare, al cărui mecanism e destul de simplu: într'o adducție forțată a piciorului, astragalul fiind împins în afară va respinge maleola, împingându-o de din năuntru în afară, pe care va reuși a o rupe. Din contră, piciorul fiind pus în abducție forțată, atunci calcaneul va apăsa pe maleolă, însă acum de jos în sus; rezultatul va fi același: ruperea maleolei externe.

V). *Dupuytren*. Acest autor admite fractura peroneului după un mecanism cu totul deosebit de acela al predecesorilor săi. După dînsul, mișcarea de adducție forțată a piciorului are drept consecință o distensiune foarte puternică a ligamentelor laterale externe, care determină fractura vârfului maleolei peroniere și căreia autorul îi dă numele de fractură prin smulgere. În mișcarea de abducție fenomene inverse se produc, și anume: o distensiune a ligamentelor laterale interne. Acestea rupându-se sau producând smulgerea maleolei corespondente, centrul de gravitate al transmisiunii greutății corpului se deplasează. Dînsul își concentrează într'ega sforțare pe maleola peronieră, care prinsă între putere (corp) și rezistență (sprijinul pe fața externă a astragalului) e silită să cedeze. Dînsa decî se rupe în porțiunea cea mai slabă, porțiune ce corespunde cu baza sau câte-va centimetri d'asupra ei.

VI. *Maisonneuve* în 1840 face un memoriu prin care atacă teoriile lui Dupuytren.

Acest autor admite numai smulgerea vârfului maleolei în cazul când piciorul este pus în adducțiune. Cât pentru mișcarea de abducție, dînsa nu pôte determina de cât cel mult o rupere a ligamentului lateral intern, dar nici-o-dată aceia a peroneului. După dînsul, smulgerea vârfului maleolei peroneale se produce dacă piciorului fiind în adducție, se adaugă și o rotație internă a vârfului piciorului. În acest cas, piciorul este cu totul răsturnat pe marginea sa externă, când întîndînd la maximum, ligamentele corespondente pot determina o *fractură prin smulgere*.

Piciorul fiind în abducție, dacă rotația vârfului piciorului se face în afară, astragalul presază de dinăuntru în afară pe maleola peronieră, care se rupe la baza sa, sau ceva mai sus. Acastă fractură *Maisonneuve* o numesce prin *divulsiune*.

Tot în aceste circumstanțe se întîmplă ca ligamentele cari unesc tibia cu peroneul, cunoscute sub numele de ligamente tibio peroniere inferiøre, să se rupă. Atunci, cele două oșe ne mai fiind unite între ele, se depărtază unul de altul. Astragalul tinde a se interpune între ele, iar peroneul respins din ce în ce mai mult în afară, se va rupe la o distanță mult mai depărtată, și anume la unirea cuartului său superior cu cele trei cuarturi inferiøre. Acastă fractură pörtă numele de *fractura peroneului prin diastasă*.

În resumat după *Maisonneuve*, se admite trei feluri de fracturi ale peroneului: *smulgere*, *divulsiie* și *diastasă*. Töte sunt produse în mișcarea de abducție, sau adducție însoțite cu rotația vârfului piciorului înăuntru sau în afară și anume: adducția cu rotația vârfului piciorului înăuntru dă fractura prin smulgere; abducția cu rotația vârfului piciorului în afară dă fractura prin divulsiune, dacă ligamentele tibio peroniere inferiøre rezistă; iar când acestea se rup și urmază o depărtare a celor două oșe, peroneul fiind împins în afară dînsul se va rupe către extremitatea superiöră; fractura se numesce prin diastasă.

VII). În fine *Tillaux* reluând acastă chestiune și făcînd mai multe experiențe pe cadavru revine la influența mișcărilor de adducție și abducție ale piciorului, prin care explică nu numai mecanismul fracturilor peroneului, dar și acela al fracturilor bimaleolare, precum și acela al unei fracturi speciale a extremităței inferiøre a tibiei, căreia îi dă numele de fractură transversală supra-maleolară.

După acest autor, în mișcarea de adducție, primul fenomen ce se produce este distensiunea ligamentelor laterale externe. Acestea dacă se rup, avem o entorsă externă a piciorului; dacă însă rezistă, ele trăgînd

cu putere pe maleola externă o pot rupe în diferite puncte și în special la vîrf, dându-ne fractura prin smulgere.

O dată însă această fractură efectuată, astragalul ne mai fiind reținut în afară, el poate să apese cu violență cu fața internă pe maleola tibială, pe care respingîndu-o de din afară în înăuntru, saă mai bine ȃis de la profunđime la suprafața, o rupe la baza sa și ne oferă ast-fel *fractura bimaleolară prin adducțiune*.

Dar mai putem observa și alte fenomene: dacă presupunem că maleola externă nu cedeză, ȃinsa însă fiind cu putere trasă în jos și năuntru de ligamente, porțiunea superioară a acestui os, începînd de la basă în sus, va fi solicitată de a merge în afară, și atunci din două lucruri una: ori osul se rupe într'un punct al lungimeii sale, ori se luxeză la extremitatea sa superioară. Dar în același timp ligamentele peroneo-tibiale inferioare fiind și ele împinse la exces, se pot rupe, dar foarte rar, fiind enorm de puternice. Dar tocmai grație acestei mari rezistențe, ȃinsele reușesc să smulgă platoul tibial la 12—15 m. m. d'asupra suprafeței articulare, formând ceia-ce deja am arătat, *fractura transversală supra-maleolară a gambii*.

Deci Tillaux conchide: o mișcare forțată de adducțiune a piciorului e susceptibilă a produce leziunile următoare: *o entorsă externă, smulgerea maleolei externe la diferite înălțimi, o entorsă internă, plesnirea maleolei interne la baza sa, o fractură a corpului și o luxație a capului peronului*. Aceste două din urmă leziuni pot fi însoțite de o fractură transversală supra-maleolară a tibiei.

ȃn ceia-ce privesce efectele saă mai bine ȃis desordinele consecutive unei mișcări forțate de abducțiune a piciorului, se poate resuma în următoarele: *Distensiunea ligamentului lateral intern, smulgerea maleolei interne și consecutiv, fractura maleolei externe prin presiunea directă ce astragalul exercită asupra ei*.

După cum vedem, pentru fracturile acestui os în aparență fără multă importanță, s'aă născut discuțiunii și teorii din cele mai întinse. Pentru noi personal, un singur lucru ne preocupă și nu înțelegem cum se admite nisce mișcări de abducție și adducție ale piciorului capabile de a determina ruperi ligamentose și smulgeri osose, știut fiind că de limitate sunt mișcările articulației piciorului înăuntru și în afară grație prezenței celor două maleole. Ba ce este mai mult, aceste mișcări chiar sunt negate de toți autorii, căci când există chiar în gradul cel mai mic, ne arată o stare patologică. Ast-fel fiind lucrul, cum putem atribui acestor mișcări mai mult fictive un rol atăt de important?

Dacă ne e permis, putem conchide terminând acest capitol ȃicînd: ori de câte ori individul prin surprindere se va sprijini pe mărgeana

externă a piciorului, talpa privind în sus și înăuntru, se va produce o smulgere a vârfului maleolei peroniere prin distensiunea forțată și violentă a ligamentelor laterale externe. Invers, dacă individul se va sprijini pe marginea internă a piciorului, talpa privind în afară, maleola peronieră împinsă cu violență de fața externă a astragalului, se va rupe în punctul cel mai slab, ce va corespunde cu baza sa sau câte-va centimetri mai sus, dându-ne fractura numită prin divulsiune.

În această situație, dacă osul rezistă și se produce o smulgere a ligamentelor tibio-peroniere inferioare dându-ne ast-fel deslegarea, desfacerea sa diastasa acestei articulațiuni, atunci peroneul împins din ce în ce mai mult în afară de astragal care va tinde a se insinua între capetele inferioare a acestor oase, fractura peroneului se va face pe un punct foarte departe a lungimei corpului său și anume în locul cel mai slab care corespunde cu unirea quartului superior cu cele trei inferioare. Această fractură este aceia numită de Maisonneuve prin diastasă, nume dat tocmai din cauza distrugerii sa a diastasei articulației tibio-tarsiene.

E bine înțeles că aceste fracturi clasice, se pot complica de entorse din partea opusă a articulațiunii piciorului, de fractura celei-alte maleole, de smulgerea platoului tibial imediat d'asupra articulației, de luxația capului peroneului, etc. etc., mecanismul cărora l'am vădut pe larg în diferitele teorii ce le-am expus.

Pentru a termina trebuie să menționăm o fractură specială a peroneului prin cauză indirectă și anume prin contracțiune musculară, numită fractura lui Hergott din Strasburg, care cel întâiu a descris-o în 1854.

Iată cazul: o femeie de 52 ani cădând înapoi, a simțit o trosnitură în gamba stângă ce se afla sub greutatea corpului. S'a constatat o ușoară tumefacție în dreptul capului peroneului, precum și o crepitație manifestă percepută atât de bolnav cât și de medic.

Müller dă și el următoarea observație: Doi tineri luptându-se, unul din ei, gata de a fi răsturnat, face un efort violent, dar imediat scóte un șipet ce determină pe adversar să-l lase; bolnavul nu a cădut, însă nu se mai putea ține pe picioare. Müller constată o fractură a capului peroneului.

Se admite împreună cu Hergott că mecanismul acestei fracturi este următorul: Gamba trebuie să fie ușor flexată pe cósă, asupra căreia să se exercite greutatea corpului. În această situație, bicepsul contractându-se cu violență, póte rupe osul în punctul inserțiunii sale.

Mai avem încă a menționa și o fractură clasică numită a lui Pott care este acesta: când un individ sare sau alérgă, dacă își fracturéză peroneul în punctul cel mai slab adică la 5—7 c. m. de extremitatea

inferiőră, se observă cã extremitatea superiőră a fragmentului inferior se dirijezã înãuntru cãtre tibia, pe cãnd maleola peronealã se rãstörnã în sus și în afarã. În timpul acesta astragalul lovind puternic maleola internã o rupe, iar tibia care și-a perdut ast-fel ori-ce punct de sprijin și care prin ea însãși e incapabilã a-și conserva direcțiunea verticalã alu-



Fig. 181. Fractura supramaleolară a peroneului cu smulgerea maleolei interne (Muzeul Dupuytren)



Fig. 182. Fractura extremității inferioare cu smulgerea unei porțiuni a tibiei (după Vidal de Cassis).

neacă înãuntru pe astragal. Deci această fractură bimaleolară complicată de luxația tibiei înainte și înãuntru constituie fractura lui Pott. Fig. 181 și 182 luate din Packard ne arată modele de fractura lui Pott.

În fine pentru a fi óre-cum complicați, trebuie să menționăm și fractura lui Leroy, care deși menționată de un chirurg engles Wagstaffe, dînsul însă în 1877 a insistat mai cu de a mánuntul dându-ı numele de fractură marginală anterioră a maleolei externe.

Acastă fractură e produsă prin distensiunea ligamentelor peroneo-tibiale inferioare și în special a ligamentului peroneo-astragalien-anterior, care póte smulge cele două terțuri interne a maleolei externe. Linia de fractură nasce după acest autor la un centimetru d'asupra vîrfului, o-

prindu-se la 3 c. m. înăuntru de vîrf. Acésta linie pôte să străbată tótă lungimea maleolei, când fractura se numesce verticală posterióră. Une-ori linia de fractură pôte străbate în interiorul articulației piciorului.

Simptomele. Cel mai principale din semnele fracturii peroneului sunt următoarele: *Echimosă*, , *durerea*, *deformația*, *deviația piciorului și impotența funcțională*.

I). *Echimosă* este pôte semnul cel mai constant al fracturilor peroneului, de óre-ce nu lipsesce absolut în nici una din varietățile de fractură ce am studiat. Ba ce este mai mult, după gradul și întinderea sa putem a priori nu numai să confirmăm fractură, dar chiar să anunțăm varietatea la care aparține. Decî echimosă din jurul maleolei externe se va găsi în orî-ce fractură, fie prin smulgere, divulsiune și chiar diastasă.

Relativ la acésta din urmă, fenomenul ar părea curios, sciut fiind că linia de fractură prin diastază e fôrte departe de maleolă. Lucrul se explică însă ușor. În adevăr acésta fractură nu se pôte produce fără o prealabilă distrugere a articulației tibio-peronieră inferióră. Dar o asemenea distrugere se însoțesce de o revărsare de sânge enormă, al cărui rezultat va fi o echimosă din cele mai întinse. Conchidem decî, că într'o fractură ușoră, constând într'o simplă smulgere a vîrfului maleolei externe, echimosă pôte să fie fôrte limitată și abia apreciabilă. Cu cât însă fractura se va ridica mai sus de vîrful maleolei, cu atît echimosă va fi mai largă și mai pronunțată. Ast-fel în fracturile basei maleolei, sau în acelea cu un sediū de 2—3 c. m. d'asupra ei, reprezentându-ne fractura clasică prin divulsiune, echimosă va fi fôrte largă și întinsă, precum se observă în tóte casurile ce se însoțesce de fractura porțiunilor spongioase ale óselor.

Aci echimosă va ocupa nu numai regiunea externă, dar se va întinde pe gâtul piciorului, putënd chiar să trecă și pe maleola opusă. Iar dacă avem a face cu o diastasă a articulațiunei tibio-peroniere inferiore, echimosă ia o întindere considerabilă, putëndu-se urca în sus pe tótă fața externă a gambei. Și în fine, când ligamentul puternic tibio-peronier resistă și aduce o fractură a platoului tibial inferior, pe care am studiat-o sub numele de fractură transversală supra-maleolară, echimosă pôte să atingă apogeul său, întinđindu-se atît pe gambă cât și pe întregul picior, înconjurându-î gâtul de jur împrejur. Și valórea acestei echimose va fi cu atît mai mare, cu cât ea nu apare imediat după accident — când s'ar putea lua drept rezultatul unei contuziuni forte, ci mult mai târđiū, constituind echimosă secundară, care forméază semnul clasic al orî-cărei fracturî.

II). *Durerea*. Este iarăși un semn caracteristic ce ne anunță frac-

tura. Bolnavul în momentul accidentului, fie că a căzut sau și-a sucit piciorul (călcare strîmbă, călcare în sec), cel întâi lucru de care se plînge și care-l pune în imposibilitate de a face un pas, este o durere vie. Dînsa une-orî e așa de puternică, că provocă țipete și plîsete suferindului.

Acastă durere însă, o dată bolnavul așezat în pat, se calmază și deci încetază de a fi spontanată. Dînsa însă pôte să persiste și să devie permanentă, în cazul când fractura s'ar afla fôrte sus și mai ales în varietatea numită a lui Hergott. Causa pôte fi că ramura nervului sciatic popliteu extern să fie comprimată sau pusă între fragmente. Durerea iarăși devine permanentă și violentă, dacă concomitent cu fractura se produc leziuni seriose în articulația piciorului. În afară de aceste casuri durerea nu se manifestă de cât în timpul explorațiunei făcută de chirurg.

Modul cum trebuie să procedăm pentru constatarea și perceperea durerii, o vom arata la diagnostic. Prin anticipație vom spune, că dintre toate semnele, durerea este elementul cel mai important, căci numai bazați pe dînsul putem diagnostica la sigur orî-ce varietate de fractură.

III). *Deformația*. În urma unei fracturi a peroneului avem două feluri de deformațiuni: una care se produce în schimbarea axei normale a piciorului cu gamba, și alta în nivelul propriu ȃis al fragmentelor fracturii. Dupuytren a insistat fôrte mult, și a arătat cu multă logică raportul ce există în deformațiunile piciorului cu sediul liniei de fractură a extremităței inferioare a peroneului.

La începutul acestui capitol am arătat, că unul din scopurile principale ale osului peroneu este de a procura un stâlپ puternic de protecțiune feței externe a astragalului, pentru a-l împedica de a eși în afară. Faptul acesta se realizează prin lărgimea și lungimea maleolei externe. Și pentru ca această maleolă să lupte și mai bine contra or-cărei tendințe a astragalului de a-și părăsi locul, s'aũ adăogat ligamentele tibio-peroniere inferioare, cari fixând în mod fôrte solid peroneul de tibia, îl pune în posibilitate de a-și îndeplini rolul cel mai perfect.

Ce rezultă de aci? că fracturile extremităței inferioare ale peroneului sunt cu atât mai benigne, considerate din punctul de vedere al deplasării piciorului, în cât ligamentele tibio-peroniere inferioare vor fi conservate și a fôrțiori când linia de fractură se va afla d'asupra lor. Din contra cu cât fractura va fi mai jos și limitată chiar la o simplă smulgere a vîrfului maleolar, de și a priori s'ar crede că e cea mai ușoră și inofensivă, din contra e mai serioasă. De ce? pentru că prin ruperea acestei apofise, astragalul se emancipează întru cât-va de sequestrarea saũ tutela maleolară. În adevăr, maleola o dată ruptă, astragalul va putea să-și părăsiască locul, aducend cu sine o deviațiune a axei piciorului în afară. A fôrțiori

acastă deviațiune va fi mărită, când fractura ar ocupa basa maleolei, și s'ar însoți și de ruperea ligamentelor tibio-peroniere. In asemenea casuri, fața externă a astragalului fiind cu totul lipsită de puternicul stâlp osos oferit de peroneu, piciorul va presenta deviațiunile cele mai considerabile.

De alt-fel, iată cum se exprimă Dupuytren în lecțiunile sale clinice, vol. I, vorbind despre fracturile simple ale peroneului: «astă speță simplă de fractură pôte să ție la două circumstanțe, cari produce două varietăți ce nu trebuiesc confundate. Intr'una din aceste varietăți peroneul este fracturat la mai mult de trei police de extremitatea sa inferiără, adică de la vârful maleolei externe. Acastă varietate se opune la ori-ce deplasări ale piciorului și la ori-ce desordine ce această deplasare



Fig. 183. Deviațiunea piciorului în fracturile peroneului în raport cu starea normală.

ar putea aduce după dînsa. Din contra, în cea-l'altă varietate, adică când peroneul e fracturat la mai puțin de trei police de extremitatea sa inferiără, dînsa face posibil tôte deplasările piciorului și tôte desordinele cari sunt consecința unui asemenea fenomen.»

Din cele arătate trebuie să reținem acest lucru, că în fracturile prin devulsiune semnul patognomic constă într'o deviațiune a piciorului care tot-d'ă-una este împins în afară, adică în valgus.

In fig. 183 dată de Hoffe și reprodușă în Le Dentu, se vede clar deformațiunea piciorului în fractura peroneului și schimbarea axeî membrului în raport cu cel sănătos.

Acăsta constă în următoarele: în starea normală, prelungirea liniei pe crăsta tibiiei cade în primul spațiu intermetatarsien, sau pe rădăcina

celui de al doilea deget. În fractura peroneului cu deviațiunea piciorului, această linie cade cu totul înăuntru, atingând diferite puncte a măr-gineii interne a piciorului. Vîrful piciorului, după Nelaton, este așezat la 3—4 c. m. de locul ce ar trebui să ocupe.



Fig. 184. Fractura peroneului aproape de extremitatea inferiôră, numită prin divulsiune. Deviația piciorului în afară și cu depresiunea clasică de lovitură de topor.

Cât privește deformațiunile din nivelul fragmentelor fracturei, acestea în general nu devin manifeste de cât în fracturile prin divulsiune. În adevăr, în smulgerea vîrfului maleolei și chiar în aceia a basei sale, deformațiunea este puțin apreciabilă, și în cazul cel pronunțat dînsa constă într'o simplă depresiune mai mult sau mai puțin pronunțată între cele două fragmente. Nu este însă tot ast-fel când sediul fracturei se găsește la 5 c. m. d'asupra vîrfului maleolei, constituind fractura numită prin divulsiune. Aci deformațiunea e clasică, cunoscută sub numele de lovitură de topor, numire dată de Dupuytren (le coup de hache). Și în adevăr, această deformație reprezintă în tocmai forma de hașchie ce am determina prin tăerea unui lemn cu toporul, dând o lovitură de jos în sus și de din afară înăuntru (veđi fig. 184).

În clinică această deformațiune constă în următoarele: că plimbând degetul de sus în jos pe peroneu, dăm peste o ridicătură proeminentă și ascuțită în nivelul fracturei; imediat sub această ridicătură există o depresiune mai mult sau mai puțin pronunțată.

Dupuytren atribuia această depresiune unei mișcări de basculă executată de fragmentul maleolar, a cărei extremitate superiôră ducându-se

înăuntru și apropiindu-se de tibia, lăsa ast-fel un gol dedesubtul fragmentului superior, care rămânând imobil, forma o proeminență sub părțile moi.

După Maisonneuve însă, această depresiune supra maleolară se explică ast-fel: maleola este împinsă în afară și înapoi de astragal, ast-fel că dinsa părăsesce fragmentul superior, care devine atunci proeminent sub piele. Mai mult, șghiabul care separă cele două fragmente, se lărgește prin faptul acestei mișcări și presintă un gol, o escavațiune mai largă înainte ca înapoi, unde se termină printr'un unghiū mai mult saū mai puțin ascuțit.

Acestea sunt în general semnele cele mai principale ale fracturelor simple ale peroneului.

Cât pentru cele complicate, reprezentate prin ruperea tegumentelor, fractura maleolei interne, a platoului tibial, luxația astragalului, fractura celor-l'alte oșe ale tarsului și metatarsului, etc., etc., nu ne vom opri asupra lor, fiind deja studiate când am vorbit de fracturile bimalolare și fractura transversală a tibiei.

Restul celor-l'alte complicații n'au nimic de clasic, fiind în raport direct cu violențele exterioare saū cu căderile de la un loc prea înalt.

IV). *Impotența funcțională a membrului.* De óre-ce lucrul este stabil că peroneul nu are aprópe nici un rol și nici nu ia parte la transmiterea greutății corpului la picior, resultă că fractura acestui os nu are rațiunea de a împedica pe individ să umble. Și în adevăr, obstacolul în mers nu provine atât din fractura osului, cât din ruperea ligamentelor, contuziunea articulației, situațiunea specială a unui fragment ascuțit de fractură, luxația tendónelor mușchilor, etc., etc., cause decī stréine de fractura propriū dīsă a peroneului. Și probă avem, că mai toți bolnavii uséză de membrul lor, de și posedă o fractură a peroneului, dacă bine înțeleș nu e complicată și nici cu complicațiuni.

Individul nostru a căruia planșă am dat-o în acest capitol, după cum arată fig. 181 era purtător de o fractură a peroneului, și totuși el își vedea de ocupațiunile sale, nemanifestând decât o forțe ușórá jenă.

Diagnosticul. Nu mai începe îndoială că basându-ne pe simptomatologia ce am descris, ne ar fi forțe ușor a diagnostica o fractură a peroneului, dacă pe lângă aceste semne am mai poseda unul, care ar fi mai hotărîtor de cât tóte. Este vorba de crepitație și de mobilitatea anormală a membrului. Din nenorocire, aceste două semne cari sunt decisive și patognomonice, mai nici o dată nu le întâlnim în fracturile peroneului. Cel mult putem spera să obținem crepitația în cazul de smulgerea maleolei externe, saū în fractura bazei sale. Este adevérat că une-óri crepitația în aceste varietăți, printr'o întâmplare fericită, o putem obține

cu ușurință, așa că dînsa, unită și cu cele-l'alte semne, a făcut pe Ne-laton să țină că aceste fracturi isbesc ochii prin grosieritatea lor. Dar cîtă decepțiune nu întîmpinăm de multe ori, cînd prin tôte explorațiunile minuțioase și cu tótă perseverența pusă, totuși nu reușim a descoperi crepitația. Vom uza deci de tôte mijlocele; vom căuta a coprinde maleola cu degetele indicator și police de la ambele mîini, și imprimîndu-î mișcări de lateralitate. Alte dăți vom aplica numai policele pe vîrfurile maleolei, apăsîndu-o de dinafară înăuntru. În fine vom imprima diferite mișcări piciorului, ducîndu-l în adducție, abducție, rotație internă, externă, etc. Nu trebuie însă prea mult să insistăm în descoperirea acestui semn, căci în definitiv nu este el punctul decisiv; așa că la rigóre am putea dispensa pe bolnavi de aceste explorațiuni, care-î exasperază prin durerile ce determinăm.

În fractura prin divulsiune, dîndu-se situațiunea fragmentelor deja descrise, e absurd a căuta să descoperim crepitația, lucrul fiind cu totul imposibil.

În fractura prin diastază putem încerca explorînd extremitatea superioară a peroneului, dar fără multă iluziune, căci în această regiune osul fiind acoperit de fășii gróse musculare, explorația devine dificilă și cu rezultate negative.

Cît privește mobilitatea anormală a membrului, acesta nici n'ar trebui menționată, căci gamba avînd osul tibial intact, nu ne va oferi nimic de anormal în situațiunea sa fiziologică.

Deci mobilitatea anormală ar fi reprezentată numai prin deplasările ce am determina între capetele fragmentelor, iar nici de cum în atitudinea generală a organului.

Lipsiți dar de aceste elemente, noi nu trebuie să desesperăm, căci avem la dispoziție un alt semn mult mai prețios de cît crepitația: acesta este durerea fixă și situată tot-d'a-una în același punct invariabil. Acesta a făcut chiar stabilirea unui aforism în chirurgie și a nume: Ori de câte ori vom constata pe traectul unui os o durere vie și localizată într'un a nume punct tot-d'a-una invariabil, și cînd această durere nu o putem explica nici prin acțiunea directă a unui traumatism sau ori-ce altă afecțiune inflamatorie sau organică, fie a periostului sau a osului, putem diagnostica că în punctul dureros există o fractură, dacă mai ales individul a fost victima unui recent accident.

Prin urmare în cazul de față, cînd o persoană ne spune că a călcat în sec, sau a alunecat, ori și-a sucit piciorul, etc, și dacă noi explorînd cu multă atențiune întregul os peroneu, luat de la extremitatea superioară pînă la vîrfurile maleolei, vom constata tot-d'a-una în același punct o durere vie, suntem autorizați a afirma și susține că în același punct

osul e fracturat. Bine înțeles, nimic nu ne împiedică a reuni pe lângă acest semn și pe cele-lalte pe care le-am arătat la simptomatologie ca echimosa, umflătura, deviațiunea piciorului, etc., etc.

Mai există încă un alt semn de o importanță extraordinară și care ne autorisă a diagnostica fractura vârfului său bazei maleolei. Acesta este cea-ce Nelaton numesce șocul astragalien. Fenomenul se explică foarte ușor de óre-ce, maleola fiind fracturată iar astragalul liber în partea sa externă, putem, imprimând piciorului o mișcare bruscă de adducție să isbim fața internă a astragalului de maleola corespondentă când vom obține un sunet sec numit șoc.

Am đis că pentru perceperea acestuț fenomen, trebuie să imprimăm o mișcare bruscă de adducție și numai de adducție, ferindu-ne de a executa și o mișcare de torsiune a piciorului, căci atunci mișcarea se produce între articulația astragalo-calcaneană, iar nu între tibia și astragal. Se recomandă deci, și în special Tillaux insistă asupra acestuț lucru, ca să immobilisăm gamba cu o mână, iar cu cea-laltă să apucăm călcăiul. În acéstă pozițiune vom imprima o mișcare bruscă de propulsiune înăuntru și în afară, iar nu o mișcare de torsiune pe loc.

Mai avem încă de luat în considerație și deviațiunea, care iarășă ne va arăta gradul de fractură a maleolei peroneului, căci în asemenea cas, piciorul își părăsesce cu totul direcția normală pe care o are în raport cu gamba. Se scie în adevăr că în starea normală, dacă ducem o linie verticală de la marginea internă a rotulei și o prelungim în jos, dînsa va fi tangentă cu marginea internă a primuluț metatarsien. Și iarășă, dacă prelungim linia crestei anterióre a tibiei pe picior, dînsa va cădea pe al II-lea deget al piciorului. Când dară vom constata că acéstă linie se dirije către primul deget său trece chiar la marginea sa internă, cu atât vom conchide că piciorul e deviat în afară. Și din contra, când acéstă linie se va dirije către al III-IV oră al V-lea deget, cu atât deviațiunea piciorului va fi înăuntru.

Ei bine, din tóte aceste elemente studiate cu atențiune și dându-le valórea cuvenită, putem în majoritatea casurilor să diagnosticăm o fractură a peroneuluț și a oră-căreia din varietățile sale.

Dar partea cea mai subtilă ce se cere chirurguluț, este când circumstanțele nu sunt clare. În special, fiind vorba de fractura exclusivă a maleolei, să afirmăm dacă în adevăr ne aflăm *în fața unei fracturi sau a unei simple entorse tibio-tarsiene*.

S'a susținut, și adesea se întâmplă a se confunda entorsa cu o fractură luându-se una drept alta. Casul nu e tocmai ușor, și de aceea trebuie pusă multă atențiune și un examen minuțios.

Dar pentru acesta cred necesar a reaminti dispoziția ligamentelor arti-

culației piciorului, pentru a fi în mai bună pozițiune a le explora cunoscându-le în mod precis direcțiunea lor. De la maleola externă plăcă trei ligamente cari se distribue la anumite ôse. De la vârful maleolei externe fășia ligamentosă plăcă direct vertical în jos pentru a se insera pe fața externă a calcaneului. Acesta formeză ligamentul peroneo-calcaneen. De la marginea anterioră a maleolei externe plăcă un alt ligament, care se dirije în jos și înainte pentru a se fixa la fața externă a astragalului. Acesta este ligamentul peroneo-astragalien anterior. În fine, al III-lea ligament plăcă de la o excavațiune aflată pe marginea posterioară a maleolei peroneului. Acesta e foarte profund situat și foarte rezistent. El are o direcție aprôpe orizontală și se inseră imediat dedesubtul scripetului astragalien, formând ligamentul peroneo-astragalien posterior.

Ligamentul lateral intern, care este unic, dar scurt, gros, dens și prin urmăre foarte puternic, e decomposabil după Tillaux în două straturi: unul superficial și altul profund. Stratul superficial e compus din fibre cari fixate în sus la fața internă a maleolei tibiale radiază din acest punct și se inseră: înainte la gâtul astragalului și la scafoid, înapoi pe fața internă a astragalului, și direct în jos pe vârful micii apofise a calcaneului. Stratul profund formeză un ligament interosos între fața externă a maleolei interne și fața corespondentă a feței interne a astragalului.

Deci, cunoscând direcțiunea acestor ligamente, vom sci și să le explorăm în mod metodic, pentru a constata sediul durerii, care fiind în legătură cu distensiunea sau ruperea lor, vom conchide la o entorsă a articulației tibio-tarsiene externă sau internă. Acastă explorațiune se va face cu un singur deget sau cu ciocanul unui plesimetru, orî prin mijlocul unui creion.

Dar în afară de aceste entorse interne și externe mai putem întilni și altele, precum: ruperea ligamentului anular anterior al tarsului. Aci durerea va fi foarte vie și va avea sediul pe fața antero-externă a articulației. Mișcările comunicate sau spontanate, în special extensiunea degetelor, vor fi foarte penibile.

Entorsa medio-tarsienă se va manifesta printr'o tumefacție și durere, având sediul pe fața dorsală a piciorului, în dreptul inserțiune mușchiului pedios. Rotațiunea, sau flexiunea segmentului anterior al piciorului pe cel posterior, precum și mersul pe un teren inegal, vor determina penibile suferințe, iar presiunea va provoca maximum de durere la căți-va milimetri înapoiul tuberculului scafoidien și la două cm. aprôpe înapoiul tuberosității celui de al V-lea metatarsien; echinosele se arată mai rar.

În sfîrșit, în mod general, în entorsa intra-articulară cea mai mică mișcare determină o suferință din cele mai vii și care se exageréză încă

prin presiunea exercitată în nivelul interliniei, pe când în entorsele periarticulare mișcările ușoare sunt prea puțin dureroase, iar durerea e mai ales intensă în lungul tecilor tendinoase (din *Le Dentu*).

Iată dar atâtea elemente, cari de multe ori vor permite a recunoște entorsa și a nu o confunda cu fractura maleolei peroniere. La rigore confuziunea între aceste două afecțiuni nu aduce un prejudiciu prea mare bolnavului, pe de o parte că mai tot-d'a-una când e fractură avem și entorsă, iar pe de alta că și tratamentul e aproape același, fie că vom usa de masagiul său de imobilizare. Să ne reamintim însă de un precept dat de Desprès: individul mai ușor va putea să umble având o fractură a maleolei peroniere, de cât având o entorsă. Aci mersul e foarte penibil, dacă nu imposibil; pe când adesea vedem indiviđi cu maleola ruptă, făcând curse destul de prelungite și în mod destul de convenabil.

Cât privesce diagnosticul complicațiunilor fracturilor peroneului e destul a le reaminti pentru a nu măi fi trebuință să inzistăm asupra lor.

Prognosticul și tratamentul.

Prognosticul fracturilor peroneului e tot-d'a-una serios, din cauză că mai adesea e însoțit de diverse complicațiuni asupra cărora am inzistat. Dar chiar în afară de aceste complicațiuni, fracturile peroneului au un punct negru, prin faptul că reducerea și coaptarea fragmentelor sunt adesea imposibil de obținut. Dar măi cu sémă prognosticul este serios când fractura ocupând terțul superior, ramura nervului sciatic popliteu extern e comprimată sau prinsă între fragmente. Faptul acesta pe lângă durerile violente ce determină se însoțește și de paralisia mușchilor extensori ai gambei.

Tratamentul. Sunt chirurgi între cari Lucas Championière recomandă simplul masaj în aceste fracturi.

Noi însă, căutăm tot-d'a-una a aplica un bandaj gipsat, puind piciorul în axa sa normală chiar și atunci când nu putem obține reducerea perfectă a fracturii.

Pentru fractura prin divulsione, Dupuytren imaginase un aparat, care pörtă numele său. El constă într'o lungă atelă pusă pe un sac plin cu tărățe și aședat pe fața internă a gambei. Prin acésta căuta a aduce o deviațiune a piciorului înăuntru cu scop de a exercita o presiune pe maleola externă împingându-o înăuntru spre a degaja fragmentul inferior lipit de tibia și a-l pune în contact cu cel superior. Fig. 185 arată aparatul lui Dupuytren. Dar acest aparat nu se măi întrebuințază,

înlocuindu-se d'a dreptul printr'un aparat gipsat, după-ce pe cât posibil în mod prealabil am redus fractura.

Cât privesce tratamentul complicațiunilor ne vom conforma după circumstanțe. Eu am tratat o fractură bimaleolară însoțită de fractura transversală a platoului tibial cu cel mai deplin succes prin aplicarea unui bandaj gipsat, piciorul fiind pus în unghiū perfect de drept cu

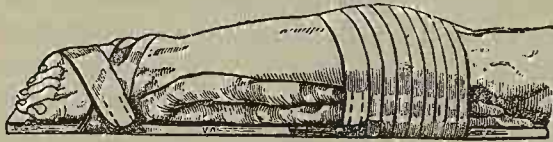


Fig. 185. Aparatul lui Dupuytren aplicat pentru fractura extremității inferioare a piciorului. Atela e fixată pe fața internă a gambei și piciorului, deviația acestuia fiind în afară. În caz când deviația ar fi înăuntru, atela se va aplica pe fața externă.

gamba. Casul e destul de cunoscut făcând chiar mult sgomot în oraș. Este vorba de d-rul Steiner, care ast-fel tratat, la ridicarea bandajului după șese săptămâni, consolidarea era perfectă. Astă-đi face curse foarte lungi fără a avea trebuință nici chiar de sprijinul unui baston. În casur de plăgi penetrante vom reduce fragmentele, le vom coapta în mod direct sau prin sutura. Dacă reducerea nu se poate obține vom practica rezecția.

Există încă o varietate curiosă de traumatism al piciorului, care constă în eșirea cu desăvîrșire afară a extremității inferioare a peroneului fără fractură. Ast-fel am avut un cas la o femeie relativ bătrână, de 50 ani, din strada Plantelor, care în urma unei căderi și-a produs această leziune. Chemat fiind, am spălat mai întâi plaga cu sublimat, am redus osul și după ce am închis plaga prin câte-va puncte de sutură, am aplicat un bandaj de gips punând piciorul în perfect unghiū drept, fiind asistat de internii serviciului și de dr. Pompiliū, pe atunci medicul meu secundar. De sigur, dacă vom avea a face cu complicațiuni de compresiune sau strangularea rămurei sciaticului popliteu extern vom fi pôte siliți a întreprinde o operație specială al cărui scop e lesne de prevăđut.

Dar în orī-ce alte casuri, orī care ar fi complicațiunea fracturei, noi vom căuta a conserva membrul având destule mijlōce antiseptice. Și numai atunci când am constata o compromitere a membrului, fie prin zdrobiri multiple osōse și mai ales începutul unei gangrene orī a unei septicemii, putem procede la amputația membrului.

Pentru a termina cu peroneul, socotim că e suficient a menționa

posibilitatea de luxațiuni ale acestui os, fie a extremității sale superioare ori inferioare. Noi nu înzistăm, căci casurile sunt așa de rare în cât constituie adevărate curiozități. Luxația extremității superioare ar proveni dintr'o contracție violentă a bicepsului, când epifisa peroneală poate fi dislocată înainte sau înapoi. Aceia a extremității inferioare, mai mult de cauză directă, nu se poate produce de cât prin ruperea ligamentelor tibio-peroneale inferioare. Aceste luxații se vor recunoște prin prezența extremităților osoase ce și-au părăsit locul normal. Vom căuta în același timp a examina cu multă atențiune spre a nu fi confundate cu fracturile lor, precum de multe ori s'a întâmplat.

CHESTIONAR.

- Fracturile gambei. Definiție. Cause. Fracturi directe și indirecte. Mecanism. Fracturi prin flexiune exagerată pe un punct de sprijin și fracturi prin flexiunea liberă fără punct de sprijin. Diviziunea în fracturi a extremității superioare, medie și inferioare. Varietăți: transversale, oblice și în V. Mecanism. Teoria lui Gosselin și Tillaux. Exemple. Causa autorului. Pag. 469-476
- Simptome. Fracturi simple, complicate și cu complicațiuni. Durerea, deformația, impotența funcțională și crepitarea. Caractere. Excepțiuni Exemple. » 477-482
- Diagnosticul. Importanța echimosei și a durerii fixe. Caractere. Punctele principale ce trebuiesc stabilite în diagnostic. Prognosticul. Întârzieri și lipsă de consolidare. Mărtea subită. Mecanismul. Edemul și emfiseumul membrului. » 482-485
- Tratamentul. Opinia și conduita autorului. Aparatul lui Malgaigne și Benjamin Anger. Tratamentul complicațiilor. » 485-489
- Fractura peroneului. Considerațiuni generale asupra rolului acestui os. Fracturi directe și indirecte. Cause. Mecanism. Istorie. Hippocrate. I. L. Petit. David (Bassyle). Pouteau. Boyer. Dupuytren. Maisonneuve și Tillaux. Fracturi prin smulgere, divulsie și diastasă. Opinia autorului. Fractura lui Hergott. Fractura lui Pott. Fractura lui Leroy. Caractere. Simptome. Semnele patognomonice. Diagnosticul diferențial într'o fractură a extremității inferioare a peroneului și entorsa piciorului. Descrierea entorsei. Prognostic și tratament. Diferite considerațiuni . . . » 489-507

CAP. VI.

Bólele genunchiului.

Regiunea genunchiului coprinde tóte părțile moi și osóse aflate între doué linii circulare : una superióră trecând cu doué laturí de deget d'asupra rotulei și alta inferióră trecând prin nivelul tuberosității anterióre a tibiei.

Deși după acéstă definițiune ar trebui să studiem fracturile extremităței superióre ale tibiei și inferióre ale femurului, ca făcând parte din genuchiú totuși credem că e mai util a nu scinda fracturile femurului precum n'am făcut nici cu acelea ale gambei. Remâne însă înțeles că, dacă ni s'ar da chestiunea de a descrie bólele genunchiului, vom fi obligați a vorbi și de aceste fracturi, precum și de tóte leziunile osóse a acestor extremități atât inflamatorii cât și neoplasice, (osteo-mielita, sarcomul, exostosa, etc., etc.).

Pentru moment însă, vom studia numai bólele părților moi ale articulației genunchiului, cele-l'alte fiind deja tratate.

Tot în regiunea genunchiului intră și scobitura saú fosa poplitee ce represintă o excavațiune aședată înapoiul genunchiului. Aci se găsesc cele mai mari trunchiuri vasculare și nervóse. Acéstă fosă poplitee fiind de o mare importanță în clinică, trebuie bine cunoscută. Dinsa trece în sus de regiunea genunchiului, căci se întinde pe femur cu patru laturí de deget d'asupra condililor. In jos însă e mai mică, căci ocupă prea puțin din fața posterióră a tibiei. Regiunea poplitee are un perete anterior format de fețele posterióre ale femurului și tibiei, de ligamentul posterior al articulației genunchiului și de mușchiul popliteu. Peretele posterior e format de tegumentul extern care plécă ca o punte de la o margine la alta. Îndoitura pulpei (plie du jaret) numită ast-fel din cauza plicei saú îndoiturei pielei când gamba se flexéză pe cópsă, aparține acestei regiuni. Pereții laterali, pe lângă porțiunile osóse oferite de femur și tibia sunt reprezentați mai ales prin mușchi. Peretele extern e format în sus de biceps și gemenul extern în jos, iar peretele intern de semi-membranosul, semi-tendinosul, dreptul intern și cuturierul în sus, iar în jos de gemenul intern.

§ I. Traumatismele genunchiului.

Sunt destul de frecvente și în același timp foarte serioase din mai multe puncte de vedere. Intr'o cădere directă pe genuchiū, pielea ce acopere regiunea fiind foarte subțire, se pōte rupe cu cea mai mare înlesnire, fiind prinsă între două rezistențe: corpul contondent și rotula.

Traumatismele genuchiului pot fi reprezentate prin diferite leziuni ce vor fi în raport cu natura corpului vulnerant. Ast-fel vom avea contuziuni simple, plăgi contuse, prin instrument înțepător, tăctor, prin armă de foc și chiar zdrobiri întinse, ca în cazul căderii unui corp greu sau trecerea unei rōte de trāsură, etc., etc. Tōte aceste plăgi, se împart în două mari categorii: în penetrante și nepenetrante, după cum plaga comunică sau nu cu interiorul articulației.

La rândul lor fie-care din aceste categorii pot fi însoțite de diferite complicațiuni. Ast-fel o plagă de și simplă și nepenetrantă pōte fi însoțită de complicațiuni, ca epanșamente mari de sânger, fragmente osōse, ruperi de tendōne, etc., precum iarășī o plagă deja penetrantă pōte avea aceleași complicațiuni plus prezența de corpi străini și infectarea plăgei prin diferiți agenți infecțioși.

Studiul particular al fie-căreia din aceste leziuni nu e necesar a se face, căci nu oferă nimic de special în afară de cele ce pe larg am arătat și am descris cu tōte detaliile în Vol. I la Capitolul traumatisme.

În plăgile genunchiului, chestiunea esențială este a recunōsce când leziunea e penetrantă sau nepenetrantă. Semnul decisiv al plăgilor penetrante îl avem când vom constata eșirea de sinovie prin această plagă. În cazul acesta nu mai este și nu mai pōte exista cea mai mică îndoială. Dacă însă plaga e strîmtă, sinuoasă și orificiul extern aședat pe un punct depărtat de genuchiū, atunci putem fi la óre-care îndoială.

Tot acelaș lucru vom đice chiar dacā plaga s'ar găsi în jurul articulației, dar d'asupra rotulei. Aci aflându-se fundul de sac subtricipital, lichidul eșit prin orificiul plăgei s'ar putea lua drept sinovie, pe când în realitate ar fi de altă natură. Sub nici un cuvînt nu este permis a recurge la diferite explorațiuni cu stiletul sau sonda canelatā, pentru a ne convinge dacā plaga este sau nu penetrantă. Motivul este că în afară de posibilitatea de a infecta plaga prin aceste explorațiuni, avem tōtā șansa ca o plagă simplă să o transformăm în plagă penetrantă, lucru ce trebuie cu totul evitat.

Importanța tuturilor traumatismelor genuchiului constă, că astăđi nu numai plăgile penetrante, dar și chiar complicațiunile lor, ca revărsări de sânger în articulație (emartrosă), fracturi, corpi străini, zdrobiri, etc.,

pot fi tratate cu o înlesnire foarte mare, scăpând aproape la sigur integritatea membrului. În adevăr, înaintea perioadei antiseptice, adesea-ori o plagă neînsemnată era urmată de sacrificarea membrului, în vederea complicațiunilor grave ce se puteau ivi. Se stabilise chiar ca axiomă, că tratamentul cel mai sigur și radical al traumatismelor genuchiului, era să se facă amputația cōpsei mai înainte chiar de izbucnirea fenomenelor inflamatorii. Cu alte cuvinte, se recomanda amputația primitivă d'a dreptul, iar nu cel pușin pe cea secundară.

Astăzi lucrurile s'au schimbat cu desăvîrșire, căci prin mijloacele antiseptice de cari dispunem, putem cu siguranță să păstrăm membrul afectat, recurgînd d'a dreptul la deschiderea articulației, spălarea sa antiseptică, extragerea corpilor străini, regularea suprafețelor fracturate, etc., etc. După acesta membrul fiind pus în pozițiunea normală și fixat printr'un bandaj gipsat, va avea toate condițiunile pentru reconstituirea sa. Dar chiar și în casuri desesperate, chirurgia modernă încă respinge amputația cōpsei, recomandînd a se face resecția genuchiului, care tocmai în traumatisme dă rezultate mult mai frumoase de cât acelea cari se fac contra tumorilor albe.

Cât privesce traumatismele și în special plăgile fosei poplitee, acestea sunt de un prognostic pōte și mai grav ca ale genuchiului propriu și, din cauza posibilității de a se răni artera, vena, sau nervul sciatic, despre a căror consecințe grave credem de prisos a insista.

Plăgile arterei și venei poplitee în afară de circumstanțele ordinare, ca lovituri de sabie, florete, armă de foc, cușit, etc., se pot observa și în urma unor intervențiuni chirurgicale. Extirparea unei tumori, în special sarcomatoase, extirpare de cicatrice vițioase, etc., sunt exemple cari au produs rănirea acestor vase. Operația de genuchiu valg a dat și ea o asemenea complicație, precum s'a întîmplat într'un cas lui Mac Gill (1884).

Artera fiind așezată în ultimul plan, e cea mai profundă. Dînsa deci scapă de a fi rănită în extirparea tumorilor, sau a unor cicatrice vițioase. Se citează chiar casuri de lovituri prin bucăți de obus, cari au străbătut regiunea poplitee în totă grosimea sa, fără să fi lezat vasele. Din contra, în zdrobiriile extremității inferioare a femurului, în trecerea unei rōte pe genuchiu, în luxațiile genuchiului, în operațiunile de osteotomie, etc., agentul lucrînd de d'inainte înapoi, atacă mai ușor artera, căci ea e prima ce se întîlnesce, precum e nervul sciatic care e primul ce se rănesce, când agentul atacă fosa poplitee de dinapoi înainte. O altă particularitate a acestor emorații este, că sângele revîrsîndu-se printre țesuturi, tumora sanguină ce se forméază e foarte mult comprimată între schelet și aponevrosa gambieră. De aci rezultă că regiunea devine convexă, iar

tumora comprimând organele din tóte părțile, determină dureri violente și chiar sfacelul membrului, prin împedicarea restabilirei circulației colaterale. Dar artera și vena poplitee se măi pot rupe și în urma unor leziuni traumatice sub-cutanate, adică fără a exista la exterior nici o soluție de continuitate. Și acésta se întâmplă în extensiunea forțată a membrului, în îndreptarea bruscă a unei anchilose a genuchiului, etc. Ast-fel e cazul citat de Dupuytren, Boyer, Tenner și Billroth de ruperea popliteei, în urma extensiunii brusce a genuchiului. Hogdson citéză observația unui om de 37 ani tóрте viguros, care a căpétat un anevrism popliteu, făcând un sfortș violent în momentul unei săriturii.

Simptomele acestor leziuni sunt comune cu acelea ale emoragii-lor în genere. Vom explora pulsațiile pedióse și tibialei posterióre, a căror perceptibilitate sau absență ne va indica secțiunea complectă sau incomplectă a arterei. Ne vom da séma de temperatura locală, de prezența unor pulsații în tumoră, sau auđirea unor sgomote de suflu, pentru a sci dacă masa sanguină comunică sau nu cu artera deschisă. Și cu modul acesta diagnosticul se va stabili, iar prognosticul se va prevedea.

Tratamentul. Aci ca și la genuchiu ne vom conduce după circumstanțe. Plăgile simple vor fi bine pansate cu soluțiunii antiseptice, putend chiar aplica câte-va puncte de sutură asupra părților moi, pentru a obține reunirea primitivă. Nu va fi însă tot ast-fel contra complicațiilor, căci dacă ne e permis a fi în expectație, fiind vorba de prezența unui corp străin, nu va fi tot ast-fel cu privire la o emoragie serióasă. Aci putem după casurii să procedăm, fie la compresiunea directă sau la distanță, fie la legarea arterei în plagă or pe un punct al cóspei, în general în canalul lui Hunter, sau chiar la partea sa de mijloc. Pentru secțiunile nevróse vom procede imediat la sutură, după diferitele procedee ce am descris în vol. II. 1)

În afară de aceste leziuni ce am enumerat ca fiind consecința traumatismelor genuchiului, măi avem încă aparițiunea de largi echimose, precum și de epanșamente sanguine, nu numai în cavitatea articulară, unde constituie emartrosa, dar chiar în numeroasele burse seróse ce există în acéstă regiune.

De și vom reveni asupra afecțiunilor burselor seróse, prin anticipație însă vom reaminti existența unei burse seróse prerotuliene, alta sub ligamentul rotulien, a labei-gâștei, a bicepsului, semimembranosului și tricepsului.

În urma unor traumatisme directe sau indirecte, aceste burse se

1) Vol. II, pag. 461—466.

pot umple de o revărsare de sânge. Mai mult, Malgaigne a arătat un epanșament sanguin foarte profund și anume între fața anterioară a femurului și sinoviala. Velpeau a descris un alt epanșament sanguin pe care l'am putea numi în formă de potcovă, căci se întinde de la fața internă la cea externă a genuchiului, trecând pe d'înaintea ligamentului rotulien.

Prognosticul acestei afecțiuni e mai tot-d'a-una serios, căci dacă epanșamentul se poate resorbi une-orî, alte dăți însă poate fi punctul de plecare al unei artrite uscate sau tumoră albă, după cum individul va fi reumatic sau tuberculos. Consecințele vor fi aceleași ca și în plăgile tăiate, prin sdrobire or armă de foc, etc.

Tratamentul diferă după leziuni. În casuri de epanșamente trebuie stabilit diagnosticul, dacă e vorba de acumulare sanguină or seroasă. Se știe că aparițiunea bruscă a tumorii imediat după accident, arată colecție sanguină, pe când în cazul contrariu, o colecție seroasă. Afară de acesta, în tumora sanguină vom avea crepitațiunea specifică, ruperea coagulilor la palpație (crepitația parșeminată a lui Velpeau), semn ce nu se găsește în colecțiile seroase. Vom căuta iarăși a ne convinge dacă da, sau nu, colecția ce ni se prezintă comunică cu sinoviala articulară. În orî-ce caz, intervenția primitivă chirurgicală nu va fi aplicată de cât în casuri excepționale, căci adesea un coagul sanguin astupă orificiul de comunicare între o bursă seroasă periarticulară (a tricepsului) și sinoviala genuchiului, așa că evacuând punga, distrugem astupușul și prin el în mod indirect deschidem articulația. De aceia e mai de preferat a face d'a drept artrotomia, precum recomandă Duplay, de cât a recurge la puncția, căci cel puțin putem ridica toți coagulii și spăla bine articulația. În cele-l'alte casuri, o imobilitate și ușoară compresie, iar mai târziu un masagiū moderat, aduce cele mai mari foloșe bolnavului, favorisând resorbția lichidelor extravasate.

§ II. Afecțiunile inflamatorii ale genunchiului.

Cea mai comună din aceste inflamațiuni este aceia ce își are sediul în punga sau bursa seroasă prerotulienă. Acastă bursă se numește ast-fel din cauză că se găsește direct aplicată pe fața anterioară a rotulei. Dînsa este acoperită de aponevroza cōpsei, care lăsându-se în jos pentru a acoperi totă regiunea genuchiului, trece și peste acastă bursă seroasă, ceia-ce face că dînsa nu este situată imediat sub piele după cum aū cređut unii. Bursa prerotulienă este o pungă seroasă închisă din toate părțile cu o singură cavitate și ocupând cele două terțuri inferioare

a feței anterioare a rotulei, fiind mai mult apropiată de marginea internă de cât de cea externă.

Acastă pungă seroasă pôte fi sediul unei inflamațiuni cronice sau acute. Indiviđii cari au profesiunea de a sta prea mult în genuchii, pot da naștere unei acumulațiuni de serosități în această pungă, al cărui volum crescând încet și treptat constituie *igroma cronică*.

La început, leziunea constă într'o simplă acumulare de lichid seros; mai târziu însă pereții se îngroșă foarte mult și pot deveni sediul de depozite calcare, mergând chiar până a forma o adevărată placă de piatră ce ocupă totă cavitatea pungei. Personal am observat un cas foarte remarcabil. Este vorba de un călugăr care își determinase prin deseale și prelungitele mătani și șederi în genuchii, o dezvoltare atât de mare a acestei burse că apropia volumul a două pumni. Pereții erau excesiv de îngroșați și oferea toate caracterele unei tumori quasi solidă. Tratamentul a constat în extirparea totală a acestei igrome, care de alt-fel s'a vindecat cu cea mai mare ușurință fără să fi fost atinsă articulația puindu-se în evidență rotula.

În celelalte casuri mai simple și anume când nu e vorba de cât de o acumulare de serosități fără ca pereții să fie îngroșați, putem recurge la evacuarea pungei prin puncțiune, urmată apoi de spălături antiseptice cu sublimat sau cu alcool. Injecțiunile cu tinctură de iod trebuie evitate din cauza violentelor dureri ce producem, precum și posibilitatea dezvoltării unei inflamațiuni vii ce pôte degenera într'un flegmon.

Pentru cunoștințe mai detaliate a acestei igrome, trimitem pe cititori la Vol. II unde chestiunea e pe larg tratată. 1)

Igroma acută sau abcesul bursei prerotuliene.

Aplicarea directă a unei traume, pôte da naștere unei igrome acute. Dacă prealabil a existat o igromă cât de mică, punga în acest cas se pôte rupe. Atunci lichidul se varsă în părțile din prejur, iar buzunarul brusc violentat, dă naștere unei inflamațiuni acute, mai ales dacă concomitent s'a produs și o plagă a genuchiului.

Alte dăți această bursită acută își are punctul de plecare în urma unei neînsemnate excoriațiuni, care prin calea limfatică, inflamațiunea se pôte propaga nu numai în jurul articulației, dar chiar până în interiorul acestei pungi.

Am avut în serviciul meu o servitoare care spălând scânduri în

1). Vol. II, pag. 369—376.

genuchi, și-a produs o excoriațiune foarte mică în dreptul rotulei, dar care nu a determinat mai puțin o limfangită și un flegmon, ce se întinse până la jumătatea cōpsei.

Și în adevăr, gravitatea acestei inflamațiuni acute sau mai bine zis a abceselor prerotuliene, nu constă atât în producțiunea puroiului în pungă, cât în faptul că dînsa fie în urma ruperei pereților pungei sau pe calea de continuitate, se pōte întinde pe teritoriul mult mai depărtate de locul primitiv.

Am arătat că această pungă e acoperită de aponevroasă cōpsei; sub dînsa însă aflându-se un țesut celulo-gresos foarte lax, inflamația are cea mai bună ocaziune de a se întinde repede. Ea înconjură din tōte părțile articulațiunea genuchiului, și pōte să coprină și regiunea poplitee întindându-se chiar și pe cōpsă. Ajunsă în această stare, abcesul bursei pierotuliene se transformă într'un adevărat flegmon peri-articular. Și dacă din nenorocire individul va fi coprins de o diatesă, în special diabetică ori alcoolică, lesne putem deduce funestele sale consecințe.

Prognosticul deci al unui abces prerotilien pōte deveni foarte serios. În majoritatea casurilor însă, dînsul rămânând limitat, formeză o afecțiune benignă. Dar și în cazul când acest abces se transformă într'un flegmon peri-articular, el încă își conservă benignitatea, dacă individul e de o constituție bună. Căci cu tōtă forma îngrijitoare ce ne procură, determinând o umflătură și roșată în întręga articulație a genuchiului, totuși articulația nu se atacă, de ore-ce această bursă seroasă n'are absolut nici-o comunicare cu articulația genuchiului.

Diagnosticul în general e ușor, mai ales când abcesul e limitat. E destul a constata o tumoră fluctuantă, cu tegumentele roșii și temperatura locală ridicată, pentru a susține că această tumoră situată pe fața anterioară a rotulei și dirijată mai mult către marginea sa externă, nu pōte fi de cât un abces prerotilien.

Iar când lucrul a ajuns în stare de flegmon peri-articular, s'ar putea impune drept o artrită acută a genuchiului. Inșă printr'un examen minuțios, nu vom întârția a constata că mișcările articulare, de și pōte puțin limitate, totuși le obținem fără dureri; ceia-ce n'ar fi cu puțință în cazul unei artrite acute.

Tratamentul constă la început în aplicare de pansament umed antiseptic; iar când abcesul deja s'a format, nu ne rămâne de cât a-l deschide după tōte regulile clasice.

Artritele genuchiului — gonită după Germani.

Astă-dî propriu vorbind, tóte inflamațiunile articulațiilor se consideră ca specifice, ca infecțioase, căci tóte sunt secundare, rezultând dintr'o infecțiune prealabilă a organismului. Singură artrita traumatică ar da loc la discuțiune, ca nerecunoscând un agent specific. Este adevărat că în urma unei contuziuni aplicată pe articulație, acesta se poate inflama. Dar după cunoscințele moderne, inflamația, în afară de intervenirea microbilor neputând exista, artrita traumatică la rigóre intră și ea tot în categoria celor specifice. Și drept probă avem că nu toți indiviții cari suferă un traumatism pe genuchiu capătă artrită: la unii totul se reduce la o simplă durere mai mult sau mai puțin vie, dar în orîce cas trecătoare; pe când la alții durerea persistă, articulația treptat e prinsă, până când în mod insidios, individul se vede copleșit de o artrită de care numai poate scăpa. Mai mult de cât atât, această artrită traumatică nu îmbracă nici-o-dată aceleași caractere, ci se manifestă în mod cu totul diferit, stând în absolută legătură cu diatesa sau bólele constituționale ale individului. O aceeași cauză poate fi urmată de o artrită cu epanșament, de o artrită cu tendința la anchilosă, sau de o artrită supurativă, după cum individul va fi fost artritic, reumatic, orî tuberculos.

Concluziunea decî este că un individ închipuit perfect sănătos, nu are dreptul a căpăta o artrită în urma unui traumatism.

Și chiar acolo unde fenomenul se observă, încă trebuie să admitem prezența unor germeni de o epocă uitată, cari și-au redeșteptat existența și au putut ast-fel determina inflamația articulației. Acesta este cea-ce în patologie se numește *microbism latent*.

Orî-cum ar fi însă, usul a făcut să se conserve încă numele de artrită traumatică simplă, fără intervențiunea nici-unui microb patogen. În acest cas, afecțiunea e foarte limitată și nu se manifestă de cât printr'o ușoră durere, mai ales în partea internă a articulației, prin lipsa orîcărui epanșament sau cel mult a unei cantități abia apréciabilă.

Regiunea nu e însoțită de nici-un fenomen inflamator; totuși dacă aplicăm mîna pe articulație și imprimăm ușóre mișcări membrului, acestea se însoțesc de óre-care dureri și în plus de o crepitațiune fină. Acesta poate proveni sau din bursa serósă prerótulienă sau din descuamarea stratului de celule epiteliale a membranei sinoviale, în urma căreia se produc aceste frecări.

Alte dăți, dacă violența a fost mai puternică, putem observa fenomene de artrită sub-acută, caracterisată printr'o acumulațiune destul de

pronunțată de sinovie în cavitatea articulară. Dar și aci, dacă nici-un alt factor patogen nu intervine, artrita nu trece în stare acută, iar lichidul se resorbte în mod spontan. Tot în urma unui traumatism puternic, putem constata o revărsare mare de sânge, care umple în mod complet întreaga cavitate articulară, formând ceia-ce se numește emartrosă. Caracteristica sa este că apare imediat după accident, determinând o tumefacție bruscă a articulațiunii. Acesta o deosebesce de epanșamentul seros, care apare treptat, și în ori-ce cas după un óre-care timp de la accident.

Iată în câte-va linii ce trebuie să înțelegem printr'o artrită traumatică.

Cu tótă benignitatea sa însă, noi nu vom pierde din vedere considerațiunile expuse mai sus. Nefiind siguri de starea diatesică sub influența căreia s'ar găsi individul, această artrită traumatică sub-acută póte să fie punctul de plecare al desvoltărei unor afecțiuni de o gravitate excepțională, mai ales dacă individul posedă într'însul germele tuberculosei.

În adevăr, experiențele memorabile ale lui Max Schüler, cari au rămas clase, demonștră până la evidență rolul traumatismelor în desvoltarea tuberculosei. Acest autor, înjectând materii tuberculóse în trachea animalelor și aplicând apoi o lovitură pe genuchiú, a produs o inflamație în această articulație. Prin examenele microscopice și bacterologice s'a probat că era vorba de o artrită tuberculóasă. Decí vom fi fórte severi cu artrita traumatică. Vom pune bolnavul într'un repaus absolut, iar membrul într'o imobilizare totală și prelungită. Numai ast-fel vom putea preveni isbucnirea unei tuberculose, apariția unei osteite de creștere, anchilosa vițiósă a genuchiului, idartrosa, supurațiunile, etc., etc. complicațiunii unele mai grave de cât altele.

Nu vom permite decí individului sub nici-un cuvînt a începe să umble cât timp va avea durere în genuchiú și pe cât timp va exista cel mai mic epanșament în articulație. O asemenea neglijență póte fi punctul de plecare al unei artrite cronice, a unei îngroșări a membranei sinoviale, a desvoltărei de fongosități, sau a unei idartrose permanente, tóte leziuni contra cărora nu vom putea lupta de cât prin întreprinderi de operațiuni serióse.

La început noi ne vom face datoria a pune pe bolnav în repaus, a imobilisa membrul și a căuta prin compresiuni și diferite alte medicamente rezolutive, fie topice ori generale a suprima cel mai mic proces inflamator și a obține rezoluția completă a ori-cărui epanșament fie cât de mic.

În casuri de emartrosă vom avea aceeași conduită; și numai când

circumstanțele ne vor forța, ne vom decide a recurge la artrotomie pentru a goli articulația fie de o cantitate prea mare de sânge, de sinovic, ori de puroi.

După-ce am terminat cu artrita traumatică sub-acute, pe care încă odată numai din complezență o putem considera ca bătă simplă, acum trebuie să studiem cele-lalte feluri de artrite, asupra cărora nu pôte exista nici cea mai mică îndoială de specificitatea lor. Ceia-ce vom spune despre artrita genuchiului se aplică la tôte cele-lalte articulații. Genuchiul însă luându-se ca tip și obiect de studiu al artritelor specifice, fie din cauza marelui suprafețe articulare, fie că e mai ușor expusă la traumatisme, fie că suportă greutatea corpului, etc. Noi vom urma aceeași conduită ca a tuturilor autorilor insistând mai mult asupra acestei articulațiuni. Pe cele-lalte ne vom mărgini a le menționa numai după importanța și rolul lor.

Dar din aceste artrite specifice, nu vom insista de cât asupra *artritei tuberculöse* numită încă și *tumora albă*. Dînsa este cea mai importantă și cea mai frecventă leziune ce se întâlnește în domeniul chirurgical. Dar mai întâi, să ne oprim puțin asupra *artritelor consecutive febrei eruptive, intoxicațiunilor generale și septicemiilor*. Propriiu ȃis, aceste artrite aparțin domeniului medicinei, așa că dacă noi le menționăm este mai mult pentru a fi preveniți, cuvînt pentru care nici nu vom insista mult asupra lor.

Aceste artrite pot lua două forme deosebite: unele caracteristice numai printr'un simplu epanșament în totul analog cu cele ce se observă în reumatisme. Ele se numesc artropatii simple. Ast-fel la începutul perioadei de invazie a variolei, scarlatinei și rugeolei, se observă nise asemenea atacuri în una sau mai multe articulații. Atacul acesta schimbând de loc, adică mutându-se de la o articulație la alta, a făcut pe mulți autori să considere faptul ca o simplă coincidență de aparițiunea reumatismului în cursul febrei eruptive. Cu atât mai mult lucrul ar părea just, că asemenea artrită dispare foarte repede, fără să lase nici o urmă după dînsa.

A doua formă de artrite sunt mult mai grave, de ôre-ce epanșamentul articular nu numai că cresce din ce în ce și are tendință a se stabili într'o anumită articulație, dar are multă tendință a intra în supurație. Ele se observă în perioada de supurație a erupțiunei variolice, în formele grave de scarlatină, și se consideră în general ca prodromul unei terminațiuni fatale, de ôre-ce sunt rezultatul unei adevărate septicemii.

Casul cel mai ușor, dacă și acesta ușor pôte fi, este când artrita se transformă în tumoră albă.

Se susține în adevăr că toate febrele eruptive, aducând o debilitate generală a organismului, procură bacilului tuberculosei ocasiunea favorabilă de a se desvolta în articulații. Și clinica pare că este în favorul acestei opinii, căci mai tot-d'a-una cercetând antecedentele bolnavilor atinși de tumori albe ale genuchiului, sau coxalgie, ne arată că prealabil au fost atinși de forme grave de febre eruptive. Disenteria ca și febra tifoidă, se poate complica nu numai de artrite supurate, dar și de sinovite purulente a tecilor tendinoase, de periostite, etc., etc. Se admite că în disenterie, artrita, al cărui sediū de predilecțiune e genuchiul, foarte rar supurează. Dînsa se caracterisă mai mult printr'un epanșament mare de sinovie, luând forma unei idartrose. Trousseau a arătat un cas, unde lichidul era atât de abondent, că sinoviala s'a rupt sub presiunea sa.

Mai avem în fine artrite supurate ce apar în urma erisipelului și a piemieii, dar acesta fiind ultimul semn al septicemiei ajunsă în cel din urmă grad, nu vom insista mai mult, fiind pe larg descrisă în vol. I, la capitolele respective.

Artrita sifilitică.

Acastă afecțiune numită încă și artropatie sifilitică, artrosifiloză, osteo-artropatie sifilitică, formeză o chestiune de actualitate, de și drept vorbind, dînsa a fost menționată deja din timpul lui Fracastor.

Primul autor care a afirmat în mod clar acțiunea sifilisului asupra articulațiilor este Babington, comentatorul operilor lui Hunter. Iată expresiunile proprii ale acestui autor, pe cari le reproducem din al III-lea volum de chirurgie: Sifilisul constituțional poate să devie articular în două perioade diferite. Sunt casuri unde inflamația sinovialei articulațiilor coincide cu simptomele secundare neîndoișoare ale sifilisului. Inflamația sinovialei este acută, însoțită de durere, tensiune și roșiață superficială. Aceiași afecțiune se observă și în casuri de cachexie generală.

De atunci o mulțime de alți autori au arătat pe rînd diferite leziuni articulare, ce coincideau cu manifestări sifilitice recente sau vechi, de a căror natură specifică nimeni nu putea să aibă cea mai mică îndoială.

Acțiunea sifilisului asupra articulațiilor se manifestă sub trei forme deosebite: *artralgii*, *idartrose* și *osteoartrită propriu disă*. Primele două forme sunt sub dependența sifilisului secundar, iar ultima sub a celui terțiar.

Toate aceste forme se pot localiza indiferent în or-ce articulațiune mare sau mică. Sediul însă de predilecțiune îl ocupă genuchiul, iar

după dînsul cotul, umărul, articulația cîmpseî, a piciorului, sterno-claviculară, etc.

Artralgiile sifilitice, de și după unii sunt efectul unor leziuni profunde, situate în ósele circumvecine, în periost sau părțile moi, totuși pare a avea o existență proprie. S'a observat în adevăr că aceste artralgiî apar înainte roseolei concomitente cu șancărul îndurat. În cazul acesta, artralgia formeză o afecțiune primitivă în tocmai ca și febra sifilitică, anunțând invaziunea infecțiunei asupra organismului.

Cu tóte acestea, autorii sunt de acord a admite, că pe lângă aceste *artralgiî precoce*, cari de alt-fsl sunt fôrte rari, mai există artralgiî tardive, sau simptomatice, ce formeză prodromul unor leziuni óse medulare a epifizelor, sau mai ales a diafizelor, periostului, etc.

Caracteristica acestor artralgiî este de a fi fôrte dureroase, mai ales la cãldura patului. În adevăr, bolnavul e coprins de dureri atroce în momentul când se culcă; ele se calméză dimineța și dispar cu totul în timpul mersului.

Faptul acesta că artralgiile sifilitice devin fôrte dureroase la cãldură, este cu totul patognomic. Este sciut de toți că Ricord, descoperirea pe sifiliticî întreținând cu dînșii conversațiunii apropiindu-î de gura sobei. Imediat purtătorul de sifilis nu putea să reziste mai mult din cauza durerilor ce se desvoltau în genunchii sãi. Acéstă forma pentru Ricord o probă demonstrativă.

II). *Idartrosa*. Este de sigur manifestațiunea cea mai principală a sifilisului, pentru care s'a și dat o mulțime de opinii și teorii. Dînsa a fost tot-d'a-una luată ca exemplu! cel mai demonstrativ, de óre-ce nu numai că era însoțită de leziuni sifilitice clasice, dar se și vindeca exclusiv prin tratamentul antisifilitic pur, fără nici o altă asociațiune de remedii ce ar fi putut pune la îndoială natura sa specifică.

Fără a multiplica exemplele, reproducem numai următoarele, ca fiind fôrte demonstrative și cari aparțin lui Taylor și Fournier. E vorba de o femeie de 22 ani, fără diateză reumatică, fără blenoragie. Dînsa posedă un epanșament în articulația genunchiului atît de considerabil, că făcea imposibilă flexiunea membrului. Taylor dă în fie-care și bolnavei 16 miligrame de sublimat și 3 grame de iodur de potasium. În tot timpul duratei tratamentului, care a fost de 3 luni, bolnava s'a servit liber de genuchiul sãu și totuși vindecarea s'a obținut în mod definitiv.

Bolnava lui Fournier, care era o femeie sifilitică de 4 ani, avea o idartrosă voluminosă și indolentă, pe care o purta de doi ani. Vindecarea s'a obținut în mod complet după un tratant de 4 săptămâni cu iodur de potasium.

Am avut ocaziune de a observa și eú singur un cas tipic de idar-

trosă sifilitică la un domn D... din piața Amzei. Acest individ cu o lună înainte se presentă la mine cu manifestațiunii clasice de erupție secundară sifilitică, pentru care i-am dat pilule cu proto-iodur. După o lună fui chemat la domiciliu, plângându-mi-se de o umflătură a genunchiului stâng. Constat în adevăr o idartrosă destul de voluminoasă, care împedica pe bolnav de a umbla corect. I-am prescris fricțiunii mercuriale, aplicându-i în acelaș timp și un bandagiu compresiv. După o lună lichidul s'a resorbit. Legătura decî între aceste două afecțiuni era evidentă, mai ales că vindecarea s'a obținut prin mercur, cacî compresiunea a jucat un rol foarte ilusoriu.

Iată dar câte-va fapte dintr'o mulțime altele, cari probéză influența sifilisului asupra articulațiilor.

De alt-fel, lucrul n'are nimic de extra-ordinar, de óre-ce astăzi nu mai e pentru nimeni un secret, că sifilisul este o bółă constituțională, o bółă microbienă. Și așa fiind, de ce dînsul n'ar avea acelaș privilegiu ca tuberculoza de exemplu, de a ataca și el articulațiile ca și acesta? De sigur că póte, și nimeni nu-í póte nega acéstă putere.

Nu s'aú descris óre endocardite sifilitice, pleuresii sifilitice, pneumonii sifilitice, etc., etc.? De ce dar membrana sinovială, care e tipul seróselor să nu fie și ea atinsă de acest agent ca și cele-l'alte țesuturi? Dar chestiunea nu este aci. Este vorba a se lámuri dacá acea idartrosă este datorită unei iritațiuni directe a sifilisului asupra membranei sinoviale, saú e consecința unei iritațiuni venitá din părțile vecine.

Deja Ricord, înzestrat de un mare geniú și un puternic spirit de observație, susținea cu tãrie prin 1853, că nu există leziuni sifilitice articulare. Nicí odată n'am întîlnit, ȃice el, casurí în cari virusul sifilitic să fi determinat într'un mod direct afecțiunea articulară. Dar dacá indiviđii scrofuloși contractéză sifilisul, atunci póte să resulte un amestec din aceste două diateze, o stare mixtă care participă și de la una și de la alta, dar fără să fie nicí una, nicí alta în mod exclusiv. In asemenea circumstanțe, dacá o tumoră albă apare, dinsa va presenta caractere mixte de sifilis și scrofulă, contra căreia reușește de minune iodurul de mercur.

Reunirea acestor două diateze, mariagiul acestor doi factori, a fost numit în mod glumeț de Ricord prin cuvîntul de *scrofulat de verolă*, dar care nu e mai puțin semnificativ și instructiv, din care cauză a și rėmas clasic.

In zadar s'a încercat Richet să susție că sifilisul póte produce leziuni articulare, afirmând că dînsul le-a observat pe indiviđi cu totul lipsiți de diateză scrofulosă; n'a reușit însă, căci tóte cercetările minuțioase ale lui Panas, Lancereux, etc. aú confirmat ca justă opinia lui Ri-

cord. Noi nu intrăm mai mult asupra acestor detalii ce aparțin în special sifilografilor. Vom arăta însă că ultimele cercetări clinice și microscopice ne dau dreptul a fi de partea lui Ricord.

În adevăr, Lancereux e primul care a arătat prin piese demonstrative, că leziunile sifilitice nu se dezvoltă pe sinoviala articulară ci în țesutul subjacent, pe care îl copleșește, formând adevărate gome izolate, reunite, sau în formă de infiltrație difusă. S'a mai constatat încă de alți autori ca Lannelongue, Cornil și Ranvier, etc., că nisce asemenea leziuni sifilitice, cu înlesnire se dezvoltă pe oșele proxime articulației, pe diafisa, pe periost și chiar pe cartilajul de încrustare, dar nici-o dată pe sinoviala articulară, care cu totă existența idartrosei totuși ea e perfect sănătoasă. Faptele acestea confirmă încă-o dată mai mult că sifilisul iubesc țesuturile ce nu sunt prevădute de vase prea multe, și de aceea el evită membranele seroase, cari în definitiv nu sunt de cât o rețea întinsă de vase limfatice a căror origină chiar sunt

Este adevărat că sifilisul intră în organism prin limfatice, dar el nu face haz de ele, căci le utilizează numai ca mijloc de peregrinare. Proba avem că aproape nici-o dată nu observăm limfangite sau adenite supurate, cari ar proba exaltarea vieții.

Sifilisul odată ce a trecut de perioada copilăriei sburdalnice, de perioada nedisciplinată, când se manifestă pe tegumente și mucose, tendința lui irezistibilă este de a se fixa, de a trăi în țesuturi compacte, în țesuturi puțin vasculare, precum e diafisa osului, țesutul conjunctiv, țesutul fibros, etc., etc.

Cu alte cuvinte, sifilisul e invers ca tuberculoza, care dacă nu alege țesuturile cele mai vasculare, cel puțin preferă pe cele medii. De aci supurația ganglionilor limfatici, de aci dezvoltarea lor pe seroase, etc., etc. Prin urmare, dacă prin tuberculoză ne explicăm idartrosa venită în urma iritației directe a sinovialei prin faptul dezvoltării *in situ* a bacilului, nu e tot ast-fel cu idartrosa sifilitică, căci încă-odată repetăm, nu s'a găsit nici-o dată leziuni specifice primitive ale sifilisului pe sinovială.

De unde dar provine această idartroză ce coincide cu manifestațiile sifilitice și se vindecă odată cu ele printr'un tratament specific? Opiniunea generală tinde a demonstra, că această idartroză nu provine dintr'o erupțiune sifilitică pe sinovială, care ast-fel irită ar da naștere unei secrețiuni mai abondente de lichid, formând idartrosa; ea este rezultatul unei iritațiuni a membranei sinoviale, nu însă direct, ci indirect, venind de din afară. Cum? Prin depunerea lentă și progresivă a producăunilor gomose în țesutul celulo-gresos ce se află sub membrana sinovială. Aceste depozite iaă diferite evoluțiuni: une-orî totul se concentrează într'un singur nodul, formând goma izolată; alte

dăți se formază două sau mai multe de aceste producțiuni, sau că depositul se întinde de jur împrejurul sinovialei, formând ceia-ce se numesce infiltrațiune difusă gomosă. Aceste depozite, de și se pot desvolta ori-unde, sediul lor însă de predilecțiune, cel puțin la genuchii, este în fundul de sac superior al sinovialei. Dar or-cum ar fi, ele aduc o îngroșare a membranei sinoviale, și une-orii sunt așa de apropiate de serosă în cât fac proeminență în articulație și se coafază de sinovială. În vol. III de chirurgie se citéză un fapt foarte important raportat de Toussaint. E vorba de un asemenea tubercul, care înaintase așa de mult în genuchii și ast-fel se pediculizase, în cât mai mulți chirurghi crezuse în existența unui corp mobil articular.

Iată dar origina idartrosei. După cum vedem dînsa e pur și simplu efectul unei iritațiuni de vecinătate, unei iritațiuni peri-sinoviale, grație acelor depozite gomose ce se depun în jurul sēu. Dar ast-fel fiind lucrul, idartrosa nu mai pōte fi considerată ca o manifestare sifilitică secundară, ci terțiară, căci e vorba de gomă care formază tipul sifilisului terțiar.

§ III. Osteopatia sau osteoartrita sifilitică.

Acéstă formă e de toți admisă ca fiind direct sub dependența infecțiunei terțiare a sifilisului.

Deja Chaumel în 1837, arătase iperostosa extremităților articulare în urma sifilisului, și numise chiar *pseudo-reumatisanți* pe sifiliticii ast-fel atinși. Apoi Richet, Lancereau și Fournier au adus observații de leziuni articulare mult mai întinse, cari luaū tōte caracterele unor tumorii albe, fapt căruia s'a și dat numele de *pseudo-tumoră albă sifilitică*.

În adevăr, desordinele sifilitice sunt așa de analóge cu cele tuberculóse că deosebirea nu e cu puțință pentru un medic neprevenit și necunoscător al lucrului. Cartilagele, ligamentele, periostul, apofisele osose și tōte părțile ce constituie articulația sunt distruse, ulcerate, supurate, etc. contra cărora tratamentul cel mai energic anti-sifilitic nu mare cel mai mic efect.

De sigur în asemenea casuri, un diagnostic diferențial nu mai e cu puțință pe terenul clinic, de și la rigóre pōte că nu mai e de mare folos, căci membrul este deja compromis și în mod iremediabil. Dar dacă după amputație sau mórtea individului, facem cu atențiune disecțiunea membrului, ne vom convinge că procesul morbid a plecat dintr'un punct mult mai departe de articulație, și nu a distrus acésta de cât foarte târziu și în mod cu totul secundar.

Mai mult încă, Lannelongue a probat că tōte aceste leziuni și chiar a epifiselor, sunt consecutive unei leziuni *gomose-diafisare*. În prima

perioadă, sau mai bine înainte dezvoltării artropatiei propriu zisă, începe să apară în diafisă aceia ce Cornil a descris sub numele de gome difuze ale oșelor. Acesta e o nouă probă, care încă-o dată confirmă ceia ce clinica a observat că, sifilisul nu iubesc țesuturile prea vasculare ci pe cele mai sêrace, precum e țesutul compact al diafisei, țesutul fibros, etc., etc.

Dar or-cum ar fi, pentru noi rămâne acest lucru că, în artropatia sifilitică, procesul începe printr'o gomă ososă în diafisa osului, apoi treptat copleșesc bulbul, țesutul spongios, cartilagiul, etc., etc. până când distrugând totul, străbate în articulație.

Se va obiecta pôte că același lucru se petrece și cu tumora albă tuberculosă, căci și aci mersul procesului morbid este același, începând întâiu cu leziunile osose, și apoi treptat copleșesc părțile constitutive ale articulației până străbate în interiorul sêu.

Lucrul e perfect adevărat, și de aceia dându-se analogia cea mai mare a acestor două afecțiuni, pörtă și același nume. Singura deosebire și pôte cea mai importantă, este că dacă aceste două afecțiuni se întâlnesc în ultima lor perioadă, se depărtéză fôrte mult la începutul evoluțiunei lor.

În adevăr, pe când în tuberculosă există o formă atât clinică cât și anatomo-patologică bine constatată, și a-nume că bacilul se pôte primitiv desvolta pe membrana sinovială și să fie chiar oprit în mersul sêu dacă arta intervine în momentul oportun, în sifilis nu e tot ast-fel. Dînsul, după cum am arătat, nu atacă sinoviala de cât în mod secundar, fie prin deposit gomose perisinoviale, sau gome d'a dreptul osose, și că apoi treptat atacă sinoviala.

Cu alte cuvinte, pe când în tuberculosă avem două forme clinice: una serosă și alta periferică, începând prin piele, țesut gresos, periost, oșe, etc. în sifilis nu există de cât o singură formă — cea periferică. Astfel fiind, într'o tumoră albă tuberculosă, putem întâlni scheletul osos sănătos, dacă de la început s'ar lua severe precauțiuni ca tuberculosa sinovială să nu progreseze mai mult. În sifilis lucrul aprópe e imposibil, de óre-ce rêul tot-d'auna începe în mod periferic, așa că în momentul când articulațiunea e prinsă, deja gomele sub-serose sau osose, au distrus țesutul unde s'au dezvoltat.

Mai avem încă un alt punct important și anume, că în tumora albă, chiar când tuberculosa a început prin sistemul osos, rêul e mai limitat. Tóte observațiunile și cercetările minuțioase au demonstrat, că bacilul tuberculoșei începe prin țesutul spongios al epifiselor, pe când al sifilisului prin diafisă. De aci rezultă că, pe când într'o tumoră albă clasică, putem încerca conservarea membrului, practicând operația de resecție, în pseudo-tumora albă sifilitică lucrul e greū, de óre-ce

leziunea e mult mai întinsă, ceia-ce nu permite de cât sacrificarea membrului.

Pentru a termina cu această chestiune, ne rămâne a arăta în câte-va cuvinte leziunile și mai profunde ce e capabil sifilisul a produce și în special sifilisul ereditar, precoce sau tardiv.

Lannelongue, Perrot și Mideldorf, au contribuit mult la confirmarea acestui lucru, ale cărui consecințe sunt foarte aprópe de artritele deformante de origină nervoasă, sau de artritele deformante numite uscate și asupra cărora vom reveni.

Pentru moment atragem numai atențiunea, spre a ne servi la punerea unui diagnostic diferențial, care fie ăis în trecăt, nu se cam atinge, căci atât în artritele deformante sifilitice, cât și în cele nervóse sau uscate, caracterele sunt identice. Și într'un cas și altul bóla se desvoltă treptat, și cu tótă deformația membrului, individul nu e cu totul împedicat de a uza de el.

Atât putem spune, că sifilisul atacă cu predilecție articulația cotului, pe când cele-l'alte se întâlnesc mai des la genuchi și articulația cõpsei.

Mideldorf a arătat că în deformațiunile cotului de origină sifilitică, capul radiului e foarte adesea prins ca și în artritele tuberculóse, precum vom vedea. Vom lua decí în considerație ancheta minuțioasă a părinților, precum și a individului. Vom explora cu atențiune întregul schelet, pentru a descoperi și alte stigmatе ale sifilisului ereditar, precum conformațiunea specială a óselor craniului arătate de Parrot, aceia a dinților cu creneluri arătate de Hutchinson, etc., etc.

Cât pentru diagnosticul diferențial mai complect al tuturor acestor artrite, îl vom vedea la tumora albă.

Artrita blenoragică.

Deja în scrierile lui Hunter se vede menționat că blenoragia póte deveni o bóla constituțională. Trebuie însă să scim că, acest autor confunda sifilisul cu blenoragia, sau cel puțin căuta a forma din ele două modalități ale uneia și aceleiași bóle numită venerică.

Swediaur e singurul care a atras mai mult atențiunea asupra artritei blenoragice. El este care a observat frecuența mai mare în genuchi, de unde și numele *de gonocel* sub care descria această bóla.

Ricord și Velpeau profesară de asemenea relațiunea între artropatii și blenoragie.

Adevărata fază sciințifică însă a acestei chestiuni începe din 1866,

când apărură memorabilele discuțiuni ale lui Peter, Fournier, Panas, etc. dând naștere la o mulțime de teorii.

Când prin 1880, Neiser a descoperit că blenoragia se datorește unui microb special numit *gonococ*, nu mai rămase nici-o îndoială că blenoragia intră în clasa bolilor infecțioase. Ast-fel fiind, articulațiile puteau ori când să fie surprinse de acest agent, precum se surprind și se atacă de cei-l'alți microbi cu calități specifice.

Noi nu insistăm atât asupra discuțiunilor și experiențelor ce s'a făcut în această privință. Se știe că pentru demonstrarea unei bóle virulente, se cere pe de o parte să se găsească microbul specific, iar pe de alta ca, prin inoculațiuni succesive, să se reproducă aceiași bólă. Pentru cazul de față, cercetările n'a fost însoțite de succes, căci de multe ori a rămas negative.

Și mai ales existența gonococului lui Neiser în lichidul articulațiilor presupuse inflamate prin acțiunea puroiului blenoragic, mai nici-o-dată nu se găsisse. De aci a și rezultat că mulți autori începură a se îndoii de legătura leziunilor articulare cu blenoragia.

Întimplarea însă a făcut ca artrita blenoragică să fie demonstrată în mod clinic, mai presus ca ori-ce altă experimentare de laborator saă pe animale.

Iată în adevăr o observațiune reprodusă de toți autorii, datorită lui Poncet și publicată în arhivele de oftalmologie în 1881.

Este vorba de un arab, de 35 ani, de constituție robustă, care nici-o-dată n'a avut antecedente reumatismale. Acest bolnav, suferind de un panus granulos al ochiului stâng, a fost tratat prin inoculațiune blenoragică locală. După scurt timp, amândoi genunchii se prinseră unul după altul, deveniră foarte dureroși, fiind în același timp sediul unui epanșament abundant.

Poucet tratéză oftalmia purulentă, și pe măsură ce secrețiunea puroiului se micșora, observă că dispar și durerile articulare.

Două luni după aceea bolnavul revine la spital, cerând și pentru ochiul drept același tratament fericit al ochiului stâng.

I se face o nouă inoculațiune blenoragică; dar după opt zile se produce pe genunchiul din aceeași parte fenomene de artrită analoge cu cele precedente. Ele însă dispărură cu resorbțiunea purulentă a secrețiunei conjunctivei.

Din parte-mi am observat următorul cas, care nu e mai puțin clasic și demonstrativ. Am fost chemat de un student în medicină pentru a căuta o rudă a sa, ce suferea de blenoragie acută, cu manifestațiuni vagi articulare. După cât-va timp mi se arată de părinți, cu multă surprindere, o fetiță de patru ani, ce s'a pomenit cu o scursóre vagi-

nală forțe abondentă. În adevăr, constat o vulvită destul de intensă. Cercetând am aflat, că bolnavul nostru urina într'un acelaș vas în care se punea și fetița cu ședutul când avea necesitățile.

În aceste condițiuni, s'a produs inocularea dând copilei o vulvită acută. Dar n'a fost numai atât: ambii genunchi ai fost prinși de dureri violente, pentru care copila a trebuit să fie căutată multă vreme. Socotesc că și acest cas este de o valoare incontestabilă, arătând relațiunea strânsă ce există între artropatii și blenoragie.

Teoriile artritelor blenoragice.

Pe cât s'au emis mai multe teorii asupra acestei chestiuni, pe atât nici una din ele n'a putut reuși să rămăe pozitivă pentru a explica în mod satisfăcător relațiunea dintre blenoragie și manifestările articulare.

Măi nainte de a enunța aceste diferite teorii, vom spune că noi suntem dispuși a crede într'o predispozițiune a individului, fie ea generală sau locală. Măi întâi un lucru trebuie observat: artritele blenoragice sunt incomparabil măi frecvente la bărbați ca la femeee. Pentru ce? Deja Ricord afirmase ceia-ce ađi microscopul și experiențele au demonstrat, că mucósa vaginală prin celulele sale epiteliale, posedă o putere absorbantă forțe minimă în raport cu celulele glandulare de cari dinsa e lipsită. Dar se scie că la femeei, blenoragia uretrală, unde absorpția se face cu ușurință e forțe rară; la ele sunt vaginitele cari predomină. Afară de acésta, chiar în cazul de blenoragie uretrală, absorpția încă nu e destul de favorizată, prin faptul că la femeee uretra este forțe scurtă în comparație cu a bărbatului. Decii, ocaziunea de absorpțiune a virusului găsindu-se pe o scară mult măi întinsă la bărbați ca la femeee, de aceia și artropatiile blenoragice vor fi mult măi frecvente la dînșii, precum nu sunt la ele.

Dar e destul numai atât? Nu. Noi credem că fără o predispoziție ereditară sau dobândită a individului de a poseda o diatesă artritică, lucrul nu e posibil, sau cel puțin forțe greu de îndeplinit. Dacă nu ar fi așa, atunci ar trebui ca toți indiviđii atinși de blenoragie, să ne ofere manifestări articulare. Dar acésta e forțe departe de realitate. În adevăr, observațiunea đilnică ne arată, că din imensul număr de blenoragici, o porțiune infimă este atinsă de artropatii. Abia dacă se găsește 1 la 45 sau 50 de blenoragici care să fie atins de artrită.

Noi nu admitem o simplă coincidență a reumatismului cu blenoragia, precum susține Bouillaud, căci lucrul ar părea cu totul singular, dacă nu bizar. Nu credem iarăși nici în teoria reflexă a lui Panas, care de alt-fel e forțe ingenioasă. Dinsul susține, că rinichiul escitat prin ac-

țiunea reflexă, reține uratele în sânge, de unde producțiune de artrită, prin analogie cu ceia ce se produce în gută.

