

Δ Ε Λ Τ Ι Ο Ν

ΤΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ



ΤΟΜΟΣ 14 - 15

ΕΤΗ 1962 - 1963

ΤΕΥΧΟΣ 1

ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ — Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ — Π. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ

Bulletin

de la Société Hellénique de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie

Vol. 14—15 1962—1963 No 1

Bulletin

of the Hellenic Society of Orthopedic Surgery and Traumatology

Vol. 14—15 1962—1963 No 1

ΑΘΗΝΑΙ

1 9 6 4



Π Ι Ν Α Ε Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Ω Ν

<p><i>Δ. Ε. Καραβίας</i>: Παρατηρήσεις τινές επί τῆς ἐγχειρητικῆς ἀνατάξεως τοῦ ἔξαρθρήματος τῆς στερονοκλειδικῆς.</p>	<p>Σελίς 173</p>
<p><i>Γ. Χαρτοφυλακίδης - Γαροφαλίδης καὶ Β. Παπαθανασίου</i>: Περίπτωσης ἀσυνήθους κατάγματος κεφαλῆς μηριαίου.</p>	<p>» 175</p>
<p><i>Π. Συμεωνίδης</i>: Περίπτωσης ὀστεοποικιλώσεως.</p>	<p>» 179</p>
<p><i>Α. Καββαδίας</i>: Μετάθεσις τοῦ ὀρθοῦ κοιλιακοῦ μυός ἐπὶ παραλύσεων τῶν καμπτήρων καὶ ἔσω στροφῶν τοῦ ἰσχίου.</p>	<p>» 182</p>
<p><i>Κ. Καμπέρογλου</i>: Κάταγμα κοπώσεως κάτω τριτημορίου κνήμης καὶ περόνης</p>	<p>» 183</p>
<p><i>Κ. Ἡλιόπουλος καὶ Α. Παρασκευᾶς</i>: Ἐπὶ μιᾶς περιπτώσεως συγγενοῦς ἐλλείψεως τοῦ μείζονος θωρακικοῦ καὶ προσθίου ὀδοντώτου μυός.</p>	<p>» 185</p>
<p><i>Dr Robert Meary</i>: 1) Ἀρθρώσεις κνημιαστραγαλικῆς. 2) Συγγενὲς ραιβὸν ἰσχίον.</p>	<p>» 188</p>
<p><i>Θ. Γαροφαλίδης, Β. Σουρμελῆς καὶ Β. Παπαθανασίου</i>: Περίπτωσης βεβαίας μετατραυματικῆς σπονδυλολύσεως μετὰ ὀλικῆς πλαγιολισθήσεως καὶ παραπληγίας.</p>	<p>» 190</p>
<p><i>Θ. Γαροφαλίδης, Β. Σουρμελῆς καὶ Β. Παπαθανασίου</i>: Περίπτωσης ἠωσινοφίλου κοκκιώματος τοῦ λαγονίου ὀστού.</p>	<p>» 191</p>
<p><i>Β. Σουρμελῆς</i>: Περίπτωσης «μειευτικῆς παραλύσεως» μετὰ πλήρους παραλύσεως τοῦ δελτοειδοῦς, τῶν καμπτήρων τοῦ ἀγκῶνος καὶ ἄλλων τινῶν μυῶν. Ἐπιτυχῆς ἀντιμετώπισις δι' ἀρθροδέσεως τῆς συστοίχου κατ' ὄμον καὶ τενοντομεταθέσεως τοῦ τρικεφάλου. Ἐπίδειξις ἀσθενοῦς.</p>	<p>» 193</p>
<p><i>Π. Συμεωνίδης</i>: Ἀσυνήθης ἀνωμαλία τῆς αὐχενικῆς μοίρας τῆς σπονδυλικῆς στήλης.</p>	<p>» 194</p>
<p><i>Ν. Κάτσαρης καὶ Δ. Μουρούδης</i>: Ἀνακοίνωσις δύο περιπτώσεων βαρείας ἐγκεφαλικῆς παραλύσεως (τύπου σπαστικῆς παραπληγίας) βελτιωθέντων διὰ τῆς ἐγχειρήσεως κατὰ Eggers.</p>	<p>» 197</p>
<p><i>Α. Ζαούσης</i>: Ἀρθροδεσία τοῦ παραλύτου ὤμου διὰ τῆς τεχνικῆς Brocks - Ζαούση.</p>	<p>» 201</p>



κρόν ἐντός

ργεῖται, δυ-
σι' ἐνδομυ-
μὲ Injection
φορικὴ δε-
ς δισκίων

αὶ φύσιγγες
καστον κ.ἐ.
tertiary -

TRADEMARK



- Θ. Γαροφαλίδης και Β. Σουρμελής : Εὐμέγεθες ὄστεοχόνδρωμα ἠβροϊσχιακοῦ κλάδου, προκαλέσαν σημεῖα μερικής ἐκ πίεσεως ἀποφράξεως τοῦ ἐντέρου. » 205
- Θ. Γαροφαλίδης και Β. Σουρμελής : Στατοκινητικὴ κατάστασις ἀσθενῶν μετὰ χειρουργικὴν ἐξαίρεσιν ἠβροϊσχιακοῦ κλάδου. » 207
- Θ. Γαροφαλίδης, Γ. Χαρτοφυλακίδης — Γαροφυλίδης και Χ. Ρηγοπούλου : Ὅστικαὶ ἀλλοιώσεις ἐπὶ περιπτώσεως ὑποφυσιογενοῦς ὑπογεννητισμοῦ. » 210
- Ι. Χαρτοφυλακίδης — Γαροφαλίδης και Χ. Ρηγοπούλου : Ἀποτέλεσμα αἱματηρᾶς ἀνατάξεως ἐξαρθρώματος τοῦ ἀγκῶνος. » 215
- Α. Καββαδίας και Α. Ζάχος : Ἐπὶ μιᾶς περιπτώσεως μελορροστώσεως. » 217
- Α. Ἀρξιμάνογλου, Κ. Βατόπουλος, Θ. Χανιώτης και Ε. Χλαπουτάκης : Ἐπίδειξις ἀσθενοῦς, πάσχοντος ἐκ χολοστεατώματος τελικῆς ληκύθου νωτιαίου μυελοῦ. » 222
- Γ. Χαρτοφυλακίδης — Γαροφαλίδης, Γ. Καμπόρογλου και Δ. Λάμπρου : Συνδυασμὸς τῆς κατὰ Voss ἐγχειρήσεως και τῆς ὑποτροχαντηρίου ὀστεοτομίας εἰς τὴν θεραπείαν τῆς παραμορφωτικῆς ἀρθρίτιδος τοῦ ἰσχίου. » 224
- Κ. Καμπέρογλου και Ν. Μαριακάκης : Ἐπιφυσιοδυσπλασία τροχαντῆρος ἐπὶ ραιβοῦ ἰσχίου. » 227
- Α. Ἀρξιμάνογλου : Σάρκωμα κνήμης. » 229
- Α. Ἀρξιμάνογλου : Μεταστατικὸς καρκίνος κνήμης. » 230
- Γ. Χαρτοφυλακίδης — Γαροφαλίδης, Χ. Ρηγόπουλος και Ν. Παπαβασιλείου : Ἀναμετάλλωσις ὀστικῶν μεταστάσεων ΣΑ τοῦ μαστοῦ, διὰ συντηρητικῆς θεραπείας. » 231
- Κ. Ἡλιόπουλος και Κ. Σαμαρᾶς : Περίπτωσης μερικής διεκπρίσεως ἀμφοτέρων τῶν ὀστέων ἀντιβραχίου. » 234
- Ν. Σκαράκης : 1) Κάταγμα αὐχένου ἀστραγάλου. 2) Κάταγμα αὐχένου μηριαίου, ἐπὶ παιδός. » 236
- Α. Ξ. Καββαδίας και Α. Ζάχος : Ἐπὶ δύο περιπτώσεων ἰδιοπαθοῦς ραιβοῦ βραχίου. » 238
- Α. Καββαδίας και Θ. Ἀσλάνογλου : Χονδροσάρκωμα τῶν μαλακῶν μοριῶν. » 244
- Κ. Ἡλιόπουλος : Ἐντυλώσεις ἀπὸ τὴν 50ην σύνοδον Γερμανικῆς Ὀρθοπεδικῆς Ἑταιρείας. » 248
- Κ. Καμπέρογλου : Ὀστεοτομία τῆς πτέρνης πρὸς διόρθωσιν ραιβοκοιλοποδίας. » 254

- 205 Β. Σουρμελής : Ἀντιμετώπισις εὐμεγέθους ἐντοπίσεως πρωτο-
παθοῦς ὄγκου ὁμοπλάτης δι' ὀλοσχεροῦς ἐξαιρέσεως τοῦ
ὄστοῦ. » 256
- 207 Β. Σουρμελής : Ἀσβεστοποίησης τένοντος καμπτήρων δακτύ-
λων χειρός. » 260
- 210 Β. Σουρμελής : Λειτουργικότης ἀγκῶνος κατόπιν ἐξαιρέσεως
215 τῶν κάτω $\frac{4}{5}$ τῆς ὀλένης. » 261
- 217 Β. Σουρμελής : Ἀντιμετώπισις παραλύσεως τετρακεφάλου διὰ
μεταθέσεως τοῦ δικεφάλου διὰ τῆς «ἔσω ὁδοῦ». » 264
- Χ. Παπαδόπουλος : Περίπτωσις πλαγιογναθισμοῦ, ἀποκατα-
σταθεῖσα χειρουργικῶς, δι' ἑτεροπλεύρου μερικῆς διεκπρί-
σεως τοῦ σώματος τῆς κάτω γνάθου. » 267

222

224

227

229

230

231

234

236

238

244

248

254

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

ΔΙΟΝ. Ε. ΚΑΡΑΒΙΑ: Παρατηρήσεις τινές επί της χειρουργικής ανατάξεως του εξάρθρωματος της στερνοκλειδικής.

Είναι γνωστόν, ότι η ώμική ζώνη, ἐφ' ἧς εἶναι προσηρμοσμένον τὸ ἄνω ἄκρον, συνάπτεται πρὸς τὸν ὑπόλοιπον σκελετὸν διὰ μιᾶς καὶ μόνης ἀρθρώσεως, τῆς στερνοκλειδικῆς. Ἡ ἀσυνήθης ἀντοχή τῆς ἀρθρώσεως ταύτης τυγχάνει: ἐπίσης γνωστῆ ἐκ τῆς σπανιότητος τῶν εξάρθρωμάτων αὐτῆς καὶ τῆς ὑψηλῆς συχνότητος τῶν καταγμάτων τῆς κλειδός.

Ὅσάκις κατόπιν κακώσεως ἐπέλθῃ ρῆξις τῶν ἐνισχυόντων τὴν ἀρθρῶσιν συνδέσμων, ἐπακολουθεῖ ἐξάρθρωμα ταύτης. Τὸ συνηθέστερον ἐξάρθρωμα τῆς στερνοκλειδικῆς εἶναι τὸ ἄνω πρόσθιον, ἐνῶ τὸ κάτω πρόσθιον εἶναι ἀσύνθηδες καὶ τὸ κάτω ὀπίσθιον λίαν σπάνιον.

Πληθὺς ἐπεμβάσεων ἔχει ἐπινοηθῆ πρὸς ἀποκατάστασιν τοῦ περι ὃ λόγος ἐξάρθρωματος. Δύο μόνον ἐξ αὐτῶν, ὡς προκύπτει ἐκ τῆς ἀναδρομῆς εἰς τὴν διεθνή βιβλιογραφίαν εἶναι αἱ ἐπικρατέστεραι. Ἡ μία συνίσταται εἰς τὴν συρραφήν τοῦ κινητοποιηθέντος μεσαρθρίου χόνδρου (μηνίσκου), ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ στερνικοῦ ἄκρου τῆς κλειδός. Ὑπὲρ αὐτῆς συνηγορεῖ καὶ ὁ Watson - Jones. Ἡ ἑτέρα ἐγκρατεῖται εἰς τενοντόδεσιν τῆς κλειδός διὰ μεταθέσεως τῆς ἐκείθεν τῆς μεσότητος ταύτης, καταφύσεως τοῦ ὑποκλειδίου μύος, εἰς τὸ στερνικὸν ἄκρον αὐτῆς (ἐγχείρησις τοῦ Jackson Burrows H.).

Ἐπὶ τῆς ἐπιδεικνυομένης περιπτώσεως ἐφηρμόσαμεν ἀμφοτέρας τὰς ἀνωτέρω δύο ἐπεμβάσεις. Ἐπιπροσθέτως δέ, μεταξύ τῆς πρώτης καὶ τῆς δευτέρας ἐξετελέσαμεν συνδεσμομετάθεσιν τοῦ ἀποσπασθέντος ἐκ τῆς πρώτης πλευρᾶς ρομβοειδοῦς συνδέσμου (πλευροκλειδικοῦ), δι' ἀναστροφῆς τοῦ ἔξω ἄκρου αὐτοῦ πρὸς τὰ ἔσω ὅπερ καὶ συνεργάσαμεν ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ στέρνου.

Ἡ διὰ τοῦ ρομβοειδοῦς συνδέσμου συγκράτησις τοῦ στερνικοῦ ἄκρου τῆς κλειδός εἶναι ἐξόχως στερεᾶ, λόγῳ τῶν ἰσχυρῶν ἰνῶν τοῦ συνδέσμου τούτου. Σημειωτέον, ὅτι ὁ ρομβοειδῆς σύνδεσμος κατὰ τὸ ἐξάρθρωμα δὲν ρήγγυται,

ἀλλ' ἀποσπᾶται ἐκ τῆς πρώτης πλευρᾶς, ἐνθα προσφύεται ὀλιγώτερον ἰσχυρῶς ἢ ἐπὶ τῆς κλειδός.

Ἐπιτραπῆ εἰς ἡμᾶς νὰ προσθέσωμεν, ὅτι οὐδαμοῦ ἐν τῇ διεθνῇ βιβλιογραφίᾳ ἀνεύρομεν ἐγχειρητικὴν ἀξιοποίησιν τοῦ εἰρημένου συνδέσμου πρὸς ἀποκατάστασιν τοῦ ἐξαρθρήματος τῆς στερνοκλειδικῆς. Οἱ μνημονεύοντες τοῦτον, κατὰ τὴν ἐπεξεργασίαν τοῦ ἰδίου θέματος συγγραφεῖς, φέρουν ἅπαντες αὐτὸν ὡς ἐρρηγμένον, τὴν δὲ ρῆξιν αὐτοῦ ὡς ὑπεύθυνον τοῦ ἐξαρθρήματος. Πάντες δὲ ἀποσκοποῦν νὰ ἀντικαταστήσουν τὴν λειτουργίαν του ὑπὸ ἐτέρων μαλακῶν μορίων, μεταθέτοντες τὰ τελευταῖα, εἴτε ἐκ τῶν πέριξ, εἴτε ἐξ ἀπομακρυσμένων περιοχῶν.

Ὁ παρουσιάζόμενος νέος Π. Ι., ἡλικίας 18 ἐτῶν, ἐκ Πειραιῶς, εἰσῆλθεν εἰς τὴν Α' Χειρουργικὴν Κλινικὴν τοῦ Θεραπευτηρίου «Ἐυαγγελισμός» τῇ 19ῃ Δεκεμβρίου 1961, αἰτιώμενος διὰ παρά φύσιν ἀνύψωσιν τοῦ στερνικοῦ ἄκρου τῆς ἀριστερᾶς κλειδός αὐτοῦ, ὁσάνκις ἢ ἀριστερὰ ἄκρα χεῖρ ἤρχετο εἰς θέσιν ἀνατάσεως. Τὸ ἀνωτέρω παρατήρησεν ἀπὸ μὴνός περιπού. Ὁ ἀσθενής, πρὸ διαστήματος, μείζονος κατὰ τινὰς ἡμέρας τοῦ μὴνός, ὑπέστη πτώσιν, ἀποτέλεσμα τῆς ὁποίας ὑπῆρξεν πόνος καὶ παραμόρφωσις τῆς ἀριστερᾶς στερνοκλειδικῆς ἀρθρώσεως.

Ἡ ἐγχείρησις ἐγένετο τῇ 23ῃ Δεκεμβρίου 1961 ὡς περιεγράφη ἀνωτέρω. Ἡ κινητοποίησις τῆς ἀριστερᾶς κατ' ὄμιον ἤρχισε μετὰ πάροδον μὴνός ἀπὸ τῆς ἐπεμδάσεως.

Σήμερον, μετὰ παρέλευσιν δύο μηνῶν ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, παρατηροῦμεν, ὅτι ὁ ἀσθενής ἐκτελεῖ μὲ εὐχέρειαν πάσας τὰς κινήσεις τῆς ἀριστερᾶς κατ' ὄμιον ἀρθρώσεως, ἐνεργητικῶς, χωρὶς αἰτῆ νὰ προκαλοῦν παρά φύσιν μετακίνησιν τοῦ στερνικοῦ ἄκρου τῆς ἀριστερᾶς κλειδός. Οὕτω, τὸ ἐπιτευχθὲν ἀποτέλεσμα δύναται νὰ χαρακτηρισθῇ ὡς ἐξαιρετόν.

S U M M A R Y

D. KARAVIAS: Some remarks of the surgical restoration of the sternoclavicular dislocations.

Ρ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ—ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ και Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Περίπτωσης ανω-
νήθους καταγμάτων κεφαλής μηριαίου.

Τὰ κατάγματα τῆς περιοχῆς τοῦ ἰσχίου, λίαν συχνὰ εἰς τὴν καθ' ἡμέραν
τραυματολογίαν, ἀφοροῦν εἰς ποσοστὸν 80% εἰς ἄτομα ὑπερβάντα τὸ 60ὸν ἔ-
τος τῆς ἡλικίας καὶ τυγχάνουν συχνότερα ἐπὶ τοῦ θέλεος.

Διακρίνομεν κατάγματα τῆς περιοχῆς τῶν τροχαντήρων καὶ κατάγματα
ἐνδοαρθρικά τοῦ μηριαίου αὐχένος. Τὰ κατάγματα τοῦ αὐχένος τοῦ μηριαίου,
πλὴν τῆς διαιρέσεως εἰς θασιαυχενικά, εἰς μεσότητος τοῦ αὐχένος καὶ εἰς ὑπο-
κεφαλικά, διαιροῦνται κατὰ Pauwels εἰς III τύπους, ἀναλόγως τῆς γωνίας,
τὴν ὁποίαν σχηματίζει ἡ γραμμὴ τοῦ κατάγματος μετὰ τοῦ ὀριζοντίου ἐπιπέ-
δου.

Ἡ πρόγνωσις τῶν καταγμάτων τυγχάνει διάφορος, ἐξαρτωμένη ἐκ μη-
χανικῶν καὶ τροφολογικῶν παραγόντων.

Ἡ μηριαία κεφαλὴ αἵματοῦται: ἐκ διαφόρων πηγῶν. Ὁ στρογγύλος σύν-
δεσμος περιέχει τὴν ὀμόνυμον ἀρτηρίαν, ὁ δὲ Chandler ἀπέδειξεν, ὅτι ὑφί-
στανται ἀναστόμωσις μετὰξὺ τῶν ἀγγείων τοῦ στρογγύλου συνδέσμου καὶ τῶν
ἀγγείων τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου (εἰς 109 ἐπὶ 114 ἐξετασθεισῶν περιπτώ-
σεων). Ἡ κυκλοφορία τῆς μηριαίας κεφαλῆς διατηρεῖται καὶ διὰ τῶν ἀγγείων
τοῦ ἀρθρικοῦ θυλάκου, ἰδίᾳ τοῦ ὀπισθίου τμήματος τούτου.

Τὰ τροφοφόρα ἀγγεῖα τοῦ ἀνωτέρου τμήματος τῆς μηριαίας διαφύσεως
ἐκτείνονται μόνον μέχρι τῆς θάσεως τοῦ αὐχένος, μὴ συμμετέχοντα εἰς τὴν αἰ-
μάτωσιν τῆς κεφαλῆς.

Ὡς ἐκ τῶν ἀνωτέρω, ἡ ἐπιπλοκὴ τῆς ἀσθήπτου νεκρώσεως τῆς κεφαλῆς
τοῦ μηριαίου καθίσταται λίαν πιθανή ἐπὶ ὑποκεφαλικοῦ κατάγματος τοῦ μη-
ριαίου, ἔνεκα ρήξεως ἢ θρομβώσεως τῶν ἀγγείων τοῦ ἀρθρικοῦ θυλάκου κατὰ
τὴν στιγμήν τῆς κακώσεως καὶ ταυτοχρόνου ρήξεως τοῦ στρογγύλου συνδέ-
σμου.

Ἡ θεραπεία ἐκλογῆς διὰ τὰ κατάγματα τοῦ αὐχένος τοῦ μηριαίου εἶναι
ἡ ἥλωσις κατὰ Smith Petersen καὶ ἡ ἐν συνεχείᾳ πρόϊμος κινητοποίησις τοῦ
πάσχοντος.

Ἡ ἡμετέρα περίπτωσις ἀφορᾷ εἰς ἄρρεν ἄτομον, τὸ ὁποῖον διεκομίσθη ἐν
ἡμέρᾳ ἐφημερίας εἰς τὴν Πανεπιστημιακὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν.

Ἰστορικόν: Ἀσθενὴς ἡλικίας 39 ἐτῶν διακομιζόμενος παρ' ἡμῶν
ἐξ ἐπαρχίας. Τὴν προηγουμένην ἀπὸ τῆς εἰσαγωγῆς του ἡμέραν, ὑπέστη πτώ-
σιν ἐξ ὕψους 4 μέτρων περίπτου, (πτώσις ἐκ τινος γεφύρας). Διακομίζεται διὰ
κάκωσιν τῆς περιοχῆς τοῦ ἀριστεροῦ ἰσχίου.

Τοπικὴ καὶ γενικὴ κατάστασις: Ὁ ασθενὴς φέ-
ρει εἰς τὴν μετωπιαίαν χώραν συρραφὲν τραῦμα μήκους 5 ἐκ. ὡς καὶ ἐκδορᾶς

κατὰ τὸ πρόσωπον καὶ τὰς χεῖρας αὐτοῦ. Τὸ ἀριστερὸν σκέλος ἐμφανίζει ἐκ-
σεσημασμένην ἐξωτερικὴν στροφὴν.

Διὰ τῆς κλινικῆς ἐξετάσεως διαπιστοῦται πλήρης λειτουργικὴ ἀνικανό-
της τοῦ σκέλους τούτου. Ὁ ἀσθενὴς αἰτιᾶται δι' ἄλλος κατὰ τὸ ἀριστερὸν ἰ-
σχίον. Ἡ γενικὴ κατάστασις αὐτοῦ εἶναι καλὴ.

Ὁ ἀκτινολογικὸς ἐλέγχος ἀπέδειξε τὴν θραξὶν ὑποκεφαλικῶς κατάγμα-
τος τοῦ ἀριστεροῦ μηριαίου ὡς καὶ ὑποπτον σχισμὰς πιθανολογουμένην
ὡς πιθανὴν γραμμικὴν κατάγματος κατὰ τὴν κεφαλὴν τοῦ μηριαίου. Ἐτέθη ἐν-
δείξεις ἠλώσεως καὶ ὁ ἀσθενὴς ὑπεβλήθη εἰς τὰς συνήθεις προεγχειρητικὰς ἐρ-
γαστηριακὰς ἐξετάσεις καὶ προετοιμασίας.



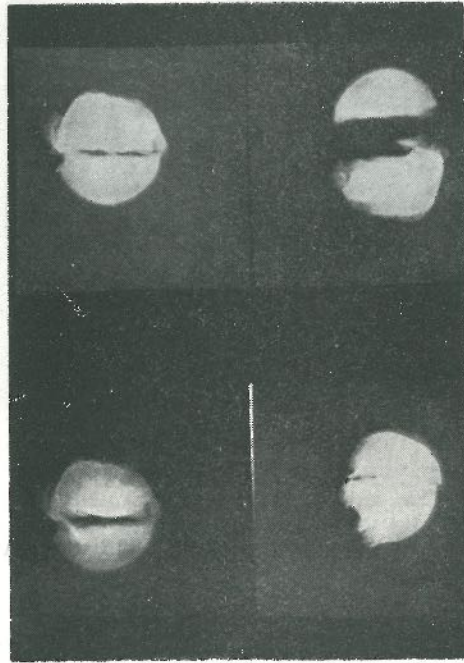
Εἰκ. 1.— Προεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία

Ἐ γ χ ε ἰ ρ η σ ι ς : Ὁ ἀσθενὴς ὑπεβλήθη εἰς ἐγχείρησιν 5 ἡμέρας ἀπὸ
τῆς εἰσαγωγῆς του εἰς τὴν Κλινικὴν. Ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν ἐγένετο προσπά-
θεια ἀνατάξεως τοῦ κατάγματος, ἥτις δὲν ἀπέβη ἱκανοποιητικὴ, ὡς κατεδεί-
χθη ὑπὸ τοῦ ἐκτελεσθέντος ἀκτ) κοῦ ἐλέγχου.

Κατόπιν αὐτοῦ ἀπεφασίσθη ἡ ἐκτέλεσις ἀνοικτῆς ἀνατάξεως καὶ ἐγένε-
το προσπέλασις τοῦ ἰσχίου κατὰ Smith - Petersen.

Μετά τὸν διαχωρισμὸν καὶ τὴν ἀποκόλλησιν τῶν μαλακῶν μορίων ἐγένετο ἡ προσπέλασις τῆς ἀρθρώσεως καὶ ἡ διάνοιξις τοῦ θυλάκου ταύτης. Ὁ αὐχὴν τοῦ μηριαίου ἐνεφάνιζε κατάγμα ἀμέσως ὑπὸ τὴν κεφαλὴν, ἣτις καὶ ἀνευρέθη κατεργεῖσα εἰς 2 τεμάχια περίπου ἰσομεγέθη.

Ἀπεφασίσθη ἐν συνεχείᾳ, ὥπως ἐξαιρεθῆ ἡ κεφαλὴ τοῦ μηριαίου, ἀντὶ τῆς ἠλώσεως ταύτης. Τοῦτο δέ, διότι ἡ λίαν ὑψηλὴ ἐντόπισις τοῦ ὑποκεφαλικοῦ κατάγματος καθίστα λίαν πιθανὴν τὴν μελλοντικὴν ἐμφάνισιν ἀσήπτου νεκρώσεως τῆς κεφαλῆς. Ἡ ὑπαρξίς τοῦ κατάγματος τῆς μηριαίας κεφαλῆς θὰ ἐπεβάρυνεν ἔτι περαιτέρω τὴν πρόγνωσιν, ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὴν διατήρησιν τῆς αἱματώσεως τῆς κεφαλῆς, θὰ ἀπετέλει δὲ ἀνυπέρβλητον ἐμπόδιον εἰς περίπτωσην προσπαθείας ἠλώσεως ταύτης. Τὰ τεμάχια τῆς κεφαλῆς, ὅθεν, ἀφηρέθησαν καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐξετελέσθη σύγκλισις κατὰ στρώματα καὶ τελεία ραφή τοῦ τραύματος.

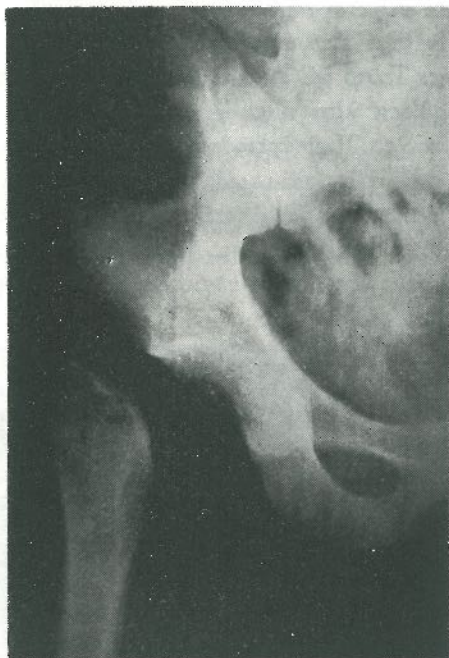


Εἰκ. 2.— Ἀφαιρεθέντα τεμάχια τῆς μηριαίας κεφαλῆς

Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία ὑπῆρξεν ἁμαλῆ, 2 δὲ ἑβδομάδας μετὰ τὴν ἐπέμδασιν ὁ ἀσθενὴς ἤρchiσεν ὑποβαλλόμενος εἰς κινήσιοθεραπείαν τοῦ σκέλους.

Ὁ ἀσθενὴς ἐξῆλθε τῆς Κλινικῆς 40 ἡμέρας ἀπὸ τῆς εἰσαγωγῆς του, βα-

δίξων άνευ άλγους, τῇ δοηθείᾳ βακτηριῶν μασχάλης. Ἡ ἀνωτέρω περίπτωσις ἀφορᾷ εἰς ἀσύνηθες κάταγμα τῆς περιοχῆς τοῦ ἰσχίου, ὡς προκύπτει καὶ ἐκ τῆς ἀναδιφῆσεως τῆς εἰς ἡμᾶς προσειτῆς διδλογραφίας.



Εἰκ. 3.— Μετεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία δεικνύουσα τὴν ἔκτομὴν τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου

S U M M A R Y

G. CHARTOFILAKIDIS and V. PAPATHANASIOU : An unusual case of fracture of the femoral head.

ΠΑΝ. ΣΥΜΕΩΝΙΑΔΗ.—Περίπτωσης όστεοποικιλώσεως.

Πρόκειται περί άρρενος άτομου Κουλ. Δ. έτων 23, όστις προσήλθεν προς εξέτασηιν κατόπιν κακώσεως τής ποδ/κής. Η γενομένη άκτι/φία δέν έδειξε τίποτε από πλευράς κατάγματος, έδειξε όμως μικράς πυκνωτικας κηλίδας εις τά όστια του άκρου ποδός και τó κάτω άκρον τής κνήμης. Η εικών ηγειρεν ύπονοίας όστεοποικιλώσεως ήτις και έπεβεβαιώθη δι' άκτι/φιδών του λοιπού σκελετου.

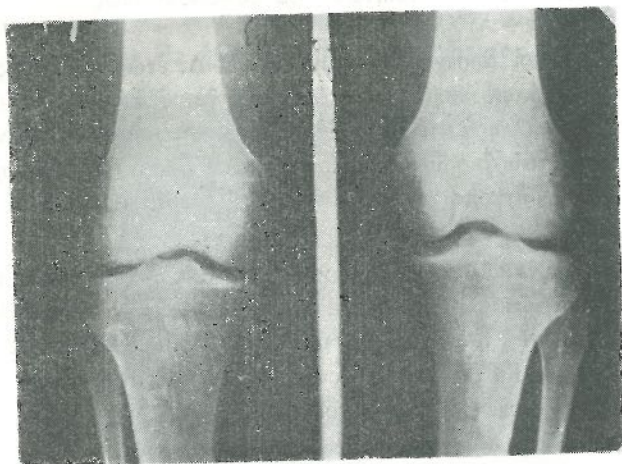
Τά όστια τής λεκάνης, τά άνω και κάτω άκρα τών μηριαίων και τών κνημών, τά όστα τών άκρων χειρών και ποδών έφερον πολυαριθμους χαρακτηριστικας ωοειδεις ή σφαιρικας μικράς κηλίδας μήκους 2—8 χιλ. και πλάτους 1—4 χιλ. Τά όστα του κρανίου αι πλευραι ή Σπον. Στήλη δέν ένεφάνιζον ως πάντοτε συμβαίνει τοιαύτας αλλοιώσεις.



Εικ. 1.— Περίπτωσης όστεοποικιλώσεως. Διακρίνονται αι χαρακτηριστικαι όστεοπυκνωτικαι κηλίδες εις τά άνω άκρα τών μηριαίων περι τας κοτύλας και έκατέρωθεν τών ιερολαγονιδών άρθρώσεων.

Λόγω του ότι θεωρείται υπό πολλών ως κληρονομική έγιναντο άκτι/φιαί του σκελετου του πατρός του ενδιαφερομένου χωρίς όμως να άνευρεθούν παρόμοιαι αλλοιώσεις. Τά λοιπά μέλη τής οικηγενείας δέν ηλέγχθησαν.

Δέν θα υπεισελθωμεν εις τας λεπτομερειας τής όστεοποικιλώσεως, ήτις δέν αποτελεί έν τή πραγματικότητι νοσολογικήν οντιότητα αλλά άκτι/κήν τοιαύτην. Είναι άγνώστου αιτιολογίας, άσυμπτωματική, σπανία, περιγρα-



Εικ. 2.— Αί κατά γόνυ αρθρώσεις τῆς ἰδίας περιπτώσεως φέρουσαι τὰς αὐτὰς κηλίδας εἰς τὰ ἄνω ἄκρα τῶν κνημῶν καὶ εἰς τὰ κάτω ἄκρα τῶν μηρῶν.

φρεῖσα τὸ πρῶτον ὑπὸ τοῦ Stiede (1905) καὶ ἐν συνεχείᾳ ὑπὸ τῶν Albers - Schönberg 1915 οἵτινες περιέγραψαν περισσότερον τυπικὴν περίπτωσιν.

Φέρεται ἐν τῇ Διεθνῇ Βιβλιογραφίᾳ ὑπὸ τὰ ὀνόματα: osteopoikilosis, osteopathia condensans disseminata, spotted bones ἢ ὡς μία τῶν νόσων Albers - Schönberg.

S U M M A R Y

P. SYMEONIDES: A case of osteopockilosis.

Α Ρ Χ Α Ι Ρ Ε Σ Ι Α Ι

Γενομένων ἀρχαιρεσιῶν ἐξελέγησαν οἱ κάτωθι:

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ:	Πρόεδρος
Α. ΧΑΤΖΗΓΕΩΡΓΙΟΥ:	Ἀντιπρόεδρος
Κ. ΚΑΜΠΕΡΟΓΛΟΥ:†	Γεν. Γραμματεὺς
ΑΔ. ΖΑΟΥΣΗΣ:	Ταμίας
Σ. ΛΕΩΝΙΔΗΣ:	Εἰδ. Γραμματεὺς

Ἐξελέγη ἐπίσης ἐπιτροπὴ ἐκδόσεως τοῦ δελτίου τῆς Ἑταιρείας ἀποτελουμένη ἐκ τῶν Βεν. Σουρμελή, Κ. Ἡλιοπούλου, Π. Συμεωνίδη.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 28 ΜΑΡΤΙΟΥ 1962

Προσφώνησις κ Προέδρου.

Κ. ΚΑΜΠΙΡΟΓΛΟΥ : Τὸ ἐπιστημονικὸν ἔργον τῆς Ἑταιρείας κατὰ τὸ ἔτος 1961.

Α. ΖΑΟΥΣΗΣ : Ἀπολογισμὸς Ταμείου ἔτους 1961.

Δ. ΚΑΡΑΒΙΑΣ : Προβολὴ κινηματογραφικῆς ταινίας τυφλῆς μεθόδου ἠλώσεως κατάγματος αὐχένου μυελίου.

1 *

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

A. KΑΒΒΑΔΙΑΣ: Μετάθεσις τοῦ ὀρθοῦ κοιλιακοῦ μυοῦ ἐπὶ παραλύσεων τῶν καμπτήρων καὶ ἔσω στροφῶν τοῦ ἰσχίου.

Ὁ ἀσθενὴς τὸν ὁποῖον, ἐπιδεικνύω, ἡλικίας σήμερον 39 ἐτῶν, φέρει βαρῆα ὑπολείμματα πολιομυελίτιδος κατ' ἀμφότερα τὰ σκέλη. Οὗτος προσεβλήθη ὑπὸ τῆς νόσου εἰς ἡλικίαν 4 ἐτῶν καὶ μέχρι πρὸ θετίας, ὅποτε εἰσῆχθη εἰς τὸ Νοσοκομεῖον Κιλκίς, εἰς οὐδεμίαν θεραπείαν εἶχεν ὑποβληθῆ.

Ἐκτὸς τῶν ἄλλων διορθωτικῶν ἐπεμβάσεων, αἱ ὁποῖαι τοῦ ἐγένοντο, ἐξετελέσθη ἐπ' αὐτοῦ, πρὸ 5 ἐτῶν, καὶ ἡ ἐγχείρησις τῆς μεταθέσεως τοῦ δεξιοῦ ὀρθοῦ κοιλιακοῦ μυός, προεκταθέντος διὰ λωρίδος πλατείας περιτονίας, εἰς τὴν ὑποτροχαντήριον περιοχὴν τοῦ ἀριστεροῦ μηριαίου ὀστού.

Καθὼς βλέπετε, ὁ μετατεθεὶς μὲς εἶναι λίαν ἰσχυρὸς καὶ ὁ ἀσθενὴς δύναται νὰ ἀνυψῶνῃ δι' αὐτοῦ τὸ τεταμένον σκέλος του, ἐκ τοῦ ἐπιπέδου τῆς κλίνης. Ἐπὶ πλέον οὗτος δύναται νὰ ἐλέγχῃ τὰς κινήσεις στροφῆς τοῦ ἰσχίου του καὶ νὰ φέρῃ τὸν μηρὸν εἰς ἔσω στροφήν. Τέλος δύναται νὰ ἀνέρχεται κλίμακα διὰ τοῦ ἀριστεροῦ σκέλους, πράγμα τὸ ὁποῖον τοῦ ἦτο ἀδύνατον πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως.

Καίτοι αἱ ἐνδείξεις διὰ τὴν ἐγχείρησιν ταύτην εἶναι μάλλον περιορισμέναι, ἐθεώρησα σκόπιμον νὰ σᾶς ἐπιδείξω τὸν ἀσθενῆ τοῦτον 5 ἔτη μετὰ τὴν ἐγχείρησιν. Περιγραφὴ τῆς ἐγχειρήσεως ὡς καὶ ἐνδείξεις αὐτῆς ἀναφέρονται εἰς ἀνακοίνωσιν, γενομένην εἰς τὸ τελευταῖον Πανελλήμιον συνέδριον Χειρουργικῆς.

S U M M A R Y

A. KAVADIAS: Transplantation of the rectum femoral muscle in paralysis of flexor and internal rotator muscle of the hip.

Κ. ΚΑΜΠΕΡΟΥΛΟΥ: Κάταγμα κοπώσεως κάτω τριτημορίου κνήμης και περόνης.

Έχουμε την τιμήν να επιδείξωμεν εις την Έταιρίαν τας ακτινογραφίας του ασθενούς Σ. Ανδρέα έτων 13 νοσηλευομένου εις την Α' Ορθοπαιδικήν Κλινικήν του Νοσοκομείου ΠΙΚΠΑ Πεντέλης.

Πρόκειται περί νεαρού ποιμένου, όστις, χωρίς να προηγηθῆ κάκωσις, ήρχισε παραπονούμενος κατά την βάδισιν δι' άλγος κατά την άρ. ποδοκνημικήν επιτεινόμενον μετά κόπωσιν και συνοδευόμενον υπό οίδηματος εις την ως άνω περιοχήν, άνευ πυρετικής κινήσεως.

Τά συμπτώματα του ασθενούς ύπεχώρησαν μετά άνάπαυσιν 8 ήμερών. Ένεφανίσθησαν όμως πάλιν με την έναρξιν τής βαδίσεως, δι' ο προσήλθεν εις τὸ Νοσοκομείον.

Κατά την εξέτασιν παρουσιάζει οίδημα περι τὰ σφυρά και τὸ κάτω τριτημορίον τής άρ. κνήμης, άνευ έρυθρότητος ή ηύξημένης τοπικής θερμοκρασίας. Αί κινήσεις τής ποδοκνημικής είναι φυσιολογικαί άνώδυνοι. Υπάρχει άλγος τῆ πίεσει άμφοτέρων τών όστων άνωθεν τών σφυρών και εις απόστασιν 6 εκ. από τής κορυφής τούτων. Αί έργαστηριακαί εξέτάσεις είναι φυσιολογικαί. Η ακτινογραφία δεικνύει έγκαρσίαν λεπτήν γραμμήν κατάγματος του κάτω τριτημορίου τής κνήμης εις απόστασιν 5 εκ. από τής κορυφής του έσω σφυρού και ένα παλαιότερον πυρούμενον κατάγμα του κάτω τριτημορίου τής περόνης εις τὸ αὐτὸ περίπου ύψος. Η γραμμὴ του κατάγματος τής περόνης είναι αρκετά εύρεια, περιφερικῶς δὲ δεικνύει έλαφράν σκλήρυνσιν. Δὲν υπάρχουν έτεραί όστικαί άνωμαλίαι.

Πρὸς αποκλεισμόν παθολογικοῦ κατάγματος έγέμετο βιοψία τής περόνης, ήτις έδειξε τμημάτια πυκνῶν διυφασμένων όστίτου ίσοῦ μετά περιοχῶν ύφισταμένης εισέτι όστεοπλασίας, άνήκοντα πιθανώτατα εις πύρον.

Στοιχεία ειδικῆς φλεγμονῆς δυσπλασίας ή κακοήθους νεοπλασματικῆς έπεξεργασίας δὲν άνευρέθησαν. Θεραπευτικῶς έφηρμόσθη μηροκνημοποδικός γύψινος επίδεσμος επί 3 μήνας, ότε και επήλθε πύρωσις του κατάγματος.

Πολλά κατάγματα κοπώσεως του κάτω τριτημορίου τής περόνης έχουν περιγραφῆ μετά την επί του θέματος μελέτην του Burrows (1940) κατάγματα όμως κοπώσεως του κάτω τριτημορίου τής κνήμης είναι σπάνια. Οί Singer και Maudsley (1954) περιγράφουν 5 περιπτώσεις, άνευρον δὲ άλλας 3 περιπτώσεις εις προηγουμένη βιβλιογραφίαν.

Κάταγμα κοπώσεως του κάτω τριτημορίου κνήμης και περόνης επί του αὐτου σκέλους συγχρόνως αναφέρεται μία μόνον περίπτωση εις του David Murray (1957) επί παιδίου ήλικίας 16 έτων. Τά κατάγματα κοπώσεως τής περόνης έντοπίζονται εις απόστασιν 5 εκ. από τής κορυφής του έξω σφυρού εις τὸ αὐτὸ δὲ περίπου ύψος από του έσω σφυρού τὰ τής κνήμης.

Δὲν είναι παθολογικά κατάγματα εις περιοχὴν χονδρώματος ή ένώδους

παραλύσεων

φέρει βαρέα
εβλήθη υπό
εις τὸ Νο-

έγοντο, έξε-
του δεξιού
ας, εις τήν

ενῆς δύνα-
ῆς κλίνης.
ου του και
ίμακα δια
; έγχειρή-

ορισμέναι,
; έγχείρη-
; εις άνα-
ογικής.

in para-

δυσπλασίας του ὀστού, ἀλλ' αὐτόματα κατάγματα φαινομενικῶς φυσιολογικοῦ ὀστού. Φαίνεται ὅτι εἶναι ἀποτέλεσμα συσσωρεύσεως κακώσεων, αἵτινες μόναι εἶναι ἀνεπαρκεῖς νὰ προκαλέσουν κάταγμα.

Παρατηρεῖται βραδύτης πωρώσεως, δὲν ὑπάρχουν ἐνδοσπινικαὶ διαταραχαὶ καὶ οἱ βιοχημικαὶ ἐξετάσεις εἶναι φυσιολογικαί.

S U M M A R Y

K. KAMPEROGLOU : A fatigue fracture of the lower third of tibia and fibula.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Κ. ΗΑΙΟΠΟΥΛΟΥ — Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑ: Ἐπὶ μιᾷ περιπτώσεως συγγενοῦς ἐλλείψεως τοῦ μείζονος θωρακικοῦ καὶ προσθίου ὀδοντώτου μυός.

Ὁ μικρὸς Τ. Γ. ἐτῶν 6, νοσηλευόμενος εἰς τὴν Καρδιολογικὴν κλινικὴν τοῦ Γεν. Νοσοκ. Πειραιῶς, παρεπέμφθη εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν κλινικὴν πρὸς ἐξέτασιν, ὡς παρουσιάζων παραμόρφωσιν τοῦ ἀριστεροῦ ἡμιθωρακίου.

Ἐκ τοῦ ἱστορικοῦ τοῦ ἀσθενοῦς μανθάνομεν, ὅτι ἐγεννήθη μετὰ φυσιολογικὴν κύησιν καὶ τοκετὸν ἐκ μητρὸς πασχούσης ἐκ βροχοκλήτης. Ἀπὸ τῆς γεννησεῶς του παρουσίαζεν ἀνωμαλίαν κατὰ τὸ πρόσθιον θωρακικὸν τοίχωμα.

Ἐκ τῆς κλινικῆς ἐξετάσεως οὐδὲν τὸ παθολογικὸν διαπιστοῦται, πλην μιᾶς πρὸς τὰ δεξιὰ μετατοπίσεως τῆς καρδίας καὶ διὰ τὴν ὁποίαν εἰσῆλθεν εἰς τὴν Καρδιολογικὴν κλινικὴν πρὸς ἔρευνα. Ἐκ τῶν ἐργαστηριακῶν ἐξετάσεων οὐδαμία διεπιστώθη ἀνωμαλία.

Ἐκ τῆς Ὀρθοπαιδικῆς ἐξετάσεως διαπιστοῦται ἀποπλάτυσις τοῦ ἀριστεροῦ ἡμιθωρακίου, ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὸ δεξιόν, ὅπερ ἐμφανίζεται προέχον, παρουσιάζει δὲ καὶ ἔλλειψιν μυϊκῆς μάζης κατὰ τὸ πρόσθιον καὶ πλάγιον τοίχωμα. Τὸ δέρμα μόνον καλύπτει τὰς πλευράς, αἱ ὁποῖαι σαφῶς διαγράφονται ὑπ' αὐτό. Ἡ σύστοιχος θηλή τοῦ μαστοῦ ἐμφανίζεται μικροτέρα καὶ ὑψηλότερον κειμένη, ἐν σχέσει πρὸς τὴν δεξιάν. Παρουσιάζει ἐπίσης μικρὰν ἀνύψωσιν τοῦ ὤμου. Ἐκ τῆς ράχεως τοῦ παιδίου βλέπομεν ἀνύψωσιν τῆς ὠμοπλάτης, στροφὴν αὐτῆς πρὸς τὰ ἔξω, προπέτιαν τοῦ νωτιαίου χεῖλους καὶ τῆς κάτω γωνίας αὐτῆς. Ἐκ τῆς ἐπισκοπῆσεως διατυποῦμεν τὴν γνώμην, ὅτι πρόκειται περὶ συγγενοῦς ἐλλείψεως τῆς στερνοπλευρικῆς καὶ κοιλιακῆς μοῖρας τοῦ μείζονος θωρακικοῦ μυός ὡς καὶ τοῦ προσθίου ὀδοντωτοῦ. Διὰ τῆς ἀκτ)κῆς ἐξετάσεως καὶ κυρίως διὰ τῆς μυϊκῆς δοκιμασίας ἐπιβεβαιώσαμε τὴν διάγνωσίν μας. Οὕτω, ἀκτ)κῶς ἐλλεῖπει ἢ ὑπὸ τοῦ μείζονος θωρακικοῦ μυός προκαλουμένη σκιά κατὰ τὸ ἀριστερὸν ἡμιθωράκιον. Διὰ τοῦ μυϊκοῦ test διαπιστοῦμεν, ὅτι, ἐνῶ ὁ δεξιὸς Μ. Θ. εἶναι 5, ὁ ἀριστερὸς εἶναι 3, κατὰ τὴν τέλεισιν δὲ αὐτοῦ, ἦτοι, κατὰ τὴν προσπάθειαν προσαγωγῆς τῶν ἐν ἀπαγωγῇ βραχιόνων ὑπὸ ἀντίστασιν, οὐδόλως διαγράφονται αἱ δύο κάτω μοῖραι τοῦ μυός, ἐλλεῖπει δὲ καὶ τὸ πρόσθιον τοίχωμα τῆς μασχάλης. Ἀντιθέτως κατὰ τὴν προσαγωγὴν τοῦ ὀριζοντίως ἀνυψωμένου βραχίονος ὑπὸ ἀντίστασιν, σαφῶς διαγράφεται ἡ κλειδικὴ μοῖρα τοῦ μυός.

Κατὰ τὴν ἐξέτασιν τοῦ προσθίου ὀδοντωτοῦ μυός διαπιστοῦμεν, ὅτι τὸ νωτιαῖον χεῖλος τῆς ὠμοπλάτης, κατὰ τὴν ὄθησιν διὰ τεταμένων βραχιόνων, ὅχι μόνον δὲν καθηλοῦται εἰς τὸ θωρακικὸν τοίχωμα, ὡς εἰς τὸ ὑγιές, ἀλλὰ προέχει ἔτι περισσότερο, δίκην ἀνοικτοῦ παραθυροφύλλου.

Ὁ μείζων θωρακικός (Μ. Θ.), μὲς ἀποτελεῖται ἀπὸ τρεῖς μοῖραι: α) Τ ἢ γ κ λ ε ἰ δ ι κ ἢ γ, ἐκφυομένην ἀπὸ τὰ δύο ἔσω τριτημόρια τῆς κλει-

δός. β) Τήν στεργνοπλευρικήν, ἐκφυομένην ἀπὸ τῆν νπροσθίαν ἐπιφάνειαν τοῦ στέργνου καὶ ἀπὸ τῶν 6 ἢ 6 πρώτων πλευρικῶν χόνδρων, καὶ γ) Τήν κοιλιακήν μοῖραν, ἐκφυομένην ἀπὸ τῆν θήκην τοῦ ὀρθοῦ κοιλιακοῦ μυός. Αἱ μυῖκαι ἴνες συγκλίνουν πρὸς τὰ ἔξω καὶ καταφύονται εἰς τὸ πρόσθιον χεῖλος τῆς ἀβλακος τοῦ δικεφάλου. Ἡ κατάφυσις γίνεται διὰ δύο τενοντωδῶν πετάλων, τοῦ προσθίου, προερχομένου ἐκ τῆς κλειδικῆς μοῖρας καὶ ἐκ τῶν ἰνῶν τῆς στεργνοπλευρικῆς, τῶν ἔχουσῶν ὀριζοντίαν πορείαν καὶ τοῦ ὀπισθίου πετάλου, προερχομένου ἐκ τῶν λοιπῶν ἰνῶν τῆς στεργνοπλευρικῆς καὶ κοιλιακῆς μοῖρας, ἔχουσῶν ἀνιούσαν φοράν. Τὰ δύο αὐτὰ τενοντωδῆ πέταλα σάφως χωρίζονται ἀπ' ἀλλήλων διὰ λιπώδους στρώματος μέχρις ἐγγύς τῆς καταφύσεώς των ὅπου καὶ συνενθῶνται.

Ἡ τοιαύτη καταφυτικὴ διάταξις τοῦ μυός χωρίζει αὐτὸν εἰς δύο μοῖρας, εἰς τῆν ἄνω καὶ κάτω. Ὁ χωρισμὸς αὐτὸς ἐπιθεδοῦται καὶ ἐκ τῆς νευρώσεως τοῦ μυός, ἣτις γίνεται διὰ τοῦ μείζονος προσθίου θωρακικοῦ νεύρου καὶ τοῦ ἐλάσσονος θωρακικοῦ νεύρου. Καὶ ἡ μὲν ἄνω μοῖρα λαμβάνει ἴνας ἐκ τοῦ Α5 - Α6 μυελοτομίου, ἡ δὲ κάτω, ἐκ τοῦ Α7 - Α8. Ὁ χωρισμὸς αὐτὸς εἰς ἄνω καὶ κάτω μοῖρα θεδοῦται καὶ ἐκ τῶν κινήσιολογικῶν δυνατοτήτων μιᾶς ἐκάστης, ὡς ὁ Duchenne de Boulogné παραδέχεται καὶ ὡς ἀπέδειξε διὰ πειραμάτων ἀναφερομένων εἰς τὸ κλασσικόν του βιβλίον ἐπὶ τῆς φυσιολογίας τῶν κινήσεων.

