

Δ Ε Λ Τ Ι Ο Ν

ΤΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ



ΤΟΜΟΣ 16 - 17

ΕΤΗ 1964 - 1965

ΤΕΥΧΟΣ 1

ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ — Π. ΣΥΜΕΩΝΙΑΣ

Bulletin

de la Société Hellénique de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie

Vol. 16 — 17 1964 — 1965 No 1

Bulletin

of the Hellenic Society of Orthopedic Surgery and Traumatology

Vol. 16 — 17 1964 — 1965 No 1

ΑΘΗΝΑΙ

1 9 6 7

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΝ

ΕΤΟΣ 1964

Πρόεδρος :	ΚΑΜΠΕΡΟΓΛΟΥ Κ.
Ἀντιπρόεδρος :	ΑΡΖΙΜΑΝΟΓΛΟΥ Α.
Γεν. Γραμματεὺς :	ΠΡΩΤΟΓΗΡΟΥ Κ.
Ταμίας :	ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Δ.
Εἰδικὸς Γραμματεὺς :	ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ Δ.

ΕΤΟΣ 1965

Πρόεδρος :	ΧΡΥΣΑΦΗΣ Ε.
Ἀντιπρόεδρος :	ΖΑΟΥΣΗΣ Α.
Γεν. Γραμματεὺς :	ΠΡΩΤΟΓΗΡΟΥ Κ.
Ταμίας :	ΑΓΝΑΝΤΗΣ Ι.
Εἰδ. Γραμματεὺς :	ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ Δ.

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΕΤΑΙΡΟΙ

Buxton M., Saint-John G.D. 16, Roehampton Gate,
London S. W. 15, Ἀγγλία

Sir Herbert Seddon, 235 Great Portland St., London W1

ΤΑΚΤΙΚΟΙ ΕΤΑΙΡΟΙ

α/α	Ὄνοματεπώνυμον	Διεύθυνσις	Ταχ. Τομ.	Τηλέφ.
1.	Ἀγνάντης Ἰωάννης	Λουκιανοῦ 14	139	717-454
2.	Ἀδαμόπουλος Μιχαήλ	Σαρανταπόρου 15	905	883-074
3.	Ἀθανασιάδης Χρῆστος	Ροῦσβελτ 56		Θεσ/νίκη
4.	Ἀμπατζῆς Δημήτριος	Λεωφ. Κηφισ. 102	607	779-656
5.	Ἀναγνωστόπουλος Δημήτριος	Τριγλίας 6, Ν. Σμύρνη		931-482
6.	Ἀνδριόπουλος Μιχαήλ	Δημοκρίτου 1	134	614-933
7.	Ἀντωνόπουλος Παναγιώτης	Πατησίων 63	103	812-815
8.	Ἀρζιμάνογλου Ἀντώνιος	Ἡροδότου 3	138	715-800
9.	Ἀσλάνογλου Θεόδωρος	Διογένους 4, Θεσ/νίκη		—
10.	Ἀφελωνιάτης Ἀλέξανδρος	Ἱερολοχιτῶν 11, Καλλιθέα		—
11.	Βαγιανὸς Εὐάγγελος	Μεϊντάνη 19	404	916-784
12.	Βαλῆς Νικόλαος	Βαλαωρίτου 9	134	621-509
13.	Βαρούχας Γεώργιος	Ἀκαδημίας 8	134	615-664
14.	Βατόπουλος Περικλῆς	Μητροπόλεως 10	126	225-420
15.	Βουρεξάκης Ἡρακλῆς	Πύθωνος 29α	809	870-820
16.	Γαροφαλίδης Θεόδωρος	Ὀμήρου 24	135	611-340
17.	Γαλάνης Ἰωάννης	Στουρνάρα 51	102	525-010
18.	Γιαννίκας Ἀναστάσιος	Ἡρακλείτου 5	136	771-646
19.	Γιοβανίδης Χαρίλαος	Ἀσκληπιοῦ 1	134	627-237
20.	Γιώτης Κωνστ.	Ἴπποπράτους 75	144	611-502
21.	Δανιηλίδου Μαρία	Θεμιστοκλέους 33	141	676-593
22.	Δάνος Ἐμμανουήλ	Νεοφύτου Δούκα 5	158	717-883
23.	Δεληβελιώτης Ἰωάννης	Σακράτους 14	—	—
24.	Δήμιτσας Μενέλαος	Ἵψηλάντου 12	139	711-082
25.	Διακομόπουλος Γεώργιος	Γρηγοροβίου 20	901	—
26.	Δρεττάκης Ἐμμανουήλ	Ἵψηλάντου 35	140	710-136
27.	Ἔργας Μωϋσῆς	Στουρνάρα 46	147	—
28.	Ζαούσης Ἀλέξανδρος	Κανάρη 3	134	611-286
29.	Ζάχος Ἀπόστολος	Πλατ. Ἀγ. Σοφίας Θεσ/νίκη		—

α/α	Όνοματεπώνυμον	Διεύθυνσις	Ταχ. Τομ.	Τηλέφ.
30.	Ήλιόπουλος Κωνστ. Σ.	Ήμῆρου 50	135	611-291
31.	Ήλιόπουλος Κωνστ. Δ.	Καρνεάδου 40	139	—
32.	Θεοδούλου Γλαῦκος	Νεοφύτου Βάμβα 5	138	—
33.	Θεοδώρου Σταμάτης	Μαυροματαίων 19	104	834-945
34.	Καββαδίας Ἀπόστολος	Ήμῆρου 50	135	624-250
35.	Καμπέρογλου Κίμων	Σίνα 10	135	612-058
36.	Καμπούρογλου Γεώργιος	Σεμιτέλους 2	611	613-383
37.	Καραβίας Διονύσιος	Ἀσκληπιοῦ 7	143	613-383
38.	Καρακώστας Μαρσέλλος	Πατρ. Ἰωακείμ 53	140	721-444
39.	Καραμπαρμπούνης Λουκᾶς	Σίνα 32	135	—
40.	Κάτσαρης Νικόλαος	Μακεδονίας 8	103	810-661
41.	Κλωνιζάκης Μιλτιάδης	Μακεδονίας 37	109	—
42.	Κονταργύρης Δημήτριος	Χαρ. Τρικούπη 46	—	—
43.	Κουγιούφας Σωτήριος	Μ. Ἀλεξάνδρου 37, Ν. Σμύρνη	—	—
44.	Κουκουράκης Ἰωάννης	Ἡράκλειον Κρήτης	—	—
45.	Λιβαθινόπουλος Γεράσιμος	Σατωβριάνδου 54	107	523-468
46.	Λεωνίδης Σπυρίδων	Ρηγίλλης 6	138	717-467
47.	Λιούγκας Ματ.	Ἰωάν. Μεταξᾶ 4, Γλυφάδα	—	—
48.	Ματσούκας Ἰωάννης	Κάνιγγος 29	147	623-837
49.	Μεταξᾶς Γεράσιμος	Σόλωνος 102	144	622-901
50.	Μιχαῆλ Ἰωάννης	Σκουφᾶ 56	135	—
51.	Μιχαῆλτος Γεράσιμος	Βουκουρεστίου 34	134	616-183
52.	Μουρούλης Δημήτριος	Σόλωνος 125	142	615-615
53.	Νικηφοράκης Ἰωάννης	Δεριγνὺ 20α	104	—
54.	Νικολακάκος Γ.	Βασ. Γεωργίου Α' 11 Πειραιεύς	—	—
55.	Οἰκονόμου Γεώργιος	Βασ. Σοφίας 4, Θεσ/νίκη	—	—
56.	Οἰκονόμου Εὐάγγελος	Νεοφ. Δούκα 7	138	—
57.	Παῖσιος Κωνστ.	Νεοφ. Βάμβα 3	138	628-087
58.	Παναγιωτόπουλος Γ.	Μαρσαλῆ 29	140	712-730
59.	Παπαγεωργαντᾶς Θεμιστ.	Βηλαρᾶ 2	107	—
60.	Παπαδημητρίου Δημ.	Καρνεάδου 4	139	716-850
61.	Παπαδόπουλος Εὐάγγελος	Ἀναξαγόρα 12, Γλυφάδα	—	—
62.	Παπαῖωάννου Ἰωάννης	Β. Κων/νίνου 64, Πειραιεύς	—	43-280
63.	Παρασκευᾶς Ἀθανάσιος	Καραῖσκου 106, Πειραιεύς	—	472-542
64.	Πετρόπουλος Βασίλειος	Σίνα 32	135	623-522
65.	Πουτέτσης Σπυρίδων	Ἡπείρου 6	103	830-409
66.	Πρωτογῆρου Κωνσταντῖνος	Ἀκαδημίας 78δ	142	627-903
67.	Πρωτοπαππᾶς Περιιλῆς	Κυδαθηναίων 14	119	229-856
68.	Ρέντης Γρηγ.	Σολωμοῦ 64	102	535-493
69.	Ρηγόπουλος Χρῆστος	Λ. Ἀλεξάνδρας 215	602	662-284
70.	Ρουμελιώτης Δημήτριος	Σκουφᾶ 6	136	633-156
71.	Σαμαρᾶς Κωνσταντῖνος	Ἰωάννινα	—	—
72.	Σαραντόπουλος Κωνσταντῖνος	Διδότου 12	142	631-849
73.	Σκαράκης Νικόλαος	Κολοκοτρᾶνη 78α Πειραιεύς	—	—
74.	Σουρμελῆς Βενιζέλος	Βησσαρίωνος 3	135	617-253
75.	Σπινθουράκης Φιλῆμων	Ἡπείρου 6	103	815-345

Τηλέφ.	α/α	Όνοματεπώνυμον	Διεύθυνσις	Ταχ. Τομ.	Τηλέφ.
41-291	76.	Συμεωνίδης Παναγ.	Όμήρου 32	135	629-134
—	77.	Τσουπαρόπουλος Δημ.	Λάρισσα	—	—
—	78.	Φραγκάκης Έμμανουήλ	Δημοκρίτου 19	136	627-952
34-945	79.	Χανιώτης Θεόδωρος	Τσαμαδοῦ 6, Πειραιεύς	—	472-988
24-250	80.	Χατζηδάκης Κωνσταντῖνος	Λουκιανοῦ 1	139	—
12-058	81.	Χρυσάφης Εὐάγγελος	Χαρ. Τρικούπη 42	144	628-373
13-383	82.	Χούπης Χαρίλαος	Άλκιβιάδου 118, Πειραιεύς	—	474-002
13-383	83.	Χαρτοφυλακίδης Γεώργιος	Όμήρου 24	135	623-265
21-444					
—					
10-661					
—					
—					
—					

ΕΚΤΑΚΤΟΙ ΕΤΑΙΡΟΙ

Τηλέφ.	α/α	Όνοματεπώνυμον	Διεύθυνσις	Ταχ. Τομ.	Τηλέφ.
23-468	1.	Βενέρης Γεώργιος	Κρατικὸν Ἀθηνῶν		
17-467	2.	Βουζούλιας Σταῦρος	Κρατικὸν Ἀθηνῶν		
—	3.	Δημητρίου Ἰωάννης	Φιλολάου 75	506	—
—	4.	Έξάρχου Εὐάγγελος	Άσκληπιεῖον Βούλας	—	—
23-837	5.	Καπέτσης Πολυχρόνης	Μαυροματαίων 5	104	816-332
22-901	6.	Καραδήμας Ἰωάννης	Κλαδᾶ 32	410	913-118
—	7.	Κοντογιάννης Π.	Λεωφ. Κηφισίας 22	609	775-779
—	8.	Λάμπρου Λούκας	Άσκληπιοῦ 143	704	663-887
28-087	9.	Μουζουράκης Ἰωάννης	Κρατικὸν Ἀθηνῶν	—	890-712
12-730	10.	Παπαβασιλείου Δημήτριος	Άγρινίου 34	—	871-913
—	11.	Σιαπκαρᾶς Κωνσταντῖνος	Κρατικὸν Ἀθηνῶν	—	—
16-850	12.	Στεργιώτης Σπ.	Β. Γεωργίου Β' 34	623	—
—	13.	Στρατηγάκης Γεώργιος	Άγλαύρου 5	401	930-316
13-280	14.	Τριανταφύλλου Ν.	Παρθενῶνος 31	402	—
72-542	15.	Φραγκιαδάκης Έμμανουήλ	Κοδριγκτῶνος 203	813	816-686
13-522	16.	Τσιμπούκης Βασ.	Άλωπεκῆς 10	139	722-712
10-409	17.	Άγορόπουλος Ζήσης	Πιπίνου 73	222	816-066
17-903	18.	Παπαθανασίου Βασίλειος	Νοσοκ. Βασ. Παύλου	—	—
19-856	19.	Σπυρόπουλος Κωνσταντ.	Άσκληπιεῖον Βούλας	—	—
15-493	20.	Χουλιάρης Κωνσταντ.	Λάρισσα	—	—
12-284					
13-156					
—					
11-849					
—					
7-253					
5-345					

ΠΙΝΑΞ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίς
Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ καὶ Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Ἐξαρθρήματα τοῦ μμηοειδούς	11
Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ καὶ Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Ἡ ἐσωτερικὴ συγκράτησις εἰς τὴν χειρουργικὴν τῆς ἄκρας χειρὸς	15
Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ: Περίπτωσης μεταμοσχεύσεως μετακαρπίου	17
Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Φ. ΣΠΙΝΘΟΥΡΑΚΗΣ καὶ Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ: Νευρογενεῖς ἀρθροπάθειαι	18
Α. ΖΑΟΥΣΗΣ: Ἀσυνήθης μηχανισμὸς ἀποσπάσεως τένοντος τετρα- κεφάλου ἀπὸ τῆς ἐπιγονατίδος	24
Κ. ΠΡΩΤΟΓΗΡΟΥ: Ἀπώτερον ἀποτέλεσμα ἑκταμῆς διαφύσεως κνή- μης ἐπὶ ὀστεομυελίτιδος	24
Κ. ΠΑΪΣΙΟΣ: Θεραπεία καταγμάτων βραχιονίου διὰ κρεμαμένου γυψίνου ἐπίδεσμου	25
Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ καὶ Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Ἐπὶ 11 περιπτώσεων νευρικῆς βλάβης διαγωνισθείσης διὰ τῆς μεθόδου τῶν δακτυλικῶν ἀποτυπωμάτων	26
Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ καὶ Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Θεραπεία τῆς νόσου τοῦ Dupuytren	29
Σ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ καὶ Ι. ΜΙΧΑΗΛ: Τραυματικαὶ ἐπιφυσιολύσεις τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς κνήμης	34
Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Φ. ΣΠΙΝΘΟΥΡΑΚΗΣ καὶ Ι. ΚΟΥΡΟΥΚΑΚΗΣ: Ἀνάπτυξις καρκινώματος ἐπὶ παλαιᾷς ὀστεομυελίτιδος	44
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ—ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Ζ. ΑΓΟΡΟΠΟΥΛΟΣ καὶ Δ. ΛΑΜΠΡΟΥ: Παρατηρήσεις ἐπὶ τῆς ἀρθροπλαστικῆς τοῦ ἰσχίου κατὰ τὴν μέθοδον Α. Τ. Μορτε ἐπὶ 20 περιπτώσεων	48
Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ καὶ Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Περίπτωσης ἀντιχειροποιήσεως διὰ χρη- σιμοποιήσεως πρώτης φάλαγγος δαίκτη	49
Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ καὶ Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Περίπτωσης λειτουργικῆς ἀποκαταστά- σεως ἀσθενοῦς κατόπιν ἀκρωτηριασμοῦ τῶν δακτύλων ἀμφοτέρων τῶν χειρῶν	53
Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ καὶ Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Ἀποκατάστασις λειτουργίας τῆς χειρὸς κατόπιν παραλύσεως τοῦ κερκιδικοῦ νεύρου	54
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ—ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ καὶ Ι. ΓΑΛΛΙΝΟΣ: Χειρουργικὴ ἀντιμετώπισις τῆς μετατραυματικῆς σπονδυλολιθώσεως	56

Σελίς

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Γ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ, Κ. ΣΤΑΜΟΥ: Δύο νέαι περιπτώσεις σαρκώματος ήβοϊσχιακού κλάδου 56

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ: Ἀφαίρεσις μεταλλίνων ξένων σωμάτων (τεμαχίων βελόνης) ἐκ τῆς ἀρθρώσεως τοῦ γόνατος τῆ βοηθεῖα ἠλεκτρομαγνήτου 56

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, ΣΤ. ΒΟΖΟΥΛΙΑΣ: Περίπτωσης ἀφαιρέσεως λιπώματος ἀρ. μηροῦ μεγέθους ὕδροπέπανος . . 57

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, ΧΡ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ, Ι. ΜΟΥΖΟΥΡΑΚΗΣ: Ἐπὶ δύο περιπτώσεων κατάγματος τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου μετ' ἐξαρθρώματος. Ἐπιτυχῆς ἀντιμετώπισις δι' ἀναιμάκτου ἀγωγῆς . . . 59

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: Ἀσυνήθης πορεία σπιριγγώδους πόρου καμπτικῆς ἐπιφανείας ἀγκώνος. Ἀπατηλὴ εἰκὼν σπιριγγογραφήματος 61

Α. Κ. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ: Σπανία περίπτωσις κατάγματος ἡθικοῦ ὀστοῦ 64

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ: Περίπτωσης ψευδαρθρώσεως ὀστών ἀντιβραχίου (μεταμωριαστικῶ) 65

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ-ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ: Περίπτωσης καμπτογονίας συνελεία οὐλῶν καὶ κατάγματος μηροῦ 66

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Ἐπιμήκυνσις τοῦ ἀντίχειρος. Ἐνδείξεις καὶ τεχνικαὶ ἐγχειρήσεων 68

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ-Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Ἀποτελέσματα ἐπὶ δέκα περιπτώσεων κακώσεων τενόντων καὶ νεύρων εἰς τὴν περιοχὴν τοῦ καρποῦ . . 74

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Ἐπὶ τριῶν περιπτώσεων ὄγκων τῶν μετακαρπίων χειρουργηθέντων δι' ἰδίας μεθόδου 79

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ - ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Περίπτωσης ἰθλασιογονίας. Ἀπρκατάστασις εἰς φυσιολογικὸν διὰ διορθωτικῆς ὀστεοτομίας μηροῦ . . 80

Α. ΑΡΖΙΜΑΝΟΓΛΟΥ, Θ. ΧΑΝΙΩΤΗΣ: Περίπτωσης συγγενοῦς ἐλλείψεως περόνης μετ' ἐντόνου κυρτώσεως τῆς κνήμης, θεραπευθεῖσα χειρουργικῶς 80

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Ι. ΜΟΥΖΟΥΡΑΚΗΣ: Δύο περιπτώσεις μετατραυματικῆς χαλαρᾶς παραπληγίας θεραπευθεῖσαι διὰ συντηρητικῆς ἀγωγῆς 80

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: Χειρουργικὴ ἀντιμετώπισις κατάγματος μηριαίου ἐπὶ ὀστεομαρμαρώσεως 82

Σ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ: Ἐνδοφλέβιος τοπικὴ, ἢ κατὰ χώρας ἀναισθησία . . 85

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, ΧΡ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, ΕΜΜ. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Συντηρητικὴ θεραπεία ἐπιφυσιολύσεως τῆς μηριαίας κεφαλῆς 91

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: Περίπτωσης Charcot Σπονδυλοπαθείας μετὰ Tabes 92

ΚΩΝ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ: Ἐπίδειξις περιπτώσεων συγγενῶν ἐξαρθρημάτων ἰσχίων ἐπὶ νεογνῶν 94

Κ. ΚΑΜΠΕΡΟΓΛΟΥ: 'Η θεραπεία του συγγενούς εξάρθρωματος του ισχίου εις παιδιά κάτω των 3 ετών	96
Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ: 'Η πρόλιμος διάγνωση και θεραπεία του συγγενούς εξάρθρωματος του ισχίου επί των νεογνών	102
Μ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ: 'Η άρθροπλαστική του ισχίου κατά Collona . . .	103
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ: 'Επίδειξις τριών ασθενών μετά εξαίρεσιν του ενός των ήβοισχιακών κλάδων	106
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ: 'Επίδειξις περιπτώσεως όστεοαρθρικής άρθροπαθείας των ισχίων και διαπροχαντηρίου κατάγματος χειρουργηθέντος	107
Ρ. F. Warren 'Η κατά Warren μέθοδος άρθροδεσίας του ισχίου	107
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΔΙΚΗΣ-ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ και Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: 'Αντιμετώπισις έπιπλεγμένων καταγμάτων	108
Ι. ΜΑΤΣΟΥΚΑΣ: Πρωτότυποι παρατηρήσεις επί της αιτιολογίας και παθογενείας του Σ.Ε.Ι.	108
Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ: 'Αμφοτέπλευρος θυλακεκτομή γόνατος	113
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ και Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: Περίπτωσησις προπτώσεως πηκτοειδούς πυρήνος χειρουργηθείσης, επί έφήβου ηλικίας 14 ετών	113
Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Φ. ΣΠΙΝΘΟΥΡΑΚΗΣ, Ι. ΚΟΥΚΟΥΡΑΚΗΣ: 'Επί μιάς περιπτώσεως Νόσου του Hutter	115
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: Περίπτωσησις συνδρόμου άχενικής πλευράς έπιθεβαιωθείσης της διαγνώσεως διά γραφικής μεθόδου (σφυγμογραφήματος)	122
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Σ. ΠΛΕΣΣΑΣ, Δ. ΜΟΥΜΟΥΛΗΣ: Περίπτωσησις ύπερκονδυλίου ρωγμώνδους κατάγματος μηριαίου μετά θρομβώσεως της ίγνατικής άρτηρίας	124
Κ. ΠΡΩΤΟΓΗΡΟΥ: Τραυματικόν έντύπωμα του κονδύλου του μηρού	126
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Κριτήρια χειρ/κής αντιμετώπισεως της κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου	127
Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Περίπτωσησις Volkman	127
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: 'Επί δύο σπανίων περιπτώσεων παραπληγίας έκ πίεσεως. Προσπάθεια άποσυμπιεστικής σπονδυλοτομής	127
Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΗΣ, ΣΠ. ΜΗΛΙΓΚΟΣ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ και Συνεργάται: 'Η εφαρμογή της Τμηματικής Χημειοθεραπείας επί κακοήθων όγκων των άκρων διά της συσκευής έξωσωματικής κυκλοφορίας	132
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Περίπτωσησις άλγεινης όστεοπαρώσεως όφειλαμένης εις ύπερπαρathyρεοειδισμόν	141
Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, ΕΜΜ. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ, Γ. ΔΕΛΙΔΗΣ: 'Επ' εύκαιρία μιάς περιπτώσεως γλυομαγγειώματος Glomus-Tumor	141

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

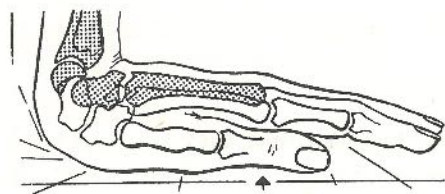
Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ — Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ και Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Έξαρθήματα του μηγοειδούς. (Έπί 7 ήμετέρων περιπτώσεων).

Η Πανεπιστημιακή Όρθοπεδική Κλινική προδαινει εις την επίδειξιν επτά εξαρθημάτων του μηγοειδούς οστού του καρπού.

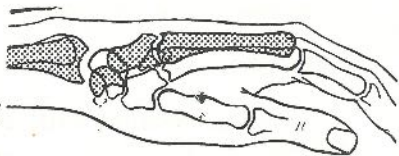
Αί κακώσεις των οστών του καρπού εμφανίζουσι μεγάλην ποικιλίαν και αρκετούς συνδυασμούς. Μεταξύ των διαφόρων καταγμάτων και καταγμάτων-εξαρθημάτων, λίαν συχνά απαντώνται τὰ εξαρθήματα του μηγοειδούς. Ταύτα ως πρὸς τὴν συχνότητα ἔρχονται μετὰ τὸ κάταγμα του σκαφοειδούς. Τὸ εξάρθημα του μηγοειδούς ἐμφανίζεται: εἴτε ὡς ἀπλοῦν εξάρθημα, κατὰ τὸ ὅποιον τρόπον τινὰ τοῦτο ἐκπυρηνούται ἐκ τῆς φυσιολογικῆς του θέσεως, πρὸς τὰ πρόσω συχνότερον καὶ πρὸς τὰ ὀπίσω σπανιότερον. Ὑπάρχουσι ὁμοίως καὶ εξαρθήματα των οστών του καρπού τὰ καλούμενα περιμηγοειδή, εἰς τὰ ὅποια τὸ μὲν μηγοειδὲς παραμένει εἰς τὴν θέσιν του, ὁ δὲ δευτερος στοιχος των οστών του καρπού εξαρθροῦται πρὸς τὰ ὀπίσω. Πλὴν τούτου, ὑπάρχουσι καὶ ἄλλα εἶδη εξαρθημάτων του μηγοειδούς, κατὰ τὰ ὅποια παρατηρεῖται: εξάρθημα τούτου μετὰ τμήματος κατεαγότος σκαφοειδούς ἢ εξάρθημα τούτου μετὰ ὀλοκλήρου του σκαφοειδούς καὶ κατάγματος τῆς στυλοειδούς ἀποφύσεως τῆς κερκίδος.

Μηχανισμὸς κακώσεως. Διὰ τὴν κατανόησιν καὶ θεραπείαν τις τὰς κακώσεις του καρπού πρέπει γὰρ κατανόησιν τὴν λειτουργικὴν ἀνατομικὴν των ἀρθρώσεων του καρπού. Τὸ μηγοειδὲς, πυραμοειδὲς καὶ πρισσοειδὲς ὄστυον συμπεριφέρονται ὡς μία μονὰς εἰς τὸν πρῶτον στοιχόν, ἐνῶ τὸ ἔλασσον πολύγωνον, κεφαλῶτον καὶ ἀγκιστρῶτον δροῦν ὡς ἑτέρα μονὰς εἰς τὸν δευτερον στίχον. Τὸ σκαφοειδὲς δρᾷ εἰς ἀμφοτέρους τοὺς στίχους καὶ συνδέει αὐτοὺς μετὰξύ των. Τὸ μείζον πολύγωνον δρᾷ ὡς μετακάρπιον διὰ τὸν ἀντίχειρα.

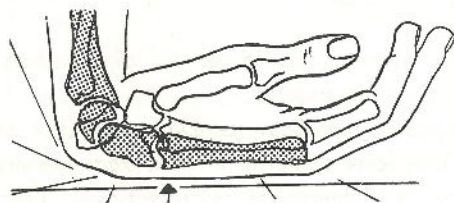
Οἱ σύνδεσμοι: του πρῶτου στίχου πρὸς τὴν κερκίδα καὶ ὠλένην καὶ του δευτέρου στίχου πρὸς τὰ μετακάρπια εἶναι ἰσχυρότεροι ἐκείνων, οἱ ὅποιοι συνδέουσι τοὺς δύο στίχους μετὰξύ των. Οὕτω μία κάκωσις ἐν ὑπερεκτάσει, τείνει γὰρ διαχωρίσιν των καρπῶν εἰς τὸ ἀσθενέστερον σημεῖον, τὸ ὅποιον εἶναι ἢ μετὰξύ των δύο στίχων ἀρθρωσις. Ἐπειδὴ τὸ σκαφοειδὲς εὐρίσκεται μετὰξύ των δύο στίχων, ἡ διαχωριστικὴ δύναμις δρᾷ ἐπὶ του αὐχένου του σκαφοει-



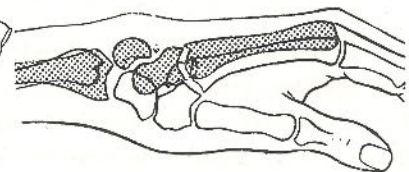
Etx. 1.



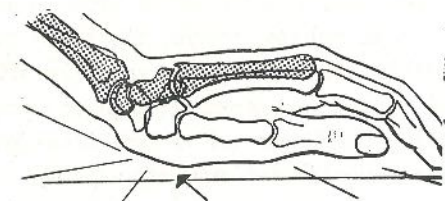
Etx. 1α.



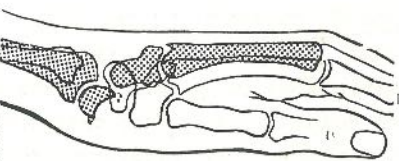
Etx. 2.



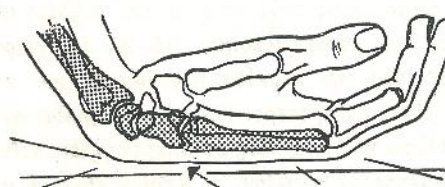
Etx. 2α.



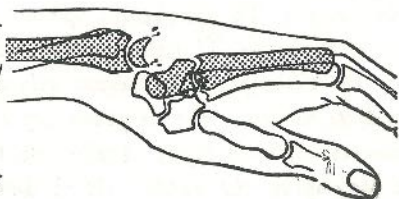
Etx. 3.



Etx. 3α.



Etx. 4.



Etx. 4α.

δοῦς καὶ προκαλεῖ κάταγμα αὐτοῦ. Παρομοία δύναμις, προκαλοῦσα μεγαλυτέραν βλάβην, φέρει τὸν δεύτερον στοῖχον ραχιαίως μακρὰν τοῦ πρώτου, προξενούσα οὕτω κάταγμα ἢ ἐξάρθρωμα τοῦ σκαφοειδοῦς. Αὕτη εἶναι καὶ ἡ δευτέρα κατὰ σειρὰν συχνότητος παρατηρουμένη κάκωσις. Πολλάκις ἡ δύναμις θραύει τὴν στυλοειδῆ ἀπόφυσιν τῆς κερκίδος, ἀντὶ τοῦ σκαφοειδοῦς, καὶ διαφεύγουν τὸ σκαφοειδὲς ἢ τὸ μηγοειδὲς βεβαίως κακώσεως πλὴν ὅμως ἐξαρθροῦται καὶ ὁ δεύτερος στοῖχος τοῦ καρποῦ. (Εἰκ. 1-4a).

Ἄν καὶ ὁ ἀκριβὴς μηχανισμὸς παραγωγῆς τοῦ ἐξαρθρώματος τοῦ μηγοειδοῦς εἶναι ἀμφισβητούμενος, φαίνεται ὅτι ὁμοιάζει μὲ τὸν παράγοντα τὰ διασκαφοειδῆ-περιμηγοειδῆ ἐξαρθρώματα, τὰ ὁποῖα συμβαίνουν κατὰ τὴν αὐτὴν συχνότητα. Τὸ πιθανώτερον εἶναι ὅτι ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς κατευθύνσεως τῆς δυνάμεως καὶ ὠρισμένων ἀνατομικῶν ποικιλιῶν, κατὰ τὰς ὁποίας ὁ παλαμιαῖος κερκιδωλενικός σύνδεσμος ρήγνυται πρῶτος, ἐπιτρέπων τὸ μηγοειδὲς νὰ ἐξαρθρωθῆ πρὸς τὸν καρπιαῖον σωλῆνα, χωρὶς νὰ προκληθῆ κάταγμα ἢ ἐξάρθρωμα ἀλλαχοῦ. Συχνὰ ἐπίσης, κατὰ τὴν ἀνάταξιν τοιοῦτων κακώσεων γίνεται ἐμφανές, ὅτι ἐκεῖνο τὸ ὁποῖον ἐνομίζομεν ὡς ἀπλοῦν ἐξάρθρωμα τοῦ μηγοειδοῦς εἶναι εἰς τὴν πραγματικότητα ἐν περιμηγοειδὲς ἐξάρθρωμα μὲ δευτεροπαθὲς ἐξάρθρωμα τοῦ μηγοειδοῦς, ὀφειλόμενον εἰς τὴν μετατόπισιν τοῦ κεφαλωτοῦ ὀπισθεν τοῦ μηγοειδοῦς. Ἐπειδὴ αἱ μετατοπίσεις αὗται ἀνατάσσονται συνήθως αὐτομάτως, ἢ παθολογία των δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ μελετηθῆ ἐπακριδῶς. Ὁ Wagner συνοφίξει ὅλας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις ὑπὸ τὴν γενικὴν ὀνομασίαν τῶν περιμηγοειδῶν ἐξαρθρωμάτων.

Ἡ κ λ ι ν ι κ ῆ εἰ κ ῶ ν τῶν ἐξαρθρωμάτων τοῦ μηγοειδοῦς περιλαμβάνει οἷδημα καὶ παραμόρφωσιν τοῦ καρποῦ, τοπικὸν ἄλγος, περιορισμὸν τῶν κινήσεων τοῦ καρποῦ καὶ τῶν δακτύλων καὶ ἐπὶ συμμετοχῆς τοῦ μέσου νεύρου, αἰμωδίαν καὶ νυγμοὺς κατὰ τὴν περιοχὴν διανομῆς αὐτοῦ.

Ἡ ἀ κ τ ι ν ο λ ο γ ι κ ῆ εἰ κ ῶ ν τῶν ἀνωτέρω κακώσεων εἶναι μὲν τυπικὴ, πολὺ ὅμως εὐκόλον νὰ διαφύγη τῆς προσοχῆς, ἰδίᾳ ἐπὶ κακῶν προβολῶν καὶ συνυπάρξεως καὶ ἄλλων κακώσεων. Πρὸς τοῦτο δέον ὅπως λαμβάνονται καλὰ ἀκτινογραφία εὐχερῶς ἀναγινωσκόμεναι, ἵνα ἀποκλεισθῆ ἢ σχετικῶς σπανία αὐτὴ κάκωσις.

Ἡ θ ε ρ α π ε ἰ α τῶν ἐξαρθρωμάτων τοῦ μηγοειδοῦς ἐπὶ προσφάτων περιπτώσεων εἶναι συνήθως συντηρητικὴ, συνισταμένη εἰς ἄμεσον ἀνάταξιν δι' εἰδικῶν χειρισμῶν, ἰδίᾳ ἔλξεως κατ' ἄξονα τῆς χειρὸς ἐπὶ 15 τοῦλάχιστον λεπτὰ καὶ εἶτα εἰς πίεσιν τοῦ μηγοειδοῦς διὰ τοῦ ἀντίχειρος, μὲ ταυτόχρονον κάμφιν τοῦ καρποῦ. Ἐπὶ δυσκόλων περιπτώσεων, ὅπου ἡ ἀνάταξις εἶναι δύσκολος, συνιστᾶται ἡ ἐγχειρητικὴ ἀνάταξις διὰ προσπελάσεως διὰ τῆς ραχιαίας ἢ παλαμιαίας ὁδοῦ. Ἐπὶ παλαιῶν περιπτώσεων, πέραν τῆς ἐβδομάδος,



Είκ. 5.

Πρόσθιον άπλοών έξάρθρημα τοῦ μηνιοειδοῦς εἰς τήν κατὰ μέτωπον καί ἐκ τοῦ πλαγίου
άκτινογραφικῆν άπεικόνισιν. (Ίδία)



Είκ. 5α.



Είκ. 6.

Περιμηνιοειδές πρόσθιον έξάρθρημα τοῦ καρποῦ εἰς τήν κατὰ μέτωπον καί ἐκ τοῦ
πλαγίου άκτινογραφικῆν άπεικόνισιν. (Ίδία)



Είκ. 6α.

συνιστάται μόνον ἐγχειρητική ἀγωγή καὶ δὴ αἱματηρὰ ἀνάταξις, ἐὰν εἶναι εὖκολος καὶ σχετικῶς πρόσφατος, μὲ κίνδυνον ἀσήπτου νεκρώσεως τούτου καὶ τῶν ἐπακολούθων τῆς νόσου τοῦ Kienhöck, ἢ καλύτερον, συνιστάται ἡ ἀφαιρέσις αὐτοῦ.

Τὰ ἀπώτερα ἀποτελέσματα ἀναταγέντων ἐξάρθρημάτων τοῦ μηνγοειδοῦς διὰ τῆς ἀναιμάκτου ἢ αἱματηρᾶς ἀγωγῆς ἔχουν νὰ παρουσιάσουν ἰκανὸν ἀριθμὸν ἀσήπτου νεκρώσεως, ἢ θεραπεία τῆς ὁποίας ἐπὶ ἐπωδύνων καταστάσεων εἶναι ἡ ἀρθρῶδεις τοῦ καρποῦ. Ὑπάρχει καὶ ποσοστὸν νεκρωμένου μηνγοειδοῦς, τὸ ὁποῖον δὲν ἐμφανίζει συμπτώματα καὶ τὸ ὁποῖον δὲν χρήζει περαιτέρω θεραπείας.

Αἱ περιπτώσεις τὰς ὁποίας ἐπιδεικνύομεν ἐμφανίζουν 1) ἐξάρθρημα τοῦ 2ου στοιχείου τοῦ καρποῦ περὶ τὸ μηνγοειδές, χωρὶς τοῦτο νὰ μετατοπισθῇ (εἰκ. 6-6α), 2) ἐξάρθρημα τοῦ μηνγοειδοῦς μετὰ τοιοῦτου τοῦ ἐλάσσονος πολυγώνου, 3) ἐξάρθρημα ὀλοκλήρου τοῦ 1ου στοιχείου τοῦ καρποῦ καὶ 4) ἀπλοῦν ἐξάρθρημα τοῦ μηνγοειδοῦς, ὅπερ καὶ ἀποτελεῖ τὴν συχνοτέραν μορφήν. (Εἰκ. 5-5α).

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDER — A. GIANNIKAS and B. PAPATHANASIOU: Dislocation of the lunate bone (report of seven cases).

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑ καὶ Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Ἡ ἐσωτερικὴ συγκράτησις εἰς τὴν χειρουργικὴν τῆς ἄκρας χειρός.

Γενιχότητες. Ἡ ἐσωτερικὴ συγκράτησις ἐπὶ τῶν ἐν γένει καταγμάτων κατακτᾷ συνεχῶς ἔδαφος εἰς τὴν θεραπείαν αὐτῶν, ἔνεκα τῶν πολλῶν πλεονεκτημάτων τὰ ὁποῖα παρουσιάζει.

Ἡ ἄκρα χεὶρ, ὡς ἐκτελοῦσα τὸ πλεῖστον τῆς ἐργασίας, ὑπόκειται εἰς τραυματισμούς καὶ κατάγματα τῶν φαλάγγων ἢ τῶν μετακαρπίων. Ταῦτα δὲ δυνατὸν νὰ εἶναι: κλειστά ἢ ἀνοικτά, ἀπλᾶ ἢ συντριπτικά.

Τὰ κατάγματα τῶν μικρῶν ὀστέων τῆς ἄκρας χειρός εἶναι καλοῦθι ἐκ φύσεως, πωροῦνται εὐκόλως, τὸ δὲ ποσοστὸν τῆς ψευθαρθρώσεως εἶναι μηδαμινόν. Τὰ κατάγματα ὅμως αὐτὰ εἶναι κακοῦθι ἀπὸ λειτουργικῆς ἀπόψεως, διότι ἔχουν ἐκατέρωθεν ἀρθρώσεις, πολὺ πλησίον κειμένας, εὐρίσκονται κεκαλυμμένα μόνον ὑπὸ δέρματος καὶ τενοντίου ἴστοῦ, ὁ παραμικρὸς δὲ τραυματισμὸς προκαλεῖ τὴν δημιουργίαν οὐλώδους ἴστοῦ, μὲ ἀποτέλεσμα μείωσιν τῆς ἀποδόσεως τῆς λειτουργίας, ρίχνωσιν τῶν ἀρθρώσεων καὶ συνδέσμων μὲ ἐπακόλουθον τὴν δυσκινήσιαν.

Ἄλλοτε παραγῶν ἐπιδρῶν δυσμενῶς ἐπὶ τῆς λειτουργικῆς ἀποκαταστά-

ἰ πλαγίου
(Ἰδ:α)

ἰκ τοῦ
(Ἰδ:α)

σεως μιᾶς δακτυλικῆς ἀρθρώσεως ἐπὶ κατάγματος φάλαγγός τινος εἶναι ὁ χρόνος παραμονῆς ἐν ἀκίνησιν, εἴτε διὰ γυφίνου ἐπιδέσμου εἴτε δι' εἰδικῶν πρὸς τοῦτο ναρθήκων. Τὸ ὅσοῦν τῶν φαλάγγων πωροῦται φυσιολογικῶς εἰς 4 ἑβδομάδας περίπου, ὅτε εἶναι δυνατόν νὰ ὑποστῇ τὴν δοκιμασίαν τῆς ἐργασίας, πλὴν ὅμως τὸ χρονικὸν τοῦτο διάστημα εἶναι ἀρκετὸν διὰ τὴν δημιουργίαν δυσκαμψίας τῶν συνδέσμων τῶν τενόντων ἢ τραυματισμοῦ αὐτῆς ταύτης τῆς ἀρθρώσεως.

Εἰς τὴν θεραπείαν τῶν καταγμάτων τῶν ὀστέων τῆς χειρὸς ἢ ἐσωτερικῆ συγκράτησις ἐκτελουμένη ὑπὸ ἐμπείρων ἰατρῶν ἀποτελεῖ τὴν ἀπάντησιν εἰς τὰς δυσκαμψίας καὶ παραμορφώσεις τῆς χειρὸς μετὰ σοβαρὸν ἢ ἐλαφρὸν τραυματισμόν.

Ἡ ἐσωτερικῆ συγκράτησις ἐπίσης ἀποτελεῖ σχεδὸν ἀπαραίτητον προϋπόθεσιν διὰ τὴν ἐκτέλεσιν ἐπανορθωτικῶν ἐπεμβάσεων ἐν γένει, ἀρθροδέσεων κλπ. ἐπὶ τῆς ἄκρας χειρὸς.

Αἱ σήμερον χρησιμοποιούμεναι μέθοδοι ἐσωτερικῆς συγκρατήσεως εἶναι αἱ μεταλλικαὶ βελόναι τύπου Kirschner ἢ Steinmann, οἱ διάφοροι κοχλῖαι καὶ τὰ ὀστικά μοσχεύματα ὡς καὶ οἱ συνδυασμοὶ τούτων.

Π λ ε ο ν ε κ τ ῆ μ α τ α. Διὰ τῆς ἐσωτερικῆς συγκρατήσεως τῶν ὀστέων τῆς χειρὸς κατὰ τὰς διαφόρους ἐπεμβάσεις ἐπ' αὐτῆς ἐπιτυγχάνομεν:

1) Τὴν ἐπακριβῆ ἀνατομικὴν ἀνάταξιν τῶν ὀστέων, ὡς ἐπὶ καταγμάτων μετακαρπίων καὶ ἐπὶ ἐξαρθρημάτων τῶν καρπο-μετακαρπίων ἀρθρώσεων, κατάγματος τοῦ Bennet κλπ.

2) Τὴν πλήρη ἐσωτερικὴν ἀκίνητοποίησιν τῶν ὀστέων, ὡς ἐπὶ καταγμάτων ἐξαρθρημάτων, ἀρθροδέσεων, ὀστεοτομιῶν, μεταμοσχεύσεως τῶν ὀστέων, δακτύλων κλπ.

3) Τὴν διατήρησιν τῆς ἐπιτευχθείσης θέσεως κατὰ τὸ χρονικὸν διάστημα τὸ ἀπαιτούμενον δι' ὀριστικὴν ἀποκατάστασιν π.χ. πύρωσιν, ἐπούλωσιν.

4) Τὴν ἀποφυγὴν δυσχεροῦς, ὀγκώδους ἢ πολυπλόκου ἐξωτερικῆς ἀκίνητοποίησεως καὶ τὴν προσφερομένην δυνατότητα ἀντιμετωπίσεως εὐχερῶς προβλημάτων τῶν μαλακῶν μορίων π.χ. ἔλλειψιν δέρματος, πλαστικά ἐπεμβάσεις, τενοντορραφαὶ κλπ.

5) Τὴν πρῶτον κίνητοποίησιν παρακειμένων ἀρθρώσεων πρὸς ἀποφυγὴν τῆς καταστρεπτικῆς δυσκαμψίας ἐκ τοῦ τραυματισμοῦ, χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, μετατραυματικοῦ οἰδήματος καὶ παρατεταμένης ἀκίνητοποίησεως. Τοῦτο ἀποτελεῖ τὴν βάσιν τῆς λειτουργικῆς ἀποκαταστάσεως τῆς τραυματισθείσης χειρὸς.

Ἐνδείξεις.

I) Ἐπὶ καταγμάτων: α) Ἐφ' ὄλων τῶν προσφάτων ἀνοικτῶν καταγμάτων (ἀπλῶν ἢ συντριπτικῶν) ἰδίᾳ δὲ ἐπὶ συνυπάρξεως ἀπωλείας δέρματος. β) Ὡς θεραπεία ἐκλογῆς ἐπὶ δυσκόλων καταγμάτων, ἀνοικτῶν ἢ κλειστῶν, ὡς καὶ ἐξαρθρημάτων τῶν καρπομετακαρπίων ἀρθρώσεων. γ) Ἐπὶ ἀνατάξεως καὶ συγκρατήσεως παλαιῶν καταγμάτων, ὡς π.χ. ἐπὶ πωρώσεως ἐν πλημμελεῖ θέσει, γωνιώσει, συστροφῇ κλπ.

II) Ἐπὶ ἀρθροδέσεων: α) Ἐπὶ μεσοδακτυλικῶν ἢ μετακαρποφαλαγγικῶν ἀρθρώσεων πρὸς διατήρησιν τῆς ἐπιζήτουμένης θέσεως. β) Ἐπὶ ἀρθροδέσεων τοῦ καρποῦ ὡς συμπληρωματικῶν πρὸς συγκράτησιν τῶν μοσχευμάτων.

III) Ἐπὶ ἐπανορθωτικῆς χειρουργικῆς γενικῶς, ὡς π.χ. διατήρησις τοῦ διαστήματος μεταξὺ τοῦ πρώτου καὶ δευτέρου μετακαρπίου, ἐπὶ ἀντιχειροποιήσεως, προσωρινῆς ἀκίνητοποιήσεως ἀρθρώσεως τινὸς κλπ.

IV) Ὡς ἐσωτερικὴ συγκράτησις ἐπὶ τενοντορραφῶν, ἰδίᾳ ἐπὶ σφυροδακτυλίας κλπ.

Ἐπίδειξις περιπτώσεων.

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDES — A. GIANNIKAS and B. PAPATANASIOU: Internal fixation in surgery of the hand.

A. GIANNIKAS: Περίπτωσης μεταμοσχεύσεως μετακαρπίου. (Δὲν κατετέθη χειρόγραφον).

Α Ρ Χ Α Ι Ρ Ε Σ Ι Α Ι

Γενομένων ἀρχαιρεσιῶν ἐξελέγη τὸ κάτωθι συμβούλιον:

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Καμπέρογλου Κ.

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ἀρζιμάνογλου Ἄν.

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Πρωτογύρου Κ.

ΤΑΜΙΑΣ: Παπαδημητρίου Δ.

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Μουρούλης Δ.

Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Ε Ι Σ

Κ. ΗΑΙΟΠΟΥΛΟΣ — Φ. ΣΠΙΝΘΟΥΡΑΚΗΣ, και Α. ΠΑΡΑΚΕΤΑΣ: Νευρογενείς
 Ἀρθροπάθειαι.

Ὁ Charcot τὸ 1868 περιέγραψε τύπον ἀρθροπαθείας ἐξαρτωμένης ἐκ παθήσεώς τινος τοῦ Κεντρικοῦ Νευρικοῦ Συστήματος (Κ.Ν.Σ.) κύρια χαρακτηριστικὰ τῆς ὁποίας ἦσαν τὸ ἀνώδυον τῆς ἀρθρώσεως, ἡ μεγάλη κινητικότητα αὐτῆς καὶ ἡ ἔλλειψις φλεγμονωδῶν φαινομένων. Πρὸς τὴν ἀρχικὴν αὐτὴν περιγραφὴν τοῦ Charcot προσομοιάζει ἡ περίπτωσις τῆς ἀσθενοῦς μας Κας Θερ. (ἀριθ. Μητρ. 127989), τὸ ἱστορικὸν τῆς ὁποίας ἔχει ὡς ἑξῆς:

Κα Θερ., 47 ἐτῶν, ἐκ Μυτιλήνης.

Διεκομίσθη εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Γενικοῦ Νοσοκομείου Πειραιῶς ἐκ τῆς Α' Παθολογικῆς Κλινικῆς, συνεπεία ἀνωδύνου διογκώσεως τοῦ ἀριστεροῦ ἀγκῶνος καὶ κύστεως ἀριστ. ἰγνύος.

Κληρονομικὸν καὶ ἀναμνηστικὸν ἐλεύθερον, (ὡς λέγει).

Ἐμμηνος ρῦσις 12—43 ἐτῶν. Μία ἀποβολὴ τὸν 2ον μῆνα.

Ἡ παρούσα νόσος ἀρχεταὶ ἀπὸ τοῦ 1945 διὰ αἰμωδίας καὶ ὑπαισθησίας τοῦ μικροῦ καὶ παραμέσου δακτύλου τῆς ἀριστερᾶς χειρὸς. Σὺν τῇ παρόδῳ τοῦ χρόνου ἐγκατεστάθη πλήρης ἀναισθησία εἰς τὴν ἄκραν χεῖρα, ἐπεκτεινόμενη βραδέως πρὸς ὄλον τὸ ἀριστερὸν ἄνω ἄκρον. Ἡ ἀσθενὴς ἀναφέρει χαρακτηριστικῶς ὅτι κατὰ τοὺς ἐκάστοτε τραυματισμοὺς ἢ ἐπαφὴν μὲ θερμότητα, οὐδὲν ἠσθάνετο, ἀντελαμβάνετο δὲ τὸν ἐπελθόντα τραυματισμὸν ἐκ τοῦ ἀποτελέσματος αὐτοῦ δηλαδὴ τῆς αἰμορραγίας ἢ τοῦ σχηματισμοῦ φλυκταίνης ἐξ ἐγκαύματος. Τὸ 1951 ὑπέστη ἐγκαυμα ἐκ διαθερμίας εἰς τὸν ἀριστερὸν ὤμον. Ἐγγοσθλεύθη εἰς διάφορα νοσοκομεία (Γ. Ν. Μυτιλήνης 1951 — Γ. Ν. Ἀθηνῶν 1956 καὶ ἰδιωτικῶς) ὑπεβλήθη δὲ εἰς διάφορους θεραπειὰς ἀνευ ἀποτελέσματος τινός.

Ἀπὸ τοῦ 1954 παρετήρησε διογκωσιν τοῦ ἀγκῶνος ὑπὸ μορφήν οἰδήματος, εἰς τὴν ὁποίαν δὲν ἀπέδωσε σημασίαν δεδομένου ὅτι δὲν ἀλγοῦσε καὶ δὲν τὴν ἠμπόδιζεν εἰς τὰς οἰκιακὰς καὶ ἀγροτικὰς ἀσχολίας τῆς.

Κατὰ τὴν εἰσοδὸν τῆς εἰς τὴν Κλινικὴν μας (24.4.62) ὁ ἀριστερὸς ἀγκῶν ἐνεφανίζετο λίαν διογκωμένος ὡς ἐπὶ ὕδρᾶρθρου, ἐψηλαφῶντο δὲ ἐλευθέρως μετακινούμενα ξένα σώματα, εἰς τὴν ἔσω ἐπιφάνειαν.

Ἡ κινητικότητα τῆς ἀρθρώσεως ἦτο ὄχι μόνον πλήρης, ἀλλὰ ἐνεφάνιζεν ὑπερκινητικότητα, ἐγένετο δὲ συγχρόνως ἀντιληπτός ἐντονος κριγμός. Ἀπὸ ἀπόψεως αἰσθητικότητας παρουσίαζε πλήρη ἐξαφάνισιν τῆς ἐπιπολῆς καὶ ἐν τῇ βάθει αἰσθητικότητας, καθ' ὅλον τὸ ἄκρον καὶ πρὸς οἰοδηποτε ἐρέθισμα.

Διεπιστώθη ὑπάρξις κύστεως ἀριστ. ἰγνύος, ἄνευ οὐδεμιάς ἐτέρας ἀλλοιώσεως τῆς ἀρθρώσεως τοῦ γόνατος. Ἀκτινογραφικῶς ἐμφανίζεται ἐλάττωσις καὶ κατὰ τόπους ἐξαφάνισις τοῦ μεσαρθρίου διαστήματος τοῦ ἀγκῶνος. Τὰ ἔρια τῶν ὁστέων ἐμφανίζονται ἀσαφῆ, ἰδίως εἰς τὴν περιοχὴν τῆς παρατροχιλίου ἀποφύσεως καὶ τοῦ ὠλεκράνου.

Εἰς τὴν ἔσω ἐπιφάνειαν τῆς ἀρθρώσεως ἐμφανίζονται καὶ ξένα σώματα.

Ἐκ τῶν ἐξετάσεων: Αἷματος: Ἐρυθρὰ 4.000.000, Λευκὰ 7.000. Wassermann (—), Kahn (+++). Σάκχαρον 0,95. Οὐρία 0,35. Γεν. οὖρων (—). Ἐγκεφαλοωτιαίου ὑγροῦ Wassermann — Kolmer (—). Λεύκωμα 0,22%. Κύτταρα 1 κ. κχ. Νευρολογικὴ ἐξέταση: Πλήρης ἀναίσθησία ἀριστ. ἄνω ἄκρου, τὰ ἀντανεκλαστικά τοῦ ὁποίου ἐλλείπουσιν. Ἐκ τοῦ λοιποῦ σώματος οὐδὲν νευρολογικῶς.

Ὄφθαλμολογικὴ ἐξέταση: (—).

4.5.1962. Ἐγχείρησις ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν. Ἀρθροτομὴ ἀπὸ τῆς ἔσω ἐπιφανείας τοῦ ἀγκῶνος. Ὁ ἀρθρικός θύλαξ ἐμφανίζεται λίαν πεπαχυμένος, ἐκ τῆς ἀρθρώσεως ἐκρέει ἄφθονον ἀρθρικὸν ὑγρὸν. Ἀφαιροῦμεν δύο τελείως ἐλεύθερα ξένα σώματα μεγέθους ἐλαίας καὶ ἐν τρίτον μεγαλύτερον ἐν συμφύσει πρὸς τὸ πρόσθιον τοίχωμα τοῦ θυλάκου. Αἱ ἀρθρικοὶ ἐπιφάνεια ἐμφανίζονται ἀνώμαλοι καὶ κατὰ τόπους διεβεβρωμένα. Τμῆμα θυλάκου λαμβάνεται πρὸς βιοψίαν.

Ἰστολογικὴ ἐξέταση (ἀριθ. πρωτ. 4364/4.5.62), Δις Δ. Γεωργιάδου.

Συμπέρασμα: Ἀλλοιώσεις χρονίας φλεγμονῆς.

25.5.62: Χειρουργικὴ ἀφαίρεσις κύστεως ἰγνύος.

Μετεγχειρητικὴ πορεία ὑπῆρξεν ὀμαλή, ἀμφοτέρων τῶν τραυμάτων ἐπουλωθέντων κατὰ πρῶτον σκοπόν.

Ἡ ἀσθενὴς ἐξήλθε τὴν 4.6.1962.

Τὴν 20.11.62 ἐπἀνῆλθεν εἰς τὴν Κλινικὴν λόγῳ πτώσεως ἐπὶ τὴν ἄκραν χεῖρα, ὑπέστη παραμόρφωσιν τοῦ ἀριστ. ἀγκῶνος χαρακτηρηθεῖσαν ὡς ἐξάρθρωμα. Ἡ ἀσθενὴς λέγει ὅτι κατὰ τὸ διαρεῦσαν πεντάμηνον διάστημα εἶχε καλῶς, ἠργάζετο ὡς πρότερον καὶ ὅτι παρουσίαζε βελτίωσιν τῆς αἰσθητικότητας. Ἡ βελτίωσις αὕτη δὲν ἐλέγχεται ὀρθῆ κατὰ τὴν κλινικὴν ἐξέτασιν, ἀντιθέτως ἐπεξετάθη πρὸς τὴν ὠμικὴν ζώνην. Δὲν παρουσιάζει μυϊκὴν ἀτροφίαν. Ἡ ἀρθρωσις εἶναι τελείως ἀνώδυνος, ἐμφανίζεται παραμορφωμένη καὶ συννεπεία αὐτῆς, περιορισμὸς τῆς κινητικότητας (ἐκτασις 160° — κάμφσις

90°). Ἀκτινογραφικῶς ἐμφανίζεται σαφῆς ἐπιδείνωση ἀπὸ τῆς τελευταίας ἐξετάσεως, ἤτοι πλάγιον ἔσω ἐξάρθρωμα τοῦ ἀγκῶνος, ἀλλοίωσιν τοῦ σχήματος τοῦ βραχιονίου, ὠλεκράνου, κερκίδος, συννεπία ὀστεολύσεως κατὰ τὴν ἐπιφανείαν αὐτῶν. 23.11.62 Ἑγχειρήσεις — Ἀρθροτομή ἀπὸ τῆς ἔξω ἐπιφανείας τοῦ ἀγκῶνος. Ὁ θύλαξ ἐμφανίζεται λίαν πεπαχυμένος, φέρει δὲ εἰς τὴν ἐσωτερικὴν του ἐπιφανείαν ἀνώμαλα πεπαχυμένα σαρκία. Ἐκ τῆς ἀρθρώσεως ἐκρέει ἄφθονον ὑγρὸν, ὡς καὶ ἐλεύθεραι λευκωπαὶ καὶ εὐθρυπτοὶ μάζαι. Αἱ ἀρθρικά ἐπιφανεῖαι ἐμφανίζονται ἀνώμαλοι καὶ διαθεβρωμένοι εἰς μεγάλην ἔκτασιν. Διὰ τὸν λόγον αὐτὸν δὲν ἐπιτυγχάνομεν τὴν πλήρη ἀνάταξιν τοῦ ἐξαρθρώματος. Κατὰ τὴν ραφὴν τοῦ θυλάκου προβαίνομεν εἰς ἀναδίπλωσιν αὐτοῦ, πρὸς περιορισμὸν τοῦ εὗρους τῆς ἀρθρικῆς κοιλότητος. Τεμάχιον θυλάκου ἐστάλη πρὸς ἱστολογικὴν ἐξέτασιν.

Σημειωτέον ὅτι ἡ ἐγχείρησις ἐγένετο ἄνευ ναρκώσεως καὶ ὅτι ἡ ἀσθενῆς οὐδὲν ἠσθάνθη. Ἱστολογικὴ ἐξέτασις (ἀριθ. πρωτ. 5427) 23.11.1962) Δις Γεωργιάδου. Συμπέρασμα: Ἀλλοιώσεις χρονίας φλεγμονῆς. Μετεγχειρητικὴ πορεία ὀμαλή. Τὴν 4.12.62 ἐξῆλθε τῆς Κλινικῆς.

Συμπέρασμα: Νευρογενῆς ἀρθροπάθεια ἀριστ. ἀγκῶνος, ἐπὶ ἀτόμου ἐμφανίζοντος τὴν κατὰ Kahn ἀντίδρασιν τοῦ αἵματος θετικὴν (+++).

Ἡ Νευρογενῆς Ἀρθροπάθεια (N.A.) κλινικῶς χαρακτηρίζεται ἐκ τῆς ἀναλγησίας. Ἡ κατάργησις τοῦ αἰσθήματος τοῦ ἄλγους ἀφορᾷ οἰονδήποτε ἐρέθισμα. Ἡ ἀσθενῆς μας ἀναφέρει ὅτι ὑπέστη ξγκαυμα ἐκ διαθερμίας μὴ ἀντιληφθεῖσα τὴν ἠδξήμενην θερμότητα τοῦ ἠλεκτροδίου. Ἐπίσης ὑπέστη χειρουργικὴν ἐπέμβασιν (ἀρθροτομή) ἄνευ οὐδεμιᾶς διαμαρτυρίας, καθ' ὅλα τὰ στάδια τῆς ἐγχειρήσεως. Λόγω τῆς ἀναλγησίας αἱ ἐν λόγῳ ἀρθρώσεις ὑφίστανται τραυματισμοὺς καὶ κακώσεις, ἀποτέλεσμα τῶν ὁποίων εἶναι αἱ ἀλλοιώσεις τῶν ἀρθρικῶν ἐπιφανειῶν, αἵτινες δυνατὸν νὰ φθάσουν εἰς πλήρη καταστροφὴν αὐτῶν. Ἀκτινογραφικῶς ἐμφανίζεται ὀστεόλυσις τῶν ὀστικῶν μορίων τῶν ἀρθρώσεων καὶ μεταβολὴ τῆς ἀρχιτεκτονικῆς αὐτῶν.

Συννεπία τῆς ἀναλγησίας καὶ τῶν ὀστικῶν ἀλλοιώσεων ὑφίσταται αὐξήσις τοῦ εὗρους τῶν κινήσεων, πέραν τῶν φυσιολογικῶν ὀρίων. Ἀναφέρονται ὑπερεκτεινόμενον γόνυ καὶ ἀγκῶν, ὡς καὶ ἐξάρθρωματα αὐτῶν. Οὐδεμία φλεγμονώδης ἀντίδρασις συνυπάρχει.

Ὁ Charcot, περιγράφων τὴν πάθησιν αὐτὴν τῶν ἀρθρώσεων, τὴν ἀπέδωκεν εἰς πάθησιν τοῦ K.N.Σ. καὶ δὴ τὴν Νωτιάδα Φθίσιον.

Ἐκτοτε ἐπεκράτησεν ἡ ὀνομασία ἀρθροπάθεια τοῦ Charcot (Charcot's Joint, Ἀργότερον ὁμως διεπιστώθη ὅτι τοιαῦται ἀρθροπάθειαι προκαλοῦνται καὶ ἐπὶ Συριγγομυελίας ὡς καὶ ἐπὶ Σακχαρώδους διαβήτου. Καὶ ἐπὶ μὲν τῆς Συριγγομυελίας, προσβάλλονται κυρίως ἡ κατ' ἀγκῶνα καὶ ὤμον, ἐπὶ

δὲ τοῦ Σακχαρώδους διαβήτου ὁ ἄκρος πούς. Ἐπίσης παθήσεις τῶν ὀπισθίων ριζῶν καὶ τῶν περιφερικῶν νεύρων, προκαλούντων ἀναλγησίαν δυνατὸν νὰ γίνουσι πρόσθενοι ἀναλόγου ἀρθροπαθείας. Τελικῶς τὰς ἀρθροπαθείας αὐτὰς ἐπεκράτησε νὰ ὀνομάζουσι Νευρογενεῖς Ἀρθροπαθείας. (Neuropathic Joints).

Ὡς τελευταίως δύο ἕτερα αἰτία - νοσήματα προσετέθησαν εἰς τὴν ομάδα τῶν προκαλούντων Ν.Α. Τὸ πρῶτον εἶναι ἡ συγγενὴς ἀναλγησία καὶ τὸ δεύτερον ἡ μετὰ ἐπανειλημμένας ἐνδαρθρικούς ἐγγύσεις κορτικοστεροειδῶν.

Ὁ Charcot ἐπίστευεν ὅτι ἡ ἀρθροπάθεια αὕτη ὀφείλετο εἰς τὴν ἀπουσίαν τροφικῆς ἐπιδράσεως τοῦ Κ.Ν.Σ. ἐπὶ τῆς ἀρθρώσεως. Ἀντιθέτως οἱ Westphal (1881) καὶ Volkmann (1882) ἀποδίδουσι τὰς ἀρθρικούς ἀλλοιώσεις εἰς τὴν ὑπερκινησίαν τῆς ἀρθρώσεως καὶ εἰς τὰς ἐνεκα τῆς ἀναλγησίας ἐπαναλαμβανομένας κακώσεις αὐτῆς.

Αἱ ἐπὶ τῆς παθογενείας τῆς νόσου ἀντιλήψεις τοῦ Volkmann ἐπεθεβαιώθησαν πειραματικῶς ὑπὸ τῶν Eloesser (1917) καὶ Delano (1946) καὶ κλινικῶς ὑπὸ τῶν Casagrande - Austin - Indeek (1957) (11).

