

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ



ACTA ORTHOPEDICA HELLENICA

ΤΟΜΟΣ 22

◆ ΕΤΟΣ 1970 ◆

ΤΕΥΧΟΣ 1

ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γ. ΒΑΡΟΥΧΑΣ — Π. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ — Β. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ

ΟΡΓΑΝΟΝ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ & ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΘΗΝΑΙ

1 9 7 1

ΟΔΗΓΙΑΙ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Ἡ ἐκδοτικὴ ἐπιτροπὴ παρακαλεῖ τὰ μέλη τῆς Ἑταιρείας, ἐφ' ὅσον ἐπιθυμοῦν, ἢ ἐκδόσεις τοῦ περιοδικοῦ νὰ εἶναι τακτικὴ καὶ πλήρης, νὰ δοθῆσιν αὐτὴν εἰς τὸ ἔργον τῆς, συμμορφούμενα πρὸς τὰς κατωτέρω ὁδηγίας :

Ἐκάστη πρὸς δημοσίευσιν ἐργασία: 1) Νὰ παραδίδεται ἐγκαίρως. 2) Νὰ φέρῃ εὐκρινῶς τὸν τίτλον αὐτῆς, τὰ ὀνόματα τῶν συγγραφέων, τὴν κλινικὴν, ἐξ ἧς προέρχεται, τὴν ἡμερομηνίαν ἀνακοινώσεως καὶ νὰ σημειοῦται, ἐὰν πρόκειται περὶ ἐπιδείξεως ἢ ἀνακοινώσεως. 3) Νὰ εἶναι δακτυλογραφημένη καὶ νὰ καταλαμβάνῃ τὴν μίαν πλευρὰν τοῦ χάρτου. 4) Νὰ συνοδεύεται ὑπὸ βιβλιογραφίας καὶ βραχείας περιλήψεως εἰς τὴν Ἀγγλικὴν γλῶσσαν. 5) Αἱ πρὸς δημοσίευσιν εἰκόνες νὰ συνοδεύουν τὴν ἐργασίαν. 6) Ἐκάστη ἐργασία, μετὰ τῶν εἰκόνων αὐτῆς, δύναται νὰ καταλαμβάνῃ ὀκτώ τυπογραφικὰς σελίδας. 7) Κατόπιν ἀποφάσεως τοῦ Δ.Σ. (1968), αἱ πλέον τῶν ὀκτῶ σελίδες, βαρύνουν τὸν συγγραφέα πρὸς 100 δραχμὰς ἐκάστη, ὡς καὶ τὰ κλισέ τῶν εἰκόνων.

Ἡ ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΝ

ΕΤΟΣ 1970

Πρόεδρος : ΔΗΜΙΤΣΑΣ Μ.
Ἀντιπρόεδρος : ΓΙΟΒΑΝΙΑΔΗΣ Χ.
Γεν. Γραμματεὺς : ΔΡΕΤΤΑΚΗΣ ΕΜΜ.
Ταμίας : ΛΕΩΝΙΑΔΗΣ ΣΠ.
Εἰδ. Γραμματεὺς : ΤΣΙΜΠΟΥΚΗΣ Β.
Σύμβουλος : ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ Β.

ν ἐπιθυ-
σουσιν ἀδ-

2) Νὰ
κλήν, ἐξ
πρόκει-
καὶ νὰ
λιογρά-
; δημο-
τὰ τῶν
Κατό-
βν συγ-



ΜΕΛΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ

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

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

| Ὄνοματεπώνυμον | Διεύθυνσις | T.T | Τηλ. |
|-----------------------|------------------------|-----|---------|
| Ἀγνάντης Ἰωάννης | Λουκιοῦ 14 | 139 | 728.135 |
| Ἀγορόπουλος Ζήσης | Στουρνάρα 17α | 148 | 639.392 |
| Ἀδαμόπουλος Μιχαήλ | Σαρανταπόρου 15 | 905 | 883.078 |
| Ἀμπατζῆς Δημήτριος | Λ. Κηφισίας 102 | 607 | 779.656 |
| Ἀναγνωστόπουλος Νικ. | Τριγλείας 6, Ν. Σμύρνη | | 931.482 |
| Ἀνδριόπουλος Μιχαήλ | Δημοκρίτου 1 | 134 | 614.933 |
| Ἀντωνόπουλος Παναγ. | Γκυίλφάρδου 14 | 104 | 812.815 |
| Ἀρζιμάνογλου Ἀντώνιος | Ἡροδότου 3 | 138 | 715.800 |
| Ἀραπάκης Κων. | Καρνεάδου 4 | 139 | 719.620 |
| Βαγιανός Εὐάγγελος | Μεϊντάνη 19 | 404 | 910.713 |
| Βαλῆς Νικόλαος | Βαλαωρίτου 9 | 134 | 612.509 |
| Βαρούχας Γεώργιος | Σκουφᾶ 27 | 136 | 615.664 |
| Βατόπουλος Περικλῆς | Μητροπόλεως 10 | 126 | 225.420 |
| Βουρεξάκης Ἡρακλῆς | Ἄλ. Σούτσου 20 | 134 | 632.642 |
| Γαροφαλίδης Θεόδωρος | Ὀμήρου 24 | 135 | 611.340 |
| Γαλάνης Ἰωάννης | Στουρνάρα 51 | 102 | 525.010 |
| Γιαννίκας Ἀναστάσιος | Ἡρακλείτου 5 | 136 | 634.277 |
| Γιοβανίδης Χαρίλαος | Ἀσκληπιοῦ 1 | 134 | 627.237 |
| Γιώτης Κων/νος | Ἰπποκράτους 75 | 144 | 611.502 |
| Δανιηλίδου Μαρία | Δάμωνα 1 - 3 | 815 | 676.593 |
| Δήμιτσας Μενέλ. | Ἰψηλάντου 12 | 139 | 711.082 |
| Δᾶνος Ἐμμανουήλ | Ν. Δούκα 5 | 138 | 727.883 |

| | | | |
|------------------------|------------------------|-----|---------|
| Διακομόπουλος Γεώργιος | Εδάγ. Καραβία 1 | 906 | 888.943 |
| Δρεττάκης Έμμανουήλ | Ύψηλάντου 35 | 140 | 710.736 |
| Ζαούσης Άλέξανδρος | Κανάρη 23 | 136 | 611.286 |
| Ήλιόπουλος Γ. Κων/νος | Καρνεάδου 40 | 139 | 721.296 |
| Ήλιόπουλος Σ. Κων/νος | Όμήρου 50 | 135 | 611.291 |
| Θεοδώρου Σταμάτιος | Μαυροματαίων 19 | 104 | 834.945 |
| Καβαδίας Άπόστολος | Όμήρου 50 | 135 | 624.250 |
| Καμπέρογλου Κίμων | Σίνα 10 | 135 | 612.058 |
| Καμπούρογλου Γεώργιος | Σεμιτέλου 2α | 611 | 774.933 |
| Καραβίας Διονύσιος | Άσκληπιοῦ 7 | 134 | 613.383 |
| Καρακώστας Μαρσέλος | Πατρ. Ίωακείμ 53 | 140 | 721.444 |
| Καραμπαρμπουνής Δουκᾶς | Πατρ. Ίωακείμ 23 | 148 | 839.601 |
| Κάτσαρης Νικόλαος | Μακεδονίας 8 | 103 | 810.661 |
| Κλωνιζάκης Μιλτιάδης | » 37 | 109 | 813.127 |
| Κονταργύρης Δημήτριος | Ίπποκράτους 127 | 144 | 627.608 |
| Κόντος Πανσελέων | Έσπερίδων 73, Καλλ:θ. | — | 967.777 |
| Καπέτσης Πολυχρόνης | Μαυροματαίων 5 | 104 | 816.332 |
| Λιβαθυγόπουλος Γεράσ. | Σατωδριάνδου 54 | 107 | 523.468 |
| Λεωνίδης Σπυρίδων | Όμήρου 27 | 135 | 638.980 |
| Λιούγκας Ματ. | Πατριάρχ. Ίωακείμ 35 | — | 728.453 |
| Μεταξᾶς Γεράσιμος | Σόλωνος 102 | 144 | 624.739 |
| Ματσούκας Ίωάννης | Κάνιγγος 29 | 147 | 632.857 |
| Μιχαήλ Ίωάννης | Σκουφᾶ 56 | 135 | 616.002 |
| Μιχαλάτος Γεράσιμος | Βουκουρεστίου 34 | 134 | 616.183 |
| Μουρούλης Δημήτριος | Σόλωνος 125 | 142 | 615.615 |
| Νικηφοράκης Ίωάννης | Άγ. Μελετίου 116 | 821 | 840.841 |
| Νικολακάκος Γεώργιος | Πλουτάρχου 6 | 140 | 477.495 |
| Παΐσιος Κων/νος | Νεοφύτου Βάμβα 3 | 138 | 628.087 |
| Παναγιωτόπουλος Γ. | Μαρασλή 29 | 140 | 712.310 |
| Παπαβασιλείου Νικόλαος | Πίλου 30 | 208 | — |
| Παπαδημητρίου Δημήτρ. | Καρνεάδου 4 | 139 | 716.850 |
| Παπαδόπουλος Εδάγ. | Άγαξαγόρα 12, Πειρ. | — | 410.574 |
| Παπαϊωάννου Ίωάννης | Βασ. Κων/νου 94, Πειρ. | — | 413.280 |
| Παπαλέτσος Μιχαήλ | Μαυροματαίων 2 | 147 | 818.939 |
| Παπαθανασίου Βασίλειος | Πατρ. Ίωακείμ 58 | 140 | 712.558 |
| Παρασκευᾶς Άθανᾶς. | Καραΐσκου 106, Πειρ. | — | 472.542 |
| Πετρόπουλος Βασίλειος | Μέρλιγ 11 | 134 | 623.522 |
| Πουτέτσης Σπυρίδων | Ήπείρου 8 | 103 | 830.409 |
| Πρωτογέρου Κων/νος | Ήροδότου 31 | 136 | 718.480 |

| | | | |
|------------------------|-----------------------|-----|---------|
| Πρωτοπαππᾶς Περικλῆς | Κυδαθηναίων 14 | 119 | 710.127 |
| Ρέντης Γρηγόριος | Σολωμοῦ 64 | 102 | 535.493 |
| Ρηγγόπουλος Χρήστος | Αἴγλης 4, Ν. Ψυχικόν | — | 676.035 |
| Ρουμελιώτης Δημήτριος | Γ' Σεπτεμβρίου 54 | 136 | 837.550 |
| Σκαράκης Νικόλαος | Κολοκοτρώνη 78α Πειρ. | — | 475.737 |
| Σκεύης Εἰάνθος | Σκουφᾶ 77 | 144 | 526.166 |
| Σουρμελῆς Βενιζέλος | Βησσαρίωνος 3 | 135 | 617.253 |
| Σπινθουράκης Φιλῆμων | Ἡπείρου 6 | 103 | 815.345 |
| Σμυρνῆς Παναγ. | Ν. Δούκα 3 | 138 | 716.922 |
| Συμεωνίδης Παναγ. | Ὀμήρου 32 | 135 | 629.134 |
| Τραγὸς Βασίλειος | Λουκιανοῦ 5 | 139 | 714.435 |
| Τριανταφύλλου Νικ. | Λυκαδητσοῦ 1γ | — | 617.830 |
| Τσιμπούνης Βασίλ. | Ἄλωπεκῆς 40 | 140 | 722.712 |
| Τσουπαρόπουλος Δημ.σθ. | Μαυροματαίων 15 | 104 | 822.156 |
| Φραγκάκης Ἐμμαν. | Δημοκρίτου 19 | 136 | 627.952 |
| Χατζηδάκης Κων/νος | Λουκιανοῦ 1 | 139 | 714.821 |
| Χαρτοφυλακίδης Γεώργ. | Ὀμήρου 24 | 135 | 623.265 |
| Χούπης Χαρίλαος | Ἄλκιβιάδου 118, Πειρ. | — | 414.002 |
| Χρυσάφης Εὐάγγ. | Χαρ. Τρικούπη 42 | 144 | 628.373 |
| Χρυσανθάκης Χρῦσανθος | Σκουφᾶ 77 | 144 | 614.191 |