Ἡ ἐνέργεια μιᾶς ἐκάστης μοῖρας κατὰ τὸν Duchenne de Boulogné, εἶναι ἡ ἐξῆς: Ἐπὶ κρεμαμένου βραχίονος ἡ ἄνω μοῖρα φέρεται τὸν ὄμον πρὸς τὰ ἄνω καὶ ἔμπρός, ἐνθ' ἡ κάτω καταδιβάξει αὐτὸν. Ἐπὶ ἀνυψωμένου βραχίονος, ἡ ἄνω μοῖρα καταδιβάξει αὐτὸν μέχρι τοῦ ὀριζοντίου, ἡ κάτω συνεχίζει τὴν κίνησιν πρὸς τὰ κάτω καὶ ἔσω, ἣτοι διὰ τῆς ἄνω μοῖρας γίνεται, ὑπὸ τοῦ ἰερέως, ἡ κίνησις τῆς εὐλογίας, διὰ τῆς κάτω γίνεται, ὑπὸ τοῦ σκαπανέως, ἡ κίνησις τῆς ἀξίνης. Διὰ τῆς ἄνω μοῖρας γίνεται ἐπίσης ἡ ἐκ τῶν πλαγιῶν ὀριζοντία προσαγωγή τοῦ βραχίονος.

Ἡ συγγενῆς ἔλλειψις τοῦ Μ. Θ. μυός εἶναι μᾶλλον σπάνια περίπτωσις, εἴτι δὲ σπανιωτέρα ἢ σύγχρονος ἔλλειψις τοῦ προσθίου ὀδοντωτοῦ μυός.

Ὁ Abromèits ἀναφερόμενος ὑπὸ τοῦ Κόχαλη, συνέλεξεν ἐκ τῆς βιβλιογραφίας 186 περιπτώσεις. Δυνατὸν αὕτη νὰ εἶναι ὀλικὴ ἢ μερικὴ. Συνήθως εἶναι μονόπλευρος καὶ μερικὴ. Ἐπὶ περιπτώσεων μερικῆς ἔλλείψεως τοῦ Μ. Θ. μυός, ἡ κάτω μοῖρα εἶναι ἡ ἔλλείπουσα, ὅπως ἀκριβῶς καὶ εἰς τὴν περίπτωσίν μας.

Πρόκειται περὶ ἀπλασίας τοῦ μυός ἐπερχομένη κατὰ τὸν 2ον ἐμβρυϊκὸν μῆνα. Ἡ πάθησις συνοδεύεται ὑπὸ διαταράχῶν τοῦ δέρματος, ὑπὸ μορφὴν ἀτροφίας αὐτοῦ ἔλλείψεως ἰδρωτοποιῶν ἀδένων καὶ τριχοφυίας. Ὁ μαστὸς καὶ ἡ θηλὴ αὐτοῦ εἶναι ὑποτυποδῶς ἀνεπτυγμένα. Δυνατὸν νὰ συνυπάρχη ἀσυμμετρία τοῦ θώρακος, συγγενῆς ἀνύψωσις τῆς ὀμοπλάτης ὡς καὶ ὑποπλασία τοῦ συστοίχου ἄνω ἄκρου.

Ἄξιον σημειώσεως τυγχάνει, ὅτι κατὰ τοὺς συγγραφεῖς, ἡ ἔλλειψις τοῦ Μ. Θ. μόνον δὲν προκαλεῖ σοβαρὰν λειτουργικὴν διαταραχὴν τοῦ ἄνω ἄκρου. Ὁ μικρὸς μας ἀσθενὴς δι' οὐδεμίαν παραπονεῖται λειτουργικὴν ἀνικανότητα. Ἀναφέρονται περιπτώσεις ἀτόμων, φερόντων ἔλλειψιν τοῦ Μ. Θ., τὰ ὅποια καὶ τὴν στρατιωτικὴν των θητεῖαν ἐξετέλεσαν καὶ ἤσκησαν σκληρὰ χειρωνακτικὰ ἐπαγγέλματα.

Ὁ Marmor ἐπὶ μίᾳς περιπτώσεως ἐνήλικος, φέροντος ἐτερόπλευρον συγγενῆ ἔλλειψιν τῆς κάτω μοίρας τοῦ Μ. Θ. ἐνήργησε δυναμομετρικὸν ἔλεγχον τῶν διαφόρων κινήσεων ἀμφοτέρων τῶν βραχιόνων καὶ εὔρε σημαντικὴν ἐλάττωσιν τῆς δυνάμεως μέχρι καὶ 50% ἐπὶ τοῦ πάσχοντος κατὰ τὴν ὀριζοντίαν προσαγωγὴν τοῦ βραχιόνου εἰς τὸ ὕψος τοῦ ὤμου, κατὰ τὴν ἔσω στροφὴν αὐτοῦ, καὶ κατὰ τὴν κατάσπασιν τοῦ βραχιόνου ἐκ τῆς ὀριζοντίας θέσεως. Ἐν τούτοις ὁ ἀσθενὴς οὐδεμίαν δυσκολίαν εἶχεν εἰς τὰς κινήσεις τοῦ βραχιόνου καὶ τοῦ ὤμου κατὰ τὴν καθημερινὴν του ζωὴν, ἐκτὸς εἰς ἐντόνους ἀθλητικὰς ἐκδηλώσεις, αἱ ὅποια ἀπήτην ἔσω στροφὴν καὶ προσαγωγὴν.

Ἐὰν ὁμως, πλὴν τοῦ Μ. Θ. ἔλλείπουν καὶ ἕτεροι μῦες, τότε ἡ λειτουργικὴ ἱκανότης μειοῦται ἀναλόγως, ὅποτε προκρίπτουν ἐνδείξεις χειρουργικῆς θεραπείας.

Μία ἐκ τῶν ἐνδείξεων πρὸς χειρουργικὴν θεραπείαν εἶναι ἡ ὑπαρξίς πτερογοειδοῦς καὶ ἀνυψωμένης ὠμοπλάτης. Ἡ ἀνύψωσις τῆς ὠμοπλάτης ἐνταῦθα εἶναι, ὡς πιστεύομε μυϊκῆς αἰτιολογίας, δευτεροπαθῆς καὶ ἐπομένως διάφορος τῆς συνήθους συγγενοῦς ἀνυψώσεως τῆς ὠμοπλάτης, τῆς γνωστῆς ὡς παραμόρφωσις τοῦ Spréngel, ὅπου παραδεχόμεθα τὴν μὴ κάθοδον αὐτῆς κατὰ τὸν 3ον ἐμβρυϊκὸν μῆνα εἰς τὴν ὀρθὴν τῆς θέσιν. Ὅφειλεται εἰς τὴν λόγῳ τῆς ἔλλειψεως τῆς κάτω μοίρας τοῦ Μ. Θ. μῦός, κυρίᾳ ἐνέργεια τῆς ὁποίας εἶναι ἡ κατάσπασις μέσω τοῦ βραχιονίου, τῆς ὠμοπλάτης, ἐπικράτησιν τῶν ἀνταγωνιστῶν μυῶν, ἤτοι τοῦ τραπεζοειδοῦς (κλειδικῆς καὶ ὠμοπλατιαίας μοίρας) καὶ τοῦ ἀνεκλήθρος τῆς ὠμοπλάτης, ἔργον τῶν ὁποίων εἶναι ἡ ἀνύψωσις αὐτῆς. Ἡ καθηλωμένη ἐπὶ τοῦ θωρακικοῦ τοιχώματος ὠμοπλάτη εἶναι ἀπαραιτήτος διὰ τὴν ὀρθοσίν τοῦ βραχιόνου εἰς τὸν ὅποιον παρέχει σταθερὰν βάσιν κινήσεως. Δὲν ἐπιτυγχάνεται δὲ αὕτη ἐπὶ ἔλλειψεως τοῦ προσθίου ὀδοντωτοῦ μῦός.

Εἰς τὸν μικρὸν μας ἀσθενῆ δὲν ἐσυστήσαμεν χειρουργικὴν θεραπείαν, διότι οὐδεμίαν αἰτιᾶται λειτουργικὴν ἀδυναμίαν, παρ' ὅλον ὅτι διὰ τοῦ μυϊκοῦ test ἐδαθμολογήσαμεν τὸν Μ. Θ. μὲ 3. Συμβουλευσαμεν ἐνεργητικὴν κινήσιο-θεραπείαν, πρὸς ἀνάπτυξιν τῶν ὑπολοίπων μυῶν καὶ πιθανὴν ἀναπλήρωσιν τῶν ἔλλειπόντων.

S U M M A R Y

K. HELIOPOULOS and A. PARASKEVAS: On the congenital absence of the pectoralis major muscle.

Dr ROBERT MEARY: 1) Άρθρόδεσις κνημαστραγαλικής. 2) Συγγενές ραιβόν ισχίον.

Η μελέτη αυτή τών άπωτέρων αποτελεσμάτων τής άρθροδέσεως τής ποδοκνημικής βασίζεται επί 32 περιπτώσεων, αβτινες έγινοντο διά μεμονωμένης δλάβης τής περιοχής τής ποδοκνημικής (τραυματικής προελεύσεως γενικώς) και αι όποια επανεξετάσθησαν, τούλάχιστον 2 έτη άργότερον και εις τάς όποιας ή άγκύλωσις έπετεύχθη άνευ παραμορφώσεων και άνευ επιπλοκών.

Τό λειτουργικόν αποτέλεσμα τυγχάνει εξάίρετον εις 8 περιπτώσεις, καλόν εις 18 και μέτριον εις 6.

Τά κακά αποτελέσματα όφείλονται εις άλλος κατά τήν ραχιαίαν κάμψιν του ποδός, ήτις έμποδίζει τήν προσθίαν στήριξιν, τήν πλήρη κινητικότητα, τήν άνοδον εις κλίμακας, και τήν άρσιν βαρών.

Τό άλλος τούτο εις τήν κάμψιν φαίνεται να δείχνη μίαν ανεπάρκειαν του ποδός, ιδίως τής ύποστραγαλικής.

Ό συγγραφεύς εξάγει εκ τής μελέτης τά ακόλουθα συμπεράσματα:

Η ποδοκνημική άρθρόδεσις δέν είναι μία άνώδυνος επέμβασις και δέν πρέπει να προτείνεται, παρά μόνον, εάν ή λειτουργική δυσχέρεια είναι εξεσημασμένη. Πρέπει να προτιμώνται αι επεμβάσεις, αι διατηρούσαι τήν κινητικότητα, όσάκις αβται έχουν λογικήν πιθανότητα επιτυχίας.

Δυνάμεθα πιθανώς να ελαττώσωμεν τήν άπήχησιν εις άρθρωσιν του Chopart:

— Έλαττώνοντας τήν διάρκειαν τής άκίνητοποίησης διά μέσου κνημαστραγαλικής καθηλώσεως διά κοχλίου πολύ πλέον στερεάς παρά αυτής τής τεχνικής τών Crawford — Adams.

— Αποφεύγοντας ακόμη εις τήν γυναίκα κάθε κνημαστραγαλικήν ίπποποδίαν.

— Και κάμνοντας μετά τήν έγχείρησιν φυσιοθεραπευτικήν επιμελημένην άγωγήν.

ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΡΑΙΒΟΝ ΙΣΧΙΟΝ

Υπό τὸν ὄρον αὐτὸν ὀνομάζομεν 2 διαφόρους παθήσεις:

Τὸ ἀληθὲς συγγενὲς ραιβὸν ἰσχίον.

Πάθησις ἀνευρισκομένη κατὰ τὴν γέννησιν καὶ κατὰ τὴν ὁποίαν ἢ γωνία μεταξὺ αὐχένος καὶ διαφύσεως δὲν εἶναι, παρὰ ἓν ἐκ τῶν στοιχείων δυσπλασίας τοῦ σκέλους, τῶν ὁποίων τὸ πλεόν συχρὸν εἶναι ἢ ἀπλασία τοῦ ἀνωτέρου τμήματος τοῦ μηριαίου.

Τὸ παιδικὸν ραιβὸν ἰσχίον.

Γενικῶς ἐκδηλοῦται μετὰ τὴν ἑναρξιν τῆς βαδίσσεως. Ἡ χλωότης φέρει τὴν σκέψιν ἐξαρθρώσεως, ἀλλὰ ἢ ἀκτινογραφία ἐπιτρέπει τὴν διάγνωσιν.

Ἐν ἀπουσίᾳ θεραπείας, ὄρισμένα μορφαὶ ἐξελισσονται ὀλίγον καὶ δὲν δίδουν παρὰ ἐλάχιστα ἐνοχλήματα. Συχνότερα, αἱ θλάβαι ἐπιδεινοῦνται προσδευτικῶς σὺν τῷ χρόνῳ καὶ καταλήγουν εἰς ἐκτεταμένην ἀλλοίωσιν τοῦ ἀνωτέρου τμήματος τοῦ μηριαίου.

Ἡ παθογένεια παραμένει σκοτεινὴ. Φαίνεται πῶς ἀρχικῶς ὑπάρχει μία διαταραχὴ τῆς ἀναπτύξεως εἰς τὸ ἔσω τμήμα τῆς βάσεως τοῦ αὐχένος, ἣτις δημιουργεῖ εἰς αὐτὸ τὸ σημεῖον ζώνην ἠλαττωμένης ἀντιστάσεως. Τὸ ὑπόλοιπον τῆς ἐξελίξεως εἶναι ἀποτέλεσμα τῶν μηχανικῶν ἐπιδράσεων ἐπὶ τῆς ζώνης ταύτης.

Εἰς τοὺς παῖδας ἢ ὀστεοτομία εἶναι ἡ μόνη θεραπευτικὴ μέθοδος. Αἱ κλασσικαὶ ὀστεοτομίαι δίδουν μέτρια ἀποτελέσματα. Μόνον ἡ ὀστεοτομία τοῦ Pawells ἐπιτρέπει τὴν ἀποκατάστασιν ἐνὸς φυσιολογικοῦ ἄνω 1) 3 μορίου τοῦ μηριαίου. Αἱ παρατηρήσεις τοῦ Pawells δὲν ἐπιδέχονται ἀμφισβήτησιν, ἀλλὰ φαίνεται πῶς ὑπάρχει κίνδυνος νεκρώσεως τῆς κεφαλῆς, τὸν ὁποῖον κίνδυνον ὁ συγγραφεὺς δὲν ἐσημείωσεν.

Ἐπὶ τοῦ ἐνήλικος τὰ ἀποτελέσματα εἶναι μέτρια ἔνεκα τῆς ἐξεσημασμένης ἀπλασίας τῆς κοτύλης, ἣτις δύναται νὰ ἐπιφέρῃ κατόπιν ὑπεξάρθρωμα καὶ τῆς συχρότητος τῆς νεκρώσεως τῆς κεφαλῆς.

ὁποῖον

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ—Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ: 'Οστεολυτική έπεξεργασία ήβικου και λαγονίου επί καρκινώματος βουβωνικού αδένου παρατηρηθείσα μετά όκταετίαν από της πρώτης βιοψίας. (Χειρόγραφον δέν κατετέθη).

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDES and V. SOURMELIS: Osteolytic lesion of the Iliac bone a case of c.a. of inguinoi gland observed eight years oftei the first biopsy.

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ—Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ και Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Περίπτωσης θεβαίας μετατραυματικής σπονδυλολύσεως μετά όλικής πλαγιολισθήσεως και παραπληγίας.

Προβαίνομεν εις επίδειξιν ακτινογραφιών μιας περιπτώσεως άρρενος άσθενούς, ήλικίας 24 ετών, διακομισθέντος παρ' ήμιν έν ήμέρα έφημερίας.

Ός μάς ανέφερεν ούτος, ένθ' ειργάζετο εις έπαρχίαν κατεπλακώθη υπό όγκώδους τεμαχίου θράχου τρεις ήμέρας πρό της διακομιδής του εις την Πανεπιστημιακήν Όρθοπεδικήν Κλινικήν. Κατά την είσοδόν του έν τη κλινική ένεφάνιζε πλήρη χαλαράν παραπληγίαν μετά έπισχέσεως ούρων και κοπράνων. Ό γενόμενος ακτινολογικός έλεγχος απέδειξε την ύπαρξιν της έπιδεικνυομένης σπονδυλικής κακώσεως.

Τονίζομεν, ότι πρόκειται ούχι περί έξαρθήματος ή κατάγματος - έξαρθήματος των άρθρικων άποφύσεων, αλλά περί θεβαίας μετατραυματικής σπονδυλολύσεως μετά πλαγιολισθήσεως άνευ προσθίας ή όπισθίας μετατοπίσεως του σπονδύλου. Έπιδεικνύομεν την άνωτέρω περίπτωσιν διά τό σπάνιον αύτης, εις τε την όπ' έφει μας βιβλιογραφίαν ούδεμίαν παρομοίαν περίπτωσιν άνεύρομεν. Πρός άντιμετώπισιν της καταστάσεως έγένετο σκέψις έγχειρήσεως, συνι-

σταμένης εις ανάταξιν καί εις σταθεροποίησιν ταύτης δια πλακός Wilson, τοῦτο δέ, ἵνα ὁ ἄσθενής δυνηθῆ νὰ ὑποστῆ κατάλληλον κινησιοθεραπείαν καί πιθανῶς, μελλοντικῶς, ἐπαγγελματικόν προσανατολισμόν.

Ἐνεκα τῆς ἐλλείψεως παρ' ἡμῖν εἰδικοῦ κέντρου ἀποκαταστάσεως παραπληγικῶν, ἀπεφασίσαμεν τελικῶς, ὅπως ἀπόσχωμεν τῆς ἐγχειρητικῆς θεραπείας. Ὁ ἄσθενής 6 ἡμέρας ἀπὸ τῆς εἰσαγωγῆς του ἐν τῇ Κλινικῇ κατέληξε, πιθανῶς ἐξ ἐμβολῆς, καίτοι ἡ γενική του κατάστασις ἦτο καλή. Νεκροτομῆ δὲν ἐπετράπη νὰ ἐκτελεσθῆ.

SUMMARY

TH GAROFALIDES and V. SOURMELIS: A case of real post-traumatic spondylolysis with laterel-olisthesis and paraplegia.

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ, Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗ, Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Περίπτωσης ἠωσινοφίλου κοκκίωματος τοῦ λαγονίου ὀστέου.

Ἡ Πανεπιστημιακὴ Ὀρθοπαιδικὴ Κλινικὴ ἐπιδεικνύει ἀκτ)φίας μιᾶς περιπτώσεως ἠωσινοφίλου κοκκίωματος, ἐντοπιζομένου εἰς τὸ λογόνιον ὀστέον, ἐγγὺς τῆς ὀφθαλμοῦ τῆς κοτύλης.

Τὸ ἠωσινοφίλον κοκκίωμα ἀποτελεῖ νέαν σχετικῶς κλινικὴν ἐντότητα. Περιγράφει τὸ πρῶτον κατὰ τὸ ἔτος 1940, σήμερον δὲ πλείστοι συγγραφεῖς παραδέχονται, ὅτι τοῦτο, ὁμοῦ μετὰ τῆς νόσου τῶν Letterer - Siwe καὶ τῆς νόσου τῶν Hand - schüller - Christian, ἀποτελοῦν παραλλαγὰς τῆς αὐτῆς παθολογικῆς ἐπεξεργασίας.

Πρόκειται, ἐηλονότι, περὶ δικτυοενδοθηλιώσεων, ἀγνώστου αἰτιολογίας, πιθανῶς φλεγμονώδους, αἵτινες θάσει παθολογοανατομικῶν ἰδία κριτηρίων, τ ἰ - θ ε ν τ α ἰ ἐντὸς κοινοῦ πλαισίου, ὑπὸ τὸ ὄνομα «ἰστιοκυτταρικόν κοκκίωμα» (Schajwicz καὶ Polak).

Τὸ ἰστιοκύτταρον ἢ ἐλεύθερον μακροφάγον, εἶναι κύτταρον εὐμέγεθες, περιέχον ὠσειδῆ πυρήνα μετὰ κοκκίων χρωματίνης καὶ μετὰ κενοτοπίων συχναίς ἐμφανιζομένων ἐντὸς τοῦ πρωτοπλάσματος.

Αἱ ἀνωτέρω ἀναφερθεῖσαι νόσοι χαρακτηρίζονται ὑπὸ ἐντίνου συσσωρεύσεως ἰστιοκυττάρων καὶ ἀποτελοῦν, ἡ μὲν Letterer - Siwe τὴν ὀξείαν ἢ ὑποξείαν, ἡ δὲ Hand - Schuller - Christian τὴν χρονίαν, ἐκ τῶν διαχύτων μορφῶν τῆς

νόσου. Ἡ ἐντετοπισμένη μορφή τῆς νόσου ἐκδηλοῦται ὡς ἠωσινοφίλον κοκκίωμα, δύναται ὁμως τοῦτο νὰ ἀποτελῆ μίαν ἀπλήν φάσιν τῆς νόσου. Ἡ συσσώρευσις τῶν ἠωσινοφίλων ἀποτελεῖ ἐκδήλωσιν ταχέως ἀναπτυσσομένης ἀμύνης κατὰ τοῦ αὐτοῦ αἰτιολογικοῦ παράγοντος, οἷοσδήποτε καὶ ἂν εἶναι οὗτος.

Ἡ ἄποψις αὕτη κατὰ μέγα μέρος ὑποθετικὴ εἰσέτι, θὰ γίνῃ ἀποδεκτὴ ἄνευ ἐπιφυλάξεων, ὅταν διαφωτισθῇ πλήρως ἡ αἰτιολογία τῶν ἀνωτέρω νόσων.

Τὸ ἠωσινοφίλον κοκκίωμα, τοῦ ὁποίου ἡ οἰκογενὴς ἢ κληρονομικὴ ἐμφάνις δὲν ἀναφέρεται ἐν τῇ διεθνῇ βιβλιογραφίᾳ, προσβάλλει συγχρότερον τοὺς ἄρρηντας, ἐντοπίζεται δὲ συνεθέστερον κατὰ τὰ μετωπιαῖα ὀστᾶ, τὰς πλευρὰς καὶ τὰ λοιπὰ πλατέα ὀστᾶ.

Ἡ σπονδυλικὴ ἐντόπισις δίδει εἰκόνα προσμοιάζουσαν πρὸς τὴν τῆς νόσου τοῦ Calvè. Κατὰ μίαν δὲ ἄποψιν (Compere κ. ἄ.) ἡ νόσος τοῦ Calvè εἶναι μορφή ἠωσινοφίλου κοκκιώματος.

Εἰς τὰ μακρὰ ὀστᾶ ἐντοπίζεται ἀδιακρίτως, εἰς τὴν διάφυσιν ἢ τὴν μετὰφυσιν τοῦ ὀστος, γενικῶς δὲ ὁ φλοιὸς τῶν ὀστῶν δὲν ἐμφανίζει ἀντίδρασιν τινὰ καὶ τὸ κοκκίωμα δύναται νὰ ἐπεκταθῇ εἰς τὰ περίξ μαλακὰ μόρια. Εἰς τὴν βιβλιογραφίαν ἀναφέρονται ἐξωσκελετικαὶ ἐντοπίσεις τῆς νόσου καὶ δὴ σπλαγγνικαὶ καὶ δερματικαί.

Ἡ περίπτωσις, τὴν ὁποίαν ἐπιδεικνύομεν, ἀφορᾷ εἰς θῆλυ ἄτομον, ἡλικίας 14 ἐτῶν, εἰσαχθὲν εἰς τὴν Πανεπιστημιακὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν δι' ἄλλος κατὰ τὴν περιοχὴν τοῦ δεξιοῦ ἰσχίου, χρονολογούμενον ἀπὸ διμήνου. Πυρετὸν ἢ ἕτερα γενικὰ συμπτώματα δὲν ἀνέφερον. Κατὰ τὴν κλινικὴν ἐξέτασιν αἱ κινήσεις τοῦ ἰσχίου ἀνευρέθησαν ἐλεύθεραι καὶ ἀνώδυται.

Ἐργαστηριακῶς παρατηρήθη ἐλαφρὰ αὐθιγὴς τῶν ἠωσινοφίλων εἰς τὸ περιφερικὸν αἷμα. Κατὰ τὴν ἀκτὴν ἐξέτασιν διεπιστώθη, κατὰ τὸ δεξιὸν λαγόγιον ὀστος ἄμέσως ὑπερθεν τῆς ὀρθοῦς τῆς κοτύλης, ἢ ὑπαρξίς περιγεγραμμένης ὀστεολυτικῆς ἐπεξεργασίας, ἄνευ τινὸς ὀστεοπαραγωγικῆς ἀντιδράσεως περίξ αὐτῆς, σχήματος ἀνωμάλου κυκλικοῦ καὶ μεγέθους διδράχμου.

Λόγω τῆς γειτονίας τῆς ὀστικῆς ταύτης κοιλότητος πρὸς τὴν ὀροφὴν τῆς κοτύλης καὶ ἵνα προλάβωμεν τὴν ρῆξιν ταύτης μετὰ τοῦ ἐπακολούθου ἐνδοκοτυλικοῦ ἐξαρθρήματος τοῦ ἰσχίου, ἐθεωρήσαμεν τὴν ἐπέμβασιν ὡς ἐπείγουσαν. Κατόπιν τυπικῆς προσπελάσεως ἐγένετο ὁ καθαρισμὸς τῆς κοιλότητος, ἣτις ἀνευρέθη πλήρης ἐρυθροφαίαιου καὶ φαιοκυτρίνου μαλθακοῦ ἴστος καὶ ἐν συνεχείᾳ ἢ πλήρως ταύτης διὰ σπογγωδῶν ὀστικῶν μοσχευμάτων ληφθέντων ἐκ τοῦ συστοίχου λαγονίου.

Τεμάχια ἴστος ληφθέντα ἐκ τῆς κοιλότητος ἀπεστάλησαν εἰς τὸ Παθολογικὸν Ἀνατομεῖον, ἡ δὲ ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἐπεβεβαίωσε τὴν τεθεῖσαν ὑπόψιν περὶ ἠωσινοφίλου κοκκιώματος.

Ἡ ἀσθενὴς ἐξῆλθε τῆς Κλινικῆς μετὰ μῆνα ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως καθίξουσα εὐχερῶς καὶ δι' οὐδὲν αἰτιομένη.

SUMMARY

TH. GAROFALIDES and V. SOURMELIS : Eosinophilic granuloma of the iliac bone.

B. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ: Περίπτωσης «μυαιευτικής παραλύσεως» μετά πλήρους παραλύσεως του δελτοειδούς, των καμπτήρων του άγκωνος και άλλων τινών μυών. Έπιτυχής αντιμετώπιση δι' άρθροδέσεως τής συστοίχου κατ' ὄμιον και τενοντομεταθέσεως τοῦ τρικεφάλου. Έπίδειξις άσθενοῦς.

Έπιδεικνύομεν τήν άσθενή Ταφ. Εὐδ., ἑτῶν 18, ἣτις εἰσῆχθη ἐν τῇ Πανεπιστημιακῇ Ὀρθοπαιδικῇ Κλινικῇ τήν 25.1.61 ὡς πάσχουσα ἐκ «μυαιευτικῆς παραλύσεως» ἀριστερά. Έξέταση ἰσχύος μυῶν πάσχοντος ἄκρου ἀπέδειξε : Δελτοειδῆς (προσθία, μέση και ὀπισθία μοῖρα) = 0. Τραπεζοειδῆς (ἄνω και κάτω μοῖρα) = 5. Ὀδοντωτός = 4. Ρομβοειδῆς = 5. Πλατῦς ραχιαίος = 2. Μείζων και ἔλασσον θωρακικός 4. Έσω στροφείς βραχίονος = 3. Έξω στροφῆς βραχίονος = 0. Δικέφαλος = 1. Τρικέφαλος = 2. Βραχιονοκερκιδικός = 0. Πρ. Βραχίονος = 0. Ἀδυναμία κάμψεως ἄγκωνος και ὅταν ὁ βραχίον φέρεται παθητικῶς ἐν ὀριζοντίᾳ θέσῃ.

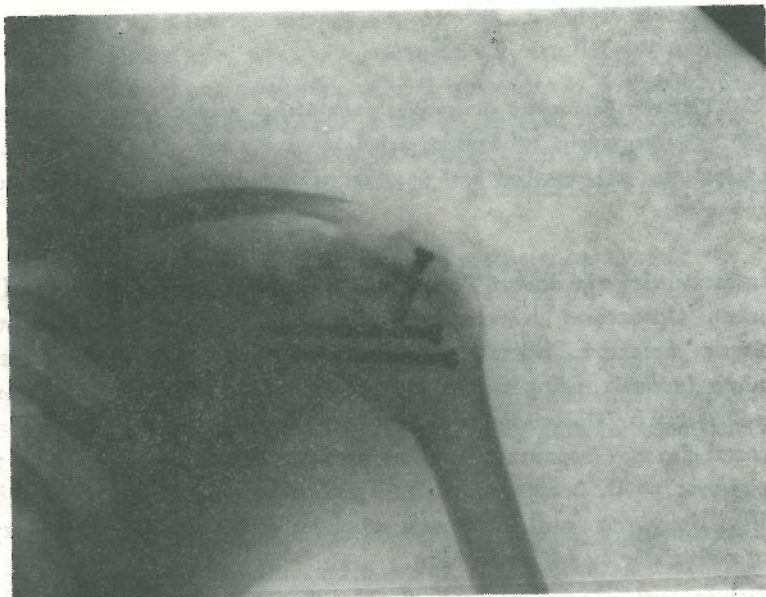
Έγένετο σκέψις κατ' ἀρχάς ἐρυθροδέσεως τῆς κατ' ὄμιον.

30.1.61: Ἀρθροδέσεις ὄμιου. Νεκροποήσις ἀρθρικών ἐπιφανειῶν κεφαλῆς και ὀμογλήνης Κατάσπασις ἀκρωμίου και ἐνσφήνωσις του εἰς προσχηματισθεῖσαν αὐλακα ἐπὶ τῆς κεφαλῆς τοῦ βραχιονίου. Προσθήλωσις κεφαλῆς - ὀμογλήνης και κατασπασθέντος ὠλεκράνου ἐπὶ τῆς κεφαλῆς τοῦ βραχιονίου διὰ κοχλιῶν. Γύψινος ἐπίδεσμος θωρακο - βραχιονίου, τοῦ τελευταίου ἐν «λειτουργικῇ θέσει» (ἴδε εἶν. 1).

22.4.61: Ἀφαίρεσις γυψίνου ἐπιδέσμου. Έπιτυχία ἀρθροδέσεως.

1.5.62: Βα εἴσοδος. Συνεπεία τῆς κατὰ τήν πρώτην εἴσοδον παρατηρηθείσης ἀδυναμίας κάμψεως τοῦ ἄγκωνος, ἐνῶ ὁ βραχίον εἰρηται ἐν παθητικῇ ἀπαγωγῇ, ἀποφασίζεται ἡ τενοντομετάθεσις τοῦ καταφυτικῦ τένοντος τοῦ τρικεφάλου βραχιονίου, ὅστις συρράπτεται εἰς τὸν καταφυτικὸν τένοντα (κερκιδικόν) τοῦ δικεφάλου. Ὁ τένων τοῦ δικεφάλου κόπτεται ἐγγύς τῆς γαστέρας πρὸς τὸν σκοπὸν τῆς μὴ χρησιμοποίησεως τενοντίου μοσχεύματος, ἐνῶ ἡ κατάφυσις τοῦ δικεφάλου εἰς περιτονίαν πῆχους προφυλάσσεται (μυϊκῆ ἰσχύς δικεφάλου 1). Γύψινος νάρθηξ τοῦ ἄγκωνος ἐν κάμψει ἐπὶ 250ῆμερον. Μετὰ τήν ἀφαίρεσιν τοῦ γυψίνου νάρθηκος παρατηροῦνται ἐνεργητικαὶ κινήσεις κάμψεως τοῦ ἄγκωνος, σήμερον δέ, ὡς βλέπεται, ἡ μυϊκῆ ἰσχύς εἶναι τοιαύτη ὥστε δύναται νὰ ἀνυψώσῃ, κατὰ τήν κάμψιν τοῦ ἄγκωνος ἕαρος 2 χιλιογράμμων. Η

ἀρθρῶδεις τοῦ ὤμου καὶ ἡ τενοντομετάθεσις τοῦ τρικεφάλου ἔδωσαν λίαν ἰκα-
νοποιητικὸν ἀποτέλεσμα, ἡ δὲ ἀσθενὴς ἤρχισε διὰ πρῶτην φορὰν νὰ αὐτοεξυ-
πῆρετῆται εὐχερῶς.



Εἰκ. 1.— Ἀκτινογραφία ἀρθρῶδεις ὤμου μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν
τοῦ γυψίνου ἐπιδέσμου

S U M M A R Y

V. SOURMELIS : A case of obstetrical palsy with complete paralysis of flexors of the elbow treated by transference of the triceps Infront and suturing of its tendon with the tendon of biceps. (The shoulder was fused).

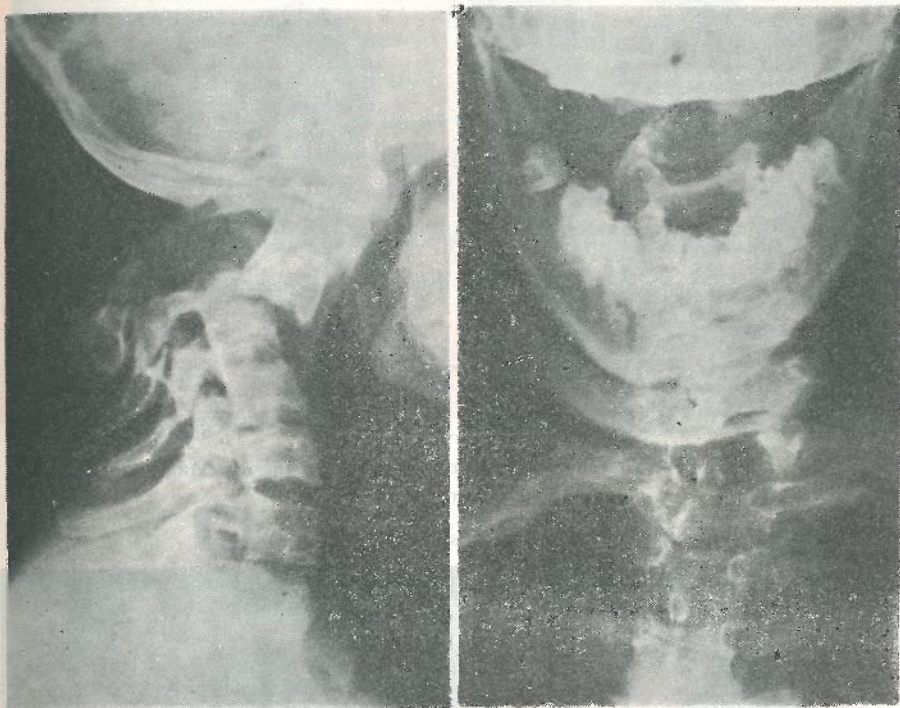
ΠΑΝ. ΣΥΜΕΩΝΙΑΔΗ.— Ἀσυνήθης ἀνωμαλία τῆς αὐχενικῆς μοίρας τῆς σπονδυλικῆς στήλης.

Αἱ ἀνωμαλίας τῆς αὐχενικῆς μοίρας τῆς σπονδ. στήλης δὲν εἶναι σπάνια. Μερικαὶ ὅμως ἐξ αὐτῶν προκαλοῦν δέος ὅπως ἡ παρούσα περίπτωσις.

Πρόκειται περὶ ἄρρενος ἀτόμου ἡλικίας 23 ἐτῶν ὁ ὁποῖος ἀναφέρει ὅτι ἀπὸ ἡλικίας ἐπτά ἐτῶν παρετήρησεν ἑλαφρὰν κάμψιν τῆς κεφαλῆς πρὸς τὰ ἀριστερὰ ὡς καὶ δυσχέρειαν κατὰ τὰς κινήσεις τῆς αὐχενικῆς μοίρας τῆς Σ.Σ. Φαίνεται ὅμως ὅτι ἡ ἀνωμαλία υπῆρχεν ἐκ γεννητῆς δεδομένου ὅτι οὗτος δὲν ἐνθυμεῖται κάκωσιν ἢ νόσον πρὸ τῆς ὡς ἄνω διαπιστώσεως μετὰ τῆς ὁποίας νὰ εἶναι δυνατὸν νὰ συσχετισθῇ αὕτη. Τοκετὸς φυσιολογικός.

Ἡ κατάσταση τοῦ ἀσθενοῦς παρέμενεν ἀμετάβλητος μέχρι τῆς ἡλικίας τῶν 18 ἐτῶν ὅτε οὗτος συνεβουλεύθη ἰατροὺν ὅστις διέγνωσεν ἀριστερόν ραιβόκρανον καὶ ὑπέβαλεν αὐτὸν εἰς ἐγχείρησιν, (διατομὴ τῆς στερονοκλειδικῆς καταφύσεως τοῦ στερονοκλειδομαστοειδοῦς), ἄνευ ὅμως βελτιώσεως τινός.

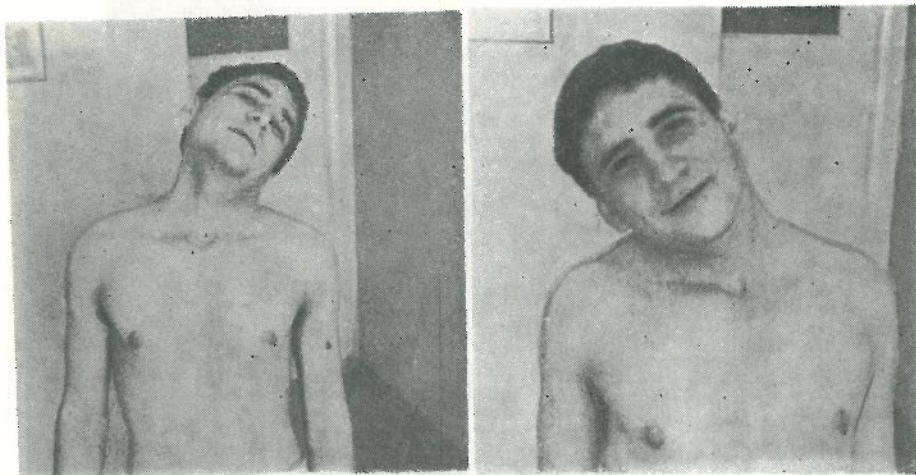
Διὰ τὴν διόρθωσιν τοῦ ραιβοκράνου προσήλθεν καὶ εἰς ἡμᾶς ὁ ἀσθενὴς ὅποτε ἡ γενομένη ἀκτινογραφία (εἰκὼν 1) ἀπεκάλυψεν τὴν ἐντυπωσια-



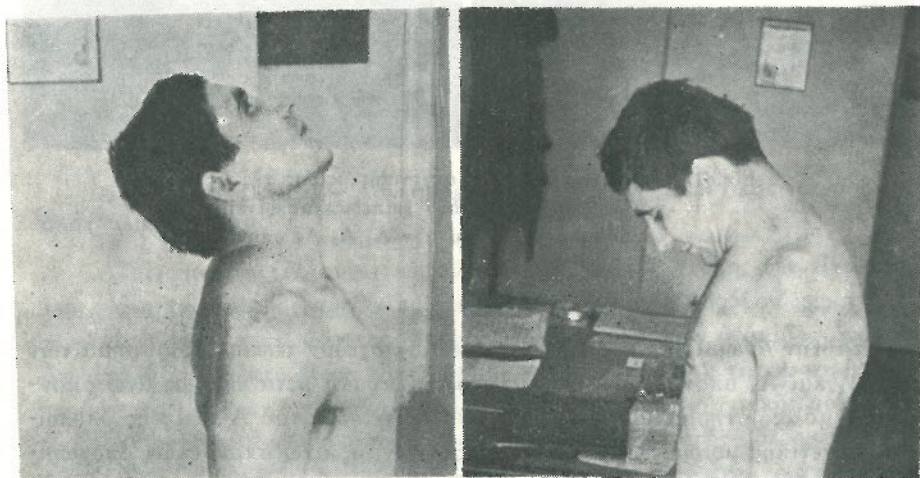
Εἰκ. 1.— Ἀκτινογραφία τῆς ἀχενικῆς μοίρας τῆς Σ. Σ. τοῦ πάσχοντος εἰς δύο ἐπίπεδα. Διακρίνεται τὸ πρόσθιον ἐξάρθρημα τῶν A_1 , A_2 , A_3 σπονδύλων ἐπὶ τοῦ A_4 .

κὴν ταύτην ἀνωμαλίαν. Ὑπάρχει πρόσθιον σχεδὸν τέλειον ἐξάρθρημα τῶν A_1 , A_2 καὶ A_3 σπονδύλων. Ὀλόκληρος ἡ κεφαλὴ μετὰ τῶν ὡς ἄνω σπονδύλων μόλις στηρίζεται διὰ τοῦ ὀπισθίου χεῖλους τοῦ A_3 ἐπὶ τῆς ὑπολοίπου ἀχενικῆς μοίρας τῆς Σ.Σ. Τὰ τόξα τῶν ὡς ἄνω σπονδύλων ἀποχωρισθέντα τῶν σωμάτων παρέμειναν συνδεδεμένα πρὸς τὰ τόξα τῶν ὑπολοίπων σπονδύλων.

Είναι περίεργον πώς ο ασθενής όχι μόνον ζή με τοιαύτην άνωμαλίαν αλλά έχει εκπληκτικῶς καλήν κινητικότητα στερεΐται δὲ παντελῶς νευρολογικῶν διαταραχῶν. Πλὴν τούτων οὗτος ἀναφέρει ὅτι ἤτο ἐκ τῶν καλύτερων ποδοσφαιριστῶν τῆς πατρίδος του με ἰδιαιτέραν ἐπίδοσιν «στὶς κεφαλῆς». Ἐναφέρει ἐπίσης ὅτι ὁ πατήρ του εἰς νεαρὴν ἡλικίαν προσεπάθησε ἐπανειλημμένως νὰ εὐθειάσῃ τὸν λαιμὸ του διὰ βιαίων χειρισμῶν!!!



Εικ. 2.— Τὸ εὖρος τῶν πλαγίων κάμψεων τῆς ἀχενικῆς μοίρας τῆς Σ. Σ. τοῦ ἀσθενοῦς.



Εικ. 3.— Τὸ εὖρος προσθίας καὶ ὀπισθίας κάμψεως τῆς ἀχεν. μοίρας τῆς Σ. Σ. τοῦ ἀσθενοῦς.

Ἡ περίπτωσης ἐπεδείχθη εἰς τὴν εταιρείαν μὲ τὸ ἐρώτημα τοῦ «ποία θὰ ἦτο ἡ ἐνδεδειγμένη θεραπευτικὴ ἀγωγή». Λόγω τῆς καλῆς κινητικότητος καὶ τῆς ἑλλείψεως νευρολογικῶν διαταραχῶν, ὅλοι πλὴν ἑνὸς συνεφώνησαν ὅπως μὴ γίνῃ ἐγχειρητικὴ ἐπέμβασις.

SUMMARY

P. SYMEONIDES : An unusual deformitis of the cervical spine.

N. ΚΑΤΣΑΡΗ — Δ. ΜΟΥΡΟΥΑΝ: Ἀνακοίνωσις δύο περιπτώσεων βαρείας ἐγκεφαλικῆς παραλύσεως (τύπου σπαστικῆς παραπληγίας) βελτιωθέντων διὰ τῆς ἐγχειρήσεως κατὰ Eggers.

Ἄν καὶ εἶναι γενικῶς παραδεδεγμένον, ὅτι πολὺ ὀλίγοι τενοντομεταφυτεύσεις δίδουν καλὰ ἀποτελέσματα ἐπὶ ἐγκεφαλικῆς παραλύσεως (νόσος τοῦ Littles), ἡ ἐν λόγῳ ἐγχείρησις κατὰ Eggers, ἔχει μεταφορὰ τῶν καταφύσεων τῶν ὀπισθίων μηριαίων μυῶν ἐκ τῆς κνήμης καὶ περόνης εἰς τὴν ὀπισθίαν ἐπιφάνειαν τῶν μηριαίων κονδύλων, μετὰ τομῆς τῶν καθεκτικῶν συνδέσμων τῆς ἐπιγονατίδος, μὲ τὸν σκοπὸν τὴν σύγχρονον διόρθωσιν τῆς κάμψεως τῶν ἰσχίων καὶ τῶν γονάτων μετὰ βελτιώσεως τῆς ἐκτατικῆς δυνάμεως τοῦ τετρακεφάλου ἔχει δώσει γενικῶς πολὺ καλὰ ἀποτελέσματα.

Πρῶτος ὁ Ἀμερικανὸς Eggers κατὰ τὰ ἔτη 1950 καὶ 1952 ἐδημοσίευσε τὴν ἐγχείρησιν ταύτην καὶ ἔκτοτε ἔχει ἐκτελεσθῆ ὑπὸ πολλῶν Ὀρθοπαιδικῶν, εἴτε ὡς ἀρχικῶς περιγράφει ὑπ' αὐτοῦ ἢ μὲ διαφόρους τροποποιήσεις.

Ὁ συνάδελφος κ. Καρτοφυλακίδης, πραγματευόμενος ἐν τῇ ἐπὶ διδακτορικῆς διατριβῇ του τὸ ἕλον θέμα τῆς ἐγκεφαλικῆς παραλύσεως, ἀναφέρει σχετικὴν τροποποίησιν τῆς κατὰ Eggers ἐγχειρήσεως μὲ καλὰ ἀποτελέσματα.

Ἡμεῖς προτιμῶμεν, καὶ ἐξετελέσαμε τὴν πρότυπον κατὰ Eggers ἐγχείρησιν, καὶ γενικῶς εἰπεῖν, τὰ ἀποτελέσματα, τὰ ὁποῖα ἔσχομεν καὶ εἰς τὰς ἐν λόγῳ περιπτώσεις ἀλλὰ καὶ εἰς ἀσθενεῖς, ποὺ εἶδομεν ἀλλαχοῦ, εἶναι ἀρκετὰ ἱκανοποιητικά. Αἱ δύο περιπτώσεις, αἱ ὁποῖαι ἀφοροῦν ἀσθενεῖς μὲ ἐγκεφαλικὴν παράλυσιν (τύπου σπαστικῆς τετραπληγίας) μετὰ βαρείας μορφῆς, ἐχειρουργήθησαν ἐν τῇ Ὀρθοπαιδικῇ Κλινικῇ τοῦ Γενικοῦ Κρατικοῦ Νοσοκομείου Ἀθηνῶν πρὸ ἔτους περίπου. Καὶ οἱ δύο ἀσθενεῖς ἦσαν θύλεα ἡλικίας 16 καὶ 22, ἡ μικροτέρα ἐξ αὐτῶν οὐδέποτε εἶχε βαδίσει ἢ εἶχε καθῆσει εἰς τὸ παρελ-

θόν, ή δὲ ἑτέρα ἐβάδιζε μὲ τὸ γνωστὸν παραπληγικὸν βάδισμα, ὑποδοηθσομένη ὑπὸ βακτηριῶν καὶ ὀρθοπεδικῶν μηχανήματος. Ἡ βαρυτέρᾳ ἐξ αὐτῶν μὲ ἐλαφρὸν βαθμὸν ἀθετωσικῶν κινήσεων.

Ἐξ μῆνας περίπου μετεγχειρητικῶς, ἡ μὲν πρώτη ἠδύνατο νὰ βαδίση τῇ βοηθείᾳ μόνον μικρᾶς βακτηρίας, ἡ δὲ ἑτέρα ἄνευ τοῦ ὀρθοπεδικῶν μηχανήματος, τῇ βοηθείᾳ ἐπίσης μιᾶς βακτηρίας.

Ἡ στατικὴ θέσις ἀμφοτέρων τῶν ἀσθενῶν ἐβελτιώθη κατὰ πολὺ σημειωτέον, ὅτι εἰς τὴν μικροτέραν ἀσθενῆ ἠναγκάσθημεν νὰ προβῶμεν εἰς ἐπιμήκυνσιν τοῦ Ἀχιλλείου τένοντος δεξιᾶ μετὰ τρίμηνον, δεδομένου, ὅτι ἡ ἵπποποδία τὴν ὁποίαν παρουσίαζεν, ἦτο μόνιμος ρίκνωσις τοῦ τένοντος.

Εἰς τὴν προηγουμένην συνεδρίαν ἐπεδείξαμεν τὴν μικροτέραν ἀσθενῆ, εἰς τὰς φωτογραφίας δέ, εἶναι ἡ ἑτέρα περίπτωσις. Ζητοῦμεν συγγνώμην, διότι, λόγῳ τῆς οικονομικῆς καταστάσεως τῶν ἀσθενῶν ἡ μετακίνησις των εἶναι πολὺ δύσκολος.

Συμφώνως μὲ τὰς διαφόρους στατιστικὰς ἕνα μόνον μικρὸν ποσοστὸν πασχόντων ἐξ ἐγκεφαλικῆς παραλύσεως, περίπου 30%, εἶναι δυνατὸν νὰ βελτιωθῇ διὰ ὀρθοπεδικῶν ἐπεμβάσεων, δεδομένου ὅτι 1) 3 ἐξ αὐτῶν εἶναι ἐλαφρᾶς μορφῆς, χρήζων μόνον φυσιοθεραπειᾶς, τὸ δὲ ὑπόλοιπον, εἶναι βαρυτάτης ἢ ἀταξικῆς ἢ ἀθετωσικῆς μορφῆς, ἀλλὰ καὶ εἰς τοιοῦτον βαθμὸν διαγοητικῆς καθυστερήσεως, οὕτως ὥστε νὰ μὴ δυνάμεθα νὰ βοηθήσωμεν τὰ δύστυχα αὐτὰ παιδία χειρουργικῶς, παρά μόνον διὰ λόγους καθαριότητος καὶ νοσοκομειακῆς περιθάλψεως.

Δὲν πρέπει ὅμως νὰ λησμονῶμεν, ὅτι καὶ εἰς τὸ ἐναπομείναν ποσοστὸν τῶν πασχόντων, ἐπὶ τῶν ὁποίων ἐνδείκνυται ἐπέμβασις, ὅτι εἶναι σπαστικοὶ ἀσθενεῖς καὶ παραμένουν ὡς τοιοῦτοι καὶ μετὰ τὴν ἐγχείρησιν, συνεπῶς αἱ διορθωτικαὶ ἐγχειρήσεις δεόν νὰ ἐκτελοῦνται μετὰ πάσης ἐπιφυλακτικότητος καὶ κατόπιν συνεχοῦς καὶ ἐπανειλημμένης ἐξετάσεως τοῦ ἀσθενοῦς, τὸ δὲ ἀναμενόμενον ἀποτέλεσμα δὲν θὰ εἶναι ἐντυπωσιακόν.