Ὁ Eloesser εὑρεν ὅτι ἡ διατομὴ τῶν ὀπισθίων ριζῶν σὲ γαλῆς δὲν προκαλεῖ Ν.Α., ἀπαραίτητον πρὸς τοῦτο εἶναι ἡ κάκωσις τῆς ἀρθρώσεως.¹

Ἡ ἐπὶ Σακχαρώδους διαβήτου Ν.Α. περιεγράφη ὑπὸ τοῦ Jordan (1936). Ἐμφανίζεται ἐπὶ Σακχαρώδους διαβήτου μακρᾶς διάρκειας ἢ κακῶς θεραπευομένου ὡς ἐπίσης καὶ ἐπὶ ἀνθισταμένου εἰς τὴν θεραπείαν. Οἱ Builey καὶ Root (1947) εἶδον 17 περιπτώσεις ἐπὶ 20.000 διαβητικῶν, ὁ δὲ Jacob (1958) ἀναθεωρεῖ εἰς 47 τὰς γνωστὰς περιπτώσεις. Προσβάλλονται συνήθως αἱ ταρσο - μετατάρσοι ἀρθρώσεις καὶ μεταταρσοφαλαγγικαί. Περιγράφονται ὁμοίως καὶ περιπτώσεις ἀφορώσαι τὸ γόνυ καὶ τὴν ποδοκνημικήν. Τὰ κύρια συμπτώματα εἶναι ἡ διόγκωσις τοῦ ἄκρου ποδός καὶ ἡ σμίκρυνσις αὐτοῦ, συνέπεια τῆς ὀστεολύσεως, ἢ ὅποια ἐπακολουθεῖ, ἢ πλήρης κατάργησις τοῦ ἄλγους καὶ τῆς αἰσθητικότητος, ἢ ἔλλειψις τῶν ἀντανακλαστικῶν τοῦ σκέλους. Ἡ ὅλη πάθησις ὀφείλεται εἰς περιφερικὴν προσβολὴν τῶν αἰσθητικῶν νεύρων καὶ δευτεροπαθῆ ἐκφύλισιν τῶν ἀντιστοιχῶν κέντρων τοῦ Ν.Μ. Ἡ νευρική αὕτη προσβολὴ ἔχει σχέσιν μὲ τὴν διαταραχὴν τοῦ μεταβολισμοῦ τῶν ὕδατανθράκων, ἀπόδειξιν δὲ αὐτοῦ ἀποτελεῖ ἡ βελτίωσις τῆς τοπικῆς καταστάσεως κατόπιν ἱκανοποιητικῆς ρυθμίσεως τοῦ διαβήτου.

Ἡ συγγενὴς ἀναλγησία (Σ.Α.) (Congenital Universal Indifference to Pain) περιεγράφη ὑπὸ τῶν Ford καὶ Wilkins (1938) ἐπὶ 3 παιδῶν ἡλικίας 7—9 ἐτῶν. Ἡ ἀναλγησία ἀφορᾷ ὀλόκληρον τὸ σῶμα καὶ οἰονδήποτε ἐρέθισμα. Πρόκειται περὶ ἀναίσθησίας πρὸς τὸ ἄλγος καὶ οὐχὶ περὶ ἀδιαφορίας πρὸς αὐτὸ, ὡς δυνατὸν νὰ παρατηρηθῆ ἐπὶ ὑστερίας, ὑπνώσεως καὶ ψυχώσεως.

τελευταίας
οὔ σχήμα-
κ τὴν ἐπι-
πιφανείας
τὴν ἐσω-
ώσεως ἐκ-
κι. Αἱ ἀρ-
; μεγάλην
τάξιν τοῦ
αδίπλωσιν
χιον θυλά-

εἰ ἡ ἀσθε-
.11.1962)
επεγχειρη-

, ἐπὶ ἀτό-
(+++).

αι ἐκ τῆς
ἤποτε ἐρέ-
; μὴ ἀντι-
έστη χει-
θ' ἔλα τὰ
ύσεις ὑφί-
αι αἱ ἀλ-
εἰς πλήρη
ν ὀστικῶν

ται αὔξη-
αφέρονται
ιεμία φλε-

, τὴν ἀπέ-

Charcot's
προκαλοῦν-
κὶ ἐπὶ μὲν
ῶμον, ἐπὶ

Είναι σπανία πάθησις. Κατά τὸν Silverman καὶ Golden (1959) αἱ γνωσταὶ περιπτώσεις ἐκ τῆς βιβλιογραφίας ἀνέρχονται εἰς 46.

Τὸ αἷτιον, ἀγνωστον εἰσέτι, πιστεύεται ὅτι ἐδράζεται εἰς τὸν θάλαμον τοῦ ἐγκεφάλου, πάντως δὲν εἶναι περιφερικόν.

Οἱ Baxter καὶ Olsjnski (1960) προέβησαν εἰς πλήρη καὶ λεπτομερῆ νεκροψίαν μιᾶς περιπτώσεως, περιγραφείσης ἐνωρίτερον ὑπὸ τοῦ Von Houven (3) καὶ οὐδὲν τὸ ἰδιαιτέρον παρατήρησαν.

Ὁ Feindel (12) προέβη εἰς ιστολογικὴν ἐξέτασιν ἀρθρικοῦ χόνδρου ὁστοῦ καὶ περιστείου ἐξ ἀρθρώσεως πασχούσης ἐκ Ν.Α. συνεπεῖα Σ. Ἀναλγησίας, ὡς ἐπίσης δέρματος, περιτονίας καὶ μυδρ ἐκ τῆς αὐτῆς περιοχῆς καὶ οὐδεμίαν εὗρεν ἀνωμαλίαν εἰς τὰς νευρικὰς ἀπολήξεις ἢ ἄλλο τι δικαιολογοῦν τὴν πάθησιν. Συμπεραίνει ὅτι τὸ αἷτιον τῆς Σ. Α. εὑρίσκεται εἰς τὸ Κ.Ν.Σ., τῶν δὲ ἀρθρικῶν ἀλλοιώσεων εἰς τὴν ἐνεκεν τῆς ἀναλγησίας ὑπερκινητικότητα τῆς ἀρθρώσεως καὶ τραυματισμοῦ αὐτῆς.

Ἢ κατόπιν ἐνδαρθρικῆς χρήσεως κορτικοειδῶν ἐμφάνισις Ν. Α. παρατηρήθη ὑπὸ τοῦ Hollander. Ὡς γνωστόν, ὁ Hollander εἰσήγαγε τὴν ἐνδαρθρικὴν χρῆσιν τῆς ὑδροκορτιζόνης κατὰ τὸ 1951. Μετὰ δεκαετίαν, ἤτοι τὸ 1961, ἀνασκοπῶν τὸ ἀποτέλεσμα τῆς θεραπείας αὐτῆς ἐπὶ 4.000 ἀσθενῶν, ἐφ' ὧν ἐγένοντο 100.000 ἐνδαρθρικά ἐγχύσεις, εὗρε 37 ἀρθρώσεις ἐπὶ 26 ἀσθενῶν, «ἀσταθεῖς».

Τέσσαρες ἐξ αὐτῶν ἔφερον ἐκτεταμένας ὀστεολύσεις. Χαρακτηρίζει τὰς ἀρθρώσεις αὐτὰς ὡς «σχετικῶς ἀνωδύνους» (Relatively Painless) Ἀποδίδει τὴν πάθησιν εἰς τὴν λόγῳ τῆς ἐνέσεως τοῦ κορτικοειδοῦς βελτίωσιν τοῦ ἄλγους καὶ τὴν ἐξ αὐτοῦ αὐξήσιν τῆς κινητικότητος τῆς πασχούσης ἀρθρώσεως. Ὡς τρίτον παράγοντα ὑποθέτει τὴν μεγάλην δόσιν κορτικοειδοῦς, ἥτις προκαλεῖ τοπικὴν ὀστεοπόρωσιν, ὡς ἀκριβῶς προκαλεῖ γενικὴν τοιαύτην μετὰ τὴν ἀπὸ τοῦ στόματος θεραπείαν.

Ὁ Chandler (7) περιγράφει π ἐρίπτωσιν γυναικὸς 66 ἐτῶν, εἰς τὴν ὁποίαν, εἰς διάστημα 18 μηνῶν ἐγένοντο ἐπὶ τοῦ δεξιοῦ ἰσχίου, πάσχοντος ἐξ ὀστεοαρθρώσεως 900 χιγ. Hydrocortisone Acetate (50 Mg. x 18). Εἰς τὸ τέλος τῆς θεραπείας διεπιστώθη, πλὴν τῆς ἀναλγησίας, καὶ πλήρης ἐξαφάνισις συνεπεῖα ὀστεολύσεως, τῆς κεφαλῆς καὶ τοῦ αὐχένος.

S U M M A R Y

NEUROPATHIC ELBOW JOINT

By

C. S. ELIOPOULOS - TH. SPINTHOURAKIS - A. PARASKEVAS

A case of neuropathic elbow joint (Charcot's joint) in 47 years old woman is presented and discussed.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. LORD COHEN OF BIRKENHEAD : Neuropathic Joint, J.B.J.S. 43B No 2, 1961, P219.
2. HOUVEN H. : Neuropathic arthritis caused by indifference to pain.
3. DEGENHARDT D., GOODWIN M. : Neuropathic Joints in diabetes, J. B. J.S. 42B, No 4, 1960, p. 769.
4. LIPPMAN E., GROUS : Neurogenic arthropathy associated with diabetes melitus. J.B.J.S. 37A No 5, 1955, p. 971.
5. GRAM R. : Orthopaedic aspects of diabetic neuropathy, J.B.J.S. 37A, No 5, p. 967.
6. FLOYD W., LAVELL W., KING R. : The neuropathic joint. South M.J. 52 No 25, 1959, p. 563.
7. CHANDLER and COLL : British M. J. 1959 April, p. 952.
8. JACOBS J. : Observations of neuropathic Joints, occurring in diabetes. melitus. J.B.J.S. 40A No 5, 1958, p. 1043.
9. PETRIE J. : A case of progressive joint disorders caused by insensitivity to pain. J.B.J.S. 35B No 3, 1953, p. 309.
10. FEINDEL N. : Note in the nerve endings in a subject with arthropathy and congenital absence of pain : J.B.J.S. 35B No 3, 1953, p. 402.
11. CASAGRANDE P., AUSTIN B., INDECK W. : Denervation of the Ankle Joint, J.B.J.S. 33A No 3, 1951, p. 723.
12. APABANTINOS A. : Νευρογενείς αρθροπάθειαι. Ειδική Νοσολογία, Τεύχ. 4ον, σελ. 554.
13. BOULET OT COLL : Le pied diabetique. Sem Hopitaux, No 38, 1954, p. 2410.
14. BEUARD H. et COLL : Le pied diabetique. Sem Hopitaux, No 78, 1953, p. 3488.
15. BURREAU Y., BARRIERE H. : Pseudo-Syringomyelic acropathy of the lowers extremities: Sem Hopitaux No 25, 1955.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 27ης ΜΑΡΤΙΟΥ 1964

ΕΠΙΔΕΙΞΕΙΣ

Α. ΖΛΟΥΣΗΣ: 'Ασυνήθης μηχανισμός αποσπάσεως τένοντος τετρακεφάλου από τῆς ἐπιγονατίδος. (Δὲν κατετέθη χειρόγραφον).

Κ. ΠΡΩΤΟΓΗΡΟΥ: 'Απώτερον ἀποτέλεσμα ἐκτομῆς διαφύσεως κνήμης ἐπὶ ὀστεομυελίτιδος.

Ἔχομεν τὴν τιμὴν γὰ ἐπιδείξωμεν Ὑμῖν, ἀκτινογραφίας τοῦ ἀσθενοῦς Παύλου Κ., ἡλικίας 4 ἐτῶν, τῷ 1957.

Οὗτος προσεκομίσθη παρ' ἡμῖν τὴν 12.3.57, εἰς τὸ Νοσοκομεῖον «ΜΕΡΙΜΝΑ ΠΑΙΔΙΟΥ», ἵνα ὑποβληθῆ εἰς ἀκρωτηριασμόν τοῦ δεξιοῦ κάτω ἄκρου ὡς πάσχων ἐκ πολλαπλῶν συριγγίων μετὰ μεγάλης καταστροφῆς δέρματος τῆς κνήμης, ἐπὶ παρημελημένης ὀστεομυελίτιδος (εἰκ. 1).

Ὑπὸ τὴν σκέπην τῶν ἀντιβιοτικῶν καὶ χημειοθεραπευτικῶν, ἀνάρροπον θέσιν, ἀκίνητοποίησιν ἐν γύψῳ, ἐπιμελημένων ἀλλαγῶν, τὸ σῆδημα καὶ αἱ ἐκ τοῦ δέρματος θλάδαι ἤρχισαν νὰ περιορίζωνται.

Πλὴν ὅμως πολλαπλοὶ συριγγῶδεις πόροι ἐξηκολούθουν νὰ ὑφίστανται καθ' ἑλὴν τὴν ἔκτασιν τῆς κνήμης (εἰκ. 2).

Διὰ ταῦτα τὴν 8.7.57 προέβημεν εἰς ἐκτομὴν δλοκλήρου σχεδὸν τῆς διαφύσεως καὶ ἐκσκαφὴν μέχρι τῶν συζευκτικῶν χόνδρων (εἰκ. 3).

Τὴν κατὰ α' σκοπὸν ἐπούλωσιν τοῦ χειρουργικοῦ τραύματος, ἐπηκολούθησεν ἡ ἐπούλωσις τῶν συριγγῶδων πόρων.

Ὅταν τὰ τοπικὰ καὶ γενικὰ φλεγμονώδη φαινόμενα παρήλθον πλήρως, ἤτοι τὴν 27.11.57, ἐχρησιμοποίησαμεν μόσχευμα ὀστεοπεριοδικὸν ἐκ τῆς ἐτέρας κνήμης, πρὸς γεφύρωσιν τοῦ κενοῦ (εἰκ. 4).

Ἦδη παρήλθον 6 ἔτη, μετὰ ἀπὸ τὴν τελευταίαν ἐπέμβασιν, δὲν παρετηρήθη οὐδεμία ἐνόχλησις, ἡ κνήμη ἀνεπτύχθη ὡς καὶ ἡ ἑτέρα.

Αἱ ἀκτινογραφίαι αὗται (εἰκ. 5), δεικνύουσιν πλήρη ἀνάπλασιν τῆς κνήμης καὶ τὴν τελικὴν ἀποκατάστασιν.

S U M M A R Y

C. PROTOGIROU: End result of diaphysectomy in a case of osteomyelitis of the tibia.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Κ. ΠΑΥΣΙΟΣ : Θεραπεία καταγμάτων βραχιονίου διά κρεμαμένου γυφίνου επιδέσμου.
(Δέν κατετέθη χειρόγραφον).

ΣΥΖΗΤΗΣΙΣ

Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ

Ἡ θεραπεία τῶν καταγμάτων τοῦ βραχιονίου διά τοῦ κρεμαμένου γύψου εἶναι λίαν χρήσιμος καὶ ἀποτελεσματικὴ μέθοδος.

Τὴν χρησιμοποιοῦμεν ἀπὸ πολλῶν ἐτῶν ὡς μέθοδον ἐκλογῆς, δι' ὅλα τὰ κατάγματα τῆς διαφύσεως τοῦ βραχιονίου. Ἐξαιροῦνται τὰ ὑπερκονδύλια κατάγματα καὶ τὰ ὑποκεφαλικά, ὡς καὶ τινὰ κατάγματα λίαν λοξὰ τῆς διαφύσεως, εἰς τὰ ἑποῖα τὰ αἰχμηρὰ ἄκρα τῶν ὀστέων παρεκτοπιζόμενα δυνατόν νὰ τραυματίσουν τοὺς μῦς, ἀγγεῖα καὶ νεῦρα. Δι' αὐτὰ τὰ τελευταῖα προτιμῶμεν τὴν χειρουργικὴν θεραπείαν.

Ἀντέδειξιν τῆς μεθόδου αὐτῆς παρουσιάζουν τὰ κατάγματα τῆς διαφύσεως τοῦ βραχιονίου, ἐπὶ κατακεκλιμένων ἀσθενῶν, λόγῳ ἐτέρας παθήσεως ὡς καὶ μὴ συνεργαζομένων ἀτόμων.

Ἐκλογή μελῶν : Ἐξελέγη τακτικὸν μέλος ὁ κ. Φιλήμων Σπινθουράκης.

ΒΡΑΧΕΙΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ και Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: 'Επί 11 περιπτώσεων νευρικής βλάβης διαγνωσθείσης διά τῆς μεθόδου τῶν δακτυλικῶν ἀποτυπωμάτων.

Πολλάκις εὐρισκόμεθα εἰς δυσκολίαν ἢ ἀδυναμίαν διαγνώσεως νευρικής τινος κακώσεως, ἰδίως ἐπὶ περιπτώσεων παιδῶν, διανοητικῶς καθυστερημένων ἀτόμων ἢ ἐπὶ ἀτόμων, τὰ ὅποια ἔχουν συμφέρον νὰ ἀποκρύψουν τὴν πραγματικὴν τῶν κατάστασιν. Ὑπάρχουν ἐπίσης περιπτώσεις νευρικής τινος κακώσεως ἐπὶ προϋπάρχοντος τραυματισμοῦ, ἰδίᾳ ὅταν τὸ τραῦμα συνερράφη ἀλαχοῦ καὶ δὲν εἶναι γνωστὴ ἡ ἔκτασις αὐτῆς καὶ αἱ πληροφορίες περὶ αὐτοῦ ἔλλειπεις.

Ἡ αἰσθητικότης τῆς χειρὸς εἶναι ἐξ ἴσου σοβαρὰ λειτουργία μὲ τὴν κινητικότητα. Ἡ συλληπτικὴ ἰκανότης τῆς χειρὸς ἐξαρτᾶται μόνον ἐκ τῆς κινητικότητος τῶν δακτύλων καὶ τὴν ἰσχὺν τῆς συλλήψεως, ἀλλὰ καὶ ἀπὸ τὴν ἰκανότητα αὐτῆς νὰ αἰσθάνεται τί κρατᾶ, πῶς τὸ κρατᾶ καὶ πόσον ἰσχυρὰ τὸ κρατᾶ. Τὴν τελευταίαν ταύτην ἰκανότητα τῆς χειρὸς πολλοὶ τὴν ἀποκαλοῦν δευτέραν ἕρᾶσιν, διότι εἶναι δυνατὸν νὰ γίνῃ ἄνευ τῆς βοήθειας τῆς δράσεως.

Ἡ αἰσθησις, ὡς εἶναι γνωστὸν, ἄρχεται ἐκ διαφόρων νευρικῶν ἀπολήξεων τῶν αἰσθητικῶν σωματίων, τὰ ὅποια εἶναι διάσπαρτα εἰς τὸ δέρμα. Τὰ σωματία αὐτὰ εἶναι διαφόρου τύπου καὶ χρησιμεύουν ἄλλα μὲν διὰ τὴν ἀφήν, ἄλλα δὲ διὰ τὸ ἄλγος, ἄλλα διὰ τὰ θερμικὰ ἐρεθίσματα, τὴν πίεσιν κ.λ.π. Τὰ κύτταρα τούτων εὐρίσκονται εἰς τὰ νωτιαία γάγγλια, οἱ δὲ δευδρίται αὐτῶν σχηματίζουν τὰ αἰσθητικὰ νεῦρα ἢ ἀποτελοῦν τμήμα τῶν μικτῶν νεύρων ὁμοῦ μὲ τὰς κινητικὰς ἴνας.

Κάθε νεῦρον τοῦ βραχιονίου πλέγματος πλὴν τῶν ἀνωτέρω κινητικῶν καὶ αἰσθητικῶν ἰνῶν περιλαμβάνει καὶ συμπαθητικὰς ἴνας, αἱ ὅποια εἰσέρχονται εἰς αὐτὰ καὶ αἱ ὅποια χρησιμεύουν, πλὴν ἄλλων, καὶ εἰς τὴν ἔκκρισιν τοῦ ἰδρώτος.

Ἐπὶ διατομῆς νεύρου τινός, λ.χ. μικτοῦ, θὰ ἐπέλθουν αἱ ἐξῆς μεταβολαὶ εἰς τὴν περιοχὴν τὴν ὁποίαν νευροῖ, ἀναλόγως ἀσφαλῶς τοῦ ὕψους αὐτοῦ. 1) Παράλυσις χαλαρὰ τῶν νευρουμένων μυῶν, 2) ἀναισθησίαν τῆς περιοχῆς τοῦ δέρματος καὶ 3) Ξηρασίαν τοῦ δέρματος τῆς περιοχῆς ταύτης λόγω καταργήσεως τῆς παραγωγῆς τοῦ ἰδρώτος.

Ἡ διάγνωσις ἐπὶ κακώσεως κινητικοῦ νεύρου εἶναι εὐκόλος λόγω μὴ λειτουργίας τῶν νευρουμένων μυῶν, πλὴν ὅμως ἡ ὑπαρξὶς αἰσθητικότητος δὲν εἶναι εὐκόλον νὰ διαγνωσθῇ διότι εἶναι καθαρῶς ὑποκειμενικὸν κριτήριον, τὸ ὅποιον πολλοὶ θέλουσι νὰ ἀποκρύψουσι.

Ἐπάρχουν πολλαὶ μέθοδοι διαγνώσεως τῆς ἀπωλείας τῆς αἰσθητικότητος, αἱ ὁποῖαι δύνανται νὰ χαρακτηρισθοῦν ὡς ὑποκειμενικαὶ καὶ ἀντικειμενικαὶ.

Π Ι Ν Α Ε Ι.

Δοκιμασίαι δερματικῆς αἰσθητικότητος.

Αἰσθησις	Μέθοδος δοκιμασίας	Μέθοδος ἢ ὄργανον ποσοτικῆς δοκιμασίας
Ἄφῃ.....	Βάμβαξ, ταινίαί χάρτου	Αἰσθησιόμετρον τοῦ Von Frey
Ἄλγος.....	Καρφίδες, ἀκτινοβολοῦσα θερμότης	Συσκευὴ Hardy - Wolff Goodell.
Ἰκανότης ἐντοπισμοῦ..	Ἐντοπισμὸς ἀφῆς διαφύρου φύσεως	Μέτρησις τοῦ σφάλματος
Ἀντίληψις θερμοῦ - ψυχροῦ.....	Θερμὰ καὶ ψυχρὰ ἀντικείμενα	Διάφοροι βαθμοὶ θερμοκρασίας
Γνώσις τῆς ἀφῆς.....	Ἀναγνώρισις ἀντικειμένων. Test τοῦ Seddon	Διαβήτης τοῦ Weber
Ἀντίληψις δονήσεων..	Διαπασῶν	

Ἐποκειμενικαὶ μέθοδοι (ἀπαιτοῦν πάντοτε τὴν συνεργασίαν τοῦ ἀσθενοῦς) εἶναι ἡ ἐξέτασις διὰ καρφίδος, βάμβακος, θερμοῦ ἢ ψυχροῦ ἀντικειμένου, ἡ ἀναγνώρισις ἀντικειμένων διὰ τῆς ψηλαφήσεως μόνον κ.λ.π. Αἱ μέθοδοι αὗται δὲν εἶναι σοβαραὶ διότι ἐξαρτῶνται ἐκ τῆς συνεργασίας τοῦ ἀσθενοῦς, τῆς νοημοσύνης αὐτοῦ ἢ καὶ τοῦ συμφέροντος αὐτοῦ.

Αἱ ἀντικειμενικαὶ μέθοδοι βασίζονται εἰς φυσιολογικὰς μεταβολὰς τοῦ δέρματος καὶ εἶναι πλέον ἀξιόπιστοι. Ὁ Moberg εὑρεν, ὅτι, ὅταν ἐν περιφερικὸν νεῦρον διαταμῇ, ἡ περιοχὴ τοῦ δέρματος, ἣτις νευροῦται ὑπ' αὐτοῦ, παύει νὰ παράγῃ ἰδρῶτα ἐντὸς ὀλίγων λεπτῶν τῆς ὥρας, ὁπότε τὸ δέριμα αὐτὸ

Υ: Ἐπὶ 11
ικῶν ἀποτυ-

ς νευρικῆς
στερημένων
ην πραγμα-
τος κακώ-
ρράφη ἀλ-
περὶ αὐτοῦ

ία μὲ τὴν
ον ἐκ τῆς
κ καὶ ἀπὸ
τον ἰσχυρὰ
ὴν ἀποκα-
ρθείας τῆς

ὄν ἀπολή-
δέριμα. Τὰ
τὴν ἀφῆν,
κ.λ.π. Τὰ
ται αὐτῶν
ἴρων ὁμοῦ

τικῶν καὶ
σέρχονται
ρισιαν τοῦ

καθίσταται ξηρόν και δίδει τήν αίσθησιν, εις τόν εξετάζοντα, του λείου και στιλπνοῦ.

Ἡ εξέτασις του ιδρώτος απέβη σὺν τῷ χρόνῳ μία ἀπὸ τὰς κυρίας ἀντικειμενικὰς μεθόδους καθορισμοῦ νευρικῆς βλάβης ὀλικῆς ἢ μερικῆς.

Πρὸς τοῦτο ἐχρησιμοποίηθησαν διάφοροι μέθοδοι, με βάσιν πάντοτε τήν ἔκκρισιν του ιδρώτος και τήν ἀνίχνευσιν αὐτοῦ.

1. **Μέθοδος διὰ χρωστικῶν.** Εἰς τήν πλειονότητα αὐτῶν καλύπτεται τὸ δέριμα διὰ μιᾶς χρωστικῆς, ἐν συνεχείᾳ δὲ προκαλεῖται ἐφίδρωσις του ἀσθενοῦς, εἴτε διὰ θερμότητος εἴτε διὰ λήψεως ἀσπιρίνης. Κατ' αὐτὴν ἐπέρχεται χρώσις του δέριματος, ὅπου ὑπάρχει ἐφίδρωσις, ἐνῶ παραμένει ἄχρους εἰς τὰ μέρη, ὅπου δὲν παράγεται ιδρώς. Τοιαύτη μέθοδος περιεγράφη ὑπὸ του Minor τὸ 1927, ὁ ὅποιος ἐχρησιμοποῖει διάλυμα ἰωδίου και ἀμύλου εἰς ἔλαιον.

2. **Μέθοδος ἠλεκτρικῆς ἀγωγιμότητος.** Τοιαύτη μέθοδος ἐπροτάθη ὑπὸ του Richter και Katz τὸ 1943 βασιζομένη ἐπὶ τῆς διαφόρου ἠλεκτρικῆς ἀγωγιμότητος ἐπὶ ξηροῦ και ὑγροῦ δέριματος. Αὕτη θεωρεῖται καλυτέρα μέθοδος τῆς προηγουμένης και εἶναι δυνατόν νὰ καθορίσῃ ἐπακριδῶς μικροτέρας περιοχὰς στερουμένης αἰσθητικότητος. Ἐπίσης εἶναι δυνατόν νὰ χρησιμοποιηθῇ και ἄνευ τῆς συνεργασίας του ἀσθενοῦς, π.χ. εἰς παιδία και πλησίον τραυμάτων.

3. **Μέθοδος ἐλέγχου ἐκκρίσεως του ιδρώτος.** Ὁ Kahn τὸ 1951 ἀπέδειξεν, ὅτι εἶναι εὐκόλον νὰ διακρίνῃ τις τὸ ὑγιὲς δέριμα ἀπὸ τὸ μὴ νευρούμενον δι' ἐξετάσεως αὐτοῦ ὑπὸ τὸ μικροσκόπιον μετὰ χορήγησιν ἐφιδρωτικῶν τινος φαρμάκου διὰ τὸν ἀσθενῆ.

Ἄπασαι αἱ μέθοδοι αὗται εἶναι Ἀκαδημαϊκαὶ και οὐδεμία ἔχει υἱοθετηθῆ διὰ πρακτικὸς σκοπούς.

Τὸ 1946 οἱ Hier, Cornbleet και Bergim ἀνεύρον 10 διάφορα ἀμινοξέα εἰς τὸν ιδρώτα και ὁ Pancow τὸ 1953 ἀνεύρεν τὰ ἀκόλουθα ἀμινοξέα εἰς τὸν ἀνθρώπινον ιδρώτα: Ἀσπαραγινικὸν δξύ, Γλουταμινικὸν δξύ, Σερίνην, Θιογίνην, Ὀλανίνην, Βαλίνην και Μεθιονίνην. Εὐρέθη ὅτι ἡ Ninhydrin χρωματίζει τὰ ἀμινοξέα ταῦτα και τὰ κατώτερα πολυπεπτίδια με μεγάλην εὐαισθησίαν δι' ὃ και οἱ Oden και Hofsten ἐχρησιμοποίησαν ταύτην τήν μέθοδον δι' ἐγκληματολογικὰς ἐρεῦνας. Ὁ Moberg ἐχρησιμοποίησεν αὐτὴν διὰ τήν διάγνωσιν τῶν νευρικῶν βλαβῶν. Εἰς τήν περίπτωσιν ταύτην δὲν ἀπαιτεῖται πλήρες δακτυλικὸν ἀποτύπωμα, ἀλλὰ ἡ ἀπεικόνισις τῶν ἐξόδων τῶν ιδρωτοποιῶν ἀδένων εἰς φύλλον χάρτου.

Ἡ μέθοδος αὕτη εἶναι ἀπλῆ. Λαμβάνομεν τὰ δακτυλικά ἀποτυπώματα του ἀσθενοῦς ἐπὶ τεμαχίου χάρτου, τὸν ὅποιον ἐν συνεχείᾳ ἐμβρέχομεν εἰς διάλυμα 1% Ninhydrine εἰς Acetone με ὀλίγας σταγόνας Acetic acid pure. Τὸ τεμάχιον του χάρτου ἀφίεται νὰ στεγνώσῃ ἐπὶ μερικὰ λεπτὰ και εἶτα τοπο-

θετείται εις ξηρόν κλίβανον 120° ἐπὶ 4-5'. Τότε γίνεται ἐκδηλον τὸ ἀποτυπώμα διὰ τῆς χρώσεως τῶν στομιῶν τῶν πόρων τῶν ἰδρωτοποιῶν ἀδένων. Οὕτω λαμβάνεται ἡ ἀπάντησις εἰς βραχὺ χρονικὸν διάστημα.

Τὰ πλεονεκτήματα τῆς μεθόδου ταύτης εἶναι, ὅτι τὰ ἀποτυπώματα δύνανται νὰ διατηρηθοῦν ἐπὶ μακρὸν ἐντὸς τοῦ φακέλλου τοῦ ἀσθενοῦς, ἐπὶ περιπτώσεως δὲ νευρορραφῆς εἶναι δυνατὴ ἡ σύγκρισις τῆς προόδου τῆς νευρικῆς ἀποκαταστάσεως εἰς τοὺς διαφόρους χρόνους.

Τὰ ἀποτυπώματα δυνάμεθα νὰ μονιμοποιήσωμεν καὶ νὰ διατηρήσωμεν ἐπ' ἀόριστον ἐμβαπτίζοντες ταῦτα ἐπὶ μονιμοποιητικοῦ ὕγρου, ἀποτελουμένου ἀπὸ νιτρικὸν χαλκὸν, νιτρικὸν δξὺ καὶ ἀσετόνη.

Τὴν μέθοδον ταύτην ἐφαρμόζομεν εἰς τὴν Πανεπιστημιακὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν, ὅχι μόνον ἐπὶ θεβαίων περιπτώσεων νευρικῆς βλάβης, ἀλλὰ καὶ ἐπὶ ἀμφιδόλων τοιούτων, ἰδίᾳ ἐπὶ παλαιῶν τραυματισμῶν τῶν τραυμάτων συρραφέντων ἀλλαχοῦ πρὸς καθορισμὸν τῆς ἐκτάσεως τῆς βλάβης καὶ τῆς ἐνδείξεως πρὸς ἐγχείρησιν ἢ οὐ.

Κατωτέρω παρουσιάζομεν ὠρισμένας ἀντιπροσωπευτικὰς περιπτώσεις νευρικῶν βλαβῶν εἰς τὴν ἄκρα χεῖρα.

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDES — A. GIANNICAS and B. PAPATHANASIOU: Diagnosis of nerve lesion by the method of finger printing test. (Report of eleven cases).

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑ καὶ Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Θεραπεία τῆς νόσου τοῦ Dupuytren.

Ἡ Κλινικὴ εἰκὼν τῆς νόσου μετὰ τὴν χαρακτηριστικὴν παραμόρφωσιν τῆς ἄκρας χειρὸς, περιεγράφη τὸ πρῶτον ὑπὸ τοῦ Plator κατὰ τὸ ἔτος 1910,

Ὁ Dupuytren, εἰς τὴν περίφημον διάλεξίν του εἰς τὸ Νοσοκομεῖον Hôtel Dieu κατὰ τὸ 1832, ὑπεστήριξεν, ὅτι κατὰ τὴν γνώμην του ἡ παραμόρφωσις τῆς χειρὸς ὀφείλετο εἰς ρίχνωσιν τῆς παλαιαίας ἀπνευρώσεως. Ἡ ἀκριθὴς περιγραφή τῆς κλινικῆς καὶ παθολογικῆς εἰκόνας ὑπ' αὐτοῦ, ἐγένετο αἰτία διὰ νὰ λάβῃ ἡ νόσος τὸ ὄνομά του.

Συχνότης. Ἡ νόσος τοῦ Dupuytren ἐπισυμβαίνει, εἰς πολλὰς χώρας καὶ εἰς ποσοστὸν 1-2% τοῦ πληθυσμοῦ. Διὰ τὴν Ἑλλάδα τὸ ποσοστὸν δὲν εἶναι ἐξηκριθωμένον. Ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὸ φύλον, τὸ ἄρρεν προσβάλλεται συχνότερον μετὰ ἀναλογίαν 8%. Αὕτη εἶναι νόσος τῆς μέσης καὶ μεγάλης ἡλικίας, συνήθως τῆς ἡλικίας τῶν 40-60 ἐτῶν, εἰς τὴν ὅποιαν καὶ ἀνήκουν ἅπαντες οἱ ἀσθενεῖς μας, μὴ ἐμφανιζομένη πρὸ τῶν 25 ἐτῶν, σπανίως δὲ ἄπαντὰ ἐκτὸς τῆς Καυκασίας φυλῆς. Ἡ νόσος προσβάλλει συχνότερον ἀμφότερας τὰς χεῖ-

ρας καὶ ὀλιγώτερον τὴν μίαν. Ἐπὶ ἑτερόπλευρου προσβολῆς ἡ δεξιὰ προσβάλλεται εἰς ἀναλογία 3/1. Ἐπίσης ἡ νόσος προσβάλλει τὴν πελματιαίαν ἀπονεύρωση καὶ τοὺς ἀπονευρωτικούς ἐκτατικούς μηχανισμούς τῶν δακτύλων τῆς χειρὸς κατὰ τὴν 1ην φαλαγγο-φαλαγγικὴν ἄρθρωσιν. Πολλοὶ τὴν τελευταίαν ταύτην προσβολὴν τὴν θεωροῦν ὡς πρόδρομον ἐμφανίσεως τῆς νόσου τοῦ Dupuytren εἰς τὴν παλάμην.

Αἰτιολογία: Ἡ ἀκριβὴς αἰτιολογία τῆς νόσου παραμένει ἀγνώστος. Ὡς αἰτιολογικοὶ παράγοντες ἐθεωρήθησαν κατὰ καιροὺς ἡ κληρονομικότης, ἡ ἰνοδλαστική διάθεσις, αἱ κακώσεις τῶν περιφερικῶν νεύρων, αἱ διαταραχαὶ τοῦ συμπαθητικοῦ, ἡ παρουσία ἄλλων παθήσεων (οὐρική ἄρθριτις) κ.λ.π. Δεδομένου ὅτι, ἐπὶ ἑτεροπλευρου προσβολῆς, ὑπερέχει ἡ προσβολὴ δεξιᾶς χειρὸς, ταυτοχρόνως δὲ οἱ δεξιόχειρες ὑπερέχουν ἀριθμητικῶς, πολλοὶ συγγραφεῖς θεωροῦν τὴν κάκωσιν ὡς τὸν κύριον αἰτιολογικὸν παράγοντα.

Παθολογικὴ Ἀνατομικὴ. Κατὰ τὴν νόσον ταύτην παρατηρεῖται πάχυνσις τῆς παλαμιαίας ἀπονεύρωσεως καὶ τῶν ἰνῶν αἱ ὁποῖαι τὴν συνδέουν μετὰ τοῦ δέρματος. Κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον προκαλεῖται ἡ χαρακτηριστικὴ ἐπιμήκης διόγκωσις, λεύκανσις καὶ σκλήρυνσις τοῦ δέρματος, ὡς καὶ ἡ δημιουργία τῶν ἐπιμήκων ταινιῶν, αἱ ὁποῖαι προκαλοῦν τὸν περιορισμὸν τῆς ἐκτάσεως τῶν μετακαρπιοφαλαγγικῶν ἄρθρώσεων. Τὸ αὐτὸ παρατηρεῖται καὶ ἄνευ προσβολῆς τῶν δακτύλων, ἐὰν παχυνθοῦν τὰ κάθετα διαφράγματα τὰ συνδέοντα τὴν ἀπονεύρωσιν μετὰ τὴν ἐν τῷ θάθει περιτονίαν. Οὕτω ἐμφανίζονται: αἱ παραμορφώσεις τοῦ τύπου τῶν παλαμιαίων ὄζων ἢ ταινιῶν καὶ αἱ συγκάμψεις τῶν δακτύλων.

Ἡ ἱστολογικὴ εἰκὼν παλαμιαίας ἀπονεύρωσεως, ἥτις ἐξήρηθη χειρουργικῶς ποικίλλει. Περιοχαὶ μεγάλης κυτταροβριθίας, μιτωτικαὶ διαιρέσεις καὶ ἀγγείωσις ἐναλλάσσονται μετὰ περιοχάς, αἱ ὁποῖαι δεικνύουν τὴν ὑπαρξίν πυκνοῦ συνδετικοῦ ἱστοῦ, ὑαλοειδῆ ἐκφύλισιν, ἀσθέστωσιν ἢ λιπώδη ἐκφύλισιν. Συχνάκις, διάφοροι περιοχαὶ τοῦ αὐτοῦ παρασκευάσματος ἐμφανίζουσι σημαντικὴν ποικιλίαν εἰς τὴν ἱστολογικὴν περιοχὴν. Ἐπὶ ταχείας ἐξελίξεως τῆς νόσου, ἐμφανίζεται ἠδὲξημένη κυτταρικὴ δραστηριότης, ἐνῶ ἐπὶ παλαιῶν περιπτώσεων ἐμφανίζονται ἐκφυλιστικαὶ ἀλλοιώσεις. Εἰς τὰς προσβεβλημένας περιοχάς εἶναι πλέον ἐκδηλὸς, πλὴν ὁμως ἡ ὑπόλοιπος περιτονία ἐμφανίζει ἐπίσης ἀλλοιώσεις (τὰς αὐτὰς σχεδόν), ἕπερ δεικνύει ὅτι ἡ νόσος ἀφορᾷ εἰς ὁλόκληρον τὴν περιτονίαν.

Κλινικὴ εἰκὼν. Ἡ κλινικὴ εἰκὼν ἐξελλίσσεται χρονίως. Ἀρχικῶς ἀνευρίσκεται εἰς μικρὰς ὑποδόρειος ὄζος κατὰ τὸ ὠλένιον χεῖλος τῆς παλάμης ἢ κατὰ τὴν θάσιν τοῦ παραμέσου ἢ μικροῦ δακτύλου. Βαθμιαίως ἡ ἀπνεύρωσις παχύνεται καὶ ὁ ὄζος συμφύεται πρὸς τὸ δέσμα. Ἐπὶ προσβολῆς ὁλο-

προσβάλλειαν άπο-
ύλων τής
ελευταίαν
του Du-

στος. Ως
ις, ή ίνο-
αχαι του
π. Δεδο-
ς χειρός;
γγραφείς

παρατη-
οίαι τήν
χαρακτη-
; ως και
ιορισμόν
ιτηρείται
ράγματα
έμφανί-
ν και αι

χειρουρ-
σεις και
ρξιν πυ-
έκφύλι-
έμφανί-
ταχείας
ένω επί
ες προσ-
τεριτορία
ή νόσος

Αρχικώς
παλάμης
άπονεύ-
λής ολο-

κλήρου τμήματος άπονευρώσεως έμφανίζεται επίμήκης χορδή εκτεινομένη από τής παλάμης μέχρις ένός ή και περισσοτέρων δακτύλων. Αρχεται έμφανιζόμενος περιορισμός τής έκτάσεως των άρθρώσεων και δή, κατά τας μετακαρποφαλαγγικάς άρθρώσεις κατ' αρχάς, έν συνεχεία δέ εις τας πρώτας φαλαγγοφαλαγγικάς άρθρώσεις. Συνήθως ή παρατεταμένη σύγκραμψις άγει εις πραγματικήν δυσκαμψίαν των άρθρώσεων και εις μικρού βαθμού άτροφίαν των μυών. Η τοπική ευαισθησία και το ελαφρόν έλγος έμφανίζονται πρωίμως, αλλά ή πορεία τής νόσου είναι θραδυτάτη και γενικώτερον άσυμπτωματική. Εις τας ήμετέρας περιπτώσει τὰ $\frac{3}{4}$ ένεφάνιζον τήν νόσον από πενταετίας και πλέον. Τά συχνότερον προσβαλλόμενα δάκτυλα είναι: ο παράμεσος και ο μικρός, άκολουθοῦν ο μέσος και ο δείκτης. Σπανίως προσβάλλεται ο αντίχειρ (περίπτωσης τήν όποιαν έσχομεν).

Αναλόγως τής έκτάσεως των παθολογοανατομικών αλλοιώσεων, δυνάμεθα να διακρίνωμεν κλινικώς τρία στάδια τής νόσου του Dupuytren.

- 1) Η νόσος προσβάλλει μόνον τήν παλάμην.
- 2) Αβτη επεκτείνεται και προς τους δακτύλους προκαλούσα ποικίλου βαθμού συγκάμψεις.
- 3) Έκτεταμένη προσβολή των δακτύλων προκαλούσα αλλοιώσεις των άρθρώσεων δευτεροπαθώς.

Αί περιπτώσεις του πρώτου σταδίου ανακαλύπτονται τυχαίως, αι δέ του δευτέρου σταδίου προσέρχονται εις τον ίατρον λόγω τής προκαλουμένης ανικανότητος και των όχλήσεων εκ τής προοδευτικής συγκάμψεως των δακτύλων. Αί περιπτώσεις του τρίτου σταδίου είναι παρημελημένοι ή υπέστησαν ανεπιτυχή έγχείρησιν κατά το παρελθόν.

Αί κλινικαι έκδηλώσεις τής νόσου επί προσβολής τής πελματιαίας άπονευρώσεως είναι όλιγώτερον θεαματικά. Υφίσταται έλγος και ευαισθησία τοπική. Η αλλοίωσις άφορα εις το έσω χείλος τής άπονευρώσεως, έντοπιζομένη από το σκαφοειδές, το 1ον και 2ον σφηνοειδές και τήν βάση του 1ου μεταταρσίου. Αί ίνώδεις ταινίαι καθίστανται καλύτερον φανεραί επί ραχιαίας κάμψεως των δακτύλων και τής ποδοκνημικής. Σύγκραμψις των μεταταρσοφαλαγγικών άρθρώσεων δέν έπέρχεται, ένίοτε όμως περιορίζεται ή έκτασις των δακτύλων.

Θεραπεία. Παρ' όλην τήν ποικίλιαν των εφαρμοσθεισών συντηρητικών μεθόδων διά τήν θεραπείαν τής παθήσεως ταύτης ως π. χ. όρμονών (χορτιζόνης), βιταμινών (βιτ. Ε), ακτινοβολίας κ.λ.π. ή πλέον άποτελεσματική θεραπεία εξακολουθεί να είναι ή χειρουργική.

Η πρώτη χειρουργική θεραπεία που έγένετο, ήτο ή άπλη διατομή των χορδών, όπως είχε προταθή υπό του Cooper τό 1822, του Adams τό 1879

καὶ Smith τὸ 1884. Τὸ μεγάλο ποσοστὸν ὑποτροπῆς καὶ κακώσεως τῶν δακτυλικῶν νεύρων ἐκ τῆς ὑποδορείου διατομῆς τῆς ἀπονευρώσεως, ταχέως ἐγένετο αἰτία, ἵνα ἡ μέθοδος αὕτη ἐγκαταλειφθῆ. Ὅπωςδήποτε ἡ ἀπλότης τῆς ἐπεμβάσεως, ἡ ἄμεσος ἀπόδοσις τῆς κινητικότητος τῶν δακτύλων διὰ τῆς διατομῆς τῶν χορδῶν καὶ συγκάμφεως αὐτῶν, ἡ βραχεῖα ἀνάρρωςις καὶ ὁ ἐλάχιστος χρόνος ἀκίνητοποιήσεως τῆς χειρὸς, συνέβαλον εἰς τὴν μὴ καθ' ὀλοκλήριαν ἐγκατάλειψιν τῆς μεθόδου αὐτῆς, ἀλλὰ τὴν χρῆσιν τῆς εἰς ὄρισμένας μόνον περιπτώσεις, ἔπου ὑπάρχει μονήρης ταινία εἰς ὑπερήλικας. Ὁ Luck τὸ 1952, ἀνεκοίνωσεν σειρὰν 100 περιπτώσεων θεραπευθεισῶν δι' ὑποδορείου διατομῆς τῆς παλαμιαίας ἀπονευρώσεως. Ὁ Hamlin τὸ 1952 καὶ οἱ Conway καὶ Fleury τὸ 1955, συνιστοῦν τὴν χρῆσιν τῆς εἰς ὄρισμένας μόνον περιπτώσεις.

Ὁ Kocher τὸ 1887 ὑπῆρξεν ὁ πρῶτος, ὅστις συνέστησεν τὴν ἀφαίρεσιν ὀλοκλήρου τῆς προσβληθῆνης παλαμιαίας ἀπονευρώσεως. Ὁ Lexer τὸ 1900 εἰς προσπάθειαν νὰ ἀποφύγῃ τὴν συχνὴν ὑποτροπὴν, ἀφῆρσεν ὀλόκληρον τὴν παλαμιαίαν περιτονίαν ὁμοῦ μὲ τὰς ἐν τῷ θάθει καὶ πλαγίας ἐπεκτάσεις αὐτῆς. Ἐκτοτε ἡ ριζικὴ αὕτη ἐξαιρέσις τῆς παλαμιαίας ἀπονευρώσεως ἐγένετο ἡ μοναδικὴ μέθοδος θεραπείας τῆς νόσου. Ἡ ἀφαίρεσις, κατὰ κανόνα, ἀφορᾷ εἰς ὀλόκληρον τὸ προσβληθὲν τμήμα τῆς παλαμιαίας ἀπονευρώσεως εἰς τὴν παλάμην, τὰ ἐν τῷ θάθει ἐκπορευόμενα διαφράγματα καθὼς καὶ τὴν ἐπέκτασιν αὐτῆς εἰς τοὺς προσβληθέντας δακτύλους μέχρι τῆς μέσης φάλαγγος. Ἡ περιοχὴ τοῦ θέναρος, ὁ ἀντίχειρ καὶ τὰ μὴ προσβληθέντα δάκτυλα δὲν συμπεριλαμβάνονται εἰς τὴν ἐξαιρέσιν. Παρ' ὅλα ταῦτα, ἡ ἐξαιρέσις εἶναι δύσκολος, ἡ ὑπόσκαμφσις τοῦ παλαμιαίου δέρματος εἶναι ἐκτεταμένη, αἱ τομαὶ τοῦ δέρματος κατ' ἀνάγκην μεγάλαι καὶ ἡ μετεγχειρητικὴ ἀκίνητοποίησις μακρά. Ἐπιπλοκαί, ὡς νεύρωσις τῶν χειλέων τῆς τομῆς, αἱμάτωμα καὶ φλεγμονή, ἐπισυμβαίνουν κατὰ τι ποσοστὸν. Τοῦτο παρατείνει εἰσέτι τὴν ἀκίνητοποίησιν τῶν δακτύλων καὶ ἀξάνει τὴν μετεγχειρητικὴν δυσκαμφίαν καὶ ἀναπηρίαν τῆς χειρὸς.

Ἡ ἐγχειρητικὴ τεχνικὴ τὴν ὁποίαν ἐχρησιμοποίησαμεν εἶναι ἡ ἐξῆς: Τομὴ δέρματος ἐγκαρσία κατὰ τὴν περιφερικὴν ἐγκαρσίαν πτυχὴν τῆς παλάμης, ἀρχομένη ἀπὸ τοῦ ὠλενίου χεῖλους αὐτῆς μέχρι τῆς θάσεως τοῦ δείκτου. Τὸ δῆμα τῆς παλάμης ὑποσκάπτεται κεντρικῶς μέχρι τῆς θάσεως τοῦ θέναρος, εἰς τὸ ὕψος τοῦ ὁποίου καὶ ἀφαιρεῖται ἡ περιτονία κεντρικῶς. Λαμβάνεται πρόνοια διὰ τὴν ὅσον τὸ δυνατόν καλυτέραν παρασκευὴν τῆς ἀπονευρώσεως ἐν τῷ θάθει, περίξ τῶν ἐλμινθοειδῶν, ἔμπροσθεν τῶν μεσοστέων καὶ περίξ τῶν τενόντων τῶν καμπτήρων μὲ τοὺς ὁποίους συμφύεται στερρῶς. Τὸ αὐτὸ γίνεται καὶ περιφερικῶς διὰ τῆς ἀφαιρέσεως τῆς ἀπονευρώσεως μέχρι τοῦ μέσου τῆς μέσης φάλαγγος.

Τοῦτο ἐπιτυγχάνεται δι' ἑτέρας τομῆς κατὰ τὴν προσθίαν μέσῃ γραμμῇ.

50 mg.
12,5 mg.

μηχανισμοῦ
τοῦ νεφρώ-
ει τὴν ἀποβο-
δ ὁποῖον ἐπα-
δνος τῆς ὑπο-

ρητικόν, τοῦ
σωληναρίου
τριαμετέρον.

προκαλουμένην

τῆς τῶν ἠλεκ-

ς καλίου.
ἀς ὁποίας τὰ

ρκείας.

τρεις δόσεις,

περιπτώσεως,

μὴν τῆς 1ης φάλαγγος τῆς ὁποίας τὰ ἄκρα ἐπεκτείνονται οὕτως, ὥστε νὰ σχη-
ματισθῇ τὸ γράμμα Z. Διὰ τῆς τομῆς αὐτῆς εἶναι δυνατόν νὰ γίνῃ ἡ ἀποκά-
λυψις καὶ ἀφαίρεισις ὀλοκλήρου τοῦ προσβληθέντος τμήματος τῆς ἀπονευρώ-
σεως τοῦ δακτύλου μέχρι τῆς μέσης φάλαγγος.

Πλὴν τούτου ἡ τομὴ αὐτὴ βοηθεῖ εἰς τὴν ἐπιμήκυνσιν τοῦ δέρματος, ἰδίᾳ
ἐπὶ περιπτώσεων, ἔνθα ἡ ρίκνωσις τῆς μετακαρποφαλαγγικῆς ἀρθρώσεως εἴ-
ναι μεγάλη καὶ εἰς τὴν εὐκόλον κάμψιν αὐτοῦ. Ὁ Moberg τοῦ Göteborg,
ἀφαιρεῖ πολλάκις τὸ τεμάχιον τοῦ προσβληθέντος δέρματος τῆς 1ης φάλαγγος
καὶ τὸ ἀντικαθιστᾷ μὲ μισχωτὸν κρημνὸν λαμβανόμενον ἐκ τῆς ραχιαίας ἐπιφα-
νείας τοῦ παρακειμένου δακτύλου.

Μεγάλῃ προσοχῇ ἀπαιτεῖται εἰς τὴν ἐξαιρέσιν τῆς ἀπονευρώσεως ἐκ τοῦ
δακτύλου ἵνα μὴ τραυματισθοῦν ἢ διαταμοῦν τὰ δακτυλικά νεῦρα, πρᾶγμα τὸ
ὁποῖον ἀποτελεῖ μεγάλῃ ἀναπηρίαν. Ἐπίσης χρειάζεται προσοχή, ὥστε νὰ
διαφυλαχθοῦν τὰ νεῦρα τῶν ἐλμινθοειδῶν καὶ ὁ κινητικὸς κλάδος τοῦ μέσου
νεύρου διὰ τοὺς μῦς τοῦ θέναρος.

Ἡ ἐγχείρησις γίνεται πάντοτε τῇ βοηθείᾳ ἰσχαίμου ἐπιδέσμου, ὁ ὁποῖος
πρέπει νὰ ἀφαιρῆται μετὰ τὸ πέρας τῆς ἐγχειρήσεως καὶ πρὸ τῆς συρραφῆς
τοῦ δέρματος. Κατὰ τὸ στάδιον τοῦτο ἐφαρμόζεται αἰμόστασις διὰ πίεσεως
καὶ θερμοῦ φυσιολογικοῦ ὁροῦ, ἡ συρραφὴ τοῦ τραύματος ἀρχεῖται μόνον ὅταν
ἡ αἱμορραγία ἔχει ἐλεγχθῇ πλήρως καὶ τὸ ἐγχειρητικὸν τραῦμα τῆς παλά-
μης εἶναι στεγνόν.

Διὰ τὴν ἀποφυγὴν δευτεροπαθοῦς αἱμορραγίας τοποθετεῖται εἰς τὴν πα-
λάμην πιεστικῶς σφαῖρα ἐκ συρματοβάμβακος, ἡ ὁποία ἀφ' ἑνὸς μὲν διατηρεῖ
σταθερὰν πίεσιν ἐπὶ τῆς παλάμης, ἀφ' ἑτέρου δὲ δὲν χάνει τὴν ἐλασικότητά
της, διαθρεχομένη ὑπὸ τυχόν ἐξελθόντος αἵματος ἐκ τοῦ τραύματος. Εἰς τὸν
θάλαμον τοῦ ἀσθενοῦς ἡ χεὶρ ἀναρτᾶται δι' ἐπιδέσμου πρὸς ἐλάττωσιν τῆς πίε-
σεως τοῦ αἵματος καὶ τοῦ κινδύνου αἱματώματος καὶ οἰδήματος.

Ἡ θέσις τῆς χειρὸς κατὰ τὴν ἐπίδεσιν εἶναι ἐλαφρὰ κάμψις τῶν δακτύ-
λων καὶ ἔκτασις τῶν μετακαρποφαλαγγικῶν ἀρθρώσεων. Ἡ ἐπίδεσις δια-
τηρεῖται ἐπὶ δύο ἐβδομάδας καὶ εἶτα ἀρχεῖται ἡ ἐλευθέρη κινήσεισις τῶν
δακτύλων.

S U M M A R Y

III. GAROFALIDES — A. GIANNICAS and B. PAPATHANASIOU: The
treatment of Dupuytren's contracture.

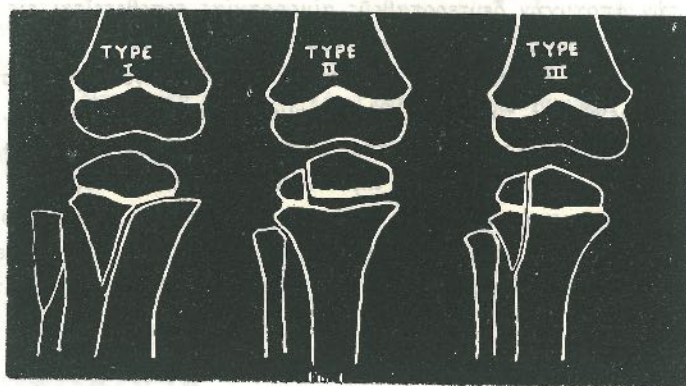
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 27ης ΜΑΪΟΥ 1964

Σ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ και Ι. ΜΙΧΑΗΛ : Τραυματικές επιφυσιολύσεις του άνω άκρου τής κνήμης.

Έπιφυσιόλυσις τής άνω κνημιαίας επιφύσεως είναι μία εκ των πλέον άσυνήθων κακώσεων τής κνήμης και συγχρόνως μία εκ των σπανιωτέρων μορφών επιφυσιολύσεως.

Ό Jorg Bohler ¹ (1951) άνευρεν μόνον τρεις περιπτώσεις επί 7.600 καταγμάτων τής κνήμης. Οί Aitken και Ingersoll ² τώ 1956 άνεσκόπησαν τήν βιβλιογραφίαν και διήρεσαν τās κακώσεις του άνω άκρου τής κνήμης εις τρεις κατηγορίας (Εικ. 1).

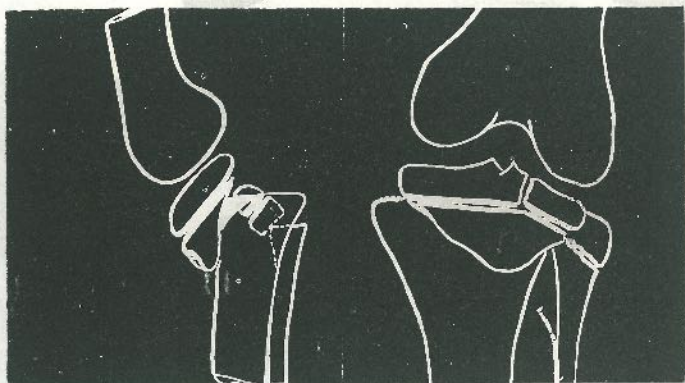


Εικ. 1. Τρεις τύποι κακώσεως του άνω άκρου τής κνήμης κατά Aitken και Ingersoll (1956).

Αί πλείσταί των περιπτώσεων τής βιβλιογραφίας άφορούν εις κατάγματα του άρθρικού χόνδρου τής άνω κνημιαίας επιφύσεως επεκτεινόμενα ένίοτε προς τήν έγγύς μοίραν τής διαφύσεως και συνοδευόμενα από μικρού βαθμού αποκόλλησις και μετατόπισις τής επιφύσεως. Ό πλήρης τύπος τής επιφυσιο-

λύσεως με μεγάλην μετατόπισιν τῆς διαφύσεως τῆς κνήμης (εἰκ. 2) παριστᾷ πλέον ἐνδιαφέρουσαν κἀκωσιν διότι καὶ σπανιωτέρα εἶναι, ἀλλὰ καὶ διότι εἰς πολὺν μεγάλον ποσοστὸν συνδέεται μετὰ ταυτόχρονον θλάθειν τῶν ἀγγείων τῆς ἰγνύος.

Ἡ παλαιότερα ἐργασία ἐπὶ τοῦ θέματος εἰς τὴν βιβλιογραφίαν φαίνεται γὰρ εἶναι τοῦ Hutcinson (1894)³, ὁ ὁποῖος συνέλεξεν 10 περιπτώσεις κατὰ



Εἰκ. 2. Ὁ περιγραφόμενος τύπος τῆς πλήρους ἐπιφυσιολύσεως μετὰ μεγάλην μετατόπισιν τῆς κνημιαίας διαφύσεως ὁ ὁποῖος δὲν περιλαμβάνεται εἰς τὴν ταξινόμησιν τῶν ὡς ἔνω συγγραφέων.

γματος τῆς ἄνω κνημιαίας ἐπιφύσεως ἐπὶ ἀσθενῶν ἡλικίας ἀπὸ 1 μέχρι 10 ἐτῶν. Κατὰ τὸν Polland⁴ (1901) 24 περιπτώσεις εἶχον μέχρι τότε περιγραφεῖ ἡλικίας 3 μέχρι 20 ἐτῶν. Πολλὰ τῶν περιπτώσεων αὐτῶν δὲν ἀνήκουν εἰς τὸν ἀμιγῆ τύπον τῆς ἐπιφυσιολύσεως.

Ὁ Gibson⁵ (1923) ἐδημοσίευσεν μίαν περίπτωσιν. Ὁ Studenbrauch⁶ (1931) ἀνεσκόπησεν τὴν βιβλιογραφίαν καὶ ἀνεῦρεν 24 περιπτώσεις ἐξ ὧν μόνον 12 ἦσαν τυπικαί. Προσέθεσεν μίαν ἰδικήν του περίπτωσιν. Ἀνὰ μίαν περίπτωσιν περιέγραψαν οἱ Paal⁷ (1932), Henrici⁸ (1935), Curry⁹ καὶ Bishop (1937), Aitken (1938)¹⁰, Didier καὶ Rodriguez¹¹ (1947). Ὁ Bohler¹ (1951) ἀνέφερεν τρεῖς περιπτώσεις οἱ Aitken καὶ Ingersoll² (1956) δύο περιπτώσεις. Ὁ Duranti¹² (1957) μίαν περίπτωσιν καὶ ὁ Bovil¹³ (1963) μίαν περίπτωσιν).

Ἡμεῖς περιγράφομεν τρεῖς νέας περιπτώσεις αἱ ὁποῖαι εἶναι ἰδιαίτερος ἐνδιαφέρουσαι διότι ἀνήκουν εἰς τὴν σπανιωτέραν κατηγορίαν τῆς τελείας ἐπιφυσιολύσεως τῆς ἄνω κνημιαίας ἐπιφύσεως καὶ διότι ἡ ἀγωγή καὶ ἡ πρόγνωσις ἐκάστης περιπτώσεως ἦτο διαφορετικὴ.

τοῦ ἄνω ἄκρου

τῶν πλέον ἀ-
νωτέρων μορ-

ς ἐπὶ 7.600
ἀνεσκόπησαν
ἐκ κνήμης εἰς

Aitken

κατάγματα
εἰνα ἐνίοτε
ροῦ βαθμοῦ
ς ἐπιφυσιο-

Ἡμέτεραι περιπτώσεις

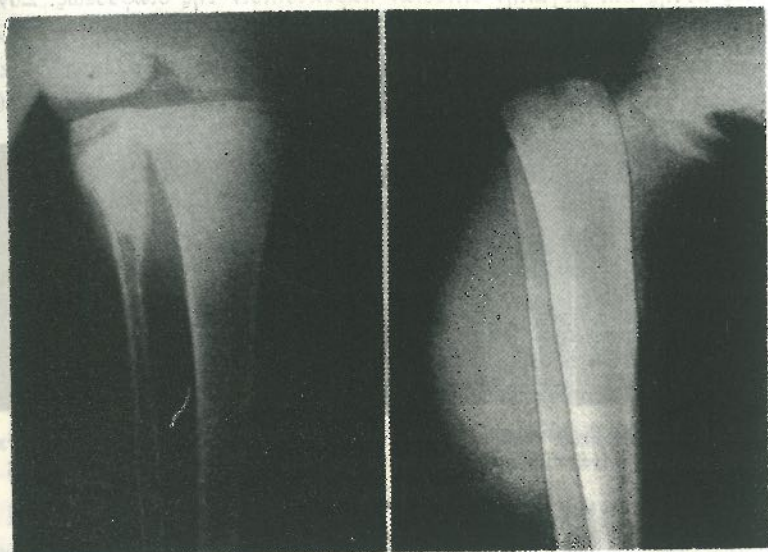
Περίπτωσης 1η. Ἀσθενῆς ἡλικίας 13 ἐτῶν ὑπέστη κάκωσιν τοῦ δεξιοῦ γόνατος ὅτε ἐργαζόμενος ἐπὶ ἀλιευτικοῦ σκάφους, τοῦτο ἐνεπλάκη εἰς



Εἰκ. 3 - 4 Φωτογραφία τοῦ σκέλους τοῦ ἀσθενοῦς κατὰ τὴν εἰσοδὸν του εἰς τὸ Νοσοκομεῖον μίαν ἑβδομάδα μετὰ τὴν κάκωσιν.