ΕΚΤΑΚΤΑ ΜΕΛΗ

| Ὄνοματεπώνυμον | Διεύθυνσις | ΤΤ | Τηλ. |
|---------------------|---------------------|-----|---------|
| Ἀρβανίτης Παν. | Νοσ. Ἀτ. Ἀπ. Παῦλος | | |
| Βενέρης Γεώργιος | Γεν. Κρατ. Ἀθηνῶν | | |
| Βουζούλιας Σταῦρος | Γεν. Κρατ. Ἀθηνῶν | — | |
| Γαροφαλάκης Ἐμμαν. | Μάρνη 8 | — | |
| Γεράρης Γεώργ. | Ἀσκληπ. Βούλας | | |
| Γκερεδάκης Θεόφιλος | | — | — |
| Γανωτῆς Γεώργιος | | | |
| Γαλανὸς Πάρις | Ν. Βάμβα 5 | 138 | 638.581 |
| Γεωργαλᾶς Γεώργ. | Ἡροδότου 21 | 138 | — |
| Δημητρίου Ἰωάννης | Φιλολάου 75 | 506 | 768.446 |
| Δημητράπουλος Β. | | | |
| Ἐξάρχου Εὐάγγελος | Στουρνάρα 63 | 102 | 528.950 |

| | | | |
|-----------------------|------------------------|-----|---------|
| Καραδήμας Ἰωάννης | Κλαδά 32 | 410 | 913.118 |
| Καραμπασάκης Γεώργ. | Πουλχερίας 32 | 908 | 837.336 |
| Κιουρκτοῦς Εὐάγγελος | Λ. Κηφισσίας 74 | 908 | 648.130 |
| Κοντογιάννης Παναγ. | » 22 | 609 | 775.779 |
| Κοργαράκης Ἰωάννης | Κερασσοῦντος 6 | 611 | 777.687 |
| Λάμπρου Λουκιανός | Ἴπποκράτους | — | 663.887 |
| Μοράκης Ἀνδρέας | Ἵψηλάντου 10 | 104 | 811.275 |
| Μουζουράκης Ἰωάννης | Ἀσπασίας 4, Περισσός | — | 290.712 |
| Μαριακάκης Νικ. | Ἡροδότου 10 | 139 | 735.631 |
| Μαραγκός Δημ. | Ν. Μαγνησίας Θεσ/νίκη | — | 632.731 |
| Παναζόπουλος Θεόδ. | Ἀκαδημίας 28 | — | 632.731 |
| Παπαθασιλείου Δημήτρ. | Ἀγρινίου 34 | 220 | 871.913 |
| Παπαδόπουλος Χαράλ. | Ἀδραμυτίου 30, Ν. Σμ. | — | 931.414 |
| Παναγόπουλος Νικ. | Διδότου 38 | — | 616.567 |
| Πασχάλογλου Κων. | Λομβάρδου 56 | 701 | 647.853 |
| Πολυζώης Δημ. | Νοσ. Ἀτ. Ἀπ. Παύλος | — | — |
| Σαριδάκης Γεώργ. | Ἀσκλ. Βούλας | — | — |
| Σίγγης Γεώργ. | Μάρνη 19 | 103 | 549.678 |
| Σισίνης Πελέκης | | — | — |
| Σιαπκαράς Χρῆστος | Γεν. Κρατ. Ἀθηνῶν | — | — |
| Στάμος Κων/νος | Ζωναρά 20 | 708 | 667.862 |
| Στεργιώτης Σπυρίδων | Μάρνη 8 | 103 | 825.680 |
| Σπυρόπουλος Κωνστ. | Ἀσκληπ. Βούλας | — | — |
| Στρατηγάκης Γεώργιος | Ἀγλαύρου 5 | 401 | 930.316 |
| Φερεσιάδης Ἀναστ. | Παπαδιαμαγ/λου 102 | 622 | 777.358 |
| Φραγκιαδάκης Ἐμμαν. | Κοδριγκτῶνος 20 | 813 | 816.686 |
| Φερεσιάδης Ι. | Ν. Κορινθίας | — | — |
| Φίλιππας Ι. | Μπουμπουλίνας 28 Πειρ. | — | — |

ΑΝΤΕΠΙΣΤΕΛΛΟΝΤΑ ΜΕΛΗ

| ΑΑ | Ὄνοματεπώνυμον | Διεύθυνσις | Πόλις |
|----|-------------------------|------------------|----------|
| 1. | Ἀθανασιάδης Χρῆστος | Ρουσβελτ 56 | Θεσ/νίκη |
| 2. | Ἀσλάνογλου Θεόδωρος | Διογένη 4 | » |
| 3. | Ἀφαλιωνιάτης Ἀξέξιαδρος | — | » |
| 4. | Ζάχος Ἀπόστολος | Πλ. Ἀγίας Σοφίας | » |
| 5. | Θεοδούλου Γλαῦκος | — | Η.Π.Α. |

- | | | |
|----------------------------|---------------|----------|
| 6. Κουκουράκης Γεώργιος | Ἡράκλειον | Κρήτη |
| 7. Οἰκονόμου Γεώργιος | Βασ. Σοφίας 4 | Θεσ/νίκη |
| 8. Σαραντόπουλος Κων/νος | | Η.Π.Α. |
| 9. Στεφανίδης Βλαδῆμηρος | Μ. Ἀλεξάνδρου | Θεσ/νίκη |
| 10. Χανιώτης Θεόδωρος | Ἡράκλειον | Κρήτη |
| 11. Χουλιάρης Κωνσταντῖνος | | Λάρισα |

1870
1871
1872
1873
1874

1875
1876
1877
1878
1879

1880
1881
1882
1883
1884
1885
1886
1887
1888
1889
1890

ΠΙΝΑΞ ΠΕΡΙΧΟΜΕΝΩΝ

| | Σελίς |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Α. ΚΑΒΒΑΔΙΑ, Δ. ΚΑΖΑΜΙΑ, Α. ΜΟΡΑΚΗ, Ε. ΣΚΕΤΗ, Ι. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Ε. ΓΙΑΝΝΑΚΗ: Ἡ ὑψηλή ὀστεοτομία τοῦ μηριαίου ὀστού εἰς τὴν θεραπείαν τῆς ὀστεοχονδρίτιδος τοῦ ἰσχίου | 15 |
| ΣΤ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Δ. ΤΣΟΥΠΑΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ν. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ: Ἴνωμα στερνοκλειδομαστοειδοῦς - ραιβόζκρανον | 28 |
| Δ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ: Περιπτώσεις καταγμάτων τῆς παιδικῆς πνέλου | 29 |
| Γ. ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗ: Τραυματικὸν ἐξάρθρημα γόνατος. | 34 |
| Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ: Ἡ ἀρθροπλαστικὴ τοῦ ἰσχίου μὲ κυτέλλιον ἐκ Vitallium | 39 |
| Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑ, Κ. ΓΑΪΤΑΝΑΚΗ: Περιπτώσεις μονήρους μυελώματος | 49 |
| ΕΜ. ΔΡΕΤΤΑΚΗ: Οἰζογενὴς ἰδιοπαθὴς σκολίωσις συνοδευομένη ὑπὸ συγγενοῦς ἐγκεφαλοπαθείας ἐπὶ τριῶν τέκνων τῆς αὐτῆς οἰκογενείας | 51 |
| Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΓΙΩΤΗ, Ε. ΒΑΓΙΑΝΟΥ, Π. ΚΟΝΤΟΥ: Ἡ ὀλικὴ ἀντικατάστασις τοῦ ἰσχίου κατὰ Müller | 56 |
| ΕΑΝΘ. ΣΚΕΤΗ: Μέθοδος ἐσωτερικῆς συγκρατήσεως ἐπὶ ὀπισθίας χαμηλῆς σπονδυλοδεσίας | 67 |
| ΧΡΗΣ. ΧΡΗΣΑΝΘΑΚΗ, Ν. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, Ν. ΑΝΤΩΝΙΟΥ: Ἐπὶ μιᾶς περιπτώσεως ὀστεοβλαστώματος τοῦ ἀστραγάλου . . . | 78 |
| Π. ΣΥΜΕΩΝΙΑΝ, Κ. ΠΑΣΧΑΛΟΓΛΟΥ, Δ. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ: Ἡλεκτρολυτικὴ ὀστεόλυσις ἐπὶ κατάγματος ἀνέχενος μηριαίου ἡλωθέντος | 81 |
| Π. ΣΥΜΕΩΝΙΑΝ, Κ. ΠΑΣΧΑΛΟΓΛΟΥ, Δ. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Ὅπισθιον ἐξάρθρημα τοῦ ὤμου ἐξ ἡλεκτροπληξίας | 85 |
| ΕΜ. ΔΡΕΤΤΑΚΗ: Παρημελημένον τραυματικὸν ἐξάρθρημα ἀμφοτέρων τῶν ὤμων | 89 |
| ΕΑΝΘ. ΣΚΕΤΗ: Ἡ δι' ὀλικῆς προθέσεως ἀντικατάστασις τοῦ ἰσχίου κατὰ Μ. Ε. Müller | 92 |
| Γ. ΧΑΡΤΟΦΤΑΚΙΔΗ - ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ, Π. ΓΑΛΑΝΟΥ, | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Π. ΣΟΥΚΑΚΟΥ: Ἡ ἔνδομυελική ἡλωσις τῶν καταγμάτων τῆς κνήμης | 102 |
| Ε. ΒΑΠΙΑΝΟΥ, Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΓΙΩΤΗ, Π. ΚΟΝΤΟΥ: Ἡ ἐγχείρησις Mitchell εἰς τὴν θεραπείαν τῆς θλαισοδακτυλίας | 106 |
| Κ. ΓΙΩΤΗ, Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ: Ὑψηλὴ ὀστεοτομία κνήμης | 113 |
| ΕΜ. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗ, Lam B. W.: Μεταφορὰ τοῦ ἐπιπολῆς καμπτήρος τῶν δακτύλων, ἐπὶ παραλύσεως τῶν ἐκτεινόντων τῆς ἄκρας χειρὸς | 118 |
| Ι. ΚΑΡΑΔΗΜΑ: Ἀπώτερα ἀποτελέσματα ἐπὶ ὀστεοχονδρίτιδος τοῦ ἰσχίου | 118 |
| Κ. ΑΡΑΠΤΑΚΗ: Ὀλικὴ ἀρθροπλαστικὴ ἀντικατάστασις τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως κατὰ Mc. Kee Farrar | 119 |

ης 102
N-
ας 106
ης 113
μ-
ός 118
ος
.. 118
ιτ'
.. 119

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 28ης ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1970

Εἰς τὸ δῶμα «Βασιλεὺς Παῦλος» τοῦ Εὐαγγελισμοῦ

Ἐγένετο διάλεξις ὑπὸ τοῦ Καθηγητοῦ τῆς Ὀρθοπαιδικῆς τοῦ Πανεπιστημίου τοῦ Dundee Σκωτίας I. S. Smillie μὲ θέμα : Lesions of the infrapatellar fat pad.