Maî ușor ne vine a crede și admite teoria lui Peter, pe care o găsim maî probabilă. Dînsul susține pur și simplu că e indispensabil existența unei diateze artritice vechi a individului.

Acéstă diateză, forțeză blenoragia să devie articulară, de unde artropatii blenoragice. Decî faptul că bărbații sunt maî des atinși de artrite în cursul blenoragiei, provine de acolo, că ei sunt de obicei posesorii artritismului. Șt iarăși excepțiunile cu înlesnire se explică, dat fiind că nu toți ómenî sunt artritici, și decî nu toți blenoragici devin artropatici. Și lucrul e așa de adevărat, că de și femeile aũ fôrte rar uretrite blenoragice, totuși se găsesc și ele atinse de artrite, dacă aũ germenul acestei diateze.

Maî enunța încă o teorie, pe care o găsim fôrte bună, maî ales dacă căutăm a o aplica în anume casurî. Adesea observăm artrite blenoragice la indiviđi tinerî și începători în ale plăcerilor lumescî. La adolescenți, cartilagele diaepifizare sunt sediul unei vascularizațiunii exagerate. Prin faptul infecțiunii blenoragice, se produce o osteoperiostită juxta epifisară, apoi o artrită prin propagațiune.

Credem că acest mod de a vedea e în concordanță cu faptele clinice. În adevăr, sediul de predilecțiune al artropatiilor blenoragice se află în genunchiũ, la pumn și în articulația scapulo-umerală. Dar tocmaî aci activitatea cartilajelor diafisare este maî mare. Ollier a stabilit chiar o lege fiziologică, după care crescerea óselor este concentrică articulației genunchiului pentru membrul inferior, și excentrică articulației cotului pentru membrul superior. Decî predispoziția locală anatomică pentru artritele blenoragice va fi genunchiul, pumnul și umărul, ca acelea în jurul cărora schimbul elementelor nutritive se găsește la maximum său, și decî ocazie favorabilă pentru desvoltarea activității gonococului.

Admițînd existența unei diateze artritice, precum și o predispoziție locală a regiunei, ne rămâne să arătăm în ce mod blenoragia re-deșteptă diateza.

Aci s'a pus maî multe chestiuni: este gonococul care face acest lucru sau toxinele sale? Unî aũ susținut intervențiunea unũ microb cu totul altul de cât gonococul; alții aũ admis conlucrarea simultanată a ambilor, iar unî o acțiune cu totul indirectă și anume prin mijlocul sistemului nervos. De aci următoarele teorii maî principale și anume: I) *teoria infecțiunii primitive* II) *teoria infecțiunii secundare* și III) *teoria nervoasă*.

I). *Teoria infecțiunii primitive sau unic gonococică*. Imediat ce agentul infecțios al blenoragiei s'a descoperit de Neiser, toți aũ căutat

să explice aceste artropatii prin acțiunea și prezența directă a gonococului. Din nenorocire însă, casurile au fost foarte rare unde în lichidele unei artrite să se fi găsit acest gonococ. Și cu atât mai rar microbul s'a găsit, când Roux prin 1886 a dat caracteristica gonococului. În adevăr, cu această ocazie s'a arătat o mulțime de erori luându-se drept gonococ unii microbi cu totul ordinari. Ați se scie că într'un câmp de microbi, dacă supunem lama de sticlă la metoda lui Gram, numai gonococul blenoragiei se decolorază; toți ceilalți microbi ai supurației își păstrează colorațiunea ce o aveau. Prin mijlocul acesta, s'a vădit în adevăr cât e de rar a se găsi gonococul, în raport cu numărul imens al celorlalți microbi ordinari. De aceea o foarte mare parte din autori, admit că infecțiunea articulară nu se datorește gonococului, ci toxinelor secretate de dînsul.

II). *Teoria infecțiunii secundare.* Gercheim, Legrain și Patris de Broë, susțin că mai toate infecțiunile la distanțe ale blenoragiei, se datoresc nu gonococului său toxinelor sale, ci microbilor ordinari ai supurațiilor, precum ar fi stafilococul, streptococul, etc. căci ei s'au întâlnit, ori de câte ori în produsele artritelor s'a arătat prezența de microbi. În starea normală țice Legrain, canalul uretrei conține microbi saprofiți. Aceștia devin patogeni, îndată ce uretrita provocată de gonococ, înlesnește dezvoltarea lor.

Din aceste două teorii a rezultat în mod natural *teoria mixtă*, pentru a împăca și pe unii și pe alții. Dînsa e bazată pe aceea, că uneori de și rar, găsim în mod manifest gonococul ca fiind cauza primitivă și exclusivă a unei artrite; alte dăți însă acesta lipsesce, înlocuită fiind de microbii obicinuiți ai supurației. Iar când se găsesc ambii acești factori, teoria mixtă a artropatiilor blenoragice este de la sine demonstrată.

III). *Teoria nervoasă.* Nu putem da o dezvoltare mare acestei teorii, de ore-ce este o chestie de specialitate pură nervoasă. Nevropatologii admit în măduvă, existența unor anumiți centritrofici atât ai sistemului osos cât și ai articulațiilor. Iritațiunea, și a forțiori alterațiunile acestor centri, sunt capabile a aduce leziuni mai mult sau mai puțin profunde în oase și articulații, reprezentate prin atrofi, deformări și chiar distrugerii însemnate. Charcot e cel d'întâiu care a atras atențiunea asupra acestui lucru, arătând legătura strînsă ce există între leziunile medulare și acele artrite cu totul speciale, numite artropatii nervoase și despre cari imediat vom vorbi.

S'a căutat decî și în blenoragie a se aplica acelaș principiu, că artritile produse de dînsa, nu ar fi direct sub influența sa, ci pe o cale mult mai depărtată, adică prin intermediul măduvei spinării. Există tendințe decî ca gonococul, toxinele sale, sau chiar și alți microbi ure-

trali sunt capabili să determine o alterațiune medulară, infectând centri trofici articulari, cari consecutiv să dea nascere artritelor blenoragice. Spillmann a arătat deja existența de mielite blenoragice. Apoi faptul erupțiilor cutanate concomitente cu blenoragia, precum și simetria frecventă a leziunilor, sunt lucruri ce vorbesc în favoarea intervențiunei sistemului nervos.

S'a conchis deci că, cel puțin în casurile unde într'o artrită blenoragică nu s'a putut găsi nici gonococ, nici toxine, nici vre-un alt fel de microb, acele leziuni nu pot fi de cât sub dependența leziunilor medulare. Cu alte cuvinte, am avea o artropatie blenoragică nervoasă, precum avem artropatii nervoase pure.

Un singur cuvânt pentru a termina. Aceste artrite, ori-care ar fi patogenia lor, în ce periódă a blenoragiei apar ele?

La început, când scurgerea este în splendórea ei, sau mai târziu, ori când a ajuns în stare cu totul cronică?

Swediaur isbit de faptul că odată cu aparițiunea artritei, dispare ori-ce scurgere uretrală, credea într'un adevărat transport al puroiului blenoragic în articulație. Pentru acésta el a și dat numele afecțiunei de *artrita prin metastasă*. Aceiaș ideia a fost reluată mai târziu de Lasègne, care considera artrita blenoragică drept o piemie atenuată. Rollet din partea sa credea că intensitatea scurgerei blenoragice era în raport cu intensitatea artritei. Cu alte cuvinte, o blenoragie acută va da o artrită acută și vice-versa, o blenoragie cronică o artrită cronică.

Idea acésta de multe ori se găsesce confirmată. Casul meu, precum și observațiunea lui Poncet cu arabul, ar demonstra legătura infecțiunei acute cu aparițiunea bruscă a artritelor.

Cu tóte acestea Duplay, Fournier și alții, au demonstrat prin observațiuni, că artritele blenoragice se pot desvolta și în casuri când scurgerea e fórte slabă, minimă, neînsemnată și chiar necunoscută de bolnav.

Formele clinice sub cari ni se presintă artrita blenoragică sunt: *artralgia, idartrosa și artrita propriu disă*.

I. *Artralgia*. După cum numele indică, constă în simple dureri articulare, fără ca articulația să fie însoțită de nici unul din semnele inflamatorii. Aceste dureri une-ori sunt fórte ușóre, alte dăți mai pronunțate, iar câte-odată capătă o intensitate puternică, devenind cu totul penibilă pentru bolnav. De asemenea în privința durabilităței lor, putem observa că une-ori sunt fugitive și pasagere, intermitente, etc., pe când alte dăți iaú un caracter persistent și fórte tenace. Și cu tóte acestea chiar în paroxismul celor mai violente dureri în cari bolnavul se găsesce, noi prin palpație nu constatăm nimic inflamator din partea arti-

culației; durerile ce provocăm își au sediul în părțile moi periarticulare.

Ceia-ce însă formeză semnul patognomic al acestor artralgi este că, durerile fie că ocupă una sau mai multe articulații, ele nu se exagerază prin repaus și nici la căldura patului ca artralgia sifilitică, ci din contra se calmază în timpul nopții pentru a se manifesta dimineața și a deveni întinse și chiar intolerabile când individul umblă. Mai există încă un semn, că de multe ori aceste dureri sunt simetrice, ocupând adică fie ambii genunchi, ambele articulații ale pumnului, ale umărului, a glesnelor piciorului, a degetelor, etc., etc.

II. *Idartrosa*. Considerată de unii ca o sinovită exudativă rezultând adică dintr'un proces inflamator sub acut al sinovialei, alții o atribuie unui simplu deposit de lichid în interiorul articulației fără intervenția nici unei reacțiuni.

Une-ori idartrosa apare în mod insidios, așa că bolnavul nici nu are cunoștințe de existența sa. Alte dăți însă aparițiunea e bruscă și repede precum a arătat Velpeau.

Lichidul câte-o-dată e în cantitate foarte mică, une-ori foarte abundant, luând proporțiuni mari și aducând diformația membrului. Idartrosa în general e mono-articulară și ocupă de preferința genunchiul. După Laboulbène și Miehle în afară de cantitatea de fibrină, compozițiunea lichidului e aceeași ca și a epansamentului în reumatismul articular acut. El e galben închis, alcalin, adesea turbure; inoculat pe conjunctiva epurilor nu produce nici-o inflamațiune(?).

Din punctul de vedere bacteriologic, gonococul s'a găsit foarte rar în acest epansament. Făcându-se însă secțiuni microscopice pe sinovială, s'a constatat mai des prezența gonococului. (Le Dentu).

III. *Artrita blenoragică propriu zisă*. Casul relativ mai ușor este când agentul morbid ocupă bursele seroase sau tecile sinoviale tendinoase din jurul articulației, formând ceia-ce se numește periartrita blenoragică. Dar și acesta poate lua un caracter malign, dacă inflamația în loc de a fi simplu exudativă, devine supurativă sau copleșește prin continuitate interiorul articulației. În ce privește caracterele pungilor și tecilor tendinoase, le-am arătat în vol. II la capitolele corespondente. Dar formele cele mai importante din această categorie sunt, *poliartrita sub-acută* și *monoartrita acută blenoragică*.

I). *Poliartrita*. În urma unei stări febrile de alt-fel puțin pronunțată precum și a unei stări generale rău definită ca oboselă, inapetență cefalgie, etc., individul se vede coprins de dureri vagi în una sau mai multe articulațiuni. Asemănarea manifestărilor acestei afecțiuni se apropie foarte mult cu aceia a reumatismului. Pentru acest cuvânt bóla ce ne preocupă s'a și numit *pseudo-reumatism blenoragic*.

Deosebirea ar fi că poliartrita-blenoragică nu e atât de mobilă ca cea reumatismală, putându-se întinde și copleși în mod foarte repede chiar toate articulațiile, să dispară și să reapară în acelaș loc, să aibă răsunet asupra celor-lalte seroase viscerale și în fine să cedeze imediat ce s'a administrat salicilatul de sodă, care e specificul suveran al reumatismului. Poliartrita blenoragică din contra, nu iubescce prea mult voiajul, ci se mărginesce numai la 2—3 articulații, așa că dînsa în realitate e mai mult oligoarticulară de cât poliarticulară. Dînsa are predilecție pentru anume articulații precum genunchiul, pumnul, umărul și une-orî degetele; dînsa nu fuge și revine, ci rămâne constantă unde odată s'a stabilit, și în fine nu recunósce nici-o putere salicilatului de sodă căruia îi dă o mare desfidere. Poliartrita blenoragică e considerată ca o formă benignă a infecțiunei gonococice. Cu toate acestea rezoluția sa este lentă, iar une-orî se însoțescce de desordini mari, reprezentate prin atrofii musculare, prin deformațiuni analóge reumatismului nodos precum și prin aderențe fibróse, dând nascere la anchilose une-orî foarte persistente.

II). *Monoartrita acută*. Acésta este forma cea mai gravă din arthropatiile blenoragice. In adevăr, dînsa dacă nu omórá pe individ, cel puțin îl extropiază, căci leziunile ce determină în articulație sunt așa de profunde, că numai e cu puțință conservarea membrului pe care suntem siliți a'l amputa.

Monoartrita acută, după cum numele indică, apare în mod brusc însoțindu-se de fenomene generale alarmante. Individul posesor de o scurgere abondentă de puroii blenoragic, saú une-orî chiar de o guttă militară, de o dată, fără cauză apreciazabilă, e coprins de o febră generală intensă, de agitație, insomnie și de tot cortegiul simptomatic al unei intoxicațiuni generale. La acésta imediat se adaogă dureri într'o anume articulație, dureri insuportabile, răpind cel mai mic repaus bolnavului. Lucrul nu întárđie; întréga articulație nu numai că se înconjóră de toate semnele proprii unei inflamațiuni acute, dar pielea ia o colorațiune mărmarie, desemnându-se pe dînsa rățele și trunchiuri de limfangite. Intréga articulație roșie, tumefiată, cu temperatură locală ridicată și imposibil de atins din cauza durerilor excesive, ne oferă tipul inflamațiunei flegmonóse de natură infecțioasă. Dacă mai adăogăm un edem enorm periarticular dar profund, întinđendu-se în sus și în jos pe distanțe depártate de articulație, avem totul ce se cere unui flegmón erisipelatos saú limfangitic, avem totul ce a determinat pe autorii să dea numele acéstei artrite de *panartrită flegmonóasă*.

Urmările sale sunt desastrose, căci nimic din părțile constitutive ale articulației nu rămân intacte; totul e alterat, totul e distrus.

Acésta artrită póte să se termine în trei moduri. Une-orî fenome-

nele inflamatorii merg așa de repede, că întreaga articulație se umple cu puroiū dându-ne piartrosă.

Fórté rar se întâmplă ca lichidul să rămână limpede, adică în stare de idartrosă. Din contra, adesea s'a observat că atunci când se credea în acest lucru, o puncție eploratrice a făcut să roșéscă pe chirurgul, care cređând în lichid seros a scos puroiū.

Dar acolo unde monoartrita e gravă, este când fie imediat sau după ce inflamația acută s'a stins—resorbindu-se epanșamentul—rămâne în loc exudate fibrinoșe acoperind sinoviala, extremitățile osóse, ligamentele și cele-l'alte părți moi.

Acest exudat, investindu-se cu puteri retractile, determină atrofii musculare rebele, scurtarea ligamentelor și consecutiv deformațiunii adesea iremediabile, dând naștere la anchilose permanente și definitive. Acesta este forma rămasă clasică în urma descrierei magistrale date de Gosselin și numită *artrita plastică anchilosantă*.

Dar lucrurile pot merge și mai departe. În loc de retractie, putem avea distrugerea ligamentelor și chiar a extremităților osóse. Acestea, mai întâi mărite de volum, finesc prin a se uza copleșindu-se de procesul inflamator supurativ. În acest cas vom constata dislocări în articulație, frecări anormale, mișcări de lateralitate, sub-luxații și chiar luxații patologice. Forma acesta s'a numit *artrită plastică dislocantă*, din cauza elementelor distructive ce sunt predominente.

Diagnosticul. Coincidența unei scurgeri uretrale recente sau vechi, cu manifestări din partea articulațiilor, e de mare importanță și decide asupra lucrului. Chestiunea de a nu confunda artropatia blenoragică cu reumatismul articular, nu e ceva imposibil. Antecedentele și în special artrita precum și un examen minuțios al organelor genitale, va fi de mare folos. Apoi evoluția acestor două bóle e cu totul ditérită precum deja am arătat. În plus, complicațiunile cardiace sunt mult mai frecvente în reumatism ca în blenoragie, durerile mult mai vii și fugace, epanșamentele dispar repede; iar puterea suverană a salicilatului, pe cât este în splendoréa sa contra reumatismului, pe atât e de nulă în blenoragie. Greutatea însă devine mare când e vorba a deosebi coincidența reumatismului asupra unui blenoragic.

Tratamentul. Primul lucru ce vom avea în vedere, va fi să prevenim deformațiunea membrului, dându-se tendința către anchilosare ce au artropatiile blenoragice. Vom aplica deci bandaje inamovibile, puind membrul în poziție normală și întrebuițând în acelaș timp diferite reulsive locale ca visicători, puncte de foc, etc., etc.

Nu vom neglija a da la interior salol și diferite balsamice, pentru a combate scurgerile blenoragice fie recente sau vechi. Spencer a arătat

mai multe observațiuni de artrite blenoragice, vindecate prin dilatarea stricturilor uretrale.

Contra idartrosei vom întrebuința iarăși repausul, revulsivele și în special compresiunea periodică. În casuri vechi și rebele, Schede a preconizat golirea lichidului prin puncție, urmată apoi de spălături antiseptice intra-articulare.

Rendu injectează după golire 5—6 c. c. de soluție de sublimat $\frac{1}{4000}$. Alții însă resping acest procedeu, din cauză că sublimatul coagulează epansamentul. Se preferă deci injecțiunii de acid boric dar la o temperatură de 42°, știut fiind, că gonococul rezistă foarte puțin la căldură.

În casuri și mai tenace putem recurge d'adreeptul la artrotomie. Noi preferăm această metodă puncțiilor. Într'un cas am obținut un succes foarte mare, de și în adevăr era vorba de un epansament în genunchi consecutiv unei infecții puerperale. Lichidul ce am extras era turbure, dar fără puroii. Resultatul însă a fost admirabil, căci de unde bolnava avea continuă fenomene de septicemie cu oscilațiuni termice de 39°—40°, de o dată temperatura a scăzut. Sunt convins că am scăpat viața bolnavei numai prin această intervenție. Am fost chemat a opera de dr. Hepites.

În periartrită precum și în monoartrita acută, artrotomia e și mai indicată, la care trebuie să recurgem fără nici-o ezitațiune. Vom curăța deci bine articulația, spălând și ridicând fongositățile și cele-l'alte produse morbide. La rigóre, și casurile nu sunt tocmai rare, putem preveni sacrificarea membrului printr'o adevărată resecție tipică,

În casuri când nu putem, său că bolnavul refuză intervenția chirurgicală, vom recurge la masagiū, electricitate, băi de nomol, iodur la interior și medicamente reconstituante.

Tumora albă a genunchiului.

Pe când Percival Pott prin 1729, descria tuberculosa vertebrală, în aceiași epocă un alt autor Noël Rhazes se ocupa de caria extremităților articulare.

Deformațiunea ce producea în închieturi această afecțiune ososă, ce atunci ca și acum se observa mai des pe copii a motivat numele ce i s'a dat de *pedartrocace* (articulație rea sau urată a copiilor). Numele însă de tumoră albă se datorește lui Wiessmann.

Acest autor, impresionat de faptul că genunchiul, în mijlocul celor mai vaste desorganisări, nu se prezenta de cât ca o tumoră cu conservarea perfectă a tegumentelor, păstrându-și culorea normală, său cel mult

luând pe aceia de un alb mat, a dat numele simplu dar semnificativ acestei afecțiuni de *tumoră albă a genunchiului*.

Astă-dî după ultimele cercetări, este definitiv stabilit că tumora albă reprezintă tipul cel mai clasic al tuberculosei. Este deci o afecțiune eminentement virulentă, nu numai prin faptul gășirei bacilului lui Koch atât în fongosități și scheletul articulației, dar și prin aceia că inoculațiile făcute cu aceste produse au dat naștere la aceeași bôlă.

Nu e trebuință a ne opri asupra vechilor autorî, spre a vedea ideile lor despre această bôlă. Insuși Hippocrate vorbește de ulcere, fongosități și supurațiuni articulare. După dînsul vine Asclepiade, Razes, Ambroise Paré, J. L. Petit, B. Bell, Reimar, Brambila, etc. etc., cari pe rînd căutaă să explice devastațiunile, leziunile și deformările articulare, fie prin acțiunea unor cărnuri, unor idropisii și chiar unor ventosități ce se însoțiau de ôre-care umôre puturosă (A. Paré).

Epoca cu adevărat științifică a artropatiilor tuberculose, începe cu Bonnet în 1845.

Acest autor, basându-se numai pe observațiunile clinice, stabilise în această bôlă două lucruri de o fôrte mare importanță. Prima, că tumora albă se manifestă une-orî numai prin desvoltare de fongosități în articulație; iar alte dăți, prin leziuni în epifisele osose. Dar faptul cel mai important este când Bonnet afirmă, că de multe orî bolnavi cari nu presentaă aprôpe nimic de îngrijat în articulațiunea genunchiului, totuși mai târđiă muriau de tuberculosă pulmonară.

Lisfranc de asemenea, prin adîncea sa cugetare, a prevăđut în următôrea frasă aceia ce ađi ultimele cercetări stabilesc în mod definitiv. În tumorile albe dicea el, adesea se gășesc granulațiuni cari au multă analogie cu tuberculele pulmonare; și într'un mare număr de casuri, traumatismul nu este de cât o cauză determinantă, care fixéză asupra articulației un principiu morbid ce exista deja în economie.

Nelaton din partea sa este și mai pozitiv, stabilind formele tuberculosei osose precum și mecanismul prin care articulația se copleșese, formă rēmasă și ađi clasică. El descrie I, un tubercul inchistat epifisar, care adesea se deschide în articulație și II un tubercul infiltrat în ochiurile țesutului spongios; el pôte să rēmac sau în stare de infiltrație cenușie sau să se transforme în infiltrație purulentă cu sau fără secuestru. El prevede ca și predecesorii săi, că unele tumorî albe sunt de origină tuberculôsă.

Dar tôte aceste profeții și afirmări, erau de sigur inspirate și calcate pe neobositele cercetări ale lui Laënnec făcute prin 1803 asupra tuberculosei pulmonare, și cari i-a atras numele bine meritat de părinte al tuberculosei, Dar pe când prin anatomia patologică

microscopice se demonstra natura tuberculósă a tumorilor albe și analogia produselor sale cu cele pulmonare. Virchow, în numele istologiei microscopice, negă lucrul din cauză că dînsul nu găsea granulația griză în aceste produse, granulație pe care el o considera ca o etichetă de siguranță pentru ca o leziune dată să fie considerată ca tuberculósă. Autoritatea lui Virchow a influențat mult, determinând în știință o perturbațiune prin crearea unui curent contrariu celui existent. Dar starea acésta de lucruri s'a risipit de o dată cu descoperirea foliului tuberculos. Prezența acestuia în produsele considerate de Virchow ca rezultatul unei inflamațiuni cronice sau unei osteite cazeóse, a arătat până la evidență adevărata lor natură specifică, precum imediat vom vedea.

Anatomia patologică.

Există două mari forme de tuberculósă articulară: una a părților moi și alta a părților tari sau dure.

1). *Tumora albă a părților moi*. În tuberculósă părților moi, organul principal îl forméază sinoviala genunchiului.

O chestiune prealabilă însă. Se admite ori nu începutul tumorii albe prin sinovială? Cu alte cuvinte, leziunile ce vom constata pe acésta membrană, sunt ele primitive ori secundare? Am arătat deja că Bonnet din Lyon stabilește tuberculósă primitivă a sinovialei. Ollier de asemenea admite acest lucru dîcînd, că dacă nu tot-d'a-una, cel puțin sinoviala tuberculósă este tot așa de frecuentă ca și a óselor. König e și mai afirmativ; după dînsul, tuberculósă sinovialei începe tot-d'a-una sub forma unei idartrose cu exudat sero fibrinos. Acésta este prima manifestațiune a bólei, și în acésta periódă totul póte intra în ordine, dacă se iaú precauțiuni serioase.

Volkman însă și Lannelongue, consideră începutul tuberculosei prin sinovială ca fórte excepțional. După dînșii, osul este cel d'întăi atins; în urmă, prin deslipirea, ulceratiia și distrugerea cartilagiului, produsele morbide pot face erupțiuni în articulație. Acésta a și motivat numele de osteo-artrită, prin care se arată și cronologia leziunilor. Unii admit chiar că formele sinoviale fongóse ar fi mai frecvente la adulți, din cauză că la ei creșterea fiind terminată, osul este mai puțin vascular și deci mai puțin apt pentru infecțiunea tuberculósă. Noi admitem existența unei forme sinoviale primitive, independentă de cea osósă. Dar or cum ar fi, să vedem ce constatăm în sinoviala unei tumori albe.

Ací două lucruri se pot produce: sau că sinovială e copleșită de

o erupțiune înfinită de mici ridicături ca bobul de mei, cuprindând toată suprafața articulară; sau că dînsa devine sediul unei producțiuni de mese morbide pronunțate, cunoscute sub numele de fongosități. De aci două varietăți: *sinovită acută* și *sinovită fongosă*.

Sinovita acută sau tuberculosa acută a genunchiului, se datorește descrierii clasice ce i-a dat Laveran și Polosson. Dînsa, după cum am arătat, se caracterisă printr'o erupțiune miliară a întregii suprafețe articulare, erupțiune comparată de Polosson cu cea variolică, afară de ombilicare; erupțiune, care în definitiv nu e de cât o diseminare profusă de mici foliculi tuberculoși.

Acastă formă, numită granulie articulară, se caracterisază prin prezența unui mare număr de granulațiuni cenușii, de mărimea unei gă-măli de ac și risipite pe un fund roșiu, ce-î oferă sinoviala injectată.

Resultatul acestui fapt este o iritațiune foarte vie a sinovialei, a cărei consecințe este producțiunea unui lichid, sau mai bine ȳis a unui epanșament articular, care formeză tipul idartrosei, numit de Poulet și König *idrops tuberculosus*.

Dacă cantitatea acestui lichid e serosă și împregnată de bacilul tuberculosei, dînsul se pôte transforma în puroi, umplând întreaga cavitare a articulației. Bonnet de Lyon a numit această varietate de epanșament purulent, fără existența vre-unei leziuni osose, *abcès rece articular*.

Sinovita fongosă. Acastă formă de tuberculosă articulară, se caracterisă prin dezvoltarea unor producțiuni moi pe suprafața sinovialei, al căror aspect exterior îl apropie ȳre-cum de un fel de carne putredă, sau ciupercă, de unde i-a venit și numele de fungus — fongosități.

Aceste fongosități iaă diferite forme și aspecte, cari aă fost descrise în mod clasic de Bonnet și repetate apoi de toți autorii.

Tipul celei mai simple fongosități este o ridicătură dezvoltată pe fața internă a membranei sinoviale, ca un mic neg. Dînsa une-orî este sesilă, alte dăți însă se subțiază din ce în ce către bază, formând un pedicul.

Colorațiunea e mai mult sau mai puțin roșie, după numărul vaselor din care e formată; colorea devine mai închisă, când în formațiunea lor predomină celule embrionare.

Une-orî fongosități noi se adaug la cele vechi. Ele nu aă tendință a cresce în lungime, ci din contra, caută a se lipi între dînsese, formând pe suprafața sinovialei o placă mai mult întinsă, cu suprafața regulată. Acestea aă primit numele de *fongosități în plăci, plane* sau *lameliforme*. Alte dăți însă fongositățile cresc în înălțime, investindu-se cu diferite ramificațiuni, întocmai ca un mărgean. Ele sunt cunoscute în limbajul clasic de *fongosități arborescente*.

În fine fongositățile pot lua o dezvoltare așa de mare în întindere și în înălțime, în cât umele întreaga cavitate articulară. Aceștia li s'a dat numele de *fongus articularum*.

Iată în scurte cuvinte leziunile macroscopice ale sinovitei fongóse. Fongositățile acestea, de și au o origină specifică, se asemănă însă foarte mult, fiind chiar cu totul analóge cu fongositățile ce se dezvoltă în urma unei inflamațiuni cronice, cu acele ale burgeonilor sau mugurilor cărnoși, pe cari îi vedem că apar la suprafața plăgilor rău îngrijite, sau cu acelea ce se dezvoltă în jurul unui corp străin, unui secestru osos, etc., etc.

În adevăr, chiar microscopul a arătat identitatea între fongositățile inflamatorii și tuberculóse. Și unele și altele sunt formate din celule embrionare, din vase de neoformațiuni cu pereți foarte subțiri și friabili. De aci rezultă colórea lor diferită de cenușie sau roșietică, după cum țesutul embrionar e care predomină, sau cel vascular. Și iarăși, aparițiunea de puncte negre, pe suprafața sau în centrul fongosităților numite *apoplectiforme*, se explică prin ruperea pereților subțiri ai vaselor și coagularea sîngelui extravasat.

Mai mult de cât atât, și într'unele și în altele, microscopul a arătat un țesut cu aspect lardaceu, aflat la baza fongosităților, țesut ce se consideră ca un început de cicatrizare, și care ne indică că agentul patogen sau spina inflamatorie a dispărut. Prin nrmare, analogia fiind perfectă s'ar crede că aceste fongosități n'au nici un caracter specific. Cercetările însă minuțioase, în special ale lui Grancher, au demonstrat că există între ele o mare deosebire. În adevăr, pe când cele inflamatorii nu sunt formate de cât de vase subțiri, de neoformație și celule embrionare, cele tuberculóse, de și cu același aspect și aceeași structură, conțin însă în ele cele trei tipuri de noduli tuberculoși, reprezentați prin *foliculul tuberculos embrionar*, *foliculul lui Köster* și *nodulul lui Friedlander*. Despre ele am vorbit pe larg în vol. II la capitolul tuberculosă 1).

După cum dar fongositățile articulare vor fi formate dintr'unul din acești noduli, cu atât ele vor fi benigne ori maligne, având o tendință irezistibilă de dezvoltare și copleșire progresivă a sinovialei.

Ast-fel, dacă fongositățile sunt formate numai din nodulul embrionar, ce reprezintă tuberculul în forma sa cea mai elementară, activitatea celulelor sale va fi foarte mare. De aci și dezvoltarea enormă a fongosităților, cari vor fi cele mai voluminoase și cele mai vasculare. În această formă, pe cât puluatiunea celulelor se mărește la periferie, pe

1) Vol. II, pag. 1—31.

atât celulele centrale și marginele insuficient hrănite, vor cădea în degenerescență grăsoasă și se vor transforma în puroiuri.

Când însă fongositățile sunt formate din foliculul lui Köster, ele nu au tendință așa de mare la copleșirea și distrugerea sinovialei, grație țesutului conjunctiv ce se află la baza lor, țesut care în loc de a fi embrionar devine adult. În asemenea cas, fongositățile cresc în înălțime, dar totuși lasă spațiu liber între dînsele, unde sinoviala pare a nu fi atinsă.

În fine, când fongositățile sunt formate mai mult din nodulii tuberculoși ai lui Friedlander, ele sunt cele mai benigne, din cauză că acest nodul emite fășii fibröse în diferite sensuri și mai ales la bază, transformând nodulul și deci fongositatea într'un adevărat țesut cavernos analog cu al ganglionilor. Grație acestui lucru, fongositățile au tendință d'a rămâne staționare, despre a căreia probă avem prezența aceluia strat lardaceu la baza lor, care represintă începutul unei cicatrice.

În orî-ce cas însă, suprafața liberă a acestor fongosități este într'o continuă desagregațiune, care rezultă din aceea, că celulele cu cât sunt mai depărtate de basă, cu atât se hrănesc mai rău. Copleșite fiind astfel de degenerescența granulo gresosă, ele cad în interiorul articulației, formând un detritus purulent. Limita unde se opresce această degenerescență, s'a numit de Kiner și Poulet *fășia saü banda de desintegațiune*.

Iată dar un caracter distinctiv și propriu al fongosităților tuberculoase, prin care se deosebesc complet de fongositățile inflamatorii saü reumatismale.

Mai rămâne încă un punct de lămurit pentru a se confirma cu totul specificitatea lor. Trebuie pe de o parte să se constate prezența bacilului lui Koch în aceste fongosități, iar pe de alta reproducerea aceleiași bôle prin inoculațiunea lor succesivă.

Primul punct nu a dat rezultate constante, căci de multe ori bacilul lui Koch nu s'a putut găsi. Dar acesta nu constituie un cuvînt contra specificității lor, căci ađi este știut, și noi pe larg am arătat în vol. II, că după cercetările lui Villemin baza fundamentală a unei afecțiuni virulente, constă exclusiv în reproducerea aceleiași bôle prin inoculațiuni în serie. Dar tocmai acest lucru s'a probat până la evidență, prin experimentațiunea diferiților autori ce a rămas clasică.

Am arătat deja experiența lui Max Schüler, care după ce a tuberculisat animalele și a aplicat o contuziune pe genunchi a obținut o tumoră albă. Riedel, introducînd produse tuberculoase într'o articulațiune a obținut artrita specifică. König, inoculînd fongosități tuberculoase dintr'o tumoră albă, a obținut tumoră albă pe un iepure.

În sfârșit Huëter a ajuns la acelaș rezultat, căci a obținut o tuberculoasă generalisată, inoculând pe un câine fongositatea articulară a unei tumori albe, precum de asemenea a determinat o sinovită fongosă, injectând alimente tuberculose într'o articulație, etc., etc.

În fine Pavlowschi la institutul Pasteur, a înoculat în articulație cultură bacilară pură și a obținut acelaș rezultat, adică tumoră albă cu fongosități. Dînsul a arătat că bacilul lui Koch, infectează mai întâi celulele conjunctive ale sinovialei și spațiurile limfatice; apoi de aci infecțiunea se propagă de la o celulă la alta prin continuitate.

Iată dar atâtea experiențe demonstrative, cari arată până la evidență natura specifică a fongosităților din tumora albă și a întregii bóle.

Mai există încă și alte forme de sinovite, dintre cari mai principale sunt:

Sinovita tuberosă ce se caracteriză prin dezvoltarea unui țesut fibros în cantitate foarte mare. Acest țesut înconjură din toate părțile folliculul tuberculos în mod foarte complet, făcându'l prizonier. Aci dînsul degenerază, până ajunge în stare de fragmentare și fără nici o acțiune. La urmă, din totul rămâne numai țesutul fibros, care une-or se transformă într'o adevărată tumoră dură, impunându-se drept corp străin articular.

Une-or acest țesut fibros ia o extensiune colosală, acoperind întreaga suprafață a sinovialei articulare. O altă leziune nu mai găsim, de cât acest țesut lardaceu, de natură fibrasă și cu putere retractilă, provocând anchiloză genunchiului. Forma acésta se numește *sinovită fibrino tuberculosă*.

În fine putem întîlni și o altă formă numită *sinovită lipomatosă arborescentă*. Dînsa provine, că în grosimea țesutului conjunctiv subjacent, frangele adipose ale sinovialei conțin tuberculi în diferite grade ale evoluțiunii lor. Din iritația ce se produce, se nasc acei ciucuri de forme și mărimi variate, apropiindu-le de crăcile unui arbore, de unde și numele de lipom arborescent. Natura sa specifică tuberculoasă e ađi bine demonstrată.

În fine mai avem o sinovită cu grăunțe risiforme, întocmai analogă cu cea a tecelor tendinoase și despre cari am vorbit în vol. II. 1)

Trecem acum la leziunile tuberculose ale óselor din jurul articulațiilor.

II). *Tumora albă a părților tari sau dure*. S'a discutat mult dacă cartilagiul epifiselor, este capabil a fi copleșit primitiv de tuberculoasă. Este adevărat că pe acest cartilagiu s'a constat leziuni caracteris-

1) Vol. II, pag. 352—368.

tice, găsiindu-se une-orî subţiat cu pierderi de substanţă, deslipit de epifisă. Brodie e primul care a descris eroziunile cartilaginose. Broca, necrosa primitivă, iar Redfern *alteraţiunea velvetică* a cartilajelor. Ranvier a constatat în cartilagiū o degenerescenţă gresosă primitivă a celulelor superficiale proliferate. In fine, Volkmann numesce aceste alteraţiuni multiple ale cartilajelor, *condrita panosă*, voind să arate analogia cu cornea inflamată, prin strîmtarea vaselor din cercul pericheratic.

Deci condrita tuberculosă primitivă ar părea demonstrată. Cu tóte acestea, anatomia microscopică refuză cartilagiului puțința de a se inflama, din pricină că dînsul nu conţine nici vase sanguine, nici vase limfatice. De aceia mai toţi autorii sunt de acord că, tuberculosa nu se desvoltă primitiv pe cartilagiul de încrustare, ci tot-d'auna el e copleşit în mod secundar, fie prin fongosităţile articulare sau prin tuberculosa prealabilă a epifiselor. Mai mult de cât atât, Lannelongue, Volkmann, König şi alţii, susţin că nu numai cartilagiul, dar şi însăşi sinoviala sunt copleşite în mod secundar. După dînşii, tumora albă recunosce drept cauză incipientă, stabilirea bacilului în epifisele osóse. Plecat de aci, el copleşesce treptat cartilagiul, pe care o dată perforându-l, erupţiunea se face pe sinovială şi consecutiv pe interiorul articulaţiei.

Prin urmare cartilajul articular servă ca o barieră a progresiunei tuberculosei. El pe de o parte împiedică infecţiunea, desvoltată primitiv în articulaţie, să mérgă către epifise — dacă admitem desvoltarea tuberculosei pe sinovială — precum de asemenea se opune ca infecţiunea plecată de la epifise, să se propage la articulaţie.

Dar să revenim la desvoltarea tuberculosei în scheletul osos.

Tumora albă a părţilor osóse. Osteo-artrita tuberculosă a genunchiului, sau tumora albă propriū ǎisă, a fost punctul de plecare a celei mai noi cuceriri în chirurgie, adică tuberculosa osósă. Tóte discuţiunile şi teoriile s'aū concentrat asupra sa. De aceia de şi în mod succint, totuşi vom căuta să dăm o idee lămurită asupra chestiunei.

Iată punctele ce aū să reiasă din cele ce vom descrie asupra tumorei albe a genunchiului:

I). *Unde primitiv se aşedă procesul tuberculos?* în măduvă, în ţesutul osos propriū ǎis, sau în periost?

II). *In ce a nume punct al osului procesul tuberculos se aşedă?* în epifisă, în diafisă, sau cartilajul de conjugare?

III). *Care sunt formele de osteită tuberculosă ce le găsim în tumora albă a genunchiului?*

IV). *Ce evoluţiune iaū aceste produse tuberculóse şi prin ce mecanism ele străbat în articulaţie?*

Este astă-ǎi admis de toţi că, străbaterea bacilului tuberculos în

organism, în afară de tegumente, suprafețele mucóse etc., se face prin calea sanguină și cea limfatică.

Sciut fiind însă, că măduva osósă în intimitatea ei este formată de vase sanguine și limfatice, s'a admis posibilitatea stabilirei directe și primitive a tuberculoasei în măduvă.

Mauclaire împreună cu alți autori au propus să dea numele a-castei forme de *adeno-tuberculosă*. Și cu atât mai mult am putea susține acest lucru cu cât cercetările în special ale lui Ollier, au arătat independența ce există între măduvă, os și periost. În adevăr, fie-care din aceste porțiuni trăesc pe socotéla lor proprii așa că leziunea uneia nu implică pe a celui-l'alte. Putem până la un punct óre-care să distruagem un teritoriù de măduvă sau din periost, fără ca osul să sufere în nutrițiunea sa, și vice-versa.

Basați pe acéstă credință, noi am avut curajul să întreprindem o nouă metódă în tratamentul acestor tumori albe, rázuiind pe întinderi fórte mari canalul medular, ridicând cantități considerabile de măduvă, fără să se fi produs vre-o dată cea mai mică urmă de necrosă a osului.

Ast-fel fiind, e posibil nu numai stabilirea directă a tuberculoasei în măduvă, dar și localizațiunea sa în acéstă substanță, fără a trece dincolo de dînsa.

Constatarea procesului tuberculos în măduvă e perfect demonstrată, grație cercetărilor lui Nelaton, Richet, Ranvier, Lannelongue, etc., etc.

Se scie că Richet, explica durerea simptomatică a genuuchiului în coxalgie numai faptului desboltărei acestor granulațiuni tuberculóse în măduva osósă.

Din partea lor, Kiener și Poulet sunt fórte categorici când ȃic: a-supra unui lucru trebuie să fim de acord, că adesea în măduvă se nasce și se desvoltă leziunea tuberculosă inițială, care mai tot-d'a-una rămâne în stare de medulită fibrósă.

Cu tóte acestea, de și mai în tóte osteo-artritele tberculóse se constată și leziuni în măduvă, nu se póte afirma că leziunile acestea au fost primitive. Cazurile sunt excepțional de rari, ca să găsim o medulită tuberculósă izolată, fără leziuni concomitente în ȃesutul osos. Din contra, mai nici-o-dată nu vom întâlni o tuberculosă osósă fără medulită, afară de acele forme inchistate despre care vom vorbi.

Tendința deci este a se considera medulita tuberculósă ca fiind consecutivă unei osteite.

Dar acésta nu ne împedică întru nimic a presupune și cazul invers, că și osteita póte fi rezultatul unei infecțiuni secundare, plecată din măduvă.

Ori-cum ar fi însă, leziunile în măduvă se apropie foarte mult de acelea ce vom vedea în osteită, căci și aci procesul morbid va fi format din trei zone foarte distincte, reprezentate printr'una *iperemică*, prin a doua *foliculară* și prin alta *centrală caseoasă*.

Zona exterioară iperemică, e compusă din dilatațiunea capilarelor ce devin foarte numeroase, însoțindu-se de tumefacțiunea celulelor endoteliale și de o mulțime de leucocite emigrate prin diapedeză.

Dar acesta nu e de cât primul stadiu al inflamațiunei, provocat de iritațiunea foliculului tuberculos.

A doua zonă, coprinde tocmai acești foliculi cu celulele lor gigantice caracteristice și cu cele trei tipuri clasice de folicul embrionar, a lui Köster, și a lui Friedlander.

În fine zona a treia, e reprezentată printr'un produs cazeos, printr'o adevărată necroză medulară, rezultată din mortificațiunea celulelor centrale, cari ne mai putându-se hrăni în urma obliterațiunei saă disparițiunei vaselor, cad în ruină, transformându-se într'un adevărat ipsos de giangiū.

Când procesul distructor e repede, foliculii se măresc, se reunesc între dinșii și dau nascere unui quasi-ulcer copleşitor, cu marginile neregulate dințate și puind în evidență rățeaua trabeculară necrosată.

Une-orî părțile cari nu s'au necrosat intră în supurație; și acest abces își face loc la exterior, perforând substanța osoasă și dând nascere unei fistule, arătându-ne prezența unui abces osifluent. O membrană acoperită de muguri cărnoși se formează, și umplând golurile lăsate între trabeculele necrosate, dă nascere unei supurațiuni continue, servind la eliminațiunea măduvei, și represintându-ne bóla în complexul saă.

Periostita tuberculósă. Aci ca și la măduvă unui autorii, între cari Bonnet, Billroth, etc., au căutat să susșie localizarea primitivă a bacilului în periost.

Gaujot care încă din 1871 făcuse un studiu destul de complet asupra acestei chestiuni, prevădând natura sa tuberculósă, susșinea că bóla începe tot-d'a-una prin straturile cele mai externe ale periostului. El descrie chiar patru perióde: una în care periostul era foarte vascularizat, tumefiat și necrosat; II, când acest proces inflamator se transformă într'un produs lardaceu, gelatinos, dar fără puroiu; III, când supurația lua locul predominant; în fine IV, când începeau desvoltarea fongosităților. Descripțiunea era clasică și pentru a fi cu totul modernă nu-i trebuia de cât prezența bacilului, ceia-ce s'a și adeverit. Ađi e demonstrat că întregul proces recunósce drept cauză intervenirea foliculului tuberculos cu tóte varietățile sale, provenit el însuși din instalarea bacilului în interiorul capilarelor.

Kiener și Poulet însă, susțin, că leziunea inițială începe în stratul profund al periostului, pentru care i-a și dat numele de *sub-periostită tuberculosă*. Majoritatea autorilor însă nu admit de cât infecțiunea secundară a periostului, fie din adâncime la suprafață, prin propagațiunea osteitei, fie prin trecerea din părțile moi, precum ar fi cazul dezvoltării unui lupus pe tegumente sau a unei ulcerări mucose ori cutanată de natură tuberculosă. Ori-cum ar fi periostul atins de acest proces morbid, trece prin perioadele descrise mai sus. Când însă procesul predominant este iritația poate da naștere la iperostose, care uneori devin atât de groase în cât măsură chiar două degete, după cum au observat Kiener și Poulet.

Tuberculosa ososă în tumorile albe. Am arătat deja că mulți autori precum Volkmann, Lannelongue și alții susțin prin probe și teorii că sistemul osos formează primul leagăn al tuberculozei. De aci bacilul tuberculozei împreună cu produsele sale ia diferite căi până ce treptat străbate în interiorul articulației.

Prin ce cale acest bacil ajunge să atace osul? Opiniunea în general admisă aici și care aparține lui König, ar fi calea sanguină și a nume prin acel fenomen patologic cunoscut sub numele de *embolie*.

Bacilul tuberculozei odată intrat în masa sângelui se încorporează de leucocite, cari îi servă drept mijloc de peregrinațiunii depărtate.

În adevăr, bacilii fie ei singuri sau încorporați de leucocite trec prin toate vasele sanguine până ajung în ultimele lor ramificațiuni. Ajunse aci, grație unui volum mai mare și a unei puteri aglutinative mai pronunțate ce aceste produse capătă cu această ocaziune, leucocitele astupă lumina micilor capilare aflate în țesutul osos.

Când un număr mai mare de acești bacili reușesc să astupe ramificațiunile terminale ale unei artere, întreg acel teritoriu fiind lipsit de lichidul nutritiv, va suferi în existența sa și nu va întârzi să se distrugă. De aci mărtașa unei porțiuni de os, ce ni se va prezenta sub forma unei necroze sau sequestru.

Probă evidentă că lucrurile se petrec astfel, este faptul, că de multe ori sequestrul tuberculos reprezintă forma unui con, formă ce corespunde exact cu cea a teritorului lipsit de nutrițiune, prin obstrucțiunea arterei și a ramurilor sale. Müller în 1886 a voit să probeze acest lucru, căci injectând produse tuberculoase în artera nutritivă a osului a obținut producerea unui sequestru.

Îndoiială deci nu mai există pentru nimeni în ceia-ce privesc predilecțiunea țesutului osos pentru dezvoltarea tuberculozei.

Dar în ce anume porțiune a osului bacilul se așază? Am arătat cu altă ocaziune opiniunea emisă de Scharpy, care putem dice, a de-

venit lege în chirurgie. În adevăr, acest autor a arătat că bacilul tuberculos fuge de locurile unde se petrece un schimb prea viu de materialuri nutritive; dar el fuge în același timp și de acele locuri, unde acest schimb este la minimum său.

Și cari sunt aceste locuri? Maximum de viață osoasă se află în cartilagiul de conjugățiune a osului, iar minimum în diafiza sa. Media între aceste două extreme îl oferă epifizele oșelor lungi. Dar tocmai acest mediu convine bacilului tuberculoșei și pentru acesta tot-d'a-una și în mod constant aci îl vom găsi. Stafilococul aureus, care produce osteomielita, își alege cartilagiul de conjugățiune, căci îi place viața activă, iar germenul sifilitic se va ascunde voios în diafisă, ca unul ce iubesc teritoriile cele mai puțin vasculare.

Aprópe, putem dice, nu există nici o excepțiune la această regulă. La ființe tinere însă, și în special la copii, bacilul tuberculoșei ne oferă o infrațiune la această lege, de óre-ce îl vedem stabilindu-se în diafiza falangelor degetului, dându-ne bóla cunoscută sub numele clasic de *spina ventosa*. Dar și aci, la rigóre, încă nu e vorba de excepțiune. În adevăr Reichel, care a studiat în special tuberculoza diafizară a oșelor lungi, a arătat că dînsa nici-o-dată nu este primitivă, ci consecutivă unei leziuni epifisare. Punctul perforat al epifizei, prin care se face propagațiunea la diafisă, este de ordinar așa de puțin considerabil, că scapă din vedere unui examen superficial. Excepțiunea cel mult ar consta în aceia că bacilul tuberculoșei, în loc de a se desvolta în partea cea mai extremă a epifizei, ocupă porțiunea cea mai inferióră, proximă cartilagiului de conjugățiune.

Cu alte cuvinte spina ventosa ar fi o osteo-mielită tuberculoșă, care ca și acesta se póte propaga la măduva și diafiza osului.

Fîind deci stabilit că în imensa majoritate a casurilor, epifiza este leagănul tuberculoșei, să vedem care sunt leziunile ce dînsa ne oferă. Bacilul tuberculoșei odată intrat în țesut, produce fenomene cu totul analóge cu acelea ale unui corp străin. Pe de o parte dînsul tinde a distruge organul, iar pe de alta natura caută și dînsa a se apăra de această invasiune prin diterite mijlóce.

În specie, pe cât tuberculoza tinde către o osteită rarefiantă distructivă, pe atât în jurul său se va produce o osteită productivă orî condensantă, destinată a înconjura pericolul și a opri procesul morbid în mersul său.

Deja Nelaton este cel dintâiu, care inspirat de ideile lui Laennec asupra tuberculoșei pulmonare, aplicase teoria acestuia și în óse. stabilind două mari forme, cari și ađi au rămas clasice. După dînsul avem două tipuri: *tuberculoșă osoasă închistată* și *înfiltrațiune tuberculoșă*.

Astăzi este admisă de toți următoarea diviziune, recomandată de Kiener și Poulet, ca una ce este în armonie cu datele clinice, fiind bazată pe mersul și evoluțiunea tuberculului osos.

Iată ce dic acești autori:

I). Când tuberculul se dezvoltă pe un os sănătos și pe un individ viguros, dînsul adesea rămâne solitar, și percurge diferitele stadii cu încetul și în mod regulat. El nu provocă în țesuturile vecine nici o reacțiune inflamatorie, sau cel mult o reacțiune moderată și eliminatrice. De aci o primă formă numită *tuberculul primitiv și cronic*.

II). Când din contra organismul este slăbit de o tuberculoasă cronică a osului, sau a unui alt organ, când tuberculul se dezvoltă într'un os deja alterat și atins de leziuni difuze, atunci produsele tuberculoase tardive și de ordinar multiple, au un mers repede, și provocă reacțiunii inflamatorii considerabile în țesuturile vecine. De aci a doua formă numită *tubercul tardiv cu evoluțiune repede*.

III). În sfîrșit, în unele casuri mai rare, tuberculoasa osului apare de o dată repede și copleșitoare. Ea ne reamintesc prin întinderea și caracterul inflamator al leziunilor sale, tuberculoasa galopantă a plămînuului. De aci a treia formă numită *osteită tuberculoasă acută*.

Fie-care din aceste forme presintă mai multe varietăți.

Câte-va cuvinte asupra lor.

Tuberculul primitiv și cronic are acest lucru de esențial că, dînsul odată intrat în țesutul spongios al epifisei, ori-carî vor fi varietățile ce ne va oferi, leziunile sale sunt și rămân torpide, lente și une-ori chiar limitate.

În adevăr, acest tubercul intrat odată pe calea sanguină în canalele lui Havers, produce o osteită rarefiantă tipică, adică lărgirea acestor canale, apoi diapedesa celulelor din vasele capilare, róderea și distrugerea trabeculelor osoase, formând ceia-ce se numesc lacunele lui Howship. Aci se respîndesc celulele embrionare, cari atacînd măduva, dau nascere unei mielite, pe care deja am descris-o. Ne aflăm deci în fața unei osteite rarefiante tipice. Tendință de o nouă producțiune ososă, adică de osteită condensantă în jurul acestui focar, de și există, însă nu este într'un grad mare. Și cu toate acestea, acțiunea nodului tuberculos rămâne limitată, căci dînsul nu copleșesc mai departe țesutul osos, rămînînd act-fel cu totul mărginit.

Une-ori întregul proces, împreună cu măduva osului, intră în degenerescenta grăsoasă, transformându-se într'o masă informă, comparată de Nelaton cu ipsosul de gîmgiș, sau cu bucăți de cașcaval, ori mai bine urdă. Produsul acesta dacă e înconjurat de o osteită condensantă puternică, poate să rămână închis în locul unde s'a dezvoltat.

Mi-aduc perfect aminte că am operat fata unui preot Macarie din Chirnogî, ce presenta un început de tumora albă a genunchiului. Extremitatea superioară a tibiiei era mărită de volum. Făcând o incizie, am dat peste un focar nu mai mare ca o alună, așezat în plătoul tibial. Conținutul era un adevărat mastic, dar perfect limitat de o osteită condensantă. Aspectul era în totul analog cu un mic cuib de rândunică. Acest dentritus l'am ridicat cu pulpa degetului și am curățat bine cavitatea cu o bucățică de tifon, fără să fac răzuirea cu lingura.

Fenomenul acesta însă se observă foarte rar. Din contra tendința tuberculului cronic, de și lent și torpid în evoluțiunea sa, totuși din cauza lipsei unei osteite condensante tuberculoase, el are aplicațiune a eși către părțile extreme când e central, precum de asemenea a străbate în interiorul osului, dacă primitiv a fost superficial. Și tocmai pentru această pornire către copleșire treptată, dinsul formeză o varietate specială numită *tubercul copleșitor* (envahissant), iar după unii perforant. Și după cum perforarea se va face de la centru la periferie, sau de la suprafață în adâncime, îl vom numi *tubercul cronic perforant centrifugal sau centripetal*.

A doua varietate ce ne oferă acest tubercul primitiv cronic este următoarea: foliculul tuberculos, în loc de a distruge în mod progresiv țesutul osos prin teritoriiforțe limitate, din contra surprinde o porțiune mai mare, pe care privându-o de elementele nutritive, o necrosază, dând ast-fel nascere unui secuestru. Dar și aci leziunea rămâne limitată, fără a avea tendință să copleșescă porțiunii de oșe.

O dată însă secuestrul produs, partea murtă tinde a se separa de cea vie. Atunci o ușoră osteită condensantă se produce la periferie, iar între osul necrosat și cel sănătos, se determină un șghiab de separațiune de 1—7 m.m. Aci încep a se desvolta muguri cărnoși, cari cu timpul complectază separațiunea definitivă a secuestrului. Dacă acesta a ocupat periferia osului, traecte fistuloase nu întârzie a se arăta la exterior, prin care va avea intențiunea să se elimineze, fie treptat sau printr'o intervențiune. Când însă procesul morbid s'a desvoltat în centrul osului, și dacă osteita condensantă este complectă, el poate rămâne mult timp sau chiar pentru tot-d'a-una ascuns aci. Forma acesta poartă numele de *tubercul circumscrit cu secuestru*.

Forma acesta, grație desvoltărei mugurilor cărnoși, poate lua un caracter ceva mai malign, prin faptul posibilităței de inoculațiunii succesive, așa că deviază de la tipul său clasic de a rămânea cu totul isolat. Se observă în adevăr casuri de asemenea tuberculii în număr de 2—3 și mai mulți, răspândiți în diferite teritorii ale țesutului osos. Dar chiar și atunci tipul se conservă, de ore-ce-ce acești noduli încă rămân separați, fără a da nici o reacțiune inflamatorie împrejur lor.

În fine tuberculul osos, în loc de a da naștere unui sechestru, rămâne în forma descrisă din prima varietate, adică ca un ipsos de giangiu, iar după Lannelongue chiar sub formă fluidă. Aci însă osteita condensantă este cu totul completă. Și tocmai din această cauză, tu-

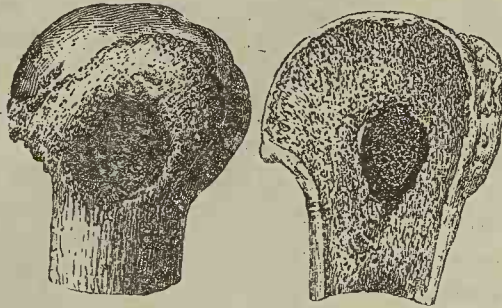


Fig 186. — Tubercul primitiv și cronic cu sechestru mobil în capul umărului.

bercul fiind cu desăvârșire închis și prizonier, el constituie a treia formă numită de Nelaton *tubercul închisat*. Acesta este analog cu cea-ce se observă în tuberculele său cavernele pulmonare, ce une-orî le găsim în mijlocul organului, separate însă de restul pulmonului prin desvoltarea

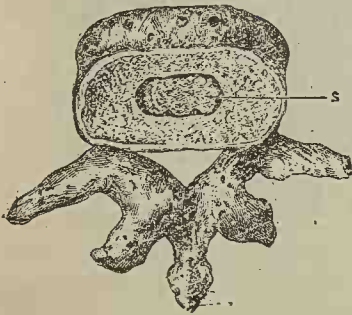


Fig. 187

Tubercul circumscripț cu micî sechestre osose, înconșoriat de fongosități supurante pe vertebra vecină.



Fig. 188

unuî țesut fibros, care îl închide de tôte părțile. Trebuie însă să șcim, că une-orî acest tubercul închisat pôte să-și facă un drum la exterior, printr'un mic orificiu fistulos, grație formărei incomplete a osteitei con-

densante. In fig. 186, 187 și 188 avem modele de leziunile produse de tuberculul cronic cu evoluție lentă.

Tubercul primitiv cronic ast-fel precum l'am descris, de și lipsit de o tendință coplesitoare, totuși nefiind perfect închis de o osteită condensantă, poate avea răsunset asupra articulației, după sediul său punctul epifisei pe care îl ocupă. In adevăr, dacă acest tubercul se dezvoltă în partea cea mai centrală a epifisei și bolnavul are norocul ca acest tubercul să rămăie închistat prin dezvoltarea unei osteite condensante serioase, articulațiunea sa este scăpată, plătind tributul cel mult prin nise dureri osteocope mai mult sau mai puțin persistente sau violente, descrise de Gosselin sub numele de *nevralgiă osăe*.

Dacă iarăși acest tubercul se dezvoltă pe una din părțile laterale ale epifisei, destul de departe de articulație, chiar dacă rămăie închistat, totuși traectul fistulos ce se va produce va fi para-articular.

Când însă tuberculul va ocupa extremitatea epifisei proximă cu articulațiunea, atunci traectul fistulos deschidându-se în acest organ, toate produsele sale se vor vărsa aci, de unde va resulta o contaminațiune secundară cu toate consecințele sale funeste.

Următoarele scheme luate din Poulet și Bousquet, părintu-ni-se foarte demonstrative, le reproducem și noi în fig. 189.

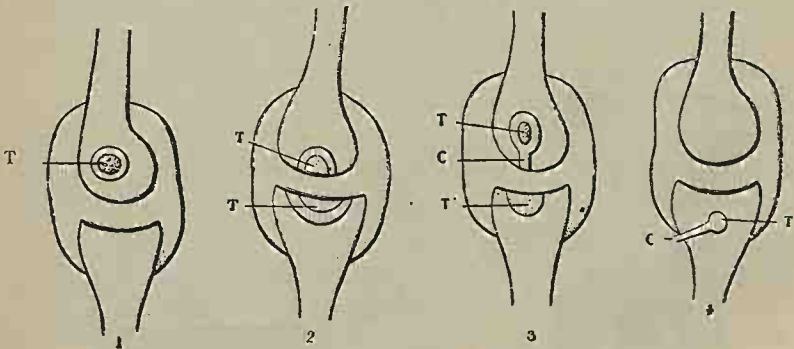


Fig. 189.

Figuri schematice, arătând dispozițiunea tubercuilor în tumora albă de origină osăe.

- 1) T. Tubercul circumscriu cu sequestru.
- 2) T. Tubercul coprins în nivelul suprafeței articulare, propagațiune directă a tubercuilului la epifisa opusă T.
- 3) T. Tubercul circumscriu cu sequestru, care s'a deschis în articulație printr'un mic canal C. T., coplesirea celei-alte epifise și a întregii sinoviale.
- 4) T. Tubercul epifisar deschis la exterior în afară de articulație în C. Sinovita sub-acută de invocinarc.

II. Tubercul tardiv cu evoluțiune repede.

După cum numele indică, această formă de tubercul se deosibescse foarte mult de cea precedentă, nu numai prin evoluțiunea sa, dar și prin felul leziunilor la cari dă nascere.

Caracteristica este că, dinsul o dată stabilit în țesutul osos, are o tendință irezistibilă către progresiune. Această devastare nu e lentă și torpidă ca în forma precedentă, ci repede și însoțită de o reacțiune inflamatorie. De aci rezultă distrugerea complectă a unei diafise, în special a metacarpienilor și falangelor precum se observă în spina ventosă. Cât pentru reacțiunea inflamatorie ce acest tubercul determină în jurul său, dinsa e reprezentată prin următoarele trei zone: o zonă externă sau periferică. Ea e formată de un roșu viu rezultatul unei congestiuni sau iperemii vasculare întinse, și proliferațiunii celulare. Zona medie este mult mai palidă din cauza infiltrațiunei grize sau semi-transparente. Ea e formată din aglomerare de foliculii ce devin cu atât mai confluenți cu cât ne apropiem mai mult de centru și unde țesutul osos devine môle și friabil. În fine zona centrală e plină cu multe fongosități și amestecături de fragmente osose, unele sub formă de grăunțe, altele de trabecule, iar altele mai voluminoase constituind adevărate secuestre.

Dar această anatomie patologică e departe de a reprezenta unul și acelaș tip. Există variațiunii multiple și grade diverse țice Lannelongue, ce se pot întâlni pe acelaș individ și adesea pe acelaș os. De aceia Mauclair e dreptate când țice că *osteo-tuberculosa se presintă cu un aspect polimorf*.

Dar cu tot acest polimorfism, autorii încă au reușit a extrage câte-va varietăți ce pot fi considerate ca tip în tuberculul cronic cu evoluție repede. Ast-fel:

Une-orî totul se mărginesce într'o simplă creștere a vascularizațiunei osului, ce ne oferă o suprafață congestionată, iperemiată și cu o culoare roșie închisă. Acesta formeză prima formă numită de Tavignot *infiltrațiune de drojdie de vin*.

II). Alte dăți se constată aparițiunea unui număr mai mult sau mai puțin considerabil de pete cenușii, cu reflecte opaline și mărgini foarte net circumscrise. Acesta constituie *inflamațiunea cenusie sau semi-transparentă a lui Nelaton*. Ea e caracterisată de însuși autorul prin următoarele două puncte, a) că trama osoasă este încă sănătoasă și b) că vasele nu sunt obliterate.

III). Când însă aceste pete translucide își perd frumösele lor reflecte, ce se apropie de ale opalului devenind mai galbene, mai închise

și chiar murdare, iar marginile lor în loc de a fi circumscrise se apropie unele de altele, confundându-se între ele și formând o singură masă întinsă de o colorațiune închisă, și fără nici-un luciū, atunci constituie o altă formă numită iarăși de Nelaton *infiltrațiune puriformă și opacă*. Aci contrariū ca în cea precedentă, se constată obliterațiunea sau absența vaselor, precum și o hipertrofie intersticială a țesutului osos. Acestă infiltrațiune pōte să apară treptat sau de-o-dată. În acest cas, întregul os fiind copleșit, atunci epifisa sau diafisa se transformă într'un adevărat burete plin cu puroiū și eșind cu cea măi mare înlesnire, în urma celei măi ușōre presiuni exercitată pe os.

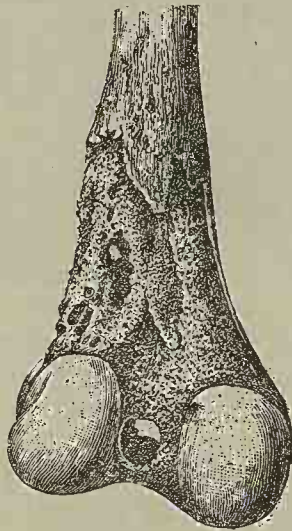


Fig. 190 Osteită tuberculoasă sau carie a extremităței inferioare a femurului. Un mare focar tuberculos circumscriș a fost punctul de plecare al unei osteite difuze copleșitoare. (După Richet).

În fine în mijlocul unei desorganisări aprōpe complete, când tōte trabeculele osōse parte sunt distruse, iar parte reduse la o friabilitate excesivă, vedem interpunându-se printre tōte aceste spațuri gōle precum și prin intersticiul lamelelor osōse, o materie sau un țesut cu aspect particular semănând cu o adevărată piftie. Acest țesut de o culōre cenușie și presărat cu puncte de puroiū, a fost numit de Lannelongue *inflamațiune tuberculoasă gelatiniformă*.

Acestea sunt formele principale ce s'aũ stabilit în evoluția tuberculului cronic cu mers repede.

Din ele vedem că, grație tendinței sale extensive, distrugerea elementelor osului se efectuează cu atâta iuțelă, în cât procesul de apărare ce natura de obiceiũ desvoltă pentru a înconjura rēul, numai are timpul să se producă. De aceia în acestă periódă fōrte rar constatãm secuestre osóse, de óre-ce totul se înlocuesce printr'o inflamațiune repede și difusă. Cu tóte acestea, putem întâlni și aci unele secuestre. Ele nu vor fi însã pe întinderi mari și nici provēzute de acea masă compactă și uniformă, care constituie *secuestrul de necrosă*.

Asemenea secuestre sunt rari, din cauza mersului progresiv și distructor al bacilului. Aci din contra, vom găsi secuestre fōrte mici, reduce la un fel de pulbere osósă, pentru care s'aũ și numit *secuestre parvelare*.

Și chiar dacã se întâmplă să dãm peste un secuestru tare, încã și atunci nu-l vom găsi intact, ci ciuruit în tótã întinderea sa de procesul distructor bacilar. Dar tocmaĩ din cauza acestuĩ aspect, Ollier i-a dat numele de *secuestru de carie*.

În fig. 190 avem un model de secuestru de carie.

Acēsta ne aratã că dacã pe alocurea existã tendința unei osteite condensate, dînsa însã e impeditã de cea rarefiantã, de adevērata carie, ce tinde a róde și distruge secuestrul tare, determinând în substanța sa, acele nenumērate găurĩ, imprimându-ĩ un aspect ciuruit caracteristic. Din cauza imposibilității de a se limita procesul morbid, secuestrele acestea fōrte rar devin libere ci remân tot-d'a-una aderente. Ele devin punctul de plecare al unuĩ proces inflamator, și grație formărei de trajecte fistuloase la exterior, vor tinde a se elimina fie în jurul saũ în interiorul articulației, dupã sediũ.

Dar ajunse aci ele nu se opresc, cãci prin mijlocul fongosităților impregnate și infectate de virusul bacilar, vor căuta prin inoculațiunii saũ mãi bine dis grefãri succesive, să ródã și să distrugã țesutul osos mãi departe. Ele mãresc întinderea unei caverne dacã ar exista, și impedicã pe cât posibil formarea osteitei condensante, capabilã a se opune mersului sēũ copleșitor. Dar acest ultim proces formézã ceia-ce se numesce *caria tuberculósã*.

Cuvîntul carie împreună cu acela de necrosã, este deja fōrte vechiũ. El formézã unul din punctele cele mãi principale asupra cãrora predecesorii noștri își fixaserã fōrte mult atențiunea. Dînșii, dar în special Louis stabilise o distincțiune destul de precisã și clarã între carie și necrosã care și astã-đi a rēmas clasicã.

În carie porțiunea osului bolnav continuã să trăiascã; dînsa supu-

reză și servă drept bază la vegetațiunii de próstă natură cu tendință a cresce și a se întinde. In necrosă din contra, partea bolnavă este definitiv mórtă; aci se produce în părțile vecine un proces eliminator de unde va resulta delimitarea exactă a mortului de viu.

Astă-đi nimic nu s'a adăugat la acest lucru, de cât prezența foli- culului tuberculos, care mereu inoculându-se póte împinge la infinit distrugerea trabeculelor osóse.

De aci confirmarea profundeí observațiunii acelor vechi, că vinde- cările spontanate nu se pot obține, saú cel puțin sunt excesiv de rari în carie. Necrosa, care recunósce cause cu totul altele de cât interven- țiunea bacilului tuberculosei, se póte vindeca, grație desvoltărei unei zone de țesut compact, precum și a unui șghiab de separațiune, format de mugurí cárnoși. Ambii acești factori favorizéză eliminarea spontanată a părței necrosate.

Tipul acestor necrose ni-l oferă stafilococul auriú, capabil de a produce osteo-mielita despre care deja am vorbit.

Să revenim însă la caria tuberculósă.

Dinsa represintă forma cea mai comună a infiltrațiunii tubercu- lóse, cu evoluțiune mai mult saú mai puțin repede. Este vorba de o inflamațiune specifică a țesutului osos, avênd ca rezultat determinarea unei osteite rarefiante tipice.

Primul lucru ce vom constata va fi o lărgime a canalelor lui Havers, ca unele ce servă drept sediú de elecțiune al tubercului. In adevăr, toți autorii au arătat că sediul constant al bacilului se află în canalele lui Havers. Concomitent cu această lărgire, constatăm o vas- cularitate mai mare, o umflare a celulelor epiteliale și diapedeză de leu- cocite, ce se revarsă împrejur. Pereții acestor canale se subțiază și se perforéză, iar procesul morbid străbate în substanța proprie a osului. Aci róde și distruge lamelele osóse, atacă osteoplastii și crează vacuole de forme, lărgimi și întinderi variate, formând faimósele lacune ale lui Howship.

Acésta este în esențialul său tipul cariei, care grație prezentei foli- culilor tuberculoși, merge mereu progresând, fără a da tot timpul ne- cesar la desvoltarea unei osteite condensante, ce singură ar fi capabilă să o oprească.

Foliculii aceștia tuberculoși, prin inoculațiunii și gretări succesive, róde și distrug trabeculele osóse, fragmentându-le în porțiuni mici, și dând în general osului aspectul ca și cum ar fi mâncat de viermi. De aceia Lannelongue i-a dat numele de *carie viermănosă*, alții de *osteită rarefiantă*, iar alții de *osteită fongósă* din cauza prezentei nuneróselor fongosități ce se desvoltă printre trabeculele osóse viermănoase.

Microscopice, un focar de carie e compus din trei zone: o zonă periferică, formată din dilatațiunea vaselor capilare impregnate de bacilii, de o diapedeză abondentă și de lărgimea excesivă a canaliculilor lui Havers. Din cauza acestei mari vascularizațiuni, regiunea capătă o culóre foarte intensă, de unde și numele ce s'a dat acestei zone periferice de *zonă congestivă sau iperemică*.

Zona medie, e formată din ruperea sau róderea trabeculelor osóse, plină cu foliculii tuberculoși răspândiți în tóte intersticiile. Punctul esențial în acéstă zonă este că aci vasele capilare sunt cu desăvârșire obliterate și chiar distruse.

În fine a treia *zonă numită centrală* e plină cu un detritus, rezultat din transformarea grásóasă a osteoblastilor, a trabeculelor osóse și chiar a unor foliculii. Aci vasele capilare sunt cu desăvârșire distruse.

Ast-fel constituită, caria progreséză prin inoculațiuni succesive, până când ajunge să distrugă întregul os. Și acésta din cauză că, nu e posibilă desvoltarea unei osteite productive sau condensantă. Este adevărat că în zona periferică, se observă o asemenea tendință, dar dinsa e cu totul insuficientă. Ba ce e mai mult, chiar în întimitatea osului găsim alături de trabeculele osóse subțiate și distruse, altele de o grosime destul de mare, ce forméză o probă de începutul unei osteite condensante. Dar în tóte părțile nu e de cât un început, căci totul rămâne avortat. Și pentru ce acest lucru? Dubar a emis opiniunea că, cu cât foliculii tuberculoși vor fi mai numereși, cu atât osteita va fi mai rarefiantă; și din contra, când produțiunea de foliculii e discretă, torpidă și lentă, atunci este osteita condensantă care predomină.

În primul cas vom avea carie, în al doilea necrosă. Dar caria după cum am arătat, tocmai acésta are de esențial, că abundă în foliculii tuberculoși. De aceia nu întâlnim de cât osteita rarefiantă cu lipsă totală sau cu tendința prea ușoră de proces productiv.

Din punctul de vedere clinic putem stabili următoarele tipuri de carie:

I. Forma cea mai comună este când prin traectele fistuloase dintr'un os cariat, iese puroiū seros, rău legat, cu mici grăunțe osóse și care forméză modelul puroiului de rea natură. Varietatea acésta se numesce *carie purulentă* corespunđend cu *caria unedă* a celor vechi.

II. Când foliculii tuberculoși sunt formați din celule embrionare tinere, pot lua o desvoltare demăsurată. Ei se transformă în adevărate fongosități, ce cresc foarte repede și umple întregul țesut spongios al osului, răspândindu-se printre tóte lacunele și intersticiile. Aceste fongosități fiind provădute de o cantitate enormă de vase capilare cu pe-

reți subțiri și friabilă, vor sângera la cea mai ușoară explorațiune. Forma acésta se numesce *carie fongosă*.

III. Când din contra aceste fongosități se înlocuesc prin nise mese moi cărnoase, formate din țesut conjunctiv tânăr, cu celule fusi-forme, cu mari celule rotunde, cu numeroase vase constituie o formă specială numită de König *caria carnosa*. Țesutul acesta are foarte multă asemănare cu un sarcom, dacă microscopul n'ar arăta prezența de foli-culi tuberculoși, mai mult sau mai puțin numeroși ce se află ici colea.

IV. Une-orî, de și de alt-fel foarte rar, se observă distrugerî foarte întinse în întimitatea osului de procesul tuberculos, dar fără să dea nascere absolut la nici-o picătură de puroi. Forma acésta care se apropie foarte mult de artrita uscată, a fost numită *carie uscată*.

În fine, dacă caria în loc de a distruge osul pe suprafețe întinse, din contra are mai mult tendința a săpa în adâncime, și reușese a distruge cu totul grosimea osului trecând în partea opusă, atunci ia numele de *carie terebrantă sau perforantă*.

III. Osteita tuberculosă acută.

Aci evoluțiunea procesului morbid este așa de repede, în cât de o dată întreaga epifisă și une-orî chiar diafisa, se găsesc cu desăvîrșire distruse. Țesutul spongios, lamele ósoase, împreună cu măduva, oferă caracterul inflamator specific în cel mai înalt grad, transformându-se adesea în totalitatea lor într'o masă de puroi. Pentru aceia, König a dat numele acestei osteite de *osteo-mielită tuberculosă purulentă*.

Etiologia. Ar fi absolut inutil a insista asupra acestui capitol de ore-ce ar fi să repetăm ceia-ce pe larg am descris în vol. II. Două lucruri însă merită a fi menținute. Întâi, că acțiunea umidității și în special a frigului, ar fi capabilă după unii să determine la început o artrită reumatismală a genunchiului, care în urmă s'ar putea transforma în artrită tuberculosă.

Noi în vol. I, la cap. diatose, am arătat incompatibilitate absolută între reumatism și tuberculosă.

Am arătat că un tuberculos nu e capabil să aibă un cancer, care e apanajul artritricilor, precum de asemenea el nu va avea o artrită reumatismală. Chiar dacă am admite influența frigului drept cauză determinantă, acest agent d'a dreptul va produce o tumoră albă pe un tuberculos, iar pe un artritic o artrită uscată sau deformantă. Dar încă o dată recomandăm cu insistență a se citi diatesele din vol. I, pentru a fi pe deplin scuzați că numai insistăm asupra acestui lucru.

Punctul cel mai principal și de o importanța colosală, este obser-

vația lui Dollinger. Acest autor în 1889 a arătat că, tuberculoza ososă trebuie să sufere influența mai multor generații, pentru ca bacilul să se pótă desvolta în schelet.

Nimic în adevăr nu este mai surprinător, când de multe ori, ca să nu țin tot-d'a-una, constatăm copii atinși de tumoră albă a genunchiului, coxalgie, sau morbul lui Pott, cu tóte că părinții lor ne oferă tipul celei mai perfecte sănătăți.

Dacă însă facem o anchetă minuțioasă, vom descoperi în acendenții direcți ori colaterali, germenul tuberculosei în mod netăgăduit.

Și drept probă că tuberculoza ajunsă la óse se află la stârșitul carierei sale, este nu numai că i-a trebuit mai multe generații pentru a ajunge aci, dar însuși indiviții atinși de tumoră albă, coxalgie ori morbul lui Pott, posedă tóte cele-lalte organe splachnice și în special plămâni perfect sănătoși. Acésta ne și explică rațiunea intervențiilor și frumosul rezultat ce obținem prin ridicarea unei porțiuni din os tuberculos, care represintă ultima localizare a infecțiunei.

E mult mai periculos a atinge o fistulă anală tuberculósă, decât a face o resecție a genunchiului.

De și nu avem probe demonstrative, totuși personal suntem surprinși de asemănarea ce există în evoluțiunea tuberculosei cu a sifilisului.

În adevăr, și în sifilisul ereditar bóla se manifestă de predilecțiune în sistemul osos, atunci când părinții în momentul concepțiunei ajunseser în ultima periódă a afecțiunei. Ba ce e mai mult, Ricord deja a arătat că un sifilis terțiar produce leziuni în desendeți, cari numai au caracterul sifilisului, ci al unui amestec cu scrofuloși, pentru care i-a și dat numele de *scrofuloid*. Dar acésta este o chestiune de doctrină, și nu avem dreptul a ne opri mai mult asupra ei.

În orice cas, vom ști, și nu trebuie să uităm că, aceste două afecțiuni au cea mai mare afinitate între ele, căci adesea le găsim reunite, tinzând chiar a forma o entitate morbidă specială, căreia unii autori au căutat să dea numele de afecțiunii ibride, cari în definitiv nu sunt de cât ingenioasa combinare a lui Ricord, cunoscută sub numele de *scrofulat de vero*'ă.

Febrele eruptive au o mare influență asupra dezvoltării tumorilor albe. Și dintre acestea, mai cu deosebire rușeola, pare că grăbesce în mod evident aparițiunea ei, bine înțeles dacă individul e deja predispus. Dar mai presus de tóte, traumatismul jócă rolul cel mai important. Am repetat deja în mai multe rânduri memorabile experiențe ale lui Max Schuler, care practicând o contusiune prealabilă pe genunchiul iepurelui și înoculând apoi produse tuberculóse în masa sângelui a ob-

ținut dezvoltarea tumorei albe. Dar nu numai traumatismele violente se bucură de această facultate, ci și cele mici, reprezentate, prin mers îndelungat și mai ales prin purtare de greutate în spinare și mai mară de cât forța individului, precum se întâmplă la muncitori.

Simptomele. De și după Lannelongue, leziunea primitivă în tumoră albă tot-d'a-una începe prin ôse, totuși în clinică se admit două forme principale și anume: tumoră albă, care începe prin sinoviala articulară, formând *artrita tuberculôsă propriu ăisă*, și tumora albă, ce încep d'a dreptul prin schelet, formând *osteita tuberculôsă*. De ôre-ce însă aceste două forme adesea se confundă între ele, tumora albă mai este încă cunoscută sub numele de *osteo-artrită tuberculôsă*.

Dintre semnele mai principale vom menționa durerea. Această câte-odată este limitată numai la genunchiul în casuri de sinovită pură; alte dați însă se propagă în jos, trecând prin gambă sau picior, sau în sus, trecând prin còpsă. Această probabil stă în legătură după cum tuberculosa se dezvoltă primitiv în osul tibia sau femur.

Când bóla începe prin sinoviala articulară, aci avem două varietăți: una care rămâne limitată la serósa propriu ăisă a articulației, iar alta care se dezvoltă în fundul de sac subtricipital, ce e o dependență a marelui seróse articulare.

Se știe însă că acest fund de sac, une-oră comunică direct cu articulația; alte dați există un diafragm între ele, sau în fine, oră-ce comunicare este întreruptă, având fie-care existența independentă. De aci rezultă că în cazul I, procesul morbind dezvoltat într'una din aceste seróse, cu înlesnire va trece la cea-l'altă; în cazul al II-lea, se observă fenomenul următor destul de curios: că un epanșament dezvoltat în fundul de sac subtricipital, în urma tuberculisării acestei seróse, după un timp ôre-care, când lucrul se credea cu totul limitat aci, de odată vedem micșorarea sa de volum, și concomitent tumefacția articulației.

Faptul se explică ușor, prin aceea că încetul cu încetul diafragmul ce am menționat, la un moment dat a fost invins, iar lichidul fără nici o piedică a trecut din fundul de sac în articulație, sau vice-versa. Tot prin acest mecanism ne explicăm lucrul, când în urma unei idar-trose a genunchiului vedem cu timpul, că se distinde și fundul de sac subtricipital.

În cazul al III-lea, oră-ce comunicațiune fiind definitiv întreruptă, sinovita tuberculôsă rămâne limitată acolo unde s'a dezvoltat. Are însă facultatea de a-și pertora consecutiv pereții, prin cari fongositățile eșind, pot lua diferite direcțiuni. Acestea merg une-oră chiar până la jumătea còpsei și determină nisce traecte fistuloase de lungimi colosale.

Sinoviala genunchiului trimete mai multe alte prelungiri, dar una e

mai principală, adică aceia-ce merge către tendonul muschiului semi-membranos, și încă una care o pune în comunicație cu articulația femuro-tibială superioară. Consecințele ușor se pot prevedea, fără a mai fi trebuință de nici-o explicare.

După cercetările diferiților autori și în special ale lui Ollier, reese că tumora albă își are mai des origina în oșe de cât în sinovială. În adevăr, din 69 de casuri, 41 au fost osose, 21 sinoviale, iar 7 nedeterminate. Apoi dintre oșe, tibia este mai des atinsă; tuberculosa izolată a femurului e mai rară, iar de multe ori ambele aceste oșe sunt simultaneu atinse.

Fie că tuberculosa începe prin părțile moi sau osose, primul simptom am șis că este durerea. În urma acesteia bolnavul căutând a o atenua, dă o anumită poziție membrului, care din nenorocire este tocmai cea mai defavorabilă funcțiunii sale ulterioare.

În adevăr, experiențele lui Bonnet au arătat că maximul de distensiune a sinovialei articulare, este pozițiunea de semiflexiune a gambei pe cósă. În această pozițiune, inflamația având un câmp inai larg de dezvoltare, bolnavul se pare a suferi mai puțin; și de aceia el caută a-și pune membrul în această poziție.

Pe de altă parte, membrana sinovială este foarte bine garantată înapoi și în lături prin ligamente puternice posterioare și laterale, astfel că dînsa numai către regiunea anterioară a articulației are un drum mai liber. De aceia în cazul de distensiune a sinovialei prin lichide sau fongosități, în acest loc tumefacția își va manifesta prezența sa ștergând adâncăturile ce se află de o parte și de alta a ligamentului rotulian, pe cari din concave le fac convexe, ridicând în același timp și rotula în sus.

Ca și toate artritile de natură tuberculoasă, tumora albă are tendință către supurație, ce se anunță prin febră, tumefacție mai mare și dureri mai violente. Deschiderea spontanată a abscesului se face în punctele de distensiune mai mare a sinovialei, sau chiar în regiuni mai depărtate.

În această ultimă perioadă, distrugerile sunt foarte mari, căci ligamentele, cartilajele inter-articulare și suprafețele osose, suferă o adevărată desorganizare. De aci mișcări anormale de lateralitate, dislocațiuni și chiar luxații patologice, în mecanismul cărora contribuie foarte mult și atitudinea membrului pe care o dă bolnavul. Cea mai frecventă din luxațiile patologice este cea incompletă înapoi și în afară, unde extremitatea inferioară a femurului devine proeminentă înăuntru și înainte, iar extremitatea superioară a tibiei e respinsă înapoi și în afară.

Rotula, atrasă în jos și înapoi în depărtarea celor două oșe și deja

ciuruită de procesul tuberculos, pare ca dispărută, căci adesea nu-și manifestă prezența de cât printr'o ridicătură ososă minimă. Complectul simptomatologic al tumorii albe se resumă, când acumularea de puroi în articulație numită—pioartrosă sau empiem tuberculos— orî a fongosităților, își fac erupțiune în afară.

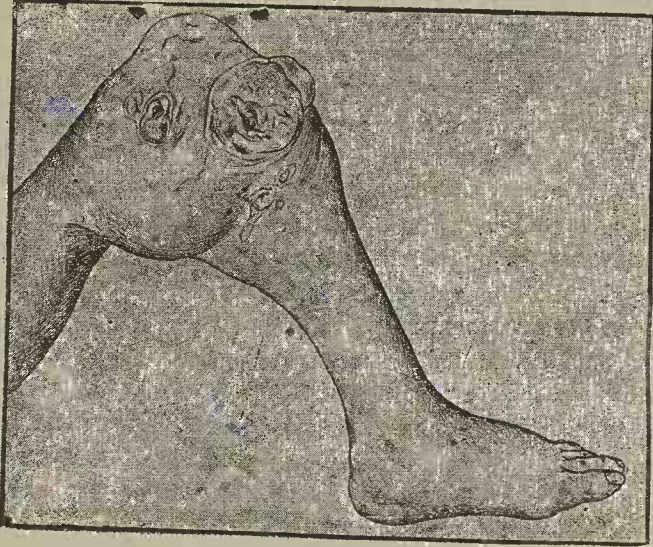


Fig. 191.— Tumoră albă a genuchiului în ultima perioadă (personală).

În adevăr aceste produse, rod și rup țesutul celular lax din jurul articulației, precum și ligamentele, pe cari finesc prin a le distruge.

De aci relaxarea articulației, crearea de orificiuri fistuloase multiple, copleșirea tendónelor mușchilor, și a trunchiurilor nervoase, cari explică durerile insuportabile de cari se plâng bolnavii.

În fine nu vom uita a explora ganglionii inguinali, cari forméză tovarășul cel mai fidel al osteo-artritei tuberculóse. Une orî, pe lângă aceste adenite specifice, constatăm chiar limfangite ce se manifestă prin nisce cordóne manifeste destul de mari, dar totuși nedureróse. În fig. 191 avem un model de tumoră albă a genuchiului în ultima sa perioadă.

Diagnosticul tumorii albe. Factorul cel mai important în stabilirea diagnosticului, e reprezentat prin etatea și antecedentele bolnavului. Și noi în special credem că, acesta e calea cea mai bună pentru a ajunge

la un bun rezultat. Tumora albă este apanajul copiilor începând de la 4 la 12 ani.

În această perioadă a vieții, trebuie să fim cu cea mai mare luare a minții, la durerile pe care le exprimă bolnavii, știut fiind că aproape fără excepție, tumora albă se anunță prin acest fenomen.

Dar independent de etate, bóla își conservă caracterul său tipic, de a începe fie prin sinovială sau extremitățile osoase. Presupunând deci că ne-am afla în fața unui copil de la 4—7 ani, prezentându-ne tumora albă cu forma sinovială, vom căuta mai întâi dacă în antecedente sau starea sa actuală, n'ar fi vorba de vre-o febră eruptivă, căci după cum deja am arătat, acestea sunt capabile de a se însoți, sau a fi urmate de sinovite cu epanșament ca și tumora albă.

Dar dacă variola, scarlatina și rușea se însoțesc de epanșamente în articulația genuchiului, ele se înconjură în același timp și de fenomene inflamatorii, dându-ne astfel adevărate artrite, lucru ce nu constatăm într-o tumoră albă. Aceasta nu ne oferă de cât elementul durere, fără nici un semn inflamator. Pe lângă acesta, artritele febrile eruptive apar și dispar repede coprinzând mai multe articulații întocmai ca și reumatismul; pe când tumora albă a genuchiului rămâne constantă în această articulație.

Cât privește artritele supurate în febrele eruptive, ele apar în timpul perioadei de supurație și reprezintă semnul unei septicemii generale.

Depărtând deci posibilitatea unor asemenea artrite a febrile eruptive, vom avea a face cu un copil manifest scrofulos, ieșit din părinți tuberculoși și care prin dezvoltarea unei tumefacțiuni torpide a articulației genuchiului, dezvoltată fie spontanată sau în urma unui traumatism, ne va autoriza a afirma începutul unei tumori albe.

De la această etate până la 17 ani, vom avea a stabili diagnosticul diferențial între tumora albă și osteita de creștere sau chiar osteomielita.

În adevăr, acest diagnostic ni se impune mai ales, dacă tumora albă își are punctul de plecare în schelet.

Când dară prin diferite manipulări și un examen minuțios, constatăm prin palpație dureri în nivelul articulației și în dreptul epifiselor, ne putem întreba dacă ele sunt rezultatul dezvoltării unui nucleu tuberculos în condilii femurului, sau în tibia, ori e vorba de simple fenomene congestive ce se produc în aceste regiuni, cu ocazia unei osteite de creștere, al cărui unic simptom îl formază durerea, fenomen numit de Cloquet și Gosselin nevralgia genuchiului? Aci iarăși antecedentele și starea prezentă a bolnavului ne vor fi de mult ajutor. Într'un cas vom

avea a face cu un individ scrofulos, costeliv etc., pe când în cel-l'alt, cu un copil viguros, sburdalnic și ieșit din părinți sănătoși.

Deci dificultatea nu va fi mare. La rigóre o eróre de diagnostic nu aduce prea multe prejudicii bolnavului, căci e mai bine a confunda o osteită de creștere cu o tuberculosă, de cât pe acésta cu aceia. Luând fenomenele ce ne presintă genuchiul drept o tumoră albă, folosul va fi din partea bolnavului, căci prin precauțiuni serióse de repaos și imobilizarea membrului, vom aplica tratamentul cel măi rațional ce convine ambelor bóle ; pe câtă vreme, considerând afecțiunea ca benignă atribuind-o unei osteite de creștere, cea măi mică neglijență póte fi urmată de cele măi funeste consecințe.

De la 17 la 25—30 ani, tumora albă descresce în frecuența sa, putând fi înlocuită cu alte afecțiuni de natură diversă.

În adevěr reumatismul, blenoragia, sifilisul, etc., etc. pot intra în joc, dând nascere la artrite, carí vor trebui bine deosebite de tumora albă.