Αἱ ὀλίγαι διορθωτικαὶ ἐπεμβάσεις εἶναι γνωσταὶ εἰς ὅλους μας καὶ δὲν θὰ ἀσχολήθωμεν μὲ αὐτὰς οὔτε γενικώτερον μὲ τὴν νόσον. Ἡ ἐν λόγῳ ἐγχειρήσις ἐνδείκνυται εἰς ἀσθενεῖς, οἱ ὁποῖοι βαδίζουσι (εἰκὼν 1) μὲ τὰ γόνατα καὶ τὰ ἰσχία κεκαμμένα μετὰ ἢ ἄνευ ἵπποποδίας καὶ μὲ καλὴν σχετικῶς πνευματικὴν ἀνάπτυξιν κυρίως εἰς παραπληγικοὺς καὶ ὄχι εἰς ἡμιπληγικοὺς. Ἡ κάμψις τοῦ γόνατος ἀφείλεται κυρίως εἰς σύστασιν τῶν ὀπισθίων μῆριαίων μυῶν, οἱ ὁποῖοι ἐκφύονται ἐκ τοῦ ἰσχιακοῦ κυρτώματος, καὶ καταφύονται κάτωθεν τῆς ἰγνύος ὑπερπηδῶντας δύο ἄρθρωσις. Ἡ κάμψις τοῦ γόνατος συνοδεύεται μετὰ κάμψεως τῶν ἰσχύων καὶ γενικῶς ὅλου τοῦ σώματος, ὅταν ὁ ἀσθενὴς ἴσταται. Διότι, ἐὰν τοιοῦτον τι δὲν γίνῃ ὁ ἀσθενὴς θὰ πρέπει νὰ πέσῃ ἢ θέσις αὕτη προκαλεῖ τάσιν τοῦ τετρακεφάλου, ὅταν δὲ ὁ ἀσθενὴς παραμῆνῃ ἀκίνητος οἱ μῆροὶ εὐρίσκονται ἐν προσαγωγῇ, διότι τοιοτοτρόπως σταθεροποιοῦνται

τὰ ἄκρα, τὰ γόνατα συμπλησιάζουν καὶ οἱ ἄκροι πόδες ἀπομακρύνονται. Τὰ κεκαμμένα γόνατα ἐπίσης συνοδεύονται ὑπὸ ἵπποποδίας. Ἐάν ὁ Ἀχιλλεῖος τένων δύναται νὰ προσαρμοσθῇ εἰς τὴν κατάστασιν αὐτὴν, τότε ὁ ἀσθενὴς βαδίζει μὲ τὸ γνωστὸν βραδύ παραπληγικὸν βᾶδισμα. Ἐάν ὁ Ἀχιλλεῖος τένων δὲν δύναται νὰ προσαρμοσθῇ, τότε ὁ ἀσθενὴς δὲν κατορθώνει νὰ σταθῇ ἔρθιος ἄνευ βοήθειας. Ἡ στάσις αὕτη εἶναι ἀντισταθμιστικὴ καὶ θὰ δελτιωθῇ ὅταν ἡ κάμψις τῶν γονάτων ἐξαφανισθῇ.

Διὰ τῆς ἐν λόγῳ ἐγχειρήσεως αἴρομεν τὴν κάμψιν τοῦ γόνατος καὶ ἐν συνεχείᾳ τῶν ἰσχιῶν καὶ κατὰ κανόνα ἡ δάδισις καὶ ἡ στάσις δελτιοῦνται.

Ἡ μεταφορὰ τῶν ὀπισθίων μηριαίων θεωρεῖται ἐξ ἄλλου, πλεονεκτικὴ, διότι οἱ μεταμφυόμενοι τένοντες δὲν ἀλλάσσουν τὴν φυσιολογικὴν των δράσιν καὶ φεράν, καθ' ὅσον ἐξακαλουθῶσι νὰ ὀρθῶσιν ὡς καμπτήρες καὶ οὕτω ὁ ἀσθενὴς δὲν χρειάζεται νὰ μεταβάλῃ τὴν συνεργητικὴν δράσιν τῶν μυῶν αὐτοῦ, πράγμα τὸ ὁποῖον θὰ ἦτο σχεδὸν ἀδύνατον ἐπὶ σπαστικοῦ μυὸς καὶ ἀντενδείκνυται.

Ἡ ἔκτασις τοῦ γόνατος (εἰκὼν 2) ἐκτελεῖται διὰ τῆς ἐνεργείας τοῦ τετρακεφάλου, ὁ ὁποῖος καταφύεται εἰς τὸ κνημιαῖον ὀγκῶμα, ὑποβοηθεῖται ὁμοῦ ἀπὸ τὸν ἔξω καὶ ἔσω ἐπιγονατιδικῶν καθεκτικῶν συνδέσμων Retiuaucle Patellae, οἱ ὁποῖοι εἶναι προσεκβολαὶ τῆς μηριαίας περιτονίας καὶ τοῦ τένοντος τοῦ τετρακεφάλου, δι' ὧν προσηλοῦται πρὸς τὰ πλάγια ἡ ἐπιγονατίς. Ὁ ἐπιγονατιδικὸς καθεκτικὸς σύνδεσμος ἀποτελεῖται ἀπὸ δύο στρώματα, τὸ ἐπιπολῆς καὶ τὸ ἐν τῇ θάθει, τὸ ὁποῖον εἰς τὴν ἔσω ἐπιφάνειαν εἶναι μυῶδες, συνεχεία τοῦ ἔσω ὀρθοῦ, δι' ὃ εἶναι καὶ παχύτερον.

Τὰ ἀνωτέρω ἀνατομικὰ δεδομένα ἔχουν μεγίστην σημασίαν εἰς τοὺς σπαστικούς, λόγῳ τῆς μακροχρονίου κάμψεως τοῦ γόνατος. Αὕτη προκαλεῖ διάτασιν τοῦ ἐπιγονατιδικοῦ τένοντος καὶ τῶν συνδέσμων, ἧτις εἶναι μικροτέρα εἰς τὰ πλάγια. Εἰς τοὺς σπαστικούς ἀσθενεῖς ἡ ἔκτασις τοῦ γόνατος εἶναι περιορισμένη, δεδομένου ὅτι ἐμποδίζεται ἀπὸ τὸν ἰνώδη καὶ μυϊκῶν ἐπιγονατιδικῶν συνδέσμων, τοῦτο ὀφείλεται εἰς τὸ ὅτι οἱ σύνδεσμοι οὗτοι δὲν ἔχουν διαταθῆ ὅσον ὁ ἐπιγονατιδικὸς τένων, ἐπομένως ἡ τελικὴ φάσις τῆς ἐκτάσεως, ἡ ὁποία ἐκτελεῖται ἐκ τοῦ κνημιαίου ὀγκώματος παρεμποδίζεται. Συνεπῶς ἡ μεταφορὰ τῶν ὀπισθίων μηριαίων τενότων πρέπει νὰ συνοδεύεται μετὰ τομῆς τοῦ ἔσω καὶ ἔξω καθεκτικοῦ συνδέσμου, διὰ νὰ ἐπιτύχωμεν πλήρη ἔκτασιν τοῦ γόνατος.

Ἡ ἐγχειρήσις αὕτη καλὴν εἶναι νὰ γίνεται συγχρόνως καὶ εἰς τὰ δύο γόνατα διὰ λόγους συντομίας ἢ τομῆς τοῦ δέρματος (εἰκὼν 3) ἔχει τὸ πλεονέκτημα, ὅτι καὶ οἱ 2 χρόνοι τῆς ἐγχειρήσεως γίνονται ταυτοχρόνως· ἔξω πλαγία τομῆ ἀποκάλυψις τοῦ τένοντος τοῦ δικεφάλου καὶ τῶν ἐπιγονατιδικῶν συνδέσμων (εἰκὼν 5). Ἀμφότερα τὰ στρώματα τοῦ ἐπιγονατιδικοῦ συνδέσμου ἔχουν ταμῆ (εἰκὼν 5). Ὁ δικεφάλος μηριαῖος ἔχει ἐμφυτευθῆ εἰς τὸ μηριαῖον

κόνδυλον. Τὸ περωναϊκὸν νεῦρον ἔχει παρασκευασθῆ καὶ προφυλαχθῆ δεόντων (εἰκὼν 6). Ἡ ἔσω πλάγια τομῆ (εἰκὼν 7) τομῆ μαλακῶν νηροίων, ἀποκάλυψις τοῦ ἰσχνοῦ προσαγωγοῦ, ραπτικοῦ καὶ τοῦ ἐπιπολῆς καθεκτικοῦ συνδέσμου (εἰκὼν 8), ὁ ἐπιγονατιδικὸς σύνδεσμος ἔχει ταμῆ (εἰκὼν 9), τὸ ἐν τῷ βάθει πέταλον διακρίνεται ἐπίσης ὁ ἡμιμυενώδης, ἡμιμεμβρανώδης, καὶ ὁ ἰσχνὸς προσαγωγός. Ἦ θέσις τῆς τενοντομεταμφυτεύσεως κάτωθεν τῶν ἰνῶν τοῦ μεγάλου προσαγωγοῦ (εἰκὼν 10).

Ἀποφεύγομεν ἐπιμήκνυσιν τοῦ Ἀχιλλείου τένοντος κατὰ κανόνα ἢ διατομὴν τῶν προσαγωγῶν ἢ τομὴν τοῦ θυρεοειδοῦς νεύρου, ἀναμένοντος τὸ ἀποτελεσμα τῆς ἐγχειρήσεως περίπου ἔν ἔτος.

Ἔχει παρατηρηθῆ ὅτι, ἐὰν προηγηθῆ μία ἀπὸ τὰς ἀνωτέρω ἐγχειρήσεις ἔχουσαν ἀδυναμίαν τῶν ἰσχιῶν ἢ ἄκρων ποδῶν.

Ἀπαραίτητος προϋπόθεσις εἶναι ἰσχυρὸς καὶ ἀνέπαφος γαστροκνήμιος, διότι εἶναι ὁ μόνος ἐναπομένων διὰ τὴν κάμψιν τοῦ γόνατος. Ἦ ἀποφυγῆ ἀνακύρτου γόνατος () ἀποφεύγεται, πρῶτον διὰ τοῦ γαστροκνημίου, καθὼς ἐπίσης διὰ τῆς τάσεως τοῦ ἰγνιακοῦ καὶ ραπτικοῦ, οἱ ὅποιοι δέον νὰ διαφυλάσσονται ἀνέπαφοι. Ἐὰν τοιοῦτον τι συμβῆ εἰς μέγαν βαθμὸν, πρᾶγμα πολὺ σπάνιον, πρέπει νὰ ἐπανατοποθετήσωμεν τοὺς τένοντας τῶν ὀπισθίων μηριαίων εἰς τὴν προτέραν τους θέσιν.

Μετεγχειρητικῶς ὁ ἀσθενὴς ἀκίνητοποιεῖται εἰς γύψινον ἐπίδεσμον μὲ τὰ ἰσχία ἐν ἀπαγωγῇ καὶ τὰ γόνατα ἐν ἐκτάσει, ἐπὶ 3 ἕως τέσσαρες ἑβδομάδες. Τὸ ἔργον ὁμοῦ τοῦ χειρουργοῦ δὲν τελειώνει ἐδῶ.

Δὲν πρέπει νὰ λησμονῶμεν, ὅτι οἱ ἀσθενεῖς οὐδέποτε ἐβάδισαν εἰς ὀρθίαν στάσιν, καὶ πρέπει νὰ διδαχθοῦν ἀναλόγως μετὰ μεγίστης προσοχῆς καὶ ἐπιμελείας. Διὰ πλήρη ἐκτίμησιν τοῦ ἐγχειρητικοῦ ἀποτελέσματος χρειάζεται περίπου ἔν ἔτος συνεχοῦς καὶ ἐπιμόνου διδασκαλίας.

Ἐπαναλαμβάνομεν, χωρὶς τὰ ἀποτελέσματα τῆς κατὰ Eggers ἐγχειρήσεως νὰ εἶναι ἐντυπωσιακά, ἢ στάσις καὶ ἡ βάδισις τῶν ἀσθενῶν βελτιοῦται κατὰ πολὺ.

S U M M A R Y

N. KATSARIS and D. MOUROULIS: On two cases of severe form of spastic paralysis (Little-disease) Egger's operations,

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΣ

Α. ΖΑΟΥΣΗ: Ἀρθροδεσία τοῦ παραλῦτου ὤμου διὰ τῆς τεχνικῆς Brooks—Ζαούση.

Τῷ 1958, εἰς τὸ φθινοπωρινὸν Συνέδριον τῆς Βρεταννικῆς Ὀρθοπεδικῆς Ἑταιρείας ἐν Ὁξφόρδῃ, ὁ Donal Brooks τοῦ Ἰνστιτούτου Ὀρθοπεδικῆς τοῦ Λονδίνου καὶ ὁ ὑποφαινόμενος ἀνεκοίνωσαν ἐργασίαν, ἣ ὅποια ἀπετέλει εὐρείαν ἀνασκόπησιν : 1) τῶν ἐνδείξεων τῆς ἐγχειρήσεως, 2) τῆς εὐνοϊκωτέρας θέσεως εἰς τὴν ὅποιαν δεόν ὅπως ἀρθροδεθῆ ὁ ὤμος, καὶ 3) τῶν ἐγχειρητικῶν τεχνικῶν, αἱ ὅποιαι χρησιμοποιοῦνται μὲ παρουσίαισιν τῆς τεχνικῆς τοῦ Brooks, δηλαδὴ χρησιμοποιοῦνται ὁλοκλήρου τῆς ὀμοπλατιαίας ἀκάνθης, ὡς μοσχεύματος καὶ ἐνσφηνωτικοῦ μέσου.

Παρ' ὅλον, ὅτι ἡ σημερινὴ βραχεῖα ἀνακοίνωσις, σκοπεῖ κυρίως εἰς τὸ νὰ καταστήσῃ κάπως εὐρύτερον γνωστὴν τὴν τεχνικὴν τῆς ἀνωτέρω ἐγχειρήσεως, χρήσιμον εἶναι ὅπως δώσωμεν μίαν σύγτομον εἰκόνα τῶν προϋποθέσεων, ἐνδείξεων καὶ δυνατοτήτων τῆς ἀρθροδεσίας τοῦ παραλῦτου ὤμου, ἐν γένει.

Αἱ τρεῖς βασικαὶ προϋποθέσεις πρὶν ἀποφασίσωμεν τὴν ἀρθροδεσίαν ἐπὶ παραλύσεως τοῦ ὤμου, εἶναι :

1) Ἡ παρουσία ἰσχυρῶν μυῶν ἐνεργούντων ἐπὶ τῆς ὀμοπλάτης καὶ δὴ ἡ ὑπαρξὶς τουλάχιστον ἰσχυροῦ τραπεζοειδοῦς καὶ προσθίου ὀδοντωτοῦ.

Ἡ ἰσχὺς τούτων ἐλέγχεται ὡς ἑξῆς (ἐπίδειξις).

Διὰ τῆς ἀρθροδεσίας, ἐκ τούτων ὁ μὲν τραπεζοειδής, κυρίως δὲ ἡ ἄνω αὐτοῦ μοῖρα, μεταβάλλεται εἰς ἀπαγωγὸν τοῦ βραχίονος, ὁ δὲ ὀδοντωτὸς εἰς καμπτήρα.

2) Ἡ ὑπαρξὶς καλῆς, παθητικῆς, κινητικότητος τῆς ὀμοπλάτης ἐπὶ τοῦ θωρακικοῦ τοιχώματος.

3) Στοιχειώδης λειτουργικότης τῆς ἄκρας χειρὸς, ὥστε νὰ χρησιμοποιηθῇ αὕτη μετὰ τὴν ἀρθροδεσίαν τοῦ ὤμου, ἂν καὶ οἱ Βρεταννοὶ συνάδελφοι εἰς πολλὰς περιπτώσεις τελείας παραλύσεως τῆς χειρὸς, ἰδίως μετὰ τρώσιν τοῦ βραχιονίου πλέγματος, ἠκρωτηρίαζον τὸ ἄκρων, ἄνωθεν ἢ κάτωθεν τοῦ ἀγκῶνος. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἂν μὲν ὁ ἀσθενὴς ἀνεχθῆ προθετικὸν μηχανήμα τοῦ ἄνω ἄκρου, ἢ ἀρθροδεσία τοῦ ὤμου ἐπιτελεῖ τὸν πλήρη σκοπὸν τῆς, ἂν ὅμως δὲν τὸ ἀνεχθῆ, τότε τὸ κολόβωμα τοῦ βραχίονος χρησιμεύει ἀπλῶς διὰ τὴν συγκράτησιν ἀντικειμένων μεταξὺ ἀρθροδεθέντος ὤμου καὶ θωρακικοῦ τοιχώματος.

Εἰς τί ἀκριβῶς σκοπεῖ ἡ ἀρθροδεσία τοῦ ὤμου :

Ἀνέκαθεν ἐπιστεύετο, ὅτι ἡ ἐγχειρήσις αὕτη ἀπετέλει κυρίως τὴν θεραπείαν τῶν παραλύσεων τοῦ δελτοειδοῦς. Ἐν τούτοις, σπανίως ἐπιτυγχάνει κα-

νεις μετ' άρθροδεσίαν τοῦ ὤμου τόσον ἰσχυράν ἀπαγωγὴν τοῦ βραχίονος, ὥστε νὰ φθάσῃ τὸ ὀριζόντιον ἐπίπεδον.

Ἐάν δὲ λάδῃ κανεὶς ὑπ' ἑξίν του, ἔτι καὶ ἡ ἔξω στροφὴ τοῦ βραχίονος ἐλλείπει, τότε π.χ. ἄπλαϊ, χρησιμώταται κινήσεις, ὅπως τὸ κτένισμα τῶν μαλλιῶν ἢ τὸ κούμπωμα ὅπισθεν τοῦ αὐχένος εἶναι σχεδὸν ἀδύνατον γὰ ἐπιτευχθῶν μετὰ τὴν άρθροδεσίαν.

Ἐκείνο, τὸ ὁποῖον κυρίως προσφέρει ἡ ἐγχείρησις εἶναι ἡ ἠϋξημένη, ἐνεργητικὴ κινητικότητα τοῦ ἄνω ἄκρου, τὸ ὁποῖον πρὸ τῆς άρθροδεσίας ἐκρέματο παρὰ τὸ πλευρόν, κινούμενον παθητικῶς καὶ ἀσκόπως ἐνίοτε μὲ τὸν ὤμον ἐν ἔξαρθρῶσει.

Διὰ τῆς μεταφορᾶς τῆς ἐνεργείας τῶν μυῶν τῶν κινούντων τὴν ὠμοπλάτην εἰς τὸ βραχιόνιον ἐπιτυγχάνονται πολλαὶ χρήσιμοι κινήσεις, π.χ. διὰ τῆς πρωστικῆς ἐνεργείας τοῦ προσθίου ὀδοντωτοῦ, ὁ ἀσθενὴς δύναται νὰ ἐκτελῇ χειραψίαν, ν' ἀνοίγῃ τὴν θύραν, ν' ἀκουμᾶ καὶ χρησιμοποιοῖ τὸ χέρι του ἐπὶ τῆς τραπέζης καὶ ἐπὶ ἐνηλίκων νὰ κρατᾶ τὸ τιμόνι αὐτοκινήτου. Ἐξ ἄλλου, μετὰ τὴν άρθροδεσίαν τοῦ ὤμου ἀξιοποιεῖται ὑπάρχουσα λ.χ. ἀσθενὴς κάμψις τοῦ ἀγκῶνος. Πολλάκις ἐλέπομεν ἀσθενεῖς, εἰς τοὺς ὁποίους ὡς πρώτη φάσις τοῦ προγράμματος χειρουργικῆς ἀποκαταστάσεως ἐκτελεῖται τενοντομειάσεις τύπου Steindler κατὰ τὸν ἀγκῶνα, διὰ τὴν ἐπίτευξιν κάμψεως, νὰ ἐκτελοῦν τὴν κάμψιν πολὺ ἰσχυρότερον μετὰ τὴν άρθροδεσίαν τοῦ ὤμου. Καὶ ἐπὶ τελείας ἀκόμῃ παραλύσεως τοῦ ἀγκῶνος, ἐὰν ὑπάρχῃ ἔστω καὶ ἐλαφρὰ συλληπτικὴ ἱκανότης κατὰ τὴν ἄκραν χεῖρα, ἡ άρθροδεσία τοῦ ὤμου δύναται νὰ προσδώσῃ κάποια κάμψιν ἢ ἔκτασιν εἰς τὸν ἀγκῶνα, μὲ τὴν χεῖραν προσηλωμένην εἰς τὸ ἀντικείμενον π.χ. ἀσθενὴς δύναται κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον νὰ κινή τὸν τροχὸν ἀναπηρικῆς πολυθρόνας ἢ νὰ μεταχειρισθῇ δεκανίκια.

Ἐνα ἄλλον θέμα, διὰ τὸ ὁποῖον ἀνεκαθεν ἐγένετο πολλὴ συζήτησις, εἶναι τὸ θέμα τῆς καλλιτέρας θέσεως εἰς τὴν ὁποίαν πρέπει ν' ἀγκυλωθῇ ὁ ὤμος. Παλαιότερον, ἡ τάσις ἦτο νὰ δίδεται μεγάλη ἀπαγωγὴ, ἀκόμῃ καὶ 90° , μὲ τὴν ἐλπίδα, ὅτι ἡ θέσις αὕτη θὰ ἠϋξανε τὸ εὖρος τῆς μετεγχειρητικῆς ἐνεργητικῆς ἀπαγωγῆς. Τοῦτο ἀποτελεῖ σφάλμα. Τὸ εὖρος τῆς ἀπαγωγῆς ἐξαρτᾶται κυρίως ἀπὸ τὴν ἰσχύν τοῦ τραπεζοειδοῦς. Ἐξ ἄλλου, ἐὰν ὁ ὤμος ἀγκυλωθῇ εἰς εὐρείαν ἀπαγωγὴν, τότε κατὰ τὴν κατάκλισιν εἰς τὸ πλευρόν, ὁ ἀσθενὴς ἐνοχλεῖται σημαντικῶς. Ἐπὶ πλέον, ἔταν ὁ ἀσθενὴς ἴσταται καὶ ὁ βραχίον πλησιάζῃ τὸν θώρακα, ὁ ὤμος χάνει τὴν γωνιώδη ἐμφάνισίν του, ὁ τραπεζοειδὴς τείνεται ἐπωδύτως, οἱ τιράντες ἢ μπρετέλες τῶν ἐνδυμάτων γλυστροῦν καὶ εἰς τὰ φορέματα ἢ τὰ σακκάκια πρέπει νὰ προστεθοῦν ἰσχυρὲς βάτες, διὰ νὰ καλυφθῇ ἡ ἀντιασθητικὴ ἄψις τοῦ ὤμου.

Τέλος, ὅσον ἀσθενέστερος εἶναι ὁ τραπεζοειδὴς τόσον μικροτέραν ἀπαγωγὴν πρέπει νὰ προσδώσωμεν εἰς τὴν άρθροδεσίαν μας.

Γενικῶς, εὖρομεν, ὅτι ἡ θέσις μεταξὺ 30° καὶ 45° ἀπαγωγῆς εἶναι ἡ καλλιτέρα. Προσωπικῶς προτιμῶμεν ν' άρθροδέσωμεν εἰς 45° , ὥστε νὰ καταλήξωμεν εἰς 30° . Πράγματι, ἔχει ἀποδειχθῇ, ὅτι μέχρις ὅτου ἐπιτευχθῇ ἡ ὀστικὴ ἀγκύλωσις τοῦ ὤμου, χάνομεν συνήθως 15° ἀπαγωγῆς. Εἰρήσθῃ ἐν παρόδῳ, ὅτι

ή πραγματική γωνία απαγωγής είναι ή σχηματιζομένη μεταξύ του άξονος του βραχιονίου και του νωτιαίου χείλους της ώμοπλάτης.

Όσον αφορά τόν βαθμόν τής κάμψεως τής άρθροδεσίας 30°—35° ή και ολιγώτερον είναι υπερεπαρκείς. Εάν προσδώσωμεν περισσότεραν κάμψιν, θά εμποδίζεται ή έκτασις του βραχιόνος, ή οποία είναι άπαιρήτητος π. χ. διά νά θάλη ο άσθενής τό χέρι εις τήν τσέπην του. Επίσης ή μεγαλύτερα κάμψις θά προκαλή άντικαισθητικήν προδολήν, πρὸς τὰ ὀπίσω, τής ώμοπλάτης, όταν ο βραχίον πλησιάζη τόν θώρακα.

Τέλος, ή θέσις στροφής τοῦ βραχιόνος έχει μεγάλην σημασίαν. Η πείρα απέδειξεν ὅτι 45° ἔσω στροφής διευκολύνουν καλλίτερον. Εἰς μὲν τοὺς ἄρρενας άσθενεῖς τοῦτο ἐπιτρέπει τήν άνετον τοποθέτησιν τοῦ χεριοῦ εις τήν τσέπην, εις δὲ τοὺς ἄρρενας καὶ θήλεις άσθενεῖς νά ἐνώνουν τὰ χέρια μπροστά, όταν καθήνται. Από τήν θέσιν άγκυλώσεως εις 45° ἔσω στροφής, ο βραχίον μπορεί νά ἔλθῃ κατὰ τὰς διαφόρους κινήσεις εις θέσιν 80 ἔσω στροφής ἢ 10° ἔξω στροφής.

ΤΕΧΝΙΚΗ

Μίαν ἢ δύο ἡμέρας πρὸ τής ἐγχειρήσεως τοποθετοῦμεν θωρακοβραχιόνιον γύψον, δηλαδή τοποθετοῦμεν τὸ θωρακικὸν μέρος καὶ ἀπὸ τὸ βραχιόνιον τὸ τμήμα ἀπὸ τοῦ ἄνω ὕμοριου καὶ κάτω, ὥστε δλόκληρος ή ὠμική ζώνη μένει ἔλευθερά. Κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον μετὰ τὸ πέρας τής ἐγχειρήσεως διά τής προσθήκης ὀλίγων γυψίνων ἐνισχύσεων ἐπιτυγχάνεται ταχέως ή ἐξασφάλις τής άρθροδεσίας, χωρὶς νά μετακινήθῃ ο άσθενής.

Η τομή τοῦ δέρματος παρακολουθεῖ ἐν ἀρχῇ τήν ώμοπλατιαίαν άκανθαν καὶ ἐν συνεχείᾳ κυρτοῦται ὑπερθεν τοῦ δελτοειδοῦς. Παρασκευάζομεν εὐρεῖς δερματικούς κρημνοὺς καὶ μετὰ τὸ ἠλεκτρικὸν μαχαιρίδιον σχάζομεν τοὺς μῦς κατὰ μήκος τής άκάνθης, ὥστε νά σχηματισθοῦν δύο μυϊκοὶ κρημνοί. Ἐξ αὐτῶν ο ἔξω ἐπεκτείνεται πρὸς τὸν δελτοειδῆ, τὸν ὁποῖον σχάζομεν κατακορύφως ἢ δίχην V, ὥστε νά σχηματισθοῦν καὶ ἐδῶ μυϊκοὶ κρημνοί. Ἀκολουθεῖ εὐρεία ὑπαπερισσική ἀποκάλυψις τής ώμοπλατιαίας άκάνθης. Μετὰ ὅστεπριονα ἀποκόπτομεν τήν άκανθαν ἐπιμήκως κατὰ τήν δάσιν τής καὶ δὴ μετὰ φοράν ἀπὸ τὸ άκρωμῖον πρὸς τὸ νωτιαῖον πέραν τής άκάνθης. Ὁ διαχωρισμὸς τοῦ άκρωμῖου γίνεται ἐντεῦθεν τής άκρωμιοκλειδικῆς άρθρώσεως, ὥστε νά διαφυλαχθῇ ή τελευταία, δι' αἰσθητικούς λόγους. Τὸ λαμβανόμενον μόσχευμα έχει σχῆμα περιπου ἐπιμήκους σφηνός, τήν ὁποίαν δυνάμεθα νά διαμορφώσωμεν ἔλαφρως. Ἀκολουθῶς συρράπτομεν τοὺς μῦς ὑπερθεν τής καταλληφθείσης κοίτης τής άκάνθης. Μετὰ ἠλεκτρικὸν μαχαιρίδιον ἀφαιροῦμεν τώρα γενναίως τὸν άρθρικὸν θύλακον τής κατ' ὦμον άρθρώσεως, ή ὁποία ἀποκαλύπτεται δι' ἀφελκυσμοῦ τοῦ ἀτροφικοῦ δελτοειδοῦς. Ἀκολουθεῖ διέκπρις τῶν άρθρικῶν ἐπιφανειῶν, ἐξ ὧν

τῆς ὀμογλήνης ἐπιτυγχάνεται καλλίτερον μὲ ἀλλάκωτῆν σμίλην καθοδηγούμενην ἀπὸ τὸ χέρι, χωρὶς σφύραν. Αἱ ἀρθρικά ἐπιφάνειαι συμπλησιάζονται εἰς τὴν ἐπιθυμητὴν θέσιν, ἐνῶ ὁ εἰς τῶν βοηθῶν ὠθεῖ τὸν ὦμον πρὸς τὰ κάτω. Μὲ χονδρὴν φραιζαν διανοίγεται σήραγγα, ἡ ὁποία ἄρχεται περίπου εἰς τὸ ὕψος τοῦ βραχιονίου ὀγκώματος διελαύνει τὴν κεφαλὴν, περᾶ ἀπὸ τὴν ὀμογλήνην καὶ τὸ σῶμα τῆς πλάτης καὶ κατὰ πᾶσαν πιθανότητα ἀπολήγει πρὸς τὰ ὀπίσω τοῦ τελευταίου, διότι τοῦτο δὲν τὸ βλέπομεν. Τέλος, ἡ ἄκανθα ὀλόκληρος εἰσωθείται διὰ τῆς ἀνωτέρω σήραγγος καὶ λόγῳ τοῦ σχήματός της δρᾶ καὶ ἐνσφηνωτικῶς. Τὸ κατὰ τὸ βραχιόνιον ὀγκωμα προέχον μέρος τῆς σφήνας ἀποκόπτεται.

Εἰς μίαν μόνον περίπτωσιν, ἡ ἄκανθα ἀπεδείχθη ἀνεπαρκὴς διὰ τὴν ἀφαλή καθήλων τῶν ἀρθρικών ἐπιφανειῶν, λόγῳ τοῦ μικροῦ μήκους της, καὶ ἠναγκάσθημεν νὰ μεταχειρισθῶμεν συμπληρωματικῶς, κοχλίαν ἐκ βιταλίου τοῦ χρησιμοποιουμένου εἰς τὰς ἐπιφυσιολύσεις τοῦ μηριαίου.

Τελικῶς συρράπτομεν τὸν δελτοειδῆ, τὸ δέρμα καὶ συμπληροῦμεν τὸν γύψον, ὡς ἀνεφέρθη.

Τὴν 3ην μετεγχειρητικὴν ἑβδομάδα γίνεται ἀλλαγὴ τοῦ γύψου, ἡ δὲ συνολικὴ διάρχεια τῆς ἀκίνητοποιήσεως εἶναι συνήθως 3μηνος. Μετὰ τὴν τελικὴν ἀφαίρεσιν τοῦ γύψου ἀρχίζουσι ὑποβοηθούμεναι ἐνεργητικαὶ κινήσεις καὶ τελικῶς ὁ ἀσθενὴς ἀφίεται ἐλεύθερος ν' ἀξιοποιήσῃ τὴν κινήτικότητα τῆς ὀμοπλάτης τοῦ πρὸς ὅλες τὰς διευθύνσεις.

Ἐκ τοῦ ὄλικου τῶν 50 περιπτώσεων, τὰς ὁποίας εἶχομεν ἀνακοινῶσαι μετὰ τοῦ Brooks, 22 ἀσθενεῖς ἐχειρουργήθησαν κατὰ τὴν περιγραφείσαν μέθοδον. Εἰς τὸ Ἀσκληπιεῖον ΕΕΣ Βούλας (εἰς τὴν Κλινικὴν τοῦ κ. Δήμητσα) ἐχειρουργήθησαν 4 ἀσθενεῖς τῆς ΕΛΕΠΙΑΠ μὲ τὴν μέθοδον ταύτην. Δύο ἐξ αὐτῶν ὑπερέβησαν τὸ ἔτος ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, ἐνῶ εἰς τοὺς ἄλλους δύο ὁ γύψος ἀφηρέθη προσφάτως. Εἰς ἅπαντας ἡ ὀστικὴ ἀγκύλωσις ἐπῆλθεν εἰς 3 μῆνας καὶ ἡ ἐπιτευχθεῖσα κινήτικότης τοῦ βραχιόνου εἶναι ἱκανοποιητικὴ. Χαρακτηριστικὸν τῆς σταθερότητος τῆς ἀρθροδεσίας εἶναι, ὅτι ὁ εἰς ἐκ τῶν ἀσθενῶν μας, τέσσαρας μῆνας μετὰ τὴν τελικὴν ἀφαίρεσιν τοῦ γύψου ἔπεσε καὶ ὑπέστη κάταγμα τῆς συστοίχου πρὸς τὴν ἀρθροδεσίαν κλειδός, χωρὶς ἢ ἀγκύλωσις νὰ διασπασθῇ. Ἄλλος ἀσθενὴς μας 6 μῆνας μετὰ τὴν τελικὴν ἀφαίρεσιν τοῦ γύψου ἔπεσεν ὁμοίως καὶ ὑπέστη κάταγμα τοῦ συστοίχου βραχιονίου καὶ πάλιν διαφυλαχθεῖς τῆς ἀρθροδεσίας.

SUMMARY

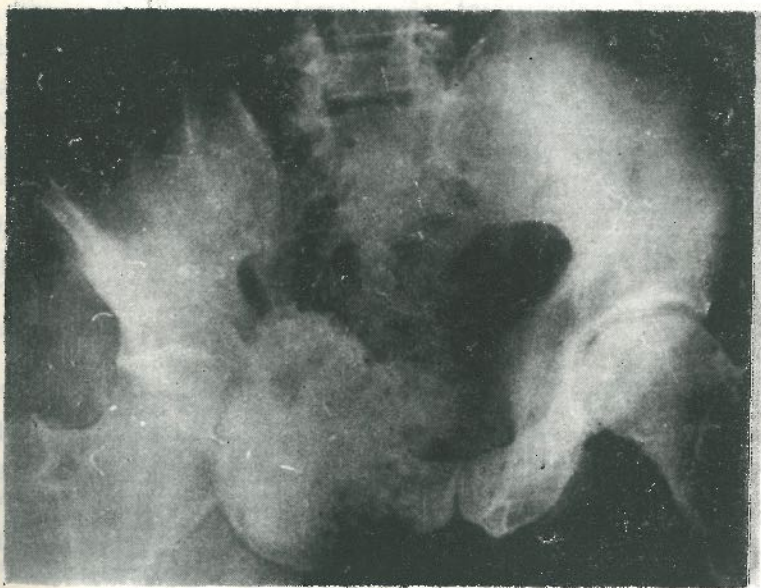
A. ZAOUSIS: Arthrodesis of the paralytic shoulder by the Brook's-Zaousi technic.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 31ης ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1962

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΑΝ, Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗ: Ευμέγεθες όστεοχόνδρωμα ήβοϊσσιακού κλάδου, προκαλέσαν σημεΐα μερικής έκ πίεσεως αποσφράξεως του έντέρου. Έξαιρέσις όστεοχονδρώματος μετά του συστοίχου ήβοϊσσιακού κλάδου. Ίασις. Έπίδειξις άκτινογραφιών και άσθενούς.

Ο επιδεικνυόμενος άσθενής Γαβ. Άθ., έτών 41, έξ Άμοργου έργάτης, εισήχθη έν τή Πανεπιστημιακή Όρθοπεδική Κλινική τό πρώτον τήν 20.7.61 ως έμφανίζων επώδυνον διόγκωσιν κατά τήν δεξιάν γλουτιαίαν χώραν. Παρεπονείτο επίσης δι' επίμονον δυσκοιλιότητα, ήτις μάλλον έχαρακτηρίσθη ως δυσχεσία. Άκτινολογικώς διεπιστώθη ή ύπαρξις ευμέγεθους όστεοχονδρώματος έξορμουμένου έκ του δεξιού ήβοϊσσιακού κλάδου.



Εικ. 1.— Άκτινολογική εικων όστεοχονδρώματος δεξιού ήβοϊσσιακού κλάδου επιδεικνυομένης περιπτώσεως

Ἡ γενομένη βιοψία ἐπεβεβαίωσε τὴν ἀκτινολογικῶς τεθείσαν διάγνωσιν. Ὁ ἀσθενὴς ἠρνήθη ἐγχειρητικὴν ἐξαίρεσιν τοῦ ὄγκου καὶ ἐξῆλθε τῆς κλινικῆς τῆν 22.8.61.

Τὴν 5.7.62, ἤτοι μετὰ ἔτος περίπου ἐπανῆλθεν ἐν τῇ κλινικῇ αἰτιώμενος δι' ἐπίτασιν τῆς δυσχεσίας.

15.7.62. Γίνεται σκέψις ἀκτινογραφίας ἐντέρου μετὰ βαριοῦχον ὑποκλισμὸν καὶ ἐφ' ὅσον ἡ δυσχεσία ὀφείλεται εἰς πίεσιν τοῦ ἐντέρου παρὰ τοῦ ὄγκου, γὰρ προηγήθη κολοστομία καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐξαίρεσις τοῦ ὄγκου μετὰ τοῦ ἠβοΐσχιακοῦ κλάδου.

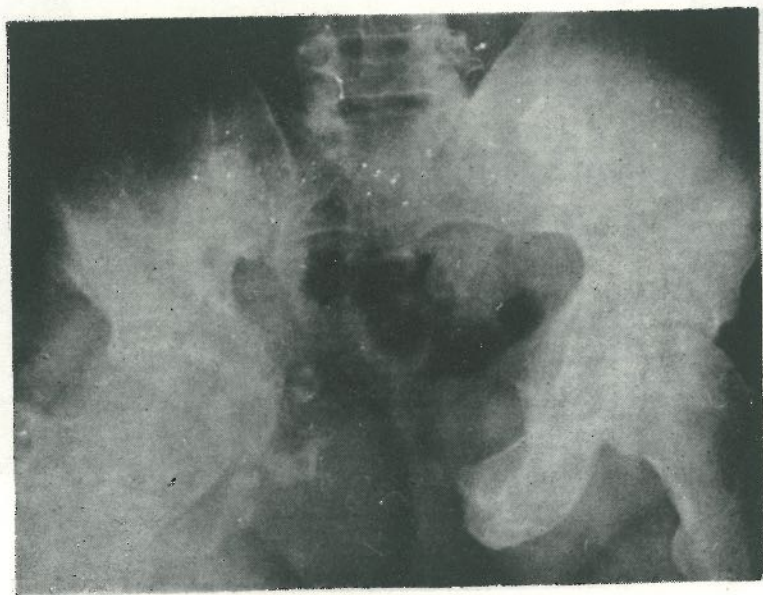
20.6.62. Ἐπίτασις δυσχεσίας μέχρις ἐμφανίσεως σημείων μερικῆς ἀποφράξεως τοῦ ἐντέρου.

22.7.62. Ὑφίσταται κρίσιν εἰλεοῦ, δι' ἧς διακομίζεται εἰς χειρουργικὴν κλινικὴν διὰ κολοστομίαν, ἔνθα καὶ χειρουργεῖται.

29.7.62. Ἐπαναδιακομίζεται παρ' ἡμῖν φέρων κολοστομίαν.

5.8.62. Ἀποφασίζεται ἡ ἐξαίρεσις τοῦ ὄγκου.

7.8.62. Ἐγχειρήσις. Ἐξαίρεσις ὀλοκλήρου τοῦ ἠβοΐσχιακοῦ κλάδου μετὰ τοῦ ὄγκου διὰ τεχνικῆς περιγραφείσης λεπτομερῶς ἐπ' εὐκαιρίᾳ σχετικοῦ ἄρθρου μας δημοσιευθέντος εἰς Ὀρθοπαιδικὰ Χρονικά Ἀσκληπιείου Βούλας (1961, τεύχος 1ον, σελίδες 35—69).



Εἰκ. 2.— Μετεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία. Ἐξαίρεσις ὀστεοχονδρώματος μεθ' ὀλοκλήρου τοῦ δεξιῦ ἠβοΐσχιακοῦ κλάδου.

21.8.62. Μετεγχειρητική πορεία όμαλή. Ό ασθενής ήρχισε βαδίζων.

28.9.62. Σύγκλισις κολοστομίας.

8.10.62. Η λειτουργία του έντέρου ελέγχεται απολύτως φυσιολογική. Βαδίζει εύχερέστερον.

31.10.62. Σήμερον επιδεικνύομεν ύμιν τόν ως άνω άσθενή, όστις, ως παρατηρείται, ύσταται, βαδίζει, άνέρχεται και κατέρχεται τάς βαθμίδας κλίμακος ως φυσιολογικόν άτομον.

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDES and V. SOURMELIS : A large osteochondroma of ischio-pubic ramus which caused partial obstruction of the intestine from pressure.

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ, Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗ: Στατοκινητική κατάσταση άσθενών μετά χειρουργικήν εξαίρεσιν ήβοΐσσιακού κλάδου. Επίδειξις ακτινογραφιών και τεσσάρων άσθενών.

Επιδεικνύομεν 4 άσθενείς, ότινες εχειρουργήθησαν ύφ' ήμων, ύποστάνας εξαίρεσιν του ένός των ήβοΐσσιακών κλάδων (άπό της ήβικης συμφύσεως μέχρι της κοτύλης) συνεπεία όστεολυτικής επεξεργασίας. Λεπτομερώς περί των επιδεικνυομένων άσθενών έδημοσιεύσαμεν εις άρθρον μας εις «Όρθοπαιδικά Χρονικά Άσκληπείου Βούλας» (1961, τεύχος 1ον, σελίς 34—69) ύπό τόν τίτλον «Εγχειρητική αντιμετώπισις κακοήθων έγκων (σαρκώματος) ήβοΐσσιακών κλάδων».

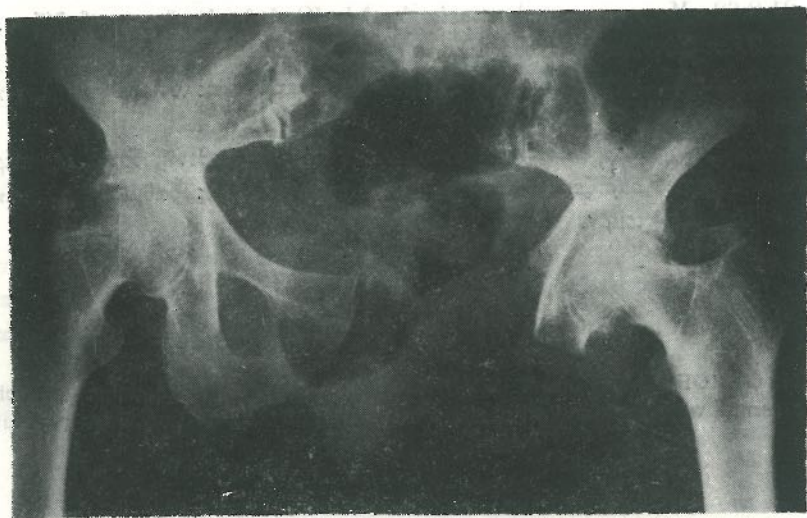
Ό πρώτος των επιδεικνυομένων άσθενών, ήλικίας 58 έτων, εχειρουργήθη την 28ην Ιουλίου 1960, ήτοι πρό 29 μηνών, επανέλαβε δέ άπό διαιτίας την εργασία του (γεωργός).

Ό δεύτερος, ήλικίας 55 έτων, εχειρουργήθη την 2αν Όκτωβρίου 1960, ήτοι πρό 26 μηνών, επανέλαβε δέ την εργασία του 4 μήνας μετά την έγχειρησίον του (άνώτερος τραπεζιτικός υπάλληλος).

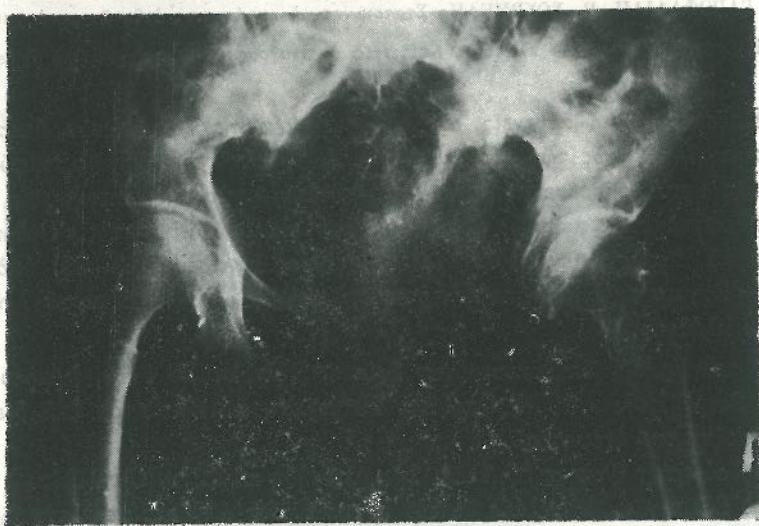
Η τρίτη των άσθενών, ήλικίας 68 έτων, εχειρουργήθη την 25.6.61, ήτοι πρό 18 μηνών, επανέλαβε δέ τάς ασχολίας της (οικιακά) τρίμηνον άπό της έγχειρήσεως.

Ό τέταρτος των άσθενών άπετέλεσα θέμα της άμέσως προηγουμένης επιδείξεός μας.

Όταν εσκέφθημεν την εξαίρεσιν του ήβοΐσσιακού κλάδου είχομεν την γνώμη, και εξακολουθοΰμεν νά έχομεν, ότι δια της εξαίρέσεως του ήβοΐσσια-



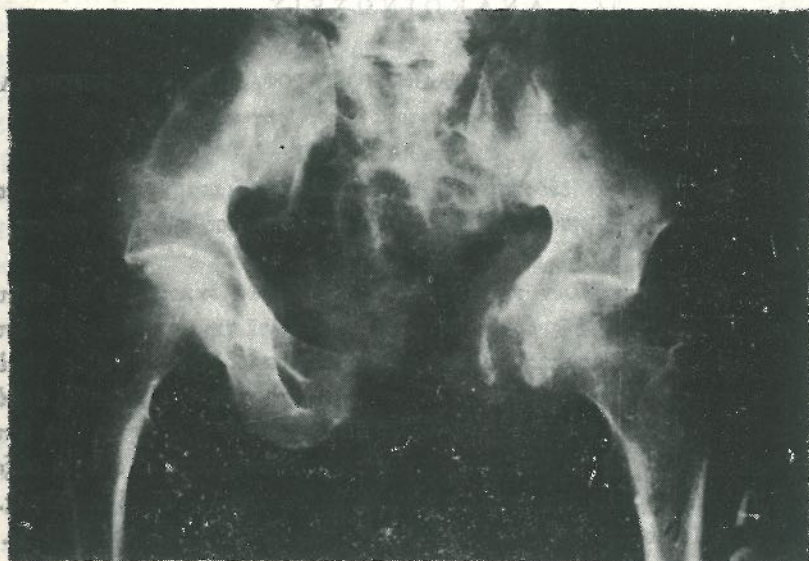
Εικ. 1.— Μετεγχειρητική ακτινογραφία πρώτης περιπτώσεως.



Εικ. 2.— Μετεγχειρητική ακτινογραφία δευτέρας περιπτώσεως.

καὺ κλάδου, διασπᾶται ὁ ἀρραγῆς «δακτύλιος» ἐν σχηματίζουσι τὸ ἱερὸν μετὰ τῶν λαγονίων καὶ τῶν ἠβοίσχιακῶν κλάδων καὶ ἐπομένως κατὰ τὴν θάδισιν ἢ ἱερολαγόνιος ἢ εὐρισκομένη συστοίχως πρὸς τὸ στηρίζον σκέλος θὰ ὑφίσταται ὑπερφόρτωσιν καὶ ὡς εὐνόητον, μετὰ χρόνον θὰ ἠδύνατο νὰ ἐμφανισθῇ ἐκφυλιστικὴ ἀρθροπάθεια τῆς ἱερολαγονίου.

Ἡ ἐκφυλιστικὴ ἀρθροπάθεια τῆς ἱερολαγονίου θεωρητικῶς, καθ' ἡμᾶς,



Είκ. 3.— Μειτεγχειρητική άκτινογραφία τρίτης περιπτώσεως.

δέον να άφορα ιδίως την σύστοιχον, προς τον έξαιρεθέντα ήβοΐσχιακόν κλάδον, ιερολαγονίον άρθρωσιν. Τοϋτο δέ διότι επί πλέον της διασπάσεως του άρραγοϋς δακτυλίου, εν σχηματίζει τό ιερόν μετ' άμφοτέρων τών άνωγύμων όστών συμβάλλει και ή έξαιρέσις σταθεροϋ τμήματος προσφύσεως μυών και συνδέσμων, ως είναι ο ήβοΐσχιακός κλάδος.

Οί επιδεικνυόμενοι άσθενείς, ως βλέπεται, βαδίζουν, ίστανται μονόποδες, άνέρχονται και κατέρχονται κλίμακα ως φυσιολογικά άτομα, δι' οϋδέν αιτιώμενοι. Αί άκτινογραφίαι και τών τριών περιπτώσεων οϋδέν τό παθολογικόν εμφανίζουν εκ τών ιερολαγονίων, καιτοι παρήλθον σχεδόν 3 έτη από της έγχειρήσεως.

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDES and V. SOURMELIS: Conditions of patients after removal inshio-pubic ramus.

ιδόν μετά
βάδιαν
ύφιστα-
ισθη έκ-

3) ήμας,

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ — Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ - ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ — Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ:

Ὅστικαὶ ἀλλοιώσεις ἐπὶ περιπτώσεως ὑποφυσιογενοῦς ὑπογεννητιομοῦ.

Αἱ προκαλούμεναι ἐνδοκρινικαὶ συνδρομαὶ ἐπὶ διαταραχῶν τῆς λειτουργίας τῆς ὑποφύσεως ποικίλλουν ἀναλόγως τῆς προσβληθείσης μοίρας τοῦ ἀδένοῦ.

Ἐκ τῶν ἡωσινοφίλων κυττάρων τῆς ὑποφύσεως ἐκκρίνεται ἡ αὔξητικὴ ὁρμόνη. Ἡ ἐπίδρασις τῆς ὁρμόνης ταύτης προκαλεῖ τὴν αὔξησιν τῶν ὀστέων, βοηθεῖ τὴν ἐνδοχόνδριον καὶ περιοριστικὴν ὀστεοπαραγωγὴν, χωρὶς νὰ ἐπιρραΐξῃ τὴν σκελετικὴν ὠρίμανσιν. Ἡὑξημένη παραγωγὴ αὔξητικῆς ὁρμόνης εἰς παιδία προκαλεῖ γιγαντισμούς, διότι ὑποβοηθεῖται ἡ αὔξησις τῶν ὀστέων, ἀλλὰ καθυστερεῖ ἡ σύγκλησις τῶν ἐπιφύσεων, τοιοῦτοτρόπως τὸ ἄτομον αὐξάνει καθ' ὄψος καὶ ἐνηλικιούται χωρὶς εἰσέτι νὰ ἔχουν συγκλεισθῇ αἱ ἐπιφύσεις.

Ἐκ τῶν βασεοφίλων κυττάρων ἐκκρίνονται αἱ γοναδοτρόποι ὁρμόναι. Τὸ ποσὸν τῶν ἐντὸς τῶν ὄρχεων παραγομένων ἀνδρογόνων ὁρμονῶν ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν φυσιολογικὴν λειτουργίαν τοῦ προσθίου λοβοῦ τῆς ὑποφύσεως. Ἡ ἀνδρογόνος ὁρμόνη ὑποβοηθεῖ τὴν ἐνδοστικὴν καὶ ἐνδοχόνδριον παραγωγὴν τοῦ ὀστοῦ, τὴν αὔξησιν τῶν ὀστέων καὶ τὴν ὠρίμανσιν αὐτῶν. Ἐλλειψὶς ἀνδρογόνου ὁρμόνης εἰς τὰ παιδία δὲν ἀναστελλεῖ τὴν σκελετικὴν αὔξησιν, ἀλλὰ τὴν σκελετικὴν ὠρίμανσιν (δὲν συγκλείουν οἱ συζευκτικοὶ χόνδροι).