Ἀρχαιρεσίαι : Μετὰ τὴν διαπίστωσιν υπάρξεως ἀπαρτίας ἐγένοντο ἀρχαιρεσίαι καθ' ἃς ἐξελέγησαν :

Ἀντιπρόεδρος : Γιοβανίδης Χαρίλαος
Γεν. Γραμματεὺς : Δρεττάκης Ἐμμανουήλ
Εἰδ. Γραμματεὺς : Τσιμπούκης Βασίλειος
Σύμβουλος : Σουρμελῆς Βενιζέλος

Ἐκλογὴ Μελῶν

Κατὰ τὸ ἔτος 1970 ἐξελέγησαν :

A. Τακτικὰ Μέλη :

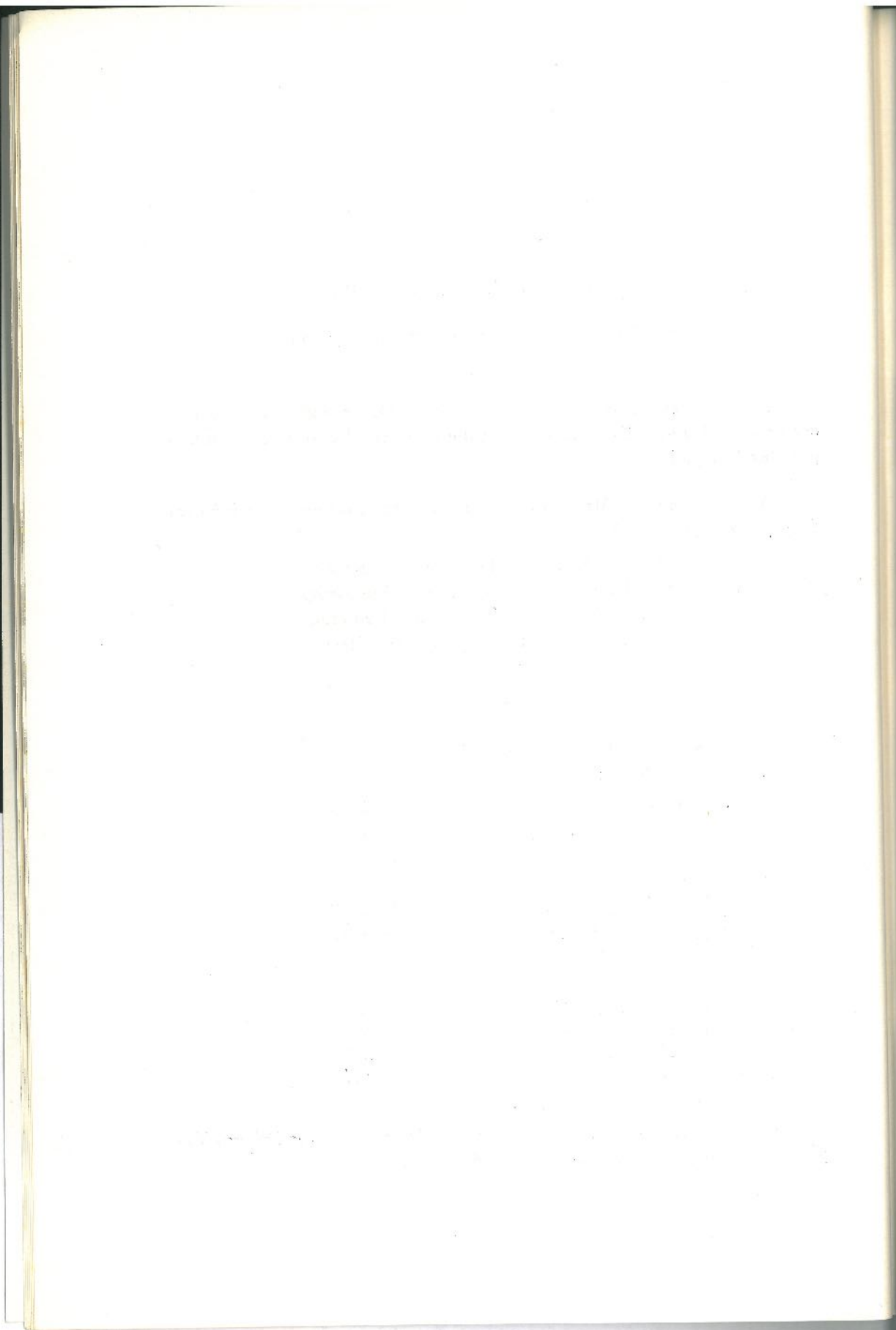
1. Τριανταφύλλου Νικ. 25.2.70
2. Ἀραπάκης Κων. 1.4.70

A. Ἐκτακτα μέλη :

1. Ἀρβανίτης Παναγ. 25.2.70
2. Σαριδάκης Γεώργ. 1.4.70
3. Μαραγκὸς Δημ. »
4. Γανώτης Γεωργ. »
5. Γεραρῆς Γεωργ. »
6. Παναγόπουλος Νικ. »
7. Γεωργαλᾶς Γεωργ. 29.4.70
8. Πολυζώης Δημ. 24.6.70
9. Σισίνης Πελέκης 11.11.70

Ταμειακὸς ἀπολογισμὸς :

Ἐγένετο ὁ κεκανονισμένος ἐτήσιος ταμιακὸς ἀπολογισμὸς ὑπὸ τοῦ Ταμίου τῆς Ἑταιρείας κυρίου Σπυρ. Λεωνίδη.



ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Η ΥΨΗΛΗ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ
ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΕΙΣ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΝ
ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΧΟΝΔΡΙΤΙΔΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Υπό

Α. ΚΑΒΒΑΔΙΑ, Δ. ΚΑΖΑΜΙΑ, Α. ΜΟΡΑΚΗ, Ε. ΣΚΕΥΗ
Ι. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ και Ε. ΓΙΑΝΝΑΚΗ

Προσπάθειαι διὰ τὴν χειρουργικὴν ἀντιμετώπισιν τῆς νόσου τῶν Legg-Perthes - Calve ἐγένετο εἰς τὸ παρελθὸν ὑπὸ πολλῶν. Ὁ Howorth (1948) ἐκτελεῖ τρυπανισμούς καὶ πιστεύει ὅτι οὕτω συντομεύεται ὁ χρόνος θεραπείας κατὰ τὸ 1)3. Δὲν ἀναφέρει λεπτομερίαις οὔτε ποῖα κριτήρια ἔλαβεν ὑπ' ὄψιν τοῦ διὰ νὰ καταλήξῃ εἰς αὐτὸ τὸ συμπέρασμα.

Ὁ Evans (1958) ἀναφέρει τρυπανισμούς καὶ ἐφαρμογὴν μοσχεύματος, ἐνῶ ἕτεροι ἀφαιροῦν τὸ νεκρωτικὸν τμήμα καὶ ἀντικαθιστοῦν αὐτὸ διὰ μοσχεύματος.

Ὁ Axer (1965) ἀντιμετώπισε τὸ θέμα ἐπὶ νέας ἐντελῶς θάσεως. Προσπάθησε διὰ μιᾶς ὀστεοτομίας νὰ φέρῃ τὴν κεφαλὴν εἰς καλλιτέραν ἐντὸς τῆς κοτύλης θέσιν ὥστε αὕτη νὰ καλύπτεται πληρέστερον ὑπ' αὐτῆς. Οὗτος παρατηρεῖ ὅτι εἰς τὴν νόσον τοῦ Perthes, τὸ πρόσθιον καὶ ἔξω τμήμα τῆς κεφαλῆς, τὸ ὁποῖον καλύπτεται ἀτελῶς ὑπὸ τῆς κοτύλης, εἶναι τὸ κυρίως ὑφιστάμενον τὰς συνεπείας τῆς νόσου καὶ τὸν μεγαλύτερον κατακερματισμόν. Διὰ τῆς ὀστεοτομίας ραιδότητος καὶ στροφῆς ἐπιτυγχάνεται καλλιτέρα κάλυψις ὑπὸ τῆς κοτύλης τοῦ τμήματος αὐτοῦ τῆς κεφαλῆς.

Ὁ Axer ἀναφέρει ὅτι διὰ τῆς καλλιτέρας ἐπικεντρώσεως τῆς κεφαλῆς ἐντὸς τῆς κοτύλης δίδεται ἡ εὐκαιρία εἰς τοὺς μῦς νὰ ἐργασθοῦν ἀποτελεσματικώτερον καὶ νὰ βελτιώσουν οὕτω τὴν κυκλοφορίαν εἰς τὴν περιοχὴν τοῦ ἰσχίου, ἢν κάμνει ὁμως μνείαν τῆς τυχόν ἐπιδράσεως τῆς ὀστεοτομίας ἐπὶ τῆς ἀγγειώσεως τῆς ἐπιφύσεως.

Ὅπωςδὴποτε τὸ θέμα εἶναι ἀρκετὰ πολὺπλευρον καὶ ἀνάλογον ἴσως τοῦ θέματος τῆς ὀστεοτομίας ἐπὶ ὀστεοαρθρίτιδος τοῦ ἰσχίου. Τὸ ἐὰν εἶναι μόνον ὁ μηχανικὸς ἢ ὁ ἀγγειακὸς παράγων ἢ καὶ οἱ δύο μαζὺ οἱ ὁποῖοι ἐπηρεάζουν τὸ ἀποτέλεσμα δὲν δυνάμεθα νὰ τὸ γνωρίζωμεν πρὸς τὸ παρόν.

Κατά τὰ τελευταία ἔτη ὑποστηρίζεται ὑπὸ τινων Salter κ.ά. ὅτι ἐὰν ἀντιδιὰ τῆς ὑποτροχαντηρίου ὀστεοτομίας, ἢ καλλιτέρα ἐπικέντρωση τῆς κεφαλῆς ἐπιτευχθῇ δι' ὀστεοτομίας τοῦ λαγονίου ὁστού κατὰ Salter τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα δύναται νὰ εἶναι: ἐξ ἴσου καλόν, ἐνῶ ταυτόχρονα ἀποφεύγεται ἡ δημιουργία ἐνδὸς ραιβοῦ ἰσχίου. Ἀπόδειξις τῶν ἀνωτέρω ἀπόψεων δὲν ὑπάρχουν καὶ ὠρισμένοι (Taussig καὶ Herpret) συζητοῦν τὴν περίπτωσιν τῆς χρησιμοποίησης καὶ τῶν δύο μεθόδων ἐπὶ ἀσθενῶν μὲ μεγάλην παραμόρφωσιν τῆς κεφαλῆς.

Σκοπὸς τῆς παρουσίας ἐργασίας εἶναι: ἡ παρουσίασις τῶν ἀποτελεσμάτων 22 διατροχαντηρίων καὶ ὑποτροχαντηρίων ὀστεοτομιῶν ἐπὶ ἀσθενῶν μὲ νόσον τοῦ Perthes. Ἡ μελέτη αὕτη ἀποτελεῖ προκαταρκτικὴν ἔκθεσιν δεδομένου ὅτι ἡ μετεγχειρητικὴ παρακολούθησις τῶν ἀσθενῶν δὲν εἶναι ἀρκετὰ μακρὰ. Παρὰ ταῦτα νομίζομεν ὅτι δυνάμεθα νὰ καταλήξωμεν εἰς ὠρισμένα συμπεράσματα χρήσιμα διὰ τὴν χειρουργικὴν ἀντιμετώπισιν τῆς νόσου εἰς τὸ μέλλον. Ἡ ὀστεοτομία τὴν ὁποίαν ἐκτελοῦμεν εἶναι στροφῆς καὶ ραιβότητος μὲ σκοπὸν τὴν κατὰ τὸ δυνατὸν πλήρη κάλυψιν τῆς κεφαλῆς ὑπὸ τῆς κοτύλης. Ἡ στερέωσις γίνεται δι' ὀστεοσυνθέσεως καὶ ἀκολουθεῖ ἡ ἐφαρμογὴ γυψίνου ἐπιδέσμου ὁ ὁποῖος διατηρεῖται ἐπὶ δύο μῆνας περίπου. Ἐν συνεχείᾳ ἐπιτρέπεται ἐλευθέρᾳ κινητοποίησις ἐπὶ τῆς κλίνης διὰ διάστημα ἐβδομάδων τινων καὶ ἔγερσις τῇ βοήθειᾳ κηδεμόνος Thomas ἢ βακτηριῶν μασχάλης. Ἡ ἐλευθέρᾳ βάδισις ἐπιτρέπεται μόνον ὅταν διαπιστωθῇ ὅτι ἡ ἀποκατάστασις τῆς κεφαλῆς τείνει πρὸς συμπλήρωσιν. Ἐὰν τὸ ἰσχίον προεγχειρητικῶς παρουσιάζει περιορισμὸν τῆς ἔσω στροφῆς λόγῳ ἔρεθισμοῦ χρησιμοποιοῦμεν συνεχῆ ἔκτασιν ἐπὶ τινὰς ἡμέρας. Ἐὰν καὶ μετὰ τὴν ὑποχώρησιν τοῦ ἔρεθισμοῦ ἐξακολουθεῖ νὰ ὑπάρχῃ περιορισμὸς τῆς ἔσω στροφῆς ἐφαρμόζομεν, ὡς προτείνει καὶ ὁ Axer, γύψινον ἐπίδεσμον ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν μὲ τὸ ἰσχίον εἰς τὴν μεγίστην δυνατὴν ἔσω στροφὴν, τὸν ὁποῖον ἀνανεοῦμεν ἀνὰ 10-15 ἡμέρας μέχρις ὅτου ἐπιτευχθῇ ἡ ἐπιθυμητὴ ἔσω στροφή.