În acéstă periódă și măi ales între 25—30 ani, tumora albă cere un diagnostic diferențial, după cum ni se va manifesta sub forma de sinovită sau osteită tuberculósă. Am arătat că primul fenomen al sinovitei tuberculóse, este aparițiunea unui epanșament intra-articular, care pórtă numele de idartrosă. Dar acest fenomen, ne fiind de cât o manifestare secundară, trebuie să-i descoperim origina.

Trebuie să scim că în imensa majoritate a casurilor, idartrosa tuberculósă a óselor se desvoltă încet și fără fenomene alarmante, precum nici cu semne inflamatorii pure. Lucrul e cu totul contrariu de ceia-ce se petrece în reumatism. Aci pe lângă că reumatismul determină o acumulare repede de lichid în articulație, el ne măi oferă și faptul că bóla nu e constantă, ci trece repede de la o închietură la alta, putând copleși măi multe de-o-dată și dându-ne reumatismul poli-articular.

Este fórte rar ca o idartrosă tuberculósă să se desvolte în mod acut, precum iarăși e rar ca ea să crească și să se micșoreze repede, sau dispărând complect, pentru a se reproduce imediat.

Aceste douá forme, numite de König idrops tuberculos și idartrosă tuberculósă intermitentă, se întâmplă numai atunci când membrana sinovială a articulației e brusc copleșită de o erupțiune miliară de foli-culí tuberculoși. Vom căuta decí printr'un examen minuțios și fiind preveniți de acest lucru a elimina elementul reumatic, care împrimă manifestațiunilor sale articulare același caracter.

Idartrosa sifilitică am arătat că e admisă de majoritatea autorilor, dar tot-d'a-una în mod secundar și nu primitiv. În afară de anteceden-

tele bolnavului, idartrosa sifilitică fôrte adesea e precedată de artralgiï, ce constau într'o simplă durere, mai vie nóptea, artralgiï ocupând nu numai genunchiul, dar și alte articulații ca umărul, gâtul piciorului, etc. Ele mai pot fi precedate și de artrite sub-acute, iarășî cu același caracter de dureri nocturne și o stare sub-inflamatorie, care dispărënd, fie spontanat, saũ printr'un tratament specific, aũ lăsat în urma lor acumulare de epanșamente, o idartrosă.

Dar chiar presupunënd că această idartrosă apare de odată, încã îi putem descoperi natura sa, grație unor nodulî ce vom constata în grosimea țesutului celulo-gresos din jurul articulației, nodulî pe carî i-am vëdut că nu sunt de cât gome sifilitice, formând primul tip a lui Mericamp în artropatiile sifilitice. Ele sunt adevërata causă a idartrosei, producënd și o îngroșare consecutivă a sinovialei, lucru ce nu vom întîlni într'o tumoră albă. Afară de acésta, leziunile vechî sifilitice saũ recente, ne vor fi de mare ajutor.

Idartrosa blenoragică póte și ea să fie precedată de artralgie, artrită acută, precum de asemenea póte să apară de odată. Idartrosa blenoragică de obicei apare brusc, în plina periódă acută a blenoragiei, saũ către declinul séu. Dînsa, de și în adevër e mono-articulară, adesea însă atacă ambî genunchî și chiar mai multe articulații, ca și reumatismul. Iar caracterul cel mai dinstinctiv este, că idartrosa blenoragică are mai mult tendința a determina o artrită anchilosantă, detormantă, grație organisărei depositelor plastice, ce se depun pe sinoviala articulară.

În tumora albă din contra, anchilosa este excepțiune, căci tendința sa iresistibilă este a se transforma în puroiũ, saũ a da naștere la un număr înfînit de traecte fistuloșe, lucru fôrte rar în cea blenoragică, căci abia se numără câte-va casurî date de Velpeau, Fournier, Eisenmann, etc. Aceste artrite blenoragice purulente aũ repede o terminațiune fatală.

Nu trebuie însă a esclude cu totul anchilosa din tumorile albe, căci și aci le observăm, fie în unghiũ, saũ chiar în sens rectilin. Dar acésta vine tardiv și numai prin faptul neglijenței bólei, saũ direcțiunei speciale a tratamentului în aces sens, cum e de exemplu anchilosa rectilină, pe care căutăm a o obține prin tóte mijlócele posibile.

Credem de prisos a ne mai opri asupra diagnosticului diferențial între o tumoră albă și artritele concomitente saũ consecutive disenteriei, febrei tifoide pioemie, erisipelului, etc., etc.

Când tumora albă e ajunsă în ultima sa periódă de distrugere, dându-ne tipul osteo-artritei tuberculóse supurate, atunci când distrugerile sunt fôrte întinse, ast-fel că genunchiul ne oferă mișcări anormale

de lateralitate, mișcări cari nu au valoare de cât dacă se produc când gamba e pusă în extensiune forțată pe cósă (dacă e posibil); atunci când traectele fistuloase sunt pline cu puroi sau fongosități, le găsim nu numai în jurul articulației, dar și pe extremitățile osoase, atunci când genunchiul pe cât e de umflat, pe atât cósă și gamba sunt mai subțiate, etc., etc., diagnosticul se impune de la sine. Dar și aci încă trebuie să trecem în revistă leziunile osoase de natură sifilitică, osteo-mielitică și tuberculoase.

Nu trebuie să uităm un fapt destul de important, că în nici o afecțiune ca în tuberculoasă, rotula nu rămâne sănătoasă. Dinsa mai tot d'a-una va fi atrofiată și mai mică în diametrele sale cu cea corespondentă sănătoasă. Acesta rezultă că acest os fiind atins de același proces morbid, suferă în nutrițiunea sa, de unde dezvoltare unei osteite rarefiante.

Gosselin a arătat că în casuri de idartrosă simplă cronică, rotula din contra e mult mai lărgită, prezentând o exagerațiune a diametrului transversal. Acest autor crede că acesta provine dintr'o osteită ipertrofiată, pe când astăzi fenomenul se atribuie formațiunei unui burulet fibros, ce se dezvoltă în jurul rotulei.

Câte-odată tumora albă se manifestă numai prin prezența de fongosități, cari umple în mod complet întreaga articulație.

Aceste fongosități sunt așa de moi, în cât la palpație ni s'ar impune drept o acumulație de lichid seros sau purulent. Dar cu puțină atențiune nu vom întârția a deosebi această falsă fluctuație de cea adevărată, ce ne oferă idartrosă sau piortrosă.

În special la copii de 7—12 ani, e posibil ca în extremitatea superioară a tibiei sau condilii femurului, să se desvolte un sarcom subperiostic sau central, care să se impue drept o tumoră albă fongosă.

Vom explora deci cu atențiune ganglionii inguinali, și nu ne vom grăbi a face puncțiuni exploratrice, și cu atât mai puțin incisiuni, creșdând că avem a face cu colecțiuni intra-articulare ori periferice, până nu ne vom convinge pe deplin de natura bôlei.

Am văduț în serviciul lui De St. Germain din Paris o asemenea eroare, unde creșdându-se într'o tumoră albă s'a deschis un sarcom.

Nu mai insistăm asupra casurilor când indiviđii trec de etatea de 30 ani, căci atunci mai lesne ne putem gândi la alte specii de artrite de cât la cea tuberculoasă.

La aceștia suntem datorii a ne gândi în afară de artritele blenogagice, sifilitice, etc., la posibilitatea unei astropatii de natură nervoasă, în special tabetică; sau dacă individul e deja bătrân, la preludiul dezvoltărei unei artrite uscate. Despre acestea însă imediat vom vorbi.

Conchidem deci că, etatea și antecedentele, precum și modul de manifestăriune a bólei, pe cari le-am văduț în anatomia patologică și simptomatologie, sunt elemente suficiente pentru a nu comite erori în punerea unui bun diagnostic.

Prognosticul. După opiniunea modernă, tumora albă fiind o tuberculosă atenuată cu leziuni locale, s'ar bucura de un prognostic favorabil. Clinica pare în adevăr a afirma această credință, prin faptul că o tumoră albă bine condusă, dă un rezultat foarte satisfăcător. Există chiar forme cu totul benigne, unde vindecarea se obține în mod spontanat. Un lucru este evident și cu totul demonstrat, că tumorile albe pure, cari nu conțin de cât bacilul tuberculoșei, sunt relativ inofensive. Ele numai atunci devin grave, când intră în asociațiune și alți microbii dându-ne ceia-ce se numesce afecțiuni mixte. Din anatomia patologică reșă în mod clar că, formele de tuberculosă influențéză mult în schimbarea prognosticului unei tumore albe. În adevăr, sfârșitul nu va fi același, dacă tumora albă se va fi născut sub influența unui tubercul primitiv și cronic, ori în urma unui tubercul cronic cu evoluțiune repede saú dintr'o tuberculosă osósă acută. Dar și aci încă prognosticul nu ese atât de grav ca în casurile de infecțiuni mixte.

În majoritatea casurilor, mórtea tuberculoșilor este grăbită prin asociațiunea microbilor, căci acesta provócă septicemiile cu cari organismul odată slăbit, nu póte lupta. De aceia Lannelongue a stabilit aci forme clinice, din cari reese și prognosticul. Adică tumorii albe nesupurate, tumorii albe supurate, dar nedeschise și tumorii albe supurate și cu traecte fistuloșe. Acestea din urmă sunt cele mai maligne, căci ele sunt susceptibile d'a se complica de infecțiuni mixte, plus desorganizarea une-orii complectă a articulației, care aduce cu dînsa compromiterea membrului.

Tratamentul. Am insistat mult în Vol I. la Cap. Diateze ce conduită trebue să avem în fața unei tuberculose și de aceia nu mai insistăm aci.

După-ce am asigurat pe cât posibil tratamentul general și toate mijlocele pentru a întări forțele bolnavului, întréga noastră atențiune va fi dirijată către tratamentul local.

Imediat vom căuta a pune membrul în imobilitate absolută, evitând întrebuițarea oricăruí masaj, care póte fi însoțit de consecințele cele mai grave. Durerile fiind mari, vom recurge la chloroformisarea bolnavului, puind membrul într'o extensiune forțată și menținându-l într'un bandaj gipsat. Vom aplica apoi diferite revulsive afară de vesicători, cari pot înlesni infecțiunile secundare.

Punctele de foc și badijonările cu tinctură de iod și gaiacol, sunt remediile cele mai bune.

În casuri de idartrosă, putem aplica bandaje compresive, iar dacă suntem siguri de existența puroiului, îl putem evacua prin puncțiuni aspiratrice, spălând apoi cavitatea cu sublimat sau acid fenic.

N'avem nici-un motiv ca să evităm în casuri mai dificile a întreprinde artrotomia, care prin antisepsia modernă ne poate aduce mult folos. Atunci însă când tumora albă e complicată de traecte fistuloase, intervențiunea e mai serioasă și dificilă.

Astă-đi, chiar în ultima perioadă a bólei, afară de casuri cu totul excepționale cu privire la starea generală a individului, vom respinge din toate púterile amputația membrului. În adevăr, grație precauțiunilor antiseptice de care dispunem, putem recurge la resecția genuchiului, care ne dă rezultate mai satisfăcătoare de cât am crede.

Rezecția genuchiului a fost practică pentru prima óră de Filkin în 1762, iar de Park în 1871 și de Moreau în 1792. De și uitată în timp mai bine de 50 de ani, fu însă reluată în 1850 de Fergusson pentru a se generalisa în America și Germania, triumfând contra spiritului opoziționist din Franța.

Și pentru a ne face o idee de reacționarismul frances, vom spune că în 1863, nu se făcuse în totă Franța de cât vre-o 10 rezecții și numai în doué casuri se notase un succes. În 1869 abia s'a putut aduna la un loc 32 rezecții ale genuchinului cu 18 morți și 14 vindecări! ? Pe când în aceeași epocă, Heyfelder dedea o statistică de 200 casuri de rezecții ale genuchiului.

Tocmai în 1870 acést operație a început a fi practică de Ollier, care vine cu o statistică de 5 casuri cu un singur succes! ?

Astă-đi rezecția genuchiului, se face pe o scară fórte întinsă. Și printre autori Francesi, Ollier, Bœckel și Lucas Champinière a contribuit mult la vulgarisarea sa.

O singură dificultate se presintă rezecțiunei genuchiului și a nume, când bóla se desvoltă pe copii sau adolescenți. La aceștia în adevăr, cartilajele de conjugățiune nu sunt osificate; și dându-se conform legei fisiologice stabilită de Ollier, că creșterea membrului inferior își are punctele sale concentrate în jurul acesteï articulații, rezultă că în momentul rezecției, distrugând aceste cartilaje, membrul devine cu timpul de o scurtare colosală, mergând chiar până la 30 c. m.

De aceia e mai bine să ne abținem de a face acéstă rezecție la copii, cu atât mai mult că la dinșii tuberculosa locală are tendința de a rămânea ca atare. Decï punând membrul în rectitudine și fixat într'un bandagiù gipsat, lăsând totuși genuchiul descoperit pentru a putea a-

plica diferite revulsive, ajungem a obține o vindecare definitivă. Am obținut prin această metodă între multe altele un frumos succes la o fetiță de 10 ani, căreia în timp de 3 ani, prin aplicare de puncte de foc și bandaje inamovibile, trimitând-o în același timp în fie-care vară la Lacul-Sărat, i-am adus un serviciu, căci s'a vindecat în mod perfect.

Maî avem încă în urma rezecției genuchiului diferite diformități, dintre cari unele țin iarăși la cartilagiul epifisar. S'a vădut în adevăr că distrugându-se numai în parte acest cartilagiu, fie înapoi saũ în lături, creșterea osului va continua în punctele unde dînsul a fost conservat. Ast-fel s'a vădut o creștere enormă a feței anterioare a femurului, trecînd de tibie; precum iarăși o creștere demăsurată în condilul intern, producînd un genuchiu valg, etc., etc.

Dar s'a vădut o deformațiune de flexiune a gambei chiar și la adulți, cu tótă aplicarea bandagelor inamovibili; dar acesta provenind din lipsa de anchilosă ososă, nu avem de cât să prevenim supurația printr'o largă antisepsie, și totul va fi înlăturat.

Tocmai din cauza acestor inconveniente, Volkmann în 1885 a propus o nouă operație numită *artrectomie*, iar de Ollier *sinovectomie*. Dînsa constă după cum numele indică, a deschide articulația transversal trecînd pe d'asupra rotulei, pe care o secționăm, și în urmă a extirpa tótă membrana sinovială. Dar această operație nu se pôte aplica de cât numai în casuri de tuberculosă limitată exclusiv pe membrana sinovială. Și de óre-ce un asemenea lucru este rar, neapărat că și această operație are fôrte puține ocațiuni unde se pôte aplica.

În ceia-ce mă privesce, cred că am adus un serviciu imens în rezecțiunea genuchiului, prin faptul că în casuri desesperate, unde leziunile erau fôrte întinse atît din partea femurului cât și a tibiei, am îndrăsnit a întreprinde o operațiune nouă, pentru a nu fi siliți a aduce o scurtare enormă a membrului căutând a ridica tóte părțile bolnave.

Acésta constă în răzuirea canalului medular a femurului și a plattoului tibial. Iar pentru a preveni orî-ce posibilitate de infecție am trepanat osul la limita superioară a răzuirei, puind în orificiul seũ un tub de drenaj și scos prin părțile moi. Prin acest tub fac spălături largi antisepice atît cât orî-ce témă de infecție a dispărut.

Resultatele obținute aũ fost maî presus de așteptările mele, iar pentru orî-ce convingere, recomand a se citi observațiile publicate în comun cu d-l. Tatușescu în Romania Medicală No. 24 din Ianuarie 1894, precum și teza de doctorat a d-luĩ Vasiliadi.

CHESTIONAR.

Bólele genunchiului, Considerațiunii anatomice ale genunchiului și ale fosei poplitee. Traumatismele genunchinului. Leziuniunile arterei și venei poplitee. Simptome. Tratamentul. Afecțiunile inflamatorice ale genunchiului. Igroma cronică. Simptome. Tratamentul. Igroma acută sau abcesul bursei perotulience. Mecanismul formării acestei igrome. Simptome, prognostic, diagnostic, tratamentul. Artritele genunchiului, — gonită după Germani. Caractere. Artrita traumatică. Definițiune. Microbism latent. Simptome, prognostic, tratament. Considerațiunii asupra artritelor consecutive febrei eruptive, intoxicațiunilor generale și septiciemiilor. pag. 508-518

Artrita sifilitică. Caractere. Formele sub cari se manifestă asupra articulațiilor: *artralgie, idartrosă și osteo-artrită propriu dîsă*. Considerațiunii generale și caracterele acestor forme. Localizarea lor. Idartrosa. Mariajul diatezei scrofulose cu cea sifilitică, scrofulat de verolă. Origina idartrosei, simptome. — Osteopatia sau osteo-artrita sifilitică. Caractere. Cum începe procesul în artropatia sifilitică? Asemănarea cu tumora albă tuberculosă. Prin ce se deosebesce de acesta? Simptomele, Diagnosticul diferențial între artropatia sifilitică și tumora albă tuberculosă. Lesiunile produse de artropatia sifilitică. » 518-524

Artrita blenoragică. Descripțiune. Patogenia. Experiențele lui Poncet. Observația autorului. Teoriile artritelor blenoragice. Părerile autorului. Teoria lui Boullaud. Teoria lui Panas. Teoria lui Peter bazată pe diateză. Cum redesteptă blenoragia diateza? Trei teorii: teoria infecțiunei primitive sau unic gonococică, teoria infecțiunei secundare și teoria nervosă. În ce perioadă a blenoragiei apar artritile? Formele clinice ale artritei blenoragice: *artralgia, idartrosa și artrita propriu dîsă*. Caracterele și simptomele lor. Formele artritei blenoragice propriu dîse: I) Poliartrita. Simptome. Deosebirea între această artrită și cea reumatismală. II) Monoartrita acută. Cum apare ea? Simptome. Gravitatea acestei artrite. Artrită plastică anchilosantă și dislocantă. Diagnosticul artritei blenoragice. Tratament. » 524-533

Tumora albă a genunchiului. Definițiune. Cum se dezvoltă această afecțiune? Opiniunile lui Bonnet, Lisfranc și Nelaton. Anatomia patologică. Forme: I) tumora albă a părților moi. Unde începe primitiv tuberculosa genunchiului? Opiniunile lui Bonnet, Ollier, König, Volkmann și Lannelongue. Sinovita acută și sinovita fongosă. Caractere. Fongosități arborescente. Banda de desintegrațiune. Experiențele lui Max Schüller, Riedel și König. Sinovita tuberosă. Caractere. Sinovita lipamatosă arborescentă. II) tumora albă a părților tari. Caract. III) tumora albă a părților osoase. Simptome. Tratament. Periostita tuberculosă. Caractere. Opiniunile diferiților autori. Tuberculosa ososă în tumorile albe. Care este leagănul tuberculosei? Opiniunile lui Volkmann și Lannelongue. Diviziunea dată de Kiener și Poulet. Tubercul primitiv și cronic, tubercul tarbiv cu evoluțiune repede, și osteita tuberculosă acută. Descrierea și caracterele acestor forme. Dispozițiunea tuberculilor în tumoră albă de origină ososă. Secuestre parcellare și de carie. Caria tuberculosă. Ce însemnăză cuvîntul carie? Carie vicirmănosă. Din câte zone este compus un focar de carie?

Clinicesce câte tipuri de carie avem?	pag. 533-554
Osteita tuberculasă acută. Definițiune. Etiologia. Simptomele.	» 554-558
Diagnosticul tumorii albe. Diagnosticul diferențial. Prognosticul.	» 558-563
Tratamentul. Diferite procedee, Artrritomie, sinovectomia. Resec- ția genuchiului. Procedeele autorului.	» 563-565

CAP. VI.

§ I. Peri-artrita genuchiului.

Prin periartrită înțelegem, după cum chiar numele indică, o inflamație ce se dezvoltă în jurul articulațiunei genuchiului, fără însă a străbate în interiorul său. În urma unor contuziuni, țesutul celular periarticular poate deveni sediul unei inflamațiuni acute, și deci a unei periartrite. În majoritatea casurilor însă, inflamațiunile cronice sunt cari se dezvoltă mai de preferință și produce această boală.

Peri-artrita genuchiului a fost pentru prima oară descrisă de Cloquet numindu-o *nevralgie articulară*. După dînsul, boala constă într'o afecțiune a nervului safen intern, sau era în legătură cu o stare isterică a bolnavilor.

Astăzi însă peri-artrita genuchiului recunoște un complex de leziuni al mai multor organe ce înconjoară această articulație. Lăsând la o parte casurile de abcese migratorii, viind chiar din colona vertebrală pentru a se stabili împrejurul genuchiului, precum și abcese osifluente viind din condilii femurului, sau și diferite alte abcese și traecte fistuloase, aparținând fie femurului său tibiei, putem stabili două agenți mai direcți ai peri-artritei: pe de o parte inflamația număróselor burse seróse ce înconjoară articulația, iar pe de altă inflamația scheletului fie din partea femurului său a tibiei.

Gosselin pentru prima oară în 1873 a studiat această boală arătând că mai adesea dînsa recunoște drept cauză o periostită a extremităței superioare a tibiei și în special a tuberosităței sale anterioare. Dînsul susținea că aci e vorba de un óre-care grad de flegmasie periostică, plecată de la linia epifisară a tibiei. Și probă ar fi că boala se dezvoltă de preferință pe indiviđi foarte tineri cu profesiunii grele; și în plus că durerile sunt în mod clar localizate în regiunea indicată a tibiei. Această osteită de creștere însă, nu e nici atît de acută în cât să se termine prin supurație, dar nici așa de violentă pentru a da naștere unei iperostose. Totul deci se mărginesce într'o inflamație sub-acută, terminându-se în imensa majoritate a casurilor prin rezoluție, după-ce, bine înțeles, a dat naștere fenomenelor ce caracteriséză periartrita și pe cari imediat o vom vedea.

Să spunem însă că însuși Gosselin nu susține această periosită ea o cauză unică a periartritei, de ôre-ce dinsul adaugă și prinderea consecutivă a burselor sinoviale ante-rotulienă, a ligamentului rotulian și chiar inflamația nervului safen intern. Cât pentru inflamațiunea burselor serôse, prima linie o ocupă aceia a labei gâștei, fie sub formă de inflamațiuni cronice, fie mai ales de igrome cu tôte varietățile sale, mergând chiar până la cea cu grăunțe riziforme.

Tot cu același titlu vom pune și idropisia burselor sub-tricipitale. Însă aceia care ocupa prima linie în determinarea periartritei, este inflamațiunea burselor așezată sub ligamentul rotulien.

Intervențiunea sa în periartrită a fost bine studiată de Dubreuil. Se știe că în casuri de distensiune sa și idropisie, această bursă nu se poate desvolta înapoi, fiind oprită de suprafața ososă a tibiei, precum nici înainte din cauza ligamentului rotulian. Nu rămâne decî de cât părțile laterale, unde în adevăr se și desvoltă, ștergând depresiunile aflate în această regiune și transformându-le în suprafețe mai bombate, mai convexe.

Simptomatologia. O putem resuma în existența de durere și jenă în mișcări, urmate apoi de o flexiune mai mult sa și mai puțin ușoră. Aceste fenomene însă apar fără nici o cauză apreciabilă, neputându-se invoca nici cel mai mic traumatism. Nu există nici o umflătură a articulației precum și nici o leziune apreciabilă a sinovialei. Bóla se manifestă prin aceia că indiviđii încep a șchiopa în timpul mersului, apoi o durere destul de vic, ceia-ce-î forțeză să stea în casă. În urma aceste dureri, pacientul pentru a o preveni, își flexeză gamba pe cósă și astfel bóla e constituită.

Dacă examinăm regiunea bolnavă prin palpație, de multe ori, în timpul mișcărilor provocate, putem simți o crepitațiune amidonată fórte fină și superficială. Acesta ne arată că inflamația se află în bursa serosă ante-rotulienă, adică imediat sub piele. Când crepitațiunea e mai profundă, atunci bursa subjacentă tendonului rotulian este prinsă.

Dar chiar dacă această crepitație lipsese, totuși prin presiune, putem descoperi pante dureróse, având sediul în tuberositatea anterioară a tibiei, în laturile ligamentului rotulian, sa și imediat sub pielea aflată d'asupra rotulei.

Orî-ce altă explorațiune în jurul articulației rămâne negativă, afară numai dacă periartrita nu recunoște inflamațiunea burselor seróse a labei-gâștei, a fundului de sac sub-tricipital, etc. În acest cas fenomenele indicate vor fi manifeste în aceste puncte. Restul articulației încă-o-dată repetăm, e cu totul normal.

Diagnosticul oferă ôre-care dificultăți mai ales la început. În ade-

văr, periartrita începând printr'o durere în genuchă și șchiopare în mers, înțelegem foarte bine cât de rezervați trebuie să fim, știut fiind că tocmai acest simptom, numit de simpatie, formeză semnul patognomic al unei bóle incomparabil mai gravă ca periartrita, adică a coxalgiei. Deosebirea va consta că în periartrită articulația coxo-femorală, explorată prin toate mijloacele ce vom arăta, ni se va oferi cu totul sănătoasă. Și dacă și genuchiul bine examinat îl vom găsi și pe el sănătos, de sigur periartrita, prin fenomenele și leziunile de care se însoțesc, va rămâne singură în joc. Iarăși dându-se că periartrita se dezvoltă pe indiviți tineri, vom avea în vedere posibilitatea dezvoltării unei osteo-mielite a extremităților osoase tibiale și femorale. În orî-ce cas, vom examina cu multă atențiune pentru a ne convinge de întegritatea articulației genuchiului, precum și de absența totală a orî-cărui epanșament în interiorul său.

Mai avem încă să deosebim periartrita de o tumoră albă a genuchiului. În adevăr, când această afecțiune în loc de a începe prin sinovială, se manifestă prin schelet, singurul semn ce ne prevestește bóla este durerea. Dar aci dînsa își va avea sediul fie în nivelul condililor femorali sau a platoului tibial, unde se dezvoltă foliculul tuberculos, cea-ce în periartrită nu constatăm, căci aci durerea e vagă. Pe lângă aceasta, în tumora albă, durerea va fi continuă și persistentă, pe când în periartrită fugace orî intermitentă.

În fine în tumora albă, durerea nu va întârzia să fie înlocuită printr'o tumefacție crescândă a extremităților osoase, precum și de dezvoltare de abcese osifluente, lucru ce nu constatăm în periartrită, unde durerea e cu totul cronică, fără deformațiuni sau leziuni apreciabile în genuchiū.

Eliminând toate aceste afecțiuni precum și artralgiile sifilitice ori blenoragice, unde elementul durere are un caracter special, după cum am arătat, eliminând și posibilitatea luxației cartilajelor semilunare despre care vom vorbi, ajungem prin exclusiune a susține diagnosticul unei periartrite uscată fără epanșament, numită încă nevralgie sau durere de genuchiū. Iar când periartrita se va însoți de inflamațiunea sau idropisia bursei seróse sub rotuliene, orî a altor burse din jurul acestei articulații, atunci diagnosticul se va face între idartrosa genuchiului cu cele-lalte igrome periarticulare.

Când bóla se dezvoltă în mod normal, toate aceste igrome se recunos foarte ușor prin sediul lor anatomic bine cunoscut, precum și prin aceea că orî-care ar fi volumul unei igrome, articulațiunea genuchiului nu va conține nici-o urmă de epanșament, căci dînsa nu comunică cu nici una din bursele seróse periarticulare.

Dar se scie și noi am arătat că, sinoviala articulară de multe ori comunică cu fundul de sac subtricipital, cu bursa seroasă a semi membranosului, precum și cu cele-lalte burse aflate în jurul său. Ast-fel fiind am putea foarte bine să avem a face cu o adevărată periartrită a genuchiului. Dar din cauza unei idartrose concomitente, să conchidem la o afecțiune articulară, iar nu periarticulară. Având dar acest lucru în memorie, vom sci să dăm valorea cuvenită idartrosei, stabilind dacă dînsa e simptomatică unei leziuni articulare, sau rezultatul unei simple comunicațiuni cu vre-una din bursele sus citate.

În afară de aceste casuri, orî-care ar fi asemănarea între o igromă și idartrosă, acêsta din urmă se deosebesce prin existența șocului rotulian, pe care îl obținem aplicând o lovitură bruscă cu vârful degetelor pe rotula. Acêsta respingând lichidul din articulație va lovi condilii femurului, fenomen ce lipsește cu desăvârșire în orî-ce igromă orî cât de desvoltată ar fi.

Trebue însă să fim atenți asupra unei pseudo-idartrose a genuchiului arătată de Dubreuil. Este adevărat că periartrita genuchiului fiind o igromă a bursei seroase aședată între ligamentul rotulien și tuberositatea tibiei, tumefacțiunea articulației genuchiului va coprinde numai partea sa inferioară, făcând un contrast cu cea superioară care rămâne intactă. În asemenea cas e imposibil să constatăm șocul rotulien, căci nu avem lichid în articulație. Cu toate acestea țice Dubreuil, igroma pretibială pôte să deplaseze ușor rotula, să basculeze acest os înprejurul axei sale transversale, respingându-î vârful înainte; așa că rotula astfel ridicată ne pôte presenta fenomenul de șoc ca și într'o idartrosă, de și în realitate dînsa nu e ridicată de un lichid intra-articular, ci numai de igroma ligamentului rotulien. De aci numele de pseudo-idartrosă.

Dar chiar atunci când ni s'ar părea lucru destul de clar, noi încă trebue să fim foarte reservați cu privire la acêstă periartrită, căci indiviđii tineri, cari se plâng de dureri și jena în mers, mai adesea ne va anunța o tuberculosă a genuchiului sau a șoldului, de cât o afecțiune fără nici-o importanță precum e periartrita.

La indiviđii mai naintați în etate, trecând dincolo de 30 ani, putem fără mare pericol a susține periartrita. Dînsa va fi *idiopatică* când nu putem descoperi nici-o cauză, de cât o oboséla profesională, mers prelungit, igrome sau nevralgii, etc.

Simptomatică este dacă individul ne va oferi diatesa reumatismală, blenoragică, sifilitică, etc.

Tratamentul constă într'un repaos absolut al membrului, punerea sa în rectitudine în mod brusc sau în urma anesteziei, și fixarea printr'un bandaj inamovibil.

Vom combate în același timp diferitele diateze, fără a neglija și elementul nervos, care une-ori ocupă prima linie în producerea și menținerea acestei bóle, ce ne arată o stare isterică a individului.

§ II. Flegmónele și abcesele fosei poplitee.

Maî cu sémă abcesele reci nu presintă nimic de special. Ele fiind simptomul unor leziuni osóse saú din depártare, nu reclamă intervențiunii proprii lor, ci a organelor lezate. Nu ne vom opri decî asupra abceselor circumvecine, migratorii, osifluente, osteo-mielitice, abceselor provenite din contusia saú ruperea burselor seróse, saú a puncțiunei și injectiunilor intempestile de lichide iritante cu scop curativ. Vom spune numai că abcesele calde ale fosei poplitee presintă doué varietăți: unele *sub-cutanate*, iar altele *sub-aponevrotice*. Primele n'au absolut nici o importanță; secundele au ca etiologie, fie o limfangită a membrului inferior, saú un trombus, provenit din ruperea bogatelor pachete venóse și în special a venelor mușchilor gemeni. Acéstă din urmă varietate are un prognostic fórte serios, căci se póte termina prin septicemie, maî ales dacá individul e diatesic, iar antisepsia neglijată. Trebuie să fim preveniți că aceste abcese se desvoltă chiar și pe copii. Și un cas fórte clasic l'am observat pe o fetiță a amicului meú Dr. Oncescu, care în urma unei contusiuni și extensiune bruscă a genuchiului, și-a determinat o trombosă, a cărei consecință a fost desvoltarea unui flegmon enorm. Din fericire prin largi incisiuni și antisepsie riguróasă lucrul s'a terminat prin bine.

În abcesele sub-aponevrotice semnul cel maî principal, pe lângă cele-lalte semne proprii orî-cărei inflamațiunii, avem ștergerea concavităței poplitee și înlocuirea sa printr'o tumefacțiune fórte convexă. Prin palpație vom simți mișcări de ridicare și pogorâre, datorite pulsațiunilor arterei poplitee, cari deși nu ne póte autorisa a bănui prezența unui anevrism, fiind vorba de copii, totuși faptul trebuie luat în considerație, cel puțin pentru precauțiunile ce vom lua în deschiderea abcesului. La adulți, semnul acesta ne va face fórte precauți, căci adesea, după cum am arătat în primul volum, cele maî mari autorități chirurgicale au înfipt bisturiul, cređend că deschid un abces, când în realitate era vorba de un anevrism.

În or-ce cas, abcesele fosei poplitee sunt de un prognostic fórte seriós, căci adesea répresintă un adeno flegmon supurat, provenit din limfangite profunde, saú dintr'un trombus supurat. Ast-fel fiind, se póte complica de fenomene de septicemie. În afară de acestea maî avem complicațiunii locale, la cari pot da nascere. Ast-fel dînsele pot face

irupțiune în articulație, provocând o artrită supurată; dinsele pot provoca flebite, mai ales a venelor mușchilor gemeni sau safenelor, în special cea externă, de unde edemul și trombosa. Dar lucrul cel mai grav este posibilitatea ulcerățiunei părășilor arterei poplitee, mai cu deosebire fiind vorba de abcese reci, de osteo-mielite și în special de tuberculosă ososă. Resultatul este că, într'un moment neașteptat, vasul se deschide și o emoragie mortală termină viața individului.

Chiștii regiunei poplitee.

În teșă generală, acéstă afecțiune constă în idropisia burselor seróse ce se află în jurul articulației genuchiului. Dar aceste burse neexistând de cât acolo unde tendoncele muschilor se fixéză de óse, rezultă că dinsele nu se vor găsi pe linia mediană unde nu există tendonce, ci numai pe părțile laterale.

Studiul acestor burse se datorește lui Foucher, care a arătat în același timp și rolul important ce ele îl jócă în afecțiunea ce ne preocupă.

Bursele seróse se divid în externe și interne. În partea externă avem trei: una aședată între tendonul muschiului popliteu și ligamentul lateral extern, alta sub tendonul gemenului extern, iar a treia între tendonul bicepsului și ligamentul lateral extern îmbrățișată de nervul sciatic popliteu extern.

Primele două burse comunică între ele. În general însă aceste burse fiind fórté puțin dezvoltate, mai nici-o-dată nu dau nascere la dezvoltare de chiști.

La partea internă a articulației, se află o bursă serósă fórté dezvoltată, aședată între gemenul intern și semi-membranosul. Acéstă pungă mai tot-d'a-una comunică cu sinoviala articulară.

Mai există încă o pungă tot la partea internă, destinată exclusiv tendonului semi-membranos și care se află înaintea celei precedente; dar acésta de și constantă este însă fórté puțin dezvoltată. Decí chiștii regiunei poplitee se vor afla tot-d'a-una, afară de rarí excepțiuni, numai la partea internă a articulației și anume în bursa serósă aflată între gemenul intern și semi-membranosul. Sediul sěu va fi decí la partea internă și inferióră a rombului popliteu, sub condilul intern al femurului.

Sinoviala genuchiului însă, cu tótă prezența fortelui ligament posterior, totuși dinsa póte, după cum a arătat Foucher, să trimită unele prelungiri printre fibrele acestui ligament, formând nisce funduri de sac sinoviale în tocmai ca acelea ce Gosselin a descris pe fața dorsală a pumnului.

Aceste funduri de sac pot deveni sediul unei idropisii. De aci chiști ce-și vor avea sediul pe linia mediană a scobiturei poplitee.

Une-orî aceste funduri de sac comunică larg cu sinoviala articulară, pe când alte dăți orî-ce comunicare este întreruptă. De aci și fenomenul principal pe care se bazéază diagnosticul prin reductibilitatea saŭ nereductibilitatea acestor chiști. Trebuie însă să arătăm imediat o particularitate ce ne va servi la diagnostic, și a nume că aceste funduri de sac presintă une-orî un pedicul enorm de lung, ceia-ce le permite să se cobóre saŭ să se urce la distanțe mult mai mari de interlinia articulară. Dar lăsând aceste considerațiuni la o parte rezultă că, în privința chiștilor poplitei avem două varietăți: *chiști sinoviali tendinoși* și *chiști sinoviali articulari* saŭ *foliculari*, după cum idropisia se va desvolta în bursele seróse ale tendónelor saŭ în fundurile de sac ale seróselor articulare.

Acestă diviziune trebuie menținută deși Poirier susține că tot-d'una chiști sunt de origină articulară. Opiniunea sa însă nu póte fi admisă fără restricțiune, de óre-ce clinica și datele anatomice nu o confirmă,

Leziunile anatomice sunt proprii tutulor leziunilor sinoviale saŭ bursitelor ce deja am studiat în volumul al II-lea. Vom avea une-orî o tumoră de un volum mai mare saŭ mai mic, plecând de la mărimea unei alune, nucî saŭ măr. Tumora va fi de o consistență fóрте móle, fluctuantă, transparentă etc., după cum păreții seî vor fi subțiri saŭ groși, iar lichidul seros, mucilaginos saŭ consistent. De multe orî tumora ia o consistență fóрте tare, apropiindu-se de aceia a unui fibrom saŭ osteom. Adesea s'a găsit în conținutul acestor burse părți cartilaginóse și chiar osóse.

Simptomatologia se resumă în puține cuvinte. Când tumora este fóрте lichidă, se póte chiar reduce printr'o ușóră presiune, dacă există óre-care comunicație între dînsa și articulație. În cazul contrariu însă, chiar dacă comunicația ar exista, reducerea tumorei devine imposibilă, dându-se natura conținutului seŭ. Trebuie să scim că tensiunea și consistența tumorei, chiar dacă dînsa e lichidă, se măresce în timpul extensiunii membrului, ast-fel că pentru a ne face o idee justă de acest lucru, trebuie să punem membrul în semiflexiune.

Ca semne locale și patognomice în casurile clasice, vom avea că, chiști tendinoși îi vom găsi în părțile laterale ale articulației și în special în partea internă. Chiști foliculari se vor afla pe linia mediană.

Diagnosticul. Se va face între acești chiști și diferitele varietăți de abcese ce am studiat.

Anamnesa și un examen minuțios al bolnavului și al stărei locale ne va pune pe adevărata cale.

Chestiunea mai importantă când ajungem a stabili existența chiștilor, este de a afirma dacă da sau nu dinșii comunică cu articulația. Sediul chiștilor pe linia mediană va fi o presumpțiune de comunicare; dar semnul sigur este reductibilitatea tumorei. Pentru a obține acesta membrul trebuie pus în flexiune pentru a micșora tensiunea. Să fim însă atenți asupra unui lucru anume, de a nu confunda adevărata reductibilitate a tumorei cu simpla sa disparițiune în grosimea părților moi.

Am arătat însă că grație unui lung pedicul, acești chiști deși de origine articulară, totuși se pot depărta de sediul lor, găsindu-i mult mai sus sau mai jos de interlinia articulară. În acest cas, cu totă existența unui orificiū de comunicare, reducerea nu e posibilă din cauza lungului traect și a flexuosității sale.

Ce să mai dicem de casurile unde pediculul rupându-se, iar chistul devenind cu totul liber și mobil, poate să migreze în regiuni cu totul neobicinuite, și cu toate acestea, ca patogenie, să fie de origine articulară sau invers, cu totă existența unui larg orificiū de comunicare, totuși reducerea să nu fie posibilă din cauza consistenței așa de diferită a conținutului său.

De asemenea, în fața unui chist lateral, de și prin sediul său ni s'ar impune ca independent de articulație, totuși o comunicare poate să existe, atunci când prin toate mijlocele reducerea sa nu o putem obține.

Trebuie deci să fim foarte rezervați în această privință.

Poirier studiind această bursă a gemenului intern, care e sediul de predilecțiune a chiștilor, a ajuns la rezultatele următoare după un studiu făcut pe 100 de genuchi.

I). Că această bursă nici-o-dată nu comunică la persoanele tinere.

II). De la etatea de 20—40 ani ea comunică $\frac{1}{10}$.

III). Că după 40 ani comunicarea are loc $\frac{1}{5}$.

Prognosticul. În casuri simple nu prezintă nici-o gravitate, de orice maximul ce poate produce afecțiunea, este o simplă jenă în mișcări, ce va fi în raport cu volumul chistului. Prognosticul va fi grav în casuri de complicațiuni, și în special de inflamațiuni supurative. E posibil că puroiul poate străbate în interiorul articulației, în urma unui orificiū de comunicare, fie natural sau produs în mod accidental. Une-orî acești chiști se pot rupe, iar conținutul revărsat să se resorbă și o vindecare spontanată să se producă. Acestea însă sunt cazuri mai rare.

Tratamentul. Compresiunea, badijonările cu tinctură de iod și masajarea tumorei, sunt mijloce infidele și poate chiar periculoase, căci căutând prin apăsare a risipi lichidul putem provoca o comunicare arti-

ficială cu articulația. De aceea cel mai rațional tratament este cel chirurgical.

Este adevărat că așă cu mijlocele ce avem la dispoziție, putem întreprinde operațiunii sângerânde. Inșă în casurî când chistul are un volum prea mic și nu aduce de cât o ușoră jenă, ne putem abține de la orî-ce intervențiune. In casul contrariu, dacă conținutul chistului e cu totul seros și având convingerea că nu comunică cu articulația, putem practica o simplă punctiune și chiar injectiunii de lichide caustico-antiseptice, ca soluțiuni fenicate orî sublimate, pentru a obține o inflamațiune adesivă. Recomandăm înșă a nu împinge cu putere aceste lichide, spre a nu le forța a intra în articulație. Dacă chistul are un volum prea mare și conținutul prea consistent, atunci putem procedea la incisiunea sa antiseptică, la răzuirea pereților și drenarea cavităței. E de preferat înșă metoda de extirpare, ca pentru orî-ce tumoră. Recomandăm ca o conduită de precauțiune, să aplicăm o legătură la basa tumorei, chiar dacă am fi siguri că nu comunică cu articulația. In urmă vom procedea la ridicarea sa totală. Restul operațiunii îl vom complecta după circumstanțe, cumpănind dacă plaga trebuie a fi reunită prin prima intenție, a pune un singur tub de drenaj, saŭ a obține reunirea prin a doua intenție, tamponând plaga prin bandetele muiate în acid fenic, sublimat saŭ creolină.

Tumorile genunchiului și ale scobiturei poplitee.

Tumorile genunchiului provin din extremitatea superiôră a tibiei și extremitatea inferiôră a femurului. Ele dau nascere în special la osteo-sarcôme, fie centrale saŭ periostice, luând caracterul pulsatil saŭ telangiectasic.

Vom menționa sediul de predilecțiune al exostóselor în condilul intern al femurului. Tóte aceste tumori, în special osteo-sarcómele, de și în general lasă articulația intactă și n'aŭ tendință la supurație, totuși s'a confundat cu tumora albă. Intre tumorile fosei poplitee, în afară de chiști propriu șiși, pe carî i-am studiat, mai avem chiști idatiçi, carî de și rarî, înșă se pot observa, putând lua o desvoltare fórte mare, ridicându-se pe cópsa și urmând traectul nervului sciatic.

Mai important dintre tumorile acestei regiuni sunt neoplasmale nervului sciatic, ca: mióme, sarcôme și mixo-sarcôme. Dinsele une-ori ocupă chiar interiorul nervului, iar alte dăși se desvoltă la periferia sa. Afară de acésta, dinsele mai pot lua nascere în țesutul celular, saŭ chiar în aponevrose, ocupând marginea internă orî externă a regiunei. In fine,

ele pot începe chiar în téca vasculară copleşind artera ca și vena poplitee.

Diagnosticul se va face întâiú între tumorile solide și liquide, iar apoi între cele benigne și maligne. Vom stabili sediul anatomic, vom face deosebirea între anevrisme și tumori provéđute cu simple mişcări de ridicare și coborâre. Nu vom uita însă abcese recé precum și chiştii propriú dişi asupra cărora am insistat.

Mai tóte aceste tumori, fiind coprinse între schelet și aponevrose puternice, vor da nascere la compresiuni nervóse și venóse, de unde edemul membrelor și dureri.

În tratamentul lor vom lua sémă a nu secționa nervi, de cât în casuri extreme, aplicând imediat sutura nervóasă; precum de asemenea nu vom uita de prezența importantelor vase, cari sub nici un cuvânt nu vor trebui deschise.

Anevristele arterei poplitee. Acestea sunt cele mai importante atât din cauza frecuenței lor, cât și ocupă a patra parte din tóte anevristele corpului, cât și din cauza discuțiunilor în ceia-ce privesce tratamentul lor. Aceste anevrisme au format punctul de plecare în descoperirea tuturilor metódelor. Anevristele poplitee sunt tot d'a-una spontanate; cele traumatice sunt excepționale, dându-se adincimea la care se găsește artera.

S'a discutat mult în ceia-ce privesce etiologia. Cea mai mare parte din autori susțin că profesiunea de lachcú și birjar, ce sunt obligați a sta cu gambele flexate, constituie o cauză predispozantă.

Broca susține că diferitele profesiuni, cari cer contracțiunii musculare, determină anevrismul popliteu, prin aceia că mușchiul solear contractându-se, exercită o presiune asupra arterei prin mijlocul inelului fibros, ce înconjură acest vas.

Chestiunea flexiunei membrului de a produce anevrismul, nu se confirmată nici prin faptele clinice, nici prin experiențele ce s'au întreprins. În adevăr, numeroasele casuri de anchilose ale genunchiului nu produc o retracțiune a arterei, cât și membrul se póte întinde, fără ca artera să se rupă. Pe de altă parte un autor german Adelman, a făcut experiența următoare: puind în flexiune forțată gamba pe cópsă și cópsa pe basín, a constatat că, făcând o injecțiune în aortă, liquidul străbătea cu cea mai mare înlesnire până în picior. Decí, tóte casurile menționate pot avea un óre-care rol pentru determinarea atecțiunei. Predispoziția însă, reprezentată prin diferite diatese, jócă și aci rolul principal ca și în desvoltarea anevrismelor în genere. Anevrismul popliteu fórte rar ocupă tótă întinderea arterei, ci numai regiunea inferióră ori superióră. Iarăși anevrismul se desvoltă une-ori pe peretele anterior, iar alte ori pe cel posterior. În acest din urmă cas, tumora ea o des-

voltare mai mare, ridicându-se în sus sau în jos. În primul cas, tumora e mai limitată pe de o parte de schelet, iar pe de alta de aponevrose. În orî-ce cas, acest anevrism e împedat a lua o dezvoltare prea mare și deci va determina compresiuni nervoase și venoase, mergînd chiar pînă la perforarea articulației.

Simptomele sunt caracteristice, afară de perióda inițială, când bóla nu se manifestă de cât prin dureri și edem al membrului.

Prognosticul e grav, atît că vindecările spontanate nu se observă, cât și prin complicațiunile la cari pot da nascere. În adevăr, anevrismul popliteu se pôte rupe, și din circumscris să decie difus. Dînsul prin compresiune ce determină pôte da nascere la gangrena membrului, mai cu sémă când anevrismul ocupă extremitatea inferióră a arterei. Atunci articularele inferióre ca și trunchiul tibio-peronier este obliterat, așa că nu rămîne membrului de cât recurenta internă, care nu e suficientă pentru nutriția sa.

Diagnosticul în general e ușor, cu tóte acestea trebuie bine observat să nu-l confundăm cu diferite tumorî snperpuse arterei, precum ar fi fibróme, sarcóme, chiștiî, abcese ganglionare, etc.

Tratamentul. Nicî una din metodele și procedeele cunoscute contra anevrismelor n'a rămas a nu fi întrebuiñată în aceste casurî. Ast-fel metoda lui Cinizeli prin galvano-punctură a obținut un succes. Metóda cu injecții de perclorur de fer s'a pus în joc, determinând mórtea bolnavului. Legătura prin metoda lui Anel și a lui Hunter a fost întrebuiñată de diferiți autorî. Compresiunea generală a membrului prin procedeul lui Reid, flexiunea susținută de Fergusson, compresiunea indirectă făcută cu degetele sau cu compresóre speciale, metoda veche prin deschiderea sacului, sau metoda lui Purmann prin extirparea totală a sacului, etc., etc. au fost pe rînd aplicate, după preferența fle-cărui autor. Opiniunea nóstră am arătat-o în vol. II, fiind favorabilă metodei lui Antylus I).

Anevristele arterioso-venoase sunt fórte rarî; contra lor nu avem a întrebuiñța de cât procedeele clasice.

§ III. Anchilosa genuchiului (*αμόλος = curbat*).

Prin anchilosă se înțelege suprimarea lentă și definitivă a mișcărilor normale din articulație, fie în mod absolut sau relativ.

Dar caracteristica acestei suprimări este de a fi lentă și definitivă. Prin acestea dînsă se deosece de alte afecțiuni, cari deși se însoțesc

1). Vol. II, pag. 491—518.

de suprimarea mișcărilor articulare, totuși nu sunt anchilose. În adevăr, o persoană isterică poate într'un acces să determine o contracțiune atât de violentă într'o articulație, în cât să nu fie posibil a executa cea mai mică mișcare. Cu toate acestea, nu vom dice că avem a face cu o anchiloză, tocmai din cauza aparițiunei sale brusce. De asemenea, în momentul unei contuziuni sau chiar a unei artrite, iarăși putem avea suprimarea mișcărilor în articulație; dar iarăși acesta nu va constitui o anchiloză, pe de o parte că aparițiunea sa e repede, iar pe de alta că această stare e transitorie, dispărând cu ridicarea cauzei. Deci numai când suprimarea mișcărilor va fi lentă, progresivă și cu tendința a deveni definitivă, atunci numai vom dice că avem a face cu o anchiloză.

Anchilozesele se împart în *totale* sau *parțiale* după cum mișcărilor sunt abolite în mod absolut sau relativ.

Causele acestor anchilose sunt cu totul diferite, primele rezultând din sudura patologică a părților osoase, iar secundele dintr'o simplă alterațiune a părților moi.

Boyer a stabilit o diviziune foarte naturală a anchilozelor numindu-le *periferice* și *centrale*. Noi propunem o numire nouă: *anchiloză para-articulară* când e vorba de retractia părților moi și *anchiloză intra-articulară propriu disă* când e vorba de sudarea extremităților osoase ce constituie articulația.

Orice anchiloză poate să fie *simplă* sau *complicată*, după cum tegumentul extern va fi intact ori provădit de abcese, fistule, etc. În fine anchiloză este *rectilină* sau *în unghiū*, după pozițiunea în care membrul e fixat. Dar diviziunea cea mai importantă admisă ađi, este că ori-care ar fi felul anchilozei, dinsa poate fi *periferică* sau *centrală*. Incepem deci cu:

1). *Anchiloză para-articulară periferică*. Dinsa rezultă din retractia mai mult sau mai puțin puternică, a tuturilor părților moi ce înconjoară articulația, precum mușchi, tendone, ligamente, capsula, sinovială, țesutul celulo gresos sub-cutanat și însuși tegumentul extern. Toate aceste organe se găsesc coplesite de un țesut fibros cu putere retractilă, așa în cât formând un fel de manșon în jurul articulației, o fixează într'o atitudine vițioasă, îi suprimă mișcărilor, și determină nisce deviațiuni cu totul anormale și incompatibile cu buna funcționare a membrului.

De sigur, alterațiunea fie-căruia din aceste organe, constituie un factor principal în producerea bôlei și un obstacol puternic pentru remediere. Dar dintre toate, *alterațiunea membranei sinoviale, și a capsulei, a țesutului celulo-gresos ce înconjoară organele citate, precum și pierderea elasticității tegumentului* sunt cei mai periculoși agenți, căci dau anchilozesele cele mai rebele și mai greu de corectat.

În adevăr, sinoviala nu numai că se îngroșă și se acoperă de un deposit pseudo-membranos organizat, iar franjele sale se hipertrofiază luând aspectul unor adevărați corpi străini articulari, dar punctul grav este când fundurile de sac sinoviale se lipesc între ele. Atunci lesne înțelegem că în urma acestei sinovite adesive ori-ce reconstituire e imposibilă, precum e imposibil a mai face ceva când cele două foi ale pleorei pericardului, peritoneului său meningelor se lipesc în mod complet între ele.

Tot acelaș lucru se va întâmpla și cu țesutul celulo-gresos interpus între organe. Heneque a arătat cel dintâi acest lucru de transformarea țesutului celulo-gresos în țesut cu puteri retractile, având întocmai aceleași proprietăți ca și țesutul cicatricial. Lagrange a arătat și el că acest țesut ce înconjură ligamentele, tendónele, sinoviala etc., se îngroșă nu numai la partea anterioră a articulației, dar și în fosa poplitee și ajunge ast-fel să formeze un adevărat cerc de jur împrejurul articulației, un adevărat calus fibros.

Busch a arătat prin experiențele sale, că acest țesut, ast-fel infiltrat și aflat în jurul organelor peri-articulare, este care jăcă un mare rol și póte chiar cel mai mare ca obstacol la reducere.

În fine pierderea elasticității pielei, care de alt-fel se întâlnește mai rar, constituie un agent tot atât de rebel în producerea și menținerea deformației ca și cei-l'alți. Dacă anchilosa va fi fost angulară, înțelegem că tegumentul nemaî putându-se întinde, reducerea anchilosei va fi foarte dificilă. Și chiar dacă am forța lucrul încă profitul n'ar fi mare; din contră am putea determina o rupere a tegumentului și am transforma ast-fel anchilosa din simplă în complicată.

Dar încă o dată repetăm, pielea nu este agentul cel mai puternic ce menține o anchilosă. Importanța experiențelor lui Busch fiind foarte mare, reproducem din al III-lea volum de chirurgie următorul pasaj ce e cu totul demonstrativ: Acest autor, pentru a face studiu asupra anchilosei genuchiului drept, a făcut experiențe pe o fată mórta de 19 ani, purtătoare de această afecțiune. Dînsul a separat membrul de trunchi prin desarticulațiunea cóspei, fixându-l bine cu șurupuri pe o masă. La gâtul piciorului s'a atârnat o greutate de trei libre, prin mijlocul unei sfori ce aluneca pe un scripăt. În aceste condițiuni, cu tótă secțiunea mușchilor flexori datoriti desarticulațiunei cóspei, gamba făcea cu cóspsa un unghi de 124 grade deschis în sus. Pielea din fosa poplitee străpunsă de două orificii fistuloase era foarte îngroșată, unită cu aponevroasa în dreptul fistulelor și foarte puțin mobilă pe cele-l'alte puncte. Ea fuse divisată în cruce și disecată. Unghiul format prin înclinațiunea gambei pe cóspsă mărindu-se cu două grade, măsura acum 126 grade.

Secțiunea aponevrosei superficiale, permise unghiului să se deschiză cu 7 grade, adică 133 grade. După extirparea țesutului fibros profund, dispus în toate sensurile sub formă de bârne groase, unghiul a crescut încă cu 6 grade (139 gr.). Mușchii copsei și ai gambei au fost tăiați până la os la $2\frac{1}{2}$ police de articulație, această operație n'a fost urmată de cât de o modificare minimă în starea părților și abia dacă unghiul s'a mărit de o jumătate de grad (139,5 gr.).

Din contra separarea completă a mușchilor și tendónelor cu tecele lor, fu urmată de o scădere mare și gamba se deschise de 10,5 grade atingând 150 grade. În fine după secțiunea transversală a capsulei articulare, fără acțiunea ligamentelor laterale, gamba s'a așezat în direcțiunea còpssei și unghiul a măsurat 180 gr. Aceste experiențe probéză în mod clar, după Busch, că pielea oferă óre-care rezistență la îndreptarea membrului, pe când flexorii nu pun de cât un obstacol neînsemnat, de aci ineficacitatea tenotomieii.

Factorul cel mai important este țesutul fibros care se găsește pe toate punctele fosei poplitee, nu numai pe capsulă, pe aponevroasă, dar și pe tecele musculare și chiar în mușchi. Aceste bride fibróse sunt cari se rup în încercările de îndreptare. Ele sunt cari comprimă și stranguléză vasele și nervii; ele sunt în fine cari determină fracturii când rezistența lor este superióră acelea a țesutului osos.

II). *Anchilosa para-articulară centrală*. Dînsa recunósce numai un singur factor și anume alterațiunea suprafețelor cartilaginóse ce trec în stare fibrósă. Țesutul neoformat unesce aceste suprafețe, puindu-le în contact precum și indoiturile sinoviale.

După Hueter aderențele fibróse centrale sunt mai puțin rezistente de cât aderențele periferice. (Le Dentu).

III). *Anchilosa intra-articulară osósă*. Acéta după cum am arătat, se caracterisă prin aceea că agentul provocator ce determică anchilosa, constă fie într'o reunire directă a epifiselor articulare, fie într'un țesut osos periarticular ce influențéză toate părțile moi, ca ligamente, tendóne, mușchi, etc. De aci și următóarele două varietăți: *anchilosă osósă centrală, saú prin fuziune, și ankilosa osósă periferică, saú prin infiltrațiune*.

În anchilosa periferică putem stabili alte două sub-varietăți: *ankilosa periferică prin bârne saú punți osóse și anchilosă prin infiltrație pură*.

Cea prin bârne osóse provine dintr'o pornire osteogenică abundantă. Grație acestui lucru, se dezvoltă produțiunii osóse sub formă de de osteite, cari plecate de la un punct la altul înconjóră articulația de jur împrejur, aducënd o imobilitate mai mult saú mai puțin completă și tenace, după grosimea și calitatea fibrelor osóse ce forméză aceste punți saú traverse.

Anchilosa periferică prin infiltrațiune constă în accia, că organele însăși ce înconjură articulația se infiltrază și une-orî chiar se transformă cu totul și d'a dreptul în țesut osos. Ast-fel s'aună vădut ligamente, aponevroze și tendone cu desăvârșire osificate, fie în punctele de inserțiune, sau chiar în totă lungimea și grosimea lor. Și câte-odată această osificațiune e atât de puternică, în cât în timpul reducerii mai ușor se rupe osul, de cât organele osificate. Pielea, mușchi, nervii și vasele, de și copleșite de acelaș proces, de și în special fibra musculară suferă transformățiunea granulo gresosă, perdându-și striățiunea și suferind degenerescenta, totuși după Campenon ele își conservă încă mult timp elasticitatea și extensibilitatea. Probă ar fi, că dinsele foarte rar se rup în timpul când practicăm reducerea anchilozelor. Cu toate acestea se citează casuri de rupea a nervilor și arterei poplitee în momentul reducerii, precum în special s'a întâmplat lui Billroth, Poincot, etc.

IV) *Ankilosa ososă centrală sau prin flexiune*. Și aci ca și în cea precedentă putem avea o varietate periferică. Aci leziunea e constituită iarăși prin fășii, bârne sau punți osose. Acestea plécă direct de la un condil al femurului la platoul tibial, sau de la ambiî condilii către părțile laterale a ôselor gambeî, formând ast-fel un cerc osos de jur împrejurul articulației. Cavitătea articulară însă în ea însăși, ca și restul părților moi rămân intacte.

Adevărata anchiloză centrală sau prin fusiune e mult mai importantă și mai gravă. Dînsa constă într'o lipire directă a extremităților osose ce forméză articulația. Ast-fel fiind, or-ce urmă din cavitătea articulară dispăre. Și aci putem avea mai multe varietăți: *ankilozose unilaterale, bilaterale și complete*, după cum sudura ososă va fi numai între condiliî dintr'o lature a articulației, sau din ambele laturî. Cea completă iarăși va fi totală sau parțială, după cum prin reunirea ôselor va fi ștersă orî-ce urmă de cavitate articulară, sau se va fi conservat pe ôre-care întindere.

În special pentru genunchiū, din cauza prezenței rotulei și a raportului sēu cu ôsele articulației, Ollier a întrodus o nouă clasă de anchiloză. În adevăr, rotula une-orî e cu totul liberă. Alte dată însă dînsa se găsește sudată cu unul din condiliî femurului sau chiar cu tibia, fie prin vîrf sau corp. De aci numele de *ankiloză femoro-rotulienă*, sau *tibio-rotulienă*, ce vom adăoga la anchiloză completă a genunchiului sau *femoro tibială propriū disă*.

Un punct important în anchiloză centrală prin fusiune este acela, dacă în adevăr suprafețele osose își perd cartilajul lor diartrodial și dacă ôsele se pot lipi în mod complet unele cu altele.

Mauclaire în tratatul lui Le Dentu țice: orî care va fi varietatea de

ankilosă, cartilajele diartrodiale trec ușor în starea fibrasă, ele pierd luciul lor, se crapă, devin catifelate și se vascularizează în unele puncte; vasele lor vin de la sinovială și comunică ușor cu acelea ale osului subiacent. Osificațiunea lor este adesea frecventă.

Cât privește sudura complectă a suprafețelor osoase, dînsa e pusă la îndoială. Lacroix însă susține că, substanța osoasă a epifiselor poate să dispară, vacuolele de cari sunt provădute se măresc, iar canalele medulare a celor două extremități osoase anchilosate pot să se reunescă, și să nu prezinte decât un canal osos medular comun și continuă. Richet însă, nu numai că n'a găsit nici o dată spațiul intercondilien sudat în cazuri de anchilosă osoasă, în aparență complectă, dar nici nu crede în posibilitatea unei fuziuni totale a suprafețelor osoase. Ast-fel dînsul ține, că la prima vedere pe piesele anatomice nepreparate, anchilosa are aparența foarte adesea, că este în total osoasă, pentru că imobilitatea articulară e complectă. Cu toate acestea, dînsa nu e de cât fibrasă, precum faptul se demonstrează când supunem piesele la macerațiune.

Etiologia anchilozelor. Toți autorii sunt de acord și observațiunile clinice demonstrează, că imobilitatea prelungită și lipsa orî cărui exercițiu funcțional, este o cauză sigură în producerea anchilozelor. Direcțiunea stă în faptul, dacă o asemenea imobilitate fie ea chiar absolută și împinsă în cel mai înalt grad de durată, poate da naștere și unei anchilozes adevărate sau osoase. J. L. Petit credea, că mai cu deosebire în imobilitatea unei încheeturi în urma fracturilor intra-articulare, o asemenea anchilosă se putea obține. Dînsul credea că în aceste cazuri răversarea de suc osos în sinovială contribuie mult la fuziunea extremităților osoase, prin organizarea acestui suc în țesut osos. Ideea este foarte ingenioasă, dar fenomenul se explică pe o altă cale, precum vom vedea mai târziu.

Nimeni nu negă influența imobilității asupra anchilozelor false sau fibroase. Fenomenul se explică, grație faptului fiziologic, că țesutul conjunctiv și fibros, care constituie tendonul, aponevrozele, ligamentele, capsula, etc., capăta proprietăți retractile în timpul unei imobilizări prelungite. De aci anchilozes false propriu zise, sau simple înțepeneli articulare, după întinderea și vechimea leziunilor.

La acesta se mai adaugă și un alt factor, că secrețiunile sinoviei încetază, când articulația este pusă în imobilitate, ceea-ce aduce o uscăciune a membranei sinoviale, apoi o despoloire, sbărcitură, retracțiune, aderențe, etc., dând, după cum am vădit, forma cea mai gravă de anchilosă para-articulară centrală.

Acordul, ținem, este unanim în privința influenței ce are în producerea anchilozelor, suprimarea mișcărilor și imobilitatea prelungită.

Aci însă nu este vorba de anchilozes osoase periferice, ci numai

de cele centrale sau prin fusiune. In adevăr, dezvoltarea osteofitelor, a stalactitelor, a infiltrațiunii și chiar a transformării de substanță ososă a părților moi periferice unei articulațiuni, se pot produce prin imobilitate prelungită și suprimarea mișcărilor. Dar acum e vorba numai de anchilosa ososă sau prin fusiune; căci dînsa atît prin observațiunile clinice, cît și prin experimentațiune s'a arătat cu totul subordonată, aducînd o complectă desfidere atît imobilității cît și suprimării de mișcări.

Cel d'întăiu care a atras atențiunea asupra acestui lucru a fost Malgaigne. El disecînd o articulațiune coxo-femorală, imobilizată timp de 10 ani, nu a găsit anchilosa ososă, dar rețracțiunii musculare. El a insistat mult asupra acestui fapt, care i s'a părut foarte straniu.

Ollier de asemenea a făcut autopsia unui individ, care de la etate de 3 ani avusese brațul lipit de trunchiul printr'o cicatrice vicioasă. El a constatat că articulațiunea scapulo-umerală, cu tótă imobilitatea aprópe complectă, era însă cu totul sănătósă.

Mai mulți experimenteroi au ajuns la aceleași rezultate, confirmînd observațiunile clinice.

Ast-fel Reyher deja în 1873 a arătat, prin experiențe pe iepuri, că sub influența imobilizațiunii prelungite, leziunile observate sunt mai ales peri-articulare, iar ligamentele se retractă. Cât pentru suprafețele articulare, ele rămân intacte pretutindenea unde sunt în contact. În punctele unde nu mai suportă presiunea, osul se deformeză și produce ridicături osóse neregulate.

Bigot în 1876 a demonstrat și el, că numai singura imobilizațiune nu e suficientă să determine aderențe osóse intra articulare. Moll în 1887 iarăși prin experiențe a demonstrat că în urma unei imobilizațiunii prelungite, prima modificațiune se manifestă pe mușchii extensori, cari se scurtéză și limitéză mișcările.

Din partea cartilagelor diartrodiale, leziunile observate nu aduc nici o dată anchilosa ososă, și nu opun o jenă mare la restabilirea mișcărilor. Ajunge în adevăr să secționăm mușchii pentru a da articulației tótă mobilitatea.

În fine, conchide Moll, după imobilizațiunea prelungită, mușchii sunt cari se opun mai mult la reîntórcerea mobilității.

În fine în 1890, Nanotti a făcut nisce experiențe foarte curióse și în același timp demonstrative. El conchide că imobilizațiunea unei articulațiuni sănătóse nu póte să determine anchilosa ososă. Putem chiar să ridicăm mai tot cartilajul articular cu multă substanță ososă, fără însă să aducem vre-un prejudiciu funcțiunilor articulare.

Unul din principalele elemente de reparațiune este măduva ososă și chiar trabeculele osóse. Porțiunea de cartilajii care rămâne intactă,

ia o parte activă la proliferațiune. Țesutul conjunctiv de reparațiune arată o mare tendință a se transforma în fibro-cartilagiū și în cartilagiū hialin. Imobilisațiunea determină o mare rigiditate a capsulei și chiar puțin retracțiunea sa cicatricială. (Le Dentu).

Din tóte acestea a reeșit faptul următor admis de tótă lumea științifică că, o articulațiune orī cât de mult timp ar fi supusă imobilisărei, dinsa nu se póte anchilosa prin fusiune osósă, dacă prealabil a fost sănătósă. Basat pe acest lucru, Verneuil a putut să susție că nu există în știință un exemplu autentic de anchilosă osósă propriū ăisă, produsă într'o articulațiune sănătósă prin simplul fapt al imobilităței.

Când dar se produc aceste anchilose, carī de și rar însă se observă? Deja lucrul se deduce în mod natural. Dacă imobilitatea nu dă anchilose în articulațiunile sănătóse, urméză de la sine că lucrul e posibil dacă articulațiunea prealabil e bolnavă. Și în adevěr, clinica și anatomia patologică au arătat că artritele specifice, pe lângă alterațiunea părților moi, se însoțesc mai cu sémă de alterațiunea cartilagelor intrarticulare.

Acestea distrugându-se și puind în evidență suprafețele osóse denudate, lesne fusiunea se póte efectua între ele, și de aci nascerea unei anchilose adevěrata sau osósă.

Și mai cu deosebire acest lucru se observă în casuri de pio-artrosă. Observațiunea a arătat că puroiul este agentul cel mai puternic care determină aceste distrucțiuni. Și probă ar fi că ađi cu mijlócele antiseptice, recurgând la evacuarea puroiului din articulație, fie prin aspirațiune, dar mai ales direct prin artrotomie, prevenim aprópe în mod absolut orī-ce anchilosă osósă. Faptul se explică prin aceia, că nu lăsăm timpul necesar puroiului ca să róză și să ulcereze cartilagele de incrustare și puind în contact suprafețele sângeróse ale epifiselor osóse. Cu tóte acestea, deja Lisfranc și Marjolin au arătat destule observațiuni curióse și instructive de supurațiuni articulare abondente și prelungite, carī deși n'au fost tratate prin evacuațiuni sau artrotomie, totuși s'au vindecat, fără a da nascere la cea mai mică urmă de anchilosă.

Atunci s'a invocat că singurul factor principal în determinarea anchilosei îl ocupă o anumită predispozițiune a individului. În special ómenī cu diatesă reumatismală și artritică, sunt aceia carī de și supuși unei imobilități moderate ne oferă însă anchilose serióse. Și de óre-ce asemenea diateze își arată efectul cu cât înaintăm în etate, de aceia s'a stabilit ca regulă că la bătrânī și chiar la indiviđi mai tinerī cu manifestațiuni diatesice, să fim cu precauțiune a nu ține mai mult membrul în imobilitate. La asemenea indiviđi orī-ce artrită și orī-ce imobilitate se termină prin anchilosă. Fiind decī preveniți e ușor a evita lucrul.

O asemenea predispoziție a fost arătată de Busch chiar pe indivi-
diți tineri din cari unii erau atinși de miosită osifiantă. Ba ce e mai
mult, s'a observat chiar o anshilosă generelă la un fœt.



Fig. 192. (Vădut de față).

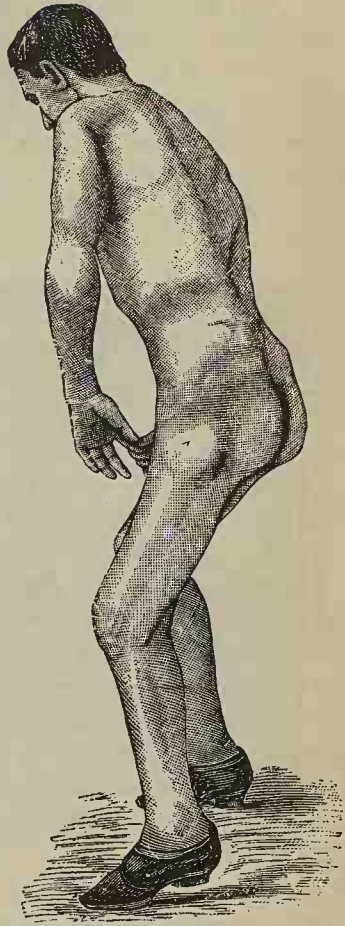


Fig. 193. (Vădut de profil).

Miosită osifiantă generalisată.

Noi în Vol. II la pag. 317 Cap, miositele cronice, am dat un
exemplu din cele mai frumoase ce pôte să existe, relativ la o anchilosă
generalisată, venită în urma unei simple culcări la aer liber. Acésta este
un tip de predispozițiune a individului către anchilosă, în urma celui
mai neînsemnat accident.

Fig. 192 și 193 vorbesce în destul, pentru detalii a se vedea Vol. II.

Simptomele și diagnosticul. Nimic mai ușor de cât a recunoște o anchiloză prin abolițiunea mișcărilor și pozițiunea vițioasă ce capătă membrul. Prin palpație și tracțiuni ușore, vom căuta să ne dăm bine séma de starea părților. Vom căuta să determinăm gradul de infiltrațiune fie fibrôsă sau osôsă, întinderea sa, și ce anume organe periarticulare ocupă.

Vom căuta de asemenea situațiunea reciprocă a extremităților osóse. In special la genuchiū, vom examina rotula pentru a vedea dacă e liberă orî sudată cu tibia orî condiliū femurului, pentru a arăta varietățile de anchiloză stabilită de Ollier, adică femuro-rotulienă, tibio-rotulienă etc.



Fig. 194. Model de anchiloză genuchiului în unghiū drept (personală)

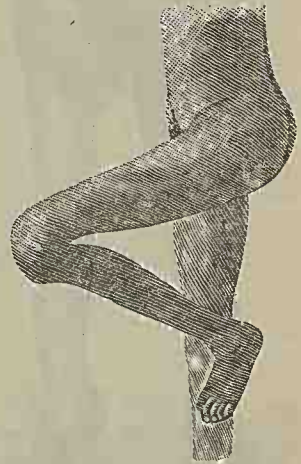


Fig. 195. Model de anchiloză genuchiului în unghiū ascuțit (pers.).

Tot aci vom examina cu atențiune părțile osóse, pentru a vedea dacă sunt mai atrofiate sau ipertrofiate ca în starea normală. Casul cel mai frecuent este de a constata o ipertrofie pronunțată a segmentului anterior a condililor femoralî, formând o varietate a parte numită de Volkmann *anchiloză ipertrofiantă*.

In fine vom vedea gradul de deviațiune și unghiul ce-l forméză gamba cu cósă. Este evident că cu cât unghiul acesta va fi mai închis,

cu atât va fi mai incompatibil cu funcțiunile sale și chiar mai greu de tratat.

Se deosebesc pentru această trei varietăți: anchilose în unghiū *drept ascuțit* și *obtus*. Acestea din urmă sunt mai benigne, permițând individului a face unele servicii cu membrul său.

Fig. 194 și 195 ne represintă o anchilosă în unghiū drept, iar alta în unghiū ascuțit.

Vom căuta iarăși starea de contractură a mușchilor și de atrofie a sistemului osos a membrului, precum și dacă anchilosa nu e complicată de vre-o luxație patologică. Vom procede la măsurarea membrului pentru a vedea dacă este mai scurt sau mai larg ca congenerul său. Une-orî nu constatăm nici o deosebire; alte dăți însă el va fi mai scurt sau mai lung, după cum cartilagiul de conjugățiune va fi fost distrus sau iritat.

În fine nu va fi fără folos să examinăm starea articulațiilor vecine celor anchilosate, știut fiind că de multe orî dîsele suferă schimbări în atitudinea lor prin faptul mișcărilor de supleanță. Ast-fel în anchilosa genuchiului, găsim deformațiunii în colóna lombară, deviațiunii în basin și schimbarea de direcțiune a capului femoral.

Cât privesce diagnosticul, nu este nimic mai ușor de cât a recunoște această bôlă, ce se impune de la sine. Este cred cu totul inutil a menționa și cu atât mai puțin a insista asupra diagnosticului diferențial între o anchilosă adevărată și una de natură isterică, sau venită în urma unei contractiunii a mușchilor, ca o consecință a unei artrite. Despre acestea deja am vorbit chiar la începutul acestei artrite. Punctul cel mai esențial, într'o anchilosă, este de a ști dacă dînsa e osósă orî fibrósă, și în urmă dacă fie-care din această grupă aparține varietăței de anchilosă periferică orî centrală. Lucrul e foarte greu și chiar imposibil, din cauza durerilor ce am provoca prin manipulările noastre. De aceia numai anestesia cloroformică profundă e singura ce ne ar putea asigura de un diagnostic just.

Cu tóte acestea, chiar fără cloroform încă putem deosebi o anchilosă adevărată de una falsă, prin aceia că imprimând tracțiunii pe membru, nu vom provoca nici o durere în articulație, dacă anchilosa este osósă. Din contra, durerile vor fi foarte mari, dacă anchilosa se datoresce unei simple retracțiunii a ligamentelor, sau contracturii musculare.

Tratamentul. Cel d'întăi lucru ce vom avea în vedere în fața oricărei artrite, este de a preveni anchilosa. Decî vom evita a ține prea mult în imobilitate o articulație, mai ales la persoane adulte orî înaintate în vîrstă. Indată ce din antecedente sau examenul minuțios al bol-

navului vom descoperi existența unei diateze reumatice, artritice, ce formeză agentul cel mai predispunător la anchilose, nu vom împinge imobilitatea articulației dincolo de 10—15 zile. Vom căuta prin mișcări moderate, printr'un masaj științific și cu prudență condus, a ne opune tendinței articulației către anchilosă. Și mai cu deosebire vom avea această conduită acolo, unde secuestrarea unei articulațiuni prin suprimarea mișcărilor și imobilitatea sa, orî cât de vigurosă ar fi, nu ne ajungem scopul ce urmărim. De ex: într'o fractură intra-articulară a cotului, a olecranului, a genunchiului, a rotulei, etc., este inutil a imobiliza articulația, căci reunirea oșelor printr'un calus osos e demonstrată ca imposibilă. In casurile acestea decî, în loc d'a expune pe bolnav la o anchilosă, e mai prudent a imprima mișcări și masaj după un óre-care timp, pentru a evita anchilosa.

Dar partea cea mai esențială în tratamentul artropatiilor de orî-ce natură ar fi, este a căuta tot-d'a-una să dăm o ast-fel de pozițiune membrului, în cât chiar în cazul de anchilosă, membrul să póte aduce maximum de serviciu bolnavului.

Decî, pentru genunchiú vom căuta ca gamba cu cópsă să fie dacă nu în rectitudine absolută, cel puțin să formeze un unghiú din cele mai obtuse; pentru cot vom căuta din contra, ca antebrațul să fie în flexiune pe braț, cu care să formeze un unghiú nu atâta drept, cât mai mult ascuțit, căci numai ast-fel degetele pot ajunge la gură, să atingă nasul, fruntea, etc.

Când însă ne găsim în fața unui fapt împlinit, atunci conduita noastră va fi diferită și anume:

I). Dacă anchilosa se găsește în bună pozițiune, așa că individul se folosește destul de bine de membrul său, noi recomandăm a ne abține de la orî-ce intervențiune. In adevăr, ce putem promite mai mult unui individ, dacă deja el are o anchilosă rectilină a genunchiului? Precum de asemenea ce folóse mai mari putem adăoga la o anchilosă a cotului, unde antebrațul e în flexiune pe braț și în unghiú ascuțit? In asemenea casuri, qicem, suntem datorî a ne abține.

Dacă însă aceste anchilose, de și în pozițiune bună, s'ar găsi complicate de abcese, fistule, dureri, etc., etc., negreșit putem interveni pentru a combate aceste complicațiuni, iar apoi dând membrului aceiaș pozițiune ce am descris.

II). Dacă membrul anchilosat nu are o pozițiune compatibilă cu funcțiunile sale, atunci trebuie să intervenim. In adevăr o anchilosă a genunchiului, unde gamba este în flexiune pe cópsă și formeză un unghiú cu tendință de a deveni drept, membrul nu numai că se va depărta de scopul întrebunțării sale, dar va fi o piedică pentru buna

funcționare a întregului organism. Căci, cum voim ca individul să umble pe virful degetelor, când ele nici nu ating solul? Sau, cum un individ să se folosească de brațul său, dacă cotul va fi poate într-o anchiloză mai mult sau mai puțin rectilină?

În aceste cazuri nimic nu e de făcut, de cât adormirea prin cloroform și încercarea de a reduce în mod lent și progresiv anchiloză. Această formăză metoda lui Bonnet din Lyon, pe care o recomandăm din toate puterile noastre. Prin mijlocul său am reușit a reduce anchiloză foarte vechi ale genunchiului și ale cotului, cari ni se impuneau drept anchiloză osoase, pe când în realitate erau fibröse. Imediat după reducerea anchiloză și punerea membrului în pozițiunea cerută, aplicăm un bandaj gipsat în formă de șghiab pentru asigurarea scopului nostru.

Sușținem că nici o dată nu este permis a recurge la alte mijlăce mai complicate, până ce mai întâiu n'am încercat această metodă.

Reducerea bruscă precum și chiar cea lentă și progresivă au fost metode inventate înaintea descoperirii cloroformului. Ele sunt ađi cu totul părăsite. În vechime însă au jucat un mare rol, mai cu sémă reducerea bruscă, al cărui apărător între alții era Delpech. Dănsa se efectua în general prin aplicarea ambelor mâini pe genunchi; la un moment dat se exercita o presiune repede și puternică, transmitându-se totă greutatea corpului chirurgului prin mâinile aplicate asupra anchiloză. După reducere se aplică un bandaj apropiat. Despre durerile și suferințele bolnavului numai vorbim. Această metodă pe lângă brutală era și periculăsă, căci era însoțită de nisce accidente une-oră grave, reprezentate prin rupere de vase, fracturi prin infrațiune, deslipiri epifisare, etc., etc.

O altă metodă mai blândă este acea a lui *Verduc*, numită redresare bruscă, dar parțială și repetată. Principiul era acesta. Se apăsa cu putere pe anchiloză într'un mod brusc, dar scurt, și se menșinea membrul în această nouă pozițiune prin diferite aparate. A doua ăi și în cele următore se repetau aceleași manopere, până la complecta corețiune a membrului. Metodă această a fost pusă în practică în mai multe rinduri de Malgaigne. Dar extensiunea anesteziei în chirurgie a cruțat pe bolnavi de suferințe, viind totuși în ajutorul metodei de îndreptare lentă și progresivă într'o singură ședință, ast-fel precum am practicat-o și profesat-o și noi.

III). Iar când reducerea anchiloză prin metoda sus indicată nu este posibilă, atunci nu ne rămâne de cât a recurge la una din următorele metode, sau procedee după indicația și confiența ce inspiră chirurgului. Treceam peste îndreptările anchiloză prin mijlocul nenumăratelor aparate, căci nu sunt de nici un folos.

Personal suntem cu totul contra artroclasiiei, sau chiar osteoclasiei, căci e o metodă brutală, orbă și periculoasă.

Este adevărat că s'a adus modificări și perfecționări acestor aparate; dar cu toate perfecțiunile lui Colin și Robin din Lyon, totuși n'a putut fi vulgarisate, pe de o parte din cauza celor arătate, iar pe de alta, că sunt scumpe și deci nu se află la îndemâna orî-cuî.

Principiul artroclasiiei constă în a rupe aderențele osose sau fibróse ce lęgă suprafețele articulare.

Osteoclasia din contra, își propune a rupe osul în vecinătatea articulației anchilosate.

Acestea se obțin sau cu ajutorul mâinilor sau cu anume aparate speciale.

IV). Tratamentul adevărat chirurgical al anchilozelor este atunci când intervine bisturiul.

Aci avem mai multe metode :

I). *Tenotomia* s'a recomandat mai cu sémă contra anchilozelor false sau fibróse. Aci putem secționa tendonéle, bridele fibróse și aponevrosele cu bisturiul dar prin metoda sub-cutanată, numită metoda lui Stromayer și Diefenbach.

Astăđi se recomandă asemenea secțiunii d'a dreptul prin incisiuni antiseplice, constituind metoda lui Helferich.

Noi suntem cu totul pentru această idee, pe care am și aplicat-o în mai multe casuri, ca fiind cea mai logică și mai de loc periculoasă. Din contra cea precedentă ne póte expune la deschideri de vase și organe importante, căci nu avem sub ochi câmpul operator.

Contra acestei metode însă se ridică faptul că, dacă anchiloză este în adevăr fibrósă, n'avem trebuință a recurge la intervențiunii chirurgicale, căci prin masaj și mobilizațiune treptată și succesivă, putem ajunge la același rezultat. Iar dacă anchiloză e osósă și complicată de retracțiunii musculare, atunci tenotomia e cu totul inutilă sau cel mult vine în al doilea plan.

Regulele tenotomieii precum și ale suturii lor sunt pe larg descrise în Vol. II. 1)

II). Osteotomia constă în a secționa osul just d'asupra epifiselor — fiind vorba de femur, sau sub platcul tibial — fiind vorba de tibia.

Ideia a fost sugerată de un accident ce s'ar fi întâmplat unui individ cu anchiloză genuchiului. Dinsul în urma unei căderi și-a produs o fractură a femurului. Medicii puindu-i membrul în rectitudine pentru

1) Vol. II, pag. 332—352.

a obține consolidarea femurului, s'a obținut în același timp și vindecarea anchilosei prin corectarea diformității.

Se susține că Rhea Barton în 1826, a făcut pentru prima oară această operație pe un medic. Mai târziu Maisoneuve și Velpean precum și cei-alți chirurși ai timpului, au făcut uz de această metodă pe o scară foarte largă.

Osteotomia a luat o dezvoltare colosală, grație lui Mac Ewen care prin înzestrarea cu o instrumentație specială, cu aplicarea antisepsiei și a studiului profund al acestei chestiuni, a făcut din osteotomie o operațiune curentă.

Ollier la rîndul său, a contribuit mult la vulgarizarea și perfecționarea acestei operații.

Dînsa poate fi simplă sau dublă, după cum numai femurul orîi tibie, sau ambele de o dată vor fi secționate. Osteotomia iarăși este liniară, cuneiformă, curvilină, trapezoidă, etc., după forma ce se dă secțiunii osului în raport cu indicațiunile și diformitățile anchilosei. Ast-fel dacă anchilosa genuchiului are o direcțiune mai mult rectilină, o simplă osteotomie liniară poate să fie suficientă. Când însă unghiul anchilosei va fi mai pronunțat tinzând către cel drept, se va prefera o osteotomie cuneiformă; iar dacă unghiul tinde a fi ascuțit, osteotomia va fi trapezoidă cu vârful către fosa poplitee iar baza în sus. La cot același lucru, cu deosebire că osteotomia va fi mai complicată, cu cât membrul va fi în extensiune, și mai simplă fiind în flexiune. Cu toate acestea observațiunile lui Ollier sunt foarte juste. El ne arată că dincolo de ore care limite, osteotomia ca și osteoclasia nu-și mai au rațiunea. Ast-fel dacă anchilosa genuchiului este în unghiul ascuțit, ruperea sau secțiunea osului, aduce o deformare mai mare ca însăși anchilosa, precum același lucru se întâmplă cu anchilosa cotului în extensiune forțată. În asemenea cazuri, și poate chiar în altele mai puțin complicate, credem că cea mai bună metodă la care putem recurge este resecția genuchiului sau artrotomia interesosă. N'avem să descriem metodele și modul cum se face o resecție, acesta aparținând medicinei operatoare pure.

Prin artrotomia interesosă se înțelege deschiderea articulației, după care vom căuta să ridicăm bărnela fibrôsă care unesc suprafețele osoase, precum și alte legături care s'ar opune la mișcările articulației. Dînsa mai e cunoscută sub numele de operațiunea lui Richardson care cel dintâiu a practicat-o în 1877.

§ IV. Despre artropatiile nervoase.

Aceste afecțiuni propriu vorbind, nu aparțin chirurgiei, căci ele sunt efectul unor leziuni nervoase centrale, contra cărora chirurgia nu are o acțiune sigură.

Cu toate acestea studiul artropatiilor nervoase e important, pe de o parte din cauza necesității de a stabili un diagnostic diferențial între diferitele feluri de artrite chirurgicale, iar pe de alta că într'o anumă perioadă, bóla devine susceptibilă domeniului chirurgiei.

În acest capitol vom studia trei feluri de artropatii: I). Artropatii nervoase propriu zise, sau după noi nevro-trofice. II). Artropatii isterice și III). Artritele uscate.

I). *Artropatiile nervoase* resunosc două cauze: unele au origina în leziunea nervilor periferiei, iar altele în a sistemului nervos cerebro-spinal.

Deja când am studiat ulcerul perforant, am văzut că această bóla, treptat poate să copleşcă și chiar să distrugă articulația vecină. Dar această afecțiune, după ultima teorie este o leziune nervoasă; și astfel, deja ne arată răsunetul său desorganizator asupra articulației, grație alterațiilor nervoase periferice.

Autorii Americani, precum Hamilton și Weil Mitchell, au arătat pe rând observații de asemenea artropatii, reprezentate prin dureri, deformații, anchiloză, sub luxații, etc., ale articulațiilor degetelor, în urma diferitelor leziuni nervoase în special nevrite periferice, provocate de înțepături, plăgi prin armă de foc, etc.

Menționăm în trecut artropatiile observate pe alienații, precum și acelea survenite în emiplegie, emoragia cerebrală, ramolism și tumorile cerebrale, pentru a ne opri la artropatiile cele mai frecvente și cari s'au luat ca tip în descrierea acestei afecțiuni, adică:

Artropatia tabetică.

Diferitele leziuni ale măduvei spinării, de multe ori au răsunset asupra articulațiilor.

Ast-fel s'au văzut casuri de artrite în urma diverselor traumatisme ale măduvei, ca plăgi tăioase, plăgi prin armă de foc, sau în urma unei compresiuni exercitată pe măduvă, fie de o eschilă sau în cazul de fracturi, precum și de o compresiune provocată de morbul lui Pott. Mielitele acute infecțioase încă pot avea același răsunset.

S'a mai observat încă și diferite alte paralisis vechi, precum și

sclerosă în plăci, siringo mielia, etc., cari pe rând s'au însoțit de turburări articulare manifeste.

Dar artropatia nervoasă clasică, care a atras mai mult atențiunea autorilor, este aceea, care se observă în cursul ataxiei locomotrice. Și de ôre-ce Charcot în 1868 e singurul și cel dintâiu care a arătat în mod evident relațiunea strânsă între aceste două afecțiuni, cu drept cuvânt bóla pórtă numele său. Cine ȃice bóla lui Charcot, pronunță simultaneu artropatia tabetică.

Care-î mecanismul acestei afecțiuni și cum se produce dînsa?

Unii autori au negat cu totul relațiunea de cauză la efect. Virchow susținend că aceste leziuni articulare, sunt o pură coincidență a artritei deformante numită uscată, ce survine în timpul ataxiei locomotrice.

Alții ca de exemplu Brissaud, explică artropatia prin acțiunea unor fenomene reflexe. În adevăr, un individ ajuns în gradul de tabes dorsalis, fiind silit a sta în mod continuă în pat, nu e nimic de extra-ordinar isbucnirea unor alterațiuni într'una sau mai multe articulații. Și odată ce această pseudo-artrită s'a declarat, ne explicăm foarte ușor tóte leziunile circumvecine cari atacă pe rând mușchii, aponevrosele, sinoviala etc., relaxându-le, atrofiindu-le sau distrugându-le. De aci se vor nasce consecutiv mobilități anormale sau chiar dislocațiuni. Și drept probă ar fi că, asemenea leziuni le putem găsi în urma orî-cărui traumatism sau afecțiune cronică a articulației, cari orî când sunt capabile a produce atrofia musculară fără leziunea măduvei. Explicațiunea acestor fenomene ar consta într'o iritațiune plecată de la nervii sensitivi periferici. Dînsa în mod progresiv ajunge până la cordónele posterióre ale măduvei, iar de aci ar trece prin piramidele încrucișate la córnele anterióre ce sunt centrul nutritiv al mușchilor și al tuturilor părților moî.