Ἡ μετέρα περίπτωσις

Ἄνθρωπος ἡλικίας 28 ἐτῶν, κουρεὺς, εἰσῆχθη εἰς τὴν Πανεπιστημιακὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τὴν 9.3.62, αἰτιώμενος διὰ παραμόρφωσιν τοῦ δεξιοῦ γόνατος.

Ὑψος σώματος 1.85 ἐκ. ἀπόστασις ἀπὸ ἡβικῆς συμφύσεως μέχρι πελμάτων 100 ἐκ. μ. Ἀπόστασις ἄνω ἄκρων ἐν ἀπαγωγῇ εὐρισκομένων, μετρήσιν ἀπὸ ἄκρων δακτύλων μιᾶς χειρὸς μέχρις ἄκρων δακτύλων τῆς ἐτέρας, 1,89 ἐκ. μ.

Χαρακτηριστικὰ προσώπου συμμετρικά. Περιπέτεια ζυγωματικῶν ἢ ὑπερτροφία κάτω γνάθου δὲν παρατηρεῖται.

Τριχοφυΐα ἄνω χείλους καὶ γένειον ἐλλείπουσι, δέρμα ξηρὸν στερούμενον σπάργους καὶ ἐλαστικότητος.

Ἄνω ἄκρα συμμετρικά πρὸς ἄλληλα ἐν τῷ συνόλῳ των καὶ κατὰ τὰς διαφόρους αὐτῶν μοίρας. Παλάμαι καὶ δάκτυλοι οὐχὶ ὑπερτροφικοὶ ἢ πεπαχυμένοι. Θώραξ καλῆς διαπλάσεως, κύφωσις δὲν παρατηρεῖται, λεκάνη κατὰ φύσιν, ὁ

ἀριστερός γλουτός προέχει τοῦ δεξιοῦ. Ἡ περιοχὴ τοῦ ἐφηβαίου ἐμφανίζει ἀραιὰν τρίχωσιν ἐγκαρσίως διακοπταμένην ὡς ἐπὶ θηλέος, ἀτροφία πέους (ὡς μικροῦ παιδίου), ὄσχεον ὑποπλαστικὸν διαχωριζόμενον ὑποτυπωδῶς κατὰ τὴν ραφήν του εἰς δύο ἡμίσεα, ἐνῶ ἐντὸς αὐτοῦ διὰ ψηλαφήσεως δὲν ἀνευρίσκονται ὄρχεις.

Τὰ κάτω ἄκρα ἐμφανίζουν ἀνισομετρίαν, τὸ δεξιὸν σκέλος ἐπιμηκέστερον τοῦ ἀριστεροῦ μὲ ἐκσεσημασμένον θλαισὸν γόνυ. Ὅταν οἱ μηροὶ καὶ τὰ γόνατα ἐφάπτονται πρὸς ἄλληλα, ἡ μεταξὺ τῶν σφυρῶν ἀπόστασις εἶναι 43 ἐκ.μ. (εἰκὼν 1).

Ἀκτινολογικὰ εὐρήματα

Τὸ κρανίον ἐπὶ προσφάτου ἀκτινογραφίας οὐδὲν τὸ παθολογικὸν δεικνύει κατὰ τὴν ὀγκομετρίαν καὶ μορφολογίαν αὐτοῦ, τὸ τουρκικὸν ἐφίππειον εἶναι κατὰ φύσιν.

Ἡ ἀκτινογραφία τῆς λεκάνης (14.3.62) δεικνύει φυσιολογικὴν διαμόρφωσιν καὶ ὕψην αὐτῆς, τοῦ ἱεροῦ καὶ τῶν κατωτέρων ὀσφυϊκῶν σπονδύλων.

Ἀμφότεραι αἱ ἄνω ἐπιφύσεις τῶν μηριαίων ὀστῶν ἀνωμάλου μορφολογίας, οἱ αὐχένες αὐτῶν μεγαλύτερου εὗρους ἢ τὸ φυσιολογικόν.

Τὸ ἀριστερὸν ἰσχίον ἐμφανίζει ραιδότητα, ἣτις εἶναι ἀπότοκος παλαιᾶς ἐπιφυσιολύσεως τῆς μηριαίας κεφαλῆς (εἰκὼν 2).

Ἀκτινογραφία (4.5.55) εἰς τὴν ἀκτινογραφίαν ταύτην ὁ πυρὴν ὀστεώσεως τῆς λαγονίου ἀκροσφίρας ἔχει συγκλεισθῆ.

Ἀκτινογραφία τῆς δεξιᾶς κατὰ γόνυ ἀρθρώσεως (31.3.62) δεικνύει ἀνωμαλίαν τῶν προσκειμένων μεταφύσεων κνήμης καὶ μηροῦ, τόσοσιν κατὰ τὴν μορφολογίαν ὅσον καὶ τὴν ὕψην, διατήρησιν δὲ τῶν συζευκτικῶν χόνδρων (εἰκὼν 3). Ἐὰν τις βασισθῆ εἰς τὴν ἀκτινογραφίαν ταύτην, ἡ ὀστικὴ ἡλικία τοῦ ἀσθενοῦς καθορίζεται ὡς μικροτέρα τῆς τοῦ 21ου ἔτους.

Τὸ γόνυ τοῦτο ἐμφανίζει θλαισότητα τῆς ὁποίας τὸ μεγαλύτερον ποσοστὸν ὀφείλεται εἰς τὴν παραμόρφωσιν τῆς ἄνω μεταφύσεως τῆς κνήμης, ἐνῶ τὸ ὑπόλοιπον εἰς παραμόρφωσιν τῆς κάτω μηριαίας μεταφύσεως. Τὰ προσκείμενα τμήματα τῶν ὀστῶν τῆς κνήμης καὶ τοῦ μηροῦ ἐμφανίζουν ὁμοιογενῆ σκίασιν τῆς σπογγώδους οὐσίας καὶ ἐμφανῆ λεπτυσιν τοῦ φλοιοῦ αὐτῶν.

Ἐπεμβάσεις

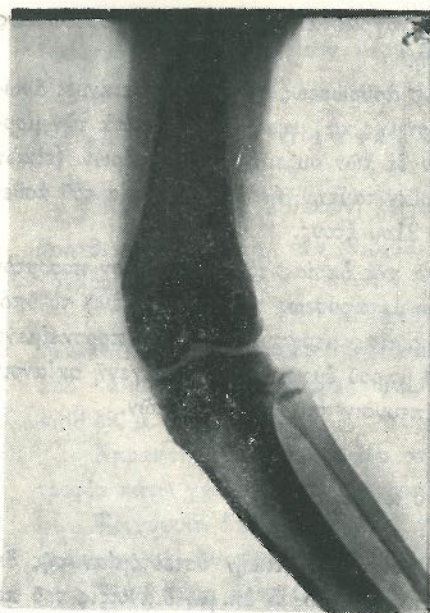
Ὁ ἀσθενὴς ὑπεβλήθη τὴν 15.3.62 εἰς διορθωτικὴν ὀστεοτομίαν τῆς δεξιᾶς κνήμης. Διὰ τομῆς προσθιοεξωτερικῆς μήκους 5 ἐκ.μ., διάνοιξις τοῦ περιστέου κατὰ τὴν αὐτὴν φορὰν καὶ προσπέλασις τῆς ἄνω κνημιαίας μεταφύ-



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.



Εικόνα 3.



Εικόνα 4.

σεως. Διὰ πλατείας σμίλης ἐνεργεῖται ὀστεοτομία δύο (2) δακτύλους κάτωθεν τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου καὶ παραλλήλως πρὸς αὐτόν.

Ἡ ὀστεοτομία ἐξικνεῖται μέχρι τοῦ ἀπέναντι φλοιοῦ, τὸν ὁποῖον ὅμως ἀφίνει ἀκέραιον. Μετὰ ταῦτα, συρραφή τοῦ τραύματος καὶ ἐφαρμογὴ Μ.Κ.Π. γυψίνου ἐπίδεσμου. Κατὰ τὸν χρόνον πηξέως τοῦ γύψου ἐγένετο μερική διόρθωσις παραμορφώσεως πρὸς ἀποφυγὴν τάσεως τοῦ περνιαίου νεύρου.

Μετὰ μίαν ἐβδομάδα ἀλλαγὴ γύψου ὑπὸ νάρκωσιν καὶ νέα διόρθωσις.

Ἀκτινογραφία τῆς 26.3.62 δεικνύει ἀρκούντως ἱκανοποιητικὴν διόρθωσιν (εἰκὼν 4). Ὁ γύψινος ἐπίδεσμος ἀφηρέθη 2 μῆνας μετὰ τὴν ἐφαρμογὴν του καὶ ὁ ἀσθενὴς ὑπεβλήθη εἰς κινήσιοθεραπείαν.

Μετεγχειρητικῶς, ἡ μεταξὺ τῶν σφυρῶν ἀπόστασις μετρηθεῖσα μὲ τὸς μηροῦς καὶ τὰ γόνατα ἐν ἐπαφῇ ἦτο 17 ἐκ. μ. Ὅστικὸν τεμάχιον ληφθὲν κατὰ τὴν ἐπέμβασιν ἀπεστάλη διὰ παθολογοανατομικὴν ἐξέτασιν, ἥτις ἀπέδειξεν ὕφην φυσιολογικοῦ ὄστου.

Κ ρ ι τ ι κ ῆ — Σ υ μ π ε ρ ἄ σ μ α τ α

Ἐκ τῆς μελέτης τοῦ ἀσθενοῦς, τὰ σημεῖα τὰ ὁποῖα προκαλοῦν ἐνδιαφέρον εἶναι :

1. Ἡ διαταραχὴ τῆς ἀναπτύξεως καὶ ὀριμάνσεως τοῦ σκελετοῦ.
2. Τὸ εὐνοουχοειδικὸν σύνδρομον.

Ἡ διαταραχὴ τῆς ἀναπτύξεως καὶ ὀριμάνσεως τοῦ σκελετοῦ ἀναλύεται εἰς :

I. Ὑπὲρ τὸ φυσιολογικὸν ὕψος τοῦ σώματος καὶ διαταραχὴν σχέσεως μήκους κορμοῦ πρὸς μήκος ἄκρων.

II. Ἐλλειψίς τυπικῆς μορφολογίας καὶ σημειολογίας μεγαλαυχρίας ἢ γιγαντισμοῦ.

III. Καθυστέρησιν εἰς τὴν σύγκλεισιν τῶν συζευκτικῶν χόνδρων καὶ διαταραχὴν εἰς τὴν χρονολογικὴν διαδοχὴν τῆς συγκλείσεως.

IV. Ἐμφάνισιν παραμορφώσεων, ἧται ἐπιφυσίβουσιν μηριαίας κεφαλῆς καὶ ὀλαισότητα τοῦ γόνατος.

Φυσιολογικῶς, ὁ χρόνος συγκλείσεως τῶν συζευκτικῶν χόνδρων κατὰ τοὺς διαφόρους συγγραφεῖς ἔχει ὡς ἀκολούθως :

Ἄνω μηριαίας ἐπιφύσεως, τέλος 19ου ἔτους.

Κάτω μηριαίας ἐπιφύσεως καὶ ἄνω κνημιαίας τοιαύτης τέλος 21ου ἔτους. Λαγονίου ἀκρολοφίας 21—25 ἔτους (Schinz).

Εἰς τὸν ἡμέτερον ἀσθενῆ ἡ σύγκλεισις τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου τῆς λαγονίου ἀκρολοφίας ἐγένετο πρὸ τοῦ 21ου ἔτους, ἐνῶ ὁ συζευκτικὸς χόνδρος τῆς ἄνω μηριαίας ἐπιφύσεως κατὰ τὴν αὐτὴν ἡλικίαν ἔχει παραμείνει ἀνοικτός.

Εἰς ἑτέρας ἀκτινογραφίας, ὅτε ὁ ἀσθενὴς ἦτο ἡλικίας 28 ἐτῶν, ὁ τῆς ἄνω μηριαίας ἐπιφύσεως ἔχει συγκλείσθῃ, ἐνῶ τῆς κάτω μηριαίας καὶ τῆς ἄνω κνημιαίας παραμένει εἰσέτι ἀνοικτός.

Εὐνόητον εἶναι ὅτι ἡ ὁρμονικὴ διαταραχὴ ἣς ἐπέφερε τὴν καθυστέρησιν τῆς συγκλείσεως τῶν συζευκτικῶν χόνδρων ἔλαβε μέρος εἰς τὴν πρόκλησιν τῆς ἐπιφυσιολύσεως τῆς μηριαίας κεφαλῆς.

Ὁ Harris εἰς μελέτην τῆς ἐνδοκρινικῆς θάσεως τῆς ἐπιφυσιολύσεως ταύτης θεωρεῖ ὡς προκλητικὸν αἴτιον ἢ τὴν περίσσειαν τῆς αὐξητικῆς ὁρμόνης ἐν σχέσει πρὸς τὴν ἀνδρογόνον ἢ τὴν ἐλάττωσιν τῆς ἀνδρογόνου ἐν σχέσει πρὸς τὴν φυσιολογικὴν ποσότητα τῆς αὐξητικῆς ὁρμόνης. Ἡ βλάβη ἢ προκαλοῦσα τὴν ἐπιφυσιόλυσιν τῆς μηριαίας κεφαλῆς εὐρηταί ἐντὸς τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου.

Περὶπτωσιν βλαισότητος τοῦ γόνατος εἰς ἀσθενῆ μετὰ πάθησιν τῆς ὑποφύσεως δὲν ἠδυνήθημεν νὰ ἀνεύρωμεν εἰς τὴν βιβλιογραφίαν.

Ἡ καθυστέρησις συγκλείσεως τῆς ἄνω κνημιαίας ἐπιφύσεως ἴσως νὰ συνέβαλεν εἰς τὴν ἀνώμαλον αὐξησιν τοῦ ὅστου τῆς κνήμης μετὰ ἀποτέλεσμα τὴν ἐκσεσημασμένην βλαισότητα.

Ἐὰν θὰ ἦτο ἐπιτρεπτόν νὰ συσχετίσωμεν τὴν καθυστέρησιν τῆς συγκλείσεως τῶν συζευκτικῶν χόνδρων πρὸς τὰς παρατηρηθείσας παραμορφώσεις θὰ ἠδυνάμεθα νὰ εἰπώμεν ὅτι εἰς τὸν ἰσχίον ὅπου ὁ συζευκτικὸς χόνδρος εἶναι ἡσσονος αὐξητικῆς ἰκανότητος (Digby - Green, 30% αὐξητικῆς ἰκανότητος μηροῦ) παρατηρήθη ταχύτερα σύγκλεισις τοῦ συζευκτικοῦ χύδρου καὶ ἡ βλάβη ἐξεδηλώθη ἐντὸς αὐτοῦ ὡς ἐπιφυσιόλυσις.

Εἰς τὴν κάτω μηριαίαν καὶ ἄνω κνημιαίαν ἐπιφύσιν ἀντιθέτως, ὅπου ὁ συζευκτικὸς χόνδρος εἶναι μείζονος αὐξητικῆς ἰκανότητος (Digby - Green) ἡ σύγκλεισις καθυστερεῖ καὶ ἡ βλάβη ἐκδηλοῦται ἔξωθεν τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου ὡς βλαισὴ ἀπόκλεισις τῆς μεταφύσεως.

Ἡ διαταραχὴ τῆς γεννητικῆς σφαίρας τοῦ ἀσθενοῦς δυνατόν νὰ ὀφείλεται εἰς πρωτοπαθῆ βλάβην τῆς ὑποφύσεως (ὑποφυσιογενῆς ὑπογεννητισμός), δυνατόν ὅμως νὰ ὀφείλεται καὶ εἰς πρωτοπαθῆ ἀτροφίαν τῶν ὄρχεων.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις ἐπιτυγχάνεται διὰ τῆς μετρήσεως τῶν γοναδοτροπινῶν εἰς τὰ οὖρα. Αὐξησις γοναδοτροπινῶν εἰς τὰ οὖρα συνηγορεῖ ὑπὲρ τῆς πρωτοπαθοῦς βλάβης τῶν ὄρχεων. Ἡ μέθοδος ἀξίαν ἔχει ἐφ' ὅσον τελεῖται κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἐφηβείας. Περὶ πάντως εἶναι, ὅτι ἡ πρωτοπαθὴς ἀτροφία τῶν ὄρχεων δὲν συνυπάρχει μετὰ ὑπὲρ τὸ φυσιολογικὸν ὕψος σώματος.

S U M M A R Y

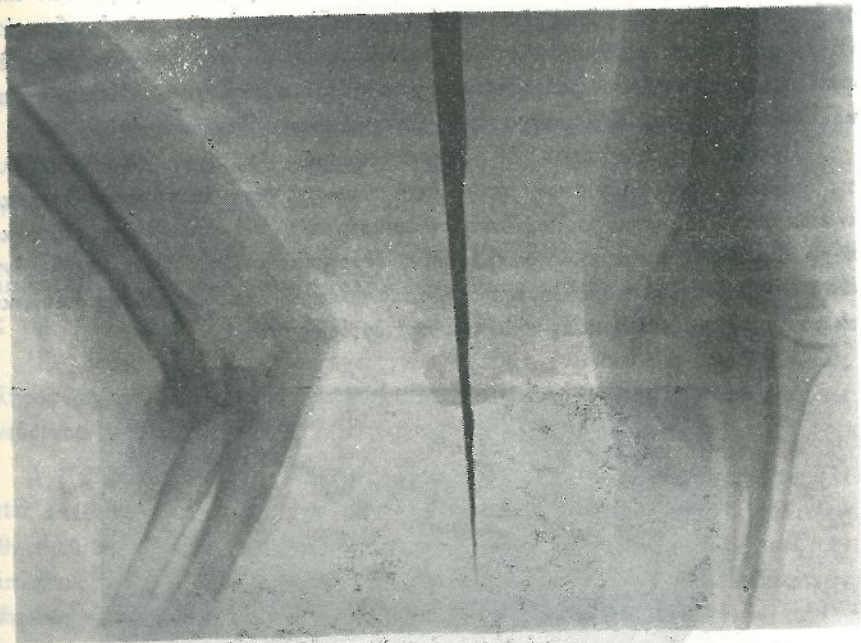
TH. GAROFALIDES, G. CHARTOFILAKIDES and CHR. RIGOPOULOS
Bone lesions in a case of Hypopituitarie Hypogonadism.

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΤΑΗ - ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ — Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ: Αποτέλεσμα αίμα-
τηράς ανάταξης παρημελημένου εξάρθρωματος του άγκωνος.

Ασθενής Τ. Α., γυνή, ηλικίας 70 ετών, ήτις πρό 4μήνου υπέστη πτώσιν
επί της άριστεράς χειρός με αποτέλεσμα την εξάρθρωσιν της άριστεράς κατ'
άγκωνι άρθρώσεως και κάταγμα μέσου προς κάτω 3) μορίου της συστοίχου κερ-
κίδος.

Εισήχθη εις την Πανεπιστημιακήν Ὀρθοπαιδικήν Κλινικήν την 12.10.62,
αιτιωμένη λειτουργικήν ανεπάρκειαν και άλγος εις τον άριστερον άγκωνα. Τό
αντιθράχιον διατηρείτο εις θέσιν κάμψεως 30° και αί έκούσαι μικροκινήσεις
προεκάλλουν άλγος. Πλήν τούτου, ή ασθενής ήττάτο δια μόνιμον αιμωδίαν εις τό
ώλένιον χεϊλος και τους δύο τελευταίους δακτύλους της χειρός.

Ακτινολογικός έλεγχος απέδειξεν όπισθιον εξάρθρωμα του άριστερου άγ-
κωνος και ψευδάρθρωσιν κατάγματος κερκίδος (εικων 1).



Εικων 1 — Προεγχειρητική ακτινογραφία άγκωνος.

Την 16.10.62 υπεδλήθη εις αίματηράν ανάταξιν του εξάρθρωματος του
άγκωνος με την άκόλουθον τεχνικήν: Υπό γενικήν νάρκωσιν και έφαρμογήν
πνευματικού Esmarch, τομή όπισθιο - εξωτερική άρχομένη 10 εκ.μ. υπερθεν
του άγκωνος και τελευτώσα 5 εκ.μ. κάτωθεν αυτού, επί της κεφαλής της κερ-

κίδος. Διατομή τοῦ τένοντος τοῦ τρικεφάλου κατὰ τὴν κατάφυσιν του εἰς τὸ ὠλέκρανον καὶ ἀνάσπασις αὐτοῦ.

Διατομή μυϊκῶν ἰνῶν τρικεφάλου καὶ προσπέλασις τοῦ ἄρθρικοῦ θυλάκου.

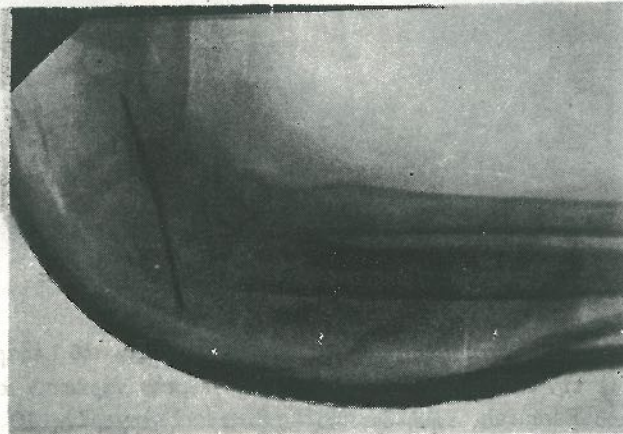
Ἐπέγερσις δερματικῶν κρημνῶν ἔνθεν καὶ ἔνθεν καὶ ἀποκάλυψις δλοκλήρου τῆς ἄρθρώσεως μέχρι τῆς παρατροχιλίου ἀποφύσεως. Ἀναζήτησις τοῦ ὠλενίου νεύρου, τὸ ὁποῖον ἐκ τῆς αὐλακος αὐτοῦ ἐφέρετο ἐγκαρσίως καὶ ὑπὸ τάσιν πρὸς τὰ ἔξω συμφυόμενον πρὸς τὸ κερκιδικῶς παρεκτοπισθὲν ὠλέκρανον.

Τὰ ἀπὸ τοῦ ὠλενίου εὐρήματα ἦσαν τρία :

α) Μεγάλη τάσις λόγῳ τῆς παρεκτοπίσεως τῆς ὠλένης. β) Στερεὰ σύμφυσις πρὸς τὸ ὠλέκρανον. γ) Συμφύσεις περικλείουσαι τοῦτο κατὰ τὴν ὡς ἄνω διαδρομὴν.

Μετὰ τὴν ἀπελευθέρωσιν τοῦ ὠλενίου νεύρου, ἀποκόλλησις τοῦ θυλάκου ἐκ τῆς προσφύσεώς του εἰς τὸ βραχιόνιον ὄστυον καὶ ἀφαίρεισις σὺλῶδους ἱστοῦ τοῦ πληροῦντος τὸν ὠλεκρανικὸν θόθρον. Ἡ ἐπισκόπησις τῶν ἄρθρώσεων ἀπέδειξε πολλαπλᾶς συμφύσεις ἐκτεινομένας μεταξὺ τῶν ὄστων τοῦ ἀντιβραχίου. Οἱ ἄρθρικοὶ ὅμως χόνδροι βραχιονίου, κερκίδος καὶ ὠλένης ἦσαν ἀκέραιοι, ἐμφανίζοντες μόνον βαθυτέρας κίτρινας χροιάς τοῦ φυσιολογικοῦ. Περισχὴ ἀποκόλλησεως χόνδρου, ἢ κατάγματος ἢ ὀστεοκακώσεως δὲν ἀνευρέθη.

Προσπάθεια ἀνατάξεων, δι' ἡπίων χειρισμῶν ἀπέτυχεν. Νέα ἀποκόλλησις θυλάκων καὶ συμφύσεων τόσον κατὰ τὴν προσθίαν ἐπιφάνειαν ὅσον καὶ τὴν ὀπισθίαν τοῦ ἀγκῶνος κατέστησεν ἐφικτὴν τὴν ἀνάταξιν. Μετὰ ταῦτα καὶ λόγῳ ἀσταθείας κατὰ τὴν συγκράτησιν, ἐχρησιμοποίηθη τεμάχιον βελόνης Kirschner, διὰ τοῦ ὁποῖου συνεκρατήθη τὸ ὠλέκρανον πρὸς τὸ βραχιόνιον, κατὰ τὸ δυνατόν ἐξωαρθρικῶς, τοῦ ἀγκῶνος ἐν ὀρθῇ γωνίᾳ.



Εἰκὼν 2.— Μετεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία ἀγκῶνος.

Συρραφή κατά στρώματα μετά προηγουμένη καθήλωσιν τοῦ τένοντος τοῦ τρικεφάλου εἰς τὸ ὠλέκρανον διὰ μεταξίγων ραμμάτων 00 διερχομένων δι' ὀστέων ἐκ τοῦ ὠλέκρανου. Ἡ προσπάθεια συμπλησιάσεως τοῦ τένοντος καθίστατο δυσχερεστάτη, λόγῳ τῆς συρρικνώσεως τοῦ τρικεφάλου.

Ἐφαρμογὴ γυφίνου ἐπιδέσμου Β.Π.Κ. Μετὰ 12 ἡμέρας ἀφαίσεις τούτου καὶ τῆς βελόνης Kirschner ὑπὸ τοπικὴν διὰ νοσοκομικῆς ἀναισθησίαν καὶ ἔναρξις κινήσιοθεραπείας. Τὴν 16ην ἡμέραν ἀφαίσεις ραμμάτων (εἰκὼν 2).

Ἡ ἀσθενὴς ταχέως ἀπέκτησεν ἱκανοποιητικὸν εὖρος κινήσεων ἀνωδύων. Σήμερον, 45 ἡμέρας μετεγχειρητικῶς, μετὰ συστηματικὴν κινήσιοθεραπείαν, τὸ εὖρος κινήσεως εἶναι 30° — 140°.

Α. ΚΑΒΒΑΔΙΑ καὶ Α. ΖΑΧΟΥ: Ἐπὶ μιᾶς περιπτώσεως μελορεοστώσεως.

Ἡ Μελορεόστωσις εἶναι σπανία πάθησις τοῦ σκελετοῦ, ἣτις προσβάλλει κυρίως τὰ ὀστά τῶν ἄκρων.

Περιεγράφη τὸ πρῶτον τὸ 1922 ὑπὸ τῶν Leri καὶ Joanny. Οὗτοι ἔδωσαν τὸ ὄνομα τοῦ εἰς τὴν πάθησιν ἐκ τῆς ὁμοιότητος τῆς ἀκτινολογικῆς εἰκόνας τῶν προσβεβλημένων τμημάτων τῶν ὀστέων πρὸς ρέοντα ἡμιτετηγμένον κηρόν. Ὁ Putti ἐδημοσίευσεν τὸ 1927 δύο ἑτέρας περιπτώσεις ὑπὸ τὸ ὄνομα *Osteosi eburnizziani monomelika*. Αἱ δημοσιευθεῖσαι ἕκτοτε περιπτώσεις μελορεοστώσεως εἰς τὴν παγκόσμιον βιβλιογραφίαν δὲν ὑπερβαίνουν τὰς 100.

Ἐξ ὅσων γνωρίζομεν, δὲν ἔχει γίνῃ σχετικὴ δημοσίευσίς παρ' ἡμῶν. Ὡς ἐπληροφόρηθημεν, δ' κ. Σουρμελῆς ἐπέδειξε περίπτωσιν μελορεοστώσεως εἰς συνεδρίασιν τῆς Ἀκτινολογικῆς Ἑταιρίας τὴν 10.6.58.

Αἰτιολογία: Ἡ αἰτιολογία τῆς παθήσεως εἶναι ἄγνωστος. Ὁ Putti ἀπέδωσε ταύτην εἰς ἰσχαίμιαν ἀπότοκον τοπικῶν διαταραχῶν τοῦ συμπαθητικοῦ συστήματος. Ὁ Zimmer ἐθεώρησεν αὐτὴν ὡς διαμαρτίαν περὶ τὴν διάπλασιν. Ἄλλοι, τέλος, ἀπέδωσαν ταύτην εἰς διαταραχὰς τῶν ἐνδοκρινῶν ἀδένων.

Αἱ πλεῖστοι τῶν δημοσιευθεισῶν περιπτώσεων διεγνώσθησαν εἰς ἡλικίαν 5 ἕως 54 ἐτῶν. Εἶναι πιθανόν, ὅμως, ὅτι ἡ πάθησις ἀρχίζει ἀπὸ τὴν ὀρεφικὴν ἡλικίαν ἢ καὶ πρὸ τῆς γεννήσεως (Junghagen).

Ἐντόπισις: Ἡ πάθησις ἐντοπίζεται κατὰ τὸ ἐν ἄκρον, συνηθέστερον τὸ κάτω. Σπανιώτερον προσβάλλει ἀμφότερα τὰ ἄνω ἢ κάτω ἄκρα, ἢ τὸ σύστημα ἄνω ἢ κάτω ἄκρον. Ὁ Müller - Alberti περιέγραψε μοναδικὴν περίπτωσιν προσβολῆς καὶ τῶν 4 ἄκρων. Ἐπίστε ἐμφανίζονται ἀλλοιώσεις κατὰ τὰς

πλευράς τοῦ ἐνός ἡμίσεος τοῦ σώματος ἢ τὸ ἐν ἡμιμόριον τῆς θάσεως τοῦ κρανίου ἢ τέλος τὸ δεξιὸν ἢ ἀριστερὸν ἡμισυ ἐνός ἢ περισσοτέρων σπονδυλῶν.

Κ λ ι ν ι κ ῆ ε ἰ κ ῶ ν : Τὰ κύρια συμπτώματα τῆς παθήσεως εἶναι ὁ πόνος, ὁ περιορισμὸς τῶν κινήσεων τῶν προσδεδλημένων ἀρθρώσεων καὶ αἱ παραμορφώσεις.

Ὁ πόνος εἶναι τὸ πλέον χαρακτηριστικὸν σύμπτωμα τῆς παθήσεως. Οὗτος εἶναι ἤπιος καὶ συνεχής, ἐνίοτε ὁμῶς καθίσταται ἰσχυρός. Ὁ περιορισμὸς τῶν κινήσεων μιᾶς ἢ περισσοτέρων ἀρθρώσεων ἀνευρέθη ὑπὸ τοῦ Fairbank ἐπὶ τοῦ ἡμίσεος τῶν περιπτώσεων. Οὗτος ὀφείλεται εἴτε εἰς τὴν δημιουργίαν ἐνδάρθρικῶν ἐξοστώσεων εἴτε εἰς ρίγκωσιν τοῦ ἀρθρικοῦ θυλάκου.

Ἡ παραμόρφωσις τοῦ πάσχοντος μέλους δυνατὸν νὰ ὀφείλεται εἰς οἰδημα, ἀλλὰ καὶ εἰς ἀνωμαλίαν τῆς αὐξήσεως π.χ. τύπου θλαισοῦ ἢ ραιβοῦ γόνατος.

Ἐπὶ ἀρκετῶν ἐκ τῶν περιπτώσεων αἱ ὁποῖαι ἔχουν δημοσιευθῆ παρατηρήθη συνύπαρξις σκληροδερμίας μετὰ ἀναπτύξεως ἰνώδους ἰστοῦ ἐντός τῶν μυῶν.

Ἀ κ τ ι ν ο λ ο γ ι κ ῆ ε ἰ κ ῶ ν : Αὕτη εἶναι συνήθως χαρακτηριστικὴ τῆς παθήσεως. Τμήματα ὀστέων ἢ σπανιώτερον ὀλόκληρα ὀστά παρουσιάζουν εἰκόνα πυκνώσεως ἀνάλογον πρὸς τὴν τοῦ ἀνευ δοκιδώσεως ὀστοῦ τῆς ὀστεοπετρώσεως, ταυτοχρόνως δὲ εἰκόνα φλοιώδους ὑπερστώσεως. Αἱ ἀλλοιώσεις αὗται, ἐντοπιζόμεναι συνήθως κατὰ τὴν μίαν πλευρὰν τοῦ ὀστοῦ, δυνατὸν νὰ ἀφοροῦν εἰς τμήμα αὐτοῦ ἢ εἰς ὅλον τὸ μήκος του ἢ καὶ νὰ ἐπεκτείνωνται ἐπὶ συνεχόμενων ὀστέων, ὥστε νὰ δίδεται ἢ ἐντύπωσις ὅτι ἀκολουθοῦν τὴν πορείαν κυρίου ἀγγείου ἢ νεύρου. Εἰς τὰς ἐπιφύσεις καὶ τὰ ὀραχέα ὀστά, αἱ ἀλλοιώσεις αὗται ἐμφανίζονται ἐνίοτε ὑπὸ τὴν μορφήν πυκνωτικῶν κηλίδων, αἱ ὁποῖαι δύνανται νὰ ἐκληφθοῦν ὡς κηλίδες ὀστεοποιικλώσεως.

Δ ι ἄ γ ν ω σ ι ς : Αὕτη τίθεται διὰ τῆς χαρακτηριστικῆς ἀκτινολογικῆς εἰκόνας. Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις ἀπὸ τὴν ὀστεοπέτρωσιν, ὀστεοποιικίλωσιν, πολυοστικὴν ἰνώδη ὀστεοδυστροφίαν κλπ. εἶναι εὐχερής.

Π ρ ὄ γ ν ω σ ι ς : Ἐπὶ τινῶν περιπτώσεων παρατηρήθη ἀναμφισβητήτως ἐπέκτασις τῶν ἀλλοιώσεων, σὺν τῇ παρόδῳ τοῦ χρόνου, ἐνῶ, ἐπὶ ἄλλων ἢ κατάστασις παρέμεινε στάσιμος ἐπὶ πολλὰ ἔτη.

Θ ε ρ α π ε ἰ α : Εἰδικὴ θεραπεία τῆς παθήσεως δὲν ὑπάρχει. Ἐπὶ μιᾶς περιπτώσεως τῶν Hess καὶ Street ἐπετεύχθη, θεραπεία τοῦ ἄλγους διὰ συμπαθεκτομῆς. Τυχόν παραμορφώσεις τῶν ὀστέων καὶ περιορισμὸς τῶν κινήσεων τῶν ἀρθρώσεων, ἀντιμετωπίζονται διὰ τῶν συνήθων ὀρθοπεδικῶν μεθόδων.

Ἡ μετέρα περιπτώσις. Χ. Θ. Ἄρρεν, 6 ἐτῶν.

Προσεκομίσθη ἡμῖν ὑπὸ τῶν γονέων του διὰ χωλότητα, τὴν ὁποίαν ἐνεφάνισεν εὐθὺς ὡς ἤρχισε νὰ βαδίζῃ εἰς ἡλικίαν 2 ἐτῶν. Ἀπὸ τῆς ὀρεφικῆς ἡλικίας

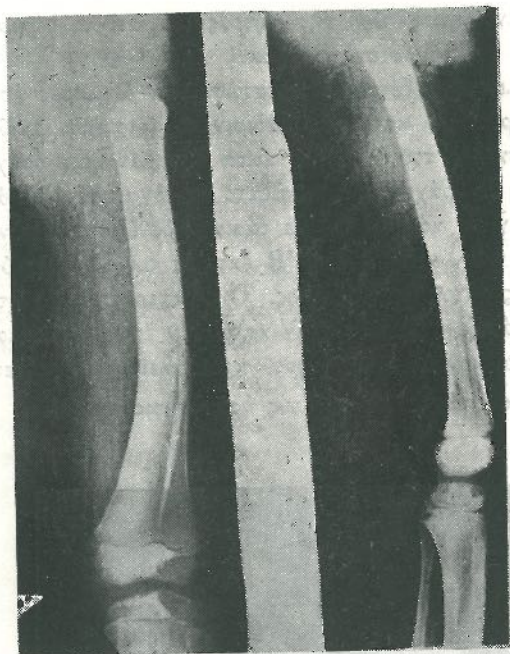
είχεν ήδη γίνει αντιληπτόν υπό τῆς μητρός του, ὅτι τὸ δέρμα τοῦ ἀριστεροῦ μηροῦ παρουσίαζε περίεργον σκληρότητα.

Κατὰ τὴν κλινικὴν ἐξέτασιν διεπιστώθη, ὅτι ὁ μικρὸς ἀσθενὴς ἐχώλαινε λίαν ἐκδήλως, περιφέρων κατὰ τὴν θάδισιν τὸ ἀριστερὸν σκέλος του, ὡς ἐπὶ ἡμιπληγίας. Τὸ σκέλος τοῦτο εὐρέθη κατὰ τὴν μέτρησιν βραχύτερον τοῦ δεξιοῦ κατὰ 2 ἐκ., ἡ δὲ βράχυνσις ἐνετοπίζετο εἰς τὸν μηρόν. Τὸ ἀριστερὸν ἰσχίον ἐνεφάνιζε σύσπασιν εἰς κάμψιν 15° μὲ τάσιν πρὸς ἔξω στροφὴν. Αἱ λοιπαὶ κινήσεις τοῦ ἰσχίου ἦσαν κατὰ φύσιν. Ἡ ἔκτασις τοῦ γόνατος ὑπελείπετο κατὰ 10°, ἐνῶ ἡ κάμψις αὐτοῦ ἦτον πλήρης. Ὁ ἀριστερὸς μηρὸς ἦτο ραιβός, διογκωμένος καὶ ἐνεφάνιζε σκληροδερμίαν κατὰ τὴν ἔσω ἐπιφάνειαν αὐτοῦ. Κατὰ τὴν πίεσιν τοῦ ἔσω κονδύλου τοῦ μηροῦ προεκαλεῖτο ἄλλοις μετρίας ἐντάσεως. Αἱ ταλαντώσεις τοῦ πάσχοντος σκέλους ἦσαν φυσιολογικαί.



Εἰκ. 1.— Πυκνωτικαὶ ἐστίαὶ κατὰ τὸ ἀριστ. ἡβικὸν ὄσσιον, τὴν κεφαλὴν τοῦ μηριαίου καὶ τὴν ἔσω περιοχὴν τοῦ αὐχένου καὶ τῆς διαφύσεως αὐτοῦ.

Αἱ ἀκτινογραφίαι ἔδειξαν χαρακτηριστικὰς ἀλλοιώσεις μελορροστεώσεως καθ' ὅλον τὸ μήκος τοῦ ἀριστεροῦ σκέλους, ἤτοι: κατὰ τὸ ἡβικὸν ὄσσιον, τὴν κοτύλην, τὸ μηριαῖον ὄσσιον, τὴν κνήμην, τὸ πρῶτον μετατόρσιον καὶ τὸν μέγαν δάκτυλον. Συστηματικὴ ἀκτινογράφησις τοῦ λοιποῦ σκελετοῦ δὲν ἀπέδειξεν ἐτέρας ἐντοπίσεις τῆς παθήσεως. Ἐκ τῆς μελέτης ἀκτινογραφίας τῆς λεκάνης, ληφθείσης εἰς ἡλικίαν 14 μηνῶν, τὴν ὁποίαν προσεκόμισαν οἱ γονεῖς του, προέκυψεν ὅτι αἱ ἀλλοιώσεις τοῦ μηροῦ ἐξελείχθησαν σημαντικῶς κατὰ τὸ διαρρεῦσαν διάστημα τῶν 5 ἐτῶν.



Εικ. 2.— Τυπικαὶ ἀλλοιώσεις τοῦ ἰμριαίου ὀστοῦ καὶ τῶν ἐπιφύσεων τοῦ γόνατος.



Εἰκ. 3.— Ἀκτινογραφία τοῦ ἰδίου ἀσθενοῦς ληφθεῖσα εἰς ἡλικίαν 14 μηνῶν δεικνύουσα σαφῶς τὰς ἀλλοιώσεις τοῦ ἡβικού ὀστοῦ καὶ τοῦ αὐχένου αἱ ὁποῖαι ἔως τότε ἐξελίχθησαν σημαντικῶς.

Περίληψις:

Ἀναφέρεται περίπτωση μελορεοστώσεως μετὰ σκληροδερμίας ἐπὶ ἄρρενος 6 ἐτῶν, ἐντοπιζομένη εἰς τὸ ἀριστερὸν σκέλος, ἥτις διεπιστώθη τὸ πρῶτον ἀκτινολογικῶς εἰς ἡλικίαν 14 μηνῶν. Αἱ ἀλλοιώσεις τῶν ὀστέων ἐξειλίχθησαν σημαντικῶς εἰς διάστημα 5 ἐτῶν.

SUMMARY

A. KAVADIAS and A. ZACHOS : On a case of meloreostosis.



Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Α. ΑΡΖΙΜΑΝΟΓΛΟΥ—Κ. ΒΑΤΟΠΟΥΛΟΥ — Θ. ΧΑΝΙΩΤΗ και Ε. ΧΑΛΠΟΓΤΑΚΗ:
 Έπιδειξις ασθενούς, πάσχοντος, εκ χολοστεατώματος τελικής ληκύθου νοτιαίου μυελού.

Άσθενής Γ. Κ. έτών 10

Κ λ η ρ ο ν ο μ ι κ ό ν : 'Ο πατήρ αυτού πάσχει εκ TBC πνευμόνων.

Ά τ ο μ ι κ ό ν Ά ν α μ ν η σ τ ι κ ό ν : Είς ηλικίαν 2 έτών ήλαρά και άνεμευλογιά. Έν συνεχεία προσεβλήθη υπό TBC μηνιγγίτιδος. Διά τήν νόσον ταύτην εισήχθη εις Νοσοκομείον, ένθα ύπεβλήθη εις θεραπείαν δι' ένδορραχιαίων έγχύσεων streptomycine (έπανειλημέναι όσφυονωτιαίαι παρακεντήσεις). Πρò 18μήνου αναφέρει κάκωσιν σπονδυλικής στήλης κατόπιν πτώσεως, ώς λέγει.

Π α ρ ο υ σ α γ ό σ ο ς : 'Η νόσος ένεφανίσθη μετά τήν κάκωσιν τής Σ.Σ. συνίστατο δέ αύτη εις τά εξής:

1) Άλγος καθ' όλην τήν έκτασιν του δεξιού σκέλους αυτόματον και προκλητόν κατά τās κινήσεις.

2 Δυσκαμψία σπονδυλικής στήλης (ή όσφυϊκή μοίρα τηρείται έν λорδώσει).

3. Δεκατοπυρετική κίνησις - άνορεξία.

Διά τά άνωτέρω ύπεβλήθη εις άντιρευματικήν θεραπείαν επί 20ημερον οίκοι. Τήν 24.9.62 διεκομίσθη παρ' ήμίν επί τή ύποψία χολοστεατώματος Ν. Μ. πρòς έλεγχον.

Π α ρ ο υ σ α κ α τ ά σ τ α σ ι ς : Άρτία σωματική διάπλασις. Όφισ ώχρά. Θρέφις ήλαττωμένη. Τενόντια άντανακλαστικά ζωηρά κατ' άμφότερα τά σκέλη. Αισθητικότης έπιπολής και έν τφ δάθει κατά φύσιν. Σημείον Hasseque έντονώτατα θετικόν δεξιά. Babinski άρνητικόν. 'Ο άσθενής βαδίζει χωλαίων έλαφρώς. Τηρεί τήν όσφύν έν λорδώσει.

Έ ρ γ α σ τ η ρ ι α κ ώ ς : Δ ε ρ μ ο α ν τ ί δ ρ α σ ι ς Mantoux, έντόγως θετική. Ταχύτης καθιζήσεως έρυθρών αίμοσφαιρίων όλίγον ηύξημένη. Έξέτασις E.N.Y.: Τάσις ηύξημένη, όφισ διαυγής. Α = 20 Σ = 50 κύτταρα = 5 κ.κ.χ.

13.10.62. Ἐπειδὴ ἡ κλινικὴ εἰκὼν πείθει ὅτι ἡ ριζίτις προεκλήθη ὑπὸ ἐξεργασίας κατὰ τὸν νωτ. μυελόν, ὑπάρχει δὲ εἰς τὸ ἱστορικόν τοῦ ἀσθενοῦς ὁ παράγων τῶν ἐπανελημμένων ὀσφυονωτιαίων παρακεντήσεων, ἀποφασίζομεν τὴν ἐκτέλεσιν μυελογραφήματος, προκειμένου νὰ ἐπιβεβαιώσωμεν τὴν ἀρχικὴν διάγνωσιν, ἣτοι τὴν ὑπαρξίν χολοστεατώματος κατὰ τὴν τελικὴν λήκυθον. Κατόπιν παρακεντήσεως τῆς τελικῆς λήκυθου ($O_4 O_5$ διάστημα, ἀφαιρούμεν 3 κ. ἑ. Ε.Ν.Γ. Τοῦτο εἶναι διαυγές, ὑποκίτρινον, ἐξέρχεται δὲ στάγδην. Ἀκολούθως ἐγγέρομεν ἴσην ποσότητα Ραντορας. Αἱ ἀκτινογραφίαι ἀπέδειξαν τὴν τελικὴν λήκυθον κατειλημμένην εἰς ἑκτασιν 6—7 ἑκατοστῶν ὑπὸ μαζῶν ποικίλου καὶ ἀκανονίστου σχήματος.

Ἐξέτασις Ε.Ν.Υ. κύτταρα = 24 κ.κ.χ. Σάκχαρον = 0,440) οο. Λεύκωμα = 0,400) οο. Κατόπιν τῶν ἀνωτέρω ἐπιβεβαιούται ἡ ἀρχικῶς τεθεῖσα διάγνωσις τοῦ χολοστεατώματος νωτ. μυελοῦ.

Ἀποφασίζομεν δὲ τὴν ἐπέμβασιν πρὸς ἀφαίρεσιν τοῦ ὄγκου.

1.11.62. Προετοιμασία τοῦ ἀσθενοῦς δι' ἐγχείρησιν.

2.11.62. Ἐ γ χ ε ί ρ η σ ι ς. Ὑπὸ ἐπισκληρίδιον ἀναισθησίαν ἐνεργοῦμεν πεταλεκτομήν τοῦ 4ου καὶ 5ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου. Ἀποκαλύπτομεν τὴν τελικὴν λήκυθον, ἣν διανοίγομεν. Μετὰ τὴν διάνοιξιν ἐξέρχονται λευκαὶ μάζαι συστάσεως σμήγματος, εἰς ποσότητα 6 gr. περίπου. Μετ' ἐπιμελῆ καθαρισμὸν συρράπτομεν τὰς μήνιγγας. Συρραφή τοῦ τραύματος κατὰ στρώματα.

Κατὰ τὴν ἐγχείρησιν παρατηροῦμεν, ὅτι ἡ λὸρδωσις τῆς ὀσφυϊκῆς μίρας δὲν λύεται παρὰ τὴν ἀναισθησίαν καὶ παρὰ τὰς προσπάθειάς πρὸς τοῦτο.

4.11.62. Μετεγχειρητικὴ πορεία ὀμαλή.

5.11.62 Ὁ ἀσθενὴς ἀπύρετος. Τὰ ἄλλα παραμένουν ἔντονα.

6.11.62. Θερμοκρασία 38° . Π α ι δ ι α τ ρ ι κ ῆ ἑ ξ έ τ α σ ι ς: Συναίσταται ὑπεριτισιμὸς.

8.11.62. Βελτίωσις τῆς καταστάσεως. Ἡ ὀσφυς τηρεῖται ἐν λὸρδῶσει.

12.11.62. Ὁ ἀσθενὴς ἐμφανίζει ἀπίσχυασιν.

14.11.62. Ἀφαίρεσις ραμμάτων, ἐπούλωσις τραύματος κατὰ 1ον σκοπόν. Ἐλήφθη ἡ ἀπάντησις τοῦ Παθολογικοῦ Ἀνατομείου (ἱστολογικὴ ἐξέτασις), ἣτις ἀπέδειξεν «χολοστεάτωμα».

SUMMARY

A. ARZIMANOGLU, K. VATOPOULOS, TH. CHANIOTIS, MARKOY-TATOS and CHLAPOUTAKIS: a) Spongiovlastoma of the spinal cord of vascular origin, b) Cholesteatoma of the conus of the spinal cord.

Καθηγητὴς Padovani. Ἐξαίρεσις ὄγκων τῶν ὀστέων.

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ — ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ, Γ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ και Α. ΛΑΜΠΡΟΥ:
Σύνδρομο της κατὰ Voss έγχειρήσεως και της οπισθοχαντηρίου οστεοτομίας εις την
θεραπειάν της παραμορφωτικής αρθρίτιδος του ισχίου.

Έχομεν την τιμήν να επιδείξωμεν εις την Όρθοπεδικήν Έταιρίαν δύο περιπτώσεις έκφυλιστικής αρθροπαθείας του ισχίου, χειρουργηθείσας εις την Όρθοπεδικήν Χειρουργικήν Κλινικήν του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Αδται κατατάσσονται εις δύο διαφορετικάς κατηγορίας δσον άφορα την κλινικήν και άκτινολογικήν εικόνα των. Η πρώτη περίπτωση άφορα εις γυναίκα 52 έτών, ητις παρουσίαζε σχεδόν πλήρη κατάργησιν της κινητικότητος της άριστεράς κατ' ισχίον αρθρώσεως, ητοι κάμψιν 10°, άπαγωγήν 0°, προσαγωγήν 5°, έσωτερικήν στροφήν 10° και έξωτερικήν στροφήν 0°. Η έν κάμψει πλημμελής θέσις του ισχίου άνήρχετο εις 45° περίπου.

Άκτινογραφικώς διεπιστώθησαν μέγιστοι βαθμοί οστικαί άλλοιώσεις, ητοι στένωσις μέχρι πλήρους σχεδόν έξαλείψεως του μεσαρθρίου διαστήματος, άφθονία οστεοφύτων, και μέγιστου βαθμού πύκνωσις της μηριαίας κεφαλής και της κοτύλης. Η παρυφή της κεφαλής του μηριαίου άπεικονίζετο διακεκομμένη.

Η δευτέρα περίπτωση άφορα και αύτη εις γυναίκα ήλικίας 60 έτών, ητις παρουσίαζε περιορισμόν των κινήσεων της κατ' ισχίον αρθρώσεως ως κάτωθι: ητοι κάμψιν 40°, άπαγωγήν 20°, προσαγωγήν 30°, έσωτερικήν στροφήν 0° και έξωτερικήν στροφήν 0°. Απασαι αί κινήσεις ησαν επώδυνοι, ένφ πλημμελής θέσις δέν διεπιστώθη.

Άκτινογραφικώς έσημειοήντο σαφώς στοιχεα έκφυλιστικής αρθροπαθείας της κατ' ισχίον αρθρώσεως, συνιστάμενα εις στένωσιν του μεσαρθρίου διαστήματος εις μετρίαν πύκνωσιν της κεφαλής του μηριαίου και της κοτύλης, εις την ύπαρξιν εύμεγέθους οστεοφύτου εις την όφρυν της κοτύλης και εις κυστικήν άλλοίωσιν ταύτης. Η παρυφή της κεφαλής του μηριαίου ητο άνέπαφος.

Άμφότεραι αί άσθενείς ητιώντο δι' άλλος κατὰ τδ ισχίον τδ όποϊον εις μέν την πρώτην έχρονολογεϊτο από έξαιτίας, εις δέ την δευτέραν από πενταετίας.

Η πρώτη έξετασθεϊσα κατὰ Σεπτέμβριον 1962 ητο άνίκανος να βαδίση συνεπεία του άλλους έστω και όλίγας δεκάδας μέτρων, ηλγει δ' άκόμα και έν

δρθοστασία. Ἡ δευτέρα, ὅταν τὸ πρῶτον ἐξητάσθῃ κατ' Ὀκτώβριον 1962, ἀνέφερον ἄλγος, κατὰ τὸ ἰσχίον, μετὰ βάδισιν 20—30 περίπου λεπτῶν.