Μελέτη τῶν περιπτώσεων

Τὰ κριτήρια βάσει τῶν ἑποίων οἱ διάφοροι συγγραφεῖς κρίνουν τὸ ἀποτέλεσμα τῆς συντηρητικῆς ἢ ἐγχειρητικῆς θεραπείας τῆς νόσου δὲν εἶναι πάντοτε ἀντικειμενικὰ καὶ ἀκριβῆ. Οὕτω οἱ Evans 1956 καὶ Ratliff (1958) στηρίζονται ἐπὶ τῶν κλινικῶν κυρίως εὑρημάτων καὶ ἐκ τῶν ἀκτινολογικῶν τοὺς ἐνδιαφέρει μόνον τὸ σχῆμα τῆς κεφαλῆς.

Οἱ Evans καὶ L. Roberts (1958) στηρίζονται εἰς τὸ σχῆμα τῆς κεφαλῆς καὶ τὴν τυχὸν ὑπαρξίν ὑπεξαρθρήματος, χωρὶς νὰ χρησιμοποιοῦν δείκτας.

Οἱ Herndon καὶ Heyman (1952) ἐχρησιμοποίησαν ἰδίᾳς ἐπινοήσεως

δείκτην. Τὸν ἴδιον δείκτην ἐχρησιμοποίησεν καὶ ὁ Axer. Νομίζομεν ὅτι πράγματι ὁ δείκτης αὐτὸς παρέχει τὰ καλλίτερα ἐχέγγυα δι' ἀντικειμενικὴν καὶ ἀκριβῆ κρίσιν τοῦ ἀποτελέσματος καὶ διὰ τοῦτο τὸν ἐφαρμόζομεν εἰς τὴν μελέτην τῶν ἡμετέρων μονοπλεύρων περιπτώσεων.

Ἐγένοντο 22 ὁστεοτομῖαι ἐπὶ 21 ἀσθενῶν, εἰς ἕκ τῶν ὁποίων ἐχειρουργήθη καὶ εἰς τὰ δύο ἰσχία.

Ἡ μετεγχειρητικὴ παρακολούθησις (follow up) τῶν ἀσθενῶν εἶναι ἄνω τῶν 12 μηνῶν καὶ μέχρι 46 μῆνας (ἴδε πίνακα 1).

Ἡ μέση ἡλικία τῶν ἀσθενῶν εἶναι 6,6 ἔτη. Ὁ μικρότερος ἀσθενὴς εἶναι 2,5 ἐτῶν καὶ ὁ μεγαλύτερος 11 ἐτῶν.

Ὅσον ἐκ τῶν ἀσθενῶν μας παρουσιάζουν τὴν πάθησιν καὶ εἰς τὰ δύο ἰσχία καὶ ὡς δείκτης δι' αὐτοὺς ἐχρησιμοποιήθη ὁ ἐπιφυσιακὸς δείκτης ἐνῶ διὰ τοὺς ἄλλους ὁ δείκτης τῶν Heyman καὶ Herndon (1952).

Εἰς τὴν στήλην 3 τοῦ πίνακος 1 καταγράφεται τὸ στάδιον τῆς νόσου. Διὰ τοῦ γράμματος Π ἐννοοῦμεν τὸ στάδιον τῆς πυκνώσεως, ἐνῶ διὰ τοῦ γράμματός Κ ἐννοοῦμεν τὸ στάδιον τοῦ κατακερματισμοῦ. Εἰς τὰς στήλας 4 καὶ ὁ καταγράφεται ὁ δείκτης πρὸ καὶ μετὰ τὴν ἐγχείρησιν. Ἐπὶ τῆς τελευταίας στήλης καταγράφεται τὸ ἀποτέλεσμα ὡς «πολὺ καλόν», «καλόν», «πτωχόν» καὶ «πολὺ πτωχόν».

Θεωροῦμεν σκόπιμον ὅπως ἀναφερθῶμεν ἐκτενέστερον διὰ τὴν στήλην.

7. Ὁ Axer εἰς τὴν ἐργασίαν του χρησιμοποιεῖ τὸν ὅρον final consolidation, τὸν ὅποιον δανεῖζεται ἀπὸ τὸν Brailsford. Διὰ τοῦ ὅρου αὐτοῦ χαρακτηρίζεται τὸ στάδιον ἀναπλάσεως τῆς ἐπιφύσεως κατὰ τὸν ὅποιον αὕτη κατόπιν ἀντικαταστάσεως τοῦ νεκρωτικοῦ ὅστου σταθεροποιεῖται καὶ λαμβάνει μορφήν, ἢ ὅποια δυνατὸν νὰ βελτιωθῇ μετὰ τὴν παράδον τοῦ χρόνου οὐχὶ ὅμως καὶ νὰ ἐπιδεινωθῇ.

Ὁ Axer ἀναφέρει ὡς μέσον χρόνον τῆς final consolidation τὸν χρόνον τῶν 15 μηνῶν. Οἱ Heyman Herndon ἀναφέρουν ἀνάπλασιν τῆς ἐπιφύσεως καὶ διακοπὴν τοῦ κατακερματισμοῦ, μετὰ ἀπὸ συντηρητικὴν θεραπείαν, ἐντὸς 14,5 μηνῶν. Εἶναι προφανές ὅτι ὁ ὑποκειμενικὸς παράγων ἔχει τὸν κύριον λόγον εἰς τὴν ἐκτίμησιν τῆς καταστάσεως καὶ ἡ σύγκρισις μοιραίως ὑπόκειται εἰς λάθη. Ἡμεῖς δυστυχῶς δὲν δυνάμεθα νὰ ἐξαγάγωμεν τὸν μέσον ὅρον ἐξ ὅλων τῶν περιπτώσεών μας λόγω τῆς σχετικῆς βραχείας παρακολουθήσεως. Εἰς ὅσας ἕκ τῶν περιπτώσεών μας ἐπετεύχθη τὸ στάδιον τῆς final consolidation καταγράφεται ὁ χρόνος καὶ ἕκ τῶν περιπτώσεων τούτων ἐξάγεται ὁ μέσος ὅρος ὁ ὅποιος εὑρέθη 13,9 μῆνες. Ἐντὶ τοῦ ὅρου final consolidation προτιμοῦμεν τὸν ὅρον «Βασικὴ ἀποκατάστασις».

Ἐκ τῶν 22 περιπτώσεων τὸ ἀποτέλεσμα εἶναι «πολὺ καλόν» εἰς 10, «καλόν» εἰς 4, «μέτριον» εἰς 3, «πτωχόν» εἰς 2 καὶ «πολὺ πτωχόν» εἰς 3. Ἡ με-

τεγχειρητική παρακολούθησις τῶν ἀσθενῶν με «πολὺ καλὸν ἀποτέλεσμα εἶναι ἀντιστοίχως 46,43, 34, 31, 27, 28, 26, 22» καὶ 8 καὶ 15 μῆνες. Εἰς ὅλους αὐτοὺς τοὺς ἀσθενεῖς ἔχει ἐπέλθει βασικὴ ἀποκατάστασις. Εἰς ὅλους αὐτοὺς τοὺς ἀσθενεῖς πλὴν ἐνός (9) ἡ κεφαλὴ εὕρισκετο κατὰ τὴν σιγμὴν τῆς ὀστεοτομίας εἰς τὸ στάδιον τῆς πυκνώσεως. (Πίναξ 1).

ΠΙΝΑΞ 1

| | Ἡλικία | Στάδιον | Δείκτης | | Μετεγχ. παρακολ. | Βασικὴ ἀποκ. | Ἀποτέ- λεσμα |
|----|--------|---------|---------|------|---------------------|-----------------|-----------------|
| 1 | 6 | Π | 96 | 100 | 46 | 18 | Π.Κ. |
| 2 | 8,3 | Π | 28 | 34 | 43 | 5 | Π.Κ. |
| 3 | 8 | Κ | 65 | 69 | 43 | 16 | Π.Π. |
| 4 | 4 | Κ | 18,1 | 22 | 34 | NO | Π.Π. |
| 5 | 8,5 | Π | 34,3 | 35 | 34 | 5,5 | Π.Κ. |
| 6 | 8,5 | Κ | 28 | 14 | 32 | 21 | Π.Π. |
| 7 | 9,5 | Π | 36,3 | 44 | 31 | 8 | Π.Κ. |
| 8 | 5 | Π | 94 | 99 | 28 | 11 | Π.Κ. |
| 9 | 2,5 | Κ | 90 | 92 | 27 | 27 | Π.Κ. |
| 10 | 5 | Π | 97 | 90 | 26 | 26 | Π.Κ. |
| 11 | 4 | Κ | 79 | 84 | 26 | 5 | Κ. |
| 12 | 7 | Π | 97 | 79,3 | 25 | NO | Μ. |
| 13 | 11 | Π | 88,5 | 87 | 24 | 24 | Κ. |
| 14 | 4 | Π | 72,8 | 90 | 22 | 17 | Π.Κ. |
| 15 | 8 | Κ | 13,4 | 13 | 22 | 9 | Π.Π. |
| 16 | 8 | Π | 77,9 | 91 | 18 | 4 | Π.Κ. |
| 17 | 4 | Κ | 10,7 | 38 | 16 | NO | Κ. |
| 18 | 9 | Π | 69,9 | 74,2 | 14 | NO | Μ. |
| 20 | 8 | Π | 82,2 | 75 | 14 | NO | Μ. |
| 21 | 5,5 | Κ | 31,8 | 23,3 | 13 | NO | Π.Π. |
| 22 | 8 | Π | 81 | 87 | 12 | 12 | Κ. |

Π.Κ. = «Πολὺ Καλὸν» Π.Π. = «Πολὺ Πτωχὸν» Κ = «Καλὸν» Μ = «Μέτριον»

Ἡ μετεγχειρητικὴ παρακολούθησις τῶν ἀσθενῶν με «καλὸν ἀποτέλεσμα εἶναι 26, 24, 11, 16 καὶ 12 μῆνες. Εἰς τοὺς τρεῖς ἐξ αὐτῶν ἔχει ἐπέλθει βασικὴ ἀποκατάστασις ἐνῶ ὁ τέταρτος εὕρισκετο εἰς τὸ στάδιον τοῦ κατακερματισμοῦ, ἀρκετὰ προκεχωρημένον.

ισμα είναι
Είς όλους
ως αυτούς
της όστεο-

Είς τους τρεις άσθενείς με «μέτριον» άποτέλεσμα, ή κεφαλή εύρίσκετο εις τó στάδιον του κατακερματισμού. Ούδεις εξ αυτών παρουσίασεν βασικήν άποκατάστασιν. Η μετεγχειρητική παρακολούθησις των άσθενών αυτών είναι 25,14 και 14 μήνες.

Οί άσθενείς με «πτωχόν» άποτέλεσμα εύρίσκοντο εις τó στάδιον του κατακερματισμού.

Είς τους άσθενείς με «πολύ πτωχόν» άποτέλεσμα, ή πάθησις εύρίσκετο εις τó στάδιον του κατακερματισμού, άρκετ άπροχωρημένον.

Η μελέτη των ήμετέρων περιπτώσεων έδειξεν ότι:

1) Η συνεπεία της όστεοτομίας έπερχομένη άλλαγή εις την πορείαν της νόσου είναι ραγδαία κατά τους πρώτους μήνας.

2) Έφ' όσον ή νόσος διατρέχη τά άρχικά της στάδια κατά την στιγμήν της όστεοτομίας, τó στάδιον του κατακερματισμού της κεφαλής παρακάμπτεται και ούτω μεταπίπτει, άπό τó στάδιον της πυκνώσεως, εις τó στάδιον της άποκαταστάσεως.