Aceste cordóne cu timpul alterându-se, aduc consecutiv artrofiile menționate. În sprijinul acestei idei s'au făcut experiențe ce par demonstrativ. Ele constau în aceia că după-ce prealabil s'a determinat o artrită, dacă se întrepuce arcul diastaltic în dreptul căilor centripede—secționând rădăcinele posterióre, nu s'a mai produs procesul amiotrofic. De aci ar resulta că artropatia numită tabetică, nu este efectul ataxiei, ci a unei iritațiuni locale plecată din articulația prealabil alterată. Mai mult, s'a constatat în unele articulațiuni, cari erau sediul de turburări trofice, alterațiuni de nervi periarticulari și câte-o-dată chiar a filetelor capsulare, fără existența unei sclerose a cordónelor posterióre. Cu alte cuvinte e vorba, după Pitres și Vaillard, de o leziune nervoasă periferică și pur locală, iar nici de cum de origină centrală.

Trebue să scim că tendința modernă, datorită lucrărilor lui Dejerine și altora este de a considera însăși ataxia locomotrice, ca efectul

unei iritațiuni continue a nervilor sensitivi. Acesta ne-ar conduce a admite că artrita, în loc să fie efectul ar deveni cauza tabesului. Și această cu atât mai mult ar părea să fie adevărată, cu cât însuși Charcot a arătat că alterațiunile articulare formeză primul prodrom al ataxiei.

Une-ori însă după cum au arătat autorii englezi, artropatia apare mai târziu, adică în timpul incoordonățiunii mișcărilor său chiar în ultima perioadă.

Dar faptul că aceste artropatii coincid cu mișcărilor desordonate ale ataxiei, a făcut pe Volkmann a nega existența oricăreia corelațiuni între tabes și artrită, susținând că, distensiunea ligamentelor articulare precum și celelalte leziuni caracteristice artropatiei tabetice, ar resulta din mersul special al ataxicilor, precum și din micile dar neîntreruptele contuziuni, ce în mod involuntar dinșii își produc.

Din cele arătate vedem că, mecanismul intim al artropatiilor tabetice nu este încă cu totul rezolvat. Din contra, s'ar părea că acțiunea reflexă de care am vorbit, ar fi punctul de plecare nu numai al artropatiilor, dar și al tabesului însuși. Brissaud în 1894 susține că, dacă este adevărat că tabesul clasic constă într'o turburare sensitivă motorie, există însă și forme său tipuri speciale, ce constău, fie numai în tulburări sensitive pure, său tulburări motorii pure, său cu predominența unora asupra altora. Și cu toate acestea, dinsele nu formeză mai puțin o ataxie locomotrice.

Dar tocmai în tabesul sensitiv, său cel puțin unde aceste fenomene predominău, tocmai aci Brissaud a aratat, dacă nu existența permanentă, cel puțin frecuența colosală a artropatiilor. Din contra, în tabesul motor dinșul mărturisesc că n'a observat nici un cas de artropatie.

Concluziunea este că, în ataxia locomotrice vulgară, existența artropatiilor va fi în raport cu predominența alterațiunilor sensibilității. Dacă fenomenele de motilitate predomină, artropatiile sunt mai rari și chiar pot lipsi cu totul. Ba ce este mai mult, astăzi se susține, că nu toți ataxicii au artropatii, fie ele sensitive, motorii său mixte. Ar exista o predispozițiune către această complicațiune. De aci tendința unora de a stabili următoarea divisiune: *tabetici cu simptome sensitive, tabetici cu simptome motorii, tabetici sensitivo-motorii și în fine tabetici artropatici*, carî ar avea o predispozițiune inexplicabilă pentru artropatii (Chipaut).

Fără a intra în detalii prea întinse, vom spune că, după teoria primordială emisă de Charcot, și după numeroasele statistice ce s'au făcut, leziunile articulațiilor sunt incontestabil în strînsă legătură cu diferite leziuni ale măduvei, și în special cu sclerosă cordónelor posterioare, cu ataxia locomotrice.

Mecanismul se explică de Charcot prin iritarea și alterațiunea cór-

nelor anteriore ale substanței cenușii medulare, cari formând centrul nutritiv al mușchilor precum și a tuturilor celor-l'alte părți constitutive ale articulației, dau naștere artropatiilor clasice.

Buzzard admitea un centru trofic special al articulațiilor, pe care îl aședă în bulbul rachidian. Dînsul se baza în acest lucru pe faptul că, tabeticii purtători de artropatii prezentau ca fenomene prodromice, crize laringee și gastrice. Dar atît frecuența acestor simptome cît și sediul leziunilor indicate de Buzzard sunt considerate de mulți ca discutabile.

Terminăm spunînd că, asupra acestei chestiuni acordul nu este complet, așa că anatomo-patologii speciali continuă cercetările lor.

Cari sunt caracterele clinice ale acestei afecțiuni și cum dînsa se manifestă?

Une-orî în ataxie putem observa alterațiunea simultanată a mai multor articulații. Charcot a arătat la congresul din Londra în 1881 o mulă ce oferea distrugerea articulației temporo-maxilară, a umărului, a cîmpsei, a genunchiului, osului iliac și peroneal. Cu tôte acestea sediul de predilecțiune al acestei bóle îl oferă genunchiul; vine apoi articulația coxo-femorală, tibio-tarsienă, umărul, etc.

S'aú vîdut însă artropatii tabetice și pe articulații mici, ca a degetelor mîinei, piciorului, a coloniei vertebrale, etc.

În tôte aceste artropatii, leziunile părților moi sunt constante, căci tôte plecînd de la mușchi pînă la cartilaj și sinovială sunt rata-tinate, uzate și chiar distruse, ceia-ce înlesnesce producerea mișcărilor anormale. Dar esențialul artropatiei tabetice constă în leziunea tipică a óselor, cari aú o tendință irezistibilă către atrofie și uzură. În adevăr, ele devin așa de subțiri, ca și cum ar fi răzuite cu pila. Epifisele aprópe dispar, saú nu rîmân din ele de cît nisce măciulii mici, cari împreună cu diafisa osului, dau aspectul caracteristic a unor ciocane de tobă. De aci lesne deducem deformațiunile bizare ce observăm, precum și pierdere mișcărilor normale. Grație distensiunei și distrugerii ligamentelor, putem imprima orî-ce mișcare fantastică în închietură, reușind a resturna în mod complet gamba pe cîpsă. Prin faptul atrofiei și uzurei óselor lesne ne vom explica fracturile spontanate, saú chiar deslipirile parțiale a extremităților osose. Aceste fracturi, din cauza micșorimei lor sunt cunoscute sub numele de *fracturi parcelare*. Ele cîdînd în interiorul articulației, iaú tôte caracterele unor corpî străinî intra-articularî.

În tôte aceste leziuni, dice Quenu, cari forméză tipul artropatiilor tabetice, nu există nici o vegetațiune osteofitică, nici o producțiune de stalactite osose, comparabile cu acelea ale artritei uscate: pretutindenea avem *uzura și atrofia óselor*.

În fine vom sci că în artropatia tabetică, mai tot-d'a-una avem un

lichid în cavitatea articulară, Brissaud a evaluat într'un cas la mai mult ca 500 grame. Acest lichid une-orî pôte fi citrin și seros, alte dăți sanguinolent dar tórte rar purulent. Pe lângă acest epanșament, constatăm o infiltrațiune a părților moi vecine și chiar a întregului membru dându-ne aspectul unui edem pseudo-elefantiasic fiind adică palid, elastic și fără a lăsa impresiunea degetului.

Pe lângă aceste leziuni proprii artropatiilor, putem întâlni și altele străine naturei sale. Ast-fel vom observa leziuni traumatice din cauza lipsei echilibrului, și a mișcărilor violente ce ataxicii imprimă membrilor lor. Ele pot merge până a produce adevărate luxații prin eșirea extremităților osoase la exterior.

Pe lângă complicațiunile traumatice vom întâlni complicațiunii infecțioase: un tabetic artropatic pôte foarte bine să-și vadă articulația atinsă și copleșită de bacilul tuberculoșei. Alte dăți s'a vădut aceste artropatii complicate de supurațiuni acute, fie de microbii ordinari, fie de microbi specifici ca aceia ai pneumoniei. De aci *artropatie trofo-supurată acută pneumococică*.

Când inflamațiunea a fost vie așa în cât artrita s'a terminat prin producțiuni de fistule de origină osoasă, atunci avem o altă varietate de *artropatie trofo-supurată necrotică*.

În fine avem *complicațiunii pur trofice*, cari constau în fracturi spontane, în rupeți de tendóne, în acumulațiune de serositate în țesutul celular analog cu acela din articulație, dând naștere la un edem tare, în ulcerațiuni cutanate, panarițiu analgesic, morb perforant, distrofii ale degetelor, etc., etc.

Simptomele și diagnosticul.

Tot-d'a-una trebuie să fim atenți când un adult se plânge de o jenă sau chiar dureri în articulație, căci adesea aceste fenomene sunt prodromele unei ataxii.

Am avut un cas tipic în această privință ce am observat pe un dom G. funcționar și cunoscut de toți. Dinsul la început se plângea de o durere în articulația tibio-tarsienă; după un an ataxia s'a declarat.

Faptul acesta e destul de important. În adevăr, durerile articulare nefiind mari iar câte-o-dată abia preceptibile, ele nu aduc nici-o jenă în mers. Ast-fel fiind, ataxicii uzéză de membrul lor. Dar cu acesta ei favorizéză și mai mult alterațiunile articulare.

Alte dăți artropatia apare, după cum a arătat Charcot, dintr'o di în alta fără traumatism anterior. De-o-dată se observă o tumefacție generală, ce une-orî e așa de enormă în cât defigurézá membrul cu totul.

După câte-va zile edemul dispare, dar rămâne o umflătură articulară, datorită unei acumulațiuni de lichid în articulație și în bursele seroase din vecinătate.

După Debove, capsula rupându-se, lichidul sinovial fuzeză sub mușchi, putând să apară în regiuni mult mai depărtate de articulație. Concluzie: *artropatia tabetică apare fără nici-un fenomen febril și nici-o schimbare în culórea tegumentelor*. Bóla odată confirmată, se manifestă

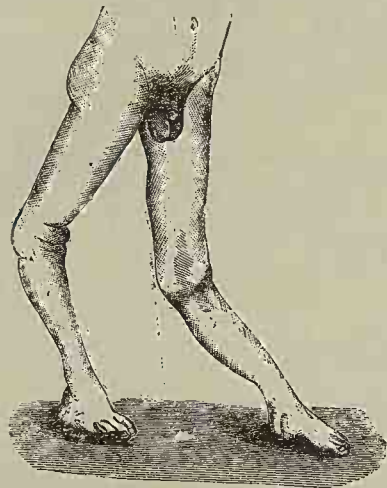


Fig. 196. Model de artropatie tabetică a genunchiului.

prin caracterile clinice patognomonice, cari după ordinea cronologică sunt: idartrosa, atrofia și uzura óselor de unde deformația, mobilitatea anormală și perceperea de cracmente intra-articulare. In fig 196 luată din Le Dentu se vede un model de artropatie tabetică a genuchiului.

Trebbe să scim un lucru că, siringomielia dă nascere la artropati, cari sunt cu totul analóge cu ale tabesului. Singura deosebire ar fi că osteopatiile siringomielice și în definitiv chiar ale leprei, ce e de aceeași origină, ar avea *preferința pentru membrele superioare* și cu tendința la una saú doué articulații; *artropatiile tabetice din contră preferă membrele inferioare, aú tendința la simetrie și la multiplicitate*.

Artropatiile isterice.

Iată un individ care in urma unei supărări, a unei emoțiuni morale vii, a unei sdruncinări a organismului, saú de-o-dată în mod brusc, ne oferă o atitudine viciósă a unei articulațiuni. Acéstă atitudine e ca-

racterisată printr'o contractură, ce aduce o flexiune exagerată sau o hiper-extensiune maximală.

Și într'un cas și în altul mișcările fiziologice și deci funcționarea membrului sunt cu totul abolite. Acesta constituie în esența sa artropatia isterică, bôlă descrisă în mod magistral de Brodie în 1838 și care și ađi pörtă numele său.

De atunci, diferiți autori s'aú ocupat de acéstă bôlă. Dar mai cu deosebire Charcot cu întreaga sa școlă, a complectat acest studiu prin numeroasele sale cercetări.

Astăđi se admite ca patogenie a artropatiei isterice, numită încă și artralgie isterică din cauza durerilor de carí se însoșesc, următóarele trei circumstanțe :

I). *Auto-sugestiunea prin imitație*. Un individ deja isteric, dacá se găsește în fața unui alt bolnav afectat de o bôlă organică a unei articulațianí, dînsul prin imitațiune și în mod inconștient, caută să reproducă pe el însuși bôla ce observă.

De exemplu : Un individ cu o tumoră albă a genuchiului ajunsă în stare de anchilosă, e capabil să provóce pe un isteric reproducerea diformității sale, prin simpla privire sau contactul mai mult sau mai puțin îndelungat cu dînsul.

II). *Sugestiunea traumatică*. Este destul ca o persónă isterică să fi suferit o lovitură cât de neînsemnată, pentru ca imediat sau după un timp îndelungat, să dca nascere unei artropatii, aducând deformațiunile cele mai însemnate. Ast-tel s'a vėđut persóne carí dintr'o cădere fôrte ușóră, sau o simplă spaimă provenită dintr'o deraiare de tren, accident de trăsură, sperietură de cai, etc., să fie coprinsă imediat sau tardiv de fenomene cu totul analóge unei coxalgii, unei anchilose a umérului, a cotului, a pumnului, etc., etc. Fenomenele acestea intră în marea clasă numită istero-traumatism.

Un cas fôrte frumos, nu de artropatie ci de manifestare isterică ce am observat în urma unui traumatism chirurgical este următóru: O femeie cu desăvârșire isterică cade din trăsură șiși produce o fractură bimalolară a piciorului drept complicată de plagă penetrantă a articulației. După douė luni de suferințe, ședere în pat și supurația fracturei, am fost chemat (C. Lung) pentru a'mi da avizul. Am găsit femeia destul de slabă, dar în special fôrte speriată. După examinare, imediat am procedat la operație făcând rezecția articulației piciorului. De și bolnava n'a revenit imediat din somnul cloroformic, n'am dat însă nici-o importanță faptului, mai ales că luase fôrte puțin chloroform. După douė ore am plecat, și totuși bolnava era încă sub influența unui delir. După opt ăile a fost adusă în București, coprinsă de un delir cu deseversire incoherent. Nu era

cu puțină să înțelegă cine-va un singur cuvânt de la dînsa de și nimeni n'o putea opri de a vorbi. Zi și nopțe borborosia și la fie-care minut plîngea. Dr. Obrezia a constatat ca stigmatul isteric o analgesie în formă de manșetă până la cote.

III. *Sugestiune experimentală.* Modul acesta a fost mai ales pus în evidență de către Charcot, care ipnotisînd persoane isterice a putut să producă după voință, orî-ce deformațiuni în articulație. Asupra unei femei pusă în stare ipnotică, Charcot a reprodus o coxalgie printr'o ușoră torsiune a cîmpului pe basîn. Pe o altă bolnavă același autor spun-du-î în timpul ipnotismului că dînsa a cădut pe cîpsă, și zugrăvindu-î durerile și consecințele sale, a fost destul pentru ca bolnava în mod instinctiv să-și dea membrului pozițiunea clasică a unei coxalgii.

Să observăm, țice Charcot, că bolnavele o dată deșteptate nu sciau nimic de intervențiunea noastră și credeaă cu siguranță și una și alta că și-au lovit gamba în timpul unui atac (Le Dentu).

Este bine înțeles că toate aceste cauze, n'au absolut nici-o influență de cît numai asupra persoanelor manifest isterice, sau cel puțin cu mari predispozițiuni către această nevrosă.

Efectul l'am arătat deja: deformațiune bruscă a unei articulațiuni, ce suprimă funcțiunea fiziologică a organului.

Mecanismul intim al artropatiei isterice pare a fi o iritațiune violentă în celulele nervoase a cîrnurilor anterioare ale măduvei, care producînd un spasm și contractură musculară, determină deformațiunea tipică a bôlei. Și probă avem că prin sugestiune sau somnul chloromic, toate fenomenele dispar revenind în mod complet la starea lor normală.

Aci însă trebuie știut un lucru, că dacă bóla prin neglijență sau natura sa a devenit cronică, remedierea deformațiunii nu numai că nu e așa de ușora, dar rămâne permanentă și definitivă. De faptul acesta ne vom convinge la capitolul complicațiuni.

Baza fundamentală a artropatiei isterice este că orî cît de întinse ar fi deformațiunile, nu constatăm absolut nici-o alterațiune organică în articulație. Totul recunoșce drept cauză o contractură spasmodică a mușchilor și o hiperestezie exagerată a pielii. Aceste două elemente sunt factorii cei mai principali ai bôlei, fără de care dînsa nu pôte exista.

Simptomatologia. Afecciunea este eminamente proprie sexului feminin. Charcot însă a arătat multe cazuri dezvoltate și pe bărbați. Genuchiul și articulația coxo-femorală, formeză sediul de predilecție al acesteia bóle. Sunt însă și alte articulațiuni cari pot fi coprinse.

Personal posed un exemplu a unei tinere fete cu artropatie isterică, al cărui sediū era articulațiunea pumnului. Mîna era într'o flexiune exa-

gerată. Corecțiunea se obține foarte ușor când bolnava era distrată, iar noi printr'un masaj superficial, reușeam a da organului pozițiunea normală.

Dar iată după Charcot statistica acestor artropatii. Dintre artropatiile isterice, aceia a genuchiului ȳice autorul e cea mai frecuentă. Pe un total de 70 casuri, artralgia a ocupat de 38 de ori genuchiul, de 18 ori cóspsa, de 8 ori pumnul, dn 4 ori umérul și de 2 ori gátul pumnului.



Fig. 197. Altralgie isterică a genuchiului. Atitudinea de flexiune a întregului membru inferior (P. Richer)

Am arătat modul cum se presintă artropatia isterică. Câte-o-dată membrul este într'o flexiune atât dn exagerată, în cât gamba e cu totul lipită de cóspsă precum se arată în fig. 197 luată din *Le Dentu*.

Alte dăȳi însă constatăm extensiune forțată a membrului transformat într'o adevărată bară rigidă.

Dar ori care ar fi deformațiunea, nu constatăm nici-o schimbare în culórea normala a tegumentelor, afară póte de mici leziuni produse prin acțiunea óre-căror topice ca aplicare de visicători, t-ră de jod, puncte de foc, etc., etc. Cel mult vom constata o culóre caracteristică de un albastru deschis, datorită unei staze venóse sub dependența unei vaso delatări de natură isterică.

Elementul esențial al acestei afecțiuni este *o durere excesivă*, de care se plânge bolnavul. Acéstă durere, unită cu *contractura musculară* constituie cele două semne ce forméză baza fundamentală a artropatiilor, artralgiilor saú artrodiniilor isterice.

Lucru iarăși de notat este că, acéstă durere nu-și are sediul în

interiorul articulației, și nici în părțile moi circumvecine, ci ocupă exclusiv tegumentul extern. Avem cu alte cuvinte o iperestezie exagerată a pielii. Semnul acesta patognomonic a fost deja dat de Brodie, care a și provocat legătura numelui său cu bóla. Și cu atât mai exagerată este această iperestezie durerósă, cu cât bolnavul primesce și urmăresce examenul nostru. În asemenea condițiuni de multe ori cea mai ușoră explorațiune devine imposibilă. Fapt curios al acestui fenomen de natură cu totul psihic, este că, pe când bolnavul nu suferă cea mai ușoră atingere, el este insensibil la înțepături, precum și la aplicare de corpi caldi pe tegumente.

Prin cercetări minuțioase s'a ajuns a se determina adevărate figuri geometrice a acestor iperestesii cutanate de natură isterică. Ast-fel de ex: pentru coxalgie, Gilles de la Tourette dă următórea formă geometrică de iperestezie cutanată. Un teritoriū reprezentat printr'un fel de triunghiū, al cărui vîrf ar fi la rădăcina burselor, sau la începutul muntelui Venus la femee; iar basa lărgindu-se din ce în ce mai mult ia o direcție paralelă cu îndoitura cóspei, care forméză centrul direcțiunei. De aci se dirige în sus, înconjurând regiunea fesieră și mergênd să se implanteze pe sacrum, copleșind câte-o-dată teritoriī fórte sus, până la regiunea ipogastrică.

Pentru genunchiū linia de iperestezie se limitéză în mod circular la un lat de mână d'asupra și de desubtul liniei articulare, ridicându-se tot-d'a-una ceva mai sus către rădăcina membrului.

Pe gâtul piciorului iperestezia e reprezentată printr'o bandă circulară în jurul articulației, iar la umăr ocupă epoletul și o parte din braț.

Personal am observat o bandă de iperestezie cutanată la pipăit, însoțită de anestezie complectă la înțepături, în cazul deja citat la început și observat cu d. Dr Obregia.

Cât privesce al doilea semn patognomonic, reprezentat prin contracturile musculare, dînsul póte să ocupe nu numai un anume grup de mușchi, dar și toți mușchii membrului. De aci deviațiuni și diformități ce nu corespund la nici o regulă fixă a unor leziuni organice ale articulației.

În adevăr, în artritele organice, precum sunt cele tuberculóse, blenoragice, sifilitice, etc., observațiunea clinică a arătat, că aprópe fără excepțiune, mușchii extensori sunt cari se găsesc atinși de atrofie, de unde resultă și o predominență a flexorilor. Efectele sunt deformațiunile clasice ale membrelor, ce se pun în atitudinī de flexiune mai mult sau mai puțin pronunțate. În isterie din contra, sunt mușchii flexori cari se găsesc degenerați, de unde atitudinī inverse. Mai mult de cât atât, aceste atrofii n'au nici o regulă fixă, așa că adesea toți mușchii unui

membri pot fi atinși de degenerescențe în diferite grade. De aci vor rezulta deformațiuni atipice, ce nu vor corespunde cu nici o leziune articulară. În artritele organice, ține Gilles de la Tourette, citat în *Le Dentu*, atrofia atacă mai ales mușchii extensori ai articulației, și anume: fesierii în coxalgie, și tricepsul în gonalgie.

Dar Charcot a arătat, că într'o artralgie a genunchiului s'au găsit atrofiați mușchii flexori ai gambei ca și aceia ai cõpsei, și în special bicepsul, cari erau manifest atrofiați.

Boeckel de asemenea, într'un cas de coxalgie a găsit că, în locul fesierilor, erau mușchii gambei copleșiți de degenerescență.

Dar orî-care ar fi felul iperesteziei și contracțiunii musculare, ce formeză baza artropatiilor isterice, ele au acest lucru caracteristic, că ne oferă prin excelență fenomene extra articulare, lăsând adică articulația propriu ȃisă cu totul intactă. Și probă este că, orî cât am insulta articulația prin mișcări brusce și repetate, nu determinăm nici o durere sau contractură musculară; totul e superficial, totul e para-articular.

Pentru a termina cu simptomatologia, să reamintim un fenomen foarte curios, ce nu se găsește de cât la isterici. Este vorba de trosniturile articulare fără leziuni, observate pentru prima oră de Féré și Quermonne, a căror descriere o reproducem în tocmai din *Le Dentu*. «Acele trosnituri articulare sunt un fenomen foarte banal ce un isteric, dacă odată le-a perceput, poate să le cultive și să le desvolte într'un grad în adevăr extra-ordinar. La bolnavul nostru, mișcările de circumducțiune ale umerilor, provoacă un șgomot extra-ordinar (vacarme) indiscriptibil, putend fi audīt de persoane la mari distanțe. Dacă aplicăm mâinile pe cei doi umeri, simțim aceleași frecări cu o intensitate considerabilă. Dar aceste senzațiuni tactile sunt aproape tot așa de bine simțite pe stern, pe colona vertebrală, ca și pe epolet. Dacă examinăm lucrurile mai de aproape și dacă în loc de a lăsa pe bolnav să producă el însuși trosniturile, provocăm mișcări limitate umărului în toate sensurile, ajungem îndată să ne convingem că, articulația umărului în ea însăși nu este sediul de cât a unor frecări foarte puțin intense și cari nu există de cât în unele mișcări forțate. Sediul principal și poate unic al marelui trosnituri șgomotoase audītă la distanță, este sub omoplat. Șgomotele se petrec în adevăr în bursa seroasă sub-scapulară, și se propagă prin mijlocul oșelor în totă întinderea cavității toracice. Pe lângă acesta, când bolnavul nu este sub impresiunea unui examen, și face mișcări normale pentru a lua un obiect, de obicei nu audim nici un fel de șgomot.

Chipault a observat și el un cas analog la o tînără fată atinsă de coxalgie isterică. Dînsul a descoperit că șgomotul era datorit unei

frecări a mărgineii inferioare a mușchiului marele fesier și și a bursei seroase subjacente, pe vârful ischionului.

Mersul și terminațiunea. Dacă în imensa majoritate a casurilor aparițiunea bôlei e bruscă și tot ast-fel și disparițiunea sa, sunt însă casuri când afecțiunea din pasageră devine permanentă. Atunci și leziunile își schimbă caracterul lor, căci din para-articulare pot deveni intra-articulare și organice.

Charcot a arătat o artropatie istero-traumatică a genunchiului dându-se de 7 luni, precum și o coxalgie isterică la un bărbat, durând de 3 $\frac{1}{2}$ ani și încă nevindecată. Alți autori au arătat casuri, cari au avut durata de mai mulți ani.

Am vădit că de multe ori geneza unei artropatii se datorează unui traumatism. Dar tot traumatismului revine câte-odată recunoștința bolnavului de a se vindeca de afecțiunea sa, de ore-ce simptomele dispar în același timp și în mod brusc sub influența aceluiași factori cari le-au provocat.

În 1834, povesteste Brodie, am fost consultat pentru o tînără fată care suferea de o afecțiune isterică, simulând o bôlă a articulațiunei còpsăi. Fenomenele morbide persistase fără cea mai mică schimbare în timp doi ani. Într'o noapte, întorcându-se în patul său, dînsa spune că a încercat o senzațiune ca și cum ceva ar fi cedat în còpsă. Din acel moment a fost cu totul vindecată.

Un alt exemplu, de asemenea povestit de Brodie și în care traumatismul curator a fost real, este următorul. E vorba iarăși de o tînără fată atinsă de coxalgie isterică. Dînsa fiind călare pe un măgar, cade, trecînd pe d'asupra capului animalului. Tótă greutatea corpului se aplică pe gamba bolnavă. Imediat bolnava încercă o senzațiune ca o rupere, ca și cum ar fi cedat ceva în articulațiune. În același timp dînsa simte o durere foarte acută, dar care nu a durat de cât foarte puțin timp. A fost pusă din noie pe măgar și a putut să facă un drum mai mult ca o leghe (4 kilometri). Spre marea sa surprindere, durererea ce încercase până acum dispăruse cu totul, și n'a mai revenit nici o dată. Dînsa urcă și scobóră scări fără cea mai mică dificultate și fără dureri. Ea pòte să umble pe jos un drum lung și într'un cuvînt, se servă de gambă tot așa de liber ca și de cea-laltă (Le Dentu).

Dar acestea forméză casuri excepționale. Regula este că o artropatie isterică, de și din când în când ne oferă remisiuni sau ameliorări, neglijată însă pòte să se înșoțescă de alterațiunii organice foarte înaintate, transformând atitudinea pasageră într'o atitudine permanentă și progresivă.

Între acestea avem retractiuni puternice fibro-tendinoase, cicatrice

parțiale a ruperilor tendinose, și în fine desvoltare de țesut modular cu putere retractilă în țesutul celulo-gresos și celelalte organe din jurul articulației. Tóte acestea fac ca deformațiunea artropatiei isterice să devie permanentă, și să nu se mai pótă corecta nu numai prin sugestiune, dar chiar și prin anestezie cloroformică.

Leziunile pot merge și mai departe. În adevăr, Ollier a arătat în mai multe artralgiї isterice degenerescențe fórte profunde, atât în cartilagiū, membrane sinoviale, precum și chiar în substanța compactă a osului și a canalulnī medular, întocmai ca și în diferite artrite organice și specifice. În asemenea casurī bóla ia un caracter malign, în sensul totalei compromiteri a membrului.

Artrita uscată.

Iată o afecțiune a cărei patogenie încă este discutată. Singura teorie admisă ađi este cea dată de Bouchard, care atribue artrita uscată unei degradațiunii organice, fiind ea însăși sub dependența unei diateze reumatismale.

Opiniunea lui Quenu e singura în circulație. Artrita uscată, ȃice acest autor, este o bóla de disgrație (déchéanche) a organismului, disgrație care póte să fie generală sau localisată la un membru, și chiar la un segment din membru. La acesta însă nu trebuie să uităm o anume predispoziție a individului, grație căreia orī-ce afecțiune articulară póte să degenereze într'o artrită uscată.

La un individ ast-fel predispus, o artrită blenoragică, sifilitică, tabetică, etc., sau chiar o simplă contusiune a articulației, póte fi punctul de plecare al unei artrite uscate. Dar în ce constă această predispoziție, sigur nu se scie.

Unī autorī ca Veber, Charcot, etc., au emis ideia că artrita uscată este și ea o artropatie trofo-nevrotică, dar fără să se fi putut arătă sediul și felul leziunii nervóse. Dar orī-cum ar fi, noi să vedem cum se manifestă această artrită uscată, fie ea sub dependența unei diateze reumatismale, a unei denutrițiunii locale sau alterațiunii nervóse.

Aparițiunea acestei bóle este tórte înșelătoare. Dinsa este apanagiul ómenilor în vīrstă. Pe nesimțite, bolnavul observă óre-care jenă fórte ușóră în articulație, însoțindu-se de trosniturī mai mult sau mai puțin marcate. Dar acesta nu-l împedică de a uza de membrul sēū, plīngēndu-se cel mult de o obosélă neobičnuită. Cu timpul însă réul progreséză, în sensul că articulația capătă din ce în ce un volum mai mare, însoțindu-se de nisce deformațiunii cu totul bizare, constând în

ridicături pronunțate, formând în articulație unghiuri ascuțite, altele obtuse, iar pe alocurea depresiuni pronunțate.

Ceia-ce caracterisă artrita uscată, este predominanța elementului ipertofic, ce se constată nu numai în părțile osose, dar și în cele moi.

Ast-fel avem producțiunii osteofitice colosal de mari, cari ocupă atât extremitățile oșelor cât și diafizele. Țesutul cartilagos de asemenea intră în exuberanță și ia proporțiuni exorbitante, dând naștere acelor producțiuni cunoscute sub numele de encondrose. Acastă ipergenese cartilagosă se infiltrază și copleșește toate părțile moi, ca ligamente, tendone, aponevrose, mușchi, etc. Ele fiind copleșite de acești noduli cartilagos, sunt forțate a lua aspectul ipertrofiant. Până și însăși sinoviala articulației o găsim îngroșată, umflată și prevădută de enorme fongosități, infiltrate de nucleii cartilagos. Fie-care din aceste frange ale sinovialei dă la rîndul său naștere la vilosități secundare, iar acestea la altele terțiare, așa că ia aspectul unor rămuri de arbori, de unde numele dat de Müller de *vegetațiunii dentritice sau arborescente*. Când aceste producțiuni se găsesc infiltrate de grăsimi, poartă numele de *lipom arborescent*.

În definitiv, în artrita uscată pretutindenii și în toate organele găsim exagerațiunea elementului osos și cartilagos. Acesta depus pe oșe și țesuturile fibröse, copleșește și infiltrază toate părțile constitutive ale articulației, dând tuturilor țesuturilor o creștere de volum, o ipertrofie demăsurată.

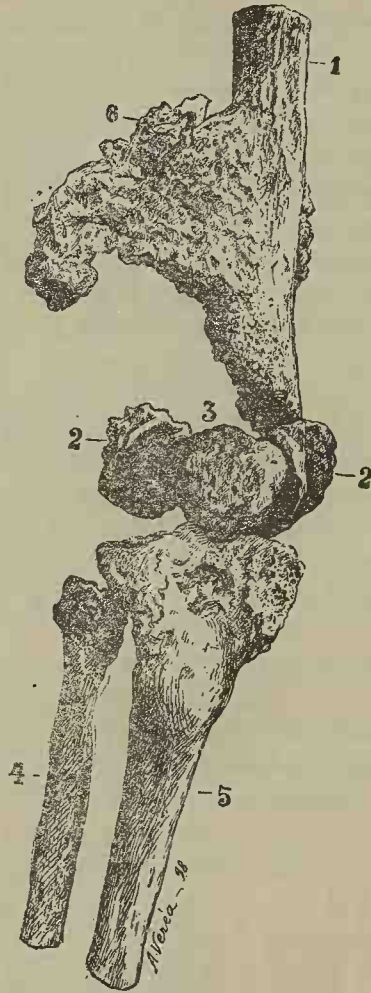
Până și însăși vasele și nervii pot fi copleșiți de acest element ipertrofiant și distructiv. În urma creșterii exagerate a osteofitelor și encondroselor, deformațiunea articulației devine extra-ordinară și în afară de orî-ce descriere. Și cu toate acestea tegumentele își păstrează coloroa normală, iar individul încă poate să useze de membrul său, de și nenumăratele ridicături osose par a fi pe punctul de a perfora pielea.

În mijlocul acestor desorganisări, fragmente mai mult sau mai puțin mari de osteofite sau encondrose se rup. Ele cad în închietură și formază tot atâția corpi streini. Une-orî dinșii sunt așa de numeroși, în cât articulația ar păria transformată într'un adevărat sac plin cu pietre sau nuci.

Artrita uscată își manifestă tipul său clasic în articulația genunchiului său còpsei, cari prin deformațiunile ce produc, legitimază în destul vechea numire foarte semnificativă de *coxartrocace și gonartrocace*.

Am avut ocaziunea să observ un tip de acastă artropatie uscată a genunchiului, la un bătrân în spitalul Colțea. Acest individ transportat la ospiciul Pantelimon, Dr. Vrabie i-a făcut amputația còpsei. După amputație, macerând articulația, Dr. Vrabie mi-a trimes scheletul pe

care îl reproducem în fig. 198, formând un exemplu clasic de ipergenese țesutului osos prin osteofitele ce ne oferă.



Fi. 198. Tip de artrită uscată a genunchiului.

1, Femurul; 2, 2, condiliile femurului; 3, rotula; 4, peroneul; 5, tibia; 6, producțiune ipertrofiantă osasă dezvoltată pe femur și însoțită de uzura și distrugerea părților constitutive a articulației. (personală).

Diagnosticul general al artropatiilor nervoase.

Din cele arătate și modul evoluțiunii fie-cărei din aceste artrite, diagnosticul în general nu este greu. Elementul principal îl avem în sex și etatea bolnavului, plus antecedentele și examinarea minuțioasă a sistemului nervos cerebro-spinal. În adevăr, dându-ni-se o femeie sau chiar un bărbat cu o contractură bruscă a unei articulații, nu vom ezita a arăta origina isterică a acestei afecțiuni, dacă mai ales antecedentele, stigmatele isterice și disparițiunea fenomenelor prin sugestiune, ne vor veni în ajutor. Casurile însă devin mai dificile și une-orî chiar imposibile, când bóla e veche și alterațiunile după cum am arătat, în loc de a fi pasagere devin permanente. Aci numai cloroformul, prin anestesia generală și complectă a individului, póte lámuri chestiunea (?) Când însă la o artrită isterică se adaugă și un element cu adevărat organic ca de ex.: o artrită tuberculósă, blenoragică sau orî-care alta de natură infecțioasă, diagnosticul devine de o subtilitate și delicateță fórte mare. În adevăr am cauza un prejudițiu fórte vêtămător bolnavului, dacă o adevărată coxalgie sau tumoră albă a genuchiului am lua-o drept artropatie isterică.

Este imposiibil a da o descriere minuțioasă și diferențială a unor asemenea casuri, mai ales când pe lângă leziunea organică se adaugă și elementul isterie, formând un grup numit *artropatiă istero-organice*. Aci, practica, bunul simț și sagacitatea chirurgului, vor fi singurile capabile a rezolva chestiunea. În orî-ce cas, e de preferat să ne înșelăm în rău de cât în bine; va fi mai mult în folosul bolnavului să luăm o isterie drept coxalgie, de cât acésta drept isterie (?)

Artropatiile tabetice se vor recunósce iarăși după sex și etatea individului. Numai începe îndoiială că, un ataxic ajuns în períoda tabetică și oferindu-ne manifestațiunii articulare, diagnosticul se impune de la sine, și numai are trebuință de nici-o demonstrație. Nu este tot ast-fel când artropatia e premergătóre ataxiei. Aci de multe orî ne putem înșela.

Am arătat deja cazul individului G. a căruî ataxie a fost anunțată cu un an înainte, printr'o artralgie a articulației tibio-tarsienă. Ce vom đice decî de un individ care s'ar plânge de dureri într'o articulațiune a piciorului, a cópseî, a umérului, etc.? Are el o artrită specifică, fie tuberculósă, blenoragică, sifilitică, reumatismală, sau đinsa e o artrită premergătóre a ataxiei? Intrebare la care de multe orî e greu a răspunde.

Examenul minuțios al bolnavului din punctul de vedere al siste-

mului nervos, ca examinarea pupilelor, a reflexelor, a diferitelor altor crise nervoase, precum cistalgiile, gastralgiile, etc., ne vor fi de mare folos.

Acésta însă nu exclude ca atențiunea noastră să nu fie pusă în joc, spre a vedea dacă individul nu e blenoragic, sifilitul, tuberculos, reumatic, etc.

În toate aceste afecțiuni ca și în artropatia tabetică, am vădut că la început există un epanșament intra-articular; deci deosebirea între dînsele e foarte grea. Dacă circumstanțele ne permit, o puncție exploratrice devine hotărâtoare, prin faptul că în imensa majoritate a casurilor, în artropatia tabetică vom extrage un lichid sanguinolent, iar în cele-lalte un lichid clar.

Dar și atunci încă chestiunea de rezolvat este, dacă această emartrosă nu e în legătură cu un neoplasm articular, în special un osteosarcom. Cu atât mai mult ni se împune această întrebare cu cât emartrosia artropatiei se poate însoți de un edem periarticular, precum și de dezvoltarea unei circulațiuni venoase foarte pronunțată ca și într'un sarcom. Dar osteosarcomul ne va oferi o hipertrofie a extremităților osoase însoțită de dureri, ganglionii corespondenți și cașexia individului; lucru ce lipsesce în artropatia tabetică.

Indoiala însă va dispărea în perioada de confirmare a bolii, când artropatia tabetică se va confirma prin caracterele sale esențiale, de a fi pretutindeni copleșită de elementul atrofic, în special a părților osoase și de deformațiunile consecutive. Dar și aci încă se mai cere un diagnostic special, a nume dacă ne aflăm în fața unei artropatii pure mielitice sau siringo-mielice. În majoritatea casurilor, artropatiile tabetice ocupă membrele inferioare, și au o tendință la simetrie și multiplicitate, pe când artropatiile siringo-mielitice se limitează mai tot-d'una la una sau două articulațiuni de la un singur membru superior.

În fine, artrita uscată se va deosebi de cele-lalte prime, prin etatea individului care va fi înaintată, iar secundo prin caracterele sale patognomonice, de a ne oferi pretutindeni elementul hipertrofiant și lipsă de epanșament articular. Aceste fenomene sunt absolut inverse de ale artropatiei tabetice cu care singură s'ar putea confunda.

Trebue însă să știm că une-oră există forme mixte de artropatii tabetice hipertrofiante ce s'ar putea lua drept artrită uscată.

Timpu însă ne arată că acesta nu este de cât o pseudo-hipertrofie, de ore-ce mai târziu adevărata artropatie tabetică își manifestă caracteristica sa de a se rezolvi într'un proces atrofiant cu semnele sale patognomonice, precum invers o artrită uscată, dacă la început pare a

fi atrofiantă cu timpul însă își revine la adevărata sa formă, ca să dicem ast-fel fiziologică.

Prognosticul. Tóte aceste artropatii sunt grave, afară numai de cele isterice. Dar și acestea cu reserva de a nu se complica, și mai ales de a nu fi mult timp neglijate, căci atunci devin și ele tot așa de grave ca și congenererele lor. A mai insista asupra acestui punct credem cu desăvârșire de prisos, date fiind noțiunile de anatomie patologică ce am studiat.

Tratamentul. Nu avem aprópe nimic de făcut contra afecțiunilor tabetice. La început putem lupta pe cât posibil contra deformațiunilor și mișcărilor anormale, prin bandaje inamovibile sau aparate ortopedice.

Dacă idartrosa e mare, putem scóte lichidul prin aspirațiune.

Am făcut cu prof. D-rul Obreja puncția cu Potain pentru o artrită tabetică (genuchiul stâng), de unde am scos un lichid sanguinolent fără să aduc nici-un prejudiciu bolnavului. Rezeccțiile trebuesc evitate, căci sudura óselor nu se obține la tabetic, și decí pe lângă neobținerea nici unui rezultat, putem periclita viața bolnavului prin accia că ataxicií sunt fórtre predispuși a-și complica plágile de septicemie. In cazul extrem, cel mult putem recurge la amputația cópsei, dar și acésta cu rezervă.

In casurí de artrite tabetice complicate de infecțiuni, putem recurge la artrotomií, pentru a evacua puroiul și a practica spălăturí antiseptice, dacá, bine înțeleș, starea generală a bolnavului permite, și încă fără a fágădui mult. In artritele uscate tratamentul e paliativ, constând în diferite aparate ortopedice și de protecțiune, spre a evita diferitele complicațiuni traumatice. S'a recomandat rezeccíile în artritele uscate, dar rezultatele au fost fórtre mediocre. Pe de o parte că operațiunea nu se póte face în mod tipic, iar pe de alta că individul aprópe nu profită nimic.

Când artrita uscată ocupă genuchiul orí piciorul, cotul orí pumnul, noi recomandăm, dacá e vorbă de intervențiune, a practica d'a dreptul amputația.

Artritele isterice cer un tratament, cel puțin la început, cu totul special, și a nume: imediat ce prin cloroform ne-am convins de natura artropatiei, nu trebuie să fim tentați a imobilisa membrul în pozițiunea sa normală, căci acésta devine prejudiciabil bolnavului.

Experiența a demonstrat, dice Gilles de la Tourette, că acésta terapeutică este absolut defectuóasă. In adevăr, o asemenea mobilizare físică nu distruge elementul spasmodic; din contră înfluențăm în mod psihic pe bolnav la o nouă contractură. Și drept probă avem că, dacá după un timp óre-care ridicăm aparatul, constatăm mai tot-d'a-una că contractura e tot atât de activă ca și mai nainte, așa că numai sensul

în care dînsa se exercită rămîne modificată. Trebuie din contra să îndemnăm pe bolnav să se servescă de membrul sîu.

Brodie deja ştie: un artralgie care se silesce să-şi mişce articulaţiunea bolnavă, dînsa e mai mult ca jumătate vindecată. Decî, după corecţiunea membrului în urma anestisierii cloroformice, vom căuta prin masaj, ori sugestii, a îndemna pe bolnav a se servi de membrul sîu.

În cazul de artropatii inveterate, cînd reducţiia e imposibilă şi funcţionarea redusă, cel mai bun lucru este amputaţiia membrului, dacă circumstanţele permit. Iar atunci, cînd vom avea a face cu artropatii istero-organice, vom întreprinde tratamentul clasic al acestora.

Ruperea ligamentului rotulien.

Póte fi de cauză directă şi indirectă. Directă e atunci, cînd individul primesce o lovitură de baston, picior de cal, trecerea unei róte, etc., d'a dreptul pe ligament.

Se mai póte întîmpla ca o persónă din nebagare de sémă să se loviască cu genunchiul de marginea unei mese, de colţul unui scaun, etc., În asemenea caz, trauma aplicată direct pe ligament, îl póte rupe. Dar aceste ruperi directe sunt excesiv de rare, şi se cere o predispoziţie reprezentată fie printr'o diateză generală ca reumatismul, artritisul, etc, sau o alteraţiune specială a ligamentului.

Ruperea indirectă este cînd individul ameninţat să cadă, sau în timpul executărei unor figurî de gimnastică, el întrebunţeză o sfortare mare şi bruscă, puind gamba în iperextensiune pe cósă. Ligamentul rotulien se póte rupe în trei puncte: în punctul de inserţiie al rotulei, la partea sa de mijloc, sau la inserţiunea sa pe tuberositatea tibială.

Simptomele. Se rezumă în următoarele trei semne: I). Impotenţa funcţională, manifestată prin aceia, că individul nu mai póte merge înainte, ci numai înapoi, şi încă tîrîndu-şi piciorul pe pămînt; II) că bolnavul pus în decubit, nu-şi póte ridica călcăiul pentru a'l depărta de pat; în fine III), care forméză semnul patognomic, este o depresiune profundă între rotulă şi tuberositatea tibiei, depresiune cu atât mai pronunţată, cu cât gamba va fi flexată pe cósă.

Contracţiunea tricepsului nu determină o depărtare prea mare, de cât în cazul cînd aripele rotulei vor fi rupte.

Ruperea tendonului rotulien se observă în aceleaşi circumstanţe, avînd şi o simptomatologie identică de impotenţa funcţională, cu o depresiune supra rotulienă. Aci însă contracţiunea tricepsului va trage fórté mult capătul superior în sus, mărînd spaţiul depresibil, mai ales în flexiunea gambei. În plus putem avea şi ruperea fundului de sac tri-

capital și revărsare de lichid în articulație. Decî prognosticul e mult mai serios.

Tratamentul constă în a pune membrul în repaus și extensiune, putînd la rigóre recurge chiar la sutura directă a capetelor tendonului, divișat după principiile arătate în vol. II.

§ V. Fracturile rotulei.

Rotula este un os sesamoid, așezat în grosimea tendonului triceps. Acest tendon, după ce se înserează la baza rotulei, formînd tendonul rotulien, se continuă în jos, ocupînd fața anterioară a osului. Ajuns la vîrfurile rotulei, se fixează de dînsa printr'o lamă subțire. De aci îngroșîndu-se din nou, merge în jos pentru a se fixa pe tuberositatea anterioară a tibiei, constituind ligamentul rotulien.

Rotula stă sub influența directă a acestui tendon, căci mobilitatea sa și fixitatea sa, depinde după cum mușchiul triceps va fi contractat sau relaxat. Dînsul jîcă un rol important în mecanismul fracturilor, cum vom vedea.

O altă particularitate este, că rotula prezintă pe fața sa posterioară o crîstă verticală, bîntă, destul de pronunțată, ce o divide în două părți inegale: una externă mai mare, alunecînd pe condilul extern al femurului, și alta internă mai mică, alunecînd pe condilul intern. Întrîaga această suprafață este acoperită de cartilagi.

Pe fața anterioară a rotulei, pielea este cu totul mobilă, iar sub dînsa se află punga seroasă perotulienă, pe care deja am studiat-o.

În afară de aceste consecințe, trebuie să mai arătăm o particularitate absolut necesară pentru explicarea depărțerii fragmentelor în cazul de fractură. E vorba de *aripele rotulei*.

Există două aponevroze pentru rotulă: una care e prelungirea aponevrosei cîpsei, și alta ce aparține tendonului rotulien.

Prima aponevroasă plecată de la cîpsa, învelesce complet întrîaga articulație a genunchiului. Dînsa trece pe d'asupra rotulei, dar fără să adere; se fixează pe tuberositățile internă și externă a tibiei și pe capul peroneului, iar de aci se continuă în jos cu aponevroasa gambieră.

De desubtul acestei aponevroze de inveliș se află o a doua lamă aponevrotică, care nu înconjoară ca cea precedentă tot genunchiul, ci e limitată numai la fețele laterale. Această aponevroasă, care aparține tendonului tricepsului, numită încă și tendonul rotulien, constituie două fâșii fibroase destul de late. Dinsele plecate din laturile tendonului, acoperind rotula, se fixează pe mîrginele sale laterale, unde prezintă o mare gro-

sime, iar de aci se duc înapoi, înconjurând condilii și se fixéză pe capsula fibro-cartilaginósă, unde se însereză mușchiul gemeni.

Acéstă expansiune aponevrotică aparținând tendonului rotulien și distribuită precum vechurám, forméză *aripete rotulei*.

Fracturile rotulei recunosc trei cuase: *directe*, *indirecte* și *mixte*.

I). **Fracturile directe.** Aceste fracturi se produc fie în urma aplicării unui corp contondent, precum baston, piatră, lovitură de topor, etc., saũ prin isbirea acestuĩ os de un corp tare, precum zid, par, fier, masă, etc., în momentul când individul merge fără atențiune.



Fig. 199. Fractura transversală a rotulei cu două fragmente. Fig. 200. Fractura rotulei cu trei fragmente.

În asemenea circumstanțe, fracturile mai tot-d'a-una sunt transversale. Fórte rar linia de fractură este verticală. Linia de fractură póte fi mediană, împărțind rotula în două părți egale, saũ laterale, când fragmentele nu vor mai fi egale. Iarăși aceste fracturi pot avea două fragmente, une-orĩ trei saũ chiar mai multe, conform cu gradul violenței la care a fost supusă. Când fragmentele sunt mai multe de trei, fractura se ȃice cominutivă. Fig. 199 și 200 ne dau asemenea modele.

Dar care e mecanismul întim după care aceste fracturi se pot produce?

Am arătat la început că, rotula fiind sub dependența mușchiului triceps, dînsa va fi fórte mobilă când acest mușchiu este relaxat. Dar tocmai în stațiunea în picioare tricepsul e mai relaxat, și deci rotula mai mobilă. Ast-fel fiind, dînsa alunecă în momentul când s'ar lovi de un corp străin, saũ s'ar aplica asupra ei un corp contondent. Și fenomenul cu atât mai ușor se produce, cu cât fața posterióră a rotulei e provădută de un inveliș cartilagos, umețat de sinovie, care o face să alunece cu multă înlesnire. Mai avem încă și prezența unei pungĩ seróse, aședată imediat sub piele. Acésta de asemenea contribue la alunecarea corpului contondent.

Vedem deci că avem o mulțime de factori cari apără rotula de a se fractura.

Din punctul de vedere teoretic, gamba fiind în extensiune pe cósă ceia-ce represintă stațiunea verticală a individului, rotula nu se pôte fractura, din cauză că, mușchiul biceps fiind în relaxare, dînsa fuge în fața violentelor exteriore. Dar rotula nu se pôte fractura nici în momentul căderii individului, de óre-ce în acest cas gamba fiind flexată pe cósă rotula se ridică în sus, iar individul atinge solul prin tuberositatea tibială. Și cu cât flexiunea gambei pe cósă va fi mai mare, cu atât rotula se va ascunde între condilii și prin urmare va fi inaccesibilă orî-cărui traumatism capabil de a o fractura.

După ultimele experiențe datorite în special lui Chapat, rotula devine fixă și deci capabila a se fractura în mod direct, numai când gamba va fi flexată cel mult în unghiul drept pe cósă. De aci rezultă că, cu cât unghiul de flexiune al gambei va fi mai obtus, cu atât rotula va fi mai fixată și deci mai ușor de fracturat în mod direct. Din contra, fractura va fi mai rară, când gamba va fi în unghiul drept pe cósă, și cu atât mai rar când unghiul devine ascuțit. Dar această condițiune se îndeplinesce fórte greú, căci în general când un individ umblă, dînsul își isbesce rotula de un corp strein, membrul fiind în extensiune, și deci în condițiunile cele mai desavantagióse pentru producerea fracturei; și cu tóte astea dînsa se efectuează.

Același lucru vom díce și de fracturile determinate în momentul căderii individului pe genuchiú. Aci iarăși căderea nici-o-dată nu se face cu o semiflexiune a gambei pe cósă, ci în unghiul drept și chiar ascuțit. Și cu tóte astea de și condițiunile pentru fractură nu sunt favorabile, totuși rotula se rupe. Cum dar se explică lucrul? Probabil fenomenul se produce în modul următor. În momentul unei lovituri puternice pe rotulă, individul prin instinctul de conservațiune căuta să se apere; el își pune deci gamba într'o ușóră flexiune făcând simultaneú și o mișcare înapói.

Dar tocmai în această situațiune rotula se fixéază, grație contractiunii tricepsului. Atunci lovitura putându-se direct aplica pe rotulă, o fracturéază. Vedem dar că aci intervin doi factori: pe de o parte contractiunea musculară, iar pe de alta trauma. De aceia și mecanismul este mixt, de unde și fracturile acestea sunt considerate ca *fracturi mixte*.

Tot același fenomen, cu multă siguranță, se produce și atunci când individul în mersul său, se isbesce de un corp dur. Și aci iarăși în mod instinctiv gamba se flexéază ușor, tricepsul se contractă, iar rotula devenind fixă se pôte rupe.

Să vedem acum mecanismul fracturilor rotulei când individul cade pe genuchii, având gamba flexată pe cósă.

Hévin credea că pentru acesta era necesar o flexiune puternică a genuchiului. În această atitudine rotula sprijinindu-se prin extremitățile sale pe condiliile femorale și tibiale, dînsa se isbesce de sol prin partea sa intermediară care fatal trebuie să se rupă. Ađi însă s'a demonstrat că, într'o asemenea cădere gamba fiind flexată pe cósă, rotula se ridică în sus, iar individul se sprijină pe sol nu cu rotula ci cu tuberositatea anterioară a tibiei.

Malgaigne susține că în general căderea efectuându-se pe o suprafață neegală, e probabil că rotula se isbesce de acești corpi proeminenți și ast-fel se fracturază, cu tótă situațiunea sa favorabilă a scăpa de acest accident. Astăđi tendința autorilor este a admite că tóte aceste fracturi în aparență directe, în realitate sunt indirecte. Eată mecanismul:

În momentul unei căderi sau loviturii, grație instinctului de conservare, se deșteptă în noi un act reflex foarte puternic, care determină o contracțiune așa de violentă a tricepsului, în cât rupe rotula. Cu alte cuvinte fractura s'a produs deja mai înainte de aplicarea traumei, sau căderea individului.

Acest mod de a vedea pare foarte rațional, confirmându-se une-oră și prin observațiunile clinice. În adevăr, sunt casuri de loviturii sau căderii pe genuchi fără să se observe cea mai mică leziune a tegumentului extern, ca și cum n'ar fi existat nici-o violență exterioară și totuși rotula e fracturată în tocmai ca în cele indirecte.

Boehr însă citat în *Le Dentu*, contestează contracțiunea musculară ca putând să jöce vre-un rol în asemenea circumstanțe. El pretinde că genuchiul fiind în flexiune în unghi drept, rotula este solid aplicată prin jumătatea sa superioară pe condiliile femorale; jumătatea sa inferioară însă rămâne suspendată, și se pune în contact cu solul și decă se rupe prin flexiune. Dacă tricepsul ăice Boehr ar juca în adevăr un rol activ, ar trebui tot-d'a-una să existe o soluție de continuitate a bazei rotulei, ceea-ce este foarte rar.

Concluziunea decă este: că adevăratele fracturi directe s'ar produce numai când individul stănd pe scaun și cu piciorul aședat pe sol, s'ar aplica o traumă asupra leziunii. Numai în această situațiune gamba fiind ușor flexată pe cósă rotula se găsește fixată prin contracțiunea tricepsului, și decă în imposibilitate de a fugi și a aluneca în fața traumatismului.

În căderea pe genuchii și în casuri de loviturii, individul fiind în picioare fracturile rotulei se produc printr'un mecanism mixt sau chiar

prin simpla contracțiune a tricepsului. Boehr singur e contra, prin teoria sa ce am enunțat.

II). Fracturile indirecte ale rotulei prin contracțiuni musculare.

Sunt cazuri incontestabile de fracturi ale rotulei produse prin contracțiunea violentă a tricepsului.

Ast-fel sunt următoarele observațiuni cari au rămas clasice.

Bichat spune că un soldat și-a fracturat rotula dând o lovitură de picior sergentului său. Hévin a văzut același accident producându-se la un dansator în timpul când se învârtea mai cu putere. Boyer spune de asemenea că un vizitiu și-a fracturat rotula în momentul când s'a ridicat brusc de pe capră. În fine se citează faptul unei tinere fete, care și-a fracturat ambele rotule la epoce diferite, în momentul unui efort de a nu cădea pe spate, etc., etc.

Sunt două teorii pentru explicarea mecanismului acestor fracturi: *acea a lui Malgaigne numită de extensiune sau smulgere, și a lui Boyer numită de flexiune.*

După Malgaigne, fractura prin acțiunea musculară rezultă dintr'o tracțiune bruscă ce se exercită pe rotulă în sensul vertical al axei sale. Într'o contracțiune violentă a mușchilor, cari aduc gamba în extensiune complectă pe copsă, rotula se găsește menținută pe tibia prin ligamentul rotulien, pe când tendonul tricepsului trage cu putere asupra ei. Atunci rotula în cele din urmă e silită să cedeze unei asemenea tracțiuni, în tocmai precum o cordă va trebui să se rupă când vom trage cu putere de ambele sale capete. Acest mod de a vedea însă e greu de admis, de ôre-ce experiențele cadaverice făcute de Fleuriot și alții ca Meserer, au arătat că fractura rotulei prin tracțiune nu se obține de cât la 350 chilograme.

Se susține deci că pentru producerea unor asemenea fracturi, se cere o predispoziție a individului sau o alterațiune prealabilă a rotulei.

După Boyer, fracturile indirecte ale rotulei se produc prin flexiunea osului. În timpul extensiunii, rotula e respinsă în afară și nu are cu condiliile femurului de cât un singur punct de contact. În această situațiune, ligamentul rotulien resistă cu multă putere el fixează osul și-l trage în jos și înainte; dar pe de altă parte tendonul tricepsului trage și el de rotulă în sus și înapoi.

În această situațiune, rotula așezată între rezistența ligamentului care o fixează de tibia, și acțiunea mușchilor dreptul anterior și tricepsul crural, dacă această acțiune este superiôră rezistenței rotulei, continuitatea osului va fi distrusă. (Boyer). Și unde se efectuează ruperea? În

punctul de contact ce-l are osul cu condiliile femurului; acolo rotula îndoindu-se se rupe tocmai precum s'ar rupe o cracă uscată pe care am îndoi-o.

Fenomenul acesta se va produce cu atât mai ușor cu cât se va adăuga în același timp și o flexiune a gambei pe cóspsă.

Ambele aceste teorii, de alt-fel singurile cari s'au dat, pot avea aplicațiunile lor, Ast-fel prin teoria lui Malgaigne ne putem explica fracturile produse în momentul unei propulsiuni brusce a piciorului înainte, voind a aplica o lovitură adversarului, precum a fost cazul lui Bichat cu soldatul.

Prin teoria lui Boyer ne explicăm mai ușor fracturile produse în momentul când facem o mișcare bruscă înapoi pentru a preveni o cădere pe spate. În cazul întâi am avea a face cu o extensiune forțată a membrului, iar în cazul al II-lea cu extensiunea însoțită de o flexiune a gambei pe cóspsă.

Simptomele. Primul lucru ce se produce în momentul accidentului, este că individul cade. Din cele arătate am văzut că majoritatea autorilor susține că individul cade fiind-că și-a fracturat rotula, iar nici de cum că fractura s'a produs în urma căderii.

Cu alte cuvinte, căderea este efectul iar nu cauza fracturei, căci acesta tot-d'a-una este indirectă, iar nu directă precum s'ar crede. Dar ori-cum ar fi, bolnavul odată căzut jos, el nu se mai poate ridica, sau cel puțin cu mare dificultate. De asemenea fiind pus în picior, el nu poate înainta; poate însă să meargă înapoi trăându-și piciorul. Causa e lesne de înțeles: pentru a merge înainte trebuie contracțiunea extensorilor, ce nu e posibilă; mersul înapoi însă e permis, căci se execută prin contracțiunea flexorilor. Tot din această cauză individul fiind culcat în pat, el nu e în stare să ridice călcâiul în sus; îl poate însă trage către sine trășindu'l pe pat.

Dacă fractura e simplă și fără nici-o complicație, putem cu ușurință constata, grație situațiunei sale superficiale, toate detaliile necesare ce o fractură e capabilă să ne ofere. Ast-fel vom percepe linia de fractură, care va fi transversală, verticală, oblică, etc., precum și numărul fragmentelor ce pot fi de 2—4 sau mai multe. După gradul de depărtare al tegumentelor între ele, vom putea a priori să spunem dacă fractura a fost directă ori indirectă.

În adevăr, cu cât această depărtare va fi mai mare, cu atât fractura a fost provocată printr'o contracțiune violentă a tricepsului. În fracturile directe depărtarea este foarte mică. Fenomenul însă nu trebuie luat în mod absolut, căci putem avea o depărtare foarte mare între fragmente și totuși fractura să fie de cauză directă. Ast-fel, dacă individul imediat

după accident se forțază ca să umble, atunci intervenind o contracțiune puternică a tricepsului, acesta va rupe aripele rotulei, după care fragmentul se va ridica foarte sus, deși fractura a fost directă și primitiv cu o depărtare mică.

Depărtarea fragmentelor între ele, este așî sciut și demonstrat până la evidență că, ține exclusiv la conservarea sa și distrugerea aripelelor rotulei despre care am vorbit.

Un elev al lui Hamilton, doctorul Girtner a probat acest lucru prin următorea experiență. Disecând rotula cu larga sa aponevrosă laterală, adică aripele, a tăiat transversal osul fără să atace aponevroasa. In acest cas a constatat că afară de o forță extraordinar de mare, nu a putut să ridice fragmentul superior de cât cu un centimetru și jumătate maximum 2 c. m. Din contră, divisând această aponevrosă, sa și aripele rotulei de ambele părți, a putut ridica fragmentul superior până la 7 $\frac{1}{2}$ c. m. Cunoscința acestui lucru are importanță și din punctul de vedere al prognosticului, căci de el depinde consolidarea sa și neconsolidarea fracturei.

Deja și Astley Cooper a făcut experiența următore care e foarte demonstrativă:

Dinsul secționază rotula unui câine în cruce. După o așteptare suficientă, constată că fragmentele superioare nu se reuniseră nici între ele, nici cu cele inferioare; din contra, acestea din urmă le a găsit unite între ele printr'un calus osos. Pentru ce? Pentru că aponevroasa sa și aripele rotulei fiind și ele secționate sub linia transversală, ce coprindea fragmentele inferioare, dinsa își pierde conexiunile cu tricepsul, așa că nu mai pôte să ia parte la contracțiunea acestui mușchiu. Decî fragmentele inferioare rămânend în loc, se pot consolida. Nu este tot astfel însă cu fragmentele superioare, învelite de aripele rotulei. Ele rămăind în continuitate cu tendonul tricepsului, suferă o dislocare la orîce contracțiune musculară. Din această cauză consolidarea nu se pôte obține, căci fragmentele se găsesc într'o continuă instabilitate determinată la fie-care contracție musculară.

Depărtarea fragmentelor între ele, numită și diastasă, pôte fi *primitivă, intermediară și secundară*.

Diastasa primitivă este aceea determinată în momentul accidentului. Dinsa e mică în fracturile directe, mai pronunțată în cele mixte și une-orî considerabilă în cele indirecte. Diastasa intermediară apare după accident, fie prin mișcări intempestive, fie prin revărsarea de sînge între fragmente. In fine, diastasa secundară apare mult mai târziu și recunoșce drept cauză retracțiunea lentă și progresivă a tricepsului, sa și a ligamentului rotulien. In cazul întâiu fragmentul superior va fi tras din

ce în ce mai sus, iar în cazul al II-lea vârful rotulei va fi târît în jos. Resultatul e același: depărtarea fragmentelor în sensul longitudinal. În afară de acesta, putem observa deplasări în lărgime, grosime și în unghi, după cum fragmentul superior va fi tras în afară, după cum fața sa anierioră va privi în sus, orî ambele fragmente se vor atinge pentru a forma un unghi.

Am ȳis că aceste semne le putem constata, c nd nu există nici o complicație. Se  nt mpl  în adev r, că în urma fracturilor rotulei să avem un enorm epanșament, în bursa serosă perotulienă, care masch z  apr pe complet semnele sale patognomonice.

Ac st  bursită acută provine, sau din umplerea repede a pungei, în urma unei contuziuni directe, sau din ruperea peretelui s u posterior, care fiind direct aplicat pe fața anterioară a rotulei, va corespunde just în nivelul liniei de fractur , fie ea transversală or  verticală.  n acest cas sinovia articulară, sau s nge, face erupțiiune în bursa perotulienă, care  ntinđendu-se la exces, acopere rotula, marc nd semnele de fractur . Dar în afară de acest lucru, constatăm adesea un epanșament pur articular, grație căruia articulația genunchiului se deform z  în mod colosal. Epanșamentul acesta p te să fie format numai din lichid seros, sau din s nge.  n cazul  nt iu avem idartros  acută, în cazul al II-lea emartrosă.

Ma  tot-d'a-una este emartrosa care apare și însoțesce simultaneu fractur .

Origina singelui în articulație se datoresce fie ruperei de vase periarticulare, sau  nșuși fractur i osului, care fiind spongios, d  s nge în cantitate destul de pronunțată. Faptul important în cazul de emartrosă este că, f rte repede după accident se constată coagularea s ngelui în articulație.

Langenbuch a găsit coagularea după 24 ore. Kocher a treia ȳi, Volkman a 5-a ȳi și Léon Labb  a 10-a ȳi.

Care e cauza acestei coagulațiunii repede în fractur , c nd se scie că epanșamentele sanguine, venite în urma unei contuziuni simple, s ngele p te să r m ie lichid f rte mult timp?

Riedel d  explicațiunea următore: Sinoviala ca și tunica internă a vaselor, exercită asupra s ngelui o acțiune, care se opune la coagularea sa. Pe c t timp dec  s ngele nu este în contact de c t cu sinoviala, adică at t timp c t nu există nici o comunicare a articulației cu țesuturile vecine, el r m ne lichid. De îndată însă ce articulațiunea comunică cu un focar de fractur , acțiunea sinovialei de îndată încetéză, iar s ngele nu  nt rđiaz  să se coaguleze.

Noi credem că probabil va fi în joc și acțiunea vre-unui microb, ce ar avea proprietatea coagulării.

Orî cum ar fi, prezența acestui epanșament e vătămătoare, căci nu numai că contribuie la depărtarea fragmentelor, dar interpunându-se între ele, împiedică consolidarea. De aceia Guyon preconiza evacuarea sa repede printr'un aparat aspirator.

Deja Malgaigne arătase că depărtarea între fragmente, se micșorează în acelaș timp cu resorbția epanșamentului. Hutchinson susține chiar că acest epanșament sanguin său emartrosă, jôcă un rol aprôpe exclusiv în diastasa fragmentelor.

Acéstă revărsare de sânge, une-orî nu rămâne în articulația ci se respândesc prin țesuturile vecine. Acésta se întimplă când fundul de sac superior al sinovialei se perforéză. Atunci sângele iese din articulație și peregrinéză pe distanțe mari ridicându-se pe còpsă său pogorându-se în fosa poplitee și chiar pe gambă.

Fracturile rotulei ne pot oferi escorațiunea pielei și chiar soluția sa de continuitate, constuind fracturile complicate. Une-orî întîlnim largi echimose înconjurând articulația. Ele provenind fie dintr'o contuziune forte, său din fractura unuia din condiliî femurului său ai tibiei.

Dacă acum explorăm regiunea bolnavă prin palpație, ne vom da sémă de depărtarea dintre fragmente, de mobilitatea lor, și în casuri excepționale de crepitații.

Relativ la acest din urmă semn, vom căuta a nu confunda crepitația bursăi seróse prerotuliene, său aceia dată de sfărâmarea coagurilor sanguini, luându-le drept crepitațiuni ale fragmentelor.

Primele vor fi fôrte superficiale, dându-ne senzațiunea ruperei unor bulgări de zăpadă, pe când secunde vor fi mai produnde, mai puțin fine și limitate, iar nu difuze și multiple.

Dacă acumulațiunea de lichid în articulație său bursa serósă lipsește, putem întroduce degetele între fragmente, să determinăm mobilitatea lor, și să pipăim condiliî femurului în tótă libertatea, ceia-ce va forma semnele sigure ale fracturei.

Diagnosticul. Din cele arătate deducem că, dacă fractura nu este însoțită de complicații, diagnosticul în general e ușor.

În adevăr, un enorm epanșament intra-articular, fie seros orî sanguin, o igromă acută prerotulienă, o inflamațiune difusă său flegmon peri-articular, vor fi tot atâția factori ce se vor opune la stabilirea unui diagnostic just. În asemenea condițiuni, semnele pozitive ale fracturei neputându-le constata, nu ne rămâne decât impotența funcțională a membrului. Dar acésta nu pôte fi de mare folos, de ore-ce dînsa e comună și acestor diferite complicațiuni fără fractură.

Pe de altă parte, noi trebuie să fim foarte rezervați de a imprima mișcări intempestive membrului, pentru a ne convinge de existența fracturii. În asemenea cazuri, imprimând de exemplu o flexiune a gambii pe cósă, putem provoca ruperea aripelor rotulei prin contracțiunea tricepsului, și să agravăm ast-fel fractura în mod considerabil.

Mai prudent este deci a aștepta rezolvarea acestor complicațiuni, ținând membrul în extensiune, sau cel mult a căuta să evacuăm cavitatea articulară sau bursa perotulienă de conținutul lor, dacă credem lucrul absolut necesar.

În cazurile simple însă, diagnosticul în general e foarte ușor, căci este cu totul excepțional a nu constata o depărtare între fragmente de cel puțin 1—2 c. m., care va fi suficient pentru demonstrarea faptului. Când această depărtare e mai mică sau imperceptibilă, e imprudent a merge cu investigațiunile mai departe, căutând, după cum recomandă unii autori, ca prin mijlocul unor înțepături de ac să ne convingem de existența unei asemenea linii de fractură.

E de preferat în asemenea cas a susține o fractură incompletă a rotulei, de cât a expune pe bolnav la diferite accidente ce pot deveni regretabile.

Astăzi cu mijlocul aparatului Röntgen putem, dacă e posibil, să ne convingem mult mai ușor de adevăr, și fără nici un prejudiciu pentru bolnav. În adevăr, numai ast-fel putem deosebi o simplă fisură sau o simplă contuziune a genunchiului de o fractură incompletă, unde erórea, după cum țice Malgaigne, este aprópe fatală. Mai trebuie încă să fim atenți a constata, dacă concomitent sau izolat, avem a face cu ruperea ligamentului rotulien, sau a tendonului triceps.

Mai avem încă un punct subtil de stabilit, și anume, dacă fractura constatată, fie ea transversală sau longitudinală, este directă sau indirectă.

Din punctul de vedere teoretic putem susține fără témă că, tóte fracturile rotulei sunt indirecte. Și cu atât mai afirmativ vom fi, când nu vom constata absolut nici eroziune, sau soluție de continuitate a pielei. Decí numai când acest fenomen va exista, vom putea, cel puțin de complezență, să admitem o fractură directă, de și din cele ce am vădut, aceste leziuni tegumentare pot fi considerate ca secundare, adică produse după ce fractura s'a efectuat.

Prognosticul este tot-d'a-una serios, de óre-ce în cazul cel mai fericit, individul rămâne cu o jenă funcțională a membrului aprópe permanentă. Și încă aci e vorba de fracturile rotulei simple, necomplicate și fără complicațiuni, căci alt-fel nu numai membrul póte fi compromis, dar și însuși viața bolnavului.

Factorul care înegrește prognosticul acestor fracturi, este lipsa de consolidățiunea ososă a fragmentelor.

Acésta absență de calus osos în fracturile rotulei este atât de constantă, în cât este admisă de toți autorii, considerându-se ca o excepțiune, saũ raritate științifică realizarea sa.

Un autor, numit Pibrac, oferea 100 napoleonii în aur aceluia, care ar fi prezentat o rotulă cu consolidățiune ososă.

Dupuytren, de și baron, era de sigur mai puțin darnic, când nu promitea de cât greutatea în aur a unei rotulei consolidate!

S'aũ invocat o mulțime de cauze pentru explicarea acestei lipse de consolidățiuni osose. Iată cele mai principale: interpunerea între fragmente a panicului adipos, ce se găsește în articulație; interpozițiunea coagurilor sanguine în cazul de emartrosă; diluarea elementelor calusului de lichidul sinovial, escretat în mai mare abundență de membrana sinovială a genunchiului; în fine vascularisațiune sărăcăcioasă a osului, precum și prezența la fața sa posterioară a unui strat cartilagos, ceia-ce face că puterea sa osteogenică lipsesce saũ e foarte minimă pentru a fi capabilă a produce un calus osos.

Dintre toate însă două cauze sunt mai principale:

1). Că periostul rotulei este foarte imperfect, și în orice cas enorm de subțire, înlocuit fiind prin aponevrozele deja arătate.

Rotula nu este îmbrăcată de jur împrejur de un periost analog cu a celorlalte oase ca femur, tibia, umăr, etc. În casuri de fractură a acestor oase, periostul menține fragmentele ca într'un fel de manșon, înlesnind și protejând depositul de limfă plastică, ce se depune între fragmente, dându-i posibilitatea a se transforma în cele din urmă în țesut osos.

Cu rotula este alt-fel: dinsa la fața sa posterioară este acoperită de cartilaj iar la fața anterioară de un țesut fibro-periostic ce anunțarăm. Deci în cazul de fractură, fragmentele nu sunt menținute nici protejate de nimic, și deci materialul necesar pentru consolidare se risipește în toate direcțiile.

Și dacă la acésta mai adăugăm și celelalte cauze enumerate mai sus, lesne ne explicăm lipsa reunirei osose în fracturile rotulei.

Cu toate acestea, observațiunile clinice sunt în contradicție cu cele expuse. În adevăr, s'a observat că fracturile cominutive și stelate ale rotulei, mai tot-d'a-una se consolidază prin calus osos. De asemenea, când secționăm rotuia transversal spre a străbate în articulație, saũ a face resecția după procedeul lui Volkmann, iar apoi suturăm fragmentele reunirea se obține printr'un calus osos.

Cauza decii a lipsei de consolidare ososă depinde de alt factor,

și anume, după cercetările lui Mac Ewen și Hoffa, de interpunerea între fragmente de lambouri din aponevroasa rotulei, a tendonului și chiar din fascia lată. Eată cum se exprimă Mac Ewen citat în Le Dentu :

Rotula măi puțin elastică de cât țesuturile fibro-aponevrotice cari o acopere cedeză cea dintăi, și cele două fragmente ale sale pot să se depărteze de 1—2 c. m. aprópe, fără ca învelișul fibros să se rupă. Dar aponevroasa incepe să fie trasă, întinsă la exces până ce finesce să cedeze și să se rupă în mod neregulat ; ruperea sa începe în general sub linia de fractură. Aponevroasa decă este divizată în lambouri sdrențuite, cari se vără în spațiul inter fragmentar, și unde sunt chiar impinse de presiunea atmosferică. Și cu atât măi mult și măi intim se vor aplica pe fragmente, cu cât ele rămân fixate de dințaturile acestora.

Hoffa a făcut și el ingenioase experiențe: El a văduț ca și Mac Ewen că lambourile tendinoase și aponevrotice pot să fie dispuse în mod diferit. Câte-o-dată e o perdea largă fibrósă ce atárnă înaintea fragmentelor ; alte dăți e vorba de limbulițe aponevrotice cari sunt atât de lungi că plutesc în articulație ; alte dăți în fine făși transversale umple spațiul inter-fragmentar, ele pot chiar să se vâre înapoiul fragmentului superior al rotulei.

Dar în afară de acésta nu trebuie să uităm și un alt agent iarăși foarte important.

Este vorba de contracțiunea mușchiului triceps. In adevăr une-oră dănsul determină depărțări așa de considerabile între fragmente, în cât le pune în condițiuni imposibile de a se reuni printr'un calus osos. Este destul a reaminti distanțe de 7, 8 și 10 c. m. pentru a înțelege de ce în fracturile rotulei calusul nu póte fi de cât fibros.

Dar absența unei reuniri osóse nu este tocmaș un prejudiciu mare, căci și un calus fibros póte asigura funcțiunile membrului ca și unul osos. Se cere însă ca distanța între fragmente să fie mică și anume de 2—3 c. m. căci atuncă calusul fibros având o grosime mare va fi capabil de a înlocui pe cel osos.

Răul este atuncă când depărțarea e prea marc, căci în acest cas calusul devine foarte subțire, măi ales către partea de mijloc și decă măi puțin propriu la buna funcționare a membrului.

Trbuie însă să scim că lucrurile se petrec alt-fel de cât ne-am închipui. In adevăr sunt o multime de observatiuni, unde indiviđi cu calus fibros al rotulci destul de lung, nu sufereaș mult în exercițiul membrului.

Velpeau a arătat un bolnav la care exista o depărțare de trei police și totuși mersul nu era împedicat.

Tillaux arată că la un vechiu fracturat de rotulă, cele două frag-

mente erau depărtate de trei laturi de degete și cu totul independente unul de altul, și totuși acest om, care era căruțaș, mergea foarte bine și nu se plângea de loc de funcționarea membrului său. În fine Le Fort arată și dînsul un samsar de cai, care de și avea o fractură a rotulei cu o depărtare considerabilă, își exercita însă această penibilă profesie fără multă jenă.

Din parte-mi am observat un cas pe un muncitor, care a intrat în serviciul meu pentru o altă afecțiune, dar care avînd o fractură veche a rotulei, exista o depărtare între fragmente de 10 c. m. legate printr'un cal fibros, fără să-i aducă vre-o jenă în mers.

S'a constatat că în asemenea casuri, se produce o hipertrofie a fibrelor laterale a tendonului rotulien, care transmite contracțiunea tricepsului, la gambă pe care o pune în extensiune fără a trece prin rotulă. S'a mai admis și intervențiunea mușchiului vast intern, vast extern și însuși tensorul fascia lată ale cărei numeroase fibre mergînd direct pe tibia, îi comunică mișcări de extensiune, fără să aibă trebuință de rotulă. Bine înțeles o jenă tot există, dară în orî-ce cas compatibilă cu necesitățile individului. Ceia-ce este greu de executat după Malgaigne și Gosselin, sunt mișcările de suire și coborâre a treptelor de scară.

Am arătat că indiviții cu un calus fibros foarte lung și subțire, și chiar cu absență totală de orî-ce reunire a fragmentelor, totuși își exercită în mod destul de convenabil buna funcționare a membrului.

S'a observat însă casuri foarte curioase, cari au dat naștere la o mulțime de discuțiuni. Este vorba de acei indiviți, cari deși posedă un calus fibros scurt și gros, ba încă chiar și o reunire a fragmentelor printr'o consolidare ușoară, totuși nu pot uza de membrul lor.

Pentru explicarea acestui fenomen s'a incriminat în special de Malgaigne, atrofia fibrelor musculare ale tricepsului. Opiniunea acesta a fost atât de profund gravată în spiritul chirurgilor, că toți și-au îndreptat atențiunea asupra ei, căutând pe de o parte să previe atrofia, iar pe de alta să asigure starea fiziologică a mușchiului. Acesta a și fost punctul de plecare al tratamentului fracturilor rotulei numai prin masaj.

Dar de unde provine această atrofie? Unii o puneau pe socotéla unei puternice contuziuni în momentul accidentului; alții pe o imobilizare prelungită a membrului, iar alții din revărsarea de sânge sau sinovie în interstițiile musculare, grație perforării fundului pe sac tricipital, sau în fine din cauza unei paralisii reflexe, etc., etc.

Hoffa însă a dat o explicațiune mult mai ingenioasă pe care o reproducem din Le Dentu: Causa esențială a paralisiei și a topirei repede a mușchiului, consta în epanșamentul genuchiului, în timpul resorbțiunei căruia fibra contractilă suferă în nutrițiunea sa. Limfaticele eferente ale

articulației străbat tocmai tricepsul, și produsele chimice de descompozițiune ale epanșamentului, cărora vasele le servă de conductor, pot să exercite acțiunea lor asupra mușchiului. Dacă alterațiunea acestuia a fost profundă, rămâne o atrofie durabilă; iar dacă nu, dînsa dispare, dar tot-d'a-una cu încetul și une-orî tocmai după mai mulți ani.

Astăzi însă se admite o altă cauză a incapacității funcționale cu totul străină de atrofia musculară, și anume în conservarea învelișului fibros, fibro-aponevrotic ce înconjoară articulația și care stabilește continuitatea mușchiului cu a ligamentului rotulien și inclusiv al gambei. Dar punctul de sprijin al acestui înveliș îl oferă jumătatea inferioară a feței anterioare a rotulei. De aci urmăzează că, impotența funcțională a membrului nu depinde de modul reunirii fragmentelor, ci de sediul liniei de fractură.

În adevăr, dacă linia de fractură se află mai jos de partea medie a rotulei, individul ar uza forțe imperfect de membrul său, deși depărtarea între fragmente e mică, deși calusul fibros e gros, deși în fine reunirea poate fi chiar ososă. Din contra, dacă linia de fractură își are sediul d'asupra porțiunii medii a rotulei, individul va uza în mod convenabil de membrul său și poate chiar ca și în starea normală, cu totă depărtarea cea mare ce există între fragmente, cu tot calusul fibros lung și subțire și poate chiar cu totă lipsa complectă de orî-ce consolidare.

Explicațiunea e ușoră. În adevăr, în cazul întâi, continuitatea transmisiunii contracțiunii tricepsului este distrusă, pe când în cazul al doilea e conservată.

Concluziunea practică este: cu cât fragmentul superior al rotulei va fi mai mic, cu atât funcțiunile membrului vor fi conservate orî care ar fi depărtarea între fragmente. Invers, cu cât fragmentul inferior va fi mai mic cu atât funcțiunea va fi compromisă, chiar dacă depărtarea va fi minimă și consolidarea ososă. Atunci însă, când fragmentele vor fi de egală mărime din cauza sediului liniei de fractură situată drept pe mijlocul rotulei, funcțiunile membrului pot fi influențate de distanța dintre fragmente, de lungimea, grosimea sau subțimea calusului fibros.

Aceste considerațiuni anatomice se găsesc justificate prin observațiunea foarte judicioasă arătată de Gosselin. Dînsul a observat că sunt casuri de fracturi ale rotulei în cari mușchiul de și bine conservat, totuși există o impotență funcțională; și din contra, există vechi fracturași, cari deși oferă o atrofie musculară a cōpsei și în particular a tricepsului, totuși au o putere de extensiune din cele mai remarcabile.

Trebuc. ȳice dînsul, să nu confundăm necontracțiunea tricepsului cu netransmisiunea contracțiunii sale.

Pentru el, impotența funcțională ține la disparițiunea momentană în aparatul rotulien și anexele sale, a condițiunei fiziologice speciale, care conduce într'un mod general funcționarea mușchilor vieței animale. Pentru ca mușchii să funcționeze în mod convenabil, se cere integritatea pârghiilor ce trebuie să miște, sau cel puțin absența oricărei reacțiuni dureroase a acestei pârgii.

Un alt autor Choux, iarăși citat în Le Dentu, susține ca și Gosselin că insuficiența extensiunei este datorită nu atrofiei tricepsului, dar imposibilităței fiziologice momentane în care se găsește mușchiul, de a lucra cu eficacitate asupra fragmentului inferior.

Iată dar ultima teorie pe care o credem cea mai logică, sub dependența căreia se află conservarea, micșorarea sau abolițiunea funcțiunei membrului în urma fracturii rotulei. Este bine înțeles că și ceilalți factori nu contribuie mai puțin. O depărtare prea mare între fragmente, un calus fibros lung și subțire, o lipsă absolută de oricare consolidare, o atrofie musculară, dezvoltarea unei artrite consecutive, etc. va avea fie-care influența sa asupra funcțiunei ulterioare a membrului. Dar încă o dată, cauza principală stă în sediul liniei de fractură, căci de dînsa depinde conservarea sau distrugerea pârgiiei de transmisiune a mușchiului, fără de care contracțiunea sa oricât de energică ar fi, neputînd însă ajunge la locul destinat, mișcarea de extensiune a gambei pe cîpsă nu se va putea obține și deci funcționarea regulată a membrului va fi împedicată oricînd.

Concluziunea generală însă este că, fractura rotulei e urmată de consecințe supărătoare pentru bolnav, atît din cauza celor expuse mai sus cît și din aceea că individul e condamnat a nu-și relua ocupațiunile de cît minimum după 3—4 luni, și atunci încă înconjurat de cele mai mari precauțiuni pentru a evita următoarele două accidente, și anume: fractura celei-alte rotuli sau ruperea calusului fibros din cauza mersului nesigur ce va avea. În adevăr, individul căutînd a-și ține echilibrul, este expus a face contracțiuni violente în membrul sănătos pentru a evita o cădere sau lovitură. Dar în acest timp, contractîndu-și cu violență mușchii opuși, își poate determina fractura rotulei sănătoase.

Malgaigne explică această fractură dîcînd că, slăbiciunea gambei rupte îndeamnă în mod instinctiv pe bolnav să-și transmită pe cel-l'alt membru totă greutatea corpului, mai ales în sforțurile energice. Atunci rotula se obosesce, iar cu timpul finesece și ea însăși prin a se rupe.

Dară accidentul mai comun este cînd individul își rupe calusul fibros al vechei fracturii. Acesta formeză ceia-ce se numește *fractură iterativă* a rotulei cînd calusul în totalitatea grosimei sale se rupe.

Dar tot fractură iterativă este și atunci când nu calusul ci însăși rotula se rupe într'un alt punct diferit de fractura primitivă.

Iar când se produce numai o distensiune forțată a calusului său numai ruperea parțială a unora din fibrele sale, atunci avem ceia-ce Gosselin numește *entorsa calusului*.

Pentru a termina cu acest capitol vom țice că, fractura rotulei va avea un prognostic și mai serios dacă va fi complicată său cu complicațiune. Ast-fel când avem o fractură cu tegumentele rupte expunând focarul la aerul exterior, de sigur va fi de o gravitate foarte mare. Cele-l'alte complicațiuni ca emartrosa, ruperea bursă prerotuliene, răsturnarea fragmentelor, fractura cominutivă, etc., etc. agravază în mod serios prognosticul. Dinsele nu numai împiedică său aduc o consolidare viciósă, dar se pot însoți de anchilose, artrite și chiar deformațiuni ce compromit în mod serios membrul bolnav.

Tratamentul. Nicăeri ca în fracturile rotulei nu s'a imaginat un arsenal mai mare de aparate, metode și procedee multiple ca aci. Tóte aũ de scop să asigure pe cât mai mult, dacă nu coaptarea perfectă a fragmentelor, cel puțin apropierea lor cât mai mare, ca ast-fel calusul fiind fibros său osos, să aibă calitatea de a fi scurt și gros, pentru a nu se opune bunei funcționări a membrului.

Noi nu ne vom opri asupra tutulor metódelor de tratament, ci vom căuta a recomanda ceia-ce este mai practic și folositor.

Ast-fel, dacă fractura e simplă și depărtarea între fragmente nu e mare, e suficient aplicarea unui bandaj gipsat și menținerea membrului în completă extensiune.

Orî-ce alt aparat, în afară de cel gipsat, nu-l credem capabil a avea o eficacitate mai mare. Putem dacă ne este posibil, să înlesnim apropierea fragmentelor prin aplicări de bande făcute din emplastru de cauciuc adesiv, puse în formă de opt de citră pe fie-care din aceste fragmente, reprezentând metoda cea mai veche dată de Boyer.

Când însă această depărtare devine considerabilă, cred că având la îndemână antisepsia putem întrebuința ghiara lui Malgaigne (griffe de Malgaigne), care părăsită în timpurile când mijlócele antiseptice nu erau suficiente, astăzi după părerea chirurgilor, se póte fără pericol întrebuința. Acestă ghiară constă într'un aparat făcut a nume ca prin nisce cărlige îmfipte în fie-care fragment, să le apropie unul de altul menținându-le ast-fel prin mijlocul unui șurub.

Trélat pentru a evita înfigerea directă a aparatului în óse, care ar putea să se însoțescă de accidente inflamatorii său septice, pune prealabil două brățări de cauciuc formate din gutapercă topită în apă fiartă, pe cele două fragmente. După-ce le fixéză prin feși său diachilon, a-

plică pe ele ghiara lui Malgaigne prin care apropie fragmentele rotulei.
Fig. 201 arată aparatul lui Trélat.

În fine putem imagina precum fie-care chirurg face la rîndul său, ori-ce mijloc, care va avea de scop imobilizarea în extensiune, căutând a anihila contracțiunea tricepsului și ori-ce mijloc găsit necesar și suficient pentru apropierea fragmentelor. Dar iluziuni mari nu trebuie să avem, de ôre-ce e greu a reuși în scopul ce ne propunem. Nu trebuie însă nici să ne descurajăm, căci după cum am văzut, un calus fibros chiar lung, nu compromite cu totul funcționarea membrului. Ceia-ce trebuie să ne preocupe, făcând abstracție de teorie, este a lupta contra atrofiei tricepsului, care este inevitabilă în ori-ce fractură însoțită de o imobilizare prelungită a membrului.

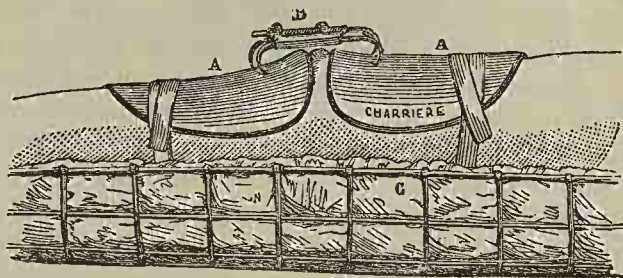


Fig. 201. Aparatul lui Trélat pentru fractura rotulei.

Experiența a arătat că nu calusul asigură un mers convenabil individului, ci starea în care se află mușchiul triceps. În adevăr un individ poate să aibă un calus mult gros, quasi osos și cu toate acestea să umble prost; și invers un altul cu un calus lung, fibros și subțire să umble bine. Lucrul se explică prin aceea că în cazul întâi fibrelor tricepsului sunt atrofiate, degenerate, iar în al II-lea caz dinsele se găsesc în starea normală.

De aceea noi recomandăm a se pune un aparat gipsat în gutieră pe totă lungimea membrului pentru a relaxa toți mușchii. Apoi nu vom întârzia a practica masaj și faradisarea pe partea anterioară a cõpsei în special pe triceps, pentru a favoriza nu numai menținerea tonicității sale, dar și ipertrofia fibrelor laterale ale tendonului, cari vor fi suficiente a asigura mai târziu mișcarea de extensiune a gambei, chiar în cazul când calusul fibros ar rămânea prea lung.

