

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ
ΚΑΙ
ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ



ACTA ORTHOPEDICA HELLENICA

ΤΟΜΟΣ 18

◆ ΕΤΟΣ 1966 ◆

ΤΕΥΧΟΣ 1

ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ — Π. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ

ΟΡΓΑΝΟΝ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ & ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΘΗΝΑΙ
1 9 6 8

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΝ

ΕΤΟΣ 1966

Πρόεδρος:	Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ
Ἀντιπρόεδρος:	Δ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Γεν. Γραμματεὺς:	Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ
Ταμίας:	Ι. ΑΓΝΑΝΤΗΣ
Εἰδικὸς Γραμματεὺς:	Γ. ΜΕΤΑΞΑΣ

ΜΕΛΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ

Buxton M., Saint - John G. D. 16, Roehampton Gate,
London S. W. 15, 'Αγγλία
Sir Herbert Seddon, 234 Great Portland St., London W1

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

'Ονοματεπώνυμον	Διεύθυνσις	T.T	Τηλ.
1. 'Αγνάντης 'Ιωάννης	Λουκιανού 14	139	717.454
2. 'Αδαμόπουλος Μιχαήλ	Σαρανταπόρου 15	905	883.078
3. 'Αμπατζής Δημήτριος	Α. Κηφισίας 102	607	779.656
4. 'Αναγνωστόπουλος Νικ.	Τριγλείας 6. Ν. Σμύρνη		931.482
5. 'Ανδριόπουλος Μιχαήλ	Δημοκρίτου 1	134	614.933
6. 'Αντωνόπουλος Παναγ.	Γκυιλόφδου 14	104	812.815
7. 'Αρζιμάνογλου 'Αντώνιος	'Ηροδότου 3	138	715.800
8. 'Αγορόπουλος Ζήσης	Στουρνάρα 47α	148	639.392
9. Βαγιανός Ευάγγελος	Μεϊντάνη 19	404	910.713
10. Βαλής Νικόλαος	Βαλαωρίτου 9	134	612.509
11. Βαρούχας Γεώργιος	Σκουφά 27	134	615.664
12. Βατόπουλος Περικλής	Μητροπόλεως 10	126	225.420
13. Βουρεξάκης 'Πρακλής	'Αλ. Σούτσου 20	134	632.642
14. Γαροφαλίδης Θεόδωρος	'Ομήρου 24	135	611.340
15. Γαλάνης 'Ιωάννης	Στουρνάρα 51	102	525.010
16. Γιαννίκας 'Αναστάσιος	'Ηρακλείτου 5	136	771.646
17. Γιοβανίδης Χαρίλαος	'Ασκληπιού 1	143	627.237
18. Γιώτης Κων/νος	'Ιπποκράτους 75	144	611.502
19. Δανιηλίδου Μαρία	Δάμωνος 1 - 3	815	676.593
20. Δήμητσας Μενέλαος	'Υψηλάντου 12	139	711.082
21. Δένος 'Εμμανουήλ	Ν. Δούκα 5	138	727.883
22. Διακομόπουλος Γεώργιος	Ευαγ. Καραβία 1	906	888.943

23. Δρεττάκης Ἐμμανουήλ	Ἵψηλάντου 35	140	710.736
24. Ζαούσης Ἀλέξανδρος	Κανάρη 23	134	611.286
25. Ἰλιόπουλος Γ. Κων/νος	Καρνεάδου 40	139	721.296
26. Ἰλιόπουλος Σ. Κων/νος	Ἵμῆρου 50	135	611.291
27. Θεοδώρου Σταμάτιος	Μαυρομματαίων 19	104	834.945
28. Καββαδίας Ἀπόστολος	Ἵμῆρου 50	135	624.250
29. Καμπέρογλου Κίμων	Σίνα 10	135	612.058
30. Καμπούρογλου Γεώργιος	Σεμιτέλου 2α	611	785.894
31. Καραβίας Διονύσιος	Ἰσκληπιοῦ 7	143	613.383
32. Καρακώστας Μαρσέλος	Πατρ. Ἰωακείμ 53	140	721.444
33. Καραμπαρπούνης Λουκάς	Τοσίτσα 11	148	839.601
34. Κάτσαρης Νικόλαος	Μακεδονίας 8	103	810.661
35. Κλωνιζάκης Μιλτιάδης	» 37	109	813.127
36. Κονταργύρης Δημήτριος	Ἰπποκράτους 127	144	627.608
37. Κόντος Παντελέων	Ἐσπερίδων 73 Καλλιθέα	—	967.777
38. Καπέτσης Πολυχρόνης	Μαυρομματαίων 5	104	816.332
39. Λιβαθινόπουλος Γεράσ.	Σατωβριάνδου 54	107	523.468
40. Λεωνίδης Σπυρίδων	Ἵμῆρου 27	135	638.980
41. Λιούγκας Ματ.	Ἰ. Μεταξᾶ 4 Γλυφάδα	—	—
42. Μεταξᾶς Γεράσιμος	Σόλωνος 102	144	624.739
43. Ματσούκας Ἰωάννης	Κάνιγγος 29	147	632.857
44. Μιχαήλ Ἰωάννης	Σκουφᾶ 56	135	616.002
45. Μιχαλάτος Γεράσιμος	Βουκουρεστίου 34	134	616.183
46. Μουρούλης Δημήτριος	Σόλωνος 125	142	615.615
47. Νικηφοράκης Ἰωάννης	Δεριγνὸν 20α	104	840.841
48. Νικολακάκος Γεώργιος	Β. Γεωργίου Α' 11 Πειρ.	—	477.495
49. Παῖσιος Κων/νος	Νεοφύτου Βάμβα 3	138	628.087
50. Παναγιωτόπουλος Γ.	Μαρασλῆ 29	140	712.310
51. Παπαβασιλείου Νικόλαος	Πύλου 30	—	—
52. Παπαδημητρίου Δημήτ.	Καρνεάδου 4	139	716.850
53. Παπαδόπουλος Εὐάγγ.	ἸΑναξαγόρα 12 Πειρ.	—	410.574
54. Παπαϊωάννου Ἰωάννης	Βασ. Κων/ντίνου 94. Πειρ.	—	413.280
55. Παπαλέτσος Μιχαήλ	Μαυρομματαίων 2	147	818.939
56. Παπαθανασίου Βασίλειος	Πατρ. Ἰωακείμ 50	140	712.558
57. Παρασκευᾶς Ἀθανάσ.	Καραῖσκου 106 Πειραιεύς	—	472.542
58. Πετρόπουλος Βασίλειος	Μέρλιν 11	134	623.522
69. Πουτέτσης Σπυρίδων	ἸΗπείρου 6	103	830.409
60. Πρωτογήρου Κων/νος	ἸΗροδότου 31	136	718.480
61. Πρωτοπαπᾶς Περικλῆς	Ν. Δούκα 5	158	710.127
62. Ρέντης Γρηγόριος	Σολωμοῦ 64	102	535.493

710.736	63. Ρηγόπουλος Χρήστος	Αΐγλης 4 Νέον Ψυχικόν	—	676.035
611.286	64. Ρουμελιώτης Δημήτριος	Γ' Σεπτεμβρίου 54	136	837.550
721.296	65. Σκαράκης Νικόλαος	Κολοκοτρώνη 78α Πειρ.	102	475.737
611.291	66. Σκεύης Ξάνθος	Στουρνάρα 51	102	526.166
834.945	67. Σουρμελής Βενιζέλος	Βησσαρίωνος 3	135	617.253
624.250	68. Σπινθουράκης Φιλήμων	'Ηπείρου 6	103	815.345
612.058	69. Σμυρνής Παναγ.	Ν. Δούκα 3	138	716.922
785.894	70. Συμεωνίδης Παναγιώτ.	'Ομήρου 32	135	629.134
613.383	71. Τρανός Βασίλειος	Λουκιανού 5	139	714.435
721.444	72. Τσιμπούκης Βασίλειος	'Αλωπεκής 40	140	722.712
839.601	73. Τσουπαρόπουλος Δημοσθ.	Μαυρομματαίων 15	104	822.156
810.661	74. Φραγκάκης Έμμαν.	Δημοκρίτου 19	136	627.952
813.127	75. Χατζηδάκης Κων /νος	Λουκιανού 1	139	714.821
627.608	76. Χαρτοφυλακίδης Γεώργ.	'Ομήρου 24	135	623.265
967.777	77. Χούπης Χαρίλαος	'Αλκιβιάδου 118 Πειρ.	—	474.002
816.332	78. Χρυσάφης Εύαγγ.	Χαρ. Τρικούπη 42	144	628.373
523.468	79. Χρυσανθάκης Χρύσανθος	Σκουφᾶ 77	144	614.191
638.980				

ΕΚΤΑΚΤΑ ΜΕΛΗ

624.739				
632.857				
616.002				
616.183				
615.615				
840.841				
477.495				
628.087				
712.310				
—				
716.850				
410.574				
413.280				
818.939				
712.558				
472.542				
623.522				
830.409				
718.480				
710.127				
535.493				
	ΑΑ	'Ονοματεπώνυμον	Διεύθυνσις	ΤΤ Τηλ.
		1. Βενέρης Γεώργιος	Γεν. Κρατ. 'Αθηνῶν	— —
		2. Βουζούλιας Σταῦρος	Γεν. Κρατ. 'Αθηνῶν	— —
		3. Γαροφαλάκης Έμμαν.	'Ασκληπιεῖον Βούλας	— 839.260
		4. Γκερεδάκης Θεόφιλλος		— —
		5. Γαλανός Πάρις	Ν. Βάμβα 5	138 638.581
		6. Δημητρίου 'Ιωάννης	Φιλολάου 75	506 768.446
		7. 'Εξάρχου Εύαγγελος	Στουρνάρα 63	102 528.950
		8. Καραδήμας 'Ιωάννης	Κλαδᾶ 32	410 913.118
		9. Καραμπασάκης Γεώργιος	Πιπίνου 19	908 837.633
		10. Κιουρκτσής Εύαγγελος	Λ. Κηφισίας 74	908 648.130
		11. Κοντογιάννης Παναγ.	» 22	609 775.779
		12. Λάμπρου Λουκιανός	'Ιπποκράτους	— 663.887
		13. Μουζουράκης 'Ιωάννης	'Ασπασίας 4 Περισσός	— 290.712
		14. Πανταζόπουλος Θεόδωρος	'Ακαδημίας 28	— 632.731
		15. Παπαβασιλείου Δημητρ.	'Αγρινίου 34	220 871.913
		16. Παπαδόπουλος Χαραλ.	'Αδραμυτίου 30 Ν. Σμύρνη	— 931.414

17. Μοράκης 'Ανδρέας	Πλατ. Αιγύπτου 1		811.275
18. Σιαπκαράς Χρήστος	Γεν. Κρατικόν 'Αθηνών		
19. Στάμος Κων/νος	Ζωναρά 20	708	667.862
20. Στεργιώτης Σπυρίδων	Μάρνη 8	103	825.680
21. Σπυρόπουλος Κωνστ.	'Ασκληπιείον Βούλας		
22. Στρατηγάκης Γεώργιος	'Αγλαύρου 5	401	930.316
23. Τριανταφύλλου Ν.	Περθενώνος 3	402	
24. Φερεσιάδης 'Αναστ.	Παπαδιαμαντοπούλου 102	622	777.358
25. Φραγκιαδάκης 'Εμμαν.	Κορδιγκτωνός 20	813	816.686

ΑΝΤΕΠΙΣΤΕΛΛΟΝΤΑ ΜΕΛΗ

ΑΑ	'Ονοματεπώνυμον	Διεύθυνσις	Πόλις
1.	'Αθανασιάδης Χρῖστος	Ρουσβελτ 56	Θεσ/νίκη
2.	'Ασλάνογλου Θεόδωρος	Διογέννη 4	"
3.	'Αφαλιωνιάτης 'Αλέξανδρος		"
4.	Ζάχος 'Απόστολος	Πλ. 'Αγίας Σοφίας	"
5.	Θεοδούλου Γλαῦκος		Η.Π.Α.
6.	Κουκουράκης 'Ιωάννης	'Ηράκλειον	Κρήτη
7.	Οικονόμου Γεώργιος	Βασ. Σοφίας 4	Θεσ/νίκη
8.	Σαραντόπουλος Κων/νος		Η.Π.Α.
9.	Στεφανίδης Βλαδήμηρος	Μ. 'Αλεξάνδρου	Θεσ/νίκη
10.	Χανιώτης Θεόδωρος	'Ηράκλειον	Κρήτη
11.	Χουλιάρης Κωνσταντῖνος		Λάρισα



ΠΙΝΑΞ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίς
Α. ΑΡΖΙΜΑΝΟΓΛΟΥ, Β. ΤΣΙΜΠΟΥΚΗΣ, Ε. ΒΑΓΙΑΝΟΣ: 'Η όστεοτομία τής λεκάνης κατά Salter, επί συγγενούς έξαρθήματος του ισχίου ..	41
Γ. ΒΑΡΟΥΧΑΣ, Ι. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ: Παρατηρήσεις επί των παραμορφώσεων των άκρων ποδών, επί 1126 νεοσυλλέκτων ναυτών.	110
Γ. ΒΑΡΟΥΧΑΣ, Ι. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ, Β. ΜΑΤΖΑΡΗΣ: Περίπτωσης άμφοτεροπλεύρου συγγενούς άνω κερκιδωλενικής συνοστεώσεως.	116
Δ. ΒΑΣΙΛΑΣ: 'Αθλητιατρική και 'Ορθοπαιδική.	63
Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Μεμονωμένοι βλάβαι του παλαμιαίου μεσοστέου νεύρου του αντιβραχίου.	130
Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗΣ: 'Η διά παρακεντήσεως βιοψία των σπονδυλικών σωμάτων.	27
Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ, Γ. ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗΣ, Δ. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: 'Ολική άφαιρέσις ώμοπλάτης και βραχιονίου, επί έχινοκοκκιάσεως αυτού, μετ' έπιδείξεως του άσθενούς.	60
Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗΣ: Διόρθωσις άγκυλώσεως του γόνατος έν κάμψει, έπ' εύκαιρία ύπερκονδυλίου κατάγματος.	93
Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ: Περίπτωσης συνδρόμου Kierrel - Feil χειρουργηθείσα.	118
Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Α. ΧΑΤΖΗΠΑΥΛΟΥ: 'Υποπερισστικά κατάγματα του άνω άκρου τής ώλένης, μετ' έξαρθήματος τής κεφαλής τής κερκίδος επί παιδών.	120
Ι. ΚΟΥΚΟΥΡΑΚΗΣ, Ι. ΜΑΤΣΟΥΚΑΣ: Σύνδρομον, Ehlers - Danlos.	57
Ι. ΚΟΥΚΟΥΡΑΚΗΣ, Ι. ΜΑΤΣΟΥΚΑΣ: Οίκογενής ύποφωσφαταιμία, προβαλλομένη ώς άνθεκτική ραχίτις επί θηλέων, εις τρεις διαδοχικάς γενεάς.	127
Γ. ΛΙΒΑΘΥΝΟΠΟΥΛΟΣ: 'Ανάγκη περιορισμού τής χορηγουμένης κορτιζόνης εις την ρευματοειδή και παραμορφωτικήν άρθρίτιδα.	57
Ι. ΜΑΤΣΟΥΚΑΣ, Ι. ΚΟΥΚΟΥΡΑΚΗΣ, Μ. ΤΣΑΤΣΑΚΗΣ: Τυπική μορφή δυσχονδρωματώσεως, η νόσος των Α. Legi και J. Weill.	55
MARMOR L.: Χειρουργική θεραπεία τής ρευματοειδούς άρθρίτιδος:	72
Γ. ΜΕΤΑΞΑΣ: Περίπτωσης κεντρικού τραυματικού έξαρθήματος ισχίου, εις άτομον πάσχον έκ Tabes Dorsalis.	37
Κ. Ι. NISSEN ('Αγγλία): 'Όστεοτομία διά την πρώϊμον άνακοπήν τής πρωτοπαθούς όστεοαρθρίτιδος του ισχίου.	51
Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ, Γ. ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗΣ: 'Επίδειξις περιπτώσεως διατομής τενόντων, νεύρου, άρτηρίας, περιοχής καρπού - 'Αποκατάστασις.	102
Γ. ΠΟΥΛΙΑΣ: Χειρουργική των άγγείων, εις τὰ πλαίσια τής συγχρόνου 'Ορθοπαιδικής.	23
Κ. ΠΡΩΤΟΓΗΡΟΥ, Ν. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΛΙΑΚΟΜΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΒΟΝΑΤΣΟΣ: Κλειστή όστεοσύνθεσις διά βελονών Kirschner, επί ύπερκον-	

δυλίων καταγμάτων του βραχιονίου, επί παιδων.	24
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: Περίπτωσης φυματώσεως πτέρνης.	23, 126
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Γ. ΒΕΝΕΡΗΣ: Περίπτωσης άμφο- τεροπλεύρου συγγενούς συνοστέσεως μηνοειδούς, πυραμοειδούς, πισειδούς.	59
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Σ. ΒΟΥΖΟΥΛΙΟΣ: Περίπτωσης κακοήθους συνοβιδώματος άκρου ποδός ύποδυομένου Μαδούρειου πόδα.	88
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Γ. ΠΕΦΑΝΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Γ. ΒΕΝΕΡΗΣ, Ι. ΜΟΥΖΟΥΡΑΚΗΣ: Έπί τριών περιπτώσεων δγκων ήβοΐσχιακού κλάδου μετά σημείων πίεσεως του όρθου, κύστεως και αούρήθρας.	72
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Γ. ΒΕΝΕΡΗΣ: Περίπτωσης συν- δρόμου Klippel - Feil, συνοδευόμενου ύπό έτέρων συγγενών άνωμαλιών.	95
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Ι. ΜΟΥΖΟΥΡΑΚΗΣ, Γ. ΒΕΝΕΡΗΣ: Πύαρθρος ισχίου μετά όστεομυελιτικής πανδουαφυσίτιδος.	96
Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Σ. ΒΟΥΖΟΥΛΙΑΣ: Φυματίωσης ισχιακού κυρτώματος (έπιτυχής έγχειρητική άντιμετώπισις).	100
Π. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ, ΤΟΣΙΟΣ: Όστεοειδές όστέωμα άστραγάλου:	89
Ε. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Α. ΡΩΜΑΝΟΣ, Κ. ΠΡΑΤΣΙΚΑ: Περίπτωσης γιγαντι- αίου μυξολιποσαρκώματος του μηρού.	33
Ε. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ: Κάταγμα Αης πλευράς.	103
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Γ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Λίαν άσυνήθης περίπτωσης χορδώματος Ιεροκοκκυγικής χώρας.	23
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ — ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ, Ε. ΚΙΟΥΡΚΤΣΗΣ: Περίπτωσης άραχνοδακτυλίας μετ' άλλοιώσεων έκ των ό- στών (σύνδρομον Marfan).	24
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Έπί δύο διαφόρου αίτιολογίας περιπτώσεων έκσεσημασμένης παραμορφώσεως των ισχίων.	26
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Παρατηρήσεις επί 38 χειρουργηθεισών περιπτώσεων κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου.	27-153
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Έκ- τοπος όστεοποίησης συνεπεία εύγκαυμάτων.	37
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Γ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Όστικά άλλοιώσεις επί δρεπανοκυτταρικής άναιμίας.	50
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Γ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Όστεοτομία κνήμης κατά την μέθοδον Haas.	94-146
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Άντιμετώπισις τραυμάτων έκ κινηγетικών πυροβόλων όπλων.	94-138
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Α. ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ: Περίπτωσης πολλαπλών καταγμάτων άκαινωδών άποφύσεων έκ μΐκρης συνολικής.	103-151

.. 24
 οσις
 . 23, 126
 ιφο-
 ούς. 59
 οσις
 .. 88
 , J.
 ιετά
 .. 72
 συν-
 .. 95
 χίου
 .. 96
 οσις
 .. 100
 .. 89
 αντι-
 .. 33
 .. 103
 ΗΣ:
 .. 23
 ΗΣ,
 ν δ-
 .. 24
 Επί
 τών
 .. 26
 ΟΥ:
 λίου
 27-153
 Έκ-
 .. 37
 ΗΣ:
 .. 50
 ΗΣ:
 94-146
 ΟΥ:
 94-138
 γλών
 103-151

ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΝ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Άρθρον 1ον. Η Έλληνική Έταιρεία Χειρουργικής Όρθοπεδικής και Τραυματολογίας, ιδρυθείσα έν έτει 1947, διατηρεί τόν αυτόν τίτλον και έδρεύει έν Αθήναις.

Άρθρον 2ον. Η Έταιρεία έχει ιδίαν σφραγίδα, ή όποία φέρει κατά τήν περιφέρειαν τάς λέξεις «Έλληνική Έταιρεία Χειρουργικής Όρθοπεδικής και Τραυματολογίας», εις τό κέντρον δέ τήν λέξιν «Αθήναι», ή παράστασιν τινα όρισθησομένην υπό τής Έταιρείας και τό έτος ίδρύσεως (1947).

Άρθρον 3ον. Σκοπός τής Έταιρείας είναι ή προαγωγή τής Όρθοπεδικής έν Ελλάδαδι.

Πρός εκπλήρωσιν του σκοπου τούτου, ή Έταιρεία :

α) Συνέρχεται εις τακτικάς ή έκτάκτους συνεδριάσεις πάντων τών Έταίρων αὐτῆς, καθ' ός γίνονται ανακοινώσεις επί όρθοπεδικών ή συναφών θεμάτων και επιδείξεις άσθενών ή παρασκευασμάτων ή μόνον τών τακτικῶν αὐτῆς Έταίρων, όταν πρόκειται περί ζητημάτων ειδικῶς τήν Έταιρείαν άφορώντων, και τήν Όρθοπεδικήν έν γένει.

β) Δημοσιεύει τά πρακτικά τών επιστημονικῶν συνεδριάσεων αὐτῆς εις τεύχη, ως εις τό άρθρον 18 καθορίζεται.

γ) Προκηρύσσει επιστημονικά άγωνίσματα επί όρθοπεδικῶν θεμάτων, και

δ) Διοργανώνει Όρθοπεδικάς Ημέρας, ή Όρθοπεδικά και Τραυματολογικά Συνέδρια, έν Αθήναις ή άλλαχοῦ τής Ελλάδος.

ΜΕΛΗ

Άρθρον 4ον. Η Έταιρεία άπαρτίζεται από έκτακτα, τακτικά, επίτιμα και άντεπιστέλλοντα μέλη.

α) Έκτακτα μέλη εκλέγονται Ιατροί, πτυχιούχοι τών ήμετέρων ή ξένων Πανεπιστημίων, εξασκούντες ή ειδικευόμενοι εις τήν Όρθοπεδικήν, ως και Ιατροί άλλων ειδικοτήτων, ένδιαφερόμενοι διά τήν πρόδοον τής Όρθοπεδικῆς.

β) Τακτικά μέλη εκλέγονται εκ των εκτάκτων μελών, ατινα εξελέγησαν ως τοιαύτα πρὸ 3 τοῦλάχιστον ἐτῶν καὶ τὰ ὅποια, ἀφ' ἧς ἐξελέγησαν, ἀνεκοίνωσαν εἰς τὴν Ἑταιρείαν 3 τοῦλάχιστον ἐπιστημονικὰς ἐργασίας καὶ μετέσχον τακτικῶς τῶν συνεδριάσεων αὐτῆς.

Ἐπὶ πλέον, δεόν νὰ κατέχουν τὴν εἰδικότητα τοῦ Ὀρθοπαιδικοῦ καὶ νὰ ἔχουν ἐκπληρώσει τὰς οἰκονομικὰς τῶν ὑποχρεώσεις πρὸς τὴν Ἑταιρείαν.

Εἰς ἐξαιρετικὰς περιπτώσεις, δύναται νὰ προταθῆ ἡ ἐκλογή ἀπ' εὐθείας ὡς τακτικοῦ μέλους, ὀρθοπαιδικοῦ μὴ προσερχομένου ἐκ τῆς τάξεως τῶν ἐκτάκτων μελῶν.

Ὁ ἀριθμὸς τῶν τακτικῶν μελῶν ὀρίζεται εἰς 80.

γ) Ἐπίτιμα μέλη εκλέγονται διακεκριμένοι Ὀρθοπαιδικοὶ ἡμεδαποὶ ἢ ξένοι, κατόπιν προτάσεως τοῦ Δ. Σ. καὶ ἄνευ ὑποβολῆς αἰτήσεως ἐκ μέρους τῶν ἐνδιαφερομένων.

δ) Ἀντεπιστέλλοντα μέλη εκλέγονται Ἴατροι ἔχοντες τὴν εἰδικότητα τοῦ Ὀρθοπαιδικοῦ καὶ μὴ κατοικοῦντες εἰς τὴν περιφέρειαν τῆς ἔδρας τῆς Ἑταιρείας.

Ὅσοι, ἐγκαθιστάμενοι εἰς τὴν περιφέρειαν τῆς ἔδρας τῆς Ἑταιρείας, δύνανται νὰ μεταγραφοῦν εἰς τὴν τάξιν τῶν τακτικῶν, ἐφ' ὅσον κέκτηνται τὰ πρὸς τοῦτο προσόντα.

Δύνανται νὰ ἀνακοινώσουν αὐτοπροσώπως, ἢ δι' ἐτέρου μέλους τῆς Ἑταιρείας, ἐπιστημονικὰς τῶν ἐργασίας.

Ἄρθρον 5ον. Ἑκτακτα — Τακτικά — Ἀντεπιστέλλοντα μέλη εκλέγονται κατόπιν αἰτήσεως τῶν, συνοδευομένης ὑπὸ προτάσεως δύο τακτικῶν μελῶν καὶ διογραφικοῦ σημειώματος.

Ἡ αἴτησις τῶν ὑποψηφίων διαβιβάζεται ὑπὸ τοῦ Δ.Σ. εἰς ὑπ' αὐτοῦ ὀριστομένην ἐπιτροπὴν ἐκ τριῶν τακτικῶν μελῶν ἀπὸ πενταετίας τοῦλάχιστον ἐκλεγέντων. Ἡ ἐπιτροπὴ ὑποχρεοῦται ὅπως τὸ βραδύτερον ἐντὸς μηνὸς ἀπὸ τῆς λήψεως τῆς αἰτήσεως μετὰ τῶν ἀπαραιτῆτων δικαιολογητικῶν, ὑποβάλλῃ εἰς τὸ Δ. Σ. ἔκθεσιν περὶ τῆς ἱκανότητος ἐκάστου ὑποψηφίου. Μετὰ τὴν ὑποβολὴν τῆς ἐκθέσεως ἀναγράφεται εἰς τὸ δελτίον τῆς ἀμέσως ἐπομένης συνεδριάσεως τῆς Ἑταιρείας ὡς θέμα ἡ ἐκλογή τῶν κριθέντων ὡς ἱκανῶν νέων μελῶν.

Ἡ ἐκλογή τῶν μελῶν γίνεται διὰ μυστικῆς ψηφοφορίας τῶν τακτικῶν μελῶν καὶ διὰ πλειοψηφίας τοῦ 1/2 σὺν 1 τῶν παρόντων τακτικῶν μελῶν.

Ἄρθρον 6ον. Ἡ παρουσία τῶν τακτικῶν καὶ ἐκτάκτων μελῶν εἰς τὰς ἐπιστημονικὰς συνεδριάσεις εἶναι ἀπαραίτητος.

Ἡ ἀδικαιολόγητος ἀπουσία ἀπὸ 6 συνεδριάσεις κατ' ἔτος ἀποτελεῖ λόγον διαγραφῆς κατόπιν ἀποφάσεως τοῦ Δ.Σ.

ξελέγησαν
ον, ἀνεκοί-
ι μετέσχον

*Αρθρον 7ον. Ἡ ἐτησία συνδρομὴ δρίζεται ὑπὸ τοῦ Δ.Σ.

Αὕτη δέον νὰ εἶναι ἀνάλογος καὶ οὐχὶ ἀνωτέρα τῆς τῶν ἄλλων Ἐται-
ρειῶν.

οὐ καὶ νὰ
υρείαν.

Υπόχρεοι καταβολῆς αὐτῆς εἶναι τὰ τακτικά, τὰ ἔκτακτα καὶ ἀντεπιστέλ-
λοντα μέλη.

π' εὐθείας
τῶν ἔκτα-

*Αρθρον 8ον. Εἰς πᾶν ἄρθρον τοῦ παρόντος καταστατικοῦ ἀναφερό-
μενα ὡς μέλη νοοῦνται ἐκεῖνα τὰ ὁποῖα ἔχουν ρυθμίσει τὴν πρὸς τὴν Ἐται-
ρειαν συνδρομὴν των.

μεδαποὶ ἢ
ιέρους τῶν

Ἡ μὴ τήρησις τῆς ὑποχρέωσεως καταβολῆς τῆς συνδρομῆς ἐπὶ 2 ἔτη
παρέχει εἰς τὸ Δ.Σ. τὸ δικαίωμα τῆς διαγραφῆς των.

ειδικότητα
ἔδρας τῆς

Ἡ ἀπόφασις αὕτη δέον νὰ ἀνακοινωθῇ εἰς τὴν Ἐταιρείαν καὶ ν' ἀνα-
γραφῇ εἰς τὰ πρακτικά.

ρειάς, δύ-
τηνται τὰ

*Αρθρον 9ον. Παύει τις νὰ εἶναι ἐταῖρος τῆς Ἐταιρείας:

α) Ἐὰν ὑποβάλλῃ παραίτησιν.

β) Ἐὰν διαγραφῇ συμφώνως πρὸς τὰ ἄρθρα 6ον καὶ 8ον.

ς τῆς Ἐ-

γ) Ἐὰν διαγραφῇ ἕνεκεν ἀναξιοπρεποῦς συμπεριφορᾶς, θαρέως ἐπαγγελ-
ματικοῦ σφάλματος ἢ παραδόσεως τοῦ κοινοῦ δικαίου. Εἰς τοιαύτην περίπτωσιν
τὸ Συμβούλιον φέρει τὸ ζήτημα εἰς τὴν Ἐταιρείαν ἣτις ἀποφασίζει διὰ μυστι-
κῆς ψηφοφορίας καὶ διὰ πλειοψηφίας τῶν 2) 3 τῶν παρόντων τακτικῶν
ἐταίρων.

ἔλη ἐκλέ-
τικῶν με-

Ὁ ἐνδιαφερόμενος ἐγκαίρως εἰδοποιούμενος δικαιούται νὰ δώσῃ γρα-
πτὰς ἢ προφορικὰς ἐξηγήσεις εἰς τὴν Ἐταιρείαν.

αὐτοῦ ὀρι-
ὐλάχιστον

*Αρθρον 10ον. Ἡ Ἐταιρεία συνέρχεται εἰς συνεδρίαν τακτικὴν ἢ
ἔκτακτον προσκαλουμένη ὑπὸ τοῦ Γενικοῦ Γραμματέως κατ' ἐντολὴν τοῦ Προ-
έδρου.

ς ἀπὸ τῆς
ἔλη εἰς τὸ

*Αρθρον 11ον. Ἡ πρόσκλησις περιλαμβάνουσα τὰ θέματα τὰ ἀπο-
τελοῦντα τὴν ἡμερησίαν διάταξιν πρέπει νὰ ἀποστέλληται εἰς τὰ μέλη 7 ἡμέ-
ρας πρὸ τῆς συνεδρίας.

τακτικῶν
μελῶν.

Ὁ ἐπιθυμῶν ἐπομένως νὰ κάμῃ ἐπίδειξιν ἢ ἀνακοίνωσιν ὀφείλει νὰ εἰδο-
ποιήσῃ ἐγκαίρως περὶ τούτου τὸν Γεν. Γραμματέα ὥστε τὸ θέμα τῆς ἐπιδεί-
ξεως ἢ τῆς ἀνακοινώσεως νὰ περιληφθῇ εἰς τὴν ἡμερησίαν διάταξιν.

μελῶν εἰς

Ἀμέσως μετὰ τὸ πέρασ τῶν ἀνακοινώσεων τῶν εἰς τὴν ἡμερησίαν διάτα-
ξιν περιλαμβανομένων ἢ καὶ πρὸ τοῦ πέρατος τούτων ἀποφασεῖ τῆς Ἐται-
ρείας δύνανται αὕτη, εἰς συνεδρίαν τῶν τακτικῶν μόνον μελῶν, νὰ ἐπιληφθῇ τῶν
ζητημάτων τὴν Ἐταιρείαν ἀφορῶντων.

λεῖ λόγον

Ἄρθρον 12ον. Ἡ Ἐταιρεία εὐρίσκεται ἐν ἀπαρτίᾳ διὰ μὲν τὰς καθαρῶς ἐπιστημονικὰς συνεδριάσεις οἰοσδήποτε καὶ ἂν εἶναι ὁ ἀριθμὸς τῶν παρόντων μελῶν, διὰ πάντα δὲ τ' ἄλλα ζητήματα ἐφ' ὧν πρέπει ν' ἀποφασίσῃ ἡ Ἐταιρεία καθὼς καὶ διὰ τὴν ἐκλογὴν μελῶν Δ. Σ. ἐὰν παρευρίσκηται τὸ 1) 3 τῶν ἐχόντων δικαίωμα ψήφου καὶ εἰς τὰς Ἀθήνας διαμενοντων μελῶν.

Ἄρθρον 13ον. Μὴ γενομένης τυχὸν ἀπαρτίας ἢ ματαιωθείσα συνεδρία ἀναβάλλεται διὰ τὴν ἐπομένην συνεδρίαν ἢ ἐπαναλαμβάνεται εἰς χρόνον ὑπὸ τοῦ Δ. Σ. ὀριζόμενον ὅποτε ἡ Ἐταιρεία λογίζεται ἐν ἀπαρτίᾳ οἰοσδήποτε καὶ ἂν εἶναι ὁ ἀριθμὸς τῶν παρόντων τακτικῶν ἐταίρων ὄχι ὁμῶς μικρότερος τῶν ἑπτὰ.

Ἄρθρον 14ον. Ἀποφάσεις λαμβάνει ἡ Ἐταιρεία διὰ πλειοψηφίας τῶν παρόντων εἰς συνεδρίαν ἐταίρων ἐπὶ ἰσοψηφίας νικώσης τῆς ψήφου τοῦ Προέδρου.

Ἄρθρον 15ον. Αἱ ἐπιστημονικαὶ συνεδριάσεις τῆς Ἐταιρείας δύναται μετ' ἀπόφασιν τῆς Ἐταιρείας νὰ εἶναι δημόσιαι.

Ἄρθρον 16ον. Κατὰ τὴν διεξαγωγὴν τῆς ἡμερησίας διατάξεως τηρεῖται ἢ εἰς τὴν πρόσκλησιν ἀναγεγραμμένη σειρά δυναμένη νὰ τροποποιηθῇ ὑπὸ τοῦ Προέδρου, συναιούσης τῆς Ἐταιρείας.

Ἡ διάρκεια τῶν μὲν ἐπιδείξεων δὲν πρέπει νὰ ὑπερβαίῃ τὰ 10' τῆς ὥρας καὶ τῶν ἀνακοινώσεων τὰ 20'.

Μετὰ τὸ πέρας τῆς ἐπιδείξεως ἢ ἀνακοινώσεως εἰς τοὺς ἐταίρους τοὺς ἔχοντας νὰ παρατηρήσωσι τὶ τὸ σχετικὸν πρὸς τὸ θέμα δίδει ὁ Πρόεδρος ἐπὶ 5' τῆς ὥρας τὸν λόγον. Ἄν οἱ ζητοῦντες τὸν λόγον εἶναι πολλοὶ καὶ δὲν ὑπάρχει διαθέσιμος χρόνος δύναται ὁ Πρόεδρος νὰ ἀναβάλῃ τὴν συζήτησιν διὰ τὴν προσεχῆ συνεδρίαν.

Μετὰ τὰς παρατηρήσεις τῶν ἐταίρων δίδεται πάλιν ὁ λόγος ὑπὸ τοῦ Προέδρου ἐπὶ 10' εἰς τὸν κύριον ρήτορα, μεθ' οὗ, ἐκ δευτέρου ἐπιτρέπεται νὰ δοθῇ ὁ λόγος μόνον εἰς ἐκεῖνον ὅστις ἐπιθυμεῖ δι' ὀλιγολόγου παρατηρήσεως ν' ἀνασκευάσῃ τι λεχθὲν εἰς ἀντίκρουσιν προσωπικῆς αὐτοῦ γνώμης.

Ἀπάντησιν δικαιούται ὁ ἀρχικὸς ρήτωρ εἰς ὀλιγολόγον ἐπίσης παρατήρησιν μεθ' ἣν λήγει ἢ συζήτησις ἐπὶ τοῦ θέματος.

Ἄρθρον 17ον. Ἡ ἀνακοίνωσις καθὼς καὶ τὰ κατὰ τὴν συζήτησιν λεχθέντα πρέπει νὰ παραδίδωνται ἀμέσως εἰς τὸν Εἰδικὸν Γραμματέα, ἵνα συμπεριληφθῶσιν εἰς τὰ πρακτικά, ἄλλως δὲν δημοσιεύονται.

*Αρθρον 18ον. Μερίμνη τοῦ Δ. Σ. ἐκδίδονται τὰ πρακτικὰ τῶν ἐπιστημονικῶν συνεδριάσεων καὶ ἀνακοινώσεων εἰς εἰδικὸν τεύχος.

Τὸ Δ. Σ. δύναται ν' ἀναθέσῃ εἰς τριμελῆ ἐπιτροπὴν τὴν συντακτικὴν καὶ ἐκδοτικὴν φροντίδα τοῦ ἐν λόγῳ τεύχους.

Τοῦτο ἐκδίδεται: εἰς ἓν ἢ περισσότερα τεύχη κατ' ἔτος ἀναλόγως τῆς ὑπαρχούσης ὕλης καὶ κατόπιν σχετικῆς ἀποφάσεως τοῦ Δ. Σ. Φέρει τὸν τίτλον «Ἑλληνικὴ Χειρουργικὴ Ὀρθοπαιδικὴ καὶ Τραυματολογία» (ACTA ORTHOPEDICA HELLENICA).

Τὸ ἐν λόγῳ τεύχος ἀποτελεῖ τὸ ἐπίσημον ὄργανον τῆς Ε.Ε.Χ.Ο.Τ. καὶ δι' αὐτοῦ ἡ Ἑταιρεία ἐπικοινωνεῖ μὲ τὰ μέλη της.

Εἰς αὐτὸ δύνανται γὰ δημοσιευθοῦν ἕτεροι ἐργασίαι Ὀρθοπαιτικοῦ ἐνδιαφέροντος μὴ ἀνακοινωθεῖσαι εἰς τὴν Ἑταιρείαν καὶ ὑπὸ ἰατρῶν μὴ μελῶν αὐτῆς.

Ἡ ἀξία τοῦ τεύχους ὀρίζεται ὑπὸ τοῦ Δ. Σ. ἀναλόγως τῶν δημιουργηθέντων ἐξόδων πρὸς ἐκτύπωσιν.

*Αρθρον 19ον. Ἡ Ἑλληνικὴ Ἑταιρεία Χειρουργικῆς Ὀρθοπαιδικῆς καὶ Τραυματολογίας διοικεῖται ὑπὸ ἑπταμελοῦς Συμβουλίου ἀποτελουμένου ἀπὸ ἑνα Προέδρου, ἑνα Ἀντιπροέδρου, ἑνα Γενικὸν Γραμματέα, ἑνα Ταμίαν, ἑνα Εἰδικὸν Γραμματέα καὶ δύο Συμβούλους.

Οἱ ἐν τῷ παρόντι ἄρθρῳ ἀναφερόμενοι ἐκλέγονται δι' ἓν ἔτος πλὴν τοῦ Γενικοῦ Γραμματέως καὶ τοῦ Ταμίου ἐκλεγομένων διὰ περίσδον δύο ἔτων.

Τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου δὲν δύναται γὰ συμμετέχωσι μέλη συνδεόμενα πρὸς ἄλληλα διὰ συγγενείας μέχρι καὶ τοῦ 4ου βαθμοῦ.

Τὴν θέσιν τοῦ πρώτου Συμβούλου καταλαμβάνει ὁ Πρόεδρος, τοῦ παρελθόντος ἔτους.

*Αρθρον 20όν. Τὴν θέσιν τοῦ Προέδρου καταλαμβάνει ὁ Ἀντιπρόεδρος τοῦ προηγούμενου ἔτους.

Ἡ ἐκλογή τῶν ὑπολοίπων 5 μελῶν τοῦ Δ. Σ. γίνεται ὑπὸ τῶν Τακτικῶν μόνον μελῶν διὰ μυστικῆς ψηφοφορίας καὶ διὰ πλειοψηφίας τῶν παρόντων Τακτικῶν μελῶν.

Ἡ ἐκλογή λαμβάνει χώραν κατὰ τὴν πρώτην συνεδρίαν τοῦ ἔτους.

*Αρθρον 21ον. Πρὸς κατάληψιν θέσεώς τινος τοῦ Δ. Σ. ὑποβάλλουν ὑποψηφιότητα οἱ ἐπιθυμοῦντες ἐκ τῶν τακτικῶν μελῶν.

Εἰς περίπτωσιν μὴ ὑποβολῆς ὑποψηφιότητος τὸ Δ. Σ. προτείνει 3 μέλη δι' ἐκάστην θέσιν καὶ ἐξ αὐτῶν ἡ Ἑταιρεία ἐκλέγει.

*Αρθρον 22ον. Τὸ οὕτως ἐκλεγόμενον Δ. Συμβούλιον τῆς Ἑταιρείας ἀναλαμβάνει τὴν Διοίκησιν ἀπὸ τοῦ ἐπομένου μηνός, κατ' αὐτὴν τὸ ἀποχωρήσαν Συμβούλιον μετὰ τὴν ἐπιχώρωσιν τῶν πρακτικῶν τῆς προηγουμένης Συνεδριάσεως λογοδοτεῖ διὰ τοῦ Προέδρου αὐτοῦ ἐπὶ τῶν πεπραγμένων τοῦ λήξαντος ἔτους.

Μετὰ τὴν λογοδοσίαν τοῦ Προέδρου ὁ κατὰ τὸ λήξαν ἔτος Ταμίας τῆς Ἑταιρείας δίδει τὸν λόγον τῆς κατὰ τὸ αὐτὸ ἐπίσης ἔτος διαχειρίσεώς του.

*Αρθρον 23ον. Τὸ Διοικητικὸν Συμβούλιον συνέρχεται εἰς συνεδριάσεις εἰς ἃς προσκαλεῖται ὑπὸ τοῦ Γενικοῦ Γραμματέως κατ' ἐντολήν τοῦ Προέδρου συζητεῖ καὶ ἀποφασίζει περὶ ἕλων τῶν ζητημάτων τῶν ἀφορώντων τὴν Ἑταιρείαν, τὸσον τῶν ἀπαιτούντων τὴν ἀπόφασιν τῆς Ἑταιρείας ὅσον καὶ τῶν μὴ ἀπαιτούντων αὐτὴν (Διαχειρίσεως ὀλικῶν, μέσων κλπ.).

Τὰ μέλη τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου πρέπει νὰ εἶναι πολῖται Ἕλληγες ἐξασκούντες τὰ πολιτικὰ αὐτῶν δικαιώματα. Ἀγγούσης τῆς θητείας των δύνανται νὰ ἐκλεγῶσιν ἐκ νέου.

*Αρθρον 24ον. Τὰ μέλη τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου εἶναι προσωπικῶς καὶ ἀλληλεγγύως ὑπεύθυνα διὰ τὴν ἐκπλήρωσιν τῶν ὑποχρεώσεών των, ἀλλὰ δὲν εὐθύνονται δι' ἀποφάσεις λαμβανόμενας εἰς Συνεδρίασιν καθ' ἣν δὲν παρέστησαν ἢ διεφώνησαν. Βεβαιοῦται δὲ ἡ διαφωνία ἐκ τῶν πρακτικῶν τοῦ Συμβουλίου, ἅτινα συντάσσονται ὑπὸ τοῦ Γενικοῦ Γραμματέως καὶ ὑπογράφονται ὑπὸ τῶν παρόντων κατὰ τὴν Συνεδρίασιν μελῶν.

*Αρθρον 25ον. Πρὸς Συνεδρίασιν τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου πρέπει νὰ παρίστανται πέντε τοῦλάχιστον τῶν μελῶν αὐτοῦ. Αἱ ἀποφάσεις λαμβάνονται δι' ἀπολύτου πλειοψηφίας τῶν παρόντων, ἐπὶ ἰσοψηφίας νικᾷ ἡ ψῆφος τοῦ Προέδρου.

*Αρθρον 26ον. Ἐπὶ παντὸς ζητήματος περὶ οὗ δὲν διαλαμβάνει τὸ Καταστατικὸν ἀποφαίνεται τὸ Διοικητικὸν Συμβούλιον. Κατὰ τῆς ἀποφάσεως ταύτης δύναται νὰ ὑποβληθῇ ἔνστασις ὑπογεγραμμένη ὑπὸ δύο τοῦλάχιστον ἐταίρων, ὅποτε τὸ ζήτημα δεόν νὰ παραπεμφθῇ εἰς εἰδικὴν σύσκεψιν τῶν ἐταίρων συγκαλουμένην ἐν συνεχείᾳ τῆς πρώτης ἐπομένης τακτικῆς συνεδρίας.

*Αρθρον 27ον. Ὁ Πρόεδρος τῆς Ἑταιρείας ἐκπροσωπεῖ αὐτὴν ἐνώπιον τῶν Δικαστηρίων καὶ λοιπῶν ἀρχῶν ὡς καὶ κατὰ πᾶσαν ἐξώδικον αὐτῆς σχέσιν, συγκαλεῖ διὰ τοῦ Γενικοῦ Γραμματέως τοὺς ἐταίρους καὶ τὰ λοιπὰ μέλη τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου εἰς Συνεδριάσεις ὧν προεδρεύει, ἐντέλλεται τὴν

πληρωμῶν τῶν ὑπὸ τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου ἐν ἐτησίῳ προϋπολογισμῷ καθὼς καὶ τῶν δι' ἐκτάκτων πιστώσεων ἕνεκα ἐπείγουσας ἀνάγκης ὀρισθεῖσάν δαπανῶν, ὀρίζει καὶ παύει τὸ βοηθητικὸν προσωπικὸν τῆς Ἑταιρείας πλὴν τοῦ εἰσπράκτορος ὅστις διορίζεται καὶ παύεται ὑπὸ τοῦ Ταμίου, φροντίζει περὶ τῆς ἀκριβοῦς τηρήσεως τῶν διατάξεων τοῦ κανονισμοῦ καὶ υπογράφει τὰ ὑπὸ τῆς Ἑταιρείας ἀποστελλόμενα ἔγγραφα, τὰ πτυχία τῶν μελῶν καὶ τὰ πρακτικὰ τῶν συνεδριάσεων τοῦ Συμβουλίου καὶ τῆς Ἑταιρείας.

Ἄρθρον 28ον. Τὸν Πρόεδρον ἀπουσιάζοντα ἀναπληρεῖ ὁ Ἀντιπρόεδρος ἢ εἰς ἕκ τῶν ἀρχαιότερων τακτικῶν μελῶν.

Ἄρθρον 29ον. Ὁ Γενικὸς Γραμματεὺς ἐνεργεῖ κατ' ἐντολὴν τοῦ Προέδρου τὴν ἀλληλογραφίαν τῆς Ἑταιρείας, τηρεῖ τὰ ἀρχεῖα αὐτῆς καὶ τὴν σφραγίδα, ἀναλαμβάνει τὰ πρὸς τὴν Ἑταιρείαν ἀποστελλόμενα ἔγγραφα ἢ χειρόγραφα, κρατεῖ πρωτόκολλον τῶν εἰσερχομένων καὶ ἐξερχομένων ἐγγράφων καθὼς καὶ βιβλίον τῶν ὑπ' αὐτοῦ συντασσομένων πρακτικῶν τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου, ἐπιμελεῖται τῆς εἰς τοὺς ἐκλεγέντας ἑταίρους ἀποστολῆς τῶν πτυχίων, συγκαλεῖ κατ' ἐντολὴν τοῦ Προέδρου τοὺς ἑταίρους καὶ τὰ μέλη τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου, προσυπογράφει τὰ πρὸς πληρωμῶν τῶν ἐξόδων χρηματικὰ ἐντάλματα καὶ ἐπιμελεῖται μετὰ τοῦ Εἰδικοῦ Γραμματέως τῆς ἐκδόσεως τῶν ἐπισήμων πρακτικῶν.

Ὁ Γενικὸς Γραμματεὺς ὑποβάλλει εἰς τὴν οἰκείαν Ἐποπτικὴν Ἀρχὴν πίνακα τῶν μελῶν τῆς Ἑταιρείας ἐτησίως πρὸ τῆς 1ης Μαρτίου ἢ εἰς ἐκάστην νέαν αἴτησιν τῆς Ἀρχῆς ταύτης.

Ἄρθρον 30όν. Ὁ Εἰδικὸς Γραμματεὺς συντάσσει, ἀναγινώσκει καὶ υπογράφει τὰ πρακτικὰ ἐκάστης Συνεδρίας, κρατεῖ ἀκριβῆ κατάλογον ἐν ἰδιαιτέρῳ βιβλίῳ τῶν παρόντων ἐν ἐκάστη Συνεδρίᾳ Τακτικῶν Ἑταίρων, σημειοῖ εἰς τὸ αὐτὸ βιβλίον τὸν ἀριθμὸν τοῦ συνόλου τῶν ἑταίρων τῶν παρευρισκομένων εἰς τὰς συνεδριάσεις ὡς καὶ σημείωσιν τῶν ἐπιστημονικῶν ἀνακοινώσεων ἐκάστου. Ἀναπληροῖ τὸν Γενικὸν Γραμματέα κωλυόμενον ἢ ἀπόντα.

Ἄρθρον 31ον. Τοὺς Γραμματεῖς ἀπόντας ἢ κωλυομένους ἀναπληρῶνουν κατ' ἐντολὴν τοῦ Προέδρου ὀριζόμενα δύο τῶν τακτικῶν μελῶν τῆς Ἑταιρείας.

Ἄρθρον 32ον. Ὁ Ταμίας κρατεῖ τὰ λογιστικὰ βιβλία, υπογράφει μετὰ τοῦ Προέδρου καὶ τοῦ Γενικοῦ Γραμματέως τὰ διπλότυπα τῶν δαπανῶν, εἰσπράττει ἀπ' εὐθείας ἢ διὰ τοῦ εἰσπράκτορος ἐκλεγομένου παρ' αὐτοῦ καὶ ὑπ'

ΠΙΣΤΩΜΑ
ΑΕΡΟΣ
ΣΟΜΕΝΗΣ
ΠΙΣΣΕΩΣ



ΤΗΤΑΙ

2, ΤΗΛ. 630.960

εὐθύνην του διὰ πᾶσαν παρ' ἐκείνου ἐνδεχομένην ζημίαν, τὰς ἐγγραφάς, τὰς συνδρομάς καὶ πᾶσαν χρηματικὴν δωρεάν ἢ ἐκχορήγησιν, ἐξοφλεῖ τὰς ἀποδείξεις τῶν δαπανῶν, ὧν κρατεῖ ἀκριβῆ σημεῖωσιν, κατὰ δὲ τὴν λήξιν τοῦ ἔτους δίδει λόγον τῆς διαχειρίσεώς του εἰς τὴν Ἑταιρείαν, ἣτις ἐκλέγει μετὰ ταῦτα τριμελῆ ἐξεταστικὴν ἐπιτροπὴν, ἣς τὸ σημεῖωμα ὑποβάλλεται ἐγκαίρως εἰς τὴν Ἑταιρείαν, ὥστε ν' ἀνακοινωθῇ εἰς τὴν ἀμέσως ἐρχομένην συνεδρίασιν, μεθ' ἧς ἡ Ἑταιρεία ἀποφαίνεται περὶ τῆς ἐγκρίσεως τῆς διαχειρίσεως.

Ἄρθρον 33ον. Αἱ συνδρομαὶ τῶν ἐταίρων δεόν νὰ εἰσπραχθοῦν ἐντὸς τοῦ πρώτου τριμήνου ἐκάστου ἔτους

Ἄρθρον 34ον. Ὁ Ταμίας ὑποβάλλει ἐτησίως πρὸς τὸν Νομάρχην Ἀττικῆς πρὸ τῆς 31ης Μαρτίου:

- 1) Ἀπολογισμὸν ἐσόδων καὶ ἐξόδων τοῦ προηγουμένου ἔτους κεκλεισμένου τὴν 31ην Δεκεμβρίου.
- 2) Ἀντίγραφον τοῦ πρακτικοῦ τῆς Ἑταιρείας περὶ ἐγκρίσεως τοῦ ἀπολογισμοῦ τούτου, καὶ
- 3) Κατάστασιν ἐμφαίνουσαν τὴν κινήτην καὶ ἀκίνητον περιουσίαν τῆς Ἑταιρείας καὶ τὰς ἐξ αὐτῆς προσόδους ἀναλυτικῶς.

Πόροι τῆς Ἑταιρείας

Ἄρθρον 35ον. Οἱ πόροι τῆς Ἑταιρείας εἶναι τακτικοὶ καὶ ἔκτακτοι.

1) Τακτικοὶ πόροι τῆς Ἑταιρείας εἶναι:

α) Τὸ δικαίωμα ἐγγραφῆς τῶν ἐταίρων, β) ἡ ἐτησία συνδρομὴ τῶν ἐταίρων (ὀρίζονται δι' ἀποφάσεως τῆς Ἑταιρείας), γ) τὰ ἔσοδα τοῦ δελτίου τῶν πρακτικῶν τῆς Συνεδριάσεως (δημοσιεύσεις, ἀγγελίαι), δ) τὰ ἐκ τῆς περιουσίας τῆς Ἑταιρείας εἰσοδήματα.

2) Ἐκτακτοὶ πόροι τῆς Ἑταιρείας εἶναι:

α) Αἱ τυχόν δωρεαί, κληροδοτήματα, κληρονομίαι καὶ ἔκτακτοι εἰσφοραὶ ἐπιβαλλόμεναι ὑπὸ τῆς Ἑταιρείας, β) αἱ τυχόν ἐπιχορηγήσεις καὶ συνδρομαὶ τοῦ Κράτους, Δήμου, Κοινοτήτων, ἄλλων Ἀρχῶν κλπ.

Ἄρθρον 36ον. Ἄμα τὰ εἰς χεῖρας τοῦ Ταμείου χρήματα τῆς Ἑταιρείας ὑπερβαίνουναι τὰς τρεχούσας ἀνάγκας αὐτῆς, ὁ Ταμίας ὑποχρεοῦται νὰ ἀνακοινώσῃ τοῦτο ἐγγράφως εἰς τὸν Πρόεδρον, ὅστις προκαλεῖ ἀπόφασιν τοῦ Δ. Σ. περὶ σκοπιμοτέρου ἐκάστοτε τρόπου καταθέσεων τούτων αὐτουσίων ἢ εἰς χρεώγραφα Ἐθνικῶν Δανείων καὶ τοῦ τρόπου τῆς ἐκάστοτε ἀναλήψεως χρηματικῶν καταθέσεων. Ὁ Ταμίας ὀφείλει νὰ συμμορφωθῇ πρὸς τὴν ἀπόφασιν

ταύτην, είναι δὲ προσωπικῶς ὑπεύθυνος διὰ πᾶσαν παράληψιν τῆς διατάξεως τοῦ ἔδαφιου τούτου, καὶ ὑποχρεοῦται εἰς τὴν πληρωμὴν τῆς ἐκ τῆς παραλείψεως τυχόν προκυψάσης ζημίας. Τὸ διαχωριστικὸν ἔτος λήγει τὴν 31ην Δεκεμβρίου ἐκάστου ἔτους.

Τροποποιήσεις τοῦ Καταστατικοῦ τῆς Ἑταιρείας

Ἄρθρον 37 ο ν. Ἡ τροποποιήσις τοῦ παρόντος Καταστατικοῦ δὲν δύναται νὰ γίνῃ πρὸ τῆς παρελεύσεως δύο τοῦλάχιστον ἐτῶν. Αὕτη δὲ πρέπει νὰ αποφασισθῇ εἰς Συνεδρίασιν τῆς Ἑταιρείας πρὸς τὸν σκοπὸν τοῦτον καλουμένην καθ' ἣν πρέπει νὰ παρίσταται τὸ ἕμισυ τοῦλάχιστον τῶν ἐν Ἀθήναις διαμενόντων τακτικῶν ἐταίρων καὶ διὰ πλειοψηφίας τῶν 3)4 τῶν παρόντων. Ἐπὶ μὴ ὑπάρξεως ἀπαρτίας ἐφαρμόζεται τὸ ἄρθρον 13.

Διάλυσις τῆς Ἑταιρείας

Ἄρθρον 38 ο ν. Εἰς ὁμοίαν συνεδρίασιν καὶ διὰ τῆς αὐτῆς πλειοψηφίας δύναται ν' ἀποφασισθῇ ἡ διάλυσις τῆς Ἑταιρείας.

Μετὰ τὴν διάλυσιν τῆς Ἑταιρείας ἡ περιουσία αὐτῆς περιέρχεται εἰς τὴν Ἱατρικὴν Σχολὴν τοῦ Ἐθνικοῦ Πανεπιστημίου, πρὸς ἴδρυσιν ἐκ τόκων ταύτης ἐπάθλου ἀγωνίσματος σκοποῦντος τὴν προαγωγὴν τῆς Ὀρθοπαιδικῆς ἐν Ἑλλάδι.

Ἐν Ἀθήναις τῇ 25 Ἰανουαρίου 1967

Τὸ Διοικητικὸν Συμβούλιον

Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Πρόεδρος
Δ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Ἀντιπρόεδρος
Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Γεν. Γραμματεὺς
Ι. ΑΓΝΑΝΤΗΣ, Ταμίας
Γ. ΜΕΤΑΞΑΣ, Εἰδ. Γραμματεὺς

ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ

Τμήμα Πολιτικόν

Ἄριθ. 5425) 1967

Τὸ Δικαστήριον τῶν ἐν Ἀθήναις Πρωτοδικῶν
Τμήμα ἐπ' ἀναφορᾷ

Συγκείμενον ἐκ τῶν Δικαστῶν Ἑμμαν. Ἀνδρεαδάκη Προεδρεύοντος Πρωτοδίκου (κωλυομένου τοῦ Προέδρου καὶ τῶν ἀρχαιοτέρων του Δικαστῶν) Α. Τζένου Πρωτοδίκου καὶ Ἰωαν. Σπανομανώλη Ἑμμίθου Παρέδρου Εἰσηγητοῦ (κωλυομένων τῶν λοιπῶν Δικαστῶν). Συνεδριάσαν δημοσίᾳ ἐν τῷ ἀκροατηρίῳ του τὴν 6ην Μαρτίου 1967 παρουσίᾳ καὶ τοῦ Γραμματέως Δ. Καραγεώργου ἵνα δικάσῃ ἐπὶ τῆς ἐξῆς ὑποθέσεως μεταξὺ:

Τοῦ αἰτουῦτος ἐν Ἀθήναις ἐδρεύοντος Σωματείου ὑπὸ τὴν ἐπωνυμίαν «Ἑλληνικὴ Ἑταιρεία Χειρουργικῆς Ὀρθοπαιδικῆς καὶ Τραυματολογίας» νομίμως ἀνεγνωρισμένου καὶ ἐκπροσωπούμενου ὑπὸ τοῦ Προέδρου τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου του, κατὰ τὸ καταστατικὸν αὐτοῦ, παραστάντος διὰ τοῦ πληρεξουσίου του δικηγόρου Βασιλείου Λαζαρίδη

Τὸ αἰτοῦν διὰ τῆς ἀπὸ 28ης Φεβρουαρίου 1967 πρὸς τὸ Δικαστήριον τοῦτο ἀπευθυνομένης αἰτήσεώς του καὶ διὰ τοὺς ἐν αὐτῇ ἀναφερομένους λόγους ἠτήσατο: Νὰ γίνῃ δεκτὴ ἡ παροῦσα. Νὰ γίνουσι δεκταὶ αἱ ἐπενεχθεῖσαι τροποποιήσεις τῶν ἀρθρῶν 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 18, 22, 23, 24 καὶ 27 διαγραφαὶ τῶν ἀρθρῶν 9, 19, 20 καὶ 21 καὶ προσθήκη νέου τοιούτου ὑπ' ἀριθ. 6 τοῦ καταστατικοῦ τοῦ Σωματείου «Ἑλληνικὴ Ἑταιρεία Χειρουργικῆς Ὀρθοπαιδικῆς καὶ Τραυματολογίας», ὡς ἐν τῷ ἀπὸ 25.1.1967 πρακτικῷ τῆς Γενικῆς Συνελεύσεως ἀναφέρεται καὶ ἐνεργηθῶσι τὰ λοιπὰ νόμιμα.

Τῆς αἰτήσεως ταύτης ὁ Πρόεδρος τοῦ Δικαστηρίου τούτου διὰ τῆς ὑπ' ἀριθ. 1401) 1967 πράξεώς του ὤρισε δικάσιμον τὴν ἐν ἀρχῇ τῆς παρουσίας ἀναφερομένην συνεδρίασιν, διώρισεν Εἰσηγητὴν τὸν νεώτερον Δικαστὴν καὶ διέταξε τὴν εἰς τὸν Εἰσαγγελέα κοινοποίησιν τῆς τε αἰτήσεως καὶ τῆς πράξεώς του ταύτης.

Προκειμένης συζητήσεως ἐπὶ τῆς αἰτήσεως ταύτης ἐκφωνηθείσης ἐκ τῆς σειρᾶς τοῦ οἰκείου πινακίου κατὰ τὴν ἐν ἀρχῇ τῆς παρουσίας ἀναφερομένην συνεδρίασιν, καθ' ἣν παρέστη τὸ αἰτοῦν ὡς ἄνω σημειοῦται.

Ἀκοῦσαν τοῦ Εἰσηγητοῦ ἀναγνόντος τὴν κατὰ νόμον ἔκθεσίν του, τοῦ πληρεξουσίου τοῦ αἰτούντος αἰτησασμένου ἐγγράφους αὐτοῦ προτάσσει τὰ ἐν αὐταῖς.

Ἴδὸν τὴν δικογραφίαν. — Σκεφθὲν κατὰ Νόμον.

Ἐπειδὴ κατεβλήθησαν τὰ νόμια τέλη διὰ τὴν ἔκδοσιν τῆς παρούσης, ὡς πιστοῦται ἐκ τοῦ προσαγομένου ὑπ' ἀριθμὸν 62710) 967 τριπλοτύπου τοῦ Τ.Δ.Ε.Α.

Ἐπειδὴ ἡ ὑπὸ κρίσιν αἴτησις, δι' ἣν ἐτηρήθη ἡ νόμιμος προδικασία (ἄρθρον 643 παρ. I Πολιτικῆς Δικονομίας) ἐπιδοθέντος ἀντιγράφου ταύτης παρὰ τῷ Δικαστηρίῳ τούτῳ Εἰσαγγελεῖ, ὡς πιστοῦται ἐκ τοῦ προσαγομένου ὑπ' ἀριθ. 8798) 1967 ἀποδεικτικοῦ ἐπιδόσεως τῆς ἀρμοδίας Δικαστικοῦ Κλητῆρος Ἑλένης Μερικά, διώκουσα τὴν εἰς τὸ βιβλίον Σωματείων τοῦ Δικαστηρίου τούτου ἐγγραφὴν τοῦ τροποποιηθέντος καταστατικοῦ τοῦ ἐν Ἀθήναις ἐδρεύοντος Σωματείου ὑπὸ τὴν ἐπωνυμίαν «Ἑλληνικὴ Ἑταιρεία Χειρουργικῆς Ὀρθοπαιδικῆς καὶ Τραυματολογίας», εἶναι νόμιμος ἐρειδομένη ἐπὶ τῆς διατάξεως τοῦ ἄρθρου 84 Ἀ. Κ. ἐν συνδυασμῷ πρὸς τὴν τοῦ ἄρθρου 79 τοῦ ἰδίου Κώδικος, καὶ δέον νὰ ἐξετασθῇ περαιτέρω.

Ἐπειδὴ κατὰ τὴν νομοτύπως συγκληθεῖσαν Γενικὴν Συνέλευσιν τῆς 21.1. 1967 παρέστησαν ἐκ τῶν 60 μελῶν τοῦ ἀνωτέρω Σωματείου τὰ 33 ἅπαντα δὲ ταῦτα ὁμοφώνως ἐψήφισαν ὑπὲρ τῆς τροποποιήσεως τῶν ἄρθρων 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 18, 22, 23, 23 καὶ 27 τὴν διαγραφὴν τῶν ἄρθρων 9, 19, 20 καὶ 21 καὶ τὴν προσθήκην τοῦ νέου ἄρθρου ὑπὸ τὸν ἀριθμὸν 6, τοῦ καταστατικοῦ τούτου (βλ. τὸ προσαγόμενον ἀπόσπασμα τῶν πρακτικῶν τῆς συνελεύσεως ταύτης). Ἦτοι ἐτηρήθησαν αἱ ὑπὸ τοῦ νόμου καὶ τοῦ καταστατικοῦ προβλεπόμεναι ἀπαρτία καὶ πλειοψηφία.

Ἐπειδὴ αἱ ἐπενεχθεῖσαι τροποποιήσεις δὲν ἀντίκεινται εἰς τὴν δημοσίαν τάξιν καὶ τὴν ἠθικὴν.

Συνεπῶς δέον ἡ αἴτησις νὰ γίνῃ δεκτὴ καὶ διαταχθῶσιν ἡ διὰ τοῦ τύπου δημοσίευσιν τοῦ τροποποιηθέντος καταστατικοῦ τοῦ ὡς ἄνω Σωματείου καὶ ἡ μετὰ τὴν τελεσιδικίαν τῆς παρούσης ἐγγραφῆ αὐτοῦ εἰς τὸ οἰκεῖον δικαστικὸν βιβλίον.

Διὰ ταῦτα :

Δεχόμενον τὴν ὑπὸ κρίσιν αἴτησιν.

Διατάσσει α) τὴν διὰ τοῦ Δελτίου Δικαστικῶν Δημοσιεύσεων τοῦ Τ.Σ.Ν. καὶ τῆς ἐφημερίδος ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ δημοσίευσιν περιλήψεως τοῦ τροποποιηθέντος καταστατικοῦ τοῦ ἐν Ἀθήναις ἐδρεύοντος Σωματείου ὑπὸ τὴν ἐπωνυμίαν «Ἑλληνικὴ Ἑταιρεία Χειρουργικῆς Ὀρθοπαιδικῆς καὶ Τραυματολογίας» περιεχούσης τὰ οὐσιώδη αὐτοῦ στοιχεῖα καὶ β) τὴν μετὰ τὴν τελεσιδικίαν τῆς

παράσης έγγραφην τοῦ ὡς ἄνω καταστατικοῦ εἰς τὸ παρά τῷ Δικαστηρίῳ
τούτῳ τηρούμενον βιβλίον Σωματείων.

Ἐκρίθη καὶ ἀπεφασίσθη ἐν Ἀθήναις τῇ 15ῃ Μαρτίου 1967.

Ὁ Προεδρεύων	Ὁ Γραμματεὺς
Ε. Ἀνδρεαδάκης	Θ. Καραγεώργος

Ἐδημοσιεύθη δ' αὐτόθι τῇ 16 Μαρτίου 1967.

Ὁ Προεδρεύων	Ὁ Γραμματεὺς
Ε. Ἀνδρεαδάκης	Θ. Καραγεώργος

Ἀκριβὲς ἀντίγραφον. — Ἐν Ἀθήναις τῇ 8 Ἀπριλίου 1967.

Ὁ Γραμματεὺς: (ΤΣ) Μ. Βιργιλίου

Ἐθεωρήθη διὰ τὴν νόμιμον σήμανσιν καὶ τὴν κατὰ σειράν τῆς παραγγελίας ἐκδοσὶν του. Ἐν Ἀθήναις τῇ 8 Ἀπριλίου 1967. Ὁ Προϊστάμενος Τμήματος: (ΤΣ) Π. Ζωγραφάκης.

Δικαστηρίω

επιματεύς
χρυσουργός

επιματεύς
χρυσουργός
17.

επιματεύς
χρυσουργός

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 2ας ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 1966

Γ. ΠΟΥΛΙΑΣ (Άγγειοχειρουργός, φιλοξενούμενος ομιλητής): Χειρουργική τῶν ἀγγείων, εἰς τὰ πλαίσια τῆς συγχρόνου Ὀρθοπαιδικῆς.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον)

ΕΠΙΔΕΙΞΕΙΣ

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Γ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ : Λίαν ἀσυνήθης περίπτωσης χορδώματος ἱεροκακκυγικῆς χώρας.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον)

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ : Περίπτωσης φυματιώσεως πτέρνης.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον)

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 23ης ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 1966

ΒΡΑΧΕΙΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΣ

Κ. ΠΡΩΤΟΓΗΡΟΥ, Ν. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΛΙΑΚΟΜΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΒΟΝΑΤΣΟΣ: Κλειστή όστεοσύνθεσις διά θελωνών Kirschner, επί υπερκονδυλίων καταγμάτων του βραχιονίου, επί παιδων.

(Δέν κατετέθη χειρόγραφον)

ΕΠΙΔΕΙΞΙΣ

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ — ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ, Ε. ΚΙΟΥΡΚΤΣΗΣ: Περίπτωσης άραχνοδακτυλίας μετ' αλλοιώσεων έκ των όστων (σύνδρομον Marfan).

(Δέν κατετέθη χειρόγραφον).

Έκλογή μέλους

Έξελέγη έκτακτον μέλος ο κ. Γεώργ. Στρατηγάκης.

ΑΡΧΑΙΡΕΣΙΑΙ

Γενομένων άρχαιρεσιών, έξελέγησαν:

Πρόεδρος:	Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ
Άντιπρόεδρος:	Δ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Γεν. Γραμματεύς:	Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ
Ειδ. Γραμματεύς:	Γ. ΜΕΤΑΞΑΣ

Ταμίας παρέμεινεν, συμφώνως τώ καταστατικώ, ο Ι. ΑΓΝΑΝΤΗΣ, έκ του προηγούμενου έτους.

ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΙΣ τοῦ ΠΡΟΕΔΡΟΥ: Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ

Ἐκ μέρους τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου καὶ ἐμοῦ, θὰ ἤθελα νὰ εὐχαριστήσω τὰ μέλη τῆς Ἑταιρείας διὰ τὴν ἐκλογὴν μας καὶ νὰ σὰς μεταβιβάσω τὴν πρόθεσίν μας νὰ ἐργασθῶμεν διὰ τὴν πρόοδον τῆς Ἑταιρείας.

Ἡ Ὀρθοπαιδικὴ Ἑταιρεία εἰσέρχεται σήμερον εἰς τὸ 19ον ἔτος τῆς ζωῆς της.

Ἡ ἕδρυσίς της κατὰ τὸ 1947 ἀπετέλεσε σταθμὸν διὰ τὴν Ὀρθοπαιδικὴν ἐν Ἑλλάδι: καὶ αἱ ἐργασίαι της συνετέλεσαν εἰς τὴν πρόοδον καὶ προώθησιν αὐτῆς.

Πλὴν ὅμως πολλὰ μένουσιν νὰ γίνουσι.

Εἰς τὰς χώρας τοῦ ἐξωτερικοῦ ἡ εἰδικότης μας χαίρει ὅπως ἰδιαιτέρας ἐκτιμῆσεως καὶ ἡ ὑπαρξίς της θεωρεῖται ἀπαραίτητος εἰς τὰ μεγάλα Νοσοκομεία.

Παρ' ἡμῖν ὑπάρχουν ἀκόμη Νοσοκομεία τόσοσιν εἰς τὰς Ἀθήνας, ὅσον καὶ εἰς τὰς ἐπαρχίας, τὰ ὅποια δὲν διαθέτουν Ὀρθοπαιδικὰς Κλινικάς, παρ' ὅλον ὅτι: ἐφημερεύουσιν καὶ δέχονται ἐπομένως τραυματίας τροχαίων, ἐργατικῶν καὶ ἄλλων ἀτυχημάτων, ἢ ἀντιμετώπισις τῶν ἐποίων ἀπαιτεῖ ὀρθοπαιδικὴν σκέψιν, ὀρθοπαιδικὴν δεξιότητα καὶ ὀρθοπαιδικὴν ὀργάνωσιν.

Φρονοῦμεν ὅτι, διὰ νὰ καταλάβῃ ἡ Ὀρθοπαιδικὴ τὴν θέσιν ἡ ὅποια τῆς ἀνήκει εἰς τὴν ὅλην ὀργάνωσιν τῆς κοινωνικῆς καὶ νοσηλευτικῆς κινήσεως τοῦ τόπου, πρέπει ἡμεῖς οἱ ἀσχοῦντες αὐτὴν νὰ τὴν ἐπιβάλωμεν διὰ τῆς ἀνωτερότητος καὶ τελειότητος τῆς ἐργασίας μας.

Ἡ Ὀρθοπαιδικὴ Ἑταιρεία, ἡ ὅποια ἐκπροσωπεῖ τὴν εἰδικότητά μας καλεῖται νὰ ἐμφανισθῇ ὀργανωμένη καὶ καλῶς λειτουργοῦσα.

Τὸ Διοικητικὸν Συμβούλιον ἔχει σκοπὸν νὰ εἰσηγηθῇ ὀρισμένα μέτρα βελτιώσεως τῆς λειτουργίας της. Κυρίως ὅμως ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὰ μέλη τῆς Ἑταιρείας νὰ συμβάλλουσιν εἰς τὴν ἀνύψωσιν αὐτῆς.

Γενικὴ νομίζομεν ὅτι εἶναι ἡ ἐπιθυμία τῆς ἀλλαγῆς τοῦ καταστατικοῦ τῆς Ἑταιρείας.

Λγους

τον ἐκλογὴν
ίαν ἐφόδο

ΧΡΗΣΕΩΣ

ινῶς ἢ 2-3 φο

νεῖς παρουσιά
εἰς τὴν Βιταμίν

ύσιγγας λιοφί
ύσιγγας διαλύ

ὕ στόματος
ρήσεως

ΧΡΗΣΕΩΣ

ησίως νὰ λαμ
σεως κατὰ τὴν
ιν γευμάτων.

Εἰς τὴν προσεχῆ συνεδρίαν θὰ σᾶς γνωρίσωμεν σαφῶς ποίας προσθήκας καὶ ποίας μετατροπὰς τοῦ καταστατικοῦ θὰ προτείνωμεν εἰς τὴν Γενικὴν Συνέλευσιν, προκειμένου αὕτη ν' ἀποφασίσῃ τελικῶς. Θὰ παρακληθῶν τὰ μέλη τῆς Ἑταιρείας νὰ μᾶς γνωρίσουν τὰς ἀπόψεις των ἐγγράφως ἢ προφορικῶς.

Ἐπροτιμήσωμεν νὰ ἀναλάβωμεν ἡμεῖς τὸ Δ. Σ. τὴν ὅλην ἐργασίαν τῆς τροποποιήσεως τοῦ καταστατικοῦ, ἀντὶ νὰ ἀναθέσωμεν εἰς ἐπιτροπὴν, διότι πιστεύομεν ὅτι οὕτω θὰ κινήθωμεν ταχύτερον.

Τὸ ἐνδιαφέρον τοῦ Δ. Σ. θὰ στραφῆ πρὸς τὸ θέμα τῆς δημοσιεύσεως τῶν πρακτικῶν τῆς Ἑταιρείας. Νομίζομεν ὅτι δὲν νοεῖται Ἐπιστημονικὴ Ἑταιρεία ἄνευ τακτικῶς ἐκδιδομένου δελτίου τῶν ἐργασιῶν τῆς.

Πιστεύομεν ὅτι ὅλα τὰ μέλη τῆς Ἑταιρείας θὰ συμφωνήσουν ἐπὶ τοῦ σημείου αὐτοῦ καὶ παρακαλοῦμεν ἐπομένως ὅπως φροντίζουσι κάθε ἀνακοινώσεως των νὰ παραδίδεται ἐγκαίρως εἰς τὴν Γραμματείαν.

Ἐπίσης παρακαλῶ μέλη τῆς Ἑταιρείας, τὰ ὁποῖα ἔχουν παλαιότερας ἀνακοινώσεις, ὅπως παραδώσουν τὰ κείμενα αὐτῶν, προκειμένου νὰ συμπεριληφθῶν εἰς τὸν λίαν προσεχῶς ἐκδιδόμενον τόμον τοῦ ἔτους 1964. Ἄν δὲν ἐπιθυμοῦν νὰ καταθέσουν αὐτάς θὰ ἀναφερθῶν διὰ μόνου τοῦ τίτλου των καὶ μετὴν σημείωσιν ὅτι δὲν κατετέθη χειρόγραφον.

Τὸ αὐτὸ ἰσχύει καὶ διὰ τοὺς λαμβάνοντας μέρος εἰς τὴν συζήτησιν τῶν ἀνακοινώσεων.

Ἡ συζήτησις ἐπὶ μιᾶς ἀνακοινώσεως θεωρεῖται ὡς ἐπιστημονικὴ ἐργασία καὶ ἀξίζει τὸν κόπον τῆς δημοσιεύσεως.

Εἰς τὸ ὑπὸ τροποποίησιν καταστατικὸν θὰ προτείνωμεν ἄρθρον διὰ τοῦ ὁποίου θὰ παρέχεται ἡ εὐχέρεια ἐκδόσεως τοῦ δελτίου τῆς Ἑταιρείας ὑπὸ μορφήν τακτικοῦ διμήνου περιοδικοῦ, ὅπως ἀκριβῶς γίνεται ὑπὸ τῆς Χειρουργικῆς Ἑταιρείας.

Τέλος σκεπτόμεθα νὰ ὀργανώσωμεν συγαντήσεις μετὰ ἄλλας ἐπιστημονικὰς Ἑταιρείας πρὸς συζήτησιν θεμάτων κοινῶν ἐνδιαφέροντος.

Τελειώνοντας ἐπιθυμοῦμεν νὰ σᾶς τονίσωμεν καὶ πάλιν ὅτι βασιζόμεθα εἰς τὸ ἐνδιαφέρον τῶν μελῶν τῆς Ἑταιρείας, προκειμένου νὰ ἐκπληρώσῃ αὕτη τὸν σκοπὸν διὰ τὸν ὁποῖον συνεστήθη καὶ χάριν τοῦ ὁποίου ἐξακολουθεῖ νὰ ὑπάρχῃ.

Ε Π Ι Δ Ε Ι Ε Ι Σ

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Ἐπὶ δύο διαφόρου αἰτιολογίας περιπτώσεων ἐκσεσημασμένης παραμορφώσεως τῶν ἰσχίων.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον).

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΣ

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Παρατηρήσεις επί 38 χειρουργηθεισών περιπτώσεων κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου.
(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον).

Ἐκλογὴ μελῶν

Ἐξελέγησαν τακτικά μέλη οἱ κ.κ.: Κ. Γ. Ἡλιοπούλου καὶ Ἄθαν. Παρασκευᾶς.

Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗΣ: Ἡ διὰ παρακεντήσεως βιοψία τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων.

Ἡ βιοψία τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων εἶναι μία βαρεία ἐπέμβασις, ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὴν βιοψίαν ἄλλων τμημάτων τοῦ σκελετοῦ κειμένων πλέον ἐπιπολῆς.

Διὰ τὸν λόγον αὐτὸν ἢ διὰ βελόνης παρακέντησις τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων παρουσιάζει ἰδιαίτερον ἐνδιαφέρον.

Βεβαίως τὰ ἀποτελέσματα τῆς διὰ βελόνης βιοψίας δὲν εἶναι πάντοτε θετικά, εἴτε διότι δὲν ἤδυνήθημεν νὰ φθάσωμεν εἰς τὸν σπόνδυλον, εἴτε διότι δὲν ἐλάβομεν τμημα ὄγκου φέροντος σαφῶς ἱστολογικὰς ἀλλοιώσεις.

Οἱ Robertson καὶ Ball φέρονται οἱ πρῶτοι ἐκτελέσαντες παρακέντησιν σπονδυλικῶν σωμάτων πρὸς τὸν σκοπὸν τῆς βιοψίας.

Οὗτοι ἐδημοσίευσαν σχετικὸν ἄρθρον τὸ 1935, ὡς καὶ τὰς παρατηρήσεις τῶν ἐπὶ 6 περιπτώσεων.

Ὁ Valls τὸ 1948 περιγράφει τὴν τοπογραφικὴν ἀνατομικὴν τῆς σπονδυλικῆς στήλης ἐν σχέσει πρὸς τὴν μέθοδον.

Καταλήγει εἰς τὸ συμπέρασμα ὅτι ἄνωθεν τοῦ 9ου θωρακικοῦ σπονδύλου ἢ παρακέντησις εἶναι ἐπικίνδυνος λόγῳ τοῦ φόβου τρώσεως τῶν μεγάλων ἀγγείων καὶ τοῦ ὑπεζωκότητος.

Τὴν ὑπόδειξιν αὐτὴν τοῦ Valls ἠκολούθησαν ὅλοι οἱ μέχρι σήμερον ἀσχοληθέντες μετὰ τὴν μέθοδον.

Ἀπὸ τὴν προσιτὴν εἰς ἡμᾶς βιβλιογραφίαν ἀνεύρομεν 4 δημοσιεύσεις μετὰ σύνολον 103 παρακεντήσεις, ἐξ ὧν αἱ πλείσται ἀφοροῦν παρακεντήσεις δσφυϊκῶν σπονδύλων καὶ ὀλίγαι τοὺς 4 τελευταίους θωρακικοὺς.

Μόνον μία περίπτωσις ἀναφέρεται παρακεντήσεως τοῦ 4ου θωρακικοῦ σπονδύλου ἐπὶ ἀσθενοῦς χειρουργοῦ γνώστου τῆς τεχνικῆς καὶ τῶν ἀντενδείξεων ταύτης. Τὸ ἀποτέλεσμα ἦτο θετικὸν ἄνευ ἐπιπλοκῆς τινός.

Ἡμεῖς ἐξετελέσαμεν τὴν παρακέντησιν τῶν σπονδυλικῶν σωματίων πρὸς βιοψίαν ἐπὶ 6 περιπτώσεων, ἦτοι δύο εἰς ὀσφυϊκοὺς σπονδύλους καὶ 4 εἰς θωρακικοὺς, ἐξ ὧν ἢ μία ἀφεώρα παρακέντησιν τοῦ 5ου θωρακικοῦ σπονδύλου.

Ἐτολμήσαμεν τὴν παρακέντησιν ἑνὸς τόσοῦ ὑψηλῶς κειμένου θωρακικοῦ σπονδύλου ὡς εἶναι ὁ ὅσος διότι ἐκ τῆς τοπογραφικῆς μελέτης τῆς πορείας τῶν μεγάλων ἀγγείων, ἐσχηματίσαμεν τὴν γνώμην ὅτι εἶναι ὑπερβολικὸς ὁ φόβος τὸν ὁποῖον ἐκφράζει ὁ προαναφερθεὶς Valls Αἰ ἀνατομικαὶ καὶ τοπογραφικαὶ σχέσεις τῶν μεγάλων ἀγγείων πρὸς τὴν σπονδυλικὴν στήλην μᾶς ὑπαγορεύουσι ἐκ ποίας πλευρᾶς θὰ προδῶμεν εἰς τὴν παρακέντησιν.

Εἰς τὴν θωρακικὴν μοῖραν προτιμῶμεν τὴν ἀπὸ τοῦ δεξιοῦ πλαγίου ὁδόν. Ἐδῶ ἢ μέχρι τοῦ 9ου θωρακικοῦ φθάνουσα κάτω κοίλη φλέψ εἶναι εἰς ἀπόστασιν ἀπὸ τῆς Σ.Σ. μὴ κινδυνεύουσα παρὰ εἰς μεγάλην παρέκκλισιν τῆς βελόνης.

Ἡ ἄξυγος φλέψ εὐρίσκειται ἔμπροσθεν τοῦ σώματος προστατευομένη ὑπὸ τούτου. Ἀντιθέτως, εἰς τὸ ἀριστερὸν τῆς Σ.Σ. καὶ μεταξὺ τοῦ 3ου καὶ τοῦ 12ου θωρακικοῦ σπονδύλου ἐγγὺς τῆς Σ.Σ., εὐρίσκειται ἡ θωρακικὴ ἀορτή, τῆς ὁποίας ἢ τρῶσις εἶναι πολὺ πιθανή καὶ ἀποτελεῖ τοῦτο σοβαρὰν ἐπιπλοκὴν.

Εἰς τὴν ὀσφυϊκὴν μοῖραν προτιμῶμεν τὴν ἀπὸ τοῦ ἀριστεροῦ πλαγίου ὁδὸν παρακέντησεως ὅπου οὐδὲν φοβούμεθα, δεδομένου ὅτι ἡ ἀορτὴ καταλαμβάνει πλέον τὴν μέσην γραμμὴν.

Ἀντιθέτως πρὸς τὰ δεξιὰ ἀπὸ τὸν 5ον ὀσφυϊκὸν καὶ ἄνω ἐγγὺς τῆς σπονδυλικῆς στήλης πορεύεται ἡ κάτω κοίλη φλέψ.

Δέον ἐπίσης νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν ὅτι ὁ ὑπεζωκὸς εἰς τὸ ὕψος ἔλων τῶν θωρακικῶν σπονδύλων φθάνει μέχρι τῆς πλαγίας ἐπιφανείας τοῦ σώματος αὐτῶν, ὅπου ἢ τρῶσις αὐτοῦ εἶναι δυνατὴ καὶ ἡ δημιουργία πνευμοθώρακος πολὺ πιθανή. Ἐπίσης πρέπει νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν ὅτι ὁ μίσχος τῶν νεφρικῶν ἀγγείων εὐρίσκειται εἰς τὸ ὕψος τοῦ 12ου θωρακικοῦ — 1ου ὀσφυϊκοῦ καὶ εἰς βάθος 9 ἐκ. περίπου ἀπὸ τοῦ δέρματος.

Τεχνικὴ τῆς παρακέντησεως.

Κατ' ἀρχὰς ἐπὶ τῆς πλαγίας ἀκτινογραφίας τῆς Σ.Σ. μετρώμεν τὴν ἀπόστασιν τοῦ προσθίου καὶ ὀπισθίου χείλους τοῦ σπονδυλικοῦ σώματος ἀπὸ τοῦ δέρματος.

Κατόπιν ἐπὶ τῆς κατὰ μέτωπον ἀκτινογραφίας μετρώμεν τὴν ἀπόστασιν τῆς ἀκανθώδους μέχρι πέραν τῆς ἐγκαρσίας ἀποφύσεως.

Τὰς ἀποστάσεις αὐτάς εἰς ἑκατοστὰ ἀποτυποῦμεν ἐπὶ τοῦ πίνακος καὶ ἔχομεν οὕτω τὰς 2 πλευρὰς ἑνὸς ὀρθογωνίου τριγώνου, ἢ ὑποτεινούσα τοῦ ὁποῖου δεικνύει τὸ βάθος εἰς τὸ ὁποῖον πρέπει νὰ προχωρήσωμεν διὰ τῆς βελόνης μας, ὡς καὶ τὴν γωνίαν εἰσόδου αὐτῆς.

Ἡ μέτρησις αὕτη εἶναι τελείως σχηματικὴ καὶ ὑποβοηθητικὴ λόγῳ τῆς μεγεθύνσεως τῶν ἀποστάσεων εἰς τὰς ἀκτινογραφίας. Ἡ ὅλη ἐργασία γίνεται ὑπὸ τοπικὴν ἀναίθησιν καὶ ἀκτινογραφικὸν ἔλεγχον. Συνήθως λαμβάνομεν 3—5 ζεύγη ἀκτινογραφιῶν.

Κατ' ἀρχὰς ἐμπήγνυται μία κοινὴ βελόνη ὀσφυογαστρικῆς παρακεντήσεως καὶ λαμβάνομεν διαδοχικὰς ἀκτινογραφίας ἕως ἔτου φθάσωμεν εἰς τὸ σπονδυλικὸν σῶμα, ὅτε καὶ τοποθετοῦμεν τὴν εἰδικὴν βελόνην παρακεντήσεως καὶ ἐλέγχομεν ἀκτινογραφικῶς.

Ἄφου βεβαιωθῶμεν ὅτι εὐρισκόμεθα ἐντὸς τοῦ σπονδυλικοῦ σώματος τοποθετοῦμεν εἰς τὴν βελόνην εἰδικὸν στυλεὸν μὲ τρύπανον ἔμπροσθεν διὰ τοῦ ὅποιου λαμβάνομεν ὀστικὸν τεμάχιον.

Τὸ ἐκ τῆς βελόνης ἀναρροφώμενον αἷμα χρησιμοποιοῦμεν διὰ κυτταρολογικὴν μελέτην ἐπιστρώνοντες τοῦτο εἰς πλακίδια καὶ παχείαν σταγόνα. Εἰς τὰς μέχρι σήμερον περιπτώσεις μας, οὐδεμίαν εἶχομεν ἐπιπλοκὴν πλὴν τοῦ γεγονότος ὅτι εἰς τὴν παρακεντήσιν τοῦ 5ου θωρακικοῦ σπονδύλου ἀνεσύραμεν τμήμα μεσοσπονδυλίου δίσκου καὶ νωτιαίου γαγγλίου.

Συμπεραίνοντες νομίζομεν ὅτι ἡ διὰ παρακεντήσεως βιοψία τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων εἶναι μία χρήσιμος τεχνικὴ, ἀνώδυτος καὶ ἐν πολλοῖς ἀκίνδυνος.

Κατωτέρω ἀναφέρομεν ἐν συντομίᾳ τὰς περιπτώσεις μας: (Πίναξ 1).

Π Ι Ν Α Ξ 1.

Παρακεντηθέντες σπόνδυλοι καὶ συμπεράσματα

α) α	Όνομα	Ἡμερομηνία Σπόνδυλος	Συμπέρασμα	Παρατηρήσεις	Κλινικὴ Διάγνωσις
1)	M.I. 31 ἐτ.	31. 7.61 Θ ₄	Μυέλωμα	Δὲν ἐπιβεβαιώθη	Φυματίωσις
2)	Δ.Ε. 65	13.99.65 Θ ₁₂	Χόρδωμα	Ἐπιβεβαιώθη	Όγκος
3)	T.Π. 65	10.12.65 Θ ₁₀	Μὴ εἰδικὴ φλεγμονή	Ἄφηρέθη τμήμα μεσοσπονδ. δίσκου καὶ νωτ. γαγγλίου	Φυματίωσις
4)	M.A. 75	25. 2.66 Θ ₈	Οὐδὲν	Κακοήθης ὄγκος	Μετάστασις Ca προστάτου
5)	Π.Α. 21	13. 1.66 Θ ₄	Βλάσται		Κακοήθης ὄγκος
6)	K.A. 60	7. 3.66 Θ ₄	Νεκρωμένοι ὀστέινα δοκίδια	Όστεομυελίτις	Φυματίωσις

Περίπτωσης 1η :

I. M. ἐκ Κρήτης, 31 ἐτῶν.

Ἀκτινογραφικῶς : Ἀλλοίωσις τοῦ 4ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου.

Ἐνοσηλεύθη ἀπὸ 24.7.61 μέχρι τῆς 3.8.61.

31.7.61: Παρακέντησις πρὸς βιοψίαν τοῦ 4ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου.

Παθολογοανατομικὴ ἐξέτασις : (Δ)νίς Γεωργιάδου).

Συμπέρασμα : Ἄρκετὰ ὄριμα πλασματοκύτταρα, εὐμεγέθη ἄτυπα νεοπλασματικά κύτταρα, πιθανῶς ἄτυπα πλασματοκύτταρα, ὡς ἐπὶ μυελώματος, χωρὶς νὰ δύναται νὰ ἀποκλεισθῇ ἂν ταῦτα προέρχωνται ἐξ ἄλλης φύσεως νεοπλασματικῆς ἐπεξεργασίας π. χ. σάρκωμα τοῦ Ewing Τὴν 1.8.61 μεταφέρεται εἰς τὴν Α' Παθολογικὴν Κλινικὴν ἐξ ἧς προήρχεται πρὸς θεραπείαν.

Ὁ ἀσθενὴς ἐξῆλθε τοῦ Νοσοκομείου καὶ μετὰ 1 ἔτος ὡς ἐπληροφορήθημεν διεγνώσθη ἀλλαγῆς φυματιώδους σπονδυλίτις δι' ἣν καὶ ἐχειρουργήθη. Ἐνδιαφέρον θὰ ἦτο νὰ μᾶς εἶπη τις ἐκ τῶν συναδέλφων ἐὰν γνωρίζῃ τίποτε σχετικῶς μὲ τὸν ἀσθενῆ τοῦτον.

Περίπτωσης 2α :

A. E. Ἐνοσηλεύθη ἀπὸ 6—23.10.1965.

Πρὸ μηνὸς ἐνοσηλεύθη εἰς τὴν Α' Παθολογικὴν Κλινικὴν πάσχουσα ἐκ σακχαρώδους διαβήτου, αἰτιωμένη συγχρόνως ἄλγος περὶ τὴν ὀσφύν.

Ἀκτινογραφικῶς : Διαπιστοῦται ἀλλοίωσις τοῦ 12ου θωρακικοῦ σπονδύλου.

13.9.65 : Βιοψία διὰ παρακέντησεως τοῦ 12ου θωρακικοῦ σπονδύλου.

Ἡ παθολογοανατομικὴ ἐξέτασις ἀπέδειξεν ὅτι πρόκειται περὶ χορδώματος.

Ἡ ἀσθενὴς διακομίζεται εἰς τὴν ἡμετέραν κλινικὴν καὶ ἀποφασίζεται ἢ χειρουργικὴ ἐπέμβασις, ἢτοι ἢ ἀφαίρεσις τοῦ πάσχοντος σπονδύλου.

Τὸ ἐνδιαφέρον ἐνταῦθα εἶναι ὅτι ἡ ιστολογικὴ εἰκὼν τῶν παρασκευασμάτων ἐκ τοῦ σπονδυλικοῦ σώματος, ληφθέντος ἐκ τῆς ἐγχειρήσεως, δὲν ἦτο παθογνωμονικὴ τοῦ χορδώματος δι' ὃ καὶ ἡ ἐκθεσις ἀναφέρει ὅτι «ἐὰν ἡ ιστολογικὴ εἰκὼν τοῦ διὰ παρακέντησεως ληφθέντος ὕλικου πρὸς βιοψίαν προηγουμένως δὲν ἦτο παθογνωμονικὴ τοῦ χορδώματος ὁ καθορισμὸς τῆς φύσεως τοῦ ὄγκου θὰ καθίστατο δυσχερής».

Περίπτωσης 3η :

II. T. ἐτῶν 65, ἐκ Γορτυνίας.

Ἐνοσηλεύθη ἀπὸ 25.1—10.3.66.

Τὴν 10.12.65 καὶ ἐνῶ ἐνοσηλεύετο εἰς τὴν Α' Παθολογικὴν Κλινικὴν

ἐγένετο βιοψία διὰ παρακεντήσεως τοῦ 10ου θωρακικοῦ σπονδύλου.

Συμπέρασμα παθολογοανατομικῆς ἐξετάσεως : Μὴ εἰδικὴ φλεγμονὴ ἢ νεοπλασία.

Ὁ ἀσθενὴς ἐξῆλθε τὴν 10.3.66 μὴ δεχθεὶς νὰ ὑποβληθῆ εἰς ἐγχείρησιν.

Περίπτωσις 4 η :

Μ. Ἀ., ἐτῶν 75, ἐκ Μεσσηνίας.

Ἐνοσηλεύθη ἀπὸ 17.2—3.3.66.

Ὁ ἀσθενὴς αἰτιᾶται ἄλγος κατὰ τὰ κάτω ἄκρα ἀπὸ μὴνός, ἀπὸ 15θήμερου χαλαρὰ παραπληγία ἀπὸ τοῦ 5φους τοῦ Θ4—Θ5 νευροτομίου.

25.2.66 : Βιοψία διὰ παρακεντήσεως τοῦ 5ου θωρακικοῦ σπονδύλου.

Ἱστολογικῶς διαπιστοῦται ὅτι εἶχον ληφθῆ τμῆμα μεσοσπονδυλίου δίσκου καὶ νωτιαίου γαγγλίου ἄνευ στοιχείων κακοήθους νεοπλασματικῆς ἐπεξεργασίας.

Μετὰ ταῦτα ὁ ἀσθενὴς ἐξέρχεται ἵνα ὑποβληθῆ εἰς ἀκτινοθεραπείαν διὰ πιθανὴν μετὰστασιν καρκινώματος τοῦ προστάτου λόγω ὑπάρξεως διογκώσεως καὶ σκληρίας αὐτοῦ ὡς καὶ αὐξήσεως τῆς ὀξίνου φωσφατάτης.

Περίπτωσις 5 η :

Π. Η. ἐτῶν 20 ἐκ Ρόδου.

Ἐνοσηλεύθη ἀπὸ 5—31.1.1966.

Ἀπὸ μὴνός αἰφνίδιον ἄλγος ἐπιτεινόμενον προοδευτικῶς μὲ σύγχρονον ἐλάττωσιν καὶ τέλος κατάργησιν τῶν ἀντανεκλαστικῶν ἐπιγονατίδος καὶ Ἀχιλλείου.

Ἀκτινογραφικῶς : Ἀλλοίωσις τοῦ 4ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου.

14.1.66 : Βιοψία διὰ παρακεντήσεως τοῦ 4ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου.

Ἱστολογικὴ ἐξέτασις : Εἰκὼν ἐνιδύου δυσπλασίας. Εἰς τὰ τμήματα τοῦ μυελοῦ παρατηρήθησαν ἀποκλειστικῶς σχεδὸν ἑλάσται.

27.1.66 : Ὁσφυονωτιαία παρακέντησις. Ἰνιτικὴ ἐγκεφαλονωτιαίου ὑγροῦ. Εὐανθοκίτρινον θολερὸν. Pandy θετικὴ. Λεύκωμα 3,20%. Κύτταρα 1 κατὰ κ.χ.

20.1.66 : Μυελογραφία. Διαπιστοῦται ὄγκος τοῦ Ν.Μ. καὶ ὁ ἀσθενὴς διακομίζεται πρὸς ἀκτινοθεραπείαν.

Περίπτωσις 6 η :

Κ. Ἀ. ἐτῶν 60, ἐξ Ἰωαννίνων.

Εἰσῆλθε τὴν 1.3.66 καὶ ἐξακολουθεῖ νοσηλευόμενος.

Ἡ νόσος ἀρχεται ἀπὸ τὸ 1952 μὲ ἀλλαγὴ κατὰ τὴν θωρακοσφυϊκὴν μοῖραν τῆς Σ.Σ.

Ἀκτινογραφικῶς : Διαπιστοῦται ἀλλοίωσις τοῦ 8ου καὶ 9ου θωρακικοῦ σπονδύλου.

7.3.66 : Βιοψία διὰ παρακεντήσεως τοῦ 8ου θωρακικοῦ σπονδύλου.

Ἱστολογικὴ ἐξέταση : Πήγμα αἵματος καὶ ἐν μέρει νεκρωμένοι ἐστέιναι δοκίδες. Πιθανῶς ὀστεομυελίτις.

S U M M U R Y

C. S. ELIOPOULOS and G. STRATIGAKIS: The needle biopsy of the vertebral bodies.

ΕΠΙΔΕΙΞΕΙΣ

Ε. ΦΡΑΓΓΚΑΚΗΣ, Α. ΡΩΜΑΝΟΣ, Κ. ΠΡΑΤΣΙΚΑ: Περίπτωσης γιγαντιαίου μυξολιπτοσαρκώματος του μηρού.

Τὸν παρελθόντα Νοέμβριον, εἰσήλθεν εἰς τὴν Προπαιδευτικὴν Χειρουργικὴν Κλινικὴν τοῦ Ἱπποκρατείου Νοσοκομείου ἀσθενὴς ἄρρην ἡλικίας 43 ἐτῶν φέρων τεραστίαν διόγκωσιν κατὰ τὴν ὀπισθίαν ἐπιφάνειαν τοῦ δεξιοῦ μηροῦ.

Ὡς ἀνέφερον ὁ ἀσθενὴς, πρὸ 7ετίας ἐνεφάνισε διὰ πρώτην φοράν μικρὰν διόγκωσιν εἰς τὴν ἰγνυακὴν χώραν, ἣτις ταχέως προσέλαβε τὸ μέγεθος πυγμῆς. Εἰς ἐπαρχιακὴν κλινικὴν ἀφηρέθη τότε ὁ ὄγκος καὶ ἐγένετο βιοψία, ἣτις κατὰ τὸν ἀσθενῆ ἔδειξεν ὅτι ἐπρόκειτο περὶ λιπώματος. Τοῦτο δὲν κατέστη δυνατόν γὰ ἐπιβεβαιώσωμεν.

Δύο ἔτη μετὰ τὴν ἐγχείρησιν ἐπανειφανίσθη διόγκωσις συνεχῶς μεγαθυνομένη. Ἐν τούτοις καθ' ὅλον τοῦτο τὸ διάστημα καὶ παρὰ τὸ τεράστιον μέγεθος τὸ ὁποῖον εἶχε προσλάβει ἐν τῷ μεταξύ ὁ ὄγκος, οὐδὲν ἐνόχλημα εἶχεν ὁ ἀσθενὴς πλὴν αἰσθήματος βάρους.

Κατὰ τὴν εἴσοδον, ὁ ἀσθενὴς ἐνεφάνιζε τεραστίαν διόγκωσιν καταλαμιδανούσαν τὴν ὀπισθίαν ἐπιφάνειαν τοῦ μηροῦ, ἀπὸ τῆς ἰγνύος μέχρι τῆς γλουτιαίας πτυχῆς. Ἐπρόκειτο περὶ ὄγκου μᾶλλον περιγράπτου μὲ μεγαλοῦδύδη διαμόρφωσιν, καὶ σύστασιν σχετικῶς μαλακὴν καὶ ἐλαστικὴν. Τὸ ὑπερκείμενον δέρμα ἦτο ἐλεύθερον. Κατὰ τὸ κατώτερον μέρος ὑπῆρχεν οὐλὴ ἐκ τῆς παλαιᾶς ἐπεμβάσεως, εἰς τὸ σημεῖον δὲ τοῦτο ὁ ὄγκος ἐσχημάτιζεν ἰδιαίτερον λοβόν. Ἡ λειτουργικότης τοῦ γόνατος ἦτο ἀνεπηρέαστος πλὴν τῆς πλήρους κάμψεως, παρεμποδιζομένης ὑπὸ τοῦ ὄγκου. Οὐδὲν σημεῖον πίεσεως ἐπὶ τοῦ ἰσχιακοῦ νεύρου ἢ τῶν ἀγγείων εὑρέθη κλινικῶς. Οἱ βουβωνικοὶ λεμφαδένες ἐψηλαφῶντο μετρίως διωγκωμένοι. Αἱ ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις οὐδὲν στοιχεῖον προσέφερον.

Ἀκτινολογικῶς δὲν ὑπῆρχον ὁστικαὶ ἀλλοιώσεις, ἀλλὰ διεγράφετο τὸ περίγραμμα τοῦ ὄγκου, ἐντὸς τοῦ ὁποῖου διεκρίνοντο περιοχαὶ τιτανιώσεις.

Γενομένη αρτηριογραφία έδειξε πολύ πτωχήν άγγειωσιν του όγκου. (Εικόν 1).

Κατά την έγχείρησιν, άπεκαλύφθη ό όγκος περιβαλλόμενος υπό μαλθακής κάψης και άναπτυσσόμενος υπό την στιβάδα των όπισθίων μηριαίων μυών. Οί έν λόγω μύς, πεπλατυσμένοι και λεπτυσμένοι εκάλυπτον την όπισθίαν επιφάνειαν του όγκου. Πρός την έξω επιφάνειαν του όγκου και έν μέσω νεοπλασματικών λοβών οί όποιοι τό περιέκλειον, άνευρέθη πεπλατυσμένον και λεπτυσμένον τό ισχιακόν νεύρον, τό όποιον παρεσκευάσθη καθ' όλον αυτό τό μήκος μετά των κλάδων του προς τόν δικέφαλον μύν. Άξιοσημείωτον είναι ότι ένώ περί τό ισχιακόν νεύρον είχαν άναπτυχθή νεοπλασματικοί λοβοί και τό περιέκλειον πλήρως εις τινας θέσεις, έν τούτοις τούτο άφωρίζετο τής κυρίως νεοπλασματικής μάζης διά τής κάψης του όγκου. (Εικόν 2).

Ό όλοκληρωτικώς άφαιρηθείς όγκος ειχε διαστάσεις 35 X 15 X 10 εκ., και έξύγιζεν 7,5 χιλιόγραμμα. Περιεβάλλετο πανταχόθεν υπό λεπτής ινώδους κάψης, έπαρουσίαζε δέ ύδώδη διαμόρφωσιν.

Κατά την διατομήν ένεφάνιζε περιοχάς, άλλου μόν χροιάς κιτρινης και συστάσεως μαλθακής, άλλου δέ χροιάς λευκάζουσης με σύστασιν ύποτρώμουσαν.

Ίστολογικώς, αί πρώται εκ των έν λόγω περιοχών άποτελοϋνται έξ εϋμεγέθων λιποκυττάρων τά όποια διαχωρίζονται κατά λοβοειδείς άθροίσεις υπό λεπτών λωρίδων άγγειοσυνδετικού ιστού. Εις τάς άλλας θέσεις παρατηροϋνται άραιώς διατεταγμένα άστεροειδή ή άκανονίστα σαρκωματώδη κύτταρα μετά άνισομεγέθων, άκανονίστων και βαθυχρωματικών πυρήνων, άναστομούμενα προς άλληλα διά πρωτοπλασματικών άποφύδων και περιβαλλόμενα υπό μυξωματώδους ούσίας. Μεταξύ αυτών διακρίνονται κατά τόπους άνισομεγέθη λιποκύτταρα των όποιων ό πυρήν εύρίσκεται εις την περιφέρεια του κυτταρικού σώματος, τινά δέ έξ αυτών περιέχουν πολλές μικράς λιποσταγόνας, παρέχοντα ούτω την εικόνα λιποβλαστών. (Εικόν 3). Είς τινας θέσεις, τά σαρκωματώδη κύτταρα καθίστανται επιμηκέστερα, άποφύουν κολλαγόνα ίνίδια και διατίθενται κατά δέσμας. Είς, ιδιαιτέρως άποσταλείς όγκος, μεγέθους πορτοκαλίου περίπου, έχει χροιάν λευκάζουσαν, παρουσιάζει δέ κατά τάς διατομάς περιοχάς συστάσεως σκληράς. Ίστολογικώς ούτος άποτελείται εκ μυξωματώδους σαρκωματώδους ιστού, του όποιου τά κύτταρα καθίστανται κατά τόπους ύποστρώγγυλα και σχηματίζουν μικράς νησίδας χονδρικού ιστού, ως και εϋμεγέθεις άκανονίστους όστεοδοκίδας. Συμπερασματικώς, πρόκειται περί μυξολιποσαρκώματος, τό όποιον παρουσιάζει μεταπλασίαν, από ινώδη μέχρι χονδρικών και όστίτην ιστόν.

Συζήτησις: Μετά τό ίνισάρκωμα, τό λιποσάρκωμα είναι τό συχνότερον κακόηθες νεόπλασμα των μαλακών μορίων. Συνήθως άναπτύσσεται μετά

δγκου. (Εί-

υπό μαλθα-
ιαίων μυών.
πισθίαν έπι-
έση νεοπλα-
καί λεπτυ-
ζτουδ το μη-
ον είναι ότι
οβολι και το
της κυρίως

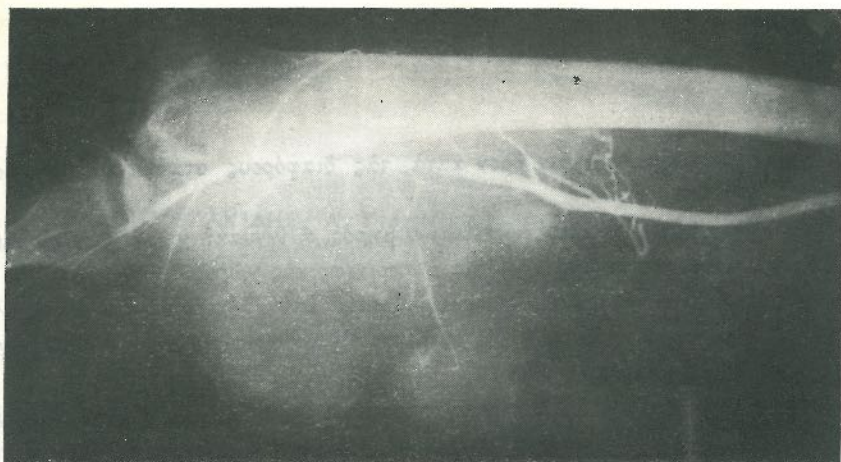
5 X 10 εκ.,
της ινώδους

κτρίνης και
οτρέμουσαν.

ποτελούνται
ιδεΐς άθροΐ-
έσεις παρα-
ατώδη κύτ-
των, άναστο-
κιβαλλόμενα
υς άνισομε-
ρέρεια του

λιποσταγό-
ς θέσεις, τὰ
λαγόνα ίνί-
δγκος, με-
νισιάζει δέ
δτος άποτε-
ταρα καθί-
δας χονδρι-
ασματικώς,
ιασίαν, από

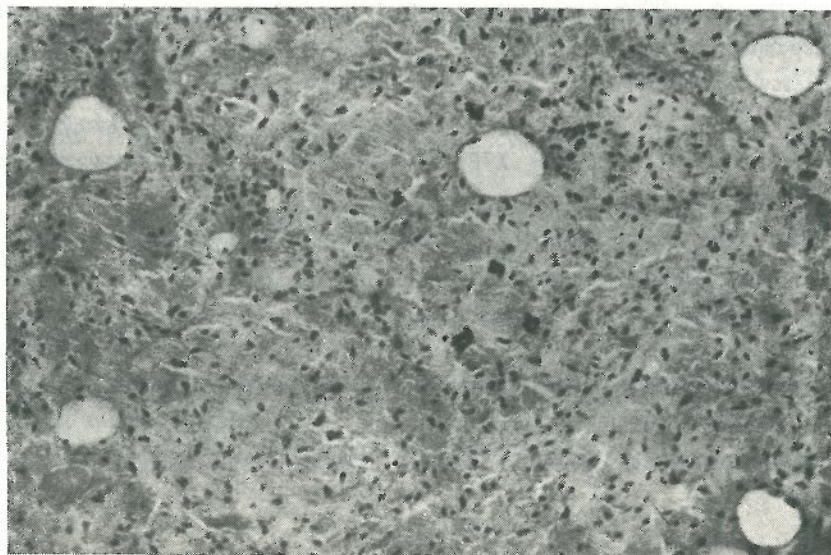
ι το συχνό-
ισεται μετά



Εικ. 1.



Εικ. 2.



Εικ. 3.

τήν μέσην ηλικίαν, με μέσον ὄρον κατὰ τὰς διαφόρους στατιστικὰς τὸ 53ον ἔτος.

Συνήθεις θέσεις ἀναπτύξεως εἶναι ὁ μηρός, ἡ ἰγνυακὴ χώρα, ἡ γλουτιαία χώρα, ὁ ὀπισθοπριτοναϊκός, καὶ ἰδίᾳ ὁ περινεφρικός χώρος.

Τὰ νεοπλάσματα αὐτὰ χαρακτηρίζονται ἀπὸ τὸ τεράστιον μέγεθος, τὸ ὁποῖον ἐνίοτε προσλαμβάνουν. Ἀναφέρεται περίπτωσις τοιοῦτου ὄγκου ζυγίζοντος 32 χιλιόγραμμα (Wells).

Ἡ μεγάλη πλειονότης αὐτῶν ἀναπτύσσεται *de novo* καὶ ὄχι ἀπὸ ἐξαλλαγὴν προϋπαρχόντων λιπομάτων. Ἀπὸ τῆς ἀπόψεως αὐτῆς, θὰ ἦτο ἄκριως ἐνδιαφέρον νὰ διαπιστωθῆ πέραν ἀμφισβητήσεως ὅτι ἡ ἡμετέρα περίπτωσις ὄντως ἀπετέλε ἐξαλλαγὴν τοῦ πρὸ 7ετίας ἀναπτυχθέντος λιπώματος.

Εἰς ὅ,τι ἀφορᾷ τὸ ὄστον, εἶναι ἀμφίβολον ἂν τὰ κατὰ καιροὺς περιγραφέντα ὡς ὄστικα λιποσαρκώματα εἶχον πράγματι ἀναπτυχθῆ ἐκ στοιχείων τοῦ μυελοῦ. Εἰς τὰς περισσοτέρας περιπτώσεις ἐπρόκειτο περὶ δευτερογενοῦς διαβρώσεως τοῦ ὄστοῦ ἐκ τῶν ἔξω.

Τὰ λιποσαρκώματα διακρίνονται γενικῶς εἰς *διαφοροποιημένα* καὶ *ἀδιαφοροποίητα*.

Τὰ πρῶτα δὲν κάνουν μεταστάσεις, ἀλλὰ ὑποτροπιάζουν τοπικῶς κατόπιν ἐξαίρεσεως. Τὰ ἀδιαφοροποίητα μεθίστανται εἰς ἀναλογίαν 40% κυρίως δὲ εἰς τοὺς πνεύμονας καὶ τὸ ἦπαρ. Ἐνίοτε ὑπάρχει πολυεστιακὴ ἀνάπτυξις ἐνδὸς νεοπλάσματος, δίδουσα ψευδῆ ἐντύπωσιν μεταστάσεων. Εἰς τὴν ἡμετέραν περίπτωσιν δὲν ἀνευρέθησαν μεταστάσεις. Γενομένη βιοψία τῶν βουδωνικῶν λεμφαδένων, ἔδειξε μόνον φλεγμονώδεις ἀλλοιώσεις.

Χαρακτηριστικὴ εἶναι ἡ ἱκανότης τοῦ μυξολιποσαρκωμάτωδους ἴστου πρὸς μεταπλασίαν, ἡ ὁποία δύναται νὰ φθάσῃ καὶ μέχρις ὄριμου ὄστοῦ, ἔπειτα εἰς τὴν ἡμετέραν περίπτωσιν.

Ὅλα τὰ στοιχεῖα τῆς περιγραφείσης περιπτώσεως, μᾶς ἐπιτρέπουν τὸ συμπέρασμα, ὅτι πιθανώτατα, ὁ πρὸ 7ετίας ἀναπτυχθεὶς ὄγκος, ἦτο ἐν διαφοροποιημένον λιποσάρκωμα, τὸ ὁποῖον ὑπετροπίασε τοπικῶς μετὰ τὴν ἐξαίρεσίν του, μετὰ δὲ τὴν ὑποτροπὴν — ὡς συμβαίνει καὶ μετὰ ἄλλα νεοπλάσματα — προσέλαβε πλέον κακοήθεις χαρακτῆρας, μεταβληθὲν εἰς ἀδιαφοροποίητον μυξολιποσάρκωμα.

S U M M A R Y

E. PHRAGAKIS, A. ROMANOS and K. PRATSIKA: A case of enormous myxolipoid sarcoma of the femur.

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Α. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Έκτοπος
 όστεοποίησης συνεπεία έγκουμάτων.

(Δέν κατετέθη χειρόγραφον).

Γ. ΜΕΤΑΞΑΣ: Περίπτωσης κεντρικού τραυματικού έξαρθήματος Ισχίου, εις
 άτομον πάσχον εκ Tabes Dorsalis.

(Έκ τής Β' Χειρουργ. Κλινικής Παν)μίου 'Αθηνών, 'Αρεταίειον Νοσ)μείον).

Ό σκοπός τής παρούσης επιδείξεως είναι νά δώσωμεν έμφασιν επί
 των σοβαρών καταστάσεων, αι όποiai ακολουθοϋν μικρούς σχετικώς τραυματι-
 σμούς εις άτομα πάσχοντα εκ tabes dorsalis και νά περιγράψωμεν δλας αυ-
 τάς, ώς και τήν εφαρμοζομένην θεραπείαν, ή όποια μέχρι σήμερα δέν είναι
 έπαρκής.

Περίπτωσης 1: Άτομον ηλικίας 72 ετών υπέστη μικρόν άτύχημα
 κατά τό όποιον συνεστράφη περι τό δεξιόν του ισχίου και έπεσεν επί του δα-
 πέδου εντός του δωματίου του τον Φεβρουάριον του 1965.

Πέντε ημέρας άργότερον εισήχθη εις τό Νοσοκομείον με έλαφρόν άλγος
 του δεξιού ισχίου. Άκτινογραφικώς έφαίνετο μικράς παρεκτοπίσεως κατάγμα-
 του δεξιού ήβικου όστού επεκτεινόμενον επί τής κοτύλης μετά μετρίου κεντρι-
 κού έξαρθήματος του δεξιού ισχίου. Επί του άσθενοϋς έτοποθετήθη δερμα-
 τική έκτασις δια χρονικήν περίοδον τεσσάρων εβδομάδων. Έξήλθε του Νο-
 σοκομείου χρησιμοποιών βακτηρίας μασχάλης. Παρεκολουθείτο εις τό έξωτε-
 ρικόν 'Ιατρείον και υπεβλήθη εις προσεκτικήν κινησιοθεραπείαν. Η σειρά των
 άκτινογραφιών, αι όποiai έγιναν εις μεσοδιάστημα 2 μηνών έδειξαν προδευ-
 τικήν επιδείνωσιν.

Τόν 'Ιούλιον του 1965 ό άσθενής παρεπονείτο δια στιγμιαία διαξιφιστικά
 άλγη του δεξιού του ισχίου.

Κατά τήν εξέτασιν μας κλινικώς ό άσθενής δέν παρουσίαζεν άλγος, ειχεν
 άσυνήθη κινητικότητα, εξαίρετικήν μυϊκήν χαλαρότητα και πέντε εκατοστά
 βράχυνσιν του δεξιού σκέλους. Τά άντανακλαστικά του γόνατος και ή εν τώ
 βάθει άσθησις άπουσίαζον. Δέν υπήρχεν άταξία ή τό σημείον του Argyll
 Robertson.

Λεπτομερεστέρα έρευνα επί του ιστορικού απέδειξεν ότι ό άσθενής έπα-
 σχεν εκ tabes - dorsalis.

Άκτινογραφικώς έπεδείχθη ή νευρογενής φύσις τής άρθροπαθείας.



Εβ. 1.



Εβ. 2.



Εβ. 3.

Ἡ εξέλιξις ακτινογραφικῶς κατὰ τὴν πορείαν τῆς νόσου.

Ὁλόκληρον τὸ ἱστορικὸν καὶ ἡ ἀκτινογραφικὴ ἀπεικόνισις ἐπιβεβαιοῦν ὅτι ἐπρόκειτο περὶ ἀρθροπαθείας.

Ἡμεῖς δὲν εἶχομεν οὐδεμίαν πείραν διὰ νὰ ἐπιχειρήσωμεν χειρουργικὴν ἀποκαταστάσεως ἐπὶ ταιούτων περιστατικῶν καὶ ἡ διεθνὴς βιβλιογραφία ἐπὶ τοῦ θέματος αὐτοῦ συμβουλεύει ὅτι δὲν εἶναι ὀρθὸν νὰ ἐπιχειρηθῆῖ κάτι παρόμοιον.

Συνεστήθη εἰς τὸν ἀσθενῆ νὰ συνεχίσῃ χρησιμοποιοῦν βακτηρίας μασχάλης, ἢ ἀντ' αὐτῶν, βακτηρίας ἀγκῶνος καὶ νὰ φέρῃ ὀρθοπεδικὸν κηδεμόνα μὲ ἀνύψωσιν τοῦ ὑποποδίου τοῦ σκέλους (caliper) ἕως ὅτου ἀναπτυχθῆῖ ψευδάρθρωσις ἀπὸ τὴν ἀπορρόφησιν τοῦ παραμένοντος τμήματος τοῦ αὐχένου τοῦ μηριαίου ὅσπου.

Συζήτησις

Ἡ νευρογενὴς ἀρθροπάθεια, ἡ ὁποία διὰ πρώτην φοράν περιεγράφη τὸ 1868 ὑπὸ τοῦ Charcot συνδυάζεται μὲ κεντρικὰς ἢ περιφερικὰς νευρικὰς ὀργανικὰς βλάβας ὡς τὸ tabes - dorsalis κυρίως διὰ τὰ κάτω ἄκρα ἢ συριγγομυελία κυρίως διὰ τὰ ἄνω ἄκρα.

Αὕτη χαρακτηρίζεται ἀπὸ ἐξαιρετικὰς παθολογοανατομικὰς καταστροφὰς τῶν ἀρθρικῶν ἐπιφανειῶν, μὲ παραγωγὴν νέου ὀστικοῦ σχηματισμοῦ, χαλάρωσιν, ἀτονίαν τῶν μυῶν.

Ὁ πραγματικὸς μηχανισμὸς αὐτῶν τῶν σοβαρῶν δυσμορφιῶν τῆς ἀρθρώσεως εἶναι ἀγνώστος ἀλλὰ ἔχει ἤδη πειραματικῶς ἀποδειχθῆῖ (Elleser) ὅτι ἓνας τραυματισμὸς ἐπὶ μιᾶς παρομοίας ἀρθρώσεως (νευροπαθοῦς) ἔχει ὡς ἀποτέλεσμα τὴν παραγωγὴν δυσμορφίας ὁμοίας μὲ ἐκείνης τῆς ἀρθροπαθείας τοῦ (Charcot).

Εἶναι δύσκολον ὅπωςδὴποτε νὰ ἐξηγηθῆῖ διατὶ προσβάλλεται ἀπλῶς μία ἀρθρῶσις ἐνὸς σκέλους, ἐνῶ ἄλλαι τοῦ αὐτοῦ παθολογοανατομικοῦ ὑποστρώματος παραμένουν ἀπρόσβλητοι.

Οἱ ἄρρηνες κυρίως προδιατίθενται εἰς τὴν πάθησιν αὐτήν.

Περισσότερον συχνὰ προσβάλλονται αἱ ἀρθρώσεις τοῦ γόνατος, τοῦ ἰσχίου, τῆς ποδοκνημικῆς, τοῦ ὄμου, τοῦ ἀγκῶνος καὶ τῆς σπονδυλικῆς στήλης, κατὰ τὴν σειρὰν ποῦ ἀναφέρομεν.

Τὰ κυριαρχοῦντα συμπτώματα προέρχονται κυρίως ἐκ τῆς παθήσεως τῶν ὀστῶν, μᾶλλον, παρὰ ἀπὸ νευρικὰς ὀργανικὰς βλάβας.

Κατὰ τὴν κλινικὴν ἔρευνάν μας πάντοτε πρέπει νὰ λαμβάνωμεν ὑπ' ὄψιν τὰς ἀντιδράσεις Wasserman - Cahn καὶ τῆς ἀκίνητοποιήσεως τοῦ τριπονήματος, τὸ test κατὰ Majer : Neelson.

Ἡ διάγνωσις εὐκόλως τίθεται, ἀλλὰ ἡ θεραπεία εἶναι μᾶλλον ἀνεπιτυχής.

Χειρουργική ἀποκαταστάσεως ἡμπορεῖ νὰ ὀδηγήσῃ εἰς σοβαρὰ προβλήματα καὶ περιπλοκὰς διὰ τὸν ἀσθενῆ. Ἡ πόρωσις τῶν ὀστέων συχνὰ ἀναχέτιζται ἐπὶ Tabes - Dorsalis καὶ ἀκόμη μία ἀπλή ὀστεοτομία δυνατὸν νὰ μὴ πωρωθῇ.

Ἐνῶ ἐξ ἄλλου ἔχομεν τὴν ἐντύπωσιν ὅτι ἡ μετεγχειρητικὴ φλεγμονὴ κατόπιν μιᾶς ἐγχειρήσεως ὀστικῆς εἶναι συνηθεστέρα καὶ πλέον σοβαρὰ, ἐπὶ ἀσθενοῦς πάσχοντος ἐκ Tabes - Dorsalis ἀπὸ ὅ,τι εἰς οἰανδήποτε ἄλλην περίπτωσιν.

Ἐπάρχει ἐπίσης, θεωρητικῶς ἀντίρρησις εἰς τὴν σκέψιν τῆς ἐφαρμογῆς χειρουργικῆς ἀποκαταστάσεως.

Στὴν περίπτωσίν μας εἶχομεν, σχετικῶς καλὸν ἀποτέλεσμα μὲ συντηρητικὰ μέσα ὡς βακτηρίας ἀγκῶνος καὶ ἀσφαλῆ συγκράτησιν τοῦ σκέλους μὲ ὀρθοπεδικὸν κηδεμόνα. Δὲν ὑπάρχει ἀμφιβολία ὅτι καὶ διὰ τοὺς δύο, τόσον τὸν ἀσθενῆ ὅσον καὶ διὰ τὸν ἰατρὸν δὲν εἶναι ἡ ἰδεώδης θεραπεία.

Εἶναι πολὺ δύσκολον νὰ λεχθῇ ὅτι ἐὰν ὁ ἀσθενής μας δὲν θὰ εἶχεν ἀναπτύξει νευρογενῆ ἀρθροπάθειαν τύπου Sarcot ἐὰν δὲν εἶχε προηγηθῇ τραυματισμός.

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α

1. Ἐλαφρὸς τραυματισμός ἐπὶ πασχόντων ἐκ Tabes-Dorsalis πολὺ συχνὰ ὀδηγεῖ εἰς Ἀρθροπάθειαν Νευρογενῆ τύπου «Charcot».
2. Ἡ περίπτωσίς μας περιεγράφη μὲ ἰδιαιτέραν ἔμφασιν καὶ τονίζει τὰς μέχρι σήμερον εἰς χεῖρας μας ἀνεπαρκεῖς μεθόδους θεραπείας.
3. Κριτικὴ ἐπισκόπησις τῆς Βιβλιογραφίας τοῦ θέματος ἐν συμπεράσματι περιλαμβάνεται.

Εἶμαι εὐγνώμων εἰς τὸν κ. John Charnley διὰ τὰς ὑποδείξεις του ἐπὶ τῆς περιπτώσεώς μας καὶ ἰδιαιτέρως εὐγνώμων εἰς τὸν Καθηγητὴν μου κ. Χ. Τουλ διὰ τὴν θετικὴν κριτικὴν του .

S U M M A R Y

G. METAXAS: Report on a case of central dislocation of the hip in a patient suffering from tabes dorsalis.

REFERENCES

1. DEGENHARD D. CODWIN M.: Neuropathic joints in Diabetes Journal of Bone and Joint Surgery 37 A 1965 p. 769.
2. ELOESSER L.: On the nature of neuropathic affection of joints : Ann. Surg. 66 : 201 1917
3. KEY J. A.: Treatment of Charcot's joint : Arol. anol. cuteu. Rev. 49. 161 1955.
4. LORD COHEN OF BIRKENHEAD : Neuropathic joint. Journal of Bone and joint surgery 43 B. 219 1961.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΣ

A. ΑΡΖΙΜΑΝΟΓΛΟΥ, Β. ΤΣΙΜΠΟΥΚΗΣ, Ε. ΒΑΓΙΑΝΟΣ: 'Η όστεοτομία της λεκάνης κατά Salter επί συγγενούς έξαρθήματος του ισχίου.

Τόν Ιούνιον του 1960, διά πρώτην φοράν ό Ρ. Β. Solter άνεκοίνωσεν, εις τό έτήσιον συνέδριον τής Καναδικής Όρθοπεδικής Έταιρείας, τά πρώτα του άποτελέσματα επί έγχειρήτικης μεθόδου, διά τήν θεραπείαν τής άσταθείας του άναταχθέντος ισχίου, επί συγγενών έξαρθημάτων ισχιών, ή ύπεξαρθρημάτων αυτών, εις παρημελημένας περιπτώσεις.

Άπό έτους και πλέον, έσχομεν τήν ευκαιρίαν όπως έφαρμόσωμεν τήν όστεοτομίαν πυέλου έν τή ΠΚΠΑ, και διά τής βραχείας ταύτης άνακοινώσεως νά τήν καταστήσωμεν γνωστήν εις τούς νεαρωτέρους έκ των συναδέλφων.

Δέν πρόκειται νά άσχοληθώμεν με τό καθ' αυτό πρόβλημα, τής θεραπείας του Σ.Ε.Ι., τάς δυσκολίας τής όποίας όλο: γνωρίζομεν. Άναγκαίον όμως καθίσταται όπως άναπτύξωμεν διά βαχέων τό πρόβλημα τής άσταθείας του άναταχθέντος ισχίου, ιδιαίτερα δε εις παρημελημένας περιπτώσεις άνω των 18 μηνών.

Είμαι άναμφισβήτητον ότι και εις τήν χώραν μας, έχει καταβληθή ιδιαίτερα προσπάθεια, προς τήν κατεύθυνσιν τής έγκαίρου διαγνώσεως του Σ.Ε.Ι. ή όποία και ήρχισεν ήδη αποδίδουσα, πλην όμως και σήμερα, αλλά και εις τό έγγύς μέλλον, θα καλούμεθα νά αντιμετωπίσωμεν διαγνωσθείσας περιπτώσεις Σ.Ε.Ι. εις άλλοτε άλλον χρόνον, μετά τήν βάδισιν.

Είναι γνωστόν ὅτι εἰς περιπτώσεις Σ.Ε.Ι. εἰς ἡλικίαν ἀπὸ 18 μηνῶν, μέχρις 6—7 ἐτῶν, ἢ καθ' αὐτὸ ἀνάπτυξις τοῦ ἐξαρθρήματος, κατόπιν προετοιμασίας δι' ἔλξεως, εἴτε διὰ κλειστής, εἴτε δι' ἀνοικτῆς μεθόδου, ἐπιτυγχάνεται σχετικῶς ἄνευ δυσκολιῶν, ἢ σταθεροποιήσας ὅμως τῆς ἐπιτευχθείσης ἀνατάξεως, καθίσταται προβληματικὴ σὺν τῇ παράδῳ τῆς ἡλικίας.

Τὸ ἀναταχθὲν ἰσχίον, εἶναι σταθερὸν εἰς θέσιν ἀπαγωγῆς - κάμφεως καὶ διαφόρου βαθμοῦ στροφῆς, φερομένου ὅμως καὶ πάλιν τοῦ ἰσχίου, εἰς φυσιολογικὴν θέσιν βαδίσεως, εἰς τινὰς ἐκ τῶν περιπτώσεων, λαμβάνει χώραν ἐπανεξάρθωσις.

Εἰς τὴν ἡλικίαν τῶν 0—2 μηνῶν, τὸ πρόβλημα τῆς ἀσταθείας τοῦ ἀναταχθέντος ἰσχίου, δύναται νὰ ὑπερπηδηθῇ δι' ἀκίνητοποιήσεως, ἐπὶ μερικὸς μῆνας. Κατὰ τὴν περίοδον αὐτὴν, ἀναμένομεν σχεδὸν φυσιολογικὴν ἀνάπτυξιν, τόσον τῆς κοτύλης, ὅσον καὶ τῆς μηριαίας ἐπιφύσεως, με ἀποτέλεσμα, τὸ ἀναταχθὲν ἰσχίον, νὰ παραμένῃ σταθερὸν καὶ εἰς τὴν φυσιολογικὴν θέσιν βαδίσεως.

Ἡ ἱκανότης τῆς τελείας, ἢ σχεδὸν τελείας ἀναπτύξεως, τῆς κοτύλης καὶ τῆς μηριαίας ἐπιφύσεως, ἐνῶ εἶναι μεγίστη κατὰ τὴν γέννησιν, προοδευτικῶς καὶ μετὰ τὴν παρέλευσιν τῶν μηνῶν, αὕτη ἐλαττοῦται.

Ἀντιστρόφως, αἱ παθολογοανατομικαὶ ἀλλοιώσεις, αἱ συνοδεύουσαι τὸ συγγενῶς ἐξηρθρωμένον ἰσχίον, ἐλάχιστα οὖσαι κατὰ τὴν γέννησιν, ταχέως αὐξάνονται σὺν τῇ παράδῳ τοῦ χρόνου.

Ὁ συνδυασμὸς τῶν ὡς ἄνω δύο παραγόντων, ἀποτελεῖ τὴν αἰτίαν τῆς ἀσταθείας τοῦ ἰσχίου, τοῦ ἀναταχθέντος εἰς ἡλικίαν ἄνω τῶν 18 μηνῶν.

Μέθοδοι διὰ τὴν αὐξήσιν τῆς σταθερότητος τοῦ ἀναταχθέντος ἰσχίου.

Πολλὰ καὶ ποικίλαι μέθοδοι, ἔχουσι ἀνακοινωθῆ, σχέσιν ἔχουσαι, μετὰ τὴν προσπάθειαν τῆς θεραπείας, τοῦ ἀναταχθέντος, ἀλλὰ ἀσταθοῦς ἰσχίου, εἰς ἀσθενεῖς, ἡλικίας ἄνω τῶν 18 μηνῶν.

Ἐκάστη μέθοδος ἀφορᾷ εἰς τὴν διόρθωσιν τοῦ προεξάρχοντος παθολογοανατομικοῦ στοιχείου, τοῦ εὐνοοῦντος τὴν ἀστάθειαν τοῦ ἀναταχθέντος ἰσχίου. εἶναι δὲ αὗται, τρεῖς, μεμονωμένως, ἢ ἐν συνδυασμῷ:

- 1) Προσθία κλίσις αὐχένος
- 2) Βλαισότης αὐχενομηριαίας γωνίας
- 3) Λοξότης κοτύλης

Δι' ὀλίγων, αἱ μέθοδοι τῆς συγκρατήσεως τοῦ ἀναταχθέντος ἰσχίου, ἔχουσιν ὡς κάτωθι:

- I) Συντηρητικὴ: Αὕτη ὅλως ἐφικτὴ οὖσα κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ πρώ-

του έτους, καθίσταται σὺν τῇ παρόδῳ τοῦ χρόνου ἀνέφικτος, εἰδικῶς δὲ ἄνω τῶν 18 μηνῶν, ἔστω καὶ μὲ παρατεταμένην ἀκίνητοποίησιν.

Ἀκίνητοποιήσεις ἐξ ἄλλου τοῦ ἰσχίου εἰς αὐτὴν τὴν ἡλικίαν, συνοδεύεται συνήθως ἀπὸ δυσκαμψίαν, τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως, ἀτροφίαν μυῶν, ρίχνωσιν τοῦ θυλάκου καὶ ἀκόμη περισσότερο, ἐλάχιστον ἐρεθισμόν, διὰ τὴν ἀνάπτυξιν τῆς κοτύλης. Ὁ τύπος τῆς ἀκίνητοποίησεως, ἡ ὁποία ἐπιτρέπει κινήσεις εἰς τὴν κατ' ἰσχίον ἀρθρωσιν, (Ponseti 1944, Compere ond Schnute 1946) δυνατόν νὰ ἐπιφέρῃ βελτίωσιν τῶν ἀποτελεσμάτων τῆς συντηρητικῆς μεθόδου, ἣτις εἰς τὸ παρελθὸν ἐπέτυχε νὰ δώσῃ ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα.

II) Ἐπέμβασις ἐπὶ τοῦ μηροῦ:

α) Ὄστεοτομία στροφῆς.

Συμφωνοῦντες μὲ τοὺς Salter, Shands καὶ Steel, παραδεχόμεθα ὅτι ἂν δυναθῶμεν νὰ διατηρήσωμεν σταθερὰν τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ ἰσχίου καὶ κατὰ τὴν θάδισιν, ἡ διάρθρωσις τῆς προσθίας κλίσεως ἐπιτυγχάνεται αὐτομάτως.

Ἡ ὀστεοτομία στροφῆς, ὡς συμβουλευέται ἀπὸ τὸν Grego (1948), Somerville (1953) καὶ Trevor (1958), ἐπιτυγχάνει τὴν πρόληψιν τοῦ προσθίου ἐξαρτήματος, ἐπειδὴ ὁμοῦ δὲν δύναται νὰ καλύψῃ τὴν ἔλλειψιν σκέπης πρὸς τὰ ἄνω καὶ ἔξω, ὑπεξάρθρημα ἢ καὶ ἐξάρθρημα πρὸς τὰ ἄνω καὶ ἔξω, εἶναι ἐφικτόν. Ἀκόμη περισσότερο, ἂν ἡ ἀνάπτυξις δὲν παραμένει σταθερὰ, ἐπισυμβαίνει ὑποτροπὴ τῆς προσθίας κλίσεως.

β) Ὄστεοτομία ραιδότητος: Συνήθως ἡ θλαισότης τοῦ αὐχένου εἶναι περισσότερο ἐμφανῆς ἢ πραγματικῆ, λόγῳ τῆς ὑπάρξεως ἄλλοτε ἄλλου βαθμοῦ προσθίας κλίσεως. Εἰς περιπτώσεις πραγματικῆς θλαισότητος, ὑποτροχαντήριος ὀστεοτομία ραιδότητος, αὐξάνει τὴν σταθερότητα τοῦ ἀναταχθέντος ἰσχίου. (Pauwel 1951).

Τὰ μειονεκτήματα ὁμοῦ, ἦτοι ἡ θράχυνσις τοῦ σκέλους καὶ ἡ ἐξ αὐτῆς προερχομένη ἐλάττωσις τῆς ἀποστάσεως λαγονίου — τροχαντήρος, ἐπιφέρει ἐξασθένησιν τῆς μυϊκῆς ἰσχύος τῶν ἀπαγωγῶν καὶ ἐμφανῆ κατὰ τὴν θάδισιν χλωδότητα, ὀφειλομένην εἰς θετικὸν Trendelenburg.

3) Ἐπεμβάσεις ἐπὶ τῆς πυέλου.

Ἰκανὸς ἀριθμὸς ἐπεμβάσεων ἐπὶ τῶν ὀστέων τῆς πυέλου, ἔχουσι ἐπινοηθῆ, μὲ σκοπὸν, εἴτε τὴν αὐξήσιν τῆς χωρητικότητος τῆς κοτύλης (Collona), εἴτε τὴν ἀλλαγὴν τῆς φορᾶς τῆς κοτύλης. Δι' ὀλίγων ἀναφέρομεν τὰς πλέον βασικάς ἐκ τῶν μεθόδων.

α) Τεχνητὴ στέγη, μὲ κύριον ὑποστηρικτὴν κατὰ τὰ τελευταῖα χρόνια,

τόν Bosworth. Κατά ταύτην, όστικόν μόσχευμα, τοποθετείται έξωαρθρικώς, εϋθός υπερθεν τής κοτύλης, προεξέχον ταύτης και με φοράν πρός τά κάτω, έξω και παράλληλον του αύχένος του μηρού. Τοποθετούμενον δέ καταλλήλως, αύξάνει τήν σταθερότητα του ισχίου, συχνά όμως, τοποθετούμενον άνεπαρκώς, άπορροφάται.

6) Ό Chiari (1955) και Kawamura (1959), περιέγραψαν μέθοδον έξωαρθρικώς τεχνητής στέγης, ως εξής: Κατόπιν τελείας όστεοτομίας τής πυέλου, εϋθός υπερθεν του άνω όρίου τής κοτύλης, μετετόπιζον τό περιφερικόν τμήμα του λαγονίου, εκάλυπτον τελείως τήν πρός τά έξω μετατοπισθείσαν κεφαλήν του μηριαίου, έμποδίζουσα τήν πρός τά άνω και έξω έξάρθρωσίν τής. Το κύριον μειονέκτημα τής έπεμβάσεως, είναι ή έλάττωσις τής χωρητικότητος τής λεχάνης, ή όποία δυνατόν, να επιφέρη δυσκολίας εις τās θήλεις άσθενείς, κατά τήν έηλικίωσίν των.

γ) Πολλοί έρευνηταί, έσκέφθησαν, ότι ή μηχανική άποκατάστασις τής λοξότητος τής κοτύλης, θα ήτο εύχερεστέρα, δι' άλλαγής τής φοράς τής κοτύλης.¹

Τό 1934 ό Mac Donald περιέγραψεν επέμβασιν, εν είδει συμπίεσεως τής όροφής τής κοτύλης. Οϋτω, δι' όστεοτομίας υπερθεν τής κοτύλης, σποραδικώς έπεκτεινομένης, μέχρι του έξω φλοιού του λαγονίου, έπετύγγανε συμπίεσιν τής όροφής, τήν όποίαν διετήρει δι' όστικων μόσχευμάτων. Ό Pemberton τό 1958, διά πλήρους όστεοτομίας τής πυέλου, οϋχι όμως διά μέσου τής ισχιακής έντομής, έπέτυχεν άλλαγήν τής φοράς τής κοτύλης.

Παρ' ότι διεθνώς άναγνωρίζεται ότι πολλοί εκ των ως άνω μεθόδων, απέδωσαν ικανοποιητικά άποτελέσματα, όλοι οι έρευνηταί και εκ των παλαιότερων και εκ των νεωτέρων, παραδέχονται, ότι τό πεδίον έρεύνης του Συγγενούς έξάρθρωματος, παραμένει άνοικτόν, τόσον από άπόψεως αιτιολογίας, όσον και από άπόψεως θεραπευτικής αντιμετώπισεως.

Είς τήν διαπίστωσιν ταύτην ήχθη ό R. B. Salter, μελετών λίαν επισταμένως τό Συγγενές έξάρθρωμα. Ίδιαιτέρως άσχοληθείς με τήν παθολογοανατομίαν τής άσταθείας του άναταχθέντος ισχίου, έθεώρησε ως βασικήν αίτίαν τήν φοράν τής κοτύλης.

Συμφωνούμεν με τον R. B. Salter, ότι πλήρης άκτινολογικός έλεγχος τής κοτύλης είναι άνέφικτος. Ένώ τήν μηριαίαν κεφαλήν, εύκόλως δυνάμεθα να τήν έλέγξωμεν εις τήν κατά μέτωπον και πλαγίαν άκτινογραφίαν, πλαγία άκτινογραφία τής κοτύλης, δέν είναι ικανοποιητική.

Μόνον κατά τήν διάρκειαν τής άνοικτής ανατάξεως, είναι δυνατόν να έλεγχθῆ πλήρως ή φορά τής κοτύλης.

1. Albee 1915, Grego και Schwartman 1943, Wiberg 1953.

Ὁ Salter ἀναφέρει εἰς τὴν ἀνακοίνωσίν του, ὅτι ἐπανειλημμένως παρατήρησε, ἢ φορὰ τῆς κοτύλης, ἀντὶ τῆς φυσιολογικῆς τοιαύτης πρὸς τὰ κάτω πρόσω καὶ ἔξω, ἐφέρετο περισσότερο τοῦ φυσιολογικοῦ πρὸς τὰ πρόσω καὶ ἔξω, οὕτως ὥστε ἡ μηριαία κεφαλὴ, ἦτο ἀγεπαρκῶς κεκαλυμμένη πρὸς τὰ πρόσω, ὅταν τὸ ἰσχίον εὐρίσκετο ἐν ἐκτάσει, καὶ πρὸς τὰ ἔξω ὅταν τὸ ἰσχίον εὐρίσκετο εἰς προσαγωγὴν. Ἡ παρατήρησις αὕτη, ἐξηγεῖ διατι τὸ ἰσχίον εἶναι σταθερὸν εἰς θέσιν ἀπαγωγῆς καὶ κάμψεως.

Οὗτος ἐσκέφθη ἐὰν ἤλλασε τελείως τὴν φορὰν τῆς κοτύλης οὕτως ὥστε αὕτη νὰ φέρεται πρὸς τὰ κάτω, θὰ ἦτο δυνατόν τὸ ἀναταχθῆν ἰσχίον, νὰ παραμένῃ σταθερὸν εἰς οἰανδήποτε θέσιν.

Διεξοδικῶς, ἐμελέτησεν τὸν τρόπον τῆς ὀστεοτομίας τῆς λεκάνης διὰ τὴν τελείαν ἀλλαγὴν τῆς φορᾶς τῆς κοτύλης, πρῶτον εἰς τὸ ἀνατομικὸν ἐργαστήριον. Διεπίστωσεν ὅτι διὰ τελείας ὀστεοτομίας τοῦ ἀνωτύμου ὀστοῦ, εὐθὺς ὑπερθεν τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως, ἡ κοτύλη περιλαμβανομένη εἰς τὸ περιφερικὸν τμημα τῆς ὀστεοτομίας ἤλλασεν φορὰν ἀνοίγοντας τὴν ὀστεοτομίαν προσθιοπλαγίως.

Τοῦτο, διότι τὸ λαγόνιον, ἡδίκον καὶ ἰσχιᾶκον ὀστοῦν, τὸ περιλαμβανόμενον εἰς τὸ περιφερικὸν τμημα τῆς ὀστεοτομίας, ἦτο δυνατόν νὰ συστραφῇ ὡς μία μονὰς μὲ κέντρον στροφῆς τὴν ἡβικὴν σύμφυσιν, ἥτις εἶναι λίαν ἐλαστικὴ κατὰ τὴν παιδικὴν ἡλικίαν. Ἐπομένως, βασικὴ ἀρχὴ τῆς ὀστεοτομίας τῆς πυέλου εἶναι ἀλλαγὴ τῆς φορᾶς, ὀλοκλήρου τῆς κοτύλης.

Τεχνικὴ τῆς ἐπεμβάσεως

Τόσον εἰς τὰ Συγγενῆ ἔξαρθρήματα, ὅσον καὶ ὑπεξαρθρήματα, ὁ Salter, συνιστᾷ τὸν συνδυασμὸν ἀνοικτῆς ἀνατάξεως καὶ ὀστεοτομίας τῆς λεκάνης. Ἡ ἀνοικτὴ ἀνάταξις κατὰ τὸν Salter, εἶναι ἀπαραίτητος, κατὰ κύριον λόγον διὰ τὴν ἀπόλυτον καὶ κεντρικὴν ἀνάταξιν τοῦ ἰσχίου. Φυσικὰ ἡ ἀπλὴ ἀνάταξις τοῦ ἰσχίου, δέον ὅπως ἔχει ἐπιτευχθῆ προηγουμένως διὰ συντηρητικῶν μεθόδων.

Ἡ τομὴ τοῦ δέρματος φέρεται ἐκ τοῦ μέσου τῆς λαγονίου ἀκρολοφίας, λοξῶς πρὸς τὰ ἐμπρὸς καὶ ἔσω τῆς προσθίας ἄνω λαγονίου ἀκάνθης καὶ εἴτα παραλλήλως πρὸς τὸν βουδωνικὸν σύνδεσμον καὶ μέχρι τοῦ μέσου αὐτοῦ. Διαδοχικῶς καὶ κατὰ στρώματα ἀποκαλύπτεται ἡ ἔξω καὶ ἔσω ἐπιφάνεια τοῦ λαγονίου ὡς καὶ τὸ ἄνω τμημα τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως.

Ὁ θύλακος τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως διανοίγεται κατὰ τὸ ἄνω καὶ πρόσθιον χεῖλος τῆς κοτύλης. Ἐφ' ὅσον ὁ στρογγύλος σύνδεσμος εἶναι ὑπερτροφικὸς, ἀφαιρεῖται. Ὁ ἐπιχειλίος χόνδρος, κατὰ τὴν ἀνοικτὴν ἀνάταξιν, οὐδέποτε παριστᾷ ἐμπόδιον, δι' ὃ καὶ παραμένει ἄθικτος.

Κεντρικὴ ἀνάταξις εὐκόλως λαμβάνει χώραν διὰ χειρισμῶν. Ἐάν — καὶ

τοῦτο εἶναι ἀξιοσημείωτον — κατὰ τοὺς χειρισμούς, διαφανεῖ, ὅτι ἡ κεντρικὴ ἀνάταξις ἐμποδίζεται ὑπὸ τοῦ ἐν ρικνώσει εὐρισκομένου τένοντος τοῦ λαγονοφοῦτου μυός, οὗτος διατέμνεται.

Ἡ ἀποκάλυψις τῆς ἔσω ἐπιφανείας τοῦ λαγονίου, δέον ὅπως εἶναι ὑποπεριοριστικὴ καὶ πλήρης μέχρι τῆς μείζονος ἰσχιακῆς ἐντομῆς. Προσοχὴ, κατὰ τὸ σημεῖον τοῦτο, λόγῳ τῆς γειτνιασεως τοῦ ἰσχιακοῦ νεύρου καὶ τῆς ἄνω γλουτιαίας ἀρτηρίας. Ἡ ὀστεοτομία λαμβάνει χώραν μὲ φοράν εὐθείαν ἀπὸ τὴν ἰσχιακὴν ἐντομὴν πρὸς τὴν κάτω λαγόνιον ἄκανθα καὶ εἶναι εἰς ὀρθὴν γωνίαν, πρὸς τὸν κάθετον ἄξονα τοῦ λαγονίου ὀστοῦ, διὰ Gigli ἢ ὀστεοτόμου. Σφηνοειδὲς μόσχευμα λαμβάνεται ἐκ τοῦ προσθίου τμήματος τῆς λαγονίου ἀκρολοφίας. Τὸ σπουδαιότερον σημεῖον τῆς ἐπεμβάσεως εἶναι ἡ διὰ στροφῆς μετατόπισις τῆς φορᾶς τῆς κοτύλης πρὸς τὰ πρόσω, ἔξω καὶ ἰδίᾳ πρὸς τὰ κάτω, οὕτως ὥστε τὸ σημεῖον τῆς ὀστεοτομίας ἀνοίγει πρὸς τὰ πρόσω καὶ ἔξω.

Ἡ διατήρησις τοῦ ἀνοίγματος κατὰ τὸ σημεῖον τῆς ὀστεοτομίας, ἐπιτυχάνεται, διὰ τῆς καταλλήλου ἐφαρμογῆς τοῦ ἐν εἶδει σφηνὸς μοσχεύματος, συγκρατουμένου εἰς τὴν θέσιν ταύτην, διὰ βελόνης Kirschner, φερομένης πρὸς τὰ κάτω καὶ ὀπίσω. Εἰς τὸ στάδιον τοῦτο, ἐλέγχεται ἡ σταθερότης τοῦ ἰσχίου εἰς ὅλας τὰς θέσεις.

Τὸ τραῦμα κλείεται κατὰ στρώματα καὶ ἐφαρμόζεται Ο.Μ.Κ.Π. γύψινος ἐπίδεσμος, μὲ τὸ σκέλος εἰς ἐλαφρὰν ἀπαγωγὴν, ἔσω στροφὴν, καὶ ἐλαφρὰν κάμψιν εἰς τὴν κατὰ γόνυ ἄρθρωσιν.

Ὁ γύψινος ἐπίδεσμος, παραμένει ἐπὶ 6 ἑβδομάδας, ὅτε καὶ ἀφαιρεῖται. Τὸ Kirschner, δύναται νὰ ἀφαιρεθῇ διὰ τοπικῆς ἀναισθησίας καὶ εἶτα ἔναρξις φυσιοκινησιοθεραπείας.

Ἐνδείξεις δι' ὀστεοτομίαν πυέλου

Ὡς ὁ R. B. Salter ἀναφέρει, κυρίᾳ ἐνδείξις τῆς ὀστεοτομίας πυέλου, εἶναι ἡ θεραπεία τοῦ συγγενοῦς ἑξαρθρήματος τοῦ ἰσχίου, ἀπὸ ἡλικίας 18 μηνῶν, ἕως 6 ἐτῶν, ὡς καὶ ὑπεξαρθρημάτων τοῦ ἰσχίου, μέχρι καὶ τῆς ἐφηβικῆς ἡλικίας.

Ἡ μέθοδος φυσικὰ ἐφαρμόζεται εἰς τὰ ὡς ἄνω ὄρια ἡλικίας, καὶ δι' ἀσθενεῖς ὑποστάνας ἀνεπιτυχῶς θεραπεῖαν δι' ἄλλων μεθόδων.

Ἐπίσης δύναται νὰ ἀντιμετωπισθοῦν διὰ τῆς ὀστεοτομίας πυέλου, παθολογικὰ ἑξαρθρήματα, ἢ ὑπεξαρθρήματα, παραλυτικῆς αἰτιολογίας, (πολιομυελίτις, ἐγκεφαλικὴ παράλυσις, μνηγιγομυελοκλήλη) ἢ ἑξαρθρήματα κατόπιν σηπτικῆς ἀρθρίτιδος τοῦ ἰσχίου.

Πλεονεκτήματα τῆς ὀστεοτομίας πυέλου

Ἡ ἀλλαγὴ τῆς φορᾶς ὀλοκλήρου τῆς κοτύλης, προσδίδει ἄμεσον σταθερότητα εἰς τὴν ἀνάταξιν τοῦ ἔξαρθρήματος, ἄνευ ἀλλοιώσεως τῆς ἐσωτερικῆς ἐπιφανείας τῆς κοτύλης, ἢ ἐλαττώσεως τῆς χωρητικότητος αὐτῆς. Ὁ Salter πιστεύει ὅτι μετὰ τὴν ὀστεοτομίαν, ἐπέρχεται σημαντικὴ αὐξήσις τῆς ἐκτάσεως τῆς ἀρθρικῆς ἐπιφανείας τῆς μηριαίας κεφαλῆς καὶ τῆς κοτύλης τῶν εὐρισκομένων ἐν ἐπαφῇ κατὰ τὴν βάδισιν, καθ' ὅτι ἡ μηριαία κεφαλὴ, καλύπτεται πληρέστερον ὑπὸ τῆς κοτύλης. Ὡς ἀποτέλεσμα, ἡ πίεσις τοῦ θάρους κατὰ τὴν βάδισιν, θὰ διανέμεται εἰς μεγαλυτέραν ἐπιφάνειαν ἀρθρικοῦ χόνδρου καὶ πιθανὸν νὰ ἀποτελῇ παράγοντα προλήψεως ἐκφυλιστικῆς ἀρθροπαθείας εἰς τὸ μέλλον.

Ἰδιαιτεριότητες. Ὡς ἀναφέρομεν ἐν ἀρχῇ, τὸ ὕλικόν ἡμῶν εἶναι περιωρισμένον. Κατὰ τὸ διαρρεῦσαν ἔτος ὑπὲρ τὰς ἕξ περιπτώσεις, ἐχειρουργήθησαν εἰς τὴν Β' Χειρουργικὴν Κλινικὴν τοῦ Νοσοκομείου Παιδῶν ΠΙΚΠΑ Πεντέλης, διδακτορικὴ δὲ διατριβὴ εὐρίσκεται ὑπὸ κρίσιν, μὲ θέμα τὴν κατὰ Salter ὀστεοτομίαν, προερχομένην ἐκ τῆς Α' χειρουργικῆς Κλινικῆς τοῦ ΠΙΚΠΑ.

Τὰ πρῶτα μας συμπεράσματα ἐκ τῆς παρακολουθήσεως τῶν ἀσθενῶν, (μέσος μετεγχειρητικὸς χρόνος 6 μῆνες), ὑπῆρξαν λίαν ἱκανοποιητικά. Παρ' ὅτι ὁ χρόνος παρακολουθήσεως, ὡς καὶ ὁ ἀριθμὸς τῶν ἀσθενῶν, τῶν ὑποβληθέντων εἰς τὴν ὡς ἄνω θεραπευτικὴν ἀγωγὴν, δὲν μᾶς ἐπιτρέπει νὰ συναγάγωμεν πλήρη συμπεράσματα, ἐν τούτοις ἡ κριτικὴ μελέτη τῆς κλινικῆς καὶ ἀκτινολογικῆς εἰκόνας, εἶναι λίαν ἐνθαρρυντικὴ.

Ἐπιμένομεν ἰδιαιτέρως εἰς τὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα, γνωστοῦ ὄντος, ὅτι «οὐχὶ τελεία ἢ μόνιμος ἀποκατάστασις τῆς λειτουργικότητος λαμβάνει χώραν, ἄνευ τελείας ἀνατομικῆς ἀποκαταστάσεως», (Putti 1933) προκειμένου περὶ συγγενῶν ἔξαρθρημάτων. Ὡσαύτως εἶναι γνωστὸν ἐκ τῆς πείρας ὄλων τῶν ἀσχολουμένων μὲ τὴν θεραπείαν τοῦ Συγγενοῦς ἔξαρθρήματος, ὅτι ἂν ἡ ἀνατομικὴ ἀνωμαλία δὲν διορθωθῇ καλῶς, τὰ πρῶτα κλινικὰ ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα, προοδευτικῶς ἐλαττοῦνται.

Εἰς τὰς ἡμετέρας περιπτώσεις, τὰ ἀποτελέσματα τῆς ἀνατομικῆς ἀποκαταστάσεως τῆς κοτύλης, ἐκρίθησαν διὰ τῆς μεθόδου τοῦ Severin, χρησιμοποιοῦντες τὴν γωνίαν CE ἐπινοηθεῖσαν ὑπὸ τοῦ Wiberg.

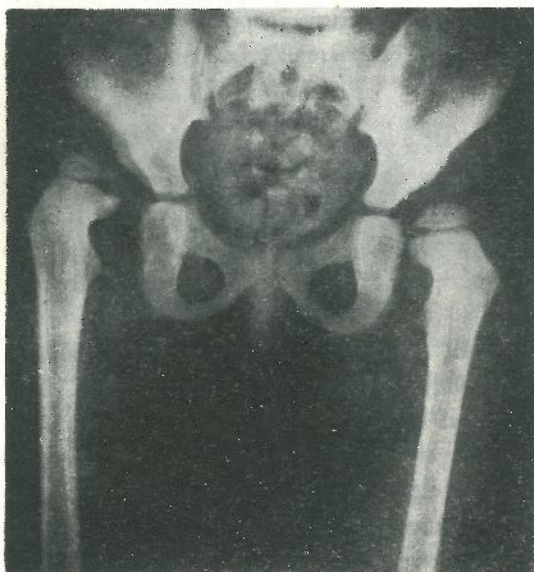
Εἰς τὰς 5 τῶν ὡς ἄνω περιπτώσεων ἡ γωνία CE ἐπετεύχθη νὰ φθάσῃ τὰς 15—25° (ἀποτέλεσμα ἐξαιρετικόν).