Θεραπευτικῶς εἰς ἀμφοτέρας τὰς περιπτώσεις ἐφηρμόσθη ἡ αὐτὴ χειρουργικὴ μέθοδος, συνισταμένη εἰς συνδυασμὸν τῆς κατὰ Voss ἐγχειρήσεως μετὰ ὑποτροχαντηρίου ὀστεοτομίας.

Ἡ κατὰ Voss ἐγχειρήσις τροποποιημένη συνίσταται εἰς διατομὴν τοῦ ραπτικοῦ καὶ τοῦ ὀρθοῦ μηριαίου ἐκ τῶν προσθίων ἄνω καὶ κάτω λαγονίων ἀκανθῶν ἀντιστοίχως, δεύτερον ἀποκόλλησιν τῶν ἕξω στροφέων τοῦ ἰσχίου ἐκ τοῦ μείζονος τροχαντήρος, τρίτον διατομὴν τῶν προσαγωγῶν ἐκ τῆς ἐκφύσεως τῶν καὶ τέταρτον ἀποκόλλησιν τῆς καταφύσεως τοῦ λαγονοφοίτου ἐκ τοῦ ἐλάσσονος τροχαντήρος.

Ἡ ὀστεοτομία συνίσταται εἰς ὑπότροχαντήριον ἀτελῆ τοιαύτην (ὁ ἔσω φλοιὸς διατηρεῖται ἀνέπαφος) καὶ κατὰ συνέπειαν ἄνευ μετατοπίσεως. Πρὸς συγκράτησιν ταύτης ἐφαρμόζεται γωνιώδης ἦλος τύπου Mc Laughlin, κατὰ τὴν γνωστὴν μέθοδον.

Εἰς ἐκτέλεσιν τῆς ἐν λόγῳ ἐγχειρήσεως προέβημεν ἀφ' ἑνὸς μὲν πρὸς ἀποσυμπίεσιν τῆς μηριαίας κεφαλῆς καὶ τὴν ἐκ ταύτης ἀνακούφισιν ἐκ τοῦ ἄλγους, εἰς τὴν ὀστεοτομίαν δὲ πρὸς μεταλλαγὴν τῆς παθητικῆς ὑπεραιμίας τῆς κεφαλῆς, καθ' ὅσον συμφῶνως πρὸς τὰς γνωστὰς ἐργασίας καὶ πειραματικὰς ἐρεῦνας ἐπὶ τῆς ἀγγειώσεως τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου τοῦ Truetta ἐπὶ ἐκφυλιστικῆς ἀρθροπαθείας τοῦ ἰσχίου, ἡ κεφαλὴ τοῦ μηριαίου παρουσιάζει ὑπεραιμίαν καὶ οὐχὶ ἰσχαίμια, ὡς ἄλλοτε ἐπιστεύετο.

Παρόμοιοι ὀστεοτομίαι (ἄνευ παρεκτοπίσεως) ἐκτελοῦνται ὑπὸ τοῦ Nissen, ἐν Ἀγγλίᾳ, χωρὶς ὁμως ταυτόχρονον διατομὴν τῶν μυῶν λογονοφοίτου, ὀρθοῦ μηριαίου καὶ ραπτικοῦ.

Ὁ ἀσθενὴς τοποθετεῖται ἐν ὑπτίᾳ θέσει ἐπὶ τῆς χειρουργικῆς τραπέζης μὲ μικρὸν προσκεφάλαιον ἐξ ἄμμου κάτωθεν τοῦ πάσχοντος ἰσχίου. Μετὰ τὸν καθαρισμὸν τοῦ χειρουργικοῦ πεδίου δι' ἀντισηπτικοῦ τινος διαλύματος καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐπαλείψεως δι' ἰωδίου λαμβάνεται μέριμνα, ὅπως τὸ χειρουργούμενον σκέλος παραμείνῃ ἐλεύθερον (ἄνωθεν τοῦ ἀποστειρωμένου σινδονίου) οὕτως ὥστε ὁ θοηθὸς νὰ δύναται νὰ ἐνεργῇ ἐπὶ τοῦ ἰσχίου οἰανδήποτε κίνησιν. Οἱ χρόνοι τῆς ἐγχειρήσεως εἶναι τρεῖς:

1ος ΧΡΟΝΟΣ: Τελεῖται τομὴ μήκους 3—4 ἑκατοστομέτρων, ἀρχομένη ἐκ τῆς προσθίας ἄνω λαγονίου ἀκάνθης καὶ φερομένη πρὸς τὰ κάτω παράλληλως τοῦ ἐπιμήκους ἄξονος τοῦ μηροῦ ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τούτου. Ἐπὶ τῆς προσθίας ἄνω λαγονίου ἀκάνθης ἀνευρίσκομεν καὶ παρασκευάζομεν τὸν ἐκφυτικὸν τένοντα τοῦ ραπτικοῦ μυὸς ὄν καὶ ἀποκόπτομεν. Διὰ παρεκτοπίσεως τοῦ μυὸς τούτου πρὸς τὰ ἔσω ἀνευρίσκομεν ἀμέσως κάτωθεν τὴν ὀρθὴν

κεφαλήν του τετρακεφάλου μηριαίου τον έκφυτικόν τέγοντα της οποίας διατέμνομεν ἐκ τῆς προσθίας κάτω λαγονίου ἀκάνθης. Ἀκολουθεῖ συρραφή κατὰ στρώματα του πρώτου τούτου χειρουργικοῦ τραύματος.

2ος ΧΡΟΝΟΣ: Τοῦ σκέλους εὐρισκομένου ἐν μεγίστῃ δυνατῇ ἀπαγωγή τελεῖται τομὴ δέρματος μήκους 5 ἑκατοστομέτρων κατὰ μήκος τῆς ἐσωτερικῆς πτυχῆς του ριζομηρίου, ἀρχομένη 2—3 ἑκατοστά ἐπὶ τὰ ἐκτὸς τῆς ἠθικῆς συμφύσεως. Δι' ἀπομακρύνσεως του ὑποδορίου ἴστου ἀνευρίσκεται ὁ μακρὸς προσαγωγὸς μὲς λίαν τεταμένος ὡς σχαινίον. Με δδηγὸν τὸν μὺν τούτον ἀγόμεθα εἰς τὴν ἔκφυσίν του ἐπὶ τοῦ ἔσω καὶ κάτω χείλους του ἠθόισχιακοῦ κλάδου καὶ τὸν ἀποκόπτομεν. Ἐν συνεχείᾳ παρασκευάζομεν ἕνα ἑκαστον τῶν προσαγωγῶν καὶ ἀποκόπτομεν τούτους ἐγγὺς τῆς ἐκφύσεώς των. Ἡ παρασκευὴ τυγχάνει εὐκολοῦ καθ' ὅσον ἅπαντες οἱ προσαγωγοὶ τεταμένοι ὄντες διαγράφονται εὐκρινῶς. Μεθ' ἑκάστην τομὴν προσαγωγῶ τὸ ἰσχίον ἀπάγεται εὐκολώτερον καὶ ὅσον καὶ περισσότερον, ἰδίᾳ μετὰ τὴν τομὴν του μεγάλου καὶ μακροῦ προσαγωγῶ.

Ἀκολουθεῖ συρραφή ὑποδορίου ἴστου καὶ δέρματος.

Ἰδιαιτέρα μέριμνα πρέπει νὰ ληφθῆ διὰ τὴν προστασίαν του τραύματος, τούτου ὡς ἐκ τῆς γειτνιασεώς του πρὸς τὰ γεννητικὰ ὄργανα, ἀπὸ τὰ ὁποῖα εἶναι δυνατὸν νὰ διαποτισθοῦν αἱ γάλακτι δι' οὕρων καὶ νὰ ἐπέλθῃ διαπύησίς του.

Πρὸς τούτο λαμβάνεται πᾶσα φροντίς, ὅπως τὸ τραῦμα κλεισθῆ καλῶς καὶ ἐπιμελῶς διὰ λευκοπλάστου, τὰ δὲ οὖρα τὰς πρώτας μετεγχειρητικὰς ἡμέρας νὰ λαμβάνωνται διὰ καθετήρος.

3ος ΧΡΟΝΟΣ: Τελεῖται εὐθείᾳ τομὴ δέρματος ἐπὶ τῆς ἔξω ἐπιφανείας του μηροῦ 8—10 ἑκατοστῶν, ἀρχομένη ἐκ του μείζονος τροχαντήρος καὶ φερομένη πρὸς τὰ κάτω. Τὰ μαλακὰ μόρια ἀπομακρύνονται καὶ αἱ μυϊκαὶ προσφύσεις ἐπὶ του μείζονος τροχαντήρος ἀποκολλῶνται τῇ βοηθείᾳ ἀποκολλητήρος μέχρι τελείας ἀπογυμνώσεως τούτου.

Ἐν συνεχείᾳ παρασκευάζεται τὸ μηριαῖον κάτωθι του μείζονος τροχαντήρος κυκλωτέρως εἰς μήκος 3—4 ἑκατοστῶν πρὸς ἐκτέλεσιν τῆς ὀστεοτομίας. Ἐκ τῆς τομῆς ταύτης καὶ ἐνῶ τὸ σκέλος φέρεται ἐν ἐξωτερικῇ στροφῇ ἀνευρίσκεται διὰ ψηλαφήσεως ἢ κατάφυσις του λαγονοφότου ἐπὶ του ἐλάσσονος τροχαντήρος, ἢ ὁποῖα καὶ διατέμνεται συνήθως τυφλῶς.

Μετὰ τὴν ἐκτέλεσιν καὶ τῆς ὀστεοτομίας, πᾶσα πλημμελὴς θέσις του ἰσχίου διορθοῦται εὐχερῶς.

Ἡ ὀστεοτομία τελεῖται ὑποτροχαντηρίως. Κατὰ ταύτην ὁ ἔσω φλοιὸς του μηριαίου ὀστού δὲν διατέμνεται.

Πρὸς συγκράτησιν τῆς ὀστεοτομίας χρησιμοποιεῖται γωνιώδης ἦλος τύπου McLaughlin, κατὰ τὴν γνωστὴν μέθοδον. Τέλος ἀκολουθεῖ συρραφή του τρίτου τούτου χειρουργικοῦ τραύματος κατὰ στρώματα.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ἐπὶ χρονικὸν διάστημα 45 ἡμερῶν ὁ ἀσθενὴς παραμένει κατακεκλιμένος ἐν ὑπτιᾷ θέσει. Εἰς τὴν θέσιν ταύτην, ἐφαρμόζεται συνεχῆς ἔλξις σκελετικῆ ἢ δερματικῆ.

Τὴν ἕκτην ἐβδομάδα ἀφαιρεῖται ἡ ἔλξις, ἀρχομένης τῆς κινήσεως.

Μετὰ πάροδον ὀλίγων ἡμερῶν ἀρχεται βάδιαις τῇ βοηθείᾳ βακτηρίων μηχανῆς, ἐνῶ ἡ φόρτισις τοῦ σκέλους τελεῖται προοδευτικῶς. Τρεῖς μῆνας μετὰ τὴν ἐγχείρησιν ἐπιτρέπεται ἡ πλήρης φόρτισις τοῦ σκέλους.

Τὰς ἀσθενεῖς ἐπανεξετάσαμεν μετὰ τρίμηνον ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως. Τὰ ἀποτελέσματα ἐθεωρήθησαν λίαν ἐπιτυχῆ καθ' ὅσον αὐτοὶ ἀπηλλάγησαν σχεδὸν τελείως τοῦ ἄλγους.

Ἡ πρώτη ἀσθενὴς καίτοι ἐξακολουθεῖ νὰ παρουσιάσῃ περιορισμὸν τῶν κινήσεων τῆς ἀρθρώσεως, ἐν τούτοις δύναται νὰ βαδίσῃ ἐπ' ἀρκετὸν ἀνεγόχλητος καὶ ἀνευ βακτηρίας.

Ἡ παρουσίας τῶν δύο τούτων περιπτώσεων ἀποτελεῖ πρῶτον ἀνακοίνωσιν. Ἐπ' αὐτῶν θὰ ἐπανέλθωμεν εἰς ἑτέραν συνεδρίαν τῆς Ὀρθοπαιδικῆς Ἐταιρείας πρὸς ἐπίδειξιν τῶν ἀπωτέρων ἀποτελεσμάτων.

Κ. ΚΑΜΠΕΡΟΓΑΟΥ καὶ Ν. ΜΑΡΙΑΚΑΚΗ: Ἐπιφυσιοδυσπλασία Μ. τροχαντήρος ἐπὶ ραιβοῦ ἰσχίου.

Βλάβαι τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἀναπτύξεως δίδουν συχνὰ ἀφορισμὸν εἰς τὴν ἐμφάνισιν χαρακτηριστικῶν παραμορφώσεων τοῦ σκελετοῦ. Τὸ ἄνω ἄκρον τοῦ μηριαίου παρουσιάζει, ὡς γνωστὸν, τὸν συζευκτικὸν χόνδρον τῆς μηριαίας κεφαλῆς, ὅστις καὶ συμμετέχει κατὰ 30% εἰς τὴν κατὰ μῆκος ἀξίωσιν τοῦ ὀστέου (Blount), τὸν συζευκτικὸν χόνδρον τοῦ μ. τροχαντήρος καὶ τὸν τοῦ ἑλ. τροχαντήρος, οἵτινες δὲν συμμετέχουν εἰς τὴν κατὰ μῆκος ἀξίωσιν τοῦ ὀστέου.

Βλάβαι τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου τῆς μηριαίας κεφαλῆς προκαλοῦν χαρακτηριστικὴν παραμόρφωσιν τοῦ κεντρικοῦ ἄκρου τοῦ μηριαίου, ἥτοι θραχὺ αὐχένα, ραιδὸν ἰσχίον, μακρὸν μ. τροχαντήρα καὶ θράχυνσιν τοῦ σκέλους.

Βλάβαι τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου τοῦ μ. τροχαντήρος προκαλοῦν χαρακτηριστικὴν παραμόρφωσιν ὑπὸ μορφὴν βλαισοῦ ἰσχίου μακροῦ καὶ λεπτοῦ αὐχένου.

Βλάβαι, τέλος, τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου τοῦ ἑλ. τροχαντήρος οὐδεμίαν παραμόρφωσιν προκαλοῦν.

Αί περιγραφείσαι παραμορφώσεις είναι δυνατόν νά αναπαραχθούν πειραματικῶς ἐπὶ κονίκλων εἰς βραχὺ χρονικὸν διάστημα, ἡμέτερα δὲ πειράματα ἐπεθεβαίωσαν τὰς ὡς ἄνω παρατηρήσεις. Μὲ τὸ θέμα τοῦτο, ἀσχολεῖται ἔκτενῶς ὁ ἕτερος ἐξ ἡμῶν εἰς προετοιμαζομένην διδακτορικὴν διατριβήν.

Εἰς περιπτώσεις, λοιπόν, σοβαρᾶς δλάθης τῆς ἐπιφύσεως τῆς μηριαίας κεφαλῆς καὶ ἀναπτύξεως ραιβοῦ ἰσχίου, ἢ συνεχιζομένη ἐπιμήκυνσις τοῦ μ. τροχαντήρος προκαλεῖ χαρακτηριστικὴν παραμόρφωσιν καὶ ἀνεπάρκειαν τῶν γλουτιαίων μυῶν.

Πρὸς ἀντιμετώπισιν τῆς καταστάσεως ταύτης συνιστῶμεν τὴν ἐπιφυσιόδεσιν τοῦ μ. τροχαντήρος, τῆς ὁποίας τὰ ἀπώτερα ἀποτελέσματα ἐπὶ δύο περιπτώσεων ραιβοῦ ἰσχίου ἔχομεν τὴν τιμὴν νά ἐπιδειξομεν εἰς τὴν Ἑταιρίαν.

Πρόκειται περὶ ἀσθενῶν νοσηλευθέντων εἰς τὴν Α' Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Νοσοκομείου ΠΙΚΠΑ Πεντέλης.

Ὁ πρῶτος, ἡλικίας 2½ ἐτῶν, κατὰ τὴν εἴσοδον τοῦ παρουσίαζεν ἀμφοτερόπλευρον συγγενὲς ραιδὸν ἰσχίον μὲ χαρακτηριστικὸν νήσσειον βάδισμα. Ὑπέστη ἐπιφυσιόδεσιν τοῦ μ. τροχαντήρος ἑκατέρωθεν τὴν 12.2.60, ἦτοι πρὸ τριετίας. Ἡ γωνία ἀχένος - διαφύσεως ἦτο προεγχειρητικῶς 95°, μετεγχειρητικῶς ἠϋξήθη εἰς 110° (13-X-60), 118° (10-X-61) καὶ 125° (22-12-62). Βάδισις φυσιολογική.

Ὁ δεύτερος, ἡλικίας 4 ἐτῶν, κατὰ τὴν εἴσοδον τοῦ παρουσίαζεν ἐξάρθρωμα μετὰ ραιβοῦ ἰσχίου δεξιᾶ. Χωλότης.

Οἱ γονεῖς ἀναφέρουν, ὅτι εἰς ἡλικίαν 10 ἡμερῶν παρουσίασε πυορροῦν συρίγγιον κατὰ τὸ δεξ. ἰσχίον, ἰαθὲν αὐτομάτως μετὰ δίμηνον.

Τὴν 18.1.60, ἦτοι πρὸ βετίας, ἐγένετο αἱματηρὰ ἀνάταξις τοῦ ἰσχίου καὶ ἐπιφυσιόδεσις μ. τροχαντήρος.

Ἡ γωνία ἀχένος - διαφύσεως προεγχειρητικῶς ἦτο 92°, μετεγχειρητικῶς ἠϋξήθη εἰς 100° (6-X-60) καὶ 118° (4-1-63). Βάδισις φυσιολογική.

Τὸ ἀποτέλεσμα εἶναι πράγματι λίαν ἱκανοποιητικὸν καὶ μᾶς ἐνθαρρύνει νά συστήσωμεν τὴν μέθοδον τῆς ἐπιφυσιοδέσεως τοῦ μ. τροχαντήρος διὰ τὴν ἀντιμετώπισιν τοῦ ραιβοῦ ἰσχίου τῶν παιδῶν.

Α. ΑΡΖΙΜΑΝΟΓΛΟΥ: Σάρκωμα κνήμης.

Μ. Α., ἐτῶν 35, ποιμήν, Βίλλια Ἀττικῆς. Ὁ ἀσθενὴς προσήλθε πρὸς ἡμᾶς τὴν 1ην Ἰουλίου 1953 μὲ τὸ κάτωθι ἱστορικόν: Κληρονομικὸν καὶ ἀτομικὸν ἀναμνηστικὸν ἐλεύθερον.

Ἡ παρούσα νόσος ἀρχεται ἀπὸ τὸ 1946, ὅτε ὁ ἀσθενὴς ἄνευ προηγηθείσης κακώσεως—γνωστῆς εἰς αὐτὸν—ἠσθάνθη ἄλγη ἠπίας ἐντάσεως κατὰ τὸ ἔνω τρίτημόριον τῆς δεξιᾶς κνήμης. Παρέμεινεν ἄνευ ἰατρικῆς βοήθειας μέχρι τοῦ 1949, ὅτε εἰσαχθεὶς εἰς νοσοκομεῖον Ἀθηνῶν διεγνώσθη ὄγκος τῆς κνήμης καὶ ἐγένετο διασφία τὴν 27ην Αὐγούστου 1949 μὲ τὴν διάγνωσιν «Χονδρὸσάρκωμα — πιθανῶς ἐκ κακοήθους ἐξαλλαγῆς ἐγχονδρώματος», ἀριθ. πρωτ. 22440.

Ὁ ἀσθενὴς ἠρνήθη τότε οὐρανῆποτε περαιτέρω θεραπείαν καὶ μὲ ἐξάρσεις καὶ ὑφέσεις ἄλγων παρέμεινεν ἄνευ ἰατρικῆς περιθάλψεως μέχρι τοῦ 1953 ὅτε καὶ εἰσῆχθη ἐκ νέου εἰς τὸ Νοσοκομεῖον. Βάσει τῆς προγενεστέρως ἱστολογικῆς ἐξετάσεως ἐδέχθη καὶ ὑπέγραψεν ἄδειαν δι' ἀκρωτηριασμὸν. Κληθεὶς νὰ ἐξετάσω αὐτὸν τὴν προτεραίαν τοῦ ἀκρωτηριασμοῦ καὶ θάσει τῆς κλινικῆς καὶ ἀκτινολογικῆς εἰκόνας, ὡς καὶ τῶν ἀρνητικῶν ἐργαστηριακῶν εὐρημάτων, διέγνωσα φαῖδν ὄγκου τῆς κνήμης καὶ ἐχειρουργήσα τὸν ἀσθενῆ δι' ἀποξέσεως τῆς ὀστικῆς διαθρώσεως καὶ πληρώσεως ταύτης διὰ μεγάλου ὄγκου ὀστικῶν μωσχευμάτων καθότι αὕτη εἶχε μέγεθος εὐμεγέθους πορτοκαλίου.

Ἡ ἐπούλωσις ἐπῆλθε κατὰ πρῶτον σκοπὸν καὶ ὁ ἀσθενὴς ἐξῆλθεν ἔχων καλῶς, εἴκοσι ἡμέρας ἀπὸ τῆς ἐπεμβάσεως.

Ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις ὀλοκλήρου τοῦ ἀποσταλέντος ὀλικῶ ἦτο κατηγορηματικὴ: «Σάρκωμα ἰνοπλαστικὸν καὶ χονδροπλαστικόν». Ἀρ. πρωτ. 23202.

Τὸν ἀσθενῆ παρηκολούθησα ἔκτοτε ἐκ τοῦ πλησίον. Οὗτος ἐλαχίστας ἡμέρας μετὰ τὴν ἐξοδὸν τοῦ ἐκ τοῦ Νοσοκομείου, τὸν Αὐγούστου τοῦ 1953 ἐπανελάβε τὸ ἐπάγγελμα τοῦ ποιμένος, τὸ ὁποῖον καὶ συνεχίζει μέχρι σήμερον ἄνευ ἐνοχλημάτων. Τοῦτον ἐξήτασα διὰ τελευταίαν φοράν τὸν Νοέμβριον τοῦ 1963, ἦτοι δέκα καὶ πλέον ἔτη ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, ἐννέα δὲ μῆνας ἀπὸ τὴν παρούσαν ἐπίδειξιν.

Ἡ γενικὴ κατάστασις αὐτοῦ εἶναι ἀρίστη. Ἡ ἀκτινογραφία θώρακος εἰ-

ναι αρνητική δι' οίανδήποτε μετάστασιν, αί αιματολογικαί εξετάσεις φυσιολογικαί, ή δέ λειτουργία του γόνατος σχεδόν κατά φύσιν και άνευ ένοχλημάτων.

Η σημασία της επιδείξεως ταύτης έγκνεται εις τὸ γεγονός ὅτι παρά τὰ άνευ άμφιβολίας ιστολογικά εύρήματα, ὁ άσθενής έχειρουργήθη με βάσιν τήν κλινικήν εικόνα, ή δέ έπακολούθησασα δεκαετία έδικαίωσε ταύτην. Όφείλομεν, επομένως, ως χειρουργοί, νά εξετάζωμεν τόν άσθενή ως σύνολον, καθότι εις τήν προκειμένην περίπτωση δια μόνης τής ιστολογικής εξέτάσεως ὁ άσθενής θά υπεβάλλετο εις άδικον άκρωτηριασμόν και μόνιμον άναπηρίαν.

A. APZIMANOGIΔOY: Μεταστατικός καρκίνος κνήμης (;

Σ. Ν., έτων 34, γεωργός, Καλύδια Λαυρίου. Ό άσθενής προσήλθε τόν Ιούνιον του 1962 με τὸ κάτωθι ιστορικόν: Κληρονομικόν και άτομικόν άναμνηστικόν έλεύθερον. Η παρούσα νόσος άρχεται, ως λέγει, από του 1943, ὅτε υπέστη έντονον θλάσιν κατά τὸ άνω τριτημόριον τής άριστεράς κνήμης, ήτις και παρήλθεν άφ' έαυτής. Τὸ 1946 παρετήρησε διόγκωσιν και ήσθάνθη άλγος κατά τήν προαναφερθεΐσαν περιοχήν, συμπτώματα άτινα παρήλθον εκ νέου άνευ ιατρικής βοήθείας ίνα επαναληφθούν τὸ 1951, ὅτε με εξάρσεις και ύφέσεις παρετάθησαν επί δύο περίπου έτη.

Επαναληφθέντα τόν Μάρτιον του 1962 προεκάλεσαν ατόματον συρίγγιον, δι' οὐ εξήρχετο μικρά ποσότης αίματηροϋ υγροϋ μέχρι τής ήμέρας τής επεμβάσεως, τόν Ιούνιον του έτους έτους.

Άκτινογραφικώς, παρατηρεΐτο διευγαστική κοιλότης κατά τήν μεσότητα των κουδύλων τής κνήμης, μεγέθους άμυγδαλου.

Η προεγχειρητική διάγνωσις ήτο ή τής χρονίας οστεομυελίτιδος, έγένετο δέ χειρουργικός καθαρισμός τής κοιλότητος.

Τὸ υλικόν τής αποξέσεως άπεστάλη δι' ιστολογικήν εξέταση, εκ συνηθείας νά άποστέλλω πρὸς εξέτασιν κάθε αφαιρούμενον υλικόν εκ των επεμβάσεων.

Η καλλιέργεια εις διάφορα θρεπτικά υλικά απέδη στειρα.

Πρὸς μεγάλην έκπληξιν ή ιστολογική άπάντησις ήτο: «Καρκινωματώδεις μεταστατικαί έστία: του ὅσπου τής κνήμης. Η ὅλη μορφολογία των κυττάρων συνηγορεΐ ὅτι πρόκειται περί μεταστάσεων προερχομένων εκ καρκίνου του προστάτου». Έπηκολούθησε έπισταμένη έρευνα πρὸς τήν κατεύθυνσιν ταύτην κλινικώς, εργαστηριακώς και άκτινογραφικώς.

Άπασαι αί εξετάσεις υπήρξαν αρνητικαί. Κατόπιν τούτου ήλθα εις προσωπικήν συνενόησιν μετὰ του παθολογοανατόμου, ὅστις επανεξήτασε τὸ παρασκεύασμα, χωρίς νά δυνηθῆ νά τροποποιήσῃ τήν άρχικήν του διάγνωσιν.

Ἡ ἐπούλωσις τοῦ τραύματος ἐπῆλθε μὲ ἐλαφρὰν καθυστέρησιν, δύο μῆνας ὁμῶς μετὰ τὴν ἐπέμβασιν ὁ ἀσθενὴς ἠργάζετο εἰς τοὺς ἀγρούς 7—8 ὥρας ἡμέρησιως ἔνευ ἐνοχλημάτων ἐκ τοῦ ἄκρου καὶ μὲ ἀρίστην τὴν γενικὴν κατάστασιν. Ἡ κατάσταση αὐτὴ ἐξακολουθεῖ μέχρι σήμερον, χρονικὸν διάστημα εἰς ὃ πρέπει νὰ προστεθοῦν δέκα εἰσέτι μῆνες ἀπὸ τῆς ἐπιδείξεως (τελευταία ἐξέτασις τοῦ ἀσθενοῦς πρὸ τῆς δημοσιεύσεως).

Ἀκτινογραφικῶς ἐπῆλθε πλήρωσις τῆς κοιλότητος, αἱ δὲ ἐπαναληφθεῖσαι ἐξετάσεις αἵματος, προστάτου κλπ. παραμένουν ἀρνητικαί.

Καὶ εἰς τὴν ἐπίδειξιν ταύτην, ὡς εἰς τὴν προηγουμένην, ἡ σαφὴς καὶ κατηγορηματικὴ ιστολογικὴ ἐξέτασις δὲν ἀνταποκρίνεται πρὸς τὴν ἑλληνικὴν εἰκόνα, τὸ μακρὸν ιστορικὸν τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τὴν μετεγχειρητικὴν πορείαν.

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ — ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ καὶ Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Ἀναμετάλλωσις ὀστικῶν μεταστάσεων CA τοῦ μαστοῦ, διὰ συντηρητικῆς θεραπείας.

Τὰ 35 — 45% τῶν προεχωρημένων μορφῶν καρκίνου τοῦ μαστοῦ μεθίστανται εἰς τὰ ὀστᾶ. Μεταστάσεις δίδουν κυρίως οἱ καρκίνοι, οἱ κλινικῶς ἀνήκοντες εἰς τὰς ομάδας II καὶ III κατὰ Portmann. Διακρίνομεν δύο τύπους μεταστάσεων, τὸν ὀστεοβλαστικὸν καὶ τὸν ὀστεολυτικόν.

Ὁ ὀστεοβλαστικὸς τύπος. Οὗτος ἐξελίσσεται βραδέως. Ἡ ἐπιβίωσις εἶναι μεγαλύτερα τῆς τοῦ ὀστεολυτικοῦ τύπου, ἀνερχομένη εἰς 3—4 ἔτη.

Ὁ ὀστεολυτικὸς τύπος: Προκαλεῖ συνήθως ἐκτεταμένας βλάβας, ἐξελίσσεται ταχέως, ὃ δὲ χρόνος ἐπιβιώσεως ἀνέρχεται εἰς δύο περιπτύξεις.

Τὰ ὀιστρογόνα ἐνέχουν πρωτεύουσαν σημασίαν εἰς τὴν ἐξέλιξιν τῶν ὀστικῶν μεταστάσεων τοῦ καρκίνου τοῦ μαστοῦ. Ἡ ἀναστολὴ τῆς δράσεως αὐτῶν διὰ τῆς θυλακεκτομῆς ἢ ἐπινεφριδεκτομῆς, ἢ ἢ ἐξουδετέρωσις των διὰ τῆς χορηγήσεως ἀνδρογόνων, ἔχουν ὡς ἀποτέλεσμα τὴν ἀνακούφισιν τῶν ἀσθενῶν ἀπὸ τοῦ ἄλγους καὶ τὴν ἀναστολὴν τῆς ἐξελίξεως τῆς νόσου ἐπὶ τινὰς μῆνας μέχρι 2 ἐτῶν καὶ ἐνίοτε περισσότερον.

Ἡ ἀκτινοβολία τῶν μεταστάσεων παρέχει ἐπίσης ἰκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα, καθ' ὅσον αἱ μεταστάσεις αὗται θεωροῦνται καθ' ἐξοχὴν ἀκτινευαίσθητοι.

Ὡσθηκεκτομὴ ἢ στείρωσις:

Ἡ ἀφαίρεσις τῶν ὠσθηκῶν ἢ ἢ στείρωσις διὰ ἀκτινοβολίας χρησιμοποιεῖται εὐρέως εἰς περιπτώσεις καθολικῆς διασπορᾶς καὶ πρὸ τῆς ἐμμηνοπαύσεως.

Μετά την έμμηνόπαυσιν συνεχίζεται ή δράσις και ή έκκρισις τών οίστρογόνων επί αρκετά έτη (5 περίπου) και καλόν θα είναι να καθορίση τις δια τών κολπικών έπιχρισμάτων την ύπαρξιν οίστρου, ίνα προδῆ εις την ώσθυλακτομήν και έπινεφριδεκτομήν.

Έπι νε φ ρ ι δε κ τ ο μ ή.

Είναι γνωστόν, ότι και μετά την άφαιρέσιν τών ώσθηκών συνεχίζεται ή δράσις τών οίστρογόνων, άτινά έκκρίνονται υπό τών έπινεφριδίων. Συνεπώς ένδεικνυται και ή άφαιρέσις τών έπινεφριδίων. Έάν μετά την άφαιρέσιν τών ώσθηκών ή κατάστασις θελιούται, συνιστάται άνεπιφυλάκτως και ή άφαιρέσις τών έπινεφριδίων. Έάν έχη παρέλθει δεκαετία από τῆς διακοπῆς τῆς έμμηνορύσεως συνιστάται ή άπλή έπινεφριδεκτομή.

Αυτη ένδεικνυται κυρίως επί πολλαπλών όστικών έντοπίσεων, ώς και επί έντοπίσεων εις τούς σπονδύλους. Ο από τοῦ μαστοῦ εις τὰ όστᾶ μεταστατικός καρκίνος είναι άκτινευαίσθητος.

Αί άνδρογόνοι και οίστρογόνοι όρμόνοι έλέγχουν παραδικώς, τόν την πρωτοπαθή έστίαν όσον και τὰς μεταστάσεις.

Προεμμηνοπαυσιακώς και άμέσως μετά την έμμηνόπαυσιν χρησιμοποιείται ή προπιονική τεστοστερόνη, ένδομυϊκώς. Τὰ συνθετικά οίστρογόνα και δῆ ή διαιθυλοισιθεστρόλη από τοῦ στόματος χορηγοῦνται μετά την ήλικίαν τών 60 έτών. Η χορήγησις τών όρμονών φέρει έλάττωσιν τοῦ πόνου και ύποχώρησιν τών συμπτωμάτων, άναστολήν τῆς εξέλιξεως τῆς νόσου επί μήνας ένίοτε δέ και μέχρι δύο έτών. Παρατηρεται όστεογέννησις εις τὰς περιοχὰς όστεολύσεως, με αύξησιν τῆς άλκαλικῆς φωσφατάσης, σημείον άναγεννήσεως.

Κατά την θεραπειάν δι' άνδρογόνων άπαιτεται παρακολούθησις τοῦ άσθεστοῦ τοῦ αίματος, τὸ όποίον, εάν αύξηθῆ άποτόμως ύποδηλοῖ ταχέαν όστεόλυσιν.

Τελευταίως χρησιμοποιείται και ή ύποφυσεκτομή με καλά άποτελέσματα.

Ένδεικνυται εις γενικευμένας μορφὰς ώς και ή άκτινοβολία. Γενικώς είπειν ή ύποκειμενική θελίωσις επί όρμονικῆς τροποποιήσεως ή θεραπειὰς διαταραχῆς όρμονικῆς ίσορροπίας (Hormonal imbalance), είναι παραδική και ένίοτε άστάθμητος.

Η μετέρα περίπτωσις

Γυνή ήλικίας 54 έτών. Τῷ 1958 διεγνώσθη καρκίνος τοῦ μαστοῦ και έντὸς τοῦ αὐτοῦ έτους έγέμετο μαστεκτομή και έν συνεχείᾳ άκτινοβολία. Τῷ 1959 και τῷ 1960 ή άσθενῆς είχε καλώς. Τὸν Ιανουάριον τοῦ 1960 ή άσθενῆς ήρχισεν άλγοῦσα κατά την άριστεράν κατ' ίσχίον άρθρωσιν. Γενόμενος άκτινολογικός

Έλεγχος απέδειξε ότι οστεολυτική επεξεργασία της άριστερας κοτύλης και έτέθη ή διάγνωση μεταστατικού καρκίνου του μαστού εις τὸ λαγόνιον.

Ἡ ἀσθενής ὑπεβλήθη εις θεραπείαν διὰ ἀνδρικών ὁρμονῶν καὶ κυτταροστατικών. Συγκεκριμένως ἐχρησιμοποιήθη ἐπὶ τρίμηγον Endoxan ἀμπ. τῶν 200 mg. X 2 ἑβδομαδιαίως, βιταμίνη Β6 (100 mg X 3 ἑβδομαδιαίως) καὶ Duraboline 50 mg. X 2 ἑβδομαδιαίως.

Τὸ ἐπόμενον 3μηγον Testoviron Depot 100 mg. ἀνὰ 15ήμερον, Dianabol 10 mg. X 2 ἡμερησίως, Endoxan 200 mg. X 2 ἑβδομαδιαίως μέχρις 800 mg. βιταμίνη Β6, Duraboline 50 mg. ἀνὰ τριήμερον ἐπὶ 6 ἑβδομάδας. Ἡ θεραπεία διεκόπη ἐπὶ τρίμηγον καὶ ἐπανήρχισε μετὰ Endoxan 200 mg. X 2 ἑβδομαδιαίως, ἐπὶ 2 ἑβδομάδας καὶ Duraboline 25 mg. X 2 ἑβδομαδιαίως ἐπὶ 10 ἑβδομάδας.

Κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς θεραπείας ἡ γενικὴ κατάστασις τῆς ἀσθενοῦς ἐβελτιώθη, τὸ ἄλγος κατὰ τὸ ἰσχίον ἠλαττώθη σημαντικῶς, αἱ δὲ περιοδικαὶ ἀκτινογραφίαι τοῦ ἰσχίου ἀποκαλύπτουν τὴν ἀναμετάλλωσιν τῆς ὀστεολυτικῆς βλάβης τῆς κοτύλης. Ἀκτινογραφία τοῦ Ἰανουαρίου τοῦ 1962 δεικνύει σαφῆ ὀστεόλυσιν τῆς ἀριστερᾶς κοτύλης κατὰ τὴν ὄροφὴν αὐτῆς· ἀκτινογραφία τοῦ Σεπτεμβρίου τοῦ αὐτοῦ ἔτους δεικνύει σαφῆ σημεῖα ὀστικῆς ἀναγεννήσεως καὶ ἐν συνεχείᾳ αἱ ἀνὰ μῆνα ἐπαναλαμβάνόμεναι ἀκτινογραφίαι, τὴν δημιουργίαν τοῦ ἐλλείποντος τμήματος τῆς ὄροφῆς καὶ τὴν πλήρωσιν τοῦ κενοῦ διὰ νέου ὀστού. Ὅμοίως ἡ πρόσφατος ἀκτινογραφία τοῦ Φεβρουαρίου δεικνύει σαφέστατα τὴν ἐπελθοῦσαν ἀναγέννησιν. Κατὰ τὴν πορείαν τῆς θεραπείας δὲν παρατηρήθη αὐξήσις τῆς τιμῆς τοῦ ἀσβεστίου πέραν τοῦ φυσιολογικοῦ. Αὐξήσις τῆς ἀλκαλικῆς φωσφατάσης παρατηρήθη κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς θεραπείας διὰ Testoviron (Ὀκτώβριος, 4,7 Μ. Bodanski, Νοέμβριος 5,3).

ΑΡΧΑΙΡΕΣΙΑΙ

Γενομένων ἀρχαιρεσιῶν ἐξελέγησαν.

Πρόεδρος :	ΓΕΡ. ΜΙΧΑΛΑΤΟΣ
Ἀντιπρόεδρος :	ΑΠ. ΚΑΒΑΔΙΑΣ
Γεν. Γραμματεὺς :	Κ. ΑΡΖΙΜΑΝΟΓΛΟΥ
Ταμίας :	Ι. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Εἰδ. Γραμματεὺς :	Κ. ΔΑΝΟΣ

Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Ε Ι Σ

Κ. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Κ. ΗΛΙΑΣ, Δ. ΚΩΣΤΟΥΡΟΥ και Ν. ΚΑΘΑΡΙΟΥ,
(ξένοι της Έταιρείας). Ή δια Κοβαλτίου 60 και κυτταροστατικών ούσιων αντιμετώ-
πισις των δοτεογενών σαρκωμάτων (χειρόγραφον δὲν κατετέθη).

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ — Κ. ΣΑΜΑΡΑΣ: Περίπτωσης μερικής διεκπίσεως ἀμφοτέρων
τῶν ὀστῶν ἀντιβράχιου. (Ἐνὸς ὀστοῦ ἀντιβράχιον).

Ὁ ἀσθενὴς Τ. Α. ἐτῶν 15 εἰσήλθεν εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Γε-
νικοῦ Νοσοκομείου Πειραιῶς «Βασίλισσα Φρειδερίκη» τὴν 17.11.1961, φέρων
πολλαπλᾶς ἐξοστώσεις εἰς τὸν σκελετὸν τῶν ἄκρων.

Εἰς τὸ ἀριστερὸν ἀντιβράχιον εἶχε χειρουργηθῆ πρό τινων ἐτῶν ἀλλαχοῦ,
ὕποστās διεκπίσειν τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος, λόγω ἐξαρθρήματος αὐτῆς. Κα-
τὰ τὴν ἐξέτασίν μας διαπιστώσαμε τὴν παραμόρφωσιν τοῦ ἀντιβραχίου, τοῦ ἀγ-
κῶνος καὶ καρποῦ, λόγω τῆς ἀνωμάλου ἀναπτύξεως καὶ κάμψεως ἀμφοτέρων
τῶν ὀστῶν αὐτοῦ, ὡς καὶ τὸν περιορισμὸν τῆς κινητικότητος τοῦ ἀντιβραχίου,
καρποῦ καὶ ἀγκῶνος.

Τὴν παραμόρφωσιν αὐτὴν ἀντιμετωπίσαμεν διὰ διεκπίσεως τμήματος ἀμ-
φοτέρων τῶν ὀστῶν, ἤτοι περιφερικῶς ἀφγρέσαμεν 5 ἐκ. ἐκ τῆς ὠλένης καὶ
κεντρικῶς 5 ἐκ. ἐκ τῆς κερκίδος. Τὰ ἐναπομείναντα τμήματα ἐφέραμεν εἰς ἐ-
παφὴν καὶ ὀστεοσυνθέσαμεν αὐτὰ διὰ δύο βιδῶν.

Ἡ ἐγχείρησις ἐγένετο τὴν 2.12.61 διὰ τομῆς ἐπὶ τοῦ ὠλενίου χεῖλους. Διὰ
τῆς ἐγχείρησεως ἀπεκατεστάθη ἄξιον τοῦ ἀντιβραχίου καὶ ἡ κινητικότης τοῦ
ἀγκῶνος καὶ τοῦ καρποῦ.

Ἐπίσης ἀπεκατεστάθη καὶ ἡ λειτουργικότης τῆς ἄκρας χειρὸς, τοποθετή-
θεισης κατὰ τὴν ὀστεοσύνθεσιν ὠλένης - κερκίδος, εἰς μέσῃ θέσιν, ἀντιρροπου-
μένης οὕτω τῆς ἐλλείψεως πρηγισμοῦ - ὕπτισμοῦ.

Ἡ ἐγχείρησις αὕτη δὲν περιγράφεται εἰς τὰ κλασσικὰ βιβλία, ἐξ ὧων

ΡΙΟΥ,
μετώ-

πέρων

ου Γε-
πέρων

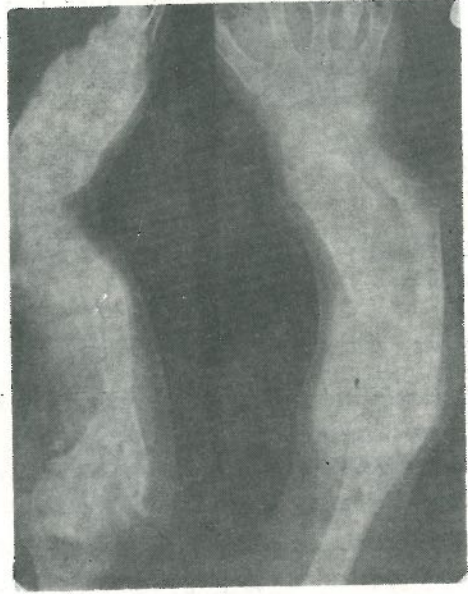
αχοῦ,
. Κα-
ου ἀγ-
τέρων
αχίου,

ς ἀμ-
ς και
εις ἐ-

. Διὰ
ς τοῦ

θετή-
που-

δων



Εικ. Γ'



Εικ. 1.

γνωρίζω. Είς τὸ τεύχος τῆς J.B.J.S. Ἀπριλίου 1955 ὁ Murray ἀπὸ τὸ Texas περιγράφει δύο ἀναλόγους περιπτώσεις ἐπὶ τραυματιῶν πολέμου.

Σὰς ἐπιδεικνύω τὰς ἀκτινογραφίας πρὸ ὥς καὶ 4 μῆνας μετὰ τὴν ἐπέμβα-
σιν.

ΝΙΚΟΥ Ι. ΣΚΑΡΑΚΗ: 1) Κάταγμα αὐχένος ἀστραγάλου. 2) Κάταγμα αὐχέ-
νος μηριαίου, ἐπὶ παιδός.

1: Μ α ρ γ α ρ ί τ α Π. 21 ἐτῶν ἐργάτρια.

Τὴν 2.3.62 συνεπεία πτώσεως ἐκ κλίμακος ὑπέστη κάκωσιν κατὰ τὴν πε-
ριοχὴν τῆς δεξιᾶς ποδοκνημικῆς. Τὴν ἐπαύριον εἰσήχθη εἰς κλινικὴν, ἐνθα,
μετ' ἀκτινολογικὸν ἔλεγχον, διεγνώσθη κάταγμα κατὰ τὸν αὐχένα τοῦ ἀστρα-
γάλου μετὰ προσθίου ἐξαρθρώματος αὐτοῦ.

ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν ἐφηρμόσθη ἰσχυρὰ σκελετικὴ ἔκτασις δι' ἧλου
Steinmann ἐκ τῆς πτέρνης καὶ διὰ χειρισμῶν ἐπετεύχθη ἀνάταξις τοῦ ἐξαρθρή-
ματος καὶ ἀπεκατεστάθη πλήρως ἡ ἀνατομικὴ ἐπαφὴ τῶν κατασγόντων τμημά-
των τοῦ ὀστοῦ. Ἐφηρμόσθη γύψινος ΜΚΠ ἐπίδεσμος εἰς θέσιν ὑπερεκτάσεως
τοῦ ποδός. Μετὰ 3 ἑβδομάδας ἐγένετο ἀλλαγὴ τοῦ γυψίνου ἐπίδεσμου, τοῦ πο-
δός τοποθετηθέντος εἰς θέσιν ὀρθῆς γωνίας. Μετὰ 8 ἑβδομάδας ἀφη-
ρέθη ὁ γύψινος ἐπίδεσμος καὶ ὁ γενόμενος ἀκτινογραφικὸς ἔλεγχος ἀπέδειξε
πύρωσιν τοῦ κατάγματος εἰς ἀνατομικὴν θέσιν. Ἡ ἀσθενὴς παρέμεινεν ἐπὶ 2
εἰσέτι ἑβδομάδας κλινήρης, ὑποβαλλομένη κατὰ τὸ χρονικὸν τοῦτο διάστημα εἰς
ἐνεργητικὴν κινήσιοθεραπείαν. Μετὰ ταῦτα ἤρξατο βαδίζουσα μὲ ἐλαφρὰν δυσ-
καμψίαν κατὰ τὴν ποδοκνημικὴν δι' ἣν ὑπεδλήθη ἐπὶ 6 ἑβδομάδας εἰς ἐνεργη-
τικὴν φυσιοθεραπείαν.

2: Δ η μ ἦ τ ρ ι ο ς Ἀ. 11 ἐτῶν, μαθητῆς.

Τὴν 14.9.62 συνεπεία πτώσεως ὑπέστη κάκωσιν κατὰ τὴν περιοχὴν τοῦ
δεξιοῦ ἰσχίου, δι' ἣν ἐνοσηλεύθη ἀλλαχοῦ ἄνευ παροχῆς οὐδεμιᾶς θεραπείας.
Μετὰ 8ῆμερον εἰσήχθη εἰς κλινικὴν ἐνθα, μετ' ἀκτινολογικὸν ἔλεγχον, διεπι-
στάθη κάταγμα διασχετικὸν τοῦ μηριαίου ἐν παρεκτοπίσει.

Ἀρχικῶς ἐφηρμόσθη συνεχῆς ἔκτασις ἐκ τοῦ δέρματος ἐπὶ 2 ἑβδομάδας,
πλὴν ὅμως γενόμενος ἀκτινογραφικὸς ἔλεγχος ἀπέδειξεν, ὅτι οὐδεμία διόρθωσις
τῆς παρεκτοπίσεως ἐπῆλθε. Ἀπεφασίσθη ὡς ἐκ τούτου ἡ ἐγχειρητικὴ θεραπεία.
Τὴν 26.10.62, ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν, ἐπεχειρήθη προεγχειρητικῶς ἀνάταξις
τοῦ κατάγματος ἄνευ ἐπιτυχίας, δι' ἧ καὶ τελικῶς κατελήξαμεν εἰς τὴν ἀπόφα-
σιν, ὅπως προβῶμεν εἰς ὑποτροχανθήριον ὀστεοτομίαν κατὰ Mc Murray. Τὴν

ἀπόφασιν ταύτην ἐλάβομεν συνεπικουρούμενοι καὶ ἀπὸ τὰ ἐνθαρρυντικὰ συμπε-
ράσματα ἐκ τῆς σοβαρᾶς ἐργασίας τοῦ A. Ratliff, τοῦ Manchester Royal In-
firmaty, ὅστις μὲ ἀρκετὰ ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα ἐφήρμοσε τὴν ἐν λόγῳ
μέθοδον κατὰ πρῶτον σκοπὸν ἐπὶ παιδῶν. Μετὰ τὴν ὀστεοτομίαν ἐφηρμόσθη ἀ-
κινητοποιήσις διὰ γυψίνου ΟΜΚΗ ἐπιδέσμου, ἐπὶ 9 ἑβδομάδας. Μετὰ ταῦτα, ἀ-
φαιρεθέντος τοῦ γυψίνου ἐπιδέσμου, ὁ ἀσθενὴς ὑπεβλήθη ἐπὶ τετράμηνον εἰς
ἐνεργητικὴν φυσιοθεραπείαν καὶ ἤδη ἐμφανίζεται λειτουργικῶς πλήρως ἀπο-
κατασταθεὶς, μὲ θράχυνσιν τοῦ πάσχοντος μέλους κατὰ 1 ἐκ. Ὁ πρόσφατος ἀ-
κτινολογικὸς ἔλεγχος ἐμφανίζει πλήρη πύρωσιν κατὰ τὸ σημεῖον τῆς ὀστεοτο-
μίας, ἄνευ στοιχείων ἰσχυαμικῶν, ἀλλοιώσεως τῆς μηριαίας κεφαλῆς.

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

A. E. KΑΒΒΑΔΙΑ και Α. ΖΑΧΟΥ: Ἐπί δύο περιπτώσεων ἰδιοπαθοῦς ραιβοῦ βραχίονος.

Ὁ ἄξων ἀδχονοκεφαλῆς τοῦ βραχιονίου ὁστοῦ σχηματίζει φυσιολογικῶς μετὰ τοῦ ἄξονος τῆς διαφύσεως αὐτοῦ γωνίαν 130° — 140° . Ἐνίοτε ἡ γωνία αὕτη εἶναι μικροτέρα μέχρις 125° ἢ μεγαλυτέρα μέχρις 150° , χωρὶς τοῦτο γὰρ ἔχει συνεπείας ἐπὶ τῆς λειτουργίας τοῦ ὤμου. Ἡ μέτρησις τῆς γωνίας ταύτης δὲν εἶναι πάντοτε εὐχερῆς ἔστω καὶ ἂν ἡ ἀκτινογραφία ἐπὶ τῆς ὁποίας γίνεται αὕτη ληφθῆ μετὰ τὸν βραχίονα εἰς ἔξω στροφῆν. Διὰ τοῦτο καὶ θεωρεῖται χρήσιμος ἡ ὑπὸ τῶν Ewald καὶ Shinz προταθεῖσα μέθοδος. Κατὰ ταύτην, ἡ μέτρησις γίνεται ἐπὶ ἀκτινογραφίας ληφθείσης εἰς ἔξω στροφῆν διὰ προσδιορισμοῦ τῆς γωνίας ἡ ὁποία σχηματίζεται ὑπὸ γραμμῆς ἐνούσης τὴν κορυφὴν τοῦ μείζονος ὀγκώματος πρὸς τὴν κορυφὴν τῆς κεφαλῆς μετὰ τοῦ ἄξονος τῆς διαφύσεως τοῦ βραχιονίου ὁστοῦ. Ἡ γωνία αὕτη εἶναι 130° περίπου, σμικρύνεται δὲ ἀναλόγως τοῦ βαθμοῦ τῆς ὑπαρχούσης ραιβότητος.