Membrul nu trebuie ținut în aparat mai mult ca 20 zile; dar nici individul nu trebuie să umble de cât după 40 zile și încă cu forțe mari precauțiuni; vom aplica un aparat sau o atelă posterioară pentru a îm-

pedica flexiunea prematură a gambei, care ar fi capabilă să rupă sau să lungiască în mod demăsurat calusul fibros.

Alți autori și în special Tilanus nu aplică absolut nici-un aparat în fracturile rotulei, ci le tratăză d'a dreptul prin masajele permițând bolnavului la a 8-a zi să useze de membru său. Noi nu recomandăm această metodă, preferind pe cea expusă, care represintă media între metoda de fixație și cea de mobilizare.

Când însă fractura e complicată sau însoțită de complicațiuni, cheștiunea e mai dificilă. In asemenea casuri ne vom comporta după circumstanțe, recurgând chiar la deschiderea antiseptică a articulației, pentru a ridica corpi străini sau a face spălături largi în cazul de infecțiune iminentă.

Iar când fractura nu e complicată de plagă penetrantă, ci numai de complicațiuni, în special de emartrosă, unii autori ca Guyon recomandă imediata evacuare a sângelui prin aparatul aspirator, pentru a nu aștepta coagularea sa, care după cum am văzut se face foarte repede.

Alții însă ca Tillaux, susțin a recurge la mijlocele de resorbțiune a lichidului, fie prin aplicare reiterată de vesicători sau ușoră compresiune, căci ori-ce s'ar dice tot e mai bine a evita deschiderea articulației, de ore-ce cea mai mică neglijență antiseptică pôte da accidente grave.

Incurajați de frumoșele rezultate ale antisepsiei, Lister e cel dintâiu care a practicat și recomandat deschiderea focarului fracturei și sutura fragmentelor osoșe. Aceste suturi se pot face cu fire de argint sau de mătase, aplicându-se atâtea puncte câte se cred suficiente. Doctorul Așsaky într'un cas de fractură cominutivă, a imaginat un procedeu care constă în a trece mai multe fire de cat gut în diferite direcțiuni pe sub fața posterioară a rotulei, coprinđând tôte fragmentele ca într'un coșuleț. In fig. 202 se arată modul acestui tratament.

Alți autori și în special Trendelenburg, nu recurg imediat la sutura fragmentelor numită primitivă, ci numai în cazul când consolidarea nu se efectuează, dându-i pentru acesta numele de *sutura tardivă*.

In fine există procedeu lui Van der Meulen numit *sutura intermediară anterioară*. Acesta constă că sutura nu se practică de cât după formarea calusului fibros, și nu se aplică de cât pe partea anterioară a fragmentelor, respectând cavitatea articulară ascunsă de calusul fibros.

Credem că pe cât posibil e bine a evita aceste suturi, cari cu tótă antisepsia nu numai nu ne dă o consolidare sigură, dar s'au însoțit chiar de mórtea indiviđilor precum s'a întâmplat lui Langenbuch, Brull, Wood, Mac Cormac, etc., care a făcut mare sgomot în sciința, și un motiv

destul de puternic pentru a cugeta serios mai înainte de a întreprinde această operațiune.

Numai în cazul deci când fractura va fi complicată, articulația deja deschisă, sau bolnavul amenințat de septicemie, putem fi legitimați a recurge la acest mijloc, fără a ne teme de nici-o imputare.



Fig. 202. — Fractură cominutivă a rotulei tratată prin procedeul D-lui Prof. Assaky (personală).

În consecință, când va exista o lipsă de consolidare și mai ales când funcțiunile membrului vor fi cu totul compromise, fie primitiv sau în urma fracturilor iterative, avem dreptul dacă și bolnavul consimte, să recurgem la acest ultim mijloc de sutură și încă fără a lua angajamente prea mari.

În asemenea cazuri, pentru a asigura și mai bine reunirea, putem practica avivarea fragmentelor, ridicarea lambourilor de aponevroasă, de coaguli, etc. și apoi sutura lor precum recomandă Malgaigne și Berenger Feraud.

În afară de aceste cazuri, să ne menținem la tratamentul cel mai simplu pe care l-am recomandat, pentru a nu cădea în cea-l'altă extremitate propusă de Flajani, care respinge ori-ce aplicare de bandaje și sfătuiesce mobilizarea repede și continue a genuchiului.

În fine terminăm menționând o altă intervențiune și mai îndrăsnită preconisată de Cousté în 1803 și practică de Percy, Larrey etc. Dînsa constă în resecțiunea totală a rotulei. Această conduită ar fi justificată în cazuri de fracturi cominutive, în cele eschilose sau cu corpi străini, etc., etc.

Chaput prin experiențele pe animale a probat că după resecțiunea totală a rotulei funcțiunile membrului reveneau după un timp óre-care.

Noi putem recomanda că după ablațiunea rotulei să se aplice

câte-va puncte de sutură, căutând a reuni ligamentul rotulien cu tendonul, de ôre-ce grație experiențelor ce am făcut, această reunire se pôte obține prin mijlocul unei cicatrice destul de puternice. 1)

§ VI. Luxațiile rotulei.

Rotula, după cum am arătat se află așezată în grosimea tendonului tricipital, iar în laturile sale se însereză fășii gróse de aponevrose, formând aripele rotulei.

Pe fața posterióră a rotulei se află o ridicătură verticală destul de pronunțată, prin care dînsa se sprijină pe condilul extern al femurului. Rotula de și fôrte mobilă, și cu tóte acestea anatomicesce ar avea aplicația pentru a se luxa, totuși luxațiunea sa este excesiv de rară. În adevăr, tendonul tricepsului, împreună cu ligamentul rotulien, forméză un unghiú deschis în afară, al cărui vírf e dirijat către marginea externă a rotulei. În momentul unei extensiuni forțate a membrului inferior, aceste două tendóne tind a se pune în linie dréptă și caută a șterge acest unghiú. Dar în acelaș timp, și drept consecință a lucrului, rotula este trasă în afară, putënd părăsi posiția normală, de unde luxația. Cu tóte acestea, luxația nu se produce, pe de o parte din cauza acelei creste după fața sa posterióră, care nu-i permite a trece de condilul femurului, iar pe de alta că chiar dacă am admite acest obstacol învins, încă ne rămâne un factor mult mai puternic, care ține rotula în loc, și anume aripa internă a articulației.

Se cere decí o anume predispozițiune pentru ca rotula să se pótă luxa, predispoziție ce constă une-orí într'o ridicătură mai puțin pronunțată a crestei sale cartilaginóse, într'o distensiune, într'o relaxare, orí chiar friabilitate mai ușórá a ligamentelor laterale interne (aripi). O asemenea predispoziție e determinată, fie printr'o veche idartrosă, artrite cronice, genuchiú valg, etc., etc., cari pun aceste ligamente într'o stare de inferioritate în fața unei violențe sau contracțiunii musculare brusce, făcându-le să se rupă mai cu înlesnire.

Și în adevăr, orí de câte orí aceste condițiuni există, de atâtea orí observăm luxațiile rotulei, producându-se fôrte lesne. Albert citéză cazul unui individ care își luxa după voință rotula, orí de câte-orí se scula după scaun.

Fergusson spune că a văđut luxațiunea producându-se prin simplul fapt, că un copil mic și-a pus piciorul pe genuchiul unei persóne culcate în pat.

1) Vol. II, pag. 332—352.

Skey a vădut două casuri, unde luxația s'a făcut spontanată în timpul somnului.

Cooper a cunoscut o cucónă tînără, care-și luxa fôrte des rotula în afară, orî de câte-orî incerca să danseze.

În fine se citéază casul unui copil, ce-și producea luxația rotulei, orî de câte-orî gamba era flexată (Hamilton).

Tôte aceste luxații numite obicinuite, nu se explică de cât grație dispozițiunilor ce am arătat, în afară de cari luxațiile rotulei nu se obțin, de cât pe socotéla unor violențe destul de puternice, pentru a învinge obstacolele normale, cari asigură situațiunea stabilă a rotulei.

Luxațiile rotulei recunosc două cauze: *directă și indirectă*. După pozițiunea ce rotula ia în raport cu condiții femurului pörtă numele de luxație *înăuntru, înafară, orizontală și verticală*.

Luxațiile rotulei prin cauze directe se produc când membrul fiind în extensiune, o lovitură puternică se aplică pe una din mărginele sale, care dislocând-o din pozițiunea sa normală, o respinge în afară sau în năuntru.

Luxațiile prin cauză indirectă sau musculară se produc atunci când gamba este într'o extensiune forțată pe cósă. În acest cas, rotula e trasă fôrte mult în sus, și anume în escavațiunea supra condilienă.

Crésta cartilaginósă ne mai avénd un punct de sprijin pe marginea externă a condilului, rotula cu înlesnire pôte fi dislocată în afară, în urma unei contracțiunii brusce a tricepsului. Dar acéstă contracțiune musculară orî cât de violentă ar fi, nu e în stare să rupă aripa internă a rotulei pentru ca luxația să fie complectă. De aceia Streibel susține că prealabil, în momentul accidentului individul prin instinct căutând a evita pericolul, gamba este mai întâi cu violență dusă în afară, grație căruia fâșia internă aponevrotică se rupe. Și numai după acéstă contracțiune tricepsul pôte să completeze luxația deja mult facilitată, atrăgând pur și simplu rotula în sus și în afară.

Conclusiunea este, că luxațiunile rotulei prin cauză indirectă tot-d'a-una sunt externe, pe când cele prin cauză directă pot fi și interne și externe, după cum lovitua a fost aplicată pe una din mărginele sale.

Luxațiile rotulei sunt *complete și incomplete*, după cum suprafața sa cartilaginósă mai păstrează sau nu puncte de contact cu condilul corespondent al femurului. Ast-fel în luxația incomplectă, numai jumătate din rotulă iese afară, ridicând tegumentele înainte prin mărginea sa externă oblică, pe când cea-l'altă jumătate rămâne aplicată pe un plan înclinat format de porțiunea externă a trocleei.

În luxația complectă din contra, întréga rotulă e respinsă în afară, ast-fel că marginea internă a acesteia se sprijină pe marginea externă

a condilului femoral, pe când marginea externă întinde cu putere tegumentele, producând o deformațiune considerabilă.

Dar această luxație complectă tip, numită încă și *orizontală* e foarte rară. Ajunsă în acest grad, rotula nu-și păstrează situațiunea, ci suferă o mișcare de basculă, probabil prin contracțiunea vastului extern, care face ca dinsa să devie aproape verticală. Fața sa cartilaginasă se aplică pe fața externă a condilului femoral, iar marginea sa internă ridică tegumentele înainte, pe când cea externă înapoi. Această formă se numește *luxațiunea verticală a rotulei în afară*.

Măi există încă o varietate cu totul rară numită, *luxația verticală externă*. Aci rotula e ridicată perpendiculară ca și în cea precedentă, rămânând în șghiabul intercondilien. Marginea sa externă însă ridică tegumentele înainte, pe când marginea internă stă călare pe șghiabul intercondilien, iar suprafața sa cartilaginasă privește în afară.

Mecanismul acestei luxațiuni e obscur.

Malgaigne susține contracțiune spasmodică a vastului extern, singurul capabil a produce această răsturnare a rotulei.

Diagnosticul. În general e ușor de stabilit, căci bóla se impune de la sine. În afară de deformațiunea caracteristică a membrului, de impotența funcțională și durerile vii ale bolnavului, vom explora cu atențiune toate punctele suprafeței rotulei, pentru a ne da sémă de gradul deplasării și deci de varietatea luxației.

În luxațiunea externă complectă orizontală vom constata proeminența mărgineii externe a rotulei sub piele. Introducând degetele sub dinsa, vom simți suprafața posterioară și cartilaginasă a rotulei. Înaintea genunchiului vom constata o adîncătură lăsată de osul dislocat. Depri-mând pielea cu degetele, vom simți spațiul intercondilien cu cele două tuberosități ale femurului.

În luxația incomplectă aceleași fenomene, dar măi puțin pronunțate. În orî-ce cas, diametrul transversal al genunchiului va fi măi mare ca cel din partea opusă.

Mișcările de flexiune ale gambei imposibile sau foarte grele. Vom examina cu atențiune, dacă luxația nu oferă óre-care complicațiuni. În special vom căuta dacă există fractura marginală a condilului extern, produsă prin străbaterea mărgincii interne a rotulei. Vom explora mișcările de lateralitate ale genunchiului și gradul în care se găsesc. Vom lua în considerație existența de largi echimose, cari ne vor arăta rup-turi musculare, sau chiar osóse, etc.

În luxațiile verticale diametrul antero-posterior va fi mărit. Și după situațiunea ce vor ocupa marginele rotulei, vom deduce dacă luxația e complectă, verticală sau nu.

Cât despre luxațiile înăuntru cari ne oferă aceleași varietăți și deci aceeași simptomatologie, e de prisos a insista asupra lor, de óre-ce printr'un examen atentiv ușor putem stabili diagnosticul fără a fi siliți a repeta cele dișe la luxațiile externe.

Prognosticul în tot-d'a-una serios, căci aceste luxațiuni se însoțesc în mod inevitabil de ruperea ligamentelor (aripi) laterale interne sau externe, de ruperi de mușchi și chiar de fracturi parțiale a condililor femurului. Reparațiunea acestor leziuni e lentă; une-orî dificilă, sau póte chiar imposibil de obținut. Să prevenim pe bolnav de jena ce va avea în funcțiunea regulată a membrului, căci casurile de luxațiuni neglijate cu conservarea acestor funcțiuni sunt excepțiuni, dacă nu curiosități sciințifice.

Tratamentul. Constă în reducere. E indispensabil ca bolnavul să fie clorotormisat pentru a obține relaxarea complectă a mușchilor, înlesnindu-ne ast-fel în mod simțitor reducerea.

Procedeul rămas clasic este acela a lui Valentin: un ajutor pune gamba în extensiune forțată, iar cóspsa flexată pe basin, pentru ca tri-cepsul să fie cu totul relaxat. În acest timp chirurgul apucând rotula o împinge către troclea femorală, sau îi imprimă, dacă luxația e verticală, o mișcare de rotațiune asupra axei sale. Luxația odată redusă vom pune un aparat inamovibil și nu vom permite bolnavului să-și reia ocupațiunile de cât fórte târziu și anume după 2—3 luni, și încă și atunci purtând un aparat protetic. Vom uza de masaj în mod persistent pentru a ajuta repararea rupturilor produse; în special vom avea atențiunea asupra ligamentelor pentru a evita luxațiile recidivante.

Casurile sunt rare ca luxația rotulei să fie ireductibilă. Nu se observă de cât atunci când marginea internă a rotulei se înfige în condilul extern al femurului, sau când rotula luxată e și fracturată.

În asemenea casuri ne vom conforma după circumstanțe. După-ce am încercat tóte mijlócele, și când funcțiunile membrului sunt compromise, vom putea cu consimțimentul bolnavului și prevenit de or-ice accident, să recurgem la deschiderea antiseptică a focarului, să ridicăm obstacolul și să reconstituim ruperea învelișului fibros, a ligamentului orî tendonului rotulien.

§ VII. Luxațiile genuchiului.

Sunt excesiv de rare, din cauză că pentru a se produce se cer violențe extraordinare spre a învinge puternicele ligamente de cari este provădută această articulație.

Luxațiile genuchiului sunt *traumatice* și *spontanate* sau *patologice*.

Acésta din urmă se observă mai des cu deosebire în tumorile albe, precum și în diferite afecțiuni care produc relaxarea sau distrugerea ligamentelor, cum sunt artritele uscate, nevropatice, etc., etc.

Luxațiile traumatiche sunt directe și indirecte. Ele se divid în luxațiuni *înainte*, *înapoi* și *laterale*, după cum platoul tibial se așeză pe fața anterioară a condililor, pe cea posterioară sau pe una din fețele lor interne ori externe.

Fie-care din aceste varietăți poate să fie *complectă* și *incomplectă*



Fig. 203. Schemă de luxația complectă a tibiei înainte (personală).

In luxația complectă a genuchiului înainte, platoul tibial se ridică pe fața anterioară a condililor pe o înălțime de 2—7 c. m.; pe când aceștia sunt respinși înapoi așezându-se în fosa poplitee pierdând ori-ce punct de contact cu suprafața articulară a tibiei.

Fig. 203 ne arată un model de luxație complectă a tibiei înainte.

Când din contra platoul tibial își păstrează încă contactul cu condili femurului printr'o porțiune a suprafeței sale articulare, luxația este incomplectă. Aci marginea posterioară a platoului tibial se pune în contact cu fața inferioară și anterioară a condililor.

In luxațiile înapoi fenomenele sunt cu totul inverse, adică platoul tibial în cea incomplectă, prin marginea sa anterioară, se pune în con-

tact cu fața infero-posterióră a condililor femoralî, cari de fapt rămân proeminenți înainte. În cea complectă platoul tibial se ridică în sus pe fața posterióră a femurului pe distanțe variate, iar condiliî proemină pe fața anterióră a tibiî atingându-î tuberositatea.

Fig. 204 ne dă un model de luxație complectă a tibiî înapoi.

În luxațiile laterale, cari sunt externe sau interne, suprafața tibială articulară trece în totalitate sau în parte, înăuntru sau în afară de condiliî femoralî, după cum va fi complectă sau incomplectă.

Tóte aceste luxațiuni pot fi de cauză directă sau indirectă.

În luxațiile înainte, membrul fiind în extensiune sau chiar în flexiune, o violență exterióră aplicată pe fața anterióră a capsei póte să rupă ligamentele laterale și posterióre, determinând luxația, respingând condiliî înapoiul platoului tibial.



Fig. 204. Schemă de luxația complectă a tibiî înapoi (personală).

Acésta era teoria lui Malgaigne. Astăzi însă se admite că dislocarea genuchiului înainte, se produce de preferință în timpul flexiunii combinate cu mișcări de rotațiune și lateralitate.

La același rezultat ajungem dacă violența e aplicată pe fața pos-

terioară a gambei, care fiind respinsă înainte iarăși determină luxația menționată.

Când din contra, traumatismul se aplică pe fața posterioară a cõpseii, condiliile femurului trecând d'asupra platoului tibial determină luxația înapoi.

În fine o lovitură aplicată cu putere pe fața internă sau externă a cõpseii ori a gambei, põte provoca o luxație laterală internă sau externă, după direcțiunea și situația ce va ocupa platoul tibial în raport cu unul din condiliile femorale.

Dar aceste luxații se pot produce și prin cauză indirectă, adică prin contracțiunile musculare, și anume când gamba fiind fixată, propulsiunea corpului însoțită de contracțiunii musculare, produc aceste luxații.

În special pentru luxațiile înainte, Malgaigne dă mecanismul următor: gamba fiind în extensiune forțată pe cõpsă, femurul lucrăză în modul unei pârgii de primul grad.

Puterea este reprezentată prin greutatea corpului, care împinge înainte extremitatea superioară a femurului și face să basculeze înapoi extremitatea sa inferioară; punctul de sprijin este la partea anterioară a condililor tibiei, iar rezistența e constituită prin ligamentele posterioare și laterale. Ele cedând condiliile femurului vor aluneca înapoiul tibiei.

O înclinare a corpului înapoi, gamba iarăși fiind fixată, ar da un rezultat invers, adică propulsiunea femurului înainte și decii o luxație a genuchiului înapoi.

În fine mai există o luxație excepțional de rară, numită prin *rotație* și în *diagonală*. În luxația prin rotație, tibia se întõrce pe axa sa longitudinală, ast-fel că condilul intern devine anterior sau posterior, iar peroneul se dirige înapoi către fosa poplitee, sau din contra înainte după situația condilului tibial.

În luxația în diagonală, platoul tibial prin marginea externă și anterioară atinge marginea externă și anterioară a condilului extern al femurului, formând varietatea *înapoi și înăuntru*. Înainte și înafară este când marginea externă și anterioară a platoului tibial vine în contact cu marginea internă și posterioară a condilului intern al femurului.

Diagnosticul acestor luxații nu presintă nici-o dificultate, dându-se enormele deformațiuni ce presintă articulația. Ne va fi decii ușor printr'o explorațiune metodică și constatarea pozițiunii condililor și a platoului tibial, a recunõsce aceste luxații precum și varietățile lor.

Ele sunt de un prognostic fõrte serios, căci în afară de ruperile întinse a ligamentelor articulare și încrucișate produse cu ocaziunea dislocărei, se pot însoți de o mulțime de complicațiuni, ca compresiunea

trunchiului vasculo-nervos din regiunea poplitee, sau chiar ruperea acestor organe, asupra consecinței cărora e de prisos a insista.

De aceea imediat trebuie să procedăm la reducerea acestor luxații. În cazurile simple lucrul e ușor. În adevăr, cloroformisând bolnavul, vom exercita o trațiune în axa membrului, căutând a împinge cu mâna sa cu degetele extremitățile dislocate pentru a le pune în contactul lor normal.

Când aceste luxații vor fi complicate de fracturi, ruperi de vase și iminență de gangrenă, vom lucra în consecință; iar în cazuri extreme vom recurge imediat la amputația membrului său dacă e posibil la rezecția sa.

Luxația articulațiunei peroneo-tibială superiōră.

Se observă în mod cu totul excepțional. Mecanismul ar fi o contracțiune violentă a mușchilor extensori ai piciorului cari se inseră pe fața anterioră a peroneului, unită și cu o resturnare puternică a piciorului înăuntru. Atunci ligamentele se rup, iar capul peroneului este tras înainte apropiindu-se de crēsta tibiei. Acēsta formēză *luxațiunea înainte*.

Când din contra mușchiul biceps se contractă în mod brusc și cu violență iar ligamentele sunt rupte, capul peroneului este tras înapoi către fosa poplitee și tuberositatea externă a tibiei. Sub tegumente vom simți o cōrdă puternic întinsă care va fi tendonul bicepsului.

Semnele acestor luxații se deduc de la sine, prin existența unei ridicături osose anormale înainte, ori înapoi, și prezența unei depresiuni ce indică locul ocupat înainte de capul peroneului. Reducerea e ușoră, obținându-se printr'o simplă presiune aplicată pe capul osului luxat, gamba fiind probabil pusă în flexiune pe cōpsă. Dar menținerea acestei reduceri este dificilă, ceia-ce constituie seriositatea, dacă nu chiar gravitatea acestei luxații.

Luxația cartilagelor semi-lunare și corpī străini intra-articulari.

Am reunit aceste două afecțiuni într'un singur capitol, din cauză că luxația cartilagelor semi-lunare are o simptomatologie identică cu aceea a corpilor străini articulari. Ori cât de violentă ar fi mișcarea ce s'ar imprima membrului, luxația cartilagelor semi-lunare e imposibilă fără o alterațiune prealabilă.

Deja Bassius, care a observat cel întâi în 1731 luxația cartilagi-

lui semi-lunar extern, susținea intervențiunea unei alterațiuni patologice anterioare a articulației.

Luxația acestor cartilaje se manifestă în mod subit, cu ocaziunea sculării individului după scaun, sau în timpul mersului, când de odată este oprit din cauza unei dureri din cele mai violente. După un mic repaus sau o atitudine anumită dată membrului, ori-ce fenomen dispare iar bolnavul își continuă drumul. După aceia, un timp îndelungat trece iarăși pe neașteptate, aceleași fenomene se reproduc, pentru-ca din nou să dispară, iar cu altă ocazie să reapară. Și tot ast-fel lucrurile se repetă anî întregi. Bolnavii sunt succesiv tratați de alte afecțiuni, până când printr'un examen minuțios și bănuind o asemenea luxație ne fixăm atențiunea asupra ei. Atunci constatăm în nivelul interliniei articulare și în special în partea sa internă, o mică ridicătură, care prin exclusiune ne autorisă a admite luxația cartilagiului semi-lunar. Și în ce constă leziunea?

Une-ori cartilagiul e deslipit numai pe o margine a sa; alte dăți pe cele două puncte antero-superioare, sau de jur împrejurul inserțiunei, nerămânând fixat de cât prin partea centrală, sau o porțiune dintr'însul, constituind un adevărat lamboū flotant, etc., etc.

Ori-cum ar fi, rezultatul e același și anume că, acest cartilaj în timpul mișcărilor membrului, se interpune între suprafețele articulare ale femurului și ale tibiei, împedind, prin durerile ce provocă, funcționarea regulată a membrului. Dacă, după cum am dis, bolnavul stă în repaos sau ia diferite atitudini, acastă deplasare a cartilagiului revine în starea sa normală și totul dispare într'un mod spontanat.

Dar aceste simptome sunt în totul analoge cu corpii străini despre care trebuie să vorbim.

Corpii străini articulari numiți încă de Panas și *artrofite*, se împart în două: în *anorganici* veniți de dinafară, precum proiectile de armă de foc, ace, cue, etc., etc. și *organici* cari provin din însuși părțile constitutive ale articulației. Aceștia din urmă sunt cei mai importanți și îi dividem în alte două categorii: în *exogeni* sau extrinseci și *endogeni* sau intrinseci.

Primii sunt aceia cari dezvoltându-se împrejurul articulației, ajung în mod progresiv a intra în interiorul său printr'o infrațiune secundară. Cei din a doua categorie nasc d'a dreptul pe sinoviala articulației, fiind ast-fel primitiv intra-articulari. Exemplu: Când într'o artrită tuberculoasă procesul morbid începe prin extremitățile spongioase ale osului, agentul morbid încetul cu încetul distrugând cartilagiul de incrustare, la un moment dat perforază sinoviala și intră în interiorul articulației fie sub formă de puroi sau de particule osoase mai mari ori mai mici. Aceștia

constituiesc tot atăția corpă străină articulară extrinsecă. Când am studiat artritele sifilitice, am văduț că o gomă desvoltată în țesutul grășos peri-articular, pôte să înainteze treptat către articulație, pe care perforându-o își varsă produsul în interiorul sėu, formând iarășă un corp străin extrinsec. Dar e posibil ca asemenea produse să nu deschiză articulația, ci numai să respingă sinoviala înainte lor, și să se coafeze cu dinsa. Atunci treptat înaintează sub forma unui nodul și rămâne proeminent în interiorul articulației formând un corp străin. El va fi mobil sau sesil, după cum va presenta un pedicul sau o bază largă de implantațiune. O porțiune a extremității articulare a unui os, ipertrofiindu-se, pôte să proemineze în interiorul articulației, formând iarășă un corp străin extrinsec sau extra-articular, oră exogen.

Mecanismul acesta a fost deja intrevăduț de Laënnec. Corpă străină articulară dăcea dinsul, nu sunt la început de cât un produs patologic analog cu acea materie măi mult sau măi puțin dură, ce se găsece în țesutul sub-pleural după inflamațiuni repetate ale pleurei. Ar fi deci nisce cartilaje accidentale, desvoltate consecutiv în urma unei artrite în grosimea capsulei fibróse, sau al țesutului celular sub-sinovial.

Când însă artrita tuberculóasă de exemplu, în loc de a începe prin extremitățile osóse, nasce după cum am văduț d'a dreptul pe sinovială, atunci acele largi și lungi fongosități pediculisate și căduțe în interiorul articulației, forméză un exemplu de corp străin articular intrinsec sau endogen. Artritele uscate și cele tabetice, caracterisate printr'o uzură sau exagerare a tutulor elementelor constitutive ale articulației, ne dau un exemplu de numeroși corpă străini intra-articulară endogeni.

În fine, când în urma unui traumatism sau alte cauze, se produce o revărsare de sânge în interiorul articulației; coagulii ce se vor forma, vor representa încă un model de asemenea corpă străin, endogenă de natură traumatică.

Diviziunea cea măi importantă a tutulor acestor corpă străini organici este în *corpă străini organisați și neorganisați*.

Corpă străini neorganisați sunt reprenențați: I) prin coagulii sanguini proveniți în urma revărsărilor de sânge în articulație, sau în grosimea unui ciucure oră franje sinoviale și II) din acele mică mese albe cu aspect fibrinos, absolut analóge cu grăunțele riziforme ale sinovialelor tendinoase despre cară pe larg am vorbit în Vol. II.

Corpă străini organisați sunt aceia cară au o anumită structură fie grășosă, fibróasă, osóasă, cartilaginóasă sau osteo-cartilaginóasă.

I). *Corpă străini grășosi sau adipoși* sunt formați din grășime rezultat al unei ipertrofii a celulelor grășose aflate între trangele sinoviale. Când

acastă producțiune capătă o desvoltare mare și ia un caracter difus, se numesce *lipom arborescent* al lui Müller.

Lancereaux a găsit la bătrâni mese cu totul libere în articulație, având mărimea unei migdale. Patogenia e obscură mai ales că articulația avea cu totul caracterile normale.

II). *Corpă streină pur fibroasă* sunt excesiv de rare. Mai adesea se găsesc amestecați cu cei adipoși, formând un grup mix de corpă streină fibro-grăsoși.

III). *Corpă streină osoși* ne sunt deja cunoscuți, arătându-le origina intrinsecă sau extrinsecă. Osteo-artrita tuberculósă, și mai ales artropatiile tabetice și artrita uscată sau deformantă, dau nascere prin leziunile de cari se însoțesc la acești corpă streină osoși. Volumul lor e mic și parcellar în artrita tabetică, pôte însă deveni destul de considerabil în cea uscată.

IV). *Corpă streină osteo-cartilaginoși*. Patogenia și prezența acestor corpă străină în articulație a dat nascere la cele mai frumoșe discuțiuni științifice. Nimeni nu s'a ocupat mai cu asiduitate de această chestiune ca Poulet și Vaillard, ale căror articole se găsesc reproduse în tóte tratatele moderne. Noi însă vom căuta a extrage numai părțile esențiale.

Acești corpă osteo-cartilaginoși pot avea două origini: accidentală și spontanată, iar după autori traumatică și patologică.

Corpă străină de origină traumatică n'au trebuință de nici o demonstrație. În adevăr, în urma unor violențe puternice porțiunii mai mari sau mai mici din rotula sau condiliă femorală ori a tibiei, pot să se deslipescă sub formă de eschile primitive, și să cadă în interiorul articulației, formând corpă străină traumatică. Faptul acesta se adevăresce când facem artrotomia imediată sau tardivă. Atunci putem întilni asemenea corpă străină, reprezentați prin fragmente deslipite, fie din cartilagiū diartrodial, fie din țesutul osos. Dar dificultatea explicărei mecanismului producerei acelor corpă, începe când dinșii și-au pierdut cu totul caracterele de eschile, și iaū pe acelea a unor corpă cu forme foarte regulate. În adevăr, câte-odată corpul este lamelar, una din fețele sale fiind convexă și osósă e provăduță de un strat fibros. Alte dăți acest corp strein e format din stratură concentrice, cari sunt formate de din afară în năuntru de perichondru și cartilagiū, străbătut de raze fibróse. De aci un nucleū osoș inconstant, dar care când există, el e central sau multiplu. Müller citéză chiar un caz, unde perichondru acoperea o serie de stratură concentrice alternativ, fibro-cartilaginoșe și osoșe.

În asemenea condițiuni, corpul strein nu mai represintă cătuși de puțin caracterele unei eschile, ci ale unui produs organizat și cu viață independentă.

Cum se explică lucrul? Poulet și Vaillard au emis o opinie pe care o credem foarte excentrică. Dînșii susțin că fragmentul deslipit de traumă și devenit liber în articulație, poate să rămâie viu, cu totă separațiunea sa de circulațiunea generală. Fără a-l asimila, ȳic dînșii cu un parazit vegetant într'o articulație, nu-ı se poate ınsă refuza un 6re-care grad de activitate pozitivă. El nu se mărăginesce să reziste cauzelor de mortificațiune; el e capabil să-și modifice structura, să-și schimbe forma primitivă, să-și transforme elementele din cari se compune și câte-odată chiar să le multiplice. După dînșii acest corp strein se poate hrăni prin imbiibițiune, iar țesutul osos ın mod treptat sa revie la forma sa primitivă, embrionară, la aceia de cartilagiū. De aci prezența acestor corpı străini ın interiorul articulației, avēnd une-orı compoziția cartilagiului, iar alte dăți pe cea mixtă, adică osteo-cartilagin6să.

Și se aducea ın sprijinul acestui mod de a vedea, nisce experiențe foarte interesante ale lui Tillmann. Acest autor a abandonat fragmentele de ficat și rinichi ın peritoneū și le-a vađut după puțin timp că se ınconj6ra de țesutul conjunctiv.

Tot ast-fel, ȳice Poulet și Villard, lucrul se petrece cu un fragment osteo-cartilagos deslipit dintr'o epifisă os6să și devenit liber ın articulațiune; el ıși poate transforma elementele din cari se compune, ıși poate crea o viață independentă și chiar să se multiplice. Și pentru a proba acesta, au făcut următ6rea experiență: au ıntrodus ın articulația unui caine fragmente osteo-cartilagin6se, și au vęđut că se ınvelesc de o membrană fibr6să vasculară.

Dar s'a obiectat că aceste fragmente se grefaseră pe un punct al sinovialei, de unde ıși pescuiau vasele nutritive, ast-fel că nu ar mai fi vorba de transformațiunii a unor corpı mobili nepedicați.

Dar aceste idei asupra vitalității corpilor străini articulari liberi, nu mai sunt primite ađi și s'a căutat să se explice ın alt mod modifi-cațiunile lor ındiscutabile. S'a susținut și lucrul s'a adevirit prin observațiunii că, acești corpı de proveniență traumatică, nu se deslipesc complet de partea mamă, ci posedă pentru un timp mai mult sau mai puțin ındelungat un pedicul vascular. Dar chiar dacā am presupune cazul unei deslipiri complete, ıncā acești corpı pot să contracteze aderențe secundare cu fața internă a membranei sinoviale, grație cäreia ei pot să se hrănescă, să se modifice și să se prolifereze. Și dacā un asemenea pedicul nu s'a găsit tot-d'a-una ın timpul operațiilor sau autopsiilor, cauza este că dınsul s'a resorbit, sau a fost distrus prin intervențiunea unui nou traumatism. Prezența sa ınsă a fost direct constatā ın mai multe casuri. Ast-fel Boeckel ın 1887, ıntr'o artrotomie a cotuluı, făcută mai multe luni după un traumatism, a găsit doi corpı străini

osteo-cartilaginoși. Unul din ei era legat cu suprafața ososă printr'o bandeletă fibrósă

Burghard a vădut un corp străin aderent printr'un asemenea pedicul fibros cu condilul intern al femurului, foarte aprópe de un punct, prezentând o perdere de substanță de formă și volum identică cu acela á corpului articular însuși.

Flesch din Würzburg a arătat și el fragmente din condilul femoral, aderénd la vechiul sėu loc printr'o punte strímptă și subțire.

Barth a descris o altă piesă, unde partea pediculată a corpului străin se acoperise puțin câte puțin de la periferie la centru de o grósă pătură fibrósă. Dacă pediculul s'ar fi rupt, ăice autorul, și dacă examenul articulației n'ar fi permis să se fi găsit punctul de plecare, nimeni n'ar fi ezitat să facă din acest corp străin traumatic un corp străin spontanat sau patologic. (Le Dentu)

Cu tóte aceste există corpí străini spontanați sau patologici înafară de intervențiunea celui mai mic traumatism.

Mecanismul producțiunei lor e foarte important și a dat nascere la multe și interesante discuțiuni.

Trebue să deosebim mai multe categorii de corpí străini. Unii pe cari i-am numit exogeni, au o origină cu totul extra-articulară. Ei nasc în grosimea capsulei, sub cartilagiul de încrustare, în epifisele osóse sau în țesutul celular sub-sinovial. De aci în mod treptat înaintėea către articulație, ridică în mod progresiv sinoviala, o împinge înainte și finesc prin a cădea în interiorul articulației, devenid ast-fel corpí străini intra-articulari. Artropatiile sifilitice și osteo-artritele tuberculóse ne oferă adesea asemenea fenomene, al cărui mecanism fusese deja admis Laënnec și susținută de cei mai mari autori, ca A. Cooper, Bonnet, Ollier, König, Volkmann, Poncet, etc. Este adevėrat, s'a ridicat obiecțiunea foarte seriósă că, de ce aceste produse ar avea predilecțiune să se dirige către articulație, iar nu către tegumente? Respunsul nu s'a dat în mod clar. Singur Richet a emis opiniunea, că secretul ar consta într'o atracțiune a acestor corpí, provocată de golul (vidul) ce se află în articulație, ajutat și de mișcările neincetate ale membrului.

O altă categorie de corpí străini sunt aceia proveniți din artritele uscate și tabetice, unde iarăși produsele acestor leziuni cad în interiorul articulației. Astăđi tendința este a se considera toți acești corpí străini ca provenind dintr'o artrită uscată, formând chiar semnul prodromic al afecțiunei

Dar există un alt grup de corpí stăini, cari nu pot intra în nici una din aceste grupe. Acestea ar proveni, după unii, d'a dreptul din serósa articulară. Rațiunea lor constă în exagerarea unui fapt normal,

în dezvoltarea excesivă și osificațiunea ulterioară a nodurilor cartilagiноși, cari fac parte integrantă din acésă membrană.

Kölliker a găsit în adevăr în mijlocul ciucurilor stufoși ai sinovialei existența de celule isolate de cartilagiū! Rokitansky a insistat cel d'întâiū asupra rolului acestor celule cartilaginose și a susținut că dezvoltarea lor neobicinuită în grosimea vegetațiunilor arborescente, putea să dea naștere la corpī străini articulari. Tot de aceeași opinie era și Virchow. După Panas prezența acestor capsule de cartilagiū în axa vilităților, era o circumstanță favorabilă pentru a explica mai adesea formațiunea de corpī streini articulari.

Mai mult, Tourneux și Hartmann merg până a constata natura epitelială a învelișului celular al sinovialelor; ei consideră întregul înveliș ca format din celule cartilaginose modificate.

Dar constatarea acestui fenomen fiind foarte rară, iar de unī chiar negată, rămâne și acest mod patogenic ca o pură ipotesă, de și de alt-fel posedă cele mai multe caractere sciințifice.

Sîmptomele. Nu insistăm asupra morfologiei acestor corpī străini, cari pot să aibă un volum și o formă, trecēnd ori-ce imaginațiune. Ei pot fi mici, multipli, sau de un număr considerabil, căci s'a găsit până la 450 de corpī mobili.

De regulă volumul e în raport cu numărul. Corpī streini multipli vor fi parcelari foarte mici; cei solitari vor fi mult mai mari. Rostock a extras un corp străin articular din genuchiū, ce avea un volum mai mare de cât rotula.

Sediul lor de predilecțiune este articulația genuchiului, apoi a cotului, a șoldului și a umărului. Cu tóte acestea s'a observat și în articulația femurului, temporo-maxilară și chiar a degetelor.

Sîmptomul caracteristic al acestor corpī străini este că, un individ fiind sub influența unei mișcări spontanate sau comunicate, de o dată e coprins de o criză durerósă din cele mai violente, care-l pune în imposibilitate de a se mai mișca din loc. Acéstă durere exasperantă provine fie din interpunerea corpului mobil între suprafețele articulare și o extensiune bruscă a ligamentelor, fie după Richet, din prinderea sinovialei între acest corp și extremitatea osósă, întocmai ca într'un picior de rac. Une-orī însă durerile sunt mult mai puțin pronunțate, iar alte dăți chiar nule, cu tótă constatarea prezenței unui număr considerabil de corpī străini.

Noī credem că acésta e în legătură cu starea particulară a sinovialei, care, dacă nu e relaxată, nu póte fi prinsă. De asemenea fenomenele subiective lipsesc, dacă acești corpī străini se însoțesc de o idartrosă, a căruī patogenie alta nu e de cât dinși.

Grație acestor fenomene putem presupune prezența unui corp străin articular. Vom examina deci cu atențiune interlinia articulației bolnave, punctele unde sinoviala e mai accesibilă și adesea vom descoperi corpul străin, pe care vom căuta a-l prinde între degetele ambelor mâini, dacă vom să nu ne scape, precum ȕic Germanii, întocmai ca un șorece.

În ceia-ce privesce natura acestor corpuri străine ca fiind de origină traumatică ori spontanată, fără structură ori organizată, vom lua în considerabile antecedentele bolnavului, starea lui prezentă și diferite alte circumstanțe, păzindu-ne a fi prea afirmativi.

Tratamentul. Atât cât acești corpuri străine fie ei cât de voluminoși sau mobili, nu aduc o compromitere serioasă a funcțiunei membrului, nu trebuie să intervenim.

Un bandaj compresiv sau un aparat ortopedic apropiat poate aduce mari folose bolnavului. În cazul contrar însă, dacă e vorba a interveni, e de preferat a recurge d'a dreptul la incisiunea antiseptică a articulației, extragând de o dată corpul străin.

Și cu atât mai mult vom avea curajul pentru această operațiune, când e știut că însuși Ambroise Paré e cel întâiu care a practicat-o pentru prima oră cu deplin succes. Tote cele-lalte mijloce constând în fixarea acestor corpuri străine, dau extragerea lor în doi timpuri, după cum recomandă Goyrand din Aix, sunt imaginare sau inutile.

Dar iată procedeul acestui din urmă autor imaginat în 1841: în primul timp numit de dislocare, ȕinsul armat cu un teritoriū lung, diviza printr'o incisiune sub-cutanată tote țesuturile ce acopereau corpul mobil, preblabil ținut prin degetele mâinei stângi; prin deschiderea astfel făcută se expulsa artrofitul din cavitatea articulară. În al doilea timp, după 10—20 țile, atunci când credea că s'a obținut cicatrizarea deschiderei pe capsulă, tăia tegumentele și extrăgea corpul străin. Dar astăȕi, după cum am țis, grație mijlocelor antiseptice, putem recurge d'a dreptul la artrotomie pentru sustragerea acestor corpuri străine, rămânând ca după circumstanțe să închidem perfect articulația, sau să o drenăm.

Cât privesce tratameniu luxațiilor cartilajelor semilunare, dacă nu reușim a obține reducerea prin diferitele mișcări imprimate membrului, după care îl vom fixa printr'un aparat inamovibil, nu ne rămâne decât iarăși artrotomia, prin care vom executa operațiunea radicală.

Acăsta conține douē metode: aceia a lui Annaudal, care constă în a apuca cu degetul său cu un croșet bont cartilajul luxat, pe care îl vom fixa de periostul tuberosității tibiale corespondente, închidând apoi articulația și imobilisând membrul. În cazul când cartilajul e rupt

în mai multe lambouri, vom reconstitui acest cartilagiū, suturând lambourile dintre dînsle.

A doua metódă constă în extirparea totală a cartilagiului luxat.

Croft a ridicat întregul fibro-cartilaj intern, pe care-l găsisse deslipit înainte și la periferie, ne mai ținînd de cât prin inserțiunile posterioare.

În asemenea caz condilul femoral se rezămă direct pe cavitatea glenoidă tibială. Acésta însă nu trebuie să ne îngrijescă, de óre-ce mișcările articulației nu sunt compromise.

Kocher care a practicat extirparea cartilajelor semilunare pentru alterațiunii patologice, a constatat revenirea mișcărilor articulației.

Entorsa genuchiului.

Prin acésta se înțelege distensiunea forțată a ligamentelor care constituie articulația. Acésta ar fi cazul cel mai simplu. În adevăr, alte dăți atecțiunea se însoțesce de o rupere parțială a unora din fibrele ligamentelor său chiar și de smulgerea inserțiunilor lor după extremitățile osoase. De asemenea cu ocaziunea mișcărilor brusce și violente, capsula articulară suferă o distensiune mare și une-orî chiar o deslipire în punctul inserțiunii sale.

Scim că deosebirea între luxație și entorsă constă în aceia că de și în ambele casuri avem o pierdere a raporturilor normale ale extremităților articulare, acésta pierdere însă e permanentă în luxație și provisorie în entorsă. Este permanentă în luxație din cauză că în momentul violentărei articulației, capsula s'a rupt pe o întindere suficientă pentru a permite ieșirea osului din cavitatea articulară.

Dînsa este provisorie în entorsă prin faptul că aci capsula de și întinsă la extrem său deslipită pe o mare întindere nu oferă însă nici un orificiū capabil de a permite ieșirea osului în afară. Ast-fel că în entorsă de și extremitățile articulare își pierd contactul normal grație laxității capsulei, dar ele își reiau poziția anterioară mai tot-d'a-una în mod spontanat.

Îată leziunile diverse ce pot însoți o entorsă:

I. Întinderea sau ruperea parțială, orî smulgerea ligamentelor articulare.

II. Distensiunea sau deslipirea parțială a capsulei.

III. Violentarea mai mult sau mai puțin pronunțată a însăși sino-vialei articulare.

IV. Interpunerea între suprafețele articulare de mici lambouri din ligamente sau porțiuni de cartilaj.

V. Ruperea ligamentelor încrucișate.

VI. Ruperea ligamentului adipos din interiorul articulației.

VII. Sub-luxația cartilajelor semi-lunare. In fine

VIII. Smulgerea inserțiunilor tendinoase din jurul articulației precum în special laba gâștei, tricepsul etc.

Etiologia. O propulsione bruscă a membrului într'o direcțiune făcându-l să exagereze o mișcare mai mult de cât permite starea fiziologică, dă naștere unei entorse.

În special pentru entorsa genuchiului mecanismul cel mai simplu dat de Bonnet constă într'o mișcare bruscă a gambei pe cósă fie înăuntru sau în afară. Resultatul era distensiunea sau ruperea ligamentului opus mișcării forțate.

Cu alte cuvinte dacă gamba era cu violență împinsă în afară, ligamentul lateral intern oferea toate leziunile dându-ne entorsa internă a genuchiului și vice-versa.

O extensiune exagerată s'ar însoți de întinderea sau ruperea ligamentului posterior și a ligamentelor încrucișate, mai rar a celui adipos. O flexiune forțată poate provoca ruperea ligamentului rotulien.

Entorsa cea mai gravă este când individul cădând își apucă gamba cu totul flexată sub cósă și în rotație înăuntru.

Segond susține că în această situațiune totul depinde de poziția pe care o ia călcâiul și anume: dacă călcâiul menținut flexat sub cósă, se dirijeză în afară de axa femurului, toate leziunile vor fi la partea internă genuchiului, în cazul contrariu ele își vor avea sediul pe regiunea externă.

În primul cas se constată smulgerea inserțiunii femorale a ligamentului lateral intern, desinserțiunea parțială a unuia din ligamentele încrucișate și ruperea ligamentului adipos.

În cazul al II-lea când se produce o entorsă externă, leziunile sunt mult mai pronunțate și chiar grave din cauză că de-o dată cu ruperea ligamentului lateral extern, se produce și smulgerea unei bandele osoase de dimensiune variabilă (5—10 m. m. de adâncime) așezată pe marginea tuberosității externe a tibiei, imediat înapoiul tuberculului lui Gerdy. Acest autor arată că smulgerea ososă rezultă din distensiunea externă a unui grup de fibre sidefii și rezistente, cari depind de aponevroza femorală și formeză partea antero-externă a învelișului fibros peri-articular. Aceste fibre se inseră pe tuberculul de inserțiune al mușchiului gambier anterior și înapoia lui pe marginea tuberosității externe a tibiei.

Din această smulgere ososă rezultă deschiderea areolelor din țesutul spongios al tibiei, în nivelul fundului de sac format prin unirea car-

tilagiului semi-lunar extern cu sinoviala. Și prin această cale accidentală, sângele care irigază epifisa se revarsă în cavitatea articulară.

În fine în entorsele grave mai sunt și alte leziuni precum ruperi musculare, ruperi de vase, distensiuni de nervi, etc., etc. cari constituie tot atâtea complicațiuni unele mai serioase de cât altele.

Diagnosticul entorsei se recunoște prin antecedente, și starea locală. Un individ în momentul unei căderi sau călcând în sec e coprins de o durere foarte violentă ce-l împedică de a mai umbla.

Une-orî această durere e pasageră sau de puțină intensitate, astfel că individul nu-și întrerupe ocupațiunile. Această se întâmplă când entorsa se află în gradul cel mai simplu, adică ne fiind însoțită de cât de o distensiune a ligamentelor. În acest caz examenul local nu ne arată nici-o schimbare în fisionomia articulației și nu constatăm de cât o durere prin palpație pe direcțiune cunoscută a ligamentelor.

Când însă aceste ligamente se rup în totalitate sau în parte, și mai cu seamă când entorsa genuchiului fiind externă a produs o smulgere a unei părți osose, pe lângă durerea inerentă orî-cărei entorse, vom constata largi echimose și o tumefacție destul de pronunțată a articulației, a cărei cavitate va fi plină de un epanșament sanguin formând ceia-ce se numește emartrosă.

Caracteristica acestei emartrose este că apare imediat după accident, dacă nu chiar în momentul producerii sale. Sângele nu întârzie a se coagula dându-ne senzațiunea unor crepitațiuni fine. Iar dacă în urma violentărei articulației s'a produs o iritație a membranei sinoviale, atunci după 2—3 zile observăm că genuchiul treptat se mărește de volum grație acumulării de lichid, care constituie idartrosa.

Une-orî acest lichid e în cantitate destul de mare pentru a ne permite perceperea șocului rotulien. Această constă că imprimând o lovitură bruscă cu degetele pe fața anterioară a rotulei, dînsa isbesce condiliu femurului dând naștere unui șgomot particular.

În fine în cazuri mai grave vom constata rupturi de mușchi, luxațiunea cartilagelor semi-lunare, smulgerea unor porțiuni osose din epifisele articulației, care vor forma tot atâtea complicațiuni și pe cari prin examen minușios nu vom întârzia a le recunoște.

Trebue însă a ști că stabilirea cu precizie a părților întinse sau rupte din aparatul ligamentos ce produce o entorsă, adesea e foarte greu de fixat, atât din cauza profunzimei și multiplicității mijloacelor de unire a articulației, cât și a durerilor ce provocăm bolnavului în timpul exploarației. Cu toate acestea constatarea unor mișcări anormale e de mare preț în diagnosticarea varietății de entorsă. În adevăr iată ce dice Tillaux: Dacă există mișcări laterale, genuchiul fiind în extensiune, este

probă că unul din ligamente extern sau intern s'a rupt; dacă linia de extensiune întrece limita normală vom conchide că leziunea ocupă ligamentul posterior și poate chiar ligamentele încrucișate. Dacă e posibil să executăm pe suprafețele articulare mișcări de alunecare de dinapoși înainte și de dinainte înapoi, acesta va fi o probă de ruperea ligamentelor încrucișate.

Când durerile vor fi prea mari, putem cloroformisa bolnavul spre a ne convinge de sediul leziunilor.

Prognosticul entorselor genuchiului variază putând une-orî fi destul de grav după complicațiile ce vor exista.

În orî-ce caz trebuie să fim rezervați cu această afecțiune, recomandând bolnavilor un repaos destul de prelungit pentru a asigura repararea leziunilor, dacă voim a preveni recidivele sau isbucnirea unor artrite cronice și chiar tuberculose.

Tratamentul. Există în popor obiceiul ca în momentul unei entorse sau scrînteală să se apuce membrul de extremitatea liberă și să-l sgu-due cu violență, în credință că prin această manoperă osul se pune la loc.

Astăzi această practică empirică e cu totul gonită din știință mai ales când se efectuează de oameni ignoranți. În adevăr printr'o mișcare bruscă putem provoca accidente grave, precum complectarea unor ru-peri sau chiar a unor fracturi ce erau numai în stare de fisuri etc.

Cu toate acestea nu putem tăgădui că prin asemenea mișcări comunicate membrului entorsat, de multe orî empiricii obțineau rezultate strălucite.

Causa este că manopera după cum țice Bonnet și Cooper nu e cu totul irațională, căci se întâmplă ca prin ea să degajăm deplasarea unui cartilaj sinovial, orî pișcătura sinovială prinsă între suprafețele articulare, precum și aceia a unui lamboi fibros rezultat din ruperea sau smulgerea ligamentelor, etc., etc.

E bine înțeles însă că acesta nu constituie un cuvînt de a se permite celui dintâiu venit plăcerea să se bucură de o intervențiune pe care n'o pricepe, plăcere care abia unui medic i se tolerează și încă avînd cunoscințe speciale.

Astăzi tratamentul entorselor constituie o luptă între partisi-nii masajului și aceia ai imobilităței. Masajul aplicat din timpuri imemorable a fost înviat în Franța de Bonnet, unde însă nu a găsit mulți adepți.

Metziger din Amsterdam l'a ridicat la favoarea cea mai înaltă reușind a-l răspîndi pretutîndenî în practica chirurgicală.

Rațiunea e că prin masaj activându-se circulațiunea periferică se

răsfrânge și în părțile profunde prin care se obține mult mai ușor repararea țesuturilor lezate. Și mai cu deosebire acest lucru e necesar când sunt în joc ligamentele a căror nutrițiune chiar în starea normală fiind slabă, cu atât mai puțin se vor hrăni, și deci mai greu se vor repara, dacă membrul va fi supus unei imobilisări prelungite.

O asemenea imobilizare mai e vătămătoare și prin aceea că aduce atrofia mușchilor vecinși și în special a tricepsului, care e agentul esențial al extensiunii gambei pe cósă.

În fine prin imobilizare favorisăm retractia celor-l'alte aponevrose și ligamente peri-articulare, care vor pune genuchiul într'o stare de anchilosă falsă, contra căreia adesea trebuie să luptăm mult timp.

Noi fără a fi contra acestei teorii preferăm însă un trament mixt și anume o imobilizare perfectă, asigurată printr'un bandaj de gips în formă de gutieră, care nu ne împedică de a practica și masajul pe părțile lăsate descoperite.

Suntem convinși că lăsând membrul cu totul liber, țesuturile divizate nu-și vor putea conserva poziția normală și deci cu tot masajul, repararea nu se va putea obține sau se va efectua în mod vițios.

De accia Billroth în tratatul său spunea, că de când tratéză entorsele prin imobilizare, rezultatele obținute au fost foarte satisfăcătoare. Și mai cu deosebire va trebui să recurgem la imobilizare când concomitent se va fi produs și vre-o fractură.

Majoritatea autorilor recomandă că în cazul unei entorse complicate de epanșament sanguin, imediat trebuie să procedăm la evacuarea sa printr'o puncție antiseptică exploratrice, căci din cele ce am văduț la fracturile rotulei acest epanșament are o tendință iresistibilă la coagulare, lucru care formând nisce adevărați corpi străini articulari, vor irita în mod continuă sinoviala și vor fi punctul de plecare al artritelor cronice.

CHESTIONAR.

- Periartrita genuchiului. Definițiune. Caractere. Causale. Simptome. Diagnostic. Diagnosticul diferențial. Tratament Pag. 567-571
- Flegmónele și abcesele fosei poplitee. Caractere. Chiști regiunii poplitee. Caractere. Simptome. Diagnostic. Prognostic. Tratament. » 571-575
- Tumorile genuchiului și ale fosei poplitee. Causale. Diagnosticul. Anevrismele arterei poplitee. Etiologia. Simptome. Prognostic, Diagnostic și tratament. » 575-577
- Anchilosa genuchiului. Definițiune. Diviziune. Diviziunea lui Boyer.

- Diviziunea autorului. Anchilosa para-articulară periferică. Anatomia patologică. Experiențele lui Henéque și Busch. Anchilosa para-articulară centrală. Etiologia. Anchilosa intra-articulară ososă. Varietăți și subvarietăți. Anchilosa ososă centrală. Varietăți. Etiologia anchilozelor. Experiențele diferiților autori. Simptomele și diagnosticul. Tratatamentul. Metóda de reducere a lui Bonnet din Lyon, Verduc și Malgaigne. Tenotomia și regulile ei. Osteotomia Pag. 577-591
- Artropatiile nervóse. Diviziune. Cause. Artropatia tabetică. Anatomia patologică. Mecanism. Opiniunea lui Charcot. Caractererele clinice ale acestei afecțiuni. Simptomele și diagnosticul. Cum apare această artropatie? » 591-597
- Artropatiile isterice. Patogenie. Auto-sugestiune prin imitație. Sugestiunea traumatică. Sugestiunea experimentală. Mecanism. Simptome. Mersul și terminațiunea. Artrita uscată. Patogenie. Diferite opinii. Cum apare această bóla? Caractere. Anatomia patologică » 597-607
- Diagnosticul general al artropatiilor nervóse.* Cum se recunosc aceste artropatii? Prognosticul, tratamentul. » 607-610
- Ruperea ligamentului și tendonului rotulian. Cause. Simptome. Tratatment. Fracturile rotulei. Considerațiuni anatomice. Diviziunea acestor fracturi: directe, indirecte și mixte. Mecanism. Fracturi indirecte prin contractiunea musculară. Teoria asupra mecanismului acestor fracturi (Malgaigne și Boyer). Simptome. Experiențele lui A. Cooper. Diferite opinii. Opinia autorului. Diagnostic. Prognostic. Incapacitatea funcțională a membrului. Cause. Concluziuni. Fractura iterativă a rotulei, entorsa calusului. Tratatment. Diferite procedee. Grifa lui Malgaigne. Aparatul lui Trélat. Procedul prof. Assaky. Sută tardivă. Sută intermediară anterióră. Extirparea totală a rotulei. » 610-630
- Luxațiile rotulei. Considerațiuni anatomice. Cause. Diviziune. Mecanism. Simptome. Diagnostic. Prognostic. Tratatment. » 630-633
- Luxațiile genunchiului. Cause. Divisiune Mecanism. Simptome. Diagnostic. Tratatment » 633-637
- Luxația articulațiunii peroneo-tibiale superióre, mecanism, simptome. Luxația cartilajelor semilunare și corpí străini articulari, caractere, cause. Diviziunea clinică. Mecanism. Diviziunea după structură. Opinia lui Poulet și Vaillard. Simptome. Diferite opinii. Opinia autorului. Diagnostic. Tratatment. » 637-645
- Entorsa genunchiului. Definițiune. Deosebirea între o luxație și o entorsă. Leziunile entorsei. Etiologie, diagnostic, prognostic, tratament. Empirismul în tratarea acestor afecțiuni » 645-649

CAP. VII.

Afecțiunile cõpsei.

§ I. Leziunile traumatice ale cõpsei.

Sunt fõrte frecvente și constituie locul de elecție al epanșamentelor serõse, când contuzia e aplicatã pe fața externã.

În vol. I am insistat mult asupra acestor colecțiuni serõse, studiate de Morel Lavalée, arãtând și mecanismul producțiunei lor și de aceea nu mai insistãm.

Menționãm cã une-ori aceste colecțiuni se pot întinde de la marele trochanter pãnã la genunchiũ. Pe bãtrãni aceste epanșamente supurãzã și pot cauza mõrtea prin septicemie, precum s'a întimplat într'un cas citat de Kirmisson.

Contuziunile cõpsei fõrte des se însoțesc de revãrsãri sanguine. Acestea colectându-se în țesutul celular sub-cutanat, sau în grosimea meselor musculare, pot cu timpul sã irite pãrțile vecine și sã determine aparițiune de flegmõne profunde, carã prin mersul lor lent adesea cauzã erori de diagnostic. Un asemenea cas s'a întimplat în serviciul meu la un individ slãbãnog, care în urma unei contuziuni musculare și-a produs un ematom. Dupã douã luni a venit în spital cu o tumefacție fõrte mare, ocupãnd partea mijlocie a cõpsei. Tegumentele fiind normale, fluctuația manifestã, iar individul slãbit, am conchis la un abces osifluent, cu tõte cã bolnavul ne-a declarat cã cu cât-va timp înainte fusese coprins de frison! Deschidẽnd acẽstã tumorã, am scos o cantitate enormã de puroiũ cremos și amestecat cu coagulũ sanguinũ (hematom). Prin explorarea cu degetul am constatat fața internã a abcesului fõrte bine limitatã, mai mare ca un pumn, și aședatã sub planul muscular profund, d'asupra femurului. Nu s'a gãsit absolut cea mãi micã denudație sau leziune osõsã.

O altã varietate de abcese, asupra cãreia Tillaux atrage atențiunea, este urmãtoarea: reamintesc, ȃice acest autor, cã artera femoralã profundã dã rãmuri cunoscute sub numele de perforante și carã sunt imediat în contact cu linia asprã a femurului. Sub influența unei

alterațiunii a acestei linii, ca de exemplu o osteită, artera este susceptibilă să se ulcereze; și dacă se mai adaugă și fenomene inflamatorii, lucrul se poate lua drept abces profund, pe când în realitate e un anevrism. Acestă confuziune e cu atât mai ușoară, cu cât semnele patognomonice proprii ale anevrismului pot lipsi. Trebuie deci să fim preveniți pentru a nu avea regrete.

Cele alte plăgi ale cōpsei presintă pericole când ocupă fața internă, unde se află artera și vena femorală, precum și fața posterioară, unde se află nervul sciatic.

În afară de plăgile prin armă de foc, baionete, zdrobiri, fracturi cominutive, etc., deschiderea arterei femorale se observă în special pe măcelari, când în momentul tăierii unei vite, sau a jupuirii de piele ori ridicarea de cărnuri, cuțitul scăpând cade pe fața internă a cōpsei. Iarăși plăgile femorale se observă în casuri de lovituri de boă cu cōrnele, sau cădere într'o țepușe.

Am avut în serviciu un măcelar, care s'a înțepat într'o țepușe de la căruța unde se atârna carnea, și al cărui rezultat a fost mai târziu desvoltarea unui anevrism la partea mijlocie a cōpsei, pe care l'am tratat cu succes, făcând legătura sub arcada lui Fallope și deschiderea antiseptică a sacului.

Simptomele sunt proprii oricărei emoragii. Dacă deschiderea vasului nu e completă, iar paralelismul buzelor plăgei distrus, emoragia se poate opri, rămâind ca în urmă să apară o emoragie secundară prin ramolirea coagulului, sau un anevrism consecutiv prin întinderea cicatricei de tensiunea sanguină.

Trebuie însă să scim că, aci ca și la artera axilară, adesea emoragia e produsă prin una din colaterale, fie femorală profundă, perforantă sau circumflexă, așa că mai înainte de a recurge la legătura femoralei, trebuie întâiu să ne asigurăm bine de sorginte. Ajungem la acesta, explorând plaga, când vom lega artera. Ast-fel se citează un cas al lui Rose, unde, cu totă legătura femoralei sub arcadă, emoragia nu înceta, de ore-ce s'a descoperit că dînsa provine din rănirea arterei femorale profundă. De asemenea Tillaux a făcut legătura femoralei, creșdând că are a face cu un anevrism consecutiv, pe când în realitate era vorba de o ulceratie a femoralei profunde, în urma unei osteite a femurului în dreptul liniei aspre. În casuri desesperate deci, suntem nevoiți a recurge la legătura iliacei externe, precum a făcut Forget, Blandin și David Cheaver, cu tôte că rezultatul a fost gangrena membrului

De aceia unii recomandă tamponarea directă, unită cu compresiunea, iar Duplay secțiunea arcadei crurale, pentru a pune o legătură d'asupra și sub plaga arterială.

Deschiderea venei femorale se p \acute{o} te observa \acute{i} n urm \acute{a} toarele circumstan \acute{t} e: \acute{i} n pl \acute{a} gile prin instrumentele \acute{i} ntep \acute{a} toare sau t \acute{a} ioase, \acute{i} n perforarea organului prin proiectile sau eschile, ca \acute{i} n fracturile cominutive, prin aplicarea de paste caustice pe ganglionii inguinali, precum \acute{s} i prin sec \acute{t} iunea de \acute{i} nsu \acute{s} i chirurgul \acute{i} n timpul extirp \acute{a} rei de tumori \acute{i} n triungiul lui Scarpa, etc.

Pl \acute{a} gile venei femorale, \acute{d} ice Albert, erau considerate de Hyrtl ca cele mai pericul \acute{o} se. D \acute{i} nsul profesa c \acute{a} r \acute{a} murile acestei vene erau tot at \acute{a} t de distrug \acute{a} toare ca \acute{s} i \acute{i} ns \acute{a} și o decapitare. \acute{I} n adev \acute{e} r, or \acute{i} de c \acute{a} te-or \acute{i} se \acute{i} ncercase leg \acute{a} tura la distan \acute{t} ă \acute{s} i \acute{i} n special sub arcad \acute{a} , a dat lui Roux, Dupuytren, Boyer, Chassaignac, etc., tot-d'a-una gangrena membrului.

De aceia Gensoul stabilise ca principiu leg \acute{a} tura femoralei corespondente, principiu ce fu sprijinit \acute{s} i de Langenbeck. Verneuil a ar \acute{a} tat \acute{i} ns \acute{a} , c \acute{a} \acute{i} ntre basin \acute{s} i r \acute{a} d \acute{a} cina c \acute{o} psei exist \acute{a} destule colaterale, spre a asigura circula \acute{t} ia de \acute{i} nt \acute{o} rcere, ast-fel c \acute{a} probabil at \acute{a} t gangrena c \acute{a} t \acute{s} i m \acute{o} rtea indivi \acute{d} ilor erau consecin \acute{t} a lipsei de antisepsie, iar nu a leg \acute{a} tur \acute{e} i. Cu t $\acute{o$ te aceste e mai de preferat, c \acute{a} nd lucrul e posibil, ca emoragia s \acute{a} se opr \acute{e} sc \acute{a} prin compresiune direct \acute{a} , sau legarea vasului \acute{i} n plag \acute{a} . Ollier a ob \acute{t} inut un succes \acute{i} ntr'o plag \acute{a} a venei prin simpla aplicare de sec \acute{t} iuni de piele. Se recomand \acute{a} \acute{i} nc \acute{a} aplicarea unei leg \acute{a} tur \acute{e} i laterale, sau aplicarea unei pense, puind \acute{i} n contact buzele pl $\acute{a$ gei.

Pentru ce leg \acute{a} tura venei femorale se \acute{i} no \acute{s} tesce de gangrena membrului?

Am ar \acute{a} tat c \acute{a} gra \acute{t} ie cercet \acute{a} rilor lui Verneuil exist \acute{a} numeroase anastomose \acute{i} ntre vena femoral \acute{a} \acute{s} i acelea ale basinului, \acute{s} i prin urmare logica ar fi s \acute{a} nu determin \acute{a} m gangrena prin legarea venei femorale. Cu t $\acute{o$ te acestea Braun, \acute{d} ice Albert, a adus o lumin \acute{a} f \acute{o} rte mare asupra acestor fapte. Acest autor a g \acute{a} sit \acute{i} n adev \acute{e} r \acute{i} ntre vena femoral \acute{a} \acute{s} i venele trunchiului multe anastomose. Dar valvulele lor \acute{i} n cea mai mare parte din casur \acute{i} nu erau \acute{i} nvinse de c \acute{a} t printr'o presiune de 180 m.m. de mercur.

Ce se \acute{i} nt \acute{a} mpl \acute{a} c \acute{a} nd aplic \acute{a} m o leg \acute{a} tur \acute{a} pe vena femoral \acute{a} sub arcada lui Fallope? S'ar p \acute{a} rea la prima vedere c \acute{a} no \acute{i} m \acute{a} rim presiunea \acute{s} i dec \acute{i} valvulele cu at \acute{a} t mai u \acute{s} or vor fi \acute{i} nvinse; \acute{i} n realitate \acute{i} ns \acute{a} lucrul este \acute{i} nvers. \acute{I} n adev \acute{e} r, prin ac \acute{e} st \acute{a} leg \acute{a} tur \acute{a} pe canalul principal nou \acute{e} ne trebuie o desvoltare de for \acute{t} ă mult mai mare ca \acute{i} n starea normal \acute{a} , pentru ca t $\acute{o$ t \acute{a} ac \acute{e} st \acute{a} col \acute{o} n \acute{a} sanguin \acute{a} s \acute{a} fie \acute{i} mp \acute{i} ns \acute{a} prin colaterale. \acute{S} i de $\acute{o$ re-ce ac \acute{e} st \acute{a} for \acute{t} ă \acute{i} n majoritatea casurilor lipsesce, valvulele nu vor putea fi \acute{i} nvinse \acute{s} i dec \acute{i} restabilirea circula \acute{t} ion \acute{e} i periferice cu aceia a basinului neput \acute{e} ndu-se ob \acute{t} ine, va resulta o stagnare a mesei ven \acute{o} se

sanguine, de unde gangrena umedă a membrului. Modul acesta de a vedea se confirma prin următoarele linii date de Braun. După legătura venei sub arcada lui Fallope, țice autorul, aceste valvule adesea se opun la întorcerea sângelui de la gambă către basin. Trebuie dar să ne așteptăm că, la un óre-care număr de indiviđi, legătura izolată a venei să fie urmată de gangrena membrului inferior. La acești indiviđi ar trebui o presiune enormă în vena femorală, pentru a învinge valvulele anastomoselor, dar o asemenea presiune mai că nu există, mai ales la indiviđi al căror cord e slab.

Un fenomen curios, și care conform celor aci arătate ar părea lipsit de logică, este metoda lui Gensoul. Acest autor a propus contra emoragiilor venei femorale legătura arterei corespondente. Principiū care a fost urmat și de Langenbeck. Gensoul explică oprirea emoragiei prin micșorarea presiunii sanguine. În adevăr, artera o dată legată, sângele venind mai puțin în membru, emoragia înceta. Dar atunci ar trebui cel puțin, conform arătărilor lui Braun, ca membrul să fie coprins de gangrenă, căci presiunea fiind mică, valvulele anastomoselor nu pot fi învinse, de unde stasă sanguină. Cu tóte acestea practică arată contrariū. Noi însine în trei casuri am legat artera femorală imediat sub arcadă, pentru aneurisme, fără cea mai mică iminență de gangrenă a membrului. Credem deci că prin legătura arterei micșorarea presiunii în vene nu este nici bruscă, grație arterelor colaterale și anastomotice, pe unde sângele arterial încă circula, și nici masivă, de óre-ce calibrul venelor rămâne liber ca și mai înainte. Deosebirea deci este enormă: când legăm vena producem un surmenaj foarte mare, căreia trebuie să răspundă cordul pentru a putea lupta cu eficacitate, a răspândi în tóte venele colaterale acea masă mare sanguină, destinată venei femorale acum închisă. Și de óre-ce asemenea forță adesea lipsesce, valvulele nu vor putea fi forțate, de unde gangrena.

Aneurismele femorale. Sunt cele mai frecvente după cele poplitee. Sediul de predilecție este mai mult la partea superióră a arterei. Acesta ar proveni, după Follin, din aceea, că în această regiune artera e mai superficială și póte ușor să fie atinsă de violențele exterioare.

Forțe rar aneurismul ocupă artera femorală profundă; din contra mai des este atinsă femorală propriū ăisă. Aci mai ales observăm forma de aneurisme fusiforme multiple. Când tumora ocupă partea superióră a cõpsei în triunghiul lui Scarpa, ia o dezvoltare mai mare și o formă globulosă. La partea inferióră însă, dînsa devine turtită și chiar în bisac, din cauza mușchiului cuturier, care o stranguléză.

Prognosticul e mai puțin grav nu numai că adesea s'aū observat vindecări spontanate, dar chiar și legătura femoralei sub arcadă dă re-

sultate bune, grație femoralei profunde, care asigură în mod larg circulațiunea colaterală.

Și aci tratamentul cel mai radical e deschiderea saŭ extirparea sacului. Aneurismele arterioso venoase, cari se observă une-orî în urma diferitelor plăgi, fie tăioase saŭ prin armă de foc, se pot ușor vindeca prin compresiunea directă, pe care Broca o consideră ca metódă prin excelență.

Pentru mai multe detalii asupra acestos aneurisme trimitem la vol. II. 1)

§ II. Tumorile cõpsei.

Tumorile cõpsei divisate în benigne și maligne oferă caracterele generale ale orî-cărei tumorî, pe care le-am studiat în Vol. II. 2)

Lipõmele pot fi sub-cutanate saŭ sub-aponevrotic. Se observă în special pe fața supero-internă a cõpsei unde aŭ tendință a se pediculisă luând forma unui clopot.

După Lücke mixolipõmele se desvoltă mai de preferință pe fața posterioară a cõpsei și aŭ tendință a se viră în adâncime până în scobitura sciatică. Adesea aceste tumorî a părților moi ating un volum considerabil.

Pitha a extirpat de la fața posterioară a cõpsei o tumoră care se întindea de la ischion până la jumătatea gambei și care cântărea 25 livre. În țesutul celular și mai ales pe fața internă a cõpsei și în triunghiul lui Scarpa se observă din când în când chiști cu echinococi. Inapoî pe nervul sciatic se pot desvolta nevrome.

S'a observat deja de Velpeau tumorî ale nervului sciatic, ca *fibrome* și chiar *sarcõme*, cari mai tot-d'a-una se însoțesc de dureri foarte vii și de tôte fenomenele de iritațiune și compresiune nervoasă.

Diagnosticul tumorilor cõpsei e ușor de și une-orî foarte delicat. În special când lipomul are o consistență prea môle, s'a putut confunda cu chiști idatici. Este adevărat că sediul acestor douë afecțiuni e cu totul diferit. Lipomul este o afecțiune desvoltată în țesutul grăsos, iar chistul idatic mai des în grosimea mușchilui. Cu tôte acestea deosebirea clinică une-orî e foarte dificilă, căci ambele aceste tumorî sunt mobile în timpul relaxărei mușchilor, și fixe în timpul contractiunei lor. Ast-tel că dacă lipomul ocupă spațiul grăsos intermuscular diagnosticul diferențial devine foarte greu, dacă nu chiar imposibil, fiind nevoiți a recurge la o puncție exploratrice.

1). Vol. II, pag. 512—518.

2) Vol. II, pag. 56—162.

Sarcomul prezintă două varietăți, al părților moi inclusiv periostul, și al osului. Sarcomul părților moi s'a întâlnit une-orî pe fascia lata, alte dăți în grosimea mușchilor și chiar pe teaca vaselor femorale. Mai de ordinar însă el apare pe suprafața periostului când se numesce *sarcom periferic*, pentru a se deosebi de *sarcomul central* când se dezvoltă în însăși substanța ososă.

Se poate observa pe orî-ce punct al femurului, dar de sigur cazul cel mai grav e când apare pe terțul superior. Sarcomul central aduce o deformațiune colosală a membrului transformându-l într'un adevărat picior de șuncă, și fiind cu desăvârșire fix. Sarcomul părților moi și cel periostic oferă în general o mobilitate, dacă nu absolută cel puțin relativă. Mai avem încă posibilitatea desvoitărei de enchondrôme, cari ca și sarcómele pot avea punctul de plecare în părțile moi sau osóse.

Tratamentul. În casuri de secțiune a nervului sciatic prin diferite plăgi nu vom ezita a practica imediat sutura după regulile stabilite în Vol. II. Contra celor-l'alte afecțiuni ne vom conduce după circumstanțe, extirpând pe unele și abținându-ne în fața altora, dacă amputația membrului nu e posibilă sau cel puțin desarticulațiunea sa.

Tumorile regiunii inguinale.

Tumorile cele mai principale sunt reprezentate prin adenite venerice numite bubóne; pleiada ganglionară consecința unei infecțiuni sifilitice și adenitele scrofulo-tuberculóse.

Asupra tuturilor acestor afecțiuni însă am insistat destul de pe larg în Vol. II 1) și decî nu avem nimic de adăugat. Dar chiar și pentru tumorile ce se observă mai rar încă sunt descrise în Vol. II, afară de acelea cerî nu sunt proprii acestei regiuni, ci apar prin invasiune, origina lor fiind mult mai depărtată. De aceia ne vom mărgini a reaminti numai în câte-va linii diferitele tumorî ale acestei regiuni precum și divisiunea lor. Ast-fel:

În prima linie avem *lipómele* cari pot fi sub-cutanate sau sub-aponevrotice. Vom reaminti lipómele dezvoltate asupra unui sac erniar provenite în urma aplicărei prelungite a unui bandaj rău făcut.

Varicile limfatice ca și a venei safene le-am arătat deja. Avem în fine tumorî osóse în special *osteo-sarcóme* și *condrôme* provenite fie din femur sau din basin, cari pot face proeminență în această regiune.

În resumat vom face diagnosticul între tumorile gazóse reprezentate prin ernii; între tumorile lichide pulsatile și reductibile, în care

1) Vol. II, pag. 268—297.

intră aneurismele ; între tumorile lichide reductibile dar nepulsatile, ca abcesele reci și abcesele psoasului iliac, precum și varicele și adenolinfocitele, și în fine între tumorile moi ca adenite, sarcóme, epitelioame, etc.

Maî avem încă tumorî lichide, cari nu sunt nici reductibile nici pulsatile, ca abcesele reci dezvoltate în țesutul celular sub-cutanat, în ganglionî etc.

Igromele și chistii idatici intră tot în această categorie.

După acesta vom căuta a stabili conexiunea ce aceste tumorî au cu vasele femorale, precum și cu truuchiurile nervoase.

Cât privește tratamentul, extirparea tumorilor oferă dificultăți foarte mari, dacă ne gândim la prezența arterei și venei femorale.

Aceste vase având conexiuni intime cu tumora suntem adese siliți a face o adevărată disecțiune. La cea maî mică neglijență putem comite crima cea maî mare, emoragia fiind adesea repede mortală.

Aneurismele inguinale și iliace.

Ele se împart după Follin în două categorii: unele cari își au sediul în regiunea inguinală, recunoscând ca punct de plecare aneurismul dezvoltat la origina arterei femorale sau iliace externe, iar altele cari își au sediul chiar în fosa iliacă, provenind din dilatarea arterei iliace primitive.

Diagnosticul e foarte greu de stabilit în ceia-ce privește proveniența, când e vorba a stabili, dacă un aneurism inguinal provine din femorală sau iliaca externă.

Ca etiologie, pe lângă cauzele generale avem traumatismele și profesiunile laborioase, cari cer eforturi mari musculare.

Intr'un cas s'a observat un aneurism inguinal în urma unei contuziuni a arterei de capul femurului luxat. Se maî atribue încă, în special de Malgaigne drept cauză a acestor aneurisme, prezența de abcese și adenite.

Aceste aneurisme au un mers repede și se însoțesc de dureri foarte vii.

Când dinsele ocupă partea superioară a femoralei, tumora trimite o prelungire în jos pe cósă și alta în sus spre fosa iliacă. Ligamentul lui Fallope o strangulează și-i dă o formă bilobată. Când aneurismul începe prin iliaca externă sau primitivă, atunci tumora ia o dezvoltare considerabilă putând umplea totă cavitatea abdominală.

Câte-odată însă *diagnosticul* e clar, dar adesea s'au confundat aceste aneurisme cu sarcómele; iar alte dată cu bubóne sau ernii.

Prognosticul este excesiv de grav mai ales în aneurismele iliace, unde suntem nevoiți a recurge la legătura aortei. Cu atât mai mult prognosticul e grav în cazul de aneurisme arterioso-venose, cari de alt-tel sunt foarte rari.

§ III. Afecțiunile inflamatorii ale articulației coxo-femorale.

Printre toate inflamațiile fie acute sau cronice ale acestei articulații, *artrita tuberculoasă* este mai presus de toate. Dinsa prezintă un interes capital, atât din punctul de vedere al patogeniei și discuțiilor științifice la cari a dat naștere, cât și din consecințele practice.

De aceea restul celor-lalte bóle inflamatorii rămâind pe o treptă mult mai inferioară, nu se obișnuiesc a se face capitole aparte pentru fie-care, ci cu ocazia diagnosticului diferențial se menționează și ele, dându-li-se punctele cele mai principale, constituind în același timp și bazele bólei însă-și.

Bóla ce vom a descri este cunoscută sub numele de *coxalgie*; cuvânt, care în el însuși nu însemnează de cât durere în șold. De sigur această expresiune numai corespunde absolut întru nimic cu cunoștințele ce avem asupra naturii acestei bóle. Cu toate acestea, pentru respectul și admirațiunea ce datorim spiritului de observație al vechilor autori, cuvântul *coxalgie* trebuie conservat și perpetuat, căci dinsul ne exprimă *durerea*, care constituie stâlpul cel mai puternic pe care se rezămă bóla.

În adevăr, putem susține că o *coxalgie* fără durere nu se admite și nici că se poate închipui alt-fel. Mai există încă un alt nume vechiu prin care se represintă această bóla, numit *coxar-trocace* ce exprimă etimologicesc articulația rea a șoldului. Nici contra acestui nume nu avem nimic de zis, căci prin nimic nu s'ar fi putut exprima mai bine diformitățile și atitudinile vicioase ale articulației în ultima perioadă a bólei de cât prin acest cuvânt, lucru de care ne vom convinge când vom studia luxațiile patologice. Dar tocmai pentru faptul că cuvântul *coxar-trocace* exprimă ultima perioadă a bólei, iar nu simptomul inițial prin care să ni se atragă atențiunea, precum este *coxalgia*, de aceea această din urmă expresiune a fost și va rămâne neștersă din cadrul nosologic.

Prin coxalgie înțelegem astăzi nimic alt-ceva, de cât o artrită tuberculoasă a articulației coxo-femorale.

Din cele deja arătate în Vol. II tratând despre tuberculoasă în genere, leșne ne putem explica pentru-ce această bóla este proprie etății copilăriei. Aci găsim în adevăr, pe de o parte o supra-activitate de nutrițiune a sistemului osos, iar pe de alta o perioadă din cea mai turbulentă a vieții; deci doi factori, cari asigură în gradul cel mai mare

desvoltarea bacilului tuberculosei. De aceia statisticele și clinica au arătat că coxalgia este apanajul copiilor între 3 și 12 ani, adică în perioada când ei alérgă mai mult și cresc mai repede. Mai jos ca trei ani casurile sunt fôrte raré; iar casurile de coxalgie desvoltate chiar în timpul vieței intra-uterine sunt contestate. Frecuența coxalgiei se micșorează de la 12—15 ani, devine rară la adult și cu totul excepțională la bătrâni.

Este adevărat că pentru desvoltarea acestei afecțiunii se cere neapărat o predispozițiune diatesică a individului. Dar iarăși cauzele determinante jôcă un rol fôrte important, căci fără acestea bóla fôrte rar ar putea surveni în mod spontanat.

Ca pentru tóte casurile de desvoltarea tuberculosei, traumatismul și aci e pus în prima linie. E cu totul de prisos a mai cita discuțiunile pro și contra traumatismelor, de óre-ce experiențele moderne făcute de Max Schuller, despre cari în mai multe rânduri am vorbit, sunt în afară de oré-ce iudoială. (Veđi tumora albă a genuchiului). Și chiar în casuri când o traumă directă nu se póte constata, tótuși coxalgia încă e datorită acestuî agent, însă lucrând în mod lent și continuă. Deja simpla greutate a corpului, care apasă pe articulația coxo-femorală, este suficientă a ne explica contusiunile lente, produse în timpul mersului. Și dacă la acésta mai adăogăm diferitele greutateți ce un individ sărac este nevoit a purta în spinare pentru căștigarea existenței, ar mai rămânea óre vre-o îndoială despre acțiunea directă a greutatei corpului în producerea coxalgiei? Și nu este acésta cauza pentru care tuberculoasa coxo-femorală este de cincé oré mai frecuentă de cât aceia a membrului superior? Dar observațiunea clinică precum și statisticele au probat ca juste vederile lui Mayolin. Acest autor cel d'întăiu a arătat, că acéstă artrită tuberculósă se observă în special pe copii săraci, réu hrăniți, réu aerați, supuși la intemperii, la traumatisme, la purtări de greutateți, etc., pe când copii bogaților, crescuți în condițiuni cu totul opuse și feriți de asprimele vieței, sunt mult mai scutiți. Și dacă dinșiî devin coxalgici, acésta numai grație unei vicieré profunde a organismului de diastasă tuberculósă, pe când săracul de și nu are în sine de cât o fôrte mică dosă de intoxicație, îi provócă însă manifestarea la exterior numai prin prósta hrană și réul traiu.

Anatomia patologică. Credem de prisos a insista asupra diferitelor forme de tuberculósă osósă ce putem întilni în coxalgie, de óre-ce și aci vom găsi aceleași tipuri clasice, ce pe larg am descris în tumora albă a genunchiului. Ne vom ocupa deci numai de unele puncte mai principale.

Discuțiuni fôrte mari au existat, pentru a se sci dacă tuberculoasa începe primitiv prin sinoviala articulației saú prin schelet. În afară însă

de aceste două feluri de varietăți, Holmes înclina a susține că afecțiunea începe prin ligamentul rotund, pe care l'a găsit într'o stare de eroziune. Barwell însă obiectează, că toți aceia cari apără această teorie, de și se basază pe o funcțiune fiziologică, totuși sunt în eróre, de óre-ce examenul lor nu e complet, căci mărginindu-se în a constata numai leziunile ligamentului rotund, mai toți din ei neglijează de a face secțiunea óselor. În adevér capul femurului până la etatea de 18 ani își trage elementele sale de nutrițiune dintr'o arteră ce-i vine prin intermediul ligamentului rotund; dar necrosarea acestui ligament nu implică mórtea celui d'întâiu, de óre-ce dînsul este efectul iar nu cauza. Și iată cum se petrec lucrurile: Când epifisa saú capul femurului se inflaméază, de sigur artera se dilată, de unde o iperemie, o presiune, și deci o ramolire inflamatorie, o alterațiune profundă a ligamentului, ce va produce eroziunea saú necrosa sa. Dar precum ramolirea saú deslipirea ligamentelor încrucșate ale genunchiului saú a tendonului biceps în umér, nu pot fi considerați ca factori inițiali ai tuberculosei acestor articulații, tot ast-fel și distrugerea ligamentului rotund nu este cauza coxalgiei. Și drept probă avem că Barwell facénd autopsia unui copil de 5 ani, mort după 6 sèptemâni de la aparițiunea primelor simptome de coxalgie, a găsit pe fața inferióră a capului și a gâtului femoral o enormă excavațiune plină cu puroiú, ce se deschisese în articulație. Aceleași fapte au fost constatate și de Lannelongue, care în mai multe casuri de coxalgii recente a găsit caverne pline de puroiú în capul femurului, pe când articulația și ligamentul rotund páreau foarte puțin atinse. De aceia majoritatea autorilor admit astăzi că coxalgia mai tot-d'a-una începe prin părțile ósése.

Rémâne însă chestiunea, care din óse este mai întâiu atins ? femurul saú cavitatea cotiloidă ? Cei mai mulți autori susțin că femurul, din caúsă că în el travaliul de osificațiune este mult mai activ ca în cavitatea cotiloidă.

Sunt alți autori însă, între cari și Volkmann, cari susțin o frecuență mai mare din partea cavităței cotiloide, basându-se pe nisce statistici foarte elocvente. Noi însă admitem opinia lui Ollier, care susține că tuberculosa acetabulară pare mai frecuentă, din cauza gravităței sale mai mari și deci a intervențiunilor mai frecvente; pe când tuberculosa capului femurului avénd o revoluție mai lentă, intervențiile fiind mai rari, de aceia dînsa pare mai puțin frecuentă.

Dar oricum ar fi, anatomia patologică ca și cercetările clinice au demonstrat că sunt casuri unde coxalgia începe prin femur și rămâne localisată în acest os, precum de asemenea sunt altele, unde procesul morbid apare în mod primitiv și manifest prin cavitatea cotiloidă. Deja

un vechiū autor Blasius observase acest lucru și stabilise chiar o diviziune fôrte logică, adică *o coxalgie femorală și o coxalgie pelvienă*.

În fine, ca origină osósă în coxalgie intră și marele trochanter, însă într'o porțiune mult mai mică.

Cercetările macroscopice și chiar microscopice, dar mai ales observațiunile clinice arată că în coxalgie, tuberculosa în majoritatea cazurilor începe prin capul femurului. Decī epifisita este forma cea mai comună a acestei afecțiuni. Dînsa se manifestă fôrte repede prin simptome articulare, de ôre-ce membrana sinovială a articulației acopere capul femurului inclusiv linia sa epifisară.

De aceia, dacă de multe ori focarele tuberculóse aū o evoluțiune lentă, une-ori însă procesul mergînd repede saū chiar focarul cronic deschidîndu-se subit, întréga articulație la un moment dat e pe neașteptate copleșită, dîndu-ne nisce fenomene proprii unei artrite supra acute. Acésta ne face une-ori a crede că dînsa e prima manifestățiune morbidă, pe când în realitate, focare tuberculóse fôrte vechi existau deja în grosimea osului.

Încă odată repetăm, fenomenele acestea se explică numai grație extensiunei sinovialei articulare pe d'asupra capului femurului, pînă la linia epifisară.

Dar fie că focarul inițial se dezvoltă pe femur saū pe basin, articulația tot-d'a-una sfîșese să fie copleșită în totalitatea sa. Pe cât însă e ușor de înțeles ca un focar al cavităței cotiloide să influențeze imediat articulația, pe atît e necesar de ôre-carī explicațiuni, pentru a înțelegem cum un focar dezvoltat în capul femoral saū la suprafața sa, pôte să infecteze articulația. În adevăr, la umăr tuberculosa osósă provine fôrte rar dintr'un focar umeral, dar e mult mai frecuent a constata abcese reci peri-articulare, datorite unei caverne osóse.

Diferența ce există între aceste doué articulațiuni se explică imediat, când considerăm dispozițiunea capsulei articulare. La umăr capul singur este în contact cu cavitatea glenoidă; la femur din contra capul osului este cu totul băgat în interiorul articulațiunei osóse, în spațiul circumscris de burulete. Mai mult de cât atît, gâtul femoral în totalitatea lui, cel puțin înainte, este coprins în cavitatea articulară, pentru că inserțiunile cele mai externe ale capsulei se fac pe linia intertrochanteriană.

La extremitatea superióră a umărului, un focar tuberculos are multă șansă a se deschide în afară de articulație; pe când un focar osos al extremităței superióre a femurului nu se deschide de cât excepțional în afară de articulație; el se sparge în cavitatea articulară o-

sosă sau capsulară, și dacă natura sa este infecțioasă, finesce a provoca distrucțiunea totală a articulației.

Când e vorba de o articulațiune superficială, ca aceia a genuchiului, e ușor a spune de la început dacă procesul tuberculos se însoțește de o colecțiune lichidă abondentă (idartrosa tuberculosă a lui König); sau dacă acest proces a modificat numai structura sinovialei (proces fongos). La cósă însă această deosebire este mult mai dificilă, pentru că articulațiunea este aședată mult mai profund. Cu toate acestea leziunea articulară poate să fie diagnosticată de timpuriu. În adevăr, pe când la genuchiu este forma exterioară a articulației care ne permite să diagnosticăm leziunea de care dînsa e coprinsă, la cósă sunt tulburările funcționale, cari ne conduc a recunosce leziunile.