(Γωνία CE κατὰ Wiberg — Severin: Θεωροῦντες τὸ περίγραμμα τῆς μηριαίας κεφαλῆς ὡς τόξον κύκλου, διὰ τοῦ κέντρου αὐτοῦ C φέρομεν ὀριζον-

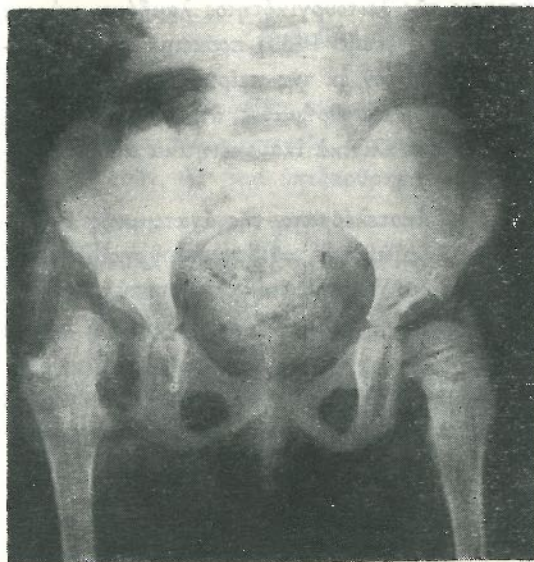
τίαν γραμμὴν καὶ ἑτέραν κάθετον. Εὐθεῖα ἀρχομένη ἐκ τοῦ σημείου C καὶ διερχομένη διὰ τοῦ ἔξω χεῖλους τῆς ὀροφῆς τῆς κοτύλης E, σχηματίζει μετὰ τῆς κάθετου γραμμῆς τὴν γωνίαν CE. Ἀυτὴ φυσιολογικῶς ἐπὶ παίδων εἶναι μεγαλύτερα τῶν 15—20°).

Κατωτέρω παραθέτουμεν σειράν ἀκτινογραφιῶν, ἐκ τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων ὅπου ἡ ἀνατομικὴ ἀποκατάστασις εἶναι ἐμφανής.

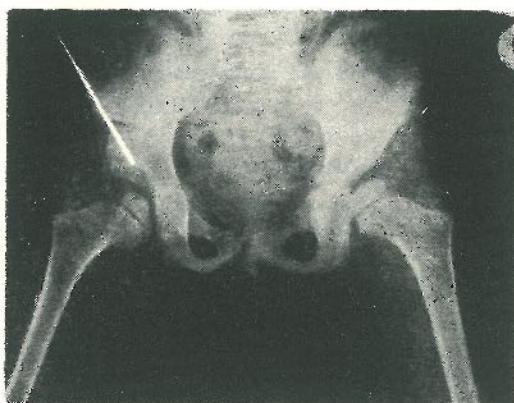
Καὶ εἰς τὰς δύο περιπτώσεις, προσπάθεια συντηρητικῆς ἀνατάξεως διὰ τῆς συγγήθους μεθόδου ἐπὶ 9 μῆνας ἐγένετο, ἀλλὰ ἡ ἀνατομικὴ ἀποκατάστασις τῆς δεξιᾶς κοτύλης ὑπελείφθη καὶ ἐπανεξάρθρωσις δεξιοῦ ἰσχίου ἔλαβεν χώραν.



Εἰκ. 1. Πρὸ τῆς συντηρητικῆς θεραπείας.



Εἰκ. 2. Μετὰ τὴν συντηρητικὴν Θεραπείαν.



Είχ. 3. Μετά την έγχειρησιν.

SUMMARY

A. ARZIMANOGLOU, B. TSIMPOUKIS, E. VAYANOS: Salter's innominate osteotomy is a new method in the treatment of congenital dislocation of the hip. The principles, advantages and indications are described.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- HOWORTH M. B. Congen. Dislocation of the hip.
ANN SURG. 125 : 216, 236 1947
- PEMBERTON A. P. Pericapsular osteotomy of the ilium for treatment of Congen. Subluxation and dislocation of the hip. J.B.J.S. 47a 1965.
- PONSETIL : Pathomechanics of the hip after shelf operation J.B.J.S 1946.
- PUTTI V : Early treatment of cong. Dislocation of the hip. J.B.J.S 35-A 1953.
- SALTER B.R : Innominate osteotomy in the treatment of cong. dislocation and subluxation of the hip. J.B.J.S 43-B 1961.
- SEVERIN E : Contribution to the knowledge of cong. dislocation of the hip. Joint ACTA Chir. Scand. I XXXIV, supplementum 63, 1941.
- TREVOR D : Symposium of the cong. Dislocation of the hip J.B.J.S 33-B 1951.
- WIBERG : Reduction and the shelf operation in over age dislocation ACTA orth. Scand, I : 29, 1951.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 25ης ΜΑΪΟΥ 1966

ΕΠΙΔΕΙΞΙΣ

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Γ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Όστικαί αλλοιώσεις επί δρεπανοκυτταρικής αναιμίας.

(Δέν κατετέθη χειρόγραφον).

Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ : Προσφώνησις Προέδρου διά τόν κ. Nissen.

Διά τούς πλείστους ἐξ ὑμῶν, ἰδίως τούς σπουδάσαντάς εἰς Ἀγγλία ἢ προσηπικότης τοῦ κ. Nissen εἶναι γνωστή.

Ὁ κ. Nissen εἶναι ἐκ τῶν Δ) τῶν τοῦ Βασιλικῆς Ὀρθοπαιδικῆς Νοσοκομείου τοῦ Λονδίνου καί ἰθύνουσα μορφή τῆς Ἀγγλικῆς Ὀρθοπαιδικῆς.

Γνωστός ἐκ τῶν ἐργασιῶν του, ἐκ τῶν ὁποίων ἀναφέρω, τὰς ἐπὶ τοῦ συνδρόμου τοῦ καρπιαίου σωλήνος καί τελευταίως ἐπὶ τῆς ὀστεοτομίας τοῦ μηριαίου, πρὸς θεραπείαν τῆς ὀστεαρθρώσεως τοῦ ἰσχίου εἰς τὸ ἀρχικόν αὐτῆς στάδιον.

Μεῖ ἰδιαιτέραν εὐχαρίστησιν ὑποδεχόμεθα σήμερον τόν κ. Nissen εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Ἑταιρείαν.

Mr. Nissen:

I would like to thank you very much for the acceptance of my invitation to joint our meeting this evening, interrupting your vacations in Greece.

The members of the Greek Orthopedic association and I personally are very pleased to attend your lecture on the very interesting subject of subtrochanteric osteotomy for osteoarthritis of the hip joint.

Please step on the desk.

K. I. NISSEN: (Ἀγγλία) Ὁστεοτομία διὰ τὴν πρῶτον ἀνακοπὴν τῆς πρωτοπαθοῦς ὀστεοαρθρίτιδος τοῦ ἰσχίου.

Ἐπὶ τὸν ἰσχίον ἔχονται ὀστεοαρθρίτιδες ἀλλὰ αἱ σπουδαιότεραι εἶναι ἢ πρωτοπαθῆς ἢ ἰδιοπαθῆς ὀστεοαρθρίτις, ἢ ὅποια προσβάλλει μίαν ἄρθρωσιν, καὶ ἢ δευτεροπαθῆς ὀστεοαρθρίτις, ἀναπτυσσομένη ἐπὶ ὑπεξαρθρήματος τοῦ ἰσχίου. Εὐνόητον εἶναι ὅτι ὁ δεύτερος αὗτος τύπος τῆς δευτεροπαθοῦς ὀστεοαρθρίτιδος ἀποτελεῖ σοβαρὸν πρόβλημα εἰς τὰς χώρας ὅπου ἡ συχνότης τοῦ συγγενοῦς ἐξαρθρήματος εἶναι ὑψηλή.

Ἐπιθυμῶ νὰ περιρίσω τὰς παρατηρήσεις μου αὐστηρῶς εἰς τὴν πρωτοπαθῆ ὀστεοαρθρίτιδα. Εἰς τὴν Μ. Βρεταννίαν αὕτη καταστρέφει τὰ περισσότερα ἰσχία ἀπὸ ὅσα προσβάλλουν ὅλοι οἱ τύποι τῆς δευτεροπαθοῦς ὀστεοαρθρίτιδος μαζί. Ἀποτελεῖ αὕτη τὸν ὑπ' ἀριθμὸν 1 ἐχθρὸν μας. Διὰ τοῦτο συνιστᾷ μεγάλην πρόσοδον τὸ γεγονός, ὅτι ἡ ὀστεοτομία ἀνακόπτει σχεδὸν πάντοτε τὴν ἀσθένειαν αὐτήν, ὅταν ἐφαρμόζεται εἰς ἓν πρῶτον στάδιον, πρὶν ἢ ἐκφυλιστικὴ ἐξεργασία προκαλέσει μεγάλην καταστροφὴν.

Τὶ ἐννοοῦμεν λέγοντες πρῶτον σταδίου:

Πρακτικῶς ἀρκοῦν δύο ἀπλᾶ κριτήρια:

Πρῶτον, ἐὰν ὑπάρχη παθητικὴ κάμψις 90° καὶ ἄνω.

Δεύτερον, ἐὰν δὲν ὑφίσταται ἀκτινογραφικῶς ἐκτεταμένη καταστροφὴ τοῦ ὀστοῦ, οὔτε διάσπασις τῆς γραμμῆς τοῦ Shenton.

Ὅταν ἐκπληροῦνται αἱ δύο προηγούμεναι προϋποθέσεις ἀσχέτως τῆς βαρύτητος τῶν ἀκτινολογικῶν εὐρημάτων, αἱ ὀστεοτομῆαι αἱ ἐξασφαλίζουσαι σταθερότητα τῆς ἀρθρώσεως δίδουν καλὸν ἢ πολὺ καλὸν ἀποτέλεσμα 9 φορές εἰς τὰς 10 καὶ ἐπὶ πλέον ἀνακόπτουσι τὴν ἐξέλιξιν τῆς ὀστεοαρθρίτιδος. Τὸ ἀποτέλεσμα τοῦτο εἶναι κατὰ πολὺ ἀνώτερον ἀπὸ ἐκεῖνο τῆς ὀστεοτομίας ἢ ὅποια γίνεται εἰς ἄψιμον στάδιον, ὅταν πλέον ἢ ἄρθρωσις ἔχει καταστῆ δύσκαμπος καὶ εὐρίσκεται εἰς τὸ τελευταῖον στάδιον τῶν ἐκτεταμένων ὀστικῶν καταστροφῶν.

Καὶ ἰδοῦ τώρα τὰ ἀποτελέσματα ἐν περιλήψει τῆς πρῶτου ὀστεοτομίας μετὰ ἐσωτερικῆς ὀστεοσυνθέσεως 5 ἔτη μετὰ τὴν ἐγχείρησιν εἰς ἀσθενεῖς ἡλικίας 55 ἐτῶν κατὰ μέσον ὄρον:

- α) Ἀπαλλαγή ἐκ τοῦ ἄλγους: 90% καὶ πλέον.
- β) Τόξον κάμψεως τοῦ ἰσχίου:
90° ἢ καὶ πλέον ἐπὶ 70% τῶν περιπτώσεων.
70° ἢ καὶ πλέον ἐπὶ ὄλων τῶν περιπτώσεων.
- γ) Ἀκτινολογικὴ εἰκὼν: Βελτίωσις 70% (regression)
Οὐδεμία σαφῆς διαφορά 20%.
Ἐπιδείνωσις 10%.

Κύριοι λόγοι ὑπεύθυνοι διὰ τὴν ἐπιδείνωσιν εἶναι:

- 1) Ὄστεοτομία διενεργηθεῖσα εἰς προκεχωρημένον στάδιον.
- 2) Ὑπαρξίς ρευματοειδοῦς παράγοντος.
- 3) Γεροντικὴ ὄστεοπόρωσις.
- 4) Ἀποτυχία σταθεροποιήσεως τῆς ἀρθρώσεως δι' ὄστεοτομίας ραιβότητος (σύνηθες τεχνικὸν σφάλμα).
- 5) Ἐνίοτε δὲν ὑπάρχει: ἐμφανῆς αἰτία.

Διατί ἡ ὄστεοτομία ἀνακόπτει τὴν ἐξέλιξιν τῆς ὄστεοαρθρίτιδος τοῦ ἰσχίου.

Ὑπάρχουν ποικίλαι θεωρητικαὶ ἐξηγήσεις μηχανικῆς ἰδίως φύσεως, πλὴν ὅμως ὅλαι αὐταὶ ἀδικοῦν τὸν ρόλον τῶν κυττάρων τοῦ χόνδρου καὶ τοῦ ὄστου τῆς ἀρθρώσεως καθὼς καὶ τὸν ὑπέροχον τρόπον μὲ τὸν ὁποῖον ἀναπλάσσουν ταῦτα τὴν ἀρθρωσιν μετὰ ἀπὸ μίαν ὄστεοτομίαν.

Μία ἀπὸ τὰς κυρίας λειτουργίας τοῦ σπογγώδους ὄστου καὶ τοῦ ἀρθρικοῦ χόνδρου τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως, εἶναι νὰ διαβιβάξουν μηχανικὰς δυνάμεις διὰ μέσου τῆς ἀρθρώσεως πρὸς διαφόρους κατευθύνσεις. Ἡ παρεκτόπισις ἐπομένως, ὡς ἀποτέλεσμα μιᾶς ὄστεοτομίας ἢ ἐνὸς κατάγματος, διαφοροποιεῖ τὰς ἐφαρμοζομένας μηχανικὰς πιέσεις αἱ ὁποῖαι ἐξασκοῦνται ἐπὶ τῶν δοκίδων τῆς κεφαλῆς καὶ τοῦ αὐχένου τοῦ μηριαίου ὄστου.

Ὅταν ἡ ἀρθρωσις εἶναι σταθερά, ἢ ὅταν ἔχη σταθεροποιηθῆ διὰ μιᾶς ὄστεοτομίας ραιβότητος, αἱ διαφοροποιηθεῖσαι δυνάμεις διαβιβάζονται διὰ μέσου τῆς ἀρθρώσεως πρὸς τὴν κατύλην διὰ τῶν δύο στρωμάτων τοῦ ἀρθρικοῦ χόνδρου.

Τὰ κύτταρα ὅμως τοῦ ὄστου καὶ τοῦ χόνδρου τῆς ἀρθρώσεως εἶναι λίαν εὐαίσθητα εἰς τὸ μηχανικὸν τοῦτο ἐρέθισμα καὶ ἀντιδροῦν θραδέως μὲν, ἀλλὰ ἀσφαλῶς διὰ προσαρμογῆς τῆς ἀρχιτεκτονικῆς τῆς ἀρθρώσεως εἰς τὰς νέας μη-

χανικὰς ἀπαιτή σεις. Ἡ ἐξέλιξις τῆς προσαρμογῆς τῶν δύο αὐτῶν ἰσῶν εἶναι σύγχρονος καὶ ἀπαιτεῖ περίπτου ἐν ἔτος διὰ νὰ συμπληρωθῇ. Εἰς τὴν πραγματικότητα, μετὰ ἐν ἔτος εὐρισκόμεθα ἐνώπιον μιᾶς νέας ἀρθρώσεως, ἡ ὁποία ἀντικατέστησε τὴν παλαιάν — ἐκτὸς τῶν ὀστεοφύτων, τὰ ὁποῖα δὲν μεταβάλλονται. Ἀπόδειξις κυρίως τῆς προσαρμογῆς καὶ τῶν τεσσάρων στρωμάτων τῆς ἀρθρώσεως (ὀστοῦν, χόνδρος — χόνδρος, ὀστοῦν) δίδουν σειρὰν διαδοχικῶν ἀκτινογραφιῶν. Ἡ συνήθης κατὰ μέτωπον ἀκτινογραφία δεικνύει συχνάκις τὰς τρεῖς χαρακτηριστικὰς ἀλλοιώσεις, αἱ ὁποῖαι βελτιοῦνται σταθερῶς κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ πρώτου μετεγχειρητικοῦ ἔτους.

Ἐκάστη τῶν ἀλλοιώσεων αὐτῶν δυνατὸν νὰ ὑπάρχη εἰς δύο θέσεις, ὡς ἀκολούθως:

A' Καταστροφή τοῦ ἀρθρικοῦ χόνδρου	α'	πρὸς τὰ ἄνω	(1)
	β'	πρὸς τὰ ἔσω	(2)
B' Ὄστικὴ σκλήρυνσις	α'	τῆς κοτύλης	(3)
	β'	τῆς κεφαλῆς	(4)
Γ' Κυστικαὶ ἀλλοιώσεις	α'	τῆς κοτύλης	(5)
	β'	τῆς κεφαλῆς	(6)

Ἴδου μίαν περίπτωσιν «πρώμου» πρωτοπαθοῦς ὀστεοαρθρίτιδος. Καὶ αἱ ἔξ προαναφερθεῖσαι ἀλλοιώσεις εἶναι ἐμφανεῖς. Θὰ σὰς ἐπιδείξω τώρα ἕνα φιλμ μετὰ ἔξ σειρὰς διαδοχικῶν ἀκτινογραφιῶν, αἱ ὁποῖαι ἐλήφθησαν πρὸ τῆς ὀστεοτομίας καὶ μέχρι ἕνα ἔτος μετ' αὐτὴν.

Δύνασθε νὰ παρακολουθήσετε τὴν βραδεῖαν ἀντίδρασιν προσαρμογῆς καὶ τῶν τεσσάρων στρωμάτων τῆς προσβληθείσης ἀρθρώσεως.

— Προεγχειρητικῶς καὶ αἱ ἔξ ἀλλοιώσεις εἶναι ἐμφανεῖς.

— Ἐνα μῆνα μετὰ τὴν ὀστεοτομίαν, οὐδεμία παρατηρεῖται σαφῆς ἀλλαγὴ.

— Εἰς τοὺς τρεῖς μῆνας ἐπανεμφανίζεται τὸ μεσάρθριον διάστημα εἰς τὸ ἄνω μέρος τῆς ἀρθρώσεως. Ἡ ὀστεοτομία ἔχει πωρωθῆ καὶ αἱ βακτηριαὶ ἐγκατελείφθησαν.

— Εἰς τοὺς πέντε μῆνας ἐπανερχεται τὸ μεσάρθριον διάστημα κατὰ τὴν ἔσω πλευρὰν τῆς ἀρθρώσεως.

— Εἰς τοὺς ἑπτὰ μῆνας παρατηρεῖται μεγάλη βελτίωσις τῆς ὀστικῆς σκλήρυνσεως καθὼς καὶ τῶν κυστικῶν ἀλλοιώσεων κοτύλης καὶ κεφαλῆς.

— Μετὰ ἐν ἔτος διαπιστοῦται ἀνάπλασις τῆς ἀρθρώσεως καὶ βελτίωσις ὅλων τῶν ἀλλοιώσεων αὐτῆς.

Ἡ τελευταία ἀκτινογραφία δεικνύει μίαν ἀνανεωμένην ἀρθρωσιν. Μόνον τὰ ὀστεοφύτα παραμένουν ὡς εἶχον καὶ πρότερον.

Ποία ἡ φύσις τῆς ἀναπλάσεως αὐτῆς ;

Τὸ κάτωθι τοῦ ἀρθρικοῦ χόνδρου ὅσπου ἐμφανίζει ἠύξημένην αἱμάτωσιν, καθὼς καὶ ἠύξημένην κυτταρικήν δραστηριότητα (ύψηλὸν δείκτην μεταβολισμοῦ). Οἱ παράγοντες οὗτοι ὑποδοιοῦν εἰς τὴν ἐξεργασίαν τῆς προσαρμογῆς καὶ ἀναπλάσεως κατὰ τὸν ἴδιον τρόπον, ὅπως τὸν περιέγραψεν ὁ Julius Wolff τὸ 1892 ἐπὶ τῆς φυσιολογικῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου. Τὸ ἀποτέλεσμα εἶναι νὰ σχηματισθῇ μία νέα ἰσχυροτέρα ἀρχιτεκτονικὴ τῶν ὀστικῶν δοκίδων εἰς ἀμφοτέρω τὰ μέρη τῆς ἀρθρώσεως. Ἡ ὀστικὴ σκλήρυνσις ἐλαττοῦται καὶ αἱ κυστικαὶ ἀλλοιώσεις συγχάκις ἐξαφανίζονται.

Ὁ προσβεβλημένος ἀρθρικός χόνδρος ὅμως τῆς ἀρθρώσεως στερεῖται, ὡς γνωστὸν αἱματώσεως, ὅπως καὶ ὁ φακὸς καὶ ὁ κερατοειδὴς χιτῶν τοῦ ὀφθαλμοῦ. Ἐπίσης γνωρίζομεν ὅτι οἱ ἴστοι οὗτοι, οἱ ὅποιοι στεροῦνται ἰδίας αἱματώσεως, ἀναπλάσσονται ἢ ἀντικαθίστανται δι' ἰνώδους ἴστοῦ. Αὐτὸ ἀκριβῶς συμβαίνει καὶ ἐδῶ, ὅπως θὰ ἰδῆτε εἰς τὸ ἐπόμενον φιλμ. Ὅταν ἕν ἐστενωμένον μεσάρθριον διάστημα διευρύνεται πάλιν βαθματικῶς, τοῦτο συμβαίνει ἀκριβῶς διότι ἀναπτύσσεται τοπικῶς ἰνώδης ἴστος. Ἡ ἐπαρκὴς κινητικότης τῆς ἀρθρώσεως εὐνοεῖ τὴν ἀντικατάστασιν τοῦ καταστραφέντος χόνδρου.

Ἐπιθυμῶ τώρα νὰ σᾶς δείξω τὸ ἐσωτερικὸν μῖσ κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως, δέκα μῆνας μετὰ μίαν λίαν ἐπιτυχήν πρώτημον ὀστεοτομίαν. Τὸ ἄνω μεσάρθριον διάστημα ἔχει αὐξηθῆ εἰς πλάτος καὶ ἡ ὀστικὴ σκλήρυνσις τῆς μηριαίας κεφαλῆς ἐξηφανίσθη.

Ἴδου τώρα τὸ παρασκευάσμα διηρημένον εἰς τρία μέρη. Αἱ ἀρθρικαὶ ἐπιφάνειαι εἶναι λεπταὶ μὲν ἀλλὰ στερεαὶ καὶ τελειῶς ὁμαλαί, εἰδικῶς εἰς τὰς περιοχὰς φορτίσεως. Κάτωθεν τοῦ στρογγύλου συνδέσμου μία εὐρεία διαβρωτικὴ περιοχὴ δεικνύει σημεῖα ἐπαυλώσεως. Ἰστολογικῶς αἱ νέαι αὐταὶ ἐπιφάνειαι ἀποτελοῦνται ἀπὸ τὸν ἐναπομείναντα ἀρθρικὸν χόνδρον, ἀπὸ ἰνοχόνδρινα στοιχεῖα καὶ ἀπὸ καθαρῶς ἰνώδη ἴστον.

Αὐτὴ εἶναι ἀκριβῶς ἡ ἐξεργασία, ἡ ὅποια ἀνακόπτει τὴν ὀστεοαρθρίτιδα. Ἡ πρωτοπαθὴς ὀστεοαρθρίτις ἀρχίζει μὲ ἐκφύλισιν τοῦ χόνδρου. Εἶναι εἰς τὴν πραγματικότητά μία ὀστεοχονδρίτις, ἡ ὅποια παύει ὑφισταμένη δταν ὁ κατεστραμμένος χόνδρος ἀναπληρωθῇ ἱκανοποιητικῶς δι' ἰνώδους ἴστοῦ κατὰ τὸν τρόπον, τὸν ὅποιον εἶδατε.

Ἐτέρα σημαντικὴ ιδιότης τῶν κυττάρων τῶν ἰστῶν τῆς ἀρθρώσεως εἶναι καὶ ἡ μεγάλη εὐαισθησία αὐτῶν. Ἴδου μία σταθερὰ ἄρθρωσις μὲ ἐμφανῆ ὀστεοαρθρίτιδα. Εἶχεν ἀντιμετωπισθῆ διὰ μιᾶς πειραματικῆς ὀστεοτομίας μετὰ ἐσωτερικῆς ὀστεοσυνθέσεως ἐφαρμοσθείσης πρὸ τῆς τομῆς τοῦ ὀστού διὰ πριονίου Gigli. Μία πολὺ μικρὰ ἀπόκλισις ραιδότητος ἐπισυνέβη ἀργότερον. Κατὰ

τήν διάρκειαν τῶν ἐννέα μετεγχειρητικῶν μηνῶν ἢ ἀποκατάστασις ἦτο λίαν ἐμφανής. Ἴδου ἡ ἀσθενής ἕξ ἔτη μετὰ τήν ἐπέμβασιν. Ὅπως βλέπετε, ἡ λειτουργικότης τοῦ ἰσχίου τῆς εἶναι ἀρίστη.

Αὗται καὶ ἄλλαι τινες παρατηρήσεις ἐπὶ διαφόρων χρονίων παθήσεων τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως μᾶς βοηθοῦν νὰ θεμελιώσωμεν μίαν νέαν ἀρχήν, τοπικῆς ἐφαρμογῆς, πολὺ περισσότερον περιεκτικὴν ἀπὸ τὸν κανόνα τοῦ Wolff. Ἴδού:

Ὅταν αἱ βιολογικαὶ - μηχανικαὶ συνθήκαι εἶναι εὐνοϊκαί, ἢ παρεκτόπισις τῶν ὀστέων κατόπιν ἐνὸς ἠψηλοῦ μηριαίου κατάγματος ἢ μιᾶς ὀστεοτομίας, προκαλεῖ μίαν κυτταρικήν ἐξεργασίαν προσαρμογῆς ἐπὶ ἀμφοτέρων τῶν πλευρῶν τῆς ἀρθρώσεως.

Ἡ ἐξεργασία αὕτη περιλαμβάνει:

— ἀνασχηματισμὸν τῆς ἀρχιτεκτονικῆς τοῦ ὑπὸ τὸν ἀρθρικὸν χόνδρον ὀστίτου ἰστού.

— ἀντικατάστασιν τοῦ βεβλαμμένου ἀρθρικοῦ χόνδρου μὲ ἰνώδη ἰστόν.

Καὶ διὰ νὰ ἐπανέλθωμεν εἰς τὴν καθ' ἡμέραν πρᾶξιν:

Τὰ ἀποτελέσματα τῆς πρωΐμου ὀστεοτομίας πρέπει νὰ ἐπηρεάσουν τὴν συμπεριφορὰ μας ἔναντι τῆς πρωτοπαθοῦς ὀστεοαρθρίτιδος τοῦ ἰσχίου. Πιστεύω ὅτι ἡ ἀπλή αὕτη ἐπέμβασις πρέπει νὰ ἐφαρμόζεται πολὺ πιὸ συχνὰ ἐπὶ ἀνδρῶν καὶ γυναικῶν κάτω τῶν 60 ἢ 65 ἐτῶν, οἱ ὁποῖοι ἔχουν ἐνώπιόν των πολλὰ ἔτη ἀκόμη ἐνεργοῦ ζωῆς. Αὐτὸς εἶναι ὁ τρόπος μὲ τὸν ὁποῖον θὰ διατηρήσωμεν μίαν καλὴν λειτουργικότητα τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως καὶ θὰ ἀποφύγωμεν τὴν ἀνάγκην νὰ προσδῶμεν μετ' ὀλίγα ἔτη εἰς ἐπεμβάσεις διασώσεως ἀπλῶς τοῦ μέλους (Salvage), ὅπως ἡ ὀστεοτομία εἰς προκεχωρημένον στάδιον, ἢ ἀρθρόδεσις καὶ αἱ ποικίλαι μορφαὶ ἀρθροπλαστικῆς.

ΒΡΑΧΕΙΑΙ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

I. ΜΑΤΣΟΥΚΑΣ, I. ΚΟΥΚΟΥΡΑΚΗΣ, Μ. ΤΣΑΤΣΑΚΗΣ: Τυπικὴ μορφή δυσχονδροστέωσεως ἢ νόσος τῶν A. Leri καὶ J. Weill.

Ἡ δυσχονδροστέωσις συνιστᾷ ποικιλίαν, ὀστικῆς προελεύσεως γανισμού, χαρακτηριζομένη οὐσιωδῶς ὑπὸ μικρομελίας μεσομελικοῦ τύπου.

Τόσον τὸ ὀλιγάριθμον τῶν περιπτώσεων εἰς διεθνή βιβλιογραφικὴν κλί-

μακα, ὅσον καὶ ἡ ἀπουσία ἐκ τῆς Ἑλληνικῆς βιβλιογραφίας, ἀθθεντικῆς περιπτώσεως δυσχονδροστεώσεως, φρονοῦμεν ὅτι δὲν καθίστουσιν περιττὴν τὴν παρουσίασιν ἐνώπιον Ὑμῶν τοῦ ἡμετέρου περιστατικοῦ.

Νέα 18 ἐτῶν, ἐκ τοῦ Νομοῦ Ἡρακλείου Κρήτης. Ἀνάστημα 1,35 ἐκ. Ἐντυπωσιακὴ βράχυνσις τῶν ἄνω καὶ κάτω ἄκρων: ἡ ἐφηβαιοεδαφιαία ἀπόστασις, φυσιολογικῶς ἴση πρὸς τὴν ἐφηβαιοκεφαλικὴν, εἶναι βραχυτέρα κατὰ 20 ἐκ., τὸ δὲ ἀνάπτυγμα τῶν ἄνω ἄκρων, παραβαλλόμενον πρὸς τὸ διπλάσιον τῆς θωρακικῆς περιμέτρου, ἀριθμοὶ 1,24 ἔναντι 1,56 μ. Ἡ μικρομελία συνεπῶς ἀποτελεῖ εἰς τὴν προκειμένην περίπτωσιν, τὸ ἀποκλειστικὸν στοιχεῖον τῆς κλινικῆς εἰκόνας, ἡ δὲ μικρομελία αὕτη εἶναι μεσομελική, τοὔτέστιν τόνον τὰ μεσαία τμήματα εἶναι προκλητικῶς βραχέα (μῆκος ἀντιβραχίων 17 ἐκ. καὶ ἄκρων χειρῶν 15 ἐκ.), ἐπὶ δὲ τῶν ἄνω ἄκρων καὶ παραμορφωμένα. Κατ' ἀμφοτέρους τοὺς καρπούς παρατηρεῖται ἐκσεσημασμένη προεξοχή, ἀντιστοιχοῦσα εἰς τὴν κεφαλὴν τῆς ὠλένης, ἡ ὁποία εἶναι πλήρως ἐξηθρωμένη πρὸς τὰ πρόσω. Ὑπογραμμίζεται ἔλως ἰδιαιτέρως, ὅτι ἡ συμμετρικὴ αὕτη παραμόρφωσις εἶναι ἀνώδυνος.

Ἐπὶ τῆς ἀκτινογραφίας τῶν ἀντιβραχίων σημειοῦνται ἰδιάζοντα εὐρήματα: α) ἀνάπτυξις μεσοστέου ἀκρολοφίας ἐπὶ τῆς κερκίδος, β) διάστασις τῆς βραχιονοκερκιδικῆς ἄρθρώσεως ἀμφοτέρωθεν, γ) κύρτωσις ἀμφοτέρων τῶν ὀστέων τοῦ ἀντιβραχίου μετὰ τελείου ἐξαρθρήματος τῆς κεφαλῆς τῆς ὠλένης ἐκατέρωθεν. Ἰδιαιτέραν σημασίαν ἀποκτᾷ ἡ Δ.Δ. τῆς δυσχονδροστεώσεως ἐντὸς τοῦ πλαισίου τῶν μικρομελικῶν ὀστικῶν νανισμῶν, ὡς τοῦ ἀχονδροπλαστικοῦ καὶ ραχιτικοῦ νανισμοῦ, τοῦ ὀστικοῦ κληρονομικοῦ συφιλιδικοῦ νανισμοῦ καὶ τῆς οἰκογενεῖας πλειονοστεώσεως τοῦ Leri. Κυρίως ὁμως κατὰ τὴν δ.δ. θὰ ἀποκλεισθῆ ἡ νόσος τοῦ Madelung, ἡ ὁποία ἐκπροσωπεῖ τμηματικὴν δυσχονδροπλασίαν, προσβάλλουσα σχεδὸν ἀποκλειστικῶς, τὸ κάτω ἄκρον τῆς κερκίδος, ἐνῶ ἀπεναντίας ἡ κερκιδικὴ κεφαλὴ παραμένει ἄθικτος καὶ συμμετέχει τελείως εἰς τὴν ἄρθρωσιν τοῦ ἀγκῶνος, εἶναι τέλος ἐπώδυνος καὶ ἐμφανίζεται ἐπὶ κορασίδων κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἥβης.

Ἐν κατακλιθεὶ ἀνακοινοῦνται περίπτωσις ἀφορῶσα ἀντιπροσωπευτικὸν τύπον μικρομελικοῦ — καὶ δὴ μεσομελικοῦ — ὀστικοῦ νανισμοῦ. Ὁ τύπος οὗτος, εἰς τὴν Γαλλικὴν τοῦλάχιστον, βιβλιογραφίαν διαστέλλεται σαφῶς, διὰ τοῦ ὄρου δυσχονδροστεώσεως ἢ ἄλλως ὡς νόσος τῶν A. Leri καὶ J. Weill.

S U M M A R Y

J. MATSOUKAS and J. KOUKOURALIS. Report on a case of dyschondrostosis or A. Leri - J. Weill disease:

Ι. ΚΟΥΚΟΥΡΑΚΗΣ, Ι. ΜΑΤΣΟΥΚΑΣ: Σύνδρομον: Ehlers - Danlos.

Ἡ παρούσα βραχεῖα ανακοίνωσις ἀφορᾷ τυπικὸν σύνδρομον τῶν Ehlers — Danlos, ἐπὶ νεάνιδος 13 ἐτῶν ἐκ τοῦ Νομοῦ Ἡρακλείου Κρήτης, τὸ ὁποῖον, συγκεντρώνει τὰ τρία βασικὰ γνωρίσματα τοῦ συνδρόμου: 1ον) Ὑπερβολικὴν ἐλαστικότητα τοῦ δέρματος (δερματοχάλασις). 2ον) Εὐθραυστότητα τῶν ἐν τῷ δάθει στρωμάτων τοῦ δέρματος καὶ τῶν αἰμοφόρων ἀγγείων (δερματορρηξία) καὶ 3ον) Παθολογικὴν χαλαρότητα τῶν συνδέσμων ἐξ ἧς ὑπέριμετρος κινητικότητα τῶν ἀρθρώσεων (ἀρθροχάλασις).

Ὁ συνδυασμὸς τῆς ὑπερβολικῆς ἀρχικῆς χαλαρότητος μετὰ παθολογικῆς ἐλαστικότητος καὶ εὐθραυστότητος τοῦ δέρματος, ὠδήγησαν τὸν Ehlers (1901) καὶ τὸν Danlos (1908), εἰς τὸ νὰ διασταίλουν τὴν συστηματικὴν καὶ κληρονομικὴν αὐτὴν βλάβην τῶν μεσεγγυματικῶν ἰσθμῶν, εἰς ἰδίαν ὄντοτητα. Ὁ δὲ ἐπώνυμος τίτλος χρησιμοποιεῖται ἐκ προθέσεως, διότι τὰ συνώνυμα (δερματοχάλασις - δερματορρηξία - ἀρθροχάλασις ἢ καθολικὴ ἐλαστικὴ ἰνοδυσπλασία), ἀναφέρονται μόνον εἰς τὸ ἐν συνθετικὸν τοῦ συνδρόμου. Ἡ ἀνώμαλος ἐλαστικότης τῶν ἀρθρώσεων καθίσταται ἐμφανῆς τὸ 4ον — 5ον ἔτος τῆς ζωῆς. Προσβάλλονται συχνότερον οἱ ἄρρενες (60%) τῶν θηλέων. Οὐδεμίαν θεραπευτικὴν ἀγωγὴν ὑφίσταται, τὸ δὲ τόξον τῆς ἀρθρικῆς κινητικότητος τείνει πρὸς ἐλάττωσιν μετὰ τὴν ἐφηβείαν.

Ἡ ἀπόφασις αὐτῆς τῆς ανακοινώσεως ἐθεασίσθη εἰς τὰ ἀκόλουθα κριτήρια: α) Ἀναφέρεται εἰς ἓν πλήρες σπάνιον σύνδρομον, μὴ ἀναφερόμενον εἰς τὴν γνωστὴν εἰς ἡμᾶς Ἑλληνικὴν βιβλιογραφίαν, β) διότι ἡ συνυπάρχουσα συνήθως ἀκίνδυνος, «αἰμορραγικὴ διάθεσις» ἄνευ διαταραχῶν τοῦ μηχανισμοῦ τῆς πήξεως, δύναται εὐκόλως νὰ παραπλανήσῃ τὴν ὀρθὴν διάγνωσιν καὶ γ) τὸ ὑποκρυπτόμενον Σ.Ε.Ι. δύναται νὰ δώσῃ λαθὴν εἰς ἀναίτιους παρεξηγήσεις, τόσον ὅσον ἀφορᾷ τὸν τρόπον θεραπείας, κυρίως ὅμως ὅσον ἀφορᾷ τὴν πρόγνωσιν, δεδομένου ὅτι, ἡ ἀποκάλυψις τούτου προηγεῖται κατὰ κανόνα, ὅποτε τὸ στάδιον θεραπείας τοῦ ἐξαρθρώματος, δύναται νὰ συμπέσῃ μετὰ τὴν ἐκδήλωσιν τοῦ συνδρόμου.

Τὴν καλύτεραν τύχην διὰ τὸν Ὀρθοπεδικὸν καὶ κυρίως διὰ τὸν μικρὸν πάσχοντα, ἐπιφυλάσσει ἡ συντηρητικὴ ἀγωγὴ αὐτοῦ τοῦ ἐξαρθρώματος, μόνον δὲ ἐπὶ μεγάλῃς ἀρθρικῆς ἀσταθείας θὰ τεθῇ μετὰ περισκέψεως ἐγχειρητικὴ ἐνδειξις.

S U M M A R Y

KOUKOURAKIS and J. MATSOUKAS : Report on a case of Ehlers-Da-
los Syndrom.

Ἐκλογή μέλους

Ἐξελέγη ἕκτακτον μέλος ὁ κ. Δημ. Παπαβασιλείου.

ΕΠΙΔΕΙΞΕΙΣ

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Γ. ΒΕΝΕΡΗΣ: Περίπτωσης άμφοτεροπλεύρου συγγενούς συνοστεώσεως μηνοειδούς, πυραμοειδούς, πισοειδούς.

Έπιδεικνύομεν περίπτωσιν άμφοτεροπλεύρου συγγενούς συνοστεώσεως μηνοειδούς — πυραμοειδούς — πισοειδούς.

Η πάσχουσα ήλικίας 24 ετών προσήλθεν έν τώ έξωτερικώ Ίατρείω του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών, αίτιωμένη δι' άλγος μετά κάκωσιν. Ακτινολογικώς, διεπιστώσαμεν συγγενή συνοστέωσιν των όστών, μηνοειδούς — πυραμοειδούς — πισοειδούς. Έξητήσαμεν άκτινογραφίαν του έτέρου καρπού και διεπιστώσαμεν συνοστέωσιν των αυτών όστών του καρπού της μη ύποστάσης κάκωσιν χειρός, αι κινήσεις της οποίας εύρέθησαν φυσιολογικάί.

Έπ' εύκαιρία αναφέρομεν ότι συνοστέωσις όστών του καρπού δυνατόν να παρατηρηθή μεταξύ διαφόρων όστών του καρπού, ή δέ συνηθέστερον παρατηρούμένη είναι ή μεταξύ μηνοειδούς και πυραμοειδούς ήτις και άποτελεί σχεδόν σταθερόν εύρημα μεταξύ των άτόμων της φυλής Bantu. Συνοστέωσις μεταξύ σκαφοειδούς και μηνοειδούς παρατηρείται εις τά σαρκοφάγα ζώα και τινα έρπετά.

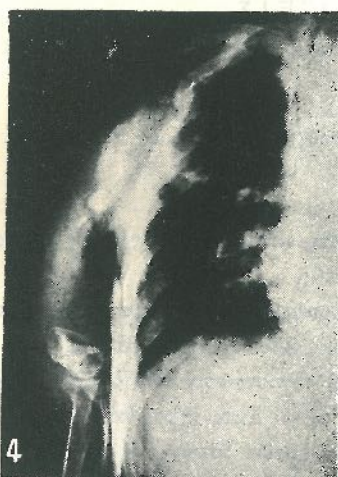
Έπιδεικνύομεν την περίπτωσιν ως άποτελοῦσαν την πρώτην έπίδειξιν τοιαύτης συνοστεώσεως και δια να υπενθυμίσωμεν ότι ή συγγενής συνοστέωσις δύο ή τριών όστών του καρπού ούδένα περιορισμόν των κινήσεων προκαλεί, ούδεμιās χρήζει θεραπείας, συνήθως ανακαλύπτεται τυχαίως, δέον δέ ή συνοστέωσις αύτη να θεωρηται ως άτταβιστικόν εύρημα.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS, D. MOUROULIS and G. VENERIS: Report on a case of congenital Synostosis of lunate triquetrum and pisiform bones.

Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ, Γ. ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗΣ, Δ. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Όλική αφαίρεσις ώμοπλάτης και βραχιονίου, επί έχινοκοκκιάσεως αυτού μετά επιδείξεως του ασθενούς.

Παρουσιάζομεν τήν περίπτωσιν του ασθενούς Π. Νουτ., έτων 54, ό οποίος προσήλθεν εις τήν ήμετέραν Κλινικήν τήν 6.6.65 διά κατάγμα του δεξιού βρα-



Εικ. 1.

Εικ. 2.

Εικ. Περιοχή του ώμου και του βραχιονος μετά τήν αφαίρεσιν της ώμοπλάτης και βραχιονίου (2).

χιονίου χρονολογούμενου από 3μήνου και τó όποιον ύπέστη κατόπιν μικρής κακώσεως.

Άκτινογραφικώς διεπιστώσαμεν τήν ύπαρξιν εκτεταμένων όστικων αλλοιώσεων του βραχιονίου και τής συστοίχου ώμοπλάτης.

Τó κατάγμα έπομένως έθεωρήθη ως παθολογικόν.

Κατά τήν γενομένην βιοψίαν του βραχιονίου ανεύρομεν έχινοκόκκους κύστεις.

Πρός θεραπείαν τής ως άνω παθήσεως, λαμβανομένης όπ' όψιν τής εκτάσεως των αλλοιώσεων του βραχιονίου και τής ώμοπλάτης, άποφασίζομεν τήν όλικήν αφαίρεσιν τής ώμοπλάτης και του βραχιονίου. (Εικ. 1—2).

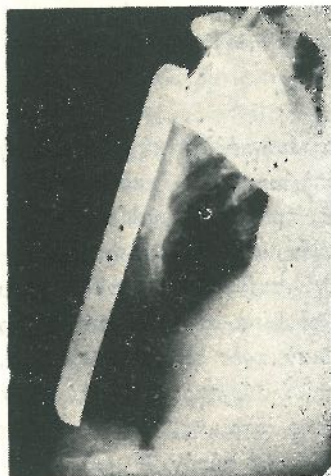
Τήν έγχείρησιν αυτήν εκτελέσαμεν τήν 8.11.65. Κατ' αυτήν διεπιστώθη ή τελεία καταστροφή βραχιονίου και ώμοπλάτης και ή ύπαρξις άπειρων κύστεων έχινοκόκκων. Με τόν σκοπόν όπως διατηρήσωμεν χώρον διά μελλοντι-

κὴν ἀντικατάστασιν τῶν ἐξαιρεθέντων ὀστέων ἐτοποθετήσαμεν μεταλλικὰ ἑμοιό-
μακτα ὠμοπλάτης καὶ τοῦ βραχιονίου. (Εἰκ. 3).

Ἐπ' αὐτῶν δὲ ἐκαθηλώσαμεν τὰς καταφύσεις τῶν μυῶν εἰς τὰς ἀντιστοι-
χοὺς τῶν θέσεις.

Ἡ ἐπούλωσις τοῦ τραύματος ἐγένετο κατὰ πρῶτον σκοπὸν καὶ τὸ περι-
φερικὸν τμήμα τοῦ ἄκρου οὐδεμίαν κυκλοφορικὴν ἢ νευρολογικὴν ἀνωμαλίαν
ἐνεφάνισεν.

Βραδύτερον ἐξ ἑνὸς σημείου τοῦ βραχιονίου ἔπου εἶχε τοποθετηθῆ μία ἐκ



Εἰκ. 3. Μεταλλικαὶ προθέσεις πρὸς ἀπο-
κατάστασιν ὠμοπλάτης καὶ βραχιονίου.



Εἰκ. 4. Ὁ ἄσθηνς 6 μῆνας μετὰ τὴν
ἀφαιρέσιν τῶν προθέσεων.

τῶν ἀναρροφητικῶν παροχετεύσεων ἐνεφάνισε ρύσιν προερχομένην ἐκ τοῦ
κοίλου τοῦ μεταλλικοῦ βραχιονίου. Συνεπεία τοῦ γεγονότος αὐτοῦ, ἠγαγκάσθημεν
νὰ ἀφαιρέσωμεν τὰς μεταλλικὰς προθέσεις δύο μῆνας μετὰ τὴν τοποθέτησιν
(τὴν 7.1.66).

Μετὰ ταῦτα τὸ τραῦμα ἐπούλώθη πλήρως καὶ ὁ ἄσθηνς ἐξῆλθε τῆς Κλι-
νικῆς.

Προσῆλθεν ἐκ νέου πρὸς ἔλεγχον καὶ ἐνδεχομένην ἐγχείρησιν ἀποκατα-
στάσεως. (Εἰκ. 4).

Ἐπιδεικνύομεν τὴν περίπτωσιν διὰ τὸ σπάνιον τῆς ἐντοπίσεως εἰς τὴν
ὠμοπλάτην καὶ βραχιόνιον, διὰ τὸ ἀποτέλεσμα μετὰ τὴν ὀλικὴν ἀφαιρέσιν τῶν
δύο αὐτῶν ὀστέων καὶ διὰ τὸ πρόβλημα τῆς μελλοντικῆς ἀποκαταστάσεως.

S U M M A R Y

C. S. ELIOPOULOS, A. PARASKEYA, G. STRATIGAKIS, D. PAPAVALIIOU: Report on a case of total removal of scapula and humerus due to echinoecocciasis.

Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ: Προσφώνησις Προέδρου διὰ τὸν κ. Δημ. Βασιλᾶν.

Εἰς ὅλα τὰ Ἔθνη τὰ παρουσιάζοντα ἰδιαιτέραν ἀθλητικὴν ἐπίδοσιν ἡ ἱατρικὴ παρακολούθησις τῶν ἀθλούντων, ἀπὸ ὑγιεινῆς καταστάσεως καὶ προπονήσεως, ἐκλογῆς καταλλήλου ἀθλήματος, προλήψεως καὶ θεραπείας τῶν ἐκ τῆς ἀθλήσεως δξέων καὶ χρονίων παθήσεων καὶ γενικῶς ἡ ἱατρικὴ διερευνήσις τῶν προβλημάτων τοῦ ἀθλητισμοῦ, γίνεται κατὰ τρόπον ἐπιστημονικόν. Εἰς τὴν διάθεσιν τῶν ἀσχολουμένων μὲ τὸ θέμα αὐτὸ ἱατρῶν, ὑπάρχουν ὅλα τὰ μέσα καὶ ἔχουν ἰδρυθῆ Ἰδρύματα εἰδικὰ πρὸς τὸν σκοπὸν αὐτόν.

Ἡ νέα εἰδικότης τῆς ἀθλητιατρικῆς παρ' ἡμῖν, παρ' ὅλον ὅτι ἡ πατρίς μας ὑπῆρξεν ἡ κοιτίς τοῦ ἀθλητισμοῦ καὶ τῆς ἱατρικῆς, εὗρίσκειται εἰς τὰ σπάργανα καὶ πολὺ ὀλίγοι ἱατροὶ ἔχουν ἐπιδοθῆ εἰς αὐτήν.

Μεταξὺ αὐτῶν ὁ κ. Βασιλᾶς, τὸν ὁποῖον ἡ Ἐταιρεία ἔχει τὴν τιμὴν νὰ φιλοξενῆ ἀπόψε, ὑπῆρξεν ἐκ τῶν πρώτων ἀθλητιάτρων, πτυχιούχος τοῦ Γερμανικοῦ Κράτους μὲ ὅλως ἰδιαιτέραν δρᾶσιν, κατὰ τὴν τελευταίαν 30ετίαν.

Διετέλεσεν ἐπὶ μακρὸν ἐπιστημονικὸς Σύμβουλος τῆς Ἐπιτροπῆς Ὀλυμπιακῶν Ἀγώνων καὶ εἰς τρεῖς συνεχεῖς Ὀλυμπιάδας, εἰς τὸ Λονδίνον, τὸ Ἐλσίνγκη καὶ τὴν Ρώμην, ὑπῆρξεν ὑπεύθυνος ἱατρός συνοδὸς τῆς Ἐθνικῆς Ὀλυμπιακῆς Ὀμάδος. Εἶναι ἰδρυτικὸν μέλος τῆς Ἑλληνικῆς Ἀθλητιατρικῆς Ἐταιρείας καὶ Γενικὸς Γραμματεὺς αὐτῆς ἐπὶ σειρὰν ἐτῶν. Εἶναι μέλος τῆς ἐπιστημονικῆς ἐπιτροπῆς τῆς Γαλλικῆς Ἀθλητιατρικῆς Ἐταιρείας καὶ τοῦ Γαλλικοῦ Ὑπουργείου Παιδείας, Νεότητος καὶ Σπόρ, ἰδρυτικὸν μέλος τῆς Διεθνοῦς Ὀμοσπονδίας τῆς Ψυχολογίας τοῦ Σπόρ.

Διετέλεσε Πρόεδρος τῆς Ὑγειονομικῆς Ἐπιτροπῆς τῆς Ποδοσφαιρικῆς Ὀμοσπονδίας καὶ Ἀντιπρόεδρος τῆς Εὐρωπαϊκῆς Ἐνώσεως Ἀθλητιάτρων.

Ἡ ὀρθοπαιδικὴ εἰδικότης εἶναι στενῶς συνδεδεμένη μὲ τὴν πρόληψιν καὶ θεραπείαν παθήσεων ἐξ ἀθλήσεως καὶ διὰ τὸν λόγον αὐτόν μὲ μεγάλο ἐνδιαφέρον θὰ ἀκούσωμεν τὸν κ. Βασιλᾶ νὰ ἐκθέτῃ τὸ θέμα τοῦ «Ἀθλητιατρικῆ καὶ Ὀρθοπαιδικῆ».

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Δ. ΒΑΣΙΛΑΣ: Ἀθλητιατρική καὶ Ὀρθοπαιδική.

Κύριε Πρόεδρε, Κύριοι Συνάδελφοι,

Αἰσθάνομαι ὡς ἰδιαιτέραν τιμὴν τὸ ἔτι σήμερον ἔχω τὴν εὐκαιρίαν, καὶ τὸ προνόμιον, νὰ σὰς ἀπασχολήσω μὲ προσφιλέες μου θέματα.

Ἡ Ἀθλητικὴ Ἱατρικὴ, μιὰ ἀπὸ τὶς μικρότερες, σὲ ἡλικία, θυγατέρες τοῦ Ἀσκληπιοῦ, εἶδε τὸ φῶς στὰ Ἐργαστήρια Φυσιολογίας πρὸ ὀλίγων δεκαετηρίδων. Ὅταν, ὁμως, χρειάσθηκε νὰ ἐκπαιδευθῆ στὸ στοιχειώδες Σχολεῖο τῆς Ἱατρικῆς, οἱ γονεῖς τῆς τὴν ἐνεπιστεύθησαν στὴν Τραυματολογία γιὰ νὰ τὴν ὀδηγήσῃ στὴν περιοχὴ τῆς Γνώσεως καὶ τῆς Θεραπευτικῆς.

Οἱ σημερινές μας γνώσεις γιὰ τὴν καταγωγὴ τῆς Ἀθλητιατρικῆς φθά-
νουν ὡς τὸ 600 περίπου π.Χ. Ἡ Ἱστορία διεφύλαξε τὰ ὀνόματα Ἑλλήνων Ἱατρῶν οἱ ὅποιοι ἤσχαλοῦντο μὲ προβλήματα Ὑγιεινῆς καὶ ἐκαλοῦντο «Γυμνασταί» (Πυθαγόρας, Ἴκκος, Ἡρόδικος). Ἀπ' αὐτούς, ὁ Ἡρόδικος ὁ Ση-
λύδριος εἶχε τὴν τύχη νὰ ὀδηγήσῃ τὸν Ἱπποκράτην στὴν πρακτικὴ τῶν Γυμναστικῶν ἀσκήσεων.

Ἐπηκολούθησαν αἰῶνες ὑποσυστολῆς τῆς Σωματικῆς καὶ Ἀθλητικῆς δρα-
στηριότητος ἕως ὅτου μὲ τὸ κρίκετ στὴν Ἀγγλίαν τὸν 18ον αἰῶνα καὶ μὲ τὸν ἀλπινισμό στὴν Κεντρικὴ Εὐρώπῃ τὸν 19ον, πῆραν στὰ χέρια τους τὴν φωτιὰ τοῦ ἀθλητικοῦ πνεύματος οἱ φωτισμένοι Παιδαγωγοὶ (Coubertin) καὶ οἱ προοδευτικοὶ Φυσιολόγοι (Paul Bert, Langlois, Hedou κ.λ.π.).

Ὅπως γνωρίζετε, τὸν ἴδιο περίπου αἰῶνα, τὸν λαμπρὸ 19ο, ἡ ἀνάπτυξις τῶν θετικῶν ἐπιστημῶν ἐπέτρεψε στὴν Ἱατρικὴ νὰ χρησιμοποιήσῃ ἀπίθανα τεχνικὰ μέσα γιὰ νὰ ἀντιληφθῆ καὶ νὰ λύσῃ τὰ προβλήματα τοῦ ἀνθρωπίνου ὀργανισμοῦ. Μερικὲς ἡμερομηνίες (ἔπως, ἐπὶ παραδείγματι, ἡ ἡμέρα τοῦ πρώ-
του μαθήματος Ἀνατομίας, ἡ ἀνακάλυψις τῆς κυκλοφορίας τοῦ αἵματος, οἱ πειραματικὲς ἐργασίαι τοῦ Cl. Bernard, οἱ ἀνακαλύψεις τοῦ Pasteur, ἡ ἐμφά-
νιαις τῶν ἀκτίνων τοῦ Röntgen στὸν κενὸ ἀέρος σωλήνα του κλπ.) δὲν εἶναι ἀπλᾶ δρόσημα στὴν ἀνοδικὴ πορεία τῆς ἐπιστημονικῆς προόδου, ἀλλὰ, κυ-
ρίως, χαρακτηριστικὲς μορφές τῆς νοστοπίας τῶν ἐρευνητῶν.

Αὐτὸ ποὺ θὰ ἤθελα νὰ σημειώσω ἰδιαιτέρως εἶναι πῶς, ἡμερομηνία ση-
μαντικὴ γιὰ τὴν προκοπὴ τοῦ ἀνθρώπου ἦταν καὶ ἡ ἡμέρα κατὰ τὴν ὁποίαν ὑπεύθυνοι ἐκπρόσωποι τῆς Ἐρευνητικῆς Ἱατρικῆς ἀντελήφθησαν, κατὰ τὴν

* Διᾶλειξις εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Τραυματιολογικὴν Ἐταιρείαν (Νοσοκ. Εὐαγγελι-
σμός 29-7-66).

διάρκεια πειραμάτων σε εργαστήρια Φυσιολογίας, τη σημασία της Σωματικής Αγωγής και της αφιέρωσαν τις γνώσεις και το ενδιαφέρον τους. Φυσικά, την ίδια στιγμή τα Αθλητικά γήπεδα και ο Αθλητής πήραν τη θέση τους στην Ιατρική Σκέψη και από τότε προσφέρουν το ανθρώπινο υλικό για την επιστημονική παρατήρηση.

Ο δρόμος που διανύθηκε έκτοτε είναι μακρός. Υπήρξε και δύσκολος. Η σκυτάλη πέρασε απ' τα χέρια του P. Bert στον Langlois, στον Ch. Bert, στον Merle d'Aubigne, στον Reindell. Σήμερα όμως η UNESCO ενδιαφέρεται για την Αθλητική Ιατρική, ή Παγκόσμιος Οργάνωσης Υγείας συμβουλεύεται την Διεθνή μας οργάνωση και η Διεθνής Ολυμπιακή Επιτροπή συνεργάζεται αρμονικά μαζί μας.

Τις πρώτες δεκαετηρίδες του αιώνα μας, ο Αθλητισμός ανεπύχθη σε κοινωνικό πρόβλημα πρώτου μεγέθους, εξυ πολλές φορές.

Το αναγκαίο πνευματικό υλικό για τη διαμόρφωση της νέας αυτής προσδοκίας της ανθρωπίνης ψυχής, ή όποια δεν εβράδυνε να αναπτυχθῆ σε πραγματική θρησκεία, το έδωσαν ή Ελληνική Μυθολογία, ή Ελληνική Ιστορία, ή Ελληνική Λογοτεχνία και ή Ελληνική Τέχνη. Το επιστημονικό, όμως, υλικό, το ανθρώπινο, το έδωσαν και το δίδουν οι μεγάλες ανθρώπινες ομάδες (το σχολείο, ο στρατός, οι αθλητικές δημοσπονδίες).

Ο πολιτισμένος κόσμος έφθασε στο σημείο της αναγκαστικής γνωριμίας με την Αθλητική Ιατρική. «Ανεκάλυψε», λοιπόν, τον Αθλητίατρο και αυτός, με τη σειρά του, «ανεκάλυψε» τα προβλήματα της Σωματικής Αγωγής.

Αν δεχθούμε ότι ο Γιατρός παρακολουθεί από κοντά τη Ζωή, δέχεται τον ακτίκυπο των μεταβολών της και, αρκετά συχνά, συμβάλλει δημιουργικά στην εξελικτική της πορεία προς το καλύτερο, θα καταλάβουμε γιατί στην αρχή της δημιουργίας της ή Αθλητική Ιατρική είχε προληπτικό χαρακτήρα (Préventive) με ταυτόχρονη παρουσία της Θεραπευτικής. Οι αθλητικοί τραυματισμοί με τα επακόλουθά τους σφράγισαν μιá ολόκληρη εποχή και προεκάλεσαν το ενδιαφέρον των Ορθοπεδικών.

Παραλλήλως, οι Γάλλοι Φυσιολόγοι, πρωτοπόροι στον άνηφορικό δρόμο της επιστημονικής έρευνας, εγκαταλείπουν τα εργαστήρια της Γενικής Φυσιολογίας για την Ειδική Φυσιολογία του Αθλητισμού. (Biologie appliquee aux Sports).

Ο Αθλητίατρος εγκαθίσταται στο Υπουργείο Παιδείας, το οποίο μετονομάζεται σε Υπουργείο Έθνικής Παιδείας, Νεότητας και Σπόρ, εξετάζει τον υποψήφιο άθλητή, οργώνει την έπαρχία για να γνωρισθῆ και να συνεργασθῆ με τον Προπονητή, παρακολουθεί τον άθλητή κατά τη δράση του (Control Medical) και τον επανεκπαιδεύει από τις παραμορφώσεις της καθιστικής ζωής, των λοιμωδών νοσημάτων και των άτυχημάτων (Rééducation).

Οι άλματώδεις όμως εξέλιξεις του τεχνικού πολιτισμού αλλάζουν την όψη του Κόσμου πολύ περισσότερο και με μεγαλύτερη ταχύτητα απ' ό,τι είναι δυνατόν να παρακολουθήσει και να προσαρμοσθή ἄ ανθρώπινος οργανισμός, με τις μεγάλες μυϊκές μάζες, με τὸ αναπνευστικὸ και κυκλοφορικὸ σύστημά του, με τὴν ἀνάγκη τῆς ὀξυγονώσεως.

ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΑΛΜΑΤΩΝ. Τῶν ἀλμάτων τοῦ Δημοκρίτου και τοῦ Hegel. Τὰ ἐπιστημονικὰ ρεύματα ἀλλάζουν πορεία, ἀνακατατάξεις σημειώνονται σὲ ἔλους τὸς τομείς τῆς ἀνθρωπίνης δραστηριότητος με ρυθμὸ, πολλές φορές, φανταστικὸ. Ἀλλάζει και ἡ ἐπιστημονικὴ Σκέψη, ὅπως ἀλλάζει ὁ τρόπος, με τὸν ὁποῖο προσπαθοῦμε νὰ δοῦμε τὰ πράγματα — ἡ γενικὴ θεώρηση τῶν φαινομένων τῆς Ζωῆς και τῆς Κοινωνίας.

Στὴν Ἱατρικὴ, ἡ προπολεμικὴ προσοχὴ στὴν Μορφολογία και τὸ ἀνατομικὸ ὑπόστρωμα δίνει σιγὰ - σιγὰ τὴ θέση τῆς στὴν προσοχὴ, κατὰ κύριο λόγο, στὴ Λειτουργία, στὸ Φυσιολογικὸ ὑπόστρωμα. Στὸν ἐργαστηριακὸ τομέα, διαρκῶς πολυπλοκώτερο, προέχει ἡ ἀνάγκη τῆς γνωριμίας τῆς διαταραχῆς στὴν ἐξελεικτικὴ τῆς πορεία (ὑπερμικροσκοπικὴ ὕψη το κυττάρου κλπ.).

Ἀπ' τὴν ἐπίδραση αὐτὴ, εὐτυχῶς, δὲν ξέφυγε και ἡ Ἀθλητικὴ Ἱατρικὴ. Τὸ πεδίο ἐφαρμογῆς τῆς εἶναι τὸ ὑπέροχο ὕλικὸ τοῦ ὀνομάζεται ἄνθρωπος — ἀνθρώπινη πραγματικότητα — Ἀγωνιστικὴ. Ὁ Ἀθλητὴς ἀγωνίζεται, ἀλλὰ ὁ ἀθλητικὸς συναγωνισμὸς γίνεται: πιά με ἄτομα ἴδιας ἡλικίας και με ἀνάλογες συνθήκες και ὑποχρεώσεις (λιγώτερο χρονικὸ διάστημα τῆς ἀγωνιστικῆς ἐκδηλώσεως, μικρότερο δόσος ἀθλητικῶν ὀργάνων κατὰ ἡλικία κλπ.). Κοινωνικοὶ και ἐπιστημονικοὶ παράγοντες λαμβάνονται ὑπ' ὄψιν: Τὸ περιβάλλον τοῦ ἀθλητοῦ, τὸ εἶδος τοῦ Σπόρ, ἡ ἐποχὴ, ἡ θερμοκρασία, ἡ κατάστασις τῶν γηπέδων, οἱ θλάδες και τὰ ἀτυχήματα ἀπὸ γυμναστικά και ἀθλητικά ὄργανα — ὅλα αὐτά, και ἀκόμα πολλά ἄλλα προβλήματα ἔχουν γίνε ἀντικείμενα ἰδιαιτέρων προσπαθειῶν «ἐμάδων» εἰδικῶν τοῦ καθοδηγοῦνται ἀπὸ δραστικὸ προγραμματισμὸ.

Ὁ βιολογικὸς κάματος, πρὶν ἀκόμη τὸν αἰσθανθῆ ὁ ἀθλητὴς, νωρίτερα ἀπὸ κάθε κλινικὸ σημεῖο, ἡ φόρμα, ὁ προσανατολισμὸς τῶν νέων πρὸς τὸ Σπόρ γιὰ τὸ ὁποῖο εἶναι φιαγμένος, ὁ ἔλεγχος τῆς προπονήσεως, ἡ φυσικὴ και ψυχικὴ κατάστασις τοῦ ἀθλοῦντος, ἰδοῦ μερικὲς ἀπ' τὶς ἀρμοδιότητες τοῦ συγχρόνου Ἀθλητιάτρου. Καινούργιοι προσανατολισμοὶ διαγράφονται: στὸν τομέα τῆς μυϊκῆς ἀποδόσεως.

Ὁ βιολογικὸς διαχωρισμὸς τῶν μυϊκῶν ἰνῶν σὲ «ἄσπρες» (γιὰ τὴν ταχύτητα) και «κόκκινες» (γιὰ τὴ δύναμη), παρὰ τὸν μεταξὺ τους ἀνταγωνισμὸ, εἶναι μιὰ ἀπ' τὶς ἐργασίαις ρουτίνας τῶν βιολογικῶν ἐργαστηρίων τῆς ἐφηρμοσμένης στὸν Ἀθλητισμὸ Φυσιολογίας. Τὸ δρόμο, ἐπίσης, τῆς ρουτίνας ἔχουν πάρει ἡ τεχνολογία τῆς τροφῆς και ἡ συγκριτικὴ ἐφαρμογὴ τῆς στὴν ὑπερ-

προσπάθεια τῆς Ἀγωνιστικῆς. Τέλος, τὸ «ἀσθημα ἀσφαλείας» τοῦ ἀθλοῦντος ὀλοκληρώνεται μὲ τὴν παρουσία ἑνὸς συμπαθητικοῦ συγγενοῦς μας, τοῦ Ψυχολόγου. Μὲ δύο λόγια, ὁ ἔμπειρος, ὁ ἀφοσιωμένος κι' εὐγενικὸς Ἀθλητῆρας καλμάρει τὴν νευρικότητα τοῦ ἀθλητοῦ, τονώνει τὴν ἐμπιστοσύνη στὸν ἑαυτό του καὶ δυναμώνει τὴν θέληση γιὰ τίς δύσκολες στιγμές, ἀπ' τίς ὁποῖες θὰ περάσῃ κάθε προσπάθεια γιὰ τὴν τελικὴ νίκη.

Ἄλλα αὐτά, κύριοι Συνάδελφοι, δὲν εἶναι σχήματα λέξεων — εἶναι γεγονότα. Εἶναι μᾶλλον, ΕΜΠΕΙΡΙΑ — γνώσεις τακτοποιημένες στὸ μυαλό καὶ στὸ πρακτικὸ πεδίο τῶν ἐφαρμογῶν.

Δὲν ὑπάρχει καμμιά ἀμφιβολία πὼς ἡ Ἀθλητικὴ μας Ἱατρικὴ βρίσκεται στὴν παιδική της ἡλικία, μὲ ὄλη τὴν ἀστάθεια καὶ τὸν ἐνθουσιασμό τῶν παιδιῶν. Ἔχει, ὅμως, μπροστά της ἀπέραντους ὀρίζοντες μελλοντικῆς ἐργασίας, ἄγνωστης πρὸς τὸ παρόν. Ὁ ἄνθρωπος κολυμπᾷ καὶ καταδύεται σὲ ἑκατοντάδες μέτρα στὴ θάλασσα. Ὁ Cousteau ἐνατενίζει ἐργαστήρια καὶ ναυπηγεῖα σ' αὐτὸ τὸ βάθος, μέσα στὰ ὁποῖα οἱ ἄνθρωποι θὰ ζοῦν καὶ θὰ ἐργάζονται. Ἐδῶ ἀκριβῶς κάνουν τὴν ἐμφάνησή τους μὲ Φυσιολογία καὶ μὲ Παθολογία ἀπολύτως νέες καὶ ἴσως πολὺ διαφορετικὲς ἀπὸ ἐκεῖνες ποὺ ἰσχύουν γιὰ τίς χιλιάδες, γιὰ τίς ἑκατοντάδες χιλιάδες τῶν ὑποβρυχίων κολυμητῶν καὶ ψαράδων, μὲ τοὺς ὁποῖους ἀσχολούμεθα πρὸς τὸ παρόν.

Τίς ἴδιες στιγμές, ὁ ἄνθρωπος ἀνυψώνεται καὶ κερδίζει ὄχι μόνον τὴν ὑψηλὴ ἀτμόσφαιρα ἀλλὰ καὶ τοὺς διαπλανητικούς χώρους. Αὐριο, ὄχι μόνον οἱ πιλότοι ἀλλὰ καὶ τὰ ἀεροπλάνα συνήθων ἐπικοινωνιῶν θὰ διασχίζουν τὴ στρατοσφαίρα καὶ θὰ εἶναι κατασκευασμένα γιὰ νὰ δεχθοῦν τίς νέες ἀπίθανες ἐξωτερικὲς πιέσεις. Ἀλλά, πὼς θὰ ἀντιδράσῃ ὁ ἄνθρωπος στὶς κοσμικὲς ἀκτίνες;

Ἡ Ἀθλητικὴ μας Ἱατρικὴ ἔχει μπροστά της ἕνα ἀπίστευτο, ἀπέραντο Μέλλον. Θὰ τὰ καταφέρῃ, γιατί οἱ πιστοὶ της ἔχουν ἔλο τὸν ἐνθουσιασμό καὶ ἔλο τὸ πάθος — τὴ Δίψα γιὰ Γνώση, δηλαδή, ἕλες τίς προϋποθέσεις γιὰ δημιουργία καὶ προκοπή.

Καὶ τώρα, Κύριοι Συνάδελφοι, γιατί σᾶς ἀπασχολῶ; Ἀπὸ ποῦ ἀρχίζουν καὶ ποῦ τελειώνουν οἱ συγγενικοὶ μας δεσμοί;

Θὰ σᾶς ὑπομνήσω, ὅτι ἤδη ἀπὸ τὸ 1857 ὁ N. Dally εἶχε διατυπώσει τὴ γνώμη ὅτι «ἡ Κινησιολογία εἶναι ἡ ἐπιστήμη τῆς κινήσεως διὰ πᾶν ὅτι ἀφορᾷ τὴν ἀγωγή, τὴν Ὑγιεινὴ καὶ τὴν Θεραπευτικὴ». Ὁ Dally, εἰς τὴν ἔννοιαν «Ἀγωγή» (Education) περιελάμβανε τὴν ἀνάπτυξη τῶν φυσικῶν, τῶν πνευματικῶν καὶ τῶν ἠθικῶν ἱκανοτήτων τοῦ ἀτόμου, ἡ δὲ Ἀθλητῆρας ἀντίληψις τοῦ γεγονότος αὐτοῦ προϋποθέτει τὴν ἀκριβολόγον ἐφαρμογὴν τῶν τοπικῶν καὶ γενικῶν ἐπιδράσεων τῆς Σωματικῆς Ἀγωγῆς ἐπὶ τοῦ ὑγιοῦς καὶ τοῦ πάσχοντος ἀνθρωπίνου ὀργανισμοῦ.

Τὸ ὕλικό τῆς Θεραπευτικῆς Κινησιολογίας εἶναι:

1) Τὰ ἀτυχήματα καὶ οἱ ἀκρωτηριασμοὶ: Ὑλικὸ χειρουργικὸ καὶ ὀρθοπεδικό.

2) Οἱ ἀναπηρίες κινήσεως, ἐγκεφαλικῆς αἰτιολογίας: Ὑλικὸ νευρολογικόν.

3) Οἱ συνέπειες τῆς πολυομελίτιδος: Ὑλικὸ παιδιατρικὸ καὶ νευρολογικόν.

4) Τὰ παχύσαρκα ἄτομα: Ὑλικὸ ἐνδοκρινολογικόν.

5) Οἱ καρδιακοί: Ὑλικὸ κατ' ἐξοχὴν εὐθραυστον, συχνὰ ἐπικίνδυνον, παρ' ὅλον πού, ἤδη ἀπὸ τὸ 1854, διὰ τοῦ Willis Stokes, ἡ θεραπευτικὴ κινήσιολογία εἶχε χρησιμοποιοῦν διὰ θεραπείαν καρδιακῶν ἀρρώστων.

5) Τέλος, ὕλικὸ ἀθλητικὸ μὲ προέλευση Ἀγωνιστικῆ, δηλαδή ὕλικὸ Ὀρθοπεδικὸ εἰς τὴν μεγάλην πλειονότητα τῶν περιπτώσεων.

Ἡ Γυμναστικὴ ἀντίληψις τῆς Κινησιολογίας εἶναι βιολογικὴ, δηλαδή, γιὰ νὰ μὴν ξεχνᾶμε τοὺς Ὀδηγούς μας, κατὰ τὸν Πλάτωνα «ἐκ δὲ δὴ φορᾶς τε καὶ κινήσεως... γίνεταί πάντα ἅ δὴ φαμέν εἶναι». Στὸ Γοργία ὁ ἴδιος, πρῶτος, διέτύπωσε τὴν διαίρεση τῶν σωματικῶν κινήσεων σὲ ἐνεργητικὰ καὶ παθητικὰς. Ἀργότερα ὁ Γαληνός, ἰατρός καὶ ἐπιμελητὴς τῆς προπονήσεως τῶν ἀθλητῶν καὶ μονομάχων, διαχωρίζει τὴν κίνηση ἀπὸ τὴν ἀσκηση καὶ προσθέτει, μεταξὺ ἐνεργητικῶν καὶ παθητικῶν κινήσεων, τὶς μικτέας.

Ἔτσι, ἡ πρώτη μορφή τῆς Σωματικῆς Ἀγωγῆς, ἡ Γυμναστικὴ, κατ' ἐπέκτασιν πεδίου ἐφαρμογῆς — ἀπὸ τὸν μῦν, τὸ ὅστον καὶ τὴν ἄρθρωσιν — διατηρεῖ τὴ γενικὴ ἰσορροπία (λειτουργικὴ, συναισθηματικὴ, ψυχολογικὴ) καὶ περνᾷ εἰς τὴν Ἀγωνιστικὴν τῆς μορφῆς, ὑπὸ τὴν σύγχρονη ὀνομασίαν τῆς, μὲ τὸ Διεθνές καὶ ἀμετάφραστο ὄνομα τῶν Σπόρ.

Δι' ὅτι ἀφορᾷ τὴν συνεργασίαν τοῦ Ἀθλητιάτρου μὲ τὸν Ὀρθοπεδικόν — Τραυματολόγον, λαμβάνεται ὡς σημεῖον ἀφετηρίας ἢ σημερινὴ μορφή τῆς Ὀρθοπεδικῆς. Δηλαδή, ἂν δὲν κἀνω λάθος, ἡ σύγχρονη Ὀρθοπεδικὴ ἀσχολεῖται μὲ τὶς συγγενεῖς καὶ ἐπικτήτους παθήσεις τοῦ σκελετοῦ, εἰς τὶς ὁποῖες συμπεριλαμβάνονται ἅπαντα τὰ νοσήματα, τὰ ὅποια τὸν προσβάλλουν εἰς οἰανδήποτε ἡλικίαν. Συνεπῶς, ἡ Παθολογία καὶ ἡ Χειρουργικὴ τοῦ κινήτηριου συστήματος μὲ ὅλο τὸ ἐπεῖγον καὶ τὸ ἐπανορθωτικὸ ὕλικόν τους ἐνδιαφέρουν τὸν Ὀρθοπεδικόν καὶ τὸν τροφοδοτοῦν, ἐπὶ πλεόν, μὲ τὸ ὕλικόν τῶν τροχαίων, τῶν ἐργατικῶν καὶ τῶν ἀθλητικῶν ἀτυχημάτων.

Στὴν Ἀγωνιστικὴν μορφή τῆς Σωματικῆς Ἀγωγῆς, στὸ Σπόρ, τὰ σημερινὰ ἐπίπεδα καὶ οἱ ἀπαιτήσεις τῶν ἐπιδόσεων, τὰ σύγχρονα ρεκόρ, ἀπαιτοῦν ἀπὸ τὸν Ἀθλητὴ τὴν καθημερινήν, σχεδὸν πάντοτε, ἀπασχόλησίν του γιὰ τὴν διατήρησιν τῆς φόρμας του καὶ τὴ βελτίωσιν τῆς ἀτομικῆς του ἐπιδόσεως. Συνήθως πρόκειται γιὰ μιὰ καθημερινήν, πολύμηνη, ἐπίμονη καὶ μεθοδικὴ προσπάθεια.

Οἱ προϋποθέσεις ὅμως αὐτὲς δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ συμβιδᾶζονται πάντοτε

μέ την επαγγελματική, σπουδαστική και κοινωνική ζωή του ἀθλοῦντος. Συνήθως ἢ προπόνησις δὲν εἶναι συνεχῆς ἢ δὲν εἶναι μεθοδική. Εἰδικῶς εἰς τὴν χώραν μας λαμβάνει τὴν ἐποχιακὴν τῆς μορφῆς, σπασμωδικὰ καὶ χωρὶς μέθοδο. Ἔτσι, ἡ ἀνεπαρκὴς, ἡ κακὴ προετοιμασία, δὲν προασπίζει τὸν ἀθλητὴ κατὰ τὴ στιγμὴ τῆς μεγίστης προσπάθειας, με ἀποτέλεσμα τὴν ρῆξιν, μικρὴ ἢ μεγάλη, τῶν μυϊκῶν ἰνῶν καὶ τὴν παραγωγὴν τῆς α' ἢ β' ἀθλητικῆς κακώσεως.

Ἄλλες αἰτίαι ἀθλητικῶν κακώσεων εἶναι: ὁ ἀκατάλληλος στίβος, ἡ ὑπερπροπόνησις, ἡ κακὴ ἐφαρμογὴ τοῦ παλμοῦ καὶ τὰ ἀκατάλληλα ὄργανα ἢ ὑποδήματα τῶν ἀθλητῶν.

Εἰς τὴν περίπτωσιν τοῦ ἀκατάλληλου στίβου, τὰ ὑπάρχοντα ἄφθονα μικρολακκίδια καθίστανται ἢ αἰτία μικροθλάσεων, διαστρεμμάτων, ἐξαρθρημάτων ἢ καὶ καταγμάτων ἀκόμη.

Ἡ ὑπερπροπόνησις, ἀρκετὰ συχνὰ διαδεχομένη τὴν φάσιν τῆς ἐλλείψεως προπονήσεως, ἀποτελεῖ ἓνα πολὺ ἐνδιαφέρον, ἀπὸ βιολογικῆς ἀπόψεως, σύνδρομον καμάτου καὶ φυσικοχημικῶν μεταβολῶν τῶν ἐπινεφριδίων, τοῦ παγκρέατος, τοῦ ἥπατος, τοῦ αἵματος. Οἱ ἀθλητικῆς κακώσεις τῶν μυῶν καὶ τῶν ἀρθρώσεων πού ἐπακολουθοῦν μᾶς ὑποχρεῶνουν εἰς τὴν ἐπίεγουσα ἐκτίμησιν τῆς ἀκριβοῦς αἰτιολογίας. Οἱ Γάλλοι συναδέλφοι, κυρίως ὁ προϊστάμενος τῶν ἐργαστηρίων τοῦ Institut National des Sports, Andrivet, εἰς τὸ Joinville, ἔχουν συγκεντρώσει ἓνα ὀγκῶδες, ἓνα πολύτιμο, λίαν ἐνδιαφέρον, κλινικὸ καὶ ἐργαστηριακὸ ὕλικὸ ἀναλόγων περιπτώσεων.