3) Όσον ή εξέλιξις της νόσου είναι περισσότερον προχωρημένη, τόσον και τó άποτέλεσμα είναι πτωχότερον.

Σύγκρισις των ήμετέρων άποτελεσμάτων με των της συντηρητικής άγωγής (πίναξ 2)

Θά προσπαθήσωμεν νά κάμωμεν μίαν σύγκρισιν των ήμετέρων άποτελεσμάτων με εκείνα της συντηρητικής άγωγής, εκ της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Οί Heyman και Herndon αναφέρουν, ότι διά έννά εκ των άσθενών των, τó άποτέλεσμα ήτο «πολύ καλόν», διά 11 «καλόν» και διά 13 «μέτριον». Τó ποσοστόν του «πολύ καλού» ήτο 27,2%.

Ό D.L. Evans εύρηκε «καλόν» άποτέλεσμα εις 15, «μέτριον» εις 21 και «πτωχόν» εις 16. Τó ποσοστόν του «καλού» άποτελέσματος (τó αντίστοιχόν του ίδιου μας «πολύ καλού») ήτο 28,8%.

Ό Harrison (1969) εύρηκεν «πολύ καλόν» διά 7, «καλόν» διά 9, «μέτριον» (fair) διά 8 και «πτωχόν» (poor) διά 1. Τó ποσοστόν του «πολύ καλού» ήτο 28,8%.

Ό Φραγκάκης, εις την επί διδακτορία διατριβήν του, χρησιμοποιών τους δείκτας των Heyman και Herndon και τον επιφυσιακόν δείκτην διά τας άμφοτεροπλεύρους περιπτώσεις, εύρηκε τά εξής άποτελέσματα: ό δείκτης των Η. και Η. ήτο 80—90 εις 4 περιπτώσεις, 70—80 εις 3, 60—70 εις 5 και 50—60 εις μίαν. Είς δύο, ό επιφυσιακός δείκτης ήτο 18 και 20. Αν θελήσωμεν νά κατατάξωμεν τά άποτελέσματά του κατ' αντίστοιχίαν με τά ίδια μας, εύρίσκωμεν ότι: «πολύ καλόν» άποτέλεσμα εις ούδένα εκ των άσθενών εύρέθη,

Άποτέ-
λεσμα

Π.Κ.
Π.Κ.
Π.Π.
Π.Π.
Π.Κ.
Π.Π.
Π.Κ.
Π.Κ.
Π.Κ.
Π.Κ.
Π.Κ.
Κ.
Μ.
Κ.
Π.Κ.
Π.Π.
Π.Κ.
Κ.
Μ.
Μ.
Π.Π.
Κ.

Μέτριον

τοτέλεσμα
λθε: βασι-
ακερματι-

«καλόν» εὑρέθη εἰς 4, «μέτριον» εἰς 3, «πτωχόν» εἰς 5 καὶ «πολὺ πτωχόν» εἰς 3.

Ἐκ τῶν ἡμετέρων 22 περιπτώσεων, τὸ ποσοστὸν τοῦ «πολὺ καλοῦ» ἦτο 45,4%, τοῦ «καλοῦ» 18,1%, τοῦ «μετρίου» 13,6%, τοῦ «πτωχοῦ» 9% καὶ τοῦ «πολὺ πτωχοῦ» 13,6%.

Εἶναι συνεπῶς φανερόν, ὅτι τὰ ἰδικά μας ἀποτελέσματα ὑπερτεροῦν ἄλλων τῶν ἀναφερομένων ἀποτελεσμάτων συντηρητικῆς θεραπείας.

ΠΙΝΑΞ 2

| | Σύνολον περιπτώσεων | Περιπτώσεις μὲ τὸ καλύτε- ρον ἀποτέλεσμα | Ποσοστὸν |
|----------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------|----------|
| HEYMAN AND HERNDON (1952) | 33 | 9 | 27,2% |
| EVANS (1958) | 52 | 15 | 28,8% |
| HARRISON (1969) | 25 | 7 | 18,8% |
| ΗΜΕΤΕΡΑΙ ΠΕΡΙ- ΠΤΩΣΕΙΣ (1970) .. | 22 | 10 | 45,4% |

Συζήτηση

Τὸ πρόβλημα τῆς θεραπείας τῆς ὀστεοχονδρίτιδος τοῦ ἰσχίου ἐξακολουθεῖ νὰ εἶναι ἰδιαιτέρως σοβαρὸν καὶ εἶναι φυσικὸν νὰ ἀναζητῆται σήμερον ἡ λύσις του εἰς τὴν Χειρουργικὴν. Δὲν ὑπάρχει ἀμφιβολία, ὅτι ἡ πρώτη σοβαρὰ συμβολὴ πρὸς τὴν κατεύθυνσιν αὐτήν, ὑπῆρξεν ἡ τοῦ Axer, ὁ ὁποῖος ἐπιδιώκει τὴν καλλίτεραν κάλυψιν τῆς κεφαλῆς δι' ὀστεοτομίας, στροφῆς καὶ ραιβότητος.

Ἐκ τῶν μέχρι σήμερον δημοσιευθέντων ἀποτελεσμάτων καὶ ἐκ τῆς μελέτης τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων, προκύπτει ὅτι, τὸ ἀποτέλεσμα τῆς ἐγχειρήσεως αὐτῆς εἶναι πράγματι εὐεργετικὸν καὶ διότι, τὸ τελικὸν ἀποτέλεσμα εἶναι ἀνατομικῶς καλλίτερον, ἀποφευγομένων δι' αὐτῆς τῶν σοβαρῶν παραμορφώσεων τῆς κεφαλῆς.

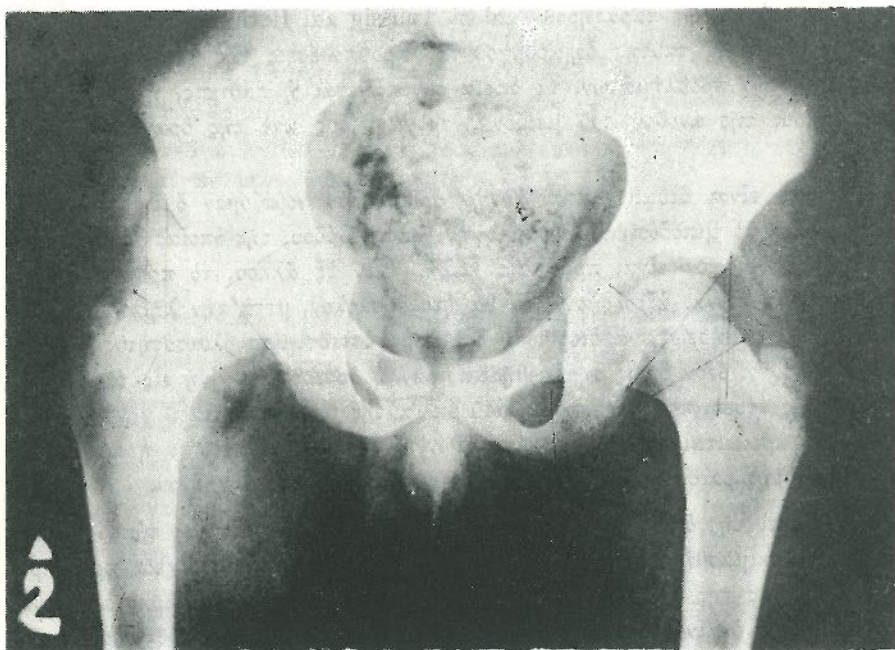
Ἐν τούτοις, ὡς παρατηροῦν καὶ οἱ Taussig καὶ Heripret τελευταίως, διὰ τῆς ἐγγχειρήσεως ταύτης δημιουργοῦνται προϋποθέσεις τῆς ἔτι μεγαλύτερας ἀξήσεως τῶν προβλημάτων, τὰ ὅποια συνεπάγεται ἡ πάθησις, ἥτοι τοῦ ραιβοῦ ἰσχύου, τῆς ἀνόδου τοῦ μείζονος τροχαντήρος καὶ τῆς βραχύνσεως τοῦ σκέλους.

Τοῦτο εἶναι βεβαίως κατ' ἀρχὴν ὀρθόν, δὲν νομίζομεν ὅμως, ὅτι εἶναι ἀρκετὸν διὰ τὴν ἐπιποδίστην τὴν ἐφαρμογὴν μιᾶς μεθόδου, τῆς ὁποίας τὰ θεραπευτικὰ ἀποτελέσματα εἶναι πράγματι καλὰ. Ἐὰν ἐξ ἄλλου, τὸ προκαλούμενον ραιβὸν ἰσχύον εἶναι ἀξιόλογον, δὲν θὰ ἦτο δύσκολον, μετὰ τὴν λήξιν τῆς ἐξελίξεως τῆς παθήσεως, νὰ διορθωθῇ διὰ μιᾶς ὀστεοτομίας βλασιότῃτος. Εἰς τὸ σημεῖον τοῦτο, δέον ὅπως σημειωθῇ ὅτι, ἐὰν ἡ ὀστεοτομία γίνῃ εἰς τὰ ἀρχικὰ στάδια τῆς νόσου, πρὸ τοῦ ἐπιπρασμοῦ ὑπ' αὐτῆς τοῦ συζευκτικοῦ χόνδρου, καὶ ἐφ' ὅσον πρόκειται περὶ μικρῶν παιδίων, οὐδὲν ἀποκλείεται ἡ αὐτόματος διόρθωσις τῆς ραιβότητος τοῦ ἀχένου σὺν τῇ παράδῃ τοῦ χρόνου.

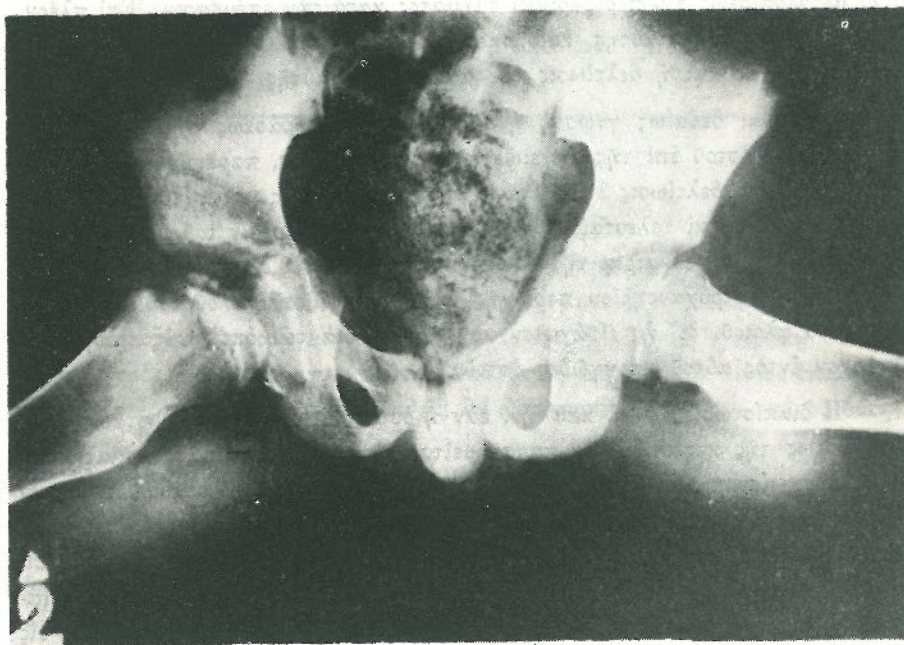
Ἡ ἀντὶ τῆς ὀστεοτομίας ταύτης ἐκτέλεσις τῆς ὀστεοτομίας τύπου Salter, δὲν ἔχει δοκιμασθῆ ἐπαρκῶς, καὶ διὰ τοῦτο δὲν ὑπάρχουν στοιχεῖα πρὸς κρίσιν τῆς ἀξίας τῆς. Θεωρητικῶς, ἐν τούτοις, αὕτη παρουσιάζει ἀρκετὰ μειονεκτήματα, ὡς ὁ κίνδυνος ἀσκήσεως πίεσεως ἐπὶ τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου, ὁ κίνδυνος μὴ καλῆ ἐκκαλύψεως τῆς παραμορφωθείσης κεφαλῆς, λόγῳ ἀδυναμίας μετατοπίσεως τοῦ περιφερικοῦ τμήματος κατὰ τὴν ἐπέμβασιν. Ἐπὶ πλεόν, διὰ τῆς ὀστεοτομίας ταύτης, ἐπιδιώκεται μόνον ἡ καλλιτέρα κάλυψις τῆς κεφαλῆς, οὐχὶ δὲ καὶ ἡ βελτίωσις τῆς ἀγγειώσεως αὐτῆς.