παχὺ σχοινίον, τὸ ὁποῖον συγχρόνως ἐτάθη ὑπὸ τροχαλίας. Διεκομίσθη ἀμέσως εἰς νῆσον τοῦ Αἰγαίου, ἔνθα ἐξητάσθη ὑπὸ χειρουργοῦ, διεγνώσθη κά-

ταγμα τῆς κνήμης, ἐγένετο ἀπόπειρα ἀνατάξεως καὶ ἐφηρμόσθη μηροκνημο-
ποδικὸς γύψος. Μετὰ 24 ὥρας κατέστη ἀναγκαῖον νὰ διανοιγῆ ὁ γύψος λόγῳ
ἐμφανίσεως μεγάλης διογκώσεως τοῦ ἄκρου ποδὸς καὶ ἀφορήτου ἄλγους. Τὸ
οἴδημα δλοκλήρου τῆς κνήμης ἠδξήθη κατὰ τὰς ἐπομένους 48 ὥρας γεγονὸς
τὸ ὁποῖον ἠνάγκασεν τὸν χειρουργόν, νὰ προβῆ εἰς τὴν ἐκτέλεσιν ἐπιμήκων
τομῶν κατὰ τὴν κνήμην, τὴν γαστροκνημίαν καὶ ἰγνυακὴν χώραν. Διεκομίσθη
εἰς Ἀθήνας, μίαν ἐβδομάδα μετὰ τὴν κάκωσιν μὲ τεράστιον οἴδημα τῆς κνή-
μης καὶ τοῦ ἄκρου ποδὸς καὶ ἀνάκυρτον γόνυ. Ἐκ τῶν τομῶν τῆς κνήμης καὶ



Εἰκ. 5. Περίπτωσης πρώτη: Πλήρης ἐπιφυσίολυσις τῆς ἄνω ἐπιφύσεως
τῆς κνήμης μὲ μεγάλην ὀπισθοεσωτερικὴν παρεκτόπισιν τῆς κνημιαίας
διαφύσεως, κάταγμα τοῦ ἔξω τμήματος τῆς ἐπιφύσεως καὶ ἀποχωρισμὸν
τῆς κεφαλῆς τῆς περόνης.

τῆς ἰγνύος ἀνέβλυξεν κάκωσιμον ὀροαιματηρὸν ὑγρὸν. Ὁλόκληρος ἡ κνήμη καὶ
ὁ ἄκρος ποὺς ἦσαν ψυχρὰ καὶ ἐστεροῦντο αἰσθητικότητος, (εἰκ. 3, 4). Ἄκτικῶς
ἀπεδείχθη πλήρης ἐπιφυσίολυσις τῆς ἄνω κνημιαίας ἐπιφύσεως, μὲ κάταγμα
τοῦ ἀρθρικοῦ χόνδρου τοῦ ἔξω κονδύλου καὶ μεγάλην ὀπισθίαν παρεκτόπισιν
τῆς διαφύσεως τῆς κνήμης. Συνυπήρχεν πλήρης ἀποχωρισμὸς τῆς ἐπιφύσεως
τῆς περόνης καὶ παρεκτόπισις αὐτῆς, (εἰκ. 5). Τὸ κάταγμα ἀνετάχθη καὶ
ἐφηρμόσθη γύψινος Μ.Κ.Π. γάρθηξ, ἀλλὰ μετὰ 48 ὥρας ἐνεφανίσθησαν ση-
μεῖα τοξιναιμίας καὶ ἐκρίθη ἀναγκαῖος ἀκρωτηριασμὸς κατὰ τὸν μηρόν. Ὁ
ἀσθενὴς ἐβάδισεν τελικῶς μὲ τεχνητὸν μέλος λίαν ἱκανοποιητικῶς. Εἰς τὸ νε-
κροτομικὸν παρασκευάσμα ἡ ἰγνυακὴ ἀρτηρία εὐρέθῃ θρομβωμένην δλίγον ἄ-

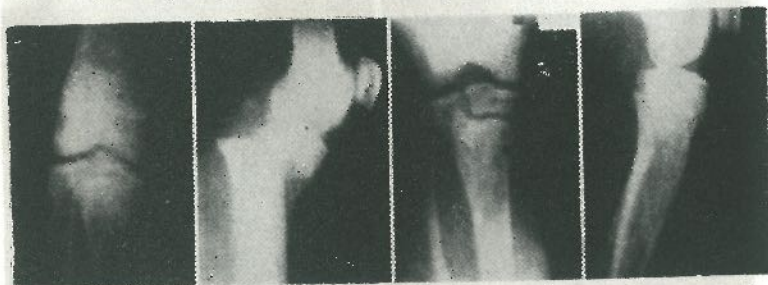
κάκωσιν τοῦ
ἐνεπλάκη εἰς

ὄν του

μίσθη ἀμέ-
νώσθη κά-

νωθεν του διχασμου αυτης, και περιφερικως αμφότεροι οι κλαδοι αυτης εις μεγάλην έκτασιν.

Περίπτωσις 2α. Ασθενής ηλικίας 17 ετών, μοτοσυκλετιστής, διεκομίσθη εις τὸ Νοσοκομειὸν μίαν ὥραν μετὰ τὸ ἀτύχημα. Κατὰ τὴν ἐξέτασιν παρετηρήθη μεγάλη διόγκωσις τοῦ δεξιῦ γόνατος, καὶ ἄλγος. Ἡ θερμοκρασία τοῦ ἄκρου ποδὸς ἦτο χαμηλοτέρα τοῦ ὑγιῶς. Ἡ ραχιαία τοῦ ποδὸς ἀρτηρία δὲν ἐψηλαφᾶτο. Ὁ ἀσθενὴς εὐρίσκετο εἰς κατάστασιν Σόκ. Ἡ ἀκτ/φία ἔδειξεν πλήρη ἐπιφυσιολύσιν τῆς ἄνω κνημιαίας ἐπιφύσεως, κάταγμα τοῦ ἔξω τμήματος αὐτῆς καὶ μεγάλην ὀπισθίαν παρεκτόπισιν τῆς διαφύσεως. Συνυπῆρχεν κάταγμα τοῦ ἄνω τριτημορίου τῆς περόνης, (εἰκ. 6). Ἐγένετο κλειστή ἀνάταξις καὶ ἀκίνητοποίησις εἰς γύψινον νάρθηκα μετὰ τὸ σκέλος ἐν κάμφει 90° εἰς τὸ γόνυ (εἰκ. 6). Λόγω τῆς βαρείας καταστάσεως τοῦ ἀσθενοῦς



Εἰκ. 6. Περίπ. 2. Κάκωσις ὁμοίου τύπου μετὰ περίπτωσιν 1, ἀριστερὰ καὶ μετὰ κλειστὴν ἀνάταξιν καὶ ἐφαρμογὴν γυψίνου νάρθηκος μετὰ τὸ γόνυ εἰς 90° κάμφεως δεξιά.

διεκομίσθη οὗτος εἰς τὸν θάλαμον πρὸς ἀνάληψιν καὶ παρακολούθησιν.

Δέον νὰ σημειωθῇ ὅτι συνυπῆρχεν θλάσις τοῦ προσθίου ποδὸς καὶ τῶν δακτύλων γεγονός τὸ ὁποῖον κατέστησαν τὴν παρακολούθησιν δυσχερεστέραν. Ἄτυχως μόνον τὴν ἐπομένην πρωτὰν ἐγένετο ἀντιληπτὸν ὅτι ἡ κυκλοφορία τοῦ ἄκρου ποδὸς δὲν ἐπανήλθεν. Ὁ ἀσθενὴς μετεφέρθη εἰς τὸ χειρουργεῖον ἔνθα ἐγένετο διερεύνησις τῆς ἰγνύος. Μετὰ τὴν παρασκευὴν τῆς ἰγνυακῆς ἀρτηρίας ἀνευρέθη ὅτι τμήμα αὐτῆς μήκους 1,5 ἐκ. περίπου εἶχεν τραυθεῖ καὶ ἡ συνέχεια τοῦ ἀγγείου διατηρεῖτο μόνον διὰ τοῦ ἔξω χιτῶνος. Ἐγένετο ἐκτομὴ τοῦ τμήματος αὐτοῦ καὶ τελικοτελικὴ ἀναστόμωσις. Ἡ κυκλοφορία ἐπανήλθεν εἰς τὸν μικρὸν δάκτυλον κατὰ τὸ τέλος τῆς ἐγχειρήσεως καὶ κατὰ τὰς ἐπομένας ὥρας ἐβελτιώθη προαδευτικῶς καὶ εἰς τοὺς ἄλλους δακτύλους.

Τὸ τραῦμα ἐπουλώθη κατὰ πρῶτον σκοπόν, ἀλλὰ ἀκτ/φίαι ἔδειξαν νέαν παρεκτόπισιν τῆς διαφύσεως πρὸς τὰ ὀπίσω. Διὰ τοῦτο ἐφηρμόσθη σκελετικὴ ἔκτασις διὰ θελόνης Στάξιμαν ἀπὸ τοῦ κνημιαίου κυρτώματος καὶ μετὰ τὸ γόνυ ἐν κάμφει 90°, (εἰκ. 7).

δοι αὐτῆς εἰς

λειστης, διε-

τὴν ἐξετάσιν

Ἡ θερμοκρα-

τοῦ ποδὸς ἀρ-

α. Ἡ ἀκτι/φία

κγμα τοῦ ἔξω

ως. Συνοπηρ-

ίνετο κλειστή

ς ἐν κάμφει

τοῦ ἀσθενοῦς



ερά και
όνου εἰς

ησιν.

ὸς και τῶν

χερεστέραν.

κυκλοφορία

ειρουργεῖον

νακῆς ἀρ-

ωθεῖ και ἡ

ετο ἐκτομή

ἀ ἐπανῆλ-

κατά τὰς

λους.,

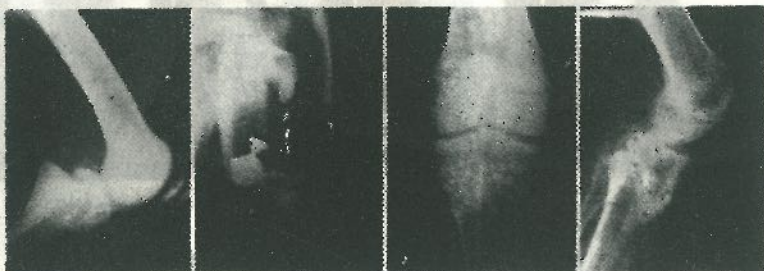
ειξαν γέαν

σκελετικῆ

ιὲ τὸ γόνυ

Ἐπετεύχθη ἱκανοποιητικὴ διόρθωσις ἀλλὰ παρέμεινε σύγκαμψις τοῦ γόνατος 130° , ἡ ὁποία ἀντιμετωπίσθη διὰ σειρᾶς γύψων και σφηνώσεως αὐτῶν, ὡς και διὰ τομῆς τῶν καμπτήρων τῆς κνήμης εἰς τὴν περιοχὴν τῆς ἰγνύος και ἐντόνου φυσιοθεραπείας.

Κατὰ τὴν τελευταίαν ἐπανεξετάσιν 17 μῆνας μετὰ τὴν κάκωσιν, ὁ ἀσθενὴς ἐδάδιζεν ἀνευ χωλότητος, ὑπῆρχεν ἀτροφία τοῦ δεξιοῦ μηροῦ 4 ἐκ., 2 ἐκ., εἰς τὴν γαστροκνημίαν, ἡ κάμψις τοῦ γόνατος ὑπελείπετο κατὰ 10° και ἡ ἔκτασις ὁμοίως. Ἡ κυκλοφορία τοῦ ἄκρου ποδὸς ἦτο κανονικῆ. Ἀκτι/φίαι ἔ-



Εἰκ. 7. Νέα παρεκτόπησις τοῦ κατάγματος ἐπῆλθεν κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἀντιμετωπίσεως τῆς ἀρθρῆς βλάβης. Ἐφαρμογὴ διοστικῆς ἐκτάσεως, ἀριστερὰ και 17 μῆνας μετὰ τὴν ἀνάταξιν. Θέσις ἱκανοποιητικῆ δεξιά.

δειξαν καλὴν θέσιν τοῦ κατάγματος ἐκτὸς ἐλαφροῦ βαθμοῦ ἀνακύρτου γόνατος, (εἰκ. 7).

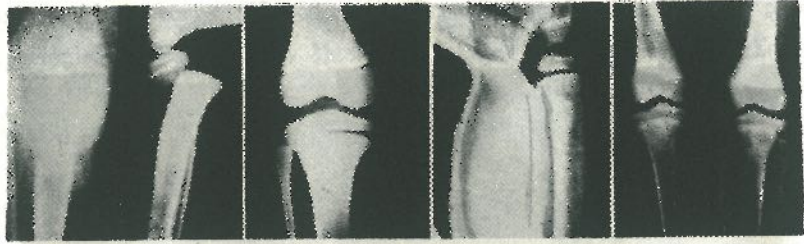
Περίπτωσις 3η. Μικρὰ ἀσθενὴς ἡλικίας 9 ἐτῶν. Παρεσύρθη ὑπὸ αὐτοκινήτου και ἐδέχθη ἰσχυρὸν κτύπημα ἐκ τοῦ προφυλακτῆρος αὐτοῦ κατὰ τὸ δεξιὸν γόνυ. Διεκομίσθη εἰς κλινικὴν ἔνθα αἱ γενόμεναι ἀκτιν/φίαι ἔδειξαν πλήρη ἐπιφυσιόλυσιν τῆς ἄνω κνημιαίας ἐπιφύσεως ὀπισθίαν παρεκτόπισιν τῆς διαφύσεως τῆς κνήμης και κάταγμα τοῦ ἄνω τριτημορίου τῆς περόνης. Δὲν ὑπῆρχεν ἔνδειξις ἀγγειακῆς βλάβης, (εἰκ. 8). Ἐγένετο ἀναίμακτος ἀνάταξις και ἀκίνητοποίησις εἰς γύψον M.K.II. (εἰκ. 8). Ὁ γύψος ἀφῆρέθη μετὰ 6 ἑβδομάδας και ἤρχισεν φυσιοθεραπεία.

7 μῆνας μετὰ τὴν κάκωσιν ἡ ἀσθενὴς βαδίζει ἐλευθέρως και ἔχει πλήρη κινήτικότητα τοῦ γόνατος. Ἀκτιν/φίαι ἔδειξαν πύρωσιν τοῦ κατάγματος εἰς ἀρίστην θέσιν, (εἰκ. 8).

Συζήτησις

Ἡ σπανιότης τῆς κακώσεως πρέπει νὰ ἀποδοθῆ εἰς ἀνατομικοὺς κυρίως λόγους ὡς ἀνεφέρθη ὑπὸ τοῦ Polland (1901).⁴ Ἡ ἄνω κνημιαία ἐπίφυσις

είναι μικρού πάχους, ένδαρθρική και περιβάλλεται από ισχυρούς συνδέσμους και τένοντας, ένφ άντιθέτως έπ' αὐτῆς ελάχιστα προσφύσεις ή καταφύσεις τενόντων ή συνδέσμων υπάρχουν. Έκ τών έσω υπάρχει μερική πρόσφυσις τοῦ ήμμεμβρανώδους. Οί χιαστοί σύνδεσμοι δέν φαίνεταί νά παίζουσι οὐσιώδη ρόλον εἰς τόν μηχανισμόν τῆς κακώσεως. Τό αὐτό έχει λεχθῆ δια τόν ισχυρόν επιγονατιδικόν σύνδεσμον εἶναι ὅμως πολύ πιθανώτερον οὗτος νά δρᾷ ὡς αντί-



Εικ. 8. Περίπτωσης 3η. Κάκωσις ὁμοίου τύπου με 1 και 2 ἀριστερά. Μετά κλειστήν ἀνάταξιν, Θέσις καλή. (Κέντρον τῆς εικ.) και 7 μήνας μετά τήν ἀνάταξιν φυσιολογική ἐμφάνισις—Δεξιά.

στασις κατά τῆς δρώσης βίας, ήτις ὠθεῖ τό ἄνω ἄκρον τῆς κνήμης πρὸς τὰ ὀπίσω και ἔξω. Τό ἀποτέλεσμα εἶναι ἀποκόλλησις τοῦ κνημιαίου κυρτώματος μετά ὀλοκλήρου τῆς ἐπιφύσεως, κάταγμα τοῦ ἀρθρικοῦ χόνδρου τοῦ ἔξω κνημιαίου κονδύλου λόγω τῆς ἀπαγωγῆς και ἐσωτερική και κυρίως ὀπισθία παρεκτόπισις τῆς κνημιαίας διαφύσεως. Αὐτός φαίνεται νά εἶναι ὁ συνηθέστερος μηχανισμός και τύπος κακώσεως. Πρέπει νά τονισθῆ ὅτι ή διάφυσις μετατοπίζεται έντόνως πρὸς τό ὀπίσω και εἶναι δυνατόν νά τρώσῃ τὰ ἀγγεῖα τῆς ἰγνύος, και ὄχι, ὡς νομίζεται, ή ἐπίφυσις πρὸς τὰ πρόσω. Εἰς ὀλίγας περιπτώσεις τῆς βιβλιογραφίας παρετηρήθη ελαφρά προσθία μετατόπισις τῆς κνημιαίας διαφύσεως. (Bohler, Aitken, Ingersoll).

Εἰς τὰς δύο ἐκ τών περιπτώσεών μας ή ὀπισθία μετατόπισις τῆς μεταφύσεως τῆς κνήμης προὐκάλεσε τρώσιν τῆς ἰγνυακῆς ἀρτηρίας. Ἡ ἀρτηρία ὑπόκειται εἰς τόν κίνδυνον τραυματισμοῦ, λόγω εἰδικῶν ἀνατομικῶν συνθηκῶν τῆς περιοχῆς αὐτῆς, (εἰκ. 9). Ἡ ἰγνυακή ἀρτηρία πορεύεται ἐπὶ τοῦ ἰγνυακοῦ μυὸς μέχρι τοῦ ἐκφυτικῦ τόξου τοῦ ὑποκνημηδίου ἔνθα διχάζεται εἰς προσθίαν και ὀπισθίαν κνημιαίαν και εὑρίσκειται πολύ πλησίον πρὸς τό μετακινούμενον ὀστικόν τμήμα. Εἰς τόν παράγοντα τοῦτον, δηλαδή, τόν τραυματισμόν τῆς ἀρτηρίας, ὀφείλεται ή κακή φήμη τήν ὁποίαν ἀπέκτησαν τὰ κατάγματα αὐτά. Εἰς μερικάς περιπτώσεις τῆς βιβλιογραφίας, ὅπου γίνεται λόγος περὶ βαρεῖας φλεγμονῆς και γαγγραινῆς ἐπρόκειτο ἀσφαλῶς περὶ ἰσχαιμίας, λόγω ἀγγειακῆς ἐλάθης. Εἰς τήν δευτέραν τών περιπτώσεών μας, μο-

συνδέσμους καταφύσεις όσφυσις τοῦ οὔσιώδη ρό- τὸν ἰσχυρὸν ρῆ ὡς ἀντί-



Μετά
τὴν

ἡς πρὸς τὰ κυρτώματος ὅ ἔξω κνη- ὡς ὀπισθία ὁ συνηθέ- ἡ διάφυσις τὰ ἀγγεῖα λίγας περι- ς τῆς κνη-

τῆς μετα- Η ἀρτηρία ὦν συνθη- κι ἐπὶ τοῦ διχάζεται ν πρὸς τὸ τὸν τραυ- κτησαν τὰ ου γίνεται τερεῖ ἰσχει- μας, μο-

λονότι τὰ σημεῖα ἰσχαιμίας τοῦ σκέλους ἀνεγνωρίσθησαν ἐγκαίρως, παρῆλ- θον 13 ὥραι πρὶν ἐκτελεσθῆ ἡ χειρουργικὴ διερεύνησις καὶ ἀποκατάστασις τοῦ τρωθέντος ἀγγείου. Ὁ Hardy καὶ ὁ Tibs (1960)¹⁴ ὑπεστήριξαν πα- λαιοτέραν γνώμην τοῦ Griffith¹⁵ (1948) καὶ συνεπαίραναν ὅτι ἰσχαιμία μι- κροτέρα τῶν 12 ὥρῶν προκαλεῖ μὴ ἀναταξιίμους βλάβας εἰς τοὺς μῦς καὶ



Εἰκ. 9. Σχέσεις τῆς ἰγνυακῆς ἀρτηρίας εἰς τὴν περιοχὴν τῆς κακώσεως. Ἡ ἀρτηρία τείνεται καὶ συνθλίβεται ἀπὸ τὸ παρεκτοπιζόμενον πρὸς τὰ ὀπίσω τμήμα τῆς κνημιαίας διαφύσεως διότι ἀφ' ἑνὸς μὲν εὐρίσκεται πλησίον τοῦ κατάγματος ἀφ' ἑτέρου δὲ εἶναι καθηλωμένη.

συνεπῶς «ἡ ἐπάνοδος τῆς κυκλοφορίας εἶναι ὄχι μόνον ἄχρηστος ἀλλὰ καὶ δυνατὸν νὰ καταστῇ ἐπικίνδυνος».

Ἀπὸ ἐργασίας ἐπὶ ἀποκαταστάσεως τῶν ἀγγείων, αἵτινες ἐγένοντο κυ- ρίως κατὰ τὸν πόλεμον τῆς Κορέας (C. W. Hughes¹⁶ (1955), F. C. Spen- cer καὶ R. V. Crewe¹⁷ (1955) καθίσταται σαφές ὅτι ὅσον γρηγορότερον γίνεται ἐπαγορθωτικὴ ἐγχείρησις ἐπὶ τῶν ἀγγείων, τόσοι τὰ ἀποτελέσματα εἶναι καλύτερα. Δὲν φαίνεται νὰ ὑπάρχῃ ὅμως σαφές χρονικὸν ὄριον μετὰ τὴν πάροδον τοῦ ὁποίου θὰ πρέπει ν' ἀποφασίζεται ὁ ἀκρωτηριασμός. Κατὰ τὸν Hughes μὴ ἐπαγορθώσιμοι βλάβαι: τῶν μυῶν δυνατὸν νὰ προέλθουν ἐνωρί- τερον τῶν 10 ὥρῶν καὶ ἀντιθέτως μῦες νὰ παραμείνουν ἄθικτοι μετὰ πλέον

παρατεταμένην ισχαιμία. Ἐπί 10 περιπτώσεων τοῦ Spencer μετ' ἀρτηριακὴν βλάβην ὅπου ἡ ἐπανορθωτικὴ ἐγχείρησις ἐγένετο μετὰ πάροδον ἄνω τῶν 15 ὥρῶν, ἐσώθησαν 3 μέλη. Εἶναι προφανές, ὅτι πολὺ ἄλλοι παράγοντες παίζουσι ρόλον, ὅπως ἡ ἔκτασις τῆς βλάβης τῶν μαλακῶν μορίων, ἡ παρουσία παραπλεύρου κυκλοφορίας, ἀνατομικαὶ παραλλαγαὶ κλπ.

Θεραπεία: Εἰς τὰς πλείστας τῶν περιπτώσεων τῆς βιβλιογραφίας ἐγένετο κλειστὴ ἀνάταξις καὶ ἐφαρμογὴ γύψου μετ' τὸ γόνα ἐν κάμφει ἢ ἀνάταξις τῆ βοηθείᾳ διοστικῆς ἔλξεως δι' ἤλου Steimann ὁ ὁποῖος τελικῶς συμπεριελήφθη εἰς τὸν ἐφαρμοσθέντα γύψον. Κρίνοντες τὰς περιπτώσεις μας ἐκ τῶν ὑστέρων, ἡ δευτέρα περίπτωσις μας θὰ ἀντιμετωπιζέτο πολὺ καλύτερον ἂν ἡ ἐπίφυσις εἶχε συγκρατηθῆ διὰ χιαστῶν βελονῶν (Kirshner). Αὐτὸ καὶ σταθερὰν ἀνάταξιν θὰ ἐξασφάλιζε καὶ συγχρόνως θὰ καθίστα εὐκολωτέραν τὴν ἀντιμετώπισιν τῆς ἀρτηριακῆς βλάβης.

Περίληψις — Συμπεράσματα

I) Περιγράφονται τρεῖς περιπτώσεις ἐπιφυσιολύσεως τῆς ἄνω κνημιαίας ἐπιφύσεως.

II) Ἐπὶ ἐπιφυσιολύσεως τῆς ἄνω κνημιαίας ἐπιφύσεως πρέπει νὰ ἐλέγχεται ἀμέσως ἡ κυκλοφορία τοῦ μέλους διότι εἰς πολὺ μεγάλο ποσοστὸν συνυπάρχει τρωσις τῆς ἰγνυακῆς ἀρτηρίας.

III) Ἐάν ὑπάρχουν σημεῖα ισχαιμίας τοῦ σκέλους, τὰ ὁποῖα ἐπιμένουν μετὰ τὴν κλειστὴν ἀνάταξιν, ἐπιβάλλεται ἀμέσως ἐρευνητικὴ ἐγχείρησις ἐπὶ τῶν ἀγγείων. Θὰ πρέπει νὰ τονισθῆ ὅτι ἡ διενέργεια ἀρτηριογραφίας εἶναι ἀπολύτως ἀναγκαία, διότι οὕτω θὰ καθορισθῆ τὸ ἐπίπεδον καὶ ὁ τύπος τῆς βλάβης.

IV) Παρ' ὅλον ὅτι δὲν ἐφηρμόσθη εἰς τὰς περιπτώσεις μας, φαίνεται ὅτι ὁ καλύτερος τρόπος ἀντιμετωπίσεως τῆς κακώσεως ταύτης ἰδίως ὅταν τίθεται ὑποψία ἀγγειακῆς βλάβης, εἶναι ἡ συγκράτησις τῆς ἐπιφυσιολύσεως διὰ χιαστῶν βελονῶν.

V) Εἰς τὴν πρώτην περίπτωσιν ὁ ἀκρωτηριασμὸς ἦτο ἀναπόφευκτος, ἀλλὰ εἰς τὴν δευτέραν τὸ σκέλος ἐσώθη παρ' ὅλον ὅτι ἡ ἐγχείρησις πρὸς ἀποκατάστασιν τῆς τρωθείσης ἰγνυακῆς ἀρτηρίας ἐγένετο 13 ὥρας ἀπὸ τοῦ τραυματισμοῦ. Συνεπῶς εἰς τοιαύτας περιπτώσεις καὶ ἀπόπειρα ἐπανορθώσεως τῆς ἀγγειακῆς βλάβης πρέπει νὰ γίνεται ἀλλὰ καὶ ὁ ἀκρωτηριασμὸς νὰ ἀναβάλλεται.

SUMMARY

S. THEODOROU and J. MICHAEL: Traumatic separation of upper tibial epiphysis.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. BOHLER J.: Zur behandlung der traumatischen epiphysenlosung am oberen schienbeinde. Der chirurg. 22 Jargang 2, 81-83, 1951.
2. AITKEN A. P. et INGERSOL R. E.: Fracture of the proximal epiphyseal cartilage. Journal of bone and Joint Surgery 38A, 787-796, 1956.
3. HUTCHINSON J. Jn.: Lecture on injuries to the epiphysis and their results. British Med. Journal 669-673, 1894.
4. POLLAND J.: Separation of the epiphysies. Practitioner 67. 275-307, 1901.
5. GIBSON A.: Separation of upper epiphysis of tibia. Annals of surgery 77, 485-489, 1923.
6. STUDENBRAUCH L.: Über die traumatischer subcutaner epiphysenlosung am oberen tibiaende. Archiv fur chirurgie 164, 621-641, 1931.
7. PAAL, E.: Ein fall von traumätischer subcutaner epiphysenlosung am oberen tibiaende. Archiv für orthop. und unfall chirurgie Bd 31, 399, 1932.
8. HENRICI, A.: Αναφ. υπό Bohler.
9. CURRY, G. et BISHOP, D. L.: Diastasis of superior tibia complicated by gangrene. Journal of bone and joint surgery 19, No 4, 1903-1909, 1937.
10. AITKEN, A. P.: Αναφ. υπό Aitken και Ingersol.
11. DIDIER, A. E. et RODRIGUEZ, A.: Desprendimiento traumatico de la epiphysis superior de la tibia. Boletines de la sociedad de chirurgia de rosario 14, 183-189, 1947.
12. DURANTI, M.: Qualche considerazione sulla tecnica de cituzione et conten-tione del distaco con spostamento della epifisi proximale della tibia. An-nali Italiani di chirurgia. 83 : 383-393, 1956.
13. BOVILL, G. E.: Arteriographic visualisation of the juxtaepiphysal vascular bed following epiphyseal seperarion. Journal of bone and joint surgery 45A, No 6, 1260-1262, 1963.
14. HARDY, G. E. et TIBBS, D. L.: Acute ischaemia in limb injuries. British Med. Journal 1001-1005, 1960.
15. GRIFFITHS, D L.: The management of acute circulatory failiure in an in-jured limb. Journal of bone and joint surgery 30B 280-589, 1948.
16. HUGHES, W. C.: The primary repair of wounds of major vessels. Annals of surgery 141, 297-303, 1955.
17. SPENCER C. F. et GREWE V. R.: The management of arterial injuries in battle casualties. Annals of surgery 141, 404-318, 1955.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 27ης ΜΑΪΟΥ 1964

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Φ. ΣΠΙΝΘΟΥΡΑΚΗΣ και Ι. ΚΟΥΚΟΥΡΑΚΗΣ: 'Ανάπτυξες καρκινώματος επί παλαιάς οστεομυελίτιδος.

Κατά τὸ ἔτος 1955 ἐδημοσιεύσαμεν μετὰ τοῦ κ. Ζάχου Μ. περίπτωσιν καρκινωματώδους ἐξαλλαγῆς παλαιᾶς 'Οστεΐτιδος' ἐπὶ ἀνδρὸς ἡλικίας 44 ἐτῶν. Ἡ 'Οστεΐτις ἀφεώρα τὴν ἀ ρ ι σ τ. κ ν ή μ η ν καὶ ἐχρονολογεῖτο ἀπὸ 15ετίας (Εἰκ. 1).



Εἰκ. 1.

Τελευταίως μᾶς ἐδόθη ἡ εὐκαιρία νὰ μελετήσωμεν ἀνάλογον πάθησιν ἐπὶ γυναικός, τὴν ἐνδιαφέρουσαν περίπτωσιν τῆς ὁποίας παρουσιάζομεν.

Κα Μ. Σ. 50 ἐτῶν ἐκ Κρήτης.

Τὴν 4.4.62 προσήλθεν εἰς τὸ ἐξωτερικὸν Ἰατρεῖον καὶ ἐν συνεχείᾳ εἰσῆλθεν εἰς Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Γενικοῦ Νοσοκομείου Πειραιῶς «Ἡ Βασίλισσα Φρειδερίκη».

Ἡ ἀσθενὴς ἀναφέρει ὅτι εἰς ἡλικίαν 8 ἐτῶν προσεδλήθη ἐξ ὀστεομυελίτιδος τοῦ δεξιοῦ μηριαίου καὶ ἐχειρουργήθη. Ἐκτοτε παρ' ὄλον ὅτι ἐπαρουσίαζε χωλότητα, προφανῶς λόγῳ καὶ τῆς νῦν ὑφισταμένης ἀγκυλώσεως τοῦ γόνατος καὶ βραχύνσεως κατὰ 2 ἐκ. τοῦ σκέλους εἶχε καλῶς, ἀσχολουμένη μὲ οἰκιακὰς καὶ ἀγροτικὰς ἐργασίας.

Ἡ παροῦσα νόσος ἀρχεται ἀπὸ τῶν ἀρχῶν τοῦ 1960 διὰ ἐμφανίσεως κλυδαζούσης διογκώσεως ἄνωθεν τοῦ δεξιοῦ γόνατος, συνοδευομένης ὑπὸ ὑψηλοῦ πυρετοῦ. Γενομένη διάνοξις ὑπὸ ἱατροῦ ἔδωσε διέξοδον εἰς ἀφθονον πυώδη συλλογὴν. Ἡ γενικὴ κατάστασις τῆς ἀσθενοῦς ἐβελτιώθη, πλὴν ὅμως ἐξηκολούθη ἡ πυώδης ρύσις, σχηματισθέντος συριγγώδους πόρου. Ἐπειδὴ ἡ ἐκ τοῦ πόρου ἔκκρισις δὲν ἠλαττώθη καθίστατο ἀφθονωτέρα καὶ δύσοσμος ἠναγκάσθη νὰ προσέλθῃ εἰς τὸ Νοσοκομεῖον.

Παροῦσα γενικὴ κατάστασις, καλὴ, ἀπύρετος. Σύστοιχοι λεμφικοὶ ἀδένες διωγκωμένοι. Λευκά 11.000, Ἐρυθρά 4.000.000. Λοιπαὶ ἐξετάσεις φυσιολογικαί. Τοπικὴ παροῦσα κατάστασις: Εἰς τὴν ἔσω ἐπιφάνειαν τοῦ κάτω τριτημορίου τοῦ δεξιοῦ μηροῦ, ὑφίσταται εὐρὺς συριγγώδης πόρος, τὸ περίξ δέρμα τοῦ ὁποῦ εἶναι οὐλῶδες καὶ διηθημένον. Ἄνωθεν αὐτοῦ ὑπάρχει οὐλὴ 10 ἐκ. παλαιοῦ χειρουργικοῦ τραύματος ὡς καὶ τρία ἰαθέντα συρίγγια. Ἐκ τοῦ πόρου ἐκρέει ἀφθονον, ἀκάθαρτον, θολὸν ὀρρώδες ὑγρὸν, ἐντὸς τοῦ ὁποῦ εὐρίσκονται μελανὰ τεμάχια δίδοντα τὴν ἐντύπωσιν πεπαλαιωμένων πηγμάτων αἵματος. Τὸ ὑγρὸν καὶ τὸ ὄλον τραῦμα ἀνέδιδε λίαν ἰσχυράν καὶ ἐξαιρετικῶς δυσάρεστον ὀσμὴν, δημιουργηθέντος προβλήματος νοσηλείας μετὰ τῶν λοιπῶν ἀσθενῶν τοῦ θαλάμου.

Κινητικότης γόνατος δὲν ὑφίσταται.

Ἀκτινογραφία σκέλους: Τὸ μέσον τριτημόριον τοῦ μηροῦ ἐμφανίζεται διευρυσμένον ἐν τῷ συνόλῳ του. Ἡ ἐξωτερικὴ ἐπιφάνεια τοῦ ὀστοῦ εἶναι ἐλαφρῶς ἀνώμαλος. Τὸ κάτω τριτημόριον ἐμφανίζει κυστικὴν πολύχρωρον διεύρυνσιν, μετὰ ρήξεως τῆς φλοιώδους οὐσίας εἰς πολλὰ σημεῖα. Εἰς τὸ μέσον αὐτῆς ὑπάρχει ἀπόλυμα 4 ἐκατ. περίπου. Οἱ μηριαῖοι κόνδυλοι καὶ αἱ ἀρθρικοὶ ἐπιφάνειαι ἔχουν τελείως χάσει τὸ σχῆμα των, τὸ ἀρθρικὸν διάστημα τοῦ γόνατος δὲν διαγράφεται. Ὁ ὅλος μηρὸς καὶ ἡ κνήμη ἐμφανίζονται ὀστεοπορωτικοί.

Διάγνωσις — Θεραπεία: Ἡ ὄλη εἰκὼν μᾶς ἔδωσε τὴν ἐντύπωσιν νεοπλασίας δι' ἧς καὶ προσέβημεν εἰς καλλιέργειαν τοῦ ὑγροῦ καὶ βιοψίαν ἐκ τοῦ συριγγώδους πόρου (9.5.62). Ἡ μὲν καλλιέργεια ἀπέδειξε τὴν ὑπαρξιν σταφυλοκόκκων εὐαισθητῶν εἰς τὴν Novoniosine, ἡ χορήγησις τῆς ὁποίας ἐπέφερον ἐντὸς ὀλίγων ἡμερῶν σημαντικὴν ἐλάττωσιν τῆς ἐκρίσεως καὶ πρὸ πάντων ἐξαφάνισιν τῆς δυσοσμίας. Ἡ δὲ ἱστολογικὴ ἐξέτασις (ἀριθ. πρωτ.

Σ: Ἀνά-

ερίπτωσιν
ικίας 44
εἶτο ἀπὸ

ησιν ἐπὶ

συνεχίει
Ἱεραϊῶς

4270) 62) 9.4.62, Δις Δ. Γεωργιάδου) απέδειξεν ότι πρόκειται περί «ύπερπλασίας επικαλυπτικού επιθηλίου», συνεπεία προφανώς χρονίου έρεθισμού, μετά σημείων διηθητικής βλαστώσεως εἰς τινὰς θέσεις». Καί προφορικῶς διεβεβαιώθημεν ὑπὸ τοῦ παθολογιοανατομικοῦ ἐργαστηρίου, κατόπιν ἐκφρασθείσης ἀμφιβολίας μας ὅτι πρόκειται «περὶ ψευδοκαρκινωματώδους ὑπερπλασίας ὀφειλομένης εἰς φλεγμονώδη ἀντίδρασιν».

Κατόπιν αὐτῶν ἀποφασίζομεν καὶ ἐνεργοῦμεν (25.5.62) ἀφαίρεσιν τοῦ ἀπολύματος καὶ καθαρισμόν. Τὰ ἀφαιρεθὲν ἀπόλυμα ἀποτελεῖτο ὑπὸ τελείως μελανοῦ μορφώματος διαστάσεων 4×1 ἐκ. διαβεδρωμένου κατὰ τὴν ἐπιφάνειαν καὶ σκληροῦ τὴν σύστασιν. Ἐξ αὐτοῦ προήρχοντο τὰ περιγραφέντα μελανὰ τεμαχίδια τοῦ ἐκρίματος. Ἔδιδε τὴν ἐντύπωσιν ὅτι ἐπρόκειτο περὶ τεμαχίου κεκαυμένου ξύλου. Τὸ ὅλον ὅστον ἐνεφανίζετο σαθρόν. Ἐγένετο κατὰ τὸ δυνατόν καθαρισμὸς τῆς ὀστικῆς κοιλότητος καὶ πλήρωσις αὐτῆς ὑπὸ μυϊκοῦ κρημνοῦ κινητοποιηθέντος ἐκ τῶν πέριξ. Ἡ γενομένη ἱστολογικὴ ἐξέτασις τοῦ ἀφαιρεθέντος μορφώματος, ἀπέδειξεν ὅτι ἐπρόκειτο περὶ νεκρωμένου τμήματος σπογγώδους ὄστοῦ (ἀριθ. πρωτ. 4497) 62) 25.5.62 Δις Γεωργιάδου).

Μετεγχειρητικῶς μετὰ βραχεῖαν περίοδον ἡρεμίας ἐπανήρχισεν ἡ ἐκ τοῦ τραύματος ἔκρσις. Ἄκτ) κῶς ἐμφανίζεται ἐκτεταμένη διάβρωσις τοῦ ὄστοῦ.

Συμβουλευσάμεν τὸν ἀκρωτηριασμόν, τὸν ὁποῖον ὅμως δὲν ἀπεδέχθη ἡ ἀσθενής. Κατόπιν αὐτοῦ γίνεται νέα προσπάθεια καθαρισμοῦ τῆς ἐστίας καὶ πλήρωσις αὐτῆς ὑπὸ μυϊκῆς μάζης (31.8.62). Μετεγχειρητικῶς οὐδεμία ἐπῆλθε βελτίωσις.

Ἐνεφανίσθη ἴκτερος καὶ ἡ ἀσθενής ἤρχισε καταβαλλομένη. Πρὸ τῆς τοιαύτης τροπῆς τῆς καταστάσεώς της ἀπεδέχθη τὸν ἀκρωτηριασμόν, ὅστις καὶ ἐγένετο τὴν 30.9.62. Ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις τοῦ ἀκρωτηριασθέντος ἄκρου ἀπέδειξε «λίαν ὑψηλῆς διαφοροποιήσεως καρκίνωμα ἐκ πλακωδῶν ἐπιθηλίων, ἀναπτυχθὲν προφανῶς ἐκ τοῦ τοιχώματος συριγγώδους πόρου, ἐκ παλαιᾶς ὀστεομυελικῆς ἐπεξεργασίας» (ἀριθ. πρωτ. 5099) 62) 30.9.66 Δις Γεωργιάδου).

Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία ὑπῆρξεν ὀμαλὴ τοῦ κολοδώματος ἐπουλωθέντος κατὰ πρῶτον σκοπόν. Ἡ ἀσθενής ἐξῆλθε τῆς κλινικῆς τὴν 6.11.62 βαδίζουσα τῇ βοηθείᾳ θακτριῶν μασχάλης.

Ἡ ἀσθενής μας ἀποτελεῖ τυπικὴν περίπτωσιν ἀναπτύξεως καρκινώματος ἐπὶ ὀστεομυελικῆς ἐστίας ὑπαρχούσης ἀπὸ 40 ἐτῶν. Τὴν φύσιν τῆς νόσου ὑποπεύθημεν ἐξ ἀρχῆς στηριζόμενοι ἐπὶ τῆς ἀκτινογραφικῆς εἰκόνας ἢ ὁποῖα ἐπαρουσίαζε χαρακτηριστικὴν ῥῆξιν τῆς φλοιώδους οὐσίας καὶ διάχυ-

τον άρραίωσιν του όστού, ώς και την τοπικήν κλινικήν εικόνα, ήτοι την άφθονον και δύσοσμον ρύσιν. Παρεπλανήθημεν όμως, από την έναρξιν της νόσου υπό μορφήν άποστήματος εκ του σχετικώς καλού άποτελέσματος της δι' αντιβιοτικών θεραπείας, εκ της ύπαρξεως του άπολύματος και κυρίως παρεπλανήθημεν εκ της πρώτης ιστολογικής εξέτάσεως, ότι πρόκειται περι ψευδοκαρκινωματώδους υπερπλασίας όφειλομένης εις φλεγμονώδη αντίδρασιν.

Η ψευδοκαρκινωματώδης υπερπλασία (Pseudoepitheliomatus Hyperplasia) άποτελεί πραγματικήν ιστολογικήν όντότητα, περιγραφείσα υπό των White και Weidman, καθ' ήν καλοήθης υπερπλασία του επιθηλίου όμοιάζει προς καρκινωματώδη τοιαύτην. Ο επί παλαιάς όστεομυελίτιδος αναπτυσσόμενος καρκίνος χαρακτηρίζεται υπό περιορισμένης κακοηθείας (Low Grade Malignancy) μικράν δεικνύουσαν τάσιν προς μετάστασιν. Η συνυπάρχουσα διόγκωσις των συστοίχων λεμφικών αδένων είναι φλεγμονώδους αιτιολογίας, όποχωρούσα μετά την θεραπείαν.

Η ανάπτυξις του καρκινώματος όφείλεται (Cohnheim) εις τον εκ πυορροίας χρόνιον έρεθισμόν των επιθηλιακών κυττάρων, άτινα καλύπτουν την επιφάνειαν του έπιπολής συριγγώδους πόρου, ή του έν τφ βάθει όστού. Αναλόγως δέ του σημείου εκ του όποιου ήρξατο αναπτυσσόμενον, διακρίνομεν δύο τύπους καρκινώματος. Το έπιπολής, υπό μορφήν έξελκώσεως, και το έν τφ βάθει, εις ό επικρατεί ή άφθονος και δύσοσμος έκκρισις.

Είς τον τελευταίον αυτόν τύπον άνήκει ή περίπτωσηίς μας, ένφ εις τον έπιπολής τύπον άνήκεν ή πρώτη μας περίπτωσηίς (1955).

S U M M A R Y

CARCINOMA OCCURRING IN CHRONIC OSTEO MYELITIS

By

C. S. ELIOPOULOS, TH. SPINTHOURAKIS, J. COUCOURAKIS

A second case of carcinoma arising in a chronic osteomyelitis is reported. The patient a 50 year old woman developed, osteomyelitis of the right femur when she was 8 years old.

Histology showed the malignant change.

A mid - thigh amputation was done and since then she has been doing well.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Κ., Μ. ΖΑΧΟΣ: Καρκινοματώδης εξαλλαγή επί παλαιᾶς τραυματικῆς ὀστεΐτιδος. Ἑλληνικὴ Χειρουργικὴ Νο 1, 1955, σελ. 42.
2. BRINDLEY H., COLL: Fibrosarcoma of the extremities J.B.J.S. 37A, No 3, 1955, p. 602.
3. MILES J., JAKSONH.: Carcinoma and stasis ulceration J.B.J.S. 39A, No 2, 1957, p. 458.
4. TAUZ S.: Fibrosarcoma following simple trauma J.B.J.S. 39A, No 2, 1957.
5. BOWIRS R., YOUNG M.: Carcinoma arising in scars, osteomyelitis and fistulas, Arch. Surg 80:564-550 April 1960. In year Book Orth. Surg. 1960-61, p. 395.
6. LOVELL W., KING R.: Carcinoma in skin, sinuses and bone following chronic osteomyelitis South M. J. 50:266-271 Febr. 1957. In y. Book Orth. Surg. 1957-58, p. 119.
7. SEDLIN E., FLEMING J.: Epidermoid carcinoma arising in chronic osteomyelitis foci-J.B.J.S. 45A. No 4, 1963, p. 827.

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ-ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Ζ. ΑΓΟΡΟΠΟΥΛΟΣ, καὶ Α. ΛΑΜΠΡΟΥ: Παρατηρήσεις ἐπὶ τῆς ἀρθροπλαστικῆς τοῦ ἰσχίου κατὰ τὴν μέθοδον Α. Τ. Moore) ἐπὶ 20 περιπτώσεων. (Δὲν κατατέθη χειρόγραφον).

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΛΑΚΙΔΟΥ και Β. ΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Περίπτωσης αντίχειροποίησης διά χρησιμοποίησεως πρώτης φάλαγγος δείκτου.

Ἐπὶ βαρέως τραυματισθείσης χειρός, ὅπου ἔχομεν πολλαπλᾶς κακώσεις καὶ ἀκρωτηριασμούς, πολλοὶ τῶν συγγραφέων συνιστοῦν τὴν ἀποφυγὴν ἀφαιρέσεως τμημάτων τῆς χειρός, τὰ ὅποια δύνανται νὰ χρησιμοποιηθοῦν τοπικῶς πρὸς κάλυψιν δερματικῶν ἑλλειμμάτων, ὡς καὶ τὴν χρησιμοποίησιν εἰς δευτερον χρόνον, λειτουργικῶς ἀχρήστων πλέον τμημάτων τῆς χειρός, πρὸς κάλυψιν ἄλλων ἑλλειμμάτων.

Διὰ τῆς διατηρήσεως τῶν τμημάτων αὐτῶν, ἀφ' ἑνὸς μὲν δυνάμεθα νὰ προσπορισθῶμεν δέρμα μὲ φυσιολογικὴν αἰσθητικότητά πρὸς κάλυψιν ἑλλειμμάτων ἀφ' ἑτέρου δὲ τμήματα δακτύλων πρὸς ἐπιμήκυνσιν ἐτέρων, φέροντα μεθ' ἑαυτῶν ὅλα τὰ στοιχεῖα ἑνὸς δακτύλου (δέρμα, ὀστά, ἀγγείωσις, νεύρωσις). Τοῦτο δὲ εἶναι ἀδύνατον νὰ ἐπιτευχθῆ, δι' οἰασδήποτε ἄλλης πλαστικῆς μεθόδου.

Εἰς τὸν Littler ὀφείλεται κυρίως ἡ ἀναγνώρισις τῆς ἀξίας τῶν μισχωτῶν κρημνῶν, εἰς τὴν ἐπανορθωτικὴν χειρουργικὴν τῆς χειρός.

Ἐχόντες τοῦτο ὑπ' ὄψιν, χρησιμοποιοῦμεν κατὰ κανόνα τὰ ὑγιᾶ στοιχεῖα παντὸς βεδλαμμένου δακτύλου, ἢ τμήματος αὐτοῦ, πρὸς κάλυψιν ἄλλων περιοχῶν τῆς χειρός.

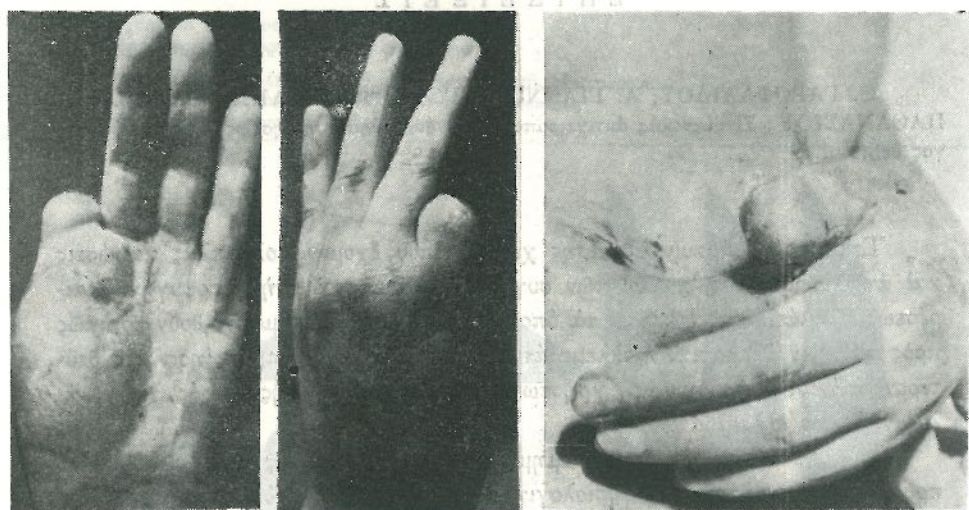
Ἐπιδεικνύομεν σήμερον μίαν περίπτωσιν ἀφορῶσαν εἰς τὴν χρῆσιν ἀχρήστου κολοβώματος τοῦ δείκτου πρὸς συμπλήρωσιν τοῦ ἐπίσης λειτουργικῶς ἀχρήστου κολοβώματος τοῦ ἀντίχειρος καὶ δημιουργίαν οὕτω, ἑνὸς ἀντίχειρος ἔχοντος καλὸν σχῆμα, καλὴν ἀγγείωσιν, καλὴν κινητικότητα καὶ φυσιολογικὴν αἰσθητικότητα.

Τὸ ἱστορικὸν τῆς ἀσθενοῦς ἔχει οὕτω:



α β γ

Εβκ. 1.



α β γ

Εβκ. 2.



Εβκ. 1, 2, 3, Περίπτωσης υπ' αριθ. 1. Χρήσις κολοβώματος δείκτης προς επιμήκυνσιν κολοβώματος αντίχειρος.

Εβκ. 1. α) Γαγγραινοποιήσις αντίχειρος και δείκτης. β, γ) 'Η εμφάνισις τῆς χειρός μετά τὴν ἀφαίρεσιν τῶν νεκρωμένων ἰσθῶν.

Εβκ. 2. α, β) Ἐμφύτευσις τοῦ κολοβώματος τοῦ ἀντίχειρος κάτωθι τοῦ κολοβώματος τοῦ δείκτης, ἀφοῦ ἀφηρέθη τὸ δεύτερον μετακάρπιον.

γ) Ἀποχωρισμὸς τοῦ ἀντίχειρος. Τὸ μεσοδκτυλικὸν διάστημα καλύπτεται διὰ μισχωτοῦ κοιλιακοῦ κρημνοῦ.

Εβκ. 3. Τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα.

(Ἰδίξ)

← Εβκ. 3.



Εικ. 4.

Εικ. 4. 'Ακτινογραφική απεικόνισις τῆς περιπτώσεως. Ἄνω : ἀριστερά, ἡ χεὶρ ἀμέσως μετὰ τὴν κάκωσιν, δεξιὰ μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ β' μετακαρπιαίου καὶ τὴν μετάθεσιν τοῦ ἀντίχειρος εἰς τὴν θέσιν αὐτοῦ. Κάτω : Διάχωρισμὸς τοῦ δακτύλου καὶ δημιουργία μεσοδακτυλικῆς διαστήματος.

1. Χρη-
τιμήκυνσιν

ς καὶ δείκ-
ρὸς μετὰ
δν.

ματος τοῦ
τοῦ δείκ-
μετακάρ-

Τὸ μεσο-
ἀ μισχω-

(Ἰδία)

Κ. Μ., θήλυ, ἑτῶν 25. Εἰσαγωγή 29.9.62.

Ἡ ἀσθενὴς προσήλθεν ἡμῖν φέρουσα τραύμα τοῦ ἀριστεροῦ ἀντίχειρος καὶ δείκτου, ὡς ἐπίσης ἔλλειψιν δέρματος τῆς ράχews τῆς χειρὸς καὶ τῆς παλάμης. Μετὰ τὴν περιχαράκωσιν τῆς ἐπισυμβάσης ξηρᾶς γαγγραινῆς, κατὰ τὸ μέσον τῆς πρώτης φάλαγγος τοῦ ἀντίχειρος καὶ κεφαλῆς τῆς πρώτης φάλαγγος τοῦ δείκτου, προέδθημεν εἰς ἀκρωτηριασμὸν αὐτῶν εἰς τὸ ὕψος τῆς περιχαράκωσεως καὶ κάλυψιν τοῦ ἐλλείποντος δέρματος τῆς ράχews τῆς χειρὸς καὶ τῆς παλάμης δι' ἐλευθέρου, μερικοῦ πάχους, δερματικοῦ μοσχεύματος (εἰκ. 1).

Μετὰ τὴν ἐπούλωσιν ὄλων τῶν τραυμάτων, τὸ κολόδωμα τοῦ ἀντίχειρος ἦτο λειτουργικῶς ἀχρηστον, διότι: α) ἐστερεῖτο ἐπαρκoῦς καλύψεως διὰ δέρματος, β) ἐστερεῖτο κινητικότητος καὶ αἰσθητικότητος καὶ γ) τὸ μεσοδακτυλικὸν διάστημα ἦτο οὐλῶδες καὶ δυσκίνητον, ὃ δὲ ἀντίχειρ εὗρίσκετο εἰς τὰ πλάγια τῆς χειρὸς.

Διὰ τοὺς λόγους αὐτοὺς ἀπεφασίσαμεν τὴν ἐπιμήκυνσιν τοῦ ἀντίχειρος, χρησιμοποιοῦντες τὸ ἀχρηστον κολόδωμα τοῦ δείκτου, καὶ τὴν ἀποκατάστασιν τοῦ μεσοδακτυλικοῦ διαστήματος. Τοῦτο ἐγένετο εἰς δύο χρόνους:

Α'. Χ ρ ὀ ν ο ς. Ἀφαίρεσις τοῦ δευτέρου μετακαρπίου καὶ μετάθεσις τοῦ ἀντίχειρος εἰς τὴν θέσιν αὐτοῦ συγχρόνως, ἐγένετο ὀστεοσύνθεσις τοῦ περιφερικοῦ ἄκρου τοῦ ἀντίχειρος, μὲ βάσιν τῆς πρώτης φάλαγγος τοῦ δείκτου. Τὰ δύο ὀστὰ συνεκρατήθησαν διὰ βελόνης Kirschner (εἰκ. 4).

Β'. Χ ρ ὀ ν ο ς. Μετὰ τρίμηνον, ὅτε ἐπῆλθε καὶ ἀκτινολογικὴ πύρωσις, ἐγένετο διαχωρισμὸς τοῦ δακτύλου, διὰ διατομῆς κατὰ τὸ μεσοδακτυλικὸν διάστημα δείκτου - μέσου (εἰκ. 2). Κατὰ τὸν χρόνον τοῦτον ἐλήφθη πρόνοια διατηρήσεως τῶν δακτυλικῶν νεύρων, ἀγγείων καὶ μυῶν τοῦ θέναρως. Τὸ δημιουργηθὲν χάσμα μεταξὺ τοῦ νέου ἀντίχειρος καὶ μέσου δακτύλου, ἐκαλύφθη διὰ δέρματος ληφθέντος διὰ σωληνωτοῦ κρημονοῦ ἐκ τῆς κοιλίας.

Διὰ τῆς μεθόδου ταύτης ἐπετεύχθησαν τὰ ἑξῆς:

1. Ἐπιμήκυνσις τοῦ ἀντίχειρος πλησιάζουσα τὸ φυσιολογικὸν μῆκος αὐτοῦ.
2. Ὁ νέος ἀντίχειρ εἶχε φυσιολογικὴν αἰσθησιν.
3. Τὸ μεσοδακτυλικὸν διάστημα διηνοίχθη εἰς φυσιολογικὰ ὅρια.
4. Ὁ νέος ἀντίχειρ, ἔχων φυσιολογικὴν καρπομετακάρπιον ἄρθρωσιν καὶ κινητὴν μετακαρπιοφαλαγγικὴν τοιαύτην, εἶναι κινητὸς καὶ ἐκτελεῖ τὰς πλείστας τῶν κινήσεων ἑνὸς φυσιολογικοῦ τοιοῦτου, κάτω δεξιᾶ).
5. Τὸ αἰσθητικὸν ἀποτέλεσμα εἶναι ἐμφανὲς (εἰκ. 3).

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDES, A. GIANNIKAS, G. HARTOFILAKIDES and B. PAPATHANASIOU: Pollicisation by use of first phalanx of index finger. (Report of one case).

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΟΥ και Β. ΠΑ-
ΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Περίπτωσης λειτουργικής αποκατάστασης ασθενούς κατόπιν άκρω-
τηρίσμου τών δακτύλων άμφοτέρων τών χειρών.

Ἐπιδεικνύομεν εἰς τήν Σεβαστήν Ἐταιρείαν ἑτέραν περίπτωσιν ἀσθενούς,
ἣτις κατόπιν ἐργατικοῦ ἀτυχήματος ὑπέστη ἀκρωτηριασμόν καί τών δέκα δα-
κτύλων, κυμαινόμενον ἀπό τῆς τελικῆς φάλαγγος μέχρι τῆς μεσότητος τῆς
πρώτης.

Ἡ περίπτωσις αὕτη ἀντιμετωπίσθη ἀρχικῶς ὑφ' ἡμῶν, διὰ ἐμφυτεύσεως
ὄλων τών δακτυλικῶν κολοβωμάτων ἐντός τοῦ κοιλιακοῦ δέρματος.

Διά τῆς μεθόδου ταύτης ἐπετύχομεν τήν σύγκλισιν τών κολοβωμάτων διά
τῆς προσθήκης δέρματος, ἀντί τῆς περαιτέρω βραχύνσεως τών δακτύλων καί
συγκλίσεως τών κολοβωμάτων κατὰ πρῶτον σκοπόν.

Ὁὕτω, μετὰ τόν διαχωρισμόν τών δακτύλων, ἡ ἀσθενῆς ἀπέκτησε θαυμα-
σίαν κινητικότητα τών κολοβωμάτων καί ἤδη ἐπανῆλθεν καί ἀσχεῖ τήν προ-
τέραν αὐτῆς ἐργασίαν εἰς χαρτοκοπτεῖον.

Ἄσθενῆς 25 ἐτῶν. Κατά τήν διάρκειαν τῆς ἐργασίας της εἰς κοπτικήν
μηχανήν χάρτου καί κατόπιν ἀδεξιότητος, ὑπέστη ἀκρωτηριασμόν τών δακτύ-
λων ἀμφοτέρων τών χειρῶν.

Διεκομίσθη παρ' ἡμῖν ἀμέσως, ὅτε καί διεπιστώσαμεν ὅτι ἔφερεν ἀκρω-
τηριασμόν καί τών 10 δακτύλων τών χειρῶν, καί εἰς τὸ ὕψος, τοῦ μὲν ἀντίχει-
ρος εἰς τήν μεσότητα τῆς τελικῆς φάλαγγος, τοῦ δείκτου εἰς τήν θάσιν τοῦ
δακτύλου, τοῦ μέσου εἰς τήν κεφαλὴν τῆς πρώτης φάλαγγος, τοῦ παραμέσου
εἰς τήν θάσιν τῆς δευτέρας φάλαγγος καί τοῦ μικροῦ εἰς τήν κεφαλὴν τῆς
δευτέρας φάλαγγος.

Ἡ κάκωσις ἦτο συμμετρική εἰς ἀμφοτέρας τὰς χεῖρας.

Ἀμέσως προέβημεν εἰς κάλυψιν τών κολοβωμάτων διὰ κοιλιακοῦ κρη-
μνοῦ, ὥστε νὰ ἐπιτύχωμεν ποιάν τινα ἐπιμήκυνσιν αὐτῶν, ἀντί τῆς βραχύνσεως
τῶν ὀστών καί συγκλίσεως τών κολοβωμάτων κατὰ α' σκοπόν.

Μετὰ 20 ἡμέρων, ἐγένετο ὁ ἀποχωρισμός τών κοιλιακῶν κρημνῶν καί ἡ
δακτυλοποίησις, διότι κατ' ἀρχὰς ὁ κρημνός ἦτο ἐνιαῖος δι' ἑκάστην χώραν,
οὐχὶ δὲ κατὰ δάκτυλον. Οὕτως ἡ ἀσθενῆς μετὰ 3 μηνῶν, μὲ τὰ μικρὰ ταῦτα
κολοβώματα, ἐπανῆλθεν εἰς τήν προτέραν της ἐργασίαν καί δύναται νὰ συλ-
λαμβάνῃ καί μικρὰ ἀκόμη ἀντικείμενα, ὡς φύλλα χάρτου.

S U M M A R Y

TH GAROFALIDES, A. GIANNICAS G. HARTOFILAKIDES and B. PA-
PATHANASIOU: Functional restoration of the hands of a patient after am-
putation of all fingers.

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΟΥ, και Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: 'Αποκατάστασις λειτουργίας τῆς χειρὸς κατόπιν παραλύσεως τοῦ κερκιδικοῦ νεύρου.

Τὸ κερκιδικὸν νεῦρον εἶναι νεῦρον μικτόν, ἀποτελούμενον ἀπὸ αἰσθητικῆς καὶ κυρίως κινητικῆς ἴνας. Αἱ κινητικαὶ ἴνες ἀποχωρίζονται ὀλίγον ἄνωθεν τοῦ ἀγκῶνος καὶ ἀφοῦ περάσουν τὸν ὑπτιαστήν φέρονται εἰς τὸ ἄνω $1/3$ τῆς ραχιαίας ἐπιφανείας τοῦ ἀντιβραχίου, ὅπου διασπῶνται εἰς ἴνας, αἵτινες καὶ εἰσέρχονται εἰς τοὺς ἐκτείνοντας μῦς πρὸς νεύρωσιν.

Ὁ πρῶτος κινητικὸς κλάδος τοῦ κερκιδικοῦ χορηγεῖται διὰ τὸν βραχιονοκερκιδικὸν εἰς τὸ ὕψος τοῦ κάτω $1/4$ τοῦ βραχιονίου, ἐν συνεχείᾳ δὲ χορηγοῦνται κλάδοι πρὸς τὸν μακρὸν κερκιδικὸν ἐκτείνοντα τὸν καρπὸν, βραχὺν κερκιδικὸν ἐκτείνοντα τὸν καρπὸν, ὑπτιαστήν καὶ ἀγκωνιαῖον. Οἱ ἕτεροι μῦες τοῦ βραχίονος οἱ νευρούμενοι ὑπὸ τοῦ κερκιδικοῦ λαμβάνουσι κλάδους ὅταν ἀκόμη τὸ νεῦρον εὑρίσκεται εἰς τὰ ἄνω $2/5$ τοῦ βραχιονίου.

Ἡ αἰσθητικὴ μοῖρα τοῦ κερκιδικοῦ νεύρου, καλουμένη καὶ ἐπιπολῆς, κεῖται κάτωθεν τοῦ βραχιονοκερκιδικοῦ καὶ ἐλαφρῶς ἔξω τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας, ὅταν εὑρίσκεται εἰς τὸ ἄνω $1/3$ τοῦ ἀντιβραχίου, ἔκτοτε δὲ φέρεται πρὸς τὴν ἔξω ἐπιφάνειαν κατὰ μῆκος τοῦ ἀπαγωγοῦ καὶ ἐκτείνοντος τὸν ἀντίχειρα τενόντων, πρὸς τὸν καρπὸν, διὰ τὰ καταλήξει εἰς πέντε δερματικούς κλάδους (δύο διὰ τὴν ραχιαίαν ἐπιφάνειαν τοῦ ἀντίχειρος, δύο διὰ τὴν τοῦ δείκτου καὶ ἓναν διὰ τὴν κερκιδικὴν μοῖραν τῆς ῥάχειος τῆς 1ης φάλαγγος τοῦ μέσου δακτύλου).

Τὸ κερκιδικὸν νεῦρον ἐμφανίζει συχνὰ παραλύσεις συνεπεῖα τραυματισμῶν κατὰ τὴν γειτονίαν του πρὸς τὸ ὄστον, ἢ παθολογικῶν καταστάσεων. Ὑπὸ πολλῶν συγγραφέων ἀναφέρεται ὡς συχνὴ ἐπιπλοκὴ ἐπὶ καταγμάτων τοῦ βραχιονίου ἢ τελεία παράλυσις τοῦ νεύρου. Συχνὴ ἐπίσης, πολλάκις παροδική, παράλυσις τοῦ κερκιδικοῦ νεύρου, παρατηρεῖται μετὰ ἀπὸ κακὴν ἐφαρμογὴν τοῦ ἰσχαίμου ἐπιδέσμου (συνηθέστερον ἐπὶ χρήσεως τῆς ἐλαστικῆς ταινίας τοῦ Esmarch).