Intregul acest studiu clinic, țice Albert, este datorit marelui geniū de observațiune a lui Bonnet.

În casurile comune mersul afecțiunei e lent; procesul tuberculos se înaintază treptat, mergând de la adâncime la suprafață. În timpul acesta cartilajul articular se distruge, țesutul osos se ramolesce, putend chiar să dispară în punctele expuse neîncetatei presiuni. De aci o deformație și micșorare de volum a capului femurului, numită de Volkmann *decubitus ulceros*, iar de Lannelongue *ulcerație compresivă*.

Ne rămâne acum a arăta dacă coxalgia poate începe primitiv prin alterațiunea membranei sinoviale a articulației.

De sigur lucrul e posibil și chiar se confirmă prin observațiunile clinice, dar acesta e mai rar. Dar și când există, dînsa constituie forma cea mai benignă, putend-se vindeca prin repaos și extensiune continuă, dacă lucrul e luat în pripă.

În cazul contrariu, de unde sinoviala la început e simplu congestionată și roșietică, mai târziu își perde aspectul lucitor. Apoi mici granulații se desvoltă la suprafața sa, cari degenerând în fongosități, umple întreaga cavitate articulară. Procesul supurativ apare, iar cu dînsul o adevărată piartrosă. Capsula fibrasă se copleșește și ea la rîndul său, ramolindu-se și infiltrându-se de fongosități. Resultatul final va fi abcese și fusee purulente multiple, manifestându-se la exterior prin numeroase traecte fistuloase, ce înconjură articulația, mergend une-orî în regiuni mult mai depărtate de sediul primitiv al rēului.

Simptomele. Pentru înlesnirea studiului vom descrie trei periode în coxalgie: *perioada de îndoială, de confirmare și de distrucție.*

1). *Perioada de îndoială* coprinde următoarele semne:

a) *Durerea.* Acesta ni se presintă sub diferite forme: *spontanată și provocată.* Durerea fie pur spontanată, sau viind în urma oboselilor sau unor sforțuri ore-cari, dînsa poate fi *diurnă* sau și chiar *matinală*.

O varietate de durere, care e patognomonică, e țipătul nocturn. Dînsul se observă mai ales la copii, cari în miezul nopții de o dată se scólă într'un țipat îngrozitor. Explicația s'a dat, că mușchii nu mai sunt contractați ca în timpul zilei, spre a ține într'o pozițiune fixă extremitățile osoase de a nu se atinge. Decî în momentul unei mișcări în somn oșele se frec, dând acele dureri teribile, formând după Cazin semnul prodromic al abcesului osos. La adulți țipătul este înlocuit prin sguduitura membrului, care iarăși deșteptă pe bolnav.

De o intensitate variabilă, durerea, căte-odată devine violentă, căci pe lângă întreruperea mersului, provocă nisce adevărate țipete din partea bolnavului, puindu-l în imposibilitate a face cea mai mică mișcare.

Alte dați însă durerea e foarte puțin pronunțată, iar une-orî — de și excepțional — poate chiar lipsi cu desăvîșire. În adevăr, se ved din când în când persoane cu leziuni înaintate de coxalgie, cu abcese, traiecte fistuloase, etc., și totuși fără să fi avut nici o durere. În fine, unii suferă numai la început, iar mai târziu de loc. Regula însă este că în coxalgie durerea să fie foarte mare. După I. L. Petit durere provine din întinderea ligamentului rotund. După Velpau din întinderea capsulei și mai ales a părții sale posterioare, iar după Lannelongue din compresiunea sau iritarea numeroselor ramificațiuni nervoase ale sinovialei, a capsulei și a ligamentelor. Când însă bóla începe prin leziuni, atunci nu mai e trebuință de nici o teorie, căci durerea se va descoperi acolo și va fi în legătură cu sediul leziunii, adică în centrul articulației, în jurul acesteia, sau în basin, după cum procesul tuberculos va ocupa capul femoral, trochanterul, cavitatea cotiloidă sau regiunile pericotiloidiene etc. Dar partea principală a chestiunii nu este acésta, unde explicația se poate găsi ușor. Principalul este atunci când durerea nu se manifestă în locul bolnav ci mult mai departe — în genunchi.

Fenomenul acesta de durere în genunchi, formând semnul patognomonic în casuri de coxalgie, a dat naștere la mai multe teorii pentru explicarea sa. Dintre acestea, mai principale sun trei: *teoria nervoasă*, *teoria de leziuni în canalul medular* și *teoria de simpatie*.

Teoria nervoasă saă a lui Cruveilhier se explică prin iritațiunea produsă asupra filetelor nervoase a sciaticului, cruralului și obturatorului ce aă conexiuni atât cu articulația coxo-femorală cât și cu a genuchiului. Se susține în special că factorul principal este obturatorul, care trimitând o ramură până la genuchi, anastomosându-se cu nervul safen intern, produce durerea clasică în genuchi orî de câte orî va fi iritat. Este decî vorba de o simplă durere nevralgică la distanța, analógă cu toate durerile ce am studiat la leziunile nervoase în vol. II. Dar acésta nevralgie se poate transforma într'o adevărată nevrită descendentă.

Teoria leziunelor medulare iarăși e bazată pe fapte positive. Dînsa aparține lui Richet. Fôrte adesea, se constată în coxalgie nu numai o inflamație întinsă a întregului canal medular al femurului, dar s'aû găsit chiar granulații tuberculose în măduva osului. În șese casuri de tumoră albă a genuchiului, cû am constatat aceste leziuni în femur. De sigur și în coxalgie acelaș lucru se petrece, precum de alt-fel a arătat și Lannelongue. Nimic dar mai ușor pentru a explica durerea în genuchî, de cât prin aceste leziuni ale măduvei osului femoral.

Teoria de simpatie saî a lui Brodie este de sigur mai greu de susținut. Dar calculele vesicale nu se diagnosticăză adesea prin durerile simțite la extremitatea penisului adică în gland? Calculele nefretice, nu aû ca semn patognomic rețracția și durerile violente în testicul? Durerile în unăr nu prezic ele o afecțiune a ficatului? Dar orchita în urma unei parotidite, nu e cea mai mare probă de simpatie în aceste două organe? Richard Barwell a arătat că în trei casuri de luxații, ori de câte ori apăsa pe capul femurului luxat, de atâtea ori producea o durere manifestă în genuchî. Dînsul adaogă că aceste dureri osose simpatice sunt tot-d'a-una centrifuge, adică că ele nu sunt nici-o-dată mai apropiate de trunchiû ca punctul bolnav, ci tot-d'a-una mai depărtate. Ast-fel, când extremitatea superiôră a osului e afectată, atunci simpatia extremităței inferiôre e mai mare, de cât în cazul când diafisa osului ar fi bolnavă. De aci durerea coxalgică în genuchî, de aci durerea la gâtul piciorului în tumora albă a genuchiului, dacă bine înțeles tuberculoasa se desvoltă primitiv în platoul tibial.

Noi credem că fiecare din aceste teorii își găsesce aplicațiunea în anumite casuri. Un singur lucru însă trebuie să observăm că această gonalgie nu intră în categoria simpatiilor, de ôre-ce dînsa e fôrte superficial situată și crește în intensitate, dacă bolnavul privesce la examenul chirurgical. Ar fi vorba decî, mai mult de o iperestesia cutanată de cât de o leziune ososă ori nevritică.

Credem interesant a menționa nu atât o teorie cât o simplă opiniune, tot atât de originală și amuzantă. Dînsa aparține lui Fick. Acesta susține că în realitate durerea tot-d'a-una se află în articulația coxo-femorală și că dacă bolnavul spune că o simte în genuchiû, acesta provine dintr'o eróre de sediû. În adevăr țice autorul, dacă întrebăm pe orî-ce om prin mijlocul căror mișcări el umblă, toți vor spune că prin acelea ale genuchiului. Este decî natural că bolnavul influențat de acest lucru va crede că durerea o simte în genuchiû, când dînsa în realitate e în șold.

Mai există încă o opiniune că durerile din genuchiû ar proveni

dintr'o contractiune spasmodică a lungului adductor, care tot-d'a-una e dureros la inserțiunea sa superiőră.

Din cele arătate vedem, că durerea de și constituie un semn tőrte prețios în coxalgie, este însă főrte înșelător, manifestându-se în regiuni cu totul streine de cele bolnave.

Este deci de o importanță colosală a determina sediul sėu just, căci de aci depinde vindecarea saș compromiterea bolnavului.

Vom examina deci cu cea mai mare scrupulositate tőte punctele articulației genuchiului, pentru a ne convinge dacă în adevěr durerea simțită în acėstă regiune este saș nu adevěrată ori falsă. In cazul contrariu vom procede la examenul articulației coxo-femorale, pentru a stabili adevăratal sediū al bólei. La acest lucru vom ajunge prin explorația directă și indirectă saș la distanță a articulației.

Putem ajunge la explorarea directă palpând și presând adīnc la baza triunghiului lui Scarpa. Lannelongue însă dă un mijloc mai practic. El recomandă să flexăm copsa pe basin și să imprimăm o mișcare de adducție și rotație înăuntru. Atunci extremitatea superiőră și chiar capul femurului devine proeminent la partea posteriőră a articulației sub mușchii fesieri. Apăsând în acest loc putem determina durerea, dacă capul temurului va fi bolnav.

Dar tőte punctele din jurul articulației trebuesc cu minuțiositate și în mod metodic explorate, precum ĩndoitura vintrelor (le pli de l'aine) partea internă și superiőră a cōpsei, regiunea iliacă, fesieră, pubisul, marele trochanter, etc. De obiceiū în atară de vasele femorale presiunea devine mai durerosă (Gangolphe).

Explorarea la distanțe se face presând pe marile trochanter, saș dând o lovitură bruscă pe călcăi. Dar acest ultim semn nu e sigur mai ales dacă tuberculosa e stabilită în centrul capului femoral. Tot în perioada ĩntăi avem ĩncă un semn și anume *șchiopătura*. Acėsta une-orī e manifestă, iar alte dăři se traduce prin o ĩnegalitate în ritmul mersului, adică că piciorul bolnav nu se sprijină cu putere pe sol. O ureche exersată pőte főrte bine aprecia acest lucru puind pe bolnav să umble. Acėsta forméză ceia-ce Marjolin a numit *semnul giambașului*.

Expresiunea nu este rea, căci și chirurgul recunősce ĩntegritatea articulației după lovitura piciorului, ĩntocmai precum fac și gėmbașii când aleg cai.

Este sciut că în coxalgie mai ales cea ososă avem atrofia musculară în triceps și fesieri. Când nu e manifestă, Lannelongue recurge la un artificiu puind pe bolnav a sta în piciore. Repede se observă o ușoră tremurătură și sguduitură în partea bolnavă, după care ĩndividul se sprijină pe membrul sãnătos. Acėsta e *semnul de probă*.

În acelaș timp cu atrofia, apare contractura adductorilor, de unde dificultatea de a pune membrul în abducție.

Impăstarea gangliónelor inguinali și iliaci se observă foarte des și formeză chiar cel mai inițial semn al coxalgiei chiar când ce'e-l'alte lipsesc.

Periódă a II-a conține următoarele semne :

1). *Atitudinea fixă a membrului.* Este cu desăvârșire rar ca o coxalgie să nu producă nisce atitudini anormale ale membrului. Nu există în adevăr de cât un singur cas citat de Bonnet și un altul de Kirmisson unde coxalgia s'a terminat printr'o anchilosă dréptă fără nici-o intervențiune. Acésta s'ar petrece la indiviđi cari umblă continuu ; și probabil numai în casuri când tuberculosa este în centrul osului.

Tot-d'a-una dec'i atitudinile vicióse ale membrului formeză caracteristica coxalgiei.

Aceste atitudini sunt de trei feluri pe cari le numim : *atitudine pasageră, durabilă și permanentă sau defnitivă.*

Atitudinea pasageră e reprezentată prin flexiunea cópsei pe basin, însoțită de abducție și rotație în afară.

Acésta se observă inevitabil în periódă inițială a coxalgiei și este determinată prin aceia că numai în acésta pozițiune sinoviala articulară presintă cea mai mare lărgime. De alt-fel experiențele lui Bonnet au arătat că ori-care ar fi situația membrului, dacă facem o injecțiune în cavitatea articulară ; dînsul se pune tot-d'a-una în pozițiunea sus indicată, adică în abducție și rotație în afară.

Prin urmare bolnavul în scopul de a micșora durerile își așeză membrul în mod instinctiv în acésta pozițiune, căci numai ast-fel tóte țesuturile articulare împreună cu sinoviala sunt mai relaxate. Dar o asemenea atitudine este foarte defavorabilă mersului. Atunci intervine o mișcare de basculă a articulațiunei sacro-lombare din partea bolnavă, în urma căreia basinul este înclinat, iar spina iliacă antero-superióră împinsă înainte și în jos. În același timp regiunea lombară formeză o scobitură numită cambrură, asemănându-se cu o șea de călărie. Acésta cambrură se manifestă atât privind bolnavul de profil, cât mai ales culcându-l pe un plan orizontal, când cu ușurință putem introduce mână sub acésta excavațiune. Dar mai mult, pentru menținerea echilibrului, basinul fiind prea aplicat în partea bolnavă, colóna lombară suferă o mișcare de torsiune provocând o scoliosă a cărui convexitate privesce către coxalgie. Acésta atitudine însă e foarte incomodă chiar pentru șederea în pat. De aceia dînsa nu dureză mult și se transformă într'o alta cu totul inversă, adică membrul se apropie de linia mediană puindu-se în adducție și rotație în năuntru. Dar atunci și fenomenele din

partea basinului și a regiunii lombare sunt inverse ca în cazul precedent. Vom avea deci o ridicare a basinului cu împingerea înainte și în sus a spinei iliace antero-superioare, iar în regiunea lombară iarăși o scolioză însă cu convexitatea spre partea bolnavă; cambrura rămâne aceeași.

Causa acestei atitudinii ar fi provocată după unii prin faptul că bolnavul culcându-se pe partea sănătoasă, membrul opus va cădea prin propria lui greutate, puindu-se ast-fel în adducție. Alții atribue lucrul la relaxarea ligamentelor articulare etc. Explicațiunea însă cea mai probabilă este că în coxalgie mușchii extensori, adică tricepsul și fesierii, se atrofiază foarte de timpuriu; atunci adductorii rămânând aproape singuri în acțiune trag cu înlesnire membrul către densii puindu-l ast-fel în adducție.

Dar ori-care ar fi cauza, fenomenul e constant și în urma sa ni se oferă în clinică două lucruri cu totul opuse și paradoxice; anume că: dacă privim membrul aflat în abducție și rotație în afară, ni se pare mai lung ca cel opus, pe când în realitate măsurându-l ne arată o scurtare; și vice-versa? în adducție și rotație în năuntru membrul ni se pare mai scurt, pe când în realitate prin măsurătoare el e mai lung.

Lungimea se explică după unii prin împingerea capului femoral, fie de lichidul acumulat în articulație, fie de fongosități, fie de inflamația țesutului celulo-adipos intra-articular, sau chiar d'a dreptul de însăși creșterea capului. Scurtarea se consideră ca provenită din ridicarea basinului. Tóte acestea astăđi nu se mai admit. Lannelongue a arătat că atât scurtarea cât și lungimea sunt lucruri aparente iar nici de cum reale. Și pentru a proba acesta dînsul dă o figură geometrică compusă din trei puncte: unul superior reprezentând spina iliacă antero-superiőră, altul la mijloc reprezentând cavițatea catiloidă, iar altul în jos reprezentând extremitatea inferiőră a femurului. Reunind aceste puncte A, B, C obținem un triunghiū cu un unghiū în B.

Dacă luăm latura B C care este femurul și o trecem în abducțiune depărtându-o de punctul B, punctul C va veni în D. Unind A cu D și D cu B obținem un al doilea triunghiū A B D, al căruia unghiū B evident este mai mic de cum era întâiū. Dar atunci și latura A D o-pusă acestui unghiū va fi și ea mai mică de cât latura A C, care corespunde la un unghiū mai mare. Pentru acesta dar în coxalgie, cu tótă lăsarea în jos a basinului și a spinei iliace antero-superiõe din partea bolnavă, membrul aflat în abducție deși la vedere pare mai lung, măsurătoarea însă il arată mai scurt. Dar ambele aceste fenomene nu sunt reale, căci după cum vedurăm ele depind de o simplă figură geometrică. Același lucru vom đice și de a doua atitudine, unde membrul fiind în adducție și rotație în năuntru, dînsul la vedere ni se va părea

mai scurt din cauză că spina iliacă e ridicată mai sus, pe când la măsurătoare el va fi mai lung. Explicațiunea este cu totul identică, însă luată invers. Ast-tel considerând iarăși triunghiul $A B C$ și $A B D$, dacă apropiem latura $B D$, care represintă femurul de punctul B , care represintă cavitatea cotiloidă, atunci D vine în C , pe care unindu-l cu B vom avea triunghiul $A B C$. La latura $A C$ se opune un unghi mai mare în B și deci avem ceia-ce trebuia să demonstrăm, adică lungimea.

Atitudinile permanente însoțite de lungiri și scurtări reale se datoresc luxațiilor spontane sau patologice.

Aceste luxațiuni recunosc astăzi o singură cauză și anume róderea sau distrugerea cavității cotiloide. Totuși vechia teorie susținută de J. L. Petit, că aceste luxații pot proveni din gonirea capului femurului prin epanșamentele articulare sau mesele de fongosități ce umple cavitata, încă resistă și astăzi. Intre alte probe sunt următoarele două cazuri ale lui Cruveilhier și Lannelongue. Acești autori au arătat luxațiuni patologice, unde nu s'a constatat nici-o uzură ososă, ci numai o cantitate foarte mare de fongosități. Ele umplând cavitata cotiloidă sau însăși articulația, au provocat la sigur ieșirea capului femoral afară din locul său. Putem dar stabili că, amii acești factori dau un gen aparte de luxație și anume: uzura ososă a cavității cotiloide făcându-se în sus și în afară, capul femurului neputând ieși de cât prin acest loc, va determina o luxație iliacă externă. Dar acesta nu se poate realiza de cât membrul fiind în a doua atitudine, adică în flexiune și adducție cu rotație în năuntru.

În cel-alt cas de cas de coxalgie fongosă, membrul am țin, că se pune tot-d'a-una în abducție și rotație în afară, pentru a se pune în relaxare sinoviala articulară. Dar atunci capul apăsând în partea de jos și înăuntru a cavității cotiloide, dinsul fiind împins de fongosități și neputând ieși de cât prin acest loc; o dată scăpat se va așeza în dreptul găurei obturatrice; luxația deci va fi internă sau obturatorie. Dar înafară de aceste două luxațiuni clasice s'au mai vădit luxații în sus și înăun-



Fig. 605. — Figura schematică, care ne dă sémă de modificațiunile aparente de lungime a membrului la măsurare.

A. Spina iliacă antero-superiőră.

B. Cavitatea cotiloidă.
BC și BD femurul.

tru, adică pubiene (Nelaton), luxațiunii directe în sus, capul așezându-se între spina iliacă antero-inferioară și eminența ilio-pectinee (Lannelongue). Și iarăși tot acest autor a mai văzut luxații directe în jos și pe ischion, sau în jos și înapoi. Roux a arătat o luxație în eșancrura sa scobitură sciatică.

În fine s'a văzut intrarea capului femoral direct în basin, străbătând fundul cavității cotiloide distrus.

În toate aceste cazuri lungimea și scurtarea ce se observă nu mai sunt aparente ci reale.

În această ultimă perioadă a coxalgiei atitudinile definitive sau anchilozele se pot efectua fără supurație. De multe ori însă observăm dezvoltare de abcese, care recunosc trei origini: sau sunt *de natură ososă* (femurul sau cotilul), sau *de natură sinovială*, sau provin *din ramolirea ganglionilor ori a părților ce înconjoară articulația*.

Aceste abcese se împart în trei categorii: crurale, fisiere și pelviene. Cele două din urmă provin, după cum supurația își are punctul de plecare de la partea anterioară sau posterioară a articulației, ori din cavitatea cotiloidă. Abcesele crurale apar pe fața anterioară și superioară a cōpsei, putându-se însă întinde în jos spre adductorii sau vasele femorale, ajungând până la genunchiul. Cele fisiere apar la început sub mușchiul fesier, dar pot și ele să se coboare în jos, trecând prin eșancrura sciatică și urmând nervul cu același nume. Dar foarte adesea ambele aceste categorii nu rămân izolate, căci ele se combină între dînsese străbătând în interiorul articulației. Ajunse aci, ele împreună cu acele abcesulare intră în basin, așezându-se fie în fosele iliace, fie în părțile abdominale, perforând aponevrosa iliacă și fiind să facă proeminență la spina iliacă antero-superioară, ridicându-se chiar până la ombilic.

Diagnosticul. Pe cât este de important, căci de dînsul depinde viața bolnavului, pe atât e de greu de stabilit, mai ales la început. Uneori este chiar absolut imposibil. Explorarea directă a articulației coxo-femorale e greu de făcut, din cauza situațiunei sale profunde și prezența enormelor mese musculare ce o înconjoară.

De aceea nu avem la dispoziție de cât simptomele funcționale și anume acele arătate în cele trei perioade, adică *durerea, șchiopătarea și atrofia nu numai a mușchilor extensori, dar chiar a întregului membru împreună cu scheletul, atitudinile vițioase, luxațiile patologice, etc.*

De sigur, importanța este de a stabili diagnosticul în prima perioadă, căci în celelalte dînsul se impune de la sine. Am văzut însă cum durerea ne poate înșela, de ore-ce dînsa se manifestă mai mult împrejurul genunchiului de cât în șold. De aceea vom fi foarte severi în determinarea sa, examinând cu multă scrupulositate genunchiul. Vom

uza prin urmare de toate mijlocele arătate și anume: *semnul giambașului*, *semnul de probă* al lui Lannelongue și în stîrșit de un artificiu, care constă în următorul lucru: ridicând pe un copil în sus de subțiori vom vedea că în mod spontanat, sau în urma unor înțepături, membrul sănătos va executa nisce mișcări foarte violente, pe când cel bolnav foarte puține și escesiv de dureroase. Puind pe copil în pat în pozițiunea orizontală și întrebuițînd aceleași înțepături, vom observa că membrul bolnav va executa nisce mișcări numite de reptățione, pe când cel sănătos mișcări cu totul violente.

Cu această ocaziune vom constata cambrura regiunii lombare.

Puind individul să ridice piciorul în extensiune, dînsul va face această împreună cu basinul, lucru de care suntem convinși, aplicînd degetul pe spina iliacă antero-superiőră, care va urma mișcările cõpsei. Loviturile imprimate pe călcăiũ vor determina dureri în articulația coxo-femorală. Mișcările de abducție vor fi foarte limitate din cauza contracturii abductorilor.

În fine, etatea și antecedentele bolnavului ne va lumina asupra diagnosticului, mai ales în casuri de contuziunii și entorse, când prin repaos durerea dispare, pe când în coxalge crește.

În periõda a III-a vom evita confuziunea cu luxațiile traumatice, care de alt-fel nu e greũ de făcut, dându-se că acelea vin pe adulți și în mod subit, pe când acestea pe copii și în mod lent.

Vom sci însă că luxațiile patologice une-orĩ recunosc drept cauză un traumatism, dar în general acesta e foarte ușor, iar nu violent ca în luxațiile traumatice. În plus vom avea durerile carĩ aũ precedat luxația, precum și antecedentele, ceia-ce ne va arăta existența unei coxalgii anteriõre. Tot la copii mai trebuie să deosebim coxalgia de luxațiile congenitale. Dar acestea în general sunt duble, arătându-ne o deplasare manifestă a capului și fără să fie însoțite nici de durere, nici de umflătură, nici de cele-lalte semne ale coxalgiei, care în imensa majoritate a casurilor este unică.

Cât pentru paralisia infantilă, de și atitudinile membrului sunt analoge cu ale coxalgiei, se deosebesc însă prin lipsa de dureri, mobilitatea articulației, absența de umflătură și prezența altor paralisii în diferite membre.

Sacro-coxalgia, de și presintă aceleași fenomene ca și coxalgia, mișcările articulației însă sunt libere, iar presiunile exercitate pe spinele iliace, vor da dureri în articulația sacro-iliacă.

În fine sunt încă o mulțime de alte bõle ce pot determina aceleași semne ale coxalgiei, dar deosebirea se va stabili prin examenul minuțios al articulației. O simplă mențiune ar fi de ajuns, ast-fel: *ostei-*

tele epifisare ale femurului, psoita, periartrita, și coxalgia isterică se impune așa de mult, în cât adesea numai sub clorofom putem stabili adevăratul sediū al bólei. Dar asupra lor vom revini mai departe.

Cât pentru adenitele inguinale, cari prin durerile și contracturile ce dau, pot să se impue drept coxalgie, lucrul nu merită atâta importanță, căci aceste adenite au un sediū precis, iar mișcările articulare sunt numai în aparență distruse. De asemenea osteo-sarcomul are un volum prea mare, consistență mai fermă și lipsă de supurație; în plus repaosul nu aduce nici o ameliorare în dureri, precum se întâmplă în coxalgie.

Cât privesce artrita reumatismală și blenoragică, pe lângă aceia că dînsele sunt mai rari, avem încă aparițiunea bruscă, lipsa de supurație, antecedentele și prezența altor manifestațiuni reumatismale sau blenoragice.

Este excesiv de greu a susține dacă coxalgia este pur sinovială ori ososă, precum și dacă în acest din urmă cas dînsa își are origina în femur ori cavitatea cotiloidă. Unii susțin că, făcând tușeul rectal și dirigind degetul în afară către articulație, dacă simțim o împăstare și provocăm durere, acesta ar fi în favorul coxalgiei acetabulare, dar nimic de hotărât.

Mersul este eminentemente cronic, căci după cum vom vedea, casurile de coxalgie acută au fost confundate cu osteo-mielita femurului.

Prognosticul e grav, mai ales în ce privesce funcționarea membrului, căci cea mai bună reușită și vindecare nu se obține de cât pe scotela unei anchilose.

Prognosticul este iarăși grav când bóla a fost neglijată și ajunsă în perióda a III-a, în perióda de luxație și supurație. În acest din urmă cas, indiviđii mor de septicemie, de tuberculoze vișcerale, sau degenerescenta amiloidă a rinichiului, ficatului, etc.

Prognosticul e mai puțin grav la copii și acesta din cauză că la dînșii, după Lannelongue, epifisele sunt mai mult cartilaginose, țesut care este mai puțin propriu pentru progresarea tuberculozei. În regulă generală coxalgia tratată de la început și în mod rațional adesea se opresce în mersul seǔ, obținându-se chiar vindecarea radicală.

Tratamentul. Bonnet e cel dintâiu care în 1845 a stabilit că repaosul e singurul agent prin care putem lupta contra tuberculozei.

Astăđi pe lângă repaos se mai adaugă și extensiunea continuă, care ca prin farmec suprimă ori-ce durere. S'a discutat mult asupra mecanismului supresiunei durerii în urma extensiunei. Lannelongue susține și noi trebuie să credem, că în extensiune suprafețele articulare se

depărtază. Acésta are un dublu efect: pe de o parte frecarea ne mai existând durerea dispare; iar pe de alta că suprafețele osose nemaî fiind în contact, inocularea bacilului nu mai pôte avea loc.

S'au făcut mari discuțiuni în acéstă privință.

Unii au susținut că prin extensiune se micșorează tensiunea articulară, pe când după alții din contra acéstă tensiune c crescută, și numaî grație ei se efectuează în mod favorabil resorpțiunea exudatelor inflamatorie (Bouch și Albert).

Prima teorie e apărută de König, care a făcut experiența următoare: a întrodus prin părțile moi și până în interiorul articulației canula unei siringi plină cu un lichid colorat. Dînsul a constatat că ori de câte ori se practica extensiune forte pe membru, nivelul lichidului în canulă se cobora, ceia-ce arată manifest o scădere în presiune și vice-versa.

În ceia-ce privesce, dacă extensiunea determină o depărtare între suprafețele articulare iarăși opiniunile sunt împărțite. König a arătat și aci că, congelând cadavre și practicând secțiuni pe articulație fără tracțiune, a constatat că suprafețele articulare nu sunt în contact de cât prin unele puncte limitate, iar restul e ocupat prin subțiri straturî de ghiață. Aplicând o tracțiune pe membru de 4 kilograme stratul de ghiață interpus cresce până la $2\frac{1}{2}$ m. m.

Un alt autor german Paschen a confirmat aceleași lucruri. După dînsul maximul de depărtare se obține când membrul e pus în abducție. Lannelongue iarăși prin congelațiuni de cadavre a arătat o depărtare de $\frac{1}{2}$ m. m. între suprafețele articulare prin tracțiune. Dar Morosoff din Charcow susține că suprafețele articulare sunt tot-d'a-una în contact intim. Chiar dacă am secționa toate părțile moi, ȳice dînsul și nu ne-ar rămâne de cât ósele, încă ne-ar trebui o tracțiune de cel puțin 30 kilograme pentru a obține o mică diastasă. Și iarăși chiar de am pune cavitatea articulară în comunicațiune cu aerul atmosferic perforând cavitatea cotiloidă și conservând capsula intactă, încă ne-ar trebui o tracțiune de 10 kilograme pentru a obține o depărtare de o $\frac{1}{2}$ m. m. Cu o tracție de 20 kilograme putea obține o depărtare de un m. m. Decî după acest autor tracțiunea cum se face în practică nu servă aprópe la nimic.

Puțin importă însă de experiențele cadaverice; clinica arată efecte salutare de cari suntem datorî a uza.

Decî repaosul și extensiunea continuă sunt cele mai puternice arme contra coxalgiei. Un singur inconvenient există pentru acești douî factorî: secuestrarea individului. În adevăr repaosul și extensiunea continuă în sensul cel mai simplu și acela care convine mai ales ómenilor

săraci, este așezarea individului pe un pat provădit cu nisce scânduri, pentru a nu se face înfundături. Extensiunea se face prin aplicarea de bandetele de diachilon fixate dincolo de genuchi și coprinând totă gamba, formând o ansă sub talpa piciorului. De dînsa se lăgă o sfără, care treacă pe un scripet fixat pe pat, i se atărnă la extremitatea liberă greutatea de la 4 la 8 chilg. după etatea individului.

Pentru a asigura și mai bine extensiunea și a împedica înaintarea corpului individului, se ridică patul în dreptul picioarelor pe nisce cărămidă, ceia-ce face a cădea înapoi corpul bolnavului, executând singur contra extensiunea.

Țicem că aceste metode i se impută sequestrarea individului. Autorii au căutat să obvieze la orî-ce obiecțiune, inventând mijloce de a pune membrul în extensiune, permițând în același timp bolnavului de a umbla.

De sigur și aci nu vom descrie toate aparatele de extensiune ce s'au imaginat de Americanii, cari pe lângă sistemul complect și imposibil de descris mai sunt și de o eficacitate problematică.

Noi preferim pe cel mai simplu, care constă în a aplica pe fața externă a membrului bolnav, plecând de la gâtul piciorului până la unghiul inferior al omoplatului o atelă lungă, avînd la extremitatea sa superioară o lamă transversală pentru a îmbrățișa toracele. Acesta este atela lui Thomas din Liverpool. Peste dînsa aplicăm un bandaj inamovibil cu silicat, asigurând astfel repaosul articulației. Cât pentru extensiunea se obține prin aceea că piciorul sănătos poartă o gheta cu toc și talpă foarte grosă, așa în cât piciorul bolnav rămâne suspendat în aer.

Pentru a asigura și mai bine extensiunea, Ollier aplică pe gheta piciorului bolnav o talpă de plumb, care de sigur nu numai că va exercita o tracțiune, dar va ține membrul și în aceeași direcție rectilinie. Este de prisos a mai spune, că dacă bolnavul are deja membrul în atitudine viciată, acesta trebuie mai întăiu corectată. Vom recurge tot-a-una la somnul cloroformic pentru a evita durerile și a pune membrul în atitudinea voită. Cu modul acesta bolnavul nu mai e sequestrat, căci dînsul poate foarte bine să umble cu ajutorul unor cărji.

Acest tratament trebuie continuat un timp foarte îndelungat, cel puțin 5—6 luni de zile și nu-l vom suprima de cât când vom fi siguri că cea mai mică urmă de durere a dispărut și nu mai e percepută de bolnav prin orî-ce insultă adusă articulației. O încetare prematură a tratamentului expune la recidivă.

Am ȝis că idealul vindecării e reprezentat prin anchilosă, pentru care trebuie să prevenim pe bolnav și pe părinți, spre a nu ni se imputa nimic.

Maî trebuesc încă preveniți și în cea-ce privesce scurtarea membrului, care este maî tot-d'a-una inevitabilă. Acésta scurtare recunósce cause multiple. Une-orî se datoresce unei ușóre flexiunii și adducțiunii a membrului, iar alte dáți unei uzuri a capului femurului și a părței posterioare a cavităței cotiloide.

De aci va resulta o micșorare în înălțimea scheletului, datorită ascensiunii capului femoral.

Dar cauza cea maî frecuentă, maî ales la copii, provine din însăși imobilizarea membrului. Acésta produce atrofia cartilajelor epifisare, prin lipsa de activitate și de funcțiune. De aci va resulta nu numai o oprire de dezvoltare în femur, dar chiar și în ósele gambei. Scurtarea acésta va fi cu atât maî mare, cu cât perióda de creștere a copilului nu s'a efectuat, așa că membrul sănătos va continua a crește, pe când cel bolnav va rămâne staționar.

Acesta este tratamentul ce se va aplica în prima și a doua periódă.

Cât privesce conduita ce vom avea în a III-a periódă, adică când există luxații maî tot-d'a-una nu nerămâne de cât fórte puțin de făcut, de óre-ce reducerile luxațiilor sunt fórte dificile, dacă nu chiar periculoase. Să nu uităm eroziunile ósose și fragilitatea osului, carî se pot transforma în fracturi la cea maî mică tentativă de reducere. De aceia vom fi fórte circumspecți în aceste încercări.

Cât privesce atitudinea ce vom avea în casuri de supurațiuni a articulației, acésta după majoritatea autorilor trebuie să fie expectativă. S'a văđut în adevăr casuri de abcese destul de voluminoase, carî prin simplul repaos s'aú resorbit în mod complet. Decî atât pe cât starea generală a bolnavului e bună, iar febră nu există și fenomenele de resorbție lipsesc, abcesele coxalgice trebuesc lăsate în pace.

În cazul contrariu putem procede la deschiderea lor preferind incisiunile largi antiseptice, drenarea și chiar artrotomiile. Puncțiunile aspiratrice precum și diferitele injecțiuni recomandate în asemenea casuri, ca: eter iodoformat, glicerinat, creosotat, etc., etc. maî tot-d'a-una sunt nise simple paregorii.

În fine ca ultimă resursă avem resecțiunea cóspei făcută pentru prima óră de Whité de Manchester în 1821. S'a obiectat că resecțiile provócă inoculațiuni, astăđi însă se practică de mulți autori cu rezultate une-orî complete.

De sigur că cu cât acésta operație se va face maî de timpuriu, cu atât succesul va fi maî bun, în oposiție de casurile inveterate complicate de luxațiuni, abcese pelviene și o stare próstă a individului.

Resultatul resecției este o neartrosă, apropiindu-se une-orî de tipul articulațiunei normale.

Capul femurului îl sprijinim pe cavitatea cotiloidă, sau dacă și a-césta e resecată, atunci îl fixăm direct pe osul iliac.

Este adevărat că în urma resecției individul rămâne cu membrul scurt. Acésta însă numai la adulți, căci la copii exagerarea de creștere a cartilagiului de la partea inferiōră a femurului înlocuesce scurtarea.

Dar orî-cum ar fi, noi trebuie să ne opunem prin bandaje inamovibile și menținerea membrului în rectitudine, pentru a împedica tendința irezistibilă ce are membrul de a lua pozițiunii viciōse.

Iar în casuri cu totul desesperate altă resursă nu e de cât desarticulația cōpsei, făcēndu-se dacă e posibil prin metoda sub-periostică a lui Ollier.

În ceia-ce privesce îngrijirile post operatorii sunt pe larg descrise în volumul II Cap. Tuberculōsei.

Artrita coxo-femorală în urma osteo-mielitei.

În interiorul articulației se află conținut atât cartilajul de conjugatiune al extremităței superiōre a femurului, cât și acela care rezultă din unirea celor trei ôse, cari constitue basinul și cari se află în fundul cavităței cotiloide. Decî nu e rar ca osteo-mielita, afecțiune proprie adolescenților, să se desvolte în aceste puncte. Atunci inflamațiunea copleșesce interiorul articulației, de ôre-ce ambele puncte de osificare sunt conținute în membrana sinovială a articulației și pot să dea nascere tutulor fenomenelor cari caracterisă coxalgia. Și lucrul în adevăr așa se întimplă. Deosebirea însă constă, că acésta coxalgie inflamatorie, dacă o putem numi ast-fel, apare fôrte brusc, iar nu lent ca în cea adevărată. Mai mult încă, supurația viind cu cea mai mare repeđiciune, este precedată și însoțită de fenomene generale proprii osteo-mielitei. De multe orî dînsa produce mórtea bolnavului în câte-va zile.

De sigur casurile citate de autori de coxalgie supra-acută terminându-se repede prin mórte, nu erau de cât osteo-mielite.

Priin urmare, *diagnosticul* diferențial se baséză tocmai pe aceste fapte: pe ivirea bruscă a afecțiunei, care e precedată și însoțită de cele mai vii dureri, fenomene generale tifice și pe o terminațiune repede. Dificultatea e mai mare când osteo-mielita nu ia o formă supra-acută, ci acută, sau chiar lentă. Dar și aci examenul minuțios al bolnavului și mai ales antecedentele sale vor fi de mare folos.

Deci *prognosticul* e mult mai grav ca în coxalgie. Intervențiunile chirurgicale trebuiesc făcute imediat, mergând d'a dreptul la deschiderea articulației, pe care o vom drena, practicând chiar rezecția fie a cavității cotiloide, sau a extremității superioare a femurului, după cum recomandă Bardenhaur

§ IV. Artrita uscată a șoldului, artrita deformantă sau morbus coxis senilis.

Acastă afecțiune foarte bine studiată de Adams presintă două tipuri: unul *ipertrofic* și altul *atrofic*.

În forma, ipertrofică, capul femurului capătă o mărime une-oră considerabilă, mergând până la aceea a unui pumn, iar cavitatea cotiloidă se mărește și ca în mod demăsurat.

Forma atrofică se caracterisă printr'o micșorare din ce în ce mai pronunțată a capului femoral, al cărui gât se subțiază și se încovăie, așa în cât capul femurului se pune în contact cu marele tonchanter. Une-oră rămâne liber sau se produc luxațiuni. Mai speciale însă sunt fracturile spontanate, ce vin la cel mai ușor traumatism sau mișcare.

Ambele aceste forme au un caracter distructiv, cu o rarefacție mare a țesutului osos și producțiunii de stalactite osoase, ce merg de la un os la altui și cari rupându-se, dau nascere la corpă străină articulară.

Pentru detalii să se caute artropatiila nervoasă ale genunchiului.

Simptomele artritei diformante se asemănă mult cu ale coxalgiei. Și aci avem *durcere*, *atrofia tricepsului*, *lungiri* și *scurtări* aparente și chiar reale, etc. Dar două sunt caracterele diferențiale: că în artrita deformantă avem crepitațiunii și cracmente articulare, percepute nu numai de bolnav și de chirurg în timpul explorațiunei, dar putându-se auđi în depărtare; al II-lea caracter este, că oră-care ar fi gradul de distrucție, artrita deformantă mai nică o dată nu supurează. În fine artrita deformantă nu se observă de cât pe bătrâni și foarte rar pe tineri.

Tóte aceste caractere sunt inverse de cele ce ne oferă coxalgia.

Artrita deformantă se deosibesce de nevralgia sciatică nu numai prin prezența cracmentelor, dar și prin lipsa de dureri pe traectul propriu al nervului. Fracturile colului se deosibesce foarte cu greu de acelea ale artritei diformante. Cât privesce artritele tabetice, sau bóla lui Charcot, avem mai întâi fenomenele proprii ale ataxiei locomotrice ce ne oferă bolnavul, caracterul distructiv și în fine prezența de epanșamente intra-articulare, lucru ce nu există în artrita deformantă.

E de prisos a insista asupra prognosticului, care e grav, de óre-

ce tratamentul este aproape nul. Totul se mărginesce în măsurii paliative, reprezentate prin băi de mare, masaj, reconstituante la interior, etc.

Inabilitatea nu dă nici un rezultat, afară pôte de o anchilosă; din contra bolnavii se simt mai bine când se imprimă mișcări membrului.

§ V. Coxalgia isterică.

Acastă bôlă descrisă pentru prima ôră de către Brodie în 1837, și care pörtă și ađi numele sêu, a fost reluată în timpurile din urmă de Paget, iar în Franța de Charcot și elevii sêi.

Ađi e bine stabilit că coxalgia isterică apare exclusiv pe persône nervôse și isterice, și nu numai pe femeî, dar chiar și pe bărbați.

Primul cas observat de Charcot era cu privire la un om de 45 ani. Este adevêrat că în urma unei căderi sau lovituri, coxalgia isterică se declară; dar ceia-ce forméază caracteristica sa e, că traumatismul e de o intensitate lôrte mică, iar une-orî putênd cu desăvîrșire lipsi.

Ast-fel o persônă isterică în urma unei simple oboseli, pôte fi coprinsă de acéstă atecțiune. La altele e destul o spaimă, pentru ca bôla să apară; iar drept culme se citéză casurî de coxalgie prin imitațiune. Ast-fel e casul unei tinere fete, care stând cu fratele sêu, ce suferea de o coxalgie tuberculôsă, fu și ea coprinsă de o coxalgie isterică (veđi genunchiul «Artropatiile isterice»).

Atitudinile și modul cum se presintă coxalgia isterică sunt fôrte apropiate de coxalgia tuberculôsă. Se deosibesce însă prin acestea:

I). Că coxalgia isterică vine în mod cu totul brusc, adesea fără cauză apreciazabilă, și fără a fi precedată de dureri.

II). Că imediat membrul ia o atitudine vițiosă și mai tot-d'a-una e aceeași, adică flexiune cu adducție și rotație înăuntru. În coxalgia adevêrată am vêđut că prima atitudine viciôsă e abducția și rotația înafară. În orî-ce cas aceste atitudini nu vin de la început și în mod brusc ca în cea isterică.

III). Că durerile nu aű aerul a fi în legătură cu leziunile articulare. Ele în loc de a fi profunde sunt fôrte superficiale.

Există în adevêr dureri cutanate ce smulg țipete din partea bolnavului la cea mai mică atingere, pe când lovituri violente aplicate pe călcâi nu produc nici o durere în articulație.

În plus acéstă durerere ia o formă geometrică, reprezentând un triunghiú cu vârful pe rădăcina scrotului la bărbat, sau a muntelui Venus la femeie, iar baza în sus către regiunea inguinală sau fesieră.

Acéstă durere se exageréază și mai mult, când bolnavul privesce la explorațiunile noastre.

IV). Șchiopătura nu e regulată, ci presintă un aspect spasmodic cu sguiduituri, numită de Paget șchiopătură coreiformă.

V). Aceste atitudini vițióse mai tot-d'a-una dispar sub cloroform, afară de casuri cu totul vechi. Une-orí disparițiunea vine chiar în mod spontanat. Ast-fel este cazul eneí fete atinsă de coxalgie isterică. In urma unor rugăciuni ale preotului dinsa imediat a început să umble prin casă. Charcot a arătat că după cloroform, fiind vorba de o coxalgie isterică, primele dureri ce le simte bolnavul sunt când atingem pielea, pe câtă vreme în coxalgia adevărată contracturile sunt carí provócă durerile și anunță deșteptarea bolnavului.

VI). In fine, în coxalgia isterică nu avem nici adenopatie, nici tumefacție și nici aparițiunea de abcese.

Tratamentul e mai mult moral și sugestiv. Charcot combate aplicarea bandagelor inamovibile, carí ar perpetua bóla, producând chiar anchilose. Mișcările articulației sub cloroform sunt fórte mult recomandate, dând succese lui Trélat și Gosselin; iarășí extensiunea continuă dá rezultate bune.

Cele-l'alte intervențiuni chirurgicale n'au nici o rațiune, afară de casuri cu totul vechi și complicate de deformațiuni ireductibile (veđí genunchiul.)

§ VI. Periartrita coxo-femorală.

Este analógă cu periartrita scapulo-umerală. Dinsa constă în inflamațiunea bursei seróse retro-trochanteriane, ce aparține tendonului marelui fesier. Mai există încă o bursă trochanteriană sub-cutanată. Dar acésta nu e atât de importantă în determinarea bólei ce ne preocupă.

Acéstă bóla de și întrevăđută de Petrequin precum și de Cruveilhier, însă Chassaignac e acela care a dat o descripție clasică, iar după dînsul Duplay în 1873.

Fie că în desvoltarea inflamațiunei acesteí burse intervine un traumatism, o diateză reumatismală și chiar o stare puerperală, dinsa tinde a lua caracterul fongos și chiar acela al grăunțelor riziforme, ceia-ce arată natura sa tuberculósă. Conținutul e variabil; în traumatisme bóla póte începe printr'un mare epanșament lichid, iar ure-orí de a dreptul prin desvoltare de puroiú saú fongosități.

Volumul câte-o-dată e enorm, putând merge în sus până dincolo

de îndoitura fesieră. De ordinar însă dînsul e mult mai mic. Dar ori-cum ar fi cu timpul pereții bursei se ulcerază și se distrug, iar inflama-țiunea se propagă la trochanter dând naștere unei osteite rarefiante tuberculose.

Une-ori procesul e invers, adică periartrita e consecutivă unei osteite a trochanterului, care treptat copleșește bursa menționată. În fine periartrita poate să rămăe localizată la bursa (punga) profundă, iar une-ori să copleșescă și pe cea superficială sau sub-cutanată, pe care perforând-o să dea naștere unui abces ca butonul de cămașă.

Dar și într'un cas și în altul cu timpul abcesul se deschide; traecte fistuloase se formază în diferite sensuri; bride fibróse se dezvoltă în jurul articulației care-î împiedică mișcările, așa în cât cu timpul putem avea toate deformațiunile coxalgiei.

Simptomatologia se apropie foarte mult de a coxalgiei; ca și dînsa, periartrita mai tot-d'a-una are un mers cronic însoțindu-se de aceleași deviațiuni. Singura deosebire este că tumefacția în peri-artrită se află la partea externă și superioară a cóspei, la nivelul marelui trochanter; iar printr'o explorațiune minuțioasă saú sub cloroform ne vom convinge de integritatea articulației.

Introducerea stiletului prin traectele fistuloase ne va conduce pe trochanter, iar nu la o adâncime mare ca în casuri de coxalgie. Chestiunea de a se sci dacă primitiv bursa a fost atinsă saú însuși trochanterul, acesta e foarte greu, deși fie dis în parintes, importanța multă nu are.

Prognosticul e foarte serios, căci vindecarea spontanată nu se obține nici-o-dată, deși bolnavii pot purta această afecțiune timp de 10—18 ani.

Prognosticul este iarăși grav prin prezența fistulilor și a supurației ce poate slăbi pe bolnav compromițându-î chiar viața prin complicațiunile septicemice. Tratatamentul trebuie să fie foarte serios aplicat, și în special vom recurge la deschiderea antiseptică a bursei spălând-o bine și ridicându-î toate fongositățile. Numai ast-fel vom preveni întinderea inflamației la trochanter și la articulație.

CHESTIONAR.

Leziunile traumatice ale cóspei. Caractere. Simptome. Plăgile veni și arterei femorale. Când se produc aceste plăgi? Pentru ce le-gând vena femorală dăm gangrena membrului? Discuțiuni. Metóda lui Gensoul. Aneurismele femorale. Siptome, prognostic, tratament . . . Pag. 651-655

Tumorile cõpsei. Lipõme, fibrõme și sarcõme. Diagnostic. Tratament. Tumorile regiunei inguinale. Lipõme, osteo-sarcõme și condromõ. Tumorì lichide, tratament. Aneurismele inguinale și iliace. Diviziunea lui Follin. Etiologie, diagnostic, prognostic. Pag. 655-658

Afecțiunile inflamatorii ale articulației coxo-femorale. Artrita tuberculosã. Coxalgic. Definițiune. Istoria. Ce se înțelege ađi prin coxalgie? Periođa I. Caractere. La ce etate apare acẽstã afecțiune? Anatomia patologicã. Unde începe primitiv tuberculoasa? Discuțiuni. Cercetãri macroscopice și microscopice. Simptomele. Trei periođe: periođa de indolã, de confirmare și de distrucție. Caracteristica acestor periođe. Teoriile emise pentru explicarea durerii de genunchiũ: teoria nervosã, teoria de leziuni în canalul medular și teoria de simpatie. Argumentele aduse pentru susținerea acestor teorii. Opinia lui Fick. Explorațiunea metodicã în coxalgie. Diferite semne: semnul giambașului, semnul de probã. Periođa II. Caractere. Atitudinea fixã a membrului, atitudinea pasagerã, durabilã și definitivã. Caractere. Cause. Lungimea aparentã, lungimea realã. Periođa III. Caractere. Abscesele și diviziunea lor . . . » 658-670

Diagnosticul coxalgiei. Sacro-coxalgie. Diagnostic diferențial între coxalgie și osteitele epifisare, psoita, periartrita, coxalgia istericã, artrita blenoragicã, reumatismalã, etc. Mersul și prognosticul. Tratamentul. Experiențele lui König. Tratamentul în periođa a III-a. Artrotomiã, rezecții, amputații » 670-675

Artrita coxo-femoralã în urma osteo-mielitei. Considerațiuni anatomice. Caractere, cause. Prognostic. Artrita uscatã a șoldului. Diviziune. Caractere. Simptome. Diagnostic. Prognostic. Coxalgia istericã. Când apare acẽstã afecțiune? Observațiunile lui Charcot. Etiologia. Prin ce se deosebesc de coxalgia tuberculosã? Tratament. Periartrita coxo femoralã. Caractere, cause, simptome. prognostic . . . » 675-679

CAP. VIII.

§ I. Fracturile cõpsei.

Femurul, având multã analogie cu osul umeral, presintã aceleași genuri și varietãți de fracturi. Vom avea deci de studiat *fracturile corpului și fracturile extremitãții superioare și inferioare ale femurului.*

Fracturile corpului saũ ale diafisei sunt acelea coprınse între doue linii: una superioarã așezatã la 1—3 c. m. dedesubtul micului trochanter, iar alta superioarã la 3 c. m. d'asupra troclei femorale.

Fracturile extremitãții superioare ale femurului sunt acelea aflate dincolo de linia sub-trochanterienã indicatã, iar fracturile extremitãții

inferioare sunt acelea aflate dedesubtul liniei trasă la 3 c. m. d'asupra troclei.

Osul femoral este format dintr'un țesut foarte compact și protejat de o enormă masă musculară și țesut grăos. Acesta *a priori* ne-ar face a crede că fracturile sale să fie mai rari. Ele însă din contră sunt foarte frecvente. Și ceia-ce este mai curios e faptul că, aceste fracturi în loc de a urma regula generală a oșelor lungi, de a fi adică mai frecvente la terțul inferior, din contră, contingentul cel mai mare ni-l oferă terțul superior, care tocmai e cel mai profund și mai bine protejat.

Faptul l'a probat însuși Hamilton care a stabilit legea ce poartă numele său, anume că în *oșele lungi este terțul inferior care se fracturază mai lesne*.

În adevăr, din 236 de fracturi ale femurului, Hamilton a găsit 114 pentru terțul superior, 83 pentru cel mediu și 36 pentru cel inferior.

Statistica lui Malgaigne este și mai demonstrativă, căci din 316 fracturi

104 sunt ale gâtului femoral

207 ale diafizei și

5 ale extremității inferioare.

Causa pentru care fracturile extremității superioare ale femurului sunt mai frecvente nu vom întârzia a o vedea.

Dintre toate fracturile femurului, acelea care au preocupat mai mult pe chirurghi și au dat naștere la discuțiuni infinite atât din punctul de vedere al anatomiei patologice, cât și al simptomelor și tratamentului, au fost fracturile extremității superioare. De aceia și noi vom începe întâiu cu ele ca fiind cele mai importante.

Fracturile extremității superioare a femurului.

Fracturile acestei extremități, coprinde atâtea specii câte sunt și porțiunile din care dînsa e formată. Ast-fel părțile care constituie extremitatea superioară a femurului fiind capul, gâtul, marele și micul trochanter, va trebui să descriem fracturi separate a fie-căreia din ele.

Mai întâiu însă trebuie să reamintim că în această extremitate superioară a femurului, se deosebesc aceleași părți principale ca și în extremitatea superioară a umărului, adică un gât sau col anatomic, unul chirurgical și capul.

Gâtul sau colul anatomic al femurului coprinde totă porțiunea osoasă aflată între basa celor două trochanteri și capul femoral. Acest gât are o lungime, o lărgime și grosime mult mai considerabil și putem dice fără comparație cu acelea ale umărului. În adevăr după cum am

vădut gâtul anatomic al umărului e reprezentat printr'o simplă linie, fără a-î putea descri diferite fețe și mărgini ca la cel femoral.

Gâtul chirurgical al femurului se află așezat imediat la baza micului trochanter. Fracturile sale sunt puțin importante căci nu se observă de cât foarte rar, și în ori-ce cas numai pe indiviđi tineri unde constituie deslípirea epifisei superioare.

Deci pe când în fracturile extremităței superioare a umărului acelea ale gâtului chirurgical erau mai importante și mai frecvente, aci la femur din contra fracturile gâtului anatomic ocupă prima linie.

Vom mai avea încă de studiat în extremitatea superioară a femurului, fracturile marelui și micului trochanter precum și acelea exclusive ale capului femoral.

Nu există nici-un exemplu de fractură a micului trochanter. Cât privește pe aceia a marelui trochanter, aci putem avea două varietăți: fractura epifisei saú a virfului și a corpului. Epifisa nu oferă de cât unul saú două exemple datorite lui Clarke și unde nu era vorba de o fractură propriú ăisă, ci de o smulgere prin contracțiunea mușchilor ce se inseră în acest punct (marele și mijlociul fesier.)

Fractura propriú ăisă a marelui trochanter este și ăinsa foarte rară, căci tot-d'a-una e complicată cu aceia a colului, varietatea extra-capsulară.

În ori-ce cas, această fractură cere intervențiunea unui traumatism foarte violent, de unde rezultă că adesea ni se presintă sub forma unei fracturii cominutive. Marele trochanter fiind acoperit de un înveliș fibros și resistent, scapă acțiunei traumatice. Acest înveliș dacă nu e distrus oferă un mare avantaj acestor fracturii când se produc, înlesnind consolidarea lor osósă. În cazul contrar, fragmentele nemaí fiind protejate de nici-un înveliș, ele se vor depărta între ăinsele prin ascensiunea fragmentului superior în afară și în sus, de unde o piedică la consolidare.

Semnele se apropie mult de fracturile extra-capsulare ale colului, însă mult mai atenuate, afară de crepitațiune care e destul de manifestă.

În fine, mai póte exista o fractură numită *inter-trochanterienă*.

Linia această plecată de la micul trochanter, se dirije către cavitatea digitală. Aceste fracturii însă neavând semne speciale se confundă cu cele extra-capsulare saú mixte.

În fine mai există *fractură* numită a lui *Cooper* saú fractura femurului în dreptul marelui trochanter. Linia plécă de la marginea inferioară a colului pentru a se dirije în sus și în afară. Însă în loc de a divide complect colul, *traverséază* basa marelui trochanter. Și împarte ast-fel femurul în două fragmnnte: unul coprinđend capul, colul și ma-

rele trochanter, iar altul diafiza cu cele-lalte porțiuni a femurului. (Hamilton).

Dintre toate aceste fracturi însă, acelea care au format și formeză încă obiectul de predilecțiune al autorilor sunt de sigur fracturile colului său gâtului anatomic al femurului.

Incepem deci cu dinsele.

Fracturile gâtului anatomic al femurului.

Ce este acest gât sau col anatomic al femurului? Este după cum am menționat, totă porțiunea ososă cuprinsă între baza marelui și micului trochanter, unde prezentând înălțimea și grosimea cea mai mare, merge subțindu-se într-o cât-va pentru a se termina în capul femoral.

Colul anatomic, care reprezintă continuarea și partea integrantă a diafizei femorale, oferă prin conformațiunea sa destul de desvoltată, o față anterioară, una posterioară, o margine superioară, una inferioară, o extremitate externă sau bază ce privește cu fața internă către trochanteri și una internă ce se pierde în capul femoral.

Ceia-ce ne interesează din punctul de vedere clinic sunt următoarele două chestiuni :

I). Constituțiunea intimă sau țesutul osos propriu zis al gâtului.

II). Inserțiunea capsulei, precum și a sinovialei articulare.

Incepem cu acesta din urmă.

Este absolut necesar a ști în mod exact porțiunile colului femoral care se află înăuntru sau în afară de capsulă, căci aici oscilează punctul cel mai important pentru înțelegerea acestor fracturi.

Astley Cooper, care admitea că nu totă suprafața colului femoral e acoperită de capsulă, a stabilit divisiunea clasică care și azi a rămas în picioare, de fracturi ale *colului numite extra și intra capsulare*.

Astăzi însă, diferiți anomiști au căutat să distrugă această diviziune a celebrului chirurg Engles, voind să probeze erorea sa, demonstrând că întregul col femoral este înconjurat de capsulă. Atunci diviziunea stabilită de dînsul nu-și mai are loc, de orice-ce toate fracturile sunt intra-capsulare.

Alții au arătat că numai fața anterioară a gâtului în totalitatea ei e acoperită de capsulă, pe când cea posterioară, la terțul său extern e afară de dînsa. Deci cel mult aceste fracturi pot fi mixte, adică intra-capsulare înainte și extra-capsulare înapoi. Packard din Filadelfia susține că capsula articulară, plecată de la fața externă a buretelului glenoidien, vine de se inserază la baza gâtului femoral, adică la rădăcina fie-căreia dintre trochanteri precum și la ambele creste ce for-

méză câte-o linie aspră și care unesc înainte și înapoi basa marelui și micului trochanter.

Deci nu există nici o porțiune din colul femoral, care să fie în afară de capsulă. După șcôla francesă însă, capsula articulară nu are o extensiune totală asupra colului. Ast-fel Testut, susține că terțul extern al feței posterioare al colului e lipsit de capsulă. Dînsa acopere întréga față anterioră a acestui col. Se însereză pe linia ce plécă de la marele la micul trochanter înainte, trece pe d'asupra acestuia, pentru a se ridica în sus și înapoi pe crésta ce duce la marele trochanter. De aci se dirige către fața posterioară a colului la unirea terțului extern cu cele două interne, și vine să se reunéscă la baza colului în punctul de unde a plecat.

Din acéstă dispozițiune, țice acest autor, avem că:

I), capsula fibrôsă se întinde pe gâtul femoral mult mai departe înainte de cât înapoi.

II). Că o porțiune a colului femoral și a nume, treimea externă a feței sale posterioare, este în mod constant așeđată înafară de capsulă.

III). Că o fractură a colului când își are sediul pe partea sa externă, inevitabil va fi intra-capsulară înainte și extra-capsulară înapoi.

Tillaux este mai darnic, dacā ni se permite expresiunea, de óre-ce dînsul lasă în afară și o porțiune din marginea superioară a gâtului, pe lângă aceia a feței sale posterioară, admisă de Testut.

În adevěr, iată ce țice acest autor:

Capsula articulară acopere tótă fața anterioră a gâtului și se însereză pe linia întinsă de la marele la micul trochanter. În sus dînsa nu acopere în mod complect marginea superioară a colului, ci se însereză la unirea cuartului extern cu cele trei quarturi interne ale acestei mărgini. Înapoi capsula nu învelesce de cât cele două terțuri interne ale colului, iar în jos rěspunde la micul trochanter. De aci se ridică oblic în sus și în afară, pentru a se uni cu punctul situat pe fața posterioară.

Dar și după acest autor, după cum vedem, o fractură totală tipică extra-capsulară a colului femoral nu póte să existe, de óre-ce întréga sa față anterioră e acoperită de capsulă. Dar cel mult putem avea o fractură a cuartului extern a mărginei superioare și a feței posterioare a colului, care să fie extracapsulară, căci aceia a feței sale anterioré, tot-d'a-una va fi intra-capsulară.

Din cele arătate vedem că, în adevěr diviziunea lui Astle-ı-Cooper astăđi nu se mai admite, lucrul fiind demonstrat că întinderea capsulei articulare e mult mai mare de cât o susținea dînsul.

O singură diviziune ar rămâne și a nume că, *fracturile colului pot*

fi mixte, adică intra capsulare înainte și extra înapoi, iar nici de cum fracturi pure extra și intra capsulare.

Astăzi chirurgii propun o altă clasificățiune, basându-se pe datele anatomice ale sinovialei. În adevăr, sinoviala articulației plăca din cavitatea cotiloidă și căptușește întregul cap femoral precum și fața anterioară a capsulei. Ajunsă pe gâtul femoral însă, ea se opresce la o distanță de $1\frac{1}{2}$ —2 c. m. de inserțiunea capsulei, pentru a se reflecta în sus. Deci toți sunt unanimi de acord, că adevărata clasificățiune a fracturilor colului femoral ar fi în *fracturi intra și extra-articulare*.

Fracturile extra-articulare ar fi acelea ce ar ocupa porțiunea colului femoral, plecată de la baza marelui trochanter, până în punctul de reflexiune al sinovialei, pe care l'am vădut producându-se la óre-care distanță de inserțiunea capsulei. Deci fracturile numite de Cooper extra-capsulare, iar de școla franceză intra-capsulare înainte și extra înapoi, ele rămân constant extra-articulare, căci nu sunt coprinse în sinovială. Cele-lalte fracturi, ocupând porțiunea colului mai aprópe de capul femoral și fiind copleșite de sinoviala articulară, sunt definitiv *intra-articulare* și a forțiori intra-capsulare.

Cu tóte aceste argumente basate pe cercetări anatomice positive, usagiul a făcut ca divisiunea stabilită de Cooper să rămăie și în present clasică. Clinicesce și astăzi fracturile colului femoral se descriu ca intra și extra-capsulare. Vom face, bine înțeles, rezerva dedusă din considerațiunile arătate cari nu trebuie să le pierdem din vedere.

Trecem acum la *mecanismul fracturilor gâtului femoral*.

Pentru a înțege bine chestiunea acésta, e absolut necesar să ne fixăm atențiunea asupra a doué lucruri și anume: să scim unghiul ce-l face gâtul femurului cu diafisa osului, și al doilea, unghiul ce-l face diametrul transvers al marelui trochanter cu acela al gâtului femoral. Noi dăm numele acestor unghiuri de *anatomic* și *chirurgical*. Primul este intra-articular, iar secundul extra-articular.

I). Unghiul anatomic saú intra-articular. Fașiile osóse compacte, plecate de la diafisa femurului, aú o direcțiune aprópe paralelă și verticală până la extremitatea superioară a osului. Ajunse în acest punct, dínsele devin destul de oblice, dirigindu-se înăuntru. către capul femoral, pentru a constitui gâtul saú colul anatomic al acestuî os în tótă lungimea sa.

Oblicuitatea acestor fibre este ast-fel dispusă, în cât în nivelul capului femoral atinge punctul maxim și forméză un unghiú obtus destul de pronunțat deschis în năuntru și în jos, așa precum se vede în următórea schemă fig. 205, unde se ved duse mai multe tangente. Existența acestuî unghiú jócă după noi principalul rol în fracturile intra-capsulare.

Unghiul acesta e cu atât mai obtus, cu cât individul e mai tînăr, și din contra mai puțin deschis când individul înainteză în vîrstă.

După Rodet el ar fi de 131 grade la adulți, iar la bătrîni de 128 și chiar și mai puțin.

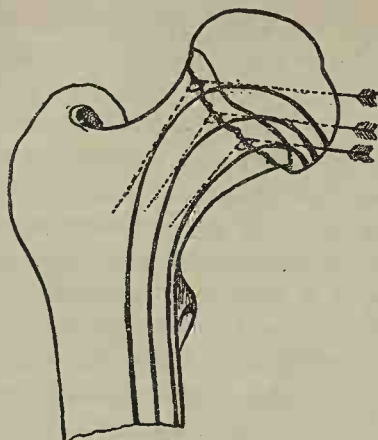


Fig. 206. Schema unghiului cervico-femoral cu maximum la unirea capului cu a gâtului (personală).

II). Prin faptul că marginea posterioară a marelui trochanter e mult mai prominentă ca cea anterioară înaintând mult înapoi, rezultă că axa

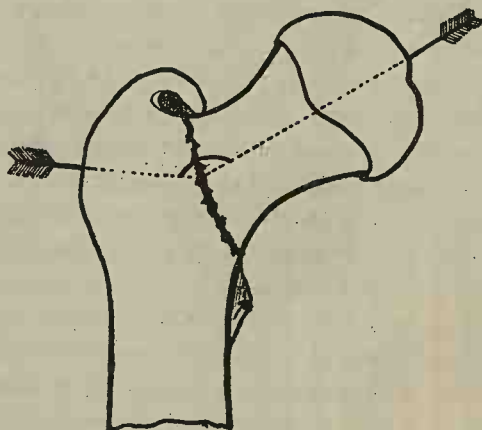


Fig. 207. Unghiul cervico-trochanterien (personală).

transversală a colului femoral nu cade drept pe mijlocul feței interne a marelui trochanter, ci mai mult către partea sa anterioară. Ast-fel fiind

diametrul transversal al marelui trochanter, nu corespunde pe aceeași linie cu acela al gâtului femoral, și nici nu sunt paralele, ci se întâlnesc într'un punct. Intersecțiunea lor formează un unghiū obtus deschis în sus. Vîrful unghiului corespunde la baza gâtului și anume pe linia inter-trochanterienă anterioară, plecată de la marele la micul trochanter.

În fig. 207 avem o schemă ce ne dă o idee de formarea acestui unghiū, rezultat din intersecțiunea celor două diametre.

Cunoscând aceste două lucruri, adică pe de o parte unghiul colului cu diafiza femorală, numit cervico femoral, iar pe alta unghiul colului cu trochanterul — numit cervico trochanterien — putem înțelege cu înlesnire mecanismul acestor fracturi intra și extra capsulare.

Chassaignac e cel d'întăi care a susținut că, ori de câte-ori printr'o cauză óre-care unghiul obtus (cervico-femoral) se mărește prin ascensiunea capului femoral, tot-d'a-una se obține o fractură a colului.

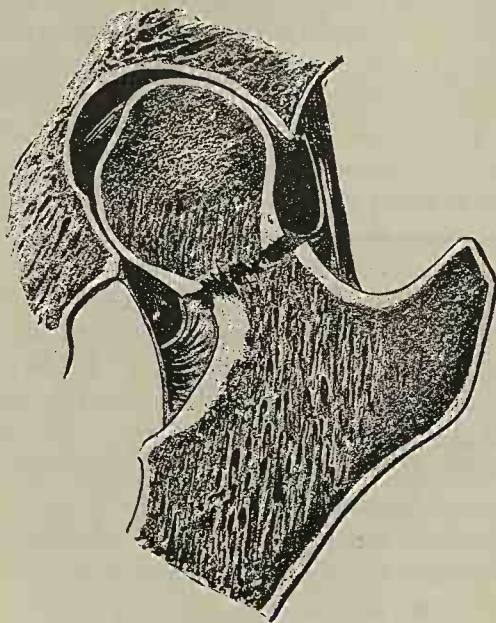


Fig. 208. Fractură intra-capsulară a gâtului femoral.

Mai în urmă, alți autori ca Rodet, căruia se datorește descoperirea acestui unghiū, Brunn, precum și însuși autorii celor 8 volume de chirurgie susțin, că atât micșorarea cât și creșterea acestui unghiū, formează cauza principală a fracturilor colului femoral.

Ast-fel, dacă capul femurului se înclină în jos, tindând a micșora unghiul obtus apropiindu-l de cel drept, fractura va fi extra-capsulară. Din contra, dacă capul femurului e împins în sus, și prin această unghiul obtus cervico-femoral se mărește, fractura va fi intra-capsulară.

Fig. 208 luată din Tillaux ne dă un model de fractură intra-capsulară.

Noi ne deosebim de aceste vederi și credem că nu numai acest unghiū cervico-femoral jőcă rolul în fracturile colului, ci și cel cervico-trochanterien, și că micșorarea acestuī unghiū e singura care ne pőte explica mai ușor fracturile extra-capsulare.

Ast-fel să presupunem că individul cade și primesce o lovitură pe marele trochanter. Capul femurului va fi prins în cavitatea cotiloidă. Dar această cavitate nu cedază, fiind bine protejată de prezența ligamentuluī rotund și a țesutuluī celular. Atunci capul femoral se sprijină pe pereții rezistenți a cavităței, ridicându-se puțin în sus. Dar prin această unghiul cervico-trochanterien se micșoréză. Colul femoral căutând a se îndrepta, se va rupe, și se va rupe acolo unde cele două diametre au punctul de intersecțiune. Acest punct l'am vėdut că se găsește la baza coluluī, și anume pe linia de unire anteriőră a trochanterilor. Fractura decī, producėndu-se în partea cea mai externă a coluluī, este în acelaș timp la sigur *extra-capsulară* și *extra-articulară*.

Din contra, dacă presiunea se exercită direct pe capul femuruluī, precum e cazul când un individ cade pe piciorė sau genunchi, atunci capul femuruluī tindėnd a se lăsa în jos, va căuta să micșoreze unghiul obtus ce gătul face cu capul femoral: Dar în urma acestuī fapt, osul se va rupe în nivelul acestuī unghiū, care fiind mult mai intern de cât cel precedent și forțe aprőpe de capul femoral, fractura va fi *intra-capsulară* sau mai bine đis intra-articulară.

Acėsta, credem, este adevėratul mėcanism al fracturilor coluluī femoral, care, cel puțin din punctul de vedere teoretic, ni se pare a fi cel mai simplu și mai explicit.

Terminăm decī resumând :

I). Că micșorarea unghiuluī obtus format din intersecțiunea celor două diametre transverse ale gătuluī și marclui trochanter, rezultat din ridicarea capuluī femoral, produce o fractură la baza coluluī femoral, care va fi *extra-capsulară*, sau cel puțin extra-articulară.

II). Că dacă capul femoral se cobőră, va avea ca rezultat o tendință iarăș la micșorarea unghiuluī obtus, dar acum al celui cervico-femoral. Fractura va fi intra-capsulară sau intra-articulară, din cauză că acest unghiū, în loc de a fi la basă, se află către fața antero-internă a coluluī, care e acoperită atât de capsulă cât și de sinovială.

Am mai putea încă susține și următorul lucru, care ni se pare foarte judițios din punctul de vedere teoretic și anume că : unghiul cervico-trochanterien, fie că se micșorează sau se mărește prin ascensiunea sau coborârea capului femoral, fractura ce dinsul va produce va fi tot-d'una extra-capsulară sau extra-articulară, din cauză că dinsul se găsește la baza gâtului femoral, care în orî-ce cas e în afară de sinovială, dacă nu după Cooper chiar și de capsulă.

Același lucru vom dice de unghiul cervico-femoral. Acesta tot-d'una ne va da o fractură intra-articulară, fie că el se va mări ori micșora prin ridicarea sau coborârea capului femoral. Fractura dicem că este tot-d'una intra-articulară sau intra-capsulară din cauza situațiunei acestui unghiū, care inevitabil se află în interiorul capsulei și a sinovialei din cauza situațiunei sale foarte aprópe de capul femoral dacă nu nu chiar aprópe de basa sa.

Următórea figură 209 luată din Tillaux ne represintă aceste doué tipuri de fracturi numite intra și extra-articulare.

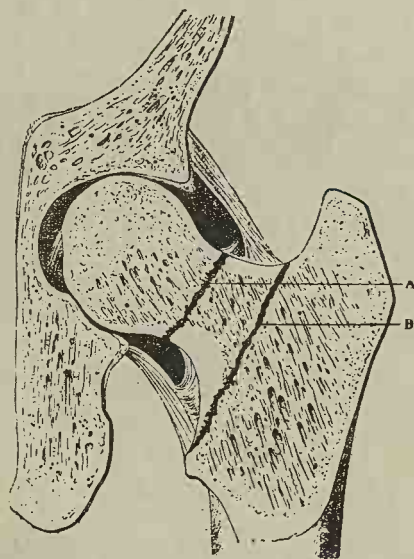


Fig. 209. Fracturile gâtului femoral. — A. Intra-capsulară B. Extra-capsulară.

Din cele arătate rezultă că, fracturile colului femoral fie intra sau extra-capsulare, tot-d'una sunt de cauză indirectă, căci ele se produc în căderi ori lovituri pe trochanter sau căderi pe picioré ori genuchiū.

Fracturile prin cauză directă sunt excepționale și chiar nu se citează nici un cas.

Acésta ușor se explică prin situațiunea profundă a gâtului femoral, care devine inaccesibil orî-cărui traumatism, nefiind posibilă aplicarea directă asupra sa a orî-cărui fel de violență.

Dar fracturî ale colului prin contracțiuni musculare există? De și negate de unii, lucrul pare probabil, dîndu-se inserțiunea atâtor mușchi ce se face în special pe fața externă a marelui trochanter, precum și în adîncătura digitală așezată pe fața sa internă. Decî o contracțiune a acestor mușchi, de și la rigóre ar putea determina o smulgere a marelui trochanter, pot însă rupe și gâtul la baza sa. În adevăr, se citează casurî precum este acela a lui Pouel, Dupuytren, Nicaise, etc. unde s'a constatat fracturî nu numai extra-capsulare, dar chiar și intra-capsulare. Aceste fracturî s'a produs fără nici-o violență exterióră, ci numai în urma unei sforțări musculare desvoltată de indiviđi, pentru a nu cădea în momentul când au călcat în sec alunecând după un trotuar.

Casul lui Dupuytren și Nicaise e cu privire la femeî dîncolo de 50 ani, cari și-au produs asemenea fracturî fie în momentul când au voit să se urce în pat, sau chiar întorcându-se în așternutul lor.

S'a susținut de Riedinger și Rindhard, fracturî ale colului chiar și prin contracțiunea spasmodică a ligamentului lui Bertin.

În adevăr, acest ligament, care plecând de la spina iliacă antero-inferióră vine de se inseréză pe linia inter-trochanterienă ce plécă de la marele la micul trochanter, ar putea la rigóre printr'o tensiune forte, să producă fractura colului printr'o adevărată smulgere. Dar acest mecanism e contestat de mulți, mai ales că unele disecțiuni nu au probat o inserțiune atît de puternică pentru a fi capabilă să determine o fractură.

Malgaigne susține că la aceste cause, trebuie să adaugăm și unele atitudini ce ia membrul în momentul accidentului, precum adducțiua, abducțiua sau rotațiua. În acest timp capul femoral, neputînd rupe capsula pentru a produce o luxație, rămâne el singur învins dând nascere unei fracturî.

Etiologia. În afară de intervențiunea cauzelor traumatice reprezentate prin loviturî directe pe trochanter, căderî pe picióre, genuchiú, orî contracțiuni musculare, există o cauză predisponentă a acestor fracturî, fără de care dînsule nu se obțin, orî-care ar fi felul traumatismului precum și violența sa.

Acésta constă în rarefracțiunea țesutului osos ce constituie gâtul femoral, rarefracțiune al cărui factor principal stă în etatea individului.

În starea fiziologică și în perióda adultă, gâtul femoral este asi-

gurat printr'o dispozițiune arhitectonică de lamele osóse, cari îl fac destul de puternic, dându-í o soliditate excepțională. Grație unei asemenea dispozițiuni, dînsul póte să suporte nu numai greutatea corpului, dar și pe cele adaugate în spinarea indiviđilor, condamnați a-și întreține viața printr'o muncă penibilă.

Cunoscința acestui lucru se datorese celebrului anatomist din Zürich, Meyer.

Acest autor a descoperit, prin mai multe secțiuni metodice practicate pe femur, următórea relațiune ce există între substanța compactă a osului și cea spongiósă. Substanța compactă corticală a diafisei femurului, ajunsă la extremitatea superiótă a osului, se subțiază din ce în ce, ast-fel în cât nu represintă de cât grosimea unei foí de hârtie. Dar acéstă extremitate deși slab protejată la periferie, devine însă de o rezistență extra-ordinară, grație desvoltărei și dispozițiunei sistematice a fibrelor osóse din țesutul spongiós. Privite în mod superficial, s'ar putea

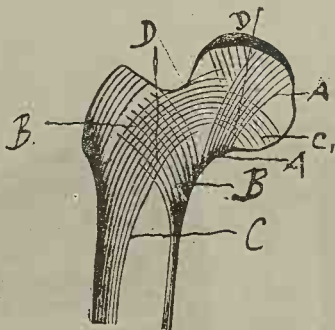


Fig. 210. — Structura gâtului femoral.

crede că aceste lame încrucișate și amestecate între dînsese, ar fi jocul unui caprițiu saú al unei întâmplări; urmárite însă de aprópe, se constată că tóte aceste dispozițiuni diverse sunt calculate cu un anumit scop și anume că, din totalitatea lor să se formeze un stálp puternic acestei extremități superióre a femurului și în special al gâtului seú. Iată cum:

Există mai întâiu două rînduri de lamele osóse în țesutul spongiós. Unele A—A, veđi fig. 210, plecând de la extremitatea superióră și internă a diafisei aprópe de micul trochanter, se ridică în sus dirijindu-se către extremitatea internă a capului femoral. Altele B—B se dirig în afară către marele trochanter. Acestea se încrucișează cu o altă

serie de fibre aflate pe peretele extern al diafisei, dirijindu-se în formă de linii curbe către capul femurului, ast-fel precum sunt reprezentate prin punctele C—C. Din această încrucișare a acestor numeroase lamele formând un sistem trajectoriu, rezultă o infinitate de bolți, ale căror vîrfuri în majoritate corespund la peretele superior al colului femoral și puțin înăuntru marelui trochanter, precum se vede în punctele D—D.

De aci deducem că, gâtul anatomic al femurului de și nu este îmbrăcat de cât de o pojghiță foarte subțire de substanță compactă, totuși el, grație dispozițiunii acestor bolți numite de Merckel *calcar femorale*, se găsește înzestrat de un maximum de rezistență, care-l pune în pozițiune de a rezista nu numai greutății corpului, dar chiar și unor traumatisme violente.

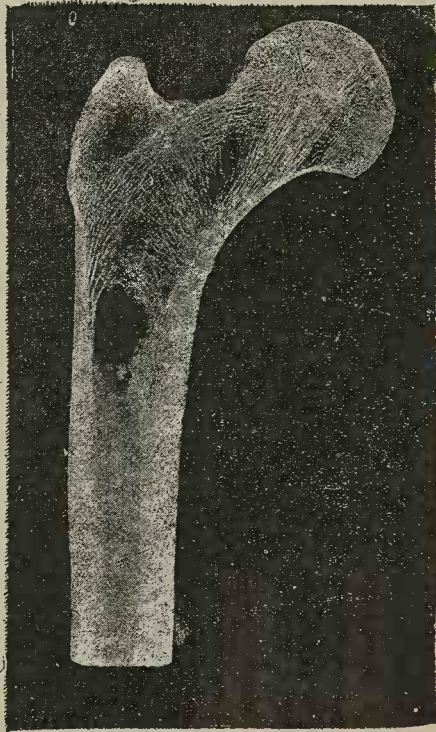


Fig. 211. — Structura normală a gâtului femoral luată prin radiografie.

Existența acestor lame osoase, a căror dispozițiune ar părea de pură invenție sau imaginație, se găsește perfect demonstrat în fig. 211 luată după natură prin radiografie de Gautsch din München și pe care o

reproduc dintr'un atlas aflat la institutul de gynecologie al d-lui prof. Assaky.

Cunoscând aceste fapte, vom avea cheia ce ne va explica adevăratul și singurul mecanism al fracturilor colului. Și secretul acestui mecanism constă că, în urma diferitelor bóle, dar mai cu deosebire cu înaintarea vârstei, aceste lamele traiectorii ale țesutului spongios din extremitatea superioară a femurului, suferă o alterație fiziologică. Dînsa e constantă la bătrâni și cunoscută sub numele de *medulisațiunea gâtului femoral*.

Fenomenul constă în aceia că această substanță numită calcar femorale, treptat intră în regresie atrofîindu-se încetul cu încetul.

În urma acestei absorbțiunii și distrugere atrofiantă, rezultă formarea unor largi spații numite *areole gigantice*. Ele din ce în ce mărindu-se, ajung să formeze adevărate găunoșituri separate între ele prin lamele fragile. În ele pot străbate chiar substanța medulară a osului, formând un adevărat canal. Decî, gâtul femoral pierdîndu-și stîlpul protector și nerămânînd înconjurat de cât numai de acea foiță subțire ce-î procură diafiza femurului, care și dînsa nu e scutită de procesul regresiv, înțelegem fôrte bine cum acest gât femoral devine de o friabilitate fôrte mare, putându-se rupe cu cea mai mare înlesnire. De aci frecuența fracturilor gâtului femoral la bătrâni în urma celui mai mic traumatism, saũ chiar după cum am vîdut în urma unei simple mișcări în pat, saũ voind individul a se ridica după un scaun, etc., etc. Și în adevăr, statistica a arătat că fracturile colului femoral nu se observă de cât pe bătrâni începând minimum de la 50 ani în sus. Mai jos de această etate, fracturile colului nu se pot explica de cât printr'o predispozițiune individuală, capabilă de a aduce o degenerescentă grêsosă a țesutului osos, saũ diferite alte bóle constituționale precum sifilisul, cancerul, artrita uscată, leziuni organice ale sistemului cerebro-spinal, etc., etc.

Rămâne dar stabilit că, adevărata cauză a fracturilor colului stă în alterațiunea acestor trabecule osóse din țesutul spongios, alterațiune datorită exclusiv etăței înaintate a individului.

S'a discutat și s'a susținut de mulți că, dintre bătrâni, femeile sunt mai predispuse la această fractură de cât bărbații. Și s'a basat acest lucru pe faptul că unghiul femoral la femeie e mai oblic cu două grade ca al bărbatului și prin urmare unghiul cervico-femoral e mai puțin obtus.

Dupuytren credea că gâtul femoral fiind mai lung la femeie era mai expus la fracturi. În fine se susține că femurii par la femeie mai oblici, din cauză că basculul este mai respins în afară. De și multe din aceste puncte aũ fost contestate, totuși rămâne că femeile sunt mai predispuse ca bărbații. Acesta unită cu factorul precedent a și făcut pe

Nelaton să țină, că în în realitate nu există de cât două cauze de fracturi ale colului femoral: *etatea și sexul*.

Din parte-ne mărturisim că în întreaga noastră carieră chirurgicală, pe lângă numeroasele casuri de fracturi ce am observat pe bărbați, n'am văzut de cât o singură dată fractura colului femoral la o femeie de 45 ani, sócra unui confrate.

Cât pentru frecuența mai mare a acestor fracturi la femei, după cum o susțin uniți, noi ne-am permite a o atribui gravidității, și póte nenorocitul obiceiú ce are acest sex de a-și înfrumuseța figura cu diferite alifii, a căror bază fiind plumbul, ar avea o influență asupra alterațiunei țesutului osos.

Anatomia patologică. In majoritatea casurilor fractura e unică. Fracturile cu trei fragmente forméză o curiositate științifică, mai lesne fiind posibilă o fractură cominutivă. Linia de fractură póte fi transversală și situată aprópe saú chiar la basa capului femoral, ce rămâne cu totul separat.

In fig. 212 se vede un exemplu mai mult schematic dar tip de asemenea fracturi.

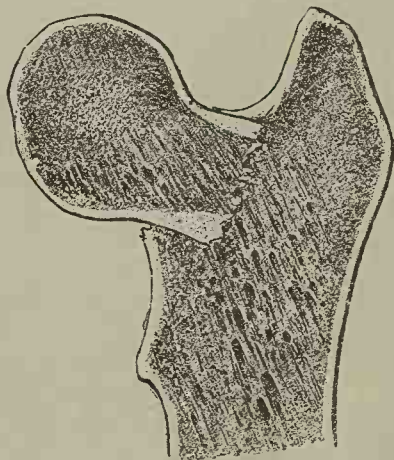


Fig. 212. — Fractura intra-capsulară a gâtului anatomic.

Alte dăți dînsa e oblică de sus în jos și de dinăuntru în afară, iar une-orî copleșesce capul femurului, pe care îl atinge în grosimea sa luând forma unei linii în zigzag.

Acésta forméză fractura spiroidă a lui Bigelow.

In ceia-ce privesce fracturile incomplete, ele sunt cu totul rari și

nu se constată de cât la autopsie, diagnosticul pe viu fiind imposibil sau cel mult bănuț.

Caracteristica acestor fracturı intra-capsulare sau intra-articulare este că fragmentele tot-d'a-una rămân izolate, cel inferior fiind tras în sus și înapoi.

Din această lipsă de contact — căci de penetrațiune nici nu pöte fi vorba — rezultă și lipsa de consolidare a acestor fracturı, carı încă până ađi nu s'a putut verifica în mod cert.

În fracturile extra-capsulare, observăm aceleași varietăți, cu deosebire că linia de fractură în mod natural va fi dirijată de dinafară înăuntru și de sus în jos.

Caracteristica acestor fracturı este că în cazul când nu există penetrațiune, cea-ce de alt-fel torméză regula generală, atunci fragmentul inferior se va ridica în sus și înapoi suferind și o rotație de dinăuntru în afară.

Dar am đis că penetrarea e de regulă și acesta lesne se înțelege din cauza constituțiunei colului, care orı cât de alterat ar fi, încă oferă o rezistență mai mare de cât țesutul spongios și rarefiat al marelui trochanter, grație conservărei unora din stâlpıi puternici, reprezentați prin acele lamele compacte ce am descris. Ast-fel fiind, cu înlesnire gâtul femoral rupt va strěbate destul de adănc în corpul trochanterului care lărgindu-se peste măsură pöte chiar să plesnescă.

Acestea sunt fracturile tipice ale colului femoral. Rămâne bine înțeles și o altă clasă numită mixtă, caracterisată prin accia că linia de fractură este în parte situată în afară de capsulă, iar cea-l'altă în interiorul seă.

Dar aceste fracturı n'au o descriere deosebită, de öre-ce caracterele lor sunt imprumutate de la cele-l'alte douě varietăți.

Simptomele. În fracturile colului, semnele patognomonice, ce sunt inerente celor-l'alte fracturı a óselor lungı aci jöcă un rol förte mărginit. Ne oferă însă drept compensațiune alte douě semne cu totul speciale, carı fac baza simptomatologică și a diagnosticului.

În adevăr, în fracturile colului n'avem să ne preocupăm atăta de impotența membrului, de mobilitatea sa anormală, sau de crepitarea între fragmente, lucru fără de carı o fractură aiurea nu pöte exista. Aci aceste semne nu jöcă nici un rol, ele fiind înlocuite numai prin scurtarea membrului și rotațiunea piciorului în afară.

Din anatomia patologică și mecanismul acestor fracturı, lesne putem înțelege cum [impotența membrului de exemplu, nu pöte decide de existența fracturei.

O contuziune forte a acesteı regiuni pöte să determine impotența

funcțională a membrului, cu tótă lipsa unei fracturî, și vice-versa, un individ pôte să useze de membrul său avënd totuși o fractură.

În adevër am vëdüt cã caracteristica fracturilor extra-capsulare este o penetrațiune fôrte mare a colului în marele trochanter, care angrenându-se în mod solid, pôte permite individului o întrebuintare destul de convenabilă a membrului. Dar chiar și în fractura intra-capsulară s'a vëdüt bolnavi cã continuă să umble, grație conservărei țesuturilor fibröse peri-cervicale arătate de Boyer.

Nu este însă mai puțin adevërat cã, orî-care ar fi condițiunile favorabile, totuși aceste funcțiuni vor fi fôrte limitate. În special bolnavul nu va putea ridica călcăiul de la nivelul patului dacã este aședat în decubitul orizontal. Dar încă odată, nu absența funcțională va decide de existența unei fracturî.

Tot același lucru vom đice de mobilitatea anormală a membrului, care în fracturile extra-capsulare cu penetrare pôte lipsi, iar în cea intra-capsulară să fie greü de apreciat.

Cât privesce crepitațiunea e și mai puțin demonstrativă și nici chiar nu se recomandă a insista spre a ne convinge de existența ei, putând aduce mai mult prejudiciü de cât folöse bolnavului.

Ce să mai đicem de durere și înflătura regiunei, cari nu merită o prea mare încordare a atențiunei nóstre, ca unele ce forméză elemente cu totul secundare a manifestațiunei fracturilor colului.

Vom însista decî după cum am đis, asupra următórelor douë semne :

I). Scurtarea membrului.

II). Rotațiunea piciorului în afară.

I). *Scartarea membrului* e constantă în fracturile colului, dar variază după cum fractura este extra sau intra-capsulară.

În cea extra-capsulară scurtarea este *considerabilă și constantă*.

În fracturile intra-capsulare, *scurtarea e mică și în același timp variabilă*, putându-se adică mări în đilele următóre.

Pentru-ce?

Scim mecanismul fracturilor extra-capsulare : o cădere sau o lovitură pe marele trochanter împinge cu violență capul femurului în cavitatea cotiloidă, care de n'ar fi protejată de un ghem grësos și ligamentul rotund, fundul său fôrte subțire s'ar sparge permițând capului a intra în basin. Dar acésta neputându-se îndeplini nici-o-dată, căci nu există în sciință de cât un singur cas dat de Dupuytren, capul femurului se sprijină pe pereții cavităței cotiloide, cari fiind fôrte resistenți, luptă contra sa. Atunci capul prins între putere și resistență cedéză, rupându-se la intersecțiã celor douë diametre transverse ale marelui

trochanter și gât, care intersecțiune făcându-se la bază, fractura este efectuată. Dar lucrurile nu rămân aci: gâtul femurului fiind provădit de acele lamele osoase care-î dau o putere foarte mare în raport cu marele trochanter, dînsul se supune violenței exterioare și străbate cu înlesnire în corpul marelui trochanter. Această penetrațiune une-orî e totală, așa că colul anatomic dispare cu desăvârșire, ceia-ce face ca marele trochanter și capul femurului să se atingă între dinșii.