Ὁ ραιβὸς βραχίον εἶναι οὐχὶ συχνὴ παραμόρφωσις τοῦ ἄνω ἄκρου τοῦ βραχιονίου ὁστοῦ. Τούτου διακρίνονται 3 μορφαί: 1) συμπτωματικῶς, 2) συγγενῆς καὶ 3) ἰδιοπαθῆς.

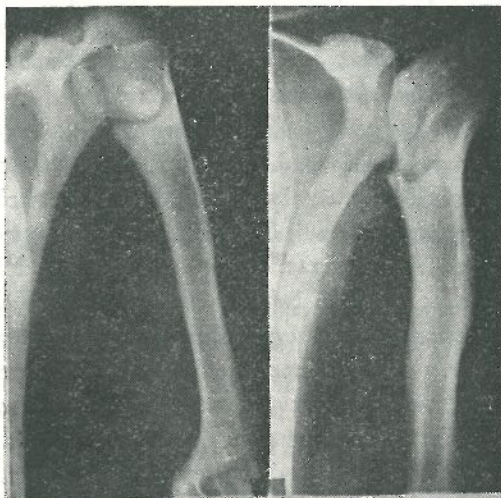
Ὁ συμπτωματικὸς ραιβὸς βραχίον δυνατὸν γὰρ ὀφείλεται εἰς διαφόρους αἰτίαις, ὡς π.χ. κατάγματα τοῦ ἀδχένου τοῦ βραχιονίου ὁστοῦ, ἐπιφυσιόλυσιν, μαιευτικὴν κάκωσιν, ὁστομυελίτιδα, παραμορφωτικὴν ἀρθρίτιδα, χονδροδυστροφίαν, ἐνδοκρινικὰς διαταραχὰς καὶ κατ' ἐξοχὴν κρετινισμόν, σπαστικὴν παράλυσιν, ραχίτιδα, μονήρη κύστιν.

Ἡ συγγενῆς μορφή τῆς παραμορφώσεως εἶναι πολὺ σπανία καὶ αἱ περιγραφεῖσαι τοιαῦται περιπτώσεις ἐλάχιστοι. Ἐπὶ τῶν περιπτώσεων τούτων ὁ περιορισμὸς τῆς ἀπαγωγῆς τοῦ βραχίονος διεπιστώθη ἀμέσως μετὰ τὴν γέννησιν, ἢ πάθησις ἦτο ἀμφίπλευρος καὶ συνυπῆρχε μετ' ἄλλων συγγενῶν ἀνωμαλιῶν (δυσπλασία τοῦ ἰσχίου, ραιβὸν ἰσχίον, δυσπλασία τοῦ ἀγκῶνος καὶ τῆς χειρὸς).

Ἡ τρίτη καὶ πλέον δισηξήγητος μορφή τῆς παθήσεως εἶναι ὁ καλούμενος

ιδιοπαθούς ραιβός βραχίων ή ραιβός βραχίων των έφ ή θων. Η περίεργος αυτή παραμόρφωσις παρατηρήθη επί σκελετών της χαλκίνης εποχής (Gabras), οι όποιοι άνευρέθησαν έντός Έτρουσκικών τάφων.

Η πρώτη άκριβής περιγραφή του ιδιοπαθούς ραιβού βραχίονος έγένητο υπό του Riedinger τό 1900, άργότερον δέ (1907) ό Angeletti περιέγραφε τήν άκτινολογικήν εικόνα αυτού. Έκτοτε πλείστοι, κατ' έξοχήν Ιταλοί, συγγραφείς ήσχολήθησαν με τήν περιγραφήν της παραμορφώσεως.



Εικ. 1.— Κατά μέτωπον άκτινογραφία του ώμου πρό της έγχειρήσεως και 6 μήνας μετ' αυτήν.

Μέχρι του 1953 είχαν δημοσιευθή κατά τους Branciforti και Goidanich 33 περιπτώσεις, εκ των όποιων 27 υπό Ιταλών συγγραφέων. Είς ταύτας δέον όπως προστεθούν και έτεραι δύο δημοσιευθεΐσαι υπό του ήμετέρου Χρυσοσπάθη.

Άφορμήν εις τήν παρούσαν μελέτην έλάθραμεν εκ δύο περιπτώσεων ιδιοπαθούς ραιβού βραχίονος, τάς όποιάς ένοσηλεύσαμεν.

Τά ιστορικά των ήμετέρων άσθενών έχουν ως άκολούθως:

1) Κ. Θ. Άρρεν, 14 έτών.

Προσήλθε παραπονούμενος διά άνώδυον περιορισμόν των κινήσεων του δεξιού ώμου, θαυμαίως έπιτεινόμενον κατά τήν διάρκειαν των τελευταίων 8 - 10 μηνών. Έκ του άναμνηστικού δέν διεπιστώθη κάκωσις ή προϋπάρξασα νόσος.

Κατά τήν εξέτασιν άνευρέθη θράχυνσις του δεξιού βραχίονος κατά 5 εκ. Αί κινήσεις του ώμου είχαν ως έξής: άπαγωγή 50°, κάμψις και έκτασις περιω-

ρισμένα κατά τὸ 1) 3, ἔσω στροφή κατά φύσιν, ἔξω στροφή περιωρισμένη κατά τὰ 2) 3. Ἐνευρέθη ἐπίσης μετρία ἀτροφία τοῦ δελτοειδοῦς καὶ τῶν μυῶν τοῦ βραχίονος, ἡ περιφέρεια τοῦ ὁποίου ὑπελείπετο κατά $2\frac{1}{2}$ ἐκ. τῆς τοῦ ἐτέρου. Δὲν διεπιστώθησαν νευρικαὶ ἢ κυκλοφορικαὶ διαταραχαὶ τοῦ πάσχοντος ἄκρου.

Ἡ ἀκτινογράφησις τοῦ πάσχοντος ὤμου ἔδειξε χαρακτηριστικὰς ἀλλοιώσεις ἰδιοπαθοῦς ραιβοῦ βραχίονος. Συστηματικὴ ἀκτινογράφησις τοῦ σκελετοῦ δὲν ἔδειξε ἐτέραν τινὰ ἀνωμαλίαν. Δι' συνήθεις ἐργαστηριακὰ ἐξετάσεις δὲν ἔδειξαν τί τὸ παθολογικὸν καὶ ὁ προσδιορισμὸς τοῦ Ca, P καὶ ἀλκαλικῆς φωσφατάσης ἔδωσε φυσιολογικὰς τιμὰς.

Ὁ ἀσθενὴς ὑπεδλήθη εἰς λοξὴν ὑποκεφαλικὴν ὀστεοτομίαν ἀπαγωγῆς διὰ τῆς ὁποίας ἐπετεύχθη διόρθωσις 40° περίπου καὶ τὸ ἄκρον ἀκίνητοποιήθη διὰ θωρακοβραχιονίου γυφίου ἐπιδέσμου ἐπὶ 2μηνον.

Ἱστολογικὴ ἐξέτασις τεμαχίου ὀστοῦ ληφθέντος κατὰ τὴν ὀστεοτομίαν, γενομένη εἰς τὸ Ἐργαστήριον Παθ. Ἀνατομικῆς τοῦ Πανεπιστημίου τῆς Θεσσαλονίκης ἔδειξε : «λέπτυνσις τῶν ὀστέων δοκίδων εἰς πλείους τῶν ὁποίων ὁ ὀστίτης ἰστός εἶχεν ὑποκατασταθῆ ὑπὸ μικρῶν νησίδων χονδρικοῦ ἰστοῦ περίξ τοῦ ὁποίου παρετηροῦντο ἀνώμαλοι γραμμαὶ ὀστεώσεως. Μεταξὺ τῶν δοκίδων παρετηρεῖτο ἀνάπτυξις χαλαροῦ ἰνώδους συνδευτικοῦ ἰστοῦ, ἐμφανίζοντος ὀλίγα ὑπεραιμικὰ αἱμοφόρα τριχοειδῆ ἀγγεῖα. Πρόκειται ἐνταῦθα περὶ ἀλλοιώσεων τοῦ ὀστοῦ, ὀφειλομένων πιθανώτατα εἰς ἀνωμαλίαν τινὰ τοῦ μεταβολισμοῦ».

Τρία ἔτη μετὰ τὴν ἐπέμβασιν ἡ κατάστασις τοῦ ἀσθενοῦς ἔχει ὡς ἑξῆς: Ὁ δεξιὸς βραχίον ἐξακολουθεῖ νὰ εἶναι βραχύτερος τοῦ ἀριστεροῦ κατὰ 5 ἐκ. Ἡ ἀτροφία τοῦ δελτοειδοῦς καὶ τῶν μυῶν τοῦ βραχίονος ἔχει βελτιωθῆ σημαντικώτατα. Ἡ κάμψις καὶ ἔκτασις τοῦ βραχίονος εἶναι: κατὰ φύσιν, ἐνῶ ἡ ἀπαγωγή αὐτοῦ δὲν ὑπερβαίνει τὰς 75° . Ἡ κατακόρυφος ἀνύψωσις τοῦ βραχίονος ὑπολείπεται κατὰ 25° τῆς τοῦ ὑγιοῦς. Ἡ ἔσω καὶ ἔξω στροφή τοῦ βραχίονος ὑστεροῦν κατὰ 15° ἑκάστη.

Συνεστήθη εἰς τὸν ἀσθενῆ ἐπανάληψις τῆς ὀστεοτομίας διὰ τῆς ὁποίας θὰ ἦτο δυνατὴ ἡ πλήρης ἀποκατάστασις τῆς ἀπαγωγῆς τοῦ βραχίονος.

2) Π. Μ. Θήλυ, 15 ἐτῶν.

Προσῆλθε παραπονουμένη, ὅτι ἀπὸ 3 περίπου ἐτῶν παρουσίασε βαθμιαίως ἐπιτεινόμενον περιορισμὸν τῆς ἀπαγωγῆς καὶ τῶν κινήσεων στροφῆς τοῦ δεξιοῦ βραχίονος, τελευταίως δὲ καὶ πόνους κατὰ τὸν δεξιὸν ὤμον. Τῆς καταστάσεως ταύτης δὲν προηγήθη ἀκίωσις ἢ νόσος.

Ἐκ τῆς ἐξετάσεως διεπιστώθη, ὅτι ἐπρόκειτο περὶ ἀτόμου ἀρτίως σωματικῆς διαπλάσεως. Ὁ δεξιὸς βραχίον ἦτο βραχύτερος τοῦ ἀριστεροῦ κατὰ 5 ἐκ. Δι' κινήσεις τοῦ ὤμου ἦσαν περιωρισμένα: καὶ ἐλαφρῶς ἐπώδυνοι, παρήγγοντο δὲ κατ' αὐτὰς κριγμοὶ ἐντὸς τῆς ἀρθρώσεως. Ἡ ἀπαγωγή τοῦ βραχίονος δὲν ἦτο δυνατὴ πέραν τῶν 50° , ἡ ἔσω στροφή ἦτο περιωρισμένη κατὰ τὸ $\frac{1}{2}$ καὶ ἡ

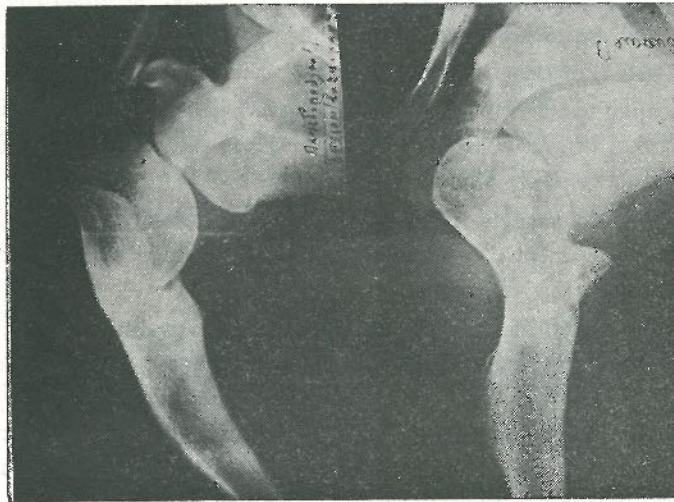
Ξεω στροφή κατά τὰ 2) 3. Πλήν ἐλαφρᾶς ἀπροφίας τοῦ δελτοειδοῦς οὐδεμία ἄλλη ἀνωμαλία τῶν μυῶν τοῦ ἄνω ἄκρου παρατηρήθη.

Ἀκτινογραφία γενομένη πρὸ δύο ἐτῶν, ἦτοι ἐν ἔτος μετὰ τὴν ἔναρξιν τῶν συμπτωμάτων διὰ τὰ ὁποῖα παραπονεῖται ἡ ἀσθενής, ἔδειξε χαρακτηριστικὴν παραμόρφωσιν τοῦ ἄνω ἄκρου τοῦ θραχιονίου ὄστου, ὅμοιαν πρὸς τὴν παρατηρουμένην ἐπὶ ἰδιοπαθοῦς ραιβοῦ θραχιόνου. Νέα ἀκτινογραφία, γενομένη κατὰ τὴν ἐποχὴν τῆς ἐξετάσεως ἔδειξε συνοστέωσιν τῆς κεφαλῆς πρὸς τὴν διάφυσιν εἰς τὴν ἰδίαν περίπου θέσιν τῆς ἀρχικῆς παραμορφώσεως.

Ἡ ἀσθενής ὑπεβλήθη εἰς λοξὴν ὑποκεφαλικὴν ὀστεοτομίαν ἀπαγωγῆς, διὰ τῆς ὁποίας ἐπετεύχθη διόρθωσις τῆς ραιβότητος κατὰ 70° περίπου. Τὸ ἄκρον περιελήφθη εἰς θωρακοθραχιόνιον γύψινον ἐπίδεσμον ἐπὶ 2 μῆνας, ἐν συνεχείᾳ δὲ ἡ ἀσθενής ὑπεβλήθη εἰς συστηματικὴν κινήσιοθεραπείαν. Τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα ὑπῆρξε λίαν ἱκανοποιητικὸν καὶ 6 μῆνας μετὰ τὴν ἐπέμβασιν αἱ κινήσεις τοῦ ὤμου εἶχον ὡς ἐξῆς: ἀπαγωγή σχεδὸν κατὰ φύσιν, τῆς κατακορύφου ἀνυψώσεως ὑπολειπομένης κατὰ 10°, κινήσεις στροφῆς ὑπελείποντο κατὰ τὸ 1) 4 τῶν τοῦ φυσιολογικοῦ. Ἡ ἀσθενής ἦτο ἀπολύτως ἱκανοποιημένη ἐκ τοῦ ἀποτελέσματος.

Ἐν ἔτος ἀργότερον αἱ κινήσεις τοῦ ὤμου παρέμενον αἱ ἴδιαι, ἡ ἀσθενής δὲ ἠσχολεῖτο ἐλευθέρως πλέον εἰς τὰς ἀγροτικὰς τῆς ἐργασίας.

Ἀκτινογραφίαι γενομένα 6 μῆνας μετὰ τὴν ἐπέμβασιν δεικνύουν τὴν ἐπιτευχθεῖσαν διόρθωσιν (Εἰκ. 2).



Εἰκ. 2.— Κατὰ μέτωπον ἀκτινογραφία τοῦ ὤμου πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως καὶ 6 μῆνας μετὰ ταύτην.

Αιτιολογία.

Ἡ αιτιολογία τῆς παθήσεως παραμένει σκοτεινή. Ὁ Riedinger ἐσκέφθη, ὅτι πιθανόν αὕτη ὀφείλεται εἰς φλεγμονώδη ἐπεξεργασίαν, ἣ ὅποια ἔχει ὡς ἀποτέλεσμα τὴν ἐλάττωσιν τῆς στερεότητος τοῦ ὅστου εἰς τὴν περιοχὴν ταύτην καὶ τὴν ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν τῆς ἔλξεως τῶν μυῶν σύγκρασιν αὐτοῦ.

Οἱ Angeletti καὶ Satta ἐθεώρησαν ὡς κυρίαν αἰτίαν κακώσεις, αἱ ὅποια προκαλοῦν μαλάκυνσιν τῆς ἔσω μοίρας τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου. Ἀντιθέτως ὁ Stropeni παρατηρεῖ, ὅτι ἡ ραιβότης δὲν ὀφείλεται εἰς βλάβην τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου, ἀλλὰ εἰς βλάβην τῆς μεταφύσεως, ἣ ὅποια συγκάμπτεται, συνεπείᾳ ρήξεως μονήρους κύστεως καὶ τῆς ἐπιδράσεως τῆς ἔλξεως τῶν μυῶν. Ἡ θεωρία αὕτη ὑποστηρίζεται καὶ ὑπὸ ἀρκετῶν ἄλλων (Nicotra, Perachini, Miani Marconi, Branciforti καὶ Goidanich).

Ἐν τούτοις ἡ ἐρμηνεῖα αὕτη τῆς παθήσεως δὲν δύναται νὰ ἐξηγήσῃ τὴν παρατηρουμένην ἐπ' αὐτῆς ὑποπλασίαν τῆς κεφαλῆς τοῦ βραχιονίου, τὴν πρῶτον σύγκλεισιν τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου, κατὰ τὴν ἔσω μοῖραν αὐτοῦ καὶ τὸ ἐνίοτε ἀμφίπλευρον τῆς παθήσεως.

Διὰ τοῦτο ἄλλοι συγγραφεῖς θεωροῦν τὴν πάθησιν ὡς περιγράφτον ὀστικὴν ἀτροφίαν ἢ ἀπότοκον ἐλαττωματικῆς καταβολῆς τοῦ ὅστου εἰς τὴν περιοχὴν ταύτην, ἕτεροι δὲ τέλος, ὡς ἀποτέλεσμα μαιευτικῆς τραυματικῆς ἐπιφυσιολύσεως (Bargellini, Lucas καὶ Gill, Weil, Blount).

Προσπαθόντες νὰ συμβιβάσωμεν τὰς διαφόρους ταύτας ἀπόψεις οἱ Branciforti καὶ Goidanich συμπεραίνουσι, ὅτι ὁ ἰδιοπαθὴς ραιβὸς βραχίλιον δυνατόν νὰ ὀφείλεται εἰς: α) ρῆξιν μονήρους κύστεως, β) προηγηθεῖσαν κάκωσιν, γ) συγγενῆ αἰτίαν καὶ δ) ἄγνωστον αἰτιολογίαν.

Ἐπεδείξαμεν τὰς ἀκτινογραφίας τῶν ἀσθενῶν μας εἰς τὸν κ. Seddon κατὰ τὴν πρὸ ἔτους ἐπίσκεψίν του εἰς Ἑλλάδα. Οὗτος ὁμολόγησεν, ὅτι οὐδέποτε εἶχε συναντήσῃ παρομοίαν περίπτωσιν.

Ἐκτὸς τῶν δύο περιπτώσεων, τὰς ὁποίας ἀναφέραμεν, ὁ ἕτερος ἐξ ἡμῶν συνήντησε πρὸ ἔτων ἐτέραν τοιαύτην εἰς Κόρινθον καὶ μίαν εἰσέτι εἰς τὴν Πανεπιστημιακὴν Κλινικὴν πρὸ ἔτους.

Λαμβανομένου ὑπ' ὄψιν, ὅτι αἱ πλείστα τῶν δημοσιευθεισῶν περιπτώσεων ὑπῆρξαν Ἰταλικῆς προελεύσεως, οὐχὶ δὲ εὐκαταφρόνητος καὶ ὁ ἀριθμὸς τῶν Ἑλληνικῶν τοιούτων, ἐνῶ ἀντιθέτως ἡ πάθησις εἶναι σπανιστάτη ἢ ἄγνωστος εἰς ἄλλας χώρας, θὰ ἦτο λογικὸν νὰ διερωτηθῇ τις, μήπως αὕτη παρατηρεῖται εἰς ὀρισμένας μόνον περιοχὰς ἔχουσα σχέσιν εἴτε πρὸς τὴν φυλετικὴν προέλευσιν τῶν κατοίκων, εἴτε πρὸς τὸν τρόπον διατροφῆς των.

Κλινικὴ καὶ ἀκτινογραφικὴ εἰκὼν.

Ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὸ ραιδῶν ἰσχίον, ὅπου τὰ συμπτώματα ἐμφανίζονται λίαν πρῶτως, ὁ ραιδῶς βραχίων ἐκδηλοῦται κλινικῶς μόνον, ὅταν ἡ παραμόρφωσις λάβῃ μεγάλας διαστάσεις. Εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας ὁ ἀσθενὴς παρουσιάζει περιορισμὸν τῶν κινήσεων τοῦ ὤμου καὶ δὴ τῆς ἀπαγωγῆς, κάμφεως καὶ ἔξω στροφῆς καὶ ἀτροφίαν τῶν περιαρθρικῶν μυῶν, ἰδίᾳ τοῦ δελτοειδοῦς. Λίαν χαρακτηριστικὸν σύμπτωμα εἶναι ἡ ἐράχυνσις τοῦ βραχίονος, ἡ ὁποία δυνατὸν νὰ φθάσῃ καὶ μέχρις 8 ἐκ. Διὰ πόνους παραπονοῦνται οἱ ἀσθενεῖς μόνον κατὸ πιν διαίῳν κινήσεων ἀπαγωγῆς καὶ ἔξω στροφῆς.

Ἀντιθέτως ἡ ἀκτινογραφικὴ εἰκὼν εἶναι λίαν χαρακτηριστικὴ μὴ ἐπιτρέπουσα ἀμφιβολίαν τινὰ ὅσον ἀφορᾷ τὴν διάγνωσιν τῆς παθήσεως. Ἡ κατὰ μέτωπον ἀκτινογραφία τοῦ ὤμου δεικνύει μεγάλην στροφὴν τῆς κεφαλῆς τοῦ βραχιονίου ὁστοῦ πρὸς τὰ ἔσω καὶ κάτω, ἐξ οὗ καὶ ἀνάλογος σμίκρυνσις τῆς γωνίας αὐχένος - διαφύσεως.

Ἡ οὕτω στραφεῖσα κεφαλὴ χωρίζεται ἀπὸ τῆς διαφύσεως διὰ σχισμῆς, ἡ ὁποία προσομοιάζεται πρὸς χηλὴν (λαβίδα) καρκίνου καὶ ἐπεκτείνεται μέχρι τοῦ ἔξω φλοιοῦ τοῦ ὁστοῦ. Τὰ χεῖλη τῆς σχισμῆς ταύτης εἶναι ὀμαλὰ καὶ ἐσκληρυμένα, τὸ δὲ κάτω ἐξ αὐτῶν προέχει συνήθως ὑπὸ τὴν κεφαλὴν ἐν εἴδει ρύγχους.

Θεραπεία.

Τὸ εἶδος τῆς θεραπείας τῆς παθήσεως ἐξαρτᾶται ἐκ τοῦ βαθμοῦ περιορισμοῦ τῶν κινήσεων τοῦ ὤμου. Ἐπὶ τῶν περιπτώσεων, καθ' ἃς ὁ περιορισμὸς τῶν κινήσεων τούτων δὲν ἐπηρεάζει σοβαρῶς τὴν λειτουργίαν τοῦ ἄκρου, ἐπαρκεῖ συνήθως ἡ συντηρητικὴ θεραπεία διὰ θεραπευτικῶν ἀσκήσεων. Ἐπὶ τῶν ὑπολοίπων περιπτώσεων ἐνδείκνυται ἡ ἐγχειρητικὴ θεραπεία.

Αἱ ἐγχειρήσεις, αἱ ὁποῖαι ἔχουν προταθῆ εἶναι, τενοντοτομίαι βραχυθέντων μυῶν, ἀρθροπλαστικὴ, διέκπρισις τοῦ ἀκρωμίου, ἀρθρόδεσις καὶ ὀστεοτομία. Ἐκ τούτων τὰ καλύτερα ἀποτελέσματα δίδει ἡ ὀστεοτομία (σφηνοειδῆς, ἐγκαρσία, ἡμικυκλικὴ ἢ λοξή).

ΠΕΡΙΛΗΨΙΣ

Ἀναφέρονται δύο περιπτώσεις ἰδιοπαθοῦς ραιδοῦ βραχίονος καὶ γίνεται βραχεῖα διδολογραφικὴ ἀνασκόπησις τοῦ θέματος.

Α. ΚΑΒΒΑΔΙΑ και Θ. ΑΣΛΑΝΟΓΛΟΥ: Χονδροσάρκωμα τῶν μαλακῶν μορίων.

Ὅγκοι ἐξ ὁστίου ἢ χονδρικοῦ ἰστοῦ δημιουργοῦνται ἐνίοτε εἰς περιοχὰς ὅπου φυσιολογικῶς δὲν ὑπάρχουν οἱ ἴστοι οὗτοι. Οἱ σπανιώτεροι ἐκ τῶν ὀγκῶν αὐτῶν εἶναι τὰ χονδροσαρκώματα (Stout).

Ἡ ἡμετέρα περίπτωσις ἀφορᾷ εἰς γυναῖκα ἡλικίας 37 ἐτῶν, ἡ ὁποία εἰσήχθη εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Νοσοκομείου Κιλκίς τὴν 6.3.59, φέρουσα εὐμεγέθη ὄγκον τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας τοῦ δεξιοῦ μηροῦ. Ἐν ἔτος πρὸ τῆς εἰσόδου τῆς εἰς τὸ Νοσοκομεῖον ἀντελήφθη αὕτη μικρὰν διόγκωσιν κατὰ τὴν ὡς ἄνω περιοχὴν, παρὰ τὴν γλουτιαίαν πτυχὴν, ἣτις ἦτο ἀνώδυνος καὶ δὲν συνωδεύετο ὑπὸ οἰουδήποτε συμπτώματος. Ἐπειδὴ ἡ διόγκωσις αὕτη ἐμεγεθύνετο προαδευτικῶς ἡ ἀσθενὴς ἐπεσκέφθη 9 μῆνας ἀργότερον, χειρουργὸν τῆς Θεσσαλονίκης, ὅστις συνέστησεν ἀκτινοθεραπείαν. Ἐπειδὴ ἡ ἀσθενὴς ἠσθάνθη, κατὰ τὴν 7ην συνεδρίαν τῆς ἀκτινοθεραπείας, ἄλλοις εἰς τὴν περιοχὴν τῆς διογκώσεως διέκοψε τὴν θεραπείαν ταύτην. Δύο μῆνας ἀργότερον ἐγένετο ὑπὸ ἐτέρου χειρουργοῦ βιοψία ἐκ τοῦ ὄγκου, ἡ ὁποία ἔδειξεν, ὅτι ἐπρόκειτο περὶ χονδροσαρκώματος. Συνεστήθη τότε εἰς τὴν ἀσθενῆ ἀπεξάρθρωσις τοῦ ἰσχίου καὶ ἀπεστάλη πρὸς τοῦτο παρ' ἡμῶν.

Ἡ γενικὴ κατάστασις τῆς ἀσθενοῦς ἦτο πολὺ καλὴ καὶ ὁ ἔλεγχος τῶν διαφόρων συστημάτων ὑπῆρξεν ἀρνητικὸς διὰ παθολογικὰ εὐρήματα.

Κατὰ τὸ ὄριον τῆς δεξιᾶς γλουτιαίας χώρας καὶ τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας τοῦ μηροῦ διεπιστώθη διόγκωσις, μεγέθους κεφαλῆς μικροῦ παιδίου, ὑπόσκληρος, ἐπώδυνος τῇ πίεσει, ἐλαφρῶς κινητὴ. Τὸ ὑπερκείμενον δέρμα συνεφύετο πρὸς τὸν ὄγκον εἰς ἕκτασιν παλάμης. Εἰς τὸ μέσον τῆς περιοχῆς ταύτης ὑπῆρχε πρόσφατος ἐγχειρητικὴ οὐλὴ μήκουσ 3 ἐκ. περίπου.

Αἱ κινήσεις τοῦ ἰσχίου ἦσαν φυσιολογικαὶ καὶ ἡ βάδισις ἐλευθέρη.

Αἱ συνήθεις ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις οὐδὲν ἔδειξαν τὸ παθολογικὸν καὶ ἡ καθίζησις τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων ἦτο 6) 21. Ἡ ἀκτινογραφία τῶν πνευμόνων ἦτο ἀρνητικὴ διὰ μεταστάσεις. Ἡ ἀκτ) φία τοῦ πάσχοντος μηροῦ ἔδειξε τὴν σκιάν τοῦ ὄγκου, ἐντὸς τοῦ ὁποίου ὑπῆρχον ἐκτεταμέναι ἀποσιτανώσεις (Εἰκόν).

Τὴν 14.3.59 ἐγένετο ἐξαίρεσις τοῦ ὄγκου μετὰ τοῦ καλύπτοντος αὐτὸν δέρματος. Οὗτος περιεβάλλετο ὑπὸ κάψης ἀφοριζούσης αὐτὸν σαφῶς ἀπὸ τῶν πέριξ ἰστίων, οἱ ὁποῖοι ἦσαν ἠλλοιωμένοι κατὰ τὴν χροίαν καὶ σύστασιν, προφανῶς λόγῳ τῆς πίεσεως καὶ τῆς προηγηθείσης ἀκτινοβολίας.

Τὸ τραῦμα ἐπουλώθη κατὰ β' σκοπὸν καὶ ἡ ἀσθενὴς ὑπεβλήθη ἐν συνεχείᾳ εἰς θεραπείαν δι' ἀκτίνων.

Ὁ ἐξαιρεθεὶς ὄγκος ἦτο σφαιρικὸς τὸ σχῆμα καὶ εἶχε λείαν καὶ στίλβουσαν ἐξωτερικὴν ἐπιφάνειαν.

α
ω
η
ω
ρ
α
ε
ω
η
η
γ
ε
γ
α
α
α
κ
η
α
ρ
η
δ
ν
ε
ι
ι
ι



Κατά μέτωπον και εκ του πλάγιου ακτινογραφία
δεικνύουσα τὰς ἐντὸς τοῦ ὄγκου ἀποτιτανώσεις

Ἡ ιστολογικὴ ἐξέταση γενομένη ὑπὸ τῆς κ. Σέντερη ἔχει ὡς ἀκολούθως:
 «Ὁ ἄποσταλεῖς ὄγκος τοῦ μηροῦ, διαστάσεων 20X20X10 ἐκ. περιβάλλεται ὑπὸ παχείας κάψης. Ἡ σύστασις αὐτοῦ ἦτο σκληρά. Ἐν διατομῇ αἱ ἐπιφάνειαι εἶχον χροιάν λευκότεφρον καὶ κατὰ θέσεις ὄψιν ζελατινοειδῆ. Εἰς ἄλλας θέσεις παρατηροῦντο νεκρώσεις καὶ ἐναποθέσεις ἀλάτων ἀσβεστίου.

Διὰ τῆς μικροσκοπικῆς ἐξετάσεως διεπιστώθη, ὅτι ἐπρόκειτο περὶ χονδροσαρκώματος. Τοῦτο ἀποτελεῖτο ἐκ λοβίων χονδρικοῦ ἴστου, συγχειμένων ἐξ ἀφθόνων χονδρικών κυττάρων, λίαν ἀτύπων καὶ εἰς διάφορα στάδια ὠριμάνσεως. Τὰ κύτταρα αὐτά ἦσαν ποικιλόμορφα μετὰ βαθυχρωματικῶν πυρήνων, οἱ ὅποιοι ἦσαν ἐνίοτε γιγάντιοι. Τὰ λοβία διεχωρίζοντο διὰ διαφραγμάτων ἐκ συνδετικοῦ ἴστου, ἐντὸς τοῦ ὁποίου παρατηροῦντο διηθήσεις δι' ἀτύπων κυττάρων. Κατὰ θέσεις παρατηροῦντο νεκρώσεις καὶ ἐναποθέσεις ἀλάτων ἀσβεστίου. Ἡ κάψα ἀποτελεῖτο ἐκ συνδετικοῦ ἴστου, ἐμφανίζοντος διηθήσεις κατὰ τὰς ἔσω στιβάδας αὐτῆς.

Ἡ μικροσκοπικὴ ἐξέταση τεμαχίων ἐκ τῶν περιβαλλόντων τὸν ὄγκον ἱστών ἀπέδειξε τὴν παρουσίαν γραμμωτῶν μυϊκῶν ἰνῶν».

Ἡ ἀσθενὴς εἶχε καλῶς μέχρι τοῦ Ἰανουαρίου τοῦ 1960, ἦτοι 10 μῆνας μετὰ τὴν ἐξαίρεσιν τοῦ ὄγκου. Τὸν Φεβρουάριον τοῦ 1960 διεπιστώθησαν πολλαπλαῖ μεταστάσεις εἰς τοὺς πνεύμονας καὶ ἄλλα σπλάγγνα, αἱ ὁποῖαι προεκάλεσαν τὸν θάνατον τῆς ἀσθενοῦς, δύο μῆνας ἀργότερον.

Ὡς ἀναφέραμεν, τὸ ὄστεοσαρκώμα καὶ χονδροσαρκώμα τῶν μαλακῶν μορίων εἶναι ἐξαιρετικῶς σπάνιοι κακοήθεις ὄγκοι. Ὁ Α. Ρ. Stout ἀνεῦρε 5 μόνον περιπτώσεις χονδροσαρκώματος καὶ 8 περιπτώσεις ὄστεοσαρκώματος, μετὰ ξὺ 8686 ὄγκων τῶν μαλακῶν μορίων, ἐξ ὧν 1349 κακοήθεις, οἱ ὅποιοι περιλαμβάνονται: εἰς τὸ ὕλικόν τοῦ ἐργαστηρίου Παθ. Ἀνατομικῆς τοῦ Πανεπιστημίου Columbia, τὸ ὁποῖον συγκεντρώθη κατὰ τὰ ἔτη 1906 — 1951.

Ὁ ἀριθμὸς τῶν μέχρι σήμερον δημοσιευθεισῶν περιπτώσεων χονδροσαρκώματος τῶν μαλακῶν μορίων δὲν ὑπερβαίνει τὰς 10, ἀναφέρονται δὲ αὐταὶ εἰς ἄτομα νέα ἢ μέσης ἡλικίας (18 — 45 ἐτῶν).

Ἐπὶ τῶν πλείστων ἀσθενῶν ὁ ὄγκος ἀνεπτύχθη μετὰ τῶν μυῶν τῶν κάτω ἄκρων, ἀλλὰ ἀναφέρονται καὶ περιπτώσεις ἐντοπίσεως εἰς τὴν παρεϊάν, τὸν ρινοφάριγγα, τὸν μαστὸν καὶ τὸν ὀπισθοπεριτοναϊκὸν χώρον.

Ἡ προέλευσις τῶν ὄγκων τούτων ἀποτελεῖ εἰσέτι ἀντικείμενον συζητήσεως. Χονδρικός ἢ ὀστίτης ἴστος δὲν ἀνευρίσκεται ἐντὸς τῶν μαλακῶν μορίων, πλὴν τῶν περιπτώσεων ὄστεοποιῦ μυΐτιδος, ὅπου ἀμετάπλαστα κύτταρα μεσεγχοματικῆς προελεύσεως ἐκτρέπονται τῆς φυσιολογικῆς τῶν ὠριμάνσεως πρὸς συνδετικὸν ἴστον καὶ μετατρέπονται εἰς ὄστεοβλάστας ἢ χονδροβλάστας.

Πιθανολογεῖται ὅτι τὰ σπάνια ὄστεοσαρκώματα καὶ χονδροσαρκώματα τῶν μαλακῶν μορίων ἀναπτύσσονται ἐξ ἐστιῶν χονδρικών κυττάρων, αἱ ὁποῖαι εὐρέθησαν μακρὰν τῆς φυσιολογικῆς τῶν θέσεως (Stout) ἢ ἐξ ἀμεταπλάστων με-

σεγγυματικών κυττάρων, τὰ ὁποῖα ἔχουν ἰδιότητα πολυδυνάμου διαφοροποιήσεως (Κατσαράς).

Π α θ ο λ ο γ ι κ ῆ ἄ ν α τ ο μ ι κ ῆ.

Τὸ χονδροσάρκωμα τῶν μαλακῶν μορίων ἔχει τοὺς ἰδίους μακροσκοπικοὺς καὶ μικροσκοπικοὺς χαρακτήρας πρὸς τὸ χονδροσάρκωμα τῶν ὀστέων.

Μακροσκοπικῶς πρόκειται περὶ ὄγκου ἄλλοτε ἄλλων διαστάσεων, μέχρι καὶ μεγαλύτερων τῶν τῆς κεφαλῆς παιδίου, ὅστις εἶναι σκληρὸς καὶ λοβωτός. Ἡ ἐπιφάνεια τομῆς του εἶναι λευκάζουσα καὶ παρουσιάζει τὴν λοβώδη ὄψιν χονδρικοῦ ἴστου ἐν ἀναπτύξει. Ἐὰν ὁ ὄγκος εἶναι μεγάλος ἐμφανίζονται ἐντὸς αὐτοῦ περιοχαὶ μαλακύνσεως ἢ ἀποσιτανώσεως. Συχνάκις ὁ ὄγκος περιβάλλεται ὑπὸ πολλαπλῶν ἀντιδραστικῶν μεμβρανῶν καὶ ἀποχωρίζεται εὐκόλως ἐκ τῶν πέριξ μαλακῶν μορίων.

Ἡ μικροσκοπικὴ εἰκὼν τοῦ ὄγκου χαρακτηρίζεται ἀπὸ α) ἔντονον κυτταροδριθεῖαν χονδρικών κυττάρων μὲ στρογγύλους πυρήνας, β) παρουσίαν πολλῶν κυττάρων μὲ δύο ἢ πλείονας στρογγύλους πυρήνας καὶ γ) γιγαντιαία χονδρικά κύτταρα μὲ ἓνα ἢ περισσοτέρους πυρήνας, περιέχοντας κοκκία χρωματίνης.

Ὁ βαθμὸς κακοηθείας τῶν ὄγκων τούτων ἐξαρτᾶται ἐκ τοῦ ἀνωμάλου σχήματος τῶν κυττάρων καὶ πυρήνων των καὶ τῆς παρουσίας κυττάρων μὲ πολλὰς πυρήνας καὶ ἐκσεσημασμένην χρωμοφιλίαν αὐτῶν.

Κ λ ι ν ι κ ῆ ε ἰ κ ῶ ν.

Ὁ ὄγκος ἀξάνει βραδέως καὶ πολλάκις ἀπαιτεῖται μακρὸς χρόνος μέχρις ἐκδηλώσεως τῆς κακοηθείας του κατ' ἀντίθεσιν πρὸς τὸ ὄστεοσάρκωμα τῶν μαλακῶν μορίων καὶ τὸ χονδροσάρκωμα τῶν ὀστέων, τὰ ὁποῖα ἐξελεῖπονται ταχέως.

Ὁ ὄγκος οὗτος δὲν διηθεῖ τοὺς πέριξ ἴστους καὶ δὲν ἐπεκτείνεται πρὸς τὰ παρακείμενα ὄστᾶ καὶ ἄρθρώσεις. Ἐξαιρούμενος δύναται νὰ ὑποτροπιάσῃ, ἀλλὰ μεθίσταται σπανίως.

Οἱ Kleiger καὶ Schidhaus περιέγραψαν περίπτωσιν, ἣτις ὑποτροπιάσθη 4κις (μετὰ 8 ἔτη, 4 ἔτη, 1 ἔτος καὶ 8 μῆνας). Οὗτοι εὗρον, ὅτι μεθ' ἐκάστην ὑποτροπὴν ἠϋξάνεν ἡ κυτταροδριθεῖα τοῦ ὄγκου.

Ἡ διάγνωσις τοῦ ὄγκου δὲν εἶναι εὐχερὴς καὶ ἡ ἀκτινογραφικὴ ἐξέτασις ὑποβοηθεῖ μόνον, ὅσάκις ὑπάρχουν ἀποσιτανώσεις ἐντὸς τοῦ ὄγκου.

Ἡ πρόγνωσις εἶναι τόσον καλυτέρα, ὅσον ἐγκαιρότερον διαγνωσθῆ καὶ ἐξαιρεθῆ οὗτος. Ὅπωςδήποτε αὕτη εἶναι καλυτέρα ἢ τοῦ ὄστεοσαρκώματος τῶν μαλακῶν μορίων (Jaffe).

Ἡ θεραπεία εἶναι μόνον χειρουργικὴ, συνισταμένη εἰς τὴν ἐξαιρέσιν τοῦ ὄγκου καὶ τῶν περιβαλλόντων αὐτὸν μαλακῶν μορίων. Ἀκρωτηρια-

σιμὸς ἐνδείκνυται μόνον ἐπὶ τῶν περιπτώσεων, καθ' ὅς προβλέπονται ἀνυπέρβλητοι δυσχέρειαι εἰς τὴν ἐξαίρεσιν τοῦ ὄγκου, λόγῳ ἐντοπίσεως (Jaffe).

ΠΕΡΙΛΗΨΙΣ

Περιεγράφη περίπτωσις χονδροσαρκώματος τῶν μαλακῶν μορίων τοῦ μηροῦ καὶ ἐγένετο βραχεῖα βιβλιογραφικὴ ἀνασκόπησις τοῦ θέματος.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Κ. ΝΑΙΟΠΟΥΛΟΥ: Ἐντοπίσεις ἀπὸ τὴν 50ῆν σύνοδον Γερμανικῆς Ὀρθοπαιδικῆς Ἑταιρίας.

Ἀπὸ τῆς 19ης ἕως 22ας παροελθόντος Σεπτεμβρίου συνήλθεν εἰς τὸ Μόναχον ἡ Γερμανικὴ Ὀρθοπαιδικὴ Ἑταιρία μὲ τὴν συμμετοχὴν ὄχι μόνον Γερμανῶν Ὀρθοπαιδικῶν, ἀλλὰ καὶ ἄλλων προερχομένων ἐξ ὄλων τῶν κρατῶν τοῦ κόσμου. Ἐλαβεν ἐπομένως ἡ σύνοδος αὕτη χαρακτῆρα Διεθνoῦς Συνεδρίου, ἐφ' ὧσιν μάλιστα εἰσηγηταὶ ἐπὶ τῶν διαφόρων θεμάτων ὑπῆρξαν καὶ μὴ Γερμανοί.

Δύο ἡμέρας πρὸ τῆς ἐνάρξεως τοῦ Συνεδρίου ὑπῆρξαν λίαν ἐπιωφελεῖς, διότι κατ' αὐτάς ἐγένοντο εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ καθηγητοῦ Max. Lange, ἐπιδείξεις ἐπεμβάσεων καὶ ἀσθενῶν ὡς καὶ ὀμίλια ἐπὶ πρακτικῶν θεμάτων.

Τὸ πρῶτον θέμα τοῦ Συνεδρίου ἦτο ἡ Σκολίωσις.

Ἄπαντες συνεφώνησαν, ὅτι ἡ καλλιτέρα ἀγωγή τῆς Σκολιώσεως εἶναι ἡ χειρουργικὴ θεραπεία, μετὰ προσπάθεια διορθώσεως αὐτῆς διὰ τῶν διαφόρων τύπου γυψίνων ἐπιδέσεων.

Οὕτω, κατὰ τὴν ἄποψιν τοῦ Max. Lange, ὅπως αὕτη ἐπαρουσιάσθη ἀπὸ τοῦ συνεργάτου τοῦ Viernstein καὶ Huber καὶ ἀπὸ τῶν Bètté τοῦ Ruhr, ἡ χειρουργικὴ θεραπεία ἐπιβάλεται, ὅταν σημειῖται ἐπιδείνωσις αὐτῆς καὶ παρὰ τὴν συντηρητικὴν θεραπεία. Ἡ ἡλικία ἐγχειρήσεως πρέπει νὰ εἶναι μικρά, πρὸ τῆς ἡθῆς, διότι εἶναι γνωστόν, ὅτι κατ' αὐτὴν συμβαίνει ταχεῖα καὶ μεγάλη αὔξησις τοῦ βαθμοῦ τῆς Σκολιώσεως, μετὰ αὐτὴν δὲ ἡ Σπονδυλικὴ Στήλη γίνεταί σταθερά, μὴ ἐπιδεχομένη διόρθωσιν. Ὡς καταλληλοτέρην ἡλικίαν καθορίζουν τὴν μεταξὺ 10 — 14 ἐτῶν. Ἡ συντηρητικὴν θεραπεία συνίσταται εἰς τὴν τοποθέτησιν διαδοχικῶν γύψων ἐπὶ 3—6 μῆνας τύπου Risser.

Σκοπὸς τῶν διαδοχικῶν γυψίνων ἐπιδέσεων εἶναι ἡ σμίκρυνσις τῶν κυρτοτήτων τῆς σπονδυλικῆς στήλης καὶ ἡ βελτίωσις τοῦ κοσμητικοῦ αποτελέ-

σματος. Εἰς τὸν γύψινον ἐπίδεσμον οἱ πλείστοι συμπεριλαμβάνουν τὴν κεφαλήν, ἐνῶ ἕτεροι ὄχι.

Εἰς τὴν κλινικὴν τοῦ Lange, τῆς ἐφαρμογῆς τοῦ γύψου προηγεῖται, εἰς τὰς μεγάλας τουλάχιστον σκολιώσεις, ἔκτασις ἀπὸ τὰ κάτω ἄκρα. Κατὰ τὸν χρόνον τῆς παραμονῆς τοῦ ἀσθενοῦς εἰς τὸν γύψινον, ὑποβάλλεται εἰς θεραπευτικὴν γυμναστικὴν, ἰδίως δὲ εἰς ἀναπνευστικὴν τοιαύτην. Τὸ ἀναπνευστικὸν σύστημα εἶναι λιανῆπηρεασμένον ἐκ τῆς σκολιωτικῆς παραμορφώσεως τοῦ θώρακος, τὰ ἄτομα δὲ αὐτὰ ἔχουν μικρὸν εὔρος ἀναπνοῆς. Ἐκ τοῦ συστήματος αὐτοῦ προέρχονται αἱ πλείστοι τῶν μετεγχειρητικῶν ἐπιπλοκῶν. Διὰ τῆς θεραπευτικῆς ἀναπνευστικῆς γυμναστικῆς ἐπιτυγχάνεται ἡ ἀξέλιξις τῆς ἀναπνευστικῆς ἰκανότητος καὶ ἡ μείωσις τῶν μετεγχειρητικῶν ἐπιπλοκῶν.

Ὡς πρὸς τὴν μετεγχειρητικὴν ἀγωγὴν, ὅλοι συμφωνοῦν, ὅτι ἡ σπονδυλοδεσία δέον νὰ γίνῃ εἰς τὸ κοῖλον τῆς κυρίας καμπύλης καὶ προκειμένου περὶ παραλυτικῆς μορφῆς νὰ εἶναι εὐρυτέρα τῆς ἰδιοπαθοῦς. Ἐπίσης ἡ νεαροποίησις δέον νὰ εἶναι εὐρεία, λεπτομερῆς καὶ νὰ καταλαμβάνῃ τὰς σπονδυλικὰς ἀρθρώσεις. Ὡς μόσχευμα χρησιμοποιοῦν ὀστεοπεριστικὰ μόσχευματα μὲ ἄφθονα σπογγώδη chips. Εἰδικῶς πρὸς τὸ μόσχευμα ἐπαρυσιάσθησαν διάφοροι ἀπόψεις. Οὕτω οἱ Ἴσπανοὶ Hernandez καὶ Ros προπαρασκευάζουν τὸ μόσχευμα διὰ δημιουργίας ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τῆς κνήμης ὀστεοπεριστικῶν ὑπεγέρσεων καὶ μετὰ πάροdon 30 ἡμερῶν λαμβάνουν συμπαγὲς μόσχευμα ἐκ τῆς προπαρασκευασθείσης ἐπιφανείας. Πιστεύουν, ὅτι τὰ ὑπεγερόντα ὀστικά τμήματα ἔχουν ὑποστῆ ἀπασθέτωσιν, τὸ ὅλον δὲ μόσχευμα εἶναι πλούσιον εἰς ὀστεοθλάστας. Οὕτω μικρύνουν τὸν χρόνον ἀποθεραπείας. Ὁ Herbert τοῦ Aix Les Bains τοποθετεῖ ὁμόλογα μόσχευματα ἐκ τῆς Τραπέζης Ὄστων.

Ὅπως ἰδιαιτέραν ἐντύπωσιν ἐπροκάλεσαν δύο ἀνακοινώσεις ἐπὶ τοῦ θέματος. Ἡ πρώτη τοῦ Gruca τῆς Βαρσοβίας. Οὗτος ἐπέδειξε μέθοδον χρησιμοποίησεως ἐλατηρίων μεταλλίνων ἐπὶ τῆς κυρτότητος τῆς κυρίας καμπύλης καὶ διατομῆς τῶν μυϊκῶν καταρύσεων ἀπὸ τῆς πλευρᾶς τῆς κοιλότητος. Αἱ ἐπιδειχθεῖσαι ἀκτῆραι πρὸ καὶ μετὰ τὴν θεραπείαν ἐπροκάλεσαν ἐντύπωσιν διὰ τὸ ἐπιτυγχανόμενον ἀποτέλεσμα. Ἡ δευτέρα τοῦ Truetta τῆς Ὁξφόρδης. Οὗτος χειρουργεῖ ἐπὶ τῆς σπονδυλικῆς στήλης ἄνευ οὐδεμιᾶς διορθωτικῆς προπαρασκευῆς τοῦ ἀσθενοῦς. Πλὴν τοῦ ὀστεοπεριστικῶν μόσχευματος, τὸ ὁποῖον τοποθετεῖ εἰς τὸ κοῖλον τῆς κυρίας καμπύλης, προβαίνει εἰς εὐρείαν σύστοιχον ἀποκόλλησιν μυῶν καὶ συνδέσμων. Τὴν 15ην ἡμέραν μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῶν ραμμάτων, τοποθετεῖ τὸν ἀσθενῆ ἐπὶ εἰδικῆς διορθωτικῆς τραπέζης, προβαίνει εἰς τὴν διόρθωσιν τῆς σκολιώσεως καὶ τοποθετεῖ γύψινον ἐπίδεσμον. Ἀνάλογον τεχνικὴν χρησιμοποιοῖ καὶ ὁ Dega ἐκ τῆς Ἀνατολικῆς Γερμανίας. Καὶ αὐτῶν τὰ ἐπιδειχθέντα ἀποτελέσματα ὑπῆρξαν ἄριστα. Ἄπαντες στερεώνουν τὸ μόσχευμα διὰ σύρματος ἢ ραμμάτων. Οἱ Ἀμερικανοὶ Blount καὶ Ponseti εἶναι περισσότερο συντηρητικοί. Συνιστοῦν τὴν διόρθωσιν διὰ στηθοδέσμων Mil-

waukee και ἐφ' ὅσον δὲν ἐπέρχεται: διόρθωσις, τὴν ἐγχείρησιν, ἐνωρίς πρὶν ἢ σπονδυλικὴ στήλη γίνῃ σταθερά. Ὁ Blount τονίζει, ὅτι ἡ ἀποτυχία τῆς διορθώσεως μετὰ ἐγχείρησιν τῆς σκολιώσεως, ἀφείλεται εἰς ψευδάρθρωσιν τοῦ μοσχεύματος. Τὴν ἐπιπλοκὴν αὐτὴν δεόν νὰ τὴν ἔχουμε ὑπ' ὄψιν καὶ νὰ τὴν ἀναζητοῦμεν διὰ εἰδικῶν ἀκτινογραφιῶν. Ἡ νέα ἐπέμδασις εἶναι ἡ μόνη ἐνδεικνυμένη ἀγωγή. Οἱ Witt, τοῦ Βερολίνου, Lindémain καὶ Mau, τῆς Ἀτδελ-βέργης, ὁ Zames τοῦ Ἐδιμβούργου, ὁ Queneau τῶν Παρισίων, Stagnara τῆς Λυών, Marino Zucco τῆς Ρώμης, λαμβάνουν μέρος εἰς τὴν συζήτησιν ἀναπτύσσοντες τὰς ἀπόψεις των καὶ τεχνικὰς των. Ἀνέφερα τὰ πλέον γνωστὰ ὀνόματα ὀμιλητῶν, διότι πλὴν αὐτῶν, καὶ ἄλλοι ἔλαβον τὸν λόγον. Ἐν συνόλῳ ἐγένοντο 4 εἰσηγήσεις, 12 ἀνακοινώσεις καὶ 21 ὀμιληταὶ ἔλαβον μέρος εἰς τὴν συζήτησιν ἐπὶ τοῦ ἐνδιαφέροντος θέματος τῆς σκολιώσεως.