Ὑπάρχουν ἐπίσης καὶ πολλαὶ ἀνάιτιοι παραλύσεις τοῦ κερκιδικοῦ νεύρου ἐγκαθιστάμενα: βραδέως, ὀφειλόμενα εἰς τὴν ἀνάπτυξιν νευρωμάτων ἐντὸς τοῦ νεύρου, ἐντοπιζομένων κυρίως εἰς τὴν μεσότητα τοῦ βραχιονίου.

Ἐπὶ διατομῆς αὐτοῦ ἢ ἐπὶ ἀξονοσμήσεως, τοῦ νεύρου ὄντος ἐν συνεχείᾳ, ἰδίᾳ ἐπὶ ἀμφιβόλου διαγνώσεως, ἡ ἀκολουθουμένη θεραπεία εἶναι ἀναμονὴ ἐπὶ τόσον διάστημα ὅσον εἶναι τὸ ὑποτιθέμενον σημεῖον ἐλάθους μέχρι τῆς ὑποθετικῆς του καθόδου καὶ ἐνευρώσεως τοῦ πρώτου μῦδος τοῦτέστιν τοῦ βραχιονοκερκιδικοῦ, ἄλλως προβαίνομεν εἰς τὴν χειρουργικὴν πλέον θεραπείαν.

Ἐάν καὶ τὸ νεῦρον τοῦτο εἶναι θαυμάσιον ὑπόστρωμα διὰ μίαν καλὴν καὶ ἐπιτυχῆ συρραφήν, δίδον ἄριστα ἀποτελέσματα λειτουργικά, ἐν τούτοις εἶναι τρομερὰ δύσκολον νὰ καλυφθοῦν κενὰ (χάσμα) 5—6 ἐκ. μ. λόγῳ δυσκολίας κατὰ τὴν κινητοποίησιν. Πολλοὶ συγγραφεῖς πρὸς τὸν σκοπὸν τοῦτον προτείνουν τὴν βράχυνσιν τοῦ ὅστου.

Σήμερον πολλοὶ τῶν χειρουργῶν χρησιμοποιοῦν τὴν μέθοδον τοῦ Sir Robert Jones ὡς αὕτη ἐτροποποιήθη ὑπὸ τοῦ Billington. Κατ' αὐτὴν ὁ ὠλένιος καμπτήρ τοῦ καρποῦ μετεμψυτεύεται εἰς τοὺς ἐκτείνοντας τοὺς δακτύλους τένοντας καὶ τὸν μακρὸν ἐκτείνοντα τὸν ἀντίχειρα, ὁ στρογγύλος πρηγιστῆς μετεμψυτεύεται εἰς τοὺς κερκιδικοὺς ἐκτείνοντας τὸν καρπὸν (μακρὸν καὶ βραχύ), τέλος δὲ ἐπὶ ὑπάρξεως τοῦ μακροῦ παλαμικοῦ μετεμψυτεύεται οὗτος εἰς τὸν ἀπαγωγὸν τοῦ ἀντίχειρος.

Ὁ ἀσθενὴς τὸν ὁποῖον παρουσιάξομεν σήμερον ὑπέστη κατόπιν αὐτοκινητιστικοῦ ἀτυχήματος διπλοῦν κάταγμα τοῦ βραχιονίου.

Ἀσθενὴς 33 ἐτῶν. Ὑπέστη συντριπτικὸν κάταγμα τοῦ βραχιονίου καὶ ἄμεσον παράλυσιν τοῦ κερκιδικοῦ νεύρου. Τὸ κάταγμα ἐθεραπεύθη συντηρητικῶς καὶ ἐπωρώθη πλήρως μετὰ 3 μηνῶν. Ἡ παράλυσις τοῦ κερκιδικοῦ νεύρου δὲν ἐνεφάνισεν θελπίωσιν.

Μετὰ πάροδον 10 μηνῶν ἀπὸ τῆς κακώσεως, ἀπεφασίσθη ἡ τενοντομετὰφορὰ μυῶν νευρουμένων ὑπὸ τοῦ ὠλενίου νεύρου καὶ ἡ ἐγκατάλειψις τῆς ἀποκαταστάσεως τοῦ κερκιδικοῦ νεύρου.

Κατὰ τὴν ἐγχείρησιν ἐγένοντο τὰ κάτωθι:

1) Μεταφορὰ τοῦ στρογγύλου πρηγιστοῦ εἰς τὸν κερκιδικὸν ἐκτείνοντα τὸν καρπὸν (βραχὺ καὶ μακρὸν).

2) Μεταφορὰ τοῦ ὠλενίου καμπτήρος τοῦ καρποῦ εἰς τὸν κοινὸν ἐκτείνοντα τοὺς δακτύλους καὶ μακρὸν ἐκτείνοντα τὸν ἀντίχειρα.

3) Μεταφορὰ τοῦ μακροῦ παλαμικοῦ εἰς ἀπαγωγὸν τοῦ ἀντίχειρος.

Σήμερον, μετὰ πάροδον 6 μηνῶν ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, ὁ ἀσθενὴς ἐμφανίζει πλήρη λειτουργικότητα τῆς ἄκρας χειρὸς καὶ τελείαν ἀποκατάστασιν τῆς λειτουργίας τοῦ κερκιδικοῦ νεύρου.

S U M M A R Y

TH GAROFALIDES, A. GIANNICAS, G. HARTOFILAKIDES and B. PAPATHANASIOU: Restoration of the function of the hand after a radial nerve palsy.

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ - ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΓΑΛΑΝΟΣ: Χειρουργική αντιμετώπισις τῆς μετατραυματικῆς σπονδυλολιθώσεως. (Δὲν κατετέθη χειρόγραφον).

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Γ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ καὶ Κ. ΣΤΑΜΟΥ: Δύο νέα περιπτώσεις σαρκώματος ἠβοίσχιακοῦ κλάδου. Δὲν κατετέθη χειρόγραφον.

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ: Ἀφαίρεσις μεταλλίνων ξένων σωμάτων (βελόνης) ἐκ τῆς ἀρθρώσεως τοῦ γόνατος τῆ βοήθεια ἠλεκτρομαγνήτου.

Ἔχομεν τὴν τιμὴν νὰ ἐπιδείξωμεν περίπτωσιν ἀφαιρέσεως ἐνδοαρθρικῶν μεταλλίνων ξένων σωμάτων γόνατος, τῆ βοήθεια ἠλεκτρομαγνήτου ὀφθαλμιάτρων.

Πρόκειται περὶ μικροῦ ἀσθενοῦς, ἡλικίας 4 ἐτῶν, ὅστις, μετὰ πτώσιν ἐντὸς τῆς οἰκίας του, γενομένην πρὸ 10ημέρου, ἤρχισεν αἰτιώμενος δι' ἐπώδυνον κινήσιμότητα τῆς ἀριστερᾶς κατὰ γόνα ἀρθρώσεως, συνεπεία τῆς ὁποίας ἐδυσχεραίνετο ἢ θάδιαις, καθ' ὃ ἐπώδυνος καὶ μετὰ χωλότητος.

Ἐκ τῆς ἐπισκοπῆσεως καὶ ψηλαφήσεως τῆς ἀριστερᾶς κατὰ γόνα ἀρθρώσεως, οὐδὲν τὸ ἀξίον λόγου. Ἡ κάμψις καὶ ἔκτασις τοῦ γόνατος, δυσχερῆς λόγῳ τοῦ ἄλγους. Σημειωτέον, ὅτι τὸ ἄλγος ἐνεφανίζετο κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς κινήσεως τῆς ἀρθρώσεως, ἐνῶ ὁ μικρὸς πᾶσχων δὲν παρεπονείτο δι' ἄλγος εἰς οἰανδήποτε στατικὴν θέσιν (κάμψεως ἢ ἐκτάσεως) καὶ ἐὰν ἐτίθετο τὸ γόνα.

Γενομένη ἀκτινογραφία ἀπέδειξεν τὴν ὑπαρξιν δύο τεμαχίων μεταλλίνων ἐντὸς τῆς κατὰ γόνα ἀρθρώσεως, μεγέθους καὶ σχήματος, ὡς θραυσθείσης βελόνης. Συνεστήθη ἡ ἐξάιρεσις τῶν ὡς ἄνω σωμάτων. Πρὸς ἀποφυγὴν μεγαλύτερων κακώσεων, κατὰ τὴν ἐγχειρητικὴν ἀναζήτησιν τῶν τεμαχίων βελόνης, ἐσκέφθημεν τὴν προμήθειαν ἠλεκτρομαγνήτου χρησιμοποιουμένου ὑπὸ τῶν ὀφθαλμιάτρων διὰ τὴν ἀφαίρεσιν μεταλλίνων ρινοσμάτων ἐκ τῶν ὀφθαλμῶν.

Έ γ χ ε ί ρ η σ ι ς : Μετά παρεπιγονατιδικήν τομήν τοῦ δέρματος καί τήν διάνοιξιν τοῦ γόνατος, εισδιβάσαμεν ἐντός τῆς ἀρθρώσεως τόν διά θρασμοῦ ἀποστειρωθέντα στηλεόν τοῦ ἠλεκτρομαγνήτου, ἐπὶ τοῦ ὁποίου εὐχερέστατα προσεκολλήθησαν τὰ τεμάχια τῆς βελόνης. Ἡ μόνη δυσχέρεια ὑπῆρξεν ἡ ἀποφυγή τῆς ἔλξεως τῶν ἀπωθητήρων Volkman παρά τοῦ ἠλεκτρομαγνήτου.

Μετά τήν ἀναγγελίαν τῆς παρουσίας ἐπιδείξεως, εἰσήλθεν εἰς τήν ὀρθοπεδικήν κλινικήν Γ.Κ.Ν. Ἀθηνῶν, ἀσθενῆς ἡλικίας 14 ἐτῶν, τραυματισθεῖς διὰ θραύσματος νάρκης, κατὰ τήν ἔκρηξιν ταύτης εἰς Γοργοπόταμον. Ἐκ τῆς γενομένης ἀκτινογραφίας, διεπιστώθη ἡ ὑπαρξίς τριῶν μικρῶν μεταλλίνων σωμάτων ἐντός τῆς ἀριστερᾶς κατὰ γόνου ἀρθρώσεως. Παρά τήν ἀγνοίαν μας ὡς πρὸς τὸ μέταλλον τῶν ναρκῶν, δηλαδή, ἐάν τοῦτο ἔλκεται ὑπὸ τοῦ μαγνήτου, ἐχρησιμοποίησαμεν τόν αὐτὸν ἠλεκτρομαγνήτην καί ἐπὶ τῆς περιπτώσεως ταύτης, καί ἔσχομεν τήν ἱκανοποίησιν νὰ ἐπιτύχωμεν διὰ τούτου τήν εὐχερῆ ἀνεύρεσιν καί ἀφαίρεσιν τῶν θραυσμάτων.

Ἀναφερόμεθα εἰς τήν σημερινήν μας ἐπίδειξιν, διότι ἔχομεν τήν γνώμην ὅτι αὗται ἀποτελοῦν τὰς πρώτας περιπτώσεις ἀφαιρέσεως μεταλλικῶν σωμάτων, τῇ βοηθείᾳ ἠλεκτρομαγνήτου.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS: Removal of metallic foreign bodies from the knee Joint by means of an electromagnet.

B. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, ΣΤΑΥΡ. ΒΟΥΖΟΥΛΙΑΣ: Περίπτωσης ἀφαιρέσεως λιπώματος ἀρ. μηροῦ μεγέθους ὕδροπέπονος.

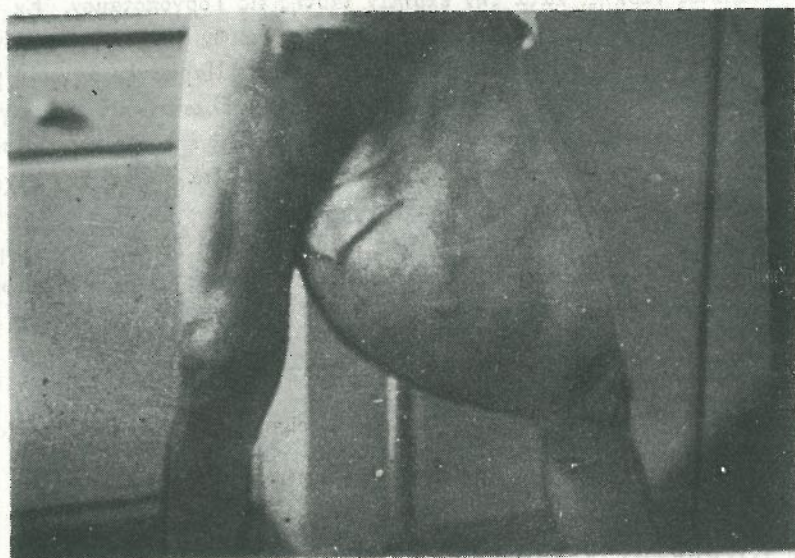
Ἡ ὀρθοπεδική Κλινική τοῦ Γενικοῦ Κρατικοῦ Νοσοκομείου Ἀθηνῶν, ἔχει τήν τιμὴν νὰ ἐπιδείξῃ ὑμῖν περίπτωσιν λιπώματος ἀρ. μηροῦ, μεγέθους μεγάλου ὕδροπέπονος καί θάρους 9 χιλιογράμμων.

Πρόκειται περὶ θήλειας ἐγγάμου ἡλικίας 50 ἐτῶν ἣτις ὡς ἀναφέρει ἀπὸ 4ετίας παρετήρησεν διόγκωσιν κατὰ τήν ἔσω ἐπιφάνειαν τοῦ ἀρ. μηροῦ μεγέθους μανδρινίου ἣτις θαυμάζον ἠδὲν ἠδύνατο. Ἀπὸ ἔτους ἔλαθεν τὸ σημερινόν μέγεθος καί θάρος, ἐπεξετείνετο δὲ ἐπὶ τῆς ὀπισθο-ἔσωτερικῆς ἐπιφανείας τοῦ ἀρ. μηροῦ. Ἡ βάδισις καθίστατο δυσχερῆς ἀφ' ἐνός μὲν λόγῳ τοῦ θάρους τοῦ «ἄγκου» (9 χιλ.γρ.), ἀφ' ἐτέρου δὲ λόγῳ τοῦ μεγέθους αὐτοῦ (μεγάλου ὕδροπέπονος), ὅστις ὑπεχρέωνε τήν ἀσθενῆ νὰ θαδίξῃ διατηροῦσα τὸ ἀρ. σκέλος ἐν ἀπαγωγῇ.

Κλινικῶς διαπιστοῦμεν ὅτι ἡ διόγκωσις, κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον εὐκίνητος, ψευδοκλυδάζουσα, μὴ συμφορμένη μετὰ τοῦ δέρματος ἢ τῶν ὑποκειμένων ἰσθῶν, ἐμφανίζει ἐπὶ τῆς δερματικῆς ἐπιφανείας ἐπίφλεβον.

Γενική κατάσταση ασθενούς καλή, εργαστηριακά εξετάσεις κατά φύσιν. Παρακέντησις τοῦ ὄγκου ἐκτελεῖται εὐχερῶς, οὐδὲν δὲ ἀνερροφήθη εἰς τὴν σύριγγα.

Ἀποφασίζεται ἡ ἐξαίρεσις τοῦ ὄγκου. Μετὰ τὴν ἐπιμήκη τομὴν τοῦ δέρματος, τοῦτο ἀποκολλάται εὐχερῶς ἐκ τοῦ λιπώματος, κατὰ τὸ μέσον δὲ τῆς ἐγχειρήσεως, ἡ διόγκωσις ἀποκολλάται αὐτομάτως, λόγῳ τῆς θαρύτητος.



Φωτογραφία τῆς ἀσθενούς

Ραφή ἐγχειρητικοῦ τραύματος μετὰ ἐκτομὴν πλεονάζοντος δέρματος. Ἐφαρμογὴ πιεστικῆς περιδέσεως τοῦ σκέλους.

Μετεγχειρητικὴ πορεία ὀμαλή. Ἀφαίρεσις ραμμάτων τὴν 15ῃν μετεγχειρητικὴν ἡμέραν. Ἀπὸ τῆς ἐπομένης ἡ ἀσθενὴς ἤρχισε βαδίζουσα φυσιολογικῶς.

Ἱστολογικὴ ἐξέτασις.

Παρὰ τὴν ἱστολογικὴν ἐξέτασιν ἔχομεν τὴν γνώμην ὅτι πρόκειται περὶ λιποσαρκώματος λόγῳ τῆς πρόδευτικῆς ἀξήσεως τοῦ ὄγκου. Ἐπιδεικνύομεν τὴν περίπτωσιν, λόγῳ τοῦ ἀσυνήθους μεγέθους καὶ θάρους τοῦ ὄγκου.

S U M M A R Y

By. V. SOURMELIS, D. MOUROULIS and S. VOUSOULIAS: Removal of a large lipoma from the left thigh (9 kgm).

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, ΧΡ. ΣΙΑΪΚΑΡΑΣ, Ι. ΜΟΥΖΟΥΡΑΚΗΣ: 'Επί δύο περιπτώσεων κατάγματος τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου μετ' ἐξarthρήματος. 'Επιτυχῆς ἀντιμετώπισις δι' ἀναιμάκτου ἀγίωσης.

Ἡ Ὀρθοπαιδικὴ Κλινικὴ τοῦ Γεν. Κρατικοῦ Νοσοκομείου Ἀθηνῶν ἔχει τὴν τιμὴν νὰ σᾶς ἐπιδείξῃ περίπτωσιν ἀσθενοῦς ἡλικίας 26 ἐτῶν, ὅστις εἰσῆχθη κατὰ τὴν ἐφημερίαν τῆς 30.9.64. Τραυματισμὸς συνεπεία αὐτοκινητιστικοῦ ἀτυχήματος. Κλινικῶς ἐνεφάνιζεν ὀσημεῖα τραυματικοῦ ἐξarthρήματος τοῦ ἰσχίου ἀριστερά.

Ἀκτινογραφικῶς, διεγνώσθη κατάγμα τῆς ὀφρύος τῆς κοτύλης μετ' ἐξarthρήματος. Ὁ ἀσθενὴς προετοιμάζεται δι' ἐγχειρητικὴν ἀνάταξιν καὶ προσήλωσιν τοῦ κατάγματος τῆς ὀφρύος.

1.10.64. Προεγχειρητικὴ νέα ἀκτινογραφία ἐμφανίζει τὸ θεωρούμενον ὡς ἀποσπασθὲν τμήμα τῆς ὀφρύος τῆς κοτύλης ὀμαλὸν καὶ λίαν στρογγύλον. Βασίζόμενοι εἰς προηγουμένην ἐπίδειξιν περιπτώσεως τῆς 2ας Ὀρθ/κῆς Παν/κῆς Κλινικῆς, ὑπεθέσαμεν ὅτι τὸ θεωρούμενον ὡς ἀποσπασθὲν τμήμα τῆς ὀφρύος ἦτο ἐν τῇ πραγματικότητι ἕτερον τμήμα τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου δηλ. ἐπρόκειτο περὶ συντριπτικοῦ κατάγματος τῆς κεφαλῆς μετ' ἐξarthρήματος. Ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν γίνεται προσπάθεια ἀναιμάκτου ἀνάταξως. Ὁ μετὰ ταύτην ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος ἐπεβεβαίωσεν τὴν γνώμην μας ὅτι ἐπρόκειτο πράγματι περὶ συντριπτικοῦ κατάγματος τῆς κεφαλῆς. Διὰ τοῦ χειρισμοῦ ἐπετεύχθη ἡ ἀνάταξις τοῦ ἐξarthρήματος συγχρόνως δὲ καὶ τοῦ μεγαλυτέρου ἀποσπασθέντος τμήματος τῆς κεφαλῆς. Ἐτοποθετήθη γύψινος Ο.Μ. Κ.Π. ἐπίδεσμος κυκλοτερῆς διὰ τὸ ἀριστερὸν σκέλος συμπεριλαμβάνον καὶ τὸν δεξιὸν μηρὸν μέχρι τῆς μεσότητος.

Τὴν μεθεπομένην ἐφημερίαν τῆς Κλινικῆς, δηλ. τὴν 24ην τοῦ ἰδίου μηνός, μετεφέρθη ὑπὸ τοῦ Σ.Α.Β. εἰς τὸ ἐξωτερικὸν ἰατρεῖον τῆς Ὀρθοπαιδικῆς κλινικῆς τοῦ Γ.Κ.Ν. Ἀθηνῶν καὶ ἕτερος ἀσθενὴς, ἡλικίας 38 ἐτῶν. Τραυματισμὸς συνεπεία τροχαίου ἀτυχήματος (ἐπέβαινε δίκυκλου). Κλινικῶς ἐτέθη ὑπόνοια τραυματικοῦ ἐξarthρήματος δεξ. ἰσχίου. Ὁ ἀσθενὴς συνεχράτει τὸν

δεξιόν μηρόν ἐν κάμψει ἢ δὲ παραμικρὰ κίνησις αὐτοῦ προεκάλει ἐντονώτατον ἄλγος.

Γενομένη ἀκτ/φία κατὰ μέτωπον ἔθεσεν τὴν ὑπόνοιαν κατάγματος τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου. Ἀδύνατος κατέστι ἡ λήψις ἀκτ/φίας ἐκ τοῦ πλαγίου. Τὴν ἐπομένην μετεφέρθη εἰς χειρουργεῖον διὰ λήψιν νέων ἀκτ/φιῶν ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν.

Παρά τὴν γενικὴν νάρκωσιν ἡ πλήρης ἔκτασις τοῦ ἰσχίου ἦτο ἀδύνατος. Ἀἰψίς ἀκτ/φιῶν κατὰ μέτωπον καὶ ἐκ τοῦ πλαγίου ἔδειξαν ὅτι πρόκειται περὶ κατάγμ. τῆς κεφαλῆς μετ' ἐξαρθρήματος τῆς κατ' ἰσχίον.

Διὰ καταλλήλου χειρισμοῦ ἐπετεύχθη ἡ ἀνάταξις τοῦ ἐξαρθρήματος καὶ τοῦ κατάγματος. Ἐτοποθετήθη γύψινος Ο.Μ.Κ.Π. ἐπίδεσμος κυκλωτερῆς ὅστις περιελάμβανεν καὶ τὸν ὕγιᾶ μηρόν μέχρι τῆς μεσότητος. Ἐπιδεικνύομεν ἀμφοτέρας τὰς περιπτώσεις λόγῳ σπανιότητος.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS, CH. SIAPCARAS and J. MOUSOURAKIS: Successful conservative reduction report of twocases of fracture of the head of the femur with dislocation.

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ και Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: Ἀσυνήθης πορεία συριγγώδους πόρου καμπτικής ἐπιφανείας ἀγκῶνος. Ἀπατηλὴ εἰκὼν συριγγογράφηματος.

Ἀσθενὴς Κυρ. Ἰωάν. ἐτῶν 31, μετὰ πτώσιν ἐπὶ τοῦ ἐδάφους ὑπέστη τραυματισμὸν ἐκ παρασχίδων ξύλου κατὰ τὴν μεσότητά τῆς ἔσω ἐπιφανείας τοῦ ἀντιβραχίου καὶ τῆς ἔσω τοῦ βραχιόνος. Ἐκ τοῦ τραύματος τοῦ ἀντιβραχίου μετὰ καθαρισμὸν ἀφηρέθη παρασχίς ξύλου ἐκ βάθους πλέον τῶν 2 ἐκ.μ. Τὸ τραῦμα ἐπούλωθη μετὰ 10ήμερον. Ὁ ἀσθενὴς εἶχε καλῶς μέχρι πρὸ τριμήνου ὅτε ἐνεφανίσθη ἀπόστημα μεγέθους ὡοῦ κατὰ τὴν προσθίαν ἔξω ἐπιφάνειαν τοῦ ἀγκῶνος. Εἰς Νοσοκομεῖον Σάμου ἐγένετο διάνοιξις τοῦ ἀποστήματος ἀνέβλυσεν δὲ παχύρρευστον πῦον.

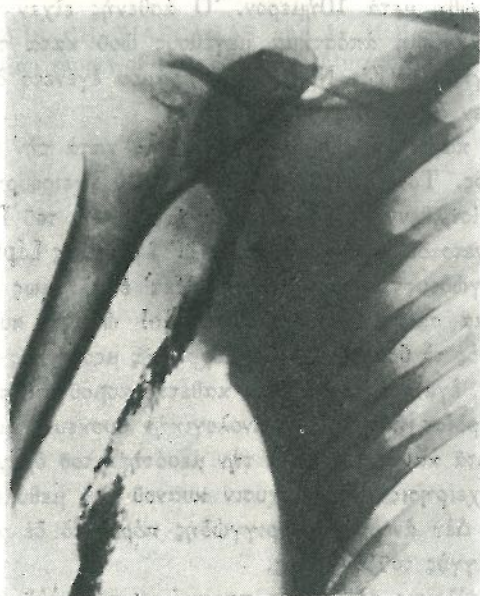
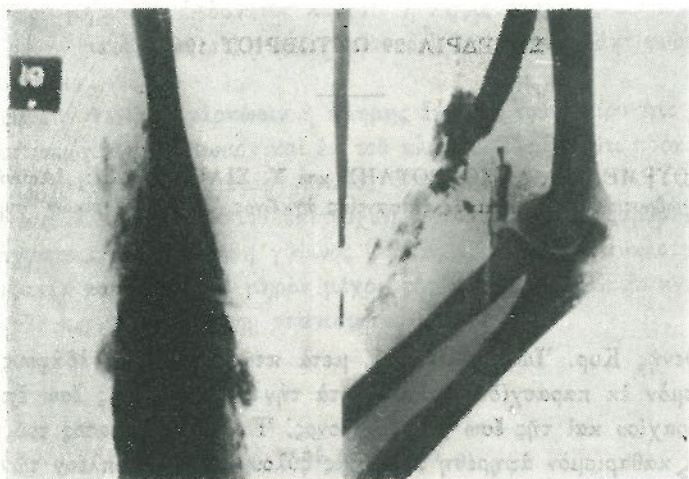
Ἐν συνεχείᾳ παρέμεινεν συριγγώδης πόρος κατὰ τὴν καμπτικὴν ἐπιφάνειαν τοῦ ἀγκῶνος. Τὸν Σεπτέμβριον τοῦ 1964 ἐχειρουργήθη ἀνεπιτυχῶς. Τὸν Ὀκτώβριον εἰσῆλθεν ἐν τῇ Ὀρθοπαιδικῇ Κλινικῇ τοῦ Γεν. Κρατ. Νοσοκ. Ἀθηνῶν. Τῷ ἐγένετο δὲ συριγγογράφημα δι' ἐγχύσεως Lipiodol ἐκ τοῦ ἔξω στομίου τοῦ συριγγώδους πόρου (ἀγκῶν). Μετ' ἐκπλήξεως διεπιστώσαμεν εἰς τὸ συριγγογράφημα σκίασιν, ἐκ τοῦ Lipiodol ὡς ἐπὶ συριγγογραφήματος, ἐπεκτεινομένην πρὸς τὸ βραχιόνιον καὶ μέχρι τῆς μεσότητος αὐτοῦ. Μὴ διαφωτισθέντες ἐπαρκῶς, ἐγένετο προσπάθεια καθετηριασμοῦ τοῦ συριγγώδους πόρου διὰ καθετῆρος καρδίας καὶ ὑπὸ ἀκτινολογικὴν συσκευὴν μετὰ τηλεοράσεως. Ὁ καθετῆρ σταματᾷ καὶ πάλιν κατὰ τὴν μεσότητά τοῦ βραχιονίου.

3.11.64. Ἐγχείρησις μετὰ ἔγχυσιν κυανοῦ τοῦ μεθυλενίου διὰ τοῦ συριγγώδους πόρου. Δὲν ἀνευρέθη συριγγώδης πόρος τὸ δὲ κυανοῦν τοῦ μεθυλενίου διαχέεται ἐγγὺς τοῦ ἀγκῶνος.

10.11.64, ἐπούλωσις τραύματος παραμένει συριγγώδης πόρος.

26.11.64. Νέα ἐγχείρησις ἀφοῦ προηγήθη, μετὰ σχολαστικῆς προσοχῆς, ἔγχυσις κυανοῦ, τοῦ μεθυλενίου διὰ τοῦ ἔξω στομίου τοῦ συριγγώδους πόρου. Κατὰ τὴν διατομὴν τοῦ δέρματος διαπιστοῦται διάχυσις τοῦ κυανοῦ τοῦ μεθυλενίου πρὸς τὸ ἀντιβράχιον. Ἀκολουθοῦντες ἐγχειρητικῶς τὴν διάχυσιν δια-

πιστοῦμεν συλλογὴν κυανοῦ τοῦ μεθυλενίου κατὰ τὴν μεσότητα τῆς καμπι-
κῆς ἐπιφανείας τοῦ ἀντιβραχίου μεταξὺ τῶν μυϊκῶν μαζῶν ἔνθα ἀνευρίσχο-



Συριγγογράφημα δεικνύων τὴν πορεία.
μεν καὶ ἀφαιρούμεν τεμάχιον ξύλου διαστάσεων 5 ἐκ.μ. X 0,5 ἐκ.μ.
6.12.64. Ἀφαίρεσις ραμμάτων πλήρης ἐπούλωσης τραύματος.

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Α. Κ. ΓΙΑΝΝΙΚΑ : Σπανία περίπτωσης κατάγματος ήβικου ὀστού.

Τελευταίως εἶχομεν τὴν εὐκαιρίαν νὰ παρατηρήσωμεν ἓνα περίεργον κάταγμα τῆς λεκάνης, ἀφορῶν ἰδίᾳ τὸν ἠβοῖσχιακὸν κλάδον τοῦ ἀνωνώμου ὀστοῦ, ἐπὶ παιδὸς ἡλικίας ἐννέα ἐτῶν, κατόπιν βιαίας ἀπαγωγῆς τοῦ σκέλους.

Κατὰ τὴν ἀναδρομὴν εἰς τὴν βιβλιογραφίαν, τὴν προσιτὴν εἰς ἡμᾶς, οὐδαμοῦ ἀνεύρωμεν ὁμοίαν περίπτωσιν περιγραφομένην.

Ἡ καλύτερα μελέτη τῆς ἀκτινογραφίας καὶ τῆς ἀνατομικῆς τοπογραφίας ἀπέδειξεν ὅτι τὸ κάταγμα τοῦτο ἦτο ἀποσπαστικόν, ὀφειλόμενον εἰς ἀπόσπασιν τμήματος τοῦ ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου διὰ τῶν ἐκφύσεων ἔλων ὁμοῦ τῶν προσαγωγῶν (ἰσχυοῦ, μακροῦ, βραχέος καὶ μεγάλου).

Αἱ ἀποσπάσεις ὀστικῶν τεμαχίων λόγῳ βιαίας ἔλξεως ὑπὸ τῶν καταφυομένων μυῶν εἶναι συχναί, ὅπως παρατηροῦνται κατὰ τὰς καταφύσεις τῶν ἐκτεινόντων εἰς τὰς τελικὰς φάλαγγας τῶν δακτύλων, τοῦ μείζονος βραχιονίου ὀγκώματος ὑπὸ τῶν βραχέων στροφέων τοῦ βραχιόνος, τοῦ κνημιαίου κυρτώματος ὑπὸ τοῦ καταφυτικῆς τένοντος τοῦ τετρακεφάλου κλπ. ὡς ἐπίσης καὶ τὸ ἀντίστροφον διὰ βιαίας ἔλξεως τῶν ἐκφύσεων τῶν μυῶν, ὡς εἶναι ἡ ἀπόσπασις τῆς παραπροχιλίου ἀποφύσεως τοῦ βραχιονίου, διὰ τῆς ἐκφύσεως τῶν καμπτήρων τῆς χειρός, ἢ σπανιώτερον ἀπόσπασις τοῦ ἰσχιακοῦ κυρτώματος ὑπὸ τῶν καμπτήρων τοῦ μηροῦ.

Εἰς τὴν ἡμετέραν περίπτωσιν ἐπῆλθεν ἐπιμήκης διαχωρισμὸς τοῦ ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου ἀκριθῶς εἰς τὸ σημεῖον ὅπου αἱ ἐκφύσεις τῶν προσαγωγῶν μυῶν. Τὸ ὑπόλοιπον τμῆμα παρέμεινεν εἰς τὴν θέσιν του, πιθανῶς λόγῳ τῆς ὑπάρξεως τῆς ἐκφύσεως τοῦ ἔξω θυροειδοῦς μυός.

Ἡ μετέρα περίπτωσις. Ἀσθενῆς Γ. Σ. ἐτῶν ἐννέα. Κατὰ τὴν διάρκειαν παιδιῶν κατέπεσεν ὀλισθήσας μετὰ τὰ σκέλη ἐν ἀπαγωγῇ, αἰσθανθεὶς ὀξύ ἄλγος κατὰ τὴν ἀριστερὰν μηροβουδωνικὴν πτυχὴν. Τὸ ἄλγος τοῦτο παρέμεινεν συνεχῆς ἐπιτεινόμενον κατὰ τὴν βάδισιν, μετὰ τι δὲ χρονικὸν διάστημα ἀνεφάνη μικρὰ δόγκωσις κατὰ τὸ ριζομήριον. Ὁ ἀσθενὴς οὗτος ἐξη-

τάσθη παρ' ἐμοῦ τὴν ἐπομένην ἡμέραν, ἐνεφάνιζεν δὲ πλὴν τοῦ τοπικοῦ ἄλγους εἰς τὴν μηροδουβωνικὴν πτυχὴν, αἱμάτωμα εἰς τὴν περιοχὴν αὐτὴν καὶ ἐπίτασιν τοῦ ἄλγους κατὰ τὴν ἀπαγωγὴν τοῦ σκέλους. Δὲν ἐνεφάνισεν δυσουρίαν ἢ μακροσκοπικὴν αἱματοουρίαν.

Ἡ γενομένη ἀκτινογραφία ἀπέδειξεν ἀποσπαστικὸν κάταγμα τμήματος τοῦ ἠβοίσχιακοῦ κλάδου τελείως ἀτύπου. Συνεστήθη ἀκίνησις ἐν τῇ κλίνῃ ἐπὶ τρεῖς ἐβδομάδας, μετὰ τὴν πάροδον τῶν ὁποίων ὁ ἀσθενὴς ἠγέρθη χωρὶς νὰ ἐμφανίσῃ ἄλγος ἢ ἄλλο τι σύμπτωμα. Ἡ ληφθεῖσα μετὰ διμηνον ἀκτινογραφία, ἐμφανίζει τελείαν πύρωσιν τοῦ κατάγματος τοῦ ἠβοίσχιακοῦ κλάδου.

Ἐκτοτε ὁ ἀσθενὴς δὲν ἀνέφερον ἐνόχλημά τι.

Ἐπιδεικνύομεν τὴν περίπτωσιν λόγῳ τῆς ἐξαιρετικῆς σπανιότητος αὐτῆς.

S U M M A R Y

A. GIANNICAS: Report of a rare case of fracture of pubic ramus.

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑ καὶ Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΟΥ - ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ: Περίπτωσης ψευδάρθρωσεως ὀστῶν ἀντιβραχίου (μεταψωριαστικοῦ).

Εἶναι γνωστὸν ὅτι ἡ ψωρίασις προσβάλλει τὰ ὀστᾶ, ἰδίᾳ τὰ ὀστᾶ τῶν φαλάγγων καὶ διαδιβρώσκει αὐτὰ δίκην λόγχης. Πολλάκις προσβάλλει τὰ ὀστᾶ γενικώτερον, χωρὶς ὅμως ἐκδήλους ἀλλοιώσεις, ὅπως εἰς τὰς φάλαγγας τῶν δακτύλων τῆς χειρὸς, ἀλλὰ προκαλεῖ εἰς αὐτὰ ἐκδηλον ὀστεοπόρωσιν, οὐχὶ ὅμως ἐνδεικτικὴν αὐτῆς.

Ἡ μέτερον περιστατικόν. Ἀσθενὴς Ε. Π. ἐτῶν 35 ἐκ Παράνεστι Δράμας. Εἰσῆλθεν εἰς τὴν ἡμετέραν Κλινικὴν τὴν 7.4.1963, φέρουσα ψευδάρθρωσιν τοῦ ἀριστεροῦ βραχιονίου κατὰ τὴν μεσότητα συνεπείᾳ κατάγματος χρονολογουμένου ἀπὸ 16 μηνῶν. Κατὰ τὴν γενομένην ἐξέτασιν παρατηρήθη, πλὴν τῆς ψευδαρθρώσεως τοῦ ἀριστεροῦ ἀντιβραχίου, ὅτι ἡ ἀσθενὴς πάσχει ἐκ ψωρίασεως ἀπὸ 20ετίας ὡς λέγει.

Ἡ ψευδάρθρωσις τῶν ὀστῶν τοῦ ἀντιβραχίου ἦτο ἀνώδυνος, ἦτο δὲ δυνατὸν νὰ ἐπιτελεσθῇ κινήσεις εἰς τὸ σημεῖον αὐτῆς ἐξιχνουμένη εἰς τὰς 180°.

Ἡ γενομένη ἀκτινογραφία ἔδειξεν, πλὴν τῆς ψευδαρθρώσεως, θαρεῖαν ὀστεοπόρωσιν τῶν ὀστῶν τοῦ ἀντιβραχίου, ὅπου ἡ συμπαγὴς οὐσία τῶν ὀστῶν μόλις ἐπεσημαίνετο, παρατηρήθη ἐπίσης καὶ ἐξαφάνισις τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος, μὴ ὀφειλομένη εἰς χειρουργικὴν ἀφαίρεσιν αὐτῆς.

Τὴν 18.4.1963 ἐγένετο ἐγχείρησις. Κατ' αὐτὴν ἀνευρέθησαν τὰ ὀστᾶ τοῦ ἀντιβραχίου, συνδεδεμένα πρὸς ἄλληλα διὰ μιᾶς παχείας ταινίας ἐκ συν-

δευτικού Ιστοῦ, τὰ δὲ ἄκρα αὐτῶν ἦσαν μαλθακὰ δυνάμενα γὰ διαταμοῦν καὶ διὰ μαχαίριδιου.

Στερεὸς φλοιὸς ἦτο ἀνύπαρκτος, δι' ὃ ἀπεφασίσθη ἡ λήψις διπλοῦ κνημιαίου μοσχεύματος καὶ ἡ κοχλίωσις αὐτοῦ, περιλαμβάνουσα τὸ ὄστον, δίκην σάντουιτς. Κατὰ τὸν τρόπον αὐτὸν ἐγένετο ἡ ὀστεοσύνθεσις τῆς κερκίδος, τὸ δὲ κενὸν μεταξὺ τῶν δύο ἄκρων ἐπληρώθη ὑπὸ λαγονίου μοσχεύματος κατὰ τὴν μέθοδον τοῦ Nickols.

Λόγω τοῦ ὀγκώδους ὀλικοῦ τῆς ὀστεοσυνθέσεως ἀπεφασίσθη, ἵνα ἀναβληθῆ ἡ ὀστεοσύνθεσις καὶ τῆς ὀλένης καὶ γὰ ἐκτελεσθῆ εἰς δεῦτερον χρόνον. Δυστυχῶς, ἡ ἀσθενής, διανοητικῶς κάπως καθυστερημένη, δὲν ἐδέχθη νέαν ἐγχείρησιν, ἐξῆλθεν δὲ μετὰ τρίμηνον, ἵνα, ὡς ὑπεσχέθη, ἐπανέλθῃ.

Μετὰ τὴν πάροδον τριμήνου ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως ἡ γενομένη ἀκτινογραφία ἀπέδειξεν πύρωσιν τοῦ σημείου τῆς ψευδαρθρώσεως τῆς κερκίδος.

Δυστυχῶς ἡ ἀσθενής δὲν ἐπανήλθεν δι' ὃ καὶ στερούμεθα ἀπωτέρου ἀποτελέσματος.

Ἐπιδεικνύομεν τὴν περίπτωσιν ταύτην διὰ τὸ ἄτυπον τῆς παθήσεως, καθὼς καὶ διὰ τὸν τρόπον ἀντιμετωπίσεως αὐτῆς.

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDES, A. GIANNICAS and G. HARTOFTLAKIDES: Post-Psoriatic non - union of the forearm bones.

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑ καὶ Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΟΥ - ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ: Περίπτωσης καμπτογονίας συνεπεία οὐλῶν καὶ κατάγματος μηροῦ (ἐπίδειξις ἀσθενοῦς,

Ἐπιδεικνύομεν περίπτωσιν μετατραυματικῆς καμπτογονίας συνεπεία κατάγματος τοῦ μηριαίου ὄστου καὶ ρικνωτικῶν οὐλῶν καὶ ἀναλύομεν τὰ προβλήματα, ἅτινα ἀνεφύησαν κατὰ τὴν ἀντιμετώπισίν του.

Ἡμέτερον περιστατικόν. Ἀσθενής 7 ἐτῶν, Π. Γ. μαθητής. Τὴν 12ην Ἀπριλίου 1962 κατόπιν τροχαίου ἀτυχήματος, κατὰ τὸ ὅποιον τροχὸς αὐτοκινήτου διήλθεν ὑπερθεῖν τοῦ ἀριστεροῦ μηροῦ, ὑπέστη κατάγμα τοῦ μηριαίου ὄστου κατὰ τὴν μεσότητά, ὡς ἐπίσης καὶ ἐκτεταμένην νέκρωσιν τοῦ δέρματος τοῦ μηροῦ ἀπὸ τῆς μηριαίας πτυχῆς καὶ γλουτῶν μέχρι κάτωθεν τοῦ γόνατος συμπεριλαμβανομένης τῆς ἐπιγονατίδος.

Μετεφέρθη ἀμέσως εἰς τὸ ἐφημερεῖον Νοσοκομείου τῶν Ἀθηνῶν, ὅπου παρέμεινε ἕνα μῆνα. Εἰς τὸ Νοσοκομεῖον αὐτὸ τοῦ ἐγένετο ἀφαίρεσις τοῦ νεκρωθέντος δέρματος τοῦ μηροῦ καὶ ἐφηρμόσθη δερματικὴ ἑλξίς εἰς τὴν κνήμην διὰ τὴν θεραπείαν τοῦ κατάγματος τοῦ μηροῦ.

καί
κνη-
ίκτην
ι, τὸ
κατὰ

Ἐν συνεχείᾳ μετεφέρθη εἰς ἕτερον Νοσοκομεῖον ὅπου παρέμεινεν ἐπὶ δί-
μηνον καὶ ὅπου ἐγένοντο ἀλλαγαί, ἑλξίς καὶ πλαστικὴ δέρματος χωρὶς νὰ κα-
λυφθῆ ὀλόκληρος ἡ ἐπιφάνεια τοῦ μηροῦ.

Τὴν 9.7.62 μετεφέρθη εἰς ἰδιωτικὴν Κλινικὴν ὅπου συνεπληρώθη ἡ κά-
λυψις τοῦ δέρματος. Τὸ κάταγμα τοῦ μηροῦ κλινικῶς πωρωθὲν ἀφέθη ἄνευ
ἑλξέως ἢ ἄλλης τινὸς προστασίας.

Ὁῦτω, μετὰ τὴν ὀρίμανσιν τῶν οὐλῶν, ἤρχισε μικρά, ἀλλὰ σταθερῶς αὐξά-
νομένη κάμψις τοῦ γόνατος, ἡ ὁποία κατὰ τὴν εἴσοδον τοῦ ἀσθενοῦς εἰς τὴν
Κλινικὴν μας ἐξικνεῖτο εἰς τὰς 90°, τὴν 7.1.1963.

Π α ρ ο ὕ σ α κ α τ ἄ σ τ α σ ι ς. Ἐκ τῆς ἐπισκοπῆσεως διαπιστοῦνται ρι-
κνωτικαὶ οὐλαὶ εἰς τὸν ἀριστερὸν μηρὸν καθ' ὅλην τὴν περίμετρον αὐτοῦ, ἀπὸ
τοῦ ριζομηρίου μέχρι κάτωθεν τοῦ γόνατος. Τὸ γόνυ ἐμφανίζει σύγκαμψιν 90°
μόνιμον, με εὖρος κινήσεων 90°-45°. Διαπιστοῦνται περιοχαὶ τοῦ δέρματος τοῦ
μηροῦ ἐλκώδεις, λόγω προστριβῆς με τὰ ἐνδύματα τοῦ ἀσθενοῦς. Αἱ προσκο-
μισθεῖσαι ἀκτινογραφίαι ἐμφανίζουν πύρωσιν τοῦ κατάγματος τοῦ μηροῦ εἰς
καλὸν ἄξονα καὶ με ἐπίπευσιν 3 περίπου ἐκ. μ. Ἐπίσης διαπιστοῦται ὑπεξάρ-
θρημα τοῦ γόνατος, λόγω αὐξήσεως τοῦ μηριαίου ὀστού καὶ λόγω ρικνώσεως
τῶν πλαγίων συνδέσμων τοῦ γόνατος.

Τὸ ἰσχίον ἐνεφάνιζεν σύγκαμψιν 45°, τὸ δὲ ὄσχεον φέρεται πρὸς τὸ μέ-
ρος τῶν οὐλῶν συνεπιεῖα ἑλξέως αὐτῶν.

Μετὰ τὴν κάλυψιν τῶν ἐξηλωκωμένων περιοχῶν τοῦ μηροῦ, ἐγένετο τὴν
12.2.1963 προσπάθεια εὐθυσμοῦ τοῦ γόνατος. Κατ' αὐτὴν διὰ μιᾶς τομῆς,
δίκτην Ζ, κατὰ τὴν ἰγνὸν ἐγένετο ἀφαίρεσις τῶν οὐλωδῶν ταινιῶν, αἱ ὁποῖαι
καὶ ἐπροξένουν κατὰ τὸ πλεῖστον τὴν καμπτογονίαν. Ἐγένετο ἐπίσης ἐπιμή-
κυνσις τῶν καμπτήρων τοῦ μηροῦ, πλὴν ὅμως ἡ ἐπιτευχθεῖσα διόρθωσις ἦτο
μόνον περὶ τὰς 45°, με σύγχρονον αὐξήσιν τοῦ ὑπεξαρθρήματος τοῦ γόνατος,
λόγω τῆς ἀσυμμετρίας τῶν ἀρθρικῶν ἐπιφανειῶν. Τὸ δημιουργηθὲν ἔλλειμμα
δέρματος ἐκαλύφθη διὰ μισχωτοῦ δέρματος ληφθέντος ἐκ τοῦ ἐτέρου σκέλους.

Μετὰ ταῦτα καὶ εἰς διάφορα χρονικὰ διαστήματα ἐγένοντο 8 ἐν ὄλῳ ἐ-
πεμβάσεις σκοπὸν ἔχουσαι τὴν βαθμιαίαν διάνοιξιν τῆς συγκάμψεως τοῦ γό-
νατος.

Μετὰ τρίμηνον περίπου ἐφηρμόσθη κηδεμὼν γόνατος καὶ ἐπετράπη ἡ
θάλασσις τοῦ ἀσθενοῦς. Τὸν κηδεμόνα τοῦτον διετήρησεν ἐπὶ δίμηνον, ὅτε καὶ
ἀφῆρεσεν αὐτὸν τελείως.

Ἐκτοτε βαδίζει καλῶς ἄνευ βοηθείας κηδεμόνος ἢ βακτηρίας.

Αἱ ληφθεῖσαι κατὰ καιροὺς ἀκτινογραφίαι ἐμφανίζουν βελτίωσιν τῆς σχέ-
σεως τῶν ὀστέων τοῦ γόνατος, τοῦ ὑπεξαρθρήματος τείνοντος νὰ ἐξαλειφθῆ.

Ἦδη παραμένει μικρὰ ἀναπηρία, συνισταμένη εἰς βράχυνσιν τοῦ ἀρι-
στεροῦ σκέλους κατὰ 3 ἐκ. μ. περίπου, πλὴν βεβαίως τοῦ αἰσθητικοῦ ἀποτε-
λέσματος, τὸ ὁποῖον εἶναι ἐμφανές.

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDES A. GIANNICAS and G. HARTOFTYLAKIDES: Report of a case of flexion contracture of the knee due to fracture of the femur and extensive scar.

Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Ε Ι Σ

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑ και Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: 'Επιμήκυνσις τοῦ ἀντίχειρος. 'Ενδείξεις και τεχνικαὶ ἐγχειρήσεων.

Ἡ Πανεπιστημιακὴ Ὀρθοπαιδικὴ Κλινικὴ ἔχει τὴν τιμὴν νὰ σᾶς παρουσιάσῃ τὸ πρόβλημα, τὸ ὁποῖον προκύπτει ἐκ τοῦ ἀκρωτηριασμοῦ τοῦ ἀντίχειρος εἰς διάφορα ὕψη αὐτοῦ και νὰ ἐκθέσῃ τὰς ἐνδείξεις και τεχνικὰς ἐγχειρήσεων πρὸς ἀποκατάστασιν, κατὰ τὸ δυνατόν, τοῦ μήκους και τῶν ἄλλων χαρακτηριστικῶν αὐτοῦ, ὡς αὐταὶ ἀνεφύησαν κατὰ τὴν τελευταίαν διετίαν, ὅτε εἴχομεν τὴν εὐκαιρίαν νὰ ἀσχοληθῶμεν ἐπισταμένως ἐπὶ τοιούτων περιστατικῶν.

'Ανατομικὴ και Φυσιολογία τοῦ ἀντίχειρος

Ὁ ἀντίχειρ ἀποτελεῖ ἰδιάζοντα δάκτυλον μὲ μετακάρπιον και δύο μόνον φάλαγγας, ἐν ἀντιθέσει πρὸς τοὺς λοιποὺς δακτύλους, οἱ ὁποῖοι ἔχουσι τρεῖς τοιαύτας. Ἄρθροῦται μὲ τὸν καρπὸν διὰ τοῦ μείζονος πολυγώνου, τὸ ὁποῖον θεωροῦν πολλοὶ ὡς τὸ μετακάρπιον τοῦ ἀντίχειρος. Ἡ ἄρθρωσις τοῦ ἀντίχειρος διὰ τοῦ μείζονος πολυγώνου πρὸς τὸν καρπὸν, ἐπιτρέπει εἰς αὐτὸν σχεδὸν ἀνεξαρτησίαν κινήσεων, διότι πλὴν τῆς κάμψεως-ἐκτάσεως ἡ ὁποία ἐπιτελεῖται εἰς ἐκάστην ἄρθρωσιν χωριστά, ἐπιτελεῖται και ἡ προσαγωγή-ἀπαγωγή ὀλοκλήρου τοῦ ἀντίχειρος ὡς πρὸς τὴν χεῖρα και ἡ ἀντίθεσις, ἣτις ἀποτελεῖ τὴν τελειοτέραν, ἴσως και σπουδαιότεραν, κινήσιν αὐτοῦ. Κατὰ τὴν ἀντίθεσιν φέρεται ὁ ἀντίχειρ ἐκ τῆς πλαγίας θέσεως, ὅπου φυσιολογικῶς εὐρίσκεται, εἰς τὸ μέσον τῆς παλάμης μὲ τὴν θηλήν αὐτοῦ ἐστραμμένην πρὸς τὰς θηλὰς τῶν λοιπῶν δακτύλων και ἰκανὴν νὰ ψαύσῃ σχεδὸν ὀλόκληρον τὴν παλαμιαίαν ἐπιφάνειαν τῶν δακτύλων και τὴν παλάμην κατὰ τὸ πλεῖστον. Διὰ τὴν ἐπίτευξιν τῆς κινητικότητός του αὐτῆς εἶναι προικισμένος μὲ πολλοὺς μῦς, ἐκ τῶν ὁποίων ἄλλοι μὲν ἐκφύονται ἐκ τοῦ ἀντιβραχίου, ἄλλοι δὲ ἐκ τοῦ καρποῦ, ἀποτελοῦντες τὸ θέναρ, τὸ ὁποῖον εἶναι και τὸ κέντρον τῶν λεπτῶν κινήσεων αὐτοῦ.

Οἱ μῦες οἱ συμβάλλοντες εἰς τὴν κινητικότητα τοῦ ἀντίχειρος διακρίνονται εἰς:

- A. Κ α μ π τ ῆ ρ α ς, ὡς ὁ μακρὸς και βραχὺς καμπτήρ τοῦ ἀντίχειρος.
- B. Ἐ κ τ ε ἰ ν ο ν τ α ς, ὡς ὁ μακρὸς και βραχὺς ἐκτείνων τὸν ἀντίχειρα,

- Γ. Ἀπαγωγούς, ὡς ὁ μακρὸς καὶ βραχὺς ἀπαγωγός,
 Δ. Προσαγωγούς, ὡς ὁ μακρὸς προσαγωγὸς τοῦ ἀντίχειρος καὶ
 Ε. Ἀντιθετικοὺς, ὡς ὁ ἀντιθετικὸς τοῦ ἀντίχειρος.

Λόγω τῆς μεγάλης σημασίας αὐτοῦ καὶ ἡ νεύρωση εἶναι ἐπίσης πλουσία ἐπιτυγχανομένη διὰ τῶν τριῶν νέρων τῆς ἄκρας χειρός. Οὕτω τὸ μέσον νεῦρον νευροῖ τὸν μακρὸν καὶ μοῖραν τοῦ βραχέος καμπτήρος, τὸν βραχὺν ἀπαγωγὸν καὶ τὸν ἀντιθετικόν. Τὸ ὀλένιον νεῦρον νευροῖ τὴν ὑπόλοιπον μοῖραν τοῦ βραχέος καμπτήρος καὶ τὸν προσαγωγόν, τὸ δὲ κερκιδικόν νευροῖ τοὺς ἐκτείνοντας καὶ τὸν μακρὸν ἀπαγωγόν. Τὸ δέρμα τοῦ ἀντίχειρος νευροῦται αἰσθητικῶς κατὰ μὲν τὴν παλαμιαίαν αὐτοῦ χώραν ὑπὸ δύο δακτυλικῶν νέρων ἐκπορευομένων ἐκ τοῦ μέσου νεύρου, κατὰ δὲ τὴν ραχιαίαν ἐπιφάνειαν ἐκ δύο κλάδων τοῦ κερκιδικοῦ νεύρου.

Ἐκαστος τῶν μυῶν τοῦ ἀντίχειρος δρᾷ κατὰ τὴν τεταγμένην αὐτοῦ κίνησιν, πλὴν ὅμως ὁ συνδυασμὸς τούτων προσδίδει τὴν εὐκίνησιαν εἰς τὸν ἀντίχειρα, ὥστε εἶναι δυνατὸν νὰ ἐκτελῇ πλήρη περιφορὰν βοηθούμενος συγχρόνως καὶ ἀπὸ τῆν ἄρθρωσιν αὐτοῦ μετὰ τοῦ μείζονος πολυγώνου.

Αἱ κύριαι λειτουργίαι τοῦ ἀντίχειρος εἶναι:

Α. Ἡ διὰ τῆς ἀντιθέσεως μὲ ἕτερον δάκτυλον σύλληψις μικρῶν ἀντικειμένων.

Β. Ὁμοῦ μετὰ τῶν ἄλλων δακτύλων ἡ ἀδρά σύλληψις εὐμεγέθων ἀντικειμένων καὶ

Γ. Ἀποτελεῖ ἀπαραίτητον συμπλήρωμα τῆς αἰσθήσεως τῆς ἀφῆς καὶ στερεογνωσίας, λόγῳ τῆς πλουσίας νευρώσεώς του, ὅτε δύναται νὰ καθορίζῃ πάχος, σύστασιν, θερμότητα, σχῆμα καὶ γενικῶς νὰ ἀποτελῇ, ὁμοῦ μετὰ τῶν ἄλλων δακτύλων «ὀφθαλμὸν» εἰς τὴν χεῖρα. Πλὴν τούτων ἀποτελεῖ καὶ τὸν κυριώτερον τῶν δακτύλων καὶ συμπληρώνει τὴν χεῖρα εἰς τὴν πολλαπλὴν χρησιμότητα αὐτῆς. Ἡ ἐπίκτητος ἀπώλεια αὐτοῦ θεωρεῖται ὑπὸ πολλῶν ὡς ἀναπηρία 50% ἐν σχέσει πρὸς δλόκληρον τὴν χεῖρα. Ἡ παρουσία τῶν δακτύλων εἶναι περιωρισμένης ἀξίας, ὅταν ὁ ἀντίχειρ ἐλλείπει, ἀντιθέτως δὲ, χεῖρ μετ' ἀπωλείας δακτύλων, ἀλλὰ μὲ ὑγιᾶ ἀντίχειρα εἶναι χρησιμότητι. Ἡ ἀξία τοῦ ἀντίχειρος ἀποδεικνύεται καὶ ἐκ τοῦ γεγονότος ὅτι, ἐπὶ συγγενοῦς ἐλλείψεως τούτου, ὁ ὀργανισμὸς προσαρμόζει τὸν δείκτην οὕτως ὥστε νὰ ἐκτελῇ οὗτος χρέη ἀντίχειρος.

Κατὰ τοὺς Tanzer καὶ Littler ὁ ἀντίχειρ διὰ νὰ εἶναι λειτουργικῶς χρήσιμος, πρέπει νὰ ἔχη:

- α) Ἴσχον κατὰ τὴν κάμψιν καὶ ἐκτασιν, ἵνα ἐπιτρέψῃ δράξιν.
- β) Νὰ εἶναι δυνατὸν νὰ ἀντιτίθεται διὰ τῆς ἐπιφανείας τῆς θηλῆς του μὲ ἕναν ἢ περισσοτέρους δακτύλους.
- γ) Ἡ θηλή του νὰ ἔχη αἰσθησιν.
- δ) Νὰ ἔχη ἱκανοποιητικὸν μῆκος καὶ

ε) Τὸ διάστημα μεταξύ ἀντίχειρος - δείκτου νὰ εἶναι εἰς φυσιολογικὴν κατάστασιν.

Ἀκρωτηριασμοὶ τοῦ ἀντίχειρος

Οἱ ἀκρωτηριασμοὶ τοῦ ἀντίχειρος εἶναι συγχοί καὶ εἶναι δυνατόν νὰ ἐπι-
συμβοῦν εἰς οἰονδήποτε ἐπίπεδον αὐτοῦ. Ὁ Reid κατατάσσει τοὺς διαφό-
ρους ἀκρωτηριασμοὺς εἰς τέσσαρας κατηγορίας, αἱ ὁποῖαι καὶ ἀπαιτοῦν ἀνά-
λογον τρόπον ἀντιμετωπίσεως.

Ἀκρωτηριασμός περιφερικῶς τῆς μετακαρπιοφαλαγγικῆς ἄρθρώσεως,
ἀφῆνων ἱκανοποιητικὸν κολόδωμα τῆς 1ης ἢ τῆς 1ης καὶ τελικῆς φάλαγγος.

β) Ἀκρωτηριασμός περιφερικῶς ἢ κατὰ τὴν μετακαρπιοφαλαγγικὴν ἄρ-
θρῳσιν, ἀφῆνων κολόδωμα μὴ ἱκανοποιητικοῦ μήκους.

γ) Ἀκρωτηριασμός κατὰ τὸ ἄνω μέρος τοῦ μετακαρπίου μὲ διατήρησιν
τῶν μυῶν τοῦ θέναρως καὶ

δ) Ἀκρωτηριασμός κατὰ τὴν καρπομετακάρπιον ἄρθρῳσιν.

Ἡ πρώτη κατηγορία ἔχει ἀρκετὸν μήκος καὶ ὁ ἀντίχειρ δύναται νὰ εἶ-
ναι λειτουργικῶς χρήσιμος, ἐφ' ὅσον δὲ εἶναι κεκαλυμμένος δι' ὕγιους δέρμα-
τος καὶ τὸ κολόδωμα δὲν εἶναι εὐαίσθητον δὲν ἀπαιτεῖται συγγήθως ἀποκατά-
στασις.

Ἡ δευτέρα κατηγορία δὲν ἔχει μακρὸν κολόδωμα καὶ δὲν ἐξυπηρετεῖ λει-
τουργικῶς, δι' ὃ καὶ ἡ ἐπιμήκυνσις θὰ ὠφελήσῃ.

Αἱ κατηγορίαι γ' καὶ δ' δύναται νὰ καταταγοῦν ὁμοῦ διότι ἀμφότεραι
στεροῦνται λειτουργικῶς χρήσιμου ἀντίχειρος, ὁπότε καὶ χρήζει ἡ δημιουργία
τούτου διὰ μιᾶς τῶν πλαστικῶν μεθόδων.

Τρόποι ἀποκαταστάσεως τοῦ λειτουργικοῦ μήκους τοῦ ἀντίχειρος.

Ἐπὶ τῆς πρώτης κατηγορίας. Ἐπὶ ἀκρωτηριασμοῦ ἀπὸ τῆς
κεφαλῆς τῆς 1ης φάλαγγος καὶ περιφερικώτερον, ὅταν ὑπάρχῃ ἀρκετὸν ἤδη
μήκος ἀντίχειρος, δυνάμεθα διὰ μιᾶς σχετικῶς μικρᾶς ἐπεμβάσεως νὰ προσ-
δώσωμεν ὀλίγον φαινομενικῶς μήκος, διὰ δακτυλοποίησεως τοῦ κολοδώματος.
Ἡ τοιαύτη μικρὰ ἐπέμβασις γίνεται εἰς τὸ μεσοδακτύλιον διάστημα ἀντίχει-
ρος - δείκτου διὰ μιᾶς —Z— πλαστικῆς τομῆς ἐμβαθυνομένου τοῦ διαστήμα-
τος τούτου, ὁπότε ὁ ἀντίχειρ αὐξάνει φαινομενικῶς εἰς μήκος.

Ἐπὶ τῆς δευτέρας κατηγορίας. Ἐνταῦθα ἀπαιτεῖται οὐ-
σιαστικὴ ἐπιμήκυνσις τοῦ ἀντίχειρος, τούτου μὴ ἐξυπηρετοῦντος τὴν χεῖρα λει-
τουργικῶς. Ἡ ἐπιμήκυνσις εἶναι δυνατόν νὰ ἐπιτευχθῇ διὰ μιᾶς τῶν πλαστι-
κῶν μεθόδων ὅστω:

Διὰ τῆς δημιουργίας: δερματικοῦ κρημνοῦ καὶ

ὁ στεῖνου μοσχεύματος, εἶναι δυνατόν νά ἐπιτύχωμεν τήν ἐπιμήκυνσιν τοῦ ἀντίχειρος ἀρκετά. Τό μειονέκτημα τῆς μεθόδου ταύτης εἶναι ὅτι ὁ οὕτω δημιουργούμενος ἀντίχειρ ἂν καί κινεῖται εὐχερῶς διὰ τῶν μακρῶν καί βραχέων μυῶν, δὲν ἔχει αἰσθητικότητα. Ἐτερον μειονέκτημα εἶναι ἡ καθόλου αἰσθητικῆ ἐμφάνισις αὐτοῦ.

Ἡ μέθοδος τοῦ Gillies ἢ Thumstall Legthening Procedure προταθεῖσα τὸ 1946 παρακάμπτει μὲν τὸ μειονέκτημα τῆς προηγουμένης πλαστικῆς ἐπεμβάσεως παρέχουσα καλύτερον αἰσθητικὸν ἀποτέλεσμα καί φυσιολογικὴν αἰσθητικότητα, πλὴν ὅμως τὸ ἐπιτυγχανόμενον μῆκος εἶναι περιορισμένον μέχρις 1—2 ἑκατοστᾶ.