Ἡ κακὴ ἐφαρμογὴ τοῦ παλμοῦ, σύνηθες Ἑλληνικὸν φαινόμενον μέχρι πρὸ ὀλίγων ἐτῶν, ἀποτελεῖ μίαν μεγάλην πηγὴν προμηθείας ἀθλητικῶν κακώσεων, ἰδιαιτέρως εἰς τοὺς ἀρχαρίους ἀθλητάς. Χαρακτηριστικὸ παράδειγμα εἶναι, ἐν προκειμένῳ, ὁ παλμὸς τοῦ ἀκοντιστοῦ. Ὁ ἀγκὼν τῶν ἀκοντιστῶν ὑπάγεται εἰς μίαν ὁμάδα σχετικῶν παθήσεων, οἱ ὁποῖες ἀποκαλοῦνται γενικῶς «ἀγκῶν τῶν ἀντισφαιριστῶν ἢ Ἐπικονδυλίτις τοῦ ἀγκῶνος Tenniselbow». Εἰς τὴν ἰδίαν ὁμάδα περιλαμβάνονται ὁ ἀγκὼν τῶν βιολιστῶν, τῶν ἀκροβατῶν, τῶν ξυλουργῶν κλπ. Ἡ πάθησις ἐμφανίζεται συνήθως κατόπιν μακρᾶς, ἐντόνου καὶ ἐπιπόνου ἀσκήσεως τῆς κατ' ἀγκῶνα ἀρθρώσεως, ἐφ' ὅσον ἡ κίνησις ἐπαλαμβάνεται ἐπ' ἀρκετόν. Συγκεκριμένως πρόκειται περὶ βαθμιαίας κάμψεως τοῦ ἀγκῶνος ἐνῶ ἡ ἄκρα χεὶρ ὑπτιάζεται. ἐπακολουθεῖ διαίαι ἐκτασις τοῦ ἀγκῶνος με σύγχρονον βίαιον πρηγισμόν τῆς ἄκρας χειρός.

Οἱ μυϊκῆς δυνάμεις ἐξασκοῦνται εἰς τὴν περιοχὴν τῆς παρατροχιλίου ἀποφύσεως τοῦ βραχιονίου ὄστοῦ, ὅπου οἱ μυϊκῆς ἐκφύσεις καὶ καταφύσεις ἐξασκοῦν μεγάλας ἐλξεις καὶ πιέσεις σὲ πολὺ περιορισμένον χρονικὸ διάστημα. Φυσικά, οἱ μηχανικοὶ αὐτοὶ παράγοντες ἐξασκοῦνται ἐπὶ τοῦ ὑποκειμένου ὀρογόνου θυλάκου καὶ ἐπὶ τοῦ ὄστοῦ με κλινικὸν σύμπτωμα τὸ τοπικὸν ἄλγος, ἰδιαιτέρως

κατά την επανάληψη τῆς κινήσεως τῆς ρίψεως τοῦ ἀκοντίου, ὅπως ἐπίσης καὶ κατά τις κινήσεις ὑπτασμοῦ καὶ πρηνισμού τῆς ἄκρας χειρὸς.

Τὸ εἰδικὸ σύνδρομο τοῦ «ἀγκῶνος τῶν ἀκοντιστῶν» δὲν ὑφίσταται καὶ στὶς περιπτώσεις ἀκριβοῦς ἐφαρμογῆς τοῦ παλμοῦ, ὡς ἀναφέρουν οἱ συνάδελφοι Γ. Παναγιωτόπουλος καὶ Γ. Καμπούρογλου. Ἐνῶ, ἀντιθέτως, ὅταν ὁ ἀθλητὴς δὲν ἔχη ὑποστῆ ἐπαρκῆ ἐκπαίδευση ὥστε νὰ λαμβάνῃ τις σωστὲς στάσεις κατὰ τὴ διάρκεια τῆς ἐκτελέσεως τοῦ παλμοῦ, ὑπόκειται εἰς τὴν περιγραφεῖσα κάκωση τοῦ ἀγκῶνος, τοῦ ὄμου καὶ τῆς ποδοκνημικῆς ἀρθρώσεως ταυτοχρόνως, ὡς ἀναφέρει ὁ Γ. Καμπούρογλου.

Εἰς τὴν περίπτωσιν τῶν ἀκαταλλήλων ὀργάνων καὶ ὑποδημάτων περιλαμβάνονται τὰ ὑποδήματα τῶν δρομέων ταχύτητος καὶ ἀντοχῆς, τὰ γνωστὰ spikes, τὰ ὁποῖα προκαλοῦν, ὅταν δὲν δένονται ὅπως πρέπει, ὑπεραιμίαν τοῦ ἄκρου ποδός, πόνους, καί, ἀρκετὰ συχνά, θυλακίτιδες στὸ σημεῖο προσφύσεως τοῦ Ἀχιλλείου τένοντος, στὴν πτέρνα. Ἡ διαφορικὴ διάγνωση θὰ λάβῃ ὑπ' ὄψιν τὸ πελματιαῖον νεύρωμα (ἢ νευρίνωμα) τοῦ Morton - Bett, καὶ θὰ πρέπει νὰ σταθμίση τὸ ἐνδεχόμενον τῆς ἐπεμβάσεως ἢ ὄχι. Ἐπίσης τὸ αὐτόματο κάταγμα τῶν μεταταρσίων, τὸ ἀποκαλούμενον «κάταγμα πορείας ἢ κοπώσεως» εἰς τὸ ὁποῖον, ὅπως καὶ εἰς τὴν Ἀγωνιστικὴν, ἡ ἔλλειψις ἐκπαιδεύσεως ἀποτελεῖ παράγοντα συχνότερας ἐμφανίσεώς του (Donald καὶ Fitts).

Ἐν περιλήψει, οἱ ἀθλητικὲς κακώσεις, κατὰ σύστημα καὶ κατ' ἀγώνισμα, εἶναι οἱ ἑξῆς περίπου:

Θλάσις ἢ ρήξις μυϊκῶν ἰνῶν.

Διατάσεις ἢ ρήξεις ἢ ἀθεστοποιήσεις συνδέσμων καὶ τενόντων.

Θυλακίτιδες, τενοντοελυτρίτιδες, τραυματισμοὶ τοῦ δέρματος, ρήξεις μηνίσκων, ἐξarthρήματα, ὀστικὲς ἀποσπάσεις, κατάγματα ὀστέων, βαρεῖες συνέπειες ἐκ καταγμάτων τῆς σπονδυλικῆς στήλης ἢ ἐγκεφαλικῶν διασεισεων.

Οἱ δρομεῖς ταχύτητος ὑφίστανται τὰς συνέπειας τῆς ἀκαταλλήλου ὑποδύσεως, ἢ κατὰ τὴν ἐκκίνησιν, λόγῳ ἀποτόμου συσπάσεως τῶν μεγάλων μυϊκῶν μαζῶν, θλάσις τοῦ τετρακεφάλου ἢ μεγάλης μυϊκῆς ρήξις (τὸ γνωστὸ claquage) τοῦ ραπτικοῦ μυός.

Οἱ δρομεῖς μεγάλων ἀποστάσεων, ἡμιαντοχῆς καὶ ἀντοχῆς, ὑφίστανται θλάσις ἢ ρήξις τοῦ μακροῦ πελματικοῦ καί, ὅπως ἐλέχθη ἤδη, θυλακίτιδες τοῦ Ἀχιλλείου τένοντος κατὰ τὸ σημεῖο προσφύσεώς του εἰς τὴν πτέρνην.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις θὰ λάβῃ ὑπ' ὄψιν τὴν «ἄκανθαν τῆς πτέρνης», ἡ ὁποῖα ἀποτελεῖ αἰχμὴν ἐρεθισμού τῆς πελματιαίας ἀπνευρώσεως, προσφυσμένης εἰς τὸ σημεῖον τοῦτο τῆς πτέρνης καὶ ἡ ὁποῖα, συνήθως θεραπεύεται διὰ τοπικῶν ἐγχύσεων κορτικοστεροειδῶν.

Ἐπίσης εἰς τὴν κατηγορίαν τῶν ἀθλητῶν αὐτῶν δὲν πρέπει νὰ λησμονῆται, ὅταν εἰς τὴν κλινικὴν συνδρομὴν ἐπικρατεῖ τὸ ἄλγος τῆς γαστροκνημίας,

αίφνιδιον και έντονον, συνοδευόμενον συχνά και υπό διογκώσεώς της, ή και έκχυμώσεως, ή περίπτωσις τενοτοθηκίτιδος του όπισθίου κνημιαίου κατά την όποίαν, ώς αναφέρει ο Γ. Χαρτοφυλακίδης — Γαροφαλλίδης ή θεραπευτική άγωγή είναι συντηρητική και κατευθύνεται προς την ανακούφισιν του άλγοϋντος άσθενοϋς.

Οί βαδισταί προσβάλλονται από όσφυαλγίας, κλινικού τύπου δισκοπαθείας, από τό συνεχές Stress του τύπου του βαδίσματος επί της σπονδυλικής στήλης.

Οί άθληται του άλματος επί κοντῷ ύφίστανται κατά την προσγείωσή τους έξαρθρήματα και κατάγματα των άκρων και της σπονδυλικής στήλης.

Οί άθληται του άγωνίσματος της Άρσεως Βαρῶν ύφίστανται, αρκετά συχνά, θυλακίτιδες στο σημείο έκφύσεως του όρθου μηριαίου, στην προσθία κάτω λαγόνιο άκανθα.

Οί σφυροβόλοι, κατά την στιγμή της περιστροφής, εάν τό πόδι δέν είναι έλεύθερον (εάν σφηνωθῆ, όπως λέγουν οί ίδιοι) μπορούν να ύποστοϋν ρήξη του μηνίσκου.

Οί σφαιροβόλοι ύφίστανται κακώσεις στις μετακαρποφαλαγγικές άρθρώσεις και στις ποδοκνημικές. Ο τύπος της κακώσεως της ραχιαίας έπιφανείας του καρπού είναι συνήθως ή άσβετοποίησης και ο τύπος της κακώσεως των μετακαρποφαλαγγικών άρθρώσεων είναι ή ύπεξάρθρωσις, όπως έχει παρατηρήσει ο γιατρός του Παναθηναϊκού Σταδίου Γ. Καμπούρογλου.

Τέλος, οί νέοι άθληται, οί αρχάριοι, ύφίστανται άποσπάσεις των έπιφύσεων των προσαγωγῶν με ταυτόχρονη άποκόλληση των πυρήνων όστεώσεως του ήβεικού κλάδου των, λόγω άποτόμων συσπάσεων και έλλείψεως έπαρκούς προπονήσεως.

Οί άθλητικές κακώσεις άπομακρύνουν τον άθλητήν απ' τον άγωνιστικό στίβο και την ενεργόν δράσιν αλλά, μετά την ιατρική άποθεραπεία έχουν άνάγκη ιδιαιτέρας προσοχής και ικανής έμπειρίας για την δεδαιότητα της επανεκπαιδεύσεως των ιστών, ειδικῶς των μυϊκών.

Η Ιατρική Γυμναστική έχει ήδη μιá ενδιαφέρουσα θέση στα Γαλλικά Νοσοκομεία Παιδῶν και στις Όρθοπεδικές Τραυματολογικές Κλινικές όπου, δυό — τρεις φορές κατ' έτος, επί σειράν ήδη έτών, έχουμε την τύχη να παρακολουθοϋμε τις θεραπευτικές της έπιτυχείς συνήθως, προσπάθειες.

Τις πιό πολλές φορές, όπως χαρακτηριστικά τό διατυπώνει ο Robert Debré, είναι δύσκολο να βρεθῆ ή ακριβής έπιστημονική έρμηνεία των επανορθωτικών μεθόδων κατά τη στιγμή του προσδιορισμού τους ή μετά τό έπιτυχές αποτέλεσμα. Δέν ύπάρχει άμφιβολία ότι στο βάθος όλων αυτών των προσπαθειών, ύπάρχει αρκετή δόσις Έμπειρισμοϋ, ο όποιος άνθίσταται ακόμη εις την

προσπάθειαν τῆς Φυσιολογίας νὰ ἐφαρμόσῃ τὰ δικά της δεδομένα κατὰ τὴν ἐφαρμογήν τῆς τεχνικῆς τῆς Ἱατρικῆς Γυμναστικῆς.

Κύριοι Συνάδελφοι,

Ἡ Τραυματολογικὴ καὶ Ὀρθοπαιδικὴ ἐμπειρία, πλαισιωμένη μετὸν σύγχρονον τεχνικὸν ἐπιστημονικόν, θεραπευτικὸν ἐξοπλισμόν, μετ' ἐργαστηριακὴν παρακολούθησιν καὶ μετ' συνεργασίαν εἰδικοποιημένου θεραπευτικοῦ προσωπικοῦ, ἔχει ἤδη πραγματοποιήσει ἄλλατα προόδου καὶ θαύματα ἀποκαταστάσεων εἰς τὴν περιοχὴν τῆς θαυμασίας Εἰδικότητός σας.

Ἡ ὑψηλὴ ἐπίγνωσις τοῦ Ἱατρικοῦ Καθήκοντος καὶ οἱ ἐπιστημονικὲς ἀπαιτήσεις τῆς ἐποχῆς μας, μᾶς ἐξοπλίζουν συνεχῶς μετ' γνώσεις, μετ' ἐμπειρίαν, μετ' προσοχήν, μετ' διαρκῶς αὐξανόμενον ἀνθρώπινον καὶ κοινωνικὸν κύρος.

Μὲ αὐτὰς τὰς προϋποθέσεις, κινητοποιοῦμε τὴν τάσιν ὑπερισχύσεως ποὺ ἐνυπάρχει σὲ κάθε Σπόρ καὶ τὴν ἐπιπλέτουμε μετ' τὰ στοιχεῖα τῆς πάλης καὶ τῆς προσπαθείας γιὰ νὰ μὴ σβῆσῃ ἡ φωτιὰ ποὺ μᾶς παρέδωσαν οἱ Ὀδηγοὶ μας, ὁ Πλάτων, ὁ Ἱπποκράτης, ὁ Γαληνός.

Στὴν σκληρὴν καὶ ἔμμορφον αὐτὴν προσπάθειαν, θεωροῦμε τὴν παρουσίαν σας ὡς Συμπαράστασιν.

Σᾶς εὐχαριστοῦμε.

S U M M A R Y

D. VASSILAS : Lecture on the relation of the athlet - medecin and orthopaedic Surgery.

Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ: Προσφώνησις Προέδρου διὰ τὸν κ. L.Marmor.

Κύριοι Συνάδελφοι,

Ὁ κ. MARMOR, τὸν ὁποῖον ἔχομεν τὴν τιμὴν νὰ ὑποδεχώμεθα ἀπόψε, εἶναι ἔκτακτος Καθηγητὴς τοῦ Πανεπιστημίου τοῦ Λὸς Ἀντζελες. Ἀπὸ πολλῶν ἐτῶν ἀσχολεῖται μετ' τὴν χειρουργικὴν θεραπείαν τῆς Ρευματοειδοῦς ἀρθρίτιδος, ἔχει δημοσιεύσει πολλὰς ἐπὶ τοῦ θέματος αὐτοῦ ἐργασίας.

Μὲ ἰδιαιτέρον ἐπομένως ἐνδιαφέρον θὰ παρακολουθήσωμεν τὴν ὁμιλίαν τοῦ ἐπὶ τῆς Χειρουργικῆς θεραπείας τῆς Ρευματοειδοῦς ἀρθρίτιδος τῆς χειρὸς.

Dr. LEONARD MARMOR (Η.Π.Α.): Χειρουργική θεραπεία τῆς ρευματοειδοῦς ἀρθρίτιδος.

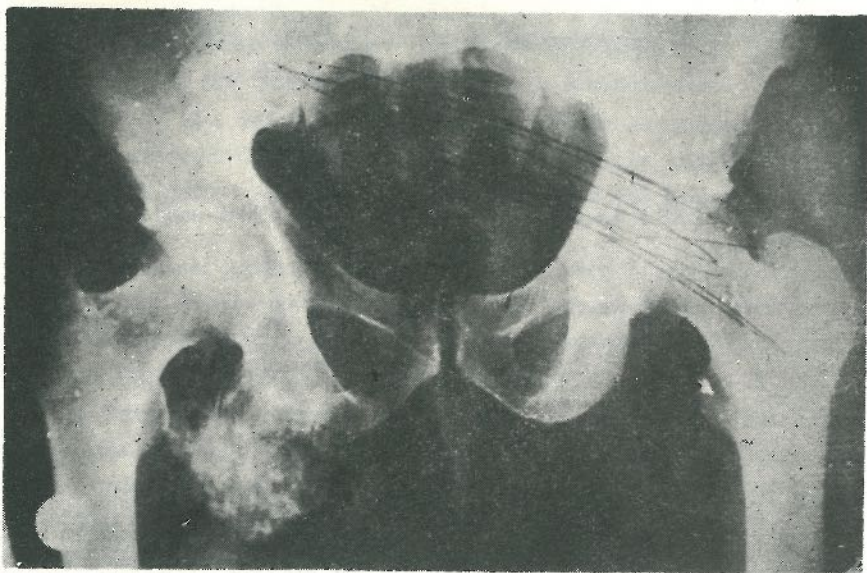
(Διάλεξις. Δὲν κατετέθη χειρόγραφον).

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Γ. ΠΕΦΑΝΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Γ. ΒΕΝΕΡΗΣ, Ι. ΜΟΥΖΟΥΡΑΚΗΣ: Ἐπὶ τριῶν περιπτώσεων ὄγκων ἠβοῖσσιακοῦ κλάδου μετὰ σημείων πίεσεως τοῦ ὀρθοῦ, τῆς κύστεως καὶ τῆς οὐρήθρας.

Καίτοι αἱ νεοπλασῖαι τῶν ἠβοῖσσιακῶν κλάδων ἀποτελοῦν μίαν ἀπὸ τὰς παλαιότερον γνωστὰς ἐντοπίσεις ὄγκων τῶν ὀστέων (παρετηρήθη εἰς αἰγυπτιακὴν μομίαν τῶν ρωμαϊκῶν χρόνων), ἡ συχνότης τῆς ἐντοπίσεως ταύτης φαίνεται ὅτι εἶναι σπανία (Cooley, Jaffé, Lichtstein κ.λ.π.).

Ἡμεῖς, περιέργως, κατὰ τὴν τελευταίαν δεκαετίαν, ἐνοσηλεύσαμεν δεκαπέντε (15) περιπτώσεις νεοπλασίας ἠβοῖσσιακῶν κλάδων. Αἱ ληφθεῖσαι πληροφοροῖαι παρὰ συναδέλφων ἐτέρων Ὀρθοπεδικῶν Κλινικῶν, συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς σπανιότητος τῆς ἐντοπίσεως ταύτης.

Παρὰ τὴν γεινίασιν τῶν «ὄγκων» τούτων, πρὸς τὸ κατώτερον ἀποχρευτικὸν σύστημα τῶν οὔρων καὶ κοπράνων, εἶναι ἐξαιρετικῶς σπανία ἢ ἐμφάνι-



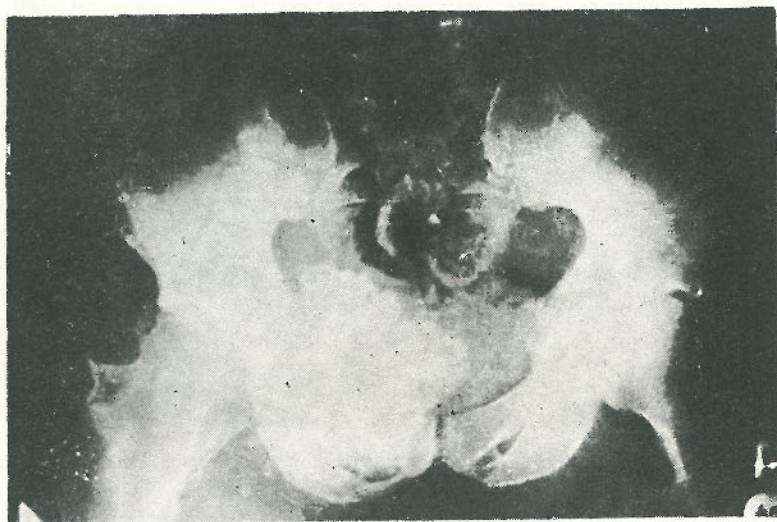
Εἰκ. 1. Ὁστεοχόνδρωμα ἰσχιακοῦ κυρτώματος ἐξωπυελικῆς ἐπέκτασεως

σις ὀρθοκυστικῶν ἐκ πίεσεως διαταραχῶν, ἐπὶ τῶν περιπτώσεων τούτων. Ἐν τούτοις, ἐκ τῶν 15 ἡμετέρων περιπτώσεων νεοπλασιῶν ἠβοῖσσιακοῦ κλάδου, αἱ τρεῖς (ποσοστὸν 20%) ἐνεφάνιζον ὀρθοκυστικὰς ἐκ πίεσεως διαταραχάς.

Τοιαύτας περιπτώσεις δὲν ἀνεύρομεν ἐν τῇ ὑπὲρ ἡμᾶς ἐλληνικῇ καὶ διεθνεῖ βιβλιογραφίᾳ. Τοῦτο εἶναι εὐλογον, διότι, κατὰ τὴν ἡμετέραν γνώμην, διὰ τὴν ἐμφάνισιν ὀρθοκυστικῶν ἐκ πιέσεως διαταραχῶν, ἐπὶ νεοπλασιῶν ἡβοίσχιακοῦ κλάδου, ἀπαιτεῖται ἡ συνύπαρξις ὀρισμένων προϋποθέσεων.

Ἡ νεοπλασία δέον νὰ παριστᾷ μορφήν «ὄγκου» αὐξανομένου κατὰ τὰς διαστάσεις καὶ μὲ φοράν αὐξήσεως ἀπαραιτήτως ἐνδοπυελικῆν, ἢ τοῦλάχιστον ἔξω-ἐνδοπυελικῆν.

Ἡ αὐξήσις τῶν διαστάσεων τοῦ «ὄγκου» παρατηρεῖται συνήθως ἐπὶ παραγωγικῆς μορφῆς νεοπλασίας, ὅτε δὲν ἀπαιτεῖται εἰμή, ἢ ἐνδοπυελικὴ φορὰ τῆς αὐξήσεως, διὰ νὰ ἐμφανισθοῦν ὀρθοκυστικαὶ ἐκ πιέσεως διαταραχαί. Τοῦτο ὑποδηλοῦται σαφῶς ἐκ τῆς μελέτης τῶν ἀκτινογραφιῶν περιπτώσεων τινῶν



Εἰκ. 2. Ὁστεοχόνδρωμα δεξιῦ ἡβοίσχιακοῦ κλάδου ἐνδοπυελικῆς, ἰδία, ἐπεκτάσεως (περίπτωσης 1η).

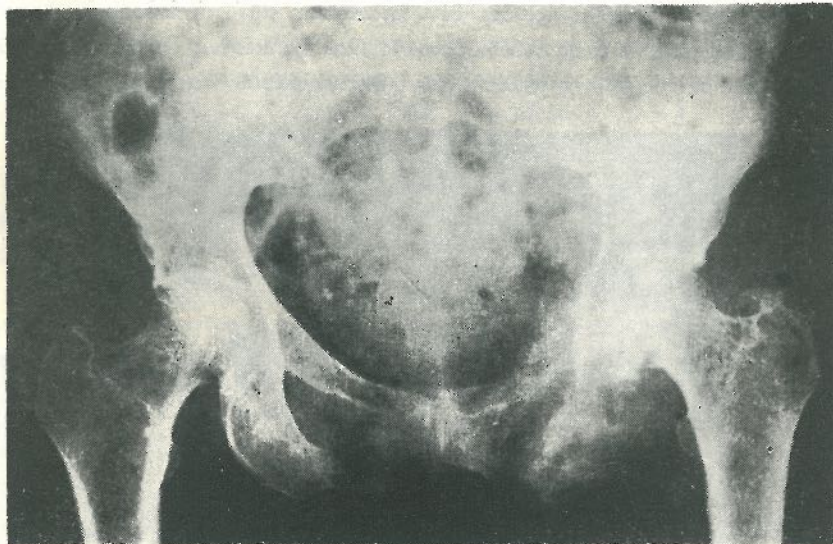
ἐκ τῶν ἡμετέρων. Ἡ περίπτωσης ἡ ἀπεικονιζομένη εἰς τὴν ὑπὲρ ἀριθμ. 1 εἰκόνα, ἀφορᾷ ὀστεοπαραγωγικὴν μορφήν ὄγκου (ὀστεοχόνδρωμα) ἐξωπυελικῆς ὁμοῦ φορᾶς αὐξήσεως, καὶ ἐπομένως ἀποκλείεται ἡ ἐμφάνισις ὀρθοκυστικῶν ἐκ πιέσεως διαταραχῶν.

Ἀντιθέτως, εἰς τὴν περίπτωσιν τῆς εἰκ. ὑπὲρ ἀρ. 2, καθ' ἣν παρατηρεῖται ὀστεοπαραγωγικὴ μορφή νεοπλασίας (ὀστεοχόνδρωμα) μετὰ ἐνδοπυελικῆς, κυρίως, ἐπεκτάσεως, παρετηρήθησαν ἔντονοι ὀρθοκυστικαὶ ἐκ πιέσεως διαταραχαί, αἵτινες ἐξελιχθήσαν μέχρι πλήρους σχεδὸν εἰλεοῦ.

Ἄλλὰ καὶ ἐπὶ ὀστεολυτικῆς μορφῆς νεοπλασίας εἶναι δυνατὸν νὰ παρατηρηθοῦν ὀρθοκυστικαὶ ἐκ πιέσεως διαταραχαί, ἐφ' ὅσον τὰ προϊόντα τῆς ὀ-

στεολύσεως, περιβαλλόμενα υπό κάψης, παριστοῦν μορφήν «ὄγκου». Ἐάν ὁ «ὄγκος» οὗτος αὐξάνῃ κατὰ τὸ μέγεθος, δι' αὐξήσεως τοῦ περιεχομένου τῆς κάψης, καὶ μὲ φορὰν ἐνδοπυελικὴν, δυνατὸν νὰ προκαλέσῃ τοιαύτας διαταραχάς. Ἀντιθέτως, δὲν παρατηρεῖται τοῦτο, ἐάν ἡ ὀστεολυτικὴ ἐπεξεργασία δὲν περιβάλλεται υπό κάψης.

Οὕτω εἰς τὴν περίπτωσιν τῆς ὑπ' ἀρ. 3 εἰκόνας, (Τερ.) καίτοι ἐπρόκειτο περὶ ὀστεολυτικῆς ἐπεξεργασίας τοῦ ἀριστεροῦ ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου, δὲν ἐνεφανίσθησαν ὀρθοκυστικαὶ διαταραχαί, λόγῳ πρωΐμου καὶ ἐπιτυχοῦς ἐγχειρητι-



Εἰκ. 3. Προεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία τρίτης περιπτώσεως, Παρατηροῦνται ὀστεολυτικαὶ ἐπεξεργασίαι ἀριστεροῦ ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου. Ὁ ἀσθενὴς δὲν ἐνεφάνισεν ὀρθοκυστικὰς ἐκ πίεσεως διαταραχάς.

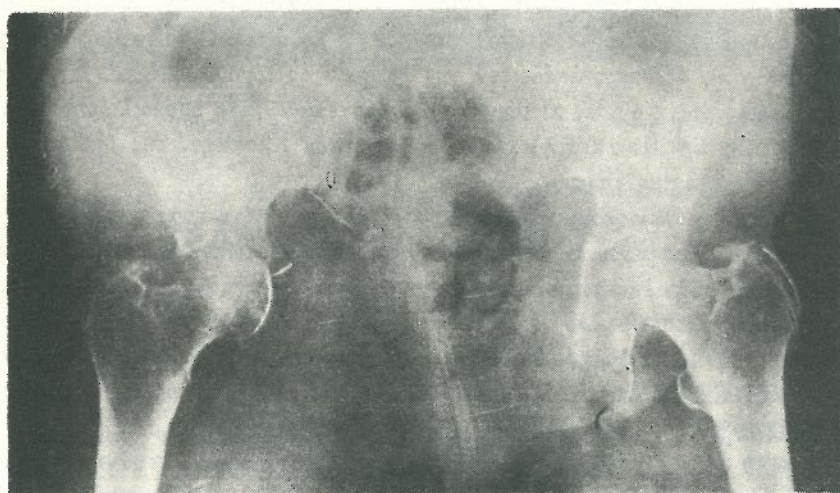
κῆς ἀντιμετωπίσεως (εἰκ. 12). Ὁ αὐτὸς ἀσθενὴς, ἐξαιτίαν ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεώς του, ἐνεφάνισεν προσβολὴν τοῦ ἐναπομείναντος ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου μετὰ ὀρθοκυστικῶν διαταραχῶν, ἐκ πίεσεως τῆς ὑμενώδους μοίρας τῆς οὐρήθρας καὶ γωνιώδους κάμψεως αὐτῆς, ἐκ μεταθέσεως τοῦ προστάτου, ὡς καὶ ἐκ πίεσεως τοῦ κάτω τμήματος τοῦ ὀρθοῦ (εἰκ. 14). Κατὰ τὴν ἐγχείρησιν, διεπιστώθη ὅτι τοῦτο ὤφειλετο εἰς «ὄγκον» περιβαλλόμενον υπό κάψης καὶ ἐμφανίζοντα ἐνδοπυελικὴν ἐπέκτασιν.

Ἀντιθέτως εἰς τὴν περίπτωσιν τῆς ὑπ' ἀριθμ. 4 εἰκόνας, καίτοι ἐπρόκειτο περὶ πλέον ἐκτεταμένης ὀστεολυτικῆς ἐπεξεργασίας, καὶ δὴ ἀμφοτέρων τῶν ἠβοῖσχιακῶν κλάδων, δὲν παρετηρήθησαν τοιαῦται διαταραχαί. Κατὰ τὴν ἐγχείρησιν, καθ' ἣν ἀφηρέθησαν ἀμφότεροι οἱ ἠβοῖσχιακοὶ κλάδοι, διεπιστώθη ὅτι τὰ προϊόντα τῆς ὀστεολυτικῆς ἐξεργασίας, διεχέοντο μὴ ἀφορίζο-

μενα υπό κάψης. Τοῦτο ἐθεωρήσαμεν ὡς σημεῖον βαρυτάτης προγνώσεως, ἥτις



Εἰκ. 4. Ἀκτινογραφία ὀστεολυτικῆς ἐπεξεργασίας ἀμφοτέρων τῶν ἰββοισχιακῶν κλάδων. Ὁ ἀσθενὴς δὲν ἐνεφάνισεν ὀρθοκυστικές, ἐκ πίεσεως, διαταραχές.



Εἰκ. 5. Μετεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία προηγουμένης περιπτώσεως μετὰ τὴν ἐξάρισιν ἀμφοτέρων τῶν ἰββοισχιακῶν κλάδων ἐν ἐνὶ ἐγχειρηματικῷ χρόνῳ.

καὶ ἐπηληθεύθη, διὰ τοῦ μετὰ τρίμηνον ἐπισυμβάντος θανάτου τῆς ἀσθενοῦς, ἐκ πνευμονικῆς μεταστάσεως (σάρκωμα).

Ἐάν ὁ
τῆς κά-
ταραχῆς.
δὲν πε-

πρόκειτο
δὲν ἐνε-
χειρητι-

ται
δὲν

ἐγχειρή-
σου μετὰ
πρασ καὶ
πίεσεως
πιστώθη
κινίζοντα

καὶ ἐπρό-
ροτέρων
κτὰ τὴν
, διεπι-
φοριζό-

Τὸ σπάνιον τῆς καθόλου ἐντοπίσεως νεοπλασιῶν κατὰ τοὺς ἠβοῖσσιακοὺς κλάδους, τὸ ἔτι σπάνιον τῆς ἐξ αὐτῶν προκλήσεως ὀρθοκυστικῶν ἐκ πιέσεως διαταραχῶν, καὶ ἡ θεαματικὴ ἀνακούφισις τῶν ἀσθενῶν, ἔστω καὶ πρόσκαιρος, διὰ τῆς ἐφαρμασθεΐσεως ριζικτῆς ἐγχειρητικῆς ἀγωγῆς (ἐξαίρεσις τοῦ ὄγκου μετὰ τῶν ἠβοῖσσιακῶν κλάδων ἀπὸ ὑγιοῦς εἰς ὑγιᾶ περιοχὴν), ὤθησαν ἡμᾶς εἰς τὴν ἀνάπτυξιν τῶν τριῶν ἡμετέρων περιπτώσεων νεοπλασίας, τινὸς τῶν ἠβοῖσσιακῶν κλάδων, μετὰ ὀρθοκυστικῶν, ἐκ πιέσεως, διαταραχῶν.

Ἡμέτεραι περιπτώσεις

Περίπτωσης 1η.

Ἡ πρώτη τῶν περιπτώσεων ἀφορᾷ ἄταμον ἄρρεν ἡλικίας 41 ἐτῶν κληρονομικῶς ἐπιθεδαρημένον δι' ὀστεοχονδρωμάτων (εἰκ. 2). Ὁ πατήρ του ὑπέστη ἀκρωτηριασμὸν ὕπερθεν τοῦ γόνατος, συνεπεῖα ὑπερμεγέθους ὀστεοχονδρώματος τῶν μηριαίων κονδύλων, ἡ δὲ θυγάτηρ του ἐμφανίζει πολλαπλὰ ὀστεοχονδρώματα κατὰ τὰ ἄνω καὶ κάτω ἄκρα καὶ ἰδίᾳ τὴν δεξιὰν ἄνω κνημοπερονιαίαν ἄρθρωσιν.

Ἐκ τῆς ψηλαφήσεως διαπιστοῦται συμπαγῆς σκληρὰ μᾶζα, καταλαμβάνουσα ὀλόκληρον τὸν δεξιὸν γλουτόν, μέχρι καὶ τοῦ σαστοῖχου ἰσχιακοῦ κυρτώματος.

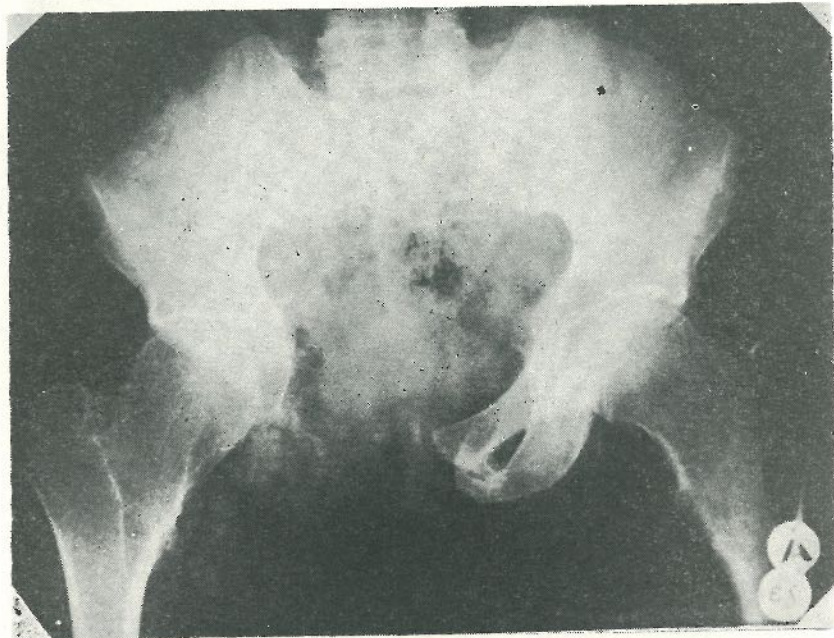
Ὁ ἀσθενὴς ἀναφέρει ὅτι ἤρχισεν ἀντιλαμβανόμενος τὴν διόγκωσιν ἀπὸ τοῦ 1950. Τὸν Ἰούλιον τοῦ 1961 ἐγένετο βιοψία ἐκ τῆς γλουτιαίας χώρας ἡ δὲ ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἀπέδειξεν τὴν ὑπαρξιν ὀστεοχονδρώματος. Μετὰ ἔτος ἀπὸ τῆς βιοψίας, ἤρχισεν αἰτιώμενος διὰ δυσχεσίαν, ἄνευ δυσκοιλιότητος, δι' ὃ εἰσήχθη εἰς τὴν Πανεπιστημιακὴν Ὀρθοπεδικὴν Κλινικὴν, τῆς ὁποίας ἐτυγχάνομεν τότε ἐπιμελητῆς.

Γενομένη ἁκτινολογικὴ ἐξέτασις ἔδωσεν τὴν εἰκόνα εὐμεγέθους ὀστεοχονδρώματος, ἐξορμημένου ἐκ τοῦ ἰσχιακοῦ κλάδου, μὲ ἐξωπυελικὴν (γλουτιαίαν) καὶ ἐνδοπυελικὴν ἐπέκτασιν, εἰς τὸν ὄγκον δὲ τοῦτον ἀπεδόθη ἡ δυσχεσία (εἰκ. 2). Ἐπειδὴ προσετέθησαν νέα κλινικὰ σημεῖα ὑποδηλοῦντα αὐξήσιν τοῦ ὄγκου καὶ παρὰ τὴν ὑπάρχουσαν ἱστολογικὴν ἐξέτασιν καὶ τὴν χαρακτηριστικὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα ὀστεοχονδρώματος, ἐθεωρήθη τοῦτο ὡς ὑποστάν σαρκωματώδη ἐξαλλαγήν.

Μετὰ ἑβδομάδα ἀπὸ τῆς εἰσόδου του εἰς τὴν κλινικὴν ἐνεφάνησεν σημεῖα μερικοῦ εἰλεοῦ, μετὰ ἑτέρας δὲ πέντε ἡμέρας, σημεῖα πλήρους εἰλεοῦ, δι' ὃ διεκομίσθη εἰς τὴν Πανεπιστημιακὴν Χειρουργικὴν Κλινικὴν διὰ κολοστομίαν (Υψηγγητῆς Β. Γεωργούλης).

Μετὰ 10ῆμερον ἐπανῆλθεν εἰς τὴν Πανεπιστημιακὴν Ὀρθοπεδικὴν Κλινικὴν ἔνθα καὶ ἐχειρουργήθη. Τῷ ἐγένετο ἀφαίρεσις τοῦ ἠβοῖσσιακοῦ κλάδου

μετά του θύκου (εικ. 6). Την 3ην ημέραν από τῆς ἐγχειρήσεως, ὁ χαμηλὸς ὑποκλυσμὸς καθίσταται εὐχερέστατα ἀνεκτός, διεπιστώθη δὲ ἐλευθέρως διάβασις ἀπὸ τοῦ ὀρθοῦ, δι' ἣ τὴν 15ην μετεγχειρητικὴν ἡμέραν προέβημεν εἰς σύγκλεισιν τῆς κολοστομίας. Μετὰ 1½ μῆνα ἀπὸ τῆς τελευταίας ἐπεμβάσεως ἐξήλ-



Εἰκ. 6. Μετεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία πρώτης περιπτώσεως μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ πάσχοντος ἠβοίσιακκοῦ κλάδου. Διὰ προεγχειρητικὴν ἀκτινογραφίαν ἴδε εἰκ. 2.

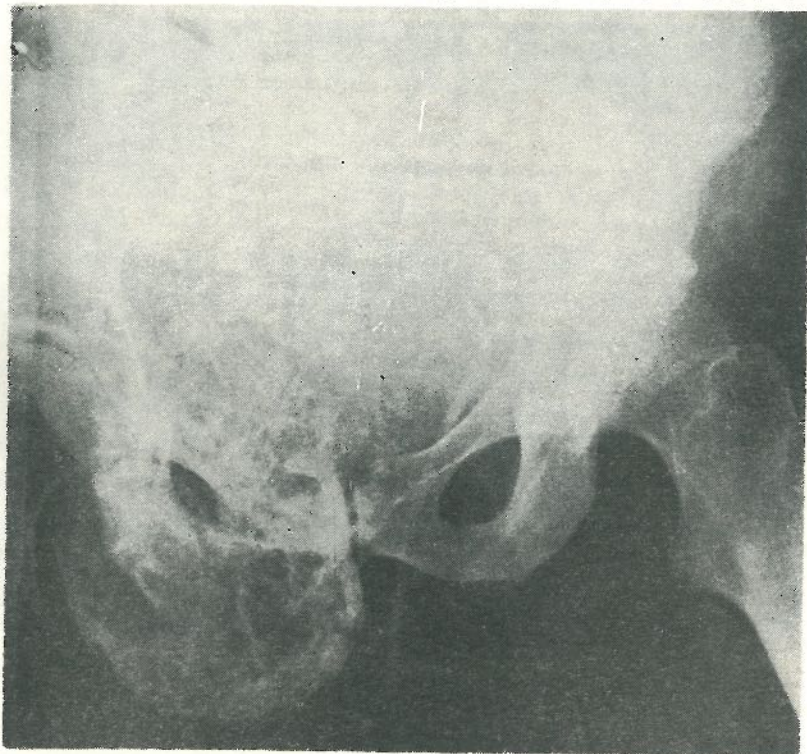
θεν τοῦ Νοσοκομείου βαδίζων εὐχερῶς, ἐπεδείχθη δὲ εἰς Συνεδρίαν τῆς Ὀρθοπαιδικῆς καὶ τῆς Χειρουργικῆς Ἐταιρείας, βαδίζων ὡς φυσιολογικὸν ἄτομον.

Περίπτωσης 2α.

Ἡ δευτέρα τῶν ἀναφερθεισῶν περιπτώσεων ἀφορᾷ ἄτομον ἄρρεν ἡλικίας 56 ἐτῶν νοσηλευόμενον ἐν τῇ ἡμετέρᾳ κλινικῇ ἀπὸ τῆς 9.5.66. Ὁ ἀσθενὴς ἤρχισεν ἀπὸ τοῦ 1940 αἰτιώμενος δι' ἄλγη κατὰ τὴν δεξιάν μηρογεννητικὴν πτυχὴν, δι' ἣ καὶ ἐχειρουργήθη τὸ 1942, διὰ ἐγχειρητικῆς τομῆς κατὰ τὴν δεξιάν περινεϊκὴν χώραν, τὸν σκοπὸν τῆς ὁποίας ἀγνοοῦμεν. Ἀπὸ τριμήνου ἐνεφανίσθησαν ἐντονα ἄλγη κατὰ τὴν βάδισιν, ἐπεκτεινόμενα πρὸς τὸν σύστοιχον μηρὸν καὶ γόνυ. Βαθμηδὸν ἐνεφανίσθη δυσουρία καὶ δυσχεσία, ἠγαγκάσθημεν δὲ πρὸ τῆς εἰσόδου τοῦ ἀσθενοῦς εἰς τὴν κλινικὴν νὰ χρησιμοποιήσωμεν οὐρηθρικοὺν καθετήρα. Διὰ τὰ ἀνωτέρω, εἰσήχθη εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ

Γεν. Κρατικού Νοσοκομείου Ἀθηνῶν. Μετὰ 20ήμερον ἀπὸ τῆς εἰσόδου του εἰς τὴν κλινικὴν ἤρνεϊτο τὴν λήψιν ὑγρᾶς ἢ καὶ στερεᾶς τροφῆς, φοβούμενος τὰ ἐκ τῆς δυσχεσίας κοιλιακᾶ ἀλλαγῆ, ἐσιτίζετο δὲ μόνον παρεντερικῶς.

Παρούσα κατάστασις: Μόρφωμα μεγέθους κεφαλῆς βρέφους ψηλαφούμε-



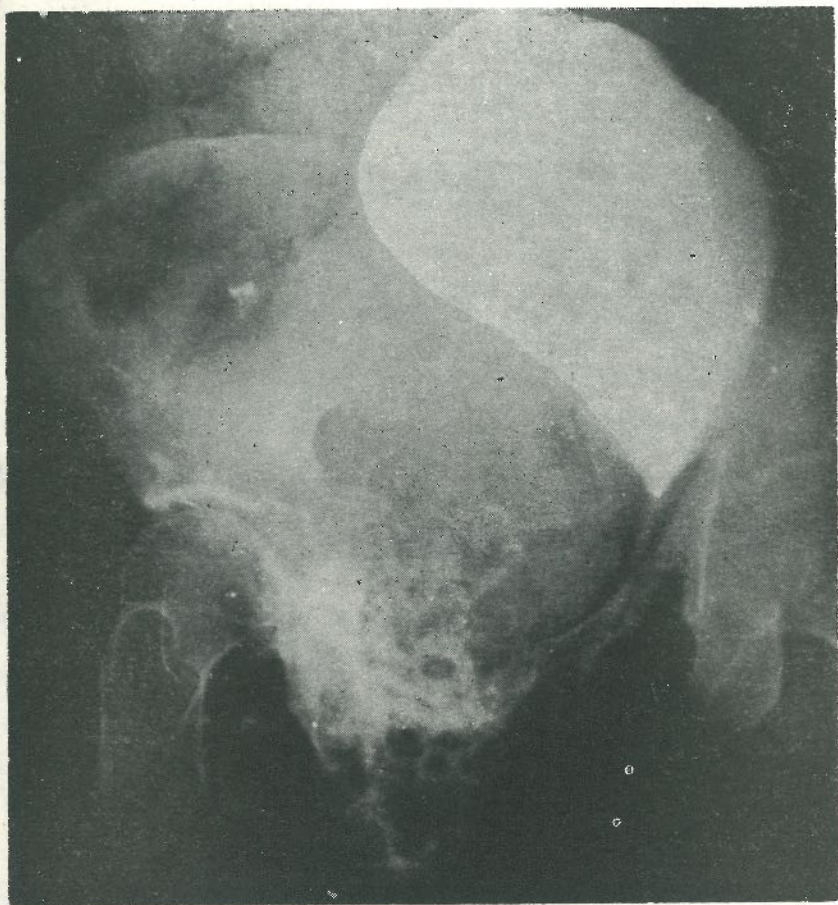
Εἰκ. 7. Ἀκτινογραφία λεκάνης 2ας περιπτώσεως: Ὁστεοπαραγωγικὴ μορφὴ ὄγκου ἢ βούσχιακοῦ κλάδου, ἔξω - ἐνδοπυελικῆς ἐπέκτασεως

νον ἀπὸ τῆς περινεϊκῆς μέχρι τῆς ὑπογαστρίου, συστάσεως σκληρᾶς, ἄνευ σαφῶν ὀρίων καὶ μὴ συμφυόμενον μετὰ τοῦ δέρματος.

Ἀπλῆ ἀκτινογραφία λεκάνης: Εἰκῶν εὐμεγέθους ὀστεοχονδρώματος δεξιῦ ἡβοῦσχιακοῦ κλάδου, ἐνδο - ἐξωπυελικῆς ἐπέκτασεως (εἰκ. 7).

Ἐκ τῆς ἀνιούσης κυστεογραφίας διαπιστοῦται ἀπώθησις τῆς κύστεως πρὸς τὰ ἀριστερὰ καὶ ἄνω τῆς ἐλάσσονος πυέλου (εἰκ. 8). Ἐκ τῆς ἐνδοπυελίου πυελογραφίας διαπιστοῦται σιγὴ κατὰ τὸν δεξιὸν νεφρὸν καὶ ὑδρονέφρωσις μετρίου βαθμοῦ κατὰ τὸν ἀριστερὸν νεφρὸν. Ἐκ τῆς ἀκτινολογικῆς σκιαγραφῆσεως τοῦ ἐντέρου διαπιστοῦται μετατόπισις τοῦ σιγμοειδοῦς καὶ ὀρθοῦ πρὸς τὰ ἀριστερὰ (εἰκ. 9).

Λοιπαὶ ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις κατὰ φύσιν.



Εικ. 8. Ἀκτινογραφία μετὰ ἀνιούσαν κυστεογραφίαν. Παρεκτόπισις κύστεως καὶ οὐρήθρας πρὸς τὸν ἀριστερὸν λαγόνιον βόθρον (περίπτωσης 2α).

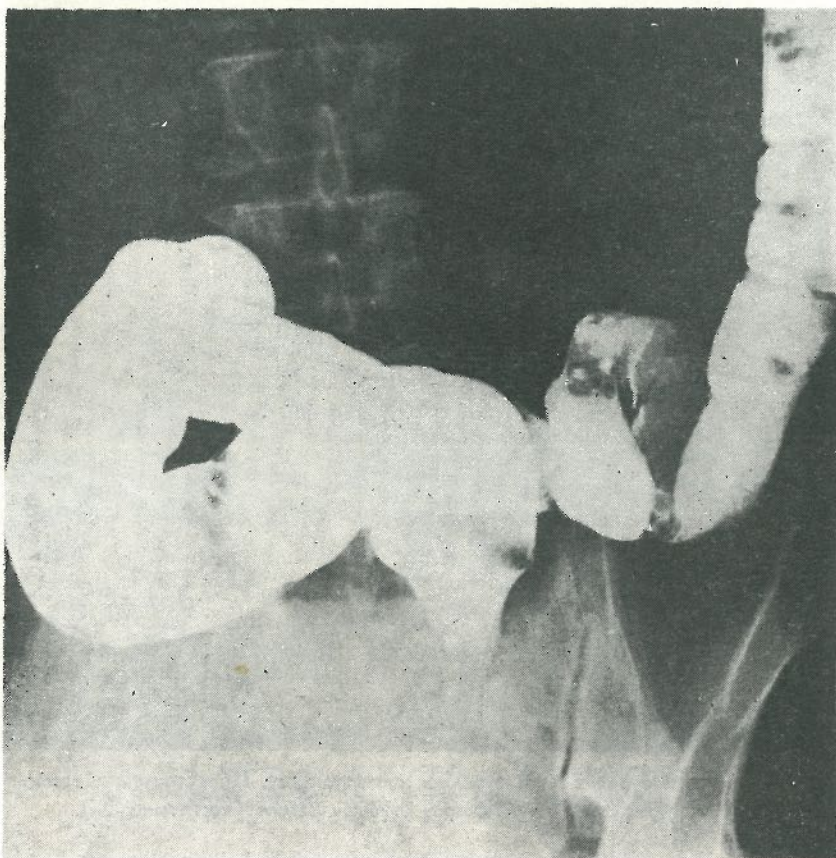
Ἀποφασίζεται ἡ ἐξάιρεσις τοῦ ὄγκου ἀπὸ τῆς ἡθικῆς συμφύσεως μέχρι τῆς κοτύλης, ἥτις καὶ ἐπιτυγχάνεται (2.6.66) μετὰ σχετικῆς δυσχερείας μὲν, ἀλλ' ἐπιτυχῶς, ὑπὸ τὴν ἔννοιαν ἀφαιρέσεως τοῦ ὄγκου ὁλοκλήρου ἄνευ διατομῆς, καὶ ἀπὸ τῆς ἡθικῆς συμφύσεως μέχρι τῶν προσκειμένων ὀρίων τῆς κοτύλης καὶ ἀπὸ ὕγιος εἰς ὕγιᾶ ὄστικὴν περιοχὴν. Βάρος ὄγκου 3 kgf.

Κατὰ τὴν ἐγχείρησιν παρίστατο συνεργεῖον χειρουργῶν ὑπὸ τὴν Διεύθυνσιν τοῦ ἱατροῦ κ. Ἰορδ. Προπατορίδη, διὰ τὴν πιθανὴν ἀνάγκην ἐνδοπεριτοναϊκῆς ἐπεμβάσεως.

10.6.66. Γενικὴ κατάστασις ἀρίστη: ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις οὕρων, αἵματος φυσιολογικαί. Οὐρησις ἄνευ, τῆς πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως, δυσουρίας. Ποσό-

της ούρων 1500 κ. έκμ. Παρατηρείται κινητοποίησης εντέρου και έξοδος αερίων.

14.6.66: Έναρξης αιτίσεως άσθενους δια στερεάς τροφής. Δέν παραπονείται δια δυσχεσίαν ή δυσουρίαν. Ίστολογική εξέταση νεοπλασίας: «Αίμαγγειο-



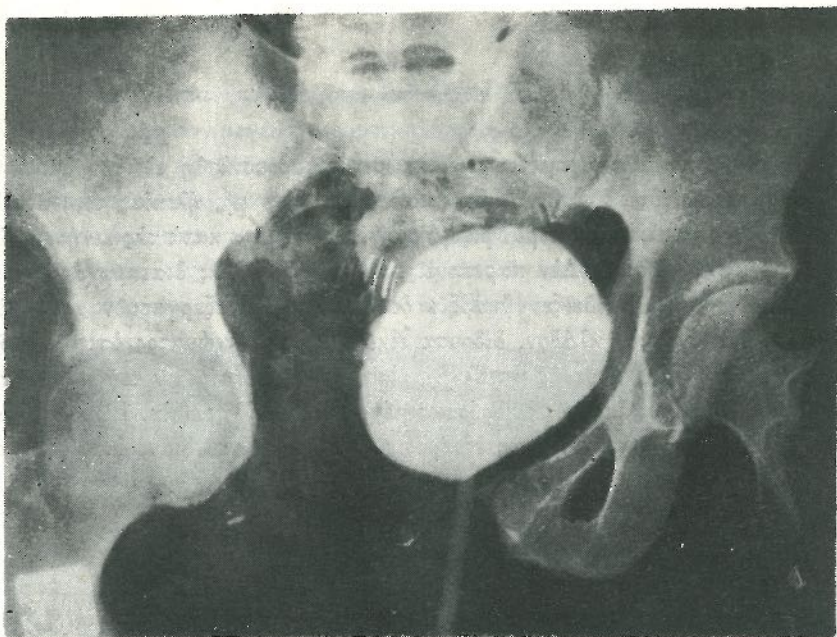
Είχ. 9. Άκτινοκροφία παχέος εντέρου μετά βαρυούχον ύποκλυσμόν. Διακρίνεται ή παρεκτόπισις του όρθου και σιγμοειδούς προς τά άριστερά (περίπτωσης 2).

σάρκωμα». (Παθολογοανατομικόν έργαστήριον Γ.Κ.Ν.Α. Άρ. πρωτ. 3144 Διευθυντής Ούρ. Άναστασιάδου).

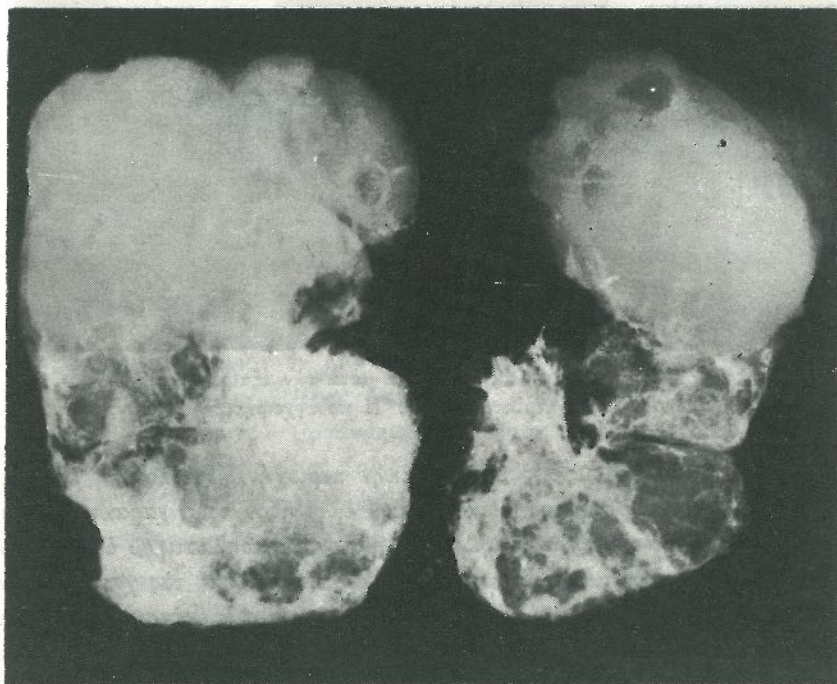
24.6.66 ήτοι τρεις εβδομάδας μετά την έγχείρησιν ήρχισεν έγχειρόμενος και θαδίζων ύποβασταζόμενος.

28.6.66, βελτίωσις καταστάσεως. Σκέψις χορηγήσεως έξιτηρίου. Γενομένη κυστεογραφία άποδεικνύει την έπαναμετατόπισιν της ουροδόχου κύστεως προς την φυσιολογικήν αυτής θέσιν. (Είχ. 11). Ό άσθενής έπεδείχθη εις συνεδρίαν Όρθοπεδικής Έταιρείας.

δος αε-
ραπονεϊ-
αγγειο-



Είκ. 10. Μετεγχειρητική ακτινογραφία 2ας περιπτώσεως μετά την εξαίρεσιν του ὄγκου καὶ τοῦ πάσχοντος ἠβοισχιακοῦ κλάδου. Παρατηρεῖται ἐπάνοδος τῆς κύστεως εἰς τὴν φυσιολογικὴν αὐτῆς θέσιν.



Είκ. 11. Ἀκτινογραφία ἐξαίρεθέντος παρασκευάσματος 2ας περιπτώσεως, μετὰ τὴν ἐπιμήκη διατομὴν τούτου.

εται
2).

3144

όμενος

εγομέ-
ίστως
τη εἰς

Περίπτωσης 3η.

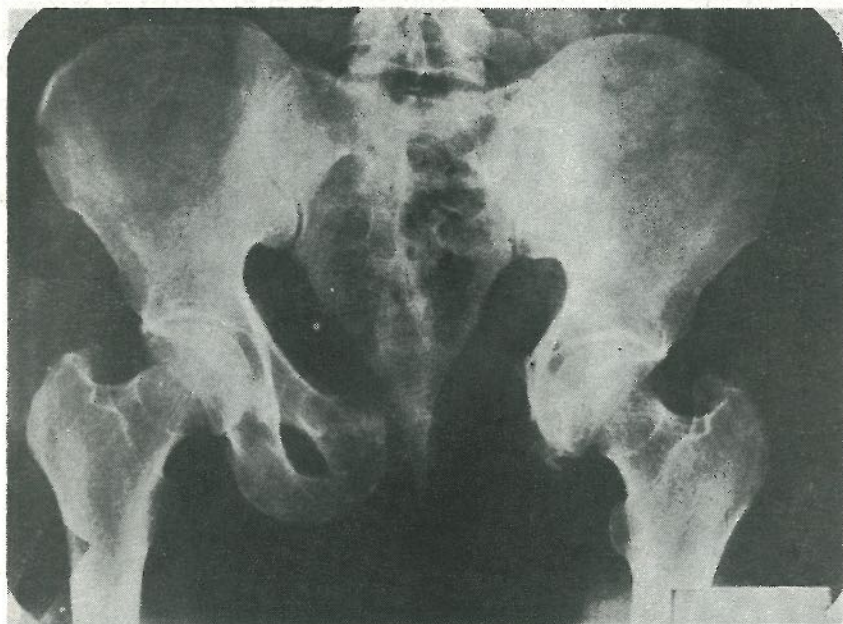
Ἡ τρίτη τῶν ἀναφερομένων περιπτώσεων παρουσιάσθη εἰς τὸν ἡμιλοῦντα πρὸ ἑξαετίας, ὅτε ὁ ἀσθενὴς διήγε τὸ 50ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας του, αἰτιώμενος δι' ἄλγη κατὰ τὸ ἀριστερὸν ριζομήριον ἐπιτεινόμενα κατὰ τὰς κινήσεις, ὡς καὶ ἀδυναμίαν βαδίσεως. Δὲν παρεπονείτο δι' ὀρθοκυστικὰς διαταραχάς. Γενομένη ἀκτινογραφία ἀπέδειξεν ὑπαρξιν ὀστεολυτικῶν ἐπεξεργασιῶν κατὰ τὸν σύστοιχον ἠβοῖσχιακὸν κλάδον, δίδουσα εἰκόνα ὀστεοσαρκώματος ὀστεολυτικῆς μορφῆς (εἰκ. 3). Ὁ ἀσθενὴς ὑπεβλήθη εἰς ὀλοσχερῆ ἐξαιρέσιν τοῦ πάσχοντος ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου, ἀπὸ τῆς συμφύσεως μέχρι τῆς κοτύλης (εἰκ. 12). Σημειωτέον, ὅτι ἐπετεύχθη ἡ ὀλοσχερῆς ἐξαιρέσις τοῦ ἔγκου ἄνευ διανοίξεως τῆς κά-



Εἰκ. 12. Μετεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία μετὰ τὴν ἐξαιρέσιν τοῦ ἑνὸς τῶν ἠβοῖσχιακῶν κλάδων (περίπτωσης 3η). Ἡ προεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία 2.

ψης αὐτοῦ καὶ ἀπὸ ὑγιῶς εἰς ὑγιᾶ ὀστικὴν περιοχὴν. Ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἀπέδειξεν: «Σάρκωμα σκέλους ἠβικοῦ ὀστοῦ ἐμφανίζον τοὺς χαρακτῆρας, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὀστεολυτικοῦ, καὶ ἐν μέρει μόνον, ὀστεοπ्लाστικοῦ ὀστεογενοῦς σαρκώματος, μετὰ ἐκτεταμένων ὑποστρόφων ἀλλοιώσεων εἰς τὰς χαμηλῆς διαφοροποιήσεως περιοχάς. Εἰς οὐδεμίαν θέσιν παρατηρήθη ἐπέκτασις τῆς ἐπεξεργασίας, μέχρι τῶν ὀρίων ἐκτομῆς. Ἡ ἀλλοίωσις ἐμφανίζεται ὀλιγῶς ἐξαιρεθεῖσα. (Δεσπ. Γεωργιάδου).

Μετά τριετίαν παρουσίασεν διόγκωσιν κατὰ τὴν ἀριστερὰν πλαγίαν ὠμο-
 αυχενικὴν χώραν, μεγέθους πορτοκαλίου, ἣ ὁποία καὶ ἐξηρέθη ὀλοσχερῶς. Ἡ
 διόγκωσις δὲν ἐξηρτάτο ἐξ ὁσίου, ἣ δὲ ἱστολογικὴ ἐξέτασις αὐτῆς ἀπέδειξεν
 ὅτι ἐπρόκειτο περὶ κακοήθους ἐπιεξεργασίας, τῆς ὁποίας ἡ φύσις δὲν κατέστη
 δυνατὸν νὰ ἐξακριβωθῇ καίτοι ἀντικειμενοφόροι πλάκες μετὰ τομῶν τοῦ ὄγκου
 ἀπεστάλησαν εἰς Σουηδίαν. Ἡ ἐκχείρησις ἐγένετο παρουσίασιν συνεργείου θω-
 ρακοχειρουργῶν ὑπὸ τὴν διεύθυνσιν τοῦ Ὑψηγητοῦ κ. Ἐρ. Κατσαρᾶ. Ὁ ἀσθε-



Εἰκ. 13. Ἀκτινογραφία λεκάνης 3ης περιπτώσεως Ὀκτώβριος 1965 ἐναρξίς
 ὀστεολυτικῶν ἐπιεξεργασιῶν δεξιῦ ἠβοισχιακοῦ κλάδου.

νής, σημειωτέον, τρίμηνον ἀπὸ τῆς πρώτης ἐγχειρήσεώς του, γενομένης πρὸ
 τριετίας, ἤρχισεν ἐργαζόμενος ἀποδοτικῶς, προήχθη εἰς Διευθυντὴν ὑποκατα-
 στήματος Τραπεζιτικοῦ Ὄργανισμοῦ, ἐπεδείχθη δὲ εἰς Συνεδρία Ὀρθοπαιδικῆς
 καὶ Χειρουργικῆς Ἑταιρείας βαδίζων — τρέχων — ἀνερχόμενος καὶ κατερχό-
 μενος τὰς θαμίδας κλίμακος ὡς φυσιολογικὸν ἄτομον.

Πρὸ 7μήνου (Ὀκτώβρ. 1965) ἤρχισεν αἰτιώμενος δι' ἄλλῃ κατὰ τὸ ἑτε-
 ρον ριζομήριον. Γενομένη ἀκτινογραφία ἀπέδειξεν τὴν ὑπαρξιν ὀστεολυτικῆς
 ἐπιεξεργασίας τοῦ ὑπάρχοντος ἠβικοῦ, δυστυχῶς ὅμως ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν
 παρέμεινεν ἀδιάγνωστος, συγχεομένη πρὸς κλινικὰ σημεῖα ὑποδηλοῦντα ὑπερ-
 τροφίαν τοῦ προστάτου, ἐπειδὴ συγχρόνως παρετηρήθη δυσουρία. Ὁ ἀσθενής

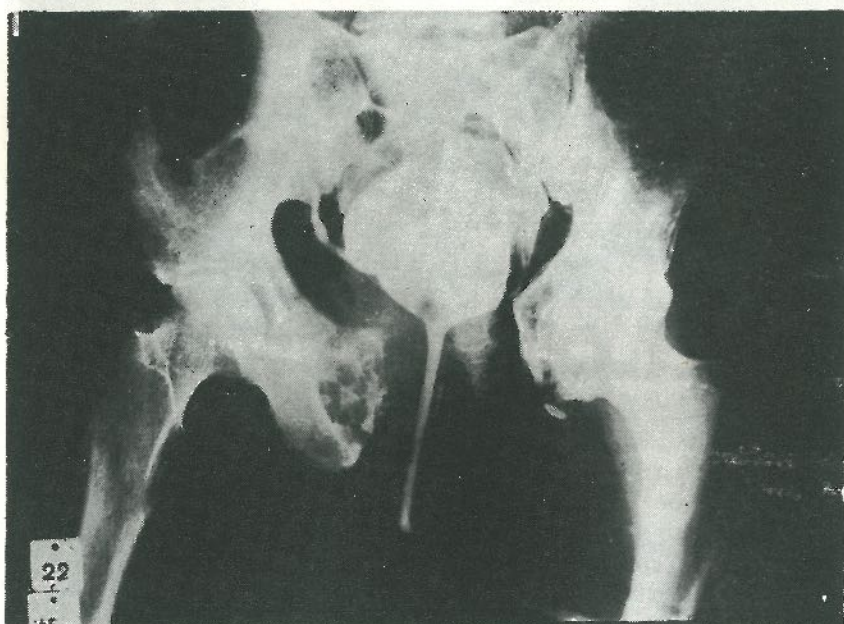
ὀμιλοῦν-
 , αἰτιώ-
 ρσεις, ὡς
 ς. Γενο-
 ατὰ τὸν
 λυτικῆς
 ισχοντος
 Σημειω-
 τῆς κά-

2.

ξέτασις
 ας, ὡς
 γενοῦς
 ῆς δια-
 πιεξερ-
 ξαιρε-

συγχρόνως ήρχισεν τὸ πρῶτον αἰτιώμενος διὰ δυσχεσίαν, ἀνευ δυσκοιλιότητος. (Εἰκ. 13).

Τὸν Ἀπρίλιον 1966 τὰ ὡς ἄνω ἐνοχλήματα ἐνετάθησαν, ἡ δὲ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν ἀπεδείκνυεν ἐπίτασιν τῶν ὀστεολυτικῶν ἐπεξεργασιῶν (εἰκ. 14). Παρ' ὅλα ταῦτα, ἡ διάγνωσις τῆς νόσου διέφυγε τῶν ἰατρῶν. Πρὸ 20ημέρου ἐνεφανίσθη ὀξεία ἐπίσχεσις τῶν οὖρων, «ἐπεβεβαιώθη» ἡ διάγνωσις τῆς ὑπερτροφίας τοῦ προστάτου, ἐταποθετήθη δυσχερῶς οὐρηθρικός καθετήρ καὶ ὁ ἀσθενὴς διακομίσθη εἰς οὐρολογικὴν κλινικὴν Νοσοκομείου, ἐνθα, ἀγνοοῦντες τὸ ἱστορικὸν τούτου, καὶ μετὰ δακτυλικὴν ἐξέτασιν, διεπιστώθη «ἡ ὑπερτροφία τοῦ προστάτου μετὰ ἀδενοειδῶν ἐκδλαστήσεων». Κληθέντες ἐν ἰατρικῷ Συμβουλίῳ συνεφώνησαν μετὰ τῆς γνώμης τοῦ ὀρθοπεδικοῦ ὅτι, ἡ ἐπίσχεσις τῶν οὖρων ὠφείλετο



Εἰκ. 14. Ἀκτινογραφία λεκάνης 3ης περιπτώσεως. Ὄστεολυτικὴ ἐπεξεργασία ἐναπομείναντος ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου προκαλέσασα παρεκτόπισιν τῆς κύστεως πρὸς τὰ ἄνω.

εἰς πίεσιν ἐξ ὄγκου ἐξορμωμένου ἐκ τοῦ ὑπάρχοντος ἠθικοῦ, φύσεως μᾶλλον τῆς αὐτῆς μετὰ τῆς τοῦ ἤδη ἐξαιρεθέντος ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου. Εἰς τὴν αὐτὴν αἰτίαν ἀνεγνωρίσθη ὅτι ὠφείλετο καὶ ἡ ὑπάρχουσα δυσχεσία.

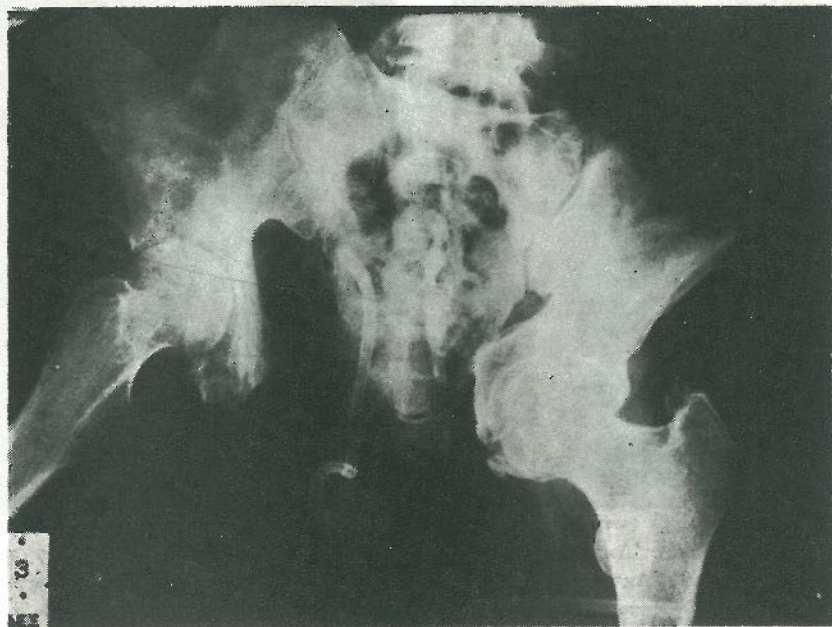
Συνεφωνήθη ὅπως προδῶμεν εἰς ἐξαίρεισιν τοῦ ἐτέρου ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου, ἀφοῦ γίνῃ σκέψις τοῦ τρόπου στηρίξεως τῆς οὐροδόχου κύστεως διὰ συρραφῆς τῶν περινεϊκῶν μυῶν ἢ χρησιμοποίησεως πλέγματος ἐκ τανταλίου.

26.6.66. Ὁ ἀσθενὴς διακομίζεται εἰς Ὄρθοπεδικὴν Κλινικὴν Γενικοῦ

Κρατικού Νοσοκομείου Ἀθηνῶν, ἔνθα καὶ προετοιμάζεται δι' ἐγχειρητικὴν ἐξαίρεσιν καὶ τοῦ ἐναπομείναντος ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου.

28.6.66. Ἀγιοῦσα πυελογραφία ἀποδεικνύει μετατόπισιν τῆς κύστεως πρὸς τὰ ἄνω ὡς καὶ ἐπέκτασιν τῶν ὀστεολυτικῶν ἐπεξεργασιῶν ἐναπομείναντος ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου (εἰκ. 14).

30.6.66. Ἐγχειρήσις, ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν, ἐξαίρεσις τοῦ ἐναπομείναντος ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου. (Εἰκ. 15). Δὲν ὑπάρχει ἀνάγκη χρησιμοποίησης πλέγματος ἐκ ταυταλίου, διότι ἡ οὐροδόχος κύστις συμφύεται καὶ στηρίζε-



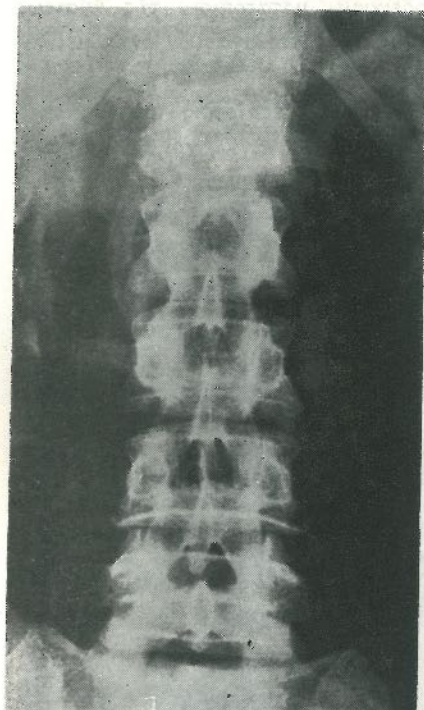
Εἰκ. 15. Μετεγχειρητικὴ ἀκτινογραφία μετὰ τὴν ἐξαίρεσιν καὶ τοῦ δευτέρου ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου. (περίπτωσης 3η).

ται καλῶς ἐπὶ οὐλώδους ἰστοῦ, σχηματισθέντος μετὰ τὴν πρὸ θείας γενομένην ἐξαίρεσιν τοῦ ἑτέρου ἠβοῖσχιακοῦ κλάδου.

Ἱστολογικὴ ἐξέτασις (Γ.Κ.Ν.Α./3230/26.9.66, Δ/ντῆς Οὐρ. Ἀναστασιάδου) «Λόγω τῆς ἐκτεταμένης ἐκφυλίσεως καὶ νεκρώσεως τοῦ νεοπλασματικοῦ ἰστοῦ (προφανῶς συνεπεῖα προηγηθείσης ἀκτινοβολίας) δὲν παρέχονται ἱστολογικὰ δεδομένα ἐπιτρέποντα τὴν ἀσφαλῆ ἱστολογικὴν διάγνωσιν. Παρὰ ταῦτα παρέχεται γενικῶς ἡ ἐντύπωσις ὅτι πρόκειται περὶ κακοήθους νεοπλασματος ἀνήκοντος εἰς τὴν οὐμάδα τῶν κακοήθων λεμφωμάτων καὶ δὴ τοῦ τύπου τοῦ δικτυοσαρκώματος».

25.7.66. Μετεγχειρητικὴ πορεία ὁμαλὴ. Ὁ ἄσθενής ἤρχισεν ἐγειρόμενος καὶ θαδίζων, τῇ βοηθείᾳ βακτηριῶν μασχάλης.

25.8.66. Παρατηρείται από 15θήμερου μεγάλη άτροφία του τετρακεφάλου, δεξιά. Ο ασθενής αιτιάζεται ότι δεν αισθάνεται την δίοδο των κοπράνων



Εικ. 16 (άριστερά). Άκτινογραφία Σ. Σ. 3ης περιπτώσεως γενομένη την 26.7.66
Εικ. 17 (δεξιά). Άκτινογραφία Σ. Σ. τής αúτης περιπτώσεως γενομένη την 27
Αύγούστου 1966. Έκσεσημασμένη άνταλγική σκολίωσις.

κατά την άφόδευσιν, λαμβάνει δέ έπί τής κλίνης σκολιωτικήν στάσιν με πλαγίαν κάμψιν τής κεφαλής.

25.9.66. Έν συμβουλίω διαπιστούται ή ύπαρξις κλινικών σημείων πίεσεως νωτιαίου μυελού, ή γενομένη όμως μυελογράφια ούδέν απέδειξεν.

30.9.66. Παρατηρείται διά τής έπισκοπήσεως προπέτεια κατά την περι-
οχήν. του δεξιού ισχίου. Ζητείται άκτινογραφία περιοχής.

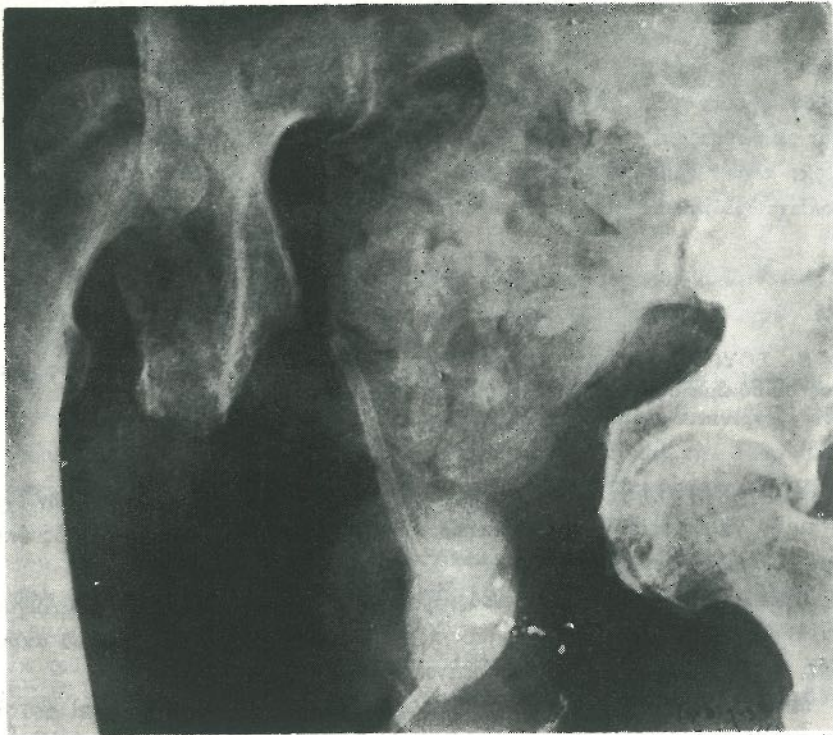
1.10.66. Άκτινογραφία δεξιού ισχίου: παθολογικόν έξάρθρημα δεξιού ι-
σχίου, έξ έπινεμήσεως του πυθμένος τής κοτύλης (εικ. 18).

7.10.66. Έκ των έργαστηριακών εξετάσεων διαπιστούται λοιμώδης ήπα-
τίτις.

15.10.66. Έπιδάρυσις τής γενικής καταστάσεως.

21.10.66. Θάνατος.

Οι οικείοι του ασθενούς ήρνήθησαν υποδειχθείσαν νεκροφίαν.



Ειγ. 18. Παθολογικόν ἐξάρθρημα δεξιᾶς κατ' ισχίον ἀρθρώσεως ἐξ ἐπινεμήσεως εἰς πυθμένα κοντύλης (τρίτη περίπτωσης).

S U M M A R Y

J. SOURMELIS, PEPHANIS, D. MOUROULIS, G. VENERIS, G. MOUSOURAKIS: Reports on three cases of tumor of ischio-pubic ramus with signs of pressure of the rectum, bladder and urethra.

ΕΚΛΟΓΗ ΜΕΛΩΝ: Ἐξελέγησαν τακτικά μέλη οἱ κ.κ. Μ. Παπαλέτσος καὶ Ν. Παπαδασιλείου, ἔκτακτα οἱ κ.κ. Α. Μωράκης καὶ Κ. Στόκος.