Δὲν εἶναι βεβαίως γνωστὴ ἡ ἔκτασις τῆς ἐπιδράσεως τῆς ὀστεοτομίας τοῦ μηριαίου ὅσπου ἐπὶ τῆς ἀγγειώσεως τῆς ἐπιφύσεως, παρατηρήσαμεν ὅμως, ὅτι μεγαλύτερα βελτίωσις ἐπέρχεται κατὰ τοὺς πρώτους μεταχειρητικούς μῆνας. Διὰ τοῦτο, καὶ τελευταίως ἐπισπεύδομεν τὴν ἐξαίρεσιν τοῦ ὕλικου ὀστεοσυνθέσεως, ἐπὶ τῇ εὐκαιρίᾳ τῆς ὁποίας προβαίνομεν εἰς ἀποκόλλησιν τοῦ περιστείου τῆς διατροχαντηρίου περιοχῆς καὶ κένωσιν τοῦ ἀλλοῦ τοῦ ὅσπου διὰ ὁπῆς τοῦ φλοιοῦ, δι' ἧς εἰσάγομεν κοχλιάριον, διὰ τοῦ ὁποίου ἐξαιροῦμεν τὸ ὑπάρχον ἐντὸς αὐτοῦ σπογγῶδες ὄστυον.

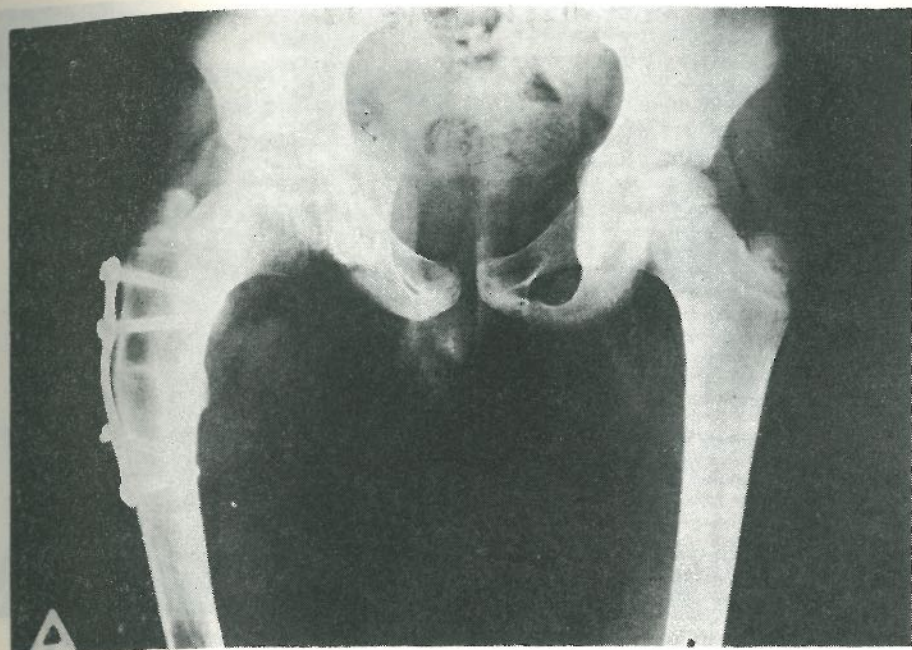
Ἡ διαπίστωσις ἡμῶν, καθ' ἣν, ἐὰν ἡ ὀστεοτομία γίνῃ εἰς τὸ στάδιον τῆς πυκνώσεως τῆς κεφαλῆς, δὲν παρατηρεῖται τὸ στάδιον τοῦ κατακερματισμοῦ, ἀλλὰ αὕτη μεταπίπτει ἀπὸ τὸ στάδιον τῆς πυκνώσεως εἰς τὸ στάδιον τῆς ἀποκαταστάσεως, συμπίπτει πρὸς παρατήρησιν τοῦ Axer, ἐπὶ μιᾶς περιπτώσεως, καθὼς καὶ πρὸς τὴν προσφάτως ἀναφερομένην ὑπὸ τῶν Taussig καὶ Heripret, οἱ ὅποιοι λέγουν, ὅτι μετὰ τὴν ὀστεοτομίαν, παρατήρησαν τὴν ταχέαν μεταπτώσιν ἀπὸ τὸ στάδιον τῆς πυκνώσεως εἰς τὸ στάδιον τῆς ἀποκαταστάσεως, εἰς βραχέα διαστήματα, ἄνευ ἐνδιαμέσου φάσεως κατακερματισμοῦ.



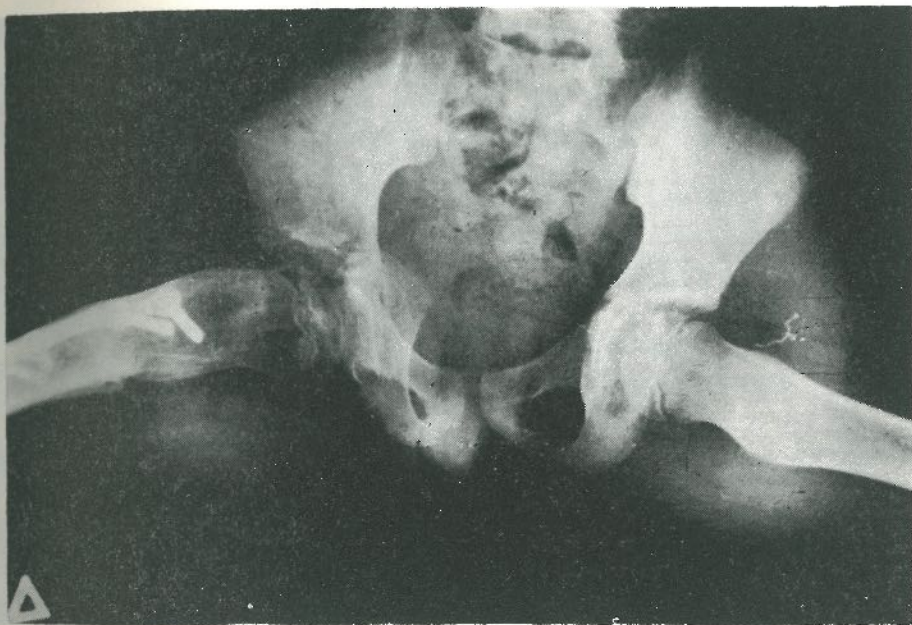
Εικών 1. Προεγχειρητικώς. Face άκτ/φία.



Εικών 2. Προεγχειρητικώς. Profile άκτ/φία.

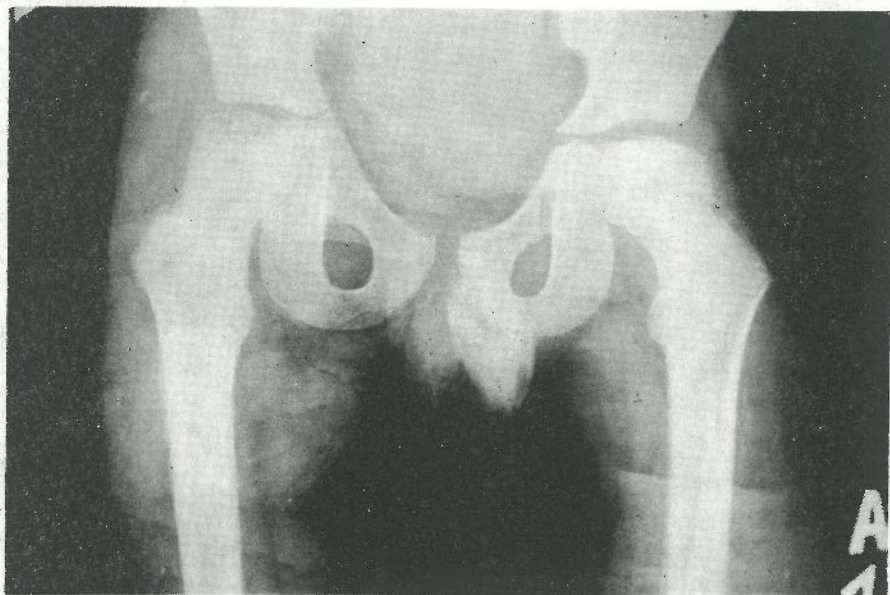


Εικόνα 3. 4 μήνες μετά από την έγχειρση.

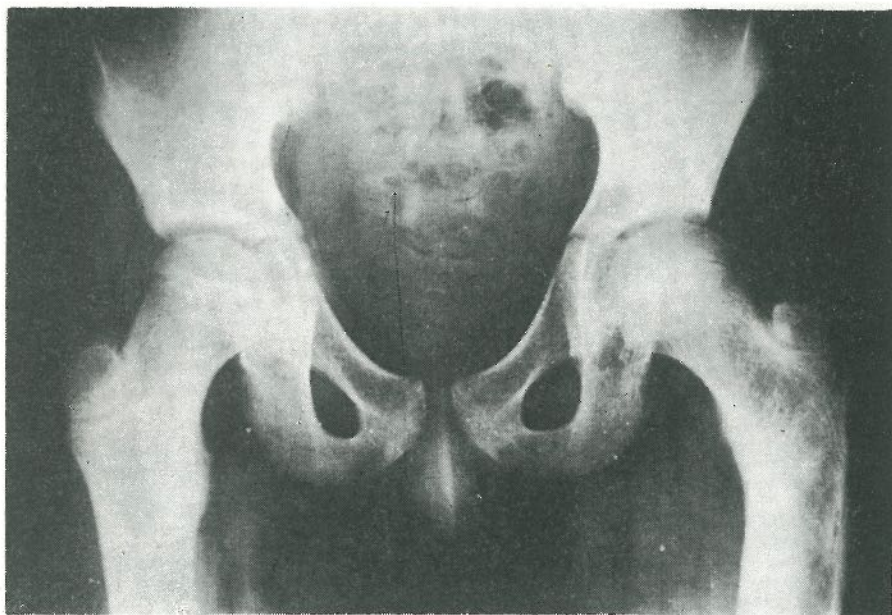


Εικόνα 4. 4 μήνες μετά από την έγχειρση.

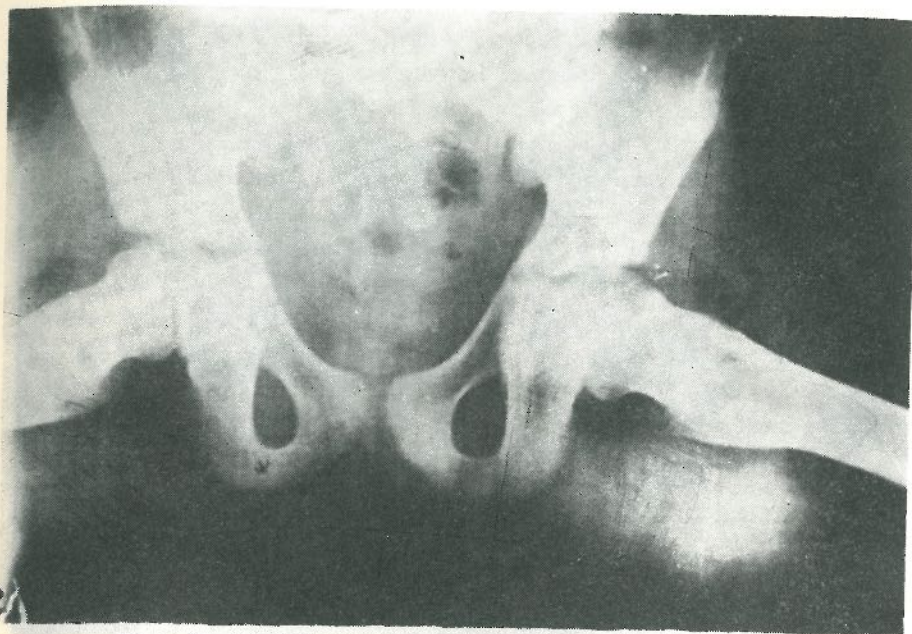
Περίπτωσης 2α



Εικών 5. Προεγχειρητικώς.