Κατ' αὐτὴν διὰ τοξοειδοῦς τομῆς κατὰ τὴν βᾶσιν τοῦ θέναρος, ἀποκολλᾶται τὸ δέριμα τοῦ κολοβώματος τοῦ ἀντίχειρος καθ' ὅλοκληρίαν. Εἰς τὴν κορυφὴν αὐτοῦ δημιουργεῖται ὑποδοχὴ εἰς ἣν ἐνσφηνοῦται καταλλήλως διαμορφωθὲν ὀστικὸν μόσχευμα ληφθὲν ἐκ τοῦ ἄνω πέρατος τῆς ὠλένης, τῆς κνήμης ἢ λαγονίου. Τὸ δέριμα ἐπανέρχεται εἰς τὴν θέσιν του, ἡ προκύπτουσα δὲ ἔλλειψις δέρματος εἰς τὸ σημεῖον τῆς τομῆς, συμπληροῦται δι' ἐλευθέρου δερματικοῦ μοσχεύματος.

Ἐτέρα μέθοδος εἶναι ἡ χρησιμοποίησις ὑπάρχοντος κολοβώματος δείκτου, ὅποτε τοῦτο εἶναι δυνατόν νά χρησιμοποιηθῇ δι' ἐπίτευξιν μῆκους τοῦ ἀντίχειρος.

Ἐπὶ τῆς τρίτης καί τετάρτης κατηγορίας ἡ καλυτέρα ἀποκατάστασις ἐπιτυγχάνεται ἰδίᾳ ἐπὶ τῆς μικρᾶς ἡλικίας, διὰ μεταφορᾶς τοῦ δείκτου εἰς τὴν θέσιν τοῦ ἀντίχειρος (Pollicisation), κατόπιν ἀφαιρέσεως τοῦ μετακαρπίου αὐτοῦ, ἢ διὰ μεταφορᾶς τοῦ μεγάλου δακτύλου τοῦ ποδὸς εἰς τὴν θέσιν τοῦ ἀντίχειρος.

Διὰ τῶν ἀνωτέρω μεθόδων εἶναι δυνατόν νά ἀποκαταστήσωμεν καί πολλάκις νά δημιουργήσωμεν τὸν ἀντίχειρα, οὕτως ὥστε νά ἔχωμεν τὴν καλυτέραν δυνατὴν ἀπόδοσιν τῆς χειρός.

Ἡμέτερα περιστατικά

Ἐκ τῶν περιστατικῶν, τὰ ὁποῖα κατὰ τὴν τελευταίαν διατείαν ἀντιμετωπίσαμεν, παρουσιάζομεν ἑνταῦθα ἀντιπροσωπευτικοὺς τύπους αὐτῶν.

1. Διὰ τῆς δημιουργίας κοιλιακοῦ κρημνοῦ καὶ ὀστικοῦ μοσχεύματος. Ἐγένετο ἐπὶ ἀσθενοῦς ἡλικίας 18 ἐτῶν, οὐτινος ἡ δεξιὰ χεὶρ συνεθλίθη μεταξὺ δύο κυλίνδρων. Κατ' αὐτὸν τὸν τραυματισμὸν ἀνεπτύχθη ξηρὰ γάγγραινα κατὰ τὸν ἀντίχειρα, δείκτην καὶ μέσον δάκτυλον μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἀφαίρεσιν αὐτῶν εἰς δεῦτερον χρόνον, ὅτε προσήλθε πρὸς ἡμᾶς.

Μετά τόν ἔλεγχον τῆς φλεγμονῆς ἐγένετο κάλυψις τῆς τραυματικῆς ἐπιφανείας τῶν δακτύλων διὰ κοιλιακοῦ σωληνωτοῦ κρημνοῦ τὸ ἐν ἄκρον τοῦ ὁποίου ἐχρησιμοποιήθη διὰ τὴν ἐπιμήκυνσιν τοῦ ἀντίχειρος. Ὁ ἀσθενὴς ἐξῆλθε διὰ νὰ ἐπανέλθῃ μετὰ τινα χρόνον δι' ὀριστικὴν διαμόρφωσιν τοῦ ἀντίχειρος καὶ τοποθέτησιν ὀστέου μασχεύματος. Εὐρίσκεται ὑπὸ θεραπείαν.

2. Εἰς ἕτερον περιστατικὸν ὕπερ ὑπέστη βαρῦτατον τραυματισμὸν κατὰ τὴν ἀριστερὰν ἄκραν χεῖρα μετ' ἐξαρθρήματος τῆς β' καὶ γ' καρπομετακαρπίου ἀρθρώσεως, ἐκθλιψιν τῶν μυῶν τοῦ θέναρος, βαρεῖαν σύνθλιψιν δλοκλήρου τοῦ ἀντίχειρος, ἐνεφανίσθη, μετὰ τὴν ἀντιμετώπισιν, νέκρωσις τοῦ ἀντίχειρος καὶ τοῦ δέρματος τοῦ μεσοδακτυλικοῦ διαστήματος ἀντίχειρος - δείκτου. Τοῦτο ἀντιμετωπίσθη διὰ καλύψεως αὐτοῦ διὰ κοιλιακοῦ κρημνοῦ μὲ ἐπέκτασιν τούτου πρὸς τὸν ἀντίχειρα.

Ἄν καὶ ἡ κάλυψις τοῦ ἀντίχειρος ἐγένετο ἐπιτυχῶς καὶ ἡ ἐπούλωσις ὅλων τῶν τραυμάτων ἐπετεύχθη, τὸ δημιουργηθὲν κολόβωμα τοῦ ἀντίχειρος, παρ' ὅλον ὅτι ἔχει ἱκανοποιητικὸν μῆκος, εἶναι λειτουργικῶς ἄχρηστον λόγῳ τοῦ ὅτι: α) δὲν δύναται νὰ κινήθῃ λόγῳ ἐλλείψεως τῶν μυῶν τοῦ θέναρος, β) δὲν εὐρίσκεται εἰς λειτουργικὴν θέσιν καὶ γ) τὸ ἄκρον αὐτοῦ δὲν ἔχει αἰσθητικότητα.

Ἐπάρχει σκέψις ὀστεοτομίας τοῦ ἀντίχειρος καὶ τοποθέτησις τούτου εἰς λειτουργικὴν θέσιν.

3. Διὰ τῆς μεθόδου τοῦ Gillies ἐχειρουργήσαμεν δύο περιστατικὰ δι' ἀκρωτηριασμὸν, κατὰ τὴν βάσιν τῆς φάλαγγος, ἀντιμετωπισθέντα ἀλλαγῆ καὶ ἐπισυμβάντα πρὸ τεσσάρων μηνῶν περίπου ἀπὸ τῆς προσελεύσεως τῶν πρὸς ἡμᾶς. Ὁ εἰς ἐξ αὐτῶν ἦτο δόκιμος πλοίαρχος καὶ ἡ προκύπτουσα βράχυνσις προεκάλει μεγάλην ἐπαγγελματικὴν ἀναπηρίαν εἰς αὐτὸν λόγῳ τοῦ ὅτι δὲν ἠδύνατο νὰ χρησιμοποιήσῃ τὸν ἐξάντα.

Εἰς αὐτοὺς ἐπετύχομεν ἐπιμήκυνσιν τοῦ κολοβώματος τοῦ ἀντίχειρος μέχρι 2 ἐκ. Τὸ ἀποτέλεσμα εἰς τούτους μετὰ ἐν ἔτος ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως εἶναι πολὺ καλόν, συγιστάμενον εἰς τὴν μερικὴν λειτουργικὴν ἀποκατάστασιν τοῦ ἀντίχειρος καὶ τὴν φυσιολογικὴν αἴσθησιν.

4. Διὰ τῆς μεταφορᾶς ἀχρήστου, εἰς τὴν θέσιν του, κολοβώματος δείκτου εἰς τὸ κολόβωμα τοῦ ἀντίχειρος ὑπὸ τύπον μικτοῦ μασχεύματος.

Ἀσθενὴς 25 ἐτῶν προσῆλθε πρὸς ἡμᾶς τὴν 29.9.62, φέρουσα τραῦμα τοῦ ἀριστεροῦ ἀντίχειρος καὶ δείκτου, ὡς ἐπίσης ἔλλειψιν δέρματος τῆς ράχεις τῆς χειρὸς καὶ τῆς παλάμης. Μετὰ τὴν περιχαράκωσιν τῆς ἐπισυμβάσης ζηρᾶς γαγγραινῆς, κατὰ τὸ μέσον τῆς α' φάλαγγος τοῦ ἀντίχειρος καὶ κεφαλῆς τῆς α' φάλαγγος τοῦ δείκτου, προέβημεν εἰς ἀκρωτηριασμὸν αὐτῶν εἰς τὸ ὕψος τῆς περιχαράξεως καὶ κάλυψιν τοῦ ἐλλείποντος δέρματος τῆς ρά-

χειρός τῆς χειρός καὶ τῆς παλάμης δι' ἐλευθέρου μερικῶ πάχους δερματικοῦ μοσχεύματος. Μετὰ τὴν ἐπούλωσιν ἕλων τῶν τραυμάτων, τὸ κολόβωμα τοῦ ἀντίχειρος ἦτο ἄχρηστον διότι: α) ἐστερεῖτο ἐπαρκoῦς καλύψεως διὰ δέρματος, β) ἐστερεῖτο κινητικότητος καὶ αἰσθητικότητος καὶ γ) τὸ μεσοδακτυλικὸν διάστημα ἦτο οὐλῶδες καὶ δυσκίνητον, ὃ δὲ ἀντίχειρ εὐρίσκατο εἰς τὴν παλάμην.

Διὰ τοὺς λόγους τούτους ἀπεφασίσαμεν τὴν ἐπιμήκυνσιν τοῦ ἀντίχειρος χρησιμοποιήσαντες τὸ ἄχρηστον κολόβωμα τοῦ δείκτου καὶ τὴν ἀποκατάστασιν τοῦ μεσοδακτυλικοῦ διαστήματος. Τοῦτο ἐγένετο εἰς δύο χρόνους.

Α' χρόνος. Ἀφαίσεις τοῦ 2ου μετακαρπίου καὶ μετάθεσις τοῦ ἀντίχειρος εἰς τὴν θέσιν αὐτοῦ, προβαίνοντες συγχρόνως εἰς ὀστεοσύνθεσιν τοῦ περιφερικοῦ ἄκρου τοῦ ἀντίχειρος μὲ τὴν βάσιν τῆς 1ης φάλαγγος τοῦ δείκτου. Τὰ δύο ὀστᾶ συγκερατῆθησαν διὰ βελόνης Kirschner.

Β' χρόνος. Μετὰ τρίμηνον, ὅτε ἐπῆλθε καὶ ἀκτινολογικὴ πύρωσις, ἐγένετο διαχωρισμὸς τοῦ δακτύλου διὰ διατομῆς κατὰ τὸ μεσοδακτυλικὸν διάστημα δείκτου - μέσου. Κατὰ τὸν χρόνον τοῦτον ἐλήφθη πρόνοια διατηρήσεως τῶν δακτυλικῶν νέρων, ἀγγείων καὶ μυῶν τοῦ θέναρος. Τὸ δημιουργηθὲν χάσμα μεταξὺ τοῦ νέου ἀντίχειρος καὶ μέσου δακτύλου ἐκαλύφθη διὰ δέρματος ληφθέντος διὰ σωληνωτοῦ κρημνοῦ ἐκ τῆς κοιλίας.

Διὰ τῆς μεθόδου ταύτης ἐπετεύχθησαν τὰ ἑξῆς:

1. Ἐπιμήκυνσις τοῦ ἀντίχειρος πλησιάζουσα τὸ φυσιολογικὸν μῆκος αὐτοῦ.
2. Ὁ νέος ἀντίχειρ ἔχει φυσιολογικὴν αἴσθησιν.
3. Τὸ μεσοδακτύλιον διάστημα διηνοίχθη εἰς φυσιολογικὰ ὅρια.
4. Ὁ νέος ἀντίχειρ ἔχων φυσιολογικὴν καρπομετακάρπιον ἄρθρωσιν καὶ κινητὴν μετακαρπιοφαλλαγγικὴν τοιαύτην, εἶναι κινητὸς καὶ ἐπιτελεῖ τὰς πλείστας τῶν κινήσεων ἐνδὸς φυσιολογικοῦ τοιοῦτου.
5. Τὸ κοσμητικὸν ἀποτέλεσμα εἶναι ἐμφανές.

Συμπεράσματα

Τὸ πρόβλημα τῶν ἀκρωτηριαστικῶν τραυμάτων τοῦ ἀντίχειρος ἄρχεται ἀπὸ τῆς στιγμῆς, ὅπου ὁ ἀσθενὴς θὰ προσέλθῃ εἰς τὸν χειρουργόν.

Ἡ πρώτη φροντίς τοῦ χειρουργοῦ εἰς τὰς καταστάσεις αὐτὰς εἶναι ἡ διαφύλαξις κατὰ τὸ δυνατόν, τοῦ μήκους τοῦ ἀντίχειρος, διὰ καλύψεως τοῦ τραύματος διὰ μιᾶς τῶν πλαστικῶν μεθόδων καὶ οὐχὶ ἡ ἐλαφρὰ τῆ καρδία βράχυνσις τῶν ὀστέων τούτου πρὸς ἐπίτευξιν συγκλείσεως τοῦ τραύματος διὰ τοῦ ἰδίου δέρματος. Πλὴν τούτων, ἐπὶ συνυπάρξεως ἀκρωτηριαστικῶν τραυμάτων καὶ ἐτέρων δακτύλων συνιστᾶται ἡ διατήρησις τῶν κολοβωμάτων αὐ-

των, τὰ ὅποια δυνατόν ἀργότερον νὰ χρησιμεύσουν ὡς σύνθετα μοσχεύματα πρὸς ἐπιμήκυνσιν τοῦ ἀντίχειρος.

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDES, A. GIANNICAS and N. PAPAVALIOTY: Elongation of the thumb Indication and operative technic.

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ καὶ Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Ἀποτελέσματα ἐπὶ δέκα περιπτώσεων κακώσεων τενόντων καὶ νεύρων εἰς τὴν περιοχὴν τοῦ καρποῦ.

Ἡ Πανεπιστημιακὴ Ὀρθοπαιδικὴ Κλινικὴ ἔχει τὴν τιμὴν νὰ σᾶς παρουσιάσῃ τὰ ἀποτελέσματα ἐπὶ δέκα περιπτώσεων κακώσεων τενόντων καὶ νεύρων μικτῶν εἰς τὴν περιοχὴν τοῦ καρποῦ.

Κατὰ τὴν τελευταίαν διετίαν καὶ κατὰ τὰς ἡμέρας τῆς ἐφημερίας εἴχομεν τὴν εὐκαιρίαν νὰ ἐπέμβωμεν ἐπὶ ἑπτὰ (7) προσφάτων κακώσεων τῆς καμπτικῆς περιοχῆς τοῦ καρποῦ, ἐπὶ τῶν ὁποίων ὑπῆρχε διατομὴ καμπτήρων τενόντων καὶ τοῦ ἑνὸς ἢ τοῦ ἄλλου νεύρου τῆς περιοχῆς τοῦ καρποῦ. Ἐπὶ πλέον ἐχειρουργήσαμεν τρεῖς ἄλλας περιπτώσεις, προερχομένας ἐξ ἐπαρχιῶν, τῶν ὁποίων ὁ τραυματισμὸς συνέβη ἀπὸ δύο μηνῶν μέχρι πέντε ἐτῶν. Ἐκ τῶν δέκα τούτων περιστατικῶν τὰ ἑπτὰ ἀφεύρουν τὸ μέσον νεῦρον καὶ τὰ τρία τὸ ὠλέγιον. Ἡ κυρία αἰτία ἐπὶ τῶν ἐννέα περιπτώσεων ἦτο τραύματα διὰ θραυσμάτων ὕαλου, ἐνῶ ἡ τελευταία προήρχeto ἐκ τραύματος διὰ πυροβόλου ὄλου. Οἱ διατηρηθέντες τένοντες ἀφεύρουν κυρίως τὴν ἐπιπολῆς καὶ ἐν τῷ βάθει στιβάδα τῶν τενόντων μὲ μικρὰς παραλλαγὰς, ἐγκαταλείπουσαι ἀριθμὸν τενόντων ὠλενίως ἢ κερκιδικῶς ἀνεπάφων.

Τὰ τραύματα τοῦ δέρματος ἦσαν συνήθως μικρά, πολλάκις μὴ προδίδοντα τὴν ἔκτασιν τῆς ὑποκειμένης βλάβης.

Κατωτέρω παρατίθεται πίναξ ἐμφαινῶν τὸν ἀριθμὸν τῶν τενόντων, οἵτινες ἐβλάβησαν.

Πίναξ

Ὄνομασία τένοντος	Ἄρ. τενόντων
1. Κερκιδικὸς καμπτήρ τοῦ καρποῦ (Κ.Κ.Κ.)	7
2. Ὠλέγιος καμπτήρ τοῦ καρποῦ (Ω.Κ.Κ.)	2
3. Μακρὸς καμπτήρ τοῦ ἀντίχειρος (Μ.Κ.Α.)	4
4. Ἐπιπολῆς κοινὸς καμπτήρ τῶν δακτύλων (ΕΠ.Κ.Κ.Δ.)	17

5. Ἐν τῷ βάθει κοινὸς καμπτήρ τῶν δακτύλων (EB.K.K.Δ.) 14
6. Μακρὸς παλαμικὸς 8

Ἀνατομικὴ τῆς περιοχῆς τοῦ καρποῦ

Εἰς τὴν περιοχὴν τοῦ καρποῦ αἱ γαστέρες τῶν μακρῶν καμπτήρων μυῶν τοῦ καρποῦ καὶ τῶν δακτύλων καταπαύουσι καὶ συνεχίζονται διὰ τῶν τενόντων αὐτῶν μέχρι τῆς καταφύσεώς των. Οὕτω εἰς τὴν περιοχὴν τοῦ καρποῦ οἱ τένοντες τῶν μυῶν συγκεντροῦνται, ἵνα διέλθουν διὰ τοῦ καρπιαίου σωλήνος περιβαλλόμενοι μόνον ὑπὸ πλουσίου παρατένοντος. Παρατένων εἶναι ὁ συνδυαστικὸς ἰστός πλουσίος εἰς ἐλαστικὰς ἴνας καὶ λίπος, μὴ ἔχων σχέσιν μὲ τὸ ὑποδόρειον λίπος, οὗτος συμφύεται πρὸς τὸν τένοντα καὶ τὴν ἐν τῷ βάθει περιτονίαν, ὁ δὲ ἐνδιάμεσος χώρος πληροῦται δι' ἀφθόνων ἐλαστικῶν ἰνῶν καὶ λίπους.

Ὡς εἶναι γνωστὸν, ὅταν οἱ τένοντες ἔλκουν κατ' εὐθείαν γραμμὴν περιβάλλονται μόνον ὑπὸ παρατένοντος, ἐνῷ ὅταν ἔλκουν ὑπὸ γωνίαν περιβάλλονται ὑπὸ ὀρογόνου ἐλύτρου, τὸ ὅποιον πολλακίς ἐνισχύεται ὑπὸ ἰνωδῶν γεφυρῶν, αἱ ὁποῖαι χρησιμεύουσιν καὶ ὡς καθεκτικοὶ σύνδεσμοι αὐτῶν.

Ἡ συγκέντρωσις τῶν τενόντων περὶ τὸν καρπὸν ἀκολουθεῖ τὴν ἐξῆς σειρὰν:

Ἐπιπολῆς στοίχος.

Κερκιδικὸς καμπτήρ τοῦ καρποῦ, μακρὸς παλαμικὸς, καὶ ὠλένιος καμπτήρ τοῦ καρποῦ.

Μέσος στοίχος.

Περιλαμβάνει δύο στιβάδας τῶν τενόντων τοῦ ἐπιπολῆς κοινοῦ καμπτήρος καὶ δὴ, ἄνωθεν ὁ τοῦ μέσου - παραμέσου καὶ κάτωθεν οἱ τοῦ δείκτου καὶ μικροῦ.

Ἐν τῷ βάθει στοίχος.

Μακρὸς καμπτήρ τοῦ ἀντίχειρος καὶ οἱ τέσσαρες τένοντες τοῦ ἐν τῷ βάθει διατεταγμένον ἐν σειρᾷ.

Εἰς τὴν περιοχὴν τοῦ καρποῦ ἀνευρίσκονται καὶ δύο νεῦρα, τὸ μέσον καὶ τὸ ὠλένιον.

Μέσον νεῦρον. Τοῦτο εἰς τὸ ἀντιβράχιον πορεύεται μεταξὺ τοῦ ἐπιπολῆς καὶ ἐν τῷ βάθει κοινοῦ καμπτήρος μέχρις ὀλίγον ὑπερθεῖν τῆς πηχεοκαρπικῆς ἀρθρώσεως ἐνθα φέρεται ἐπιπολῆς ὑπὸ τὴν περιτονίαν, εὐρισκόμενον εἰς τὸν καρπὸν ἀμέσως κάτωθεν τοῦ κερκιδικοῦ καμπτήρος τοῦ καρποῦ καὶ ὠλενίως αὐτοῦ.

Ὠλένιον νεῦρον. Πορεύεται εἰς τὸ ἀντιβράχιον εἰς τὴν ἔσω πλευρὰν τοῦ ὠλενίου καμπτήρος τοῦ καρποῦ συνοδευόμενον ὑπὸ τῆς ὁμωνύμου ἀρ-

τηρίας, ἐγγύς δὲ τοῦ καρποῦ φέρεται ἐπιπολῆς ὑπὸ τὴν περιτονίαν καὶ κατὰ μῆκος τοῦ τένοντος τοῦ ὠλενίου καμπτήρος τοῦ καρποῦ.

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Ι Σ

Λόγω τοῦ ὅτι εἰς μικρὰν περιοχὴν συνοστίζεται τοσοῦτος ἀριθμὸς τενόντων (11) καὶ δύο νεῦρα, κάθε τραυματισμὸς εἰς τὴν περιοχὴν αὐτὴν πρέπει νὰ ἀντιμετωπίζεται μὲ τὴν δέουσαν ὑποψίαν καὶ προσοχὴν. Πολλάκις μικρὰ τραύματα ὑποκρύπτουν διατομὰς ἰκανοῦ ἀριθμοῦ τενόντων πιθανῶς δὲ καὶ νεύρων. Οὕτω ἐπὶ κάθε τραυματισμοῦ τῆς περιοχῆς τοῦ καρποῦ, ἐφ' ὅσον ἔχει διατηρηθῆ τὸ δέρμα, πρέπει ὁ ἰατρός γὰρ προβαίνει εἰς ἐπισταμένην κλινικὴν ἐξέτασιν λειτουργίας ἐκάστου τῶν τενόντων χωριστὰ καὶ τῶν νεύρων. Πολλάκις τοῦτο εἶναι δύσκολον ἰδίᾳ ὅταν πρόκειται περὶ ἀσθενῶν μὴ δυναμένων νὰ συνεργασθοῦν μετὰ τοῦ ἐξεταστοῦ, ὡς παίδων, διανοητικῶς καθυστερημένων ἀτόμων κλπ.

Ἡ μυϊκὴ ἐξέτασις εἶναι γνωστὴ εἰς ὅλους, δι' ἣν καὶ δὲν ἐπεκτεινόμεθα, πλὴν ὅμως θὰ ἀναφέρωμεν τὴν πῶϊμον διάγνωσιν διατομῆς τῶν νεύρων, καθότι ἡ διαφυγὴ τῆς εἶναι εὐκόλος.

Ἄμφότερα τὰ νεῦρα εἶναι μικτὰ ἀποτελούμενα ἐξ αἰσθητικῶν καὶ κινήτικῶν ἰνῶν.

Τὸ μέσον νεῦρον νευρεῖ αἰσθητικῶς μὲν τὸ κερκιδικὸν ἥμισυ τῆς παλάμης καὶ τὴν παλαμιαίαν ἐπιφάνειαν τοῦ ἀντίχειρος, δείκτου, μέσου καὶ τὸ κερκιδικὸν ἥμισυ τοῦ παραμέσου δακτύλου, κινήτικῶς δὲ τὸν πρῶτον ἑλμινθοειδῆ καὶ τοὺς μῦς τοῦ θέναρος πλὴν τοῦ προσαγωγοῦ καὶ τῆς ἐν τῷ βάθει μοίρας τοῦ βραχέως καμπτήρος τοῦ ἀντίχειρος.

Τὸ ὠλένιον νεῦρον νευρεῖ αἰσθητικῶς μὲν τὸ ὑπόλοιπον τμήμα τῆς παλάμης καὶ τῶν δακτύλων, κινήτικῶς δὲ ἅπαντας τοὺς μεσοστέους, τοὺς τρεῖς ἑλμινθοειδεῖς, τὸν προσαγωγὸν καὶ τὴν ἐν τῷ βάθει μοίραν τοῦ βραχέως καμπτήρος τοῦ ἀντίχειρος.

Ἐπιπροσθέτως ἕκαστον τῶν νεύρων τούτων μεταφέρει φυτικὰς ἴνας διὰ τοὺς ἰδρωποιοὺς ἀδένας τῆς περιοχῆς, ἣν νευροῦν αἰσθητικῶς.

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Ι Σ ν ε υ ρ ι κ ῆ ς β λ ᾶ θ η ς.

1. Ἀναζήτησις τῆς αἰσθητικότητος τῆς ὑφ' ἐκάστου νεύρου νευρουμένης περιοχῆς, διὰ νυγμοῦ, ψαύσεως, θερμικοῦ ἐρεθίσματος κλπ.

2. Ἀναζήτησις λειτουργίας τῶν νευρουμένων ὑπ' αὐτῶν μυῶν. Διὰ τὸ ὠλένιον νεῦρον, ὑπάρχει τὸ σημεῖον τοῦ Fromment, ὀφειλόμενον εἰς παράλυσιν τοῦ προσαγωγοῦ τοῦ ἀντίχειρος. Ἐπίσης εἰς τὸ αὐτὸ νεῦρον ἐπὶ βλάβης, ἡ ἀπα-

γωγῇ καὶ προσαγωγῇ τῶν δακτύλων εἶναι ἀδύνατος. Διὰ τὸ μέσον νεῦρον ἐξετάζομεν τὴν ἀντίθεσιν, ἣτις ἐπὶ βλάβης καταργεῖται.

β. Ἀναζήτησις ἐφιδρώσεως τῆς νευρομένης ὑπ' αὐτῶν περιοχῆς διὰ ψαύσεως ἢ καλύτερον διὰ λήψεως τῶν δακτυλικῶν ἀποτυπωμάτων διὰ νινυδρίνης.

Θ ε ρ α π ε ι α

Οἱ πλείστοι τῶν συγγραφέων ὑποστηρίζουν τὴν ἄμεσον συρραφὴν ἀπάντων τῶν τενόντων εἰς τὴν περιοχὴν αὐτήν, πλὴν ὅμως ὑπάρχουν τινὲς οἱ ὅποιοι ὑποστηρίζουν τὴν ἄμεσον συρραφὴν τοῦ ἐν τῷ βάθει μόνον, τοῦ ἐπιπολῆς θυσιαζομένου πρὸς ἀποφυγὴν συμφύσεων μεταξὺ τῶν πολλῶν εἰς τὸ αὐτὸ ἐπίπεδον τετμημένων τενόντων. Ἡμεῖς ὑποστηρίζομεν τὴν ἄμεσον συρραφὴν ἀπάντων τῶν τενόντων, πιστεύοντες ὅτι ἡ θυσία τοῦ ἰσχυροτάτου ἐπιπολῆς προκαλεῖ σημαντικὴν ἐλάττωσιν τῆς ἰσχύος τῆς χειρὸς χωρὶς αἱ σχηματιζόμεναι συμφύσεις νὰ παρεμποδίσουν σημαντικῶς τὴν λειτουργίαν τῶν τενόντων. Τοῦτο ὀφείλεται εἰς τὴν παρουσίαν ἀφθόνου παρατένοντος.

Ἀναφορικῶς πρὸς τὰ νεῦρα ἀκολουθοῦμεν τὴν μέθοδον τοῦ Seddon ἥτοι τὴν κατὰ πρῶτον χρόνον συμπληρώσασιν τῶν κολοβωμάτων τῶν νεύρων καὶ τὴν εἰς δεῦτερον χρόνον, μετὰ δέμηγον περίπου, διενέργειαν νευρορραφῆς. Τοῦτο διότι πιστεύομεν ὅτι ἡ ἔκτασις τῆς κακώσεως τοῦ νεύρου εἶναι ἀδύνατον νὰ ἀνευρεθῇ ἀμέσως μετὰ τὴν κάκωσιν, τουναντίον εἶναι εὐκολώτατον μετὰ δέμηγον, ὅτε ἔχει σχηματισθῇ τὸ νεύρωμα εὐκόλως ἀντιληπτόν, μακροσκοπικῶς.

ὑπὸ ἰσχαίμου ἐπίδεσιν τὸ τραῦμα ἐπεκτείνεται πάντοτε κεντρικῶς καὶ περιφερικῶς τῆς τομῆς τοῦ δέρματος, ἀφοῦ προηγουμένως διενεργηθῇ ἐπιμελῆς καὶ σχολαστικὸς μηχανικὸς καὶ χημικὸς καθαρισμός. Μετὰ ταῦτα ἀνευρίσκονται τὰ τετμημένα τενόντια ἄκρα περιφερικῶς καὶ κεντρικῶς τῆς βλάβης καὶ ἀναγνωρίζεται ἡ ἀντιστοιχία των, ἐπίσης ἀναζητοῦνται καὶ ἀνευρίσκονται τὰ νεῦρα, τὰ ὅποια διακρίνονται τῶν τενόντων μόνον ἐκ τῆς ὕψους καὶ χρώματος. Πολλάκις ἡ ἀναγνώρισις τοῦ νεύρου, ἰδίᾳ τοῦ μέσου τοιούτου, εἶναι δύσκολος συγχεομένη μὲ τένοντα, δι' ὃ καὶ ἔχουν παρατηρηθῇ πλείσται ὅσαι συρραφαὶ αὐτοῦ μὲ τένοντας. Τοῦτο εἶναι δυνατόν νὰ ἀποφευχθῇ ἐν πολλοῖς, διὰ τῆς χρήσεως τῆς ἰσχαίμου περιδέσεως.

Οἱ τένοντες συρράπτονται μεταξὺ των χωρὶς νὰ ἀπαιτῆται νεαροποίησις των πλὴν τῶν περιπτώσεων καθ' ἃς τὰ ἄκρα αὐτῶν εἶναι ρακώδη, ὅτε ἀπαιτεῖται ἢ συμπλήρωσις τοῦ μήκους, ἐὰν τὸ χάσμα μετὰ τὴν νεαροποίησιν ὑπερβαίνῃ τὸ ἐν (1) ἑκατοστὸν διὰ παρεμβολῆς γεφυρωτοῦ μοσχεύματος. Τὸ ὕλικόν συρραφῆς, ὅπως εἰς κάθε ἐπέμβασιν ἐπὶ τῶν τενόντων, ὀφείλει νὰ προ-

καλῆ ἐλαχίστην ἀντίδρασιν, ὡς τοιοῦτον δὲ θεωρεῖται σύρμα ἐξ ἀνοξειδώτου χάλυθος, τανταλίου ἢ βιταλίου. Ἡ μέταξα προκαλεῖ μεγαλύτεραν τῶν ἀνωτέρω ἀντίδρασιν, τὸ δὲ ζωϊκὸν ρᾶμμα ἀπορρίπτεται ὡς προκαλοῦν τεραστίαν ἀντίδρασιν, δρῶν ὡς ξένον σῶμα καὶ ἐπὶ μακρὸν χρονικὸν διάστημα.

Ἡ μέθοδος συρραφῆς δὲν ἔχει σημασίαν, προτιμᾶται ὅμως ἡ δίκην ὀκτώ (8) ἢ Criss-Cross τοῦ Bunnell μετ' ἀφαιρέσιμου ἢ μὴ ὀλικού. Μεγάλῃ προσοχῇ ἀπαιτεῖται εἰς τὴν διαφύλαξιν τοῦ παρατένοντος καὶ εἰς τὴν κάλυψιν τῶν σημείων συρραφῆς διὰ τούτου.

Τὰ νεῦρα μετὰ τὴν ἀναγνώρισιν τῶν ἄκρων τῶν συμπλησιάζονται διὰ μιᾶς ἢ δύο ραφῶν, λαμβάνοντες φροντίδα διὰ τὸν ὅσον τὸ δυνατόν ὀρθὸν προσανατολισμὸν τῶν πρὸς τοῦτο βοηθούμεθα ἐκ τῆς θέσεως, εἰς ἣν εὐρίσκονται, καὶ ἐκ τοῦ ἀγγείου τῶν, ὅπερ διαδράμει ἐπὶ τῆς παλαμιαίας ἐπιφανείας αὐτῶν. Τοῦτο θὰ διευκλύνῃ τὴν εἰς δεύτερον χρόνον ὀριστικὴν συρραφὴν αὐτῶν εἰς τὴν ὀρθὴν θέσιν. Κατὰ τὸν δεύτερον τοῦτον χρόνον γίνεται ἡ ἀποκάλυψις μόνον τοῦ νεύρου, ἀνεύρεσις τοῦ σημείου διατομῆς τούτου, ὅπερ ἀναγνωρίζεται εὐκόλως ἐκ τοῦ δημιουργηθέντος εὐμεγέθους νευρώματος. Ἀκολουθεῖ ἡ τοποθέτησις δύο ραιμμάτων, ἕνθεν καὶ ἕνθεν τοῦ νευρώματος, πρὸς διατήρησιν τοῦ ὀρθοῦ προσανατολισμοῦ καὶ διὰ ξυριστικῆς λεπίδος ἀφαίρεσις τοῦ νευρώματος τμηματικῶς ἐξ αὐτοῦ πρὸς τὸ ὑγιὲς κεντρικὸν καὶ περιφερικὸν τμήμα τοῦ νεύρου διὰ ἐγκαρσίων διατομῶν μέχρις ἀνευρέσεως ὑγιῶν νευρικῶν δεσμιδῶν. Ἐάν μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ νευρώματος τὸ δημιουργηθὲν χάσμα εἶναι μέχρι πέντε (5) ἑκατοστῶν εἶναι δυνατὴ ἡ συμπλησίαισις τῶν ἄκρων ἄνευ τάσεως, διὰ παρασκευῆς τοῦ νεύρου κεντρικῶς καὶ περιφερικῶς καὶ δι' ἐλαφρᾶς κάμψεως τοῦ ἀγκῶνος καὶ τοῦ καρπού. Ἐπὶ μεγαλύτερων τῶν πέντε (5) ἑκατοστῶν χασμάτων καὶ μέχρι δώδεκα (12) ἑκατοστῶν εἶναι δυνατόν νὰ συμπλησιασθῶν δι' εὐρείας ἀποκαλύψεως καὶ κινήτοποιήσεως τοῦ νεύρου μέχρι καὶ τοῦ ἀγκῶνος, λαμβανομένης φροντίδος, ὥστε νὰ ἀποφευχθῶν διατομαὶ τῶν πλαγίων μυϊκῶν κλάδων. Εἰς τὴν περίπτωσιν τοῦ ὀλενίου νεύρου εἶναι δυνατόν νὰ μεταφερθῇ ἔμπροσθεν τοῦ ἀγκῶνος. Εἰς τὴν περίπτωσιν αὐτὴν τοποθετοῦμεν τὸν ἀγκῶνα ἐν κάμφει καὶ ἀκίνητοποιοῦμεν τοῦτον διὰ γύψου, τὸν ὅποιον, μετὰ τέσσαρας (4) ἑβδομάδας, ἀφαιροῦμεν καὶ τοποθετοῦμεν εἰδικὸν μηχανήμα ἐλεγχομένης ἐκτάσεως.

Πέραν τῶν δώδεκα (12) ἑκατοστῶν ἀπαιτεῖται νευρικὸν μόσχευμα.

Καθ' οἷονδήποτε τρόπον καὶ ἂν γίνῃ ἡ συμπλησίαισις τοῦ νεύρου δὲν πρέπει τὸ σημεῖον συρραφῆς νὰ εὐρίσκεται ὑπὸ τάσιν. Ὡς ὀλικὸν συρραφῆς προτιμᾶται μέταξα ἐπτὰ μηδὲν μετὰ ἀτραυματικῆς βελόνης.

Ἀποτελέσματα

Διὰ τῶν ἀνωτέρω μεθόδων τεχνικῆς ἐχειρουργήθησαν ἅπαντα τὰ ὡς ἄνω δέκα (10) περιστατικά μας. Ὁ χρόνος παρελεύσεως ἀπὸ τῆς πρώτης συρραφῆς των κυμαίνεται ἀπὸ δύο ἐτῶν μέχρις ἕξ (6) μηνῶν. Οὕτω:

1. Παρατηρήθησαν ἐπὶ τῶν ὀκτὼ τελεία καὶ ἀνεξάρτητος ἀποκατάστασις τῶν συρραφέντων τενόντων.

2. Εἰς ἓν (1) περιστατικόν, ὅπου ὁ τραυματισμὸς ἐπῆλθεν πρὸ πενταετίας καὶ ὅπου ὑπῆρχεν μεγάλη οὐλοποίησις, ἐγένετο ἀποκατάστασις τοῦ ἓν τῶν ὀκτὼ μόνον καμπτήρος τῶν δακτύλων, ἐπιμήκυνσις τοῦ τένοντος τοῦ μακροῦ καμπτήρος τοῦ ἀντίχειρος διὰ μοσχεύματος ἐκ τοῦ μακροῦ παλαμικοῦ καὶ συρραφῆ αὐτοῦ πρὸς μυϊκὴν τινα γαστέρα τοῦ ἐπιπολῆς. Συρραφῆ τοῦ μέσου νεύρου κατὰ τὸν αὐτὸν χρόνον. Ἀποτέλεσμα: Πλήρης ἀποκατάστασις τῆς κάμψεως τῶν δακτύλων καὶ τῆς αἰσθητικότητος τῆς ἄκρας χειρός.

3. Εἰς τὸ τελευταῖον περιστατικόν, τὸ ἐκ πυροβόλου ὄπλου, ἐγένετο γεφύρωσις τῶν χασμάτων τῶν τενόντων διὰ μοσχευμάτων. Ἀποτέλεσμα μέτριον, εὐρισκόμενον ὑπὸ θεραπείαν ἀκόμη.

4. Ἡ ἀποκατάστασις τῆς αἰσθητικότητος κατόπιν συρραφῆς τοῦ μέσου νεύρου εἰς τὰ τέσσαρα (4) περιστατικά ἦτο ἀρίστη, εἰς δύο (2) ἀπεκατεστάθη ἢ ἄδρὰ αἰσθησις καὶ εἰς ἓν (1) μόνον προστατευτικὴ τοιαύτη.

5. Ἡ ἀποκατάστασις ἐπὶ τῶν τριῶν περιπτώσεων συρραφῆς τοῦ ὠλενίου νεύρου, ἢ μία ἦτο ἀρίστη μετ' ἀποκαταστάσεως τῆς κινητικότητος τῶν νευρομένων ὑπὸ τοῦ κινητικοῦ του κλάδου μυῶν καὶ τῆς αἰσθητικότητος. Αἱ ἄλλαι δύο περιπτώσεις παρουσίασαν προστατευτικὴν αἰσθησιν, ἄνευ ἀποκαταστάσεως τῆς κινητικότητος τῶν μυῶν.

6. Εἰς ἓν περιστατικόν ἐκ τῶν ἀνωτέρω ἐνεφανίσθη βαρεῖα μετατραυματικὴ λοίμωξις πρὸ τῆς συρραφῆς ἀντιμετωπισθεῖσα ἐπιτυχῶς.

7. Εἰς τρεῖς (3) περιπτώσεις ἐπίσης ἐγένετο τενοντόλυσις κατὰ τὸν χρόνον τῆς συρραφῆς τοῦ νεύρου.

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDES, A. GIANNICAS, G. PARTOFYLAKIDES and. N. PAPAVALIIOU: Results of treatment in ten cases of injuries of tendons and nerves in the wrist region.

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ καὶ Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΪΟΥ: Ἐπὶ τριῶν περιπτώσεων ὄγκων τῶν μετακαρπίων χειρουργηθέντων δι' ἰδίας μεθόδου (Πρώϊμος ἀνακοίνωσις). Δὲν κατετέθη χειρόγραφον.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 27ης ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1965

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ — ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ και ΕΜΜ. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Περίπτωσης Βλαισογονίας. Ἀποκατάστασις εἰς φυσιολογικὸν διὰ διορθωτικῆς ὀστεοτομίας μηροῦ.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον.)

ΑΡΖΙΜΑΝΟΓΛΟΥ και Θ. ΧΑΝΙΩΤΗ: Περίπτωσης συγγενοῦς ἐλλείψεως περόνης μετ' ἐντόνου κυρτώσεως τῆς κνήμης, θεραπευθεῖσα χειρουργικῶς.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον.)

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Ι. ΜΟΥΖΟΥΡΑΚΗΣ:

Δύο περιπτώσεις μετατραυματικῆς χαλαρᾶς παραπληγίας θεραπευθεῖσαι διὰ συντηρητικῆς ἀγωγῆς.

Ἡ ὀρθοπεδικὴ κλινικὴ τοῦ Γενικοῦ Κρατικοῦ Νοσοκομείου Ἀθηνῶν ἔχει τὴν τιμὴν νὰ παρουσιάσῃ ὑμῖν μίαν περίπτωσιν χαλαρᾶς παραπληγίας καὶ ἑτέραν μονοπληγίας δεξιοῦ σκέλους, θεραπευθεῖσας διὰ συντηρητικῆς ἀγωγῆς.

Ἀσθενῆς Τ. Ν., ἄρρην, ἡλικίας 54 ἐτῶν, προσέρχεται ἐκτάκτως ἡμέραν ἑφημερίας, λόγῳ κακώσεως τῆς σπονδυλικῆς στήλης, συνεπείᾳ πτώσεως ἐπ' αὐτοῦ ἔγκου χωμάτων.υ

Παρουσιάζει χαλαρὰν παράλυσιν τῶν μυῶν τῶν κάτω ἄκρων, μετὰ διατηρήσεως ἐν μέρει τῆς ἐν τῇ ἐάθει καὶ ἐπιπολῆς αἰσθητικότητος. Ὁρθοκυστικαὶ διαταραχαὶ δὲν ὑφίστανται. Ἀκτινογραφικῶδ, οὐδὲν ἐκ τῆς Σ. Σ.

Μετὰ κλινοστατισμὸν περίπου ἐνὸς μηνός, ὁ ἀσθενὴς ἀνέκτησεν βαθμιαίως τὴν κινητικότητά τῶν μυῶν τῶν κάτω ἄκρων, ἥτις ἐπανῆλθεν προοδευτικῶς,

ἀρχομένης ἐκ τῶν προσαγωγῶν καὶ τετρακεφάλων. Μετὰ 45 ἡμέρας ἀπὸ τῆς κακώσεως, ὁ ἀσθενὴς θαδίζει τῇ βοηθείᾳ βακτηριῶν μασχάλης.

Περίπτωσις 2α: Ἀσθενὴς Π. Δ., ἄρρην, ἡλικίας 60 ἐτῶν, προσέρχεται ἡμέραν ἐφημερίας διὰ κάκωσιν Σ. Σ., συνεπεία πτώσεως ἐξ ὕψους. Παρουσιάζει χαλαρὰν μονοπληγίαν τοῦ δεξιοῦ κάτω ἄκρου, μετὰ διατηρήσεως ἐν μέρει τῆς ἐν τῷ βάθει καὶ ἐπιπολῆς αἰσθητικότητος. Ἐπίσης, ἐμφανίζει ἐπίσχεσιν οὖρων καὶ κοπράνων. Κινητικότης — αἰσθητικότης ἀριστεροῦ σκέλους, κατὰ φύσιν. Ἀκτινογραφικῶς, κάταγμα Θ8 — Θ11 — Θ12 Σπονδύλου καὶ κάταγμα 6ης — 7ης πλευρᾶς ἀριστερᾶ καὶ 7ης δεξιᾶ.

Αἱ διαστάσεις τοῦ νωτιαίου σωλήνος φαίνονται φυσιολογικαί.

Μετὰ κλινοστατισμὸν περίπου ἐνὸς μηνός, ὁ ἀσθενὴς ἀνέκτησεν βαθμιαίως τὴν κινητικότητα τοῦ κάτω ἄκρου καὶ λύσιν ἐπισχέσεως οὖρων καὶ κοπράνων.

Ἡ κινητικότης ἐπανῆλθεν βαθμιαίως, ὡς καὶ εἰς τὴν προηγουμένην.

Μετὰ 35 ἡμέρας, ὁ ἀσθενὴς θαδίζει τῇ βοηθείᾳ βακτηριῶν μασχάλης, ὡς καὶ στηθοδέσμου τύπου Taylor.

Σκέψεις χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως ἀπεκλείσθη εἰς ἀμφοτέρας τὰς περιπτώσεις, δεδομένου ὅτι εἰς μὲν τὴν πρώτην δὲν ὑπῆρχε κάταγμα, εἰς δὲ τὴν δευτέραν δὲν ὑπῆρχεν ἀκτινολογικὴ ἔνδειξις ὀστικῆς προβολῆς, ἐντὸς τοῦ νωτιαίου σωλήνος.

Παρουσιάζομεν τὰς περιπτώσεις ταύτας, διὰ τὸ ἀποτέλεσμα τῆς ἐφαρμοσθείσης ἀπλῆς συντηρητικῆς ἀγωγῆς, ἰδίᾳ δὲ διὰ τὸ σπάνιον ἐμφανίσεως μετατραυματικῆς μονοπληγίας.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS, D. MOUROULIS, J. MOUTSOURAKIS: Two cases of flaccid paraplegia are presented.

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ και Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: Χειρουργική αντιμετώπιση κατάγματος Μηριαίου επί 'Οστεομαρμαρώσεως.

Ἡ Ὀρθοπαιδικὴ Κλινικὴ τοῦ Γενικοῦ Κρατικοῦ Ν/μείου Ἀθηνῶν ἔχει τὴν τιμὴν νὰ παρουσιάσῃ περίπτωσιν ἀσθενοῦς Α.Ε., ἡλικίας 50 ἐτῶν, γνωστοῦ ἐκ προηγουμένης ἀνακοινώσεώς μας, πάσχοντα ἐξ ὀστεομαρμαρώσεως διαγνωσθείσης ἀπὸ πολλῶν ἐτῶν.

Ἀναφέρομεν ὅτι ὁ πατήρ, ἀδελφός, ὡς καὶ ἀνεψιός ἐπ' ἀδελφῇ τοῦ ἀσθενοῦς πάσχουν ἐξ ὀστεομαρμαρώσεως, πρᾶγμα τὸ ὁποῖον συνηγορεῖ ὑπὲρ τοῦ οικογενοῦς χαρακτήρος ἐμφανίσεως τῆς νόσου.

Ὁ ἐν λόγῳ ἀσθενὴς εἰς τὸ παρελθὸν ἔχει ὑποστῆ κατ' ἐπανάληψιν κατάγματα (ὑπὲρ τὰ 10), εἰς διάφορα μέρη τοῦ σκελετοῦ, ἅπαντα πωρωθέντα διὰ συντηρητικῆς ἀγωγῆς.

Προσφάτως ὁ ἀσθενὴς, κατὰ τὴν διάρκειαν γυμναστικῶν ἀσκήσεων διὰ τὴν βελτίωσιν τῆς ἐξ ἐκφυλιστικῆς ἀρθροπαθείας δυσκαμψίας τῶν ἰσχίων του, ὑπέστη ὑποτροχανθήριον κάταγμα τοῦ ἀριστ. μηριαίου, ἀπλοῦν ἐγκάρσιον, ἄνευ μεγάλης παρεκτοπίσεως.

Ἡ πρόγνωσις τοῦ κατάγματος ὡς πρὸς τὴν πύρωσιν ἦτο εὐνοϊκῆ. Ἐν τούτοις, ἐγένετο σκέψις ἐγχειρητικῆς αντιμετωπίσεως τοῦ κατάγματος, διὰ τοὺς ἐξῆς λόγους:

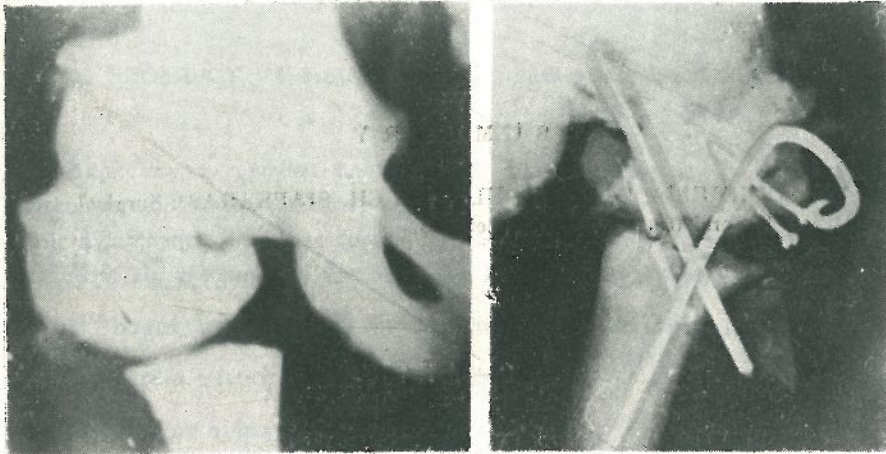
1) Πρόκειται περὶ παχυσάρκου ἀτόμου, ἄνω τῶν 110 χιλιογράμμων καὶ ἐπομένως, ἡ ἀκίνητοποίησις ἐν τῇ κλίνῃ θὰ ἦτο δυσχερῶς ἀνεκτὴ ὑπὸ τοῦ πάσχοντος.

2) Ὁ ἀσθενὴς ὡς ἐκ τοῦ ἐπαγγέλματός του, (δικηγόρος), εἶναι ὑποχρεωμένος εἰς παραμονὴν ἐπὶ πολλὰς ὥρας ἐν καθεστηκυίᾳ θέσει. Τοῦτο ἦτο κατωρθωτὸν λόγῳ τῆς ἐν πλημμυεῖ θέσει (κάμψεως) ἀγκυλώσεως τῶν κατ' ἰσχίων ἀρθρώσεων. Ὑπῆρξεν ἐπομένως, ἀνάγκη πωρώσεως τοῦ κατάγματος, ἄνευ διορθώσεως τῆς πλημμυελοῦς θέσεως τῆς κατ' ἰσχίων ἀρθρώσεως.

Πρόβλημα ἐπίσης ὑπῆρξεν ἡ ἐκλογὴ τοῦ εἴδους ὀστεοσυνθέσεως. Ἡ χρησιμοποίησις ἡλοῦ πλακῶς τύπου Mc Laughlin ἀπεκλείσθη ἀπ' ἀρχῆς, ὡς τοῦ ἀδυνάτου (ὀστεομαρμαρώσεως) τῆς ἐνσφηνώσεως τοῦ ἡλοῦ ἐντὸς τοῦ αὐχένου

και της κεφαλής και της πιθανότητας διαρρήξεως τούτων. Ἀφ' ἑτέρου δέ, οἱ μεταλλίνοι κοχλῖαι συγκράτησεως τῆς πλακῶς ἐπὶ τοῦ Μηριαίου δὲν θὰ ἦτο δυνατόν νὰ κοχλιωθοῦν, ὡς μὴ δυνάμενοι διὰ τῶν αὐλακώσεων τῶν, νὰ σχηματίσουν ἀντιστοίχους αὐλακας, συνεπεία τῆς ὀστεομαρμαρώσεως. Κατελήξαμεν εἰς τὴν χρησιμοποίησιν ἐνδομυελικῆς ἠλώσεως τύπου Rush γνωστοῦ ὄντος ὅτι ἡ ὀστεομαρμάρωσις προκαλεῖ μὲν ἐλάττωσιν τοῦ αὐλοῦ, σπανίως δὲ ἀπόφραξιν.

Κατὰ τὴν ἐγχείρησιν διὰ μεγάλης τομῆς ὑπερθαινούσης τὸν μείζονα τρο-



Εἰκ. 1. Προεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία. Εἰκ. 2. Μετεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία «Κάταγμα» κοχλιωτοῦ ἧλου.

χαντήρα, ἐπετεύχθη ἡ δημιουργία αὐλοῦ ἐπ' αὐτοῦ καὶ με' φορὰν πρὸς τὴν τοῦ μηριαίου. Ἀναφέρομεν ὅτι ὁ αὐλὸς τοῦ μηριαίου ἀνευρέθη τελείως ἀπεφραγμένος διὰ πυκνοῦ ὀστίου ἰστοῦ. Τόσον δὲ σκληρὸν ἦτο τὸ ὄστον, ὥστε δυσχερέστατα ἐπετεύχθη ἡ δημιουργία αὐλοῦ διὰ τοῦ ἠλεκτρικοῦ ὀστεοτρύπανου, μὲχρις σημείου, ὥστε αἱ ἐλικώσεις τῆς φρέζης ἐφθάρησαν.

Ἐν συνεχείᾳ, ὠθήσαμεν διὰ πλήξεως τὸν ἧλον Rush ἐντὸς τοῦ σχηματισθέντος αὐλοῦ. Ἐπειδὴ ἡ συγκράτησις δὲν ἦτο ἱκανοποιητικὴ, ἐτοποθετήθη καὶ ἕτερος τοιοῦτος, χιαστί πρὸς τὸν πρῶτον.

Ραγὲν τμημα τροχαντήρος συνεκρατήθη διὰ δύο μεταλλίνων κοχλιῶν, οἵτινες παραδόξως ἐνεσφηνώθησαν λίαν ἱκανοποιητικῶς.

Ἡ ἀκίνητοποίησις τοῦ κατάγματος ἐπετεύχθη πλήρως. Ἀναφέρομεν ἐπιπροσθέτως, ὅτι τὴν 7ην ἡμέραν καὶ παρ' ὅτι ὁ ἀσθενὴς ἦτο κατακεκλιμένος ἐπὶ ἀεροπληθοῦς στρωμνῆς τύπου Auto - Massor παρουσίασεν ἐκδορὰν εἰς τὴν περιοχὴν τῶν γλουτῶν τείνουσαν νὰ σχηματίσῃ ἐσχάραν ἐκ κατακλίσεως.

Μετὰ δέιμνον ἐθεωρήθη πορωθὲν τὸ κατάγμα, ὁ δὲ ἀσθενὴς ἤρχισε βα-

δίζων. Μετά 1½ μήνα από της βαδίσσεως, ὁ ἀσθενὴς ἤρχισεν αἰτιώμενος δι' ἄλγη, γενομένη δὲ ἀκτινογραφία στατοκινητική, ἀπέδειξεν πύρωσιν τοῦ κατάγματος, ἀλλὰ καὶ κάταγμα τῶν κοχλιωτῶν ἡλῶν. Εἰσῆχθη ἐν τῇ Κλινικῇ, τοῦ ἐγένετο δὲ ἀφαίρεσις τῶν ὕλικῶν ὀστεοσυνθέσεως, ἐνῶ διεπιστώθη καὶ ἐγχειρητικῶς πύρωσις τοῦ κατάγματος. Μετὰ δεκάμηνον ἀπὸ τῆς πρώτης εἰσόδου του εἰς τὴν Κλινικὴν, ἤρχισε καὶ πάλιν ἐργαζόμενος.

Τὴν περίπτωσιν ἐπιδεικνύομεν λόγῳ τῆς σπανιότητος τῆς ἀνάγκης χειρουργικῆς ἀντιμετωπίσεως αὐτῆς καὶ τῶν δυσχερειῶν, ἃς συντητήσαμεν ἕκαστὴν ἐπέμβασιν.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS, D. MOUROULIS and CH. SIAPKARAS : Surgical treatment of femoral fracture in osteopetrosis.

A P X A I P E Σ I A I

Γενομένων ἀρχαιρειῶν ἐξελέγη τὸ κάτωθι συμβούλιον

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Χρυσάφης Ε.

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ζαούσης Α.

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Πρωτογῆρου Κ.

ΤΑΜΙΑΣ: Ἀγνάντης Ι.

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Μουρούλης Δ.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Σ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ: Ένδοφλέβιος τοπική, ή κατά χώρας αναισθησία.

Παρά τας συγχρόνους προόδους τής αναισθησιολογίας, ό Όρθοπεδικός χειρουργός εύρίσκεται πολλάκις πρό καταστάσεων, όπου ή εφαρμογή τής γενικής αναισθησίας δέν είναι δυνατή και ως έκ τούτου, είναι υποχρεωμένος να καταφύγη εις τήν τοπικήν αναισθησίαν. Τοιαύται καταστάσεις είναι :

- 1) Βαρέα νοσήματα του άναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος
- 2) Βαρεία γενική κατάσταση του άσθενους
- 3) Πλήρης στόμαχος
- 4) Έλλειψις αναισθησιολόγου

Σκοπός τής παρούσης εργασίας είναι να περιγραφη μία άπλή μέθοδος αναισθησίας δια τά άνω και κάτω άκρα, και να αναφερθούν αι παρατηρήσεις μας έκ τής εφαρμογής της, επί των 30 πρώτων περιπτώσεων.

Η ένδοφλέβιος ή κατά χώρας αναισθησία περιεγράφη τό πρώτον υπό του Bier¹ τή 1908 και μολονότι έχρησιμοποιήθη έν συνεχεία και από μερικούς άλλους, φαίνεται ότι δέν είχεν εύρειαν εφαρμογήν μέχρι του 1963, ότε ό Mc. Holmes² και ό Καθηγητής Sir Robert Macintosh³ εις τήν Όξφόρδην, έχρησιμοποίησαν τήν μέθοδον, έλαφρώς τροποποιημένην, με άριστα άποτελέσματα.

Ήμεϊς, μολονότι είδομεν τήν μέθοδον εφαρμοζομένην εις τό έξωτερικόν, τήν έχρησιμοποίησαμεν αρχικώς εις πολύ μικρόν αριθμόν περιπτώσεων, και μετά δισταγμού, λόγω του φόβου παρενεργειών. Τήν ώθησιν προς εύρυτέραν εφαρμογήν τής μεθόδου, έδωσεν ή επίσκεψις του Καθηγητού Sir Robert Macintosh ό όποϊος έβεβαίωσεν ότι εις ούδεμίαν των περιπτώσεων του παρετηρήθη παρενέργεια έκ τής χρησιμοποίησεως του τοπικού αναισθητικού.

Μέθοδος

Α) Ἀπατούμενα εἶδη: Διάλυμα Νοβοκαΐνης 0,5%, ἄνευ ἄδρεναλίνης

2) Ἀποστειρωμένη σύριγγη

3) Βελόνη τύπου Gordh ἢ Mitchel ἢ Scalp Vein, ἐν ἀνάγκῃ δὲ καὶ κοινὴ βελόνη

4) 2 ταινία: Esmarch

5) Σφυγμομανόμετρον

Β) Προνάρκωσις. Δυνατὸν νὰ χρησιμοποιηθῆ, ἂν καὶ ἐπὶ μικρῶν ἐπεμβάσεων δὲν νομίζομεν ὅτι εἶναι ἀναγκαῖα. Ἐξ ἄλλου, διὰ τὴν ἐπιτυχίαν τῆς μεθόδου ἀπαραίτητος εἶναι ἡ συνεργασία τοῦ ἀσθενοῦς, ἡ ὁποία, μᾶλλον καθίσταται δυσχερῆς, ἰδίως ἐπὶ μικρῶν ἀσθενῶν, οἱ ὅποιοι ἔχουν λάβει θάρσειαν προνάρκωσιν.

Γ) Ἐφαρμογὴ τῆς μεθόδου. Προκειμένου περὶ τῶν ἄνω ἄκρων: Ἐφαρμόζεται πρῶτον τὸ σφυγμομανόμετρον, ὅσον τὸ δυνατὸν κεντρικῶς, καὶ ἐπὶ τῇ εὐκαιρίᾳ λαμβάνεται ἡ ἀρτηριακὴ πίεσις. Ἐν συνεχείᾳ, εἰσάγεται ἡ βελόνη, συνήθως εἰς τὴν ράχιν τῆς ἄκρας χειρὸς, ἀλλὰ δυνατὸν νὰ εἰσαχθῆ καὶ κεντρικώτερον. Ἡ βελόνη ἀκίνητοποιεῖται διὰ τοῦ δακτύλου καὶ γίνεται ἐξαγγείωσις τοῦ αἵματος, διὰ τῆς ταινίας Esmarch. Κατόπιν, ἀναδιβάζομεν τὴν πίεσιν εἰς τὸ μανόμετρον, ὑψηλότερον τῆς μετρηθείσης ἤδη συστολικῆς, ἀφαιροῦμεν τὴν ταινίαν Esmarch καὶ ἐνίεμεν τὸ διάλυμα τῆς νοβοκαΐνης. Πρὸς ἀποφυγὴν τῆς δυσφορίας ἐκ τῆς περισφίξεως τοῦ σφυγμομανομέτρου, δυνατὸν νὰ τοποθετηθῆ ἕνα δεύτερον σφυγμομανόμετρον, ὀλίγον κάτωθεν τοῦ πρώτου καὶ μετὰ πάροδον 5 λεπτῶν ἀπὸ τῆς ἐγγύσεως τοῦ τοπικοῦ ἀναισθητικοῦ, δηλαδὴ ἐπὶ περιοχῆς, ἡ ὁποία ἔχει ἤδη ἀναισθητοποιηθῆ.

Προκειμένου περὶ καταγμάτων φλεγμονῶν ἢ τραυμάτων, ἡ ἐφαρμογὴ τοῦ Esmarch εἶναι ἐπώδυνος καὶ δύναται νὰ ἀποφευχθῆ διὰ τῆς ἀνυψώσεως τοῦ ἄκρου, ἐπὶ 3—5 λεπτὰ τῆς ὥρας. Ἡ ἐξαγγείωσις, ὡς εἶναι φυσικόν, ἐλαττώνει τὸν ὄγκον τοῦ εἰς τὸ ἄκρον περιεχομένου αἵματος καὶ οὕτω μικρότεραι ποσότητες τοῦ ἀναισθητικοῦ εἶναι ἀναγκαῖαι. Διὰ τὸ ἄνω ἄκρον ἔχει ὑπολογισθῆ ὅτι, κάτωθεν τοῦ ἰσχαίμου ἐπιδέσμου καὶ πρὸ τῆς ἐξαγγείωσεως, περιέχονται 170 C. C. αἵματος (Adams καὶ Albert Solomon).

Χορηγούμενη ποσότης ἀναισθητικοῦ: Εἰς παιδιὰ διὰ τὰ ἄνω ἄκρα καὶ ἀναλόγως τοῦ βάρους, ἐχορηγήθησαν 15—30 C.C. Νοβοκαΐνης 0,5% (περίπου 1 C.C. κατὰ Kg. βάρους σώματος). Διὰ τὰ κάτω

ἄκρα : ἐχορηγήθησαν 30 — 50 C.C. Νοβοκαϊνης 0,5% (περίπου 1,5 C.C. κατὰ Kg. βάρους σώματος).

Εἰς ἐνγλίκοις : διὰ τὰ ἄνω ἄκρα ἐχορηγήθησαν 30—40 C.C. καὶ διὰ τὰ κάτω ἄκρα 60—80 C.C. Ἐπὶ τῶν περιπτώσεων μας, ποσότητες ἄνω τῶν 40 C.C. διὰ τὰ ἄνω ἄκρα καὶ 80 C.C. διὰ τὰ κάτω ἄκρα, δὲν ἐχορηγήθησαν. Εἰς τὴν βιβλιογραφίαν ἀναφέρεται ὅτι, διὰ τὰ κάτω ἄκρα, καὶ ἰδίως ἐπὶ σοβαρῶν ἐπεμβάσεων, χορηγοῦνται μέχρις καὶ 100 C.C. διαλύματος Νοβοκαϊνης (Λιγνοκαϊνης) 0,5%.