ΕΠΙΔΕΙΞΕΙΣ

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Σ. ΒΟΥΖΟΥΛΙΑΣ: Περίπτωσης κακοήθους συνοβιώματος άκρου ποδός υποδυομένου Μαδούρειου πόδα.

Ἡ Ὀρθοπεδική Κλινική τοῦ Γενικοῦ Κρατικοῦ Νοσοκομείου Ἀθηνῶν ἔχει τήν τιμήν νά ἐπιδείξῃ ὑμῖν περίπτωσιν συνοβιοσαρκώματος άκρου ποδός υποδυομένου «Μαδούρειον πόδα».

Πρόκειται περί θήλεος άσθενούς, ηλικίας 75 ἐτῶν, ἡ ὁποία ἀπό τοῦ Αὐγούστου 1965 ἤρχισεν αἰτιωμένη δι' άλγος κατά τὸ ἔσω χεῖλος τοῦ δεξιοῦ άκρου ποδός, άνευ ἐτέρων κλινικῶν ἢ ακτινολογικῶν εὑρημάτων.

Μετά τρίμηνον, ἦτοι τὸν Νοέμβριον τοῦ 1965 ἐνεφανίσθησαν ἐπὶ τοῦ άκρου ποδός φουσαλλίδες, αἰτίνες ραγεῖσαι, ἔδωσαν ἔξοδον εἰς ρυπαρὸν δύσσομον ὑγρὸν, τοῦ ὁποίου ἡ καλλιέργεια ἀπέβη στειρα μικροβίων. Βαθμηδὸν ἐνεφανίσθησαν καὶ ἕτεραι φουσαλλίδες, ἐπὶ οἰθαλέου πλέον άκρου ποδός, ἡ ἐπιφάνεια τοῦ ὁποίου παρουσίαζεν άκανόνιστον ἐξέλκωσιν, ἐπὶ προεχούσης θάσεως, ἐκτεινομένη ἀπὸ τοῦ ἔσω σφυροῦ μέχρι τῶν φαλάγγων καὶ καταλαμβάνουσης τήν άνω καὶ τὰς πλαγίας ἐπιφανείας τοῦ άκρου ποδός.

Τὸ άρνητικὸν ἀποτέλεσμα τῆς καλλιέργειας τοῦ ὑγροῦ καὶ τῶν ξεσμάτων, ὡς καὶ ἡ ιστολογικὴ ἐξέτασις τῶν τελευταίων ἀφ' ἑνός καὶ ἡ διόγκωσις τοῦ άκρου ποδός ἀφ' ἑτέρου, μὴ χαρακτηριστικὴ δι' ἕτεραν πάθησιν, ὠδήγησαν εἰς τήν σκέψιν τῆς διαγνώσεως «ΜΑΔΟΥΡΕΙΟΣ ΠΟΥΣ», ἐγένετο δὲ άνεπιτυχῶς θεραπεία δι' ἐνέσεων στρεπτομυκίνης καὶ διαλυμάτων ἰωδίου.

Τὸν Φεβρουάριον τοῦ 1966 ἡ άσθενὴς ἐξητάσθη ὑπὸ τοῦ πρώτου ἐξ ἡμῶν τοῦ ἀνεφέρθη δὲ ὅτι, ἐκ τῆς ἐξηλωμένης ἐπιφανείας τοῦ άκρου ποδός ἀνέβλυζεν ὑγρὸν δύσσομον, εἰς ποσότητα ὑπερβαίνουσαν τὰ 1.000 γραμ. ἡμερησίως, ἣτις διέδρεχε τήν κλινοστρωμνήν τοῦ άσθενούς.

Εὑρέθημεν πρὸ διαγνωστικῆς άδυναμίας. Συνεστήσαμεν τήν εἴσοδον τῆς άσθενούς εἰς τήν κλινικήν, πρὸς διαπίστωσιν τῆς ἐκ τῆς ἐξέλκώσεως άπωλείας

ύγρων, ἥτις, ὡς ἀνέφερον οἱ οἰκῆται, χρονολογεῖται ἀπὸ διμήνου καὶ ἐὰν πράγματι συμβαίνει τὸ τοιοῦτον, προδῶμεν εἰς ἀκρωτηριασμὸν τοῦ σκέλους ἀπὸ τῆς κνήμης.

Ἡ ἀσθενὴς εἰσῆχθη εἰς τὴν Κλινικὴν τὴν 1ην Μαρτίου 1966. Γενομένη ἀκτινογραφία ἔδειξεν ἔκκεσημασμένην ὀστεοπόρωσιν τῶν σκιαγραφουμένων ὀστέων τοῦ πάσχοντος ἄκρου ποδός, ὡς καὶ ὀστεολυτικὰς ἐπεξεργασίας τοῦ 3ου καὶ 4ου μεταταρσίου, διαυγαστικὰς κηλίδας κατὰ τὸ ὀπίσθιον τμήμα τῆς πτέρυγης, τὰ ὀστᾶ τοῦ ταρσοῦ, ὡς καὶ ἀντιστοίχως πρὸς τὸ ἔσω καὶ ἔξω χεῖλος τῆς κάτω κνημιαίας μεταφύσεως.

Αἱ λοιπὰ ἐργαστηριακὰ ἐξετάσεις (αἵματος - οὔρων) κυμαίνονται ἐντὸς φυσιολογικῶν ὁρίων, παρὰ τὴν ἀπώλειαν μεγάλης ποσότητος ὑγρῶν ἐκ τῆς ἐξελκώσεως τοῦ ἄκρου ποδός.

Ἡ θερμοκρασία τῆς ἀσθενοῦς παρέμενε εἰς φυσιολογικὰ ἐπίπεδα.

Ἡ διαρροὴ ὑγρῶν ἐκ τῆς ἐξηλκωμένης ἐπιφανείας συνεχίζεται εἰς μεγαλύτεραν ποσότητα, ὑπὲρ τὸ 1 kg. ἡμερησίως, δι' ἃ καὶ τὴν 12ην Μαρτίου ἀπεφασίσθη ἀκρωτηριασμὸς τοῦ σκέλους, ἀπὸ τῆς μεσότητος τῆς κνήμης.

Ἐπούλωσις τοῦ τραύματος κατὰ πρῶτον σκοπόν.

Ἱστολογικὴ ἐξέταση: (Παθολογικὸν Ἀνατομικὸν Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν ἀριθ. 74687) 14.3.66, καθηγητῆς κ. Δ. Ἐλευθερίου): «Συμπέρασμα: Κακότητες — σαρκοματώδεις — ὀρογονίωμα (Synoviosarcoma) ἀναπτυχθὲν ἐκ τοῦ ἄκρου ποδός, διηθῆσαν κατὰ βάθος τοὺς ἰστούς αὐτοῦ μέχρι καὶ τῶν ὀστέων καὶ χορηγῆσαν μεταστατικὰς ἐστίας εἰς τὴν κνήμην μέχρι σχεδὸν τῆς θέσεως ἀκρωτηριασμοῦ αὐτῆς».

Ἐπιδεικνύομεν τὴν περίπτωσιν λόγῳ σπανιότητος.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS, G. VENERIS, and J. MOUZOURAKIS: Report on a case of synoviosarcoma of the foot, simulating foot of Madura.

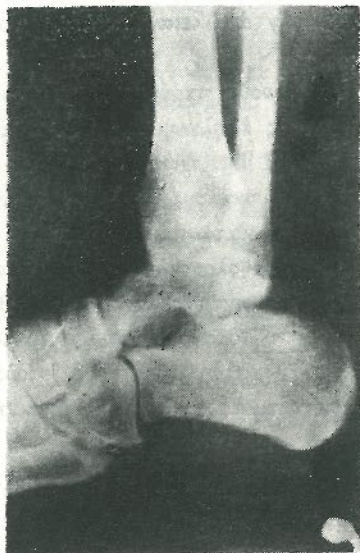
Π. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ, Ι. ΤΟΣΙΟΣ: Ὄστεοειδὲς ὀστεῶμα ἀστραγάλου.

Ἐπιδεικνύομεν περίπτωσιν ὀστεοειδοῦς ὀστεώματος ἀστραγάλου ὅχι τόσοσιν διὰ τὸ σπάνιον τῆς παθήσεως ὅσον κυρίως διὰ τὸ σπάνιον τῆς ἐντοπίσεως καὶ τὸ ἄτυπον τῆς ἀκτινογραφικῆς ἀπεικονίσεως.

Ότι πράγματι ή έντόπισις είς τόν αστράγαλον είναι σπανία, αποδεικνύεται έκ του γεγονότος, ότι ο Colen, περιγράφων 218 περιπτώσεις οστεοειδούς οστεώματος έκ τής διεθνούς βιβλιογραφίας μέ διαφόρους έντοπίσεις, δέν αναφέρει έντόπισιν είς τόν αστράγαλον.

Πρόκειται περί άρρενος άτομου ήλικίας 23 ετών, τó όποιον από διετίας περίπου και κατόπιν τραυματισμού του, ήρχισεν αιτιώμενον δι' άλγος είς τήν όπισθίαν έπιφάνειαν τής ποδοκνημικής. Το άλγος ήτο ήπίας έντάσεως έν άρχή, έντονον έν συνεχεία, ίδια κατά τήν νύκτα ύποχωρούν διά τής άσπιρίνης.

Σύν τή παρόδω του χρόνου ó άκρος ποός ήρχισε νά παραμορφούται, ó δέ



Είχ. 1. Όστεοειδές οστεώμα αστραγάλου (όπισθιον χείλος).

πάσχων εβάδιζεν επί του έξω χείλους του ποδός. Ένοσηλεύθη επί 20 ήμέρας είς έτερον Νοσοκομείον και διεκομίσθη μέ τήν διάγνωσιν «τενοντοθηκίτις» Άχιλλείου τένοντος.

Κατά τήν κλινικήν εξέτασιν ύπήρχεν έκσεσημασμένη άνταλγική παραμόρφωσις του άκρου ποδός έν ραιβότητι και ίπποποδία, άτελώς διορθουμένη παθητικώς, μετά μεγάλης εύαισθησίας τή πίεσει κατά τήν όπισθίαν έπιφάνειαν τής ποδοκνημικής. Δέν ύπήρχον φλεγμονώδη φαινόμενα, έξωτερικώς ή από του τένοντος.

Αί γενόμεναι άκτινογραφίαι (είχων 1) έδειξαν μικράν έξόστωσιν κατά τó όπισθιον χείλος του αστραγάλου. Η Τ.Κ.Ε. ήτο φυσιολογική, Ra-Test άρνητικόν, Μαντουχ 1:100.000 άρνητική.

Ἐάν καὶ ἡ συμπτωματολογία ἦτο μᾶλλον τυπικὴ ὀστεοειδοῦς ὀστεώματος ἐν τούτοις ἡ διάγνωσις δὲν ἦτο εὐχερής, διότι τοιαύτας ἀκτινογραφικὰς εἰκόνας συναντᾷ κανεὶς συχνὰ ἢ ὡς προέχον ὀπίσθιον χεῖλος τοῦ ἀστραγάλου ἢ ὡς κάταγμα αὐτοῦ ἢ ὡς τρίγωνον ὀστοῦν ἢ ὡς ἀποτιτάνωσιν τοῦ ὀπισθοῦ θυλάκου τῆς ὑπαστραγαλικῆς. Ἐπὶ πλέον καὶ ἂν ἀκόμη τὰ ἀνωτέρω ἀπεκλείοντο, ἔπρεπε γὰρ γίνῃ διαφορικὴ διάγνωσις ἀπὸ τοῦ καλοήθους ὀστεοπλαστώματος τὸ ὁποῖον κλινικῶς καὶ παθολογοανατομικῶς ὁμοιάζει πολὺ μὲ τὸ ὀστεοειδὲς ὀστέωμα.

Ὁ ἀσθενὴς ὑπεβλήθη εἰς ἐγχείρησιν καθ' ἣν ἀφῆρέθη τὸ ἠλλοιωμένον τμήμα τὸ ὁποῖον ἐξωρμάτο ἐκ τοῦ ἀστραγάλου. Ἡ ἱστολογικὴ ἐξέταση (εἰκόνας 2 καὶ 3) ἀπέδειξεν ὅτι ἐπρόκειτο περὶ ὀστεοειδοῦς ὀστεώματος.

Ἦδη ἀπὸ τῆς δευτέρας μετεγχειρητικῆς ἡμέρας ὁ ἀσθενὴς ἀνέφερεν ὑποχώρησιν τοῦ προεγχειρητικῶς ὑπάρχοντος νυκτερινοῦ ἄλγους. Συγχρόνως ὑπεχώρησε καὶ ἡ παραμόρφωσις. Ὁ ἀσθενὴς ἐπανῆλθε μετὰ 10 ἡμέρας εἰς τὴν ἐργασίαν του.

Διάφ. διαγνώσεις: Τὸ μεγαλύτερον πρόβλημα ποῦ ἀντιμετωπίζει ὁ ἰατρός εἰς περιπτώσεις ὡς ἡ περιγραφείσα εἶναι τὸ τοιοῦτον τῆς διαφ. διαγνώσεως.

Ἀναφέρομεν ὀλίγας λέξεις σχετικῶς:

1) **Καλόηθες ὀστεοπλαστώμα:** εἶναι ἡ πάθησις, ἡ ὁποία περισσότερον συγγενεὺς μὲ τὸ ὀστεοειδὲς ὀστέωμα. Κλινικῶς τὸ τελευταῖον προκαλεῖ ἐντονώτερον ἄλγος καὶ μεγαλύτεραν εὐαισθησίαν τοπικῶς. Εἰς τὸ ὀστεοπλαστώμα τοῦ ἀστραγάλου τὸ ἄλγος συνήθως δὲν εἶναι ἀρκετὸν διὰ νὰ ἐμποδίσῃ τὸν πάσχοντα νὰ κυκλοφορῇ. εἶναι ὁμοῦ καὶ εἰς αὐτὸ ἐντονώτερον τὴν νύκτα, ὑποχωρεῖ δὲ διὰ τῆς ἀσπιρίνης. Παθολογικῶς τὸ ὀστεοπλαστώμα περιέχει περισσότερους ὀστεοπλαστας καὶ ἔχει τὴν ιδιότητα νὰ ἀποκτᾷ μεγαλύτερον μέγεθος δι' ὃ καὶ ὠνομάζετο ἄλλοτε γιγαντιαῖον ὀστεοειδὲς ὀστέωμα (Giant Osteoid Osteoma).

Ἄκτ) κῶς ἀναφέρεται ὅτι τὰ κλασσικὰ εὐρήματα ἐπὶ ὀστεοειδοῦς ὀστεώματος (κεντρ. πυρὴν ἀντιδρ. σκληρυντικὴ ζώνη) ἐλλείπουν ἐπὶ ὀστεοπλαστώματος. Ἐν τούτοις εἰς τὴν ἡμετέραν περίπτωσιν οὐδὲλως ὑπῆρχον τοιαῦτα χαρακτηριστικὰ ἀκτ) κῶς.

Ἀνατομικῶς, τὸ ὀστεοπλαστώμα εἶναι συχνότερον εἰς τὸν αὐχένα τοῦ ἀστραγάλου. Καὶ αἱ δύο παθήσεις ἐμφανίζονται ἐπὶ ἀτόμων τῆς αὐτῆς ἡλικίας.

2) **Τενοντοθηκίτις τῶν ὀπισθίων κνημιαίων μυῶν:** Ὑπάρχουν ἀβληχρὰ φλεγμονώδη φαινόμενα τοπικῶς. Ἐφ' ὅσον δὲν ὑποχωρεῖ εἰς τὴν συνήθη θεραπείαν, δεόν ὅπως ἀναζητηθῇ ὀστεοειδὲς ὀστέωμα ἢ

καλόηθες όστεοβλάστωμα. Η Τ.Κ.Ε. έξ άλλου, είναι μεγαλύτερα επί τενον-
τοθηκίτιδος.

3) Σπαστική πλατυποδία: Θα στηριχθῆ εις τὸ ιστορικὸν
καὶ τὴν ἀναζήτησιν συγγ. ἀνωμαλίας εις τὸ ὄστον τοῦ ταρσοῦ.

4) Φυματίωσις: Ἐμφανίζει συνήθως ὀστεοπόρωσιν. Συγκέντρω-
σιν μικρᾶς ποσότητος ὕγρου ἐν τῇ ἀρθρώσει.

Αἰτιολογία: Καίτοι ὁ τραυματισμὸς δὲν θεωρεῖται ὡς αἰτιολογι-
κὸς παράγων ἐν τούτοις εις τὴν περίπτωσιν μας ὑπῆρχε σαφῆς σχέσις πρὸς
τὸν τραυματισμὸν.

Διερωτώμεθα μήπως ἡ αἰτιολογία τοῦ ὀστεοειδοῦς ὀστεώματος δὲν εἶναι
ἡ αὐτὴ εις ὅλας τὰς περιπτώσεις.

Ἡ δημιουργία τοῦ ὀστεοειδοῦς ὀστεώματος εις τὴν ἡμετέραν περίπτωσιν
εἶναι περισσότερον εὐεξηγήητος ἐπὶ τῇ βάσει τῆς ἐργασίας τῶν Becher
Basset καὶ O'Connon, οἵτινες ἀπέδειξαν ὅτι ἡ παραμόρφωσις τῶν κυττάρων
ἐνδὸς ὄστοῦ λόγῳ τραυματισμοῦ δυνατόν νὰ προκαλέσῃ μεταβολὴν εις τὰ
ἠλεκτρικὰ δυναμικὰ τῶν κυττάρων πράγμα τὸ ὁποῖον ὁδηγεῖ εις τὴν δημιουρ-
γίαν νέου ὄστοῦ.

S U M M A R Y

PAN. SYMEONIDES and I. TOSSIOS: Osteoid Osteoma of the talus. (Re-
port of one Case).

A typical clinically, but not radiologically, case of osteoid osteoma of the
posterior lip of the talus has been described in a male aged 23. The problem,
of differential diagnosis from benign osteoblastoma, teno synovitis, spastic flat
foot and tuberculosis have been discussed. Concerning aetiology it seemed to be
in our case a rather close relation between osteoid osteoma and trauma.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΒΑΤΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΡ.: Συμβολὴ εις τὴν μελέτην τοῦ ὀστεοειδοῦς ὀστεώματος.
Διατριβὴ ἐπὶ διδακτ. 1955.
2. COLEY B.: Neoplasms of bone 1960, p. 94 - 102.
3. COWIE R, (OSWESTRY): Personal Communication.
4. ΗΑΙΟΠΟΥΛΟΣ Σ. Κ. καὶ ΚΑΖΑΡΗΣ Ε.: Ἑλληνικὴ Χειρουργικὴ, τεύχος
4ον 1957.
5. ΗΑΙΟΠΟΥΛΟΣ Σ. Κ.: Α.Φ.Χ.Ο.Τ. Τόμος 12, 1960 σελίς 38,
6. JAFFE, H. L. and LICHTENSTEIN L.: J. B.J.S. 22: 645 1940.
7. GIANNISTRAS J. NICH, and DIAMOND JACK R.: J. B.J.S. 40-A 469 -
478, 1958.
8. SPENCE A. J. and G. G. LLOYD ROBERTS: J. B.J.S. 33B 501-507. 1961.

Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗΣ: Διόρθωσις άγκυλώσεως του γόνατος έν κάμψει, έπ' ευκαιρία ύπερκονδύλιου κατάγματος.

Ό άσθενής Ν. Γ. έτών 60 έκ Φθιώτιδος (άριθ. μητρ. 166614) εισήχθη έκτάκτως εις την ήμετέραν Κλινικήν την 11.10.65 και έξήλθε την 11.12.65.

Όδτος ύπέστη συντριπτικόν ύπερκονδύλιον κατάγμα άριστερου μηριαίου συνεπεία πτώσεως.

Τό άριστερόν γόνυ έλέγχεται σκληρόν και διωγκιωμένον, άκτινογραφικώς δέ διαπιστοϋται πλήρης συνοστέωσις των άπαρτιζόντων την κατά γόνυ άρθρωσιν όστων εις θέσιν κάμψεως.

Έκ του άτομικου άναμνηστικου του άσθενους πληροφορούμεθα ότι οϋτος πρό 40 έτών ένόσησεν έκ φυματιώσεως τής κατά γόνυ άρθρώσεως, θεραπευθείσης συντηρητικώς με τά μέσα τής έποχής.

Η επιτυχθείσα άγκύλωσις έγένετο εις κακήν θέσιν με άποτέλεσμα να έπηρεασθή αισθητώς ή όλη λειτουργικότης του σκέλους.

Ό άξων μηριαίου - κνήμης ένεφάνιζε γωνιώδη κάμψιν 135° περίπου με συνέπειαν τεραστίαν λειτουργικήν βράχυνσιν του σκέλους.

Τήν έπομένην τής εισόδου του άσθενους έτέθη δερματική έλξις έκ τής κνήμης, συγχρόνως δέ ήρχισεν άντιφυματικήν θεραπείαν δια Streptomycin - Rimifon - P.A.S.

Η γενική κατάστασις του άσθενους μάς επέτρεψε την σκέψιν όπως συγχρόνως με την θεραπείαν του κατάγματος να προσπαθήσωμεν να άποκαταστήσωμεν τον άξωνα μηριαίου - κνήμης, οϋτως ώστε διορθουμένης τής γωνιώδους κάμψεως να επέλθη βελτίωσις τής λειτουργικότητος του σκέλους.

Ό άσθενής συνεφώνησε με την άποψίν μας και οϋτω παρηγγέλη ήλος τύπου Kuntscher έξ άνοξειδώτου χάλυθος μήκους περίπου 70 έκ.

Τήν 25.10.1965 προβαίνομεν εις έγχείρησιν καθ' ήν μετά την έμπαρσιν του ήλου από του κεντρικου τμήματος του μηριαίου όστου, οϋτος ώθειται ισχυρώς και διαπερά τούς κονδύλους του μηριαίου - κνήμης και εισέρχεται εις τον αδόν τής κνήμης.

Η μετεγχειρητική πορεία του άσθενους υπήρξεν άπολύτως όμαλή και την 24.11.1965, ήτοι 1 μήνα μετά την έγχείρησιν να βαδίζη τή βοήθεια βακτηριών μασχάλης.

Τήν 11.12.1965 ό άσθενής έξήλθε βαδίζων καλώς με ύπόδημα άνυψωμένον κατά 5—6 έκ.

Ό άσθενής έξητάσθη δια τελευταίαν φοράν την 11.5.1966 ότε και διεπιστώθη άριστη πόρωσις του κατάγματος και συνεστήθη εις αυτόν όπως

επανέλθη πρὸς ἀφαίρεσιν τοῦ ἤλου εὐθὺς ὡς συμπληρωθῆ ἓν ἔτος ἀπὸ τῆς εἰσαγωγῆς του.

Οὗτος ἦτο ἀπολύτως ἱκανοποιημένος ἐκ τοῦ ἀποτελέσματος τῆς ἐπεμβάσεως.

Νομίζομεν ὅτι ἡ περίπτωσις ἀξίζει νὰ σὰς ἀπασχολήσῃ διὰ τὴν ἐφαρμοσθεῖσαν τεχνικὴν διορθώσεως εἰς ἓνα χρόνον κατάγματος καὶ ἀγκυλωμένης ἀρθρώσεως εἰς πληγμμελῆ θέσιν ὡς καὶ διὰ τὸ ἐπιτευχθῆν ἀποτελεσμα.

S U M M A R Y

C. S. ELIOPOULOS, G. STRATIGAKIS. Report on a case of correction flexion deformity (ankylosis) of the Knee after a supra-condylar fracture of the femur,

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Γ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ: Ὁστεοτομία κνήμης κατὰ τὴν μέθοδον Haas.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον).

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Ἀντιμετώπισις τραυμάτων ἐκ κυνηγετικῶν πυροβόλων ὄπλων.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον).

Συζήτησις

Γ. Λιθαθυρόπουλος: Μὲ εὐχαρίστησιν ἤκουσα τὴν ἀνακοίνωσιν τῶν κύριων συναδέλφων, ἀλλὰ θὰ ἐζήτην νὰ μᾶς ἔδιδον τὰς διαφορὰς τὰς ὁποίας παρατήρησαν ἔδῳ ἀπὸ τοὺς τραυματισμοὺς μὲ ἄλλα πυροβόλα ὄπλα (κυνηγετικῶν, πολεμικῶν κλπ.).

Αἱ διαφοραὶ ἐκ πυροβόλων ὄπλων τραυματιζομένων ἀπὸ τῶν διὰ δξέων αἰχμηρῶν ἀντικειμένων εἶναι ζητήματα ποὺ ἀνάγονται εἰς τὴν διδασκαλίαν τῶν στοιχειωδῶν τῆς χειρουργικῆς Παθολογίας καὶ ὄχι ζητήματα συγχρόνως ἀνακοινώσεων.

ΕΠΙΔΕΙΞΕΙΣ

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Γ. ΒΕΝΕΡΗΣ: Περίπτωσης συνδρόμου Klippel - Feil, συνοδευομένου υπό έτέρων συγγενών άνωμαλιών.

Ἡ Ὀρθοπαιδική Κλινική τοῦ Γενικοῦ Κρατικοῦ Νοσοκομείου Ἀθηνῶν ἔχει τήν τιμήν γὰ παρρουσίασῃ ὑμῖν περίπτωσιν συνδρόμου Klippel - Feil. Πρόκειται περί θήλεος ἡλικίας 12 ἐτῶν, τὸ ὁποῖον ἐμφανίζει μακροσκοπικῶς τήν χαρακτηριστικὴν βραχυλαιμίαν τοῦ συνδρόμου, μετὰ πλαγίας ἀποκλίσεως τῆς κεφαλῆς. Ἡ ἀσθενής, ὡς καὶ τὸ προσωπεῖον αὐτῆς ἀποδεικνύει, ἐμφανίζει σημαντικὴν διανοητικὴν καθυστέρησιν, ἐκβάλλει δὲ ἀνάρθρους κραυγὰς ἀντὶ ἑμιλίας. Ἐπίσης ἐμφανίζει χωνοειδῆ θώρακα, ὡς καὶ ἔλλειψιν ἀμφοτέρων τῶν μειζόνων θωρακικῶν μυῶν (εἰκ. 1).

Ἀκτινολογικῶς παρατηρεῖται ἀνώμαλος συγγενῆς συνοστέωσις τῶν κατωτέρων ἀχενικῶν σπονδύλων, ὡς καὶ τῶν 4 ἀνωτέρων θωρακικῶν. Ἐπίσης παρατηρεῖται συγγενῆς ἀνύψωσις τῆς ὠμοπλάτης ἀμφοτεροπλευρῶς, μετὰ σχεδὸν καθέτου φοράς τῶν κλειδῶν, πλήρους συνοστέωσεως τῶν ἀνωτέρων πλευρῶν, ὡς καὶ δισχιδοῦς ράχεως τῶν ἀντιστοίχων σπονδύλων. (Εἰκ. 2, 3).

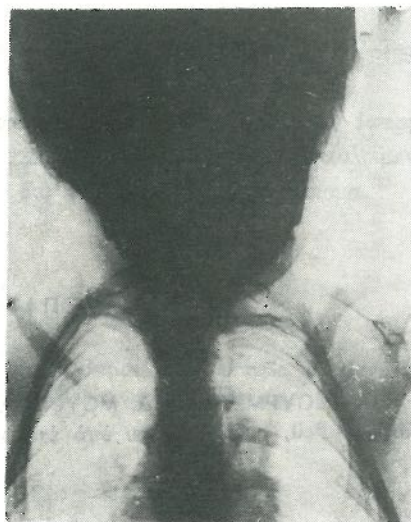
Ἐπιδεικνύομεν τήν ἀσθενῆ διότι, καίτοι μετὰ τοῦ συνδρόμου Klippel — Feil συνοπάρχουν συνήθως καὶ ἕτεροι συγγενεῖς ἀνωμαλῖαι, ἐν τούτοις ἀναδιφῆσαντες τήν ὑπ' ὄψιν μας διεθνή βιβλιογραφίαν, δὲν ἀνεύρομεν περίπτωσιν συνοπάρξεως συνδρόμου Klippel - Feil μετὰ συγγενοῦς ἀμφοτεροπλευροῦ ἐλλείψεως τοῦ μείζονος θωρακικοῦ μυός, διανοητικῆς καθυστέρήσεως ἐκσεσημασμένης, μετὰ πλήρους ἀλαλίας, ὡς καὶ συγγενοῦς ἀνυψώσεως τῶν ὠμοπλάτων.

Ἡ σχεδὸν κάθετος φορά τῶν κλειδῶν, ἡ συνοστέωσις τῶν πλευρῶν, ἡ ἀνώμαλος φορά ἰδίᾳ τῆς ὠμογλήνης καὶ τῆς ἀνω ἔσω γωνίας τῆς ὠμοπλάτης

ώς και ἡ ὑπαρξίς δισχιδοῦς ράχως κατὰ τοὺς ἀνωτέρους θωρακικοὺς σπονδύ-



Εἰκ. 1 Φωτογραφία ἀσθενοῦς πασχούσης ἐκ νόσου τοῦ Klippel - Feil. Διακρίνεται ἡ ἔλλειψις ἀμφοτέρων τῶν μειζόνων θωρακικῶν μυῶν. Ἡ ὄψις τῆς ἀσθενοῦς ἀπεικονίζει τὴν διανοητικὴν αὐτῆς καθυστέρησιν.



Εἰκ. 2. Ἀκτινογραφία τῆς ἐναντι ἀσθενοῦς. Σύμπτωσις τῆς σκιᾶς τῆς κάτω σιαγόνας μετὰ τῶν κατωτέρων ἀχενικῶν σπονδύλων λόγῳ τῆς, ἐκ τῆς νόσου, βραχυλαιμίας. Ἀνώμαλος φορὰ τῶν ὀμοπλάτων καὶ τῶν κλειδῶν, λόγῳ ἀμφοτεροπλεύρου συγγενοῦς ἀνψώσεως τῶν ὀμοπλάτων.

λους, δέον νὰ ἀποδοθῇ, κατὰ τὴν γνώμην ἡμῶν, εἰς τὴν συνυπάρχουσαν συγγενῇ ἀνύψωσιν τῆς ὀμοπλάτης, καὶ οὐχὶ εἰς τὸ σύνδρομον Klippel - Feil.

S U M M A R Y

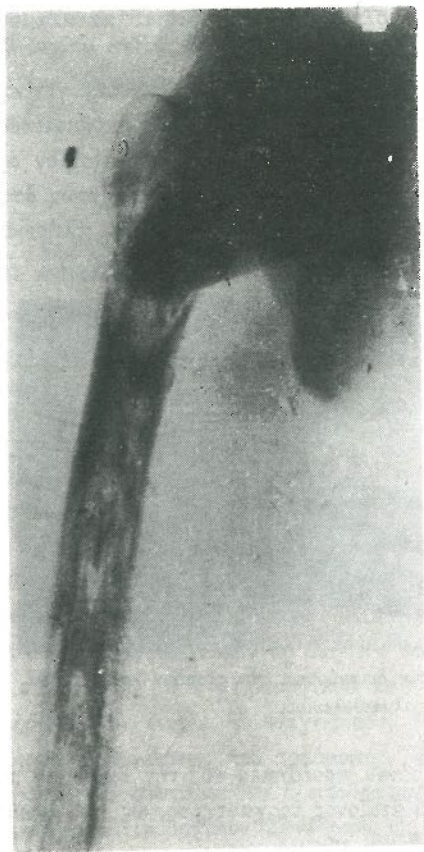
V. SOURMELIS, D. MOUROULIS and G. VENERIS: Report of a case of Klippel - Feil syndrome with multiple unusual congenital abnormalities.

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Ι. ΜΟΥΖΟΥΡΑΚΗΣ, Γ. ΒΕΝΙΕΡΗΣ: Πύαρθρος ισχίου μετὰ ὀστεομυελίτικῃς πανδυσφυσίτιδος.

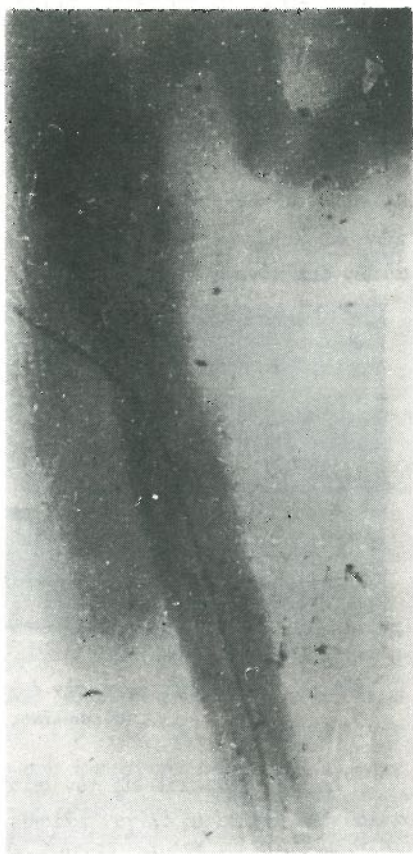
Ἡ Ὀρθοπαιδικὴ Κλινικὴ τοῦ Γενικοῦ Κρατικοῦ Νοσοκομείου Ἀθηνῶν ἔχει τὴν τιμὴν νὰ ἐπιδείξῃ περιπτώσιν ἀπ' ἀρχῆς χρονίας ὀστεομυελίτιδος.

καταλαμβανούσης σχεδόν ελόκληρον τὸ μηριαῖον ὄστυον, ἀπὸ τῆς ἄνω μηριαίας ἐπιφύσεως μέχρι τῶν μηριαίων κονδύλων, καὶ ἡ ὁποία ἀντιμετωπίσθη δι' ἐγχειρητικῆς ἀγωγῆς καὶ εἰδικῶν τρόπου συνεχῶς χορηγήσεως ἀντιβιοτικῶν εἰς τὰς κυρίας ἐστίας τῆς νόσου τῇ βοήθειᾳ σωλήνων ἐκ πολυαιθυλενίου.

Πρόκειται περὶ ἀσθενοῦς ἡλικίας 18 ἐτῶν ὅστις ἐνοσηλεύθη ἐπὶ 20 ἡμέρων εἰς ἐπαρχιακὸν Νοσοκομεῖον ὡς πάσχων ἐκ ρευματισμῶν.



Εἰκ. 1. Εἰκὼν χρονίης ὀστεομυελίτιδος (παν-
διαφυσίτιδος) μηριαίου ὡς καὶ ἄνω μηριαίας
ἐπιφύσεως.



Εἰκ. 2. Ἀκτινογραφικὴ μετεγχειρητικὴ
εἰκὼν. Διακρίνεται εὐχερῶς ἡ φορὰ τοῦ
σωλήνος ἐκ πολυαιθυλενίου μετὰ διευκο-
λυτικῶν μεταλλίνου στυλεοῦ.

Ἐπειδὴ ἡ ἔντονος ἀντιρρευματικὴ ἀγωγή παρέμεινεν ἀνεργῆς διεκο-
μίσθη εἰς τὴν ἡμετέραν κλινικὴν.

Ἐκ τῆς κλινικῆς εἰκόνας διαπιστοῦται ἄλλος αὐτόματον κατὰ τὸ ἀριστερὸν
ἰσχίον, καὶ ἰσχυρὸν τῇ πιέσει, ἐπὶ τοῦ μείζονος τροχαντήρος, ἐπεκτεινόμενον

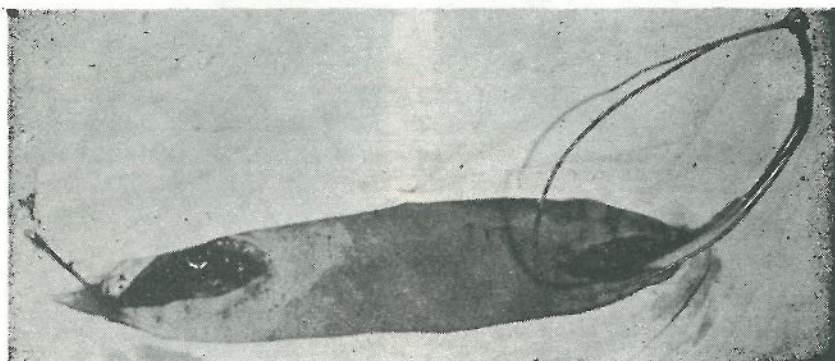
καθ' ὅλον τὸν μῆρόν. Ἐλαφρῶς ἠϋξημένη τοπικὴ θερμοκρασία, ἄνευ ἐρυθρότητος καὶ λοιπῶν σημείων φλεγμονῆς.

Κινητικότης ἰσχίου λίαν περιωρισμένη καὶ ἐπώδυνος.

ΑΚΤ) ΚΩΣ Ὄστεολυτικὴ ἐπεξεργασία τοῦ αὐχένου τοῦ μηριαίου μεγέθους 50λέπτου, μετ' ὀστικοῦ ἀπολύματος κατὰ τὸ κέντρον αὐτοῦ. Ἡ ὀστεολυτικὴ ἐπεξεργασία ἐδράζεται ἐγγύς τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου.

Ἐκ τῆς διαφύσεως διάσπαρτοι ὀστεολυτικαὶ ἐπεξεργασίαι καταλαμβάνουσαι ὀλόκληρον τὸ μηριαίον (εἰκ. 1).

Μετὰ 10ήμερον προετοιμασίαν τοῦ ἀσθενοῦς, πρὸς βελτίωσιν τῆς γενικῆς αὐτοῦ καταστάσεως, διὰ μεταγγίσεων αἵματος καὶ χορηγήσεως ἀντιβιοτικῶν, προέβημεν εἰς ἐγχείρησιν, συνισταμένην εἰς ἀρθροτομήν τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως, ἐξ ἧς ἀνέβλυσεν ὀρροπυῶδες ὑγρὸν, ἐξαίρεσιν τῶν ὑπαρχόντων ὀστικῶν ἀπολυμάτων, ἀπόξεσιν τῶν ὀστεολυτικῶν ἐπεξεργασιῶν καὶ πλήρωσιν αὐτῶν διὰ κόνεως ἀντιβιοτικοῦ.



Εἰκ. 3. Φωτογραφία κατὰ τὴν ἐγχείρησιν δεικνύουσα τὴν εἴσοδον καὶ ἐξοδον τοῦ σωλήνος ἐκ πολυαιθυλενίου.

Ἐν συνεχείᾳ καὶ εἰς τὸν αὐτὸν χρόνον προέβημεν εἰς τὴν διάνοιξιν τοῦ αὐλοῦ τοῦ μηριαίου, ὀλίγον κάτωθεν τοῦ μείζονος τροχαντήρος, ὡς καὶ ἄνωθεν τῶν μηριαίων κονδύλων, ἐξεληθόντος ἀφθόνου πύου.

Ἐκπλυσίς τοῦ αὐλοῦ δι' ἀφθόνου φυσιολογικοῦ ὄρρου καὶ ἀντιβιοτικῶν. Τοποθέτησις σωλήνος πολυαιθυλενίου ἐντὸς τῆς ἀρθρώσεως καὶ ἐτέρου διατρήτου διελαύνοντος τὸν αὐλὸν τοῦ μηριαίου, διὰ τῶν σημείων διανοίξεως αὐτοῦ. Πρὸς διευκόλυνσιν τοποθετήσεως ἐντὸς τοῦ μηριαίου αὐλοῦ τοῦ σωλήνος ἐκ πολυαιθυλενίου, διεπεράσαμεν τὸν αὐλὸν τοῦ τελευταίου διὰ δυσκάμπτου σύρματος μετὰ ἐλαίας, κατὰ τὸ ἄκρον αὐτοῦ (εἰκ. 2 καὶ 3). Ραφὴ μαλακῶν μορίων κατὰ στρώματα. Τοποθέτησις σκέλους εἰς γάρθηκα μηρο-κνημο-ποδικόν.

Διὰ συστήματος ἀποτελουμένου ἐκ φιάλης ὄρρου μὲ ἐν διαλύσει ἀντιβιοτικά,

συνδεομένης με τὸ ἐν ἄκρον τοῦ σωλήνος πολυαιθυλενίου καὶ ἑτέρας φιάλης κενῆς ἀέρος εἰς τὸ ἕτερον ἄκρον τοῦ σωλήνος, ἐπιτυγχάνεται συνεχῆς ροή, διὰ τοῦ ἀλλοῦ τοῦ μηριαίου, ἀντιβιοτικῶν, ὡς καὶ ἔκπλυσις τούτου.

Μετὰ 25ῆμέρον ἀφηρέθησαν οἱ σωλήνες πολυαιθυλενίου, τὰ τραύματα ἐπουλώθησαν κατὰ πρῶτον σκοπὸν καὶ ὁ ἀσθενὴς ἐξῆλθεν δύο μῆνας μετὰ τὴν ἐγχείρησιν, βαδίζων τῇ βοηθείᾳ βακτηριῶν μασχάλης.

Ἐπιδεικνύομεν τὴν περίπτωσιν διὰ τὸ σπάνιον τοῦ συνδυασμοῦ πυάρθρου τοῦ ἰσχίου καὶ ὀστεομυελίτιδος τοῦ μηριαίου, ὡς καὶ διὰ τὸ πρόβλημα τῆς περαιτέρω ἀντιμετωπίσεώς του.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS, I. MOUZOURAKIS : Septic arthritis of the hip joint with osteomyelitic involvement of the hole diaphysis of the femur.

Σ υ ζ ῆ τ η σ ι ς (Ε. Κοντογιάννης)

Εἰς τὴν ἐνδιαφέρουσαν ἐπίδειξιν τῶν κ.κ. Σουρμελή, Μουζουράκη καὶ Βενέρη, θὰ ἐπιθυμοῦσα νὰ προσθέσω τὰ ἑξῆς:

Κατὰ τὴν περίοδον 1960—1964 ἐφηρμόσθη εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Νοσοκομείου Κιλκίς, τὴν ὁποίαν τότε παρηκολούθημεν, μέθεδος θεραπείας τῆς χρονίας ὀστεομυελίτιδος διὰ συνεχοῦς διὰ τῆς ὀστεομυελιτικῆς ἑστίας ροῆς ἀντιβιοτικῶν τῇ βοηθείᾳ συστήματος συγκοινωνούντων ἀγγείων καὶ ἐν συνδυασμῷ μετὰ χειρουργικοῦ καθορισμοῦ. Σύνολον περιστατικῶν 21 συμπληρωσάντων διαιτές, τὸ ὀλιγώτερον, Follow Up ἀπὸ τῆς μετεγχειρητικῆς πλήρους ἐπουλώσεως τοῦ τραύματος. Ὑποτροπὴ ἐνεφανίσθη μόνον εἰς 3 περιπτώσεις. Τὸ σύστημα δὲν ἐλειτούργησεν εἰς 2 περιπτώσεις. (Βλέπε: δον Πανελληνιον Χειρουργικὸν Συνέδριον εἰς Ἀθήνας, Ὀκτωβ 1966, Βασ. Θωμαΐδης: Μέθοδος θεραπείας τῆς χρ. ὀστεομυελίτιδος διὰ χειρουργικοῦ καθορισμοῦ καὶ συνεχοῦς στάγδην ἐγχύσεως ἀντιβιοτικῶν τοπικῶς).

Τὸ θεραπευτικὸν πρόβλημα τῆς ἐπιδειχθείσης περιπτώσεως ἀντιμετωπίσθη, νομίζομεν, ὀρθῶς διὰ τοῦ συστήματος τῶν δύο φιαλῶν, καθ' ὅσον δὲν ὑπῆρχεν διέξοδος πρὸς ἑτέραν συντηρητικὴν ἀγωγὴν, ἢ οἰαδήποτε δὲ ἐγχειρητικὴ ἀντιμετώπισις τῆς πανδιαφυσίτιδος θὰ κατέληγεν εἰς βαρεῖαν ἐπέμβασιν ἀπελπισίας.

ΕΠΙΔΕΙΞΕΙΣ

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΑΡΟΥΛΗΣ, Σ. ΒΟΥΖΟΥΛΙΑΣ: Φυματίωσης ισχιακού κυρτώματος (έπιτυχής έγχειρητική αντιμετώπιση).

Ἡ Ὄρθοπαιδική Κλινική τοῦ Γεν. Κρατικοῦ Νοσ. Ἀθηνῶν ἔχει τήν τιμήν νά ἐπιδείξῃ περίπτωσιν φυματιώσεως δεξιῦ ἰσχιακοῦ κυρτώματος.

Πρόκειται περί τοῦ Σ. Ν., ἑτῶν 64. Ἐκ τοῦ ἀτομικοῦ ἀναμνηστικοῦ οὐδέν τὸ ἄξιον λόγου ἀναφέρει.

Ὁ ἀσθενής διεκομίσθη ἡμῖν ἐκ τῆς Οὐρολογικῆς Κλινικῆς ὅπου ἐνοσηλεύετο ἀπὸ τοῦ Φεβρουαρίου 1966, διὰ διόγκωσιν κατὰ τήν δεξιάν μηροβουδωνικήν πτυχήν, μεταξύ ὀστέου καὶ ριζομηρίου, ἡ ὅποια διενοίγη καὶ κατέλιπεν πυορροοῦν συρίγγιον. Καλλιέργεια πύου ἀπέβη ἀρνητική.

Παρούσα κατάστασις : Ἀτομον ἀρτίας σωματικῆς διαπλάσεως, ὄψις — θρέψις καλή. Παρατηρεῖται συριγγώδης πόρος μεταξύ δεξιῦ ριζομηρίου καὶ ὀστέου, ἐκ τοῦ ὁποίου ἐξέρχεται μικρὰ ποσότης πυώδους ὑγροῦ. Κινήσεις ἰσχίου, κατὰ φύσιν.

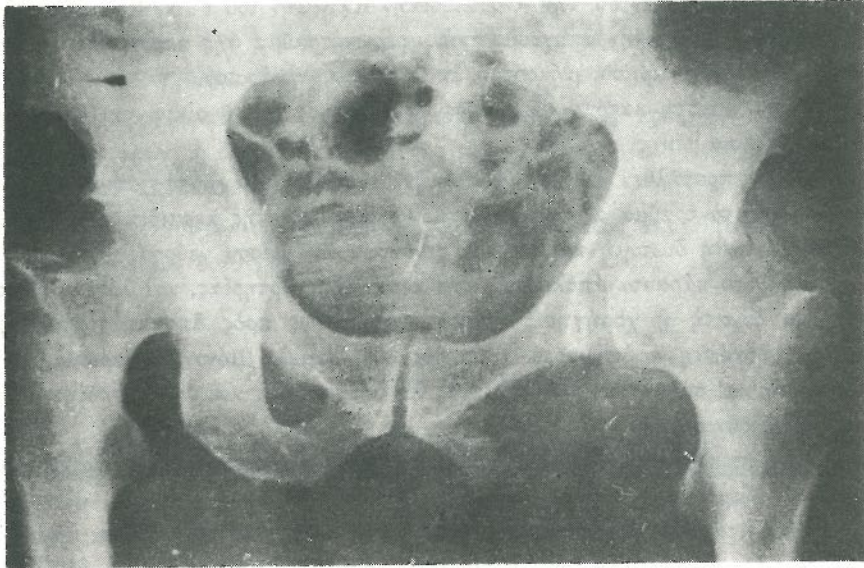
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΩΣ. Εἰκὼν ὀστεολυτικῆς ἐπεξεργασίας κατὰ τὸν δεξιὸν κάτω ἡθικὸν καὶ ἰσχιακὸν κλάδον.

19.4.66. Συριγγογράφημα, δι' ἐγχύσεως Lipiodol διὰ τοῦ στομίου τοῦ συριγγώδους πόρου, ἔδειξεν ἐπικοινωνίαν τοῦ πόρου μετὰ τῆς ὀστεολυτικῆς ἐπεξεργασίας τοῦ ἰσχιακοῦ κυρτώματος. Ἀπεδώσαμεν τήν ὀστεολυτικὴν ἐπεξεργασίαν εἰς ὀστεομυελίτιδα — φυματίωσιν ἢ, ἀπιθάνως, εἰς ἐχινόκοκκον. Ἀποφασίζεται ἡ ἐγχειρητικὴ αντιμετώπισις διὰ ριζικῶν μέτρων, ἧτοι τῆς ἐξαιρέσεως τοῦ πάσχοντος ἰσχιακοῦ κυρτώματος.

26.4.66. Ὁ ἀσθενής ἐνεφάνισε δοθιήνας εἰς ἀμφοτέροισιν τοῖς γλουτοῖς. Ἐγένετο διάνοξις αὐτῶν, ὁ ἀσθενής δὲ ἐξῆλθεν μετὰ τὴν σύστασιν ὅπως ἐπανέλθῃ μετὰ τὴν ἐπούλωσιν τῶν δοθιήνων.

27.5.66. Έπανεισαγωγή. Παραμένει ό ως άνω περιγραφείς συριγγώδης πόρος.

9.6.66. Έγχειρήσις. Υπό νάρκωσιν έγένετο άφαιρέσις του κάτω κλάδου του ήβικου, του ισχιακού ως και του ισχιακού κυρτώματος, όμοι μετá του συριγγώδους πόρου (είκ. 1).



Είκ. 1. Μετεγχειρητική άκτινογραφική εικόνα, μετá την έγχειρητικήν εξαίρεσιν του ισχιακού κυρτώματος.

Μετεγχειρητική πορεία ήμαλή. Ο άσθενής μετá την άφαιρέσιν των ραμμάτων βαδίζει έλευθέρως.

ΠΑΘΟΛΟΓΑΝΑΤΟΜΙΚΩΣ: εδρέθησαν άλλοιώσεις φυματιώσεως.

Κατá την γνώμην μας, ή εξαίρεσις του πάσχοντος τμήματος και από ύγιους εις ύγιή περιοχήν όστού, άποτελεί άπόλυτον ένδειξιν, τόσον επί φλεγμονωδών όσον και επί όφειλισμένων εις νεοπλασίας καλοήθους ή κακοήθους φύσεως.

S U M M A R Y

V. SOURMELIS, D. MOUROULIS, S. VOZOULIAS: Report on a case of tuberculosis of the ischial tubercle.

Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ, Γ. ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗΣ: Ἐπίδειξις περιπτώσεως διατομῆς τενόντων, νεύρου, ἀρτηρίας περιοχῆς καρπού - Ἀποκατάστασις.

Ἔχωμεν τὴν τιμὴν νὰ ἐπιδείξωμεν τὴν περίπτωσιν τοῦ ἀσθενοῦς Γεωργίου Κ. ἐτῶν 20.

Οὗτος προσῆλθεν εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Γ. Ν. Πειραιῶς, τὴν 25.8.66 περὶ ὥραν 4ην ἀπογευματινὴν, φέρων τραῦμα τῆς καμπτικῆς ἐπιφανείας τοῦ δεξιοῦ καρπού, μήκους 5 ἐκ. περίπου, ἐγκάρσιον.

Τοῦτο ὑπέστη κατόπιν θραύσεως ὑαλοπίνακος ἐν τῇ οἰκίᾳ του διατελῶν εἰς κατάστασιν μέθης.

Ὅταν προσῆλθεν εἰς τὴν Κλινικὴν, εὗρίσκετο εἰς κατάστασιν πλήρους διεγέρσεως· τὸ τραῦμα αἰμορραγοῦσε λόγω διατομῆς τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας καὶ διεπιστώθη διατομὴ καμπτήρων τενόντων καὶ μέσου νεύρου.

Ἐγένετο πάραυτα ἀπολίνωσις τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας, καὶ λόγω τοῦ ὅτι δὲν ἦτο δυνατὴ ἡ χορήγησις γενικῆς ναρκώσεως πρὸς ἀποκατάστασιν τῆς βλάβης, ἠρκέσθη ὁ ἐφημερεύων βοηθὸς εἰς ἐπιμελῆ μόνον καθαρισμόν τοῦ τραύματος καὶ σύγκλεισιν τοῦ δέρματος διὰ μετάξης, ὡς καὶ ἀκίνητοποίησιν διὰ γυψίνου νάρθηκος.

Τὴν ἐπομένην πρωΐαν ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν διασπῶμεν τὸ τραῦμα καὶ παρασκευάζομεν τοὺς τένοντας καὶ τὸ μέσον νεῦρον.

Πρόκειται περὶ διατομῆς ἀπάντων τῶν ἐπιπολῆς καὶ ἐν τῇ βάθει καμπτήρων τῶν δακτύλων πλὴν τῶν τοῦ μικροῦ δακτύλου καὶ τοῦ ἐν τῇ βάθει τοῦ παραμέσου ὡς καὶ διατομῆς τοῦ κερκιδικοῦ καμπτήρος τοῦ καρπού καὶ τοῦ μακροῦ παλαμικοῦ. Διατηρεῖται ὁ ὠλένιος καμπτήρ τοῦ καρπού.

Συρράπτομεν πρῶτον τοὺς ἐν τῇ βάθει καμπτήρας τῶν δακτύλων καὶ τὸν μακρὸν καμπτήρα τοῦ ἀντίχειρος δι' ἀτραυματικοῦ ράμματος μετάξης μετὰ ραφὴν τύπου Bunnell.

Ἐν συνεχείᾳ προβαίνομεν εἰς νευρορραφὴν τοῦ μέσου νεύρου διὰ τριῶν ραφῶν ἀτραυματικοῦ ράμματος 6—0. Μετὰ ταῦτα ραφὴ τῶν ἐπιπολῆς καμπτήρων τῶν δακτύλων.

Δὲν συρράπτομεν τὸν τένοντα τοῦ μακροῦ παλαμικοῦ καὶ τοῦ κερκιδικοῦ καμπτήρος τοῦ καρπού. Ραφὴ τοῦ δέρματος διὰ σύρματος καὶ τοποθέτησις γυψίνου νάρθηκος ἐν ἐλαφρᾷ κάμψει τοῦ καρπού μέχρι τῶν δακτύλων.

Μετ'εγχειρητικὴ πορεία: Ὁμαλὴ. Χορηγοῦμεν Penicilline καὶ Streptomycine ὡς καὶ Alfa Chymotripsine.

Ἐπούλωσις τοῦ τραύματος κατὰ πρῶτον σκοπόν.

Ἐξῆλθεν τῆς Κλινικῆς τὴν 17.9.66 ἦτοι τρεῖς ἑβδομάδας ἀπὸ τοῦ τραυματισμοῦ του.

Συνεστήθη καθημερινήν ἀφαίρεσις τοῦ νάρθηκος καὶ ἔναρξις κινησιοθεραπείας ὑπὸ εἰδικοῦ φυσιοθεραπευτοῦ.

Εἴκοσι ἡμέρας μετὰ τὴν ἐξοδὸν τοῦ ἐκ τῆς Κλινικῆς, προσήλθεν ἐμφανίζων σημαντικὴν βελτίωσιν.

Κατάργησις τοῦ γυψίνου νάρθηκος καὶ σύστασις διὰ συνέχισιν τῆς κινησιοθεραπείας.

Δύο μῆνας ἀπὸ τοῦ τραυματισμοῦ τοῦ ὁ ἀσθενὴς ἤρχισεν ἐργαζόμενος ἀσκῶν τὸ ἐπάγγελμα τοῦ ναυτικοῦ.

Σήμερον ἐμφανίζει πλήρην ἀποκατάστασιν ὡς πρὸς τὴν κινητικότητα τῶν δακτύλων, ἡ δὲ αἰσθητικότης τῆς περιοχῆς τοῦ μέσου νεύρου θαίνει πρὸς βαθμιαίαν ἀποκατάστασιν.

Ἐπιδεικνύομεν τὴν περίπτωσιν, λόγῳ τοῦ καλοῦ ἀποτελέσματος εἰς σύντομον χρονικὸν διάστημα.

S U M M A R Y

A. PARASKEVAS, G. STRATIGAKIS: Report on a case of section of tendons, nerves and arteries in the wrist region. — Very good result after surgical treatment.

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Α. ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ: Περίπτωσης πολλαπλῶν καταγμάτων ἀκανθωδῶν ἀποφύσεων ἐκ μυϊκῆς συνολκῆς.

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον).

Ε. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ: Κατάγματα τῆς Ἀγῆς πλευρᾶς.

Τὰ μεμονωμένα κατάγματα τῆς πρώτης πλευρᾶς εἶναι σπανιώτατα. Εἰς τὴν διεθνή βιβλιογραφίαν ἀναφέρονται συνολικῶς περὶ τίς 270 περιπτώσεις, ἐκ τῶν ὁποίων μόνον 22 ἦσαν ἀμφοτερόπλευροι. Αἱ πλεῖσται τῶν περιπτώσεων τούτων ἀνεκαλύφθησαν τελείως συμπτωματικῶς κατὰ τὴν διάρκειαν ἀκτινολογικοῦ ἐλέγχου τοῦ θώρακος εἰς νεοσυλέκτους, οἱ ὅποιοι οὐδὲν ἱστορικὸν τραυ-

ματισμού είχαν, και οὐδέν σύμπτωμα ἐνεφάνιζον. Τὸ γεγονός τοῦτο ἤγειρεν ἀμφιβολίας, ὡς πρὸς τὸ ἂν ἢ ἀκτινολογικῶς ἐμφανιζομένη λύσις τῆς συνεχείας τῆς πρώτης πλευρᾶς ἀπετέλη ἀληθές κάταγμα, ἢ ἐπρόκειτο ἀπλῶς περὶ ἄνωμαλίας τῆς ἀναπτύξεως. Διάφοροι συγγραφεῖς ὑπεστήριξαν τὴν ἄποψιν ὅτι ἐπρόκειτο περὶ ἀτελοῦς συνοστεώσεως δύο πυρήνων, ἐκ τῶν ὁποίων ἀναπτύσσεται ἡ πρώτη πλευρὰ (4,6). Ἐν τούτοις ἀνεκοινώθησαν ὀλίγαι περιπτώσεις εἰς τὰς ὁποίας τὸ κάταγμα ὑπῆρξε ἀποτέλεσμα ἄρσεως, μυϊκῆς προσπαθείας ἢ συγκρούσεως, καὶ προεκάλεσε ἄμεσα κλινικὰ συμπτώματα. Ἐπὶ πλέον εἰς ὀλίγας περιπτώσεις, ὡς τοῦ Alderson, τοῦ Jenkins καὶ εἰς τὴν ἡμετέραν, ὑπῆρχε ἀκτινογραφία πρὸ τοῦ τραυματισμοῦ, ἢ ὁποία ἀπεικόνιζε ἀκεραίαν τὴν μετέπειτα δεβλαμμένην πλευράν. Τὸ γεγονός τοῦτο πιστοποιεῖ, πέραν πάσης ἀμφιβολίας τὸν τραυματικὸν χαρακτήρα τῆς βλάβης τουλάχιστον εἰς τὰς συγκεκριμένας αὐτὰς περιπτώσεις.

Ὁ μηχανισμὸς τῆς προκλήσεως τοῦ κατάγματος δὲν εἶναι πάντοτε ὁ αὐτός.

Οἱ ἀνατομικοὶ χαρακτήρες καὶ αἱ σχέσεις τῆς πρώτης πλευρᾶς, ἐνῶ τὴν προστατεύουν ἀπὸ τὴν ἐπίδρασιν ἀμέσου ἐξωτερικῆς βίας, τὴν καθιστοῦν, ἀντιθέτως, εὐπαθῆ εἰς τὴν ἐπίδρασιν ἐμμέσου βίας, αἰφνιδίας μυϊκῆς συσπάσεως καὶ Stress.

Ἡ πρώτη πλευρὰ εἶναι ἀποπεπλατυσμένη, εὐρεία, καὶ φέρει εἰς τὴν ἄνω ἐπιφάνειαν αὐλακα διὰ τὴν ὑποκλειδίον ἀρτηρίαν. Ἡ αὐλαξ αὕτη ἐξασθενίζει τὸ μέσον τμήμα τοῦ ὅστου. Ἐκατέρωθεν τῆς αὐλακος τῆς ὑποκλειδίου ἀρτηρίας καταφύονται οἱ σκαληνοὶ μύες, οἱ ὁποῖοι ἐξασκοῦν σταθερὰν πρὸς τὰ ἄνω τάσιν εἰς τὸ τμήμα τοῦτο τῆς πλευρᾶς. Τὸ πρόσθιον ἄκρον εἶναι ἀκίνητον, συνδεδεμένον στερρῶς πρὸς τὴν λαθὴν τοῦ Στέρνου διὰ τοῦ πρώτου πλευρικοῦ χόνδρου. Ἡ πρόσφυσις τοῦ ἄνω τμήματος τοῦ πρόσθιου Ὄδοντωτοῦ, τοῦ Ὑποκλειδίου μύος καὶ τοῦ πλευροκλειδικοῦ συνδέσμου ἀκίνητοποιοῦν ἔτι πλέον τὸ πρόσθιον ἄκρον τῆς πρώτης πλευρᾶς. Αἰφνιδία καὶ ἰσχυρὰ σύσπασις τῶν Σκαληνῶν, προκαλεῖ τάσιν κάμψεως εἰς τὸ λεπτότερον καὶ περισσότερον κινήτων τμήμα τῆς πλευρᾶς, καὶ εἶναι δυνατὸν νὰ τὸ θραύσῃ ὅταν ὑπερβῇ τὸ ὄριον κάμψεως.

Συνολικῆ ἐπομένως τῶν σκαληνῶν μυῶν, ἀποτελεῖ τὸν ἕνα, ἀλλ' ὄχι καὶ τὸν μοναδικὸν μηχανισμόν διὰ τοῦ ὁποίου εἶναι δυνατὸν νὰ προκληθῇ κάταγμα τῆς πρώτης πλευρᾶς. Ἐπίδρασις ἀμέσου βίας εἶναι δυνατὸν νὰ προκαλέσῃ παρόμοιον κάταγμα.

Ὁ Pomell (1950) περιέγραψε τρεῖς περιπτώσεις μεμονωμένου κατάγματος τῆς πρώτης πλευρᾶς προκληθέντος διὰ τοῦ μηχανισμοῦ τούτου. Ὁ εἰς

ἐκ τῶν ἀσθενῶν του συνεχρούσθη ὤμον πρὸς ὤμον πρὸς ἕτερον ποδοσφαιριστήν, ὁ δεύτερος ἔπεσεν ἐπὶ τοῦ ἐκτεταμένου ἄνω ἄκρου, καὶ ὁ τρίτος ὑπέστη βίαιαν ὑπὲρ - ἀπαγωγὴν τοῦ ὤμου.

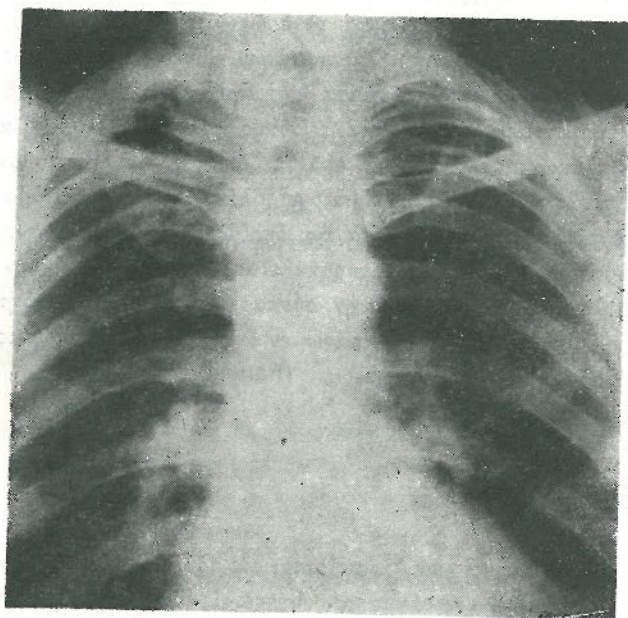
Μεμονωμένα κατάγματα τῆς πρώτης πλευρᾶς, σπανίως προκαλοῦνται ὑπὸ ἀμέσου ἐξωτερικῆς βίας, ἀν καὶ τὸ πρῶτον περιγραφέν τοιοῦτον κάταγμα Jones (1869) προεκλήθη ὑπὸ λακτισμάτων. Συνηθέστερον ἤμως, τὰ ὑπὸ ἀμέσου βίας προκαλούμενα κατάγματα τῆς πρώτης πλευρᾶς συνδυάζονται μὲ κατάγματα τῆς περιβαλλούσης ὠμικῆς ζώνης ἢ ἄλλων πλευρῶν, καὶ εἶναι δυνατὸν νὰ ἐπιπλέκωνται ὑπὸ βλαβῶν τοῦ ὑπεξωκόςτος, ἢ τοῦ πνευμονικοῦ παρεγχύματος. Ἐπίσης δυνατὸν νὰ συνυπάρχη θλάθῃ τῶν ὑποκλειδίων ἀγγείων. Τέλος, ὑπάρχουν περιπτώσεις, κατὰ τὰς ὁποίας τὸ κάταγμα τῆς πρώτης πλευρᾶς ἀνακαλύπτεται τυχαίως, δὲν προκαλεῖ συμπτώματα, καὶ δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ αἰτιολογηθῇ οὔτε μὲ μυϊκὴν σύσπασιν, οὔτε ἀπὸ οἰανδήποτε μορφὴν τραυματισμοῦ. Δυνάμεθα νὰ συμπεράνωμεν ὅτι εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς πρόκειται περὶ καταγμάτων «Κοπώσεως» (Fatigue Fracture).

Ἡμέτεραι περιπτώσεις

1. Ἡ πρώτη περίπτωσις, ἀναφέρεται εἰς τὸν ἐκ τῆς συσπάσεως τῶν Σκαληνῶν μυῶν μηχανισμῶν κατάγματος. Ἀφορᾷ εἰς ἓνα νέον ἄνδρα, 28 ἐτῶν, τύπου ἀθλητικόν, ἐλαιοχρωματιστήν, ὁ ὁποῖος ἠργάζετο ἐπὶ σκαλωσιᾶς μὲ τὸ πρόσωπον πρὸς τὸν τοῖχον, ὅταν αἰφνιδίως, ἢ σανὶς ἐπὶ τῆς ὁποίας ἴστατο, ἔσπασε. Μὲ ἐτοιμότητα ὁ ἐργάτης ἐκρατήθη ἀπὸ μίαν δοκὸν διερχομένην ὑπερθεῖν τῆς κεφαλῆς του, ἐνῶ συγχρόνως εἶλκε μὲ δύναμιν τὴν κεφαλὴν πρὸς τὰ ὀπίσω, διὰ νὰ ἀποφύγῃ τὸ κτύπημα τοῦ προσώπου του ἐπὶ τοῦ τοίχου. Τὴν στιγμὴν αὐτὴν ἠσθάνθη ὀξὺ ἄλγος ὀπισθεν τῶν κλειδῶν τὸ ὁποῖον διειρηθεῖτο μετέπειτα καὶ ἀντανακλοῦσε πρὸς τοὺς ὤμους, τίς ὠμοπλάτες, καὶ τὸ ἄνω τιμῆμα τοῦ θώρακος. Εἶχε διαξιφιστικὸν χαρακτῆρα, καὶ ἐπετείνετο κατὰ τὴν βαθεῖαν ἀναπνοὴν καὶ τὸν θῆχα, ὡς καὶ κατὰ τὴν ἀπαγωγὴν ἢ κάμψιν τῶν ἄνω ἄκρων. Κατὰ τὴν κλινικὴν ἐξέτασιν τὴν ἐπομένην ἡμέραν τοῦ ἀτυχήματος, τὸ ἄλγος ἐνετοπίζετο ὀπισθεν τῶν κλειδῶν. Οἰαδήποτε ἐνεργητικὴ κίνησις τῶν ὤμων προεκάλεθ ὀξὺ ἄλγος. Ὑπῆρχεν εὐαισθησία εἰς τὸ τραχηλικὸν τρίγωνον εἰς ἀμφοτέρας τὰς πλευράς.

Ἀκτινολογικός ἔλεγχος ἔδειξε ἐγκάρσιον κάταγμα ἀμφοτέρων τῶν πρώτων πλευρῶν εἰς τὴν περιοχὴν τῆς αὐλακῆς (Εἰκὼν 1).

Λόγω τῆς σοβαρότητος τῶν ὑσκαίμενικῶν ἐνοχλημάτων, ἐτοποθετήθη



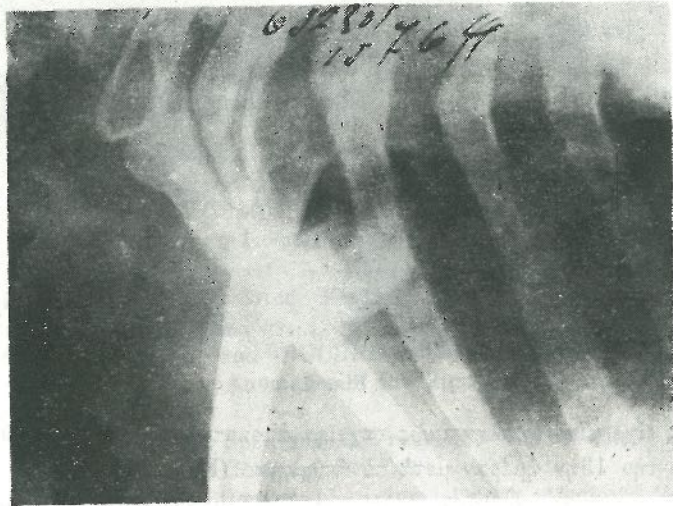
Εἰκ. 1.

«Ὀκτωειδῆς» ἐπίδεσμος πρὸς περιορισμὸν τῶν κινήσεων τῶν ὤμων. Τὸ ἀπλοῦν τοῦτο μέτρον ἀνεκούφησε τὸν ἀσθενῆ ἀπὸ τὸν ὀξὺ πόνον. Ἡ κατὰ τὸν τρόπον τοῦτον «ἀκίνητοποίησις» διετηρήθη ἐπὶ δύο ἐβδομάδας, ὅποτε τὰ ὀξέα συμπτώματα εἶχον ὑποχωρήσει. Εἰς τὸ τέλος τῆς τρίτης ἐβδομάδος ὁ ἀσθενὴς ἠδυνήθη νὰ ἐπαναλάβῃ τὴν ἐργασίαν του, εἰς τὸ τέλος δὲ τῆς τετάρτης ἐβδομάδος ἦτο ἀπολύτως ἐλεύθερος συμπτωμάτων.

Τρεῖς μῆνας πρὸ τοῦ ἀτυχήματος, ὁ ἀσθενὴς εἶχεν ὑποβληθῆ εἰς ἀκτινολογικὸν ἔλεγχον τοῦ δεξιῦ ὤμου, κατόπιν ἑνὸς μικροτραυματισμοῦ. Εἰς τὴν ἀκτινογραφίαν αὐτὴν τὴν ὁποίαν εἴχομεν τὴν τύχην νὰ ἀνεύρωμεν, ἡ δεξιὰ πρώτη πλευρὰ παρουσιάζεται ἀκεραία. (Εἰκὼν 2). Τὸ γεγονός τοῦτο ἀποτελεῖ ἀδιαφιλονίκητον ἀπόδειξιν, ὅτι ἡ θλάβη τῆς πλευρᾶς ἢ παρουσιαζομένη εἰς τὴν ἀκτινογραφίαν τῆς ἡμέρας τοῦ ἀτυχήματος εἶναι πρόσφατον κάταγμα.

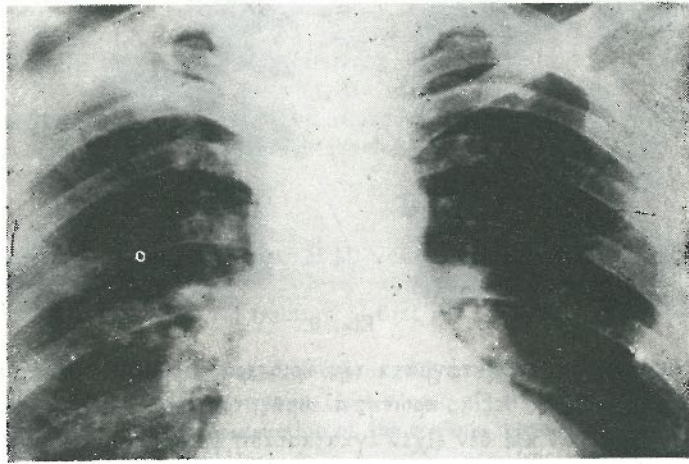
Πέντε μῆνας μετὰ τὸ ἀτύχημα, ὑπάρχει ὑπερτροφικὸς πῶρος, ἀλλὰ ἡ συνοστέωσις εἶναι ἀμφισβητήσιμος. Τελικαὶ ἀκτινογραφαί 15 μῆνας μετὰ τὸ ἀτύχημα, δεικνύουν πύρωσιν ἀμφοτέρων τῶν πλευρῶν. (Εἰκὼν 3).

Περ. 2α. Ένας νέος 25 ετών, οδηγός φορτηγού αυτοκινήτου, ύπστη
 θαρείαν κάκωσιν του θώρακος, όταν συνεθλίθη κάτωθεν του ανατραπέντος αὐ-



Εικ. 2.

τοκινήτου του. Κατὰ τὴν εἰσοδὸν του εἰς τὸ Νοσοκομεῖον ὑπῆρχε ὑποδόριον
 ἐμφύσημα καὶ ἀριστερὸς πνευμοθώραξ, χωρὶς ὅμως παράδοξον ἀναπνοήν. Α-



Εικ. 3.

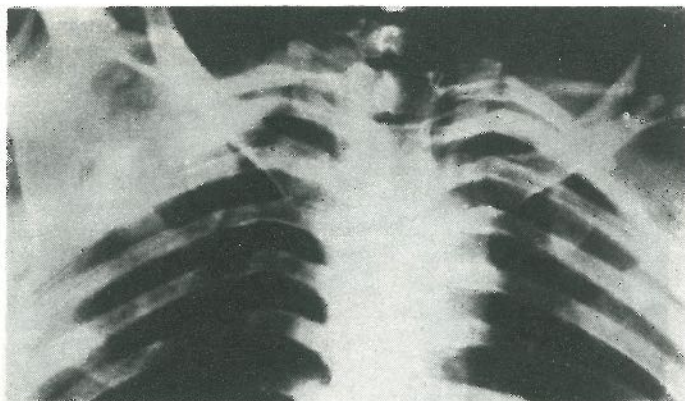
κτινογραφικὸς ἔλεγχος ἔδειξε κατάγματα ἀμφοτέρων τῶν πρώτων πλευρῶν,
 συνοδευόμενα ἀπὸ κατάγματα τῆς κλειδοῦς καὶ τῆς 2ας πλευρᾶς ἀριστερά, δε-

ιν πρῶ-
 θετήθη

ἔπλοον
 τρόπον
 μπτῶ-
 ῆδυνή-
 ομάδος

εκτινο-
 ῆς τὴν
 δεξιὰ
 ἀπο-
 ῶμένη
 αγμα.
 ῆ συ-
 τὰ τὸ

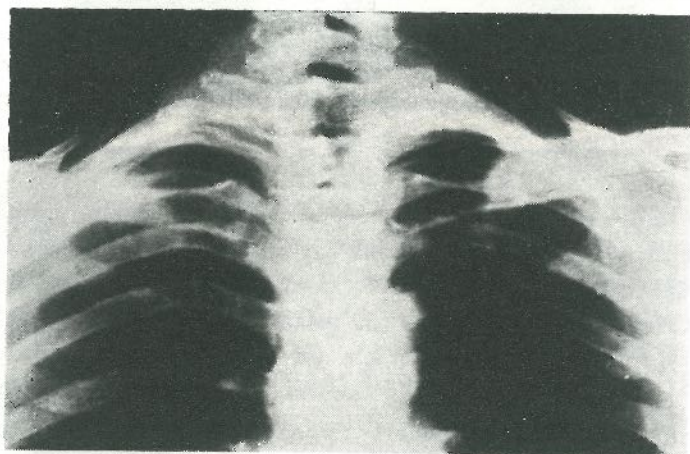
ξιά δὲ ἀπὸ κατάγματα τῆς 2ας, 3ης, 4ης καὶ 5ης πλευρᾶς. Τὸ κάταγμα τῆς ἀριστερᾶς πρώτης πλευρᾶς ἦτο διπλοῦν. Κατόπιν τῆς καταλλήλου θεραπείας,



Εἰκ. 4.

ὁ ἀσθενὴς εἶχε μίαν ἐκπληκτικῶς ταχέαν ἀποκατάστασιν, καὶ ἐξῆλθε τοῦ Νοσοκομείου τὴν 13ην ἡμέραν μετὰ τὸ ἀτύχημα. (Εἰκὼν 4).

Ἀκτινογραφίαι ληφθεῖσαι τρεῖς καὶ ἕμισυ μῆνας μετὰ τὸ ἀτύχημα, δει-



Εἰκ. 5.

κνύουν ὅτι ἀμφότερα τὰ κατάγματα τῆς ἀριστερᾶς πρώτης πλευρᾶς εἶχον πωρωθῆ. Τὸ κάταγμα τῆς δεξιᾶς πρώτης πλευρᾶς, τὸ ὁποῖον ἦτο παρεκτοπισμένον, δὲν εἶχε πωρωθῆ, ἀν καὶ δὲν εἶχεν ἐγκατασταθῆ ψευδάρθρωσις. (Εἰκ. 5).

Ἡ περίπτωσις αὕτη εἶναι ἀποτέλεσμα ἀμέσου θίας, καὶ ἀναφέρεται ἐδῶ διὰ τὴν νῦν καταδειχθῆ, ὅτι εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς, τὸ κάταγμα τῆς πρώτης πλευρᾶς δὲν εἶναι μεμονωμένον, ἀλλὰ συνοδεύεται ὑπὸ περισσοτέρων ελαθῶν τοῦ θωρακικοῦ τοιχώματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AITKEN, A. P., LINCOLN, R. E., (1939) : Fracture of the First Rib due to Muscle pull. *New England Journal of Medicine*, 220, 1063
2. ALDERSON B. R. (1944) : Stress Fractures of the First Rib. *British Journal of Radiology*, 17, 323.
3. ALDERSON, B. R. (1947) : Further Observations on Fracture of the First Rib. *British Journal of Radiology*, 20, 345.
4. BOWIE, E. R., and JACOBSON, H. G. (1945) : Anomalous Development of the First Rib Simulating Isolated Fracture. *American Journal of Roentgenology*, 53, 161.
5. GARBER, R. L. (1944) : Isolated Fracture of the First Rib Produced by Muscular Traction. *Radiology*, 42, 395.
6. GERSHON - COHEN, J, and DELBRIDGE, R. E., (1945) : Pseudarthrosis, Synchrondrosi and other Anomalies of the First Ribs. *American Journal of Roentgenology*, 53, 49.
7. JENKINS, S. A., (1952) : Spontaneous Fractures of Both First Ribs. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 34 - B, 9.
8. JONES, T. E., (1869) : A Remarkable Injury. *British Medical Journal*, 11, 201.
9. JOSHI, S. G., PAMDAY, S. R., PARULKAR, G. B., and SENP. K., (1965) : Bilateral Fracture of the First Rib. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 47 - B, 283.
10. POWELL, F. I., (1950) Fracture of the First Rib. *British Medical Journal*, 1, 282.
11. PROCTOR, S. E., CAMBELL, T. A. and ABRAMSON, A. S. (1945) : March Fracture of the First Rib (Barrack Bags Fracture). *Bulletin of the U. S. Army Medical Department*, No 89, 101.
12. SYCAMOR, K. (1944) : Common Congenital Anomalies of the Bony Thorax. *American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, 54. 593

S U M M A R Y

1. Two cases of bilateral fracture of first rib produced by different mechanisms are described.

2. In the first case, the existence of a radiograph which shows a previously intact rib, proves that this was in fact a case of true spontaneous fracture due to sudden and forcible contraction of the scalene muscles.