Εικών 6. 46 μήνες μετά από την έγχείρησιν.

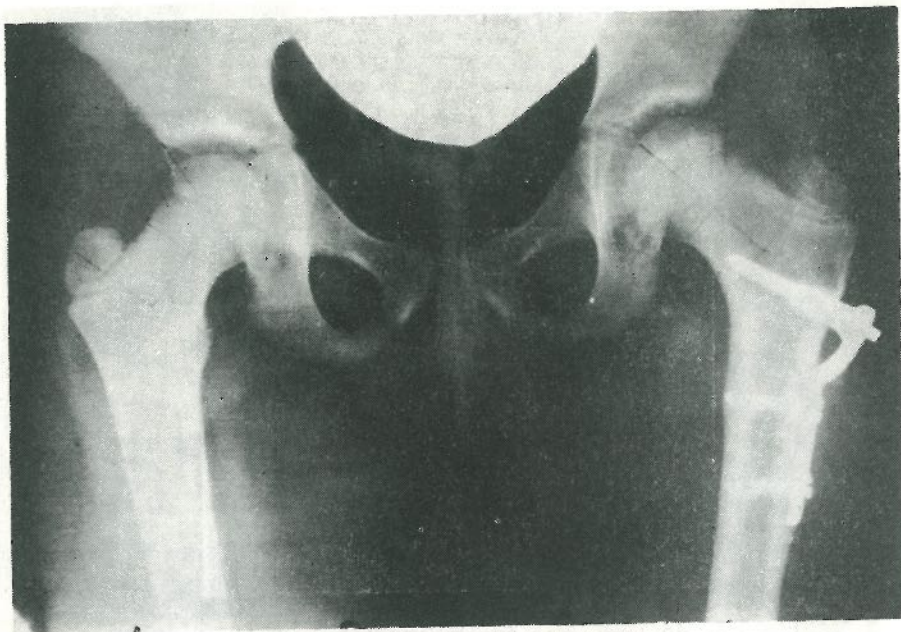


Εικών 7. 46 μήνες μετά από την έγχείρησιν. Profile άκτ/φια

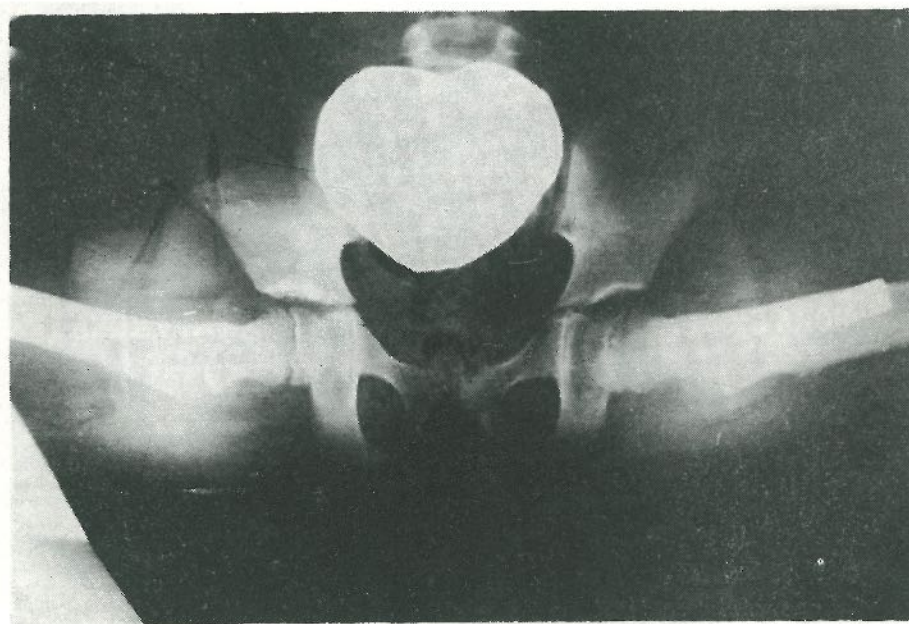
Περίπτωσης 3η



Εικών 8. Προεγχειρητικώς.



Είκων 9. 22 μήνες μετά από την έγχείρησιν.



Είκων 10. 22 μήνες μετά την έγχείρησιν.

Ἡ σχέσης τῆς ἡλικίας τοῦ ἀσθενοῦς πρὸς τὸ ἀποτέλεσμα τῆς ὀστεοτομίας δὲν ἔχει διευκρινισθῆ. Πολλοὶ ἐρευνηταὶ πιστεύουν, ὅτι ὅσον μικροτέρα εἶναι ἡ ἡλικία, τόσο καὶ τὸ ἀποτέλεσμα εἶναι καλλίτερον, ὡς ἐξ ἄλλου ἀναφέρεται καὶ διὰ τὴν συντηρητικὴν θεραπείαν. Εἰς τὸ ἐρώτημα τοῦτο, δὲν δυνάμεθα νὰ ἀπαντήσωμεν, διότι θὰ ἔπρεπε νὰ ἔχωμεν ἀρκετοὺς ἀσθενεῖς ἐκάστης ἡλικίας, τοὺς ὁποίους νὰ διαιρέσωμεν εἰς ομάδας, ἀναλόγως τοῦ σταδίου ἐξελίξεως τῆς παθήσεώς των. Ὅπωςδὴποτε, ἐκ τῶν ὁ μικρῶν ἀσθενῶν μας, 4 ἦσαν 4 ἐτῶν καὶ εἰς 2,5 ἐτῶν. Τὸ ἀποτέλεσμα ἦτο, διὰ 2 ἐξ αὐτῶν, «πολὺ καλόν», διὰ 2 «καλόν» καὶ διὰ τὸν τελευταῖον «πτωχόν». Ὁ Αχερ ἐπιτρέπει εἰς τοὺς ἀσθενεῖς του τὴν ἐλευθέραν στήριξιν ἐπὶ τοῦ σκέλους, ἀμέσως μετὰ τὴν πύρωσιν τῆς ὀστεοτομίας. Ἡμεῖς δὲν ἐτολμήσαμεν μέχρι σήμερον τοῦτο, ἀλλὰ ἐπιτρέπομεν εἰς αὐτοὺς τὴν βάδισιν, μόνον μετὰ τὴν ἐπίτευξιν τῆς «θασικῆς ἀποκαταστάσεως» τῆς κεφαλῆς.

Συμπεράσματα

1) Ἡ ὀστεοτομία στροφῆς καὶ ραιβότητος ἔχει γενικῶς εὐεργετικὰ ἀποτελέσματα ἐπὶ τῆς ἐξελίξεως καὶ τοῦ ἀνατομικοῦ ἀποτελέσματος τῆς ὀστεοχονδρίτιδος τοῦ ἰσχίου.

2) Τὰ δι' αὐτῆς ἐπιτυγχανόμενα ἀποτελέσματα εἶναι καλλίτερα τῶν τῆς συντηρητικῆς ἀγωγῆς.

3) Ἐὰν ἡ ἐπέμβασις γίνῃ κατὰ τὸ στάδιον τῆς πυκνώσεως τῆς κεφαλῆς, παρακάμπτεται τὸ στάδιον τοῦ κατακερματισμοῦ, καὶ αὕτη μεταπίπτει ταχέως εἰς τὸ στάδιον τῆς ἀποκαταστάσεως.

4) Ἐὰν ἡ ὀστεοτομία γίνῃ κατὰ τὰ ἀρχικὰ στάδια τῆς νόσου, ἐπιταχύνεται θράχυνσις τῆς χρονικῆς διαρκαίας αὐτῆς.

ΣΥΜΜΕΛΕΤΑΙΣ --- S U M M A R Y

«The high femoral osteotomy in the treatment of Legg—perthes—calve disease».

By

A. CAVADIAS, D. KAZAMIAS, A. MORAKIS, X. SKEVIS, J. DIMITRIU and E. GIANNAKIS

The results of intertrochanteric osteotomy on 22 patients suffering from L.P.C. disease are analysed.

We generally achieved better results as compared with conservative treat-

tment. The osteotomy should be performed at an early stage. By doing intertrochanteric osteotomy we achieve :

- a) Better anatomical and functional result.
- b) Shortening of the whole period of treatment and.
- c) The stage of fragmentation is bypassed.

B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. A. AXER (1965): Subtrochanteric osteotomy in the treatment of Perthe's disease. A preliminary report. J.B.J.S. 47 B: 489.
2. D. L. EVANS (1958): Legg - Calve - Perthes Disease. Study of late Results. J.B.J.S. 40 B: 168,
3. D. L. EVANS, G. G. LLOYD ROBERTS (1958): Treatment in Legg-C-P disease. J.B.J.S. 40 B: 182.
4. M. H. M. HARRISON (1969): COXA PLANA J.B.J.S. 51 A, 1057.
5. C. H. HEYMAN and C. H. HERNDON (1950): Legg-Perthes disease. J. B. J. S. 32 A: 767.
6. C. H. HERNDON, G. H. HEYMAN (1952): Legg - Perthes disease. Evaluation of treatment by fraction and ischial weight. J.B.J.S. 34 A: 25.
7. M. B. HOWRTH (1948): Coxa - Plana. J.B.J.S. 30 A: 601.
8. A. H. C. RATLIEF (1956): Pseudocoxalgia J.B.J.S. 38 B.
9. G. TAUSSIC et G. HERIPRET (1969): Maladie de Legg - Perthes - Calvé, A propos de 275 cas. Importance des facteurs mécaniques. Intérêt du traitement chirurgical. R. de Chir. Orth. 55: 305.
10. Κ. ΦΡΑΓΚΑΚΗ (1960): Παιδική Παραμορφωτική Όστεοχόνδρωση της μηριαίας επιφύσεως. Διατριβή επί Διδακτορίας.

ΙΝΩΜΑ ΣΤΕΡΝΟΚΛΕΙΔΩΜΑΣΤΟΕΙΔΟΥΣ — ΡΑΙΒΟΚΡΑΝΟΝ

Υ π ό

ΣΤ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ., Δ. ΤΣΟΥΠΑΡΟΠΟΥΛΟΥ., Ν. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ

(Δέν κατετέθη χειρόγραφο)

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΥΕΛΟΥ*

Υπό

Δ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Τὰ κατάγματα τῆς πυέλου ἐπὶ παιδῶν εἶναι σπάνια λόγῳ τῆς ἐλαστικότητος τῶν ὀστέων αὐτῆς καὶ τῶν παρεμβαλλομένων χόνδρων.

Τὸ πλεῖστον τῶν καταγμάτων τῆς παιδικῆς πυέλου εἶναι συνήθως ἄνευ μεγάλης σημασίας, ἐκτός ἐὰν ἐπιπλακοῦν ὑπὸ τρώσεως τῆς οὐρήθρας ἢ ἄλλων ἐνδοπυελικῶν ὀργάνων.

Πωροῦνται ταχέως. Πύρωσις εἰς πλημμελῆ θέσιν δὲν ἔχει συνήθως δυσάρεστα ἀποτελέσματα, καθ' ὅσον ἡ παραμόρφωσις ἐξαφανίζεται σὺν τῇ παράδῳ τοῦ χρόνου, ὡς συμβαίνει ἐπὶ τῶν πλείστων καταγμάτων τοῦ παιδικοῦ σκελετοῦ.

Μεγαλυτέρα θεαίως προσοχὴ χρειάζεται ἐπὶ νεαρῶν κορασιῶν ὅπως ἀποκατασταθῇ ἡ ἀνατομικὴ σχέσις τῶν διαφόρων τμημάτων τῆς πυέλου, ἰδιαίτερος δὲ διατηρηθοῦν τὰ φυσιολογικὰ ὄρια καὶ αἱ διαστάσεις τοῦ κάτω στομίου ταύτης.