Ἄ πο τ ε λ ε σ μ α τ α. Εἰς τὸν πίνακα 1 ἀναφέρονται αἱ περιπτώσεις ἐπὶ τῶν ὁποίων ἐφηρμόσθη ἡ ἐνδοφλέβιος τοπικὴ ἀναισθησία, ἡ διάρκεια αὐτῆς καὶ τὸ ἀποτέλεσμα. Ἐκ τῶν 30 ἀσθενῶν μας, 20 ἦσαν παιδιὰ ἡλικίας 6—13 ἐτῶν. Εἰς μικρότερα παιδιὰ ἡ μέθοδος εἶναι δύσκολον νὰ ἐφαρμοσθῇ, διότι συνήθως δὲν συνεργάζονται. Εἰς ὅλους τοὺς ἀσθενεῖς ἐπετεύχθη ἀρίστη ἀναισθησία, πλὴν τριῶν. Εἰς τὸ πρῶτον ἐξ αὐτῶν ἐγένετο ἐσωτερικὴ ὀστεοσύνθεσις καὶ συγκράτησις κατάγματος τοῦ ὠλεκράνου, ἀλλ' ὁ ἀσθενὴς παρεπονεῖτο ἐντόνως διὰ τὴν περίσφιζιν ἐκ τῆς ἰσχαίμου περιδέσεως. Ὁ ἀσθενὴς, ἐκτὸς τοῦ ὅτι ἦτο πνευματικῶς καθυστερημένος, εἶχε λάβει καὶ προνάρκωσιν διὰ Largactil καὶ Phenergan οὕτως ὥστε ἡ ἐπαφή μας μετ' αὐτοῦ ἦτο δυσχερὴς. Εἰς δευτέρον μικρὸν ἀσθενῆ, δὲν ἐπετεύχθη ἱκανοποιητικὴ ἀναλγησις, λόγῳ βλάβης τοῦ σφυγμομανομέτρου. Ἡ τρίτη μερικὴ ἀποτυχία ἀνάγεται εἰς ἀσθενῆ ἡλικίας 70 ἐτῶν, ἡτις ἐχειρουργήθη διὰ θλαισὸν μεγάλου δάκτυλου, καὶ παρεπονεῖτο καθ' ὅλην τὴν διάρκειαν τῆς ἐγχειρήσεως διὰ τὴν ἰσχαίμον περιδέσειν.

Σ υ ζ ἡ τ η σ ι ς : Ἡ μέθοδος δὲν προσφέρεται ὡς ὑποκατάστατον τῶν ἤδη ὑπαρχουσῶν μεθόδων τοπικῆς ἀναισθησίας, ἀλλὰ θὰ πρέπει νὰ προστεθῇ εἰς αὐτάς. Ἐχει ὑπὲρ αὐτῆς τὸ στοιχεῖον τῆς ἀπλότητος. Ἡ μόνη δεξιότηχινία ἡ ὁποία ἀπαιτεῖται ἐκ μέρους τοῦ ἱατροῦ, εἶναι ἡ διενέργεια φλεβοκεντήσεως. Καλὸν θὰ εἶναι νὰ χρησιμοποιῆται βελόνη Gordh ἢ Mitcel ἡ ὁποία ἐπιτρέπει συμπληρωματικὴν ἐγχύσιν τοπικοῦ ἀναισθητικοῦ, ἐὰν δὲν ἐπιτευχθῇ καλὴ ἀναλγησία. Ἡμεῖς χρησιμοποιοῦμεν, ἰδίως ἐπὶ μικρῶν, μικρὰς συσκευὰς ἐνδοφλεβίων ἐγχύσεων Scalp Vein.

Εἰς τὰς περιπτώσεις μας, δὲν ἀπητήθη διάρκεια μεγαλύτερα τῶν 45 λεπτῶν τῆς ὥρας, ἀλλὰ εἰς ἄλλας ἐργασίας, ἡ ἀναισθησία διετηρήθη μέχρι μᾶς ὥρας καὶ 50 λεπτῶν. ((J. P. Adams καὶ Συν^α).

Ἡ ἀρχικὴ διστακτικότης μας, κατὰ τὴν ἐφαρμογὴν τῆς μεθόδου, ὠφέλιτο εἰς τὸν φόβον ἐμφανίσεως γενικῶν φαινομένων μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῆς ἰσχαίμου περιδέσεως καὶ τὴν διάχυσιν τοῦ ἀναισθητικοῦ εἰς τὴν γενικὴν κυκλοφορίαν.

Π Ι Ν Α Ξ Ι.

Ἐνδοφλέβιος τοπικὴ ἀναισθησία

ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΣ	ΠΕΡΙΠΤΩΣΙΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
ΑΝΑΤΑΞΕΙΣ ΚΑΤ. ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ	10	25 λεπτά	9 Περιπτ. ἀρίστη ἀναλγησία	
»	»	»	1 » ἔχει καλή »	
»	»	»	Πιθανῶς βλάβη σφυγμομετρητροῦ	
»	»	»	1 Ἀρίστη ἀναλγησία.	
ΑΙΜΑΤΗΡΑ ΑΝΑΤΑΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΙΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΩΛΕΚΡΑΝΟΥ	2	25 »	1 Ἀρίστη ἀναλγησία	
»	»	»	1 Ὁ ἀσθενὴς παραπονεῖτο διὰ ἰσχυροῦς μόν περιδερσιν.	
ΣΥΝΔΡΟΜΟΝ ΜΕΣΟΥ ΝΕΥΡΟΥ (ΚΑΡΠΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΟΣ)	3	20 »	ΑΡΙΣΤΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ	
N. DE QUERVAIN	3	20 »	»	»
ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΠΑΛΑΜΗΣ	3	40 »	»	»
» ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ	2	45 »	»	»
ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΣ ΚΝΗΜΗΣ (Χρονία)	2	50 »	»	»
ΟΓΚΟΣ ΚΝΗΜΗΣ	1	50 »	»	»
ΒΛΑΣΟΣ ΜΕΓΑΣ ΔΑΚΤΥΛΟΣ (ΕΓΧΕΙΡ. KELLER'S).	2	40 »	1 ΑΡΙΣΤΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ	1 Ἀσθενὴς παραπονεῖτο διὰ ἰσχυροῦς μόν περιδερσιν

Φαίνεται, ἐν τούτοις, ὅτι αἱ ποσότητες τοπικοῦ ἀναισθητικοῦ, αἱ ἀπαιτούμεναι διὰ τὴν ἐνδοφλέβιον τοπικὴν ἀναισθησίαν, εὐρίσκονται ἐντὸς τῶν ὁρίων ἀσφαλείας. Πράγματι, οἱ Engellsen ⁶ καὶ Συν. (1962) ἐχορήγησαν ἐνδοφλεβίως 200 m.g. Lidocaine καὶ ἐμετρήθησαν πυκνότητες πλάσματος μέχρι 5 m.g. ἄνευ σοβαρῶν ἐπιπλοκῶν ἐκ τοῦ νευρικοῦ ἢ κυκλοφορικοῦ συστήματος. Οἱ Foldes ⁷ καὶ Συν. (1960) ἐχορήγησαν 6 m.g. κατὰ χιλ. σωματικοῦ βάρους. Μετὰ τὸ τέλος τῆς ἐγχειρήσεως παρετήρησαν ἰνδιδιακὰς συστολάς, διαταραχὰς τῆς ἀναπνοῆς καὶ ἀπώλειαν τοῦ προσανατολισμοῦ καὶ τῆς συνειδήσεως. Αἱ δόσεις θεβαίως αὐταὶ εἶναι τεράστιαι, ὅπως καὶ ἐκείναι τῶν Bartler καὶ Hutaserani ⁸ (1961), οἱ ὅποιοι, διὰ τὴν ἐπιτύχουσαν μετεγχειρητικὴν ἀναλγησίαν, ἐχορήγησαν 500 m.g. Lignocaine ἐνδομυϊκῶς καὶ ἐν συνεχείᾳ στάγδην ὄρον μὲ 1 g.m. Ἐπὶ 3.600 περιπτώσεων ἀναφέρουν καλὴν ἀναλγησίαν ἄνευ παρενεργειῶν, ἐκτὸς μιᾶς περιπτώσεως, ὅπου ἐσημειώθησαν παροδικοὶ σπασμοὶ καὶ ὅπου ἡ ἐγχειρῆσις ἐγένετο ταχέως.

Οἱ Adams καὶ Συνεργ. ⁴ (1964) ἐπροσδιόρισαν τὴν πυκνότητα τῆς Lidocaine εἰς τὸν ὄρον μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῆς ἰσχαίμου περιδέσεως, τῆς ὁποίας ἡ διάρκεια ἦτο μία ὥρα περίπου, καὶ ἀνεῦρον ἔγνη μόνον τοῦ φαρμάκου, 5 λεπτὰ μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῆς περιδέσεως. Μετὰ τὴν πάροδον τῶν 5 λεπτῶν, τὸ τοπικὸν ἀναισθητικὸν δὲν ἠνιχνεύετο. Αἱ ἀνιχνευθεῖσαι πάντως ποσότητες ἦσαν μικρότεραι τοῦ 2% τῶν ἀναφερομένων ἐπιπέδων ἀσφαλείας.

Ἡ αἰσθητικότης καὶ ἡ μυϊκὴ ἰσχὺς ἐπανέρχονται 5—10 λεπτὰ μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ ἰσχαίμου ἐπιδέσμου.

Εἰς τὰς περιπτώσεις μας, ὑπνηλία, κεφαλαλγία, διαταραχαὶ τῆς ἀναπνοῆς ἢ τῆς κυκλοφορίας, δὲν παρετηρήθησαν.

ΠΕΡΙΛΗΨΙΣ — ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Περιγράφεται μία ἀπλὴ μέθοδος τοπικῆς ἀναισθησίας, διὰ τὰ ἄνω καὶ κάτω ἄκρα. (Ἐνδοφλέβιος τοπικὴ ἢ κατὰ χώρας ἀναισθησία).

Ἡ μέθοδος ἐφηρμόσθη ἐπὶ 30 ἀσθενῶν, ἐξ ὧν 20 παιδιὰ, μὲ λίαν ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα.

S U M M A R Y

S. THEODOROU: Intravenous local or regional anaesthesia.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. BIER, A. Arch. Klin. Chir. 86 - 1007—1908.
2. HOLMES, C. MCK : Lancet 1: 245 - 247 — 1963.
3. MACINTOSH R. SIR. : Προσωπική επικοινωνία.
4. ADAMS, J.P. και ALBERT, SOLOMON : Jour. Bon. Joint. Surg. 44 A : 489-493 - 1962.
5. ADAMS, J. P., DEALY, E. J., KENMORE, R.I. : Jour. Bon. Joint. Surg. 46 A. No 4. 811 - 816 — 1964.
6. ENGELSON S. και Συν. αναφέρεται υπό (5).
7. FOLDS F. F. και Συν. αναφέρεται υπό (5).
8. BARTLETT, E. E., HUTASERANI, O. : Αναφέρεται υπό (2).

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ, ΧΡ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ, ΕΜΜ. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗ: Συντηρητική θεραπεία επίφυσιολύσεως τῆς μηριαίας κεφαλῆς.

Ἐπιδεικνύομεν ἀσθενῆ ἄρρενα, ἡλικίας 15 ἐτῶν, ὅστις ἐγεφάνισεν τὸ πρῶτον πρὸ ἔτους περίπου, μετὰ πτώσιν ἐκ διτροχίου, ἄλγος κατὰ τὴν περιοχὴν τοῦ δεξιοῦ ἰσχίου καὶ ἀδυναμίαν βαδίσεως. Μετὰ νοσηλείαν τοῦ ἀσθενοῦς διὰ κάταγμα αὐχένος τοῦ μηριαίου εἰς τινα κλινικὴν τῆς Σπάρτης, κατέφυγεν οὗτος εἰς τὴν ἡμετέραν κλινικὴν, ἔνθα ἐτέθη ἡ διάγνωσις τῆς ἐπιφυσιολύσεως. Ὁ ἀσθενὴς ἐποποθετήθη εἰς κλινοστατισμόν, τὸ δὲ σκέλος αὐτοῦ εἰς Braun καὶ ἐφηρμόσθη συνεχῆς σκελετικὴ ἔλξις ἐκ τοῦ κνημιαίου κυρτώματος διὰ βάρους 10 Kg.* Ἡ ἔλξις διτηρήθη ἐπὶ 20ήμερον, κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ὁποίας τὸ σκέλος ἐφέρετο βαθμιαίως εἰς αὐξουσαν ἀπαγωγὴν καὶ ἐσωτερικὴν στροφὴν. Ἐγένετο διαδοχικὸς ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος ἀνὰ 4/ήμερον, διὰ τὴν διαπίστωσιν πιθανῆς βελτιώσεως τῆς ἀκτινογραφικῆς εἰκόνης τῆς ὀλισθήσεως. Ὁ ἀσθενὴς ἠγγέρθη φέρων κηδεμόνα Thomas στηριζόμενον ἐπὶ τοῦ ἰσχιακοῦ κυρτώματος, δι' οὗ ὁ ἀσθενὴς ἐβάδισεν κατὰ τοὺς ἐπομένους 6 μῆνας. Γενομένη ἀκτινογραφία μετὰ τὸν χρόνον τοῦτον, ἀπέδειξεν πλήρη συνοστέωσιν τῆς μηριαίας κεφαλῆς πρὸς τὸν αὐχένα, ἤτοι τελείαν σύγκλεισιν τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου καὶ διατήρησιν τοῦ αὐτοῦ βαθμοῦ παραμορφώσεως. Ὁ ἀσθενὴς πρόκειται νὰ ὑποβληθῆ εἰς ὀστεοτομίαν βλαισότητος συνδυαζομένην πρὸς ἐξωτερικὴν στροφικὴν ὀστεοτομίαν, ὥστε νὰ μετακινήθῃ ἡ μηριαία κεφαλὴ καὶ νὰ καταλάβῃ κεντρικὴν θέσιν ἐντὸς τῆς κοτύλης.

Ὁ ἡμέτερος Καθηγητὴς Θ. Γαροφαλίδης ἔχει ἀντιμετωπίσει ἱκανὸν ἀριθμὸν ἐπιφυσιολύσεων τῆς μηριαίας κεφαλῆς, μετὰ ποικίλου βαθμοῦ ὀλισθήσεως, καὶ τὰ συμπεράσματα τὰ ὁποία συνήγαγεν εἶναι τὰ ἀκόλουθα:

α) Ἡ χειρουργικὴ ἀντιμετώπισις προσφάτων καὶ παρημελημένων ἐπιφυσιολύσεων παραδίδει σημαντικῶς τὴν ἀγγείωσιν τῆς μηριαίας κεφαλῆς. β) Ἡ ἐφαρμογὴ σκελετικῆς ἔλξεως, συνδυαζομένη πρὸς τὴν βαθμιαίαν ἀπαγωγὴν καὶ ἐσωτερικὴν στροφὴν τοῦ σκέλους, ἀνατάσσει τὴν παραμόρφωσιν, ὀλίγον κατ' ὀλίγον, μέχρι τῆς πλήρους ἐξαλείψεως αὐτῆς. γ) Ἡ μετὰ τὸν χρόνον τῆς σκελετικῆς ἔλξεως ἐφαρμογὴ μηχανήματος εἰς τὸ σκέλος προφυλάσσει τὴν κεφαλὴν νέας ὀλισθήσεως, μέχρι συγκολλήσεως τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου. Ὁ μέσος χρόνος ὁ ἀπαιτούμενος διὰ τὴν σύγκλεισιν τοῦ συζευκτικοῦ

χόνδρου εις τήν επιφυσιόλυσιν, είναι 6—12 μήνες. δ) Ἡ ἀνωτέρω θεραπεία, ἐφαρμοζομένη, πιθανῶς νά ἐπιβαρύνῃ τὸ εἶδος κινήσεως τοῦ ἰσχίου, πλὴν ὅμως, αἱ θεραπευθεῖσαι περιπτώσεις διατήρουν ἱκανοποιητικὴν κινήτικότητα.

S U M M A R Y

TH. GAROFALIDES, G. HARTOFYLAKIDES, CHR. RIGOPOULOS, E. FRANKIATTIAKIS: Conservative treatment of slipped upper femoral epiphysis.

B. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: Περίπτωσης Charcot Σπονδυλοπαθείας μετὰ Tabes.

Ἡ Ὀρθοπαιδικὴ Κλινικὴ τοῦ Γεν. Κρατ. Νομείου Ἀθηνῶν ἔχει τὴν τιμὴν νά παρουσιάσῃ ὑμῖν περίπτωσιν συνυπάρξεως Tabes μετὰ νόσου τοῦ Charcot ἀντιστοίχως πρὸς τὸν 3ον Ὀσφυϊκὸν Σπόνδυλον.

Ὁ ὡς ἄνω ἀσθενὴς ἔτων 56, διεκομίσθη ἐν τῇ ἡμετέρᾳ Κλινικῇ ἐξ ἐπαρχιακοῦ Νομείου, μετὰ τὴν διάγνωσιν, «Παραπληγία ἐκ φυματιώδους Σπονδυλίτιδος». Ἀτομον καχεκτικόν, ὠχρόν, μετὰ χαρακτηριστικῶν πελαργοειδῶν κάτω ἄκρων. Εἰς τὸ ἀ. ἀ. ἀναφέρει πνευμονικὴν φυματίωσιν, νοσηλευθεῖς κατὰ τὰ ἔτη 1950 καὶ 1951 εἰς Σανατόρια Τριπόλεως καὶ Σπάρτης.

Ἀπὸ ἔτους ὁ ἀσθενὴς ἀναφέρει αἰφνίδια περιοδικὰ καὶ ἔντονα ἄλγη κατὰ τὸ κάτω 3μόριον τῆς ἀριστερᾶς κνήμης, ἐπηρεαζόμενα ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἔντασιν καὶ διάρκειαν, ἐκ τῶν καιρικῶν συνθηκῶν, (ἐπιδείνωσις ἐπὶ ὑγρασίας καὶ πρὸ βροχῆς) . . . Πρὸς διμήνου προσετέθη ἔντονον διαξιφιστικὸν ἄλγος εἰς τὴν δεξιάν κατὰ γόνυ ἄρθρωσιν, χαρακτηριστικῶς δὲ ὁ ἀσθενὴς παρομοιάζει τὸ ὡς ἄνω ἄλγος ὡς ἠλεκτρικὴν ἐκκένωσιν (κεραύνιον ἄλγος) . . .

Κατὰ τὴν κλινικὴν ἐξέτασιν διεπιστώθη ἡ ὑπαρξὶς νευρολογικῶν σημείων μὴ ἐχόντων σχέσιν πρὸς ριζιτιδικὴν παραπληγίαν, ἦτοι:

1) Ὑπαισθησία κατὰ περιοχάς, ἴδια κατὰ τὰ κάτω ἄκρα.

2) Ἀπώλεια τενοντίου ἄλγους κατὰ τὴν ἰσχυρὰν σύσφιγγιν τοῦ Ἀχιλλείου τένοντος.

3) Διαταραχαὶ τῆς ἐν τῷ βάθει αἰσθητικότητος συνιστάμεναι εἰς:

α) Ἀπώλειαν ἱκανότητος σαφοῦς καθορισμοῦ τοῦ μετακινήθέντος δακτύλου ποδός.

β) Μικρὰν ἀναισθησίαν ὀστέων, συνισταμένην εἰς τὴν μὴ σαφῆ ἀντίληψιν παλλομένου διαπασῶν, τοποθετημένου ἐπὶ ὀστοῦ κειμένου ἀμέσως ὑπὸ τὸ δέρμα (κνήμην).

γ) Δοκιμασία, πτέρνη. — γόνυ, δάκτυλος — ρίς, πλημμελής.

δ) Σημείον Roberg θετικόν... Ταλάντευσις σώματος με κλειστούς οφθαλμούς.

Τεγόντια αντανακλαστικά, άνω και κάτω άκρων, δεν ανευρίσκονται... Βάδισμα άταξικόν, τύπου Ταμπετικού.

Σημείον Argyll - Robertson θετικόν (άμφοτερόπλευρος έλλειψις αντίδράσεως τής κόρης εις τό φώς - μόνιμος μύσις - άνισοκορία).

Έργαστηριακά έξετάσεις : Wasserman - Kahn έντόνωσ θετική.

Άκτινολογικώς παρατηρούμεν διαταραχήν τής άρχιτεκτονικής του σώματος του σπονδύλου, μετά καταστροφής των άρθρικών επιφανειών αυτού και συγχρόνως όστεοπαραγωγικών έπεξεργασιών, ένφ διατηρούνται τά μεσοσπονδύλια διαστήματα φυσιολογικά, τά δέ τόξα παραμένουν σχεδόν άκέραια...

Έκ πρώτης όψεως, ή εικών όμοιάζει πρός τήν τής Δισκαρθροπαθείας, με χαρακτηριστικά υπερβολικού μεγέθους όστεόφυτα...

Έκ τής ως άνω περιγραφομένης κλινικής και άκτινογραφικής εικόνας, ως και τής έργαστηριακής έξετάσεως, ουδεμία άμφιβολία παραμένει περί τής φύσεως τής παθήσεως... Tabes Charcot Σπονδυλοπάθια.

Υπό τοϋ Clevelant και συνεργ. ανεύρομεν περιγραφομένης δύο παρομοίας περιπτώσεις J. Bone Joint Surg 1959 - A, σελ. 336, οτινες και μετά άποτυχίαν συντηρητικής θεραπευτικής άγωγής, ήναγκάσθησαν νά καταφύγουν εις Σπονδυλοδεσίαν.

Όμοίως, Σπονδυλοδεσίαν συνιστά και ό Campbell.

Έπειδή ό παρ' ήμιν νοσηλευθείς δεν ένεφάνιζεν άλγη εκ τής Σπονδυλικής Στήλης, ούτε και άστάθειαν αυτής, προετιμήσαμεν συντηρητικήν άγωγήν, συνισταμένην εις κλινοστατισμόν και έγερσιν τή βοηθεία όρθοπεδικής ζώνης όσφύος, συνεστήσαμεν δέ τήν διακομιδήν εις Νευρολογικήν Κλινικήν και επανεξέτασιν περιοδικώς.

Μετά τήν ύποβολήν τής παρούσης επιδείξεως, προσήλθεν εις τό έξωτερικόν ιατρείον τής Κλινικής, άσθενής ήλικίας 50 έτών, πάσχουσα εκ Tabes και παρουσιάζουσα τήν ίδίαν περίπου κλινικήν και άκτινολογικήν εικόνα με τήν προηγουμένην.

Έπιδεικνόμεν τάς άκτινολογικάς εικόνας των άναφερθεισών περιπτώσεων.

S U M M A R Y

V. SOUBMELIS, D. MOUROULIS, CHR. SIAPKARAS : A case of Charcot spine with Tabes is described.

ΚΩΝΣ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ : 'Επίδειξις περιπτώσεων συγγενῶν ἑξαρθρημάτων ισχίων ἐπὶ νεογνῶν.

Λαμβάνομεν τὴν τιμὴν γὰ ἐπιδείξωμεν περιπτώσεις τινὰς Σ.Ε.Ι. ἐπὶ νεογνῶν, ἢ διάγνωσις τῶν ὁποίων ἐγένετο τὴν πρώτην ἑβδομάδα τῆς γεννήσεώς των.

Εἰς τὸ Μαιευτήριον «Μαρίκα Ἡλιάδη» ἐφαρμόζομεν, ἐν συνεργασίᾳ μετὰ τῆς Παιδιατρικῆς Κλινικῆς, τὴν ἐξέτασιν ὄλων τῶν ἐν αὐτῷ γεννομένων νεογνῶν πρὸς διαπίστωσιν ὑπάρξεως Σ.Ε.Ι.

Ἡ ἐξέτασις ἡμῶν συνίσταται εἰς τὴν ἀναζήτησιν τοῦ σημείου Click, (Ortolani) ὡς καὶ τὴν ἐλάττωσιν τῆς ἀπαγωγῆς τῶν ισχίων.

Τὰ παρουσιάζοντα τὰ σημεῖα αὐτὰ νεογνά ἀκτινογραφοῦνται κατὰ τὴν μέθοδον τοῦ Andren - Von Rosen πρὸς ἐπιβεβαίωσιν τῆς κλινικῆς διαγνώσεως.

Ἡ ἐφαρμοζομένη θεραπεία συνίσταται εἰς τὴν τήρησιν τῶν σκελῶν ἐν ἀπαγωγῇ ἐπὶ 3—4 μῆνας.

Προτιμῶμεν πρὸς τὸν σκοπὸν αὐτὸν τὸ προσκεφάλαιον τύπου Frejka, ἐνίοτε ὁμῶς χρησιμοποιοῦμεν τοὺς διαφόρους τύπους ναρθήκων, ὡς εἶναι ὁ τύπος Η τοῦ Von Rosen, ὁ τύπος Χ τοῦ Barlow ἢ ὁ τύπος Τ τοῦ Jordan.

Ἐπιδεικνύομεν ἀκτινογραφίας νεογνῶν, πρὸ καὶ μετὰ τὴν θεραπείαν.

S U M M A R Y

C. S. ELIOPOULOS : Cases of C.D.H. in newborns have been shown.

ΣΥΝΑΝΤΗΣΙΣ ΟΜΑΔΟΣ ΒΡΕΤΤΑΝΩΝ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΩΝ ΜΕΤΑ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΡΘΟΚΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Τὴν 18ην Ἀπριλίου 1965, ἐπεσκέφθη τὴν Ἑλλάδα ὁμάς Βρεττανῶν Ὀρθοπεδικῶν τοῦ British Orthopaedic Travelling Club. προσκεκλημένων τῆς Ἑλλην. Ὀρθοπεδικῆς καὶ Τραυματολογικῆς Ἑταιρίας.

Κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐν Ἑλλάδι παραμονῆς των (18 ἕως 28 Ἀπριλίου), συνηντήθησαν μετ' Ἑλλήνων συναδέλφους των, ἐπεσκέφθησαν δὲ διάφορα Νοσοκομεία, ὡς καὶ νήσους καὶ τοπία τῆς Ἡπειρωτικῆς Ἑλλάδος. Συγ-

χρόνως, ἐδόθη ἢ εὐκαιρία νὰ συζητηθοῦν διάφορα, κοινοῦ ἐνδιαφέροντος ὀρθοπαιδικὰ θέματα, μὲ εισηγητὰς καὶ συζητητὰς ἑκατέρωθεν.

Τὰ συζητηθέντα θέματα εἶναι τὰ ἀκόλουθα:

1) Κατάγματα τοῦ ἀντιβραχίου, μὲ εισηγητὴν τὸν Βρεττανὸν Norman Roberts καὶ συζητητὴν, ἀπὸ Ἑλληνικῆς πλευρᾶς, τὸν κ. Δ. Καραβιάν.

Εἰς τὴν συζήτησιν ἔλαβον μέρος οἱ κ.κ. E. Mervyn Evans, Denys Wainwright, Sir Reginald Watson - Jones, E. A. Nicoll., Preston Wade., A. Καββαδίας καὶ Ἄλ. Ζαούσης.

2) Ἐπαγορευτικὴ Χειρουργικὴ ἐπὶ παρημελημένων περιπτώσεων χρονίας ὀστεομυελίτιδος. Εισηγητῆς ὁ κ. M. Δήμιτσας. Συζητητῆς, ὁ Κοσ J. C. Scott. Εἰς τὴν συζήτησιν ἔλαβον μέρος οἱ κ.κ. P. H. Newman., Sir Reginald Watson Jones E. Mervyn Evans, Sir Herbert Seddon, Ἄλ. Ζαούσης καὶ Δ. Μουρούλης.

3) Ὑμενεκτομὴ τοῦ γόνατος. Εισηγητῆς ὁ Βρεττανὸς K. Philip Newman, καὶ συζητητῆς ὁ Κοσ E. Δρετάνης.

Εἰς τὴν συζήτησιν ἔλαβον μέρος οἱ κ.κ. Goronwn Thomas, Vaughan Jackson., J. C. Scott, Denys Wainwright., A. L. Eyre - Brook, Donald Brooks, John Crawford Adams, Norman Robert, F. M. Holdsworth., E. A. Nicoll, Sir Reginald Watson Jones καὶ Ἄλ. Ζαούσης.

4) Μαιευτικὴ παράλυσις: Εισηγηταὶ οἱ κ.κ. A. Ζαούσης B. Πετρόπουλος καὶ E. Δάνος. Συζήτησις ὁ κ. J. M. P. Clark. Εἰς τὴν συζήτησιν ἔλαβον μέρος καὶ οἱ κ.κ. Sir Herbert Seddon. D. Wainwright, Eyre-Brook, K. Καμπέρογλου A. Καββαδίας, Σ. Θεοδώρου.

5) Συγγενὲς ἐξάρθρωμα τοῦ ἰσχίου ἐπὶ παιδίων κάτω τῶν τριῶν ἐτῶν. Εισηγηταὶ οἱ κ.κ. K. Καμπέρογλου, K. Σ. Ἡλιόπουλος καὶ Γ. Χαρτοφυλακίδης. Συζητητῆς ὁ κ. E. W. Somerville. Εἰς τὴν συζήτησιν ἔλαβον μέρος οἱ κ.κ. D. Wainwright., J. C. Adams καὶ A. Ζαούσης.

6. Συγγενὲς ἐξάρθρωμα τοῦ ἰσχίου ἐπὶ παιδίων ἄνω τῶν τριῶν ἐτῶν. Εισηγητῆς ὁ κ. A. Καββαδίας. Συζητητῆς ὁ κ. Eyre - Brook, εἰς τὴν συζήτησιν ἔλαβον μέρος οἱ κ.κ. Sir Herbert Seddon., D. Wainwright., M. Καρακώστας, K. Καμπέρογλου καὶ A. Ζαούσης.

7. Προβλήματα προκύπτοντα ἐκ παραλύσεως μυῶν περὶ τὸ ἰσχίον. Εισηγητῆς: Sir Herbert Seddon., εἰς τὴν συζήτησιν ἔλαβον μέρος οἱ κ.κ. A. Κοββαδίας, J. M. P. Clark., J. C. Scott., F. W. Holdsworth.

8. Ἐπίδειξις ἀσθενῶν εἰς τὸ Κέντρον ΕΛΕΠΙΑΠ, ὑπὸ τῶν κ.κ. A. Ζαούση καὶ Σπ. Λεωνίδη.

9) Ἐπίδειξις περιπτώσεων ὄγκων τῶν ἠβοῖσχιακῶν κλάδων, ὑπὸ τοῦ κ. Β. Σουρμελῆ.

10) Ἐπίδειξις περιπτώσεων ἐγχοῦδρωμάτων τῶν μετακαρπίων, ὑπὸ τοῦ κ. Α. Γιαννίκα.

Τινὰ ἐκ τῶν ὑπὸ τῶν Ἑλλήνων Ὀρθοπαιδικῶν ἀναπτυχθέντων θεμάτων δημοσιεύονται εἰς τὰς ἐπομένους σελίδας.

Κ. ΚΑΜΠΕΡΟΓΛΟΥ: Ἡ θεραπεία τοῦ συγγενοῦς ἑξαρθρήματος τοῦ ἰσχίου εἰς παιδιὰ κάτω τῶν 3 ἐτῶν.

Ἡ θεραπεία τοῦ Συγγενοῦς ἑξαρθρήματος τοῦ ἰσχίου ἀποτελεῖ εἰσέτι δυσχερὲς πρόβλημα.

Ἡ συντηρητικὴ θεραπεία ἐδοκιμάσθη ἐπὶ μακρόν, ἀλλὰ τὰ μεμακρυσμένα ἀποτελέσματα ταύτης δὲν ἀπεδείχθησαν ἱκανοποιητικά. Δι' αὐτό, σήμερον ὑφίσταται: αὐξουσα τάσις χειρουργικῆς ἀντιμετωπίσεως τοῦ προβλήματος, ἂν καὶ δὲν γνωρίζομεν τί θὰ συμβῆ καὶ μὲ τὰ μεμακρυσμένα ἀποτελέσματα ταύτης. Σκοπὸς τῆς θεραπείας τοῦ Σ.Ε.Ι. εἶναι νὰ ἐπιτευχθῆ τέλειον ἀνατομικὸν καὶ λειτουργικὸν ἀποτέλεσμα εἰς τό, κατὰ τὸ δυνατόν βραχυτέρον, χρονικὸν διάστημα καὶ μὲ τὴν μεγαλυτέραν ἀσφάλειαν.

Ἡ συγκεντρικὴ ἀνάταξις τῆς μηριαίας κεφαλῆς ἐντὸς τῆς κοτύλης πρέπει νὰ συνοδεύεται ἀπὸ τὴν διόρθωσιν κάθε συνυπαρχούσης ἀνωμαλίας τοῦ αὐχένου καὶ τῆς κοτύλης, διὰ τὴν φυσιολογικὴν ἀνάπτυξιν τοῦ ἰσχίου.

Αἱ ἀνωμαλίας: αὗται: πρέπει νὰ διορθωθοῦν δι' ἐγχειρήσεως, ἐὰν τοῦτο δὲν ἐπιτευχθῆ αὐτομάτως διὰ τοῦ χρόνου καὶ φυσιολογικῶς.

Ἀπὸ τὴν συγκριτικὴν μελέτην τῶν ἀποτελεσμάτων τῶν διαφόρων μεθόδων θεραπείας, ἀπεδείχθη ὅτι ταῦτα εἶναι καλύτερα, ὅταν ἡ θεραπεία ἀρχίζῃ ἔνωρις, πρὸ τοῦ πρώτου ἔτους τῆς ἡλικίας.

Πρώτος, ὁ Putti (1927) ἔδωσεν ἔμφασιν τῶν πλεονεκτημάτων τῆς πρώτου θεραπείας τοῦ Σ.Ε.Ι.

Νομίζω, ὅτι ἡ βασικὴ ἀρχὴ τῆς θεραπείας τοῦ Σ.Ε.Ι. θὰ πρέπει νὰ εἶναι ἡ πρόωμος διάγνωσις τούτου διὰ συστηματικῆς ἐξετάσεως τῶν ἰσχιῶν τῶν νεογνῶν. Μόνον ὅταν ἡ θεραπεία ἀρχίσῃ τὰς πρώτας ἑβδομάδας τῆς ζωῆς, εἶναι ἀπλή καὶ ἀποτελεσματικὴ καὶ καθιστᾷ τὸ ἰσχίον φυσιολογικὸν πολὺ πρὸ τῆς διαδίσσεως τοῦ παιδιοῦ.

ΠΙΝΑΞ 1

Αριθμός ασθενών	244			
Φύλον	A.	51	(20,9%)	
	Θ.	193	(79,1%)	
Έντόπιση	Αμφίπλευρα	156	Δεξ.	Αριστ.
	Μονόπλευρα	88	37	51
Μονόπλευρα	A.	17	Δεξ.	Αριστ.
	Θ.	71	9	8
Αμφίπλευρα	A.	34		
	Θ.	122	27	43
Αριθμός ισχίων		400		

ΠΙΝΑΞ 2

Συνοπάρχουσai συγγενείς άνωμαλiαι

Ραιβοποδία	5
Έγκεφαλική παράλυση	1
Άρθρογρύπωση	2
Κληρονομικότητα	
Έπιβαρυμένον εις 25 άσθενεις εκ των 244 (10,24%)	

ΠΙΝΑΞ 3

Υπερτροφικός στρογγύλος σύνδεσμος	5
Άναστροφή επιχειλίου χόνδρου	7
Τένων λαγονοψόπτου	3
Μεγάλη μηριαία κεφαλή	4
Υγολιπώδης ιστός	10
Πάχυνση θυλάκου, συμφύσεις και άναδίπλωση θυλάκου	13
Άβαθής κοτύλη	15

ΠΙΝΑΞ 4

Συχνότητα

Έπι 400 ισχίων	82	(20,5%)
Μετά κλειστήν ανάταξιν	73	(20,4%)
Μετά άμεσον άνοικτὴν ανάταξιν	3	(11,1%)
Μετά άνοικτὴν ανάταξιν	6	(14,2%)
κατόπιν άποτυχίας τῆς κλειστῆς		
Μετά άρθρογράφημα	25	(20%)
Άποκατάστασις		
Πλήρης	28	(34,1%)
Μετά τινος παραμορφώσεως	46	(56,2%)
Μετά σοβαρᾶς παραμορφώσεως	8	(9,7%)

ΠΙΝΑΞ 5

Είδος ἐγχειρήσεως	Άριθ. ισχίων	Καλά	Μέτρια	Πτυχία	Θανάτοι
Κλειστή ανάταξις	321	272-84,7%	42-13,2%	7-2,1%	
Άμεσος άνοικτὴ ανάταξις	27	25-92,6%		1-3,7%	1-3,7%
Άνοικτὴ ανάταξις μετά άποτυχίαν κλειστῆς	44	36-81,8%	8-18,2%		
Όστεοτομία λαγονίου κατά Salter	4	4-100%			
Άρθροπλαστική Colonna	4	4-100%			
Σύνολον	400	341-85,25%	50-12,5%	8-2%	1-0,25%
Παρακολούθησις, 9 μήνες μέχρι 5 ἔτη					

ΠΙΝΑΞ 6

- Άμεσος άνοικτὴ ανάταξις
- Άνοικτὴ ανάταξις μετά άποτυχίαν κλειστῆς
- Άρθροπλαστική κατά Colonna
- Όστεοτομία λαγονίου κατά Salter
- Πλαστική κοτύλης
- Όστεοτομία στροφῆς ραιβότητος
- Τενοντοτομία προσαγωγῶν

Ἐπιπλοκαί

Θάνατοι

Ἐπιμολύνσεις τραύματος

Ἐπανεξάρθρωσις - ἐπανάληψις ἀνοικτῆς ἀνατάξεως

Ἀπορρόφησις στέγης

Ἐπανάληψις ὀστεοτομίας στροφῆς

Ὁ Von Rosen ἤρχισεν τοῦτο τὸ 1948 εἰς τὴν Σουηδίαν καὶ ὁ Barlow τὸ 1957 εἰς τὴν Ἀγγλίαν.

Εἰς τὴν Ἑλλάδα, ἡ ἐξέτασις αὕτη ἤρχισεν τὸ 1960 εἰς τὸ Μαιευτήριον «ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ» τῶν Ἀθηνῶν, ὑπὸ τοῦ Ὀρθοπεδικοῦ κ. Κ. Ἡλιοπούλου. Θὰ σὰς παρουσιάσω τὰ ἀποτελέσματα τῆς θεραπείας τοῦ Σ.Ε.Ι. εἰς παιδιά κάτω τῶν 3 ἐτῶν, νοσηλευθέντων εἰς τὴν Α' Ὀρθοπεδικὴν Κλινικὴν τοῦ Νοσοκομείου ΠΙΚΙΑ Πεντέλης. Κατὰ τὰ τελευταῖα πέντε ἔτη, 1959—1964, ἐνοσηλεύθησαν εἰς τὴν ὡς ἄνω Κλινικὴν 440 παιδιά με Σ.Ε.Ι., ἐξ ὧν τὰ 244 κάτω τῶν 3 ἐτῶν. Ὁ πίναξ I δεικνύει τὴν συχνότητα τοῦ φύλου τῆς προσβολῆς τοῦ ἑνὸς ἢ ἀμφοτέρων τῶν ἰσχίων.

Ὁ πίναξ II δεικνύει συνυπαρχούσας συγγενεῖς ἀνωμαλίας καὶ κληρονομικότητα.

Γενικὴ ἀνάλυσις τῆς θεραπείας

Παιδιά κάτω τῶν 3 ἐτῶν θεραπεύονται συνήθως συντηρητικῶς. Ἡ κατάστασις τῆς μηριαίας κεφαλῆς καὶ κοτύλης, ὁ βαθμὸς τοῦ ἐξάρθρωματος, ἡ σημασία τῆς ἡλικίας, λαμβάνονται ὑπ' ὄψιν πρὸς ἐκτίμησιν τοῦ ἀναταξίμου ἢ μὴ τοῦ ἐξάρθρωματος.

Ἡ ἀπόφασις λαμβάνεται κατόπιν προσεκτικῆς ἀκτινολογικῆς καὶ ἀρθρογραφικῆς ἐξετάσεως.

Τὸ ἀρθρογράφημα ὑποβοηθεῖ τὰ μέγιστα, δὲν εἶναι ὅμως ἀπαραίτητον νὰ γίνεταί συστηματικῶς. Δίδει ἐνδιαφέρουσας πληροφορίες διὰ τὸ σχῆμα καὶ τὸ μέγεθος τῆς μηριαίας κεφαλῆς, τῶν παρεμβαλλομένων μαλακῶν μορίων καὶ τῆς συγκεντρικῆς ἢ μὴ ἀνατάξεως. Ἐπὶ 400 ἰσχιῶν ἐγένοντο 125 ἀρθρογραφήματα.

Εἰς παιδιά κάτω τοῦ ἔτους ὑπάρχει περιορισμὸς τῆς ἀπαγωγῆς, λόγῳ ὀραχύνσεως τῶν προσαγωγῶν, ὡς ἐκ τούτου δὲ ἐνδείκνυται ὑποδόρειος τεγοντοτομὴ τούτων. Ἐξ ἄλλου, εἰς παιδιά 1—3 ἐτῶν προηγείται τῆς κλειστῆς

Θάνατοι

-3,7%

0,25%

ανάταξιν, περίοδος συνεχούς εκτάσεως ή εκτάσεως άπαγωγής εις ειδικόν μηχάνημα. Διατηρούμεν τόν γύψινον επίδεσμον 4—9 μήνας μετά τήν ανάταξιν. Μετά τήν άφαιρείσιν τούτου, χρησιμοποιούμεν νάρθηκα άπαγωγής τύπου Dennis — Browne όστις συγκρατεί τά ισχία έν άπαγωγή, έξω στροφή και συγχρόνως επιτρέπει έλευθέρας κινήσεις τών ισχιών και τών γονάτων.

Ό νάρθηξ παραμένει διά μίαν περίοδον 4—12 μηνών, αναλόγως τής εξέλιξεως του ισχίου.

Στήριξις επιτρέπεται, μόνον όταν τά κλινικά και άκτινολογικά εύρήματα δεικνύουν άσφαλή ανάταξιν.

Αβτη βεβαίως, αναβάλλεται, όταν παρουσιασθή επιφυσίτις, μέχρις όταν τά σημεία ταύτης εξαφανισθούν.

Αί άνωμαλίας του αύχένου και τής κοτύλης, εάν δέν διορθωθούν αυτόματως, με τήν πάροδον του χρόνου, αντιμετωπίζονται δι' έγχειρήσεως.

Η πλαστική τής κοτύλης γίνεται δι' όστεοτομίας, άκριβώς άνωθεν του χείλους τής όροφής τής κοτύλης, ήτις κατασπάται προς τά κάτω, εις δέ τó δημιουργούμενον κενόν ένσφηνούται όλικόν όστικόν μόσχευμα εκ τής λαγονίου άκρολοφίας.

Είς περιπτώσεις προσθίου έξάρθρηματος, γίνεται χρήσις τής όστεοτομίας του λαγονίου κατά Salter.

Η προσθία παρέκκλισις του αύχένου διορθούται δι' ύποτροχαντηρίου όστεοτομίας στροφής ή ραιθότητος, όταν ύπάρχη και έλαιόστης. Τά όστικά τεμάχια, μετά τήν όστεοτομίαν, συγκρατούνται εις τήν επιθυμητήν θέσιν διά ήλων Moore ότινες ένσωματούνται εις τόν γύψινον επίδεσμον.

Όταν ή κλειστή ανάταξις αποτύχη, και όπου τά κλινικά, άκτινογραφικά και άρθρογραφικά σημεία δεικνύουν δυσχέρειαν ανάταξεως, γίνεται άνοικτική τοιαύτη, άπλή ή έν συνδυασμῷ μετά πλαστικής τής κοτύλης.

Τά κύρια εύρήματα κατά τήν έγχείρησιν, αναφέρονται εις τόν πίνακα 3. Μόνον 4 περιπτώσεις άρθροπλαστικής κατά Colonna έγέγοντο εις παιδία ήλικίας 3 έτών, με ύψηλόν έξάρθρημα και άβαθή κοτύλην.

Η επιφυσίτις τής μηριαίας κεφαλής συμβαίνει, δυστυχώς, άρκετά συχνά. Ό πίναξ 4 δεικνύει τήν συχνότητά τής, μετά τούς διαφόρους τύπους θεραπείας.

Έπί 400 ισχιών παρατηρήθησαν 82 επιφυσίτιδες (20,5%).

Τό ποσοστόν τούτο είναι μικρότερον επί ισχιών θεραπευθέντων άπ' ευθείας δι' άνοικτικής ανάταξεως (11,1%).

Έκ τών 82 τούτων ισχιών με επιφυσίτιδα, τά 28 άποκατεστάθησαν πλήρως, τά 46 με ποιάν τινα παραμόρφωσιν και άποπλάτυνσιν τής κεφαλής, και τά 8 με σοβαράν παραμόρφωσιν τής κεφαλής και του αύχένου.

Τέσσαρες τύποι επιφυσίτιδος παρατηρήθησαν:

- 1) Με έντοπυσιν κατά τὸ ἄνω ἔξω τμήμα τῆς κεφαλῆς.
- 2) Κατὰ τὸ κάτω ἔσω τμήμα ταύτης.
- 3) Με διάχυτον ἀνωμαλίαν δλοκλήρου τῆς κεφαλῆς, καὶ
- 4) Με πραγματικὴν ὀστεοχονδρίτιδα μετὰ τεμαχισμού καὶ μεταφυσιακῶν ἀλλοιώσεων.

Ἀ ν ἄ λ υ σ ι ς ἀ π ο τ ε λ ε σ μ ᾶ τ ω ν

Ὁ πίναξ 5 δεικνύει γενικὴν ἀνάλυσιν τῆς θεραπείας καὶ τῶν ἀποτελεσμάτων, ἅτινα ταξινομοῦνται εἰς καλὰ, μέτρια καὶ πτωχά.

Τὰ κριτήρια ἐνὸς καλοῦ ἀποτελέσματος εἶναι ἡ πλήρης ἀπουσία πόνου, σταθερότης καὶ σχεδὸν πλήρης κινητικότητα τοῦ ἰσχίου, μετὰ καλῶς ἐσηματισμένην κεφαλὴν καὶ κοτύλην, εἰς τὴν ἀκτινογραφίαν.

Δι' ἐν μέτριον ἀποτέλεσμα, τὰ κριτήρια εἶναι: ἀπουσία πόνου, ποιά τις ἀστάθεια καὶ περιορισμὸς κινήσεων μετ' ἀνωμαλίας τοῦ ἰσχίου, συνεπείᾳ θεραπείας ἐπιφυσίτιδος, εἰς τὴν ἀκτινογραφίαν.

Πτωχὸν ἀποτέλεσμα κρίνεται ἐκεῖνο, μετὰ σοβαρὰν ὀστεοχονδρίτιδα καὶ μόνιμον ἀνικανότητα.

Ὁ πίναξ 6 δεικνύει τοὺς χρησιμοποιηθέντας τύπους ἐγχειρήσεων καὶ τὰς ἐπιπλοκάς.

Σ υ μ π ε ρ ᾶ σ μ α τ α

Ἡ πρῶτος διάγνωσις καὶ θεραπεία πρέπει νὰ ἀποτελῇ τὴν βάσιν τῆς θεραπείας τοῦ Σ.Ε.Ι., διότι τότε αὕτη εἶναι ἀπλή καὶ ἀποτελεσματικὴ.

Εἰς παιδία μέχρι 1 ἔτους ἐνδείκνυται ἡ κλειστή ἀνάταξις, μετὰ ὑποδορείου τενοντοτομίας τῶν προσαγωγῶν.

Εἰς παιδιὰ 1—3 ἐτῶν ἡ κλειστή ἀνάταξις πρέπει νὰ ἐπιχειρῆται μετὰ προσεκτικὴν ἐκτίμησιν τῶν κλινικῶν, ἀκτινογραφικῶν καὶ ἀρθρογραφικῶν σημείων.

Ὁ βαθμὸς τῆς δυσπλασίας καὶ ἡ ἡλικία πρέπει νὰ λαμβάνωνται ὅπ' ἔψιν διὰ τὸ ἀνατάξιμον ἢ μὴ τοῦ Σ.Ε.Ι.

Ἡ κλειστή ἀνάταξις πρέπει νὰ εἶναι εὐχερῆς καὶ ἀτραυματικὴ, διαφορετικά, ἐνδείκνυται ἄμεσος ἀνοικτὴ ἀνάταξις.

Ἡ πρόοδος τῆς ἐγχειρητικῆς τεχνικῆς καὶ ἀναισθησίας κατέστησαν τὴν

άνοικτην ανάταξιν ασφαλή και εις πολύ μικρά παιδιά. Ἡ διάρκεια τῆς θεραπείας ἐλαττοῦται και τὰ ἀποτελέσματα εἶναι καλύτερα, τὸ δὲ ποσοστὸν ἐπιφυσιτιδος μικρότερον.

S U M M A R Y

K. KAMPEROGLOU : The treatment of C.D.H. in children under 3 years old.

Κ. Σ, ΗΑΙΟΠΟΥΛΟΣ: Ἡ πρώτη διάγνωση και θεραπεία τοῦ συγγενοῦς ἐξαρθρήματος τοῦ ἰσχίου ἐπὶ τῶν νεογνῶν.

Ἐδημοσιεύθη εἰς τὸ «Ἐλευθὴ» Τόμος Θ'. Τεύχος 49 Ἰανουαρίου 1966

M. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ : Ἡ ἀρθροπλαστική τοῦ ἰσχίου κατὰ Colonna.

Ἡ μελέτης μας βασίζεται ἐπὶ 33 περιπτώσεων ἀρθροπλαστικῆς κατὰ Colonna. Αἱ περιπτώσεις αὗται ἀνήκουν εἰς δύο ομάδας: ἡ μία ἐξ 25 περιπτώσεων, ἐμελετήθη εἰς Παρισίους, Κλινικῆ Χειρουργικῆς Παίδων τοῦ Νοσοκομείου Saint Vincent De Paul, διευθυντῆς ὁ Pierre Petit ἢ ἄλλη, ἐξ 8 περιπτώσεων, εἰς τὸ Ἀσκληπιεῖον Βούλας τοῦ Ε.Ε.Σ., Α' Κλινικῆ, διευθυντῆς ὁ Δρ. Ἄ. Χατζηγεωργίου.

Ἡ πρώτη περίπτωση ἐχειρουργήθη τὸ 1948, ἡ τελευταία τὸ 1964. Τριάκοντα ἀσθενεῖς ὑπεβλήθησαν εἰς τὴν μέθοδον κατὰ Colonna, ἐκ τῶν ὁποίων τρεῖς ἀμφοτεροπλευρῶς. Αἱ ἡλικίαι των ποικίλλουν μεταξὺ 3 καὶ 14 ἐτῶν, ἀλλὰ τῶν περισσοτέρων ἀπὸ 4 ἕως 8 ἐτῶν.

Εἴκοσι δύο ἰσχία δὲν εἶχον ὑποστῆ οὐδεμίαν θεραπείαν προηγουμένως, ἐνῶ τὰ ὑπόλοιπα 11 ἦσαν ἀποτυχία ὀρθοπεδικῆς ἀγωγῆς, ἢ αἱματηρᾶς ἀνατάξεως.

Ἡ τεχνικὴ ὑπῆρξεν ἡ αὐτὴ εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις.

Ἡ ἐκτίμησις τῶν ἀποτελεσμάτων μιᾶς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς εἰς τὰ παιδιά, καὶ εἰδικώτερον ἐπὶ τοῦ ἰσχίου, ἀπαιτεῖ πολυετῆ παρακολούθησιν. Ὡς ἐκ τούτου, ἐθεωρήσαμεν ἄσκοπον νὰ καταρτίσωμεν στατιστικοὺς πίνακας. Σκοπὸς μας εἶναι μόνον, νὰ υπογραμμίσωμεν τὰ σημεῖα, τὰ ὁποῖα ἡ ἐμπειρία μας χαρακτηρίζει ὡς σημαντικά.

Ἡ κάθοδος τῆς ἐξηθρωμμένης κεφαλῆς τοῦ μηριαίου εἰς τὸ ὕψος τῆς κοτύλης, εἶναι τεχνικῶς δύσκολος. Εἰς οὐδεμίαν ἐκ τῶν περιπτώσεων μας, ἡ συνεχῆς ἔκτασις, εἴτε δερματικὴ εἴτε διοστικὴ, κατώρθωσε νὰ ἐπιφέρῃ τὴν κάθοδον τοῦ μηριαίου. Τοῦτο σημαίνει ὅτι ἡ ἀνάταξις θὰ ἀσκήσῃ ὑπερβολικὴν πίεσιν ἐπὶ τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου, πίεσιν τὴν ὁποίαν πρέπει νὰ ἀποφύγωμεν.

Ἡ παρασκευὴ καὶ ἀποψίλωσις τοῦ θυλάκου ἀπαιτεῖ μεγίστην λεπτότητα, ὥστε νὰ μὴν ὑποστοῦν ἑλάθην τὰ ἀγγεῖα τῆς κεφαλῆς.

Ἡ ἐσκαφὴ τῆς κοτύλης εἶναι τὸ δυσχερέστερον καὶ σημαντικώτερον στάδιον τῆς ἐπεμβάσεως. Ὁ χειρουργὸς ἀντιμετωπίζει πολλαπλᾶ προβλή-

ματα: Ἡ κεφαλὴ τοῦ μηριαίου, μὲ τὸ περίβλημα τοῦ θυλάκου, εἶναι ἀρκετὰ ὀγκώδης καὶ συνήθως ἔχει ὀμαλῶς σφαιρικὴν. Ἡ δημιουργουμένη κοτύλη ὀφείλει νὰ ἔχη ἀγτίστοιχον μορφήν, νὰ εἶναι ἀρκούντως εὐρεῖα, ὥστε νὰ ἐπιτρέπη κινήσεις, καὶ ἀρκούντως στενὴ, ὥστε νὰ συγκρατῇ τὴν κεφαλὴν εἰς ἀνάταξιν. Κατὰ τὴν ἐκσκαφήν, ἡ ὁποία συνήθως πρέπει νὰ εἶναι γενναῖο ὄδωρος, τὸ καχλιάριον δύναται εὐκόλως νὰ κατατρέψῃ τὸ λεπτὸν τοίχωμα τῆς κοτύλης. Ὅλα αὐτὰ τὰ εἰδικὰ σημεῖα πρέπει νὰ λαμβάνονται ὑπ' ὄψιν. Πιστεύομεν, ὅτι αἱ πλείστα τῶν δυσμενῶν ἐκβάσεων ὀφείλονται εἰς ἐλαττωματικὴν ἐκσκαφήν τῆς κοτύλης.

Κατὰ τὴν μελέτην τῶν ἀποτελεσμάτων τῆς ἀρθροπλαστικῆς κατὰ Colonna παρατηρήσαμεν ὅτι ἡ διατήρησις τοῦ χείλους καὶ τοῦ ἔξω τμήματος τοῦ χόνδρου τῆς ὀροφῆς τῆς κοτύλης ἐπιτρέπει — ἐφ' ὅσον θεθαίως ἡ κεφαλὴ ἔχει καλῶς ἀναταχθῆ — λίαν ἱκανοποιητικὴν ἀνάπτυξιν τῆς ὀροφῆς. Ὡς ἐκ τούτου, οὐδέποτε θίγομεν τὸ τμήμα τοῦτο τῆς χονδρίνης ὀροφῆς.

Ἡ γωνία προσθίας συστροφῆς τοῦ μηριαίου — Anteversion — εὐρέθῃ πάντοτε ἠδὲξημένη εἰς τιμὰς μεταξὺ 30° καὶ 70° . Ἡ μέση τιμὴ τῆς εἶναι 50° περίπου. Εἴκοσι ἐκ τῶν 33 ἰσχίων ὑπέστησαν, κατὰ συνέπειαν, ὀστεοτομίαν διορθώσεως συστροφῆς — Derotation Osteotomy — Ἐκ τῶν 20 τούτων ἰσχίων, εἰς ἓν μόνον παρατηρήθη ὑποτροπὴ τοῦ ἐξαρθήματος, ἐνῶ ἐκ τῶν 13 ὑπολοίπων, εἰς τὰ ὁποία ἡ ἠδὲξημένη γωνία συστροφῆς δὲν εἶχε διορθωθῆ, ὑπετροπίασαν 4. Δὲν διατεινόμεθα ὅτι ἡ ὀστεοτομία στροφῆς εἶναι ἀπαραίτητος εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις, ἀλλὰ, ὡσάκις ἡ ἐγχειρητικὴ ἀνάταξις εἶναι σταθερὰ μόνον εἰς θέσιν ἔσω στροφῆς τοῦ ἰσχίου, τότε πρέπει νὰ γίνεται διορθωτικὴ στροφικὴ ὀστεοτομία.

Ἡ στροφικὴ ὀστεοτομία δύναται νὰ ἐκτελεσθῆ δύο ἐβδομάδας μετὰ τὴν ἀρθροπλαστικὴν. Εἶναι ὅμως δυνατὸν νὰ γίνῃ καὶ κατὰ τὸν αὐτὸν ἐγχειρητικὸν χρόνον μὲ τὴν ἀρθροπλαστικὴν. Ἡ τοιαύτη ἀγωγὴ — ἀκίνδυνος — ἔχει τὰ ἀκόλουθα πλεονεκτήματα: Βραχύνει τὸν χρόνον μετεγχειρητικῆς ἀκίνητοποιήσεως κατὰ 15 ἡμέρας, ἐπιτρέπει ἐνδεχομένως ἐλάττωσιν τῆς ἐπὶ τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου ἀσκουμένης πιέσεως, χάρις εἰς τὴν ἀφαίρεσιν τμήματος μηριαίας διαφύσεως μήκους 2—3 ἐκ. Ἡ ὀστεοτομία ἦτο ὑποτροχαντήριος εἰς τὰς πλείστας τῶν περιπτώσεών μας.

Ἡ μετεγχειρητικὴ ἀγωγὴ εἶναι ἐπίσης ὑψίστης σημασίας. Δύο ἕως τέσσαρας ἐβδομάδας μετὰ τὴν ἀρθροπλαστικὴν, ἀρχίζει κινήσεις τοῦ ἰσχίου, ἀρχικῶς ὑπὸ ἐλαφρὰν δερματικὴν ἔκτασιν καὶ ἀργότερον μὲ τὸν ἀσθενῆ ἐλεύθερον ἐπὶ τῆς κλίνης. Ἡ βάδισις μετὰ στηρίξεως ἐπὶ τοῦ πάσχοντος σκέλους ἐπιτρέπεται μόνον 10 ἕως 12 μῆνας μετὰ τὴν ἐπέμβασιν.

Αἱ παρατηρηθεῖσαι ἐπιπλοκαὶ κατατάσσονται εἰς 3 ὁμάδας:

1. Σηπτικαὶ

2. Τροφικαὶ ἀλλοιώσεις τῆς κεφαλῆς

3. Ὑποτροπαὶ τοῦ ἐξάρθρηματος.

1. Σηπτικαὶ ἐπιπλοκαί: Ἡ ἐγχειρητικὴ διαπύθσις ἀποτελεῖ βαρυτάτην ἐπιπλοκὴν. Παρατηρήθη εἰς μίαν μόνον περίπτωσιν, τῆς ὁποίας ἡ κύρωσις ἦτο ἡ ἀγκύλωσις τοῦ ἰσχίου.

2. Τροφικαὶ ἀλλοιώσεις τῆς ἐπιφύσεως τοῦ μηριαίου παρατηρήθησαν εἰς ἑπτὰ περιπτώσεις: Τρεῖς ἐξ αὐτῶν παρουσίασαν ἐπιφυσιόλυσιν, 2 ἕως 3 ἔτη μετὰ τὴν ἀρθροπλαστικὴν. Καὶ οἱ τρεῖς ἀσθενεῖς εἶχον ὑποστῆ διορθωτικὴν ὀστεοτομίαν στροφῆς. Εἰς τὰς ὑπολοίπους περιπτώσεις ἐνεφανίσθη ὀστεοχονδρίτις κατὰ τὰς ἐβδομάδας ποῦ ἠκολούθησαν τὴν ἀρθροπλαστικὴν. Δύο ἐξ αὐτῶν εἶχον ὑποστῆ ὑποτροχαντήριον ὀστεοτομίαν, μία ὑπερκονδύλιον ὀστεοτομίαν, ἐνῶ ἡ τελευταία δὲν εἶχε ὑποστῆ ὀστεοτομίαν.

Πιστεύομεν, ὅτι αἱ ὡς ἄνω ἐπιπλοκαὶ ὀφείλονται εἰς ἀγγειακὰς καὶ κυκλοφοριακὰς διαταραχὰς συνεπεῖα τῆς ἐγχειρητικῆς ἀνατάξεως τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου. Τὰ ἀποτελέσματα εἰς αὐτὰς τὰς περιπτώσεις εἶναι δυσμενῆ, τὰ ἰσχία δύσκαμπτα καὶ αἱ πιθανότητες ἐπελεύσεως ὀστεο-ἀρθριτικῶν φαινομένων εἰς τὸ μέλλον, μεγάλα.

3. Ἡ ὑποτροπὴ τοῦ ἐξάρθρηματος ἀποτελεῖ πλήρη ἀποτυχίαν τῆς ἀγωγῆς. Παρατηρήθη πέντε φορές μεταξὺ τῶν ἀσθενῶν μας. Ἡ πρῶτος θάδιαις μετὰ στηρίξεως ἐπὶ τοῦ πάσχοντος σκέλους εἶναι πιθανῶς ἐν ἓκ τῶν αἰτίων τῆς ἐπιπλοκῆς ταύτης.

Εἰς μίαν τῶν περιπτώσεων, τὸ ἐξάρθρημα ἐνεφανίσθη ἐν περίπτῳ ἔτος μετὰ τὴν ἀρθροπλαστικὴν. Ἄλλ' εἰς τὰς 4 ὑπολοίπους περιπτώσεις, παρατηρήθη πρῶτως, ὅτι τὰ κέντρα τῆς κεφαλῆς καὶ τῆς κοτύλης δὲν συνέπιπτον καὶ προσδευτικῶς ἐπῆλθε τὸ ἐξάρθρημα. Εἰς μίαν περίπτωσιν ἐπανελάβομεν διὰ δευτέραν φοράν τὴν κατὰ Colonna ἀρθροπλαστικὴν, ἐξ μῆνας μετὰ τὴν πρώτην. Καὶ ἤδη, μετὰ ἐξ μῆνας, ἡ ἀνάταξις διατηρεῖται καὶ ἡ κινήτικότης τοῦ ἰσχίου εἶναι ἱκανοποιητικὴ.

Δύο εἶναι — κατὰ τὴν γνώμην μας — τὰ κυριώτερα αἷτια ὑποτροπῆς τοῦ ἐξάρθρηματος: Ἡ ὑπερθολικὴ τιμὴ τῆς γωνίας συστροφῆς τοῦ αὐχένου — Anteversion — καὶ δὴ ἡ ἐκ τούτου δυσκολία διατηρήσεως τῆς ἀνατάξεως εἰς θέσιν μεγίστης ἔσω στροφῆς τοῦ σκέλους, καὶ ἡ ἀτελής ἐκκακὴ τῆς κοτύλης.

Ἐν τῷ συνόλῳ, 20 ἐκ τῶν 33 ἐπεμβάσεων εἶχον ἄριστα ἀποτελέσματα: Οὐδὲν ἄλλος, θάδιαις φυσιολογικὴ ἢ μὲ ἐλαφρὰν χωλότητα, κινήτικότης τοῦ ἰσχίου ἱκανοποιητικὴ, ἀλλ' ὄχι τελείως φυσιολογικὴ. Ἡ κάμψις ὑπερβαίνει τὰς 90°, ἡ ἀπαγωγὴ κυμαίνεται μεταξύ 20° καὶ 45°, ἡ δὲ ἔσω στροφή εἶναι περιορισμένη, ἰδίως ὁσάκις ἔχει γίνεαι ὀστεοτομία στροφῆς.