3. In cases of direct violence as in our 2nd case, fractures of the first rib are associated with fractures of other ribs and complicated by pleural injury.

4. In the first case it took more than five months for fractures to unite. In the second case, the undisplaced double fracture of the one rib united in less than three and a half months. The situation of the fracture may play a part in the rate of union.

α τῆς
πελάς,

ἡ Νο-
, δετ-

πω-
έγον,
ἔδω
ώτης
χδωγ

Γ. ΒΑΡΟΥΧΑΣ, Ι. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ: Παρατηρήσεις επί των παραμορφώσεων των άκρων ποδών επί 1126 νεοσυλλέκτων ναυτών.

Υπό τόν όρον παραμορφώσεις του άκρου ποδός, έννοοϋμεν τās συγγενείς ή επίκτητους δυσμορφίας αυτού και δή τήν ραιβοίπποποδίαν, ίπποποδίαν, πτεροποδίαν, θλαισοποδίαν, κοιλοποδίαν, ήπλωμένον ή εύρυν ποδν, ραιδόν μετατάρσιον, ραιδόν μέγα δάκτυλον, ραιδόν 5ον δάκτυλον, θλαισόν μέγα δάκτυλον, σφυροδακτυλία, συνδακτυλία και πολυδακτυλία.

(Κ. Χατζηδάκης 1962).

Η συχνότης αυτών δέν είναι πλήρως εξηκριθωμένη. Ασφαλώς ύπάρχει διαφορά ως πρός τό φύλον (μέ ύπεροχήν του άρρενος), ως πρός τήν φυλήν, ως πρός τήν παραμόρφωσιν, ως πρός τό συγγενές ή επίκτητον αυτών και τήν ηλικίαν του άσθενους. Πολλαι λόγω τής ελαφρότητός των (ραιδός 5ος δάκτυλος — δερματική συνδακτυλία) παρέρχονται άπαρατήρητοι και τυχαίως ανακαλύπτονται υπό των ιατρών, ένψ άλλαί πάλιν λόγω τής σοβαρότητός των (συγγενής ραιβοίπποποδία) καταφεύγουν έγκαίρως εις τόν ιατρόν και θεραπεύονται καταλλήλως.

Έκ των ύπαρχόντων στατιστικών, εις τήν παιδιατρικήν Όρθοπεδικήν Κλινικήν του Scottish Rite Hospital, έ Ι. Η. Kite, (1950), δίδει μεταξύ όλων των άσθενών αναλογία 1:11 διά τήν ίπποποδίαν και 1:5 διά κάποιαν άλλην συγγενή παραμόρφωσιν. Ο Ferguson (1963) αναφέρει συχνότητα συγγενούς ραιβοίπποποδίας εις 1:1000 γεννήσεις. Εις τήν Πολυκλινικήν Άθηνών (καίτοι δέν αντιπροσωπεύονται πραγματικά σχέσεις) αναφέρονται (Η. Λέκος 1966) αναλογία παραμορφώσεως 1:200 του συνόλου των εξεταζομένων άσθενών μέ προεξάρχουσαν τήν πλατυποδίαν, ραιδόν ή θλαισοποδίαν. Εις τήν Όρθοπεδικήν Κλινικήν Νοσοκομείου Παίδων «Άγία Σοφία» ανεύρομεν ότι αι παραμορφώσεις των άκρων αντιπροσώπευσαν 10,3% των εισαγωγών, μέ προεξάρχουσαν τήν ραιβοίπποποδία και 15% των εξετασθέντων εις τά έξωτερικά ιατρεία μέ προεξάρχουσαν τήν θλαισοπλατυποδίαν.

Γεγόμεναι όμοίως στατιστικάί επί των πληρωτών των Π.Π.Α. κατά τόν Α' και Β' παγκόσμιον πόλεμον έδωσαν αναλογία πασχόντων πρός ύγιείς 1:132.

Τήν αναζήτησιν των ως άνω παραμορφώσεων έπεχειρήσαμεν επί νεοσυλλέκτων ναυτών εις τό Κέντρον Έκπαιδεύσεως Παλάσθας έν Σμαραμαγαθά, κατά Άπρίλιον 1966.

Υλικόν — Μέθοδος

Έξητάσθησαν άδιακρίτως 1126 νεοσύλλεκτοι ναύται λεπτομερώς διά τās

παραμορφώσεις του άκρου ποδός. Συγχρόνως εξετάζοντο διά ραιβογονία και βλαισογονία, ο βαθμός δὲ τούτων κατεμετρεῖτο διά τῆς ἀποστάσεως τῶν γονάτων ἢ τῶν ἔσω σφυρῶν ἀντιστοίχως. Κατεγράφετο ἐπίσης ὁ τόπος καταγωγῆς των, ἢ κληρονομική σχέσις καὶ αἱ τυχόν υπάρχουσαι ἐνοχλήσεις. Ἐρωτᾶτο ὁμοίως ὁ ἐξεταζόμενος διά τυχόν πάθησιν τῶν ἄκρων του εἰς νεαράν ἡλικίαν, δι' ἣν ὑπεβλήθη εἰς τινὰ θεραπείαν.

Ἡ μέση ἡλικία τῶν ἐξεταζομένων ἦτο 21 ἔτη (18—28 ἔτη).

Ἀποτελέσματα.

Τὰ ἀνευρεθέντα ἀποτελέσματα καταγράφονται εἰς τὸν πίνακα I καὶ II.

ΠΙΝΑΞ I.

Ἀμιγεῖς παραμορφώσεις

Ν Ο Σ Η Μ Α	Ἀριθμὸς ἀσθενῶν	Ἀναλογία ἐπὶ %
Ραιβογονία	158	43
Βλαισογονία	79	21,60
Ἐλαφρὰ πλατυποδία	39	10,6
Βαρεῖα πλατυποδία	19	5
Ραιδὸς 5ος δάκτυλος	6	1,6
Ραιδὸς μέγας δάκτυλος ἑτεροπλεύρως	4	1
» » » ἄμφω	2	0,5
Κοιλοποδία	4	1,00
Ἀνηρητημένος 4ος δάκτυλος	1	0,25
Βλαισὸς 2ος δάκτυλος ἄμφω	1	0,25
Σφυροδακτυλία 2ου, 3ου, 4ου δακτύλου ἄμφω	1	0,25
Ἡπλωμένος ποῦς	1	0,25
Σφυροδακτυλία 2ου δακτύλου ἄμφω	1	0,25
Βλαισὸς μέγας δάκτυλος ἑτεροπλεύρως	2	0,5
» » » ἄμφω	3	0,75
Συγδακτυλία	1	0,25
Σύνολον	322	87 %

ΠΙΝΑΞ Η.

Σύνθετοι παραμορφώσεις γονάτων - άκρων

Ν Ο Σ Η Μ Α		Αριθμός ασθενών	Αναλογία έπι %
Ραιθογονία και	έλαφρά πλατυποδία	13	3,5
»	» βαρεία πλατυποδία	3	0,78
»	» ραιθός 5ος δάκτυλος	1	0,28
»	» κοιλοποδία Α) Δ	1	0,28
»	» σφυροδακτυλία 2ου δακτύλου	1	0,28
»	» ήπλωμένος ποδός	1	0,28
»	» ραιθόν μετατάρσιον Δ) Α	1	0,28
»	» ραιθός μέγας δάκτυλος έτεροπλεύρως	1	0,28
Βλαιογονία »	έλαφρά πλατυποδία	5	1,30
»	» βαρεία πλατυποδία	10	2,75
»	» ραιθός 5ος δάκτυλος	1	0,28
»	» ραιθόν μετατάρσιον Δ	2	0,56
»	» συνδακτυλία 2-3 δακτύλου	1	0,28
»	» βλαισός 2ος δάκτυλος άμφω	1	0,28
»	» έλαφρά ραιθοποδία	1	0,28
»	» ραιθός μέγας δάκτυλος έτεροπλεύρως	1	0,28
»	» » » άμφω	1	0,28
»	» βλαισός μέγας δάκτυλος	1	0,28
Έλαφρά πλατυποδία και	εύρύς ποδός	1	0,28
Βαρεία πλατυποδία και	βλαισός μέγας δάκτυλος Δ) Α	1	0,28
Σύνολον		48	13 %

Ήτοι έπι συνόλου 1.126 έξετασθέντων 370 (=32%) εύρέθησαν παρουσιάζοντες παραμορφώσεις άκρου ποδός και γονάτων. Έξαιρουμένων δε τής βλαιογονίας και ραιθογονίας (237 παραμορφώσεις =20%), παραμορφώσεις του άκρου ποδός εύρέθησαν εις 133 (=12%) έξετασθέντες.

Προεξάρχουσαι παραμορφώσεις, ώς έμφαίνεται εις τούς πίνακας I και II, ήτο ή ραιθογονία 43%, ή βλαιογονία 21,6% και ή πλατυποδία 15,6%. Αι περισσότεραι παραμορφώσεις (322=87%) ήσαν άμιγείς τοιαύται και μόνον 48=13% σύνθετοι. Εις τās δευτέρας πάλιν προεξάρχουσαν θέσιν κατείχον παραμορφώσεις εις άτινας ή μία ήτο βλαιογονία ή ραιθογονία.

Ὁ βαθμὸς τῆς βλαιογονίας καὶ ραιθογονίας ἐποικίλλα ὡς ἐμφαίνηται εἰς τὸν πίνακα III. Ἡ μεγαλύτερα συχνότης παρατηρήθη ἐπὶ ἀποστάσεως 3, 4, 5 καὶ 6 ἑκατοστ. Οἱ μεγαλύτεροι βαθμοὶ βλαιογονίας παρατηρήθησαν ἐπὶ παχέων ἀτόμων.

Οὐδείς ἐκ τῶν ἐξετασθέντων τούτων ἀνέφερον ἐνοχλήματα τινὰ ἐκ τῆς παραμορφώσεως, μόνον δὲ 28 ἐξ αὐτῶν ἐγνώριζον ὅτι εἶχον «στραβά πόδια», ραιθογονία ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, καὶ μόνον 5 ἐκ τούτων ἀνέφερον κληρονομικὴν τινὰ σχέσιν μὲ τοὺς γονεῖς των ἰδίᾳ. Μερικοὶ τούτων παρουσίαζον καὶ συστροφὴν κνήμης, τῆς ὁποίας ὁμως ἡ ἀκριβὴς μέτρησις δὲν ἦτο εὐκόλος.

ΠΙΝΑΞ III.

Βαθμὸς βλαιογονίας καὶ ραιθογονίας

Ἀπόστασις εἰς ἑκατ. μεταξύ τῶν γονάτων (ΡΓ) καὶ σφυρῶν (ΒΓ)	Ἀριθμὸς ἀσθενῶν	
	Ραιθογονία	Βλαιογονία
1	2	—
2	17	8
3	36	17
4	38	16
5	39	23
6	24	13
7	8	10
8	13	9
9	3	2
10	—	1
11	—	2
12	—	1
13	—	1
14	—	—
Σύνολον	190	103

Ἐκ τῶν ἄλλων παραμορφώσεων τῶν ἄκρων τὴν ὑπάρχουσαν πλατυποδίαν των ἐγνώριζον μόνον 18 (συνήθως βαρείας μορφῆς, ἐξ ὧν 3 ἐκρίθησαν

ιαλογία
ἐπὶ %

3,5

0,78

0,28

0,28

0,28

0,28

0,28

0,28

1,30

2,75

0,28

0,56

0,28

0,28

0,28

0,28

0,28

0,28

0,28

0,28

0,28

3 %

—

παρου-

δὲ τῆς

φώσεις

—

I καὶ

5%. Αἱ

μόνον

ον πα-

κατάλληλοι: διὰ βοηθητικᾶς ὑπηρεσίας), εἰς τὰς ἄλλας δὲ παραμορφώσεις συνήθως οὐδεμίαν σημασίαν ἀπέδιδον, ἀποδίδοντες αὐτὰς ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον εἰς τὰ ὑποδήματα ἢ ἐργασίαν τῶν ἢ ποδοσφαιρον. Ἐκ τούτων ἐνοχλήματα ἀνέφερον μόνον 10 μὲ βαρείαν πλατυποδίαν (ἄλγη, οἴδημα μετὰ κόπωσην, αἰμωδία).

Κληρονομικὴν τινὰ σχέσιν ἀπέδωσαν πρὸς τοὺς γονεῖς ἢ ἀδελφοὺς τῶν 2 μὲ ραιδογονία καὶ πλατυποδία, 5 μὲ πλατυποδία, 1 μὲ θλαισὸν μέγα δάκτυλον καὶ 1 μὲ ραιδὸν ὄν δάκτυλον.

Ἀξιόσημειώτον τυγχάνει ὅτι εἰς τοὺς ἐξετασθέντας συμπεριλαμβάνοντο καὶ 20 Ὀθωμανοὶ ἐκ Ρόδου ἢ Θράκης. Εἰς τοὺς 16 (80%) ἐκ τούτων ἀνευρέθησαν διάφοροι παραμορφώσεις (εἰς 6 σύνθετοι) καὶ δὴ ἐκ τῶν πλέον ἐμφανῶν.

Ἐκ τῶν τόπων καταγωγῆς οὐδὲν τὸ ἀξιόλογον (ὡς ἄλλωστε ἀνεμένετο) παρατηρήθη.

ΠΙΝΑΞ IV.

Τόπος καταγωγῆς

Τόπος καταγωγῆς	Ἀριθμὸς παραμορφώσεων γενικῶς	Ἀριθμὸς παραμορφώσεων ἐκτὸς ἀμιγῶς ΡΓ καὶ ΒΓ
Νῆσοι Αἰγαίου πλὴν Κυκλάδων	60	25
Ἀθήναι	52	18
Πειραιεὺς	42	10
Πελοπόννησος	31	9
Κυκλάδες — Ἀργοσαρωνικὸς	30	8
Ἴόνιοι Νῆσοι	27	12
Ἀττικοβοιωτία	23	6
Ἠπείρος	16	5
Θράκη	16	6
Δωδεκάνησα	14	8
Εὐβοία ἀνευ Σποράδων	13	6
Θεσσαλία	13	4
Κρήτη	12	5
Κεντρικὴ Μακεδονία	12	8
Λοιπὰ διαμερίσματα	9	3
Σύνολον	370	133

Τὸ ὅτι τὸ πλῆθος τῶν παρουσιαζόντων παραμορφώσεις κατήγοντο ἐκ τῶν Νήσων Λιγαίου, Κυκλάδων, Ἰονίου, ἐξ Ἀθηνῶν καὶ Πειραιῶς οὐδὲν προσφέρει καθ' ὅσον οἱ κατατασσόμενοι προέρχονται συνήθως ἐξ ὠρισμένων, διαμερισμάτων τῆς χώρας καὶ διὰ τὸ Β. Ναυτικὸν ἐπιλέγονται κυρίως οἱ μὲ τὴν θάλασσαν ἔχοντες σχέσιν (νησιῶται ἰδίᾳ).

Ἐπίκρισις — Συμπεράσματα

Οἱ ἀναφερόμενοι ἀριθμοὶ δὲν δύνανται ἀσφαλῶς γὰ γενικευθῶν ἐπὶ τοῦ καθόλου πληθυσμοῦ, καθ' ὅσον ἀναφέρονται μόνον ἐπὶ ἀρρένων ἐνηλίκων ἐμφανῶς τουλάχιστον ὑγιῶν, εἰς τοὺς ὁποίους ποιά τις ἐπιλογή ἐγένετο ἀρχικῶς εἰς τὰ κέντρα ἐπιλογῆς.

Παρὰ ταῦτα φαίνεται ὅτι αἱ μικροῦ βαθμοῦ ραιβογονία καὶ θλαισγονία, ἀποτελοῦν, παρ' ἡμῖν συχρὸν εὑρημα, ἀκολουθεῖ δὲ ἡ πλατυποδία. Ἀξιοσημείωτον τυγχάνει ἐπίσης ὅτι καίτοι ὁ ἀριθμὸς τῶν παρουσιαζόντων παραμορφωσιν τινὰ ἀνήλθεν εἰς 370, μόνον ὀλίγοι ἐκ τούτων ἐγνωρίζον τὴν παραμόρφωσιν των (46 ἦτοι 12,4%) καὶ ἐλάχιστοι ἀνέφερον μικρὰ τινὰ ἐνοχλήματα. Κληρονομικὴ τις σχέσις ἀνευρέθη εἰς 3,7% τῶν περιπτώσεων.

Ἡ καταγραφή τέλος τοῦ τύπου καταγωγῆς των οὐδὲν ἀπέδωσεν.

B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- FERGUSON A. B. JR. (1963) Orthopedic surgery in infancy and childhood 2nd ed Baltimore.
 KITE J. (1950) : Cong. def. of the feet. surg. gyn and obst. 89 : 487.
 ΛΕΚΟΣ Η (1966) : Συγγενεῖς παραμορφώσεις τῶν ἄκρων ποδῶν, Ἰατρικὴ 9,312 - 322
 ΧΑΤΖΗΔΑΚΗΣ Κ. (1962) : Ὀρθοπαιδικὴ Χειρουργικὴ καὶ Τραυματολογία, Τομος 3ος

S U M M A R Y

G. J. VAROUCAS and J. E. KARADIMAS A survey of malformations of legs and feet on 1126 Recruited sailors.

The survey was done on 1126 recruited sailors of the main training base of the R. H. Navy, on malformations of legs and feet.

On three hundred seventy we find some kind of malformation (32%) of these, two hundred thirty seven (29%) had some degree of varus and valgus knee deformity. The remaining hundred thirty three (12%) had had several deformities of the foot with predominant the common flat-foot.

Of all of these 13% were combined with each other. Only 46 (12,4%) were aware of deformity. There was a hereditary tendency on 3,7%.

ΕΠΙΔΕΙΞΕΙΣ

Γ. ΒΑΡΟΥΧΑΣ, Ι. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ, Β. ΜΑΤΖΑΡΗΣ: Περίπτωσης άμφοτεροπλεύρου συγγενούς άνω κερκιδωλενικής συνοστεώσεως.

Έκ τών συγγενών συνοστεώσεων τών ώς άνω άκρων, ή τής κερκιδωλενικής άπαντάται συχνότερον. Παρά ταύτα όλίγαί μόνον έκατοντάδες περιπτώσεων έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα.

Όφείλεται εις ένδομήτριον άναστολήν τής ανάπτυξεως του μεσοδέρματος, θεωρείται υπό τινων άταχιστική εκδήλωσις και ένίοτε άποτελεί κληρονομικήν πάθησιν.

Προσβάλει έξ ίσου άμφοτέρα τά φύλα, είναι άμφοτερόπλευρος εις 50% τών περιπτώσεων και έπισυμβαίνει εις τήν άνω κερκιδωλενικήν 50 φορές συχνότερον ή εις τήν κάτω.

Ό Wilkie (1914) διακρίνει δύο ομάδας συγγενών συνοστεώσεων. Εις τήν πρώτην έχει σχηματισθή άτελώς τó άνω πέρας τής κερκίδος, ή συνοστεώσις άφορᾷ μεγάλον τμήμα εις μήκος και δέν διακόπτεται αὔτη υπό φλοιώδους όστου. Εις τήν δευτέρα συνυπάρχει συγγενές έξάρθρημα τής κεφαλής τής κερκίδος, συχνότερον όπίσθιον και ή συνοστεώσις δέν είναι εκτεταμένη.

Ό Mc Farland (1950) διακρίνει τρεις ομάδας. Εις τήν πρώτην, έλλείπει τó άνω πέρας τής κερκίδος και ή κερκίς φαίνεται εκφυομένη εκ τής ώλένης.

Εις τήν δευτέρα ή κεφαλή είναι άνώμαλος και παρεκτοπισμένη συνοστεοῦται με τó άνω πέρας τής ώλένης. Εις δέ τήν τρίτην, ή κεφαλή άνώμαλος και παρεκτοπισμένη δέν συνοστεοῦνται ζληθώς μετά τής ώλένης, αλλά διά στερροῦ ένώδους συνδετικού ίστου. Τόν αὐτόν διαχωρισμόν ακολουθεῖ και παρ' ήμιν ό Χατζηδάκης (1958).

Ό πάθησις δέν άφορᾷ μόνον τά όστά, αλλά σχεδόν πάντοτε άνευρίσκειται στερροῦς μεσόστεος ύμην, άνωμάλως διατεταγμένος ώς και άνωμαλίου τών πρηγιστῶν και ίδια τών ύπτιαστῶν μυῶν.

Κλινικῶς ὁ ἀσθενὴς ἀδυνατεῖ νὰ ἐκτελέσῃ πρηνισμὸν καὶ ὑπτιασμὸν, διατηρεῖ δὲ τὸ ἀντιβράχιόν του πρὸς πρηνισμὸν. Αἱ κινήσεις τῶν πηχεοκαρπικῶν δὲν ἐπηρεάζονται, ἐνῶ τοῦ ἀγκῶνος ἐνίοτε μειοῦνται. Δυνατὸν ὁμοίως λόγῳ τοῦ ἐξαρθρήματος τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος, νὰ παρουσιασθῇ (Cubitus Valgus) ὀλκισμὸς ἀγκῶν.

Θεραπευτικῶς ἐπεχειρήθη χειρουργικὴ λύσις τῆς συνοστεώσεως μὲ πενιχρὰ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἀποτελέσματα, δι' ὃ ἐπὶ μεγάλῃ παραμορφώσεως γίνεται ὁστεοτομία στροφῆς τῆς κερκίδος καὶ νέα τοποθέτησις τῶν μυῶν αὐτῆς εἰς θέσιν ὑπτιασμοῦ.

Παρ' ἡμῖν περιπτώσεις ἄνω κερκιδωλενικῆς συνοστεώσεως ἔχουν περιγράψει ὁ Α. Κονταργύρης καὶ Δ. Καραβίας (1958).

Ἡμετέρα περίπτωσις

Ὁ προπαιδευόμενος ναύτης Ι. Π. (Α.Μ. 12905), ἐτῶν 20, ἐξ Ἀραδίας, προσήλθε διὰ νὰ καταταγῇ εἰς τὸ Β.Ν., διαπιστωθείσης δὲ τῆς ἀνωμαλίας του ταύτης ἀπεστάλη εἰς τὸ Ναυτ. Νοσ. Πειραιῶς πρὸς ἔλεγχον.

Κατὰ τὴν κλινικὴν ἐξέτασιν τοῦ ἀσθενοῦς εὐρέθη ὅτι ἀμφότερα τὰ ἀντιβράχια διετηροῦντο εἰς θέσιν σχεδὸν πλήρους πρηνισμοῦ. Κινήσεις πρηνισμοῦ ὑπτιασμοῦ ἦσαν ἀδύνατοι. Αἱ κινήσεις τῶν πηχεοκαρπικῶν ἠλέγχθησαν πλήρως, αἱ δὲ κινήσεις τῶν ἀγκῶνων ὑπολείπονται εἰς κάμψιν 20° καὶ εἰς ἔκτασιν 30°. Παρατηρήθη ἑλαφρὰ μυϊκὴ ἀτροφία.

Γενικὸς ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος δὲν ἀπεκάλυψεν ἄλλο τι εἰμὴ τὴν συνοστεώσιν τῆς ἄνω κερκιδωλενικῆς ἄμφω.

Ἐπεδείχθη εἰς τὸν ἀσθενῆ ἡ προσπάθεια πρὸς θεραπείαν δι' ἐγχειρήσεων, τὴν ὁποίαν ὁμοῦς ἠρνήθη, δι' ὃ παρεπεμφθεὶς εἰς τὴν Ἀνωτ. Ναυτ. Ὑγειον. Ἐπιτροπὴν, ἐκρίθη ὡς ἀκατάλληλος διὰ τὸ Β.Ν. λόγῳ τῆς σοβαρᾶς λειτουργικῆς του ἀναπηρίας καὶ ἀπῆλθεν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. XATZHAKHES K. (1958) : Ὀρθοπαιδικὴ Χειρουργικὴ καὶ Τραυματολογία, Τόμος 1ος, Ἀθήναι
2. KONTARGYRHS A. (1958) : Ἀναφέρεται ὑπὸ Κ. Χατζηδάκη.
3. Περίπτωσις συγγενοῦς κερκιδωλενικῆς συνοστεώσεως. Ἐπίδειξις ἀσθενοῦς. Δελτίο Ἑλ. Ἐτ. Χειρ. Ὀρθρ. 3 Τραυμ. 1961, Συνεδρία 3/6/58.
4. BUNNEL ST. (1956) : Surgery of the hand. 3rd ed., Philadelphia.
5. HURT F. AND SPENCER C. (1944) : Surgery, 15,894
6. MCFARLANT B. (1950) : Modern trends in orthopedics, London.
7. WILKIE D. P. D. (1914) : Congenital radio - ulnar Synostosis, Brit. Jour. S. 1,366.

S U M M A R Y

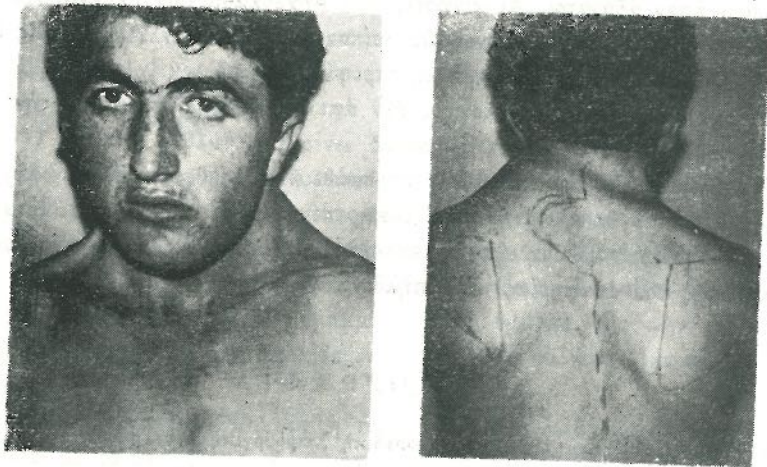
G. J. VAROUCHAS, J. E. KARADIMAS and V. MATZARIS A case of congenital radio - ulnar synostosis.

A case of congenital upper radio - ulnar synostoses is reported on a young male 20 years of age. he could not pronate or supinate the forearms, there was a moderate atrophy of the forearms, but otherwise the function of the upper extremity was not very much impaired.

Κ. Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ: Περίπτωσης συνδρόμου Klippel - Feil χειρουργηθείσα.

Ἔχομεν τὴν τιμὴν νὰ ἐπιδειξώμεν τὴν περίπτωσιν τοῦ ἀσθενοῦς Κ. Π., ἐτῶν 18. (Εἰκ. 1).

Ὁδτος προσήλθεν εἰς τὴν ἡμετέραν Κλινικὴν τὴν 10.2.66 ἐμφανίζον παραμόρφωσιν τοῦ τραχήλου καὶ διόγκωσιν τῆς ἀριστερᾶς ὑπερκλειδίου χώρας, ὡς καὶ συγγενῆ παραμόρφωσιν ἀριστεροῦ πτερυγίου τοῦ ὠτός, ἀσυμετρίαν προσώπου, δυσκίνησιαν τοῦ αὐχένος καὶ κλίσιν τῆς κεφαλῆς πρὸς τὰ ἀριστερά.



Εἰκ. 1. Ὁ ἀσθενὴς πρὸ τῆς ἐπεμβάσεως.

Ἐπὶ τῶν γενομένων ἀκτινογραφιῶν καὶ τομογραφιῶν διαπιστοῦνται τὰ κάτωθι:

1) Συνοστέωσις ἀτλαντος καὶ ἐπιστροφέως, ἐλεύθερον μεσοσπονδύλιον διάστημα μεταξύ 2—3 αὐχενικοῦ, συνοστέωσις τῶν ὑπολοίπων αὐχενικῶν σπονδύλων ὡς καὶ τῶν τριῶν πρώτων θωρακικῶν.

2) Σκολίωσις θωρακοαυχενικής μοίρας Σ.Σ. με τὸ κυρτὸν πρὸς τὰ ἀριστερά.

3) Ἀνωμαλία τῶν τριῶν πρώτων πλευρῶν ἀριστεροῦ ἡμιθωρακίου συνισταμένην εἰς κοινήν ἔκφυσιν ἐκ τῶν ἀνωμάλων θωρακοαυχενικῶν σπονδύλων.

4) Ἐκ τοῦ δεξιοῦ ἡμιθωρακίου ὑπάρχουν δέκα πλευραί, ἡ δὲ ἑνδεκάτη ἐμφανιζομένη ὡς αὐχενική πλευρὰ ἔχει κατεύθυνσιν πρὸς τὰ ἄνω.

Ἐν συνεργασίᾳ μετὰ τῆς θωρακοχειρουργικῆς Κλινικῆς προβαίνομεν εἰς ἀρτηριογραφίαν διὰ πιθανὴν ἀνώμαλον ἔκφυσιν καὶ τῶν ἀγγείων τῆς περισχῆς.

Ἐξ αὐτῆς διεπιστώθη:

Ὅτι τὸ εὔρος καὶ τὸ τοίχωμα τῶν σκιαγραφηθέντων ἀγγείων εὐρίσκεται ἐντὸς τῶν φυσιολογικῶν ὁρίων, μὴ σημειουμένων νεοπλαστῶν ἀγγείων ἢ παραπλεύρου ἀναπληρωματικῆς κυκλοφορίας.

Τελικῶς ἐν συνεργασίᾳ πάντοτε μετὰ τῆς Θ.Χ.Κλ. ἀποφασίζομεν τὴν ἐκτομὴν τοῦ προέχοντος τμήματος τῶν πλευρῶν ἀπὸ τοῦ ἀριστεροῦ τραχήλου καὶ τὴν θωρακοπλαστικὴν εἰς τὸ σημεῖον αὐτό.

Ἠράγματι τὴν 11.3.66 προβαίνομεν εἰς τὴν ἐγχείρησιν. Διὰ τομῆς 25 ἐκ. ἐπὶ τῆς ἀριστερᾶς τραχηλικῆς χώρας μέχρι τῆς μεσότητος τοῦ νωτιαίου χεῖλους τῆς ὀμοπλάτης ἀποκαλύπτομεν τὴν 1, 2, 3 πλευρὰν καὶ τὴν κοινήν αὐτῶν ἔκφυσιν. Ἐκτέμνομεν αὐτάς διὰ συρματοπρίονος καὶ τὸ περιφερικὸν ἄκρον αὐτοῦ εἰς ἔκτασιν 5—6 ἐκ.

Ἐν συνεχείᾳ ἐκτέμνεται καὶ ἡ 4η πλευρὰ καὶ ἀπωθοῦμεν τὸν ὑπεζωκῶτα πρὸς τὰ κάτω. Πρὸς συγκράτησιν αὐτοῦ οἱ διαταμέντες μὲς συρράπτονται κατὰ στρώματα ὥστε ἀνωθεν τοῦ ἀπωθηθέντος ὑπεζωκῶτος νὰ σχηματισθῇ παχὴ μὲικὸν στῶμα καὶ ἀποφευχθῇ ἡ παράδοξος ἀναπνοή.

Μεταχειρητηκὴ πορεία: Ὁμαλή. Ἐπούλωσις τοῦ τραύματος κατὰ πρῶτον σκοπόν.

Τὴν 28.3.66 ὁ ἀσθενὴς ὑποβάλλεται εἰς πλαστικὴν πρὸς διόρθωσιν τῆς παραμορφώσεως τοῦ ἀριστεροῦ ὠτός.

Τὴν 9.4.66 ἐξέρχεται ἐκ τῆς Κλινικῆς ἔχων καλῶς καὶ λίαν ἐκανοποιημένους ἐκ τῆς θελατιώσεως τῆς κινητικότητος τοῦ αὐχένος, ὡς καὶ τοῦ αἰσθητικοῦ ἀποτελέσματος. (Εἰκ. 2).

Ἐπιδεικνύομεν τὴν περίπτωσιν λόγῳ τῆς σπανιότητος τοῦ συνδρόμου Klippel - Feil μετὰ πολλῶν συγγενῶν ἀνωμαλιῶν, πλὴν τῆς συνοστεώσεως τῶν σπονδύλων ὡς καὶ τοῦ ἐπιτευχθέντος ἀποτελέσματος μετὰ τὴν ἐπέμβασιν.

Ἐπεμβάσεις πρὸς διόρθωσιν τοιοῦτου εἴδους συγγενῶν ἀνωμαλιῶν δὲν εἶναι συνήθης καὶ νομίζομεν ὅτι εἶναι ἡ πρώτη γενομένη παρ' ἡμῶν.

Δύο ἄλλαι περιπτώσεις ἀναφερόμεναι εἰς τὴν Ἑλληνικὴν Βιβλιογραφίαν,

ήτοι, ή πρό δύο μηνών επιδειχθείσα υπό τοῦ κ. Σουριμελή εἰς τήν Ἑταιρείαν καί ἕτερα δημοσιευθεῖσα εἰς Ὀρθοπαιδικά Χρονικά τῆς Βούλας υπό τοῦ



Εἰκ. 2. Ὁ ἄσθενής μετά τήν ἐπέμβασιν.

κ. Παΐσιου τὸ 1956, ἀπλῶς ἐπεδείχθησαν διὰ τὸ σπάνιον αὐτῶν, χωρὶς οὐδεμίαν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν.

Ἡ τεχνικὴ τῆς ἐγχειρήσεως ἢ ἐφαρμοσθεῖσα παρ' ἡμῶν προσμοιάζει μετὰ τὴν τοῦ καθηγητοῦ Bonolla ὅστις τὴν ἐφήρμοσε πρῶτος καί τὴν ἐπέδειξε κατὰ τὸ Συνέδριον τῆς Διεθοῦς Ὀρθοπαιδικῆς Ἑταιρείας 1956.

S U M M A R Y

C. S. ELIOPOULOS, and A. PARASKEYAS : Report on a case of Klippel - Feil syndrome treated surgically.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΣ

Σ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Α. ΧΑΤΖΗΠΑΥΛΟΥ : Ὑποπεριστικὰ κατάγματα τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ὠλένης μετ' ἐξάρθρωματος τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος ἐπὶ παιδῶν.

Τὰ κατάγματα τοῦ ἀγκῶνος καὶ τοῦ ἀντιβραχίου εἶναι πολὺ συχνὰ εἰς τὰ παιδιά. Τὰ τραυματικὰ ὁμῶς ἐξάρθρωματα τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος εἶναι

σπάνια. Είναι βεβαίως γνωστόν ότι τὸ ἐξάρθρωμα τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος παρατηρεῖται εἴτε ὡς μεμονωμένη κάκωσις, εἴτε συνοδεύει πλέον πολυπλόκουσ βλάβας καὶ ὅτι ἀποτελεῖ ἀπαραίτητον στοιχεῖον τοῦ κατάγματος τύπου Monteggia. Σκοπὸς τῆς παρούσης ἐργασίας εἶναι νὰ περιγραφῆ μία ὀλιγώτερον γνωστὴ κάκωσις τοῦ ἀγκῶνος, ἡ ὁποία συνίσταται εἰς ἐξάρθρωμα τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος μετὰ κατάγματος ὑπὸ περιοστικοῦ, τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ὠλένης.

Τῷ 1957 ὁ Hume² περιέγραψεν τρεῖς περιπτώσεις «προσθίου ἐξαρθήματος τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος μετὰ κατάγματος τοῦ ὠλεκράνου ἄνευ παρεκτοπίσεως εἰς παιδιά». Ἐν συνεχείᾳ, οἱ Bedow καὶ Corkery¹, κατὰ τὸ 1960, περιέγραψαν 2 περιπτώσεις, καὶ ὁ Wright (1963) προσέθεσεν ἄλλας 5 περιπτώσεις ἐκ τῶν ἐποίων μόνον αἱ τρεῖς κατὰ τὴν γνώμην μας παριστοῦν παραδείγματα τῆς ἐν λόγῳ κακώσεως. Ἡμεῖς περιγράφομεν μίαν νέαν περίπτωσιν, ἡ ὁποία καθ' ὃ γνωρίζομεν εἶναι ἡ πρώτη τῆς ἐλληνικῆς βιβλιογραφίας.

Ἡμετέρα περίπτωσις

Ἀσθενῆς ἄρρην ἡλικίας 12 ἐτῶν. Ὑπέστη πτώσιν ἐξ ἡμίονου μὲ συνέπειαν κάκωσιν τοῦ ἀριστεροῦ ἀγκῶνος καὶ ἀντιβραχίου. Προσῆλθεν εἰς ἡμᾶς δύο ἡμέρας μετὰ τὸν τραυματισμὸν του. Κλινικῶς ἐνεφάνιζεν διόγκωσιν καὶ ἄλγος κατὰ τὸν ἀγκῶνα καὶ κατὰ τὸ κάτω ἄκρον τοῦ ἀριστεροῦ ἀντιβραχίου. Ἀκτιν) κῶς διεπιστώθη κατάγμα ρωγμῶδες τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ἀριστερᾶς ὠλένης μετὰ πλαγίας κυρτότητος αὐτῆς (ραιβότητος) μετὰ ἐξαρθήματος τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος. Συνοπηρῆχεν κατάγμα τοῦ κάτω ἄκρου τῆς κερκίδος μετὰ ραχιαίας καὶ ἐλαφρᾶς πλαγίας παραμορφώσεως.

Ὑπὸ γενικὴν ἀναισθησίαν ἐγένετο ἀμέσως προσπάθεια ἀνατάξεως τοῦ ἐξαρθήματος τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος καὶ διορθώσεως τῆς παραμορφώσεως τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ὠλένης. Τὸ ἐξάρθρωμα τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος ἀνετάχθη εὐχερῶς, ἀλλὰ ἡ παραμόρφωσις τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ὠλένης δὲν ἦτο εὐκόλον νὰ διορθωθῆ καὶ ἐπροτιμήσαμεν νὰ δεχθῶμεν τὴν παραμονὴν ἐλαφρᾶς παραμορφώσεως παρὰ τὴν πιθανὴν δημιουργίαν τελείου κατάγματος. Ταυτοχρόνως ἐνετάχθη τὸ κατάγμα τοῦ κάτω ἄκρου τῆς κερκίδος καὶ τὸ μέλος ἀκίνητοποιήθη διὰ Β.Π.Γ.Κ. γύψινου νάρθηκος.

Μετὰ 5 ἑβδομάδας ὁ γύψινος νάρθηξ ἀφηρέθη καὶ ὑπεδείχθησαν εἰς τὸν ἀσθενῆ ἀσκήσεις κινησιοθεραπείας. Δύο μῆνας μετὰ τὴν κάκωσιν, αἱ κινήσεις τοῦ ἀγκῶνος καὶ τῆς πηχεοκαρπικῆς, ὡς καὶ ὁ πρηγισμὸς — ὑπιασμὸς τοῦ ἀντιβραχίου ἦσαν πλήρεις. Ἡ ἀκτινογραφία ἔδειξεν πλήρη ἀνάταξιν τοῦ ἐξαρθήματος τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος καὶ πύρωσιν τῶν καταγμάτων ὠλένης καὶ κερκίδος. Συνοπηρῆχεν ἐλαφρὰ ραιβότης τοῦ ἄνω τεταρτημορίου τῆς ὠλένης ἡ ὁποία ὁμως κλινικῶς δὲν ἐγένετο ἀντιληπτή.

Συζήτησις

Ἡ περίπτωσηίς μας ἀποτελεῖ παράδειγμα τῆς ὑπὸ τοῦ Hume περιγραφείσης τῆς πρώτης κακώσεως. Εἰς τὴν βιβλιογραφίαν ἀνεύρομεν 10 ἐν συνόλῳ περιπτώσεις ἐξ ὧν μόνον αἱ 8 δύνανται κατὰ τὴν γνώμην μας νὰ θεωρηθοῦν ὡς ἀνήκουσαι εἰς τὸν ὑπὸ συζήτησιν τύπον. Βασικὸν στοιχεῖον τῆς κακώσεως παριστοῦν τὸ ἐξάρθρημα τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος ἀφ' ἑνὸς καὶ τὸ κάταγμα τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ὠλένης ἀφ' ἑτέρου. Ἐν τούτοις εἰς τὰς μέχρι σήμερον περιγραφείσας 10 περιπτώσεις ὑπάρχουν διαφοραὶ τόσον ὡς πρὸς τὸν ἀκριβῆ τύπον τοῦ ἐξάρθρηματος τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος ὅσον καὶ ὡς πρὸς τὸν τύπον τοῦ κατάγματος τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ὠλένης. Ὁ Hume περιέγραψεν τὸ ἐξάρθρημα τῆς κεφαλῆς, ὡς πρόσθιον καὶ τὸ κάταγμα τοῦ ὠλεκράνου ὡς «ἄνευ παρεκτόπισεως». Ἐκ τῶν 3 περιπτώσεών του ἑμῶς, ἡ πρώτη εἶναι διαφορετικὴ ἀπὸ τὰς 2 ἄλλας καὶ συγκεκριμένως ἐμφανίζει ρωγμῶδες κάταγμα τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ὠλένης μετὰ παραμορφώσεως αὐτῆς πρὸς ραιδύτητα καὶ πλάγιον ἐξάρθρημα τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος. Παρόμοιαι εἶναι αἱ περιπτώσεις τῶν Bedow καὶ Corkery, ἡ 2α καὶ 3η τῶν περιπτώσεων τοῦ Wright, ὡς καὶ ἡ περίπτωσηίς μας. Εἰς τὴν 2αν καὶ 3ην περίπτωσιν τοῦ Hume δὲν ὑπάρχει παραμόρφωσις τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ὠλένης, ἀλλὰ μικρὸν ρωγμῶδες κάταγμα τοῦ ὠλεκράνου καὶ πρόσθιον ἐξάρθρημα τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος. Εἰς τὴν πρώτην περίπτωσιν τοῦ Wright, τὸ κάταγμα τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ὠλένης εἶναι σχεδὸν τέλειον, ἐμφανίζει δὲ ἐλαφρὰν παρεκτόπισιν. Ἡ 4η περίπτωσηίς τοῦ Wright ἐμφανίζει: πλήρη ἐπιφυσιόλυσιν καὶ παρεκτόπισιν τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος καὶ κάταγμα τοῦ ὠλεκράνου τὸ ὁποῖον εἶναι περισσότερον συντριπτικὸν τοῦ συνήθους, ἐνῶ εἰς τὴν 5ην περίπτωσιν του τὸ κάταγμα τοῦ ἄκρου τῆς ὠλένης, ἐμφανίζει παραμόρφωσιν πρὸς βλαισότητα καί, ἐκτὸς τῆς ἐπιφυσιολύσεως τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος, ὑπάρχει καὶ ἐπιφυσιόλυσις τῆς παρακονδυλίου ἀποφύσεως.

Εἶναι σαφές ὅτι αἱ δύο αὗται περιπτώσεις παριστοῦν βαρυτέρας κακώσεις τοῦ ἀγκῶνος καὶ δὲν νομίζομεν ὅτιμποροῦν νὰ συμπεριληφθοῦν εἰς τὴν ὑπὸ συζήτησιν ομάδα.

Φαίνεται ἄλλωστε ὅτι ἡ ἐπιφυσιόλυσις τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος ἀρκετὰ συχνὰ συνοδεύεται ἀπὸ κάταγμα τοῦ ὠλεκράνου. Εἰς τὴν ἐργασίαν τῶν Reidy καὶ Van Gorder π. χ., μολονότι δὲν γίνεται εἰδικὴ μνεία, εἶναι προφανές ἐκ τῶν ἐπιδεικνυομένων εἰκόνων ὅτι αἱ περιπτώσεις Νο 30 καὶ 9, ἐκτὸς τῆς ἐπιφυσιολύσεως τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος ἐμφανίζουν καὶ κάταγμα τοῦ ὠλεκράνου.

Εἶναι εὐνόητον ὅτι ὁ ἀκριβῆς τύπος κακώσεως τοῦ ἀγκῶνος ἐξαρτᾶται ἐκ τοῦ τρόπου, καθ' ὃν ἠσκήθη ἡ βία καὶ τῆς βαρύτητος αὐτῆς. Ὁ Hume παραδέχεται: ὅτι ὁ μηχανισμὸς τῆς κακώσεως εἶναι ὁ αὐτὸς περίπου μὲ ἐκείνον

ἐπὶ καταγμάτων τύπου Monteggia, δηλαδή ὅτι τὸ κάταγμα τῆς ὠλένης ὀφείλεται εἰς ὑπερέκτασιν τοῦ ἀγκῶνος ἐνῶ τὸ ἀντιβράχιον εὐρίσκεται ἐν πρηγνισμῷ, ἐξ οὗ προκύπτει τὸ ἐξάρθρωμα τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος (Evans², 1949).

Κατὰ τὸν Wright, ὁ μηχανισμὸς αὐτὸς δὲν δύναται νὰ ἐξηγήσῃ τὴν κατεύθυνσιν τῆς γωνιώσεως τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ὠλένης, οὔτε τῆς μετατοπίσεως τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος. Κατὰ τὸν Συγγραφέα αὐτὸν ὁ πιθανώτερος μηχανισμὸς εἶναι πτώσις τοῦ ἀσθενοῦς ἐπὶ τῆς ἐκτεταμένης ἄκρας χειρὸς μὲ τὸ ἀντιβράχιον ἐν πλήρη ὑπτιασμῷ, ἐνῶ ἡ γωνίωσις τῆς ὠλένης ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν ἀκριθεῖ κατεύθυνσιν τῆς βίας κατὰ τὴν πτώσιν.

Ἡ περίπτωσις μας εἶναι ἀπὸ πλευρᾶς μηχανισμοῦ λίαν ἐνδιαφέρουσα. Ὁ ἀσθενὴς μας ὑπέστη πτώσιν ἐξ ἡμιόνου ἐπὶ τῆς ἐκτεταμένης ἄκρας χειρὸς καὶ ἀντιβραχίου καὶ ἐκτὸς τῆς κακώσεως τοῦ ἀγκῶνος ἐνεφάνιζεν καὶ κάταγμα τοῦ κάτω ἄκρου τῆς κερκίδος μὲ ραχιαίαν καὶ ἐλαφρὰν ἐξωτερικὴν παρεκτόπισιν. Εἶναι δύσκολον νὰ ἐξηγηθῇ τὸ κάταγμα αὐτὸ ὡς καὶ ὁ τύπος τῆς παραμορφώσεως τοῦ ἀγκῶνος μὲ τὸν μηχανισμὸν τὸν ὁποῖον περιέγραψεν ὁ Wright ἢ λογικωτέρα ἐξήγησις τοῦ μηχανισμοῦ τῆς κακώσεως, διὰ τὴν περίπτωσίν μας τουλάχιστον, πρέπει νὰ εἶναι ἡ ἐξῆς: ἡ δρῶσα βία ἠσκήθη, ἀφ' ἑνὸς κατὰ τὸν ἄξονα τοῦ μέλους δηλαδή ἐκ τῶν κάτω πρὸς τὰ ἄνω καὶ ἀφ' ἑτέρου ἐκ τῶν ἔσω πρὸς τὰ ἔξω (πρὸ τὴν κερκίδα) μὲ τὴν ἄκρα χεῖρα καὶ τὸν ἀγκῶνα ἐν ἐκτάσει καὶ τὸ ἀντιβράχιον ἐν ἡμιπρηγνισμῷ.

Ἡ ἀσκηθεῖσα βία ἦτο ἀσφαλῶς σημαντικὴ διότι παρὰ τὸ κάταγμα τῆς κερκίδος αὕτη μετεβιβάσθη καὶ πρὸς τὸν ἀγκῶνα προκαλέσασα τὸ κάταγμα τῆς ὠλένης καὶ τὸ ἐξάρθρωμα τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος.

Ὡς πρὸς τὴν θεραπείαν, ὁ καλλίτερος τρόπος ἀντιμετωπίσεως τῆς κακώσεως εἶναι ἡ ἀναίμακτος ἀνάταξις τοῦ ἐξαρθρώματος τῆς κεφαλῆς διὰ πίεσεως ἐπ' αὐτῆς μὲ τὸ ἀντιβράχιον ἐν πρηγνισμῷ. Ἡ πλαγία κυρτότης τῆς ὠλένης διωρθοῦται διὰ πίεσεως. Ἡ διόρθωσις αὕτη δυνατὸν νὰ εἶναι δύσκολος καὶ ὑπάρχει πιθανότης τὸ κάταγμα νὰ μετατραπῇ εἰς τέλειον καὶ ἂν ἡ γραμμὴ τοῦ κατάγματος φέρεται μέχρι τῆς κερκιδωλενικῆς ἀρθρώσεως νὰ προκύψῃ ἀργώτερον περιορισμὸς τῶν κινήσεων πρηγνισμοῦ καὶ ὑπτιασμοῦ.

Ἡμεῖς ἀκίνητοποιήσαμεν τὸ μέλος ἐπὶ 5 ἑβδομάδας, λόγῳ καὶ τοῦ συνυπάρχοντος κατάγματος τοῦ κάτω ἄκρου τῆς κερκίδος. Μερικοὶ ἀποφεύγουν τελείως τὴν ἐφαρμογὴν γύψου ἐπὶ ἀμιγροῦς ἐξαρθρώματος τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος μετὰ ρωγμώδους κατάγματος τῆς ὠλένης

Ἐπιπλοκαί

Ἡ 3ῃ περίπτωσις τοῦ Hume διέφυγε τὴν διάγνωσιν καὶ ἀκτιν) κῶς διαπιστώθη μετὰ 15 ἡμέρας ὀστεοποίησις πέριξ τῆς ἐξαρθρωθείσης κεφαλῆς. Μετὰ

τὴν ἀνάταξιν τοῦ ἐξαρθρήματος παρατηρήθη προοδευτικὴ βελτίωσις. Ἐπίσης ἡ 3η περίπτωσις τοῦ Wright δὲν διεγνώσθη ἀμέσως μετὰ τὴν κάκωσιν καὶ μετὰ μίαν ἐβδομάδα ἀπητήθη αἱματηρὰ ἀνάταξις λόγῳ ἀποτυχίας τῆς συντηρητικῆς ἀγωγῆς. Παρέμεινεν περιορισμὸς τῶν κινήσεων πρηγισμοῦ καὶ ὑπτιασμοῦ. Ἡ δευτέρα περίπτωσις τῶν Bedow καὶ Corkery ἐνεφάνισεν παράλυσιν τοῦ κερκιδικοῦ νεύρου, ἡ ὁποία παρήλθεν ἀργότερον.

Εἰς τὸν πίνακα I παρίστανται σχηματογραφικῶς αἱ περιπτώσεις τῆς βιολογραφίας, ἡ ἡλικία καὶ τὸ φύλον τῶν ἀσθενῶν, ὁ τρόπος κακώσεως, αἱ ἐπιπλοκαί, ἡ ἐφαρμοσθεῖσα θεραπεία καὶ τὸ ἀποτέλεσμα. Ἐκ τοῦ πίνακος συνάγεται ὅτι ἐκ τῶν 8 παιδιῶν τὰ 5 ἦσαν ἄρρενα καὶ τὰ 3 ἦσαν θήλεα. Ὁ συνηθέστερος τρόπος τραυματισμοῦ ἦτο πτώσις, ἐπὶ τοῦ ἄνω ἄκρου.

Αἱ παρατηρηθεῖσαι ἐπιπλοκαὶ ἀνεφέρθησαν ἀνωτέρω. Ὁ συνηθέστερος τρόπος θεραπείας ἦτο ἡ ἀναίμακτος ἀνάταξις.

Περίληψις — Συμπεράσματα

Ἡ περιγραφομένη κάκωσις συνίσταται εἰς ἐξάρθρωμα τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος μετὰ ρωγμώδους κατάγματος τοῦ ἄνω ἄκρου τῆς ὠλένης. Αἱ μέχρι τοῦδε περιγραφεῖσαι περιπτώσεις εἶναι 8, εἰς ἃς προστίθεται καὶ ἡ ἡμετέρα περίπτωσις. Ἡμεῖς εἰχομεν καὶ δευτέραν περίπτωσιν προσφάτως, τὴν ὁποίαν δὲν παρουσιάζομεν λόγῳ ἐλλείψεως ἐπαρκῶν στοιχείων. Κατὰ τὴν γνώμην μας ἡ κάκωσις δὲν εἶναι τόσο σπανία, ἀλλὰ ὅπως συμβαίνει καὶ μὲ ἄλλας περιπτώσεις δὲν ἀναγνωρίζεται καὶ δὲν περιγράφεται ὡς ἰδιαίτερα ὀντότης. Μεγάλην σημασίαν ἔχει πάντως ἡ ἄμεσος διάγνωσις καὶ ἀνάταξις τοῦ ἐξαρθρήματος τῆς κεφαλῆς τῆς κερκίδος, διότι συχνὰ διαφεύγει τῆς προσοχῆς καὶ ἀπαιτεῖται ἀργότερον αἱματηρὰ πιθανῶς ἀνάταξις.

Ἡ θεραπεία εἶναι συντηρητικὴ καὶ τὸ ἀποτέλεσμα εἶναι πλήρης ἀποκατάστασις.

S U M M A R Y

A case of traumatic lateral dislocation of the radial head, associated with greenstick fracture and varus deformity of the upper end of the ulna is described.

This case is similar to the 1st of Hume's, 3 cases who described this type of lesion first in 1957. Also similar are the two cases described by Corkery and Beddow in 1960 and the 3d of Wright's cases (1963).

Our patient, a boy of 12 fell off a mule on to the outstretched left arm and sustained apart from the injury to the elbow a fracture of the lower

end of the radius with slight dorsolateral displacement. Under general anaesthesia the dislocated radial head was easily reduced, but slight deformity of the upper end of the radius was accepted. Five weeks later the plaster splint was removed and the patient gained full range of movements in the elbow and forearm. The deformity of the upper end of the ulna was not clinically distinguishable. The best way of treatment is closed reduction as early as possible.

In our opinion this type of lesion is not as rare, as it appears to be, and most likely is not often recognised. We had a similar case recently but this is not included in the present paper because it is not fully recorded.

B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. BEDOWF H., and CORKERY.: Lateral dislocation of the Radio - Humeral Joint With Greccastick Fracture of the upper end of the Ulna. Jour. Bone and joint Surg. 42 B. No 4 - 782 - 784 1960.
2. EVANS, E. M.: Pronation injures of the forearm Jour. Bon. Joint Surg, 31 B, 518 - 1949.
3. HUME A. C. Anterior dislocation of the head of the Radius associated with undisplaced fracture of the olecranon in children. Jour. Bon. Joint Surg. 39 B. No 3. 508 - 512/1957.
4. REIDY J. A. and VAN GORDER E. W.: Treatment of displacement of the Proximal Radial epiphysis. Jour. Bon. Joint Surg. 45 A, No 7, 1355 - 1572/1963.
5. WRIGHT P. R.: Greenstick fracture of the upper end of the ulna with the dislocation of Radio-humeral joint or displacement of the superior Radial epiphysis. Jour. Bon. Joint Surg 45 B, No 4, 727 - 731/1963.
6. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Σ. 'Ορθοπ. Χρον. 'Ασκληπ. Βούλας. Τεύχ. 1-2. σελ. 70-80. 1966.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ

B. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ, Δ. ΜΟΥΡΟΥΛΗΣ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ: 'Επί μιάς περιπτώσεως φυματιώσεως πτέρνης.

'Επεδείχθη τὴν 2αν Φεβρουαρίου 1966

'Η ὀρθοπαιδικὴ κλινικὴ τοῦ Γενικοῦ Κρατικοῦ Νοσοκομείου Ἀθηνῶν ἔχει τὴν τιμὴν νὰ παρουσιάσῃ περίπτωσιν φυματιώδους πτέρνης.

'Ασθενὴς ἡλικίας 11 ἐτῶν, ἀναφέρει ὅτι πρὸ ἑξαμήνου ὑπέστη διάστρεμμα τῆς δεξιᾶς ποδοκνημικῆς ἀρθρώσεως, δι' ὃ ἐτοποθετήθη γύψινος Κ.Π. ἐπίδεσμος. Ὁ γύψος ἀφηρέθη μετὰ 20ήμερον, μετὰ δὲ τὴν ἀφαίρεσιν διεπιστώθη οἴδημα, ἐρυθρότης, κλυδασμός καὶ ἄλγος ἀντιστοίχως πρὸς τὴν ἔσω ἐπιφάνειαν τῆς πτέρνης.

'Ο ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος ἀπέδειξεν ἀρνητικὸς δι' ὃ ἐθεωρήθη ὑποδόριον ἀπόστημα καὶ διηνοίχθη. Κατὰ τὴν διάνοιξιν ἐξήλθεν πύον, ἡ δὲ καλλιέργεια ἀπέδειξε θετικὴ διὰ σταφυλόκοκκον. Μετὰ 10 ἡμέρας τὰ δόξια συμπτώματα ὑπαχώρησαν, παρέμεινε ὅμως συριγγώδης πόρος ἐκ τοῦ ὁποίου ἀνέβλυζον σταγόνες τινὲς ὀροπυώδους ὑγροῦ. Προσῆλθεν εἰς τὸ ἱατρεῖον ἐνὸς ἑξ ἡμῶν καὶ τοῦ συνεστήθη ἀνάπαυσις, ἀντιβιοτικὰ καὶ παρακολούθησις.

'Ο συριγγώδης πόρος οὐδέποτε ἔκλεισε πλήρως, μετὰ δὲ τρεῖς μῆνας ἀπὸ τῆς τελευταίας ἐξετάσεως, ὁ ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος ἔδειξε μικρὰν διαγαστικὴν κοιλότητα, ἣτις ἐξελήφθη ὡς ἀπόστημα Brodie.

'Επειδὴ ἐξηκολούθη παραμένων ὁ συριγγώδης πόρος, ὁ ἀσθενὴς εἰσῆχθη εἰς τὴν ὀρθοπαιδικὴν κλινικὴν τοῦ Γ.Κ.Ν.Α. τὴν 2.1.66.

Τὴν 4.1.66 ἐχειρουργήθη. Ἐγένετο ἀπόξεσις τῆς κοιλότητος, ἣτις διεγράφετο εἰς τὴν ἀκτινογραφίαν, τὰ δὲ ξέσματα ἐστάλησαν διὰ ἱστολογικὴν ἐξέτασιν.

'Η μετεγχειρητικὴ πορεία ὑπῆρξεν ὀμαλή. Τὸ τραῦμα ἐπουλώθη κατὰ Α' σκοπόν.

'Η ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἀπέδειξεν τυπικὰς ἀλλοιώσεις φυματιώσεως.

'Επιδεικνύομεν τὴν περίπτωσιν λόγῳ τῆς ἰδιαζούσης κλινικῆς εἰκόνας καὶ τῆς σπανιότητος τῆς ἐντοπίσεως, ὡς συνάγεται ἐκ τῆς στατιστικῆς μελέτης 2.907 περιπτώσεων ὀστεαρθρικῆς φυματιώσεως νοσηλευθέντων εἰς τὴν Β' Κλινικὴν τοῦ Ἀσκληπείου Βούλας ἀπὸ τοῦ 1938—1957, καθ' ἣν ἀναφέρεται μόνον μία περίπτωσις φυματιώσεως πτέρνης.

R É S U M É

V. SOURMELIS, D. MOUROULIS and CH. SIAPCARAS: Report of a case of tuberculosis of os calcis.

Ι. ΚΟΥΚΟΥΡΑΚΗΣ, Ι. ΜΑΤΣΟΥΚΑΣ : Οίκογενής υποφωσφαταιμία, προβαλλομένη ως άνθεκτική ραχίτις επί θηλέων εις τρεις διαδοχικάς γενεάς.

Άνεκοινώθη τήν 31ην Ὀκτωβρίου 1966

Ἐκτός τῆς κοινῆς ραχίτιδος, ἡ ὁποία παριστᾶ μεταβολικὴν νόσον μὲ τὸν τριπλοῦν παθολογικὸν ἀντίκτυπον ἐπὶ τῶν ὀστέων, μυῶν καὶ αἵματος, πρὶν πολλὰς 10ετίας ἔχουν ὑποδειχθῆ καὶ περιγραφῆ ἐκτενῶς ὑπὸ διαφόρων συγγραφέων, ἀρκεταὶ μορφαὶ ραχίτιδος ὡς α) ραχίτις μετ' ἐλαττώσεως τῆς ἀλκαλικῆς φωσφατάσης τοῦ ὀρου. β) Ραχίτις τοῦ ὕδροφθάλμου (συγγενοῦς γλαυκώματος), γ) νεφρική ραχίτις ἐκ βλάβης τῶν σπειραμάτων καὶ οὔρουσωληναρίων, δ) ραχίτις ἐπὶ νεφρίτιδος μετ' ἀπωλείας θάσεων, ε) ραχίτις ἐπὶ κοιλιοκάκης, στ) ραχίτις μετ' ἀποβολῆς ἀμινοξέων εἰς τὰ οὔρα, σωματικῆς καθυστερήσεως κλπ. (σύνδρομον Fanconi) ζ) οἰκογενῆς υποφωσφαταιμία ἢ γνησίᾳ ἀνθισταμένη εἰς τὴν διταμίνην D ραχίτις (Refractory Rickets τῶν Ἀγγλοσαξόνων) ἢ πρωτοπαθῆς ραχίτισιμὸς ἢ νόσος τοῦ Swoboda ἢ φωσφορικός διαδήτης τοῦ Fanconi.

Ἡ τελευταία αὕτη μορφή ραχίτισιμοῦ ἀποτελεῖ μίαν ἀπρόβλεπτη παγίδα εἰς τὴν καθ' ἡμέραν πράξιν, τόσον διὰ τὸν παιδίατρον ὅσον καὶ διὰ τὸν Ὀρθοπαιδικόν, λόγῳ τῆς ὀψίμου ἐνάρξεως του μετὰ τὸ 2ον ἔτος τῆς ζωῆς καὶ τῆς ἐπιβραδυνομένης διαδρομῆς του κατὰ τὴν πρώτην παιδικὴν ἡλικίαν, ὅποτε καὶ ἡ ἀποκάλυψις τῆς διαγνωστικῆς πλάνης θὰ συμπέσῃ μὲ τὴν ἀπρόσπτον ἀποτυχίαν τῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς διὰ τῶν συνήθων δόσεων διταμίνης D.

Ἄτυχῶς φαίνεται ὅτι ἡ μορφή αὕτη εἶναι περισσότερον συχὴ, ἀπὸ ὅτι ὑποφιάζεται κανεὶς, ἴσως δὲ εἶναι ἀληθῆς ὁ ἰσχυρισμὸς, ὅτι ἀποτελεῖ τὴν πλεόν συνήθη αἰτίαν τοῦ νανισμοῦ, οἱ ὅποιοι νοσηλεύονται εἰς Παιδιατρικὰς Κλινικάς. Ἔχει λεχθῆ ὅτι εἶναι σπανία εἰς τοὺς Νέγρους.

Εἰς τὰς Ἠνωμένας Πολιτείας μὲ τὰ συστηματικὰ προγράμματα προφυλάξεως ἐκ τῆς ἀνεπαρκείας διταμίνης D, ὁ τύπος τῆς ἀνθεκτικῆς ραχίτιδος εἶναι ὁ πλέον κοινὸς τύπος τῶν ὀψίμων ραχίτιδων, αἱ ὁποῖαι ἐμφανίζονται σήμερον.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ — ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ: Ὁ παθογενετικὸς μηχανισμὸς αὐτῆς τῆς νοσηρᾶς ὀντότητος, ἐξακολουθεῖ νὰ ἀποτελῆ ἀνοικτὸν θέμα συζητήσεως. Εἰς τὸν Albright καὶ τοὺς συνεργάτας του ὀφείλομεν τὰς πρώτας λεπτομερεῖς μεταβολικὰς μελέτας. Εἰς σύγχρονα κλασσικὰ συγγράμματα φαίνεται νὰ ἐπικρατῆ ἡ γνώμη, ὅτι τὸ παθοφυσιολογικὸν βᾶθρον τῆς νόσου ἀποτελεῖ μία συγγενῆς ἀναβολικὴ ἀνεπάρκεια φωσφορῶν οὐσιῶν, ὑψηλῆς ἐνεργεια-

κῆς ἀξίας, ὡς ἡ τριφωσφορική ἀδενοσίνη. Συνεπῶς τὸ πρωταρχικὸν νεφρικὸν σύνδρομον μὲ τὴν πρωτοπαθῆ ἀνεπάρκεια τῶν νεφρικῶν σωληναρίων εἰς τὴν ἀποβολὴν τῶν φωσφατιδῶν τείνει νὰ ἀπωλέσῃ τὴν ἀρχικὴν του αἴγλην.

Ἐξ ἄλλου μία ἐπάνοδος διὰ νεωτέρων ἐργασιῶν, εἰς τὰς πρώτας θεωρητικὰς ὑποστηρίξεις, ὅτι δηλαδὴ ὁ δευτεροπαθὴς ὑπερπαραθυρεοειδισμὸς — ὀφειλόμενος πιθανῶς εἰς τὴν ἠλαττωμένην ἐντερικὴν ἀπορρόφησιν τοῦ ἀσβεστίου — ὑποδεικνύει ἢ ἕνα αἰτιολογικὸν ἢ ἕνα μεσολαβητικὸν ρόλον τῶν παραθυροειδῶν ἀδένων, ἐξάπτει περισσότερον τὸ πνεῦμα συζήτησεως.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ: Ἐναρξίς ὀψιμος. Ἐκλεκτικῶς προσβάλλονται τὰ κάτω ἔκτρα κατ' ἀντίθεσιν πρὸς τὴν κοινὴν ραχίτιδα. Ἀπουσία μυϊκῆς ἀδυναμίας καὶ ἀναμιμίας. Ἀναφέρεται ὡς ἐνδιαφέρων συνδυασμὸς ἢ νευροϊνωμάτωσις εἰς μερικοὺς ἐνγλίκας. Ἡ ἀλκαλικὴ φωσφατάση τοῦ ὀροῦ εἶναι ηὐξημένη ἀναλόγως τῆς ἐντάσεως τῆς νόσου. Χαρακτηριστικὸν εὑρημα ἀποτελεῖ ἡ μεγάλη ἐλάττωσις τῆς ἀποβολῆς τοῦ ἀσβεστίου διὰ τῶν οὐρῶν, ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὴν ἀποβολὴν τῶν φωσφορούχων, ἢ ὅποια εἶναι κανονικὴ, μολοντοὶ ἢ ποσότης αὐτῶν εἶναι ἐλαχίστη εἰς τὸν ὄρον.

Ἡ ἀκριθὴς διάγνωσις ἐπιτυγχάνεται μόνον διὰ τῶν βιοχημικῶν διαταραχῶν τοῦ ὀροῦ καὶ τῶν οὐρῶν. Εἶναι ἐνδιαφέρον, ὅτι δυνάμεθα νὰ ἐπιτύχωμεν τὴν ἀκτινολογικὴν ἴασιν εἰς τὸν ἀνθεκτικὸν ραχιτισμὸν παρὰ τὰς χαμηλὰς τιμὰς τοῦ ὀρικοῦ P.

Τὸ Test τοῦ Sulkowitsch διὰ τῆς αἰσθητῆς θολώσεως, ἀποτελεῖ ἀπλοῦν καὶ ἐπαρκὲς μέσον διὰ τὸν καθημερινὸν ἔλεγχον μιᾶς δοσιμετρικῆς ὑπερδόσεως. Κατὰ τὸν Swoboda, οἱ κίλυνδροι τοῦ Ca εἰς τὰ οὐρα εἶναι προμήνυμα εἰσοδοχῆς εἰς τὸ σύνδρομον τῆς ὑπερδόσεως. Κατ' ἄλλους, μὴ ἐλεγχόμεναι ἀγγειακαὶ θλάθαι, εἶναι τὸ ἀπώτερον ἀποτέλεσμα τῶν ὑποχρεωτικῶς ὑψηλῶν δόσεων εἰταμίνης D (10—25MG ἢ 400000—1000000 U.I. ἡμ.).

Περιγραφή ἡμετέρας οἰκογενείας.

Πρόκειται περὶ οἰκογενείας προσφύγων ἐκ Μικρᾶς Ἀσίας, οἱ ὅποιοι μετὰ τὸν Α' Παγκόσμιον πόλεμον ἐγκατεστάθησαν εἰς Ἀνατολικὴν Κρήτην.

1η. Π. Ἀφροδίτη (μήτηρ), 65 ἐτῶν. Μετρίου ἀναστήματος. Ἀπέκτησε 4 τέκνα τρία ἄρρενα ἀπολύτως φυσιολογικὰ καὶ ἓν θῆλυ πάσχον (2α περίπτ.). Ἀτομικὸν Ἀναμνηστικόν: Ἀναφέρει ὅτι οἱ νεογνοὶ ὀδόντες ἀπὸ τὴν δευτέραν παιδικὴν ἡλικίαν ἦταν τερηδονισμένοι καὶ ἀντεκατεστάθησαν οὗτοι ὑπὸ τῶν μονίμων εἰς ἡλικίαν 16 ἐτῶν. Ἦδη ἀπὸ ἡλικίας 30 ἐτῶν καὶ ἡ μόνιμος ὀδονοφυτὰ ἀντεκατεστάθη ὑπὸ τεχνητῶν ὀδοντοστοιχιῶν. Αὕτη πάσχει ὑπὸ

χρονίας αρθροπαθείας των κάτω άκρων μετ' έντόνων αρθραλγιών, έπερχομέ-
νων κατά συχνάς κρίσεις. Οι δύο άρρενες άδελφοί της είναι ύγιείς.

Κληρονομικόν: Άναφέρει ότι ή μήτηρ της άπεβίωσεν εις ήλικίαν 62
έτων κατά τά τελευταία δέ έτη τής ζωής της ήλαττώθη οίσηθηώς τό ανάστη-
μά της λόγω κυρτώσεως των κνημών. Άδτη υπέφερεν από έντονα όστικά άλ-
γη και κατέληξεν εις κλινοστατισμόν (πιθανή εικών όστεομαλακίας).

Βιοχημικόν σύνδρομον: Άσθέστιον αίματος: 9,2MG)ο.

Άνόργανος φωσφόρος όρου: 1,2 MG)ο.

Άλκαλική φωσφατάση: 14 M King - Armstrong / 100 ML.

2α. Δ., Λαμπρινή (θυγάτηρ), 34 έτων. Άνάστημα 1,39 εκ. Φέρει ξέ-
νας όδοντοστοιχίας από βετίας. Έκδηλος ραχίτικος νανισμός. Κύρτωσις κνη-
μών. Πρò 20ετίας υπέστη διορθωτικιάς όστεοτομίας επί μεγάλου βαθμού ραι-
βότητος των ισχίων. Άπέκτησε 2 τέκνα, έν άρρεν ήλικίας 10 έτων και έν
θήλυ 4 έτων. Τò άρρεν είναι άρνητικόν κλινικώς και βιοχημικώς ένφ τό θήλυ
άποτελεί τό τρίτον πάσχον μέλος του γενεαλογικου μας δένδρου.

Βιοχημικαί εξετάσεις: Ca αίματος: 10,2 MG)ο. Άνόργανος P όρου:
1,6)ο.

Άλκαλική φωσφατάση: 5,5 μ. K. A.) 100ML.

3η. Δ., Άφροδίτη (έγγονή), 4 έτων. Κύρτωσις κνημών, ραιβά ισχία,
διεύρυνσις έπιφύσεων. Τυπικά άκτινολογικά εύρήματα ραχίτιδος, έν εξέλιξει.

Άνερέθιστος εις τήν συνήθη θεραπευτικήν άγωγήν.

Ca αίματος: 10,5 MG)ο, άνόργανος P όρου: 2,7 MG)ο, άλκ. φωσφ.:
30 μ.

Π ε ρ ί λ η φ ι ς

Παρουσιάζεται και περιγράφεται οικογένεια πάσχουσα έξ υποφωσφαται-
μίας. Δύο θήλεα μέλη αύτης πάσχουν υπό άνοικτικής ραχίτιδος (θυγάτηρ —
έγγονή). Η μήτηρ έμφανίζει χαμηλόν όρικόν P μετά κλινικου συνδρόμου συ-
σχετιζομένου πρòς τήν βιοχημικήν διαταραχήν αύτης. Έκ πληροφοριών δέ τής
τελευταίας, και ή μήτηρ αύτης, ή όποία άπεβίωσε πρòς 25ετίας, είχεν ένα
μακροχρόνιον όδοντηρόν τέλος, ένεφάνισε δέ κατά τά τελευταία έτη κατάγμα-
τα και κύρτωσιν των κνημών.

Ένώ εις άλλας περιπτώσεις, ή οικογενειακή γενεαλογία είναι υπεύθυ-
νος με ένα φυλοσύνδετον κυριαρχούντα τρόπον κληρονομικότητας, εις τήν ό-
ποίαν οι άνδρες μεταδιδάξουν τό ελάττωμα μόνον εις τάς θυγατέρας των και
τά πάσχοντα θήλεα τό μεταδιδάξουν εις τά 50% των όπογόνων των, ανεξαρτή-
τως φύλου, τούναντίον εις τήν ιδιικήν μας οικογένειαν παρατηρείται ή ιδιαιτερί-
της προνομιακής έξαιρέσεως των άρρένων μελών κατ' αντίθεσιν πρòς τά θή-

λα μέλη, τὰ ὅποια ἐπιμιζονται ἀποκλειστικῶς τόσον τὴν μεταδίθασιν τῆς γόσου, ὅσον καὶ τὰς παθολογικὰς ἐκδηλώσεις αὐτῆς.

BIBLIOΓΡΑΦΙΑ

- 1, BLACBARD, G. W. ROBINSON, R. R. - WHITE, E. J. : Year book of endocrinology 192-193. Bondy - Epstein 1063-64 Series.
2. DANOWSKY : Clinical endocrinology Vol. III, 354.
3. HOHMANN : Trattato di Orthopedia. Piccin-Editore. Padova.

S U M M A R Y

JOHN KOUKOURAKIS and J. MATSOUKAS : Familiar hypophosphataemia in female of three generations (mother-daughter-granddaughter).

A. ΓΙΑΝΝΙΚΑΣ, Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Μεμονωμένοι βλάβαι τοῦ παλαμιαίου μεσοστέου νεύρου τοῦ ἀντιβραχίου.

Ἀνεκοινώθη τὴν 31ην Ὀκτωβρίου 1966

Τελευταίως ἔσχομεν τρεῖς ἄλληπαλλήλους περιπτώσεις βλάβης τοῦ παλαμιαίου μεσοστέου νεύρου τοῦ ἀντιβραχίου εἰς τρεῖς ἀσθενεῖς, προκληθείσης ἐκ τριῶν διαφορετικῶν αἰτίων.

Αἱ βλάβαι τοῦ παλαμιαίου μεσοστέου νεύρου εἶναι σπάνιαι, δύο δὲ μόνον περιπτώσεις ἀναφέρονται εἰς τὴν βιβλιογραφίαν, κατόπιν καταγμάτων εἰς τὸ ἀντιβράχιον.

Ἡ σπανιότης τῶν βλαβῶν αὐτῶν συνίσταται εἰς τὴν διάφορον περιεκτικότητα τοῦ νεύρου εἰς μυϊκοὺς κλάδους καὶ εἰς τὸ γεγονός ὅτι πορεύεται πλεονραχιαίως τοῦ μέσου νεύρου, σχεδὸν ἐπὶ τῆς κερκίδος, ὅπισθεν τοῦ μακροῦ καμπτήρος τοῦ ἀντίχειρος.

Τὸ μέσον νεῦρον, ἅμα τῇ εἰσόδῳ του εἰς τὸ ἀντιβράχιον, χορηγεῖ μυϊκοὺς κλάδους κατὰ τὴν ἐξῆς σειράν: 1) Πρὸς στρογγύλον πρημιστήν, 2) Πρὸς κερκιδικὸν καμπτήρα τοῦ καρποῦ, 3) Πρὸς μακρὸν παλαμικόν, 4) Πρὸς ἐπιπολῆς κοινὸν καμπτήρα τοῦ καρποῦ, 5) Τὸ παλαμιαῖον μεσόστέον, ἐκ τοῦ ὁποίου χορηγοῦνται οἱ ἐξῆς κλάδοι: α) διὰ τὸν μακρὸν καμπτήρα τοῦ ἀντίχειρος, β) τὴν κερκιδικὴν μοῖραν τοῦ ἐν τῷ βάθει κοινού καμπτήρος τῶν δακτύλων καὶ δὴ διὰ τὸν δείκτην, γ) τὸν τετράγωνον πρημιστήν καὶ ἄρθρωσιν τοῦ καρποῦ. 6) Τὸ μέσον

νεύρον πορευόμενον περιφερικῶς εἰς τὴν ἄκραν χεῖρα, χορηγεῖ κλάδους διά:
 α) Τὸν βραχὺν ἀπαγωγὸν τοῦ ἀντίχειρος, β) Μοῖραν τοῦ βραχέος καμπτήρος
 τοῦ ἀντίχειρος, γ) Τὸν ἀντιθετικὸν καὶ δ) Τοὺς 1 καὶ 2 ἐλμυθοειδεῖς. Ἐπί-
 σης, χορηγεῖ αἰσθητικὸς κλάδους εἰς τὴν παλάμην, ἀντίχειρα καὶ τρία δάκτυ-
 λα, παλαμιαίως καὶ μερικῶς ραχιαίως.

Πολλάκις ὅμως, ἢ σύνθεσις τοῦ παλαμιαίου μεσοστέου νεύρου διαφέρει τῆς
 κλασσικῆς καὶ εἶναι δυνατὸν νὰ διδῆ μόνον κλάδον διὰ τὸν τετράγωνον πρηγι-
 στήν καὶ καρπὸν, ἢ νὰ ἐμπλουτίζεται καὶ μὲ κλάδον διὰ τὸν ἐπιπόλῃς κοινὸν
 καμπτήρα τῶν δακτύλων.

Ἡ τοιαύτη ποικιλία τῆς συνθέσεως τοῦ νεύρου τούτου ἐπεθεβαιώθη καὶ
 ἐκ προχείρου ἐρεύνης ἐπὶ πτωμάτων, θὰ ἀποτελέσῃ δὲ ἐν καιρῷ ἰδίαν ἐρ-
 γασίαν.

Ἡ κ λ ι ν ι κ ἡ ε ἰ κ ὠ ν τῆς βλάβης τοῦ παλαμιαίου μεσοστέου νεύρου ὑπο-
 δύεται διανομὴν τοῦ μέσου νεύρου εἰς τὸ ἄνω τμήμα τοῦ ἀντιβραχίου, δηλ. εἶναι
 δυνατὴ ἢ κάμψις τῶν δακτύλων, τοῦ μικροῦ καὶ παραμέσου καὶ πιθανὸν καὶ τοῦ
 μέσου, ἐνῶ ἢ κάμψις τοῦ ἀντίχειρος καὶ δείκτου ὑπολείπεται. Ἡ μόνη διαφορὰ ἔγ-
 κειται εἰς τὴν ὑπαρξιν αἰσθητικότητος εἰς τὴν ἄκραν χεῖρα καὶ τοῦ ἀντιθετι-
 κοῦ τοῦ ἀντίχειρος.