Τὸ δευτέρον θέμα τοῦ Συνεδρίου ἦτο τὸ Αὐχενικὸν σύνδρομον. Ἐπ' αὐτοῦ ἐγένοντο 4 εἰσηγήσεις, αἱ δύο ἐκ τῶν ὁποίων ὑπῆρξαν πραγματικῶς μεγαλοπρεπεῖς, ἂν ἐπιτρέπετε τὴν ἔκφρασιν. Ἡ πρώτη ἐγένετο ὑπὸ Junghaus τῆς Φρανκφούρτης, ἀφεώρα δὲ τὴν παθολογικὴν ἀνατομίαν τοῦ συνδρόμου. Ἀνέφερε τὰς ἐκφυλιστικὰς ἀλλοιώσεις τῶν σπονδύλων καὶ μεσοσπονδυλίων δίσκων, ἀποτέλεσμα τῶν ὁποίων εἶναι ἡ ἀλλοίωσις τοῦ σχήματος τῶν σπονδύλων, ἡ ἐλάττωσις τῶν μεσοσπονδυλίων διαστημάτων καὶ ἡ παραγωγή ὄστεοφύτων, ἰδίως ἐπὶ τῶν ὀπισθίων χειλέων τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων. Ἰδιαιτέραν σημασίαν ἀποδίδει εἰς τὴν σπονδυλικὴν ἀρτηρίαν, ἥτις εἶναι, ὡς εἶπεν, ἡ μόνη ἀρτηρία τοῦ σώματος, διερχομένη διὰ 6 ὀστικῶν καὶ εὐκινήτων τρημάτων καὶ τῶν ὁποίων τὸ εὔρος δύναται νὰ μεταβληθῇ, ἐπηρεαζομένης τῆς αἱματώσεως τῆς ὑπὸ τῆς σπονδυλικῆς ἀρτηρίας ἀρδευομένης περιοχῆς τοῦ ἐγκεφάλου. Εἰς τὰς μεταβολὰς αὐτὰς ἀποδίδει συμπτώματά τινα τοῦ ἐν λόγῳ συνδρόμου.

Ἀνέφερεν ἐπίσης τὰς συγγενεῖς ἀνωμαλίας ὡς γενεσιουργὸν αἷτιον τοῦ αὐχενικοῦ συνδρόμου, ἐπιδείξας σπανίως ἀκτινογραφίας.

Ἡ δευτέρα σπουδαία εἰσηγήσις ἀφεώρα τὴν παθολογικὴν καὶ νευρολογικὴν εἰκόνα τῆς παθήσεως. Ἐγένετο ὑπὸ τοῦ Bodechtel τοῦ Μονάχου. Οὗτος εἶπεν τι τὸ ἄλγος ἕπερ χαρακτηρίζει τὸ σύνδρομον, εἶναι δύο εἰδῶν, ἥτοι ριζικὸν καὶ διάχυτον καὶ βετι τὰ ἐρεθίσματα διερχόμενα διὰ τῶν ὀπισθίων κεράτων τοῦ μυελοῦ εἰς τὸν θάλαμον προκαλοῦν δευτερεύοντα νευρολογικὰ καὶ νευροφυτικὰ συμπτώματα. Κλινικῶς διακρίνει: 1) Τὸ ἄνω αὐχενικὸν σύνδρομον εἰς τὸ ὅποιον προεξάρχουν ἡ κεφαλαλγία ἢ ἡ ἡμικρανία συνδεδασμένα μετὰ τὰς λειτουργικὰς διαταραχὰς τῆς σπονδυλικῆς ἀρτηρίας. 2) Τὸ μέσον αὐχενικὸν σύνδρομον, ὅπου ὑπάρχει ἀτροφία τῶν μυῶν τοῦ αὐχένου, αἰσθητικαὶ διαταραχαὶ εἰς τὴν περιφέρειαν καὶ πάρεσις τοῦ διαφράγματος, καὶ 3) Τὸ κάτω αὐχενικὸν σύνδρομον, ὅπου ὑπάρχουν διαταραχαὶ κινήτικότητος καὶ αἰσθητικότητος κατὰ μῆκος τοῦ θραχίονος. Ἡ ὅλη κλινικὴ εἰκὼν ποικίλλεται ὑπὸ διαφόρων νευροφυτικῶν συμπτωμάτων. Αἱ ἐκ τῶν ὧτων ἐκδηλώσεις τοῦ συν-

δρόμου, ως είναι ή ελάττωσις τῆς ἀκουστικῆς ἰκανότητος, αἱ ἐμβοαὶ τῶν ὠτων καὶ αἱ διαταραχαὶ τῆς ἰσορροπίας ἀπετέλεσαν τὸ θέμα τῆς τρίτης εἰσηγήσεως γενομένης ὑπὸ τοῦ ὠτορινολαρυγγολόγου Biesalski. Ἡ τετάρτη εἰσηγήσις ἀφώρῃ τὴν σχέσιν τραύματος καὶ ἀδχενικοῦ συνδρόμου. Διὰ τὴν συντηρητικὴν θεραπείαν, ὠμίλησαν δύο Γερμανοὶ καὶ ἡ καθηγήτρια Jackson τοῦ Dallas Η.Π.Α. Συνιστοῦν τὴν φυσιοθεραπείαν ὑπὸ μορφὴν γυμναστικῆς καὶ ἐκτάσεων. Τὰς ἐκτάσεις ἄλλοι τὰς συνιστοῦν ἡπίας καὶ συνεχεῖς, ἄλλοι ἐντόνους καὶ διακεκομμένας. Ὡς φάρμακα χρησιμοποιοῦν παράγωγα τῆς Πυραζολόνης ἡρεμιστικά, τοπικῶς δὲ τὴν νοβοκαΐνην καὶ ὑδροκορτιζόνην καὶ τὴν ἰσταμίνην δι' ἰοντοφορὰς ἢ ἐνδοαρθρῶς καὶ τὰς διηθησεις τοῦ ἀστεροειδοῦς γαγγλίου.

Ἐπὶ τῆς χειρουργικῆς θεραπείας ὠμίλησαν οἱ Tönnis τῆς Κολωνίας, Fineschi τῆς Φλωρεντίας, καὶ ὁ Cloward, Ἀμερικανὸς νευροχειρουργός. Οὗτοι συνιστοῦν τὴν χειρουργικὴν θεραπείαν ἐπὶ σαφῶν ριζικῶν φαινομένων, ὅπου ἡ ὑπαρξίς προσιτώσεως πυρῆνος μεσοσπονδυλίου δίσκου εἶναι θεδαία. Τινὲς συνιστοῦν ἐπίσης τὴν μυελογραφίαν. Ἐπὶ τοῦ θέματος αὐτοῦ ἐγένοντο 4 εἰσηγήσεις, 17 ἀνακοινώσεις καὶ 12 ἔλαβον μέρος εἰς τὴν συζήτησιν.

Τρίτον θέμα ἦτο «Τὰ τραυματικὰ ἐξαρθρήματα τοῦ ἰσχίου ἐπὶ ἐνηλίκων» μὲ πέντε εἰσηγητάς.

Πρῶτος, ὁ γνωστός Böhler τῆς Βιέννης, ἀνέπτυξε τὰ τῆς τραυματικῆς παραγωγῆς τῶν ἐξαρθρημάτων μετὰ κατάγματος τῆς κοτύλης ὡς καὶ τοὺς διαφοροὺς τύπους αὐτοῦ. Προβαίνει εἰς τὴν ἀνάταξιν τῶν ἐξαρθρημάτων αὐτῶν, ἀνευ ναρκώσεως, διὰ τοποθετήσεως τοῦ ἀσθενοῦς εἰς πρηγνὴν θέσιν ἐπὶ τῆς χειρουργικῆς τραπέζης. Ἄν ἡ ἀνάταξις εἶναι ἀσταθῆς, συνιστᾷ τὴν χειρουργικὴν ἀποκατάστασιν τῆς κοτύλης. Δὲν συνιστᾷ τὴν ἐπὶ μακρὸν ἔκτασιν τοῦ σκέλους διὰ θάρους, διότι εἰς αὐτὴν ἀποδίδει εὐθύνας διὰ τὴν νέκρωσιν τῆς κεφαλῆς.

Ἐν συνεχείᾳ, ὁ υἱὸς Böhler ἐπανέλαβε δι' ἀντιπροσώπου του τὰς ἀρχὰς τοῦ πατρός του.

Κατόπιν ὁ Hipp τοῦ Μονάχου καὶ ὁ Trueta τῆς Ὁξφόρδης ὠμίλησαν ἐπὶ τῆς ἀγγειογραφίας. Ὁ Hipp ἀπέδειξε καὶ ἐπ' αὐτοῦ συμφώνησε καὶ ὁ Trueta, ὅτι ἡ κυρίως ρηγνυομένη ἀρτηρία εἰς τὰ κατάγματα τοῦ ἀδχένου καὶ τὰς κακώσεις τοῦ ἰσχίου, εἶναι ἢ ἐν τῇ θάθει ἀρτηρία ὀδεύουσα εἰς τὸ κάτω χεῖλος τοῦ ἀδχένου (raumus profundus). Ἡ ἀρτηρία αὕτη εἶναι ὑπεύθυνος τῶν νεκρώσεων τῆς κεφαλῆς. Ὁ Trueta τονίζει ὅτι ἡ πρὸς ἀνάταξιν τοῦ ἐξαρθρήματος τοῦ ἰσχίου, ἀνάγκη εἶναι ἐπιείγουσα καὶ δεόν γὰ γίνεται ἐντὸς τῶν πρώτων 6 ὡρῶν, ὅπως ἀκριθῶς καὶ εἰς τὰ ἐπιπεπλεγμένα κατάγματα. Ἄλλως αἱ πιθανότητες νεκρώσεως τῆς κεφαλῆς εἶναι ἠδύξημένα.

Ὁ Merle d' Aubigné, πέμπτος εἰσηγητῆς ἐπὶ τοῦ θέματος, ὁμιλεῖ διὰ τὰ ὕψηλά καὶ παρημελημένα ἐξαρθρήματα τοῦ ἰσχίου, εἰς τὰ ὅποια συχνὸν εὐ-

ρημα είναι ὁ τραυματισμὸς τοῦ ἰσχυικοῦ νεύρου. Συνιστᾶ τὴν ἀρθροπλαστικὴν τοῦ ἰσχίου, ἢ τὴν ἀρθρόδεσιν, ἐφ' ἔσπον αἱ τοπικαὶ συνθήκαι τὸ ἐπιβάλλουν.

Ὁ Judet τῶν Παρισίων ὁμιλεῖ διὰ τὴν θεραπείαν τῶν νεκρώσεων τῆς κεφαλῆς δι' ἀρθροπλαστικῆς διὰ νέας μεταλλικῆς προθέσεως, προσομοιαζούσης πρὸς τὴν τοῦ Austin Moore.

Ἄγτιθέτως, διὰ τὰς περιοριστέρας νεκρώσεις, συνιστᾶ μίαν νέαν ἰδίαν ἐγχείρησιν, σκοπὸν ἔχουσαν τὴν ἀπαναιμάτωσιν τῆς κεφαλῆς. Ἡ ἐγχείρησις αὕτη παρουσιάζει ἰδιαίτερον ἐνδιαφέρον δι' ὃ καὶ σὺς τὴν παρουσιάζω δι' ὀλίγων :

Αὕτη συνίσταται εἰς τὴν τοποθέτησιν, ἐν ἐπιπεύσει τοῦ κατάγματος τοῦ αὐχένος, ὀστικοῦ μὸσχεύματος ἐξηρητημένου ἐκ μυϊκοῦ κρηνοῦ. Πρὸς τὸν σκοπὸν αὐτὸν τοποθετεῖ τὸν ἀσθενῆ πρηγὴν ἐπὶ τῆς χειρουργικῆς τραπέζης καὶ διὰ ὀπισθίας τομῆς λαμβάνει ἐκ τῆς ὀπισθίας μεσοτροχαντηρίου ἀκρολοφίας ὀστικὸν τμήμα διαστάσεων 2X4 ἄνευ ἀποκολλήσεως τοῦ ἐπ' αὐτοῦ καταφυομένου τετραγώνου μηριαίου μύος. Τὸ μὸσχευμα αὐτὸ στρέφεται κατὰ 90° καὶ τοποθετεῖται ἐπὶ τῆς νεκρωποιηθείσης ὀπισθίας ἐπιφανείας τοῦ αὐχένος ἐν ἐπιπεύσει τοῦ κατάγματος καὶ ἐντὸς τῆς κεφαλῆς, ὅπου σχηματίζει σχετικὴν ὑποδοχὴν, στερεοῦται δὲ διὰ μιᾶς ἢ δύο βιδῶν. Πρὶν θέσῃ εἰς ἐφαρμογὴν τὴν ἐγχείρησιν αὕτην ἐπειραματίσθη ἐπὶ κυνῶν καὶ μᾶς ἐπέδειξε λίαν ἀποδεικτικὰς ἀκτινογραφίας, εἰς αἷς ἐμφαίνεται ἡ ἐπαναιμάτωσις τῆς κεφαλῆς.

Ἐν συνόλῳ ἐπὶ τοῦ θέματος αὐτοῦ ἐγένοντο 4 εισηγήσεις, 17 ἀνακοινώσεις καὶ 10 ἔλαβον μέρος εἰς τὴν συζήτησιν, μεταξύ τῶν ὁποίων καὶ ὁ συμπατριώτης μας Τρανὸς ἐκ Βερολίνου.

Συνεζητήθησαν καὶ ἕτερα θέματα κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ συνεδρίου, ὅπως ἡ καθυστέρησις τῆς πωρώσεως καὶ ψευδαρθρώσεις τῶν μακρῶν ὀστέων, αἱ παθήσεις τῶν φλεβῶν ἐν σχέσει πρὸς ὀρθοπεδικὰς παθήσεις, ὡς καὶ 22 ἐλεύθεραι ἀνακοινώσεις ἐπὶ διαφορῶν θεμάτων. Νομίζω ὅτι θὰ ᾔτο παράλειψις ἂν δὲν ἀνέφερα τὴν ἀνακοίνωσιν καὶ τὸ film τοῦ Von Rosen ἀπὸ τὸ Malmo τῆς Σουηδίας ἐπὶ τῆς Πρωῆμου διαγνώσεως τοῦ συγγενοῦς ἐξαρθρήματος τῶν ἰσχίων ἐπὶ τῶν νεογνῶν. Ὡς γνωρίζετε, τὰ κλινικὰ σημεῖα τῆς διαγνώσεως τοῦ συγγενοῦς ἐξαρθρήματος τῶν νεογνῶν εἶναι: Ἡ ἀνισσοκελία, ἡ ὑπαρξίς ἀσυμμέτρων πτυχῶν καὶ κυρίως ἡ ἐλάττωσις ἀπαγωγῆς τῶν μηρῶν καὶ τὸ click τοῦ ἰσχίου.

Ἐξ ὧν αὐτῶν, ὁ Von Rosen χρησιμοποιεῖ μόνον τὸ click, τὰ νεογνά δὲ αὐτὰ ποὺ παρουσιάζουν τὸ σημεῖον αὐτὸ τὰ ἀκτινογραφεῖ εἰς θέσιν ἀπαγωγῆς τῶν μηρῶν 45° καὶ ἔσω στροφῆν.

Μετὰ τὸ πέρας τῆς ἀνακοινώσεώς σου, εἶχα τὴν εὐκαιρίαν νὰ συζητήσω μαζί σου ἐπὶ τοῦ θέματος καὶ εἰς ἐρώτησίν μου ἐπὶ τῆς ἀξίας τῶν ἄλλων κλινικῶν σημείων, ἰδίως τοῦ test ἀπαγωγῆς, μοῦ εἶπεν ὅτι αὐτὸς ἐξετάζει τὰ νεο-

γέννητα τήν πρώτην και δευτέραν ημέραν, όποτε τó click είναι έμφανές και άρκετό ως διαγνωστικό σημεϊόν. Είς παιδιá όμως έξεταζόμενα μετά τήν δευτέραν ημέραν, λαμβάνει υπ' όψιν τó test άπαγωγής, διότι τó click δυνατόν να έχη έξαφανισθή πλέον. Η έφαρμοζόμενη υπ' αυτού θεραπεία είναι ή τήρησις τών σκελών εις άπαγωγήν επί τρεις μήνας.

Αυτό υπήρξε τó επιστημονικό έργον τού 50ού Συνεδρίου Γερμανικής Όρθοπεδικής Έταιρίας, ή όποία, μάλιστα, κατόπιν προτάσεως τού προέδρου αυτής καθογητού Lange, μετωνομάσθη εις Γερμανικήν Όρθοπεδικήν και Τραυματιολογικήν Έταιρίαν, και λόγω τού ένδιαφέροντος αυτού θεώρησα σκόπιμον να σας τó παρουσιάσω δι' όλίγων.

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Κ. ΚΑΜΠΕΡΟΓΛΟΥ: Ὄστεοτομία τῆς πτέρνης πρὸς διόρθωσιν ραιδοκοιλοποδίας.

Ἔχομεν τὴν τιμὴν γὰ ἐπιδείξομεν εἰς τὴν Ἑταιρίαν τὴν ἀσθενῆ Κονταξῆ Χρυσάνθη, ἡλικίας 14 ἐτῶν, ἣτις νοσηλεύεται εἰς τὴν Α' Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Παιδικοῦ Νοσοκομείου ΠΚΠΑ Πεντέλης.

Αὕτη εἰσῆλθε τὸ πρῶτον εἰς τὴν Κλινικὴν τὴν 1.6.61 εἰς ἡλικίαν 12 ἐτῶν, παρουσιάζουσα ραιδοκοιλοποδίαν τοῦ ἀρ. ἄκρου ποδός, ἣτοι ὑψηλὴν καμάραν, σύσπασιν τῆς πελματιαίας ἀπονευρώσεως, γαμψοδακτυλίαν καὶ ραιδότητα τῆς πτέρνης, μικροῦ δὲ θαμοῦ κοιλοποδίαν τοῦ δεξ. ἄκρου ποδός.

Τὴν 17.7.61 ἐγένετο ἡ ἐγχείρησις τοῦ Dwyer, ἣτοι σφηνοειδῆς ὀστεοτομία τῆς πτέρνης μετὰ διατομῆς τῆς πελματιαίας ἀπονευρώσεως, συγχρόνως δὲ μεταμφύτευσις τοῦ μακροῦ ἐκτείνοντος τὸν μέγα δάκτυλον εἰς τὸν ἀρχαῖον τοῦ 1ου μεταταρσίου.

Ἡ ἐπιτευχθεῖσα διόρθωσις ἦτο ἱκανοποιητικὴ καὶ ἡ ἀσθενὴς ἐξῆλθε τὴν 21.X.61.

Ἐπανῆλθε πρὸς ἐξέτασιν τὴν 15.I.63, λίαν ἱκανοποιημένη διὰ τὸ ἀποτέλεσμα τῆς ἐγχειρήσεως τοῦ ἀρ. ποδός, ἀλλὰ παρουσιάζουσα τὴν αὐτὴν παραμόρφωσιν καὶ τοῦ δεξιοῦ.

Ἐἰσῆλθεν ἐκ νέου εἰς τὴν Κλινικὴν καὶ τὴν 21.I.63 ὑπεβλήθη εἰς τὴν αὐτὴν ἐγχείρησιν.

Τὸ ἀποτέλεσμα τῆς ἐγχειρήσεως ἀρ. δύο ἔτη καὶ δεξ. τέσσαρας μῆνας μετὰ, εἶναι λίαν ἱκανοποιητικόν. Ἡ ραιδότης τῆς πτέρνης ἔχει διορθωθῆ κλινικῶς καὶ ἀκτινολογικῶς ὡς καὶ ἡ γαμψοδακτυλία καὶ ἡ ὑψηλὴ καμάρα. Ἡ βάδισις εἶναι φυσιολογική.

Ὅιαδήποτε καὶ ἂν εἶναι ἡ αἰτιολογία τῆς κοιλοποδίας εἶναι βέβαιον ὅτι μετὰ τὴν ἐμφάνισιν τῆς ραιδότητος τῆς πτέρνης ἡ παραμόρφωσις ἐπιδεινοῦται ταχέως.

Ἡ ὀστεοτομία τῆς πτέρνης ἔχει ὡς σκοπὸν γὰ ἐπιδιορθώσῃ τὴν ραιδότητα ταύτης δι' ἀφαιρέσεως σφηνὸς ἐκ τῆς ἔξω αὐτῆς ἐπιφανείας καὶ διὰ μετατοπί-

σεως τῆς πτέρνης εἰς θλαισότητα ἐπιτρέπει εἰς τὸ θάρος οὐ σώματος (στήριξιν) νὰ προκαλῆ βαθμιαίαν διόρθωσιν τῆς παραμορφώσεως.

Ἡ ἐγχείρησις περιγράφεται λεπτομερῶς ὑπὸ τοῦ Dwyer εἰς τὸ J.B.J.S. VOL. 41B 80 (1959).

Διὰ νὰ ἔχη καλὰ ἀποτελέσματα, πρέπει νὰ ἐκτελῆται εἰς παιδιὰ ἡλικίας 3—16 ἐτῶν κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἀναπτύξεως πρὶν ἢ ἐπέλθουν βαρεῖαι παραμορφώσεις τῶν ἰστών. Ἀλλὰ καὶ πέραν τῆς ἡλικίας τῶν 16 ἐτῶν εἶναι δυνατόν νὰ ἐπιφέρῃ μεγάλην θελτίωσιν.

Τὴν ἐγχείρησιν ἐκτελοῦμεν ἀπὸ τὸ 1959, μέχρι σήμερον δὲ ἔχομεν 23 περιπτώσεις ἐπὶ παιδίων ἡλικίας 5—14 ἐτῶν, τὰ ἀπώτερα ἀποτελέσματα τῶν ὁποίων ἐλπίζομεν νὰ παρουσιάσωμεν εἰς τὴν Ἑταιρίαν.

Κ. ΠΑΪΣΙΟΣ — Δ. ΣΒΩΛΟΣ: Ἡ προσθία προσπέλασις τῆς αὐχενικῆς μοίρας τῆς Σ. Σ. (χειρῶγραφον δὲν κατετέθη).

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ. — Γ. ΞΕΦΤΕΡΗ καὶ Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ — ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ: Περίπτωσης ἐξαρθρώματος τοῦ ἰσχίου συνεπεία αἰμορραγικῆς διαθέσεως (χειρῶγραφον δὲν κατετέθη).

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

B. ΣΟΥΡΜΕΛΗ: Ἀντιμετώπισις εὐμεγέθους ἐντόπισης πρωτοπαθοῦς ὄγκου ὠμοπλάτης δι' ὀλοσχεροῦς ἐξαιρέσεως τοῦ ὄστου. Ἔπ' εὐκαιρία δύο περιπτώσεων. Ἐπίδειξις ἀκτινογραφικῶν τῶν δύο περιπτώσεων καὶ τῆς μιᾶς ἀσθενοῦς.

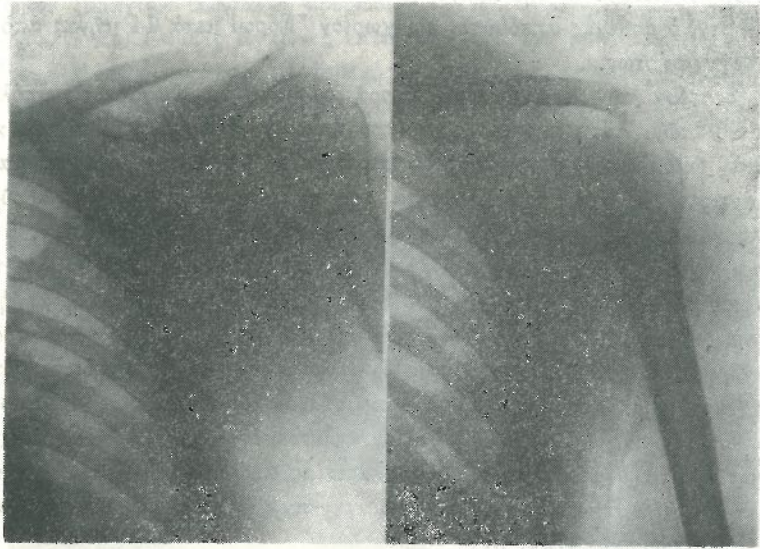
Ἡ πρώτη τῶν περιπτώσεων ἀφείωρα ἄνδρα, ἡλικίας 50 ἐτῶν, ὅστις εἰσήχθη πρὸς νοσηλείαν ἐν τῇ Πανεπιστημικῇ Ὀρθοπαιδικῇ Κλινικῇ αἰτιώμενος δι' ἄλλοις κατὰ τὸ μασχαλιαῖον χεῖλος τῆς ὠμοπλάτης. Ἀντιστοίχως πρὸς τὴν περιοχὴν τοῦ ἄλλου προέβαλε ἡμίσηκλος διόγκωσις, μὴ συμφορμένη μετὰ τοῦ δέρματος, ἀλλὰ μετὰ τοῦ ὄστου, μεγέθους μεγάλου πορτοκαλίου. Γενομένη ἀκτινογραφία ἀπέδειξεν ὀστεολυτικὴν ἐπεξεργασίαν τοῦ μασχαλιαίου χεῖλου τῆς ὠμοπλάτης ἀπὸ ὀλίγον κάτωθεν τῆς ὠμογλήνης μέχρι καὶ τῆς κάτω γωνίας καὶ εἰς ἔκτασιν 4 - 5 ἐκατ. Ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις φυσιολογικαί. Ἐθεωρήθη ὡς χονδροσάρκωμα καὶ ἀπεφασίσθη ἡ ὀλοσχερῆς ἐξαίρεσις τῆς ὠμοπλάτης.

19.12.61. Ἐγχείρησις. Ὀλοσχερῆς ἐξαιρέσις τῆς ὠμοπλάτης μετὰ τῆς διογκώσεως, ἄνευ διανοίξεως τοῦ τελευταίου πρὸς παρεμπόδισιν διαχύσεως τῶν στοιχείων τοῦ ὄγκου. Ἀπεστάλη πρὸς ἱστολογικὴν ἐξέτασιν. Μετεγεχειρητικὴ πορεία ὀμαλή.

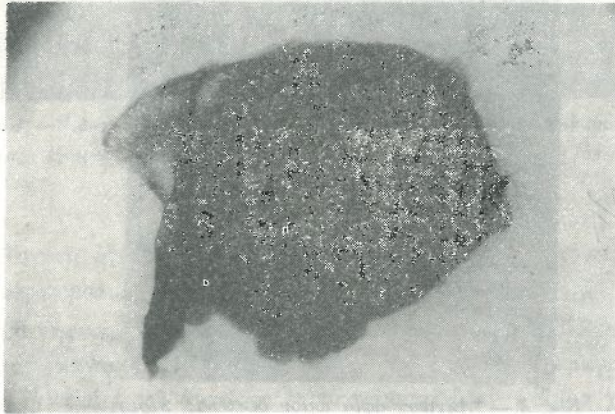
2.2.62. Κινήσεις ἄκρας χειρὸς κατὰ φύσιν. Κινήσεις ἀγκῶνος. Ὁ ἀσθενὴς δύναται νὰ κάμψῃ τὸ ἀντιβράχιον μόνον ἀφοῦ προηγουμένως φέρῃ τὴν ἄκρα χεῖρα ἐν πρηγισμῷ. Τοῦτο ἀπεδόθη εἰς τὴν τομὴν τῶν τενοντίων ἐκφύσεων τοῦ δικεφάλου (κορακοειδῆς ἀπόφυσις—ὑπερθεν ἄνω χεῖλους ὠμογλήνης), ἡ δὲ παρατηρηθεῖσα κάμψις τοῦ ἀγκῶνος, μετὰ τὴν ἄκρα χεῖρα ἐν πρηγισμῷ, ἀπεδόθη εἰς ἐνέργειαν τοῦ βροχιονοκερκιδικοῦ. Ἀπεφασίσθη προσήλωσις τῶν ἐκφύσεων τοῦ δικεφάλου εἰς κεφαλὴν βραχιονίου.

5.2.62. Ἐγχείρησις. Δημιουργία σύρραγος κάτωθεν τῆς κεφαλῆς τοῦ βραχιονίου. Διὰ τῆς σύρραγος διαπερᾶται ἡ μακρὰ κεφαλὴ τοῦ δικεφάλου, ἥτις μετὰ τὴν ἐξόδον τῆς συρράπτεται μετὰ τῆς βραχείας τριαύτης. Γύψινος νάρθηξ βραχιονο-πηχιῶδες ἐν κάμψει.

25.2.62. Ἀφαίρεσις νάρθηκος καὶ ραμμάτων. Λειτουργικότης δικεφάλου ἱκανοποιητικῆ.



Εικ. 1.— 'Αριστερά: Προεγχειρητική ακτινογραφία πρώτης περιπτώσεως.
Δεξιά: Μετεγχειρητική ακτινογραφία μετά την εξαίρεσιν της ώμοπλάτης.



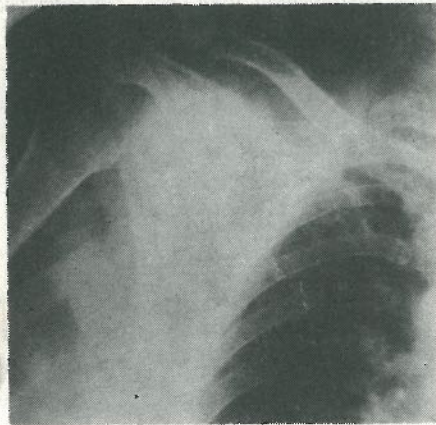
Εικ. 2.— 'Ακτινογραφία παρασκευάσματος εξαίρεθείσης
ώμοπλάτης πρώτης περιπτώσεως;

Ἡ ιστολογικὴ ἐξέτασις ἀπέδειξεν «ὄστεοπλαστικόν, μετρίως ἀμετάπλαστον, συμπαγὲς καρκίνωμα. Ὡς ἐκ τῆς παρατηρηθείσης μορφολογίας τοῦ ὡσεὶ ἀνω καρκινώματος, σκόπιμος θὰ ἦτο ἡ λεπτομερὴς ἐξέτασις πλὴν ἄλλων ὁρῶν γάνω, τῶν νεφρῶν καὶ τῶν ἐπινεφριδίων».

Γενομένη γενικὴ ἐξέτασις οὖρων, κατιούσα πυελογραφία ἀκτινογραφία θώρακος καὶ λεπτομερὴς κλινικὴ ἐξέτασις ἀπέδησαν ἀνεπιθύμητα ἀποτελέσματα.

10.3.62. Ἐξέρχεται τῆς Κλινικῆς ἐν καλῇ γενικῇ καταστάσει. Ὡς ἐπληροφορήθημεν, ὁ ἀσθενὴς ἀπεδίωσεν εἰς χωρίον Ἑβρου μετὰ 14 μῆνας ἀπὸ τῆς πρώτης ἐγχειρήσεως.

Ἡ δευτέρα τῶν περιπτώσεων ἀφορᾷ ὁμογενῆ ἐκ Κωνσταντινουπόλεως, ἡλικίας 55 ἐτῶν. Αὕτη ἀπὸ ἔτους περίπου ἤρχισεν αἰτιουμένη δι' ἄλλος κατὰ τὴν δεξιὰν ὠμοπλάτην, συγχρόνως δὲ παρατήρησε διόγκωσιν μεγέθους μανδραρινίου ἀντιστοίχως πρὸς τὴν μεσότητα τῆς ὠμοπλατταίας ἀκάνθης. Τοῦρκος συνάδελφος ἐθεώρησε ταύτην ὡς λίπωμα καὶ ἐσκέφθη τὴν ἐξαίρεσιν τοῦ «λιπώματος» (χωρὶς προηγουμένην ἀκτινογραφίαν τῆς ὠμοπλάτης), διὰ τοπικῆς ἀναισθησίας, ἐν τῷ ἱατρείῳ του. Εὐρεθεὶς πρὸ ὀστεϊνῆς σκληρίας ἠναγκάσθη γὰρ διακόψῃ τὴν ἐγχείρησιν, ἀπέστειλε δὲ τμῆμα τοῦ «ὄγκου» πρὸς ἱστολογικὴν ἐξέτασιν, ἣτις κατὰ τοὺς ὁκείους τοῦ ἀσθενοῦς ἀπέδειξεν ὅτι ἐπρόκειτο περὶ σαρκώματος. Ἡ ἀσθενὴς προσῆλθεν εἰς τὸ ἱατρεῖον μας φέρουσα σκληρὰν διόγκωσιν μεγέθους πορτοκαλίου, συμφοσμένην μετὰ τοῦ δέρματος, ἀντιστοίχως πρὸς τὴν μεσότητα τῆς ὠμοπλατταίας ἀκάνθης. Ἡ ἀκτινογραφία ἐνεφάνισε πυκνὴν ὀστεοπαραγωγικὴν διόγκωσιν, δίδουσαν ἐντύπωσιν ὀστεοχονδρο - σαρκώματος (Εἰκ. 3).



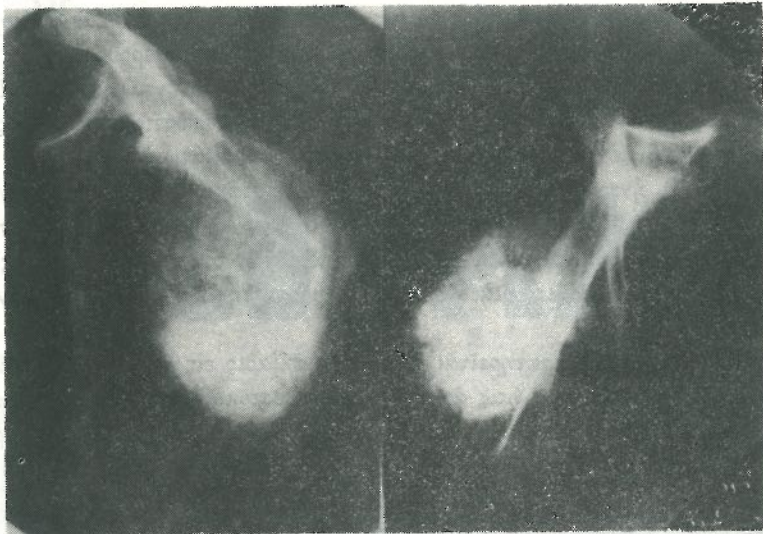
Εἰκ. 3.— Ἀκτινογραφία ὤμου δευτέρας περιπτώσεως. Ὀστεο-χονδρο-σάρκωμα (;) ὠμοπλάτης.

Ἀπεφασίσθη ἡ ὀλοσχερῆς ἐξαίρεσις τῆς ὠμοπλάτης.

13.9.63. Ἐγχειρήσις. Ἐξαίρεσις ὀλοκλήρου τῆς ὠμοπλάτης μετὰ τῆς δι-ογκώσεως καὶ τοῦ συμφοσμένου μετὰ τοῦ «ὄγκου» δέρματος. Ἡ ἐγχείρησις ὑπῆρξε λίαν ἐργώδης (ἄτομον λίαν παχύσαρκον), δι' ἧς προετιμῆθη ἕπως ἡ συρραφὴ τῶν ἐκφυτικῶν τεγόντων τοῦ δικεφάλου γίνεαι εἰς δεῦτερον χρόνον (Εἰκ. 4).

Μετὰ 12 ἡμέρας ἀφαίρεσις ραμμάτων. Διάτασις τῶν χειλέων τοῦ τραύματος, δι' ἧς προέδθημεν τὴν 22.9.63 εἰς πλαστικὴν.

Τὴν 10.10.63 ἐξήλθε τῆς Κλινικῆς, ἔχουσα καλῶς. Παθητικαὶ κινήσεις κατ' ὄμιον (βραχιονο-θωρακικὴ ἄρθρωση) ἱκανοποιητικὴ. Κινήσεις ἄκρας χειρὸς κατὰ φύσιν. Κάμψις ἀγκῶνος ἐκτελεῖται διὰ τοῦ βραχιονοκερριδικοῦ καὶ ἐν μέρει διὰ τοῦ δικεφάλου. Ἡ ἀσθενὴς, προσωρινῶς, ἀρνεῖται νέαν ἐπέμβασιν πρὸς καθήλωσιν τῶν ἐκφυτικῶν τεγόντων τοῦ δικεφάλου.



Εἰκ. 4.— Ἀκτινογραφία κατὰ μέτωπον καὶ ἐκ τῶν πλαγίων παρασκευάσματος ἐξαιρεθείσης ὀμοπλάτης δευτέρας περιπτώσεως (ἴδε εἰκ. 3).

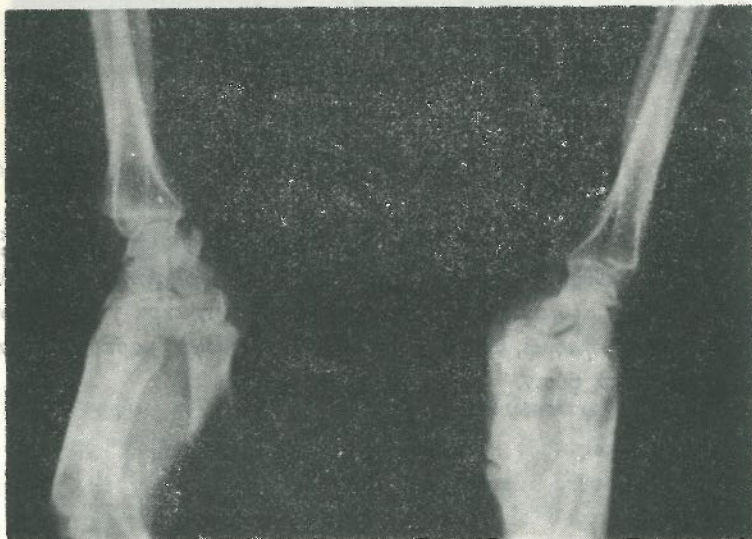
Ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἀφαιρεθείσης ὀμοπλάτης: «Ἐγτόνως ὀστεοπλαστικὸν ὀστεοσάρκωμα».

Ἡ ἀσθενὴς τὴν ὁποίαν παρουσιάζωμεν σήμερον, ὡς βλέπετε, αὐτοεξυπηρετεῖται λίαν ἱκανοποιητικῶς. Ἡ ἀπαγωγὴ τοῦ βραχίονος ἐξικνεῖται μέχρι τοῦ ὀριζοντίου, ἢ κάμψις τοῦ ἀγκῶνος ἐπιτυγχάνεται ὅταν ἡ ἄκρα χεῖρ εὑρίσκειται ἐν πρηγισμῷ ἢ ἡμιπρηγισμῷ, αἱ δὲ κινήσεις καὶ μυϊκὴ ἰσχύς καρποῦ καὶ δακτύλων ἐλέγχονται κατὰ φύσιν.

Β. ΣΟΥΡΜΕΑΗ: Ἀσβεστοποίησης τένοντος καμπτήρων δακτύλων χειρός. Ἐπιτυχής θεραπεία διὰ τοπικῆς ἐγχύσεως ὕδροκορτιζόνης.

Ἐπιδεικνύμεν ἀκτινογραφίας πηχεοκαρπικῆς ἀρθρώσεως ἀσθενούς, ἡλικίας 40 ἐτῶν, ραπτρίας (μοδίστρας) τὸ ἐπάγγελμα, ἣτις δύο ἡμέρας πρὸ τῆς προσελεύσεώς της παρ' ἡμῶν ἤρχισεν αἰτιωμένη δι' ἐντονώτατον ἄλγος κατὰ τὴν δεξιάν πηχεοκαρπικὴν καὶ ἰδίαν κατὰ τὴν διὰ φαλλίδος κοπὴν καὶ λεπτῶν εἰσέτι ὕφασμάτων. Βαθμηδὸν τὸ ἄλγος κατέστη αὐτόματον καὶ ἀφόρητον, συνεπεία δὲ τούτου ἡ ἀσθενὴς δὲν ἐκοιμᾶτο. Ἐκ τῆς λεπτομεροῦς ἐρεύνης τοῦ ἱστορικοῦ τῆς παθήσεως ἡ ἀσθενὴς ἀναφέρει ὅτι ἀπὸ 10μῆνου ἤρχισεν αἰτιωμένη διὰ δάρος κατ' ἀμφοτέρας τὰς πηχεοκαρπικὰς ἀρθρώσεις, τελευταίως δέ, ἀπὸ διμήνου, καὶ λόγῳ φόρτου ἐργασίας (κοπῆς ὕφασμάτων) ἐνεφανίσθη ἄλγος, ἰδίᾳ δεξιᾷ, ἠναγκάζετο δὲ νὰ διακόπτη πλειστάκις τῆς ἡμέρας τὴν ἐργασίαν της. Ἐκ τῆς κλινικῆς ἐξετάσεως οὐδὲν τὸ ἄξιον λόγου παρατηρήθη πλὴν αἰσθημάτων «ἠλεκτρικῆς ἀίμωδίας» κατὰ τὴν περιοχὴν τοῦ μέσου νεύρου εἰς τὴν ἄκρα χεῖρα, ὅσάκις ἐπιέζετο διὰ δακτύλου τὸ μέσον τῆς παλαμιαίας ἐπιφανείας τοῦ δεξιοῦ καρποῦ.

Ἀκτινογραφικῶς παρατηρεῖται ἀνώμαλος σκίασις εἰς τὴν ἐκ τοῦ πλαγίου ἀκτινογραφίαν τοῦ καρποῦ, ἣτις ἀπεδόθη εἰς ἀσβεστοποίησιν τένοντος καμπτήρος δακτύλων. Ἡ ἀνώμαλος σκίασις παρατηρήθη καὶ εἰς τὸν ἀριστερὸν καρπὸν μικροτέρου ὅμως μεγέθους (Εἰκ. 1).



Εἰκ. 1.— Ἀκτινογραφία πηχεο-καρπικῆς. Ἀσβεστοποίησις τένοντος καμπτήρων δακτύλων χειρός.

Θεραπευτικῶς ἐτοποιηθήσαμεν γύψινον νάρθηκα πηχεο - χειρικόν, προέδημεν δὲ εἰς τοπικὴν ἔγχυσιν διαλύματος ὑδροκορτιζόνης καὶ νοδοκαΐνης.

Ἀπὸ τῆς πρώτης ἐγχύσεως παρατηρήθη σημαντικὴ ὑφασίς τῶν ἄλγων, μετὰ δὲ τὴν τρίτην ἔγχυσιν (ἀνά 48ωρον) πλήρης ἐξάλγηψις τῶν ἄλγων.

Γενομένη ἀκτινογραφία ἀπέδειξεν ἐξαφάνισιν τῆς ἀσβεστοποιήσεως κατὰ τὸν δεξιὸν καρπὸν, ἐνῶ παρέμεινεν αὕτη κατὰ τὸν ἀριστερόν. Προέδημεν ἐν συνεχείᾳ εἰς τὴν αὐτὴν ἔγχυσιν διαλύματος κατὰ τὸν ἀριστερόν καρπὸν. Μετὰ τὴν τρίτην ἔγχυσιν ἐλήφθη ἀκτινογραφία, ἣτις ἀπέδειξεν τὴν ἐξαφάνισιν τῆς ἀσβεστοποιήσεως καὶ ἐκ τοῦ ἀριστεροῦ καρποῦ.

Ἐσκέφθημεν τὴν ἀνωτέρω ἀναφερθεῖσαν θεραπευτικὴν ἀγωγὴν, τὴν μὲν ἐφαρμογὴν νάρθηκος, διότι τὰ ἄλλα ἐνεφανίσθησαν μετὰ ὑπερχόπωσιν καὶ ἐπαμύνως ἀπαιτεῖτο ἀνάπαυσις δι' ἀκίνητοποιήσεως. Τὴν δὲ τοπικὴν ἔγχυσιν ὑδροκορτιζόνης ἐκ τῆς λίαν εὐεργετικῆς δράσεως ταύτης ἐπὶ ἀσβεστοποιήσεως τοῦ τένοντος τοῦ ὑπερακανθίου (ἐπὶ περιαρθρίτιδος τοῦ ὄμου). Τὴν νοδοκαΐνην προσθήσαμεν ἀπλῶς ὡς τοπικὸν ἀναισθητικόν.

Μετὰ 15ήμερον ἀπὸ τῆς ἐνάρξεως τῆς θεραπείας ἡ ἀσθενὴς ἤρχισε καὶ πάλιν ἐργαζομένη εἰς ἤσσονα θεδαίως ἔντασιν ἐκ φόδου ὑποτροπῆς τῆς παθήσεως, ἕκτοτε δὲ δι' οὐδὲν αἰτιᾶται καίτοι παρήλθεν ἐξάμηνον ἀπὸ τῆς ἐφαρμογῆς τῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς.

B. ΣΟΥΡΜΕΛΗ: Λειτουργικότης ἀγκῶνος κατόπιν ἐξαιρέσεως τῶν κάτω 4)5 τῆς ὠλένης. Ἐπίδειξις ἀκτινογραφιῶν καὶ δύο ἀσθενῶν.

Εἶναι γνωστὸν, ὅτι ἐπὶ καταργήσεως τοῦ πρηγισμού - ὀπτισμοῦ τῆς ἄκρας χειρὸς συνεπεῖα π.χ. κατάγματος - ἐμβυθίσεως τῆς κάτω κερκιδικῆς ἐπιφύσεως συνιστᾶται ἡ ἐξαιρέσις τοῦ κάτω ἄκρου τῆς ὠλένης. Ἄπαντες δὲ συνιστοῦν, ὅτι ἡ ἐξαιρέσις δὲν πρέπει νὰ ὑπερβαίνει τὰ 2 ἐκ.α., λόγῳ κινδύνου ἐλαττώσεως τῆς λειτουργικότητος καὶ τῆς μυϊκῆς ἰσχύος τῆς ἄκρας χειρὸς. Ἐν τούτοις ἡμεῖς ἠναγκάσθημεν εἰς δύο περιπτώσεις νὰ ἐξαιρέσωμεν τὰ 4)5 τῆς ὠλένης, δηλαδὴ 15 - 20 ἐκμ., ἡ δὲ λειτουργικότης καὶ ἡ μυϊκὴ ἰσχύς τόσον τῆς ἄκρας χειρὸς ὅσον καὶ τοῦ ἀγκῶνος, παραμένει σχεδὸν φυσιολογική, οἱ δὲ δύο ἀσθενεῖς τοὺς ὁποίους καὶ ἐπιδεικνύω ἡμῖν, οὐδεμίαν δυσχέρειαν μετεγχειρητικῶς παρατήρησαν εἰς τὴν ἐκτέλεσιν τῶν ἐργασιῶν των (ἐργολάβος οἰκοδομῶν - γεωργός).

Ὁ πρῶτος τῶν ἐπιδεικνυομένων ἐργολάβος οἰκοδομῶν, ἡλικίας 35 ἐτῶν διεκομίσθη παρ' ἡμῖν ἐκ Νοσοκομείου Τριχάλων 35 ἡμέρας μετὰ σοβαρὸν τραυματισμὸν ἐξ αὐτοκινητιστικοῦ δυστυχήματος, φέρων μετατραυματικὴν ὀστεομυελίτιδα μετ' ἀνοικτοῦ τραύματος εἰς ἕκτασιν 10 ἐκμ. κατὰ μῆκος τῆς δεξιᾶς

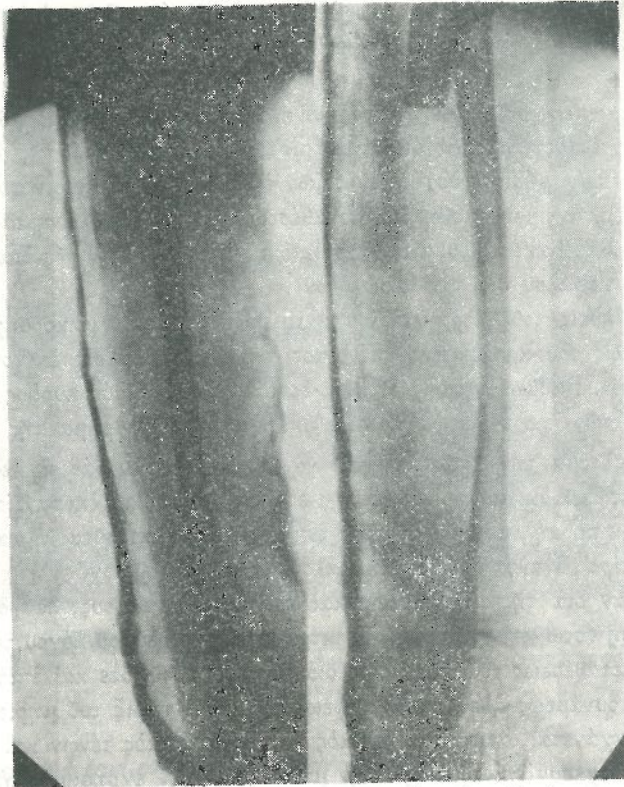
ώλενης, συνεπαία έπιπεπλεγμένου συντηρηπτικού κατάγματος όστών δεξιού αντι-βραχιονίου. Διά του τραύματος έφαινετο νεκρωμένο τμήμα τής ώλενης (ούχι παρασχίς αλλά τμήμα), ή δέ πυόρροια ήτο άφθονος. Έγένετο σκέψις έξαιρέσεως του νεκρωμένου τμήματος τής ώλενης προς αντιμετώπισιν τής πυορροίας, μετά χρόνον δέ πιθανώς προσπάθεια συνοστεώσεως του κεντρικού άκρου τής ώλενης μετά τής κερκίδος.

Κατά τήν έγχείρησιν διεπιστώθη, ότι ή νέκρωσις τής ώλενης έπεξετείνετο πολύ πέραν του άνω άκρου του τραύματος, είχε δέ όψιν σεσηπότως όστού, δι' ό ήναγκάσθημεν νά έξαιρέσωμεν τά κάτω 4) 5) τής ώλενης, αφήσαντες μόνον τό ώλέκρανον, τήν κορωνοειδή άπόφυσιν και μικρόν συνεχόμενο μετ' αυτών τμήμα τής διαφύσεως, ούχι μεγαλύτερον των 2 - 3 έκμ. Έν συνεχεία προέδθημεν εις λεπτομερή καθαρισμόν και ραφήν του τραύματος άνευ παροχетеύσεως. Γύψινος νάρθηξ βραχιονο - πήχεο - χειρικός. Μετά 15θήμερον και άφου προηγήθησαν άλλαγαί του έγχειρητικού τραύματος, άφαιρέθησαν τά ράμματα, τό δέ έγχειρητικόν τραύμα συνεκλείσθη κατά πρώτον σκοπόν.