Ἐν συμπεράσματι, ἡ ἀρθροπλαστικὴ κατὰ Colonna δὲν πρέπει νὰ θε-

ωρηθῆ ὡς συνήθους χρήσεως ἀγωγή τοῦ συγγενοῦς ἐξαρθρώματος τοῦ ἰσχίου. Ἐάν — καθὼς πρέπει — ἡ πάθησις ἀναγνωρισθῆ κατὰ τοὺς πρώτους μῆνας ζωῆς, ἡ συνήθης συντηρητικὴ ἀγωγή ἀρκεῖ, καὶ ἡ ἀρθροπλαστικὴ καθίσταται ἄχρηστος. Δυστυχῶς ὅμως, ἐξακολουθοῦμεν νὰ ἀντιμετωπίζωμεν ἡγνοημένα ἢ παρημελημένα ἐξαρθρώματα. Δι' αὐτὰς τὰς περιπτώσεις, ἰδίως μεταξὺ 3 καὶ 8 ἐτῶν, ἡ κατὰ Colonna ἀρθροπλαστικὴ ἔχει σαφεῖς ἐνδείξεις. Ἡ ἐπέμβασις εἶναι ἰκανὴ νὰ ἀποκαταστήσῃ πλήρως ἐν ἰσχίον. Οὐχ' ἦττον ὅμως, παραμένει μία λεπτὴ ἐπέμβασις, ὅπου ἡ παραμικρὰ τεχνικὴ ἀτέλεια δύνανται νὰ διακινδυνεύσῃ τὸ ὄλον ἀποτέλεσμα.

S U M M A R Y

M. CARACOSTAS: The Colonna arthroplasty of the hip in C. D. H.

BEN. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ: Ἐπίδειξις τριῶν ἀσθενῶν μετὰ ἐξαίρεσιν τοῦ ἐνὸς τῶν ἠβοῖσσιακῶν κλάδων.

Οἱ ὄγκοι τῶν ἠβοῖσσιακῶν κλάδων δὲν εἶναι τόσοσπᾶνιοι, ὅσον ἐθεωροῦντο. Κατὰ τὴν τελευταίαν ὀκταετίαν εἶχομεν τὴν εὐκαιρίαν νὰ μελετήσωμεν 14 περιπτώσεις ὄγκων ἐξορμημένων ἐκ τινος τῶν ἠβοῖσσιακῶν κλάδων. Εἰς 8 ἐξ αὐτῶν, προέδθημεν εἰς ὀλοσχερῆ ἐξαίρεσιν τοῦ ὄγκου, μετὰ τοῦ ἐξ οὗ ἐξωρμηάτο ἠβοῖσσιακοῦ κλάδου. Κατὰ τὴν πρώτην ἐξαίρεσιν τοῦ ὄγκου, μετὰ τοῦ ἠβοῖσσιακοῦ κλάδου, εἶχομεν τὴν γνώμην ὅτι ὁ χειρουργηθεὶς δὲν θὰ ἠδύνατο νὰ βαδίξῃ στηριζόμενος ἐπὶ τοῦ ποδὸς τῆς χειρουργηθείσης πλευρᾶς, θὰ ἐβάδιζε δὲ μόνον τῆ βοήθεια βακτηριῶν μασχάλης.

Περιέργως, ὁ πρῶτος τῶν χειρουργηθέντων, μὴ ὑπακούων εἰς τὰς συμβουλὰς τῶν ἰατρῶν (!) ἠγέρθη καὶ ἐβάδιζεν ἱκανοποιητικῶς, 20ήμερον μετὰ τὴν ἐγχείρησιν. Γὰ αὐτὸ παρατηρήθη εἰς τοὺς ἐν συνεχείᾳ χειρουργηθέντας.

Ἐπ' εὐκαιρίᾳ, ἐπιδεικνύομεν τρεῖς χειρουργηθέντας ἀσθενεῖς, ὡς καὶ τὰς προεγχειρητικὰς καὶ τὰς μετεγχειρητικὰς ἀκτινογραφίας, βαδίζοντας ὡς φυσιολογικὰ ἄτομα.

Μελλοντικῶς, θέλομεν ἀπασχολῆσαι τὴν ἐταιρείαν ἐπὶ τῆς μελέτης τῶν ἱερολαγονίων ἀρθρώσεων τῶν ὑποστάντων ἐξαίρεσιν ἠβοῖσσιακοῦ κλάδου διότι, ὡς καὶ ἄλλοτε ἐτονίσαμεν, ἔχομεν τὴν γνώμην ὅτι θὰ ἐμφανίσουν ἐκφυλιστικὰς, ἐξ ὑπερφορτώσεως, ἀλλοιώσεις.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS, D. MOUROULIS: Three patients after a unilateral removal of the ischiopubic ramus due to malignant tumors have been shown.

BEN. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ: 'Επίδειξις περιπτώσεως οστεομαρμάρωσης μετά βαρείας άμφοτεροπλεύρου δευτεροπχθοῦς έκφυλιστικῆς άρθροπαθείας τῶν ἰσχίων καὶ διατροχαντηρίου κατάγματος χειρουργηθέντος.

Πρόκειται περὶ δικηγόρου ἐργαζομένου, λίαν παχυσάρκου, ἡλικίας 50 ἐτῶν, πάσχοντος ἐξ οστεομαρμάρωσης, βαρείας έκφυλιστικῆς άρθροπαθείας ἀμφοτέρων τῶν κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεων, μετὰ σχεδὸν πλήρους ἀγκυλώσεως τῶν ἰσχίων, ἐν τῷ αὐτῷ πλημμυλεῖ θέσει: κάμψως (30°), ὥστε ἡδύνατο νὰ ἐργάζεται, καθήμενος εἰς ὑψηλὸν κάθισμα. Ὁ ἀσθενής, ἐνῶν ἐβάδιζεν, μετὰ τὸ χαρακτηριστικὸν βάδισμα τῶν ἀσθενῶν, μετὰ πλήρους ἀγκυλώσεως τῶν ἰσχιῶν, καὶ μετὰ πτώσιν, ὑπέστη διατροχαντήριον κατάγμα.

Παρὰ τὰς γνωστὰς μεγάλας δυσκολίας οστεοσυνθέσεως κατάγματος ἐπὶ οστεομαρμάρωσης, ἐσκέφθημεν τὴν ἐγχειρητικὴν ἀντιμετώπισιν τοῦ κατάγματος τούτου, διὰ δύο κυρίως λόγους: 1) Ἐπρόκειτο περὶ λίαν παχυσάρκου ἀτόμου, πάσχοντος ἐκ χρονίας βρογχίτιδος καὶ ἐλαφροῦ ἐμφυσήματος, ὅστις λίαν δυσχερῶς, καὶ οὐχὶ ἄνευ κινδύνων, θὰ ἠνείχετο τὴν συντηρητικὴν θεραπευτικὴν ἀγωγὴν καὶ 2) ἡ πλημμυλεῖς ἐν κάμψει θέσις τῆς ἀγκυλωθείσης κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως διευκόλυνε τὸν ἀσθενῆ κατὰ τὴν βάδισιν καὶ τὴν ἐργασίαν του, ἐν καθεστηκυίᾳ θέσει. Ἵπῆρχε κίνδυνος κατὰ τὴν ἐφαρμογὴν συντηρητικῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς, νὰ ἐπέλθῃ πύρωσις τοῦ κατάγματος εἰς τῷ αὐτῷ θέσιν, ὥστε νὰ ἀντισταθμισθῇ ἡ ἐν ἐλαφρᾷ κάμψει ἀγκύλωσις τοῦ ἰσχίου καὶ ἐπομένως, νὰ δυσχεραίνηται ἡ βάδισις καὶ ἡ κάθισις τοῦ ἀσθενοῦς.

Ἡ ἐγχειρήσις ὑπῆρξεν ἐργώδης καὶ δυσχερεστάτη, ἐπετεύχθη δὲ ἡ χρησιμοποίησις ὡς ὑλικοῦ οστεοσυνθέσεως, ἡλοῦ τύπου Rusch, δυσχερέστατα ἐνσφηνωθέντος, λόγῳ μὴ ὑπάρξεως μυελικοῦ αὐλοῦ, καὶ δύο κοχλιωτῶν ἡλων, εὐχερέστερον κοχλιωθέντων.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS and D. MOUROULIS: Report of one case of osteopetrosis with severe bilateral degenerative arthritis of the hip and transstrochanteric fracture which was operated.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 26ης ΜΑΪΟΥ 1965

R. F. WARREN: Καθηγητῆς Ὀρθοπεδικῆς N. Y. State University. Ἡ κατὰ Warren μέθοδος Ἀρθροδεσίας τοῦ ἰσχίου, μετὰ προβολῆς κινηματογραφικῆς ταινίας.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον).

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 30ης ΙΟΥΝΙΟΥ 1965

Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Ε Ι Σ

ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ — ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΠΑΠΑ-
ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Ἀντιμετώπισις ἐπιπλεγμένων καταγμάτων.
(Ἐδημοσιεύθη εἰς Ὁρθ. Χρον. Ἀσκλ. Βούλας Τ. 1965 σελ. 103).

ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΑΤΣΟΥΚΑΣ: «Πρωτότυποι παρατηρήσεις ἐπὶ τῆς αἰτιολογίας
καὶ παθογενείας τοῦ Σ. Ε. Ι. (Λειτουργικαὶ διαταραχαὶ τοῦ θυρεοειδοῦς ἀδένους τῆς μη-
τρὸς καὶ Σ. Ε. Ι τοῦ βρέφους).
(Πρόδρομος ἀνακοινώσεως)

Τὸ τόσον γνωστὸν εἰς ὄλους ἡμᾶς Σ.Ε.Ι., ἐκτὸς τῶν θεραπευτικῶν του
προβλημάτων, τὰ ὅποια θέτει καθημερινῶς καὶ τὰ ὅποια, ὡς εἶναι φυσικόν,
ἀπορροφοῦν κυρίως τὸ μεγαλύτερον μέρος τῆς προσοχῆς, διαθέτει καὶ μίαν ἄλ-
λην πλευρὰν ἀθέατον καὶ αἰνιγματικὴν. Εἶναι ἡ πλευρὰ τῆς αἰτιολογίας του.

Ἐπιτρέφατέ μου μίαν συνοπτικὴν ἀναπόλησιν ὄλων τῶν ὑπὸ συζήτησιν
σήμερον θεωρητικῶν δοξασιῶν.

Ἡ ἑτερογένεια καὶ ἡ ἀνάμιξις τῶν παραγόντων εἰς τὴν ἐξήγησιν τῆς
αἰτιολογίας τοῦ Σ.Ε.Ι., ὑπενθυμίζει ὀλίγον τὸ φλέγον αἰτιολογικὸν πρόβλημα
τῶν κακοήθων νεοπλασιῶν. Ἀκατανίκητον γοητεία φαίνεται νὰ ἔξασκῆ εἰς
τὰς Ἀμερικανικὰς ἰδίαι σχολὰς καὶ εἰς τὴν Κεντρικὴν Εὐρώπην, ἡ Γ ε ν ε -
τ ι κ ῆ θεωρία, ὑπὸ τῶν ἔννοιαν δύο, διαφοροτρόπως δρώντων μηχανισμῶν:
ἀφ' ἑνὸς διὰ τοῦ μηχανισμοῦ τῆς κοτυλικῆς δυσπλασίας, διεπομένης ὑπὸ μιᾶς
πολυδυναμικῆς (Multifactorial) κληρονομικότητος, ἀφ' ἑτέρου τῆς καθο-
λικῆς ἀρθρικῆς χαλαρότητος, ἐξαρτωμένης ὑπὸ ἑνὸς ἐπικρατητικοῦ μετηλ-
λαγμένου γόνου, χαμηλῆς ταχύτητος ἐκδηλώσεως.

Ἀξιόλογον προπύργιον τῆς γενετικῆς θεωρίας ἀποτελεῖ ἡ ὠραία ἐργα-
σία τοῦ Indelberger, ὁ ὅποιος, ἐπὶ μεγάλῃς σειρᾷ διδύμων, ἐκ τῆς Νοτίου
Γερμανίας, τόσον διωογενῶν ὅσον καὶ μονοογενῶν, ἐνεῦρεν ἐπὶ τῶν δευτέ-

ρων, δηλαδή τῶν ἐχόντων ταυτόσημον πατρικὴν κληρονομικὴν κατάφυσιν, 10πλασίαν ἐπίπτωσιν Σ.Ε.Ι.

Ἐπειδὴ ὁμοῦς ἡ ἐμφάνισις ἐξαρθρήματος ἐπὶ τῶν μονογενῶν διδύμων δὲν ἦτο καθολικὴ, ἀφορῶσα ἕλας τὰς περιπτώσεις, οἱ θεωρητικοὶ τοῦ ἐξαρθρήματος ἐπεκαλέσθησαν τὴν κατὰ συνέργειαν ἐπίδρασιν παραγόντων περιβάλλοντος, τοὺς ὁποίους διήρεσαν εἰς προνεογενικοὺς (ἀνώμαλος ἰσχυακὴ προβολή) καὶ μετανεογενικοὺς (φάσκιωμα: δυνητικὸν στοιχεῖον ἐξηγήσεως τῶν ὑψηλοτέρων ἀναλογιῶν ἐξαρθρήματος εἰς τοὺς Λάπωνας καὶ τινὰς φυλάς Ἀμερικανῶν Ἰνδιάνων, ἢ ἀντιστρόφως, ἰδιάζων τύπος μεταφορᾶς τῶν θρεφῶν εἰς ομάδας τροπικῶν χωρῶν, ἔνθα χαμηλότερος δείκτης ἐξαρθρήματος, δι' αὐτομάτου ἰάσεως ποσοστοῦ τινὸς ὑπεξαρθρημάτων).

Ἐξ ἄλλου, τόσον ἡ Ἀγγλικὴ ὅσον καὶ ἡ Σκανδιναυικὴ Σχολή, φαίνεται νὰ ἐντυπωσιάζεται περισσότερο ὑπὸ τῆς ὁρμονικῆς θεωρίας, εἰς τρόπον ὥστε νὰ θεωροῦν ὡς πρωταρχικὸν παθογενετικὸν ἔναυσμα, τὴν ἀρθρικὴν χαλαρότητα τοῦ ἰσχίου. Ἡ συνεκτικὴ αὕτη ἀστάθεια θεωρεῖται ὡς ὑπερβολικὴ ἀντίδρασις τοῦ ἰσχίου εἰς τὴν ὑπερέκκρισιν μητρικῶν γεννητικῶν ὁρμονῶν (οἰστογόνων καὶ προγεστερόνης, μὲ πιθανὴν συμμετοχὴν, ἐπὶ ὑπερπαραγωγῆς τῶν ἀνωτέρω, τῆς ρελαξίνης, ἡ ὁποία εὐθύνεται καὶ διὰ τὴν πυελικὴν συνδεσμικὴν ἀστάθειαν τῆς ἐγκύου).

Τὴν δὲ δυσπλασίαν θεωροῦν ὡς δευτεροπαθὲς φαινόμενον, ἐξηγούμενον ἐκ τῆς ἐκτροπῆς τῶν λειτουργικῶν ἀξόνων τοῦ ἰσχίου, ἐξ ἧς εὐνοεῖται ἡ προσθία κλίσις τοῦ αὐχένος καὶ ἡ καθυστέρησις τοῦ δευτερογενοῦς πυρῆνος τῆς κοτύλης.

Ἐχω τὴν γνώμην, ὅτι ἐκάστη ἐκ τῶν ἀνωτέρω δοξασιῶν κεχωρισμένη, ἀπέχει πολὺ ἀπὸ τοῦ νὰ ἱκανοποιῇ τὸ Ὀρθοπεδικὸν πνεῦμα, ἐνῶ, τούναντίον, ἡ ἐπίκλησις ὅλων τῶν ἀνωτέρω παραγόντων, πρὸς ἀλληλοσυμπλήρωσιν μεταξὺ των, ἐπιτείνει περισσότερο τὴν δυσπιστίαν.

Ἀνήκων προσωπικῶς εἰς τοὺς θιασώτας τῆς ὁρμονικῆς θεωρίας, διαφωνῶ μὲ τὰς μέχρι σήμερον ὁρμονικὰς ἐρμηνείας: Ἴον διότι εἰς τὰς ἡμέτερας μετρήσεις ἐπὶ μητέρων, ἀνεῦρον ὅτι αἱ ἐν λόγῳ μητέρες, ὅχι μόνον δὲν εἶναι πλεοναστικαὶ εἰς γεννητικὰς ὁρμόνας, ἀλλὰ τούναντίον, εἶναι χρεωστικαὶ ἔναντι τοῦ θρέφους των. Πρόκειται περὶ μητέρων μὲ σαφῆ ὑποθυλακιναιμικὸν τύπον, καὶ 2ον, διότι μοῦ φαίνεται δύσκολον νὰ ἐξηγήσω μίαν μεγίστην ποικίλιαν ἐξαρθρημάτων, διαφόρου βαρύτητος, διὰ μίαν, παροδικῆς ἄλλωστε, ἀρθρικῆς ἢ συνδεσμικῆς χαλαρότητος τοῦ ἰσχίου.

Τόσον τὸ Σ.Ε.Ι., ὅσον καὶ τὰ λοιπὰ ἐξαρθρήματα, ὡς ἐπὶ μυατογίας, Congenita (νόσον τοῦ Oppenheim), πολιομυελίτιδος, σπαστικῆς παραπληγίας, ἀρθρογρυπώσεως κ. ἄ., συναντῶνται εἰς ἓν κοινὸν σημεῖον: εἰς τοὺς γλουτιαίους μῦς.

ΙΑΠΑ-

. 103).

ολογίας
τῆς μη-ὸν του
ισικόν,
αν ἄλ-
ις του.
ἦτησινιν τῆς
βλημα
κῆ εἰς
ε ν ε-
σμῶν:
ὀ μίαν
καθο-
μετηλ-ἐργα-
Νοτίου
δευτέ-

Αί επόμεναι παρατηρήσεις μου, αποτελοῦν απόπειραν ἀναθεωρήσεως τῶν μηχανισμῶν τῆς ὁρμονικῆς θεωρίας.

Ἀπὸ Τετίας ἀσκά τὴν Ὁρθοπεδικὴν εἰς τὸ Ἡράκλειον Κρήτης. Εἰς τὴν Μεγαλόνησον, ἡ ὁποία ἀποτελεῖ μίαν τῶν μεγαλυτέρων δεξαμενῶν τοῦ Σ.Ε.Ι., μοῦ ἐδόθη ἡ εὐκαιρία τόσον τῆς πειραματικῆς μελέτης, ὅσον καὶ τῆς κλινικῆς καὶ ἐργαστηριακῆς ἐρεύνης, ἐπὶ οἰκογενειῶν συγγενοῦς ἐξαρθρήματος.

Ἡ πειραματικὴ μελέτη συνίσταται εἰς τὴν ἐπιδίωξιν ἀναπαραγωγῆς εἰκόνας ἐξαρθρήματος, ἐπὶ σειρᾶς πειραματοζώων καὶ δὴ κυνῶν, δι' ἐφαρμογῆς ὁρμονικῆς ἀγωγῆς, καὶ συγκεκριμένως, γυναικείων γεννητικῶν ὁρμονῶν, τόσον ἐπὶ μητέρων (κατὰ τὸ δεύτερον ἥμισυ τῆς κύσεως: 1η ὁμάς), ὅσον καὶ ἐπὶ τῶν νεογενήτων, ἀπὸ τῶν πρώτων ὥρῶν τῆς ἐξωμητρίου ζωῆς: (2α ὁμάς). Ἐκ τῶν πειραματικῶν αὐτῶν ἐγχειρημάτων, ἔχω τὴν ἐντύπωσιν, ὅτι ἡ περίφημος ἀρθρική ἀστάθεια (προεξάρθρημα τῶν Ἄγγλων), ἐπετεύχθη ἐπαρκῶς ἐπὶ δύο θηλέων ἀδελφῶν, ἐκ τοῦ τρίτου κυνὸς τῆς 2ας ὁμάδος.

Αὕτη ἐνεφανίσθη τὴν 7ην ἡμέραν τῆς μετὰ τόκον ζωῆς, κατόπιν καθημερινῆς χορηγίας μικρῶν δόσεων ($1/8$ τοῦ δισκίου Lyndiol τῆς Organon), ἰσοδυναμεῖ δὲ ἀκτινογραφικῶς, μὲ ἐν ἀτραυματικὸν συγ. ὑπεξάρθρημα.

Ὁ ἀπολογισμὸς τοῦ πειραματικοῦ μέρους αὐτῆς τῆς ἐργασίας, οὐδὲν τὸ νέον προσφέρει. Ἐχω τὴν γνώμην ὅτι, ὅσα ὑπεξάρθρηματα ἢ ἐξαρθρήματα καὶ ἂν ἀναπαραχθοῦν εἰς πειραματόζωα, ἢ ἀποκρυπτογράφησις τῆς αἰτιολογίας τοῦ ἀνθρωπίνου ἐξαρθρήματος, θὰ ἐξακολουθῆ νὰ παραμένῃ πρόβλημα.

Τὸ δεύτερον σκέλος αὐτῆς τῆς ἐργασίας —τὸ καὶ σπουδαιότερον— ἀφορᾷ τὴν μελέτην 100 μητέρων, τῶν ὁποίων ἐν ἡ πλείονα τέκνα φέρουν Σ.Ε.Ι.

Ἡ κατάρτισις αὐτῆς τῆς συλλογῆς ἀφετηριοῦται ἀπὸ τὴν ἐξῆς προσωπικὴν παρατήρησιν, ἡ ὁποία πράγματι ὑπῆρξε προκλητικὴ. Παρατήρησα ὅτι, τὰ πλείστα ἐκ τῶν θηλέων μελῶν τῶν οἰκογενειῶν Σ.Ε.Ι., κλιμακούμενα πολ- λάκις εἰς τρεῖς γενεάς (μάμιμη, θυγάτηρ, ἐγγονή), εἶναι κυριολεκτικῶς κατὰφορτα, ἀπὸ λειτουργικᾶς διαταραχᾶς τοῦ θυρεοειδοῦς ἀδένοϋς.

Εἰς τὴν ὁμάδα αὐτῆν μητέρων, ἡ ἐμφάνισις θρογχοκῆλης ἀνέρχεται εἰς ποσοστὸν 80%. Ἐκ τῶν 80 αὐτῶν μητέρων, ποσοστὸν 35%, τόσον κλινικῶς, ὅσον καὶ ἐργαστηριακῶς, εἶναι ὑποθυρεοειδικαί, ποσοστὸν 10% ὑπερθυρεοειδικαί, ἐνῶ τὸ 55% κεῖται εἰς τὰ μεθόρια εὐθυρεοειδισμού καὶ ὑποθυρεοειδισμού, ἡ δὲ θρογχοκῆλη ἀντιπροσωπεύεται, εἰς συντριπτικὴν πλειοψηφίαν, διὰ τῶν καλοήθων μορφῶν τῆς ἀπλῆς μὴ τοξικῆς δζώδους θρογχοκῆλης καὶ τῆς κολλοειδοῦς τοιαύτης. Ἡ ἔρευνα μεγάλου ἀριθμοῦ περιπτώσεων ἐγένετο εἰς Ἐνδοκρινολογικὰ Κέντρα τῶν Ἀθηνῶν. Αὕτη ἡ παρατήρησις—πειρασμός, μοῦ ἐνέβαλε τὴν περιέργειαν νὰ ἐξακριβώσω ἐὰν πρόκειται πρᾶγματι περὶ αἰτιολογικῆς συναρτήσεως αὐτῶν τῶν δύο νοσολογικῶν γεγονότων ἢ πρόκειται περὶ τυχαίας καὶ συμπτωματικῆς χωροταξικῆς παραλληλίας.

Κατήρησα ένα χάρτην και έμετέλητα άλλας 100 μητέρας, εκ των ιδίων βρογχοκηλογόνων περιοχών, των οποίων τὰ τέκνα φέρουν άλλας συγγενείς Ὀρθοπεδικὰς παθήσεις. Εἰς αὐτὴν τὴν δευτέραν ἀντιπαραβολικὴν ομάδα μητέρων, ἡ παρουσία βρογχοκήλης ἀνέρχεται εἰς ποσοστὸν 15% (ἦτοι ποσοστὸν ὑποεξαπλάσιον τοῦ τῆς πρώτης ομάδος).

Ἡδὴ κατέχω μίαν ἐνδειξιν ὅτι, ἡ συνύπαρξις καὶ ἡ διαπλοκὴ τοῦ δυσθυροειδισμού τῆς μητρὸς μετὰ τοῦ ἐξαρθρήματος τοῦ τέκνου τῆς, δὲν φαίνεται νὰ εἶναι τυχαῖον γεγονός. Εἰς τὴν Εὐρώπῃν ἡ βρογχοκήλη ἐνδημεῖ ἐπὶ τῶν κατωκημένων περιοχῶν τῶν μεγάλων ὄρεινῶν συγκροτημάτων ("Ἄνδεις — Ἀλπεις — Πυρργαῖα). Εἰς τὴν Ἑλλάδα, αἱ ζῶναι βρογχοκηλοπαθείας καταλαμβάνουν ἐλόκληρον τὴν ὄρσειαν τῆς Πίνδου, τὴν ὄρεινὴν πλειοψηφίαν τῆς Κρήτης καὶ περιοχὰς τῆς Πελοποννήσου (Νομοὶ Ἠλείας — Ἀρκαδίας).

Ἰδιαιτέρον ἐνδιαφέρον θὰ ἐνεῖχεν ἐπίσης, πρὸς ἀπόδειξιν τῆς συσχετίσεως τῶν δύο αὐτῶν νοσολογικῶν στοιχείων, ἡ κατὰ μεγάλας χρονικὰς περιόδους π.χ. δεκαετίας, μελέτη τῆς καμπύλης συχνότητος τοῦ ἐξαρθρήματος εἰς τὰς βρογχοκηλογόνους περιοχὰς. Κατὰ τὸν Α' παγκόσμιον πόλεμον λ.χ. εἰς νεοσυλλέτους Ἑλβετοὺς, ἡ βρογχοκήλη ἀνέρχεται εἰς ποσοστὸν 30%. Σήμερον εἰς τὴν Ἑλβετίαν μετὰ τὴν ὑποχρεωτικὴν ἰωδίωσιν τοῦ ὕδατος, αὕτη τελεῖ νὰ ἐκλείψῃ.

Ἐὰν ἡ παρατήρησις αὕτη ἐπαληθευθῇ εἰς ὅλας τὰς περιοχὰς τοῦ ἐξαρθρήματος, αἱ πλεῖστα τῶν ὁποίων κατὰ περίεργον συγκυρίαν, εἶναι καὶ περιοχαὶ βρογχοκηλοπαθείας — τόσον εἰς Ἑλληνικὴν ὅσον Εὐρωπαϊκὴν κλίμακα — τότε ἡ ἀπρόοπτος αὕτη παρατήρησις, ἀποτελεῖ ἴσως τὸν θεμέλιον λίθον μιᾶς νέας θεωρίας διὰ τὴν αἰτιολογικὴν ἐρμηνείαν τοῦ Σ.Ε.Ι.

Δὲν ἰσχυρίζομαι ὅτι αἱ παρατηρήσεις μου αὐταὶ λύουν τὸ δύσλυτον αἰτιολογικὸν πρόβλημα τοῦ Σ.Ε.Ι., πιστεύω ὅμως μετὰ θετικότητος, ὅτι ρίπτουν νέον φῶς εἰς τὸ ὅλον πρόβλημα, τὸ ὅποιον εἶναι περισσότερο δύσκολον, παρ' ὅτι ἐκ πρώτης ὄψεως δύναται νὰ θεωρηθῇ. Διανοίγουν ὅπῃ παρακολουθήσεως ἐνὸς πολυπλόκου ὁρμονικοῦ μηχανισμοῦ, ὃ ὅποῖος πιθανώτατα, διέπει τὴν γένεσιν τοῦ Σ.Ε.Ι. Ἰσχυρίζομαι, ὅτι τὸ Σ.Ε.Ι., ὅπωςδήποτε ὁρμονοκρατεῖται καὶ ὅτι τοῦτο ἀποτελεῖ τὸ Ὀρθοπεδικὸν ἰσοδύναμον βαθείας ἐνδοκρινικῆς ἀνωμαλίας, κατὰ μηχανισμόν, τὸν ὅποιον θὰ ἐκθέσω περαιτέρω.

Πιθανώτατα, τὸ θαυότερον μυστικὸν τοῦ Σ.Ε.Ι. νὰ ὑποκρύπτεται ἐντὸς τοῦ ἐνδοκρινικοῦ ἄξονος ὑποθάλαμος-ὑπόφυσις-ἠσθηχαι μὲ κύριον πρωτεργάτην εἰς τὸν παθογενετικὸν μηχανισμόν, τὸν σπουδαιότερον καταβολίτην τοῦ ἀνθρώπινου ὀργανισμοῦ: τὸν θυροσειδῆ ἀδένα. Δὲν εἶναι διόλου ἀπίθανον τὸ Σ.Ε.Ι. νὰ εἶναι παράγωγον μιᾶς ἄλλης δυσπλασίας: τῆς δυσθυροσειδοπαθείας.

Τὸ ἡμέτερον ὕλικὸν ἐκτῶν 100 μητέρων, ὑπὸ οἵανδήποτε γωνίαν ἐξεταζόμενον, προδίδει τὴν ὑπαρξιν ὁρμονικῆς ὑποδομῆς: βρογχοκήλη, τεταρα-

γυμένος υποθάλαμος, εξόφθαλμος, υπερτρίχωση, κατά κανόνα βεβαρυμένον γεννητικόν μητρώον (βψιμος έμμηναρχή, διαταραχαι του ρυθμου και του ποσου της έμμήνου ρύσεως — άραιολιγομηνορροια — εις το 1/10 των περιπτώσεων προηγείται αυτόματος έκβολή και εις ποσοστόν 8% έγένετο παρατεταμένη άγωγή συγκρατήσεως της κυήσεως διά Progesterone. Η 1η και η 64η περιπτώσεις, άφορουν δύο μητέρας, εις τας όποιάς προηγείται της γεννήσεως του έξαρθρηματικού τέκνου, θυρεοειδεκτομή. Δύο δε μητέρες, αι όποιαι συνήψαν δύο γάμους, απέκτησαν έξ ένός έκάστου τέκνα με Σ.Ε.Ι. Το τελευταίον τουτο δεδομένον, αν μή τι άλλο, άποτελει τοδλάχιστον, προσεισμικήν δόνησιν διά την γενετικήν θεωρίαν.

Κύριοι,

Είμαι ταπεινή προσωπική μου γνώμη, ότι η μήτηρ του βρέφους με Σ.Ε.Ι., άντιπροσωπεύουσα ένα μεταιχμιακόν υποθυρεοειδικόν τύπον γυναικός, κατά το δεύτερον ήμισυ κυρίως της κυήσεως, έξωθει τον έμβρυϊκόν θυρεοειδη άδένα εις υπερλειτουργίαν, προς ίσοσκέλισιν του θερμογονικού της έλλείμματος, με αποτέλεσμα, την άλλοτε άλλου βαθμού, επίδρασιν των έμβρυϊκών θυρεοειδικών όρμονών επί της όστεογενέσεως και του νευρομυϊκού συστήματος του βρέφους. Δέν είναι διόλου άπίθανον το έξάρθημα να παριστά το μόνιμον κατάλοιπον μιας παροδικής θυρεοτοξικής μωσθενείας, την όποιαν διέρχεται το βρέφος και η όποία διά του χρόνου ανατάσσεται άφ' έαυτής. Η διαβάθμισις δε του έξαρθήματος, εις τρόπον ώστε να έξατομικεύεται επί έκάστου έξαρθήματος ο τρόπος θεραπευτικής άγωγής — από της άπλης άρθρικής χαλαρότητος μέχρι της βαρείας διαταραχής όλων των συνιστώντων την άρθρωσιν στοιχείων, να έξεικονίζη τον διάφορον βαθμόν της έξωμητρίου έμβρυϊκής θυρεοειδικής υπερλειτουργίας.

Εάν η θεωρητική αύτη έκδοχή, εύρη διά του χρόνου δικαίωσιν, τότε δυνάμεθα να είπωμεν, ότι έρμηνεύονται όλαι αι ιδιοτροπίαι του Σ.Ε.Ι. διάφορος επίπτωσις εις τὰ δύο φύλα, κληρονομικότης, σπανιότης ύπάρξεως εις τὰ ζώα, γεωγραφική κατανομή, βαρυτέρα πρόγνωσις εις τὰ άρρενα, κυρίως δε κηρύσσεται άθώα, η τόσοσν βεβαρυμένη συντηρητική άγωγή διά την έμφάνισιν της δήθεν επιπλοκής της όστεοχονδρίτιδος.

Φρονώ ότι η όστεοχονδρίτις, δέν άποτελει επιπλοκήν του Σ.Ε.Ι., αλλά παριστά όψιμώτερον σύμπτωμα ένός βαρέως Σ.Ε.Ι. Την φέρει το έξάρθημα εις το αίμα του και είναι καταβολικόν όστικόν προϊόν βλάβης, έξ ου και η ευνοϊκή επίδρασις επ' αυτών των έν χρήσει σήμεραν αναβολικών.

S U M M A R Y

J. MATSOUCAS: Observations on the aetiology of C.D.H. (Functional disorders of the thyroid gland of mother and C.D.H. of the infant). (Preliminary report).

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΑΠΗΣ: Ἀμφοτερόπλευρος Ουλακεκτομή γόνατος.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον)

ΒΕΝ. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: Περίπτωσης προπτώσεως πηκτοειδοῦς πυρήνος χειρουργηθείσης, ἐπὶ ἐφήβου ἡλικίας 14 ἐτῶν.

Ἡ ὀρθ/κὴ Κλινικὴ τοῦ Γεν. Κρατ. Ν/μείου Ἀθηνῶν ἔχει τὴν τιμὴν γὰρ παρουσιάσει περίπτωσιν ἀσθενοῦς ἡλικίας 14 ἐτῶν — ἄρρενος — νοσηλευθέντος καὶ χειρουργηθέντος ἐν τῇ Κλινικῇ καὶ πάσχοντος ἐκ προπτώσεως πηκτοειδοῦς πυρήνος.

Ὁ ἀσθενὴς ἀναφέρει ὅτι μετὰ τραυματισμὸν — πτώσις ἐκ θαμνίδος κλίμακος ἐπὶ τοὺς γλουτοὺς — ἠσθάνθη ἔντονον ἄλγος εἰς τὴν ὀσφύν, μὲ ἀντανάκλασιν πρὸς τὸ δεξιὸν σκέλος.

Ἐπὶ τρίμηνον ὑπεδλήθη εἰς συντηρητικὴν ἀγωγὴν ἀνευ ἀποτελέσματος.

Κατὰ τὴν εἰσαγωγὴν τοῦ 7.2.65 παρ' ἡμῖν ἐμφανίζει ἀνταλγικὴν σχολίωσιν μὲ τὸ κυρτὸν δεξιὰ.

Lasague θετικὸν δεξιὰ εἰς τὰς 20°

» ἀριστερὰ εἰς τὰς 30°

Τενόντια ἀντανάκλαστικά κάτω ἄκρων κατὰ φύσιν. Κοιλίας, κρεμαστήρος φυσιολογικά.

Ἐκ τῶν ἐργαστηριακῶν μικροβιολογικῶν καὶ ἀκτινογραφικῶν ἐξετάσεων οὐδέν. Ἐγκεφαλονωτιαίον ὑγρὸν φυσιολογικόν.

3.3.65. Παρὰ τὴν μακροχρόνιον συντηρητικὴν ἀγωγὴν οὐδεμία βελτίωσις παρατηρεῖται.

5.3.65. Νευρολογικὴ ἐξέταση: (κ. Δημόπουλος). Διάγνωσις: Πίεσις τῆς ἱερᾶς ρίζης, λόγῳ προπτώσεως πηκτοειδοῦς πυρήνος. Συνιστᾶται ἐγχείρησις.

11.3.65. Ἐ γ χ ε ἰ ρ η σ ι ς. Τυπικὴ εἰκὼν προβολῆς πηκτοειδοῦς πυρήνος μεταξὺ Ο-Ι σπονδύλου καὶ πίεσεως τῆς ἱερᾶς ρίζης. Μετεγχειρητικὴ πο-

ρεία όμαλή, τά άλγη έξηφανίσθησαν. Μετά 18 ήμέρας ό άσθενής έξέρχεται φέρων όρθοπεδικήν ζώνην όσφύος.

Τήν περίπτωσιν επιδεικνύομεν λόγω σπανιότητας.

Ό καθ. Γαροφαλίδης, μετά τοῦ πρώτου έξ ήμῶν επέδειξεν εις τήν Όρθοκήν Έταιρείαν παρομοίαν περίπτωσιν, αλλά επί θήλεος ήλικίας 16 έτων, πασχούσης επίσης εκ προπτώσεως πηκτοειδοῦς πυρήνος συνεπεία κακώσεως (πτώσις έξ ύψους 3 μέτρων επί τῶν γλουτῶν) καί χειρουργηθείσης όμοίως επιτυχῶς.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS, D. MOUROULIS and CH, SIAPKARAS. A patient aged 14 with slipped disc treated surgically is reported.

Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Ε Ι Σ

Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Φ. ΣΠΙΝΘΟΥΡΑΚΗΣ, Ι. ΚΟΥΚΟΥΡΑΚΗΣ: 'Επιμιάς περιπτώσεως Νόσου του Hurler.

Ἡ ὑπὸ τὸ ὄνομα Νόσος τοῦ Hurler, πάθησις, περιεγράφη τὸ πρῶτον 1917 ὑπὸ τοῦ C. Hunter. Δύο ἔτη ἀργότερα ἡ Γερτρούδη Hurler περιέγραψε λεπτομερῶς τὴν πλήρη συμπτωματολογίαν τῆς νόσου, τονίζουσα ἰδιαίτερώς τὴν θολερότητα τοῦ κερατοειδοῦς καὶ τὴν διανοτικὴν καθυστέρησιν.

Ἡ νόσος ἔκτοτε φέρει τὸ ὄνομά της. Κατὰ τὸ διαρρεῦσαν διάστημα ἐδημασιεύθησαν ἀρκετὰ ἔργασια εἰς τὴν διεθνή βιβλιογραφίαν καὶ ὑπὸ ποικίλων τίτλων, τοὺς ὁποίους κατωτέρω ἀναφέρομεν πρὸς ἐνημέρωσιν:

- 1) Πολοδυστροφία τοῦ Hurler.
- 2) Νόσος τοῦ Hurler.
- 3) Νόσος τῶν Hunter - Hurler - Pfaundler.
- 4) Γκαργκούλισμός τοῦ Ellis (Gargoylsme d' Ellis).
- 5) Πολλαπλὴ δυσόστωσις (Dysostosis Multiplex).
- 6) Λιποχονδροδυστροφία (Lipocondrodystrophie).
- 7) Δυσοστικὴ Ἰδιωτεία (Idiotic Dysostosis).
- 8) Οἰκογενὴς δυσοστικὸς νανισμὸς (Nanisme Familial Dysostosis).
- 9) Χονδρο - Οστεοδυστροφία τύπου Hurler.

Ἡ νόσος αὕτη εἶναι σπανία. Εἰς ἄρθρον τοῦ 1953 (4) ἀναφέρονται 130 γνωστὰ περιπτώσεις δημσιευθεῖσαι εἰς τὴν διεθνή βιβλιογραφίαν. Ἐκ τῆς Ἑλληνικῆς βιβλιογραφίας εἶναι γνωστὰ τρεῖς περιπτώσεις τῶν Κωνσταντινίδη - Νινοῦ, τῶν Σπυροπούλου - Μπέζου - Λιονάκη (5, 6) καὶ τοῦ Γκαρκούλα (7).

Ἡ νόσος εἶναι συγγενὴς προσβάλλουσα ἐξ ἴσου τὰ δύο φύλα. Ἐπιδεινοῦται μὲ τὴν πάροδον τῆς ἡλικίας. Τὰ φέροντα τὴν νόσον ἄτομα ἀποθνήσκουν κατὰ τὸ τέλος τῆς παιδικῆς ἡλικίας. Ἀναφέρονται ὁμοίως καὶ περιπτώσεις ὅπου πάσχοντες ἐκ τῆς νόσου τοῦ Hurler ἔφθασαν εἰς μεγάλην ἡλικίαν. Δυνατὸν περισσότερα τοῦ ἐνὸς τέκνα τῆς αὐτῆς οἰκογενείας νὰ φέρουν τὴν νόσον καὶ νὰ προέρχωνται ἀπὸ φυσιολογικοὺς γονεῖς.

Ἀπὸ ἀπόφεις συμπτωμάτων περιγράφονται περιπτώσεις ὅπου διὰ τὰ συστήματα παρουσιάζουν παθολογικὰς ἐκδηλώσεις. Ὑπάρχουν ἕως περιπτώσεις μὲ ὀλιγώτερον ἔντονα ἢ ὀλιγώτερον ἐκτεταμένα συμπτώματα.

Ἐκ τῶν κυριαρχούντων συμπτωμάτων εἶναι ἡ προπέτεια τοῦ μετώπου, ἡ ἀποπλάτυνσις τῆς ρινός, ἡ ἐμβύθισις τῶν ὀφθαλμῶν καὶ ἡ διόγκωσις τῶν χειλέων. Τὰ συμπτώματα αὐτὰ ἐν τῇ συνόλῳ καὶ ἐπικουρούμενα ὑπὸ ἀπλανοῦς βλέμματος τῶν ἀσθενῶν καὶ τῆς διανοητικῆς καθυστερήσεως προσδίδουν εἰς αὐτὸν ἔψιν ζωώδη καὶ χαρακτηριστικὴν τὴν ὁποίαν ὁ Ellis προσωμοίασε πρὸς τὰς ὑδρορροὰς τῶν μεσαιωνικῶν πύργων τὰς καλουμένας Garguilles, ἐξ αὐτοῦ ἐπεκράτησε καὶ ἡ ὀνομασία Gargoylisme.

Ἡ περίπτωσις μὰς εἶναι ἀρκετὰ χαρακτηριστικὴ. Ἴδου τὸ ἱστορικὸν τοῦ ἀσθενοῦς.

Ἀσθενὴς Πέτρος Β., ἔτων 16, ἀριθ. Μητρ. 135.892, ἐκ Θεσσαλονίκης. Εἰσηλθεν εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Γεν. Νοσοκομείου Πειραιῶς τὴν 24.1.1963.

Ἡ συνεργασία μετὰ τοῦ ἀσθενοῦς εἶναι ἀδύνατος λόγῳ τῆς πνευματικῆς καθυστερήσεως, ἀδυναμίας πρὸς ὀμιλίαν καὶ θαρυκοῦτας.

Στοιχεῖα ἐκ τοῦ ἱστορικοῦ του πληροφоруόμεθα ἐκ συγγενοῦς του, μὴ δυνηθέντες γὰ ἔλθωμεν εἰς ἐπαφὴν μετὰ τῆς οἰκογενείας του. Ὁ ἀσθενὴς ἐγεννήθη εἰς τοὺς ἀγροὺς ἄνευ βοήθειας ἰατροῦ ἢ μαῖας. Εἴκοσιν ἡμέρας μετὰ τὴν γέννησιν παρετήρησαν ὑψηλὴν πυρετικὴν κίνησιν διαρκείας ἐνὸς ἔτους, μετὰ διογκώσεως τῶν τραχηλικῶν καὶ βουβωνικῶν ἀδένων, ἀπότομον αὔξησιν θάρους εἰς ἡλικίαν 6 μηνῶν παρὰ τὴν πυρετικὴν κίνησιν. Βάδισις εἰς ἡλικίαν 4 ἐτῶν. Ἀρχὴ εἶδους τινὸς ὀμίλιας εἰς ἡλικίαν 7 ἐτῶν. Οὐδὲν ἕτερον μέλος τῆς οἰκογενείας φέρει ἀνάλογον πάθησιν.

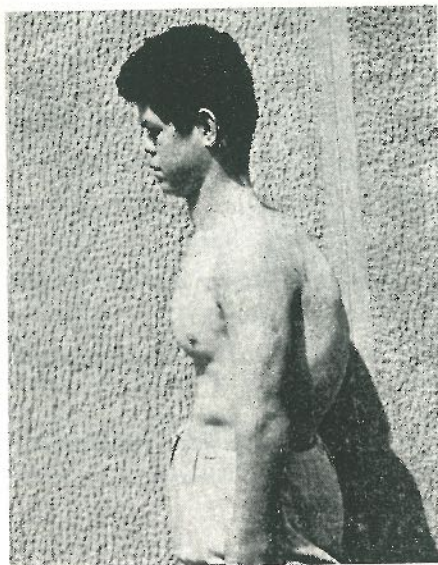
Κλινικὴ ἐξέτασις

Κ ε φ α λ ῆ - Π ρ ὅ σ ω π ο ν : Σκαφοκεφαλα: Ὅστὰ παχέα καὶ ὀγκώδη, ρίς εὐρεία καὶ πεπλατυσμένη, χεῖλη παχέα, μέτωπον προεξέχον, ὄπερ μετὰ τῆς πεπιεσμένης κατὰ τὴν ρίζα ρινὸς δίδει εἰς τὸ πρόσωπον κόλλην ἔψιν, ἰδίως ἐκ τῶν πλαγιῶν. Τὸ σύνολον τῶν ἀνωτέρω χαρακτηριστικῶν προσδίδει ἀπακρουστικὴν ἔψιν προσομοιάζουσα πρὸς μεσαιωνικὴν ὑδρορροήν (Garguilles). Ὁ λαιμὸς εἶναι βραχὺς καὶ παχύς, ὁ θώραξ προέχει. Ἡ ράχις εἶναι τελείως κυρτὴ λόγῳ κυφώσεως. Ὡς πρὸς τὸ λοιπὸν σῶμα εἶναι βραχύσωμος καὶ ὀγκώδης. Τὸ ὕψος του εἶναι 1,40 ἐκ. (Εἰκ. 1 - 2).

Σ τ ὅ μ α - ὀ δ ὄ ν τ ο φ υ τ ἄ : Ὀδόντες μικροί, ἀραιοί, ἐμβυθισμένοι εἰς

τά οδλα. Κοιλότης υπέρως παχέα και άβαθής, έμποδίζουσα την έπισκόπη-
σιν τής στοματοφαρυγγικής κοιλότητος. Γλώσσα σαρκώδης και μεγάλη.

Όφθαλμοί: Τό βλέμμα του άσθενους είναι άνέκφραστον. Εδρύτης
του μεταξύ των δύο οφθαλμών κογχικού διαστήματος. Έκ τής δυθασκοπήσεως



Εικόν 1.



Εικόν 2.

ούδέν, επιπεφυκότες κατά φύσιν. Λόγω τής διανοητικής καταστάσεως του ά-
σθενους ή λήψις όπτικων πεδίων κατέστη αδύνατος.

Κοιλία: Διόγκωσις ήπατος και σπληνός δέν υφίσταται. Παρατηρείται
αδέξισις διαστάσεων όλοκλήρου τής κοιλίας, χαλαρότης των κοιλιακών τοι-
χωμάτων, λόγω ύποτονίας των κοιλιακών μυών. Χάλασις άμφοτέρων των δου-
θωνικών στομών άνευ προεξοχής των σάκκων.

Άκρα: Κάμφις των όνυχοφόρων φαλάγγων των δακτύλων άμφοτέρων
των χειρών, έν είδη άρπάγης, γαμψονυχία.

Μηρός: Περιορισμός τής κινητικότητος των άρθρώσεων άνω και κάτω
άκρων, ως και του όπτιασμού των άντιβραχιών. Κνημίαι: έμφανίζουσι βαθμόν
ραιόδητος. Βάδισμα: Άδέξιον μέ άποτόμους κινήσεις. Τό τρέξιμον είναι
αδύνατον. Μέλη βραχεία και χονδρά, χείρες πλατείς, δάκτυλοι βραχείς και
παχείς.

Γεννητικά ὄργανα: Κατὰ φύσιν.

Δέρμα: Πάχυνσις τοῦ δέρματος κατὰ τὴν παλαμιαίαν καὶ πελματιαίαν ἐπιφάνειαν, ὑπερτρίχωσις ὑπὸ μορφὴν χνοῶς. Κόμη πυκνὴ καὶ στίλβουσα, ὄφρεις παχεῖαι καὶ πυκναί.

Ὦτα - Ἄκοή: Ὦτα καλῶς ἀνεπτυγμένα, μὲ ὀγκώδη λοβία. Ἐκ τῆς εἰδικῆς ὠτολογικῆς ἐξετάσεως διαπιστοῦται ἔντονος βαρυκοῦτα.

Ρινοφάρυξις: Ὑπερτροφία κάτω ρινικῶν κογχῶν ἰδίᾳ ἀριστερά, σκολίωσις ρινικοῦ διαφράγματος μὲ παρέκλισιν πρὸς τὰ ἀριστερά, ρινικοὶ θάλαμοι ἐστενωμένοι, ἀναπνοὴ ρογχώδης. Ὁφίς βλενογόνων φάρυγγος ὠχρά.

Ὀμιλία: Ὁ ἀσθενὴς ὁμιλεῖ κατὰ τρόπον ἀκατάλυτον, μὴ δυνάμενος ν' ἀρθρώσῃ ὀρθῶς τὰς λέξεις.

Ν. Σ.: Ἀγτανεκλαστικά, αἰσθητικότητα, μυϊκὴ ἰσχὺς κατὰ φύσιν. Ὁ ψυχισμὸς τοῦ ἀσθενοῦς ὑπολείπεται κατὰ πολὺ τοῦ φυσιολογικοῦ.

Ἡλεκτροεγκεφαλογράφημα 1.3.63: Σαφεῖς ἀνωμαλῖαι δὲν ἐνεγράφησαν (Γεν. Νευροψυχιατρικὸν Νοσοκομεῖον Ἀθηνῶν, Δ/ντῆς Δ. Περπιγιώτης).

Καρδία: Συστολικὸν ἀορτικὸν φύσημα 10 βαθμοῦ ἄνευ παθολογικῆς σημασίας πιθανῶς ἐκ συμπίεσεως λόγῳ παραμορφώσεως τοῦ θώρακος Α.Π. 12/7.

Η. Ε. Κ.: Κατὰ φύσιν.

Ἀκτινογραφικὴ ἐξέτασις

Κρανίον: Προεξοχὴ βρεγματικῶν καὶ κροταφικῶν ὀστέων, μετωποβρεγματικαὶ ραφαὶ παχεῖαι καὶ κεχωρισμέναι ἀλλήλων. Τουρκικὸν ἐπίπτιον κατὰ φύσιν. Κάτω γνάθος ὀγκώδης.

Θώραξ: Διαπλάτυνσις τοῦ στερνικοῦ ἄκρου τῶν κατωτέρων πλευρῶν. Κλειδῶδες κατὰ φύσιν. Ἐκ τοῦ πνευμονικοῦ παρεγχύματος οὐδέν.

Σπόνδυλικὴ Στήλη: Εἰς τὴν κατὰ μέτωπον ἀκτινογραφίαν παρατηροῦμεν τὴν ὑπαρξίν ὠρακο-ὀσφυϊκῆς σκολιώσεως. Εἰς τὴν ἐκ τῶν πλαγίων παρατηροῦμεν ὅτι ἡ ὠρακικὴ καὶ ὀσφυϊκὴ μοῖρα διαγράφουν ἐνιαῖον τόξον μὲ τὸ κοῖλον πρὸς τὰ ἐμπρός. Ὅλοι οἱ σπόνδυλοι ἐμφανίζονται ἀποπεπλατυσμένοι εἰδικῶς ὁμοῦ ἀπὸ τοῦ Θ¹⁰ μέχρι καὶ τοῦ Ο⁷ ἢ ἀλλοίωσις των εἶναι σημαντικὴ, ἐμφανίζοντες καὶ σφηγοειδῆ παραμόρφωσιν. Οἱ ἀχενικοὶ σπόνδυλοι ἐμφανίζονται ἀμφίκυλλοι. (Εἰκ. 3 - 4).

Ἄνω καὶ κάτω ἄκρα: Αἱ διαφύσεις τῶν μακρῶν ὀστέων εἶναι βραχεῖς καὶ διευρυσμένοι. Αὐτὸ ὁμοῦς πού ἰδιαιτέραν προξενεῖ ἐντύπωσιν εἶναι ἡ γιγαντιαία ὄφρις τῶν κεφαλῶν τῶν μηριαίων, τῶν κοινῶν μηρῶν καὶ κνή-

μης ὡς καὶ τῶν ὀστέων τῆς ποδοκνημικῆς, μετὰ τῶν ἀστραγάλων καὶ πτερ-



Εἰκὼν 3.



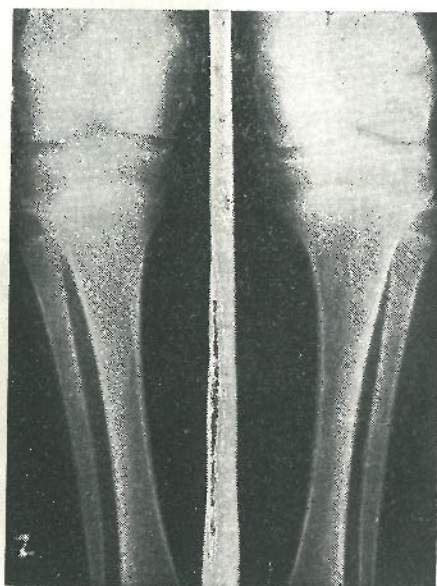
Εἰκὼν 4.

νῶν. Οὐδεμία παρατηρεῖται ἀλλοίωσις εἰς τὰς ἐπιφύσεις. Αἱ κοτύλαι ἐμφανίζονται ἀβαθεῖς πρὸ τῶν γιγαντιαίων κεφαλῶν. Τὰ ὀστὰ τὰ ἀποτελοῦντα τὰς

χειρας και τούς πόδας εμφανίζονται μεγαλύτερα του συνήθους, άνευ ούδεμίας όμως αλλοιώσεως εις τās επιφύσεις. (Εικ. 5 - 6).



Εικὼν 5.



Εικὼν 6.

Ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις

Γεν. Αἵματος: Ε. 4.600.00. Τύπος Η. 5 Π. 53 Α. 32 Μ. 10.
Λ. 6.400.

Πρωτεϊνόγραμμα: Ὀλικά λευκώματα 6,5%. Ἀλβουμίαι 58,2%
Σφαιρίαι: α₁ 4,1% α₂ 7,7% β 6,2% γ 22,8%.

Γεν. Οὔρων: Κ. Φ. Τ.Κ.Ε. 2-8 Μ.

Χοληστερίνη: 155 μγρ. Ἀλκαλικὴ Φωσφατάση: 14,8 μον. King Armst.

Wasserman-Kahn (-)	Ὄξινοσ	»	: 4,1 μον. Cutman.
	Φωσφόρος		4,7 Μ.Μ.%
	Ca		3,4 Με

Καμπύλη Σακχάρου: Φυσιολογική.

Ἐλεγχος Θυρεοειδοῦς διὰ ραδιενεργοῦ ἰωδίου (I 131) 19.2.63.

Μὴ τοξικὴ βρογχοκλήλη (τμήμα ραδιοϊσοτόπων Θεραπευτικῆς Κλινικῆς Πανεπιστημίου, Δ/ντῆς Δ. Κούτρας).

Ὁ ἀσθενὴς μας κατὰ τὸν χρόνον τῆς νοσηλείας του εἰς οὔδεμίαν ὑπεβλήθη θεραπείαν. Ἐν τούτοις ἐπαρουσίασε σημαντικὴ βελτίωσις τῆς ψυχικῆς καὶ διανοητικῆς καταστάσεώς του. Ἐγένετο περισσότερο κοινωνικὸς καὶ ἰκα-

νός πρὸς συνεργασίαν πρὸς ἓνα περιωρισμένον ἀριθμὸν γεγονότων καὶ παραγ-
γελιῶν, ὡς ἡ εἰδοποίησις νοσηλευτικοῦ προσωπικοῦ, ἀγορὰ ἀντικειμένων,
ἀναγνώρισις παιχνοχάρτων κλπ. Ἡ βελτίωσις αὕτη ὀφείλεται προφανῶς εἰς
τὴν συνοίκησιν μετ' ἄλλων ἀσθενῶν.

Ἡ περίπτωσις μας εἶναι τυπικὴ Νόσος τοῦ Hurler ὡς παρουσιάζουσα
ῥῆξιν κρανίου καὶ προσώπου χαρακτηριστικὴν, διανοητικὴν καθυστέρησιν, μυϊ-
κὴν ὑποτονίαν, βαρυκοίαν, παραμόρφωσιν χειρῶν καὶ κνημῶν, τυπικὰς ἀλλοιώ-
σεις τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων καὶ τῆς σπονδυλικῆς στήλης ἐν τῷ συνόλῳ
τῆς. Ἐπίσης χαρακτηριστικὸν τῆς νόσου εἶναι αἱ φυσιολογικαὶ ἐργαστηριακαὶ
ἐξετάσεις. Ἐλλείπουν τὰ ἐκ τῶν ὀφθαλμῶν συμπτώματα ὡς εἶναι ἡ θόλωσις
τοῦ κερατοειδοῦς καὶ ἡ ἥπατοσπληνομεγαλία. Ἡ σταθερότης τῶν συμπτω-
μάτων αὐτῶν ἀναδιβάσκει εἰς 70%. Ἐλλείπουν ἐπίσης ἀνωμαλίας ἐκ τῶν ἐπι-
φύσεων τῶν μακρῶν ὀστέων. Ἀντιθέτως ὑφίσταται ἡ γιγαντιαία ἀνάπτυξις τῶν
ἐπιφύσεων καὶ μεταφύσεων τῶν μακρῶν ὀστέων ὡς καὶ τινῶν ἄλλων. Ἡ τοι-
αύτη μεγέθυνσις τῶν ἐπιφύσεων προσομοιάζει πρὸς ἑτέραν λίαν σπανίαν νό-
σον τὴν Οἰκογενὴν Πλεονοστέωσιν (Pleonosteose Familiale) τοῦ Andre
Leri (1929) εἰς τὴν ὁποίαν ὁμως δὲν συνυπάρχουν τὰ περιγραφέντα συμπτώ-
ματα τοῦ ἀσθενοῦς μας καὶ ἡ διανοητικὴ καθυστέρησις.

Ἡ περίπτωσις μας δέον ἐπίσης νὰ διαχωρισθῇ ἐκ τῆς Χονδροστεοδυστρο-
φίας ἢ Νόσου τοῦ Morquio πρὸς τὴν ὁποίαν προσομοιάζει λόγῳ τῶν σπον-
δυλικῶν κυρίως ἀλλοιώσεων. Ἐχει ὁμως τὴν χαρακτηριστικὴν διανοητικὴν
καθυστέρησιν καὶ τὴν ἔλλειψιν πάσης ἀνωμαλίας ἐκ τῶν ἐπιφύσεων, στοιχεῖα
δηλονότι μὴ συναντώμενα εἰς τὴν νόσον τοῦ Morquio.

S U M M A R Y

C. S. Eliopoulos: A Case of Hurler disease is presented.

B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. S. DE SEZE: *Maladies des Os*. Paris 1954 p. 156.
2. SHAUKS S. C. KERLEY P.: *X. Ray Diagnosis*. London 1950 P. 379.
3. COLEY B.: *Neoplasms of Bone*. N. York 1948 P. 183.
4. TUPRIN R. LAFOURCADE Y.: *Contribusion a l'etude du Gargoylisme*
Sem. Hopitaux No 45 1953 p. 2 & 12.
5. ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Ν., ΜΠΙΖΟΣ Δ., ΛΙΟΝΑΚΗΣ Β.: *Περίπτωσης πολυδυστρο-
φίας Hurler*. Ἱατρικὴ, Ἀθῆναι No 31-32, 1952.
6. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Β., ΝΤΙΝΤΟΣ Ν.: *Περίπτωσης πολλαπλῆς δυσσοστώσεως,
λιποχονδροδυστροφίας*. Ἀρχεῖον Ἑλληνικῆς Παιδιατρ. Ἑταιρ. No 3 - 4, 1950.
7. ΓΚΑΡΓΚΟΥΛΑΣ Α.: *Περίπτωσης λιποχονδροδυστροφίας*.— Δελ. Παιδιατρικῆς
Κλ. Παν)μίου Ἀθηνῶν. Τομ. Β. 1955, σελ. 193.
8. CHAFIYAN-RAD: *A propos de deux cas de Maladie de Hurler, chez deux
cousins*. Rev. Rhumatisme No 12, 1964, 737.

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

ΒΕΝ. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: Περίπτωσης συνδρόμου αχχενικής πλευράς επίβεβαιώσεως τής διαγνώσεως διά γραφικής μεθόδου (σφυγμογραφήματος).

Ἡ Ὄρθιή Κλινική τοῦ Γεν. Κρατικοῦ Ν/μείου Ἀθηνῶν, ἔχει τήν τιμήν νά παρουσιάσῃ ὑμῖν περίπτωσιν συνδρόμου αχχενικής πλευράς ἢ συνδρ. προσθίου σκαλινού μυός χειρουργηθεῖσαν ἐπιτυχῶς.

Τό ἱστορικόν τής ἀσθενοῦς ἡλικίας 32 ἐτῶν, ἔχει ὡς ἐξῆς:

Ἀγαφέρει αἰμωδίαν καί ἀλλγή μετὰ κόπωσιν δεξιοῦ ἄνω ἄκρου ἀπό ἐτῶν.

Ἀπό μακροῦ ἀναφέρει περιοδικόν ἐντονώτατον ἀλγος δεξιᾶς αχχενικής χώρας ἐπεκτεινόμενον καί εἰς τό σύστοιχον ἄνω ἄκρον μέχρι καί τῶν δακτύλων, παρερχόμενον κατὰ τήν κατάκλισιν καί ἐφ' ὅσον τό ἄκρον εὑρίσκετο ἐν προσαγωγῇ.

Διά γενομένης ἀλλαγῆς ἀκτινογραφίας αχχενικής μοίρας σπονδυλικῆς στήλης, ἐτέθη διάγνωσις Σπονδυλαρθρίτιδος, ἡ δὲ ἀσθενῆς ὑπεδλήθη εἰς ἀνάλογον θεραπείαν, ἀνευ ἀποτελέσματος θεβαίως.

Αὕτη ἐξητάσθη παρ' ἡμῶν εἰς τό ἐξωτερικόν Ἰατρεῖον. Ἐτέθη ὑπόνοια Συνδρόμου αχχενικής πλευράς καί εἰσήχθη εἰς τήν Κλινικήν.

Ἡ διάγνωσις ἐπεβεβαιώθη διά γραφικῶν μεθόδων (Ἀκτ/φία - Σφυγμογράφημα).

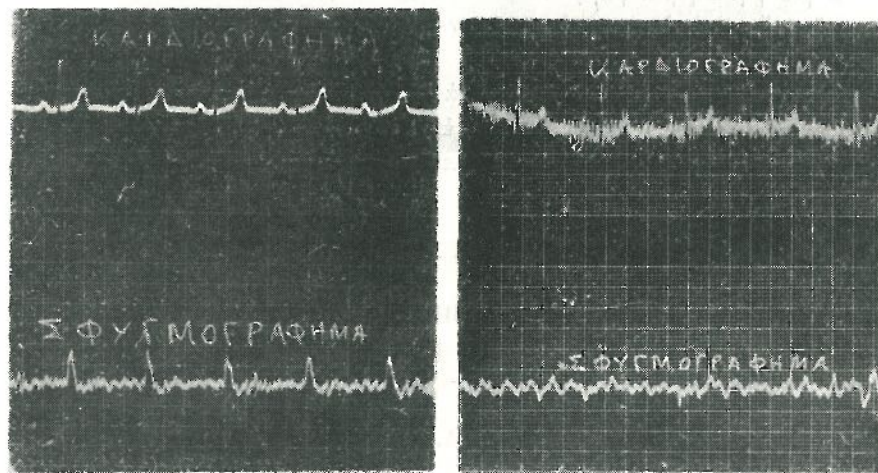
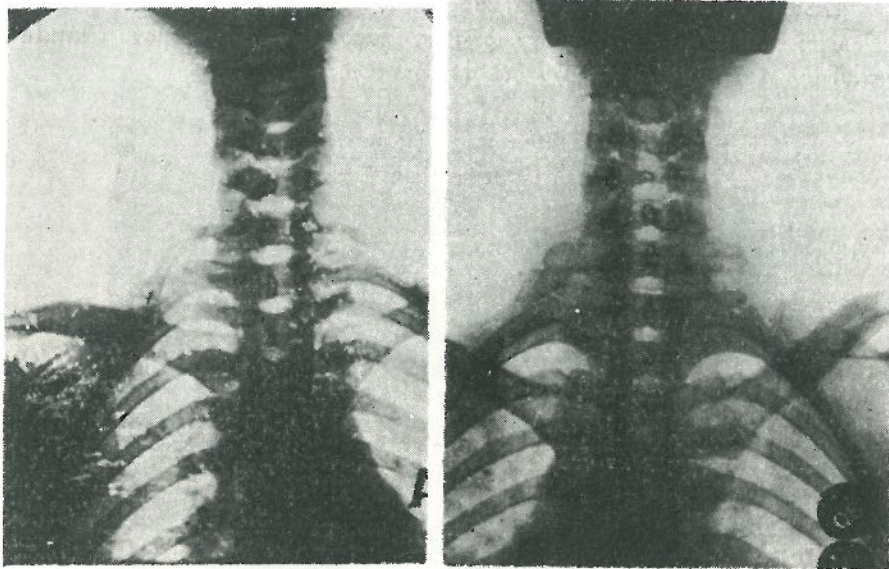
Κλινικῶς: Μυϊκή ἰσχὺς καί αἰσθητικότης κατὰ φύσιν. Αἰμωδία καί αἰσθημα καύσου κατὰ τήν ἀπαγωγήν καί ἐξωτερικήν στροφὴν ὡς καί κατὰ τήν ἀνάτασιν τοῦ ἄνω ἄκρου, ἐνῶ συγχρόνως διαπιστοῦται ἐλάττωσις μέχρι πλήρους ἐξαλείψεως τοῦ σφυγμοῦ τής κερκιδικῆς εἰς τήν ὡς ἄνω θέσιν.