Este evident decî că scurtarea membrului depinde de porțiunea gâtului femoral intrat în marele trochanter. Și maximum se va observa atunci, când întregul gât dispărînd capul se pune în contact cu trochanterul.

Și de ore-ce lungimea colului femoral variază între 3 și 4 c. m., scurtarea în fracturile extra-capsulare nu va putea fi mai mare. Se privesc ca excepțiuni și curioșități patologice, scurtările arătate de Dupuytre de 7—8 c. m.

Ceia-ce însă formeză caracteristica acestei scurtări este că, dînsa se produce de o dată în momentul accidentului și nu se mai pôte nici mări nici micșora.

Invers se întîmplă cu scurtările în fracturile intra-capsulare. Aci scim că linia de fractură făcându-se la unirea capului cu colul, nu s'a constatat nic-o-dată cea mai mică urmă de penetrațiune între fragmente, ast-fel că fie-care din ele rămâne cu totul independente unul de altul.

Capul femoral, care represintă fragmentul superior rămas în cavitătea cotiloidă, n'are unde se duce; fragmentul inferior însă fiind cu totul liber, el va fi tras în sus și înapoi de contracțiunea meselor musculare și în special de marele și mijlociul fesier. Scurtarea decî depinde exclusiv de ascensiunea acestui fragment, pus el însuși sub dependența contracțiunilor musculare.

De aci rezultă, că dacă în momentul accidentului scurtarea e prea puțin manifestă, în zilele următoare ea e capabilă de a cresce de la unul său 2 c. m. până la 5—6 c. m. Și de sigur, scurtarea ar fi și mai mare dacă capsula articulară nu ar opune rezistență fragmentului conținut în interiorul său.

Caracteristica însă rămâne că, în fracturile intra-capsulare, scurtarea e foarte variabilă. Dînsa formeză o adevărată surpriză pentru chirurg, când constată că de unde în ajun nu era de cât o scurtare de unul său două centimetre, o vede a doua zi crescută cu 3—4 și mai multe centimetri.

Nu putem decî modifica scurtarea fracturilor extra-capsulare de cât distrugînd penetrațiunea fragmentelor, lucru nu numai greu, dar și imposibil. Din contra, ne putem amuza cu scurtarea în fracturile intra-

capsulare, făcând-o mai mare sau mai mică, tocmai din pricina lipsei de penetrare a fragmentelor. Bine înțeles, această amuzare va avea o limită, pentru a nu rupe capsula sau diferite ligamente.

Și tocmai din această nestabilitate între fragmente, rezultă une-oră în loc de scurtare o lungime, provenind din faptul că fragmentul extern, se poate aplica pe partea inferioară a fragmentului intern (Lisfranc).

rotațiunea sau deviațiunea piciorului în fracturile colului. — Am arătat penetrațiunea constantă ce se produce de gâtul femurului în marele trochanter, în momentul efectuării unei fracturi extracapsulare. Dar această penetrațiune după cum deja a arătat Robert, se efectuează mai cu seamă înapoiul marelui trochanter, adică pe fața sa posterioară. Ast-fel fiind, femurul va suferi o mișcare de torsione forțată, care ar tinde ca fața sa anterioară să devie externă, iar cea posterioară internă. Dar care va fi rezultatul acestui fenomen? că întregul membru și în special piciorul va fi deviat în afară. Această deviațiune va fi mai mare sau mai mică, după gradul penetrațiunii gâtului femoral în marele trochanter. Ast-fel, în penetrațiunile moderate piciorul va suferi o ușoară deviație în afară. Când însă marginea externă a piciorului se va sprijini cu totul pe planul patului, sau cea-ce e și mai mult, când călcâiul membrului bolnav va atinge maleola internă a membrului sănătos, ne va indica o penetrațiune totală și absolută a colului în trochanter.

Caracteristica acestei deviațiuni a piciorului în afară este de a fi încorijabilă, afară numai dacă am uza de violențe mari și am disprețui durerile atroce ce am determina bolnavului.

S'a susținut de unii autori că această resturnare a piciorului în afară, nu depinde numai de penetrațiunea colului în marele trochanter, ci și de ruperea ligamentului lui Bertin, care ne mai jucând rolul de piedică, permite răsturnarea femurului. S'a admis deci că în deviațiunea externă a piciorului în afară, avem concomitent cu penetrațiunea și ruperea acestui ligament.

Ruptura ligamentului lui Bertin și Brunn, determină o eversiune la maximum a piciorului în afară.

Din contra, dacă acest ligament e conservat, și este în același timp și forte ca de obicei, el poate determina prin contracțiunea sa o deviațiune fixă a piciorului înăuntru.

După Tillaux însă, această deviațiune a piciorului înăuntru, care de alt-fel se observă foarte rar, ar proveni de acolo că penetrațiunea colului în marele trochanter în loc d'a se face înapoi ca de obicei, s'ar face prin excepțiune înainte, de unde rezultatul va fi cu totul invers.

Dar în fracturile intra-capsulare ce rotație a piciorului avem? După

cum am arătat, aci ne existând nici-o urmă de penetrațiune, fragmentul inferior care represintă întregul membru, se va devia iarăși în afară. Dar această deviațiune va fi cu totul pasivă, supuindu-se greutatei proprie a membrului și tendinței sale iresistibile de a se așeza în afară, tendință de alt-fel fiziologică. Și probă că această deviațiune e pasivă, este că dînsa se pôte coriže cu cea mai mare înlesnire, transformând-o după voință înăuntru său în afară, atingând punctele cele mai extreme.

Acésta deci este caracteristica fracturilor intra-capsulare, d'a ne oferi o deviațiune a membrului constantă în afară, dar cu totul variabilă, iar nu fixă precum am vădūt-o în fracturile extra-capsulare. In urma fenomenului de penetrațiune al fragmentelor, mai avem un simptom de o forțe mare importanță. Asésta constă în lărgimea excesivă a feței externe a marelui trochanter, precum si în ascensiunea vîrtului sēu, lucru care e de cea mai mare importanță în a recunósce o fractură extra-capsulară.

Diagnosticul. Din cele arătate credem că diagnosticul se impune de la sine în casurile simple. Rolul principal îl jócă etatea și sexul. Un individ dincolo de 50 anī, e multă probabilitate dacă nu chiar siguranță, că în urma unei căderi își va determina o fractură a colului femoral; și a fortiori acest lucru îl vom susține, dacă victima va fi fost de sex feminin. Același accident atingând un om tînēr, mult mai lesne își va determina o luxație de cât o fractură. De sigur există casuri, în special la ómenii nervoși sau isterici, cari în urma unei simple contusii a articulației să ne ofere o impotență absolută a membrului, o deviațiune a piciorului în afară, sau o scurtare etc. Dar tóte acestea împreună cu durerea exasperată, vor dispere după un scurt repaus sau cel mult după o ți sau două. In orī-ce cas, printr'un examen minuțios ne vom convinge de exagerarea simptomelor, sau de abolițiunea incomplectă a membrului ce vor sta în legătură mai mult cu contracțiunile spasmodice musculare, de cât cu leziunile proprii unei fracturi.

Nu ne vom grăbi însă a fi prea afirmativi și a ne baza prea mult pe forțele nóstre permițând bolnavului să umble, cređēnd c'avem aface cu o contusie, cāci fiind înșelași, am aduce mari prejudiții pacienților. Recomandăm deci expectativa.

Deosebirea între fracturile colului și acelea ale basinului nu e grea; în acestea vom avea apropierea spinelor iliace, mai ales în fractura verticală dublă a basinului, plus ridicăturile osóse ce le vom constata prin examenul rectal sau vaginal.

Cât pentru diagnosticul diferențial între luxații și fracturile colului, le vom vedea în capitoul următor.

Rēmâne partea cea mai principală în a stabili dacă o fractură a

colului femoral este intra orii extra-capsulară. De și Follin și Nelaton spuneau că acest lucru e imposibil, totuși din cele arătate la simptomatologie, am putea până la un punct să reușim a fi afirmativi.

Baza diagnosticului diferențial constă în constatarea scurtărei și deviațiunei piciorului, pe care am studiat-o în destul pentru a mai reveni.

Să resumăm însă că, dacă într'o fractură a colului avem o scurtare dincolo de 4 c. m. însoțită de o deviațiune fixă a piciorului în afară; dacă pe lângă acestea vom constata lărgimea antero-posteriură a feței externe a marelui trochanter cu ridicarea vârfului sēu; dacă regiunea inguino-crurală devine mai bombată, vom fi în drept a afirma o fractură extra-capsulară.

Când din contra scurtarea membrului va fi foarte mică, iar în zilele următoare ea va cresce; când deviațiunea piciorului în afară este instabilă putând-o transforma după voință; când marele trochanter îl găsim intact, iar triunghiul lui Scarpa nediformat, și când pe lângă acestea individul va fi destul de bătrân, e multă siguranță că fractura e intra-capsulară.

Vom mai lua în considerație felul traumatismului și modul sēu de acțiune; echimosele ce sunt proprii fracturilor extra-capsulare sau bazale, prezența sau lipsa de durere care e nulă în cea extra-capsulară și mai pronunțată în cea-l'altă, etc. Tóte aceste vor forma atâtea elemente ce vor corobora în stabilirea diagnosticului.

Am dis că scurtarea membrului jócă un foarte mare rol în această chestiune. Să vedem deci, care sunt mijlócele ce ne permit a o constata mai cu siguranță. Determinarea scurtărei se obține prin diferite mensurațiuni făcute între două anumite puncte ce sunt alese după voința chirurgului.

Condițiunea principală este, că aceste puncte să aibă un sediū fix, și să fie în același timp ușor și perfect explorabile.

Punctele cele mai obicnuite sunt ombilicul și spina iliacă antero-superiură. De aci luând un a nume punct bine precizat, aplicăm o divisiune a unui metru de pânză, întindēndu-l până la vârful maleolei interne a membrului fracturat. Comparăm apoi lungimea găsită cu aceia din partea opusă corespondentă, uzând exact de aceleași puncte de reper. Excesul de lungime a membrului sănătos ne arată scurtarea celui bolnav.

Alți autori iaū de reper un punct óre-care din rotulă sau condilul intern al femurului, etc., raportându-l iarăși la maleola internă, orii la călcăiū. Malgaigne procedéză ast-fel: aplică o panglică de la o spină iliacă antero-superiură la cea-l'altă, iar de la mijlocul aces-

teia duce o linie la fle-care din călcăile corespondente. Dar ori-cari ar fi procedeele, constatarea exactă a scurtărei membrului cere detalii foarte rigurose și multiple, pentru a nu fi înșelați de simpla aparență ce ne oferă membrul fracturat. În adevăr, scurtarea une-orî de și foarte isbitore, în realitate însă e mult mai mică, dacă nu chiar lipsesce cu totul, nefiind de cât o simplă aparență. Pentru a ne asigura deci de scurtarea reală, va trebui să depărtăm toate cauzele de erori. Ast-fel, o contușiune a articulației sașu o stare nervoasă a individului, sunt capabile a ne da scurtări ale membrului traumatizat cu totul analoge unei fracturi, fără ca dînsa să existe. Pe lângă acestea, e destul ca o pozițiune vicioasă a membrului să fie dată bolnavului, pentru ca o înclinațiune a basinului să fie urmată de o scurtare departe de a fi reală.

Pentru aceia vom căuta a pune pe bolnav în condițiunile cele mai bune, spre a fi scutiți de ori-ce erore posibilă.

Corpul va fi așezat pe un pat avînd sub saltele o scîndură lată, pentru a nu se determina adîncături. Ambele membre inferioare se vor așeza într'o direcțiune paralelă, iar spinele iliace antero-superioare vor trebui să fie exact pe același plan transversal.

În fine, bolnavul va fi așezat în patul său în pozițiunea longitudinală, stînd întregă față dorsală pe același nivel, fără a avea sub căpătăiu vre-o pernă ori cât de subțire.

Lucrurile fiind ast-fel aranjate, vom uza de următoarele trei procedee recunoscute clasice, pentru a măsura cu exactitate gradul scurtărei membrului.

I) *Procedeu lui Verneuil*. Acesta este invers de al lui Malgaigne. Dînsul în loc de a căuta ca spinele iliace antero-superioare să fie pe același nivel, din contra, trage de membrul fracturat și presupus scurtat, puindu-l pe același plan cu călcăiul din partea sănătoasă, ast-fel că ambele să atingă aceeași linie rigidă și exact orizontală, pusă prealabil la nivelul călcăiului sănătos. Dar prin această manoperă, spina iliacă antero-superioară a membrului bolnav e trasă mai jos și pe un plan mult mai inferior ca cea din partea opusă. Măsurînd deci oblicuitatea acestei linii ne va da noțiunea exactă de scurtarea membrului.

II) *Procedeu lui Bryant*, constă în următorul lucru: se determină mai întăiu marele trochanter, pe care-l găsim la un bun lat de mână de desubtul crestei iliace. Apucînd între degetele noastre trochanterul și palpînd toate punctele, vom marca vîrfu său C cu unghia degetului. După acesta, determinăm spina iliacă antero-superioară A, de unde vom duce o linie exact verticală în jos pe cîpsă AB. De la vîrfu marelui trochanter ducem o linie perpendiculară pe cea precedentă CB, pentru a forma cu cea d'întăiu un unghi drept. Unind apoi vîrfu trochanterului

cu spina iliacă antero-superiőră, construim un triunghiű dreptunghiű, a cőrui ipotenusă va fi chiar acěstă linie adică A C. Un asemenea triunghiű facem și pe membrul sãnătos. Este sciut cã scurtarea membrului provine din ridicarea sa în sus, și ast-fel fiind, vőrful trochanterului se va gási pe un plan mai ridicat ca cel din partea opusă. Atunci baza triunghiului BC dusă perpendicular de la vőrful trochanterului pe linia verticală ridicându-se mai sus, va fi evident mai scurtă ca cea din partea opusă. Măsurând prin urmare ambele aceste baze, scurtarea uneia ne va da scurtarea membrului.



Triunghiul acesta a lui Bryant, numit încă *triunghiul ilio-femoral*, ne pőte aduce servicii reale în casurile simple, cãci atunci 'când va exista o tumefacțiune pronunțată a locului bolnav, construcțiua triunghiului va fi dificilă. Dar în asemenea condițiuni și unghiul marelui trochanter, deja greu de determinat în stare normală, ne va oferi dificultăți serioase, neputend gási puncte de reper.

Pe lângă acéstă, după cum cu drept cuvint a observat Nelaton, de și marele trochanter se ridică în sus, el însă nu se apropie în mod regulat de créstă iliacă, urmând o direcțiune verticală, ci se dirige de multe ori înapoi, ast-fel cã baza triunghiului nu numai cã nu va fi mai mică ca cea din partea opusă, dar egală, dacă nu chiar mai mare; acéstă ne-ar conduce la rezultate false, anunțând o scurtare a membrului sãnătos.

III). Mai există încă un procedeu al lui Nelaton, numit procedeul *ilio-trochanterien*. Dinsul constă în a duce o linie dréptă de la spina iliacă antero-superiőră la vőrful tuberosității ischionului. În starea normală, vőrful marelui trochanter se află sub acéstă linie, saű cel puțin în nivelul sěű. Resultă decı cã, dinsul gásindu-se d'asupra acestei linii, ne va arăta gradul de scurtare a membrului. Procedeul lui Nelaton este însă și mai dificil de practicat, din cauza dificultăților mai mari ca în cele-l'alte.

După cum vedem, avem la dispozițiune o mulțime de elemente pentru a ajunge la un bun diagnostic; cu tóte acestea, de multe ori nu le putem atinge.

Prognosticul și tratamentul. Fracturile colului femoral sunt grave nu numai din cauza situațiunei lor, dar și din imposibilitatea aplicărei unui tratament cu puțința de a lucra în mod sigur și eficace asupra fragmentelor, carı nu pot fi puse în perfectă coaptație, precum e necesar unei bune consolidări. Nu e trebuință de a insista asupra diferitelor altor complicațiuni ce se pot ivi în momentul accidentului, pre-

cum ruperea capsulei articulare, a sinovialei, facturii cominutive, sau fracturii concomitente a celor-lalte epifise a extremității superioare. Vom trece peste ele, pentru a arata că dacă dînsese nu se manifestă, sunt alte complicațiuni ce sunt consecința fracturii.

Ast-fel, cu timpul se poté desvolta o artrită uscată, ale cărei urmări nefaste deja le-am studiat. Acestea constau pe de o parte în disparițiunea progresivă a capului femoral și a fragmentului inferior, iar pe de alta, într'o putere osteogenică considerabilă, desvoltată în părțile moi și cartilaginose, care distruge orî-ce urmă fiziologică a membrului.

Dară admițînd chiar absența orî-cărui fel din aceste complicațiuni, și închipuindu-ne că fractura ar fi simplă, prognosticul încă ar fi defavorabil. În adevăr, în fracturile intra-capsulare, prin faptul conțențiunei fragmentelor în interiorul articulației, consolidarea este aprópe imposibilă, pentru motivele interpunerei lichidului sinovial între fragmente și neputința de a obține și menține coaptarea fragmentelor. Excepțiunile sunt excesiv de rari de consolidarea unei fracturii intra-capsulare printr'un calus osos.

Sunt cunoscute discuțiunile rămase celebre între Dupuytren și Astley Cooper, discuțiunii cari au degenerat în violențe, cel întâiu susținînd posibilitatea unei consolidățiuni osóse, iar cel de al II-lea negănd-o cu desăvârșire. Ascensiunea fragmentului inferior, interpunerea de sinovie între părțile fracturate, slaba nutrițiune a capului femoral cu tótă prezența unei artere conținută în ligamentul rotund, dificultatea, dacă nu imposibilitatea de a pune fragmentele în contact, și mai ales de a le menține, sunt argumente puternice cari ne autorisă a prevedea, că cel mult nu putem spera de cât la un calus fibros, nefiind nici vorbă de o consolidățiune osósă.

Pentru fracturile extra-capsulare, a căror caracteristică, după cum am vădút, e penetrarea sau angrenarea fragmentelor, consolidarea lor osósă mai tot-d'a-una se observă pentru faptul că, din cauza fenomenului arătat, coaptarea și menținerea fragmentelor sunt făcute de însășî natura, ceia-ce nici calusul osos nu cere mai mult.

Conclusiunea însă este că, individul în mod fatal va rămâne cu o scurtare a membrului, ceia-ce dacă nu-l va impedita a uza de membrul seú, va fi însă silit să umble șchiopănd. Acest mic sacrificiu însă, trebuie considerat drept colossal avantaj, dându-se gravitatea bólei.

Care-î tratamentul fracturilor colului femoral? Dându-se că aceste fracturii sunt apanajul ómenilor bătrâni, la cari vitalitatea organismului începe spre declin, și unde decî speranțele vor fi fórte mici pentru o consolidare perfectă, vom sacrifica secuestrarea îndelungată a individului, care ar cere doué sau trei luni de imobilizare în pat, pentru a nu-î

compromite viața ce se poate stinge mai înainte de obținerea unui succes iluzoriu. Căci fi-va óre compatibil pentru un bătrân a-l ține în pat în decubitul dorsal în timp de cel puțin două luni, puind membrul fracturat în semiflexiune după metoda englesă? Credem că nu, căci la acești indiviđi, o asemenea situațiune le produc escare, și adesea, pentru a nu ȃice tot-d'a-una, părăsesc lumea printr'o pneumonie ipostatică, mai înainte d'a le da noi voce a părăsi patul!

Tot ceia-ce putem face este a lupta pentru a corige deviațiunea piciorului în afară, dacă ar fi prea accentuată, recurgând la necesitate la cloroform, dacă ne-ar permite constituțiunea bolnavului. În orí-ce cas, nu trebuie să împingem lucrul prea departe, pentru a nu produce complicațiuni. În timpul încercărilor de reducere, putem determina plesnirea trochanterului, transformând această tuberositate osósă într'o fractură complectă și cominutivă, precum mai înainte nu era. Mai cu deosebire ne vom abține a suprima scurtarea membrului, căci prin acesta am distruge penetrarea saú angrenarea fragmentelor, ceia-ce ar constitui un obstacol puternic pentru consolidarea osósă.

Având dar aceste considerațiuni în spirit, vom căuta prin mijlóce dulci a obține o corectitudine a deviațiunei și a menține folosul câștigat printr'un aparat apropiat. Hippocrat și Guy de Ghauliac recomandaú o atelă lungă externă. Berminghamm recomandă lipirea membrului bolnav de cel sănătos prin feși saú alte legături. Aceste principii aú dat loc la aparate speciale datorite lui Hagedorn și Dzone.

Se mai recomandă încă ca după asigurarea corecțiunei atitudinei membrului și a scurtărei, să practicăm o extensiune continuă unită cu o contra extensiune. Acesta constituie metoda lui Vermandès și Desault, vulgarisată de Petit și Heister și admisă de majoritatea chirurgilor actuali.

Noi tratăm tóte fracturile colului femoral atât intra cât și extra-capsulare în modul următor: după-ce pe cât posibil am redus deviațiunea membrului precum și scurtarea sa, aplicăm un strat de vată simplă, iar apoi o lungă atelă grósă de carton de la șold până sub genuchiú. Fixăm totul prin câte-va feși late, făcând de mai multe ori spica inguino-abdominală. Pe de asupra punem mai multe alte feși imbibate în silicat de potasă, și complectăm în mod estetic acest bandaj inamovibil după regulele clasice.

În timp de 48 ore bolnavul stă în decubitul dorsal și pe un plan inclinat ridicând în sus picioarele patului. Aplicăm un aparat simplu pe gambă și picior pentru a face extensia. Imediat ce aparatul de silicat s'a uscat bine, ceia-ce e suficient 48 ore, putând la cas de trebuință

să prelungim încă cu 1—2 zile, suprimăm secuestrarea bolnavului în pat, dându-i voie a umbla prin ajutorul unor cârje.

În unele cazuri, și mai ales când suntem siguri că fractura este intra-capsulară, și unde scim că scurtarea membrului în zilele următoare are tendință a se mări, atunci pentru a ne opune acestei tendințe, confecționăm o gheată, în talpa căreia aplicăm o placă de plumb în greutate de 2—300 grame după împrejurări. Acésră greutate servă a exercita o extensiune continuă și suficient capabilă a se opune unei scurtări ulterioare.

Cu modul acesta îndeplinim realizarea celui măi logic tratament, scutind pe bolnav, nu numai de orî-ce complicațiunii periculoase existenței sale, dar procurându-i plăcerea de a se vindeca pe picióre, adică plimbându-se saú chiar ocupându-se de interesele sale. Când după o lună orî două, suntem convinși că am obținut tot ce ne putea da un tratament logic al acestor fracturi, ridicăm aparatul, și dacă credem necesar instituim măi multe ședințe de masaj, pe cari dacă nu le admitem și suntem contra lor la începutul orî-cărei fracturi, la sfârșit însă le aplicăm ne măi putând avea nicî-o acțiune vătămătoare. De sigur vor exista în aceste fracturi diverse complicațiunii, dar contra lor ne vom conduce după circumstanțe fiind imposibil a prevedea totul.

§ II. Fracturile corpului femurului.

Am spus că aceste fracturi încep de la 2—3 c. m. sub micul trochanter, și se termină în jos la 3 c. m. d'asupra trocleei femorale.

Când fractura ocupă limita superióră, pórtă numele special de fractura sub-trochanterienă.

Malgaigne merge și măi departe; el numesce fracturi sub-trochanteiene acelea situate la 5—6 c. m. sub micul trochanter.

Aceste fracturi măi adesea de caúsă indirectă, unde contractiunea musculară ocupă primul loc, ne oferă tóte semnele clasice orî-cărei fracturi, precum durere, crepitație, impotență, etc., etc.

Fracturile sub-trochantereiene sunt de obiceiú oblice. Fenomenul principal în aceste fracturi este o deformațiune specială în formă de cârjă. Dinsa după Malgaigne resultă din contractiunea mușchilor psoasul iliac și pectineul, cari trag fragmentul superior în sus și în afară, ridicând înainte extremitatea sa inferióră, pe când capul femoral are tendință a bascula în jos și înăuntru. De aci deformațiunea membrului formând un unghiú saú cot în partea externă. Alți autorí atribue acéstă deformațiune contractiunei adductorilor, cari, odată osul rupt, vor exa-

gera córdă normală ce forméază, de unde va resulta deforémațiunea menționată.

Diagnosticul în general e ușor, adesea stabilindu-se *de visu*, grație aceleia deforémațiunii în cãrjã ce le este proprie. Când însă linia de fractură se afã prea sus, adicã aprópe de micul trochanter, deforémațiunea fiind mãi puțin caracteristicã, putem rămâne în dubiũ confundându-se cu o fractură extra-capsularã. Tratamentul e acela al fracturilor în genere.

Fracturile propriũ díse ale corpului femoral.

Femurul prin situația și dispoziția sa anatomicã, ar trebui sã se fractureze mãi rar. În adevěr, acest os este protejat de cel mãi gros înveliș posibil, reprezentat prin numeroșii mușchi ai cõpseii și un țesut celulo grésos fõrte abundant. Pe lângã acésta, el aflându-se coprins între douã articulațiuni destul de mobile, ar putea fi favorizat sã scape de acțiunile traumatice. Totuși fracturile sale sunt destul de frecvente, ocupând rangul al III-lea din scara fracturilor. (Antebraț, gambã, femur.)

Dar frecuența acestor fracturi nu este egalã la ori-ce etate. Gürtl a emis legea urmãtõre: «Pe când de la 1—10 ani fracturile cõpseii sunt aprópe de 5 ori mãi frecvente ca acelea ale gambei, de la 21—30 ani proporția este aprópe inversã; de la 40 ani, etate când fracturile colului încep a fi frecvente, proporția fracturilor cõpseii se apropie de acelea ale gambei; în fine de la 70 ani proporția este aceiași ca în etatea micã, din cauza fracturilor colului femoral care atinge atunci maximum de frecuență.»

De și nu avem o practicã specialã pentru copii, cãci casurile observate nu sunt numeroase, nu credem însă la o frecuență așa de mare precum aratã Gürtl.

Mãi întâiũ suntem convinși cã la copii, fracturile indirecte sunt rari, mãi ales acelea prin contracțiune muscularã, ce forméază adevãrate excepțiuni dacã nu imposibilitãți.

Faptul se explicã prin lipsa unei desvoltãri vigurose a mușchilor și decã a unei contracțiuni violente consecutive.

La copii faptul e analog cu ceia-ce se petrece la indiviði care cãzând în stare de beție de la înãlțimi mari, nu-și produc nici-o fractură, tocmai din o asemenea lipsã de contracțiune muscularã.

Dinșii cad inerți ca și un cadavru, asupra cãrora de asemenea nu putem produce fracturi, iarãși din cauza lipsei de contractilitate muscularã.

Între altele voiũ cita un cas a unui copil de 3 ani, care cãdând de la al II-lea etaj pe un pavaj de piatrã, n'a suferit absolut nici-o

fractură; totul s'a mărginit la o simplă contuziune a capului fără gravitate. Pe de o parte decî, lipsa de contracțiune musculară, iar pe de alta elasticitatea scheletului la copii, ne fac a crede într'o frecvență mai puțin mare a fracturilor.

Ne rămîne decî fracturile prin cauză directă. Este adevărat că femurul prin curbura sa normală ce o formeză, și prin situațiunea sa relativ mai superficială în partea externă a capsei, e susceptibil a se fractura prin aplicarea directă a unui traumatism, care tinzînd a-î șterge curbura osul finesce prin a se rupe. Tot la același rezultat se ajunge cînd individul ar cădea pe genuchiî; aci însă fractura se produce prin exagerarea curburei femurului. Dar din experiențele lui Meserer, rezultă că pentru a produce o fractură a femurului prin presiune aplicată în direcțiunea axei femurului, se cere o forță de 756 de chilograme; iar presiunea laterală exercitată pe mijlocul osului are 400 chilograme la bărbat și 256 la femei. Singură torsiunea sa și sucirea osului, cere o dezvoltare de forță mai mică, dar care nu e mai puțin de 90 chilograme. De aci înțelegem că fracturile femurului la copii încă e un cuvînt de a nu fi tocmai frecvente, dinșii neavînd ocașiunea să fie expuși la nisce traumatisme atît de violente.

Dr. Prof. Romniceanu spune în lecțiunile sale clinice Vol. II următoarele: «Din statistica noastră reese că în ceia-ce privesce copii, fracturile femurului nu sunt cele mai frecvente. De ce? rar copii se expun la traume atît de violente ca adulții.»

Trecînd peste acastă digresiune, vom recunoște împreună cu toți autorii că, la adulți fracturile corpului femoral recunosc două cauze. Directă, cînd fractura se produce just în punctul aplicărei traumei, precum ar fi o lovitură de picior de cal, trecerea unei rôte de trăsură, o lovitură de ciomag, bară de fier, etc., etc. În acest cas fractura recunoște ca mecanism sforțarea din partea traumei de a șterge curbura femurului.

Fracturile indirecte se produc într'o cădere pe picioră sa și genuchiî. Aci linia de fractură ocupă unul din punctele diafizei și recunoște drept mecanism tendința de a se exagera curbura normală a femurului.

În ambele aceste casuri, fractura de obicei e transversală, dacă nu tipică, adică fără nici-o neregularitate pe suprafața sa (fractură en rève) cel puțin cu dinți, păstrînd totuși caracteristica liniei de a fi orizontală.

Cît privesce fracturile prin contracțiune musculară, nu se admit de cît maximum cele sub-trochanteriene, deși respinse de Boyer.

Trebue însă să observăm că mecanismul fracturilor în căderea individului pe picioră, dacă nu se pôte susține intervențiunea contracțiunii

nilor musculare, nu putem nega o mișcare de rotațiune. În momentul acesta, femurul suferind o torsiune, sau răsucire fractura ce se va produce va fi oblică. Avem deci ca etiologie trei cauze în fracturile femurului, directe, indirecte și prin torsiune. Cele două dintâi ne dau fracturile transversale, iar al III-lea fracturile oblice.

Cât privește cauzele predispozante, precum a fost opiniunea emisă de Ambroise Paré, că în timpul iernei oșele ar fi mai fragile și s'ar rupe mai cu înlesnire, se considera așî ca fiind lipsită de orî-ce fundament.

Tot același lucru vom țice de opiniunea lui Malgaigne, care susținea că partea dréptă a corpului e mai predispusă.



Fig. 213. — Fractura transversală a femurului (prof. Dr. Romniceanu).

Nu trebuie să uităm că unele diateze ca artritismul sau bóle locale ca sarcomul, cancerul etc., predispun femurul a se fractura în mod spontanat.

Anatomia patologică. Fracturile femurului presintă două varietăți mai principale: ele pot fi transversale și oblice. Cele transversale sunt foarte rarî tipice adică fără dințături (en rève). De obiceiă mai tot-d'a-

una ele oferă asemenea inegalitate dințată. Cu toate acestea în fig. 213 avem un model aproape pur de fractură transversală fără dințături.



Fig. 214.

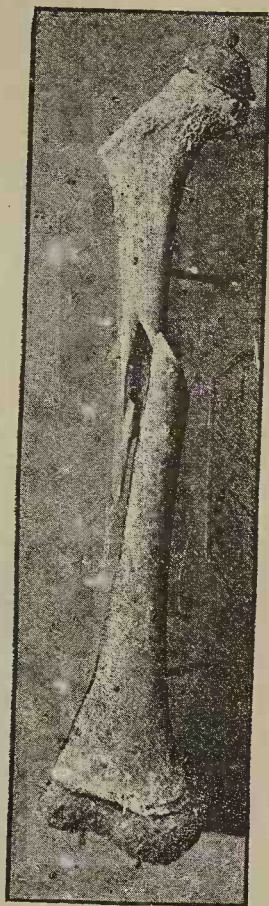


Fig. 215.

Fracturi oblice ale femurului (prof. Dr. Romniceanu).

Din observațiunile tuturilor autorilor rezultă că, fracturile transversale sunt propriu terțului mediu al femurului. D'asupra și dedesubtul acestei linii, fracturile mai tot-d'a-una sunt oblice.

În fig. 214 și 215 avem modele de asemenea fracturi.

Fracturile elicoidale sau spiroide sunt foarte rare, și nu se observă de cât în cazuri de fracturi determinate prin torsiune sau sucire a mem-

brului; iar cât despre fracturile longitudinale, aproape nu se citează nici-un exemplu.

S'aŭ mai observat și fracturî iterative, precum e un cas dat de Gosselin unde un individ a avut șase fracturî ale aceleiași femur în timp de 20 luni. In fine se citează fracturî incomplete mai ales la copii, precum și fracturile numite fisurale, constând după cum numele indică în simple sgărleturî cu totul superficiale și al căror diagnostic e imposibil.

Simptomele și diagnosticul. Nicăeri ca în fracturile femurului nu sunt mai clasice și mai evidente. Ele tot-d'a-una aŭ fost date ca tip și aŭ servit ca obiect de instrucțiune. Asupra lor fie-care din noi am făcut practica ca studenți la patul bolnavului, la începutul carierei noastre.

In adevăr, aci găsim toate semnele patognomonice prin care se demonștră soluțiunea de continuitate a osului.

Aci găsim în complectul lor simptomele subiective și obiective, semnele fizice și raționale, cari constituie tipul orî-cărei fracturî clasice.

Dintre semnele obiective vom studia :

I). *Deformațiunea membrului.* Acésta depinde de felul fracturei ; ast-fel, dacă dînsa va fi transversală iar periostul conservat, deformațiunea va fi moderată. La copii, periostul fiind destul de gros și în același timp puțin aderent, dînsul rămâne intact iar deformațiunea cu fractură e aproape nulă. Dar pentru a fi mai expliciti vom arăta deformațiunile în fracturile còpseî, după cum aceste fracturî vor fi transversale sau oblice :

I). Deformațiunile în fracturile transversale sunt: *după grosime, după lungime, după direcțiune și după circumferență (ad latus, ad longitudinem, ad axim și ad peripheriam).*

Ad latus este când extremitatea superiòră a fragmentului inferior, sau chiar ambele extremități se depărtéază în lături de punctul central, rămânând însă ambele fragmente pe aceeași linie orizontală. Există în acest gen de deplasare două grade : primul când fragmentul inferior părăsesce pe cel superior numai cu o jumătate sau o parte din suprafața sa, iar al II-lea grad, când în totalitatea sa osul se așéază în latură fragmentului superior, pe care-l părăsesce cu desăvârșire, sau cel mult nu are cu el de cât un singur punct de contact.

Resultatul acestor deplasări este determinarea unei grosimi mai mare a membrului în nivelul focarului de fractură, grosime, care evident va fi în raport cu gradul de deplasare.

Dăm în fig. 216 și 217 următóarele două scheme pentru a arăta cele două grade a deplasărilor după grosimea sau lățimea osului — *ad latus.*

II). *Ad axim*, adică după direcție. Aceste deplasări sunt analoage cu cele precedente, observându-se ca și acelea exclusiv în fracturile transversale.



Fig. 216.

Deplasările fragmentelor după grosime (ad latus) (personală).



Fig. 217.

Deplasările după direcțiune au ca efect că axa normală a osului se găsește schimbată, luând aspectul unei linii frânte, formând un unghi în punctul fracturat.

Acest unghi format din extremitățile celor două fragmente ce și-au schimbat punctele de contact, poate fi anterior, posterior, intern, sau extern, după direcția unde au fost atrase unul sau ambele fragmente.

Ca și deplasarea după grosime, unghiul acesta va fi mai mare sau mai mic, după gradul oblicuității fragmentelor. În orice caz însă, ele se mărginesc numai într-o tendință de separare unul de altul, fără însă a-și pierde cătuși de puțin punctele de contact a suprafeței lor.

Următoarele figuri 218 și 219 ne arată un model de deplasări după axă, unul având unghiul intern și altul extern.

Este evident că, mărimea unghiului e în raport invers cu distanța ce separă depărtarea capetelor opuse ale ambelor fragmente: cu cât această distanță e mică, cu atât unghiul e mai mare, adică obtus; și vice-versa. De aci va rezulta și scurrarea consecutivă a membrului.

III). *Ad peripheriam*. Când fragmentele își pierd orice raport între

dinsele, ne mai având nici un punct de contact, fiind deci cu totul libere, atunci fragmentul inferior rămânând sub influența greutății piciorului, și urmând tendința normală a acestuia de a se aplica pe margi-

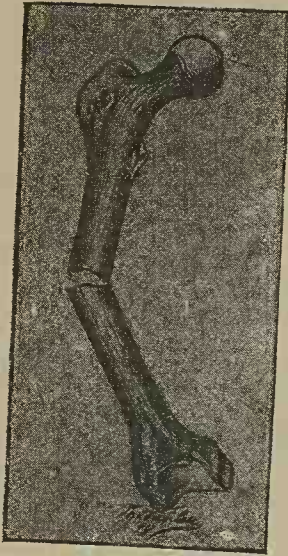


Fig. 218.

Deplasarea fragmentelor după direcție (ad axim) (personală).



Fig. 219.

nea externă, atunci și fragmentul inferior suferă o mișcare de rotațiune, însoțită de deviațiunea piciorului în afară. În cazul acesta, deviația poate să aibă mărimea unui arc de cerc, sau o jumătate de circumferență, sau chiar o circumferență întregă, putându-se exagera în timpul mișcărilor pasive imprimate de chirurg.

IV). *Al longitudinem.* Acesta se observă de ordină mai mult în fracturile oblice. În general fragmentul inferior este care, influențat de contracțiunea musculară, se ridică în sus, așezându-se înapoiul fragmentului superior. După gradul de ascensiune, care formează ceea ce se numește încălecare a fragmentelor, va rezulta scurtarea consecutivă a membrului. Această încălecare se poate face în toate sensurile, fiind supusă diverselor cauze. Resultatul însă va fi tot-d'a-una pierderea lungimei normale a membrului. Schema prezentată în fig. 220 ne arată un model de această deplasare prin încălecare.

Mecanismul acestor deplasări depinde mult de direcțiunea și modul aplicării traumatismului. În majoritatea cazurilor însă, deplasarea

fragmentelor în fracturile femurului păstrează o formă tipică și a nume că, unghiul tot-d'a-una este intern, iar vârful său face proeminență în afară. Acésta ar resulta după majoritatea autorilor din contracțiunea mușchilor adductori, cari în starea normală forméză ca un fel de córdă în raport cu osul. Indată ce osul e rupt, córdă strîngându-se, cele două extremități ale osului tind a se apropia, de unde formarea unui unghiū intern și proeminența fragmentelor în afară, unde vor forma un adevărat cot.



Fig. 220. — Deplasarea fragmentelor după lungime (ad longitudoinem) (personală).

Cât privește deplasarea prin încălecare ce se observă în fracturile oblice, dlnsa provine pe de o parte din greutatea ce exercită întregul corp, care, ne mai avînd un sprijin solid, face să alunece fragmentul superior; iar acesta forțat, se va ridica în sus și înapoiul celui superior.

Lucrul nu este împosibil ca în acéastă deplasare să jóce vre-un rol și mușchii. Faptul s'ar găsi demonstrat prin contracțiunea energetică a tricepsului, al cărui efect ar fi de a înlesni vârfulū ascuțit al fragmentulū superior de a se înfișe în grosimea sa, mergînd chiar până la perforarea tegumentelor.

Mai există încă o deplasare inversă a acestor fracturi oblice, al cărui mecanism se explică prin direcțiunea liniei de fractură. In adevăr,

în terțul inferior al osului, linia de fractură fiind de sus în jos, dar de dinainte înapoi, rezultă că în acest cas fragmentul inferior va fi care va aluneca pe cel superior, dirijindu-se înainte, pe când acesta se va așeza înapoiul său.

Tóte aceste deplasări, în special cele rezultate din fracturile transversale, le observăm mai cu deosebire la adulți. La copii însă, unde grație grosimei periostului și slabei sale aderențe de os, fracturile fiind în general sub-periostice și deci fragmentele menținute în loc ca într'o təcă, fără a le permite a-și părăsi raporturile dintre ele, deplasările se observă rar. De asemenea la bătrâni, unde fracturile de obicei sunt dințate și deci fragmentele într'o stare de angrenare, iarăși aceste deplasări adesea lipsesc.

În ceia-ce privesce cele-l'alte semne ale fracturei, precum sunt crepitația și mobilitatea anormală, nu avem a ne opri mult asupra lor, fiind ușor de constatat.

Dacă apucăm membrul între două mâini în nivelul fracturei, putem prin ușore frecări să simțim atât noi cât și bolnavul crepitația, dacă fragmentele nu-și au pierdut punctele lor de contact. În adevăr, când aceste fragmente se ating prin fețele lor laterale, saũ există o încălecare a lor, e bine înțeles că frecarea între dînsele neputându-se obține, crepitația lipsește. Dar chiar dacă aceste condițiuni defavorabile nu există, încă nu putem percepe crepitația, dacă între fragmente va fi interpusă o revărsare de sânge, fibre musculare, aponevrose, etc., etc. Mobilitatea anormală e de fapt demonstrată dacă constatăm crepitația. În cazul contrariu trebuie să fim cu multă precauțiune în explorăriie nóstre, pentru a nu provoca complicațiunii saũ dureri violente bolnavului. E destul a aluneca palma mâinei nóstre sub cóspsa bolnavului și în presupusul punct fracturat, când exercitând o ușoră ridicare, ne este destul a ne convinge că avem a face cu o fractură, dacă vom determina cea mai ușoră flexiune a membrului.

Acestea sunt semnele capitale obiective sau fizice, prin mijlocul cărora se manifestă fractura femurului, sau mai bine ȃis a cóspei și cari mai nici o dată nu lipsesc.

În ceia-ce privesce semnele subiective saũ raționale, se resumă în durerea și impotența funcțională.

Durerea în general nu e mare în fracturile femurului, afară bine înțeles, de o pozițiune prea vițiosă a membrului, de prinderea între fragmente a unor fire nervóse, saũ chiar triunchiuri mai mari, dându-se raportul marelui nerv sciatic cu osul.

Mai trebuie să scim că, în afară de complicațiunii, sunt indiviđi cari suferă mult, scoțând une-orí țipete mari, având o simplă fractură a cós-

seî, pe când alții din contra sunt mai indiferenți. Exceptând casurile anormale pe cari le-am arătat în vol. I și unde, în privința durerii, am împărțit pe indiviđi în exageratori și atenuatori, după sistemul lor nervos, care e ușor sau greu impresionabil, vom căuta mai ales la cei atenuatori ca o asemenea indolență să nu fie în legătură cu óre-cari alterații profunde ale sistemului nervos, cu tendința de a micșora sau chiar a șterge sentimentul durere.

Impotența funcțională se va constata prin imposibilitatea în care se va afla bolnavul de a ridica în sus membrul pus în extensiune, depărtând călcâiul de nivelul patului. Vom fi atenți a deosebi acéstă imposibilitate provocată de contuziunile forți, pentru a nu conchide la o fractură; precum de asemenea vom fi preveniți că, mai ales la bătrâni, unde angrenarea fragmentelor se observă, ridicarea membrului este cu putință cu tótă existența unei fracturii.

Prin mijlocul tuturilor acestor semne, putem tot-d'a-una să diagnosticăm o fractură a cóspei. Mai mult încă, putem să stabilim și varietaea de fractură, adică de este transversală sau oblică.

Cu acéstă ocaziune vom stabili dacă fractura e simplă, complicată, sau cu complicațiuni, după cum focarul fracturei va fi acoperit de tegumentele intacte, va comunica cu exteriorul, sau se va fi produs o revărsare mare de sânge prin ruperea de vase importante. Vom căuta deci a descoperi eschimozele largi, a presupune sau determina cu precizie prezența de corpă străini în fracturile complicate, etc., conchidând în cele din urmă dacă fractura e de cauză directă, indirectă, sau prin torsione.

Mai există încă un simptom fórte important, și pe care 'l găsim în mod constant în fracturile femurului. Acesta este un epanșament ce se desvoltă în articulația genuchiului, une-orî imediat după accident, iar alte dăți mai târđiú.

Observat pentru prima óră de J. L. Petit, a'a atras în mod serioas atențiunea chirurgilor de către Rouger din Lausana în 1874. S'a emis asupra originei sale mai multe teorii.

Alison atribue faptul unei piedici în circulațiunea venósă a membranei sinoviale, din cauza ruperei venelor periostice în dreptul focarului de fractură.

Este lesne de înțeles că circulațiunea venósă ast-fel jenată, va avea de consecință producerea unui lichid intra-articular, precum se observă în orî-ce organ cu un obstacol în sistemul venos.

Gosselin însă, împreună cu Berger care a făcut experiențe pe animale, susțin că acest epanșament resultă din transudațiunea părței li-

chide a sângelui produs în momentul fracturei, lichid ce ar trece prin sinoviala genunchiului pentru a se stabili în articulație.

Și pentru a confirma și mai mult această opinie, dinșii susțin că această artrită idropică poate fi imediată sau tardivă, după sediul fracturei. În adevăr, dacă focarul fracturei ocupă terțul inferior al cóspei, epanșamentul intra-articular se va constata din prima ȃi; din contra, fractura aflându-se la terțul mediũ, acest epanșament va apare după 2—3 ȃile; iar când va fi fôrte sus situat, nu se va manifesta de cât după 5—6—8 ȃile.

Gosselin susține că, făcând autopsia unei fracturĩ recente a femurului, a găsit o infiltrațiune sanguinã, care plecând din spațiul interfragmentar, se prelungea pãnã în țesutul sub-sinovial al genunchiului, de și fractura ocupa terțul mediũ.

Lannelongue și Verneuil admit, că acest epanșament se datoresce pur și simplu unei contuziunii directe a articulației, sau unei contra-loviturĩ. Este imposibil, ȃic dinșii, ca în momentul fracturei femurului, genunchiul sã nu fie atins.

Și pentru a da o probã și mai mare opiniei lor, iaũ ca exemplu fracturile gambei, unde iarãși se observã acest epanșament în genunchiũ, fãrã sã se pótã invoca infiltrațiunea declivã a serositãței sângelui, precum admite Gosselin, sau o genã în circulațiunea venosã, după cum susține Alison.

Mãi existã încã un epanșament sau idartrosã a genunchiului în fracturile femurului, dar care se observã cu totul la sfîrșitul tratamentului. Acestã însã ar resulta din cauza imobilitãței membrului, și mai ales când imediat dupã ridicarea aparatului, executãm sau permitem bolnavului de a face mișcãri. Dar un asemenea epanșament nu mãi este în legãturã directã cu fractura, ci cu rigiditatea articularã. Vom sci cã acest epanșament tardiv, a fost numit de Volkmann și Hennequin *idartrosa funcționalã*.

Prognosticul. S'a fãcut mult sgomot în privința prognosticului fracturilor femurului, susținându-se cã vindecarea se obține tot-d'a-una pe socotela unei scurtãri exagerate a membrului. Singur Dessault susținea cã dînsul tot-d'a-un vindeca bolnavii fãrã nici o scurtare. De sigur această afirmațiune este exageratã, cãci dacã scurtarea s'ar putea sã fie fôrte micã sau chiar nulã în fracturile transversale, unde fragmentele nu aũ tendință a se încãleca, ea însã devine fôrte pronunțatã și chiar exageratã în fracturile oblice, unde în mod fatal fragmentele se încãlecã pe distanțe considerabile. Acestã ne explicã pe de o parte scurtãrile mici de unul sau douã centimetri, carĩ trec nebãgate în sémã, și scurtãrile colosale mergẽnd de la 5—6 și 9 c. m. Totul depinde de felul

fracturii și gradul de încălecarea al fragmentelor. De aci rezultă și faptul că dacă une-orî putem corige surtarea primitivă și obținem vindecarea cu o lungime normală, alte dăți această scurtare este incorijibilă, sau ușor de reprodus. Causa este că fracturile oblice sunt cu totul recalitrante, pe când cele transversale docile și maleabile după voința noastră.

Vom urma deci consiliul dat încă de Boyer, Nelaton, Laugier, etc., de a preveni pe bolnav și familie, că membrul va rămâne scurt și deci jenat în funcțiunile sale, îndată ce vom constata că avem a face cu o fractură oblică.

Din contra, fiind vorba de o fractură transversală, putem fi mai curajoși, anunțând o terminațiune favorabilă. În adevăr, fracturile transversale dau maximum o scurtare de 2 c. m. și poate chiar și mai mică, dacă aplicăm un tratament rațional. Dar orî-cum, o asemenea scurtare nu împiedică mai de loc funcționarea membrului, căci indiviții pot umbla fără cea mai mică urmă de șchiopare, scurtarea compensându-se cu o ușură inclinațiune a basinului ce trece nebăgată în sémă. Ba ce e mai mult, se pare că, chiar în starea fiziologică membrele inferioare nu au aceeași lungime exactă. În adevăr, un autor Gorson din Londra, examinând 70 schelete aparținând la indiviți mai mari de 20 ani, nu a găsit de cât 7 casuri unde ósele au avut riguros aceeași lungime.

Modul cum trebuie a procedea la măsurarea membrului pentru a determina scurtarea, l'am arătat în cele-lalte fracturi ale femurului.

Mai este încă un alt punct ce ar face defavorabil prognosticul fracturilor còpseii, și anume lipsa de consolidare a membrului, adică pseudo-artrosă. Lucrul acesta însă e cu desăvârșire rar și pe care nu l'am observat nici-o-dată.

De alt-fel, Hamilton susține și dînsul că nu l'a întâlnit în practica sa, și face răspunđător de acest lucru exclusiv pe chirurg, care nu pune destulă atențiune în coaptarea și menținerea fragmentelor. Tot ce se poate observa este formarea unui cal exuberent, reprezentat printr'o exagerațiune de volum, dispusă pe tótă circumferența fragmentelor sau numai pe unul din punctele sale. Acesta s'ar întâlni în special în fracturile transversale și cu deplasări după grosime, unde fragmentele prin situațiunea lor puțin excentrică, dau inevitabil formarea unui cal mai voluminos. Acest lucru însă în general cu timpul dispare și deci n'are nici-o gravitate.

Cal diform se poate de asemenea întâlni în fracturile femurului, atunci când fragmentele încălecându-se sau rămânând depărtate între ele, se consolidează separat, rămîind în această pozițiune viciósă.

Iarășî putem observa produțiunea unui cal dureros, provenit fie

printr'o compresiune directă pe un trunchiū nervos, fie prin prinderea unui nerv între cele două fragmente.

Maî putem observa diferite alte viciuri de calusuri sau chiar întârziere în formarea lor, dar o adevărată pseudo-artrosă în adevăratul sens al cuvântului e cu totul excepțională.

Cel mult, aceste pseudo-artrose—pe cari le-am vădu de alt-fel producându-se în fracturile intra-articulare a extremităței superioare a femurului, ar fi încă posibile și în acelea ale extremităței inferioare, după cum vom vedea; dar în fracturile proprii ale diafisei și în special în terțul mediū, lucrul nu e posibil, afară numai dacă tratamentul a fost cu desăvârșire rău dirijat, sau bolnavul a uzat de membrul său în mod prematur și anume înainte de șese săptămâni.

În asemenea circumstanțe putem observa următoarele: Cele două fragmente fiind prea mult depărtate între ele, sau având interpus vre-un corp străin, substanța ososă neputând uni capetele fragmentelor, ele rămân separate și cu totul libere, nefiind unite între ele de cât numai de părți moi.

În asemenea cas, mobilitatea este exceciivă și ne aflăm în fața unei *pseudo-artrose flotante*. Faptul acesta însă este cu totul rar, căci adesea dacă fragmentele nu se reunesc printr'un calus osos, se desvoltă între ele și în jurul lor fășii fibröse une-orî destul de rezistente, dând naștere unei varietăți numită *pseudo-artrosă fibrösă*.

În fine une-orî și maî cu sémă la bătrâni, sifilitici, rachitici, etc., putem întâlni o altă varietate de *pseudo-artrosă* numită *osteofitică*. Aci procesul osteogenic în loc de a lipsi cu desăvârșire ca în pseudo-artrosa flotantă, din contra este prolifică, manifestându-și exagerarea sa maî mult la periferie de cât la centru. Acéstă proliferare adesea se face în mod neregulat, constituind fășii gröse osöse, cari plecând de la un fragment la altul în tocmai ca nisce bârne, iaū aspectul de punți sau córde gröse.

În cazul când consolidarea nu e perfectă și decî există o pseudo-artrosă, dacă individul începe a umbla, se produce cu timpul un fenomen singular între cele două fragmente. Ele se adaptéză ast-fel, în cât fragmentul inferior rotunjindu-se întru cât-va, își crează o mică cavitate în cel superior în tocmai ca două ôse ce ar avea tendința să se articuleze. Maî mult încă, aceste ôse fiind menținute printr'o capsulă fibrösă, reușesc a-și crea un tel de membrană quasi-sinovială, ceia-ce le apropie și maî mult de o adevărată articulațiune. Și tocmai pentru acest fapt i s'a și dat numele de *pseudo-artrosă fibro-sinovială*.

Terminăm însă repetând, că atară de casuri excepționale, ca aplicarea unui rău tratament, bóle constituționale generale sau bóle locale,

nică una din aceste pseudo-artroze nu se observă în fracturile femurului; în calus cel mult, putem constata o exuberanță sau o întârziere în consolidare.

Tratamentul. Credem absolut inutil nu numai a insista, dar nici chiar a menționa numărul infinit de aparate, procedee și metode ce s'au inventat și asupra cărora fie-care chirurg a căutat să-și imprime numele său.

Tóte aceste aparate nu au de cât un interes istoric, de óre-ce astăzi nici unul nu mai e pus în practică.

Principiul tratamentului fracturilor cõpsei constă: În reducerea fracturei, coaptarea fragmentelor și menținerea lor. Minimum trei ajutoare sunt indispensabile. Unul pentru a practica extensiunea, altul contra extensiunea, iar chirurgul coaptarea. La cel mai mic obstacol sau rezistență din partea bolnavului, suntem obligați a recurge la cloroformizare. Suntem însă obligați la acesta când vom constata că fractura e oblică; și susținem chiar că comitem o greșeală neertată, dacă aplicăm pe o asemenea fractură ori-ce fel de bandaj, fără a cloroformisa prealabil bolnavul.

După ce fractura s'a redus iar coaptarea s'a obținut, noi tot-d'una aplicăm o atelă posterioară foarte lungă, mergând de la rădăcina cõpsei până sub genunchiul. Dacă credem necesar, punem atele, de obicei de carton gros, d'asupra fracturei. Bine înțeles atelele vor fi bine captușite cu vată, pentru a nu determina cea mai mică compresiune. Ajutoarele fiind la postul lor, fixăm atelele prin două sau trei feși late de tarlatan, căutând asigurarea unei mențineri a fragmentelor. Peste acestea aplicăm alte feși gipsate, prealabil muiate în apă rece, având grijă să nu exercităm cea mai mică compresiune. Peste întregul membru aplicăm un lapte de gips, care bine făcut, aparatul se usucă în 5 minute.

Aci se mărginesc totul. Rar am recurs la extensiunea continuă, contra-extensiunea obținându-se prin ridicarea picioarelor patului. Am recurs rar la acest mijloc, din cauză că nimic nu luptă mai cu eficacitate contra contracțiunilor musculare, de cât un bun aparat de gips, care singurul e capabil a pune toți mușchii în relaxare.

Nică o dată n'am avut ocaziunea să observ vre-o scurtare a membrului, căci toate fracturile ce am putut trata în timpul unei practice destul de întinse, nu mi-au atras atențiunea asupra vre-unei scurtări de care să se fi plîns bolnavul.

Este óre trebuință a mai spune că noi considerăm tratamentul acestor fracturi d'a dreptul prin masaj ca o eróre? Și n'avem destule cuvinte a protesta contra acestui procedeu, care aci ca și în toate fracturile óselor lungi, a dat cele mai detestabile rezultate.

Sușținem însă și recomandăm masagiul secundar sau tardiv, adică minimum după o lună de țile, atunci când membrul fiind în imobilitate absolută, calusul osos e deja format, dacă nu în mod definitiv, cel puțin în mod provizoriu.

Acésta este tratamentul rațional și acela care se obicnuesce de toți chirurģi în fracturile femurului.

Aparatul lui Scultet, aparatele iponartetice, amovo inamovibile, cele cu dublu plan inclinat și o mulțime altele, nu se mai vęd de cât prin muzee și nu se găsesc descrise de cât prin autorii clasici vechi. Asupra tutulor a rămas o simplă suvenir istorică, dar cari ađi nu mai merită a îngreuna spiritul modern,

Cât privesce fracturile complicate sau cele cu complicațiuni seriose, ne vom conduce după circumstanțe: vom desinfecă bine focarul, vom extrage corpui streinți, vom extrage eschilele, vom resecă și reduce fragmentele și în fine vom întrebuița în larg antisepsia, căutând a evita pe cât posibil sacrificarea membrului. Acésta tocmai formează gloria chirurgiei actuale.

Când însă din diferite împrejurări ne vom afla în fața unei pseudo-artrose, dacă diferitele aparate ortopedice apropiate nu dađ nici-un efect, putem recurge la o operațiune sängerândă. Ea va consta în deschiderea focarului, resecțiunea capetelor fragmentelor și sutura directă sau la distanță a extremităților osóse cu fire de argint sau de mătase.

Acésta însă numai atunci, când va exista o compromitere serioasă a funcționării membrului și când vom avea autorisațiunea expresă a bolnavului, prevenit fiind, că e posibil a nu se obține consolidarea.

Din parte-ne, credem că nu trebuie a ne grăbi în asemenea intervențiuni, fiindu-ne cunoscut că pe lângă nereușita oparației, se pot desvolta diferite complicațiuni, cari pot pune viața bolnavului în pericol, fără a-i aduce nici-un folos real.

Fracturile extremităței inferióre a femurului.

Aci avem următoarele trei varietăți: Când linia de fractură se află la 3—6 c. m. d'asupra trocleei femorale, sau după Malgaigne de 5—6 c. m. d'asupra rotulei, fractura se numesce *supra-condilienă*.

Dacă însă fractura se mărginesce numai la un condil, ia numele de *uni-condilienă*. Iar când ambii condilii sunt tracturați se numesce *bicondilienă*.

Fractura supra-condilienă este excesiv de rară. Probă că Malgaigne din 308 tracturii ale femurului, n'a găsit de cât cinci casur de fractura extremităței inferióre a acestui os. Ele se produc prin causă di-

rectă, în urma aplicărei unor traumatisme violente, ca trecerea unei rôte de trăsură, lovitură de picior de cal, bare de fier, etc. etc., unde mecanismul n'are trebuință de nici-o explicare.

Fracturile prin cauză indirectă se produc în două circumstanțe: într'o cădere pe genuchiū, membrul fiind puțin flexat; puterea fracturantă e transmisă prin rotulă, care rupe femurul; sau dacă genuchiū este cu totul flexat, atunci se presupune că fractura e determinată prin smulgere.

Mai există încă o cauză indirectă și anume când individul cade pe picióre, membrul inferior fiind în extensiune.

În această situațiune fixă, se admite că greutatea corpului transmisă direct pe femur, pôte provoca ruperea acestuia d'asupra condililor.

În majoritatea casurilor, linia de fractură este obiică de sus în jos și dinapoi înainte.

Fracturile transverse sunt fôrte rarî, și numai în urma cauzelor directe. Dar și atunci linia nu e regulat transversală, căci tot-d'una există pe suprafața fragmentelor micî dințaturî sau chiar și eschile.

Caracteristica decî a acestor fracturî este de a fi oblice de sus în jos și de dinapoi înainte. De aci rezultă că fragmentul superior ar avea tendință a merge în jos și înainte, putând perfora fundul de sac sub-tricipital, infigându-se în mușchiul triceps și ajungând chiar până sub tegumente,

Acésta se observă mai ales în fracturile indirecte, în cădere pe genuchiū sau picióre, când greutatea corpului favoriséză la extrem propulsiunea menționată a fragmentului superior.

Fragmentul inferior din contra, alunecă înapoiul celui superior și se ridică în sus, păstrând o direcțiune paralelă cu acesta.

Acéastă ascensiune a fragmentului inferior une-orî e considerabilă, atingând cifra de 6—8 c. m. și dând ast-fel o scurtare din cele mai pronunțate membrului.

Pentru prima óră Boyer a arătat că fragmentul inferior nu tot-d'una rămâne paralel cu cel superior, ci grație acțiunei mușchilor gemenî, solearul și plantarul subțire, el ar suferi o răsturnare înapoi. De aci ar resulta o proeminență considerabilă în scobitna poplitee, iar la partea superióră a rotulei o ridicătură ce ar da genuchiului un aspect fôrte singular. Consecințele ușor se pot prevedea, prin compresiunea ce acest fragment va determina asupra vaselor poplitee.

Malgaigne care ridiculisa pe Boyer, susținând că o asemenea deplasare e cu totul imaginară, a rămas învins prin observațiunile ulterioóre date de Richet și Follin, probând realitatea acestei deplasări indicată de Boyer.

Este cu totul rar ca linia de fractură supra-condilienă să aibă o direcțiune inversă de cea precedentă, adică să fie dirijată de sus în jos și de dinainte înapoi. În asemenea cas am avea și alunecarea fragmentelor în mod invers, adică fragmentul superior ar veni înapoiul celui inferior, iar acesta înainte.

Dar atunci extremitatea inferioară a fragmentului superior fiind foarte ascuțită, poate străbate în scobitura poplitee, aducând perforarea marilor vase, de unde emoragii întinse, aneurisme false primitive și chiar gangrena membrului.

În fine linia de fractură de și oblică, poate însă fi dirijată către una din extremitățile femurului, în special către condilul intern, unde va face și proeminență fractura.

Diagnosticul acestor fracturi e ușor, dacă nu e însoțit de complicațiuni. O extravasare mare de sânge provocând o tumefacție considerabilă a membrului, consitue un obstacol serios pentru stabilirea diagnosticului

Iarăși un epanșament intra-articular al genuchiului, ne-ar face să credem într'o fractură intra-condilienă. Vom ști însă că această idartrosă se observă și în cea supra-condilienă.

Dacă fragmentul interior face proeminență înapoi, ar avea oarecare asemănare cu luxațiunile genuchiului. Printre un examen atentiv însă, vom ști a evita erorea, afirmând că ne aflăm în fața unei fracturi a lui Boyer.

Vom examina în fine starea rotulei, precum și a ligamentului rotulien, pentru a ne convinge de integritatea sa și ruperea lor.

Am insistat destul asupra semnelor patognomonice a fracturilor rotulei.

Nelaton dă următoarea manoperă cu privire la ruperea ligamentului rotulien.

Dacă flexăm gamba pe cósă, depresiunea ce s'ar afla d'asupra rotulei și care s'ar impune drept ruperea ligamentului, ar persista sau chiar s'ar mări; pe când din contra, nefiind vorba de nici o rupere, depresiunea dispare înlocuindu-se printr'o córdă, grație tensiunii acestui ligament.

În afară de aceste complicațiuni, diagnosticul fracturilor supra-condilience e foarte ușor, Dînsul se basază pe deformațiunea caracteristică a membrului, pe scurtarea sa considerabilă, pe prezența înainte și înapoi a două extremități osoase anormale, cari sunt extremitățile fragmentelor mai mult sau mai puțin ascuțite.

Crepitarea e greu de obținut; mobilitatea anormală însă mai ușor. Uneori această mobilitate, mai cu seamă când fractura e transversală, e

împinsă la un grad atât de exagerat, în cât putem îndoi gamba pe cósă, formând cu dînsa înainte un unghiü obtus și chiar ascuțit.

Manopera acésta nu e de recomandat, fiind capabilă a da nascere la accidente regretabile.

Ne vom mulțumi decî cu constatarea semnelor arătate și mai ales prin provocarea mișcărilor anormale de lateralitate ale cóspei, petrecându-se în dreptul focarului fracturei.

Prognosticul acestor fracturî în general este grav. Gravitatea provine nu numai din complicațiunile de care se însoțesc, dar și prin aceea că focarul fracturei fiind aprópe de genuchiü, are resunet fatal asupra acestei articulațiunii. Ast-fel grație inflamațiunei primitive orî consecutive, precum și în urma unei imobilități prelungite, se póte determina o anchilosă a genuchiului.

Și mai grav încă devine prognosticul, când fragmentul inferior va determina o presiune în scobitura poplitee. Acésta va avea drept efect o turburare în circulațiune, compresiunea saü contusiunea marelü nerv sciatic, de unde fenomene trofo-nevrotice, saü chiar suprimarea circulațiunei însoțindu-se de gangrena membrului,

Din cauza intervențiunei unü traumatism puternic pentru a produce acésta fractură, gravitatea prognosticului se explică de la sine.

Eü un singur cas am observat de fractură supra-condilienă, complicată însă de un enorm epanșament sanguin. Bolnava făcënd excursiune la Câmpu-Lung a fost răsturnată din cărușă și tărătă chiar o distanță destul de mare. Adusă la spitalul Colțea, am constatat o tumefacție fórté mare a genuchiului și a gambei. Colorațiunea mărmarie indica o gangrenă iminentă. În același timp exista un început de septicisme acută, grație excoriațiunilor întinse aflate pe membru. Am practicat amputația cóspei la terțul de mijloc. Bolnava a murit a doua ői.

Tratamentul constă în aplicarea tuturilor regulilor generale de atâtea orî repetate: reducere, coaptare și asigurarea menținerii fragmentelor printr'un bandaj gipsat, membrul fiind pus într'o extensiune completă.

Contra complicațiunilor ce vom întálni, vom lupta după indicațiuni și experiența ce vom avea.

§ II. Fractura unicondilienă.

Fie că e în joc condilul intern orî extern, aceste fracturî fatalmente sunt intra-articulare. Ele recunosc în genere o causă directă. Se observă însă și în urma unor căderi pe picioré saü genuchi, când unul din condilü se póte strivi de platoul tibial, saü să fie smuls de greutatea corpului proiectat înainte, gamba rămânând fixă.

Odată condilul fracturat, linia de fractură e paralelă cu axa femurului, dirigându-se înăuntru sau în afară după cum fractura ocupă condilul intern sau extern.

Condilul fracturat, rămâne separat de corpul osului și oferă următoarele trei deplasări: dacă condilul se depărtază în sens lateral, înăuntru sau în afară, lasă un spațiu gol între el și femur — *deplasare prin depărtare*.

Când condilul fracturat se ridică pe marginea corespondentă a osului la o înălțime mai mult sau mai puțin considerabilă, deplasarea se numește *prin ascensiune*. Când în fine condilul se proiectează înainte sau înapoi ascunzându-se în partea posterioară a osului, sau ridicându-se pe fața anterioară, *deplasarea se face prin rotație*.

Diagnosticul se bazează pe diferitele deformațiuni ce am enunțat, precum și pe posibilitatea de a apuca condilul fracturat între degete, imprimându-i diferite mișcări de lateralitate sau ascensiune.

Acest fragment va avea o bază tórte largă, care e aceea a condilului însuși, iar vârful său aplicat pe una din fețele interne sau externe ale femurului, va oferi un punct mai mult sau mai puțin ascuțit, datorit compozițiunii compacte a osului.

În această explorațiune tot-d'a-una vom percepe crepitarea. Vom lua în considerație gradul de ascensiune al condilului, care une-orî poate fi de 8—10—12 c. m.

Când fragmentul e depărtat de os în afară sau înăuntru, vom percepe existența unui șanț destul de apreciabil. Aceste fracturi sunt tot-d'a-una intra-articulare și vom avea prezența unui epanșament în gè-nuchiū.

În fine vom constata o creștere a diametrului transvers al genuchiului, mișcări de lateralitate în acest organ, precum și o deviațiune a gambei, care în general urmăzează ascensiunea condilului fracturat, simulând o luxație femoro-tibială.

Odată diagnosticul stabilit, imediat trebuie să procedăm la aplicarea tratamentului, care va consta într'un bandaj gipsat, după ce prealabil s'a obținut reducerea și coaptarea.

Dacă s'ar întâmpla că fragmentul nu s'ar supune voinței noastre de a se menține în pozițiunea redusă, credem că am putea, prin mijloacele antiseptice de cari dispunem, să recurgem la sutura ososă.

§ III. Fracturile bicondiliene.

Recunosc aceleași cauze ca și cele supra-condiliene. Ele sunt mult mai rare și de o gravitate excepțională.

Anatomia patologică constă în aceea, că ambii condilii sunt separați unul de altul. Dar o asemenea simplă depărtare a lor ar forma o fractură longitudinală, lucru excepțional de rar și fără analog în știință. Adevărata fractură bicondilienă constă deci nu numai în separarea lor, ci și în distrugerea contactului de corpul osului femoral. Cu alte cuvinte, trebuie să existe prealabil o fractură supra-condilienă și apoi o despicare a fragmentului inferior în două părți, rupând trochlea și separând în mod complet ambii condilii între ei.

Ast fel fiind, fractura bicondilienă va avea trei fragmente. Unul reprezentat prin extremitatea inferioară a femurului, iar celelalte prin fiecare condil, separați prin spintecătura longitudinală a trochleei. Și în adevăr, etiologia și mecanismul acestei fracturi este analog cu acela al fracturilor supra-condiliene. Singura deosebire este că, în momentul accidentului, fractura o dată produsă, extremitatea inferioară a fragmentului superior străbate în cel inferior, pe care spintecându-l în întreaga lui înălțime și grosime, separă un condil de cel-l'alt și ne oferă ast-fel fractura bicondilienă cu cele trei fragmente deja menționate. În fig. 221 luată din Vol. II de chirurgie ne arată un model de fractură bicondilienă.

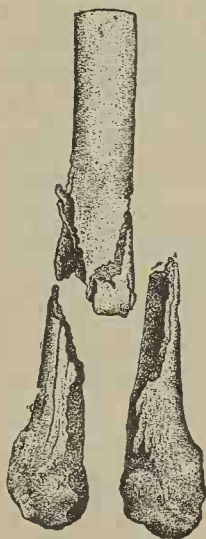


Fig. 221. — Fractura bicondilienă a extremității inferioare a femurului.

Diagnosticul. Recunoșcerea acestor fracturi devine evidentă, grație unei lărgimi exagerate a genunchiului și separațiunei manifeste a condililor, cari ne mai având nici o legătură între ei, le putem imprima

orî-ce mișcări pasive. La această lărgime a genunchiului, constatăm o afundătură a rotulei între condilii, pe care une-orî o găsim intactă.

Semnul patognomic este că, exercitând o presiune laterală asupra condililor, micșorăm lărgimea genunchiului, făcând în același timp și rotula să proemine înainte, gonită fiind de spațiul intercondilien.

Mergând mai departe cu explorațiunea, vom constata o mobilitate anormală în nivelul liniei de fractură supra-condilienă. În acest timp, ușor putem percepe crepitația, care va fi decisivă în favoarea diagnosticului. Dacă însă vom avea un epanșament foarte mare intra-articular, precum de alt-fel este regula, și mai ales dacă se va mai adăoga și un extravasat enorm de sânge, acestea vor aduce o creștere mare de volum a membrului, iar cu ele de sigur, obstacolele pentru un diagnostic precis se vor mări.

Fiind însă atenți și examinând în detaliu pe bolnav, vom reuși a evita confuziunea cu o luxație a genunchiului, cu o fractură a rotulei, sau cu ruperea tendonului, etc., etc.

E de prisos a insista asupra gravității prognosticului, care, dacă nu aduce mórtea bolnavului, de multe orî îi compromise membrul, silii fiind a recurge la amputație. Totuși, usând de mijlócele moderne, putem în casurile extreme să luptăm contra diferitelor complicațiuni, deschidând la rigóre focarul fracturei pentru a evacua articulația de serositate sau sânge, a face sutura fragmentelor, reducându-le și coaptându-le de visu. În casurile obicnuite, ne vom conforma cu regulele stabilite la tratamentul fracturilor supra-condilience.

Aflându-ne în fața unei răsturnări a unuia sau a ambilor condilii înapoi, răsturnare ce ar fi recalcitrantă, putem uza, după recomandăția lui Maurice, de secțiunea tendonului lui Achil, ce va forma un suppliment la tratamentul obicnuit.

Pentru a termina cu fracturile femurului, vom menționa în câteva cuvinte deslipirea epifisei extremităței inferioare a acestui os. Această afecțiune este proprie copiilor. Dându-se însă că osificarea acestei epifise se face foarte tardiv, mergând chiar până la etatea de 25 ani, rezultă că dînsa se póte observa și pe adulți.

Nu există nici un semn patognomic a acestei deslipiri epifisare, care asemănându-se foarte mult cu fractura supra-condilienă, se și confundă cu dînsa. Singurul semn dat de autori ar fi, că în loc de a avea o crepitație cu caracter osos, adică de a fi uscată și fină, ea este môle, mai dulce, mai însurósă intru cât-va, pentru că dînsa rezultă dintr'o frecare cõdro-osósă.

Restul semnelor și al simptomatologiei e cu totul identic cu al

fracturilor supra-condiliene, de cari nu se deosebesc de cât printr'o simplă presumpțiune, basată în special pe etatea individului.

Prognosticul e foarte grav, căci o asemenea deslipire producându-se în urma unor traumatisme puternice, tinerele ființe nu le pot suporta cu ușurință. De aceea de multe ori li se pun viața în pericol, și mai adesea se expun la pierderea membrului, fiind siliți a practica amputația. Pentru casurile mai favorabile, vom întrebuița același tratament ce este propriu fracturilor supra-condiliene.

§ IV. Luxațiunile coxo-femorale.

Avem mai multe genuri de luxațiuni ale cõpsei, de cari însă nu ne vom ocupa, oprindu-ne numai asupra unora din ele. Dar din nenorocire, tocmai cele mai importante din aceste luxațiuni sunt cele mai rari. În adevăr, foarte adesea ori întâlnim în practică luxațiunile numite patologice, ce însoțesc aproape inevitabil coxalgia. Iarăși se mai observă din când în când luxațiuni numite voluntari, pe cari unii indiviđi le determină după voință, grație unei prea mari laxități a capsulei, sau unei anumite dispozițiuni a articulației. În special acrobații ne oferă adesea acest fenomen singular, de a-și produce luxația cõpsei după voință. Chassaignac spune că a cunoscut un individ, care avea facultatea nu numai să-și determine o luxație iliacă, dar s'o transforme într'o luxație ischiatică ori de câte ori avea plăcere.

În fine se pot observa chiar luxațiuni congenitale. Dar adevăratele luxațiuni coxo-femorale sau ale cõpsei, acelea cari preocupă mai mult pe chirurg, sunt tocmai cele mai rari dintre toate. În adevăr, luxațiunile traumatice, cari constituie tipul afecțiunei ce ne ne preocupă, sunt așa de rari, în cât nu numai că nu le întâlnim în timpul studiilor noastre, dar chiar chirurgi cu o practică mare le observă rar. Mărturisesc că personal n'am observat nici o luxație traumatică a cõpsei.

Lucrul se explică de alt-fel prtn aceia, că capul femoral, contrar cu acela al umărului, este conținut în totalitatea sa printr'o largă și adâncă excavațiune numită cavitatea cotiloidă; iar pe de alta, capsula articulară prin rezistența și scurtimea sa, nu permite osului a-și părăsi locul, de cât în urma unor violențe excesiv de mari. Și dacă la asęta mai adăogăm inserțiunea numeroșilor mușchi pe extremitatea superioară a osului, lesne ne explicăm de ce aceste luxațiuni constituie o adevărată curiozitate când le observăm.

Este evident că, spre a se efectua acęstă luxație, se cere neapărat ca obstacolele enumerate să fie învinse, căci numai ast-fel capul femoral pôte eși din cavitatea cotiloidă. Nu încapę îndoială ca primul fac-

tor ce trebuie învins este capsula, căci numai atunci când dinsa va fi suficient ruptă, se poate permite ieșirea capului femoral printr'însa. Dar acesta nu este suficient, căci diferitele genuri și varietăți depind de alți factori, cari vor mărgini deplasarea capului luxat, sau vor permite progisiunea acestuia în direcțiuni și pe distanțe mari.

Mai înainte însă de a intra în acest studiu, trebuie să stabilim prealabil clasificățiunea luxațiilor coxo-femorale, pentru a putea mai ușor înțelege rolul agenților ce am determinat.

Toți autorii sunt de acord a admite astăzi ca o divisiune simplă, naturală și în conformitate cu datele clinice, aceea propusă de Astley Cooper. Dinsa constă a împărți luxațiile coxo-femorale în 4 clase, având fie-care varietățile lor, și anume: *luxațiuni în sus, în jos, înapoi și îăainte*.

În tratatul de chirurgie a lui Le Dentu și Delbet, doctorul Cahier a avut ideea a imagina o schemă, prin care se înlesnesce imprimarea acestei clasificățiuni

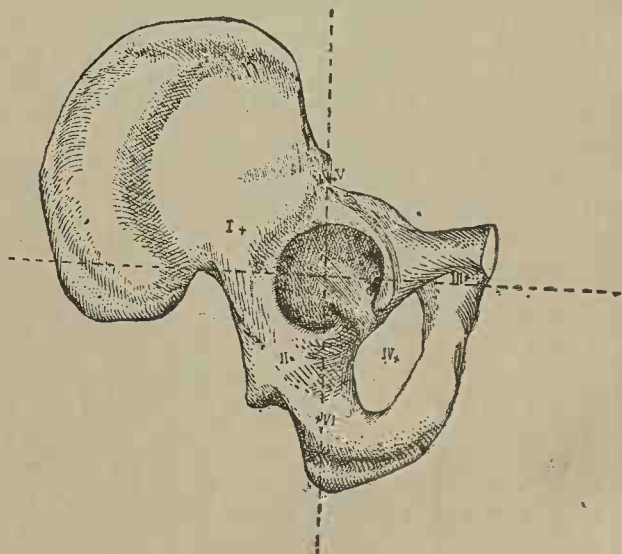


Fig. 222. — Schemă de pozițiunile principale ale capului femoral.

Ducem o linie verticală, plecând de la spina iliacă antero-superiără, pentru a se termina la tuberositatea ischionului, trecând prin centrul cavităței cotiloide. Dacă acum peste această linie verticală ducem o alta orizontală și perpendiculară, plecând de la extremitatea superiără

a marei scobituri sciaticice la porțiunea corespondentă a găurei ovale, trecând iarăși prin centrul cavității cotiloide, intregul os se găsește divizat în 4 părți. Reproducem și noi această schemă în fig. 222.

Prin urmare, ori de câte ori capul femoral eșit din cavitatea sa, se va așeza în afară de linia verticală, luxațiunile se țin înapoi; iar când capul dislocat se va așeza în năuntru al acestei linii, luxațiunile vor fi înainte.

Acum, în luxațiile înapoi, capul femoral aflându-se d'asupra liniei orizontale, luxația este înapoi cu varietatea iliacă; iar când capul va fi sub această linie, luxația este iarăși înapoi, dar cu varietatea ischiatică.

Tot același lucru va fi pentru luxațiile înainte: când capul va fi sub linia orizontală, luxația va fi ovalară, iar d'asupra, dînsa se numește pubienă. În fine, dacă capul femoral rămâne pe linia verticală, luxația se numește supra-cotiloidienă sau sub-cotiloidienă, după cum capul va fi d'asupra sau de desubtul liniei orizontale. Dar acestea din urmă fiind foarte rare și instabile, s'au și numit luxațiuni rare, în opoziție cu celelalte, cari fiind mult mai frecvente, se numesc luxațiuni ordinare.

Să vedem acum care este mecanismul după care aceste luxațiuni se produc.

Când am tratat luxațiunile umărului, am susținut, în urma experiențelor noastre personale, că primitiv luxațiunea se produce în jos, căci acolo capsula fiind mai subțire, e susceptibilă a se rupe cu înlesnire, permițând eșirea osului din cavitatea glenoidă; iar că în urmă, grație atitudinii membrului și direcțiunii traumatismului, această luxație în jos se poate transforma fie înainte sau înapoi. Ei bine, tocmai același lucru se produce și în luxațiile coxo-femorale. În adevăr, capsula articulară fiind foarte rezistentă în toate punctele sale din jurul cavității glenoidice, oferă o subțime mai pronunțată numai la partea sa inferioară, unde de alt-fel însăși cavitatea cotiloidă presintă o știrbire a mărginei sale osoase. Deci numai prin acest punct capul femurului apăsând, poate rupe capsula pe o întindere suficientă, spre a-i permite eșirea sa din cavitatea în care e conținut. Pentru acesta însă se cere neapărat ca membrul, adică cósă, să fie în flexiune pe basin și în abducțiune cu o rotație înăuntru, căci numai în această pozițiune capul femoral va exercita o presiune energetică asupra capsulei, care fiind silită a ceda, luxațiunea se produce.

Dar această luxațiune în jos, numită de Boyer perineală, de și primitiv e cea mai frecventă, totuși e atât de instabilă, în cât devine cu totul excepțională permanentă. Nu este însă mai puțin adevărat, și împreună cu toți autorii insistăm, că luxațiunea sub-cotiloidienă este punctul de plecare al tuturor celorlalte luxațiuni, dând toate genurile și va-

rietățile lor. Dinsa formeză primul grad al orî-căruî fel de luxațiunii, fără a sci direcțiunea ce va lua capul femoral, fără a sci unde dînsul va merge să se așede, fără a sci dacă din această luxație primitivă în jos, capul femoral se va duce înapoi sau înainte, pentru a forma luxațiunile dorsale sau ovalare, cu varietățile ischiaticice orî pubiene, etc.

La capitolul anatomie patologică și simptome, vom arăta circumstanțele după cari această luxație primitivă în jos, se transformă în cele l'alte genuri de luxații.

Pentru moment vom spune numai atât, că dacă porțiunea posterioară a capsulei se rupe, atunci luxațiunea produsă va fi înapoi; pe câtă vreme când porțiunea sa anterioară va ceda, luxațiunea va fi înainte.

În orî-ce cas, aceste două mari grupe de luxații sunt secundare, căci ambele au același punct de plecare, care este luxațiunea primitivă în jos. Cât privește luxațiunea directă în sus, este cu desăvârșire rară și aprópe negată de toți autorii.

O dată capsula ruptă pe o întindere capabilă de a permite eșirea capului femoral din cavitataa cotiloidă, rămânea chestiunea de a se sci, în virtutea căror factori se puteau produce diferitele genuri și varietăți de luxații.

În imensa majoritate a casurilor, luxațiile coxo-femorale cele mai frecvente sunt cele externe, numite dorsale sau înapoi.

Există patru teorii cari s'au dat asupra mecanismului producerii acestor luxații și anume: *teoria musculară*, *teoria capsulară*, *teoria ligamentosă* și *teoria mixtă* sau *musculo-ligamentosă*.

1). *Teoria musculară sau a lui Malgaigne*. Acest autor atribuia o influență foarte mare tuturilor muschilor pelvi-trochanterieni, precum și fesierilor, cari pe rënd favorisau sau puneau obstacol progresiunii capului femoral, după cum erau în stare de relaxare sau contractare.

În special însă, Malgaigne conferise tendonului mușchiului obturator intern, un rol din cele mai importante, căci numai grație lui, luxațiunile înapoi puteau fi ischiaticice sau iliace. Se scie că mușchiul obturator intern, după ce acopere fața internă a membranei obturatrice, se termină printr'un tendon. Acesta trecënd prin mica scobitură sciatică, iese din basin și aședëndu-se între cei doi gemeni, cari plécă unul de la spina ischiatică, iar altul de la tuberositatea ischimului, se fixéză împreună cu dênșii în cavitatea digitală a marelui trochanter. După Malgaigne deci, dacă capul femurului ieșit din cavitatea cotiloidă prin ruperea capsulei la partea sa inferioară, se dirije înapoi rămânënd însă sub tendonul obturatorului reunit cu al gemenilor, luxațiunea este ischiatică, de óre-ce capul împedat de acest tendon, ce forméză o córdă inextensibilă apli-

cată pe densusul, nu pôte progresa în sus, și deci rămâne în contact cu marea tuberositate a ischionului.

Când însă această barieră este ruptă, atunci capul femurului se pôte ridica în sus și așezându-se pe fața externă a osului iliac, luxațiunea devine iliacă externă. Casurile sunt rari când această luxație iliacă se pôte produce d'a dreptul fără ruperea tendonului, trecând adică imediat d'asupra sa. Regula însă după Malgaigne este că, primitiv capul femoral, ieșind din cavitatea cotiloidă prin porțiunea sa inferiôră, se dirije înapoi sub tendonul obturatorului intern, dându-ne luxațiunea ischiatică; și că numai în mod secundar învingând acest obstacol, adică rupând tendonul, capul se pôte ridica în sus pentru a da nascere unei luxațiunii iliace externe. Fig. 223 luată din atlasul lui Malgaigne arată perfect acest lucru.

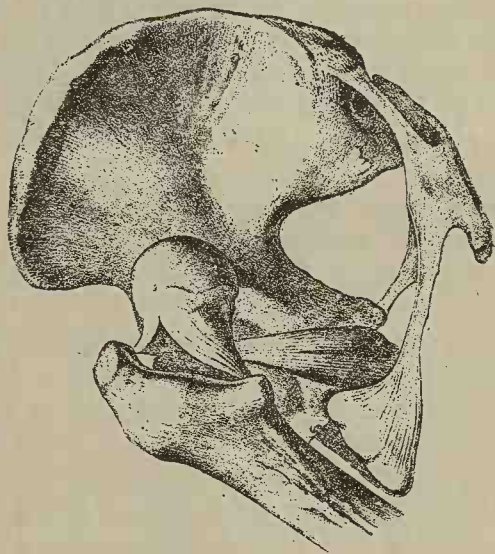


Fig. 223. — Luxația coxo-femorală înapoi. Capul femurului d'asupra obturatorului.

II). In contra acestei teorii exclusiv musculară a lui Malgaigne, Tillaux opune o altă teorie iarășî exclusivă, atribuind tot rolul numai capsulei articulare, de unde și numele de *teoria capsulară*.

După acest autor, mușchii nu jôcă absolut nici-un rol important în determinarea varietăților de luxațiunii; totul se concentreză în felul și întinderea ruperii capsulei articulare.

Iată ce țice el: După ce capsula articulară a fost ruptă în partea sa inferiôră, capul femurului evident iese afară din acetabul.

Dacă însă această capsulă nu este ruptă de cât just atât cât trebuie capului de a ieși afară, dînsul va rămâne sprijinit pe sprânceana cotiloidienă, fără a părăsi cu totul cavitatea cotiloidă, formând ast-fel o luxațiune incompletă.

Dar dacă capsula este ruptă pe totă întinderea părții sale posterioare, fără a trece însă pe porțiunea superioară, capul femoral înainteză mai mult înapoi, și așezându-se în dreptul marelui eșancruri sciatică, luxațiunea devine sciatică. Iar când și porțiunea superioară a capsulei externe este ruptă, atunci capul femurului înainteză și mai sus, așezându-se pe fața externă a ilionului; luxațiunea devine iliacă externă.

Cu alte cuvinte, când totă fața anterioară a capsulei împreună cu cea superioară a feței sale posterioare este conservată, luxațiunea va fi înapoi cu varietatea ischiatică; iar când din întreaga capsulă nu rămâne intactă de cât numai porțiunea sa anterioară, fiind cu totul ruptă cea posterioară și superioară, luxațiunea este iarăși înapoi, dar iliacă externă.

În tocmai același lucru se va petrece pentru luxațiile înainte. Aci însă mecanismul va fi cu totul invers și anume că: odată luxațiunea produsă în jos, porțiunea anterioară a capsulei va fi ruptă, iar cea posterioară intactă.

Și după cum numai segmentul anterior al capsulei va fi rupt, conservându-se însă cel superior, luxația va fi ovalară; pe când din contra, dacă și acest din urmă segment va fi distrus, atunci luxația devine pubienă.

Teoria acésta este cu totul analogă cu aceia-ce pe larg am descris în luxațiunile umărului. Dînsa deși are defectul de a fi prea exclusivă, e însă foarte rațională, mai ales că a fost susținută cu mult talent și în mod foarte demonstrativ prin experiențe, contra cărora n'a putut lupta numeroasele obiecțiuni ce i s'aũ adus.

III). *Teoria ligamentosă saũ a lui Bigelow.* Acésta teorie deși descrisă în tratatul lui Hamilton în detaliu, totuși mărturisim că expunerea nu ni s'a părut destul de clară; și drept probă avem că toți cei-l'alți autori aũ reproduc'o în totalitate saũ în parte, dar iarăși fără vre-un comentariu care s'o fi făcut mai bine înțelesă. Și în adevăr, în toate cărțile se găsește figura dată de Bigelow, unde se represintă cheia acestui mecanism, reprezentată prin ligamentul numit în *y*, dar terminând cu toții prin cuvintele emise de autor, că luxațiile coxo-femorale sunt regulate saũ neregulate, după cum acest ligament e conservat saũ neconservat în parte, și atãta tot.

Noi însă în loc de a reproduce ad litteram acésta teorie, vom căuta a da înțelesul sãu, prin care credem că vom servi mai mult pe cititori.

Am arãtat de la început că în imensa majoritate a casurilor, pen-

tru a nu ȃice tot-d'a-una, capul femoral nu pȃte eȃi din cavitarea cotiloidă de cȃt prin porȃiunea sa inferiȃră, unde graȃie pe de o parte a unei absenȃe a mȃrginei osȃse a cotilului, iar pe de alta a unei subȃimii prea mare a capsulei, dȃnsa se pȃte rupe, iar capul femoral sȃ iasȃ în afară. Dar pentru acȃsta se cere neapȃrat o anumitȃ atitudine a membrului ȃi anume, cȃ cȃpsa sȃ fie flexatȃ pe basin ȃi în puȃinȃ rotaȃie înăuntru. O datȃ capul eȃit din cavitarea cotiloidă, dȃnsul se va dirige înapoi sau înainte, dupȃ direcȃia ce se va imprima membrului de violenȃa externă. Ast-fel, dacȃ cȃpsa aflȃndu-se în flexiune pe basin ȃi cu rotaȃie internă, violenȃa se aplicȃ pe faȃa externă a cȃpsei, sau cȃ individul în acȃstȃ situaȃiune cade pe genunchi, capul femoral va parȃsi luxaȃia primitivă în jos; el va aluneca înapoi pe faȃa dorsală a osului iliac ȃi se va opri, fie în dreptul marei eȃancruri sciaticice, fie mai sus, dȃndu-ne ast-fel cele douȃ mari varietăȃi a grupului de luxaȃiuni înapoi numite : sciatică ȃi iliacă externă. Dar ori-care ar fi varietatea în aceste luxaȃiuni, atitudinea membrului trebuie sȃ fie aceeaȃi ȃi anume: *flexiunea cȃpsei pe basin, adducȃie ȃi rotaȃie înăuntru*. Acȃsa formȃzȃ tipul luxaȃiilor regulate înapoi.