Τὴν κατάργησιν τῆς κινητικότητος τοῦ μακροῦ καμπτήρος τοῦ ἀντίχει-
 ρος, εἶναι δυνατὸν νὰ ἐλέγξωμεν καὶ διὰ φύλλου χάρτου, ὅστις συλλαμβάνεται
 μεταξὺ τοῦ ἀντίχειρος καὶ δείκτου, ἀνάλογον μὲ τὸ σημεῖον τοῦ Fromment
 ἐπὶ παραλύσεως τοῦ ὠλενίου νεύρου. Εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην, τὸ φύλλον
 χάρτου συλλαμβάνεται διὰ χρησιμοποίησεως τοῦ προσαγωγοῦ καὶ τοῦ βραχέος
 καμπτήρος τοῦ ἀντίχειρος, οἵτινες δροῦν ἐπὶ τῆς 1ης φάλαγγος καὶ οὐχὶ διὰ
 τοῦ μακροῦ καμπτήρος τοῦ ἀντίχειρος, ὅστις δρᾷ ἐπὶ τῆς τελικῆς φάλαγγος.

Ἡ διὰ γ ν ω σ ι ς εἶναι, λόγῳ τούτου, εὐκόλος, ἀφοῦ ἐπιβεβαιωθῇ ἢ
 ὑπαρξίς αἰσθητικότητος εἰς τὴν ἄκραν χεῖρα.

Ἡ θεραπεία εἶναι δύσκολον νὰ καθορισθῇ, διότι ἢ διερεύνησις καὶ ἢ συρ-
 ραφή, ἐπὶ διατομῆς, σημαίνει ἐγχείρησιν, καὶ αἱ ἀσθενεῖς δυσκόλως τὴν ἀπο-
 φασίζουσιν. Συνήθως, ἀναμένομεν ἐπὶ χρονικὸν διάστημα 5—6 μηνῶν καὶ ἐπὶ
 μὴ βελτιώσεως, ἢ ἀποκαταστάσεως, προβαίνομεν εἰς τεγοντομεταφοράν, ὅτε
 καὶ τὰ ἀποτελέσματα εἶναι πλέον ἢ θέβαια.

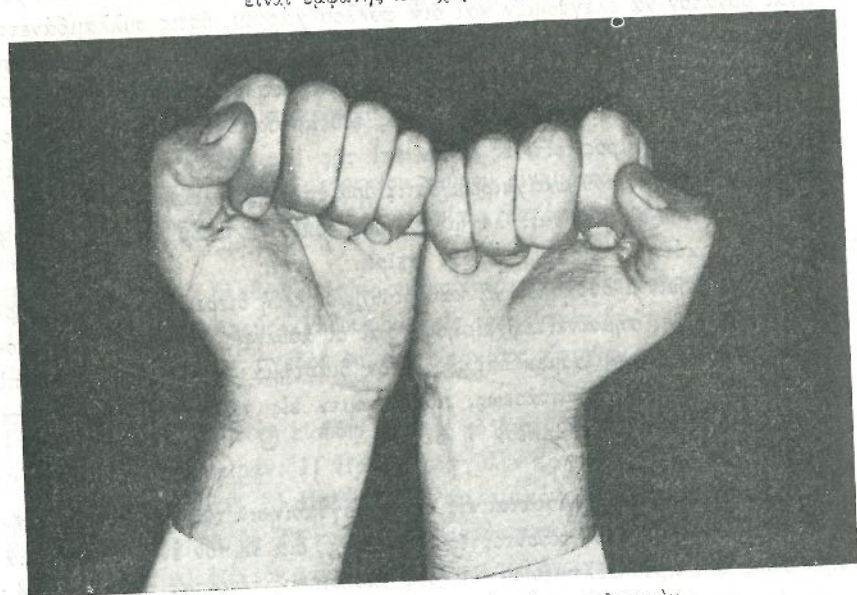
Ἡ τεγοντομεταφορὰ συνίσταται εἰς τὴν ἐνεργοποίησιν τοῦ μακροῦ καμπτή-
 ρος τοῦ ἀντίχειρος, δι' ἐνὸς τέγοντος τοῦ ἐπιπόλῃς, διὰ δὲ τὸν ἐν τῷ θάθει διὰ
 προσηλώσεως τῶν προσθεδλημένων εἰς τοὺς ὑπολοίπους τέγοντας τοῦ ἐν τῷ θά-
 θει κοινοῦ καμπτήρος, τοῦ μικροῦ καὶ παραμέσου δακτύλου, ὡς ἐπράξαμεν εἰς
 μίαν τῶν περιπτώσεών μας.

Περίπτωσης 1η.

Ἀσθενής 22 ἐτῶν, ὑπέστη κάταγμα ἀμφοτέρων τῶν ὀστέων τοῦ ἀντιβρα-



Εἰκ. 1. Ἡ ἀδυναμία καμψέως τῆς τελικῆς φάλλαγος τοῦ δείκτου καὶ ἀντίχειρος εἶναι ἐμφανῆς καὶ χαρακτηριστικῆ.



Εἰκ. 1α. Ἀποκατάστασις εἰς τὸ φυσιολογικὸν χῆρου εἰς τὸ ὕψος τοῦ ἄνω 1/3 αὐτοῦ. Ἐνεφάνισεν ἀδυναμίαν καμψέως τῆς

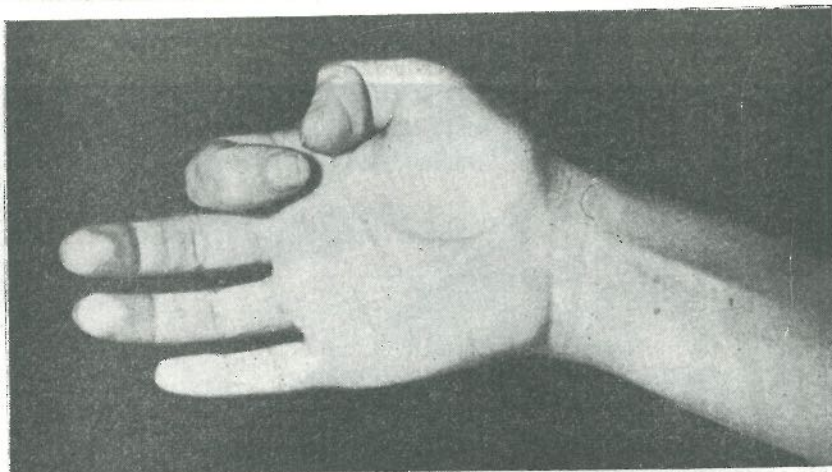
τελικῆς φάλαγγος τοῦ ἀντίχειρος καὶ δείκτου, ἄνευ ἐτέρας κινητικῆς ἢ αἰσθητικῆς διαταραχῆς ἐκ τοῦ μέσου νεύρου (εἰκ. 1).

Ἐνταῦθα ἐτέθη διάγνωσις κακώσεως τῶν γαστέρων ὑπὸ τοῦ κατάγματος. Ἐγένετο ὀστεοσύνθεσις τὴν 3ην ἡμέραν καὶ ἐσωτερικὴ συγκράτησις τῶν καταγόντων ὀστέων ἄνευ προσπαθείας διερευνήσεως τοῦ νεύρου.

Μετὰ τρίμηνον, ἡ κινητικότης τῶν δακτύλων ἀντίχειρος καὶ δείκτου ἀποκατεστάθη (εἰκ. 1α).

Περίπτωσης 2α.

Ἀσθενὴς ἡλικίας 24 ἐτῶν, ὑπέστη κλειστὸν τραῦμα διὰ συνθλίψεως τοῦ ἀντιβραχίου εἰς ἠλεκτρικὸν πλυντήριο. Μετὰ πάροδον μιᾶς ἐβδομάδος, παρετήρησεν διόγκωσιν καὶ συλλογὴν ὑγροῦ εἰς τὴν περιοχὴν τοῦ ἀγκῶνος, ἣτις καὶ παρωχετεύθη ἐκ τῆς περιοχῆς τοῦ ὠλεκράνου. Τὴν φύσιν τοῦ ὑγροῦ τούτου δὲν ἠδυνήθη νὰ καθορίσῃ ἡ ἀσθενὴς. Συγχρόνως, διεπίστωσεν ἀδυναμίαν κάμψεως τῆς τελικῆς φάλαγγος τοῦ ἀντίχειρος καὶ δείκτου, ἡ ὁποία σὺν τῷ



Εἰκ. 2. Παλαμαϊκὴ ὄψις : Παρατηρεῖται ἰδιόζουσα κάμψις τῶν τελικῶν φαλάγγων τοῦ δείκτου καὶ ἀντίχειρος.

χρόνῳ, κατέληξεν εἰς τελείαν κάμψιν τοῦ δείκτου καὶ ἀντίχειρος, ὅταν ἡ χεὶρ εὑρίσκετο ἐν ἐκτάσει, ἐνῶ κατὰ τὴν κάμψιν τῆς χειρὸς οἱ ἀνωτέρω κεκάμμενοι δάκτυλοι εὐθειάζοντο (εἰκ. 2β).

Κατὰ τὴν κλινικὴν ἐξέτασιν δὲν διεπιστώθη διαταραχὴ τῆς αἰσθητικότητος τῆς χειρὸς, οὐδὲ καὶ τῶν λοιπῶν μακρῶν καὶ βραχέων μυῶν ταύτης.

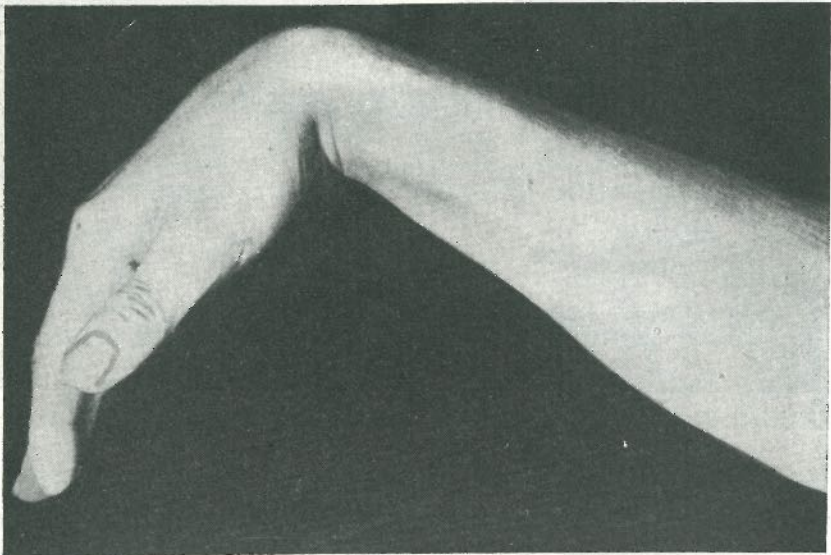
Ἡ διάγνωσις ἡμῶν ἐστράφη πρὸς μετατραυματικὴν σύμφυσιν τῶν τενόν-

των τῶν δύο τούτων μυῶν πρὸς ἐστέινον ὑπόστρωμα, ὥστε νὰ δίδουν τὴν εἰκόνα τεγοντοδέσεως.

Κατὰ τὴν ἐγχείρησιν, 9 μῆνας ἀπὸ τῆς κακώσεως, μὲ σκοπὸν τὴν τεγον-



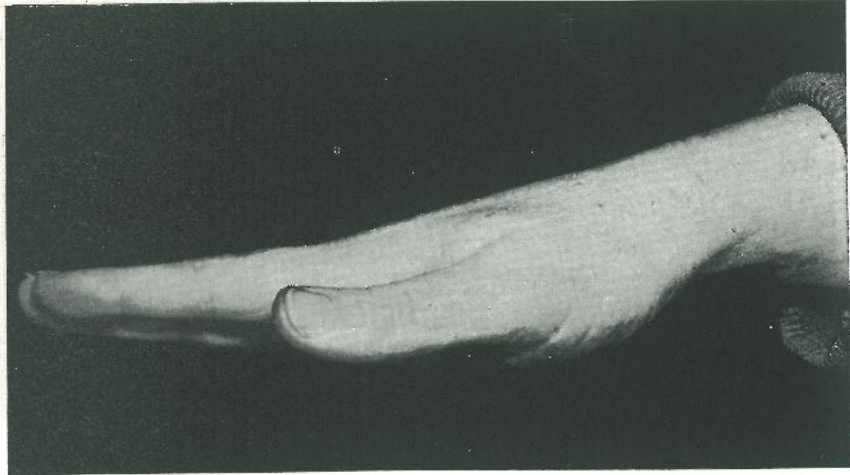
Εἰκ. 2α. Ἐκ τοῦ πλαγίου ὡς ἡ εἰκ. 2.



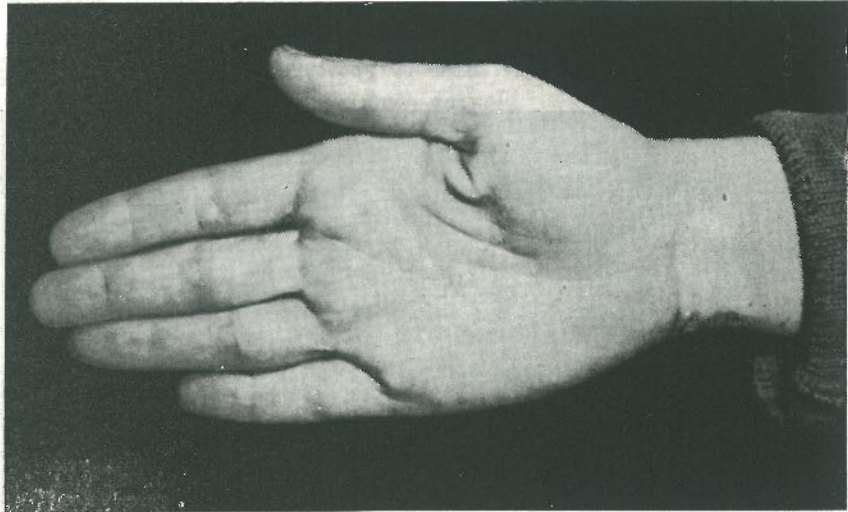
Εἰκ. 2β. Κατὰ τὴν κάμψιν τοῦ καρποῦ ἢ πλήρης ἐκτασις τῶν τελικῶν φαλάγγων τοῦ δείκτου ἀντίχειρος εἶναι ἐφικτή.

τόλυσιν, διεπιστώθη τελεία ἐκφύλισις τῶν γαστέρων τῶν δύο τούτων μυῶν, ἡ ὅψις τῶν ὁποίων ἦτο ὄχρὰ καὶ οἱ ὁποῖοι ἐστεροῦντο ἐλαστικότητος. Συμφύσεις

κατά την διαδρομήν των τενόντων των μυών τούτων δὲν ἀνευρέθησαν, ὅτε καὶ ἀντὶ τῆς προγραμματισθείσης τεγοντολύσεως, προέβημεν εἰς διατομήν των τε-



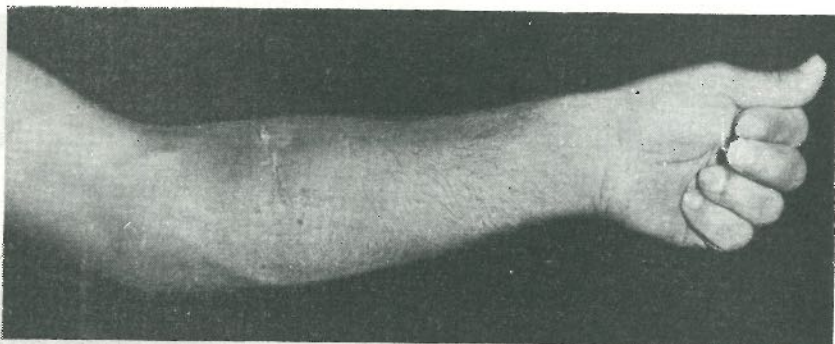
Εικ. 27. Μετεγχειρητικὸν ἀποτέλεσμα : Πλήρης ἔκτασις τῶν τελικῶν φαλλάγων τοῦ δίκτου καὶ ἀντίχειρος.



Εικ. 28. Μετεγχειρητικὸν ἀποτέλεσμα. ὡς ἀνωτέρω

νότων, εἰς ὕψος 5 ἐκ. ἄνωθεν τῆς καμπτικῆς πτυχῆς τοῦ καρποῦ, καὶ συρραφήν τούτων, τοῦ μὲν τένοντος τοῦ ἐν τῷ θάθει καμπτήρος διὰ τὸν δείκτην διὰ διεμβολῆς εἰς τοὺς λοιποὺς τένοντας τοῦ ἐν τῷ θάθει κοινοῦ, τοῦ δὲ μα-

κροῦ καμπτήρος τοῦ ἀντίχειρος τελικοτελικῶς, μετὰ τοῦ τέγοντος τοῦ ἐπιπολῆς κοινού καμπτήρος διὰ τὸν παράμεσον.



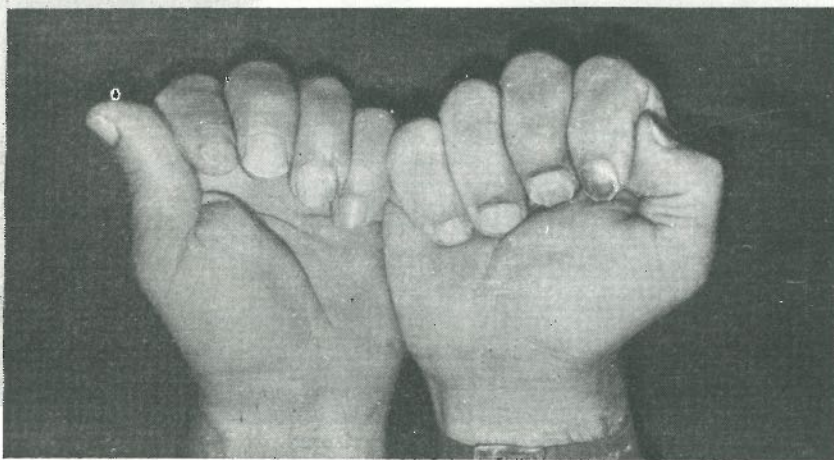
Εἰκ. 3. Μετὰ τὴν ἐπούλωσιν τῶν τραυμάτων. Ἀδυναμία κάμψεως τελικῆς φάλλαγγος δείκτου - ἀντίχειρος.

Ὁ τετράγωνος πρηγιστῆς δὲν ἠλέγχθη.

Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία ὑπῆρξεν ὀμαλή, ἡ δὲ ἀποκατάστασις τελεία (εἰκ. 2γ, 2δ).

Περίπτωσης 3η.

Ἀσθενῆς ἡλικίας 35 ἐτῶν. Καθ' ὃν χρόνον εἰργάζετο δι' ἀνόρουξιν φρέ-

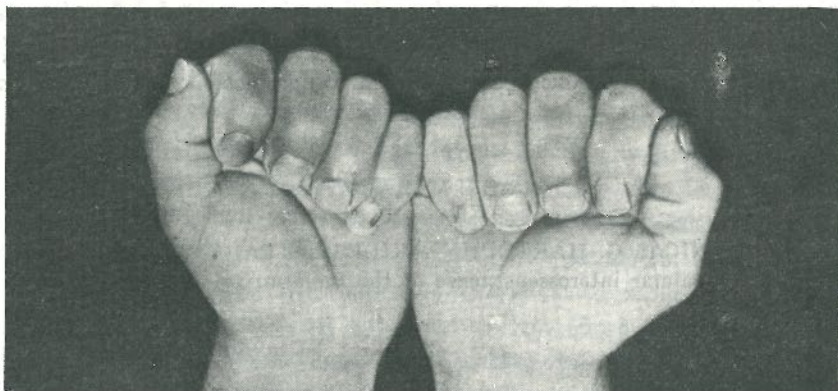


Εἰκ. 3α. Τὸ αὐτὸ συγκριτικῶς μετὰ τὴν ὑγιᾶ χεῖρα.

ατος καὶ κατόπιν πτώσεως, ὑπέστη τραυματισμὸν κατὰ τὸ ἄνω 1/3 τοῦ ἀντιβραχίου, ἐκ τῆς εἰσδιάσεως χειρολαβῆς πτύου εἰς αὐτό. Κατὰ τὸν τραυματι-

μόν αὐτὸν διειτάμη καὶ οἱ κερκιδικὴ ἀρτηρία καὶ μῦες τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ ἀντιβραχίου.

Κλινικῶς, ἐνεφάνιζεν ἀδυναμίαν κάμψεως τῶν τελικῶν φαλάγγων ἀντί-



Εἰκ. 3γ. Πλήρης ἀποκατάστασις

χειρὸς καὶ δείκτου, προσέτι δὲ κατάργησιν τῆς δράσεως τοῦ ἐπιπολῆς κοινοῦ καμπτήρος καὶ κερκιδικοῦ καμπτήρος τοῦ καρποῦ ἄνευ αἰσθητικῆς τινὸς διαταραχῆς (εἰκ. 3, 3α).

Κατὰ τὴν ἐγχείρησιν, 4 ὥρας μετὰ τὴν κάκωσιν, τὸ μέσον νεῦρον ἀνευρέθη ἀνέπαφον, συνερράφησαν δὲ αἱ γαστέρες τοῦ ἐπιπολῆς κοινοῦ καὶ κερκιδικοῦ καμπτήρος, ὡς καὶ ἡ κερκιδικὴ ἀρτηρία.

Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία ὑπῆρξεν ὀμαλή. Τὸ τραῦμα ἐπουλώθη κατὰ ἀ' σκοπόν, οἱ δὲ διατετημένοι καὶ συρραφέντες μῦες ἐλειτούργησαν ἀμέσως. Παρέμεινεν ἡ ἀδυναμία δράσεως τοῦ ἐν τῇ βᾶθει κοινοῦ καμπτήρος διὰ τὸν δείκτην, καὶ τοῦ μακροῦ καμπτήρος τοῦ ἀντίχειρος, ἧτις καὶ ἀποκατεστάθη μετὰ 3μηνον περίπου (εἰκ. 3γ).

Συζήτησις

Τὰ ἀνωτέρω τρία περιστατικὰ ἐνεφάνιζον ὡς κοινὸν σημεῖον τὴν ἀδυναμίαν κάμψεως τῆς τελικῆς φαλάγγος τοῦ δείκτου καὶ ἀντίχειρος, ἄνευ λοιπῶν κινητικῶν ἢ αἰσθητικῶν διαταραχῶν κατὰ τὴν ἄκραν χεῖρα.

Αἱ τρεῖς διάφοροι κακώσεις, ἦτοι τὸ κάταγμα τῶν ὀστέων τοῦ ἀντιβραχίου, ἡ σύνθλιψις τοῦ ἀντιβραχίου καὶ ἡ ἄμεσος, πιθανώτατα, κάκωσις τοῦ νεύρου, διὰ τῆς εἰσδιόδασεως τῆς χειρολαβῆς τοῦ πτύου εἰς τὸ ἄνω 1/3 τοῦ ἀντιβραχίου προεκάλεσαν μόνον παράλυσιν ἢ πάρεσιν τοῦ μικροῦ καμπτήρος τοῦ ἀντίχειρος καὶ τῆς κερκιδικῆς μοίρας τοῦ ἐν τῇ βᾶθει κοινοῦ καμπτήρος τῶν δακτύλων.

Ἡ σύμπτωσις αὕτη δύναται νὰ ἐξηγηθῇ μόνον διὰ τῆς ὑπάρξεως κοινοῦ

παράγοντος, ὅστις εἶναι τὸ παλαμιαῖον μεσόστεον νεῦρον, ἢ ὁποῖα, εἰς μὲν τὰς δύο περιπτώσεις ὑπῆρξεν παροδική, εἰς δὲ τὴν τρίτην μόνιμος.

Ἐκ τῆς ἐκθέσεως τῶν ἀνωτέρω, συνάγεται ὅτι, καίτοι αἱ κακώσεις τοῦ παλαμιαίου νεύρου εἶναι σπάνιαι, πρέπει, ἐπὶ κακώσεως τοῦ ἀντιβραχίου, μετὰ διαταραχῶν, κυρίως ἀπὸ τῶν μυῶν αὐτοῦ, νὰ τίθεται ἡ ὑπόνοια αὕτη, ἣτις θὰ δώσῃ διαφορετικὴν ἴσως μορφήν εἰς τὴν πρόγνωσιν καὶ θεραπείαν τῆς κακώσεως.

S U M M A R Y

A, GIANNICAS G. HARTOPHYLAKIDES and PAPAVALIIOU: Isolated lesions of the palmar interosseus nerve of the forearm.

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Τραύματα ἐκ κυνηγετικῶν πυροβόλων ὄπλων.

Ἀνεκοινώθη τὴν 6 Ἰουλίου 1966

Ἡ παρούσα ἀνακοίνωσις σκοπὸν ἔχει νὰ ἀναλύσῃ τὰ προβλήματα τῶν τραυμάτων διὰ κυνηγετικῶν πυροβόλων ὄπλων. Τὰ προβλήματα ταῦτα διαφέρουν ἐκείνων τῶν λοιπῶν τραυμάτων, καὶ ὡς ἐκ τούτου, παρουσιάζουν ἰδιαιτέρον ἐνδιαφέρον.

Διὰ νὰ κατανοηθῇ τὸ ὅλον θέμα, τῶν ἀναφωρομένων δηλαδὴ προβλημάτων καὶ συνεπῶς τῶν τρόπων ἀντιμετωπίσεως αὐτῶν, εἶναι σκόπιμον νὰ ἀνατρέξωμεν ἐπ' ὀλίγον εἰς τὴν ἱατροδικαστικὴν ἐπιστήμην καὶ νὰ ἀναφέρωμεν ὀλίγα τινὰ περὶ τοῦ τρόπου προκλήσεως τῆς βλάβης, ὡς καὶ τοῦ βαθμοῦ καὶ εἴδους κακώσεως τῶν διαφόρων ἰστῶν. Εἶναι φυσικόν, λόγῳ εἰδικότητος, νὰ ἀσχοληθῶμεν μόνον μὲ τὰς τοιαύτας κακώσεις, τὰς ἐπερχομένας ἐπὶ τῶν ἄκρων κυρίως, δεδομένου ὅτι καὶ τὰ ὑπὸ κρίσιν ἡμέτερα περιστατικὰ ἐδράζονται εἰς ταῦτα.

Ὁ καθηγητὴς τῆς ἱατροδικαστικῆς κ. Κ. Ἡλιάκης ἔχει ἀπασχοληθῆ εἰδικῶς ἐπὶ τῶν τραυμάτων διὰ πυροβόλων ὄπλων καὶ συνεπῶς ἡ πείρα αὐτοῦ θὰ ἀποτελέσῃ πολὺτιμον βοήθημα διὰ τὴν παρούσαν μελέτην.

Βασικῶς αἱ κακώσεις ἐκ κυνηγετικῶν πυροβόλων ὄπλων διαχωρίζονται εἰς τὰς ἐπερχομένας ἐκ τῆς πυρίτιδος, τῶν βυσμάτων, τοῦ καψυλίου, τῶν χόνδρων καὶ τὰς ἐκ τῆς ἐκρήξεως τῆς κάνης τοῦ ὄπλου. Ἔτερος διαχωρισμὸς τῶν τοιούτων κακώσεων γίνεται λαμβανομένης ὑπ' ὄψιν τῆς ἀποστάσεως τῆς κάννης τοῦ ὄπλου ἀπὸ τοῦ στόχου. Ἡ γνώσις τῶν ὡς ἄνω στοιχείων ἔχει μεγάλην σημασίαν διὰ τὸν χειρουργόν, ὅστις θὰ ἀντιμετωπίσῃ τοιαύτην κάκωσιν, διὰ νὰ γνωρί-

ζη ἐκ τῶν προτέρων τί πρέπει νὰ ἀναζητήσῃ, ὡς ἐπίσης καὶ τὸν βαθμὸν κακώσεως τῶν διαφόρων ἰστών, οἵτινες ἐκ πρώτης ὄψεως ἐμφανίζονται διάφοροι τοῦ πραγματικοῦ.

Αἱ κακώσεις ἐκ τῆς πυρίτιδος, ἔχουν σημασίαν μόνον ὅταν ὁ πυροβολισμὸς γίνῃ ἐξ ἀπολύτου ἐπαφῆς, καθ' ὅσον εἰς τὸν ἐξ ἀποστάσεως πυροβολισμὸν τὰ ἀέρια εὐρίσκουν τρόπον διαφυγῆς καὶ οὕτω αἱ βλάβαι εἶναι, πρακτικῶς, ἀνύπαρκτοι. Ἡ ἄφθονος καὶ ἰσχυρᾶς δυνάμεως ποσότης τῶν ἀερίων πλήττει τὸ δέριμα, οὕτως ὥστε διαρρηγνύει τοῦτο ἀνωμάλως καὶ εἰσδύουσα εἰς τὸν ὑποδόρειον ἰστὸν ἢ θαθύτερον διασχίζει τοῦτον, ἐὰν δὲ εὐρίσκειται ὁστοῦν εἰς μικρὰν ἀπόστασιν ἀπὸ τοῦ δέριματος, ὡς εἰς τὴν προσθίαν ἐπιφανείαν τῆς κνήμης, εἶναι δυνατὸν νὰ προκαλέσῃ καὶ κάταγμα τοῦτου. Ἀκολούθως, ἡ προβαλλομένη ὑπὸ τῶν ἰστών ἀντίστασις ἀναγκάζει τὰ ἀέρια νὰ ὀπισθοχωρήσουν πρὸς τὸ σημεῖον εἰσόδου, ὅτε καὶ ἐπιτείνουν τὴν ἤδη δημιουργηθεῖσαν κάκωσιν. Τὸ οὕτω σχηματισθὲν τραῦμα εἶναι κρημνώδες σχήματος ἀστεροειδοῦς ἢ σταυροειδοῦς. Τοιαῦται κακώσεις θὰ παρατηρηθοῦν μόνον ὅταν ὁ πυροβολισμὸς γίνῃ μὲ ἀπλὴν πυρίτιδα, δεδομένου ὅτι ὅταν ὑπάρχουν καὶ τὰ ἕτερα δύο στοιχεῖα τῆς γομώσεως, τὸ βύσμα τουτέστιν καὶ τὰ βολία (χόνδροι), αἱ κακώσεις εἶναι περισσότεραι ἢ πολλαπλαῖ.

Αἱ κακώσεις ἐκ τοῦ βύσματος δὲν ἔχουν πρακτικὴν, διὰ τὸν χειρουργόν, σημασίαν, δεδομένου ὅτι προκαλοῦν μόνον ἐπιπολαίαν καταστροφὴν τῆς ἐπιδερμίδος καὶ ἐνίοτε καὶ τοῦ χορίου, ὡς ἀπέδειξαν πειράματα τῶν Κ. καὶ Ἐμμ. Ἡλιάκη διενεργηθέντα ἐπὶ πτωμάτων. Ἡ ὕπαρξις βύσματος ἐντὸς τοῦ τραύματος ἔχει μεγάλην σημασίαν ἀπὸ ἀπόψεως χρόνου, τρόπου ἐπουλώσεως ὡς καὶ τρόπου ἀντιμετωπίσεως τοιούτου τραύματος, ὡς θὰ ἴδωμεν κατωτέρω.

Αἱ κακώσεις ἐκ τῶν βολίων (χόνδρων) ἔχουν μεγάλην σημασίαν ἀπὸ χειρουργικῆς ἀπόψεως, δεδομένου ὅτι εἶναι οἱ κύριοι παράγοντες οἱ προκαλοῦντες τὰς ἐκ τῶν ὅπλων τούτων κακώσεις. Ἡ σοβαρότης, ἀπὸ πλευρᾶς βαρῆτης, ἐξαρτᾶται ἀπολύτως ἐκ τῆς ἀποστάσεως τοῦ πυροβολισμοῦ καὶ ἐκ τοῦ εἴδους τῶν χρησιμοποιουμένων χόνδρων, δεδομένου ὅτι πολὺ συχὰ ἐν Ἑλλάδι, ἰδίᾳ οἱ χωρικοί, χρησιμοποιοῦν ἀντὶ τῶν βιομηχανοποιημένων χόνδρων τοιούτους ἐκ μολύβδου (ἰδίως κατασκευῆς διὰ τήξεως). Οἱ τοιοῦτοι χόνδροι εἶναι ἀνώμαλοι, ὅτε καὶ οἱ χαρακτῆρες τοῦ τραύματος εἶναι διάφοροι τῶν ἐκ τοῦ ἐμπορίου.

Κατὰ τὸν ἐξ ἀπολύτου ἐπαφῆς πυροβολισμὸν, τὸ τραῦμα εἶναι τεράστιον, ἀνώμαλον, κρημνώδες, οἱ δὲ ἐν τῷ θάθει ἱστοὶ εἶναι πολτοποιημένοι. Τὸ τραῦμα δηλαδὴ τοῦτο εἶναι παρόμοιον πρὸς τὸ διὰ μόνης τῆς πυρίτιδος προκληθέν, πλὴν ὅμως αἱ βλάβαι εἶναι θαυότεραι καὶ περισσότερον ἐκτεταμέναι. Εἰς τοιοῦτον τραῦμα οἱ χόνδροι δυνατὸν νὰ προκαλέσουν καὶ κάταγμα τῶν ὑποκειμένων ὁστών ὡς καὶ εἰς τὸ διὰ μόνης τῆς πυρίτιδος, μὲ τὴν διαφορὰν ὅτι τὸ

τελευταίον θά εἶναι βαρύτερον, θά εἶναι δηλαδή τοῦ τύπου τοῦ συντριπτικοῦ κατάγματος, δημιουργοῦν ἀπάσας τὰς συνεπείας τῶν συντριπτικῶν ἐπιπεπλεγμένων καταγμάτων, μετὰ μεγαλυτέρας καταστροφῆς τῶν περίξ τοῦ ὄστου μαλακῶν μορίων, προσέτι δὲ καὶ βαρυτέρας μολύνσεως τοῦ συνόλου τραύματος.

Τὸ στόμιον ἐξόδου, ἐὰν δημιουργηθῆ, εἶναι καὶ τοῦτο ἀνώμαλον καὶ ρακῶδες.

Ὁ πυροβολισμὸς ἐξ ἀποστάσεως μέχρι τριῶν μέτρων προκαλεῖ τραῦμα ἐνιαίον, διαμέτρου 1,5 - 5 ἐκμ., διότι ἡ μάζα τῶν χόνδρων, μέχρις αὐτῆς τῆς ἀποστάσεως δρᾷ ὡς ἐνιαία βολίς. Αἱ κακώσεις, ἐξ αὐτῆς τῆς ἀποστάσεως ὀφείλονται μόνον εἰς τὴν δρᾶσιν τῶν χόνδρων, δεδωμένου ὅτι ἡ πυρίτις δὲν προκαλεῖ, ὡς ἀνεφέρθη, ἀξίως λόγου βλάβας.

Πυροβολισμὸς ἐξ ἀποστάσεως πέραν τῶν τριῶν μέτρων δημιουργεῖ τραῦμα ἄλλοτε ἄλλον, διότι ἀπὸ τῆς ἀποστάσεως ταύτης τὰ βολία ἄρχονται διασπειρόμενα. Οὕτω, ἄλλοτε μὲν δημιουργεῖται ἐν κεντρικῶν τραῦμα καὶ περίξ αὐτοῦ ἕτερα μικρότερα, λόγῳ τῆς ἀναλόγου τάξεως τῶν βολίων, ἄλλοτε δὲ πολλὰ μικρὰ τραύματα περικλειόμενα ἐντὸς τοῦ κύκλου διασπορᾶς, ἀναλόγως τῆς ἀποστάσεως.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΜΕΝΑ ΕΠΙ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΔΙΑ ΤΟΙΟΥΤΩΝ ΟΠΑΙΩΝ

Τὰ προβλήματα ἅτινα τίθενται εἰς τὸν χειρουργὸν ἐπὶ τῶν ἀναφερομένων τραυμάτων ἐκ κυνηγετικῶν ὄπλων εἶναι, βασικῶς, τρία: α) τρόπος ἀντιμετωπίσεως τοῦ τραύματος πρωίμως καὶ ἐν συνεχείᾳ, β) τρόπος ἀντιμετωπίσεως τοῦ κατάγματος πρωίμως καὶ ἀκολούθως καὶ γ) τρόπος ἀντιμετωπίσεως τῆς μολύνσεως.

Ἀντιμετωπίσις τοῦ τραύματος. Εἰς ἐν τοιοῦτον τραῦμα ἀναμένομεν νὰ εὕρωμεν ράκη ἐνδυμάτων, ἅτινα παρεσύρθησαν κατὰ τὸν πυροβολισμὸν ἐντὸς τοῦ τραύματος, ράκη ἰστών, ἐκ τῆς δράσεως τῆς πυρίτιδος καὶ τῶν χόνδρων, κεκαυμένης ἰστικῆς (κυρίως μυϊκῆς) μάζας, ἐκ τῆς δράσεως τῆς πυρίτιδος, ἡ βαθμὸς ἐγκαύματος τῶν ὁποίων δύναται νὰ ἀφορᾷ εἰς ὅλους τοὺς βαθμοὺς αὐτῶν, τούτου ἐξαρτωμένου ἐκ τῆς ἀποστάσεως βολῆς, τῆς ποσότητος τῆς γομώσεως, καὶ τοῦ εἴδους τοῦ προσβληθέντος ἰστοῦ, δηλαδή τῆς ἀντοχῆς τούτου εἰς τοιαύτην βλάβην. Πλὴν τούτων, εἰς τὰ τραύματα ταῦτα δυνατὸν νὰ συνυπάρχη κάταγμα ἄλλοτε ἄλλης βαρύτητος, ὀφειλόμενον εἰς τὴν δρᾶσιν τῆς πυρίτιδος καὶ τῶν βολίων. Πάντα τὰ εὐρήματα ταῦτα συνοδεύονται καὶ ὑπὸ τῶν εὐρημάτων, ἅτινα διαπιστοῦνται εἰς τὰ κοινὰ ἀνοικτὰ τραύματα, δηλαδή διάφορα ξένα σώματα (χῶμα κ.λ.π.), ἐπέκτασις τοῦ τραύματος λόγῳ δράσεως ἑτέρας βίας εἴτε ἐξωτερικῆς (πτώσις ἐπὶ τέμνοντος ἢ θλώντος σώματος), εἴτε ἐσωτερικῆς (διάσχισις τοῦ τραύματος ὑπὸ τοῦ κατεαγότος ὄστου) κ.λ.π.

Μεγάλην σημασίαν, πλὴν τῶν ἀνωτέρω, ἔχει ἡ ἀνεύρεσις τοῦ θύσματος εἰς τὸ τραύμα, διότι τοῦτο, ὡς ἔχει ἀποδειχθῆ, ἀποτελεῖ ἕνα ἐκ τῶν σημαντικωτέρων παραγόντων ἐπιβαρύνσεως τῆς πορείας τοῦ τραύματος. Τὰ βολία, συνήθως, δὲν ἀνευρίσκονται ἅπαντα.

Ἐκ τῶν ἀνωτέρω καταφαίνεται ὁ τρόπος ἀντιμετωπίσεως τῶν τραυμάτων αὐτῶν. Ἀφοῦ ἐκτελεσθῆ σχολαστικὸς χειρουργικὸς καθαρισμὸς τοῦ τραύματος καὶ νεαροποίησις τῶν χειλέων τοῦ τραύματος, θὰ ἀνέμενέ τις ὅτι τὸ ἔργον τοῦ χειρουργοῦ, ὡς πρὸς τὴν ἀντιμετώπισιν τοῦ τραύματος, θὰ ἐπερατοῦτο μετὰ τὴν συρραφὴν τοῦ τραύματος. Τὴν μεγαλυτέραν σημασίαν, εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς, ἔχει ἡ ἀξιολόγησις τοῦ βαθμοῦ καὶ μεγέθους τοῦ ἐγκαύματος τῶν ἰστῶν διὰ τὸ τί θὰ ἀφαιρεθῆ, διότι εἶναι ἢ θὰ γίνῃ νεκρὸν, καὶ τί θὰ παραμείνῃ, διότι θὰ ἐπιβίωσῃ. Δυστυχῶς ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ καθορισθῇ ἐπακριδῶς ὁ βαθμὸς καταστροφῆς, ἐκ τοῦ ἐγκαύματος, ἐνδὸς ἰστοῦ, διότι αἱ μακροσκοπικαὶ παθολογοανατομικαὶ ἀλλοιώσεις δὲν συμβαδίζουσιν μετὰ τῶν μικροσκοπικῶν τοιούτων, καὶ διότι δὲν δυνάμεθα ἐπακριδῶς νὰ καθορίσωμεν τὸν βαθμὸν ἀντοχῆς τῶν κυττάρων τῶν διαφόρων ἰστῶν εἰς τὴν ἐπίδρασιν τῆς θερμότητος. Οὕτω, ἰστὸς τις δυνατὸν νὰ φαίνεται ὑγιής, πλὴν ἔμως αἱ παθοφυσιολογικαὶ ἀλλοιώσεις νὰ εἶναι τοιαῦται ὥστε ἡ ἐπιβίωσις του νὰ εἶναι ἀδύνατος, ὅπως ἐπίσης δύναται νὰ συμβῇ καὶ καὶ τὸ ἀντίστροφον. Οὕτως ἡ τύχη τοῦ τραύματος ἐπαφίεται εἰς τὴν πείραν τοῦ χειρουργοῦ. Πάντως θεωρεῖται, καθ' ἡμᾶς, προτιμότερον νὰ ἀφεθοῦν ἰστοὶ ἀμφιβόλου ἐπιβιώσεως παρά νὰ ἀφαιρεθοῦν, διότι ἢ, κατὰ κάποιον τρόπον, γνωστὴ πορεία τῶν τοιούτων τραυμάτων θὰ ἐπιτρέψῃ τὴν ὄψιμον, ἅμα τῇ νεκρώσει, ἀφαιρέσιν τούτων χωρὶς ὁ κίνδυνος ἐπιβαρύνσεως, ἐκ τῆς παραμονῆς τῶν ἰστῶν τούτων ἐπὶ τινὰς ἡμέρας, νὰ εἶναι πολὺ μεγάλος.

Κατὰ τὸν χειρουργικὸν καθαρισμὸν τοῦ τραύματος πρέπει ἀπαραιτήτως νὰ ἀναζητηθῆ καὶ ἀνευρεθῆ τὸ θύσμα, ἀκόμη καὶ ὅταν ὁ ἀσθενὴς δεδαιώγῃ ὅτι τὸ θύσμα δὲν εἰσῆλθεν ἐντὸς τοῦ τραύματος. Κατὰ παράδοξον ἴσως λόγον ἢ ὑπαρξίς τοῦ θύσματος ἐντὸς τοῦ τραύματος ἐπιβαρύνει σημαντικῶς τὴν πορείαν καὶ πρόγνωσιν τοῦ τραύματος, τόσον, ὥστε νὰ καθίσταται ἀδύνατος ἡ ἐπούλωσις τούτου ἐφ' ὅσον παραμείνῃ τὸ θύσμα ἐντὸς αὐτοῦ.

Ὅσον ἀφορᾷ εἰς τοὺς χόνδρους, οὗτοι πρακτικῶς εἶναι ἀδύνατον νὰ ἀφαιρεθοῦν ἅπαντες δι' ὃ περιοριζόμεθα εἰς τὴν ἀφαίρεσιν ἐκείνων οἵτινες εἶναι ἐμφανεῖς καὶ προσιτοί. Τοὺς λοιποὺς τοὺς ἀγνοοῦμεν, δεδομένου ὅτι καὶ δὲν ἔχουσιν πρακτικὴν σημασίαν ἐὰν ἀφαιρεθοῦν ἢ ὄχι. Ὅπωςδὴποτε τοῦτο δὲν ἰσχύει προκειμένου περὶ βολίων ἅτινα προσβάλλουσιν ὄργανα καὶ δημιουργοῦν προβλήματα λειτουργίας αὐτῶν, ὅπως, π.χ., διαταραχὰς ἐκ θλάθης νεύρων. Εἰς αὐτὴν τὴν περίπτωσιν γίνεται προσπέλασις τῆς περιοχῆς, παρασκευὴ ταύτης καὶ ἀφαίρεσις τῶν βολίων ἅτινα παρεμποδίζουσιν τὴν λειτουργίαν τοῦ νεύρου.

Μετά ταῦτα ἐλέγχονται οἱ κρημνοὶ τοῦ τραύματος κατὰ πόσον εἶναι δυνατὸν νὰ συγκλεισθοῦν δι' ἀπλῆς συμπλησιασέως τῶν χειλέων αὐτοῦ, ἢ κατόπιν ὑποσκαφῆς τῶν κρημνῶν, ἢ ἄλλως πως. Δηλαδή, μετὰ τὴν ὡς ἄνω ἀντιμετώπισιν, τὸ τραῦμα τίθεται εἰς τὴν κατηγορίαν τῶν ἀνοικτῶν μολυσμένων τοιούτων, ὅτε καὶ ὁ τρόπος συγκλείσεως ἀνάγεται εἰς ταῦτα. Ὑπάρχουν χειρουργοὶ οἵτινες θεωροῦν παραδεκτὴν τὴν καὶ ὀιονδήποτε τρόπον σύγκλεισιν τοῦ τραύματος, ὅποτε δύνανται νὰ χρησιμοποιήσουν τὴν μέθοδον καλύψεως δι' ὀλισθαίνοντος μισχωτοῦ μισχεύματος ἐκ τοῦ παρακειμένου δέρματος, ἢ τὴν τοῦ μισχωτοῦ ἀπομεμακρυσμένου τοιούτου, ἢ ἀκόμη καὶ τὴν κάλυψιν δι' ἐλευθέρων μισχευμάτων, πάντα δὲ ταῦτα εἰς πρῶτον χρόνον. Ἡμεῖς πιστεύομεν ὅτι τὰ τραύματα ταῦτα πρέπει νὰ συγκλείωνται μόνον ἐφ' ὅσον ὑπάρχη ἐπαρκῆς ἴδιος κρημνός, ἄλλως, συμπλησιάζονται ἀπλῶς τὰ χεῖλη καὶ ἡ τελικὴ σύγκλεισις λαμβάνει χώραν ἐφ' ὅσον ἐλέγχωμεν τὴν φλεγμονήν· τοῦτο διὰ δύο κυρίως λόγους· α) εἰς τοιοῦτον τραῦμα ὑπάρχουν ἅπασαι αἱ πιθανότητες (κρῦπται, ράκη ἰσθῶν, κακὴ ἀγγείωσις τῆς περιοχῆς, χαμηλὴ ζωτικότης τῶν ἰσθῶν, διάφορα ξένα σώματα, κ.π.λ.) μολύνσεως, ἰδίᾳ ἀναεροβίου τοιαύτης, καὶ συνεπῶς ἡ μόνιμος ἀποκατάστασις τοῦ τραύματος καὶ, πιθανῶς, ἡ ἔγκλεισις τοῦ μέλους, λόγω κατάγματος, εἰς γύψιν ἐπίδεσμον, ἀποκλείουν εἰς τὸν χειρουργὸν τὸν πλήρη καὶ καθημερινὸν ἔλεγχον αὐτοῦ, μὲ ἀποτέλεσμα πιθανὸν ὀλέθριον καὶ δι' αὐτὴν τὴν ζωὴν τοῦ ἀσθενοῦς. Τοιοῦτοι ἰστοί, ἔχουν μεγάλας πιθανότητας νὰ μὴ δώσουν σημεῖα τοιαῦτα, ὥστε νὰ ὑποψιασθῶμεν ἐπιδάρουνσιν τῆς τοπικῆς καταστάσεως καὶ ἐπομένως, ὅταν, μετὰ χρόνον ἄλλοτε ἄλλον (π. χ. 15 ἡμερῶν), ἀνοίξωμεν ἐκ νέου τὸ τραῦμα διὰ τὸν ἔλεγχον αὐτοῦ, ἴσως εἶναι πολὺ ἀργὰ πλέον. Εἶναι πρόσφατον ἐν παράδειγμα τοιαύτης ἐξελίξεως ἐπὶ παιδίου ἡλικίας 15 ἐτῶν, τὸ ὁποῖον, κατόπιν αὐτοκινητιστικοῦ δυστυχήματος, εἶχεν ὑποστῆ ἐκτεταμένην ἀποκόλλησιν, κύκλω, ἀπάσης τῆς ἐπιφανείας τῆς κνήμης. Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἀποκολληθέντος δέρματος ἐδείξεν ὅτι εἶχεν μεγάλας πιθανότητας νὰ ἐπιβιώσῃ, δι' ὅ, καὶ μετὰ πλήρη καὶ ἐπιμελεῖν καθαρισμὸν καὶ διὰ χρήσεως 4 χιλιογράμμων φυσιολογικοῦ ὁροῦ, συνεκλείσθη τελείως τὸ τραῦμα, τὸ δὲ σκέλος, κατόπιν ἐλαστικῆς ἐπιδέσεως ἐτέθη ἐντὸς γυψίνου γάρθης. Μετὰ μίαν ἑβδομάδα, καὶ ἐνῶ τὰ κριτήρια διὰ τὴν ἔκθεσιν τοῦ τραύματος ἦσαν εὐνοϊκά, μόνον ἡ ἀγωνία ἡμῶν διὰ τὴν ἔκθεσιν τοῦ τραύματος μὲς ὤθησεν καὶ προέβημεν εἰς τὸν ἔλεγχον τούτου, διεπιστώσαμεν νέκρωσιν ὀλοκλήρου τοῦ δέρματος, ὅπερ εἶχεν ἀποκολληθῆ καὶ ἀρχομένην γάγγραιναν τοῦ σκέλους, ὁ κίνδυνος τῆς ὁποίας, καὶ διὰ τὴν ζωὴν τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τὴν τύχην τοῦ σκέλους, ἀπεσοδῆθη λίαν δυσκόλως. δ) Δὲν θεωροῦμεν σκόπιμον νὰ θυσιάσωμεν τὸ παρακείμενον ὕγιές δέριμα διὰ νὰ καλύψωμεν τραῦμα ὅπερ ἐπωσδήποτε, κατὰ τὴν πείραν ἡμῶν, θὰ διασπασθῆ καὶ θὰ δημιουργήσῃ δευτερογενῶς πρόβλημα ἐκ νέου καλύψεως διὰ δέρματος. Ἡ κατὰ τὴν ὡς ἄνω μέθοδον ἀντιμετώπισις τῶν ἡμετέρων περιπτώ-

σεων, οὐδέποτε μᾶς ἀπεγογήτευσεν, μᾶς ἔδωσεν δὲ καὶ τὸ περιθώριον νὰ ἐλέγχω-
μεν πλήρως καὶ καθημερινῶς, ἀφ' ἐνός τὴν ἐξέλιξιν τῆς ἐπιβιώσεως τῶν ἀμφι-
θόλου τοιαύτης διατηρηθέντων ἰστών, καὶ ἀφ' ἑτέρου τὴν ἐξέλιξιν τῆς φλεγμο-
νῆς, ὥστε τὴν κατάλληλον στιγμήν νὰ ἐπέμβωμεν (π.χ. δι' ἀφαιρέσεως νεκρωθέν-
των ἰστών) διὰ νὰ ὑποβοηθήσωμεν τὴν καλὴν ἐξέλιξιν τοῦ τραύματος, πράγμα
τὸ ὁποῖον θὰ ἦτο ἀδύνατον νὰ γίγη ἔταν τὸ τραῦμα ἦτο κλειστὸν καὶ περιβεβλη-
μένον ὑπὸ γυφίνου ἐπιδέσιμου. Ὁ μέσος χρόνον ἀποκαταστάσεως ἐνός τοιούτου
τραύματος εἶναι καθ' ἡμᾶς, δύο μῆνες

Ἄντι μετώπισις τοῦ κατάγματος. Εἰδικῶς διὰ τὰ κυνηγε-
τικὰ πυροβόλα ὅπλα, δὲν ἀνεύρομεν εἰς τὴν βιβλιογραφίαν ἄρθρον τι. Μᾶλλον
θὰ πρέπει νὰ ὑπάρχουν ἀνακοινώσεις ἐπ' αὐτοῦ, αἰτινες, ἴσως, νὰ συμπεριελή-
φθησαν εἰς γενικώτερα κεφάλαια καὶ δὲν τὰς ἀνεύρομεν. Ἐπὶ τῶν πολεμικῶν,
ὅμως, πυροβόλων ἐγένετο μία ἐργασία, ἣτις ἀνεκοινώθη τὸ 1956 εἰς τὸ ἐτήσιον
συνέδριον τῆς Ἀμερικανικῆς Ὀρθοπεδικῆς Ἑταιρείας, ἀκολούθως δὲ ἐδημοσι-
εύθη εἰς τὸ J.B.J.S. No 39A, 513, 1957. Ἐν αὐτῇ, ὁ συγγραφεὺς, στρατιωτικὸς
ιατρός E.A. BRAV, ἐκθέτει τὴν πείραν του, ἐκ τοῦ πολέμου τῆς Κορέας, ἐπὶ
τοῦ τομέως τούτου, διαχωρίζει δὲ τὴν ὀστεοσύνθεσιν, διὰ τῆς ὁποίας ἀντεμετώ-
πισεν τὰ κατάγματα, εἰς γενομένην πρὸ καὶ μετὰ τὴν ἐπούλωσιν τοῦ τραύματος,
καὶ πιστεύει ὅτι εἶναι καλύτερον ν' ἀντιμετωπίζεται τὸ κάταγμα δι' ὀστεοσυν-
θέσεως μετὰ τὴν ἐπούλωσιν τοῦ τραύματος, παρὲ δὲ κατὰ τὸν πρῶτον καθα-
ρισμόν.

Βεβαίως ὁ ὧς ἄνω συγγραφεὺς ἀναφέρεται ἐπὶ τῆς ἠλώσεως τῶν κατα-
γμάτων χωρὶς νὰ θίγη τὸ θέμα τῆς καθόλου ἀντιμετωπίσεως ἐνός τοιούτου
κατάγματος, τουτέστιν καὶ τῆς περιπτώσεως τοῦ τρόπου ἀντιμετωπίσεως συντη-
ρητικῶς. Κατὰ τὴν γενομένην, ὅμως συζήτησιν εἰς τὸ ἐν λόγῳ συνέδριον, λαθῶν
τὸν λόγον ὁ E. F. CAVE ἐτόνισε, ὅτι εἰς τὰ πολεμικὰ τραύματα πρέπει τὸ
τραῦμα, μετὰ τὸν πρῶτον καθαρισμόν, νὰ ἀφίεται νὰ ἐπούλωθῃ κατὰ δεῦτερον
σκοπόν.

Ἡμεῖς ἀντιμετωπίζομεν τοιαύτας περιπτώσεις καταγμάτων συντηρητικῶς
κατ' ἀρχὰς καὶ ἐφ' ὅσον ἡ μορφή τοῦ κατάγματος ἐπιβάλλῃ χειρουργικὴν
θεραπείαν καὶ ὅτε τὸ τραῦμα ἔχει ἐπούλωθῃ πλήρως καὶ ἀπὸ ἀρκετῶν ἡμερῶν,
τότε προβαίνομεν εἰς ἐγχείρησιν. Ὅταν τὸ τραῦμα, μετὰ τὴν ἐπούλωσιν
κατὰ δεῦτερον σκοπόν, ἔχη πρόβλημα καλύψεως διὰ δέρματος διενεργούμεν
ταύτην καὶ ὅταν καὶ τοῦτο ἐπιτύχη τότε σκεπτόμεθα διὰ τὴν χειρουργικὴν ἀντι-
μετώπισιν τοῦ κατάγματος.

Ἄντι μετώπισις τῆς μολύνσεως. Ἡ ἀντιμετώπισις τῆς
μολύνσεως ἄρχεται διὰ τοῦ, μετὰ πάσης σχολαστικότητος, χειρουργικοῦ καθα-
ρισμοῦ τοῦ τραύματος, τῆς ἀφαιρέσεως τῶν ρακῶν ἐκ τῶν ἰστών, τῆς εὐρείας
διανοίξεως τῶν τυχόν ὑπαρχουσῶν κρηπτῶν, τῆς ἐκπλύσεως τοῦ τραύματος δι'

ἀφθόνου φυσιολογικοῦ ὄρου καὶ ἀκολούθως δι' ὀξυγονοῦχου ὕδατος, ὅπερ πολ-
λάκις προωθοῦμεν ἐν τῷ βάθει διὰ σύριγγος, ὥστε νὰ φθάσῃ καὶ εἰς τὰς πλέον
ἀπροσπελάστους κρύπτας διὰ νὰ προσφέρῃ ὀξυγόνον, καὶ τοῦτο διὰ νὰ μει-
ώσωμεν, κατὰ τὸ δυνατόν, τὸν κίνδυνον ἀναεροβίου μόλυνσεως. Ἀκολούθως, πρὸ
καὶ μετὰ τὴν συρραφήν, ἐπιθέτομεν σταγόνας διαλύματος χλωρομυκητίνης, ἥτις
ἔχει ἀποδειχθῆ ὅτι ἀποτελεῖ τὸ ἀντιβιοτικὸν εἰς ὃ τὰ περισσότερα μικροβιακὰ
στελέχη εἶναι εὐαίσθητα. Χλωρομυκητίνη χορηγεῖται καὶ ἀπὸ τοῦ στόματος,
1—1,5 GR. Μετὰ διήμερον περίπου ἀκολουθεῖ ἀλλαγὴ τοῦ τραύματος καὶ ἐφ'
ὅσον ὑπάρχουν στοιχεῖα φλεγμονῆς, ἔστω καὶ ἀδληχρᾶς, λαμβάνεται ὕγρον ἐκ
τοῦ τραύματος διὰ καλλιέργειαν καὶ τέστ εὐαισθησίας εἰς τὰ διάφορα ἀντιβιο-
τικά, ἐξ ὧν ἐκλέγεται τὸ πλέον κατάλληλον ὅπερ καὶ χορηγεῖται. Ἀντιβιό-
γραμμα λαμβάνεται ἀνὰ πενθήμερον διὰ τὸν φόβον ἀλλαγῆς τῆς εὐαισθησίας
ἢ τοῦ μικροβιακοῦ στελέχους. Οὕτω ἡ φλεγμονὴ εὐρίσκεται ἀνὰ πᾶσαν στιγμὴν
ὕπὸ ἔλεγχον.

Τὴν δρᾶσιν τῶν ἀντιβιοτικῶν ὑποβοηθοῦμεν διὰ τῶν συχῶν ἀλλαγῶν τοῦ
τραύματος καὶ τῶν, κατὰ διαστήματα καὶ ὅταν χρειάζεται, χειρουργικῶν καθα-
ρισμῶν, καθ' οὓς ἀφαιροῦμεν πᾶν ὅ,τι ἐμποδίζει τὴν ὀμαλὴν ἐπούλωσιν. Ὅ-
ταν πλέον εἴμεθα βέβαιοι, ὅτι ἄμεσος κίνδυνος ἐπεκτάσεως τῆς φλεγμονῆς
δὲν ὑφίσταται, τότε δυνάμεθα, μετὰ συνήθως καλὸν χειρουργικὸν καθαρισμὸν,
νὰ ἐγκλείσωμεν τὸ μέλος ἐντὸς γυψίνου ἐπιδέσμου ἐπὶ ἄλλοτε ἄλλο χρονικὸν διά-
στημα. Ἐνταῦθα δέον ὅπως ἀναφερθῆ ὅτι τότε μόνον ἔχει καλὸν ἀποτέλεσμα ἡ
ἐγκλείσις τοῦ μέλους ἐντὸς γυψίνου ἐπιδέσμου ὅταν εἴμεθα βέβαιοι, ὅτι δὲν
ὑπάρχει κίνδυνος ἄμεσος. Πολλάκις ἡ ὅλη ἐμφάνισις τοῦ τραύματος, μετὰ τὸν
πρῶτον καθαρισμὸν, ἐμπνέει ἐμπιστοσύνην ὥστε νὰ ἀποφασίζεται ἡ ἄμεσος
ἐγκλείσις τοῦ μέλους ἐντὸς τοῦ γυψίνου ἐπιδέσμου καὶ ἡ παρακολούθησις του,
ἀνευ ἀλλαγῶν, ἐπὶ μίαν ἕως δύο ἑβδομάδας, ὅτε ἡ ἀφαίρεται ἢ διανοίγεται
«παράθυρον» εἰς τὸν γύψον καὶ ἐλέγχεται τὸ τραῦμα.

Δεύτερον στάδιον ἀντιμετωπίσεως τοιοῦτου
τ ρ α ὐ μ α τ ο ς. Τοῦτο ἄρχεται μετὰ τὴν πλήρη ἐπούλωσιν κατὰ πρῶ-
τον ἢ δεῦτερον σκοπὸν, καὶ ἐφ' ὅσον ὑφίστανται εἰσέτι προβλήματα πρὸς λύσιν.

Οὕτω, ἐν βασικὸν πρόβλημα εἶναι ἡ κάλυψις διὰ δέρματος τυχὸν ἀπω-
λείας τούτου. Ἔτερον, εἶναι ἡ ρίχνωσις περιοχῆς, ἥτις, λόγῳ αὐλοποιήσεως,
λόγῳ θέσεως, δημιουργεῖ δυσχέριαν χρήσεως τοῦ μέλους, ἢ παρεμπόδισιν
λειτουργίας τινός. Εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας, εἶναι ἀπαραίτητος ἡ
χειρουργικὴ ἀφαίρεσις τῶν οὐλῶν καὶ ἡ διὰ διαφόρων μεθόδων προσπάθεια
ἀποδόσεως τῆς λειτουργίας τῶν περιοχῶν τούτων.

Ἐφ' ὅσον ὑπάρχῃ πρόβλημα ἀποκαταστάσεως τοῦ τυχὸν κατεργότος ὁστοῦ,
ἀνευρίσκομεν τὸν πλέον κατάλληλον τρόπον ἀντιμετωπίσεως.

Ἐν ὀλίγοις, εἰς τὸ στάδιον τοῦτο ἀσχολοῦμεθα μὲ τὰ πρόβλήματα ἅτινα θά

ἐνεφανίζοντο εἰς οἰομένηποτε ἀνοικτὸν τραῦμα ὅπερ θὰ ἐπεπλέκετο διὰ φλεγμονῆς καὶ θὰ ἐπουλοῦτο κατὰ δεῦτερον σκοπὸν. Ἡ διαφορὰ τῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς τῶν τραυμάτων διὰ κυνηγετικῶν πυροβόλων ὅπλων ἀπὸ τῆς τῶν συνήθων ἀνοικτῶν τραυμάτων, ἔγκειται εἰς τὴν διάφορον ἀντιμετώπισιν κατὰ τὸν πρῶτον καθαρισμόν καὶ τὰς πρώτας μετεγχειρητικὰς ἡμέρας. Ἡ μετέπειτα ἀπαγωγὴ εἶναι δι' ἀμφότερα ἡ αὐτή.

Π Ε Ρ Ι Α Η Ψ Ι Σ

Τὰ τραύματα ἐκ κυνηγετικῶν πυροβόλων ὅπλων παρουσιάζουν ἴδια προβλήματα.

Μετά τὸν σχολαστικὸν χειρουργικὸν καθαρισμόν, τὴν ἀφαίρεσιν τῶν προσιτῶν βολῶν καὶ τῶν ἐμφανῶς καταστραφέντων μαλακῶν μορίων, ἀναζητεῖται καὶ ἀφαιρεῖται τὸ τυχὸν ὑπάρχον ὄσμη. Ἡ παραμονὴ τοῦ ὄσματος ἐντὸς τοῦ τραύματος καθυστερεῖ κατὰ πολὺ τὴν ἐπούλωσιν αὐτοῦ.

Μετακινήσεις δερματικῶν κρημνῶν ἢ ἄλλοι τρόποι πλαστικῆς πρὸς κάλυψιν τοῦ τραύματος, πρέπει ν' ἀποφεύγονται κατὰ τὸ πρῶτον τοῦτο στάδιον, ὡς ἐπίσης πρέπει ν' ἀποφεύγεται καὶ ἡ πρῶτος ὀστεοσύνθεσις τυχὸν ὑπάρχοντος κατάγματος.

Πάντα ταῦτα ἀποτελοῦν τὰς βασικὰς διαφορὰς ἀντιμετωπίσεως τῶν τραυμάτων ἐκ κυνηγετικῶν ὅπλων ἀπ' ἐκείνων τῶν συνήθων ἐπιτεπλεγμένων καταγμάτων.

S U M M A R Y

G. HARTOFILAKIDIS - GAROFALIDIS - CH. RIGOPOULOS - N. PAVASSILIOU: Shot-gun Injuries.

Gunshot wounds present various specific problems. After extensive cleaning, removal of accessible slots and of the obviously dead soft tissues, the filler wads is looked for and removed.

The presence of the filler wads in the wound retards its healing.

Sliding grafts or other plastic techniques to cover the wound must be avoided at this early stage, as well as early osteosynthesis of a possible fracture.

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ, Γ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ, Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ : Στροφική Ὀστεοτομία τῆς Κνήμης κατὰ Hass, ἐπ' εὐκαιρίᾳ μιᾶς περιπτώσεως.

Ἐπεδείχθη τὴν 6 Ἰουλίου 1966

Μέχρι σήμερον, ἔχουν περιγραφῆ ἀρκετὰ μέθοδοι στροφικῆς ὀστεοτομίας τῆς κνήμης. Μεταξὺ αὐτῶν συγκαταλέγεται καὶ ἡ ἐπιμήκης ὀστεοτομία στροφῆς, ἡ περιγραφείσα ὑπὸ τοῦ Hass τὸ ἔτος 1929. Ἡ ἐν λόγῳ μέθοδος, παραδόξως, δὲν ἔτυχε διεθνoῦς εὐρείας ἐφαρμογῆς.

Ὁ Hass, εἰς τὴν ἀρχικὴν του ἀνακοίνωσιν περιέγραψε τρεῖς περιπτώσεις. Αἱ δύο ἐξ αὐτῶν ἀφεώρουν τὴν διόρθωσιν στροφῆς εἰς τὴν κνήμην, καὶ ἡ ἄλλη εἰς τὸν μηρόν. Ἡ ἐφαρμογὴ τῆς μεθόδου πρὸς διόρθωσιν στροφῆς εἰς τὸν μηρόν περιελήφθη εἰς τὴν πρώτην ἔκδοσιν τῆς Ὀρθοπαιδικῆς Χειρουργικῆς τοῦ Cambell, τὸ ἔτος 1939. Αὕτη ὁμως ἀφηρέθη τελείως ἀπὸ τὰς νεωτέρας του ἐκδόσεις.

Ἡ μέθοδος Hass εἰσῆχθη εἰς τὸ Royal National Orthopaedic Hospital τοῦ Λονδίνου, τὸ ἔτος 1930, ὑπὸ τοῦ Seddon, ὅστις τὴν εἶδε διὰ πρώτην φορὰν ἐφαρμοζομένην εἰς τὴν Ἀμερικὴν. Ἐκτοτε, τὴν ἐχρησιμοποίησεν ἀρκετὰ συχνὰ μὲ ἀρκούντως καλὰ ἀποτελέσματα, οὕτως ὥστε νὰ καταστῇ αὕτη μέθοδος ἐκλογῆς, ἢ διὰ τὴν διόρθωσιν στροφῆς εἰς τὴν κνήμην, ἢ διὰ διόρθωσιν μικροῦ βαθμοῦ γωνιώδους παραμορφώσεως ταύτης.

Ἡ μέθοδος, συμφώνως πρὸς τὴν γνώμην τοῦ Hass, στηρίζεται ἐπὶ τῆς ἀρχῆς, ὅτι σειρὰ ἐπιμήκων ὀστεοτομιῶν ἐπὶ τῆς περιφερείας τῆς κνήμης, προκαλεῖ ἐξασθένειαν ταύτης, γεγονόςς ὅπερ προσφέρει τὴν δυνατότητα στροφῆς, ἄνευ διακοπῆς τῆς συνεχείας τῆς.

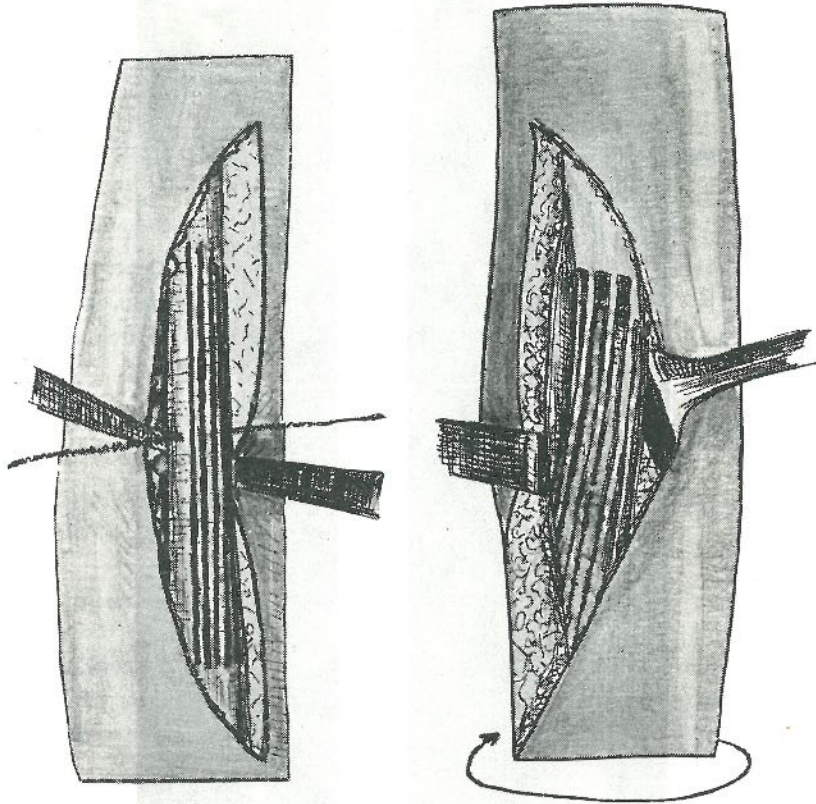
Κατὰ τὴν ἀρχικὴν περιγραφὴν τῆς μεθόδου, αἱ ἐπιμήκεις τομαὶ ἀφεώρουν εἰς ἅπασαν τὴν περιφέρειαν τῆς κνήμης. Σήμερον ὁμως, αἱ ἐπιμήκεις αὗται ὀστεοτομίαι ἀφοροῦν μόνον εἰς τὴν προσθίαν ἐπιφάνειαν τῆς κνήμης, ἐνῶ εἰς τὴν ὀπισθίαν τοιαύτην τελεῖται ἐγκαρσία ὀστεοτομία.

Τεχνικὴ

Μετὰ τὴν ἐφαρμογὴν ἰσχυρίου ἐπιδέσεως, ἡ προετοιμασία τῆς κνήμης εἶναι τοιαύτη, ὥστε νὰ παραμῆνῃ ἐλευθέρᾳ καὶ νὰ ἐπιτρέπη κινήσεις κάμψεως - ἐκτάσεως εἰς τὴν κατὰ γόνυ ἄρθρωσιν. Δι' ἐπιμήκους τομῆς 10—12 ἐκ. ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφάνειας, ἀποκαλύπτεται τμήμα τῆς διαφύσεως τοῦ ὀστοῦ καθ' ὅλον τὸ μῆκος τῆς τομῆς.

Εἰς τὸ μέσον τῆς ἀποκαλυφθείσης διαφύσεως τῆς τομῆς διαπεράται ζιγλί καὶ ἐκτελεῖται ἐγκαρσία ὀστεοτομία τοῦ ὀπισθίου ἡμίσεως αὐτῆς. Ἐν συνεχείᾳ, εἰς τὴν προσθίαν ἐπιφάνειαν, δι' ἡλεκτρικοῦ πρίονος, παλινδρομικῆς κινή-

σεως, εκτελούνται επιμήκεις τομαί καθ' ὄλον τὸ μήκος τῆς ἀποκαλυφθείσης διαφύσεως καὶ εἰς ἀπόστασιν 3-4 χιλιοστών ἢ μία ἀπὸ τῆς ἄλλης. Τοιούτοτρόπως, διὰ τῆς δημιουργίας τῶν ὀστικῶν τούτων λωρίδων, κατὰ τὴν προσθίαν ἐπιφάνειαν τῆς κνήμης καὶ τῆς διὰ τῆς ζιγλι ἐπιτευχθείσης ὀστεοτομίας εἰς τὴν ὀπισθίαν ἐπιφάνειαν ταύτης, δημιουργοῦνται συνθήκαι αἵτινες ἐπιτρέπουν



Εἰκ. 1.

Σχηματικὴ ἀπεικόνισις τοῦ ὀστοῦ τῆς κνήμης μετὰ τὴν ἐκτέλεσιν τῶν ἐπιμήκων ὀστεοτομιῶν εἰς τὴν προσθίαν ἐπιφάνειαν τοῦ ὀστοῦ. Ἡ θέσις τῆς «ζιγλι» ὑποδηλοῖ τὸ ὕψος τῆς ἐγκαρσίας ὀστεοτομίας.

Εἰκ. 2.

Ἡ δημιουργία τῶν ὀστικῶν λωρίδων προσθίας ἐπιφανείας καὶ ἡ ἐγκαρσία ὀστεοτομία τῆς ὀπισθίας ἐπιτρέπουν τὴν στροφὴν τοῦ ὀστοῦ κατὰ τὸν ἐπιμήκη αὐτοῦ ἄξονα.

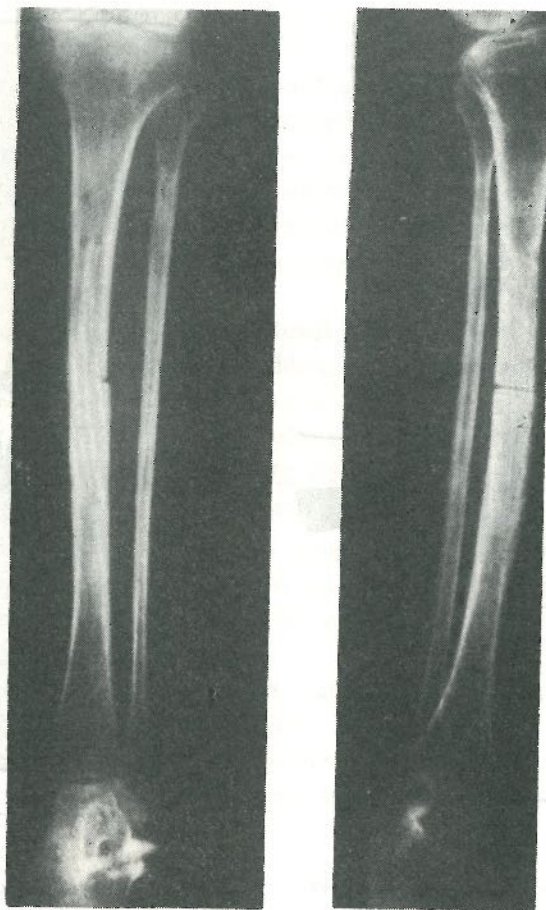
τὴν στροφὴν ταύτης κατὰ τὸν ἐπιμήκη ἄξονά της. Ἐὰν αἱ σχηματισθεῖσαι ὀστικαὶ λωρίδες δὲν ἐπιτρέπουν τὴν στροφὴν τῆς κνήμης κατὰ τὸν ἐπιμήκη ἄξονά της, τότε ἐκτελοῦνται πολλαπλαῖ ὀστεοτομίαι, ἐγκαρσίως, κατὰ τὰ πέρατα τῶν ὀστικῶν λωρίδων, ἐναλλάξ καὶ κατὰ τοιοῦτον τρόπον, ὥστε, ἐπὶ δια-

Στρο-

τομίας
: στρο-
κραδό-κώσεις.
ἢ ἄλ-
ἰς τὸν
γκνήκης
αὐτοῦταὶ τοῦ
φορὰν
συχνὰ
ἐθοδος
ἐν μι-ἰ τῆς
προ-
οφῆς,ὄρουν
αὐταὶ
ᾧ εἰςήμης
ἰμψε-
—12
τοῦζιγλι
χείφα,
εινή-

κοπῆς τοῦ ἑνὸς ἄκρου μιᾶς λωρίδος, τὸ ἕτερον νὰ παραμείνῃ ἀνέπαφον. Τοιουτοτρόπως, τὸ ὅσπουν ἐνδίδει περισσότερον εἰς τὴν δράσιν δυνάμεων στροφῆς. Εἰς ἄτομα μεγαλύτερας ἡλικίας ἀπαιτεῖται συγχρόνως καὶ ὀστεοτομία τῆς περόνης.

Ἐὰν κατὰ τὴν ὥραν τῆς στροφῆς ἐπισυμβῇ κάταγμα εἰς μίαν ἢ δύο ὀ-



Εἰκ. 3. Ἀκτινογραφία τῆς ἀσθενοῦς 3 μῆνας μετὰ τὴν ἐγχείρησιν, εἰς ἃς ἀπεικονίζεται τὸ ὕψος τῆς ἐγκαρσίας ὀστεοτομίας καὶ ἡ ἐπιμήκης ὀστεοτομία.

στικὰς λωρίδας, τοῦτο δὲν ἔχει ἰδιαιτέραν σημασίαν καὶ δὲν ἐπηρεάζει τὴν σταθερότητα τῆς ὀστεοτομίας. Ἀκολουθεῖ ἡ συρραφή τῶν μαλακῶν μορίων κατὰ στρώματα, μετὰ προηγουμένην ἀφαίρεσιν τῆς ἰσχαίμου ἐπιδέσεως καὶ ἔλεγχον τῆς αἱμορραγίας. Ἐν συνεχείᾳ, ἐφαρμόζεται γύψος, μηροκνημοποδικὸς μὲ τὸ γόνυ εἰς κάμψιν 30° , ἐντὸς τοῦ ὅπουλου, ἢ κνήμη λαμβάνει, εἴτε ἀμέσως

εἶτε μετὰ 1—2 ἑβδομάδας, τὴν ἀπαιτουμένην στροφικὴν διόρθωσιν. Δείκτιν ἐπιτευχθείσης διορθώσεως παρέχει ἡ τομὴ τοῦ δέρματος, ἥτις, μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ γύψου, παρουσιάζεται ἀπὸ ἐπιμήκης ποῦ ἦτο, νὰ ἀποκλίνη, εἶτε πρὸς τὰ ἔξω εἶτε πρὸς τὰ ἔσω, ἀναλόγως τῆς στροφικῆς διορθώσεως τῆς κνήμης. Ὁ γύψος ἀφαιρεῖται μετὰ 3 μῆνας περίπου, ἐπακολουθεῖ δὲ κινήσιοθεραπεία ἐπὶ 10—15 ἡμέρας, ὅτε ἄρχεται ἡ βάδις τῇ βοηθείᾳ βακτηριῶν μασχάλης, μὲ προσδευτικὴν στήριξιν βάρους ἐπὶ τοῦ πάσχοντος σκέλους.