Έν συνεχεία ήρχισεν θαυμαία κινησιοθεραπεία, ήδη δέ 1½ έτος μετά τήν έγχείρησιν, ως βλέπετε, άπεκατεστάθη σχεδόν πλήρως ή λειτουργία τής άκρας χειρός και του άγκώνος, ό δέ έπίδεικνύμενος άσθενης έπανέλαβε τήν εργασία του (έργολάβος οικοδομών), δι' ούδεμίαν δυσχέρειαν αιτιώμενος. Σημειωτέον, ότι ό ως άνω έπίδεικνύμενος, κατά τον αυτών τραυματισμόν είχαν ύποστή βαρυτάτην θλάσιν τής όσφύος μετά ρήξεως ριζών, αίτινες είχαν ως άποτέλεσμα τήν παράλυσιν του προσθίου κνημιαίου, του λαγονοφότου και του τετρακεφάλου. Η παράλυσις του προσθίου κνημιαίου αντιμετωπίσθη λίαν έπιτυχώς διά τής μεταθέσεως του όπισθίου κνημιαίου, αί δέ ενεργητικάι κινήσεις τής ποδοκνημικής ως βλέπετε, είναι λίαν ίκανοποιητικάί. Η παράλυσις του λαγονοφότου θά αντιμετωπισθῆ έν καιρῷ, ή δέ παράλυσις του τετρακεφάλου αντιμετωπίσθη έπιτυχώς, άποτελεεί δέ τό θέμα τής έν συνεχεία έτέρας ανακοινώσεώς μας.

Ο έτερος των άσθενών γεωργός 16 έτών προσήλθεν έν τή Πανεπιστημιακή Ορθοπεδική Κλινική αιτιώμενος δι' άλγος κατά τό δεξιόν αντιβράχιον, συνοδευόμενον υπό άτρακτοειδούς διογκώσεως άντιστοίχως προς τό τρίτον προς κάτω τέταρτον τεταρτημόριον τής ώλενης.

Ακτινογραφικώς παρατηρήθη άντιστοίχως προς τήν κλινικώς διαπιστωθεΐσαν διόγκωσιν, άτρακτοειδής σιά μετ' άλλοιώσεων τής ώλενης δίδουσα τήν έντύπωσιν σαρκώματος. Βιοψία διά παρακентήσεως εις ούδέν απέληξεν. Βασίζόμενοι εις τό καλόν μεταεγχειρητικόν άποτέλεσμα τής προηγουμένης περιπτώσεως άποφασίζετ αι ή έξαιρέσις των κάτω 4) 5) τής ώλενης. Η σύγκλεισις του τραύματος έπετεύχθη κατά πρώτον σκοπόν, ήδη δέ, έν έτος μετά τήν έγχείρησιν έπίδεικνύμεν τας άκτινογραφίας και τον άσθενή, όστις επανέλαβεν τήν εργασία του (γεωργός) δι' ούδεμίαν δυσχέρειαν παραπονούμενος.



Εικ. 1.— Μετεγχειρητική ακτινογραφία αντιβραχίου δευτέρας περιπτώσεως μετά την εξαίρεσιν των κάτω 1)5 τής ώλένης

Ἡ ιστολογικὴ ἐξέτασις τοῦ ἐξαιρεθέντος τμήματος τῆς ώλένης, τῆς 2ας περιπτώσεως ἀπέδειξεν, ὅτι ἐπρόκειτο περὶ «περισστικὸν «στρογγυλοκυτταρικὸν» σαρκώματος ἀρ. ώλένης, διηθημένον κατὰ τόπους καὶ ἐπὶ τὰ ἐντὸς τῆς συμπαγοῦς καὶ σπογγώδους οὐσίας αὐτῆς».

Ἐντύπωσιν ἰδιαιτέρως προκαλεῖ, ὅτι ἀμφότεροι οἱ ἀσθενεῖς, ὡς βλέπετε, ἐκτελοῦν κινήσεις πρηγισμοῦ - ὕπτισμοῦ μετὰ μυϊκῆς ἰσχύος, σχεδὸν φυσιολογικῆς.

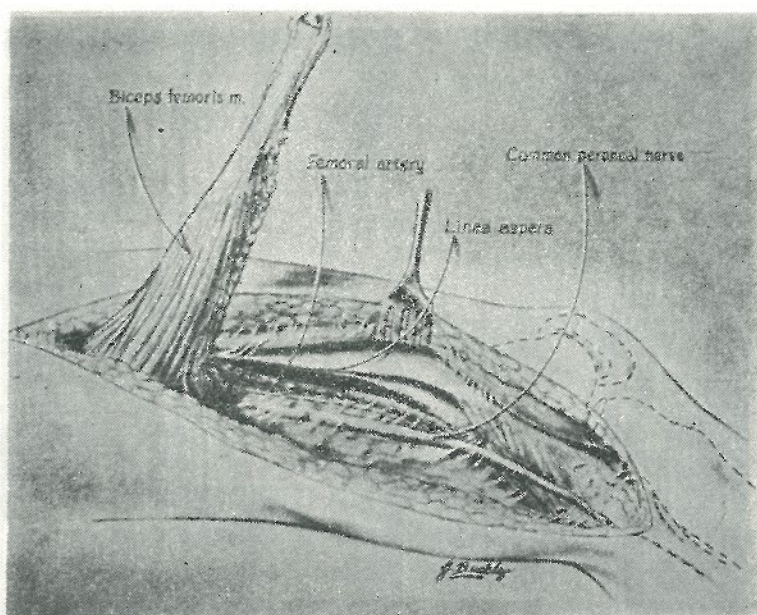
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗ: 'Αντιμετώπισις παραλύσεως τετρακεφάλου δια μεταθέσεως τοῦ δικεφάλου δια τῆς «ἔσω ὁδοῦ». 'Επίδειξις ἀσθενοῦς.

Πρόκειται περὶ τοῦ ἐπιδειχθέντος ἀσθενοῦς (ἐργολάβου οἰκοδομῶν) εἰς τὴν προηγουμένην ἐπίδειξιν, ὅστις ὑπέστη ἐξαίρεσιν τῶν κάτω 4) ὃ τῆς ὠλένης. Ἐπὶ πλέον συνεπέα ρήξεως ὀσφυϊκῶν ριζῶν ἐνεφάνιζεν παράλυσιν τοῦ προσθίου κνημιαίου, ἣτις ἀντιμετωπίσθη διὰ μεταθέσεως τοῦ ὀπισθίου κνημιαίου ὡς καὶ παράλυσιν τοῦ τετρακεφάλου, ἣτις ἀντιμετωπίσθη λίαν ἐπιτυχῶς διὰ τῆς μεταθέσεως τοῦ δικεφάλου διὰ τῆς «ἔσω ὁδοῦ».

Ἡ παράλυσις τοῦ τετρακεφάλου ἀντιμετωπιζέτο ἀπὸ μακροῦ χρόνου διὰ τῆς μεταθέσεως τοῦ καταφυτικῆς τένοντος τοῦ δικεφάλου εἰς ἐπιγονατίδα διὰ τῆς «ἔξω ὁδοῦ». Βαθμηδὸν ὅμως ἐγκαταλείπετο αὕτη διὰ δύο κυρίως λόγους 1) εἰς πλείστας τῶν περιπτώσεων προεκλήθη πλάγιον ἐξάρθρωμα τῆς ἐπιγονατίδος, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἀστάθειαν τοῦ γόνατος κατὰ τὴν θάλασσαν καὶ 2) διὰ τῆς περιφορᾶς τοῦ δικεφάλου περίξ τῆς ἔξω καὶ προσθίας ἐπιφανείας τοῦ μηριαίου διὰ τὴν προσήλωσιν του ἐπὶ τῆς ἐπιγονατίδος ἐλαττοῦται ἢ καὶ φυσιολογικῶς μικροτέρα ἔναγι τοῦ τετρακεφάλου, μυϊκὴ αὐτοῦ ἰσχὺς ἣτις καὶ παρὰ τὴν ἐπικουρίαν διὰ τῆς μεταθέσεως καὶ τοῦ ἡμιτενοντώδους, δὲν δύναται νὰ ἀντικαταστήσῃ ἔστω καὶ ἐν μέρει, τὸν τετρακέφαλον. Ἐκ τοῦ λόγου τούτου, ἐγένετο σκέψις μεταθέσεως τοῦ δικεφάλου διὰ τῆς ἔσω ὁδοῦ, ὅτε καὶ ἐπιτυχᾶνεται ἢ δρᾶσις τῆς δυνάμεως ἄνευ παρακάμψεως τοῦ μυὸς περίξ τοῦ μηριαίου, λόγῳ τοῦ ὅτι ἐπιτυχᾶνεται, ὅπως ὁ ἐκφυτικὸς καὶ καταφυτικὸς τένων καὶ ἡ γαστήρ αὐτοῦ κείνται σχεδὸν ἐπὶ εὐθείας. Τὴν μέθοδον ταύτην ἐχρησιμοποίησαμεν καὶ ἡμεῖς (εἰκ. 1) περιεγράφη δὲ ὑπὸ τῶν Galdwell καὶ Durhan (J.B.J.S. 37A: 347, 1955).

ὑπὸ ἰσχυρισμὸν ἐπίδειξιν, τομὴ δέρματος ἐπιμήκης, κατὰ τὴν ὀπισθο - ἔξω-τερικὴν ἐπιφάνειαν τοῦ μηροῦ ἀπὸ 3 ἐκμ. κάτωθεν τῆς κεφαλῆς τῆς περόνης μέχρι τῶν ὀρίων τοῦ μέσου πρὸς ἄνω τριτημόριον τοῦ μηροῦ. Παρασκευὴ καὶ προφύλαξις κοινοῦ περονιαίου νεύρου. Τομὴ τοῦ καταφυτικῆς τένοντος τοῦ δικεφάλου καὶ παρασκευὴ τούτου καὶ τῆς ἐν συνεχείᾳ μυϊκῆς μάζης αὐτοῦ μέχρι τοῦ ὀρίου τοῦ ἄνω τριτημορίου, ἀποκολλῶντες τὰ κάτω 2) 3 τῆς ἐκφύσεως τῆς βραχείας κεφαλῆς ἐκ τῆς τραχείας γραμμῆς. Προσοχὴ δέον νὰ δοθῇ κατὰ τὸν χρόνον τοῦτον, διότι κατὰ τὸ ἄνω 1) 3 τῆς ἐκφύσεως τῆς βραχείας κεφαλῆς τοῦ δικεφάλου εἰσδύονται τὰ ἀγγεῖα καὶ νεῦρα αὐτοῦ.

Ἀποκόλλησις τῆς εἰς τραχείαν γραμμῆν, προσφύσεως τοῦ ἔσω μεσομυῖου διαφράγματος εἰς ἕκτασιν 10 - 15 ἐκμ. ἀπὸ σημείου ἐκφύσεως τῆς βραχείας κεφαλῆς καὶ κατωτέρω. Προσοχὴ εἰς διατηραίνοντα ἀγγεῖα. Τὸ μεσομυῖον διάφραγμα τεταμένον καὶ μὴ ἐλαστικὸν διατέμνεται εἰς πλείστα σημεῖα πρὸς ἀποφυγὴν «στραγγαλισμοῦ» τοῦ δικεφάλου μυὸς κατὰ τὴν διόδον του διὰ μέσου τῆς, ἐκ τῆς ἀποκολλήσεως, δημιουργηθείσης ὀπῆς.



Εικ. 1.— Σχηματική παράσταση τομής του καταψυκτικού τένοντος και αποκολλήσεως των κάτω $\frac{2}{3}$ της έκφύσεως τῆς βραχείας κεφαλῆς τοῦ δικεφάλου μηριαίου.

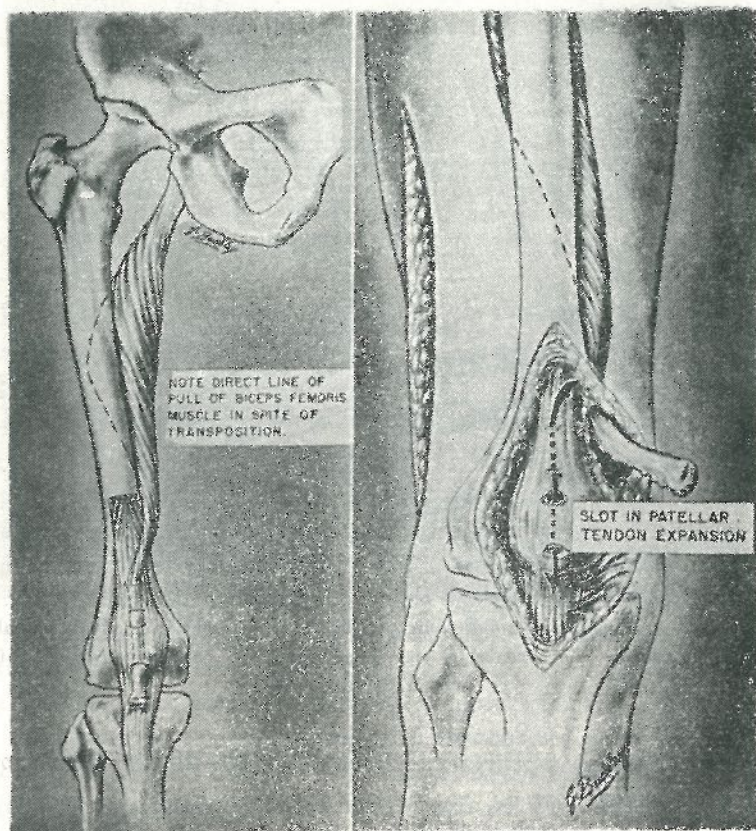
Ἐτέρα τομή ἔσω παρεπιγονατιδική ἐπιμήκης 15 - 20 ἐκμ. καταλήγουσα εἰς κάτω πόλον ἐπιγονατίδος.

Διὰ χαλαρᾶς ἀποκολλήσεως δημιουργεῖται «σῆραγξ», πρὸς δίοδον τοῦ δικεφάλου, φερομένη μεταξὺ ὀρθοῦ μηριαίου καὶ ἔσω πλατέος στρέφουσα εἴτα πρὸς τὰ ὀπίσω ἀποξέοντες τὴν τραχειῖαν γραμμὴν. Ἡ «σῆραγξ», δεόν νὰ εἶναι ἀρκετὰ εὐρεῖα, ὥστε νὰ ἐπιτρέπεται διὰ μέσου αὐτῆς ἡ ἐλευθέρη δίοδος τοῦ τένοντος καὶ μέρους τῆς μυϊκῆς μάζης τοῦ μετατιθεμένου δικεφάλου.

Ἐν συνεχείᾳ καὶ διὰ μέσου τῆς δημιουργηθείσης σῆραγγος ἔλκεται ὁ τένων καὶ μέρος τῆς μυϊκῆς μάζης τοῦ τετρακεφάλου, ὁ τένων τοῦ ὁποίου διέρχεται διὰ μέσου ἑτέρας σῆραγγος δημιουργηθείσης εἰς ἐπιγονατίδα καὶ συρράπτεται διὰ μεταξίνου σῆραγγος σταθερῶς. Μετὰ τοῦ τένοντος τοῦ τετρακεφάλου καὶ τοῦ ἐπιγονατιτικοῦ τοιοῦτου.

Ραφή τραύματος. Τοποθέτησις γυψίνου κυκλοτεροῦς μηρο - κνημο - ποδικοῦ ἐπιδέσμου τοῦ γόνατος ἐν ἐκτάσει 180°. Μετὰ 3 ἑβδομάδας ἀφαίρεσις γυψίνου ἐπιδέσμου καὶ ἔναρξις παθητικῶν καὶ ἐνεργητικῶν κινήσεων γόνατος.

Ἡ στήριξις τοῦ σώματος ἐπὶ τοῦ χειρουργηθέντος σκέλους ἐπιτρέπεται μετὰ τὴν 4ην ἑβδομάδα.



Εικ. 2 — Ἀριστερά: Σχηματική παράστασις φορᾶς δικεφάλου μηριαίου μετὰ τὸ πέρας τῆς ἐπεμβάσεως. Δεξιά: Σχηματική παράστασις φορᾶς καταφυκτικοῦ τένοντος δικεφάλου καὶ ραφῆς αὐτοῦ ἐντὸς σήραγγος ἐπιγονατίδος.

Ἐπιδεικνύμεν ἤδη ὑμῖν τὸν ἀσθενῆ, ἐν ἔτος μετὰ τὴν ἐγχείρησίν του, ἰστάμενον ἐπὶ τοῦ χειρουργηθέντος σκέλους διὰ μονόποδος στάσεως, τοῦ γόνατος ἐν κάμψει εὐρισκομένου, πρᾶγμα ἀποδεικνύον τὴν ἐπιτυχίαν τοῦ ἐπιδιωκομένου, διὰ τῆς τενοντομεταθέσεως, σκοποῦ. Ὁ ἀσθενὴς ἐπιπλέον ἐνεφάνιζεν παράλυσιν τοῦ προσθίου κνημιαίου, ἣτις λίαν ἐπιτυχῶς ἀντιμετωπίσθη, ὡς βλέπετε ἐκ τῶν ἐνεργητικῶν κινήσεων τῆς ποδοκνημικῆς, διὰ τῆς τενοντομεταθέσεως τοῦ ὀπισθίου κνημιαίου. β) παράλυσιν τοῦ λαγονοφοίτου, ἣτις μέλλει νὰ ἀντιμετωπισθῇ ἐπίσης διὰ τενοντομεταθέσεως.

Ὁ ἀσθενὴς, ὡς βλέπετε, βαδίζει λίαν ἱκανοποιητικῶς, ἐμφανίζων μικρὰν δυσχέρειαν μόνον κατὰ τὴν ἄνοδον καὶ κάθοδον βαθμίδων κλίμακος.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΧΑΡΙΔΑΟΥ Κ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ: Περίπτωσης πλαγιογναθισμός, αποκατασταθείσα χειρουργικώς, δι' έτεροπλεύρου μερικής διεκπίσεως του σώματος τής κάτω γνάθου.

(Ξένος τής Έταιρείας, Διευθυντής Στοματολογικού Κέντρου Νοσοκομείου «Βασιλεύς Παύλος»).

Πλαγιογναθισμός είναι μόνιμος έτεροπλαγία έκτροπή τής κάτω γνάθου, προκαλούσα άσυμμετρίαν τής κάτω μοίρας του προσώπου.

Κατ' αυτόν έγδοστοματικώς, ή σύγκλεισις των όδόντων δέν είναι φυσιολογική, έμφανίζουσα διαφόρους άνωμαλίας, μεταξύ των όποίων χαρακτηριστικά είναι ή χιαστί δήξις (Cross Bite) και ή πλαγία ήνεωγμένη δήξις (Lateral Open bite).

Γενικώς ό πλαγιογναθισμός όφείλεται, χωρίς βεβαίως νά αποκλείωνται και άλλοι παράγοντες, είτε εις ύπερανάπτυξιν, είτε εις ύπανάπτυξιν του ένός ήμιμορίου τής κάτω γνάθου, ως αιτιολογικοί δέ παράγοντες προκαλοϋντες τήν τοιαύτην ή τοιαύτην άνωμαλίαν τής άναπτύξεως τής κάτω γνάθου, αναφέρονται οι έξής:

1) Η μι - ύπερτροφία του προσώπου ή έτεροπλεύρος γιγαντισμός.

Σπανία δυσμορφία, ύποφυσιογενοϋς αιτιολογίας, καθ' ήν οϋ μόνον τό ήμισυ του προσώπου και τής γνάθου είναι όγκωδέστερον του έτέρου, αλλά και οι όδόντες συστοίχως, ως και τό ήμισυ τής γλώσσης.

2) Παραμορφωτική άρθρίτις, τής μιās κροταφογναθικής διαρθρώσεως, δυνατόν νά προκαλέση επιμήκυνσιν του άγiónτος κλάδου.

3) Υπερπλασία του κονδύλου τής κάτω γνάθου, όφειλομένη, είτε εις αποδραμοϋσαν άρθρίτιδα, είτε εις νεοπλασίαν του κονδύλου, ιδία κατά τήν περίοδον τής άναπτύξεως του όργανισμού.

4) Ίδιοπαθής διαπλάτυνσις τής κάτω γνάθου.

5) Η μι ατροφία του προσώπου, συχνότερα τής ήμιύπερτροφίας, νευροπαραλυτικής ή μυατροφικής αιτιολογίας.

6) Ἀγκύλωσις τῆς κροταφογοναθικῆς διαρθρώσεως, συνήθης αἰτία τῆς ὑπανεπτυγμένης κάτω γνάθου, ὀφειλομένη εἰς κάκωσιν τῆς ἀρθρώσεως κατὰ τὸν τοκετὸν ἐπερχομένην, συχνάκις λόγῳ ἐμβρυουλκίας.

7) Ἀγοναθία, ἥτοι ἀγενεσία τοῦ κονδύλου ἢ τοῦ κλάδου τῆς γνάθου, ἑτεροπλεύρως.

8) Ἰδιοπαθῆς ὑπανάπτυξις, εἴτε τοῦ κλάδου, εἴτε τοῦ σώματος τῆς γνάθου, ὅτε συνυπάρχει καὶ ἀνοδοντία.

9) Φλεγμοναὶ καὶ ἰδίαι ὁστεομυελίτις, ἐντοπιζομένη εἰς τὴν κάτω γνάθον καὶ μάλιστα κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἀναπτύξεως.

10) Κακώσεις καὶ χειρουργικαὶ ἐπεμβάσεις, ἥτοι κατάγματα πωρωθέντα εἰς μὴ κανονικὴν θέσιν ἢ ἐπιπλακέντα μετ' ὁστεομυελίτιδος ἢ διεκπρίσεις, λόγῳ ὄγκων, προκαλοῦν σπληνασμένης γναθικῆς παραμορφώσεις.

Τέλος, διάφοροι πλημμελεῖς ἕξεις τῆς παιδικῆς ἡλικίας, πρῶτος ἀπώλεια τῶν ὀδόντων ἑτεροπλεύρως, δύνανται ἐπίσης νὰ προκαλέσουν πλαγιογοναθισμόν.

Κατὰ τὸν Thoma, συχνότερα αἰτία προκαλοῦσα πλαγιογοναθισμόν, εἶναι ἡ ὑπερπλασία τοῦ ἐνὸς κονδύλου, ἰδίᾳ ἡ ἀρχομένη εἰς μικρὰν ἡλικίαν.

Ἐπίσης οἱ Rushton, Gruca, Meissels, Ivy, Gottlieb, ἀναφέρουν σχετικὰς περιπτώσεις, ἀποδίδοντες τὴν ὑπερπλασίαν τοῦ κονδύλου εἰς προϋπάρξασαν ἀρθρίτιδα τῆς κροταφογοναθικῆς, χωρὶς ὅμως, ἐξ ὧν γνωρίζω, καὶ νὰ ἐξηγοῦν τὸν μηχανισμόν τῆς γενέσεως τοῦ πλαγιογοναθισμοῦ.

Ὁ ἔντονος πλαγιογοναθισμός, ἐν τῇ πλήρει αὐτοῦ ἐξελίξει, εἶναι δυσμορφία, ἐκφεύγουσα τῶν ὁρίων τῆς ὀρθοδοντικῆς θεραπείας καὶ μόνον ἡ χειρουργικὴ διόρθωσις ἀποκαθιστᾷ τὴν διαταραχθεῖσαν συμμετρίαν τῆς κάτω μοίρας τοῦ προσώπου, ἢ ἀκολουθεῖ, πιθανῶς, ἡ ὀρθοδοντικὴ θεραπεία.

Πρὸς ἀποκατάστασιν τοῦ πλαγιογοναθισμοῦ ἐφαρμόζονται διάφοροι ἐγχειρητικοὶ μέθοδοι, μεταξὺ τῶν ὁποίων ἀναφέρομεν τὰς σημαντικωτέρας:

1) Ἀμφοτερόπλευρος ὁστεοτομὴ τοῦ αὐχένου τοῦ κονδύλου.

2) Ἐτερόπλευρος κονδυλεκτομή ἢ ἐν συνδυασμῷ με ὁστεοτομὴν τῆς ἄλλης πλευρᾶς, εἴτε κατὰ τὸν αὐχένα τοῦ κονδύλου, εἴτε κατὰ τὸν ἀνιόντα κλάδον.

3) Ὅριζόντιος ὁστεοτομὴ τοῦ ἀνιόντος κλάδου.

4) Κατακόρυφος ὁστεοτομὴ τοῦ ἀνιόντος κλάδου.

5) Ἐτερόπλευρος ὁστεοτομὴ σχήματος Z ἢ L ἐπὶ τοῦ σώματος τῆς κάτω γνάθου.

6) Ἐτερόπλευρος κατακόρυφος ὁστεοτομὴ τοῦ ὀριζοντίου κλάδου με πᾶρνεσιν ὀστικοῦ μοσχεύματος.

7) Ἐτερόπλευρος κατακόρυφος ὁστεοτομὴ τοῦ ὀριζοντίου κλάδου.

Καθ' ὅλας τὰς ἀνωτέρω μεθόδους γίνεται ἀκίνητοποίησις τῆς κάτω γνάθου

ἐπὶ τῆς ἄνω διὰ προσδέσεων, εἰς θέσιν καντρικῆς συγκλείσεως τῶν ὀδόντων, διατηρουμένου οὕτω κεκλεισμένου τοῦ στόματος καθ' ἄλλην τὴν περίοδον τῆς ἀκτινοποιήσεως - πωρώσεως τοῦ τεχνητοῦ κατάγματος, ἀνερχομένην, ὡς γνωστὸν εἰς ἔξ (6) ἢ καὶ περισσοτέρας ἑβδομάδας.

Οὕτω περιγράφαντες, δι' ὀλίγων, τὸν πλαγιογενετισμὸν, τὴν αἰτιολογίαν αὐτοῦ, ὡς καὶ τὰς διαφόρους ἐγχειρητικὰς μεθόδους πρὸς διόρθωσιν αὐτοῦ παρουσιάζομεν ἤδη τὴν ἡμετέραν περίπτωσιν.

Πρόκειται περὶ ἀσθενοῦς εἰσαχθείσης τὴν 15.10.62 εἰς τὴν Πανεπιστημιακὴν Ὀρθοπεδικὴν Κλινικὴν τοῦ Γεν. Νοσ)μείου Ἀθηνῶν «Βασιλεὺς Παῦλος» πρὸς ἀποκατάστασιν δυσμορφίας τῆς κάτω μοίρας τοῦ προσώπου αὐτῆς. Ἡ ἐν λόγῳ περίπτωσις ἀνετέθη εἰς τὸ ὄφ' ἡμᾶς Στοματολογικὸν Κέντρον τοῦ ἀνωτέρου Ἰδρύματος, τῆς ὁποίας καὶ ἀνελάβομεν τὴν μελέτην καὶ θεραπείαν.

Ὁ νομοματεπώνυμοι: Β. Π., ἐτῶν 21, ἐκ Καλύδας Δράμας, ἄγαμος.

Ἐπάγγελμα: Καπνεργάτης.

Κληρονομικό: Ἐλεύθερον.

Ἀτομικὸν ἀναμνηστικόν: Ἐκ τῶν νόσων τῆς βρεφικῆς, πρώτης καὶ δευτέρας παιδικῆς, ὡς καὶ ἐφηβικῆς ἡλικίας, οὐδὲν ἀναφέρει. Δὲν ἐνθυμεῖται κάκωσιν τινὰ κατὰ τὸ πρόσωπον καὶ δὲν γνωρίζει ἂν ὁ τοκετὸς αὐτῆς ἐγένετο δι' ἐμβρουλικίας.

Ἐνθυμεῖται ὅμως, ὅτι ἡ δυσμορφία, τὴν ὁποίαν παρουσιάζει ἐνεφανίσθη τὸ πρῶτον πρὸ ἑπταετίας, ἤτοι εἰς ἡλικίαν 14 ἐτῶν.

Ἐπίσης ἐνθυμεῖται, ὅτι προσεβλήθη, πρὶν γίνῃ ἀντιληπτὴ ἡ δυσμορφία τοῦ προσώπου αὐτῆς, ὑπὸ ἐντόνου ὠταλγίας, ἧτις διήρκεσεν ἐπὶ μακρόν, χωρὶς ὅμως νὰ ἐνθυμῆται, ἂν αὕτη ἐνετοπίζετο ἀριστερᾷ ἢ δεξιᾷ.

Παροῦσα κατὰστασις: Γενικῶς εἶναι ἄτομον ἀρτίας σωματικῆς διαπλάσεως, καλῆς ὄψεως καὶ θρέψεως. Τὸ πρόσωπον αὐτῆς ἐμφανίζεται ὡς ἀκολούθως. Κατὰ τὴν κατὰ μέτωπον ὄψιν παρουσιάζει σεσημασμένην ἀσυμμετρίαν τῆς κάτω μοίρας τοῦ προσώπου, συνισταμένην εἰς ἐκτροπὴν πρὸς τὰ δεξιὰ τοῦ γενείου καὶ τοῦ δεξιοῦ ἡμιμορίου τῆς κάτω γνάθου, ὡς ἐν τῇ εἰκόνι ἀριθ. 1 ἐμφανίζεται.

Κατὰ τὴν ἐκ τοῦ πλαγίου ὄψιν, ἐκσημαίνεται προγενετισμὸς τῆς κάτω γνάθου, ἰδίᾳ δεξιᾷ, ἢ δὲ ἀριστερᾷ γωνίᾳ τῆς γνάθου φαίνεται ἀμβλυτέρα τῆς δεξιᾶς, μετρουμένη δὲ ἔχει ἀνοιγμα 145° , ἐνῶ ἡ δεξιὰ 120° . Ἡ ψηλάφησις τῶν κανθύλων, ἀποδεικνύει ὀγκωδέστερον τὸν ἀριστερόν, ὅπερ καὶ ἀκτινογραφικῶς διαπιστοῦται, αἱ δὲ κινήσεις τῆς κάτω γνάθου ἐλέγχονται φυσιολογικαί καὶ ἀνώδυνοι. Ἐνδοστοματικῶς, ὁ ἄνω φραγμὸς τῶν ὀδόντων εἶναι κανονικός, ἀπὸ πλευρᾶς ἀριθμοῦ ὀδόντων καὶ σχήματος τόξου, ἀπὸ δὲ τοῦ κάτω φραγμοῦ ἐλλείπει

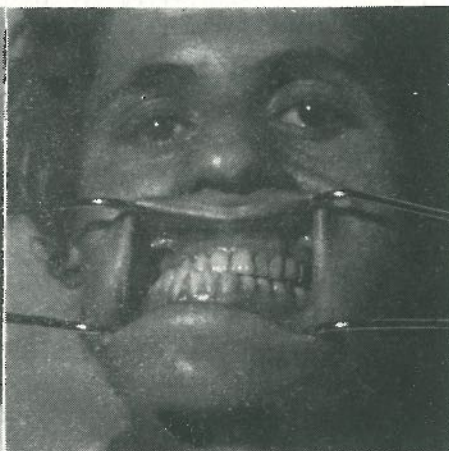
ὁ ἴος γομφίος δεξιᾶ. Τερηδόνες δὲν ὑπάρχουν, ἢ δὲ κατάστασις τῶν παροδοντικῶν ἰστῶν εἶναι φυσιολογική.

Ἡ σύγκλεισις τῶν ὀδόντων: Ἀριστερᾶ μὲν, ἐκ τῶν ὀπίσω πρὸς τὰ πρόσω μέχρι τοῦ ἀριστεροῦ κάτω κυνόδοντος φαίνεται φυσιολογική, πλὴν ὁ κάτω φραγμὸς προπορεύεται κατὰ ἓνα ὀδόντα.

Ἀπὸ δὲ τοῦ ἀριστεροῦ κάτω κυνόδοντος καὶ ἐγτεῦθεν πρὸς τὰ δεξιᾶ ἡ σύγκλεισις ἐμφανίζει χιαστὴ δῆξιν, ὅτε ἔλθον τὸ ὑπόλοιπον τόξον τῶν κάτω ὀδόντων ἐκτρέπεται πρὸς τὰ πρόσω καὶ ἔξω, συγκλειόμενον προστομακῶς.



Εἰκ. 1.— Ἡ ἀσθενὴς πρὸ τῆς ἐπεμβάσεως.



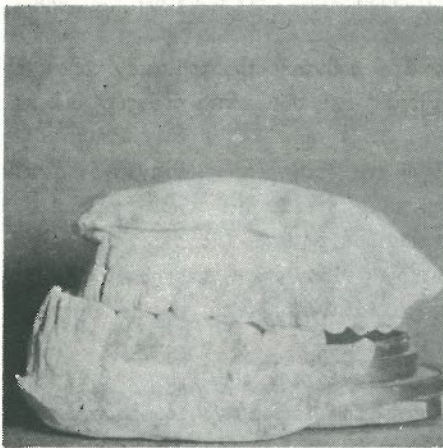
Εἰκ. 2 - Ἡ σύγκλεισις τῶν ὀδόντων τῆς ἀσθενοῦς, πρὸ τῆς ἐπεμβάσεως.

Διὰ γ γ ω σ ι ς: «Πλαγιογναθισμὸς», ὀφειλόμενος πιθανώτατα εἰς ὀξεῖαν ἀρθρίτιδα τῆς ἀριστερᾶς κροταφογναθικῆς ἀρθρώσεως, ἐπελθοῦσαν κατὰ τὴν ἐφηβικὴν ἡλικίαν τῆς ἀσθενοῦς, ὅτε δηλαδὴ αὕτη ἀναφέρει τὴν ἐμφάνισιν ἐντόνου ὠταλγίας, τῆς τοιαύτης διαγνώσεως - ὠταλγία - τεθείσης ἀθαιρέτως ὑπὸ τῶν οἰκείων τῆς ἀσθενοῦς. Τοῦτο δὲ ἐνισχύεται ἐκ τοῦ ὅτι οὐδὲν σημεῖον ἀπὸ τῶν ὠτων ἀνευρίσκεται· σήμερον, δηλωτικὸν προὑπαρξάσης νόσου αὐτῶν, ἐνῶ ἐξ ἄλλης πλευρᾶς, ἦτοι ἐκ τῆς γειτονιζούσης περιοχῆς τῆς κροταφογναθικῆς ἀρθρώσεως, ἀνευρίσκωμεν σαφῆ ὑπερτροφίαν τοῦ ἀριστεροῦ κονδύλου, σημεῖον δηλωτικόν, σχεδὸν παθολογικόν, κατὰ τοὺς πλείστους εἰδικούς, προὑπαρξάσης ἀρθρίτιδος.

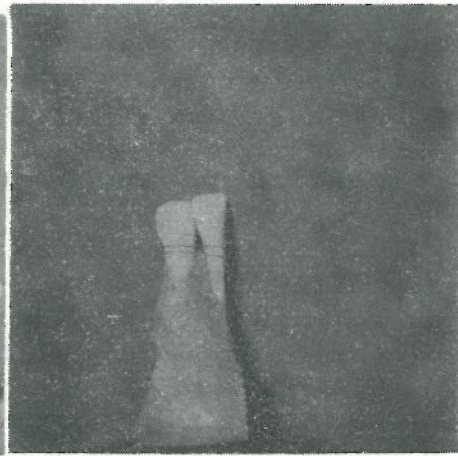
Ἄν οὕτως ἔχουν τὰ πράγματα, τότε τὴν ἐγκατάστασιν τοῦ πλαγιογναθισμοῦ τῆς ἡμετέρας περιπτώσεως, ὡς καὶ ἕλων τῶν λοιπῶν περιπτώσεων πλαγιογναθισμοῦ, ἀποτόκου ὀξείας ἀρθρίτιδος, ἐξηγοῦμεν παθολογο - φυσιολογικῶς ὡς ἐξῆς. Λόγῳ τῆς ὀξείας ἀρθρίτιδος τῆς ἀριστερᾶς κροταφογναθικῆς, ἡ ἀσθε-

νήs ἀλγοῦσα ἰσχυρῶς κατὰ τὴν μάσησιν ἠναγκάζετο, πρὸς ἐπίτευξιν ἀνωδύνου μασήσεως, νὰ μασᾷ ἐκ συστήματος συνεχῶς δεξιᾶ ἀπομακρυνομένων οὕτως ἀπ' ἀλλήλων τῶν ἀρθρικών ἐπιφανειῶν τῆς ἀριστερᾶς κροταφογναθικῆς καὶ ἐξευρισκομένης οὕτως εἰπεῖν τῆς ἀνακουφιστικῆς θέσεως τῆς φλεγμαινούσης ἀρθρώσεως. Ἡ τοιοῦτοτρόπως ὁμῶς ἐπιτελουμένη, μονόπλευρος πρὸς τὰ δεξιᾶ, μάσησις ἐπὶ σχετικῶς μακρὸν χρονικὸν διάστημα, τὸ ἀπὸ τῆς ἐνάρξεως μέχρι τῆς ἀποδρομῆς τῆς ἀρθρίτιδος, ἐπέφερε τὴν ἀλλοίωσιν τοῦ σχήματος τῆς κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἀναπτύξεως, εὐπλάστου γνάθου καὶ τὴν ἐγκατάστασιν τοῦ πλαγιόγναθισμοῦ.

Οὕτω λοιπὸν μελετήσαντες τὴν περίπτωσιν καὶ ἀφοῦ ἐγένοντο αἱ συνήθειαι γενικαὶ ἐξετάσεις ἀπεφασίσθη ἡ χειρουργικὴ διόρθωσις τῆς δυσμορφίας.



Εἰκ. 3.— Τὸ ἐκμαγεῖον τῆς συγκλείσεως τῶν ὀδόντων, πρὸ τῆς ἐπεμβάσεως.



Εἰκ. 4.— Τὸ διεκκρισθὲν τμήμα τῆς κάτω γνάθου φέρον καὶ τοὺς δύο συναχθέντας ὀδόντας

Ἐ γ χ ε ἰ ρ σ ι ς: Τὴν 30.10.32, ὑπὸ γενικὴν διαρρινικὴν ἐνδοτραχειακὴν νάρκωσιν γίνεται τομὴ τοῦ δέρματος τῆς ὑπογναθίου χώρας ἀριστερᾶ μήκους περίπου 3 ἑκατοστῶν καὶ ἀποκάλυψις τοῦ κάτω χεῖλους τῆς γνάθου ἀντιστοιχῶς πρὸς τὴν περιοχὴν, τὴν περιλαμβανομένην μεταξὺ τοῦ ἀριστεροῦ κάτω πρώτου προγομφίου καὶ μέσου τομέως.

Ἐν συνεχείᾳ ἀποκολλᾶται τὸ περισστέον ἐκ τῶν κάτω πρὸς τὰ ἄνω, ἐκ τῆς ἔξω καὶ ἔσω ἐπιφανείας τῆς γνάθου μέχρις ἐπιτεύξεως ἐπικοινωνίας μετὰ τὴν στοματικὴν κοιλότητα. Μετὰ ταῦτα ἐξάγονται οἱ ἀριστεροί, κάτω κυνόδους καὶ πλάγιος τομέως καὶ διὰ δύο κατακορύφων ὀστεοτομῶν, ἐπιτευχθεισῶν διὰ πριόνος Gigli, γίνεται διέκκρισις τοῦ καταλαμβανομένου ὑπὸ τῶν δύο ἐξαχθέν-

των ὀδόντων τμήματος τῆς γνάθου. (Εἰκὼν 4). Τὸ ἐν-λόγῳ πλάτος τοῦ διεκπρισθέντος τμήματος τῆς κάτω γνάθου, ἢ μέλλουσα νὰ προκύψῃ νέα σύγκλεισις τῶν ὀδόντων, ἢ πρὸς τὰ ἔσω μετὰθεσις τοῦ ἐκτραπέντος δεξιοῦ ἡμιμορίου καὶ τοῦ γενείου ὡς καὶ ἡ ἀποκατάστασις τῆς μέσης γραμμῆς τοῦ προσώπου, ὑπελογίσθησαν πρὸ τῆς ἐπεμβάσεως, ἐπὶ ἐκμαγείων τῶν ὀδόντων τῆς ἀσθενοῦς ὡς καὶ διὰ πειραματικῆς διεκπρίσεως ἐπὶ τῆς κάτω γνάθου κρανίου.

Ἐπιτευχθείσης ὡς ἀνωτέρω τῆς διεκπρίσεως τῆς γνάθου συμπλησιάζονται τὰ δύο τμήματα τοῦ δημιουργηθέντος τεχνητοῦ κατάγματος καὶ κατόπιν τῆς διαπιστουμένης ἰκανοποιητικῆς ἀποκαταστάσεως τῆς νέας σύγκλεισεως ὀδόντων καὶ τῆς συμμετρίας τῆς κάτω μοίρας τοῦ προσώπου, ὡς καὶ τῆς ἐπαφῆς τῶν ὀστικῶν ἐπιφανειῶν, γίνεται ἐφαρμογὴ συρματίνης ὀστεοσυνηθέσεως κατὰ τὸ κάτω χεῖλος τῆς γνάθου.

Ἐλέγχεται μετὰ ταῦτα καὶ πάλιν ἡ σύγκλεισις τῶν ὀδόντων καὶ συρράπτεται τὸ δερματικὸν τραῦμα.

Ἐν συνεχείᾳ ἐφαρμόζεται ἐπὶ τῶν κάτω ὀδόντων προστομιακὸν τόξον, ἐξ ἀνοξειδῶτου σύρματος, στερεοῦμενον σταθερῶς ἐπὶ τῶν κάτω ὀδόντων διὰ περιμυλικῶν συρματίνων προσδέσεων.

Εἶτα ἀποκόπτεται ὁ πτυχθεῖς, λόγῳ τῆς διεκπρίσεως, βλεννογόνος τῶν οἰλων γλωσσοειδῶς καὶ προστομιακῶς καὶ συρράπτεται διὰ τινων ραφῶν.

Ἐλέγχεται καὶ πάλιν ἡ σύγκλεισις τῶν ὀδόντων, ὡς ἰκανοποιητικῆ, ὡς ἐπίσης καὶ ἡ στερεότης τοῦ κατὰ τὸν ἀνωτέρω τρόπον ἀκίνητοποιηθέντος τεχνητοῦ κατάγματος, δι' ὃ καὶ ἀποφασίζεται ἡ μὴ ἀκίνητοποίησις τῆς κάτω γνάθου ἐπὶ τῆς ἄνω, περατωθείσης οὕτω τῆς ἐπεμβάσεως.

Ἡ ἀσθενὴς ἀπὸ τῆς προηγουμένης τῆς ἐπεμβάσεως εἶχε τεθῆ ὑπὸ ἀντιδιωτικὴν ἀγωγὴν, ἥτις ἐσυνεχίσθη ἐπὶ τετραήμερον μετ' αὐτήν, οὐδεμίαν δὲ μετεγχειρητικὴν ἐπιπλοκὴν ἐπαρουσίασεν. Ἀπὸ δὲ τῆς δευτέρας μετεγχειρητικῆς ἡμέρας τρέφεται διὰ μαλθακῆς τροφῆς, χρησιμοποιοῦσα τοὺς ὀδόντας αὐτῆς πρὸς μάσησιν.

Τὴν ἑβδόμην μετεγχειρητικὴν ἡμέραν ἀφαιροῦνται τὰ δερματικὰ καὶ βλεννογόνια ράμματα, γίνεται ἐκλεκτικὸς τροχισμὸς ἐνίων φυμάτων, ἐπιτευχθείσης οὕτω τελείας ἀποκαταστάσεως τῆς νέας σύγκλεισεως τῶν ὀδόντων καὶ ἡ ἀσθενὴς τὴν δεκάτην τρίτην ἀπὸ τῆς ἐπεμβάσεως ἡμέραν, ἐξέρχεται τοῦ Νοσοκομείου μὲ τὴν ἐντολὴν νὰ ποιῆται χρῆσιν μαλθακῆς τροφῆς, νὰ ἐπιμελῆται τῆς ὑγιεινῆς τοῦ στόματος αὐτῆς καὶ νὰ ἐπανέλθῃ μετὰ ἐξ (6) ἑβδομάδας. Αὕτη ἐπανῆλθε τὴν 14.1.63, ἥτοι μετὰ 2½ μῆνας ἀπὸ τῆς ἐπεμβάσεως, ὁπότε μετὰ κλινικὸν καὶ ἀκτινολογικὸν ἔλεγχον τῆς πωρώσεως, ἀφαιρεῖται τὸ προστομιακὸν τόξον.

Τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα τῆς ἐπεμβάσεως τόσον ἀπὸ πλευρᾶς ἀποκαταστάσεως τῆς συμμετρίας τοῦ προσώπου, ὅσον καὶ ἀπὸ πλευρᾶς διορθώσεως τῆς σύγκλεισεως τῶν ὀδόντων εἶναι ἰκανοποιητικώτατον. (Εἰκόνες 5, 6, 7, 8).



Εικ. 5.— Ἡ ἀσθενὴς ὀλίγας ἡμέρας μετὰ τὴν ἐπέμβασιν.



Εικ. 6.— Ἡ ἀσθενὴς μετὰ 2½ μῆνας ἀπὸ τῆς ἐπεμβάσεως.



Εικ. 7.— Ἡ σύγκλεισις τῶν ὀδόντων μετὰ τὴν ἐπέμβασιν.



Εικ. 8.— Τὸ ἐκμαγεῖον τῆς συγκλείσεως τῶν ὀδόντων μετὰ τὴν ἐπέμβασιν.

Τέλος ἀπὸ λειτουργικῆς πλευρᾶς εἶλε· αἱ κινήσεις τῆς κάτω γνάθου κατὰ τὴν μάσησιν τελοῦνται φυσιολογικῶς καὶ ἀνέτως.

Εἰς τὴν ἡμετέραν περίπτωσιν πλαγιογναθισμοῦ ἐφημέροσθῃ ἡ μέθοδος τῆς ἑτεροπλευροῦ κατακορύφου μερικῆς διεκπρίσεως τοῦ σώματος τῆς κάτω γνάθου κριθεῖσα, ὡς ἡ καταλληλοτέρα, διὰ τοὺς κάτωθι λόγους:

1) Εἶναι ἐπέμβασις σχετικῶς ἀπλή καὶ εὐχερῆς, ὡς ἐκ τῆς περιοχῆς, εἰς ἣν γίνεται ἡ διεκπρίσις, ἦτοι πρὸ τοῦ γενειακοῦ τρήματος, μὴ ὑπάρχοντος οὗτου

οὐδενὸς φόβου τρώσεως τοῦ κάτω φαρυγγιακοῦ ἢ τοῦ προσωπικοῦ νεύρου. Ἡ καταλειπομένη μετεγχειρητικὴ οὐλὴ εἶναι μία, μικρὴ καὶ οὐχὶ ἐμφανής.

2) Οὐδεμία διαταραχὴ εἰς τὰς συνθήκας μασησεως τῆς ἀσθενοῦς ἐπέρχεται μετεγχειρητικῶς, δοθέντος ὅτι ἡ σύγκλεισις τῶν ὀδόντων τοῦ ἀριστεροῦ πλαιγίου, δι' οὗ ἀποκλειστικῶς ἐγένετο πρὸ τῆς ἐπεμβάσεως ἡ μάσησις, παραμένει ἀμετάβλητος.

3) Αἱ συνθήκαι λειτουργίας τοῦ ἀριστεροῦ καὶ ὑπερτροφικοῦ κόνδύλου, οὐδὲν μεταβάλλονται, ἐφ' ὅσον δὲν μεταβάλλεται ἡ σύγκλεισις τῶν ὀδόντων τοῦ ἀριστεροῦ ἡμιορίου, καὶ οὕτω ἡ παλαιότερον προσβληθεῖσα ἀριστερὰ κροταφαγωγναθικὴ διάρθρωσις, οὐδὲν ἐπιβαρύνεται μετεγχειρητικῶς.

4) Ὅσον ἀφορᾷ τὴν δεξιάν καὶ ἀπολύτως ὑγιᾶ κροταφαγωγναθικὴν διάρθρωσιν, τῆς ὁποίας ὁ κόνδυλος θὰ ὑφίσταται, μετεγχειρητικῶς, στροφήν τινα πρὸς τὰ ἀριστερᾶ, ὑπελογίσασμεν εἰς τὸ εὐπροσάρμοστον αὐτῆς εἰς τὰς νέας συνθήκας λειτουργίας, ὡς ἐκ τῆς ἰδιόμορφου ἀνατομικῆς κατασκευῆς αὐτῆς. Τοῦτο ἀναφέρουν οἱ Jacob, Raffel καὶ Weiss ἐπὶ τριῶν περιπτώσεων πλαιγιογναθισμοῦ, χειρουργηθεισῶν διὰ τῆς ἀνωτέρω μεθόδου, ὅπερ καὶ ἡμεῖς διεπιστώσαμεν μετὰ δέκα ἐβδομάδας ἀπὸ τῆς ἐπεμβάσεως εἰς τὴν ἡμετέραν περιπτώσιν, ἣτις οὐδὲν ἀνεπιθύμητον σύμπτωμα ἀπὸ τῆς ἐν λόγῳ ἀρθρώσεως, ὡς ἐπίσης καὶ ἀπὸ τῆς ἐτέρας, ἐνεφάνισεν.

5) Διὰ τῆς ἐφαρμογῆς τῆς ἐν λόγῳ μεθόδου κατέστη δυνατὴ, εὐθὺς ἀμέσως μετὰ τὴν ἐπέμβασιν καὶ καθ' ὅλην τὴν περίοδον τῆς πωρώσεως, ἡ διατήρησις τῆς λειτουργίας τῆς μασησεως.

Τὴν ἀνωτέρω ἀγωγὴν, ἄλλωστε, προσπαθοῦμεν νὰ ἐφαρμόσωμεν γενικῶς ἐπὶ ὅλων τῶν περιπτώσεων καταγμάτων τῆς κάτω γνάθου, χρησιμοποιοῦντες πρὸς τοῦτο ἀπλὰς ἐγχειρητικὰς μεθόδους, ἀπαλλάσσοντες οὕτω τὸν ἀσθενῆ τῆς βαρυστασιαστικῆς φημώσεως τοῦ στόματος αὐτοῦ κατὰ τὴν περίοδον τῆς πωρώσεως.

Σχετικῶς δὲ περιπτώσεις ἐπὶ τῆς ἀνωτέρω ἀγωγῆς ἐπιφυλασσόμεθα νὰ κοινοποιώσωμεν ἐν καιρῷ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Ghompret — Dechaume — Richard : «Technique Chirurgicale Stomatologique» 1951, σελ. 299.
- 2 Κεφαλᾶ Γ : «Χειρουργικὴ τοῦ στόματος» 1947 σελ. 178 κ ε.
- 3 Μαυροκορδάτου Θ. : «Παθήσεις τοῦ στόματος» 1949, σελ. 256.
- 4 Maurel G. : «Chirurgie Maxillo—Faciale» 1940, σελ. 963 κ ε
- 5 Psaume M. Bentrux L. : «Restauration et Prothèse Maxillo—Faciales» 1950, σελ. 257.
- 6 Ἰπεράντζα Ι : «Ὄρθοδοντικὴ» 1944.
- 7 Thoma K : «Oral Surgery» 1958, σελ. 1457 κ ε.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 27ης ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1963

Ν. ΚΑΤΣΑΡΗΣ και Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ: Έξάρθρημα αύχενικῆς μοίρας Σ. Σ. διαγνωσθέν μόναν δι' ἀκτινογραφιῶν εἰς εἰδικὴν θέσιν (χειρόγραφον δὲν κατετέθη).

Ν. ΚΑΤΣΑΡΗΣ και Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ: Ἀκτινογραφικὴ παρακολούθησις χειρουργηθέντος ἡωσινοφίλου κοκκιώματος κλειδῶς (χειρόγραφον δὲν κατετέθη).

Θ. ΧΑΝΙΩΤΗΣ: Ρήξις τῆς συγχονδρώσεως μεταξὺ λαβῆς και σώματος στέγονου (χειρόγραφον δὲν κατετέθη).

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PH.D. THESIS

BY

1957