Din contra, în luxaȃiile înainte, fie cȃ vom avea a face cu varietatea ovalară sau pubienă, atitudinea membrului iarăȃi trebuie sȃ fie constantȃ ȃi tipicȃ, adicȃ *cȃpsa flexatȃ pe basin în abducȃie ȃi rotaȃie externă*. Iatȃ dar ȃi aci luxaȃiile regulate înainte.

De ce depinde acest lucru ȃi în ce constȃ neregularitatea unei luxaȃi?

Dupȃ Bigelow, totul depinde de existenȃa unui ligament numit ilio-femoral sau în **y**, dar care nu este alt-ceva de cȃt vechiul ligament cunoscut sub numele de ligamentul lui Bertin. Acest ligament însȃ, dupȃ Bigelow, nu este aȃa de simplu precum l'aũ descris autorii, considerȃndu-l ca o simplȃ fȃȃie fibrȃsȃ plecatȃ de la spina iliacă antero-inferiȃră ȃi care trecȃnd pe d'asupra articulaȃiei ar veni sȃ se fixeze la micul trochanter. Acȃsta ar reprezenta numai o porȃiune din acest ligament, pe care Bigelow o numesce fȃȃia internă. În adevȃr, tot de la punctul de plecare al acestui ligament, plȃcȃ o altȃ fȃȃie, care însȃ, în loc de a se dirige cȃtre micul trochanter, se îndreptȃzȃ în afară, pentru a se fixa pe faȃa anteriorȃ a marelui trochanter. Dȃnsa pȃrtȃ numele de fȃȃia externă a ligamentului ilio-femoral.

În resumat, acest ligament, plecat de la spina antero-inferiȃră a osului iliac, merge în jos lȃȃndu-se; dupȃ ce acopere însȃ faȃa anteriorȃ a articulaȃiei, se terminȃ pe osul femoral prin douȃ fȃȃii: una internă pentru micul trochanter ȃi alta externă pentru marele trochanter. De aci ȃi numele de ligament ilio-femoral, cȃci în adevȃr plȃcȃ de la ilion la

femur. Acest ligament în totalitatea lui are o formă triunghiulară cu baza în jos și vârful în sus. Însă din cauză că cele două fâșii către baza lor se separă între dinsele, Bigelow i-a dat numele de ligament în y returnat, după asemănarea ce ar avea cu această literă. În fig. 224 reproducem figura dată de Bigelow.

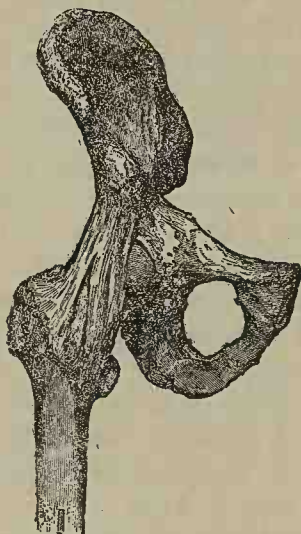


Fig. 224. — Ligamentul ilio-femoral său în y (după Bigelow).

Importanța acestui ligament constă în aceea că, dînsul este care dă atitudinea clasică și tipică în luxațiunile înapoi. Capul femurului aplicându-se pe fața externă a osului iliac, fâșia internă a acestui ligament e în stare de relaxare, căci micul trochanter e mai apropiat de spina iliacă antero-inferioară; fâșia externă însă se află într'o stare foarte mare de tensiune, din cauză că marele trochanter e mult mai depărtat de spină; deci dînsa va exercita o tracțiune pe femur. Dar grație acestui fapt, întréga cîpsă deja fiind în flexiune, inevitabil dînsa se va așeza în rotație internă.

A torționari, această atitudine se va conserva sau exagera, cu cât capul femurului va fi mai înapoi și în sus, dîndu-ne luxațiunea iliacă externă. În adevăr, cu atât micul trochanter va fi mai apropiat de spina iliacă antero-inferioară, iar marele trochanter mai depărtat, cu atât fâșia

externă va fi într'o tensiune și mai mare, și deci rotațiunea internă a cōpsēi pe atât mai pronunțată.

Iată dar tipul luxațiunilor regulate înapoi. Regularitatea constă în aceia că capul femoral, fie că se află în dreptul marelui eșancruri sciatice, sau pe fața externă a ilionului, atitudinea membrului este și rămâne aceeași, adică, *cōpsa în flexiune, în adducție și rotație înăuntru*. Acastă regularitate se datorește exclusiv integrităței ligamentului în **y** și în special a fâșiei sale externe, care exercitând o tracțiune asupra femurului, pune inevitabil cōpsa în rotație internă.

Dacă acum luxațiunea de și fiind înapoi, fâșia externă însă a ligamentuțuși în **y** s'ar rupe, atunci fâșia internă de și integră, nu are însă nici-o acțiune, căci după cum am vădūt, dînsa se găsește în stare de relaxare. Prin urmare, cōpsa ne mai fiind trasă înăuntru din cauza ruperei fâșiei externe, membrul pōte să ia o atitudine neobicinuită. El supunēdu-se propriei sale greutateși, va cădea în afară. Atunci vom avea o luxație înapoi fie sciatică sau iliacă, dar cu *rotația cōpsēi în afară*. Și pentru că acastă atitudine este anormală, de aceia aceste luxațiuni se numesc *neregulate*. Neregularitatea provine tocmai din ruperea fâșiei externe a ligamentului în **y**.

Deși Bigelow nu arată modul cum se produc luxațiunile regulate și neregulate înainte, totuși noi, dând o acțiune înversă fâșiei interne a acestuși ligament în **y**, putem, cel puțin în mod teoric și până la proba contrarie, să susținem că regularitatea sau neregularitatca luxațiilor înainte, depinde de integritatea sau ruperea fâșiei interne a sus numitului ligament.

În adevēr, fie că luxația va fi ovalară ori pubienă, atitudinea membrului tot-d'a-una va fi constantă și aceeași și anume: *cōpsa în flexiune, abductione și rotatic în afară*. Credem că rotația în afară, care formeză tocmai caracteristica acestor luxații, se datorește iarăși ligamentului în **y**, dar în special fâșiei sale interne. În adevēr, în luxațiile înainte, fenomene inverse se petrec. Aci fâșia externă e relaxată, iar cea internă e în stare de tensiune, căci capul femoral puindu-se în nivelul găurei ovale sau a pubisului, pe atât micul trochanter se depărtēză de spina iliacă antero-inferiōră, pe când marele trochanter se apropie de dînsa.

Ast-fel fiind, fâșia externă găsindu-se în relaxare nu va exercita nici-o acțiune. Fâșia internă însă fiind într'o tensiune exagerată, va exercita o tracțiune pe femur, pe care neputēdu-l ridica în sus către spină, va reuși însă a-l răsturna în afară, imprimādu-și ast-fel o rotație externă, ceia-ce va forma tipul luxațiilor regulate înainte.

Dacă acum am presupune că fâșia internă e ruptă, cea externă nu va avea nici-o acțiune, găsindu-se în relaxare. Atitudinea însă a cōpsēi

neputând rămâne în flexiune și abducție, ca fiind foarte jenată pentru bolnav, dînsa va căuta să cadă prin propria sa greutate către membrul opus, și se va așeza ast-fel în rotație internă. Dar acésta este o situațiune abnormă. Dar tocmai de aceea ea forméază *luxațiunile înainte neregulate*.

În resumat, atât în luxațiile înapoi cât și înainte, regularitatea constă nu numai în situațiunea capului femoral în punctele indicate, dar și în atitudinea constantă a membrului, care va fi: *flexiunea cîmpsei cu abducție și rotație înăuntru în luxațiile înapoi, și flexiune cu abducție și rotație în afară în luxațiile înainte*.

Cînd dar vom constata capul femoral înapoi, iar cîpsa în flexiune și adducție dar în rotație externă, *luxația va fi neregulată*; precum de asemenea, cînd capul femoral luxat înainte se va găsi fie în dreptul găurei ovalare sau a pubisului, iar cîpsa de și flexată și în abducție, rotația însă ar fi internă, vom dice iarăși că luxația este neregulată.

Cu alte cuvinte, în luxațiile înapoi, neregularitatea constă exclusiv în rotația cîpsii în afară, iar în cele înainte, în rotația cîpsii înăuntru.

Aceste neregularități provin în cazul întîi, din ruperea fîșiei externe a ligamentului în **y**, iar în cazul al II-lea, din ruperea fîșiei sale interne. Acésta este în definitiv teoria lui Bigelow.

Este însă de observat că autorul, atribue acestui ligament fixarea tipurilor clinice a luxațiilor cînd rămâne intact, sau deviațiunea lor de la acest tip cînd dînsul este rupt, fără însă a juca vre-un rol în progresiunea sau oprirea capului femoral odată ieșit din cavitatea articulară.

Asupra acestui punct, cel puțin pentru luxațiunile înapoi, Bigelow ca și Malgaigne, recunosc ca factor principal prezența mușchilor pelvitrochanterieni și în special aceia a tendonului obturator intern, al cărui rol l'am arătat deja. Pentru acésta, teoria lui Bigelow nu este exclusivă ci mixtă, adică că, mușchiul obturator intern intervine în determinarea gradului de luxațiunii înapoi, iar ligamentul în **y** în determinarea tipului clinic.

Anatomia patologică. Vom trece în revistă situațiunea ce ocupă capul femoral în diferitele puncte pe osul iliac, de îndată ce a părăsit cavitatea articulară.

I). *În luxațiunile înapoi.* Avem două varietăți :

a) *luxațiunea ischiatică*, b) *luxațiunea iliacă* sau dorsală propriu spusă.

În luxația ischiatică, capsula articulară e ruptă în porțiunea sa inferiôră și posteriôră ; capul femoral trece pe sub mușchiul obturator intern, se așeză prin fața sa anteriôră pe suprafața cuadrilaterală externă a acetabulului, iar fața anteriôră a marelui trochanter privesce către cavitatea cotiloidă.

Tendonul mușchiului obturator intern e întins pe gâtul femoral, întocmai ca o cîrdă ce nu-î permite a se ridica mai sus. Se înțelege de la sine că ligamentul rotund e rupt, iar mușchii pelvi-trochanterieni parte contusionați, parte rupți. Cîpsa se află în flexiune, adducție și rotație înăuntru.

b). În luxațiunea iliacă sau dorsală, întreaga capsulă în partea sa superioară și posterioară e ruptă, iar capul femoral învingînd obstacolul ce opune obturatorul intern, se aplică prin partea sa anterioară pe punctul cel mai culminant al marelui scobiturii sciaticice, iar fața anterioară a marelui trochanter privesce către cavitatea cotiloidă.

În general, capul nu trece d'asupra unei linii care ar pleca de la spina iliacă antero-superioară la partea cea mai ridicată a marelui scobiturii sciaticice. Excepțiunea este în casuri de mare violență, când capul se poate ridica d'asupra acestei linii, așezîndu-se mult mai sus și ocupînd fosa iliacă externă propriu zisă,

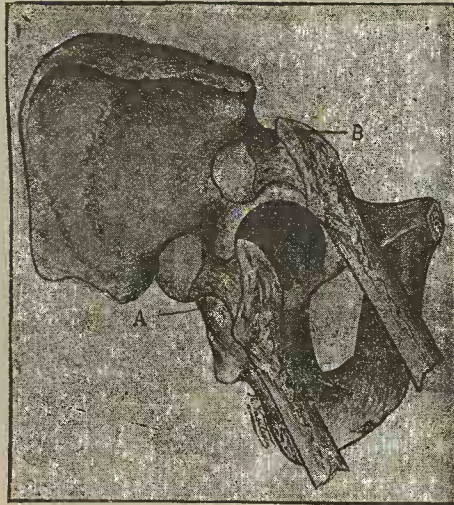


Fig. 225. Luxațiune înapoi. A Luxație sciatică. B Luxație iliacă externă (personală).

Atitudinea membrului este aceeași ca și în varietatea precedență dar capul femurului acoperit de marele fesier, se sprijină pe mijlociul și micul fesier. Și aci iarăși vom avea ruperea ligamentului rotund, contuziunea și ruperea mușchilor rotatori. Marele adductor se află într'o tensiune manifestă.

II). *Luxațiunile înainte.*

a). *Varietatea ovalară.* Capsula e ruptă la partea sa inferiără și puțin anteriără. Capul se așeză prin fața sa posteriără în dreptul găurei ovale, stănd pe mușchiul obturator extern, iar fața posteriără a marelui trochanter se sprijină pe marginea ososă inferiără și externă a cavităței cotiloide. Membrul este în flexiune, abducție și rotație externă.

b). *Varietatea ilio-pubienă.* Luxațiunea represintă un grad mai înaintat ca a celei precedente, ast-fel că fața posteriără a capului femoral, vine în contact cu ramura orizontală a pubisului, iar vârful apofisei marelui trochanter în cavitatea cotiloidă. Întręga capsulă antoro-internă e ruptă, iar cõpsa în aceiași atitudine ca și în varietatea precedentă, dar mai pronunțată.



Fig. 226. Luxațiunea ovalară (personală).

III). *Luxațiuni în sus supra-cotiloidiene și în jos sub-condiliene,* constitue varietăți rari.

În luxațiunile în sus sau supra-cotiloidiene, ligamentul în **y** după Bigelow tot-d'a-una e rupt, afară de casuri excepționale când capul încălecând pe acest ligament, pôte să rămăe intact.

În această varietate, capul femoral trecând d'asupra cavităței cotiloide, după-ce prealabil a rupt capsula în porțiunea sa superiără, se a-

șeză direct sub spina iliacă antero-superiără, când ia numele de *luxație sub-spinösă*.

Une-orî capul se pöte ridica și mai sus, aședându-se în spațiul ce separă cele douë spine; atunci pörtă numele de *luxație intra-spinösă*; iar une-orî el atinge chiar vârful spinei iliace antero-superiäre, luând numele de *luxația supra-spinösă*.

În aceste varietăți, prin faptul ascensiunei capului femoral, micul trochanter se pune în contact cu marginea inferiără a cavităței cotiloide, sau se ridică mai sus, după cum luxațiunea va fi intra sau supra-spinösă. Membrul este în extensiune apröpe verticală și cu puțină rotație externă.

În cazul când ligamentul în y e cu totul rupt, atunci atitudinea membrului în această luxație în sus, devine cu totul externă și într'o adducție forțată, așa în cât încrucșează cu totul membrul din partea opusă. Dînsa a fost numită de Bigelow luxație anterioră oblică.

În fine alte dăți și în mod cu totul excepțional, în această luxație supra-cotiloidienă capul femurului pöte scăpa în tosa iliacă internă, formând ceia ce se numesce *luxațiunea intra pelvienă sau a lui Scriba*.

IV). *Luxațiunile în jos*. Am insistat destul, arătând că această luxațiune sub-cotiloidienă este singura care e primitivă, dând apoi naștere la töte cele-l'alte.

De și cu totul instabilă, totuși une-orî rămâne definitivă, capul aședându-se just la mijlocul mării inferiäre a cavităței cotiloide.

Mai adesea însă capul femurului se pune în contact prin fața sa posteriără cu tuberositatea ischionului, sau și mai frecuent, cu ramura ascendentă a ischionului, când pörtă numele de *luxație perineală*.

Simptomele. Din cele arătate la anatomia patologică, n'avem a insista mult asupra simptomelor. Este bine înțeles că aci ca în orî-ce luxație, primul lucru ce ne va isbi atențiunea, va fi o *atitudöne anormală sau o deformațiune a membrului, dureri și impotență funcțională*.

Deformațiunea membrului este specială fie-cărui gen și varietăți de luxații. Ast-fel în luxațiile înapoi și regulate, tipul clasic este flexiunea cöpsöi, adducțiunea și rotațiunea internă.

În varietatea de luxație sciatică, aceste semne sunt la maximul lor; pe când în luxația iliacă externă ele sunt mai atenuate, în sensul că flexiunea și adducțiunea fiind mai puțin pronunțate, membrul ar părea a fi în rectitudine. Acesta se impune mai ales când individul stă culcat, căci atunci se produce o lordosă compensatrice mai mult sau mai puțin mare.

Scurtarea membrului însă aci e colosală, putënd merge până al

7 $\frac{1}{2}$ c. m.; pe când în prima varietate, de și deformațiunea membrului e mare, scurtarea însă e mică și anume de 1—2 c. m.

Prin palpație putem une-orî, dacă individul nu este gras, să simțim noua pozițiune a capului femoral, fie înapoiul marelui tuberosități — când luxația se numesce sub-ischiatică, din cauza capului femoral ce se află sub spina sciatică — sau în dreptul marelui scobiturii sciatică (luxația sciatică propriu ăisă), orî cu totul înapoi și în sus, pe unul din punctele feței externe a osului iliac, dându-ne luxațiunea iliacă externă. Dacă ăic, circumstanțele sunt favorabile, putem să ne convingem că acestă tumoră rotundă și regulată este capul femurului, prin faptul că urmăză diferitele mișcări ce imprimăm pe corpul osului femoral.

Mai putem încă simți ridicătura marelui trochanter, precum și cavitatea cotiloidă rămasă gólă.

Dar constatarea acestui lucru în general e fôrte grea, căci după cum am arătat, extremitatea osului deplasat e acoperită de mușchiul marele fesier, tot-d'a-una destul de desvoltat pentru ca dînsul, împreună cu grăsimia regiunii, să facă dificilă asemenea constatare.

În aceste luxațiuni posterioare, putem întru cât-va exagera mișcările de adducțiune ale cõpsei; cele de abducție însă sunt fôrte limitate, dacă nu chiar imposibile și în orî-ce cas excesiv durerose.

În luxațiunile anterioare, deformațiunea membrului este iarăși caracteristică și clasică, constând în flexiunea cõpsei, abducție și rotație externă. Acestă atitudine este mult mai pronunțată în varietatea ovalară, unde e împinsă la maximul său, ast-fel în cât individul fiind culcat pe spate, genunchiul membrului luxat ese afară din marginea patului.

În varietatea ilio-pubienă, în special flexiunea e mult mai pronunțată, așa că membrul ar avea aerul să fie în rectitudine.

În ambele casuri, membrul e mai scurt ca cel din partea opusă cu 2—3 c. m. de și unii autori admit posibilitatea unei lungiri. Și aci iarăși, dacă circumstanțele ne sunt favorabile, putem constata printr'o minuțiosă explorațiune, situațiunea diferitelor părți osose situate în noua lor pozițiune anormală, precum și existența cavităței cotiloide rămasă gólă, prin eșirea capului femoral.

Cât privește simptomele luxațiunilor rarî sau excepționale, sunt fôrte mărginite și aprõpe negative. Ast-fel, în luxațiunea supra-cotiloidienă, membrul e în rectitudine și cu o scurtare mai mult sau mai puțin mare, după cum luxația va fi sub spinosă, intra-spinosă, sau supra-spinosă.

Dacă, după cum am arătat la anatomia patologică, aceste luxațiuni se produc fără ruperea ligamentului în y, capul femoral trecând pe d'a-

supra lui, membrul va avea o rotație internă, grație fâșiei externe a nimitului ligament. In cazul contrariu rotațiunea va fi externă.

Dacă explorăm cu atențiune, vom descoperi prezența capului femoral în direcțiunea spinei iliace antero-inferiőră ori superiőră. Iar în cazul de luxațiune pelvienă saũ a lui Scriba, dînsul se va găsi către fosa iliacă internă.

Cât privesce luxațiunea oblică anteriőră, care este o varietate excepțională a luxațiilor în sus, deformațiunea membrului este excesivă. Dînsa constă într'o adducțiune extremă si rotație internă, așa că genuchiul încrucieșază în totul pe acela din partea opusă. Degetele privesc înainte și în afară, atitudine care după Bigelow amintesce unele pozițiuni ale dăntuitórelor baletiste. Fig. 227 luată din Le Dentu ne dă un model de acéști curiósă luxație.

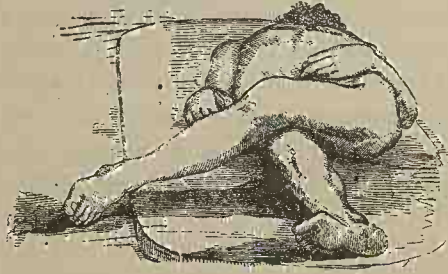


Fig. 227. Luxațiunea anteriőră oblică (după Bigelov).

In fine, simptomele luxațiunelor în jos constaũ, când dînsa prin excepțiune rãmâne permanentă, într'o lungime și rectitudine completă a membrului, făr nici o rotație externă ori internă.

Ca o sub-varietate a acestei luxațiuni avem pe cea perineală. Aci capul femurului, în loc de a-l simți imediat sub cavitatea cotiloidă, el face proeminență în regiunea perineului, mai adesea în partea laterală de cât just pe linia mediană.

Am arătat că pe lângă aceste simptome fizice saũ raționale, de cari se însoțesc luxațiile, mai există încă simptome subiective, reprezentate prin durere și impotență funcțională a membrului.

Este evident că, în ori-ce luxație vom avea durere; dar dînsa de multe ori e forțe atenuată și chiar nulă, nemanifestându-se de cât în diferitele mișcări provocate ce imprimăm membrului. Durerile spontanate nu se observă de cât în casuri când capul femoral luxat, va exercita o compresiune pe un trunchiũ nervos, il va fi contusionat, saũ va fi rupt

vre-una din ramurile sale sau chiar pe el însuși. În special în luxațiunea sciatică putem observa nu numai dureri atroce, dar chiar leziuni nevrotrofice, prin faptul posibilității unei compresiuni puternice a acestui mare nerv, de capul femoral. Mult mai rar vom observa fenomene din partea vaselor sanguine. În luxațiunile înainte, mai ales în cea ilio-pubienă, se poate întâmpla ca artera și vena femorală să fie comprimate, sau chiar rupte, dând naștere la accidente mortale, sau la anevrisme consecutive.

În cea-ce privesce abolițiunea sau impotența funcțională a membrului, ea este inerentă oricărui fel de luxațiunii. Dar și aci impotența va fi relativă, stând în legătură cu genul și varietatea de luxațiunii, dar mai ales cu atitudinea primitivă a membrului.

Este clar că, într'o luxațiune, cóspsa aflându-se într'o flexiune cu adducție sau abducție forțată, mersul devine imposibil. Ast-fel avem luxațiile sciatică și ovalare, unde din cauza atitudinii anormale exagerate a membrului, individul nu poate umbla. Pe când din contra, în luxațiunile unde membrul este quasi-rectilin, cu totă scurtarea sa, totuși individul poate să umble de și mai mult sau mai puțin șchiopând.

Ast-fel avem luxațiunea iliacă externă, cea supra-cotiloidienă, sub-cotiloidienă, la rigóre chiar cea perineală în care, dacă capul nu comprimă nretra, membrul păstrându-și intru cât-va rectitudinea, individul poate să umble.

Hamilton spune că a vădut un individ de 19 ani, care de și avea o luxație veche neredusă, varietatea iliacă externă, cu o scurtare de 5 c. m., totuși bolnavul putea să umble repede, natural cu o șchiopare evidentă, dar fără durere, nici jenă mare.

De asemenea Malgaigne spune că a vădut un copil de 17 ani, iarășî cu o luxație externă, care putea să umble fără baston, deși mersul era șchiopând.

În fine Sedillot a arătat că chiar în luxațiunile ovalare, obstacolul ce se aduce mersului, de multe ori poate să fie mediocru.

Diagnosticul. Chestiunea cea mai importantă este a răspunde I) dacă în fața unui traumatism, însoțit de atitudinî anormale ale cóspei, este vorba de o luxațiune, de o contuzie sau de o fractură a gâtului femoral.

II). Care este genul și varietatea luxației?

Este adevărat că unele contuziuni forți ale cóspei, precum și entorsa articulației, se pot însoți de aritudinî vicióse ale membrului, cari s'ar impune drept luxații.

Și erórea póre fi cu atât mai posibilă, cu cât individul va fi prins de o stare nervóasă particulară, făcându-l susceptibil a ne oferi fenomenul numit istero-traumatism. În acest cas, el ne-ar putea induce

în eróre, luând aceste atitudini vicióse ale cõpsei — datorite unor simple spasme sau contractiunii violente a muşchilor — drept luxaţiuni.

Dar în majoritatea casurilor, acéstă stare este pasageră; adesea după o ñi sau doé, graţie unui repaos absolut, unor băi prelungite, sau administrarea sedativelor la interior, membrul îşi reia poziţiunea sa normală.

Pe lângă acéstă, vom examina cu atenţiune situaţiunea capului femoral, al marelui trochanter, a cavităţii cotiloide, etc. etc., pentru a ne convinge dacă da sau nu şi-a părăsit locuinţa primitivă.

În casuri desesperate şi persistente, e mai de preferat după cum ñice Tillaux a ne lăsa să fim înşelaţi creðând într'o luxaţie ce nu există, de cât a nu o cunoşce. Acéstă va fi cu totul în profitul bolnavului, căci vom recurge imediat la cloroformizare. Atunci fiind vorba de o simplă contractiune spasmodică, muşchii relaxându-se în urma unei sedaţiuni profunde, totul va intra în ordine şi vom conchide la o contusiune simplă sau cel mult la o entorsă; la cas contrariu, vom procede imediat la reducerea luxaţiunei cu care vom avea a face.

Diagnosticul diferenţial într'o luxaţie şi fractura colului chirurgical nu e cu totul greu. În general confusiunea se face într'o luxaţie şi fractura extra-capsulară a colului.

Punctul cel mai esenţial stă în faptul următor: în antecedente şi etatea individului.

Luxaţiunea coxo-femorală nici-o-dată nu e posibilă printr'o cauză directă, afară de excepţiuni excesiv de rari şi de un traumatism de o violenţă extremă, care mai adesea póte omorâ pe individ de cât a-î produce o luxaţie.

Când dară vom afla că individul a căðut de la óre-care înălţime, fie pe picioré sau genuchiú, avënd cõpsa îndoită, sau aflându-se în staţiunea numită pe vine, (acroupi) iar o violenţă s'a exercitat pe basin ori pe faţa internă sau externă a cõpsei, tóte probabilităţile vor fi pentru o luxaţie.

Când din contra ni se va spune că individul în staţiunea în picioré, sau chiar culcat, a primit o lovitură directă pe regiunea trochanterului, putem afirma că e o fractură extra-capsulară a gâtului femoral, mai cu deosebire dacă traumatismul a fost relativ de o violenţă mică.

Dar ceia-ce ne ajută şi mai mult în acéstă chestiune este etatea bolnavului.

În adevër, dincolo de 40 ani, probabilitatea va fi pentru o fractură iar nu luxaţie. Iar fiind vorba de un individ trecut de 60 ani, discuţiunea nu mai póte avea cătuşí de puţin loc, atât de demonstrat este lucrul că la bătrâni, luxaţiile sunt cu desăvârşire imposibile.

Cu toate acestea, datorii suntem a stabili acest diagnostic diferentia. Credem de prisos a repeta semnele fracturilor gâtului femoral, pe cari le-am descris în mod așa de larg la capitolul respectiv.

Vom spune numai atât că, atitudinea membrului în luxațiunii e cu totul diferită de aceea a fracturilor, și în orî-ce cas, apropierea între dînsule nu pôte fi de cât cu luxațiile interne.

Dar aci, pe lângă aceea că membrul este în flexiune, în abducție și rotație externă, fracturile extra-capsulare ale colului nu oferă nimic din aceste semne, de cât numai pe cel din urmă.

Atunci am putea să ne gândim la posibilitatea unei luxațiuni înapoi fie sciatică sau iliacă, prezentând forma clinică asupra căreia am insistat, și căreia Bigelow i-a dat numele de luxațiuni neregulate.

Aceste luxații în adevăr sunt caracterisate tocmai prin acest fapt, care e comun cu fracturile extra-capsulare, adică că membrul în loc de a fi în rotație internă, se presintă în rotație externă, din cauza ruperii fășiei externe a ligamentului în *y*. Dar încă și aci, chiar de am presupune existența unei luxațiuni neregulate, totuși cîpsa își păstrează ceva din adducție și flexiune, pe când în fractură, dînsa e cu totul în rectitudine.

Afară de acesta, însăși rotația externă nu e așa de exagerată ca în fractura colului, unde membrul e cu desăvîrșire resturnat în afară, așa că marginea externă a piciorului repauséază în totalitatea sa pe așternutul patului.

Deci noțiunile acestea, combinate cu cele-l'alte explorațiuni minuțioase și luând încă-o-dată în considerație antecedentele și etatea bolnavului, credem că dacă nu tot-d'a-una, dar cel puțin în majoritatea casurilor, vom putea stabili adevăratul diagnostic.

Vom mai avea încă în vedere că, în cazul când fractura nu este însoțită de penetrațiune, sau când dînsa este intra-capsulară, avem iarăși un criteriu foarte important anume că, în afară de o mobilitate exagerată, deformațiunea membrului se pôte corije cu cea mai mare înlesnire pentru a se reproduce imediat; pe câtă vreme într'o luxație, asemenea fenomene nu le întălnim și nici nu ne putem juca cu membrul așa cum vom voi; sau dacă reducerea s'a obținut, apoi dînsa rămâne definitivă.

Genul și varietățile luxațiilor, se vor determina mai cu înlesnire, puind în practică toate cunoștințele ce am dobândit din anatomia patologică și simptome. Acestea din urmă, dând membrului atitudinii atât de constante și clasice, ne dispenséază de a mai reveni, pentru a nu repeta mai mult fapte deja expuse.

În special pentru luxațiunile înapoi, pentru a determina cu mai

multă exactitate varietatea sciatică saū iliacă, ne vom servi cu mult folos de indicațiunea dată de Nelaton, care este cea următoare: «Dacă de la spina iliacă antero-superiōră ducem o linie dréptă la partea cea mai ridicată a ischionului, dînsa se atinge de vîrful marelui trochanter, membrul fiind aședat într'o ușoră flexiune.

Când decî extremitatea acestui os se va afla d'asupra acestei linii, luxațiunea va fi iliacă externă; în casul contrariu dînsa este sciatică. Cu tóte că după Malgaigne, acest semn nu ar avea o valóre absolută, totuși când circumstanțele ne permit, el ne póte fi de mare folos.

Prognosticnl. Luxațiunile cõpsei trebuiesc tot-d'a-una considerate ca o afecțiune fõrte seriõsă, atît prin complicațiunile de cari se pot însoți, cât și prin imposibilitatea une-orî de a le reduce.

Sunt în adevěr casurî unde luxațiile se însoțesc de o mulțime de leziuni, unele mai grave de cãf altele precum: contusiuni și ruperî musculare, compresiuni vasculo-nervõse, fracturî a marginei osõse a cavitãtei cotiloide, fracturî ale gâtului și capului femoral, compresiunea și chiar ruperea uretrei în luxațiunile perineale, leziuni din partea bãșiceî udului în fracturile ilio-pubiene saū intra-pelviene, cari tóte oferă gravitãți însemnate. Mai putem adãoga ruperî de artere, cari nu numai că sunt fatale când femorala e atînsă, dar s'a observat casurî de mórtea individului chiar în ruperea arterei ligamentului rotund.

Dar în afară de aceste complicațiuni, luxațiunile cõpsei încã sunt grave prin dificultatea de a le reduce. Este adevěrãt că de multe orî dînsese se reduc cu o înlesnire extraordinarã, dupã cum afirmã Malgaigne, Hamilton etc. Ba ce este mai muit, Maisonneuve povestește că un medic din secolul din urmã, se lãuda că reduce orî-ce luxație printr'o simplã tracțiunc pe degetul mare al piciorului. Dar casurile nu sunt cu totul rarî, unde chirurgilor de cea mai reputatã autoritate, nu le-a fost posibil a obține reducerea luxațiunilor cõpsei, chiar în urma celor mai stãruitõre persistențe și întrebuintãrea celor mai variate metode și procedee. Și care este cauza acestor insuccese? Agenții sunt diteriți, dupã cum luxația e recentã saū veche. Când capul femoral nu póte fi adus la locul sãu, luxația este nereductibilã; iar când cu totã obținerea reduceri, capul femoral nu póte fi menținut în locul sãu uormal, luxația se numesce incoercibilã (?)

Ieductibilitatea provine din mai multe cause: une-orî orificiul capsular este prea mic și, decî numai permite reintrarea capului femoral. Astley Cooper însã susține că, ligamentul capsular în general se rupe pe o întindere fõrte largã, ast-fel că dînsul nu opune nici un obstacol la reducțiune.

Bigelow atribue obstacolul la reducere, în ruperea saŭ tensiunea prea mare a ligamentului în *y*.

Nathan Smith susține că singurul obstacol la reducere constă că, în timpul sforțurilor de reducere, mușchii fesieri se contractă cu violență. După Reid și Chassaignac ar fi contractiunea mușchilor, în special a abductorilor, psoasului, marele adductor, etc. Alte dăți când capul femoral ese printre mușchii obturatorul intern și piramidali, acestia se transformă într'un inel strîmt, care împedică reducerea. În fine se întimplă că o porțiune din capsulă saŭ lambouri de mușchi să se interpună între marginea cavităței cotiloide și capul femurului, pe care îl împedică de a-și relua locul primitiv, etc., etc.

Credem destul de interesant a reproduce următorea observațiune datorită lui Malgaigne, pentru a ne convinge de unele casuri nenorocite, făcând reducerea luxației imposibilă chiar în mâna celor mai experimentați chirurși. Casul fiind foarte instructiv și demonstrativ, reproducem în tocmai următorea observațiune luată din atlasul lui Malgaigne :

Luxațiunea iliacă completă a femurului.

Chambard, în etate de 38 ani, lucra în genunchi în fundul unei cariere, genunchiul stîng înapoiul genunchiului drept, când o piatră enormă, a căruî greutate s'a evaluat la 1200 de livre, s'a prăvălit de la o înălțime de 7—8 picioare și cădîndu-î pe spinare, în dreptul mîrginei superioare a basinului, i-a resturnat trunchiul înainte cu o flexiune forțată a cîpselor și a gambelor. Imediat a fost trînsportat la spitalul de la Pitié, unde s'a diagnosticat o luxațiune în sus și înapoi. A doua zi Lisfranc a încercat să o reducă, fie prin procedeul lui Desprez, fie prin extensiunea în direcțiunea membrului. Trîgînd prin opt ajutore prin tracțiuni pe cîpsa semiflexată, în timpul acestor tracțiuni se simția capul că se cobórá către cavitatea sa, dar mișcarea de rotațiune destinată a-l face să intre aci, îl făcea din contra să se ridice imediat, pierdîndu-se ast-fel tot ceia-ce se căștigase. După o oră aprópe de sforțurî în van repetate, individul fu apucat de sudorî reci și cu stupóre, pulsul căduse la 50 pe minut. S'a transportat bolnavul în patul seŭ, iar reacțiunea nu a revenit de cât după cincî ore. O inflamațiune supurativă a coplesit întrega regiune, iar bolnavul a murit a 11-a zi.

Am presidat la disecțiune și am avut grija mai întaiú aședînd cadavrul pe pîntece, să păstrez membrului luxat pozițiunea ce avea în timpul vieții; după aceia, pe măsură ce apăreaŭ capul femoral și celelalte ridicături ale basinului, eŭ constatam raporturile lor respective cu ajutorul mensurațiunilor multiple, cu scopul de a le regási după abla-

țiunea piesei, precauțiune fără care, putem împinge capul deplasat mai în sus, mai în jos, mai înainte, mai înapoi și să provocăm o luxație fantastică în locul luxațiunii adevărate.

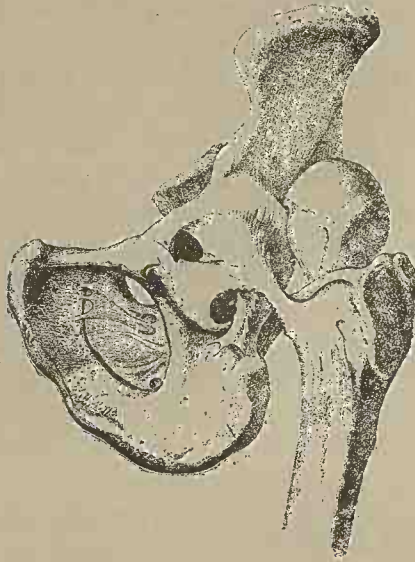


Fig. 228. Causa de ireductibilitate a luxației înapoi.

În fig. 228 se vede capsula că e deschisă în jos și complet intactă în sus și înapoi; ast-fel că capul ieșit direct în jos, se ridică înapoi foarte departe de deschiderea ce-i permisesese eșirea. În extensiunea directă, se readucea în adevăr capul vis-a-vis de cavitatea sa; dar capsula care era întinsă ca o perdea pe însăși cavitatea, forma un obstacol invincibil, opunându-se la reducerea luxației. Pentru reducerea acestei luxații pe cadavru, mi-a trebuit să îndoiesc cóspsa aprópe până a o pune în contact cu abdomenul.»

Iar când luxația este veche, datând adică de 2—3—4 luni, atunci modifi cațiunii foarte însemnate încep a se produce din partea cavității cotiloide, cari o fac incapabilă de a măi primi capul femoral, chiar în cazul când dînsul ar fi redus. Ast-fel une-orî bureletul cotiloidien se resfrânge înăuntru și micșorează cavitatea; saú dînsa se umple de un produs fibros cu aspect lardaceú; alte dáți capsula rămasă intactă se întinde pe suprafața cotilului ca o mantie, unde contractând aderențe, astupă cu totul cavitatea articulară. În asemenea casuri, capul femoral deși redus, el nu măi póte fi menținut în locul seú, din cauza pierderii

dreptului de domiciliu, provocat prin micșorarea saū chiar ștergerea cavităței cotiloide.

Dar și însuși capul femoral pôte cu timpul să sufere alterațiuni profunde, precum ar fi o turtire laterală, o ramolire saū distrugerea cartilagiului articular, etc., etc. Tôte acestea îl fac incapabil de a-și păstra locul ce o dată a ocupat.

În fine, în luxațiile cu totul vechi, capul femoral își crează o nouă cavitate, contractéză aderențe solide, iar mușchii peri-articulari retracându-se, se scurtéză în așa grad, în cât nu mai e posibil nici o reducere. În acest cas luxația este și ireductibilă și incoercibilă.

Am ȃis mai sus că aceste modificațiuni încep a se produce după 2—3—4 luni. Acésta este de alt-fel și opinia lui Astley Cooper, care austinea că după 8 săptămâni era, dacă nu imposibil, cei puțin periculos a căuta să reducem o luxație a cóspei. Totuși un autor Dennetières afirmă că ar fi redus 54 luxațiuni, având o vechime de 2—9 luni, fie prin metoda de forță saū blândețe.

Hamilton și Trelat însă, contestéză un mare număr din aceste observațiuni.

Pentru a termina, vom spune că o luxație, chiar recentă fiind, pôte deveni incoercibilă atunci, când se însoțesce de o rupere întinsă a sprincenei osóse, a cavităței cotiloide, etc.

Tratamentul. Este indiscutabil că singurul lucru și cel mai util pentru bolnav, este ca imediat după accident luxația să se reducă.

S'a imaginat pentru acésta mai multe metode și procedee, dar carī tôte aū de bază același principiu.

Metoda clasică pentru reducerea luxațiilor coxo-femorale, este aceia recomandată de Desprez tatăl și de Dolbeau. Scopul este de a înlesni intrarea capului femoral, prin aceeași deschidere ce a provocat pentru a eși din locul său.

S'a demonstrat că, pentru a ajunge la acest rezultat, trebuie să imprimăm membrului o mișcare inversă de aceia pe care a executat-o când luxațiunea s'a produs. Având dar bine imprimat în memorie atitudinile membrului în fie-care gen și varietate de luxație, vom căuta a le reproduce, dacă aceste atitudini aū fost modificate saū pierdute.

În regulă generală, fie că luxația este posterióră saū anterióră, cel d'întâi lucrul ce vom face, va fi ca să punem cóspsa în flexiune pe basin. Prin acésta manoperă, noi căutăm a aduce capul către segmentul inferior al cavităței cotiloide, și în special în fața deschiderei, saū mai bine ȃis în fața rupturerei capsulare.

Tot prin acest mijloc, orificiul capsular se mai lărgesce, iar ligamentul ilio-femoral saū în **y** se relaxéză.

O dată flexiunea obținută, dăm membrului atitudinea pe care a avut-o în momentul accidentului și a nune: în adducție și rotație internă dacă luxația este înapoi, și vice versa, în abducție și rotație externă când este înainte. După acesta imprimăm membrului mișcări cu totul inverse, căutând a-i da o atitudine contrarie și anume: pentru luxațiile înapoi, gamba fiind flexată pe cóspsă, iar mâna stângă aplicată pe genunchi, un ajutor sau însuși chirurgul se acomodează ast-fel, în cât să imprime cóspei o mișcare de abducție și în același timp o mișcare de rotație externă. Dacă cazul este ușor, în momentul executării acestor manipulațiuni, auzim și simțim o trosnitură surdă, cei-ce ne indică reintrarea capului femoral în cavitate, și deci reducerea luxației. Imediat punem membrul în rectitudine și totul e terminat.

Pentru luxațiile înainte vom proceda invers, adică vom căuta a aduce cóspsa în adducție și rotație internă, când iarăși trosnitura caracteristică se va percepe, anunțându-ne reducerea luxației.

În luxațiunea supra-cotiloidienă și oblică anterioară, vom lucra aprópe ca pentru luxațiile posterioare, căutând a aduce capul femoral înapoiul cavității cotiloide prin mișcări de circumducțiune. Une-orî luxațiunea supra-cotiloidienă se reduce, după afirmările lui Hamilton, printr'o simplă extensiune a cóspei.

În cât privesce luxațiunea sub-cotiloidienă, pe lângă flexiune și abducțiune ușoră, vom căuta a dirige membrul în sus și în afară.

Acestea sunt mijlóccele numite de blândețe, pe cari suntem datorî a le încerca în tratamentul orî-cărei luxațiuni ale cóspei.

Este absolut trebuincios ca bolnrul prealabil să fie cloroformisat, pentru a pune mușchi și diferitele ligamente într'o sare de relaxare perfectă. Incontestabil, ne putem găsi în fața unor casuri foarte ușóre, unde prin nisce manipulări foarte simple să obținem reducerea. Alte orî însă casurile sunt mai dificile, ba chiar imposibile, din pricina diferitelor obstacole ce se pot interpune și asupra cărorora am insistat la prognostic. Atunci, la aceste mijlóce de blândețe putem adăoga alți factori, precum: apăsarea directă pe capul femoral pentru a imprima o anumită propulsiune; mișcări mai largi de flexiune, de abducție orî adducție, precum și cele de circumducție.

Tóte acestea au de scop a forța și chiar a rupe obstacolele ce împedică intrarea capului femoral în cavitatea cotiloidă. De aceia pentru a varia gradul și modul ridicării membrului, Malgaigne recomandă, ca chirurgul să se pue în genuchi înaintea bolnavului și apucând gamba flexată pe umărul său, iar cu cele două mâini, îmbrățășând cóspsa, să se ridice încet și progresiv, făcând ast-fel flexiunea, abducția și în sfârșit tracțiunea verticală. Va urmări încă acțiunea, printr'o lovitură de ge-

nuchiū dirijată în sus, și aplicată pe fața posterióră a cõpsei luxate. În fine sunt și o mulțime de alte procedee și aparate, în a căror descriere e de prisos a intra.

Când luxațiunea este veche, principiul este același, dar mijlõcele suut mult mai violente, căci în loc d'a procede prin blândețe. trebuie să recurgem la tracțiunī puternice pe carī le realizăm prin ajutorul muflilor.

Trebuie însă să fim cu multă prudență, căci se întimplă accidente regretabile. Ast-fel se citéză un cas a lui Poncet, în care bolnava a murit subit după 4 ore, în urma unei încercări puțin brusce pentru a reduce o luxație veche de 3 lunī și 15 zile.

De asemenea Broca, exercitând o tracțiune de 240 chilograme, iarășī pe o luxație veche, neartroza s'a inflammat și supurat, în urma căreia s'a produs o peritonită generalisată, prin propagarea inflamațiunei la obturatorul intern.

În fine la alții s'aū provocat fracturī ale gâtului, ale capului său corpului femoral, în urma unor încercări intempestive.

În fața unei luxațiunī vechī și cu totul ireductibilă, socotim cu totul de prisos încercări de operațiuni incomplete, precum ar fi tenotomiile sub-cutanate.

Astădī cu mijlõcele de carī dispunem, putem recurge d'a dreptul la artrotomie, prin care vom căuta a ridica obstacolele ce vom constata, pentru a așeza capul femoral la locul sēū. Iar dacă lucrul nu e posibil, atunci vom recurge d'a dreptul la resecția capului luxat, precum într'un cas a făcut D-nul prof. Severeanu.

Unī autori recomandă osteoclasiā, adică ruperea osului, bine înțeles sub-cutanată, fie a corpului femurului, fie a gâtului femurului, după care, dând membrului o atitudine completă, se põte aduce un serviciū bolnavului, cu tõtă lăsarea în loc a capului luxat.

Se preferă ađi de toți chirurgī a procede la osteotomia liniară, făcută imediat sub marele trochanter, după care iarășī vom căuta a da membrului o atitudine corectă.

Mai rămâne încă chestiunea când luxațiunea e complicată de fractura sprâncenei cotiloide, sau a gâtului femoral.

În cazul I, după reducere vom fixa membrul aplicând și o extensiune continuē.

În cazul II, dacă individul va fi tînēr, vom reduce fractura și vom aștepta consolidarea sa, și în urmă vom reduce luxația.

Fiind însă vorba de un bătrân, vom căuta pe cât posibil a asigura membrului o atitudine corectă, evitând metodele brusce, pentru a nu determina accidente regretabile.

În toate cazurile, vom avea grija ca după reducerea luxațiilor, membrul să fie bine asigurat prin bandaje inamovibile, căci alt-fel se întâmplă, precum a arătat Malgaigne, ca luxația să se reproducă, în urma unei mișcări intempestive puțin timp după ce a fost corijată.

Luxațiile congenitale ale cōpsei.

Este un viciu de conformație indicat deja de Hipocrate, A. Paré, Palleta. Dupuytren, etc.

S'aū emis o mulțime de teorii:

I). Loviturile pe pantece în timpul gravidității, precum și tracțiunile în momentul facerei în poziția pelviană.

II). Coxalgia intra-uterină și în special epansamentele articulare.

III). Conracțiunii spasmodice musculare în viața intra-uterină.

IV). Paralizia și atrofia mușchilor fesieri și pelvi-trochanterieni.

Dar dintre toate, oprirea în dezvoltare a cavității cotiloide, susținută de Hoffa și Von Amon e cea mai modernă. Se susține că cartilajul în *y* aflat în fundul cavității cotiloide se osifică prematur, și drept consecință avem o oprire de dezvoltare a cavității cotiloide, ce numai e suficientă a primi capul femurului; de aci luxația.

Simptomele sunt identice cu ale luxațiilor traumatice or patologice.

Tratamentul. Cel paliativ reprezentat de Dupuytren prin diferite aparate nu se mai întrebuițază.

Reducerea prin metoda lui Pravaz constă: I) într'o extensie continuă de cel puțin 4—6 luni; II) când capul femoral s'a lăsat destul de jos, procedem la reducere în general prin mușle și fixare prin bandaje inamovibile; III când suntem siguri de menținerea reducerii, începem a imprima mișcări membrului.

Pați în 1890 procede la reducere imediată ca și în luxațiile traumatice. Metoda sângerândă e reprezentată prin tenotomii (Guerin) prin resecția capului femoral (König și Hueter) dar mai ales prin operația lui Hoffa (1891)

Acastă metodă constă într'o operațiune specială, prin care ne propunem ca mergând până în articulație, să sculptăm cavitatea cotiloidă, dându-i o lărgime și o lungime mai mare, pentru a primi capul femurului. Odată acesta introdus aci, îl vom fixa prin suturi osoase și bandaje inamovibile.

CHESTIONAR GENERAL.

I). Particularitățile anatomice ale degetelor.	
Caracteristica generală a diferitelor plăgi a degetelor	
Plăgile prin plesnituri.	
Plăgile mixte.	Pag. 62
Smulgerea tendonului extensor al degetelor după mecanismul invocat de Segonde și de Schœning	» 62
Intervențiunea primitivă și secundară în traumatismele degetelor și în special a plăgilor prin instrument tăios.	» 64
II). Fractura degetelor prin cauză directă, indirectă și acțiune musculară. Casul lui Bellamy. Frecvența fracturilor complicate a degetelor. Linia de fractură, diagnosticul dintr'o fractură, artrită cronică, tenosită și crepitațiunea prin sfărâmarea coagurilor sanguine. Pronosticul. Deformația specială a degetului fracturat. Tratamentul. Intervenția primitivă și secundară. Chirurgie conservatoare modernă.	» 66
III). Luxațiile degetelor. Considerațiune și clasificare. Mecanismul în special al luxației pollicelui. Teoria lui Michel din Nancy și a lui Farabeuf. Varietățile și cauza ireductibilității. Simptomele. Metoda de reducere.	» 67-76
IV). Bólele inflamatorii. Panarițiu. Origina cuvintului. Considerațiunea. Diviziunea. a) Panarițiul superficial cu varietățile limfangitic, erisipelatoid, flictenoid, subungueal etc. b) Panarițiu sub-cutanat; considerațiuni anatomice. c) Panarițiul tecelor sinoviale — caractere. d) Panarițiu osteo-periostic cu fenomene generale de osteomielită. e) Panarițiu antracoïd. Diagnosticul, pronosticul și tratamentul. f) Panarițiu analgesic sau bóla lui Morvan. Caracterele. Causa. Opinia lui Monod, Gaumbault, Joffroy, Achard, Charcot.	» 76-82
V). Bólele neinflamatorii sau mecanice a degetelor. Deget cu resort. Caractere. Opinia lui Notta și Nelaton. Esperiența lui Menzel și Blum. Opinia lui Pitha și Könnig.	» 82-83
VI). Bólele specifice ale degeteior. Spina ventosa. Caractere, Consecințe; cercetările lui Lannelongue. Dactilita sifilitică. Caractere. Artritele degetelor de naturi diferite.	» 83-87
VII). Neoplazmele degetelor: angiomele, aneurismele cirsoide, kistii; teoria lui Connheim și Massé. Papilomele, Lipomele; Fibromele, Nevromele, Osteoamele, Enchondromele. Caracterele lor. Tumori maligne. Sarcom, Epiteliom cu varietățile vegetantă, infiltrată și glandulară. Caractere.	87-91

VIII). **Diformitățile degetelor.** Considerațiunii generale. Ectromeli și polimeli. Varietăți. Polidactilia, Sindactilia. Tratamentul. Diferite metode. Macroductilia. Teoria lui Trélat și Monod. Varietățile sindactiliei. Tratamentul. Procedul Zeller și Didot. Diformitățile dobândite și varietăți. . . pag. 91-100

I). **Definițiunea anatomică a mâinei.** Numărul și importanța indoi-
turilor sau plicelor cutanate ale mâinei. Plăgile penetrante și nepene-
trante ale mâinei. Complicațiunii. Pag. 100-104

II). **Fracturile scheletului mâinei.** Diviziune. Mecanism. Deplasări.
Modul de explorare pentru diagnosticul diferențial eu contuziile, luxa-
țiile, etc. Luxațiile oșelor mâinei și în special al primului metacarpian.
Mecanismul > 105-107

III). **Flegmonul mâinei.** Cele patru varietăți bazate pe considera-
țiuni anatomice: flegmon tenar, ipotenar, al rădăcinii degetelor și al
scobiturei palmei mâinei. Caracterele lor și indicațiunile terapeutice. > 108-113

IV). **Bóla lui Dupuytren.** Caractere și diferite opiniuni asupra pa-
togeniei: Boyer, Dupuytren, Madelung, Gerdy, Richet, Goyarand, Adams
și Paget. > 113-115

V). **Anevrismele mâinei și viciile de conformație.** Mâna bontă.
Diviziunea lui Bouvier > 115-117

I). **Regiunea anatomo-topografică și clinică a pumnului.** Particula-
ritățile plăgilor pumnului. Fracturile pumnului. Considerațiunii. Mijlocul
de a diagnostica fractura izolată a oșelor carpului din primul său al
doilea rând Pag. 118-120

II). **Fractura extremității inferioare a radiului.** Colles Pouteau și
Rhea Barton. Sediū. Teoria lui Dupuytren sau a transmisiunii directe
a șocului. Objecțiuni. Teoria lui Nelaton sau a inflexiunii forțate.
Teoria lui Malgaigne și Lecomte sau a smulgerii. Teoria lui Lopès sau
a ligamentului interosoș al antebrățului. Mecanismul deplasării fragmen-
telor. Semnul lui Laugier, Velpeau, Tillaux. Principiul tratamentului. > 120-130

III). **Luxațiile pumnului.** Considerațiunii generale. Opinia lui Du-
puytren. Varietățile de luxații. Causa, mecanism. Luxația extremității
inferioare a cubitului sau bóla lui Goyarand > 130-137

IV). **Sinovitele pumnului.** Flegmonul pumnului. Sediū. Teoria lim-
fatică a lui Dolbeau și teoria sinovială a lui Tillaux. Probe anatomice
și clinice. Consecințe în privința tratamentului > 137-140

V). **Kistii pumnului.** Kisti teno-sinovial și artro-sinovial. Carac-
tere distinctive. > 140-142

VI). **Artritele blenoragice și tuberculose ale pumnului.** Caractere
și diagnosticul diferențial. Istoricul resecției pumnului. > 142-145

Limitele antebrățului. Origina flegmonului antebrățului Pag. 146-147

Fracturile antebrățului. considerațiunii anatomice. Fractura izolată
a radiului și cubitului. Deplasări. > 147-150

Fracturile ambelor oșe ale antebrățului. Cause directe și indirecte.
Deplasările prin acțiunea musculară și direcția dată fragmentelor de

tr. umă. Diagnosticul. Agenții cari agravează pronosticul. Ștergerea spațiului interosos, gangrena și pseudoartrosa. Tratamentul. Precauțiuni. . Pag. 150-156

Definițiunea regiunii cotului din punctul de vedere clinic. Limitele sale.	Pag.	156
I). Predispozițiile cotului la leziunile traumatiche. Consecințele venesectiilor. Complicațiunile traumatismelor cotului. Tratamentul lor. . .	>	156-157
II). Fracturile cotului. Definiție și diviziune.	>	157-158
Fractura epitrocleei. Cause. Predispoziții. Fractura epicondilului. Mecanism.	>	159-161
Fractura extremității inferioare a umărului. Mecanismul prin smulgere. Fractura sus condilienă. Fractura în T și în Y. Deplasarea fragmentelor.	>	162-166
Fractura extr.-sup. a ouselor antebrațului. Fractura capului radiului. Deplasări. Fractura longitudinală sau verticală, fractură transversă. Fractura extr. sup. a cubitului. Sediul.	>	166-168
Fractura olecranului. Cause. Fracturi directe, indirecte și prin contracție musculară. Fractura vârfului și a bazei. Depărtarea fragmentelor. Pronosticul cu privire la consolidare. Desbaterile asupra tratamentului	>	168-176
III). Luxațiile cotului. Luxații izolate și simultanate. Luxația capului radial înainte, înapoi, înafară și în jos. Mecanismul. Denucé, Pingaud, Denys, Streubel. Simptome.	>	176-181
Luxația izolată a cubitului. Cause, opinia autorilor.	>	181-182
IV). Luxațiunile cotului înapoi. Divisiuni, varietăți. Mecanism. Anatomie patologică. Teoria actuală prin dublu mecanism de iperextensiune și flexiunea în afară. Teoria torsiunii sau a lui Malgaigne. Teoria lui I. L. Petit. Teoria lui Flaubert. Pentru ce luxațiile complete înapoi sunt rari? Simptome. Ce se constată prin vedere și tact? Semnul lui Nelaton. Semnul lui Tillaux. Semnul lui Richet. Tratamentul. Metóda ordinară. Metóda lui Astley Cooper. Metóda lui Rosr și Dumreicher. Causa pentru care o luxație a cotului trebuie repede redusă.	>	182-194
Luxația cotului înainte. Causa. Anatomia patologică. Mecanism. Luxațiile laterale și divergente ale cotului.	>	193-200
V). Flegmonul cotului. Patogenie. Forme. Mecanismul extensiunii sale în axilă.	>	200-202
VI). Artritele cotului. Tumora albă. Etiologie. Mecanism. Sediul primitiv în articulația radio-cubitală superioară. Teoria. Formele clinice ale tumorii albe uscată, fongosă și supurată sau ososă. Simptomele. Diferite stadiuri. Atitudinea membrului. Locul unde apar la început tractele fistuloase. Rațiunea lor. Diagnosticul diferențial cu celelalte feluri de artrite, blenoragică, sifilitică, reumatismală, uscată, tabetică, etc. Diagnosticul cu <i>entorsa cotului</i> . Tratamentul. Metóda uscată și sângerândă.	>	202-208
Diformitățile cotului.	>	209-210

Limitele anatomo-clinice ale brațului. Leziunile traumatiche. Mecanismul peregrinării echimoselor. Anevrismele arterei umerale. Cause.

Circumstanțe favorabile și vătămătoare tratamentului. Rolul anastomozelor arteriale. Pag 211-213

Fractura umărului. Limitele. Diviziune. Fractura diafizei. Cause. Fracturi directe, indirecte și prin contracțiuni musculare. Fracturi prin torsiune. Mecanism. Exemple. Deplasarea fragmentelor. Cum se produc aceste deplasări, când linia de fractură se află d'asupra mușchiului deltoid, de desubtul seǎu saǎu între dǐnsul și marele pectoral. Rolul contracțiunii musculare și a direcțiunii fragmentelor de agentul vulnerant. Alte feluri de deplasări : după circumferența osului, direcțiune, lungime și pozițiune. Varietăți de fracturi: transversale, oblice, dințate, cominuțive. Fracturi longitudinale. Mecanism și semne. Fracturi spiroide. Fracturi complicate. » 213-216

Prognosticul fracturelor umărului. Fenomene paralitice. saǎu de iritație a nervului radial. Cause, varietăți. Intârziere și lipsă de consolidare în fracturile umărului. Rolul interpunerei între fragmente a porțiunilor de mușchi, aponevroze, nervi, etc. Opiniunea lui Hamilton cu privire la modul aplicării bandajului. Conduita ce vom avea în fracturile cu complicațiuni diverse. Efectul pseudo-artrozelor. Exemple. » 217-224

Definiția regiunii axilare. Traumatismele și gravitatea lor. Emfisemul în plăgi. Hemoragiile arterei axilare. Hemostasa naturală. Intervențiunile în plăgile axilei. Pag. 225-228

Flegmónele și abcesele axilei. Diviziune. Abcese superficiale, sub-cutanate și profunde. Flegmonul profund al axilei. Varietăți. Cause. Consecințe. Tratamentul. Opinia autorului. » 228-232

Tumorile axilei. Considerațiuni. Tumori solide și lichide. Anvrismele arterei axilare. Etiologie. Forme. Tratament. » 232-236

Definițiunea regiunii claviculare. Caractere anatomice. Regiunile supra și sub-claviculare. Organele conținute în aceste regiuni. Importanța lor din vederea operator și clinic. Pag. 237-238

Fractura claviculei. Considerațiuni anatomice asupra osului. Fracturi incomplete și complete. Causa pentru care fracturile claviculei se observă la copii. Observațiunea lui Wogt relativ la osificarea prematură a osului. Semnele clinice și diagnosticul. Fracturi intra-uterine. » 239-240

Fracturi complete ale claviculei. Cause. Fracturi directe și prin presiune. Fracturi indirecte, mecanism. Fracturile indirecte de cauză musculară. Rolul diatezelor. Sediul. Influența sifilisului. Exemple. Sediul fracturilor indirecte. Fracturi prin flexiune. Opinia lui Packard și Hamilton. Fracturi prin elongație saǎu îndreptarea bruscă a curburilor claviculei. Forma liniei de fractură. Deplasarea fragmentelor. » 240-245

Divisiunea fracturilor. Clasificarea autorului. Fractuui simlultanate ale ambelor clavicule » 245-247

Simptomele și diagnosticul. Consecințele fracturei. Observațiunile lui Malgaigne. » 247-248

Prognosticul. Complicațiuni vasculo-nervóse. Compresiunea plexu-

lui brachial (Dessault). Străbaterea fragmentelor în plămâni și pleură. Mórtea ministrului engles Peel. Deformațiunile consecutive fracturilor. Repedeza consolidare. Exemple. Lipsă de pseudo-artrosă. Causa ce se opune la menținerea reducerii fracturii.	Pag. 248-251
Tratamentul. Opinia autorului. Metóda de amplexațiune a lui Chassaignac.	» 251-256
Luxațiunile claviculei. Diviziune. Simptome, diagnóst. și tratament	» 257-261
Afecțiuni inflamatorii și neoplasice ale claviculei. Osteite, perloostite, artrite, etc.	» 261-262

Definiția regiunii scapulare. Furuncule, antraxși abcese. Necroza omoplatului. Tumori	Pag. 263-265
Frecătura sau trosnitura scapulo-umerală. Istoric. Patogenie: exostoza, atrofia musculară (Galvagni). Pungă serósă. Simptome . . .	» 265-266
Fracturile omoplatului. Diviziune. Fracturile cavității glenoide	
Opinia și experiențele d-lui Assaky	» 266-272
Fractura gâtului chirurgical al omoplatului. Mecanism. Divisiune. Fracturile colului anatomic și al corpului omoplatului. Mecanism, diviziuni.	» 273-275

I. Bólele epoletului. Lesiunile traumatice. Diagnosticul acestor leziuni. Complicațiuni. Tratament.	Pag. 278-279
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

Afecțiunile articulației scapulo-umeralale. Artritele umérului. Artrita tuberculósă. De unde începe tuberculósă umérului? Diferite opinii. Anatomia patologică. Două forme de tuberculósă umerală. Forma Caries sicca și Caries carnosă. Tuberculoza sinovială. Simptomele, prognosticul, tratamentul.	» 279-287
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Hidartroza umérului. Diviziune. Experiențele lui Bonnet. Simptomele. Tratament.	» 287-290
------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Igromele umérului. Definițiune. Igroma bursei seróse sub-deltoidiene. Igromele bursei sub-acromiale. Conținutul lor. Simptome. Diagnostic. Prognostic. Tratament.	Pag. 290-293
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

Periartrita scapulo-umeralale. Definițiune. Patogenia. Simptome.	» 293-294
---------------------------------------------------------------------------------	-----------

II. Tumurile epoletului. Lipóme. I). Tumori provenite din extremitatea superióră a umérului: exostoze, enchondróme. Simptome. Tratament. II). Tumori provenite din claviculă: exostoze, sarcóme. III). Tumori provenite din omoplat: enchondróme, osteo-sarcóme, etc. Diagnostic. Prognostic.	» 294-297
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

III. Fracturile scapulo-umeralale. Fracturile extremității superióre ale umérului. Diviziunea acestor fracturi	» 298
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Fractura gâtului anatomic al umérului. Definițiunea. Mecanism. Diviziunea. Deosebirea între aceste fracturi. Fractura izolată a capului umeral. Fractura propriu zisă a colului anatomic. Deplasările fragmentelor în aceste fracturi. Simptomele și diagnosticul.	» 298-300
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Fracturile gâtului chirurgical. Definițiunea epifisei și a gâtului chirurgical. Opinia lui Malgaigne. Causéle acestor fracturi. Fracturi	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

- transversale și oblice. Deslipirea epifisei umerale. Causete. Fracturile tuberosităților umerale. Simptomele fracturilor extremității superioare a umărului. Trepiedul simptomatic al acestor fracturi. Diagnosticul. Diagnosticul fracturilor gâtului anatomic. Diagnosticul fracturilor gâtului chirurgical. Semnele necesare acestor diagnosticuri. Diagnostic diferențial. Prognosticul acestor fracturi. Tratament. Pag. 301-316
- Luxațiunile scapulo-umerale.** Empirismul în aceste luxațiuni. Clasificarea acestor luxațiuni. Clasificarea lui Astley Cooper și Malgaigne. Luxația [scapulo-umerală înainte. Etiologie. Diviziune. Luxație sub-coracoidienă incompletă și completă, luxație intra-coracoidienă și sub-claviculară. Unde se rupe primitiv capsula în aceste luxații? Simptomele acestor luxații » 316-322
- Luxațiile înapoi. Causete, Diviziunea acestor luxații. Luxațiunile în sus. Causete. Simptome. Luxațiile în jos. Luxația sub-glenoidienă, luxația în jos costală, luxație erecta. » 222-326
- Simptomele luxațiilor scapulo-umerale în general. Simptomele luxațiilor antero-interne. Simptomele luxațiilor înapoi. Simptomele luxațiilor în jos. Observațiuni personale. Simptomele luxațiilor în sus . . . » 326-322
- Diagnosticul general al luxațiilor umărului. Diagnosticul diferitelor varietăți de luxații umerale. Prognosticul. Luxații recidivante. Tratament. Diferite metode. Metóda lui Astley Cooper; metóda lui Mothes, metóda lui Kocher. Causetele ce se opun la reducerea luxațiilor. Tratamentul luxațiilor înapoi, și în sus; artrotomia, artrodesia și secția capului umeral. Diferite accidente al tratamentului acestor luxații » 332-351
- Diformitățile brațului și ale umărului. » 351
-
- Leziunile nervoase în raport cu traumatismele epoletului.* Istero-traumatism. Caractere. Exemplu Pag. 353-354
- Paralizia nervului radial.* Opinia lui Duchenne și Panas. Probe de mecanismul compresiunii. Caractere. » 354-355
- Paralizia nervului musculo cutanat, a marelui danteleu, a trapezului, a mușchilor rotatori. Caractere consecințe » 355-357
- Paralizia nervului circonflex. Atrofia deltoidului. Caractere. Consecințe. » 357-358
-
- Definițiunea piciorului.** Limitele anatomice și clinice. Caractere. Traumatisme. Caractere. Extragerea corpilor străini. Contuziunea cronică a călcăiului. Mecanism. Luxația tendonelor piciorului. Mecanism și forme. Inflamațiile și abcese piciorului. Pag. 359-364
- Ulcer perforant al piciorului.** Diferite alte ulcerțiuni. Istoric. Caractere. Patogenie. Teoria mecanică, vasculară și nervoasă. » 364-371
- Artritele piciorului.** Caractere. Varietăți. Mecanism. Diagnosticul diferențial între diferite artrite și ale articulației proprii și ale piciorului » 371-383
- Tarsalgia adolescenților.** Caractere. Cele trei perioade: durere, contractură pasageră și permanentă. Patogenie. Teoria articulară, mus-

culară și ligamentosă. Argumente. Obiecțiuni. Tratament. Operația lui Ogston, Davy și Trendelenburg. Picior tabetic Pag. 383-391
 Sinovitele gâtului piciorului. Definițiuni. Considerațiuni anatomice
 Forme clinice și varietăți. Consecințele sinovitelor. » 391-395

Deformațiunile membrelor. Istorice. Cause. Diformități embrionare și fetale. Caractere. Diviziune: Ectromelieni și simelieni. Ectrodactilie, focomelie, emimelie. Caractere Pag. 395-40
 Diformitățile degetelor piciorului. Clinodactilie; Hallux valgus. Deget în ciocan sau gât de lebădă. Caractere, semne, complicații . . » 401-403
 Picior bont sau strîmb. Diviziune. Patogenie. Picior varus, valgus, talus, equinus. Anatomia patologică. Simptome. Diferite asociațiuni. Tratament. Picioare bonte accidentale. Cause. » 403-412
 Tumori degetelor piciorului. Tumori benigne și maligne. Diagnosticul. Aneurismele, caractere, tratament » 412-414

Fracturile degetelor. Cause, caractere. Fractura metatarsienilor. Cause. Mecanism. Predispoziție. Simptome. Importanța echimoselor . Pag. 415-417
 Fracturile tarsului. Fractura astragalului. Mecanism. Opiniunea lui Bellengien. Fractura lui Shephert. Fractura calcaneului. Fractura lui Boyer și Malgaigne. Mecanism. Caractere. » 417-421
 Luxațiile piciorului. Luxația falangelor, a metatarsienilor și a tarsului anterior. Cause. mecanism. Luxația astragalului. Diviziune: subastragalienă și luxația dublă sau totală. Cause. Mecanism. Simptome. Luxațiunea tibio-tarsienă. Luxația înainte și înapoi. Cause. Mecanism. » 421-430

Definițiunea gambei. Traumatisme. Caractere. Epanșamentele seroase. Lovitura de biciu. Tumori gambei. Tumori osoase. Caractere. Aneurisme. Caractere. Diviziune. Aneurismele traumatice. Flegmonele gambei Pag. 430-433

Deviațiunile oșelor gambei. **Genuchiū valg.** Definiția. Caractere. Teoria mecanică. Teoria musculară a lui Duchenne. Teoria ligamentosă a lui Guérin, Malgaigne, Billroth și Stromayer. Teoria ososă rachitică a lui Mac Ewen și Miculicz. Probe. » 433-435

Simptomele genuchiului valg. Simptome fizice și funcționale. Măsurarea unghiului genuchiului valg și a depărtării maleolelor. Disparițiunea diformității în momentul flexiunei. Caracterul durerii în genuchiul valg. Diagnosticul între genuchiul valg rachitic și osteitic. Tratamentul mecanic și chirurgical. Principiul. Osteotomia cuneiformă, liniară, operațiunea lui Billroth, Anandale și Ogston. Genuchiū varus, genuchiū recurbat » 435-440

Osteo-mielita gambei. Considerațiuni. Diviziune. Forma benignă și malignă. Varietăți. Caractere. Osteita de creștere fără febră, cu febră și insidiosă. Etiologia. Opinia lui Gosselin prin otrăvire autohtonă locală. Teoria infecțiunei generale. Evoluțiunea acestor forme. Caractere. Diagnostic diferențial. » 440-446

Osteo-mielită acută supurată. Evoluțiune. Caractere. Mecanism. Pasteur, Mac Schüler, Krause. Experimentele lui Jabouley și Rodet. Microbul specific al osteo-mielitei. Opinia autorului. Anatomia patologică. Leziunile periostului, osului și ale măduvei. Evoluțiunea. Consecințe clinice. Diferite necrose: parcelare, superficială, totală, cilindrică și anulară. Pag. 446-457

Diagnosticul. Caracterele. Legea lui Charpy. Exemple. Prognosticul. Factori agravanți. Tratamentul medical și chirurgical. Trepanația. > 457-468

Fracturile gabei. Definiție. Causă. Fracturi directe și indirecte. Mecanism. Fracturi prin flexiune exagerată pe un punct de sprijin și fracturi prin flexiunea liberă fără punct de sprijin. Diviziunea în fracturi a extremității superioare, medie și inferioare. Varietăți: transversale, oblice și în V. Mecanism. Teoria lui Gosselin și Tillaux. Exemple. Causa autorului. Pag. 469-476

Simptome. Fracturi simple, complicate și cu complicațiuni. Durerea, deformația, impotența funcțională și crepitarea. Caractere. Excepțiuni. Exemple > 477-482

Diagnosticul. Importanța echimosei și a durerii fixe. Caractere. Punctele principale ce trebuiesc stabilite în diagnostic. Prognosticul. Întârzieri și lipsă de consolidare. Morte subită. Mecanismul. Edemul și emfiseumul membrului. > 482-485

Tratamentul. Opinia și conduita autorului. Aparatul lui Malgaigne și Benjamin Anger. Tratamentul complicațiilor. > 485-489

Fractura peroneului. Considerațiuni generale asupra rolului acestui os. Fracturi directe și indirecte. Causă. Mecanism. Istorie. Hippocrate. I. L. Petit. David (Bassyle). Pouteau. Boyer. Dupuytren. Maisonneuve și Tillaux. Fracturi prin smulgere, divulsie și diastază. Opinia autorului. Fractura lui Hergott. Fractura lui Pott. Fractura lui Leroy. Caractere. Simptome. Semnele patognomonice. Diagnosticul diferențial într-o fractură a extremității inferioare a peroneului și entorsa piciorului. Descrierea entorsei. Prognostic și tratament. Diferite considerațiuni . . . > 489-507

Bólele genunchiului. Considerațiuni anatomice ale genunchiului și ale fosei poplitee. Traumatismele genunchiului. Leziuni ale arterei și venei poplitee. Simptome. Tratamentul. Afecțiunile inflamatorii ale genunchiului. Igroma cronică. Simptome. Tratamentul. Igroma acută sau abcesul bursei prerotuliene. Mecanismul formării acestei igrome. Simptome, prognostic, diagnostic, tratament. Artritele genunchiului, — gonită după Germani. Caractere. Artrita traumatică. Definițiune. Microbism latent. Simptome, prognostic, tratament. Considerațiuni asupra artritelor consecutive febrilor eruptive, intoxicațiilor generale și septicemiilor. pag. 508-518

Artrita sifilitică. Caractere. Formele sub cari se manifestă asupra articulațiilor: *artralgie, idartrosă și osteo-artrită propriu disă.* Considerațiuni generale și caracterele acestor forme. Localizarea lor. Idar-

trosa. Mariajul diatezei scrofuloase cu cea sifilitică—scrofulat de verolă. Origina idartrosei, simptome. — Osteopatia sau osteo-artrita sifilitică. Caractere. Cum începe procesul în artropatia sifilitică? Asemănarea cu tumora albă tuberculoasă. Prin ce se deosebesce de acesta? Simptomele, Diagnosticul diferențial între artropatia sifilitică și tumora albă tuberculoasă. Leziunile produse de artropatia sifilitică. pag. 518-524

Artrita blenoragică. Descripțiune. Patogenia. Experiențele lui Poncet. Observația autorului. Teoriile artritelor blenoragice. Părerile autorului. Teoria lui Bouillaud. Teoria lui Panas. Teoria lui Peter bazată pe diateză. Cum rededește blenoragia diateza? Trei teorii: teoria infecțiunii primitive sau unic gonococică, teoria infecțiunii secundare și teoria nervoasă. În ce perioadă a blenoragiei apar artritetele? Simptomele clinice ale artritei blenoragice: *artralgia, idartrosa și artrita propriu zisă*. Caracterele și simptomele lor. Formele artritei blenoragice propriu zise: I) Poliartrita. Simptome. Deosebirea între această artrită și cea reumatismală. II) Monoartrita acută. Cum apare ea? Simptome. Gravitatea acestei artrite. Artrită plastică anchilosantă și dislocantă. Diagnosticul artritei blenoragice. Tratament. » 524-533

Tumora albă a genunchiului. Definițiune. Cum se dezvoltă această afecțiune? Opiniunile lui Bonnet, Lisfranc și Nelaton. Anatomia patologică. Forme: I) tumora albă a părților moi. Unde începe primitiv tuberculosa genunchiului? Opiniunile lui Bonnet, Ollier, König, Volkmann și Lannelongue. Sinovita acută și sinovita fongosă. Caractere. Fongosități arborescente. Banda de desintegratiune. Experiențele lui Max Schüller, Riedel și König. Sinovita tuberculoasă. Caractere. Sinovita lipomatosa arborescentă. II) tumora albă a părților tari. Caract. III) tumora albă a părților osoase. Simptome. Tratament. Periostita tuberculoasă. Caractere. Opiniile diferitelor autori. Tuberculosa osoasă în tumorile albe. Care este eșagul tuberculosei? Opiniile lui Volkmann și Lannelongue. Diviziunea dată de Kiener și Poulet. Tubercul primitiv și cronic, tubercul tarbiv cu evoluțiune repede, și osteita tuberculoasă acută. Descrierea și caracterele acestor forme. Dispozițiunea tuberculilor în tumoră albă de origină osoasă. Secuestre parcelare și de carie. Caria tuberculoasă. Ce înseamnă cuvântul carie? Carie viermănoasă. Din câte zone este compus un focar de carie? Clinicesc câte tipuri de carie avem? pag. 533-554

Osteita tuberculoasă acută. Definițiune. Etiologia. Simptomele. . . » 554-558

Diagnosticul tumorii albe. Diagnosticul diferențial. Prognosticul. . . » 558-563

Tratamentul. Diferite procedee, Artritomie, sinovectemie. Resecțiunea genunchiului. Procedul autorului. » 563-565

Periartrita genunchiului. Definițiune. Caractere. Causale. Simptome. Diagnostic. Diagnosticul diferențial. Tratament. Pag. 567-571

Flegmonele și abcese ale fosei poplitee. Caractere. Chiștii regiunii poplitee. Caractere. Simptome. Diagnostic. Prognostic. Tratament. . . » 571-575

Tumorile genunchiului și ale fosei poplitee. Causale. Diagnosticul. Anevrismele arterei poplitee. Etiologia. Simptome. Prognostic, Diagnostic și tratament. » 575-577

Anchiloză genunchiului. Definițiune. Diviziune. Diviziunea lui Boyer.

- Diviziunea autorului. Anchilosa para-articulară periferică. Anatomia patologică. Experiențele lui Henquin și Busch. Anchilosa para-articulară centrală. Etiologia. Anchilosa intra-articulară ososă. Varietăți și subvarietăți. Anchilosa ososă centrală. Varietăți. Etiologia anchilozelor. Experiențele diferiților autori. Simptomele și diagnosticul. Tratamentul. Metóda de reducere a lui Bonnet din Lyon, Verduc și Malgaigne. Tenotomia și regulile ei. Osteotomia Pag. 577-591
- Atropatiile nervóse.** Diviziune. Causă. Artropatia tabetică. Anatomia patologică. Mecanism. Opiniunea lui Charcot. Caracterelor clinice ale acestei afecțiuni. Simptomele și diagnosticul. Cum apare această artropatie? » 591-597
- Atropatiile isterice.** Patogenie. Auto-sugestiune prin imitație. Sugestiunea traumatică. Sugestiunea experimentală. Mecanism. Simptome. Mersul și terminațiunea. Artrita uscată. Patogenie. Diferite opinii. Cum apare această bólă? Caractere. Anatomia patologică » 597-607
- Diagnosticul general al artropatiilor nervóse.* Cum se recunosc aceste artropatii? Prognosticul, tratamentul. » 607-610
- Ruperea ligamentului și tendonului rotulian.** Causă. Simptome. Tratament. **Fracturile rotulei.** Considerațiuni anatomice. Diviziunea acestor fracturi: directe, indirecte și mixte. Mecanism. Fracturi indirecte prin contractiunea musculară. Teoria asupra mecanismului acestor fracturi (Malgaigne și Boyer). Simptome. Experiențele lui A. Cooper. Diferite opinii. Opinia autorului. Diagnostic. Prognostic. Incapacitatea funcțională a membrului. Causă. Concluziuni. Fractura iterativă a rotulei, entorsa calusului. Tratament. Diferite procedee. Ghiara lui Malgaigne. Aparatul lui Trélat. Procedeele prof. Assaky. Sutără tardivă. Sutără intermediară anterioară. Extirparea totală a rotulei. » 610-630
- Luxațiile rotulei.** Considerațiuni anatomice. Causă. Diviziune. Mecanism. Simptome. Diagnostic. Prognostic. Tratament. » 630-633
- Luxațiile genunchiului.** Causă. Diviziune. Mecanism. Simptome. Diagnostic. Tratament » 633-637
- Luxația articulațiunei peroneo-tibiale superioare,** mecanism, simptome. Luxația cartilajelor semilunare și **corpă străină articulară,** caractere, cauze. Diviziunea clinică. Mecanism. Diviziunea după structură. Opinia lui Poulet și Vaillard. Simptome. Diferite opinii. Opinia autorului. Diagnostic. Tratament. » 637-645
- Entorsa genuchiului.** Definițiune. Deosebirea între o luxație și o entorsă. Leziunile entorsei. Etiologie, diagnostic, prognostic, tratament. Empirismul în tratarea acestor afecțiuni » 645-649
- Leziunile traumatice ale cõpsei.** Caractere. Simptome. Plăgile venei și arterei femorale. Când se produc aceste plăgi? Pentru ce le-
gând vena femorală dăm gangrena membrului? Discuțiuni. Metóda lui Gensoul. Aneurismele femorale. Simptome, prognostic, tratament . . . Pag. 651-655.
- Tumorile cõpsei.** Lipóme, fibróme și sarcóme. Diagnostic. Tratament. Tumorile regiunei inguinale. Lipóme, osteo-sarcóme și condróme. Tumori lichide, tratament. Aneurismele inguinale și iliace. Diviziunea lui Follin. Etiologie, diagnostic, prognostic. Pag. 655-658

Afecțiunile inflamatorii ale articulației coxo-femorale. Artrita tuberculoasă. Coxalgie. Definițiune. Istoric. Ce se înțelege ađi prin coxalgie? Periođa I. Caracterile. La ce etate apare această afecțiune? Anatomia patologică. Unde începe primitiv tuberculosa? Discuțiuni. Cercetări macroscopice și microscopice. Simptomele. Trei periođe: periođa de indoială, de confirmare și de distrucție. Caracteristica acestor periođe. Teoriile emise pentru explicarea durerii în genunchiú: teoria nervoasă, teoria de leziuni în canalul medular și teoria de simpatie. Argumentele aduse pentru susținerea acestor teorii. Opinia lui Fick. Explorațiunea metodică în coxalgie. Diferite semne: semnul giambașului, semnul de probă. Periođa II. Caractere. Atitudinea fixă a membrului, atitudinea pasageră, durabilă și definitivă. Caractere. Cause. Lungimea aparentă, lungimea reală. Periođa III. Caractere. Abcesele și diviziunea lor . . . Pag. 658-670

Diagnosticul coxalgiei. Sacro-coxalgie. Diagnostic diferențial între coxalgie și osteite epifisare, psoita, periartrita, coxalgia isterică, artrita blenoragică, reumatismală, etc. Mersul și prognosticul. Tratatamentul. Experiențele lui König. Tratatamentul în periođa a III-a. Artrotomii, rezecții, amputații . . . » 670-675

Artrita coxo-femorală în urma osteo-mielitei. Considerațiuni anatomice. Caractere, cause. Prognostic. Artrita uscată a șoldului. Diviziune. Caractere. Simptome. Diagnostic. Prognostic. Coxalgia isterică. Când apare această afecțiune? Observațiunile lui Charcot. Etiologia. Prin ce se deosebesc de coxalgia tuberculoasă? Tratatament. Periartrita coxo femorală. Caractere, cause, simptome. prognostic . . . » 675-679

Fracturile cõpsei. Considerațiuni. Diviziune. Fracturile extremităței superioare a femurului. Considerațiuni anatomice asupra gâtului femoral. Diviziune în gât anatomic și chirurgical. Cele două unghiuri ale gâtului femoral: cervico-femoral și cervico-trochanterien. Mecanismul fracturilor intra și exira-capsulare. Rolul celor două unghiuri. Opinia autorului. Etiologia. Constituțiunea anatomică a substanței spongioase, a gâtului femoral (calcar femorale). Rolul acestor fășii osoase în producerea fracturilor. Etatea și sexul . . . Pag. 680-694

Anatomia patologică. Diviziunea fracturilor cu unul sau mai multe fragmente. Direcțiunea liniei de fractură. Mecanismul penetrațiunei. Simptomele. Scurtarea și rotația piciorului în afară. Caracterele, mecanismul și consecințe clinice. Diagnosticul între contuzii, luxații și fracturile basinului. Rolul scurtării și rotațiunei membrului. Procedee pentru măsurarea scurtării. Verneuil, Bryant și Nelaton. Factorii cari agravază prognosticul. Tratatamentul rațional. Ppinia autorului . . . « 694-705

Fracturile corpului femarului. Diviziune. Limite. Frecvența după etate. Opinia lui Gürtl, a autorului și a d-lui prof. Rõmniceanu. Fracturi directe, indirecte și prin contracțiune musculară. Anatomia patologică, fracturi transversale și oblice. Cause. Simptome. Deformațiunile membrului ad latus, ad longitudinem, ad axim și ad periferiam, Mecanism. Explicațiunea epanșamentului în articulația genunchiului. Opiniunea lui Alison, Goselin și Berger, Lannelongue și Verneuil. Idartrosa funcțională a lui Volkmann. Intârzierile în consolidare și pseudoartrozele:

- flotantă, fibrósă, osteofitică și fibro-sinovială. Mecanism. Principiul tratamentului. Opinia autorului Pag. 705-720
- Fracturile extremității inferioare a femurului.** Diviziune. Deplasări. Mecanism. Fractura supra-condilienă, unicondilienă și bicondilienă. Caractere. Simptome, Diagnostic și tratament. » 720-727
- Luxațiile coxo-femorale.** Considerațiuni. Diviziune. Cause. Mecanismul producerii tipurilor patologice și clinice. Teoria lui Malgaigne, Tillaux și Bigelow. Rolul ligamentului în y. Mecanismul luxațiilor regulate și neregulate. Comentariile autorului. Simptomele. Diagnostic și tratament. Causele de ireductibilitate și incoercibilitate. Luxațiile patologice coxo femorale. Mecanism. Cause. Tratament » 727-75v
- Luxațiile congenitale ale cõpsei.** Teorii. Tratament. » 750-751
-

E R A T A

<u>La pag.</u>	<u>în loc de</u>	<u>să se citească</u>
64	or căreï tractururi	or căreï fracturi.
82	sinoviala corpului	carpului.
100	mai multe plăci	plici.
132	al doilea rând al metacarpului.	al carpului
138	comunicare anormală	comunicare normală
177	pronatie și supurație	pronație și supinație
185	opinia omisă	opinia emisă
195	iar cubitul să devie	iar cubitul să revie
196	reduce obstacolul	ridica obstacolul
196	indicarea epifisei.	ridicarea epifisei
201	Denué	Denucé
231	conformând'o.	confundându-o
263	furnuncule.	furuncule
286	supurație și distincție	supurație și distrucție
304	dacă no pôte fi.	dacă noroc pôte fi
305	maschéză simptomele fracturei, etc.	maschéză simptomele frac- turei, echimosa este
329	quasi-articulari	quasi-articulară
342	a aplica.	a apuca
319	Agnes	Agnew
355	Joffray	Joffroy
398	Focomelie bi-unilaterală	Focomelie unilaterală
434	impusă în afară	impinsă în afară
436	dînsa e iar marginea	iar marginea
436	linie ridigă.	linie rigidă
452	spaturile	spațurile
452	canalele din Havers	candela lui Havers.
489	așezat și la partea	așezat la partea
496	complicați	complexți
525	Poucet	Poncet.
577	αμόλος=curbat	αγκόλος=curbat
579	Heneque	Hennequin
580	ce influențéază.	infiltréază
581	prin flexiune	grin fusiune.

<u>La pag.</u>	<u>în loc de</u>	<u>să se citească</u>
582	Direcțiunea	Discuțiunea
583	subordonată	insubordonată
593	Virchow susținând	Virchow susține
594	renexă	reflexă
595	așa e subțiri dca și	așa de subțiri ca și
599	Dr. Obrezia	Dr. Obregia
601	bolnavul primește	bolnavul privește
641	Villaid	Vaillard
644	considcrabile	considerație
649	concoitent	concomitent
659	Mayolin.	Marjolin
659	diastasa.	diateză
661	revoluție	evoluție

TABLA DE MATERIE

	Pag.
Metoda de examinare a bolnavului din punctul de vedere chirurgical	1—62
DIVIZIUNEA I.	
Bólele membrelor superioare.	
CAP. I.	
Traumatismele degetelor și luxațiile	62—76
Bólele inflamatorii și mecanice ale degetelor: panarițiu, spina ventosa, dactilita sifilitică, artritele, neoplasmale, diformitățile și deget cu resort sau pedică	76—99
CAP. II. — Bólele mâineii.	
Anatomia, plăgile, fracturile, luxațiile metacarpienilor, flegmonul mâineii, rețracția aponevroșei palmare sau bóla lui Dupuytren, tumorile mâineii și viciul de conformație.	99—117
CAP. III. — Bólele pumnului.	
Anatomia, traumatisme, fracturi, luxații, inflamație, tumorii, artrite	117—145
CAP. IV. — Bólele antebrățului.	
Anatomia, tumorii, traumatisme; fracturi.	145—156
CAP. V. — Bólele cotului.	
Anatomia, traumatisme, fractura olecranului, luxațiile cotului.	156—211
CAP. VI. — Bólele brațului.	
Anatomia, traumatisme, anevrismele arterei umerale, fractura umerului.	211—224
CAP. VII. Bólele epoletului.	
Anatomia. Flegmonul axilei, tumorii, anevrisme	224—236

CAP. VIII. — Bólele regiunii claviculare.

Anatomia, flegmonul, fractura și luxațiile claviculei, artritele și neoplasmele 236—262

CAP. IX. — Bólele omoplatului.

Bólele inflamatorii și fracturii 262—278

CAP. X. — Bólele epoletului.

Anatomia, traumatismele, tumora albă, idartrosa, igroma, periartrita, tumorile, fracturile și luxațiile scapulo-umerale 218—351

CAP. XI. — Leziunile nervóse în traumatismele epoletului— . . 351—358

DIVIZIUNEA II.

Bólele membrilor inferioare.

CAP. I. — Bólele piciorului.

Anatomia, leziunile traumatice, inflamatorii, nutritive, morb perforant, tumoră albă, tarsalgia adolescenților, sinovitele, diformitățile, picior bont, tumori, fracturii, luxații. . . . 358—430

CAP. II. — Bólele gambei.

Anatomia, tumori, imflamații, genuchi valg, osteo-mielita, fracturii 430—508

CAP. III. Bólele genuchiului.

Anatomia, traumatisme, inflamație, igroma. 508—515

Artritele genuchiului, sifilitică, blenoragică 515—533

Tumora albă 533—557

Periartrita genuchiului, flegmónele, abcese, chiștii și tumorile regiunii poplitee 557—577

Anchilosa genuchiului 577—592

Artropatiile nervóse, tabetică, isterică și uscată 592—610

Ruperea tendonului rotulien și fractura rotulei 610—630

Luxațiile rotulei, a genuchiului, cartilajelor semilunare, corpă streini articulară și entorsa genuchiului 630—649

CAP. IV. — Afecțiunile còpsei.

Leziuni traumatice și tumori 649—658

Coxalgia, artrita deformantă, coxalgia isterică și periartrita . 658—680

CAP. V. — Fracturile còpsei.

Fracturile corpului extremității superioare și inferioare. . . . 680—727

Luxațiile coxo-femorale și congenitale 727—751