Κριτικὴ

Ἡ μέθοδος ὀστεοτομίας κατὰ Hass παρέχει ἀρκετὰ πλεονεκτήματα, τὰ ὅποια δύνανται νὰ συνοψισθοῦν ὡς κάτωθι:

1) Δὲν χρησιμοποιοῦνται ὕλικά ὀστεοσυνθέσεως καὶ οὕτω ἀποφεύγεται ἡ ἐπιπρόσθετος χειρουργικὴ ἐπέμβασις διὰ τὴν ἀφαίρεσιν τούτων, ἀφ' ἑνὸς καὶ ἀφ' ἑτέρου καθίσταται ἐφικτὴ ἐπὶ πλέον διόρθωσις ἐντὸς τοῦ γύψου, διὰ καταλλήλου γυψοτομῆς.

2) Δὲν ἐξασθενεῖ τὸ σκέλος ἀπὸ τὴν ἐπέμβασιν, ὡς τοῦτο συμβαίνει μετὰ τὴν μέθοδον Ὁ' Donoghue (1940), ὅστις ἀφαιρεῖ σφηνοειδῆς ὀστικὸν τμήμα, διατέμνων τὴν κνήμην ἐγκαρσίως.

3) Δὲν ἀποτελεῖ δύσκολον χειρουργικὴν ἐπέμβασιν καὶ ἔχει καλύτερα ἀποτελέσματα, ὅταν ἐφαρμόζεται ἐπὶ παιδῶν ἢ νεαρῶν ἀτόμων.

Ἀποτελέσματα τῆς μεθόδου

Ἡ μέθοδος Hass ἔχει ὀλίγον ἀπασχολήσει τὴν διεθνή βιβλιογραφίαν. Ἀναφέρονται μέχρι σήμερον 38 περιπτώσεις ἐπὶ ἀσθενῶν πάσχόντων ἐκ πολιομυελίτιδος, συγγενοῦς ραιβοϊποποδίας μετὰ συγχρόνου στροφῆς τῆς κνήμης, νόσου τοῦ Still, ραχίτισμοῦ κ. ἄ. Εἰς μίαν περίπτωσιν, ἐπετεύχθη στροφή 100° περίπου, ἀλλὰ ἡ παραμόρφωσις ὑπετροπίασε μερικῶς, ὅτε καὶ ἐπαγγέλθη ἡ ὀστεοτομία. Ἡ πώρωσις εἰς τὰς ἀναφερομένας περιπτώσεις ἐπετεύχθη μετὰ 8—12 ἑβδομάδων, ἀναλόγως τῆς ἡλικίας τοῦ ἀσθενοῦς.

Ἐπιπλοκαὶ

Ὡς ἐπιπλοκαὶ τῆς μεθόδου ἀναφέρονται ἡ ψευδάρθρωσις, ἡ τρῶσις ἀγγείου ἢ νεύρων, ὡς καὶ τὸ κάταγμα τῆς κνήμης. Ἐκ τῶν 38 περιπτώσεων τῆς διεθνοῦς βιβλιογραφίας, ἀναφέρονται 3 ψευδαρθρώσεις, ὡς αἰτία δὲ τῆς ψευδαρθρώσεως θεωρεῖται ἡ ἐκτεταμένη ἀποκόλλησις τοῦ περιοστέου, ἡ ὅποια δέον νὰ ἀποφεύγηται.

Συμπεράσματα

Ἡ ἐπιμήκης στροφική ὀστεοτομία εἶναι λίαν ἱκανοποιητικὴ μέθοδος διὰ τὴν διόρθωσιν στροφικῆς παραμορφώσεως τῆς κνήμης, καὶ τυχὸν ἄλλων συνοδῶν παραμορφώσεων αὐτῆς. Πρόκειται περὶ διορθωτικῆς ὀστεοτομίας, κατὰ τὴν ὁποίαν ἡ κνήμη διατηρεῖ τὴν ὀστικὴν τῆς συνέχειαν. Διότι τῆς μὴ χρησιμοποίησεως ὀλικῶν ὀστεοσυνθέσεως, καθίσταται δυνατὴ καὶ περαιτέρω διόρθωσις ἐντὸς τοῦ γύψου. Αἱ ἐπιπλοκαὶ περιορίζονται μόνον εἰς τὴν ψευδάρθρωσιν, ἣτις δύναται νὰ ἀποφευχθῆ, ἀρκεῖ νὰ μὴν ἀποκολληθῆ τὸ περιόστεον εἰς μεγάλην ἔκτασιν. Ἡ ἐγχείρησις ἐκτελεῖται καὶ εἰς νεαρὰ ἄτομα, μὲ καλύτερα ἀκόμη ἀποτελέσματα, καθ' ὅτι ὁ φλοιὸς τῆς κνήμης τῶν εἶναι πλέον εὐκαμπτος ἀπὸ ἐκείνον τῶν ἐνηλίκων.

Ἡ μετέρα περίπτωσις: Πρόκειται περὶ θήλειου ἀτόμου, ἡλικίας 28 ἐτῶν, τὸ ὁποῖον, λόγῳ πολιομυελίτιδος, παρουσίαζεν ἐξωτερικὴν στροφὴν τῆς κνήμης, δυσχεραίνουσαν σημαντικῶς τὴν βάδισιν. Ἀπεφασίσθη ἡ διόρθωσις τῆς παραμορφώσεως διὰ τῆς στροφικῆς ὀστεοτομίας, κατὰ Hass. Ἡ ἐπιτευχθεῖσα διόρθωσις στροφῆς τελικῶς ἀνήλθεν εἰς 30°. Ἡ ἐντὸς τοῦ γύψου ἀκίνητοποίησις διήρκεσεν 10 ἑβδομάδας, ἀκολούθως δὲ ἐφηρμόσθη φυσιοθεραπεία ἐπὶ 2 εἰσέτι ἑβδομάδας, μετὰ τὴν πάροδον τῶν ὁποίων, ἡ ἀσθενὴς ἤρχισε βαδίζουσα τῇ βοήθειᾳ βακτηριῶν μασχάλης.

S U M M A R Y

G. HARTOFILAKIDES - G. KAMBOUROGLOU - E. FRAGIADADIS:
Haas's Longitudinal Osteotomy of the Tibia.

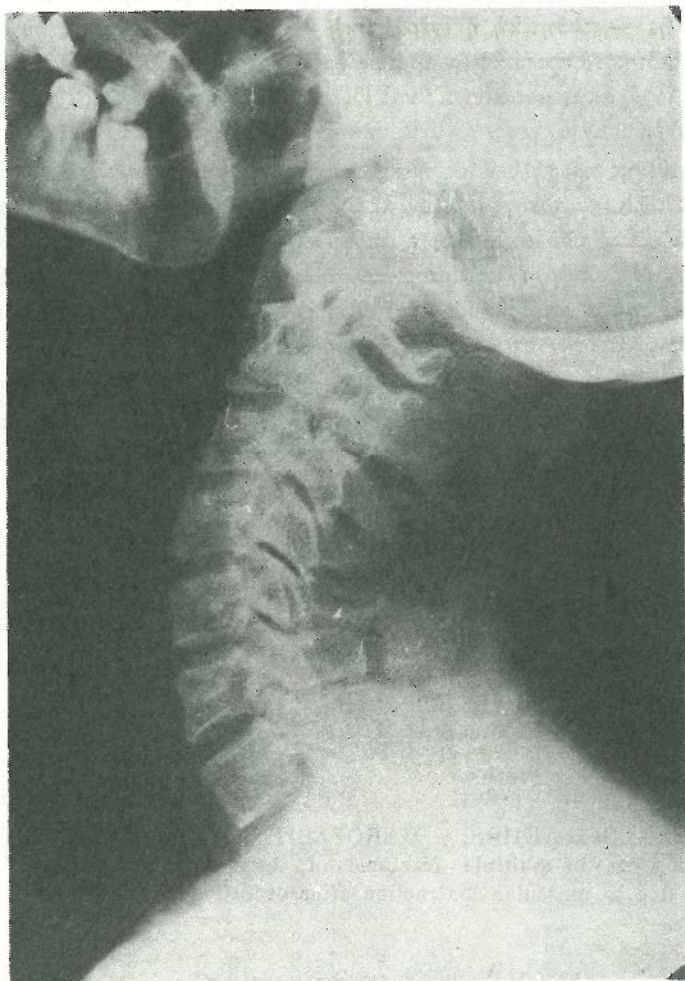
B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- NICOLSON R. D.: Longitudinal Osteotomy of the Tibia. J. B. J.; S. 39. B. No 4.
 GAMBELL W. C.: Operative Orthopaedics. London Henry Kimpton 1939.
 HASS S. L.: Longitudinal Osteotomy JAMA 92. 1656 (1929).
 NES. C. P. Von: Rotation Plasty for congenital defects of the Femur J. B. J. S. 32, B. 12.
 O'DONOGHUE: Controlled Rotation Osteotomy of the Tibia.

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ — ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Γ. ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ: Περίπτωσης πολλαπλών καταγμάτων άκανθωδών άποφύσεων αύχενικής μοίρας Σ. Σ. έκ μυϊκής συστολής.

Έπεδείχθη τήν 30ήν Νοεμβρίου 1966

Παρουσιάζομεν περίπτωσην πολλαπλών καταγμάτων άκανθωδών άποφύσεων αύχενικής μοίρας Σ.Σ., συνεπεία μυϊκής συστολής.



Είκ. 1.

Πρόκειται περί νεαρού άτόμου ήλικίας 27 έτών με καλώς διαπεπλασμέγον μυϊκόν σύστημα, τò όποιον πρό έτους περίπου (1964) κατά τήν διάρκειαν

κωπηλατικῶν ἀγῶνων — εἰς οὓς ἐλάμβανεν μέρος — κατελήφθη ὑπὸ αἰφνιδίου καὶ δξυτάτου ἄλγους κατὰ τὴν ἀχενικὴν μοῖραν τῆς Σ.Σ. καὶ τὴν ἀνωτέραν θωρακικὴν τοιαύτην, μὲ ἐπέκτασιν πρὸς τὸ δεξιὸν ἄνω ἄκρον μέχρι τοῦ συστοίχου ἀγκῶνος. Συνεπεῖα τῆς αἰφνιδίας εἰσβολῆς καὶ τῆς ἐντάσεως τοῦ ἄλγους, ἠναγκάσθη οὗτος νὰ ἐγκαταλείψῃ τὴν συνέχισιν τοῦ ἀγῶνος, μεταφέρθη δι' ἀσθενοφόρου εἰς τὴν οἰκίαν του καὶ παρέμεινε κλινήρης ἐπὶ ἑπταήμερον εἰς πρηγῆ θέσιν καὶ μὲ τὴν κεφαλὴν κεκαμμένην. Προσπάθεια ἐκτάσεως τῆς κεφαλῆς — παθητικὴ ἢ ἐνεργητικὴ — καθίστατο ἀδύνατος συνεπεῖα τοῦ ἄλγους. Οἰαδήποτε προσπάθεια ἄρσεως ἔστω καὶ μικροῦ βάρους κατὰ τὸ ἐπόμενον τρίμηνον, ἢ ἀπότομος κίνησις καὶ ἰδίᾳ ἕκτασις τῆς κεφαλῆς, εἶχεν ὡς ἀποτέλεσμα τὴν ἔκλυσιν ἄλγους, ἄλλοτε ἄλλης ἐντάσεως καὶ διαρκείας.

Ὁ ἀσθενὴς προσήλθεν εἰς ἡμᾶς συνεπεῖα ὀξείας ἀχεναλγίας κατόπιν ἄρσεως βάρους. Κατὰ τὸν γενόμενον ἀκτινογραφικὸν ἔλεγχον διεπιστώθησαν παλαιὰ κατάγματα τῶν ἀκανθῶδων ἀποφύσεων τῶν δύο τελευταίων ἀχενικῶν σπονδύλων. Μὴ ὑπάρχοντος ἱστορικοῦ ἀμέσου πλήξεως ἢ παθολογικῆς τινὸς ἐξεργασίας, ταῦτα ἀπεδύθησαν εἰς μυϊκὴν συγολικὴν κατόπιν ὑπερεντάσεως μυϊκῆς, ὡς κατὰ τὴν στιγμὴν τῆς κωπηλασίας (εἰκ. 1).

Οἱ ἐκφυόμενοι ἐκ τῶν ἀκανθῶδων ἀποφύσεων τῶν κατωτέρων ἀχενικῶν καὶ ἀνωτέρων θωρακικῶν σπονδύλων μύες, ὡς: ἡ μέση μοῖρα τοῦ τραπεζοειδοῦς, ὁ ρομβοειδῆς, ὁ ὀπίσθιος ἄνω ὀδοντωτὸς καὶ ὁ σπληνιοειδῆς, θεωροῦνται ἱκανοὶ μετὰ ἔντονον καὶ βιαίαν, ἀπότομον σύσπασιν, νὰ προκαλέσωσι τὰ ἀνωτέρω κατάγματα.

S U M M A R Y

G. HARTOFILAKIDIS, - GAROFALIDIS. G. PAPACHRISTOU :Presentation of a case of multiple fractures of the spinous processes of the cervical spine due to muscular contraction after excessive strain.

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗΣ — ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Χ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ και Ν. ΠΑΠΑ-
ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ: Παρατηρήσεις επί 38 χειρουργηθεισών περιπτώσεων κήλης μεσοσπον-
δυλίου δίσκου.

Ἀνεκοινώθη τὴν 30ὴν Μαΐου 1966

Ἡ ἐκ τοῦ μεγάλου ἀριθμοῦ τῶν εἰς τὴν ἡμετέραν κλινικὴν νοσηλευθει-
σῶν περιπτώσεων κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου (Κ.Μ.Δ.) κατὰ τὰ τελευταῖα
ἔτη κτηθεῖσα πείρα, καὶ τὰ ἐξ αὐτῆς ἀνακύψαντα ἐρωτήματα, ὡς πρὸς τὰς ἐν-
δειξεις χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, ὤθησαν ἡμᾶς εἰς τὴν ἐκπόνησιν τῆς παρού-
σης μελέτης, ἣτις ἀφορᾷ εἰς 38 περιπτώσεις, ἐκ τῶν 48, χειρουργηθεισῶν
κατὰ τὴν τελευταίαν ὀκταετίαν.

Ἡ ἐν λόγῳ μελέτη περιλαμβάνει τὰ ἑξῆς:

1. Κριτήρια, βάσει τῶν ὁποίων ἐτέθη ἡ ἔνδειξις πρὸς ἐγχείρησιν.
2. Ἀνάλυσιν, διὰ πινάκων, διαφόρων σχέσεων, ἃς ἀνεύρωμεν κατὰ τὴν
μελέτην τῶν ἡμετέρων χειρουργικῶν περιπτώσεων, καὶ
3. Κρίσεις καὶ συμπεράσματα ἐκ τῆς ὡς ἄνω ἀναλύσεως.

Ἐνταῦθα, καὶ πρὸ τῆς ἀναπτύξεως τοῦ θέματος, θὰ πρέπει νὰ τονισθῇ ὅτι
αἱ ἐν λόγῳ ἐγχειρήσεις ἐγένοντο ὑπὸ πεπειραμένων χειρουργῶν καὶ μὲ τοιαύ-
την τεχνικὴν ὥστε, ἅπαντα τὰ μετεγχειρητικὰ ἐνοχλήματα νὰ μὴ ἀποδοθοῦν
εἰς κακὴν τεχνικὴν ἢ ἀπειρίαν, ἀλλὰ εἴτε εἰς ἐπιπλοκὰς ἢ, τὸ σημαντικότερον,
εἰς κακὴν ἔνδειξιν ἐκ τῶν ὑστέρων ἀποδειχθεῖσαν.

Ἡ ἐφαρμοσθεῖσα τεχνικὴ ἐγχειρήσεως εἰς ἀπάσας τὰς ἀνωτέρω περιπτώ-
σεις ἦτο ἡ αὐτὴ πλὴν μικρῶν τινῶν παραλλαγῶν, αἵτινες ἐγένοντο εἰς ὀρι-
σμένας ἐξ αὐτῶν, ἐπὶ τῷ σκοπῷ, κυρίως διευκολύνσεως διὰ τὴν προσπέλασιν
τῆς κήλης. Ἡ τεχνικὴ ἔχει ὡς ἑξῆς:

Ὁ ἀσθενὴς τίθεται εἰς πρηνῆ γονατοστηθικὴν θέσιν ἢ τοποθετεῖται ἀντι-
στοίχως πρὸς τὴν κοιλίαν εἰδικὸν μηχανήμα, ὅπερ ἐφάπτεται μόνον εἰς τὰ πλά-
για κοιλιακὰ τοιχώματα διὰ ν' ἀποφευχθῇ τυχὸν ἐπιπλοκὴ ἐκ τῶν μεσοτερῶν
ἀγγείων.

Διὰ τομῆς μέσης ραχιαίας ἀντιστοίχως πρὸς τὸν πάσχοντα μεσοσπονδύ-
λιον δίσκου, ἀποκαλύπτονται οἱ ἱερονωτιαῖοι μύες καὶ δι' ἀποκολλητῆρος παρα-
σκευάζονται αἱ ἱερονωτιαῖαι ἀὐλακες. Ἐκ τῆς τοιαύτης παρασκευῆς ἀποκαλύ-
πτονται τὰ τόξα τῶν, ἐκατέρωθεν τοῦ πάσχοντος δίσκου, σπονδύλων. Διὰ μα-
χαιριδίου διατέμνεται τὸ ὀπίσθιον πέταλον τοῦ ὠχροῦ συνδέσμου καὶ δι' εἰδι-
κοῦ ἐργαλείου ἀποσπᾶται καὶ τὸ πρόσθιον τοιοῦτον ὅτε καὶ ἀποκαλύπτεται ἡ

σκληρά μήνιγξ μετά τῆς συστοίχου ρίζης. Ἐφ' ὅσον τό, δι' αὐτοῦ τοῦ τρόπου, δημιουργηθέν ἄνοιγμα εἶναι ἱκανοῦ εὔρους καὶ προσφέρει ἱκανοποιητικὸν ὀπτικὸν πεδίον συνεχίζεται ἢ ἐγχειρήσεις, ἄλλως τὸ ἄνοιγμα διευρύνεται δι' ἀφαιρέσεως τμήματος ἐκ τοῦ κάτω χείλους τοῦ τόξου τοῦ ὑπερκειμένου σπονδυλίου, ἢ καὶ ἐκ τοῦ ἄνω χείλους τοῦ ὑποκειμένου τοιούτου. Ἀκολούθως ἀπωθεῖται ἢ σκληρά μήνιγξ μετά τῆς ρίζης κεντρικῶς, ὅτε καὶ ἀποκαλύπτεται τὸ ὀπίσθιον τοίχωμα τοῦ δίσκου. Ἐάν τὸ σημεῖον προσπελάσῃ τοῦ δίσκου καλύπτεται ὑπὸ αἱμορραγίας ἐκ τῶν παρακειμένων σπονδυλικῶν πλεγμάτων, τίθενται μικρὰ τεμάχια βάρδακος προσδεδεμένα διὰ ράμματος καὶ διαπεποτισμένα ὑπὸ φυσιολογικοῦ ὁροῦ κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον τὸ πεδίον εἶναι ἐλεύθερον αἵματος.

Εἰς αὐτὸ τὸ σημεῖον ἔχει ὀλοκληρωθῆ ἢ προσπέλασις. Ἐκείθεν παρατηροῦμεν τὸ ὀπίσθιον τοίχωμα τοῦ μεσοσπονδυλίου δίσκου. Τὸ σημεῖον προβολῆς τοῦ πυρῆνος εὐρίσκεται εἴτε πρὸς τὴν μέσην γραμμὴν εἴτε πρὸς τὸ ἐν πλάγιον, τὸ καὶ συνηθέστερον. Ἡ εἰς τὸ μέσον ἐντόπισις τῆς κήλης δυνατὸν νὰ δώσῃ παραπλανητικὰ σημεῖα, ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὴν κατανομήν τῆς ριζίτιδος, διότι δυνατὸν νὰ πιέξῃ ρίζαν ἣτις ἐξέρχεται χαμηλότερον καὶ ἐπομένως τὸ σύνολον τῶν συμπτωμάτων νὰ ὑποδεικνύῃ κήλην τοῦ ἢ τῶν κατωτέρων μεσοσπονδυλίων δίσκων τοῦτο συνέβη εἰς ἀρκετὰς τῶν περιπτώσεων, μὲ ἀποτέλεσμα νὰ ἀφαιρέσωμεν ὕγιεις πυρῆνας.

Ὁ πυρὴν δύναται νὰ πιέξῃ τὴν ρίζαν, εἴτε ἐμφανιζόμενος ὡς ἀπλῆ προβολὴ τοῦ ὀπίσθιου τοιχώματος τοῦ ἰνώδους δακτυλίου, εἴτε προβάλλων ἐκ μικρᾶς ρωγμῆς τούτου, εἴτε ἐκ μεγαλυτέρας τοιαύτης, ὅτε καὶ εἶναι δυνατὸν νὰ τὸν εὔρη τις ὡς ἐλεύθερον ράκος ἐντὸς τοῦ σπονδυλικοῦ σωλήνος. Εἰς τὴν τελευταίαν ταύτην περίπτωσιν, παρ' ὅλον ὅτι τὸ σημεῖον ἐξόδου τοῦ πυρῆνος δυνατὸν νὰ εὐρίσκεται εἰς τὰ πλάγια τοῦ τοιχώματος τοῦ δίσκου, δίδει συμπτωματολογίαν κεντρικῆς πιέσεως, λόγῳ τῆς μετακινήσεώς του ἐκ τῆς ἀρχικῆς του θέσεως. Ἡ φύσις καὶ ἡ παθολογοφυσιολογικὴ ὡς καὶ ἡ παθολογοανατομικὴ εἰκὼν τοῦ προπίπτοντος πυρῆνος θὰ μᾶς ἀπασχολήσουν εἰς ἄλλο σημεῖον.

Ἄμα τῇ ἀφαιρέσει τοῦ πυρῆνος ὀλοκληροῦ μετά τμήματος καὶ τοῦ ἰνώδους δακτυλίου, ἀκολουθεῖ σύγκλεισις τοῦ ἐγχειρητικοῦ τραύματος κατὰ στρώματα.

Οἱ λεπτοὶ χειρισμοὶ καὶ ἡ τεχνικὴ αὕτη τῆς ἐγχειρήσεως μειώνουν κατὰ πολὺ τὴν δαρύτητα τῆς ἐπεμβάσεως, ὥστε τὰ μετεγχειρητικὰ ἐνοχλήματα νὰ εἶναι ἐλάχιστα.

I. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙ ΕΓΧΕΙΡΗΣΙΝ

Τὰ κριτήρια, βάσει τῶν ὁποίων ἐτέθη ἡ ἔνδειξις πρὸς ἐγχείρησιν, εἰς τὰς ὑπὸ κρίσιν ἐπεμδάσεις ἦσαν, βασικῶς, τὰ αὐτὰ ὡς καὶ τὰ σήμερον χρησιμοποιούμενα. Νῦν τίθεται ὑπὸ κρίσιν ἡ ὠλοκληρωμένη εἰκὼν τοῦ ἀσθενοῦς, ἀπὸ τῆς στιγμῆς ἀφ' ἧς θὰ προσέλθῃ εἰς τὸν ἰατρὸν μέχρι τῆς ἐξόδου αὐτοῦ, ἐκ τῆς κλινικῆς, χειρουργημένου, ὡς καὶ τὰ ἀπώτερα ἀποτελέσματα ἐκ τῆς ἐγχειρήσεως, ἅτινα καὶ θὰ ἀποτελέσουν τὸν γνώμονα τῆς ὀρθῆς ἢ μὴ ἀντιμετωπίσεως τῆς ὀσφυοσχιᾶδος.

Ἐνταῦθα δέον ὅπως ἀναφερθοῦν τὰ συμπτώματα βάσει τῶν ὁποίων ἐτέθη ἡ διάγνωσις τῆς κήλης ἐπὶ τῶν ἀσθενῶν τούτων. Ταῦτα εἶναι:

A'. Ἐκ τοῦ ἱστορικοῦ τοῦ ἀσθενοῦς: α) Ὄσφυαλγία καὶ β) Ριζίτις. Κατὰ τὴν τελευταίαν θὰ ἀξιολογήσωμεν, ἐκ τῆς διαδρομῆς τοῦ ἄλγους ἢ τῆς αἰμωδίας, τὴν πάσχουσαν ρίζαν. Οὕτω, ἄλγος κατὰ τὴν ὀπισθίαν ἐπιφάνειαν τῆς κνήμης μὲ ἐπέκτασιν πρὸς τὰ ἔξω χεῖλος τοῦ ἄκρου ποδὸς καὶ δὴ κατὰ τὸν 4ον καὶ 5ον δακτύλους ὡς καὶ ὑπαισθησία τῶν ἐν λόγῳ περιοχῶν, δεικνύει ὅτι πιέζεται ἡ Ii ρίζα, ἐνῶ ἄλγος ἢ αἰμωδία κατὰ τὴν προσιοεξωτερικὴν ἐπιφάνειαν τῆς κνήμης μὲ ἐπέκτασιν πρὸς τὴν ἔσω μοῖραν τῆς ράχews τοῦ ἄκρου ποδὸς καὶ πρὸς τὸν 1ον καὶ 2ον δακτύλους, ὡς καὶ ὑπαισθησία τῆς περιοχῆς ταύτης, ἀποτελοῦν χαρακτηριστικὸν πιέσεως τῆς O^e ρίζης.

B'. Ἐκ τῆς ἐπισκοπῆσεως τοῦ ἀσθενοῦς: Οὗτος, ἐπὶ ἐντόνων ἐνοχλημάτων, λαμβάνει χαρακτηριστικὴν στάσιν ἐπὶ τῆς κλίνης, τοιαύτην ὥστε νὰ μὴ πιέζεται ἡ ρίζα καὶ οὕτω νὰ ἄλγῃ ὀλιγότερον. Ὁ καθηγητῆς κ. Γαροφαλίδης ἀναφέρει περίπτωσιν ἀσθενοῦς, ἣτις ἠπέλησεν ὅτι θὰ ἠτόκτονει ἐὰν τὴν μετεκείνου ἐκ τῆς θέσεως, εἰς ἣν εἶχεν εὔρει ἀνακούφισιν.

Πλὴν τῆς χαρακτηριστικῆς θέσεως, ὁ ἀσθενής, ὅταν ἐξετάζεται ἐν ὀρθῇ στάσει, ἐμφανίζει πλαγίαν κλίσιν τῆς ὀσφυϊκῆς μοίρας τῆς σπονδυλικῆς στήλης μὲ τὸ κυρτὸν αὐτῆς εἶτε πρὸς τὴν σύστοιχον εἶτε πρὸς τὴν ἀντίστοιχον πάσχουσαν ρίζαν, ἀναλόγως τῆς θέσεως ἣν λαμβάνει ὁ πυρὴν πιέζων τὴν ρίζαν.

Γ'. Ἐκ τῆς κλινικῆς καὶ ἀκτινολογικῆς ἐξετάσεως: Δυνατὸν ν' ἀνευρεθῇ μείωσις ἢ καὶ κατάργησις τῶν ἀντανακλαστικῶν γόνατος καὶ ἀχιλλείου, ἰδίᾳ δὲ τοῦ τελευταίου, ὅπερ χαρακτηριστικῶς ἀνευρίσκεται ἐπὶ πιέσεως Ii ρίζης. Πλὴν τούτων, αἱ περισσότεραι τῶν περιπτώσεων δίδουν θετικὸν τὸ τεστ ἀνυψώσεως τοῦ σκέλους μέχρι 40—45°. Πολλάκις τὸ ὡς ἄνω τεστ δύναται νὰ ἀποθῇ θετικὸν καὶ εἰς τὰς 10° περιπτώσεις δὲ εἰς τὰς ὁποίας ἐμφανίζεται ἄλγος εἰς γωνίας μεγαλυτέρας τῶν 80°, δέον ὅπως τοῦτο μὴ θεωρηθῇ ὡς θετικὸν σημεῖον, διότι νομίζομεν ὅτι ἀπὸ τῆς γωνίας αὐτῆς καὶ πλέον

οιοδήποτε άτομον δύναται ν' αναφέρει άλλος χωρίς τούτο νά σημαίνη ότι και πάσχει.

Παράλληλως τῶν ὡς ἄνω συμπτωμάτων, δυνατόν νά ὑπάρχη και μείωσις τῆς μυϊκῆς ἰσχύος ἢ κατάργησις αὐτῆς, τῶν καμπτήρων ἢ ἐκτεινόντων μυῶν τοῦ ἄκρου ποδός.

Ἀκτινολογικῶς ἐπὶ τοιούτων περιπτώσεων Κ.Μ.Δ., δυνατόν νά ἐμφανισθῇ ἀνομοιομερῆς στένωσις τοῦ μεσοσπονδυλίου διαστήματος, ὡς ἐπίσης και κλίσις τῆς Σ.Σ. πρὸς τὸ σύστοιχον ἢ ἀντίστοιχον μέρος τῆς ἰσχιάδος. Ἡ ἀξιολόγησις τῶν ἀκτινολογικῶν εὐρημάτων και ἡ σύγκρισις αὐτῶν πρὸς τὰ ἐγχειρητικὰ τοιαῦτα, θά γίγη εἰς ἄλλο σημεῖον τῆς παρουσίας, δεδομένου ὅτι πολ- λάκις ταῦτα δίδουν διάφορον ἐντόπισιν τῆς κήλης.

Τὰ ἀνωτέρω εὐρήματα εἶναι τὰ και βασικά, ἐκ τῶν ὁποίων θά τεθῇ ἡ διάγνωσις τῆς Κ.Μ.Δ. και ἡ ἐνδειξις τῆς συντηρητικῆς ἢ χειρουργικῆς θερα- πείας.

Αἱ ἐνδειξεις δι' ἐγχείρησιν ἦσαν κυρίως δύο· ἡ ἀποτυχία τῆς συντηρητι- κῆς ἀγωγῆς και ἡ πτώσις τοῦ ἄκρου ποδός (drop foot) ἢ και μυϊκὴ ἀδυνα- μία αὐτοῦ. Λέγοντες ἀποτυχίαν τῆς συντηρητικῆς ἀγωγῆς, ἐννοοῦμεν τὴν ἐπὶ 6—8 ἑβδομάδας αὐστηρὰν παραμονὴν ἐν τῇ κλίνῃ, τοῦ ἀσθενοῦς τεθέντος εἰς θέσιν «κοιμωμένης τοῦ Χαλεπᾶ», ἤτοι, τὰ γόνατα κεκαμμένα εἰς 45° περίπου, τὸ δὲ λοιπὸν σῶμα εἰς ἡμικαθεστηκυῖαν θέσιν. Ἡ κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον χάλα- σις τῆς τάσεως τοῦ πιεζομένου νεύρου και τῶν ἱερονωτιαίων μυῶν, οὔτινες εἶ- ναι συνεσπασμένοι, ἐν συνδυασμῷ μετὰ μυοχαλαρωτικῶν και ἀναλγητικῶν φαρμάκων δίδει, νομίζομεν, τὰς μεγαλύτερας πιθανότητας δι' ἄρισιν τῆς πιέ- σεως. Εἰς ὠρισμένας περιπτώσεις ἐπιμονῆς τῶν συμπτωμάτων, προσετέθησαν και παρασπονδυλικαὶ διηθήσεις διὰ νοθοκαίνης ἢ ἐγχύσεις, εἰς τὸν ἐπισκληρί- διον χώρον, κορτιζόνης, ὡς και χειρισμοὶ τῆς Σ.Σ. ὑπὸ νάρκωσιν.

Φυσικά, μετὰ τὴν ὑφῆσιν τῶν συμπτωμάτων, εἰς τὸν ἀσθενῆ συνιστῶντο ἢ και ἐγένοντο ἀσκήσεις ἐνισχύσεως τῶν κοιλιακῶν μυῶν, ὁ τελευταῖος δὲ ἡγεί- ρετο τῆς κλίνης και ἐδάδιζε φέρων, διὰ χρονικὸν διάστημα ἄλλοτε ἄλλο, ὀρ-θοπεδικὴν ζώνην ὀσφύος.

Κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον, ὁ μεγαλύτερος ἀριθμὸς τῶν περιπτώσεων Κ.Μ.Δ. εἶχεν ἄριστα ἀποτελέσματα μονίμου ἀποκαταστάσεως τῆς βλάβης. Οἱ ὑπόλοι- ποι τῶν ἀσθενῶν, οἱ ὅποιοι ἐνεφάνιζον εἴτε ὑποτροπὰς τῆς νόσου, εἴτε εὐθὺς ἐξ ἀρχῆς σημεῖα παρέσεως τῶν ὑπὸ τῆς πιεζομένης ρίζης νευρουμένων μυῶν, ἐχειρουροῦντο. Τὸ σύνολον τῶν, διὰ τοὺς λόγους τούτους, χειρουργηθειῶν περι-πτώσεων Κ.Μ.Δ. ἀνέρχεται, διὰ τὰ τελευταῖα 8 ἔτη, εἰς 48. Ἐξ αὐτῶν ἐπε-λέγησαν αἱ 38 περιπτώσεις, διότι τὰ ἱστορικὰ τῶν ἀσθενῶν τούτων περιεῖχον ἀπαντα τὰ εἰς τοὺς ἐπομένους πίνακας ἀναζητούμενα πρὸς ἔλεγχον στοιχεῖα.

ΑΝΑΛΥΣΙΣ ΔΙΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ΤΩΝ ΗΜΕΤΕΡΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Διὰ τὴν καλύτεραν κατανόησιν τοῦ ὅλου θέματος ἡ παρούσα μελέτη ταξινομεῖται ἐπὶ πινάκων, οἵτινες παρουσιάζουν ἀναλυτικῶς, ἐπιδηϊότε, κατὰ τὴν γνώμην ἡμῶν, θὰ ἠδύνατο νὰ ἔχῃ σχέσιν μετὰ τὴν ὀλοκληρωμένην εἰκόνα τοῦ προβλήματος τῆς χειρουργικῆς ἀντιμετωπίσεως τῆς Κ.Μ.Δ., βασιζόμενοι ἀποκλειστικῶς ἐπὶ τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων. Ὁ ἀριθμὸς φυσικῶν τῶν ἀσθενῶν δὲν εἶναι τοσοῦτον μέγας, ὥστε νὰ ἐπιτρέψῃ στατιστικὴν ἀνάλυσιν τῶν εὐρημάτων ἡμῶν καὶ νὰ δώσῃ ἀδιαφιλονίκητον ἀπάντησιν εἰς τὰ διάφορα ἐρωτήματα, πλὴν ὅμως, ὡς θὰ δυνηθῇ νὰ διαπιστώσῃ ὁ ἀναγνώστης, ὑπάρχουν ὀρισμένα στοιχεῖα ἅτινα ἐνισχύουν ἐτέρας σχετικῶς, πρὸς τὸ θέμα τοῦτο, ἐργασίας, καὶ ἕτερα τοιαῦτα, ἅτινα τίθενται ὑπὸ κρίσιν καὶ ἡ σημασία τῶν ὁποίων πιθανὸν νὰ διαπιστωθῇ εἰς ἄλλας, ἐπὶ τοῦ θέματος τούτου, μελλούσας νὰ γίνωνται μελέταις.

Πίναξ I

Κατάταξις ἀσθενῶν μετὰ Κ.Μ.Δ. κατὰ φύλον καὶ ἡλικίαν

Φύλον	Ἀρ. Περ,	Ὁμάδες Ἡλικιῶν			
		20-30	31-40	41-50	50-ἄνω
Ἄρρενα	28	9	11	5	2
Θήλεα	10	3	5	2	1
Σύνολον	38	12	16	7	3

Πίναξ II

Διάρκεια προεγχειρητικῶν ἐνοχλημάτων εἰς μῆνας

Χρόνος	Ἀριθμὸς περιπτώσεων
Μέχρις ἑνὸς μηνός	1
Ἀπὸ 1—2 μῆνας	2
» 2—6 »	7
» 6—12 »	10
» 12—24 »	8
» 24 μῆνας καὶ ἄνω	8
Σύνολον	36*

* Εἰς δύο ἀσθενεῖς δὲν καθωρίσθη ἡ διάρκεια.

Πίναξ III

Κατάταξις αναλόγως τῶν κυρίων συμπτωμάτων

Κύρια συμπτώματα	Ἀριθμὸς Περιπτώσεων
Μόνον ὀσφυαλγία	1
Μόνον ἰσχιαλγία	3
Ὄσφυοἰσχιαλγία	34
Σύνολον	38

Πίναξ IV

Χρονικὴ σειρά ἐμφανίσεως ὀσφυαλγίας - ἰσχιαλγίας

Συμπτώματα	Ἀριθμὸς περιπτώσεων
Τὸ πρῶτον Ὄσφυαλγία	14
Τὸ πρῶτον Ἰσχιαλγία	1
Ταυτόχρονος Ὄσφυοἰσχιαλγία	19
Σύνολον	34

Πίναξ V

Σχέσις κλινικῶν σημείων καὶ ἐγχειρητικῶν εὐρημάτων

Κλινικὰ σημεῖα	Ἐγχειρητικὰ Εὐρήματα								
	ἀρ. περ. O ₄ -O ₅		O ₅ -I ₁		ἀρ. περ. προβολῆ		ἀρ. περ. ρῆξις		
	ναὶ	ἔχι	ναὶ	ἔχι	ναὶ	ἔχι	ναὶ	ἔχι	
Κλίσις τοῦ κορμοῦ	16	10	6	23	16	7	23	5	18
Οὐχὶ κλίσις	8	4	4	15	8	7	15	2	13
Τέστ ἀνυψ. σκέλ. ἕως 45°	14	9	5	23	14	9	23	2	21
Τέστ ἀνυψ. σκέλ. ἄνω 45°	5	1	4	8	5	3	8	3	5
Τέστ ἀνυψ. σκέλ. ἐλλείπει	5	4*	1	7	5	2	7	2	5
Αἰσθητικότης κ. φ.	16	8	8	25	16	9	25	5	20
Ὑπαισθησία	8	6*	2	13	8	5	13	2	11
Μυϊκὴ ἰσχὺς κ.φ.	20	11*	9	33	20	13	33	5	28
Ἐλάττωσις μυϊκῆς ἰσχύος	4	3	1	5	4	1	5	2	3
Ἀχιλλ. ἀγτανακλαστ. κ.φ.	13	8	5	22	13	9	22	4	18
» ἠλαττωμένα	5	5*	—	9	5	4	9	2	7
» κατηργημένα	6	1	5	7	6	1	7	1	6

* Μία περίπτωσις πυρῆνος O₅ - O₄.

Πίναξ VI

Σχέσις ἐγχειρητικῶν εὐρημάτων πρὸς διάρκειαν ἐνοχλημάτων

Ἐγχειρητικὰ εὐρήματα	Ἄρ. περ. Μέχρις 1 ἔτους	Διάρκεια ἐνοχλημάτων	
		Ἄνω τοῦ ἔτους	Ἄνω τοῦ ἔτους
Προβολὴ πυρῆνος	24	11	13
Ὀὐχὶ προβολή	15	9	6
Ρήξις Ο.Ε.Σ.*	7	4	3
Ο.Ε.Σ. ἀκέραιος	30	15	15
Προβολὴ πυρῆνος O ₄ -O ₅	14*	4	10
» » O ₅ -I ₁	10	7	3

Πίναξ VII

Σχέσις ἡλικίας ἀσθενοῦς πρὸς ἐγχειρητικὰ εὐρήματα

Ἐγχειρητικὰ εὐρήματα	Ἄρ. Περ.	Ὀμάδες ἡλικιῶν			
		20-30	31-40	41-50	51-ἄνω
Προβολὴ πυρῆνος	24	6	14	4	—
Ρήξις Ο.Ε.Σ.	7	2	4	1	—
Προβάλλων πυρῆν O ₅ -O ₄	1	—	1	—	—
» » O ₄ -O ₅	13	3	9	1	—
» » O ₅ -I ₁	10	3	4	3	—

Πίναξ VIII

Σχέσις κλινικῶν σημείων πρὸς τελικὸν ἀποτέλεσμα

Κλινικὰ σημεία	Ἄρ. περ.	Τελικὸν ἀποτέλεσμα			
		Ἄριστον	Καλὸν	Μέτριον	Πτωχὸν
Κλίσις τοῦ κορμοῦ	18	7	6	2	3
Τέστ ἀνυψώσεως σκέλους					
μέχρι 45°	12	3	2	6	1
» » ἄνω τῶν 45°	5	4	1	—	—
» » ἐλλείπει	7	3	—	3	1
Αἰσθητικότης κ. φ.	17	5	5	5	2
Υπαισθησία	12	5	3	2	2
Μυϊκὴ ἰσχὺς κ. φ.	23	9	5	6	3
Ἐλάττωσις μυϊκῆς ἰσχύος	6	1	3	1	1
Ἀχιλλεῖον ἀντανακλ. κ. φ.	15	4	4	4	3
» ἡλαττωμένον	7	3	2	1	1
» κατηργημένον	7	3	2	2	—

Εἰς προβάλλων πυρῆν O₅-O₄.

Πίναξ IX

Σχέσις ακτινολογικῶν σημείων πρὸς τελικὸν ἀποτέλεσμα

Ἀκτινολογικὰ σημεῖα	Τελικὸν ἀποτέλεσμα				
	Ἀρ. περ.	Ἄριστον	Καλὸν	Μέτριον	Πτωχόν
Σκολίωσις	11	4	3	4	—
Ἐλάττωσις ἢ ἐξαφάνισις ὁσφ. λορδῶσεως	14	5	4	5	—
Ἀνομοιομερῆς στένωσις μεσοσπονδ. δ/τος	13	3	5	3	2
Ἰεροποιήσις O ₅	3	1	2	—	—
Ἐκφυλιστικαὶ ἀλλοιώσεις Σ.Σ.	6	1	—	4	1
Κατὰ φύσιν Σ.Σ.*	3	1	—	1	1

Πίναξ X

Σχέσις ἐγχειρητικῶν εὐρημάτων πρὸς τελικὸν ἀποτέλεσμα

Ἐγχειρητικὰ εὐρήματα	Ἀρ. περ.	Τελικὸν ἀποτέλεσμα			
		Ἄριστον	Καλὸν	Μέτριον	Πτωχόν
Προβολὴ πυρήνος	21 (70%)**	9 (42,8%)	6 (28,5%)	4 (19%)	2 (9,5%)
Οὐχὶ προβολὴ πυρήνος	9 (30%)	1 (11%)	2 (22%)	4 (44%)	2 (22%)
Ρῆξις O.E.Σ.	7 (23%)	4 (57%)	2 (28,5%)	1 (19%)	—
O.E.Σ. ἀκέραιος	23 (77%)	6 (26%)	6 (26%)	7 (30%)	4 (17%)
Πυρῆν O ₁ —O ₅ ***	12	4	4	2	2
Πυρῆν O ₅ —I ₁	9	5	2	2	—

Πίναξ XI

Σχέσις διάρκειας ἐνοχλημάτων πρὸς τελικὸν ἀποτέλεσμα

Διάρκεια ἐνοχλημάτων	Ἀρ. περ.	Τελικὸν ἀποτέλεσμα			
		Ἄριστον	Καλὸν	Μέτριον	Πτωχόν
Μέχρις ἐνός ἔτους	16	6	1	7	2
Ἄνω τοῦ ἔτους	13	4	6	1	2

* Εἰς μίαν περίπτωσιν ἐγένετο μυελογράφημα ὅπερ ἔδειξεν διακοπὴν εἰς O₅—I₁ διάστημα.

** Ἀναλογίαι κατὰ προσέγγισιν.

*** Περιλαμβάνεται καὶ εἰς πυρῆν O₅—I₁.

Πίναξ XII

Σχέσις ηλικίας ασθενούς πρὸς τελικὸν ἀποτέλεσμα

Ὅμαδες ἡλικιῶν	Ἀρ. περ.	Τελικὸν ἀποτέλεσμα				
		Ἄριστον	Καλὸν	Μέτριον	Πτωχόν	
20 — 30	9	3	3	2	1	
31 — 40	14	6	4	1	3	
41 — 50	5	1	1	3	—	
51 — ἄνω	2	—	—	2	—	

Παθολογοανατομικὰ εὐρήματα

Ἐνταῦθα, πρὶν ἢ ἀναφερθοῦν αἱ διάφοροι σχέσεις τῆς παθολογοανατομικῆς εἰκόνης τοῦ ἀφαιρεθέντος πυρῆνος πρὸς διάφορα στοιχεῖα μετὰ τῶν ὁποίων ἔθεωρήσαμεν σκόπιμον νὰ τὴν συγκρίνωμεν, εἶναι ἀπαραίτητον νὰ προταχθοῦν ὠρισμένα στοιχεῖα τῆς ἀνατομικῆς, παθολογοφυσιολογίας καὶ παθολογικῆς ἀνατομικῆς τοῦ μεσοσπονδυλίου δίσκου.

Ὁ μεσοσπονδύλιος δίσκος εἶναι εἰς εἰδικὸς τύπος συμφύσεως. Εἰς ἐκάστην τῶν ἀρθρικῶν ἐπιφανειῶν τῶν σπονδύλων ὑπάρχει στοιβάς ὑαλοειδοῦς χόνδρου· ὁ χόνδρος τοῦ ἐνὸς σπονδύλου ἐνοῦται μετὰ τοῦ ἐτέρου δι' ἰνοχονδρώδους καὶ πυκνοῦ ἰνώδους ἰστοῦ περιφερικῶς, ὥστε ἡ κυκλωτερῆς ἔνωσις αὐτῶν σχηματίζει τὸν ἰνώδη δακτύλιον. Ὁ ἰνώδης οὗτος δακτύλιος δημιουργεῖ εἰς τὸ κέντρον, χωρὸν ὅστις πληροῦται ὑφ' ἐνὸς πηκτωματώδους ἡμιμερῆστου ὑλικοῦ τοῦ πηκτοειδοῦς πυρῆνος. Ἀναλυτικώτερον τὰ δύο ταῦτα μακροσκοπικῶς διαχωρίζομενα στοιχεῖα ἀποτελοῦνται:

1. Ἰνώδης δακτύλιος: Οὗτος, μικροσκοπικῶς ἐξεταζόμενος, συντίθεται ἐξ ἰνώδους συνδετικοῦ ἰστοῦ, ἐλαστικῶν ἰνῶν καὶ διασπάρτων χονδρικῶν κυττάρων. Ὁ ἰνώδης συνδετικὸς ἰστός εὐρίσκεται πυκνότερος κατὰ τὴν περιφέρειαν τοῦ δίσκου κατὰ διαπλευρομένης δεσμίδας, τινὲς δὲ τῶν ἰνῶν αὐτοῦ ἀφ' ἐνὸς ἐπεκτείνονται πρὸς τοὺς ἐπιμήκεις συνδέσμους, πρόσθιον καὶ ὀπίσθιον, συνυφαινόμενοι μετ' αὐτῶν, ὥστε ἡ σύνδεσις νὰ καταστῇ στερροτέρα, καὶ ἀφ' ἐτέρου πρὸς τὴν σπογγώδη οὐσίαν τῶν παρακαεμένων σπονδύλων, ὡς διατιτραίνουσαι ἴνες τοῦ Sharpey.

Ὅπως περιφερικῶς τοῦ ἰνώδους δακτυλίου καὶ ἀκριβῶς εἰς τὴν γειτονίαν μετὰ τοῦ ὀπισθίου ἐπιμήκους συνδέσμου εὐρέθησαν ἐλεύθεραι νευρικαὶ ἀπολήξεις σχέσις ἔχουσαι μὲ τὴν ἀντίληψιν τοῦ ἄλγους. Τὸ τελευταῖον τοῦτο στοιχεῖον δύναται ἴσως νὰ ἔχη σχέσις μὲ τὴν δημιουργουμένην ὀσφυαλγίαν.

Μεταξὺ τοῦ ἰνώδους δακτυλίου καὶ τοῦ πηκτοειδοῦς πυρῆνος ὑπάρχει ζώνη, ἣτις ἀνήκει εἰς τὸν ἰνώδη δακτύλιον, εἰς τὴν ὁποίαν τὰ χονδρικά κύτταρα γί-

νονται περισσότερα ἐνῶ παραλλήλως ἐλαττοῦνται αἱ ἐλαστικά καὶ συνδετικά ἴνες.

2. Πηκτοειδῆς πυρήν.: Οὗτος ἀποτελεῖται ἐκ πηκτοειδοῦς τινος οὐσίας εἰς ἣν εὐρίσκονται διάσπαρτα χονδρικά κύτταρα, πολὺ ὀλιγώτερα τῶν τοῦ ἰνώδους δακτύλιου, καὶ ὀλίγα συνδετικά ἴνες. Τὸ κύριον στοιχεῖον τοῦ πηκτοειδοῦς πυρήνος, δηλαδή ἡ ἡμίρευτος οὐσία, χημικῶς εἶναι πολυσακχαρίτης τοῦ τύπου τοῦ χονδροειτινο-θειϊκοῦ ὀξέος. Ἡ περιεκτικότης ταύτης εἰς ὕδωρ φθάνει, εἰς τὸ νέα ἄτομα 80—88% περίπου ἐνῶ εἰς ἡλικιωμένα μειοῦται εἰς 70% ἢ ὀλιγότερον. Ἐτεροι ἔρευναι ἀπέδειξαν ὅτι ἀπώλεια ὕδατος δημιουργεῖται καὶ κατὰ τὴν διάρκειαν ὅπου ὁ δίσκος ὑφίσταται πίεσιν, τὴν τοῦ ὑπερκειμένου βάρους τοῦ σώματος, ἡ ὁποία ἀπώλεια ἀναπληροῦται δι' ἀπορροφήσεως ἐκ νέου ὕδατος ὅταν ὁ δίσκος δὲν ὑφίσταται πίεσιν. Σὺν τῇ παρόδῳ ἡμως τῆς ἡλικίας ἢ ἱκανότης αὕτη τῆς ἐπαναρροφήσεως μειοῦται καὶ οὕτω βαθμιαίως ὁ πυρήν ἀφυδατοῦται.

Αἱ μεταβολαὶ αἱς ὑφίσταται ὁ μεσοσπονδύλιος δίσκος, σὺν τῇ παρόδῳ τῆς ἡλικίας, ἀφοροῦν ἀφ' ἐνός εἰς τὸν πηκτοειδῆ πυρήνα καὶ ἀφ' ἑτέρου εἰς τὸν ἰνώδη δακτύλιον. Οὕτω, ὁ μὲν πηκτοειδῆς πυρήν βαθμηδὸν ἀφυδατοῦται καὶ ἐκφυλίζεται βλενωδῶς, ὁ δὲ δακτύλιος ἀφ' ἐνός ἀφυδατοῦται καὶ ἀφ' ἑτέρου ὑφίσταται ὑαλοειδῆ ἐκφύλισιν τῶν ἰνῶν του· σπανίως γίνεται ἐναπόθεσις ὑαλοειδοῦς ἐπ' αὐτῶν. Πλὴν τούτων, ἡ ἐκφύλισις αὕτη ἔχει ὡς συνέπειαν τὴν ἐναπόθεσιν ἀλάτων ἀσβεστίου, ἧτις κυρίως συμβαίνει εἰς τὸν ἰνώδη δακτύλιον.

Ὅταν δι' οἰονδήποτε λόγον δημιουργηθῇ φλεγμονή, καὶ ἀσχητος ἀκόμη, εἰς τὴν ὅλην εἰκόνα προστίθεται καὶ λευκοκυτταρική διήθησις (πολυμορφοπύρρηνα) ἢ καὶ λεμφοκυτταρική τοιαύτη. Ἡ λεμφοκυτταρική διήθησις γίνεται κυρίως εἰς τὸν ἰνώδη δακτύλιον, διότι ὁ πηκτοειδῆς πυρήν στερεεῖται ἀγγείων καὶ ἐπομένως δὲν προσκομίζονται φλεγμονώδη στοιχεῖα εἰς αὐτόν. Συνεπῶς αἱ ἀναφερόμεναι φλεγμονώδεις ἀλλοιώσεις τῶν παθολογοανατομικῶν ἐξετάσειων ἀφοροῦν μόνον εἰς τὸν ἰνώδη δακτύλιον.

Εἰς τὰ ἡμέτερα ιστολογικὰ παρασκευάσματα ὑπάρχουν ἐκφυλιστικαὶ ἀλλοιώσεις τοῦ τύπου τῆς ἐναποθέσεως κυρίως ἀλάτων ἀσβεστίου, καὶ φλεγμονώδεις ἀλλοιώσεις τοῦ τύπου τῆς λευκοκυτταρικῆς διηθήσεως.

Δέον ν' ἀξιολογηθῇ τὸ γεγονός ὅτι μόνον ἐπὶ φλεγμονῆς, εἰς τὰς προκειμένας περιπτώσεις ἀσχηπτου, παρατηροῦνται αἱ φλεγμονώδεις ἀλλοιώσεις καὶ οὐχὶ ἐπὶ φυσιολογικοῦ, κατ' ἀντίστοιχον ἡλικίαν, πυρήνος.

Κατωτέρω παρατίθενται αἱ διάφοροι σχέσεις τῆς παθολογοανατομικῆς ὕφης τοῦ πυρήνος.

Πίναξ XIII

Σχέσις π.α' ύφης αφαιρεθέντος πυρήνος πρὸς ἐγχειρητικά εὑρήματα

Π.Α. Ὑφή Πυρήνος	Ἄρ. περ.	Ἐγχειρητικά εὑρήματα		Ρῆξις	
		Προβολή Ναί	ἌΟχι	Ναί	ἌΟχι
Ἐκφυλ. ἀλλοιώσ. - λευκ/κή διήθ.	10	7	3	3	7
Πυρήν φυσιολογικός	12	8	4	3	9

Πίναξ XIV

Σχέσις Π.Α. ύφης αφαιρεθέντος πυρήνος πρὸς διάρκειαν ἐνοχλημάτων

Π.Α. Ὑφή Πυρήνος	Ἄρ. Περ.	Διάρκεια ἐνοχλημάτων	
		Μέχρις 1 ἔτους	Ἄνω τοῦ ἔτους
Ἐκφυλιστικαὶ ἀλλοιώσεις - λευκοκυτταρική διήθησις.	10	4	6
Πυρήν φυσιολογικός	13	8	5

Πίναξ XV

Σχέσις Π.Α. ύφης αφαιρεθέντος πυρήνος πρὸς ἡλικίαν ἀσθενοῦς

Π.Α. Ὑφή Πυρήνος	Ἄρ. Περ.	Ὅμαδες Ἡλικιῶν			
		20-30	31-40	41-50	51-ἄνω
Ἐκφυλιστικαὶ ἀλλοιώσεις - λευκοκυτταρική διήθησις	10	3	4	2	1
Πυρήν φυσιολογικός	13	3	6	2	2

Πίναξ XVI

Σχέσις Π.Α. ύφης αφαιρεθέντος πυρήνος πρὸς τελικὸν ἀποτέλεσμα

Π.Α. Ὑφή Πυρήνος	Ἄρ. Περ.	Τελικὸν ἀποτέλεσμα			
		Ἄριστον	Καλὸν	Μέτριον	Πτωχὸν
Ἐκφυλιστικαὶ ἀλλοιώσεις - λεμφοκυτταρική διήθησις	9	1	4	2	2
Πυρήν φυσιολογικός	10	5	2	3	—

Ἐθεωρήσαμεν σκόπιμον ὅπως ἀνεύρωμεν καὶ τὴν σχέσιν ἣτις ὑφίσταται μεταξὺ τῶν ἀμέσως μετὰ τὴν ἐγχείρησιν ἀποτελεσμάτων πρὸς τὰ τελικὰ τοιαῦτα, διὰ τὸ καταστῆ, ἴσως, σαφέστερον τὸ κριτήριον βάσει τοῦ ὁποίου τὰ ἀποτελέσματα θὰ εἶναι ἀφ' ἑνὸς καλύτερα καὶ ἀφ' ἑτέρου μονιμότερα· καὶ τοῦτο διότι ὅταν ἐν ἀποτελεσμα ἄμεσον εἶναι ἄριστον π. χ. καὶ διατηρεῖται ὡς τοιοῦτον σημαίνει ὅτι ἡ ἔνδειξις πρὸς ἐγχείρησιν ἦτο ἡ ὀρθή. Τοῦτο καταφαίνεται καὶ εἰς τὸν κατωτέρω πίνακα.

Πίναξ XVII

Σχέσις ἀμέσων ἀποτελεσμάτων πρὸς τελικὰ ἐπὶ 30 περιπτώσεων

Ἄμεσα ἀποτελέσματα	Ἄρ. Περ. Τελικὰ ἀποτελέσματα				
	Ἄριστον	Καλὸν	Μέτριον	Πτωχὸν	
Ἄριστον	5	4	—	1	—
Καλὸν	17	4	7	4	2
Μέτριον	6	2	1	2	1
Πτωχὸν	2	—	—	1	1

Κατωτέρω ἀναφέρεται ὁ χρόνος μετεγχειρητικῆς παρακολουθήσεως ἐπὶ 30 περιπτώσεων δεδομένου ὅτι μόνον μετ' αὐτῶν εἶχομεν ἐπικοινωνίαν.

Πίναξ XVIII

Χρόνος μετεγχειρητικῆς παρακολουθήσεως

6 μῆνες — 1 ἔτος	10	περιπτώσεις
1 ἔτος — 3 ἔτη	8	»
3 ἔτη — 5 ἔτη	1	»
5 ἔτη — 8 ἔτη	11	»
Σύνολον	30	

Πίναξ XIX

Χρόνος νοσηλείας

Μέχρις 20 ἡμέρας	19	περιπτώσεις
Ἀπὸ 21-30 »	15	»
Ἀπὸ 31 ἡμ. & ἄνω*	4	»
Σύνολον	38	

* Ὁ βραχύτερος χρόνος νοσηλείας ἦτο 10 ἡμέραι, ὁ δὲ μακρύτερος 53 ἡμέραι.

III. ΚΡΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ἡ ὀλοκλήρωσις τοῦ ἐλέγχου τῶν ἡμετέρων ἀσθενῶν ἔσχεν ὠρισμένας δυσχερείας, δεδομένου ὅτι ἀφ' ἐνός δὲν ἦτο εὐκολος ἡ ἐπικοινωνία ἡμῶν μετ' αὐτῶν καὶ ἀφ' ἑτέρου δυσχερεστέρα ἢ νόμιμ τέχνης ἐπανεξέτασις των διὰ διαφοροῦς λόγους. Πλὴν τούτων, τὰ ἀποτελέσματα θὰ πρέπει νὰ κριθοῦν μὲ ἐλαστικώτερα, τῶν ἀναγραφομένων ἐπὶ τῶν πινάκων, κριτήρια, διότι εἶναι γνωστόν ὅτι ἀσθενεῖς οἵτινες ἔχουν πλήρως ἰαθῆ δὲν ἐπικοινωνοῦν εὐκόλως μὲ τὸν θεράποντα ἰατρόν των, ἢ μὴ μόνον ὅταν ἐπανεμφανισθῆ πρόβλημά τι.

Διὰ τοὺς ἀνωτέρω λόγους ὁ ἐλεγχος τῶν ἀσθενῶν ἐγένετο κυρίως δι' ἐπιστολῶν αἵτινες ἀπεστέλλοντο εἰς τοὺς ἀσθενεῖς καὶ περιείχον τρεῖς ἀπλᾶς ἐρωτήσεις ὥστε νὰ εἶναι δυνατὸν νὰ ἀπαντήσουν εὐκόλως οὗτοι. Αἱ ἐρωτήσεις ἦσαν:

1. Ἐὰν μετὰ τὴν ἐγχείρησιν ὁ ἀσθενὴς εἶχεν ἐνοχλήματα, ποῖα καὶ πόσον διάστημα.
2. Πότε ἐπανῆλθεν εἰς τὴν ἐργασίαν του.
3. Πῶς αἰσθάνεται σήμερον. Ἐὰν εἶναι καλὰ ἢ ἐὰν ὄχι τί αἰσθάνεται.

Τινὲς τῶν ἀσθενῶν προσήλθον πρὸς ἐπανεξέτασιν ὅτε μᾶς ἐδόθη ἡ εὐκαιρία νὰ ἐπανεξετάσωμεν πλήρως τούτους. Δυστυχῶς ὁμοῦς ὁ ἀριθμὸς τῶν ἀσθενῶν αὐτῶν ἦτο πολὺ περιορισμένος, ὥστε δὲν κατέστη δυνατόν, βασιζόμενοι ἐπ' αὐτῶν καὶ μόνον, νὰ ἐξετασθοῦν καὶ ἕτερα ἐρωτήματα ἅτινα μᾶς ἐγεννήθησαν, ὅπως π. χ. κατὰ πόσον ἐπανερχεται ἢ ἐλάττωσις τῆς μυϊκῆς ἰσχύος ἢ ἡ πτώσις τοῦ ἄκρου ποδὸς ἢ ἡ ὑπαισθησία κλπ. Περιορίσθημεν λοιπὸν εἰς βασικὰς, τρόπον τινά, διαπιστώσεις, βασιζόμενοι εἰς τὰς ἀπαντήσεις τῶν ἀσθενῶν ἡμῶν.

Τὰ ἀποτελέσματα κατετάξαμεν εἰς τέσσαρας βασικὰς κατηγορίας, ὡς Ἄριστα, Καλὰ, Μέτρια καὶ Πτωχά. Τελικὸν ἀποτέλεσμα θεωρήσαμεν ὡς ἄριστον ὅταν ὁ ἀσθενὴς, μετεγχειρητικῶς, ἀπηλλάγη πλήρως τῶν ἐνοχλημάτων καὶ ἐπανῆλθεν εἰς τὴν ἐργασίαν του. Καλὸν ἦτο τὸ ἀποτέλεσμα ὅταν ὁ ἀσθενὴς, μετεγχειρητικῶς, εἶχεν ἐνοχλήματα τόσον μικρᾶς ἐντάσεως, ὥστε νὰ μὴ ἀποτελοῦν πρόβλημα δι' αὐτὸν καὶ τὸν ἀναγκάζουν νὰ κατακλιθῆ. Μέτριον ἦτο τὸ ἀποτέλεσμα, ὅταν ὁ ἀσθενὴς ἀπὸ καιροῦ εἰς καιρὸν εἶχεν ἐνοχλήματα, ἅτινα τὸν ἠνάγκαζον νὰ κατακλιθῆ δι' ἐλίγας ἡμέρας, ἀλλ' οὐχὶ τοσοῦτον ἔνσους ὥστε νὰ ἐγκαταλείψῃ τὴν ἐργασίαν του. Τέλος πτωχὸν ἦτο τὸ ἀποτέλεσμα ὅταν ὁ ἀσθενὴς, μετεγχειρητικῶς, εἶχεν τὰ αὐτὰ ἢ καὶ περισσότερα ἐνοχλήματα, δὲν κατέστη δὲ δυνατόν νὰ ἐργασθῆ πλέον ἔκτοτε.

Ὡς τελικὸν ἀποτέλεσμα ἐλάβομεν τὸ ὄριον τῶν ἑξ μηνῶν ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως δεδομένου ὅτι παρατηρήσαμεν πολλάκις μεταβολὰς τοῦ ἀμέσου ἀποτελέσματος μέχρι ἑξ μηνῶν μετεγχειρητικῶς, ἀκολούθως δὲ ἢ κατάστασις τῶν ἀσθενῶν ἐθεωρήθη μᾶλλον ὡς ἀμετάβλητος.

Ἐκ τῶν συμπτωμάτων ἅτινα δὲν ἠλέγξαμεν εἰς μέγαν ἀριθμόν, εἰμὴ μόνον εἰς τοὺς ἀσθενεῖς οἵτινες προσῆλθον, καὶ συνεπῶς δὲν δυνάμεθα νὰ ἀποφανθῶμεν μετὰ θεβαιότητος περὶ τῆς σημασίας αὐτῶν, εἶναι ἡ πτώσις τοῦ ἄκρου ποδός, ἡ μυϊκὴ ἀδυναμία τούτου, ἡ ὑπαισθησία καὶ ἡ κατάργησις τῶν ἀχιλλείων ἀντανεκλαστικὰ δὲν ἐπανῆλθον, ἡ δὲ μυϊκὴ ἀδυναμία καὶ ἡ ὑπαισθησία ἐβελτιώθησαν.

Ἐτερον στοιχεῖον ἕπερ ἔχει σημασίαν εἶναι ὁ χρόνος ἐπανόδου εἰς τὴν ἐργασίαν. Οἱ περισσότεροι τῶν ἀσθενῶν ἐπανῆλθον εἰς τὴν ἐργασίαν των ἕξ μῆνας περίπου ἀπὸ τῆς ἐξόδου των ἐκ τῆς κλινικῆς. Εἰς πολλοὺς ἕξ αὐτῶν τὰ συμπτώματα δὲν εἶχον ὑποχωρήσει τελείως, πλὴν ἕμως κατέστη δυνατόν νὰ ἐργασθῶν ἐκ νέου εἰς βαρείας εἰσέτι ἐργασίας (ἀγρόται).

Κατωτέρω, κατὰ τὴν συζήτησιν ἐπὶ τῶν πινάκων, θὰ ἀναφερθοῦν δύο ἕτεροι διαχωρισμοὶ τῶν ἀποτελεσμάτων, τὰ ἱκανοποιητικὰ καὶ μὴ ἱκανοποιητικὰ τοιαῦτα. Ἐκ τούτων τὰ πρῶτα περιλαμβάνουν τὰ ἄριστα καὶ καλὰ ἀποτελέσματα, τὰ δὲ δεύτερα τὰ μέτρια καὶ πτωχὰ τοιαῦτα.

Ἡ ἐπεξεργασία τῆς παρουσίας μελέτης, ὅτε καὶ ἡ ὅλη εἰκὼν τῶν ἀσθενῶν τούτων ἦτο πρὸ ὀφθαλμῶν, ἔφερε μεθ' ἑαυτῆς πολλὰ ἐρωτήματα, τὴν ἀπάντησιν τῶν ὁποίων προσεπαθήσαμεν νὰ ἀνεύρωμεν κατὰ τὴν, διὰ πινάκων, ἀνάλυσιν τούτων. Τοὺς πίνακας παρεθέσαμεν κατὰ τοιαύτην σειρὰν ὥστε, ἀφ' ἑνὸς ἕκαστος παράγων νὰ συγκρίνεται, μέχρις ἐξαγτλήσεως, μεθ' ἑτέρων τοιούτων, ὡς π.χ. ὁ τοῦ τελικοῦ ἀποτελέσματος, πρὸς τὰ κλινικὰ, ἀκτινολογικὰ, ἐγχειρητικὰ εὐρήματα, τὴν διάρκειαν ἐνοχλημάτων ὡς καὶ τὴν ἡλικίαν τοῦ ἀσθενοῦς, καὶ ἀφ' ἑτέρου ἡ ὠλοκληρωμένη εἰκὼν τοῦ ἀσθενοῦς, ἀπὸ τῆς στιγμῆς τῆς προσελεύσεώς του εἰς τὸν ἰατρὸν μέχρι καὶ τοῦ τελικοῦ ἀποτελέσματος, ἐκ τῆς ἐγχειρητικῆς ἀντιμετωπίσεως τῆς παθήσεώς του, νὰ παρέχεται εὐκρινῶς.

Οὕτω τὰ διάφορα ἐρωτήματα διὰ τὰ ὁποῖα προσεπαθήσαμεν νὰ ἀνεύρωμεν ἀπάντησιν εἶναι τὰ ἑξῆς:

A. Ὑπάρχει σχέσις ὡς πρὸς τὴν συχνότητα προσβολῆς κατὰ φύλον καὶ ἡλικίαν;

Παρ' ὅλον ὅτι ὁ πίναξ I δεικνύει σαφῆ ὑπερίσχυσιν τοῦ ἄρρενος φύλου ὡς πρὸς τὴν συχνότητα προσβολῆς καὶ καθ' ἡλικίαν 31—40, νομίζομεν, ὅτι ταῦτα δὲν πρέπει νὰ ἀξιολογηθοῦν δεδομένης τῆς, συγκριτικῶς, κατ' ἐξοχὴν βαρυτέρας ἐργασίας ἐκτελουμένης ὑπὸ τῶν ἀνδρῶν ἀφ' ἑνὸς καὶ τῆς συχνωτέρας προσελεύσεως τῶν τελευταίων, ἔγαντι τῶν γυναικῶν, εἰς τὸν ἰατρὸν ἀφ'

έτέρου, λόγω του ότι, ιδίως προκειμένου περί χωρικών, ο άνδρας θεωρείται το ενεργητικόν στοιχείον τῆς οἰκογενείας καὶ τὸ κατ' ἐξοχὴν συνεισφέρον εἰς τὰ πρὸς τὸ ζῆν, καὶ συνεπῶς ἀποτελεῖ τὸ ἄτομον, ὅπερ πρέπει νὰ τύχη ἀμέσου ἰατρικῆς ἀντιμετωπίσεως, διὰ νὰ παραμείνη ὑγιὲς καὶ νὰ δύναται νὰ ἐργάζεται.

Β. Τὰ διάφορα κλινικὰ καὶ ἀκτινολογικὰ σημεῖα, ἡ διάρκεια ἐνοχλημάτων καὶ ἡ ἡλικία, δύνανται νὰ ἔχουν ποιάν τινα σχέσιν πρὸς τὸ εἶδος τῶν ἐγχειρητικῶν εὐρημάτων καὶ τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα;

Ἐκ τῆς μελέτης τῶν πινάκων προκύπτουν τὰ ἀκόλουθα:

1. Ἡ κλίσις τοῦ κορμοῦ ὡς κλινικὸν σημεῖον:

α. Συνυπάρχει συνήθως πρὸς ἀκτινολογικὴν ἀνομοιομορφον στένωσιν O_1-O_2 καὶ μᾶλλον πρὸς ἀντίστοιχον κλίσιν τοῦ κορμοῦ.

β. Συνηγορεῖ ὑπὲρ προπτώσεως πυρῆνος καὶ δὴ O_1-O_2 .

γ. Δὲν δύναται νὰ καθωρίσῃ ρήξιν ἢ οὐ τοῦ $O.E.S.$, πλὴν ὅμως ἐπὶ ρήξεως τοῦ τελευταίου ἡ κλίσις ἦτο συχνότερα.

δ. Τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα εἶναι, συνήθως, καλόν.

2. Τὸ τεστ ἀνυψώσεως σκέλους:

Μέχρι 45° :

α. Συνηγορεῖ ὑπὲρ προβολῆς πυρῆνος καὶ δὴ O_1-O_2 .

β. Εἶναι ἀνεξάρτητον τῆς ρήξεως τοῦ $O.E.S.$

γ. Ἐχει μᾶλλον δυσμενῆ ἐπίδρασιν ἐπὶ τοῦ τελικοῦ ἀποτελέσματος.

* Ἀνω τῶν 45° :

α. Ὄταν ὑπάρχουν καὶ ἄλλα κλινικὰ σημεῖα θετικά, συνηγορεῖ ὑπὲρ προπτώσεως τοῦ πυρῆνος καὶ δὴ τοῦ O_1-I_1 .

β. Εἶναι ἀνεξάρτητον τῆς ρήξεως τοῦ $O.E.S.$

γ. Τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα εἶναι συνήθως ἱκανοποιητικόν.

3. Ἡ Ὑπαισθησία.

α. Συνηγορεῖ ὑπὲρ προπτώσεως τοῦ πυρῆνος καὶ δὴ O_1-O_2 .

β. Εἶναι ἀνεξάρτητος τῆς ρήξεως τοῦ $O.E.S.$

γ. Τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα εἶναι συνήθως ἱκανοποιητικόν.

4. Ἐλάττωσις τῆς μυϊκῆς ἰσχύος.

α. Συνηγορεῖ ὑπὲρ προπτώσεως τοῦ πυρῆνος, ἀδιάφορος θέσεως αὐτοῦ.

β. Εἶναι ἀνεξάρτητος τῆς ρήξεως τοῦ $O.E.S.$

γ. Τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα εἶναι μᾶλλον ἱκανοποιητικόν.

δ. Ἀχιλλεῖα ἀντανακλαστικά.

Ἡλαττωμένα:

α. Εἶναι ἀδιάφορον προβολῆς καὶ θέσεως πυρῆνος ὡς καὶ ρήξεως $O.E.S.$

β. Τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα μᾶλλον ικανοποιητικόν.

Κατηργημένα:

α. Ὑπὲρ προπτώσεως πυρήνος καὶ δὴ τοῦ Ο^ο—I₁.

β. Εἶναι ἀνεξάρτητον τῆς ρήξεως τοῦ Ο.Ε.Σ.

γ. Τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα εἶναι μᾶλλον ικανοποιητικόν.

6. Ἀκτινολογικὰ σημεῖα:

α. Οἱ ἔχοντες θετικὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα (σκολίωσις, ἐλάττωσις ἢ ἐξαφάνισις τῆς ὀσφυϊκῆς λорδώσεως, ἀναμοιόμορφος στένωσις τοῦ μεσοσπονδυλίου διαστήματος), ἔσχον καλύτερον τελικὸν ἀποτέλεσμα.

β. Ἡ ὑπαρξίς ἐκφυλιστικῶν ἀλλοιώσεων τῆς σπονδυλικῆς στήλης ἐπηρεάζει δυσμενῶς τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα.

7. Διάρκεια ἐνοχλημάτων.

Ἡ διάρκεια τῶν προεγχειρητικῶν ἐνοχλημάτων ἐπηρεάζει ἀντιστρόφως τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα, ἦτοι καλύτερα ἀποτελέσματα ἔσχον οἱ παρουσιάσαντες μακροτέρας διαρκείας ἐνοχλήματα.

8. Ἡλικία.

α. Αἱ ἡλικίαι 20—40 δίδουν καλύτερα ἀποτελέσματα.

β. Τὰ καλύτερα ἀποτελέσματα παρατηρήθησαν εἰς τὰς ἡλικίας 31—40 ἐτῶν.

Γ. Πῶς ἐπίδρουν τὰ ἐγχειρητικὰ εὐρήματα ἐπὶ τῶν τελικῶν ἀποτελεσμάτων;

1. Ἐπὶ προπτώσεως τοῦ πυρήνος, τὸ ἀποτέλεσμα εἶναι μᾶλλον ικανοποιητικόν (κατὰ 71,3%).

2. Ἐπὶ μὴ προβολῆς τοῦ πυρήνος τὸ ἀποτέλεσμα εἶναι σαφῶς μὴ ικανοποιητικόν (66%).

3. Ἐπὶ ρήξεως τοῦ Ο.Ε.Σ. τὸ ἀποτέλεσμα εἶναι σαφῶς ικανοποιητικόν (κατὰ 85,5%), οὐδὲν δὲ πτωχὸν ἀποτέλεσμα παρατηρήθη.

Δ. Ποία σχέσις ὑφίσταται μεταξὺ τῆς παθολογοανατομικῆς εἰκόνης τοῦ ἀφαιρέθεντος πυρήνος καὶ τῶν ἐγχειρητικῶν εὐρημάτων, τῆς ἡλικίας τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τοῦ τελικοῦ ἀποτελέσματος;

1. Δὲν ὑπάρχει σχέσις προβολῆς πυρήνος καὶ ρήξεως τοῦ Ο.Ε.Σ. μετὰ Π.Α. ὑφὴν τοῦ πυρήνος.

2. Ἡ διάρκεια τῶν προεγχειρητικῶν ἐνοχλημάτων εἶναι μᾶλλον ἀδιάφορος τῆς Π.Α. ὑφὴς τοῦ πυρήνος. Δύναται ὅμως νὰ εἴπη τις ὅτι πιθανῶς ἢ παράτασις τῶν ἐνοχλημάτων ἀρχίζει νὰ ἐκφυλίξῃ τὸν πυρήνα.

3. Ἡ ἡλικία τοῦ ἀσθενοῦς εἶναι μᾶλλον ἀνεξάρτητος τῆς καταστάσεως τοῦ πυρήνος.

4. Εἰς τὰς περιπτώσεις ὅπου ὁ ἀφαιρεθεὶς πυρὴν εὐρέθη φυσιολογικός, τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα ἦτο καλύτερον.

Ε. Δυνάμεθα νὰ προείπωμεν περὶ τῆς ἐπιτυχίας τῆς ἐγχειρητικῆς θεραπείας τῆς Κ.Μ.Δ. κρίνοντες τὰ ἄμεσα μετεγχειρητικὰ ἀποτελέσματα αὐτῆς;

Τὰ περισσότερα ἄμεσα ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα παρέμειναν ὡς τοιαῦτα. Ὄταν τὰ ἄμεσα εἶναι μέτρια ὑπάρχει μεγάλη πιθανότης πολλὰ ἐξ αὐτῶν νὰ ἐξελιχθοῦν πρὸς ἱκανοποιητικά. Τὰ ἀμέσως πτωχὰ ἀποτελέσματα ἔχουν κακὴν πρόγνωσιν.

Ἡ ἀνωτέρω μελέτη ἀναφέρεται μόνον εἰς τὰ πορίσματα, ἅτινα οἱ συγγραφεῖς ἐξήγαγον ἐκ τῆς ἀναλύσεως τῶν ἰδικῶν των περιπτώσεων, χωρὶς νὰ θίξῃ τὰ αἷτια ἅτινα ἐπέδρασαν, ὥστε ἡ τύχη περιπτώσεων, εἰς αὐτὴν ἢ ἐνδειξίς πρὸς ἐγχείρησιν ἐβασίσθη ἐπὶ ὁμοίων εὐρημάτων, νὰ εἶναι διάφορος. Τὸ τελευταῖον τοῦτο δὲν ἦτο δυνατὸν νὰ μελετηθῇ ἐπὶ τῶσων ὀλίγων χειρουργικῶν περιπτώσεων.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΣ

Φέρεται εις γνώσιν τῶν μελῶν τῆς Ἑταιρείας, ὅτι τὰ ὑπάρχοντα ὀλίγα παλαιὰ τεύχη τοῦ Δελτίου, εἶναι εἰς τὴν διάθεσιν αὐτῶν.

Οἱ ἐπιθυμοῦντες ν' ἀποκτήσουν αὐτὰ παρακαλοῦνται ν' ἀπευθυνθοῦν εἰς τὴν ἐκδοτικὴν ἐπιτροπὴν.

Ὑπάρχοντες τόμοι :

8—9, 1956—57

10—11, 1958—59

12—13, 1960—61

14—15, 1962—63

16—17, 1964—65.

Τιμὴ : 20 δρχ, κατὰ τόμον.

ΠΑΡΟΡΑΜΑΤΑ

Σελ. 87, Στόμος, ἀντὶ Στόκος.

MEMORANDUM

TO : [Illegible]

FROM : [Illegible]

SUBJECT : [Illegible]

1. [Illegible]

2. [Illegible]

3. [Illegible]

4. [Illegible]

5. [Illegible]

6. [Illegible]

7. [Illegible]

APPENDIX

[Illegible]