Ἀκτ/φίως: Αχχενική πλευρά ἀμφοτεροπλευρῶς. (Εἰκ. 1).

Σφυγμογράφημα (εἰκ. 2) τοῦ ἄκρου εὑρισκομένου εἰς προσαγωγήν. Παρατηροῦνται φυσιολογικά τὰ ἐπάρματα τοῦ σφυγμοῦ.

Σφυγμογράφημα (εἰκ. 3). Πλήρης ἐξαλείψις τῶν ἐπαρμάτων σφυγμοῦ τοῦ ἄκρου εὑρισκομένου εἰς ἀνάτασιν. Τό σημεῖον ἐπαφῆς τοῦ μηχανήματος τοῦ σφυγμογράφου ἐτοποθετήσαμεν εἰς τήν καμπτικήν ἐπιφάνειαν τοῦ ἀγκῶνος (βραχιόνιος ἀρτηρία). Τὰ μικρά ἐπάρματα τοῦ σφυγμογραφήματος

δραφείλονται εις τὸν μυϊκὸν τόνον. Συγχρόνως ὑπὸ τοῦ ἰδίου μηχανήματος λαμβάνεται καὶ καρδιογράφημα. Διὰ τοῦ σφυγμογραφήματος ἐπεβεβαιώθη ἡ διά-



γνωσις τοῦ συνδρόμου ἀχενικῆς πλευρᾶς καὶ ἐτέθη ἀπόλυτος ἔνδειξις διὰ πλευρεκτομήν.

νικῆς
ος).

ν τι-
νδρ.

ἑτῶν.
νικῆς
κκτύ-
το ἐν

στή-
λογον

όνοια

γμο-

ι καὶ
κατὰ
ἑχρη-

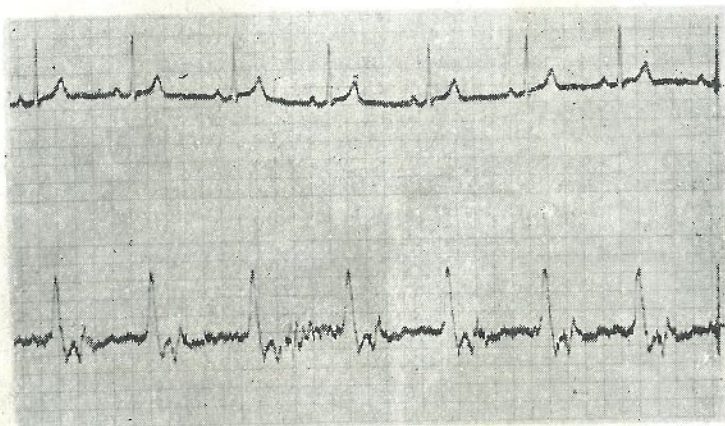
αγω-

σφυ-
ανή-
του
ιατος

10.8.65 Έγχειρήσις. Διὰ τομῆς παραλλήλως πρὸς τὴν κλείδα φε-
ρομένης καὶ ὀλίγον ἄνωθεν αὐτῆς, προέβημεν εἰς διατομὴν τοῦ προσθίου Σκα-
λινοῦ καὶ ἐξαίρεσιν δι' ἀπεξαρθρώσεως τῆς ἀρτηριακῆς πλευρᾶς.

Ἐπιδεικνύομεν ἀκτ/φίαν πρὸ καὶ μετεγχειρητικὴν.

Μετὰ ἡμέτερον ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως παρουσίασεν σύνδρομον Claude
Bernard - Horner ὑποχωρήσαν διὰ συντηρητικῆς ἀγωγῆς.



Εἰκὼν 4.

Σφυγμογράφημα μετεγχειρητικῶς (εἰκ. 4). Παρατη-
ρεῖται ὑπαρξίς φυσιολογικῶν ἐπαρμάτων τοῦ σφυγμοῦ, τοῦ ἄκρου εὐρισκομένου
εἰς θέσιν ἀνατάσεως.

Τὴν περίπτωσιν ἐπιδεικνύομεν διὰ τὴν χρησιμοποίησιν γραφικῆς μεθό-
δου (Σφυγμογράφημα), ὅσον διὰ τὴν ἐπιβεβαίωσιν τῆς διαγνώσεως ὅσον καὶ
διὰ τὸ ἐπιτευχθὲν θεραπευτικὸν ἀποτέλεσμα.

S U M M A R Y

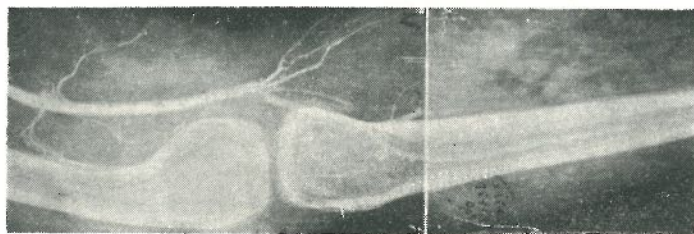
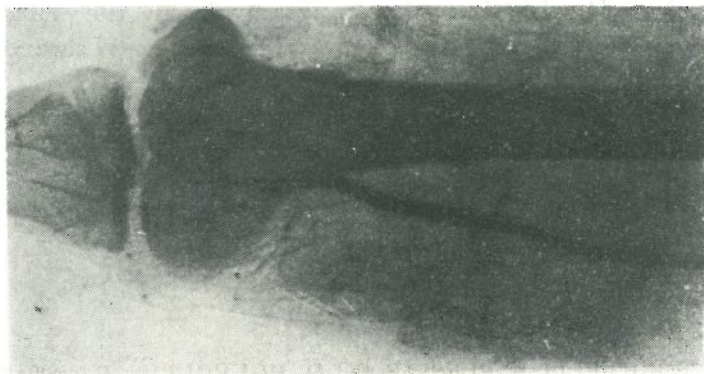
V. SOURMELIS and Chr. SIAPKBROS: A case of cervical rip syndrome
in which pulsography was highly helpful pre and postoperatively.

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Σ. ΠΑΪΣΣΑΣ Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ: Περίπτωσης ὑπερκον-
δυλίου ρωγμώδους κατάγματος μηριαίου μετὰ θρομβώσεως τῆς ἰγνυακῆς ἀρτηρίας.

Ἡ Ὀρθοπεδικὴ Κλινικὴ τοῦ Γ.Κ.Ν. Ἀθηνῶν ἐπιδεικνύει περίπτωσιν με-
τατραυματικῆς θρομβώσεως τῆς ἰγνυακῆς ἀρτηρίας, ἀντιμετωπισθείσης διὰ
τελικό-τελικῆς ἀναστομώσεως.

Ὁ ασθενής, ἡλικίας 61 ἐτῶν, προσήλθεν ἡμῖν μετὰ τὴν διάγνωσιν κατά-
γματος ὑπερκονδυλίου ἀριστ. μηριαίου, ἄνευ παρεκτοπίσεως, ἐπισυμβάντος
πρὸς 3 ἡμερῶν.

Κλινικῶς, τὸ σκέλος, ἀπὸ τοῦ γόνατος καὶ κατωτέρω, ἦτο οἰδηματώ-



δες — ψυχρὸν — καὶ ἐλαφρῶς κυανωτικόν. Ἡ ραχιαία τοῦ ἄκρου ποδὸς ἀρ-
τηρία ἀψηλάφητος.

Ταλαντώσεις μηρῶν ἄμφω: φυσιολογικαί.

Δεξιᾶς κνήμης: δεξιᾶ, φυσιολογικαί. Ἀριστερά: — 0 —.

Ἀρτηριογράφημα ἔδειξεν ἀπόφραξιν τῆς ἰγνυακῆς ἀρτηρίας, εἰς τὸ ὕ-
ψος τῶν μηριαίων κονδύλων. (Εἶκ. 1).

Ἀπεφασίσθη ἐγχείρησις. Ὁ χειρουργὸς ἀγγείων (κ. Πλέσσας) κατὰ
τὴν ἐγχείρησιν ἀνεῦρε τὴν ἰγνυακὴν ἀρτηρίαν συντεθλιμμένην ἰσοῦψῶς πρὸς
τὸ κατάγμα καὶ εἰς ἕκτασιν 2 ἐκ.

Ἐγένετο ἔκτομή τοῦ κατεστραμμένου τμήματος τῆς ἰγνυακῆς ἀρτηρίας
καὶ τελικο-τελικὴ ἀναστόμωσις.

Ἀμέσως μετὰ τὴν ἐγχείρησιν, ἐλέγχεται σφυγμὸς τῆς ραχιαίας τοῦ ἄ-

κρου ποδός. Τὸ σκέλος ἦτο θερμόν. Μετεγχειρητικὸν ἀρτηριογράφημα δεικνύει ἀποκατάστασιν τῆς κυκλοφορίας πρὸς τὴν ἰγνυακὴν. (Εἰκ. 2).

Ἡ πρόγνωσις, παρὰ τὴν ἐπιτυχῆ ἐγχείρησιν, ἦτο ἀπ' ἀρχῆς ἐπισηφλής, λόγῳ τοῦ ὅτι ὁ ἀσθενὴς διεκομίσθη ἡμῖν μετὰ τριήμερον ἀπὸ τῆς κακώσεως, ἡ δὲ ἐγχείρησις ἐγένετο μετὰ 5 ἡμέρας ἀπὸ τοῦ τραυματισμοῦ. Παρὰ ταῦτα ἀπεφασίσθη, μὲ τὴν σκέψιν ἐπιτεύξεως ἀκρωτηριασμοῦ κάτωθεν τοῦ γόνατος, δοθέντος ὅτι ἡ ἀναπηρία μὲ τὸν κάτω τοῦ γόνατος ἀκρωτηριασμὸν εἶναι κατὰ πολὺ μικροτέρα τῆς ἐπὶ ἀκρωτηριασμοῦ ἄνωθεν τοῦ γόνατος.

Ἀρτηριογράφημα ἀπέδειξεν ἐπίσης ἀποκατάστασιν τῆς κυκλοφορίας.

Τελικῶς ὁ ἀσθενὴς ἐνεφάνισεν, μετὰ 20ήμερον ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, γάγγραιναν τοῦ ἄκρου ποδός κάτωθεν τοῦ γόνατος.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS, S. PLESSAS and D. MOUROULIS: Report of a case of supracondylar fracture of the femur with thrombosis of the popliteal artery.

Κ. ΠΡΩΤΟΓΗΡΟΤ: Τραυματικὸν ἐντόπιωμα τοῦ κονδύλου τοῦ μηροῦ.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον).

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 24ης ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1965

Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Ε Ι Σ

ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Κρι-
τήρια χειρ)κής αντιμετώπισεως τής κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου.

(Δέν κατετέθη χειρόγραφον).

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Περίπτωσης
Volkmann (μετά κινηματογραφικής προβολής).

(Δέν κατετέθη χειρόγραφον).

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: 'Επί δύο σπανίων
περιπτώσεων παραπληγίας εκ πίεσεως. Προσπάθεια άποσυμπιεστικής σπονδυλοτομής.

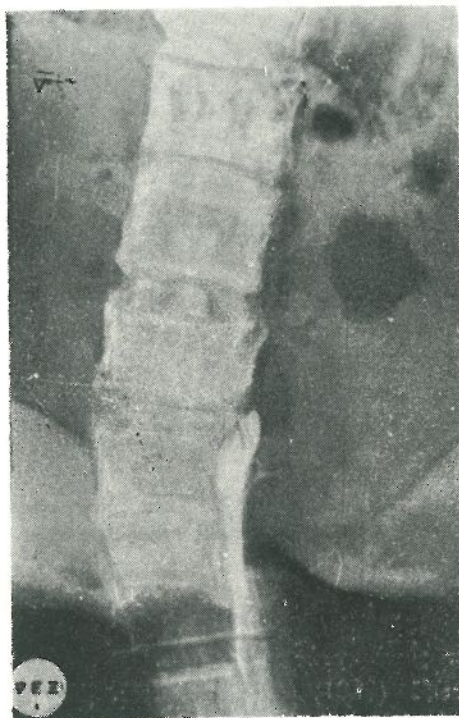
Ἡ Ὀρθοπαιδική Κλινική τοῦ Γενικοῦ Κρατικοῦ Νοσοκομείου Ἀθηνῶν
ἔχει τήν τιμήν νά σᾶς ἐπιδείξῃ δύο περιπτώσεις, μή τραυματικῶν, ἐκ πίεσεως
παραπληγιῶν, εἰς τᾶς ὁποίας ἐγένετο προσπάθεια ἀποσυμπιεστικῆς σπονδυ-
λοτομῆς.

1η περίπτωση: Ἄφραθ θήλυ, ἔγγαμον, 42 ἐτῶν, ἤτις ἀπό 15ῆνου ἤρ-
χισεν αἰτιωμένη δι' αἰμοδίαν τῶν σκελῶν, ζώνας ὑπαισθησίας ἕως πλήρους
ἀναισθησίας, διαταραχᾶς τῆς ἐν τῷ βάθει αἰσθητικότητος, ὡς καί ἐλάττωσιν
τῆς μυϊκῆς ἰσχύος, μέ ἀποτέλεσμα τήν ἀνικανότητα πρὸς βάδισιν ἄνευ ὑπο-
στηρίξεως. Ἡ κατάστασις τῆς ἀσθενοῦς ἐπεδεινοῦτο, βαθμηδόν δέ καί κατ'

δλίγον, προσετέθησαν ὀρθοκυστικά διαταραχαί. Προσέρχεται παρ' ἡμῶν μετ' τὴν κλινικὴν εἰκόνα τῆς σπαστικῆς παραπληγίας μετ' ὀρθοκυστικῶν διαταραχῶν, μὴ δυναμένη θεβαίως νὰ θαδίῃ.

Ἀκτινογραφία σπονδυλικῆς Στήλης: α) Κατὰ μέτωπον: ἀλλοιώσεις, ἀντιστοίχως πρὸς τὸν Θ_{12} — Θ_{13} σπονδύλους, μὴ σαφῶς καθοριζόμεναι.

Ἀκτινογραφία ἐκ τῶν πλαγίων: β) Μυελογράφημα δεικνύει πλαγίαν παρεκτόπισιν τῆς εἰκόνης τῆς σκιεραῆς οὐσίας (εἰκ. 1). Παρατηρεῖται διάγνωσις ὄγκου ἐξωμηνιγγικοῦ, λόγῳ τῆς βραδείας ἐξελίξεως τῶν σημείων μυελικῆς παραπληγίας, δεδομένου ὅτι ἡ νόσος ἤρχισεν ὡς ριζιτιδικὴ παραπληγία. Ἀπεφασίσθη ἐγχειρητικὴ προσπέλασις τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας τῶν σπονδυλικῶν σωματίων διὰ πεταλεκτομῆς.



Εἰκὼν 1.

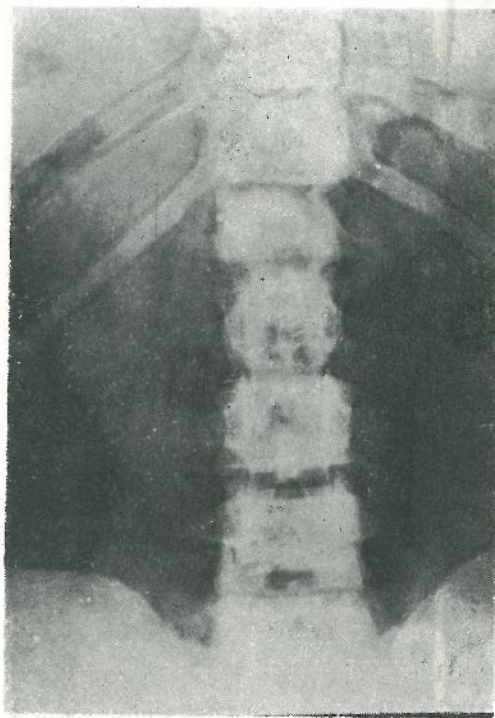


Εἰκὼν 2.

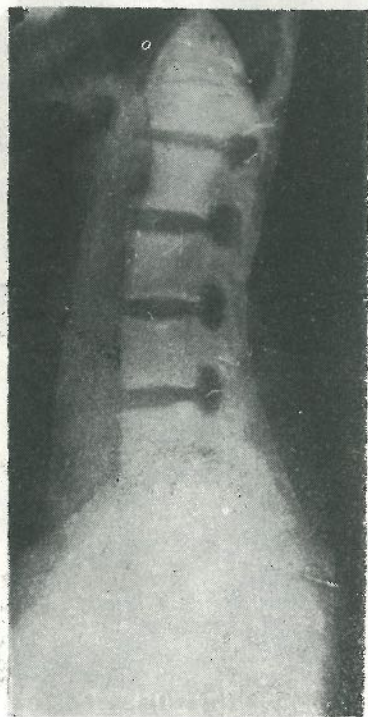
2.10.65. Πεταλεκτομή. Θ_{12} — Θ_{13} . Ἡ σκληρὰ μῆνιγξ ἀνευρίσκεται διατεταμένη, ὑδάτης κατὰ τόπους, ψηλαφουμένη δέ, δίδει ἐντύπωσιν ὅτι πιέζεται ἐκ τῶν ἔσω ὑπὸ σκληρῶν, μὴ ἐνδιδουσῶν εἰς τὴν πίεσιν μαζῶν, μεγέ-

θους από λεπτοκαρβού μέχρι καρβού. Μετά την επιμήκη διάνοιξιν τῆς σκληρᾶς μήνιγγος, παρατηρήθη αὐτόματος ἐκπυρήνωσις τῶν ὡς ἄνω σκληρῶν μαζῶν, αἱ δὲ ρίζαι καὶ ἡ μυελικὴ οὐσία εὐρέθησαν τελείως κατεστραμμένοι. Ἱστολογικὴ ἐξέτασις τῶν ἐξαιρεθεισῶν μαζῶν ἀπέδειξε «κακὸν γλοῖωμα τῆς σειρᾶς τῶν ἀστροκυττάρων» (κ. Ἀναστασιάδης).

2α Περίπτωσης. Ἀσθενὴς ἡλικίας 49 ἐτῶν, ὅστις ἀπὸ μὴνός ἀναφέρει



Εἰκὼν 3.



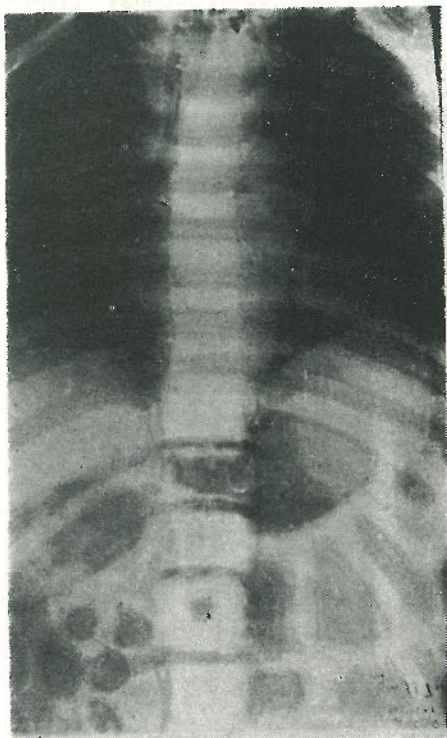
Εἰκὼν 4.

ἔντονον ὀσφυοισχιαλγίαν τύπου ριζίτιδος ὅλης ὀσφυϊκῆς ρίζης. Ὑπεβλήθη εἰς ἀκτινολογικὸν ἔλεγχον ἐν Βόλῳ καὶ ἐτέθη διάγνωσις μεταστατικοῦ καρκίνου τῆς Σ. Σ.

Ὁ ἀσθενὴς προσῆλθεν εἰς τὸ ἰατρεῖον τοῦ πρώτου ἐξ ἡμῶν, προσκομίζων καὶ τὰς ἐν Βόλῳ γενομένας ἀκτινογραφίας τῆς ὀσφυϊκῆς μοίρας. Ἐκ τῆς κλινικῆς ἐξετάσεως διεπιστώθη ἡ ὕπαρξις σημείων ριζίτιδος ὅλης ὀσφυϊκῆς ρίζης.

Αἱ προσκομισθεῖσαι ἀκτινογραφίαι οὐδὲν τὸ παθολογικὸν ἐνεφάνιζον, πλὴν μικροῦ θαθμοῦ σπονδυλολιθώσεως τοῦ 4ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου (εἰκ. 3 καὶ 4).

Πρὸς τέλειον ἀποκλεισμόν τῆς τεθείσης ἐν Βόλῳ διαγνώσεως (μεταστατικοῦ καρκίνου) ἐζητήσαμεν νέαν λεπτομερῆ ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν (ἀπλὴ ἀκτινογραφία καὶ τομογραφία) σπονδυλικῆς στήλης, με ἐπικέντρωσιν εἰς τὸν 4ον ὀσφυϊκόν. Αἱ γενόμεναι, ἐνταῦθα, ἀκτινογραφίαι καὶ τομογραφίαι οὐδὲν τὸ νεώτερον ἀπέδειξαν, οὕτω δὲ ἀπεκλείσθη τελείως ἡ διάγνωσις τοῦ μεταστα-



Εἰκὼν 5.



Εἰκὼν 6.

τικοῦ καρκίνου καὶ συνεστήθη ἡ ἀπλὴ ἀγωγή ριζιτίτιδος ἐκ προπτώσεως πυκτοειδοῦς πυρήνος.

Μετὰ 10ῆμερον, κληθέντες ἐξετάσαμεν τὸν ἀσθενῆ οἴκοι, διεπιστώσαμεν παραπληγίαν ὑπὸ τὴν μορφήν τῆς πλήρους σπαστικῆς αἰσθητικοκινητικῆς παραπληγίας μετὰ ὀρθοκυστικῶν διαταραχῶν. Συνεστήσαμεν τὴν ἐν τῇ κλινικῇ διακομιδῇ του, ἔνθα καὶ εἰσῆχθη τὴν 1.11.65. Δόγῳ τῆς μυελικῆς παραπληγίας, ἐζητήθη ἀκτινογραφία Σ. Σ. εἰς δύο ἐπίπεδα, με ἐπικέντρωσιν τὸν Θ⁴. Διεπιστώθη ὀστεοπυκνωτικὴ ἐπεξεργασία καταλαμβάνουσα ὀλόκληρον τὸ σῶμα τοῦ Θ⁴ (Vertebre en ivoire). (Εἰκ. 5 καὶ 6).

Ἐπιδεικνύμεν τὰς ἀκτινογραφίας τῆς ὀσφυϊκῆς μοίρας τῆς Σ. Σ., ἀνευ οὐδεμιᾶς παθολογικῆς εἰκόνας, ὡς καὶ τὰς τελευταίας τοιαύτας, μὲ τὴν εἰκόνα μεταστατικοῦ καρκίνου. Γενομένη ἐξέταση προστάτου οὐδὲν ἀπέδειξεν. Ὁξίνος φωσφατάση, ὡς καὶ προστατική τοιαύτη, εἰς φυσιολογικά ἐπίπεδα.

Ἀποφασίζεται ἐγγεῖρησις πρὸς τὸν σκοπόν, ἀφ' ἑνὸς ἀποσυμπιεστικῆς ἐπεμβάσεως, ἀφ' ἑτέρου δὲ διὰ θυσίαν, πρὸς ἐπιθεβαίωσιν τῆς τεθείσης διαγνώσεως.

9.11.65. Πεταλεκτομή ἀντιστοίχως πρὸς Θ¹⁰ — Ο¹ (ἡμιπεταλεκτομή). Ἡ ἐπέκτασις τῆς πεταλεκτομῆς δεξιὰ τῶν Θ¹⁰ — Ο¹ ἐγένετο, διότι καθ' ὄλην τὴν ὥς ἄνω ἔκτασιν δὲν ἀνευρέθη σημεῖον πιέζον τὴν σκληρὰν μήνιγγα. Διάνοξις τῆς μήνιγγος δὲν ἐγένετο. Ἐλήφθησαν τεμάχια ἐκ τοῦ σώματος τοῦ σπονδύλου δι' ἱστολογικὴν ἐξέτασιν. Συμπέρασμα ἱστολογικῆς ἐξετάσεως: «Αἶαν ἀμετάπλαστον μεταστατικὸν καρκίνωμα». (Κα Ἀναστασιάδου).

Ἐπιδεικνύμεν τὰς ὡς ἄνω περιπτώσεις διὰ τὸ σπάνιον τῆς ἐντοπίσεως καὶ τὸ δυσχερὲς τῆς διαγνώσεως.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS, D. MOUROULIS, and ch. SIAPKARAS: Two rare cases of compesion paraplegia. Decompression rhachotomy performed.

ΕΚΛΟΓΗ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕΛΩΝ

Ἐξελέγησαν τακτικά μέλη οἱ: 1) Ἀναγνωστόπουλος Νικόλαος 2) Βαγιανός Εὐάγγελος 3) Διακουμόπουλος Γεώργιος 4) Κουκουράκης Ἰωάννης καὶ 5) Ἀφαλωνιάτης Ἄλ.

Ἐξελέγη ἔκτακτον μέλος ὁ Βονάτσος Χρῆστος.

Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Ε Ι Σ

Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΗΣ, ΣΠ. ΜΗΛΙΓΚΟΣ, Λ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ και Συνεργάται: Ἡ ἐφαρμογή τῆς Τμηματικῆς Χημειοθεραπείας ἐπὶ κακοήθων ὄγκων τῶν ἄκρων διὰ τῆς συσκευῆς ἐξωσωματικῆς κυκλοφορίας.

Παλαιότερον ἐγένετο προσπάθεια ἀντιμετώπισεως τῶν κακοήθων νεοπλασιῶν διὰ φαρμάκων.

Τὸ πρῶτον χρησιμοποιηθὲν φάρμακον ὑπῆρξεν ὁ ὑπερίτης, διὰ τοῦ ὁποίου οἱ Adair καὶ Bagg τὸ 1931 ἐχρησιμοποίησαν πρὸς θεραπείαν κακοήθων νεοπλασμάτων ἀνθρώπων καὶ ζώων.

Ἡ πραγματικὴ περίοδος τῆς χημειοθεραπείας ἄρχεται ἀπὸ τοῦ 1946, ὅτε οἱ Gillman καὶ Philips, ἐπέτυχον νὰ θεραπεύσουν λεμφοσάρκωμα μυῶν διὰ τοῦ ἀζωτούχου ὑπερίτου (Nitrogen Mustard).

Ἐκτοτε, μέγας ἀριθμὸς ἀντικαρκινογόνων φαρμάκων ἀνεκαλύφθη καὶ ἐχρησιμοποιήθη διὰ πειραματικῶν καὶ θεραπευτικῶν σκοποῦς ἐπὶ κακοήθων νεοπλασιῶν.

Συντόμως ἀπεκαλύφθη, ὅτι ὅλα τὰ χρησιμοποιηθέντα κυτταροστατικά φάρμακα εἶχον ἀνασταλτικὴν ἐπίδρασιν ἐπὶ τῶν νεοπλασματικῶν κυττάρων, συγχρόνως ὅμως καὶ τοξικὴν τοιαύτην ἐπὶ τοῦ λοιποῦ ὀργανισμοῦ, ἰδίως τοῦ αἱμοποιητικοῦ καὶ γαστρεντερικοῦ συστήματος. Συνεπεία τῆς τοξικῆς δράσεως, αἱ χορηγούμεναι δόσεις ἐγένοντο μικρότεραι, εἰς σημεῖον, ὥστε νὰ εἶναι ἀνεπαρκεῖς διὰ πραγματικὴν ἀνασταλτικὴν δράσιν ἐπὶ τῶν νεοπλασματικῶν κυττάρων.

Τὸ ἰδεώδες εἶναι νὰ ὑπάρχη φάρμακον μὲ ὑψηλὴν κυτταροστατικὴν ἐνέργειαν καὶ μικρὰν τοξικὴν, πρᾶγμα τὸ ὁποῖον δὲν ἐγένετο ἀκόμη.

Ὁ Klopp καὶ συνεργάται εἶχον τὴν ἰδέαν ν' αὐξήσουν τὴν κυτταροστατικὴν δράσιν τοῦ φαρμάκου, ἐνίοντες αὐτὸ ἐντὸς τοῦ ὄγκου διὰ τῆς ἀρτηριακῆς ὁδοῦ. Ὄψω, ἀπέδειξαν οὗτοι, ὅτι ἡ καρκινογόνος ἐνέργεια ἦτο μεγαλύτερα καὶ ἡ τοξικότης μικρότερα, ὅταν τὸ κυτταροστατικὸν φάρμακον χορηγηθῆ διὰ τῆς ἀρτηριακῆς, ἀντὶ τῆς φλεβικῆς ὁδοῦ, ἀκόμη ὅμως αἱ δόσεις ἐξακο-

λουθούν να είναι ανεπαρκείς διά τήν πλήρη καταστροφήν τών καρκινικών κυττάρων, ικανή όμως διά να προκαλέσῃ γενικήν τοξικήν επίδρασιν.

Ἄξισημείωτος ἦτο ἡ παρατήρησις τοῦ Klopp κατὰ τήν ὁποίαν, ἐπὶ ἐνδαρτηριακῆς ἐγχύσεως τοῦ φαρμάκου, ἡ τοξική ἐνέργεια αὐτοῦ ἐπὶ τοῦ λοιποῦ ὄργανισμοῦ ἐμειοῦτο, ἐφ' ὅσον ἀπεκλείετο ἡ φλεβική ἀπαγωγὴ τοῦ αἵματος. Οὕτω, ἐγεννήθη ἡ ἰδέα τῆς ἀπομονώσεως τοῦ σκέλους διά τῆς ἐξωσωματικῆς κυκλοφορίας καὶ τῆς χρηρῆσεως τοῦ κυτταροστατικοῦ φαρμάκου εἰς ἰκανὴν δόσιν, ἀποφευγομένης τῆς διαφυγῆς αὐτοῦ εἰς τήν μεγάλην κυκλοφορίαν.

Ἡ πρώτη κλινικὴ ἐφαρμογὴ τῆς Τμηματικῆς Χημειοθεραπείας ἐγένετο τὸ 1956 ὑπὸ τοῦ O. Grecch ἐπὶ περιπτώσεως μελανώματος τοῦ κάτω ἄκρου.

Διὰ τῆς ἐξωσωματικῆς κυκλοφορίας, τὸ φέρον τὸν ὄγκον σκέλος ἀπομονοῦται τοῦ λοιποῦ ὄργανισμοῦ, ἐντάσσεται εἰς αὐτὴν καὶ δι' αὐτῆς, ὑψηλαὶ δόσεις κυτταροστατικοῦ φαρμάκου, ἰκαναὶ νὰ προκαλέσουν νέκρωσιν τῶν νεοπλασματικῶν κυττάρων, ἐνίονται καὶ διαχέουν τὴν νεοπλασίαν.

Αἱ χρηρῆγόμενα διὰ τοῦ τρόπου αὐτοῦ δόσεις φαρμάκου εἶναι 15πλάσιαι καὶ 20πλάσιαι τῆς διὰ γενικῆς κυκλοφορίας χρηρῆγόμενων ἀνεκτῶν δόσεων, ἡ δὲ τοξικὴ ἐπίδρασις, μικρὰ ἐξαρτωμένη ἐκ τῆς περιοχῆς καὶ τῆς ἐφαρμοζομένης τεχνικῆς.

Ἡ Τμηματικὴ Χημειοθεραπεία, γνωστὴ ὡς Perfusion εἶναι ἀνωτέρα τῆς ἀπλῆς ἐνδαρτηριακῆς ἐγχύσεως, τῆς γνωστῆς ὡς Infusion, διότι δι' αὐτῆς μεγαλυτέρα καὶ πυκνοτέρα ποσότης φαρμάκου δύναται νὰ χρηρῆγη καὶ μάλιστα εἰς ἀπεμονωμένον τμήμα τοῦ σώματος. Συγχρόνως, ἀξάνομεν τὴν κυτταροστατικὴν ἐνέργειαν αὐτοῦ, δι' αὐξήσεως τῆς τάσεως τοῦ ὄξυγόνου, τοῦ χρηρῆγόμενου διὰ τοῦ συστήματος τῆς ἐξωσωματικῆς κυκλοφορίας.

Τὴν μέθοδον αὐτὴν τῆς Τμηματικῆς Χημειοθεραπείας ἐφηρμόσαμεν ἀπὸ τοῦ 1962, ἦτοι 6 ἔτη μετὰ τὴν πρώτην κλινικὴν ἐφαρμογὴν τῆς ὑπὸ τοῦ O. Grecch, εἰς τὸ Γενικὸν Νοσοκομεῖον Πειραιῶς.

Ἡ συνεργασία τῆς Ὀρθοπαιδικῆς Κλινικῆς μετὰ τῆς Β' Χειρουργικῆς Κλινικῆς ὑπῆρξε πολύτιμος καὶ ἀπαραίτητος διὰ τὴν πραγματοποιήσιν τῆς μεθόδου.

Εἶναι γνωστὴ ἡ ἐπίδοσις τῆς Κλινικῆς τοῦ κ. Κεραγεώργη εἰς τὴν χειρουργικὴν τῶν ἀγγείων καὶ τὴν ἐφαρμογὴν τῆς ἐξωσωματικῆς κυκλοφορίας διὰ τὴν χειρουργικὴν τῆς ἀνοικτῆς καρδίας. Τὴν πείραν αὐτὴν ἐχρησιμοποίησαμεν διὰ τὴν ἐφαρμογὴν τῆς Τμηματικῆς Χημειοθεραπείας, 10 φορές εἰς 9 ἀσθενεῖς πάσχοντας ἐκ κακοήθων νεοπλασιῶν τῶν ἄκρων.

Ἐνδείξεις

Ἀπ' ἀρχῆς, δεόν νά τονίσωμεν, ὅτι ἡ μέθοδος τῆς Τ. Χ. εὐρίσκεται ἀκόμη εἰς τὸ πειραματικὸν στάδιον καὶ δὲν ἀποτελεῖ τὴν κυρίαν θεραπευτικὴν ἀγωγὴν τῶν κακοήθων νεοπλασιῶν, ἀλλὰ τὸ συμπλήρωμα τῆς κλασσικῆς τοιαύτης, ἣτοι τῆς χειρουργικῆς ἐξαιρέσεως καὶ τῆς ἀκτινοθεραπείας, αἵτινες διατηροῦν ἔλλην αὐτῶν τὴν ἀξίαν.

Ἡ Τμηματικὴ Χημειοθεραπεία ἐπιτρέπει τὸν περιορισμὸν τῆς ἐκτάσεως τοῦ πρὸς ἐκτομὴν τμήματος τοῦ σώματος, τοῦ φέροντος τὸν ὄγκον καὶ τὴν ἐξαίρεσιν τῶν πρὸ, μὴ ἐξαιρεσίμων τοιούτων. Ἐπίσης δι' αὐτῆς μειοῦται ἡ δυνατότης διασπορᾶς τῶν νεοπλασματικῶν κυττάρων κατὰ τὴν μέλλουσαν ἐπέμβασιν καὶ ἐπιτυγχάνεται ἡ καταστροφή μεμονωμένων μεταστατικῶν κυττάρων εἰς τοὺς λεμφικοὺς ἀδένους ἀποτρεπομένης οὕτω νέας μεταστάσεως.

Αἱ ἐνδείξεις ἐπομένως, ἀφοροῦν τὰ προκεχωρημένα καρκινώματα, σαρκώματα καὶ ἀνεγχειρήτους γενικῶς ὄγκους, οἵτινες μετατρέπονται οὕτω εἰς ἐγχειρησίμους.

Ἡ πρὸς ἐξαίρεσιν ἐπέμβασις ἐνεργεῖται 2—3 ἑβδομάδας ἀπὸ τῆς ἐφαρμογῆς τῆς Τ. Χ., ὅτε αὕτη ἔχει ἀποδώσει τὸ μέγιστον τῆς ἐπιδράσεώς της, ὁ δὲ ἀσθενὴς ἔχει ἀναλάβει ἀπὸ τῆς τοξικῆς ἐπὶ τοῦ ὀργανισμοῦ ἐπιδράσεως τοῦ κυτταροστατικοῦ φαρμάκου.

Ἰδιαιτέραν εὐαισθησίαν πρὸς τὰ κυτταροστατικὰ φάρμακα ἐμφανίζουν τὰ μελανώματα.

Ἀποτελοῦν, ἐπομένως, αὐτὰ μίαν τῶν κυρίων ἐνδείξεων ἐφαρμογῆς τῆς Τ. Χ. (Greech, Stehlin, Heisd - Kreimentj).

Αἱ περιορισμέναι ἐνδείξεις ἐφαρμογῆς τῶν κυτταροστατικῶν ὀφείλονται εἰς τὴν τοξικότητα αὐτῶν ἐπὶ τοῦ ὀγιοῦς ὀργανισμοῦ καὶ ἰδιαιτέρως ἐπὶ τοῦ αἱμοποιητικοῦ καὶ γαστρεντερικοῦ συστήματος.

Τεχνικὴ

Ἡ Τεχνικὴ ἐφαρμογῆ τῆς Τ. Χ. συνιστᾶται εἰς τὴν παρασκευὴν τῶν καταλλήλων δι' ἐκάστην περίπτωσιν ἀγγείων τοῦ μέλους, τὴν διασωλήνωσιν αὐτῶν καὶ τὴν σύνδεσιν μετὰ τῆς συσκευῆς τῆς ἐξωσωματικῆς κυκλοφορίας. Λεπτομερῶς ἔχομεν περιγράψει τὴν τεχνικὴν εἰς προηγούμενον ἄρθρον μας, εἰς τὸ ὅποιον δύνανται νά ἀνατρέξουν οἱ ἐνδιαφερόμενοι. «Ἑλληνικὴ Ἱατρικὴ», 33: 12, 1964.

Διὰ τὴν τεχνικὴν ἐφαρμογὴν τῆς Τ. Χ. ἀπαραίτητος εἶναι ἡ ὑπαρξίς πείρας, οὐχὶ μόνον εἰς τὰ προβλήματα τῆς ἐξωσωματικῆς κυκλοφορίας, ἀλλὰ καὶ εἰς τὸν χειρισμὸν τῶν μηχανημάτων, διὰ τῶν ὁποίων αὕτη ἐφαρμόζεται. Κατ' αὐτὴν λαμβάνονται ὑπ' ὄψιν πλείστοι παράγοντες, ὡς εἶναι ἡ δξυγόνωσις τοῦ αἵματος, ὁ καθορισμὸς τοῦ κατὰ 1' ὄγκου παλμοῦ, ἡ χορήγησις τῆς ἡπαρίνης καὶ παπαθερίνης, ἡ ρύθμισις τῶν πιέσεων εἰς τὸ σύστημα τῆς γενικῆς καὶ ἐξωσωματικῆς κυκλοφορίας, ὁ ἔλεγχος διαφυγῆς φαρμάκων εἰς τὴν γενικὴν κυκλοφορίαν.

Ἡμέτεροι περιπτώσεις — Ἀποτελέσματα

Ἐφηρμόσαμεν τὴν Τ. Χ. 10 φορὰς εἰς 9 ἀσθενεῖς τῆς Β' Χειρουργικῆς καὶ τῆς Ὀρθοπαιδικῆς Κλινικῆς τοῦ Γ.Ν.Κ. (Πίναξ 1).

Αἱ περιπτώσεις μας ἀφείρων 6 σαρκώματα (3 ὄστεοσαρκώματα, 1 σάρκωμα τοῦ Ewing, 1 σάρκωμα ἀτρακτοκυτταρικοῦ τύπου καὶ 1 μεσεγγυματογενὲς νεόπλασμα μετὰ σαρκωματοῦδη ἐξαλλαγὴν). Ἀκανθοκυτταρικά καρκινώματα πτέρνης 2. Μελάνωμα 1, ἐπὶ τοῦ ὁποίου ἡ τοπικὴ Χημειοθεραπεία ἐφηρμόσθη δίς.

Εἰς ἀπάσας τὰς περιπτώσεις ἐχρησιμοποιήθη ἡ Mustine, πλὴν τῶν 3, εἰς ἃς ἐχρησιμοποιήθη συνδυασμὸς Mustine καὶ Actinomycine D.

Ἄπαντες οἱ ἀσθενεῖς ἀνένηψαν καὶ μετεγχειρητικῶς ἀντεμετωπίσθησαν καλῶς. Εἰς ὅλους ἐφηρμόσθη ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή, ἐχορηγήθησαν ἀντιβιοτικά-βιταμῖναι καὶ παρηκολούθηθησαν τὰ λευκὰ αἰμοσφαίρια.

Πρώσις τῶν λευκῶν αἰμοσφαιρίων παρατηρήθη κατὰ τὴν 6ην—9ην μετεγχειρητικὴν ἡμέραν. Εἰς μίαν περίπτωσιν, ὁ ἀριθμὸς τῶν λευκῶν αἰμοσφαιρίων κατῆλθεν εἰς 1.800. Ἀπὸ τῆς ἡμέρας τῆς ἐγχειρήσεως, εἰς ἅπαντας ἐχορηγήθη ἡ Leucovorine μέχρι τῆς 15ης ἡμέρας, καὶ εἰς τινὰς ἐξ αὐτῶν ἀπητήθη μετάγγις αἵματος. Εἰς ἅπαντας τοὺς ἀσθενεῖς ἐγένοντο μετεγχειρητικῶς ἐπανειλημμένα ἱστολογικὰ ἐξετάσεις πρὸς παρακολούθησιν. Εἰς δύο ἀσθενεῖς ἐγένετο ἀκρωτηριασμὸς ἀπὸ τοῦ μηροῦ λόγῳ ἐπιπλοκῆς. Εἰς τὴν μίαν περίπτωσιν, μετὰ τὴν τμηματικὴν ἔγχυσιν παρατηρήθη ἰσχαιμία τοῦ σκέλους, λόγῳ θρομβώσεως τῶν ἀγγείων, εἰς τὴν δευτέραν ἀνεπτύχθη οἴδημα τοῦ σκέλους μετὰ φουσαλλίδων (Blinstering) λόγῳ ὑψηλῆς τοξικῆς δράσεως τοῦ φαρμάκου. Ὁ ἀκρωτηριασμὸς ἐδῶ προεδιέπετο, λόγῳ ἐκτεταμένης ὀστικῆς ἀλλοιώσεως τῆς ἄνω κνημιαίας μεταφύσεως (περ. 6).

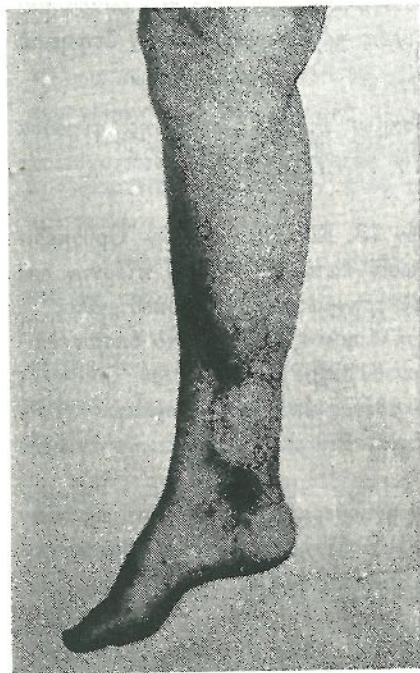
Εἰς τὴν περίπτωσιν τοῦ μελανώματος (περ. 7, εἰκ. 1, 2), λόγῳ τοπικῆς ὑποτροπῆς, προσέθημεν εἰς δευτέραν Τμηματικὴν Χημειοθεραπείαν μετὰ 1 μῆνα περὶ τοῦ. Εἰς τὰ δύο σαρκώματα τῶν ἄνω ἄκρων (περ. 3η καὶ 5η) καὶ εἰς τὸ

Περιπτώσεις Κακοήθων Νεοπλασμάτων επί των όστων έφφηρμόσθη τμηματική χημειοθεραπεία

Περίπτωσης	Είδος όγκου	Θεραπεία πρό τ. Χ.	Τοπική χημειοθεραπεία	Αποτελέσματα
1η Β.Α. 42	Ακανθοκυτταρι κ ό γ καρκίνωμα πτέρνης επί οσλής.	Έκτομή Πλαστική	Νεοέμβριος 1962 MUSTINE 0,6 mg/kg	Έγ ζωή. Έπιόλωσις κατόπιν πλαστικής. Ίασις.
2α Κ.Σ. 57	Αερακτοκυτταρικ ό γ σάρκωμα βραχίονος.— 1957.	Έκτομή Ακτινοθεραπεία ENDOXAN	Μάρτιος 1963 MUSTINE 0,4 mg/kg	Έπιτεύχθη άπεξάρθρωσις. Βελτίωσις. Πνευμονική μετάστ. Θάνατος 5 μήνας μετά τ.Χ.
3η Α.Π. 73	Ακανθοκυτταρι κ ό γ καρκίνωμα πτέρνης επί οσλής.	Ακτινοθεραπεία ENDOXAN	Απρίλιος 1963 MUSTINE 0,4 mg/kg	Έγ ζωή. Ακρωτηριασμός λό- γω Ισχαμιάς. Ίασις (;
4η Κ.Γ. 13	Σάρκωμα Ηwing κνήμης. Μάρτιος/68.	—	Μάιος 1963 MUSTINE 0,5 mg/kg	Βελτίωσις. Ύποτροπή. Ακρω- τηριασμός. Πνευμονική μετάστ. Θάνατος 6 μήνας μετά τ.Χ.
5η Ι.Π. 39	Νεόπλασμα σαρκο- ματώδους εξάλλαγής, άντιβραχίου.	Τρεις έκτομαι όγκου.	Δεκέμβριος 1963 MUSTINE 0,4 mg/kg	Ακρωτηριασμός — Βελτίωσις. Πνευμονική μετάστασις. Θάνατος 20 μήνας μετά τ.Χ.
6η Κ.Π. 19	Όστεολυτικόν σάρ- κωμα κνήμης. Μάιος 1963.	Ακτινοθεραπεία	Φεβρουάριος 1964 MUSTINE 0,5 mg/kg Actinomycine D 20 mg/kg	Φυσαλλίδωσις — Ίσχαμία — Α- κρωτηριασμός — Βελτίωσις. Πνευμον. μετάστασις. Θάνατος 5 μήνας μετά τ. Χ.
7η Α.Κ. 45	Μελάνωμα Πτέρνης —Κνήμης.	—	α) Ιούλιος 1964 β) Ιούλιος 1964 MUSTINE 0,4 mg/kg Actinomycine D 20mg/kg	Βελτίωσις — Ύποτροπή Μετάστασις Θάνατος 6 μήνας μετά τ. Χ.
8η Α.Μ. 11	Όστεολυτικόν — Ό- στεοπλαστικόν όσσο- γενές σάρκωμα μηρού.	Βιοψία.	6.5.66 MUSTINE Endoxan	Μικρά βελτίωσις. Μεταστάσις έντός μηνός ΣΣ, Πνεύμονες.
9η Π.Μ. 21	Όστεοπλαστικόν — Ό- στεογενές σάρκωμα κνήμης.	Βιοψία. Ακτινοθεραπεία	20.5.66 MUSTINE Endoxan	Βελτίωσις. Έκτομή του όγκου, άποκατάστασις διά μοσχεύμα- τος.

σάρκωμα του Ewing) (περ. 4η) τής τοπικής Χημειοθεραπείας, επηκολούθη-
 σεν άκρωτηριασμός και άκτινοθεραπεία πρὸς άποφυγήν αναζωπυρώσεως τοῦ
 ὄγκου. Ἐπὶ τοῦ 1ου άκανθοκυτταρικοῦ καρκινώματος (περ. 1η) έπετεύχθη
 ἡ νέκρωσις τοῦ ὄγκου και κατέστη δυνατὴ ἡ άφαίρεισις αὐτοῦ και ἡ πλα-
 στική επικάλυψις.

Εἰς άπάσας τὰς περιπτώσεις, τὸ ὄμισον μετεγχειρητικὸν αποτέλεσμα



Εἰκὼν 1. Μετὰ τὴν 1η Perfusion και άφαί-
 ρεσιν τοῦ μελανώματος.



Εἰκὼν 2. Μελάνωμα, πρὸ τῆς Perfu-
 sion.

ὕπῃρξεν ίκανοποιητικὸν και ἔάν δέν έπετεύχθη διάσωσις ὄλων τῶν μελῶν,
 ἐν τούτοις κατέστη δυνατὴ ἡ ριζική χειρουργική θεραπεία ἢ ἡ παράτασις
 τῆς ζωῆς και ἡ κλινική δελτίωσις τῶν άσθενῶν.

Ἐξ ὄλων τῶν περιπτώσεών μας, αἱ τρεῖς ζοῦν σήμερον και ἔχουν καλῶς.

Περίπτωσις 1η: κ. Β.Α. ἑτῶν 42. Εἰσῆλθεν εἰς τὴν Β' Χειρουργι-
 κὴν Κλινικὴν τὴν 20.8.62 δι' άκανθοκυτταρικὸν καρκίνωμα δεξιᾶς πτέρνης
 ἐπὶ οὐλῆς παλαιοῦ ἐγκαύματος. Ἐγένετο άφαίρεισις και πλαστική δι' ἑλευ-
 θέρου μοσχεύματος. Μετὰ ἐξάμηγον, ἔμφανίσασα ὑποτροπήν τοῦ ὄγκου, ἔπαν-

εισάγεται φέρουσα διόγκωσιν μεγέθους δεκαδράχμου, με χείλη ανώμαλα και πυθμένα ρυπαρόν.

Λόγω τῆς ύποτροπῆς τοῦ ὄγκου ἀποφασίζεται ἡ ἐφαρμογὴ τοπικῆς χημειοθεραπείας διὰ τῶν ἰγνουακῶν ἀγγείων με χορήγησιν Mustine 0,6 mg/kg. Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία ὑπῆρξεν ὁμαλὴ, μικρὰ δὲ πτώσις τῶν λευκῶν ἀντιμετωπίσθη τῇ χρήσει Leucovorine.

Τοπικῶς, παρατηρήθη σμίκρυνσις τῆς ἐλκώσεως καὶ ἀρχὴ νεκρώσεως τοῦ ὄγκου. Μετὰ ἓνα μῆνα περίπου, ἐγένετο ὀλικὴ ἐξαίρεσις τοῦ ὄγκου καὶ νέα πλαστικὴ. Ἐκτοτε, ἡ ἀσθενὴς ἔχει καλῶς μέχρι σήμερον, 2½ ἔτη μετὰ τὴν ἐπέμβασιν.

Ἡ δευτέρα περίπτωσις ὅπου ἐφηρμόσαμεν T. X., ζῆ ἐπίσης, φέρουσα ὅμως ἀκρωτηριασμὸν ἀπὸ τοῦ μηροῦ, λόγῳ μετεγχειρητικῶς ἀναπτυχθείσης ἰσχαιμίας ἐκ θρομβώσεως τῶν ἀγγείων.

Π ε ρ ί π τ ω σ ι ς 3η : Α. Π. ἐτῶν 73. Εἰσῆλθεν εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τὴν 28.3.63 φέρουσα ἐξέλκωσιν κατὰ τὴν δεξιάν πτέρυγην ἐπὶ ὑπαρχούσης οὐλῆς προκληθείσης ἐκ παλαιοῦ τραυματισμοῦ τοῦ ὑποδήματος.

Ἡ ἐξέλκωσις ἔχει τὸν χαρακτῆρα νεοπλασματος, πρᾶγμα τὸ ὁποῖον ἐπιβεβαιούται καὶ διὰ βιοψίας. (Ἄριθ. Μητρ. 6132/62).

Τοῦναντίον, ἡ βιοψία τοῦ βουβωνικοῦ ἀδένος ὑπῆρξεν ἀρνητικὴ.

Ἡ ἀσθενὴς ὑπεβλήθη εἰς ἀκτινοθεραπείαν καὶ κυτταροστατικὴν ἀγωγὴν ἀνευ ἀποτελέσματος.

Ἀποφασίζεται ἡ ἐκτέλεσις τοπικῆς χημειοθεραπείας διὰ τῶν μηριαίων ἀγγείων, τῇ χρήσει Mustine 0,5 mg/kg. Ἡ ἀσθενὴς ἀπὸ τῆς 4ης μετεγχειρητικῆς ἡμέρας παρουσίασεν ἰσχαιμίαν τοῦ σκέλους μέχρις ὑπερθεῖν τοῦ γόνατος καὶ ὡς ἐκ τούτου ὑπεβλήθη εἰς ἀκρωτηριασμὸν ἀπὸ τοῦ μηροῦ (16.6.63). Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία ὑπῆρξεν ὁμαλὴ. Τελευταία ἐξέτασις ἔχει καλῶς (23.4.64).

Π ε ρ ί π τ ω σ ι ς 9η. κ. Π. Μ. 21 ἐτῶν. Εἰσῆλθεν εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τὴν 27.3.66, ὡς παρουσιάζουσα διόγκωσιν εἰς τὴν ἄνω κνημιαίαν μετάφυσιν δεξιᾶ, ἀπὸ ἔτους. Ὑπεβλήθη ἀλλαγῶ εἰς βιοψίαν (πρὸ 6 μηνῶν) καὶ ἀκτινοθεραπείαν.

Ἡ ὡς ἄνω διόγκωσις εἶναι μεγέθους πορτοκαλίου, σκληρὰ καὶ ἐπώδυνος. Ἀναφέρει καταβολὴν τῶν δυνάμεων καὶ ἀπίσχανσιν.

Ψηλαφῶνται ἀραιοὶ βουβωνικοὶ ἀδένες.

1.4.66. Βιοψία ὄγκου καὶ ἀδένων. Ἄριθ. Μητρ. 13076/1.4.66.

Συμπέρασμα: α) Ὄστεοπλαστικὸν ὀστεογενὲς σάρκωμα.

β) Χρονία μὴ εἰδικὴ λεμφαδενίτις.

20.5.66 Perfusion διὰ τῶν μηριαίων ἀγγείων, διὰ Endoxan καὶ Mustine.

Μετεγχειρητική πορεία απολύτως ήμαλή. Τριχόπτωσις.

20.5.66. Νέα βιοψία του ὄγκου, 7 ἡμέρας μετὰ τὴν Perfusion «ἐκσεσημασμένες ἐκφυλιστικὲς ἀλλοιώσεις». Βουδωνικοὶ ἀδένες ἀρνητικοί.

Κατόπιν τῆς ιστολογικῆς εἰκόνας, ἀποφασίζομεν τὴν ἐκτομὴν τοῦ τμήματος τῆς κνήμης τοῦ φέροντος τὸν ὄγκον.

20.6.66. Ἐγχειρήσις. Κατ' αὐτὴν ἐκτέμνομεν τὸ ἄνω τμήμα τῆς κνήμης, τὸ φέρον τὸν ὄγκον, μήκους 13 ἐκ. Πρὸς ἀναπλήρωσιν τοῦ δημιουργηθέντος χάσματος ἐφαρμόζομεν τὴν τεχνικὴν τοῦ Zuvara - Merle d' Aubigné. Κατ' αὐτὴν, τέμνομεν τὸν ἔξω μηριαῖον κόνδυλον καὶ τμήμα τῆς διαφύσεως τοῦ μηριαίου μ. 15 ἐκ. Τὸ ὀστικὸν αὐτὸ τεμάχιον, ἀναστρέφοντες, τοποθετοῦμεν ἐν εἴδει γεφύρας μετὰ τοῦ μηριαίου καὶ τοῦ περιφερικοῦ τμήματος τῆς κνήμης καὶ τῆς κεφαλῆς τῆς περόνης. Στερεοῦμεν διὰ 4 κοχλιῶν, προσθέτοντες ἐνδομυελικὸν ἦλον μήκους 65 ἐκ., καταλαμβάνοντα τὸν μηρὸν καὶ κνήμην.

Τοποθετοῦμεν ἐπίσης ὀστικά μισχεύματα, ὡς καὶ τὴν ἐπιγονατίδα μετὰ τοῦ ἐπ' αὐτοῦ τένοντος τοῦ τετρακεφάλου.

Ἡ ιστολογικὴ ἐξέτασις τοῦ ἀφαιρεθέντος ὄγκου (ἀριθ. Μητρ. 13493/20.6.66) ἐπιβεβαιῶσιν τὴν διάγνωσιν, ὅτι πρόκειται περὶ «ὄστεοπλαστικοῦ ὄστεογενεοῦς σαρκώματος, ἐμφανίζοντος ὁμῶς βαρείας ἐκφυλιστικὰς ἀλλοιώσεις, ἐξικνουμένας μέχρι πλήρους νεκρώσεως».

Ἡ ιστολογικὴ αὕτη ἐξέτασις ἀποδεικνύει τὴν εὐεργετικὴν ἐπίδρασιν τῶν κυτταροστατικῶν φαρμάκων, αὕτη δὲ μᾶς ἐπέτρεψε τὴν ριζικὴν καὶ ἐκτεταμένην ἐκτομὴν τοῦ ὄγκου, ὡς καὶ τὴν ἀποκατάστασιν τοῦ σκέλους.

Ἡ ἀσθενὴς σήμερον, 5 μῆνας μετὰ τὴν Perfusion καὶ 4 μῆνας μετὰ τὴν ἐκτομὴν τοῦ ὄγκου, ἔχει ἀναλάβει πλήρως ἀπὸ ἀπόψεως γενικῆς κλινικῆς καταστάσεως, ἀνακτῆσεως σωματικοῦ βάρους.

Δὲν ἀλγεῖ καὶ πιστεύομεν ὅτι θὰ ἀποκατασταθῇ πλήρως.

Αἱ λοιπαὶ περιπτώσεις δὲν εὐρίσκονται ἐν τῇ ζωῇ σήμερον. Ἐπρόκειτο περὶ 5 σαρκωμάτων καὶ ἐνὸς μελανώματος.

Τὸ ἀποτέλεσμα δὲν ὑπῆρξε καλὸν ἀπὸ ἀπόψεως τελικῆς ἰάσεως, ἐφ' ὅσον οἱ ἀσθενεῖς μας ὑπέκυψαν εἰς τὴν νόσον.

Ἐν τούτοις, νομίζομεν ὅτι θὰ ἤξιζε νὰ ἀναφερθῇ ὅτι διὰ τῆς ἐφαρμογῆς τῆς T. X. ἡλλάγη ἡ πορεία τῆς νόσου.

Ἡ ἀλλαγὴ αὕτη τῆς πορείας τῆς νόσου καὶ τῆς παρατάσεως τῆς ζωῆς τῶν ἀσθενῶν μας εἶναι μίᾳ μικρᾷ νίκῃ ἐναντίον τῆς φοβερᾶς νόσου. Ἐπίσης, τὸ γεγονός, ὅτι χάρις εἰς τὴν T. X. ἐδώσαμεν εἰς τοὺς ἀσθενεῖς μας τὴν δυνατότητα νὰ διέλθουν καλῶς μῆνας τινὰς ἀφ' ὅτου ἐξεδηλώθη ἡ νόσος των

και με αναπτερωμεγον ηθικόν, ειναι γεγονότα, τα όποια δέν πρέπει να υποτιμηθούν.

Και εις τας 5 περιπτώσεις σαρκωμάτων, ιδιαιτέραν εντύπωσιν μās επροξένησε το άμεσον καλόν αποτέλεσμα.

Από τής έσπέρας τής έγχειρητικής ήμέρας, οι άσθενεις άνακουφίζονται εκ του άλγους και ταχέως άναλαμβάνουν, άνακτούν δρεξιν, ό ύπνος των άποκαθίσταται, αρχίζουν να έλπίζουν.

Δυστυχώς, ή βελτίωσις αύτη είναι τελείως προσωρινή.

Επακολουθούν μεταστάσεις.

Και οι 5 άσθενεις μας απέθανον εκ πνευμονικής μεταστάσεως εις διάστημα 5 μηνών, 6 μηνών, 20 μηνών, 5 μηνών και 1 μηνός, άντιστοίχως από τής έφαρμογής τής Τοπικής Χημειοθεραπείας.

Εν συμπεράσματι, δυνάμεθα να εΐπωμεν ότι ή Τ. Χ. άποτελει πρόδοόν τινα διά τήν θεραπείαν ώρισμένων μορφών και έντοπίσεων νεοπλασμάτων, ότι δέν τήν άντικαθιστά, αλλά συμπληρώνει τήν κλασσικήν θεραπευτικήν άγωγήν.

Ότι δι' αύτης έπιτυγχάνεται ή ένδαρτηριακή χορήγησις μεγάλων δόσεων κυτταροστατικών φαρμάκων και περιορίζονται σημαντικώς αι τοξικαι επιδράσεις επί του λοιπού όργανισμού.

Ότι επί σαρκωμάτων, ή Τ. Χ. δίδει άμεσα θεαματικά αποτελέσματα, πλην όμως προσωρινά.

Ότι δύναται να έφαρμοσθή ως παρηγορητική θεραπεία επί προκεχωρημένων μορφών, δεδομένου ότι ταχύτατα έξαφανίζει το άλγος.

Ότι ή μέθοδος εύρίσκεται ακόμη εν έξελίξει, εν άναμονή άνευρέσεως καταλλήλου, φαρμάκου, ύψηλής κυτταροστατικής δράσεως και μικράς τοξικής τοιαύτης.

S U M M A R Y

REGIONAL PERFUSION IN THE TREATMENT OF NEOPLASTIC DISEASES OF THE EXTERMITIES.

by

C. S. ELIOPOULOS, B. KARAGEORGIS, S. MILINGOS, A. PARARKEVAS.

The technique of regional perfusion of malignant tumors with chemotherapeutic agents utilizing the heart lung apparatus has been outlined.

Utilizing these techniques, the results of 10 regional perfusions on 9 patients are described.

The results suggest that the method is useful for palliation of regionally confined but far advanced lesions.

Perfusion may be useful for adjuvant chemotherapy of localized lesions.

In the case of malignant melanoma objective changes have been produced with frequency.

Wide variations in response occur in different patients and in the same patient.

Better methods of drug selections may improve these results.

Meanwhile it is suggested that regional perfusion should be used in the primary treatment of malignant melanoma as an adjuvant to surgery.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

Β. ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΗΣ — Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ και συνεργάται :

1. 'Ελληνική 'Ιατρική : 33 : 12, 1964.
2. 'Ελληνική Χειρουργική : ΙΓ : 1, 1966.

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Περιπτώσις άλγεινης όστεοπαρώσεως ήφειλομένης εις ύπερπαραθυρεοειδισμόν.
('Εδημοσιεύθη εις 'Ορθ. Χρον. 'Ασκλ. Βούλας Τ 2 1965 σελ. 442).

Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, ΕΜΜ. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ, Γ. ΔΕΛΙΔΗΣ: 'Επ' εύκαιρία μιās περιπτώσεως γλυμαγγειώματος (Glomus - Tumor).
('Εδημοσιεύθη εις 'Ορθ. Χρον. 'Ασκλ. Βούλας Τ 2 1965 σελ. 469).