Κατὰ τὸ χρονικὸν διάστημα ἀπὸ 1.10.1958 μέχρι 31.12.1968 ἐνοσηλεύθησαν εἰς τὴν Β. Χ. Κλινικὴν τοῦ Θεραπευτηρίου «Ὁ Εὐαγγελισμὸς» 131 ἀσθενεῖς μετὰ καταγμάτων τῆς πυέλου (Παπαδημητρίου καὶ Ζαῖρης, 1969). Μεταξὺ τῶν ἀσθενῶν τούτων ἑπτὰ μόνον ἦσαν παιδιὰ ἡλικίας 11-16 ἐτῶν.

Εἰς ἕξ ἐκ τῶν ἑπτὰ περιπτώσεων τὸ κάταγμα τῆς πυέλου ἦτο ἀποτέλεσμα τροχαίου ἀτυχήματος. Εἰς μίαν μόνον περίπτωσιν ἡ κάκωσις τῆς πυέλου ὠφείλετο εἰς πτώσιν ἐξ ὕψους.

Εἰς τέσσαρας περιπτώσεις συνυπῆρχον καὶ ἕτεραι κακώσεις μαλακῶν μορίων καὶ ὀστέων.

Ρῆξις τῆς οὐρήθρας διεγνώσθη εἰς δύο περιπτώσεις, ρῆξις δὲ τοῦ κόλπου εἰς μίαν περίπτωσιν.

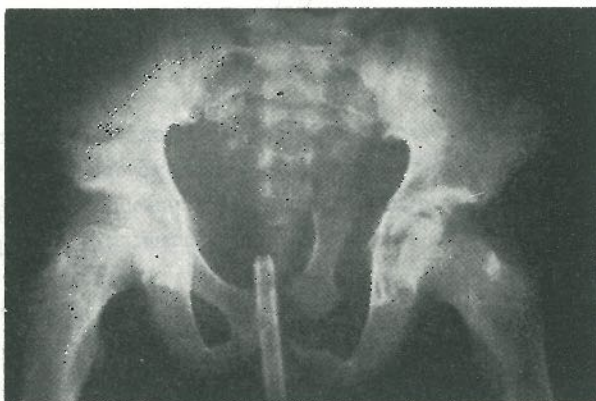
Ἐκ τῶν ἑπτὰ περιπτώσεων καταγμάτων τῆς παιδικῆς πυέλου δύο παρυσιάζουν μεγάλον ἐνδιαφέρον καὶ νομίζομεν ὅτι ἀξίζουν ἀνακοινώσεως.

Περίπτωσις 1η. Ἀσθενὴς Κ.Ε., ἄρρην ἡλικίας 13 ἐτῶν εἰσηλθεν εἰς τὴν Κλινικὴν τὴν 28.5.1966 ὑποστὰς κάκωσιν τῆς πυέλου συνεπεῖα αὐτοκινητιστι-

* Ἀνεκοινώθη εἰς Ε.Ε.Χ.Ο.Τ τὴν 25.2.1970

κοῦ ἀτυχήματος. Συνυπῆρχον συμπτώματα μετατραυματικοῦ shock, θόλωσις τῆς διανοίας καὶ θλαστικὸν τραῦμα κατὰ τὴν ἀριστερὰν θρεγματικὴν χώραν.

Ἐπιχειρηματικὸς ἔλεγχος ἀπέδειξεν κάταγμα τῆς πυέλου μετὰ μεγάλης ἀποσπάσεως ὀλοκλήρου τοῦ ἀριστεροῦ ἡβικοῦ ὀστοῦ (Εἰκ. 1). Ἐφηρμόσθη μόνιμος καθετὴρ κύστεως καὶ ἐλαφρὰ δερματικὴ ἔλξις ἀριστερά, ἢ ἀπώλεια δὲ τοῦ αἵματος ἀντιμετωπίσθη διὰ μεταγγίσεων.



Εἰκ. 1. (Περίπτ. 1η). Ἀποσπαστικὸν κάταγμα τοῦ ἀριστεροῦ ἡβικοῦ ὀστοῦ εἰς παιδίον ἡλικίας 13 ἐτῶν.

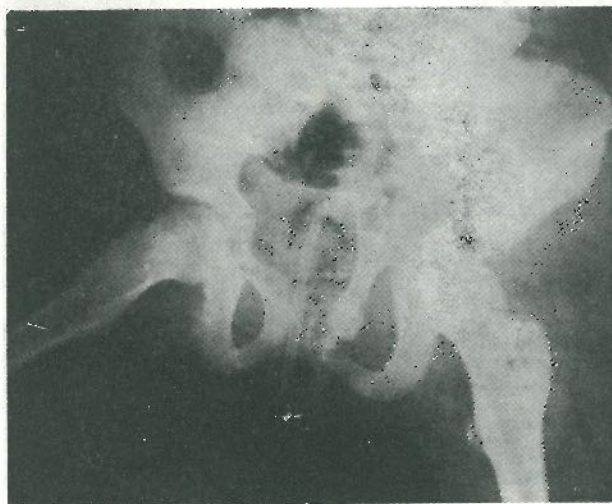
Ἐπιχειρηματικὸς ἐπανεξετάσθη τὴν 16.5.69, ἦτοι τρία ἔτη μετὰ τὸν τραυματισμὸν του καὶ εὐρέθῃ ἔχων καλῶς. Ἐπιχειρηματικὸς ἔλεγχος ἀπέδειξεν ἀποκατάστασιν τῆς πυέλου μετὰ πλήρους συνοστεώσεως τοῦ ἀποσπασθέντος ἡβικοῦ ὀστοῦ, τὸ ὁποῖον ὅμως ἐμφανίζεται πεπαχυμένον καὶ ἀνώμαλον (Εἰκ. 2).



Εἰκ. 2. (Περίπτ. 1η). Ἀκτινογραφία ληφθεῖσα 3 ἔτη μετὰ τὸν τραυματισμὸν.

θόλωσις
χώραν.
α μέγα-
ημιόσθη
απόλεια

Περίπτωσης 2α. Πρόκειται περί θήλεος ηλικίας 11 ετών, η οποία την 19.6.1966 κατόπιν τροχαίου ατυχήματος (έκτυπήθη υπό αυτοκινήτου εκ των πλαγιών καθ' όν χρόνον διήρχετο δόδον), υπέστη κατάγμα τής πυέλου μετά μεγάλης άποσπάσεως του άριστερου ήβικου δστού, ρήξεως του κόλπου και σημαντικής εκ τούτου αίμορραγίας (Εικ. 3). Συνυπήρχον συμπτώματα θαρείας



Εικ. 3. (Περίπτ. 2α). 'Ακτινογραφία άσθενοϋς ηλικίας 11 ετών μετ' άποσπαστικού κατάγματος του άριστερου ήβικου δστού μετά ρήξεως του κόλπου.

τραυματι-
ξεν άπο-
ς ήβικου
2).

έγκεφαλικής διασεισεως υποκεφαλικόν κατάγμα του δεξιού θραχιονίου δστού και έκτεταμένον αιμάτωμα του άριστερου γλουτού και μηροϋ.

Διά τής κολπικής εξέτασεως διεπιστώθη ή υπαρξίς σκληρίας κατά τó άριστερόν τοίχωμα του κόλπου, όφειλομένης προφανώς εις τó άποσπασθέν ήβικόν δστοϋν.

Έχορηγήθη άμέσως αίμα προς καταπολέμησιν του shock και έγένετο πω-
ματισμός του κόλπου προς επίσχεσιν τής αίμορραγίας. Επίσης έγένετο μόνι-
μος καθετηριασμός τής κύστεως και τοποθέτησις δερματικής έλξεως εις τó
άριστερόν σκέλος.

Η μικρά άσθενής παρά τήν παρουσίαν πολλαπλών κακώσεων επέζησεν
τελικώς. Έπανέξητάσθη την 19.5.1969, ήτοι τρία έτη μετά τόν τραυματισμόν
της και εύρέθη έχουσα καλώς. Ο άκτινολογικός έλεγχος έδειξεν πλήρη συνο-
στέωσιν του άποσπασθέντος ήβικου δστού, τó όποιον όμως και εις τήν περίπτω-
σιν αϋτήν παρουσιάζεται πολύ άνώμαλον και πεπαχυμένον (Εικ. 4).

Τὸ ἐνδιαφέρον τῶν δύο τούτων περιπτώσεων ἐγκείται: 1) Εἰς τὸ σπάνιον τοιοῦτου εἴδους κακώσεων τῆς παιδικῆς πυέλου μετὰ μεγάλης ἀποσπάσεως τμήματος ταύτης. 2) Εἰς τὴν σπαγίαν ἐπιπλοκήν, ὡς εἶναι ἡ ρήξις τοῦ κόλπου καὶ 3) Εἰς τὸ καλὸν ἀπώτερον ἀποτέλεσμα μετὰ πλήρους σχεδὸν ἀποκαταστάσεως τῆς πυέλου κατόπιν συντηρητικῆς θεραπείας.



Εἰκ. 4. (Περίπτ. 2α). Ἀκτινογραφία ληφθεῖσα τρία ἔτη μετὰ τὸν τραυματισμόν. Ἀποκατάστασις τῆς πυέλου.

S U M M A R Y

Crush fractures of the pelvis occur rarely in children because of the elasticity of the pelvic ring and the interposed cartilage buffers. They heal rapidly, and unless they are complicated by injury of the urethra or other organs, they are of little significance. Malposition disappears with molding.

Report of two interesting cases treated at the 2nd Surgical Unit of the «Evangelismos Hospital».

B I Β Α Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. BLOUNT, W. R. (1954): Fractures in Children. The Williams and Wilkins Co., Baltimore.

2. DUNN, W. A. and MORRIS, D. A. (1968): Fractures and dislocations of the pelvis. *J. Bone and Joint Surg.* 50-A: 1639.
3. CAFFEY, J. (1950): *Pediatric X-ray Diagnosis*. The Year Book Publishers, Inc., Chicago.
4. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Δ. και ΖΑΓΡΗΣ, Μ. (1969): Τὰ κατάγματα τῆς πύελου καὶ αἱ ἐπιπλοκαὶ τῶν. *Νοσοκομειακὰ Χρονικά*, Τόμος 3ος, τεύχος 4ον, 463.
5. PELTIER, L. F. (1965): Complications associated with fractures of the pelvis. *J. Bone and Joint Surg.*, 47-A: 1060
6. WATSON JONES, R. (1955): *Fractures and Joint Injuries*. Fourth Edition, E. and S. Livingstone Ltd. Edinburgh and London.

σπάνιον
σπάσεως
τοῦ κόλ-
ἀποκα-

use of
uffers.
of the
osition

al Unit

ins Co.,

ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΝ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΓΟΝΑΤΟΣ

Βραχεία ανακοίνωσις ἐπ' εὐκαιρίᾳ μιᾶς ἡμετέρας περιπτώσεως

ὑπὸ

ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗ

Χειρουργοῦ - Ὀρθοπαιδικοῦ

ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΓΟΝΑΤΟΣ

Εἰς τὸ γόνυ παρατηροῦνται τὰ ἐξῆς κυρίως ἐξαρθρήματα:

- 1) Συγγενῆ ἐξαρθρήματα καί,
- 2) Τραυματικά.

Ἄμφότερα δυνατόν νὰ ἀφορῶν: α) Εἰς τὴν κνημοπερονιαίαν ἄρθρωσιν.
β) Εἰς τὴν ἐπιγονατιδομηριαίαν.

Τὰ τραυματικά ἐξαρθρήματα τῆς μηροκνημιαίας ἀρθρώσεως εἶναι σπάνια, λόγῳ τῆς ὑπάρξεως τῶν ἰσχυρῶν συνδέσμων τοῦ γόνατος, παρατηροῦνται δὲ εἰς τὴν μέσῃ ἡλικίαν.

Ταῦτα διακρίνονται εἰς πρόσθια καὶ ὀπίσθια, συνηθέστερα δὲ εἶναι τὰ πρόσθια.

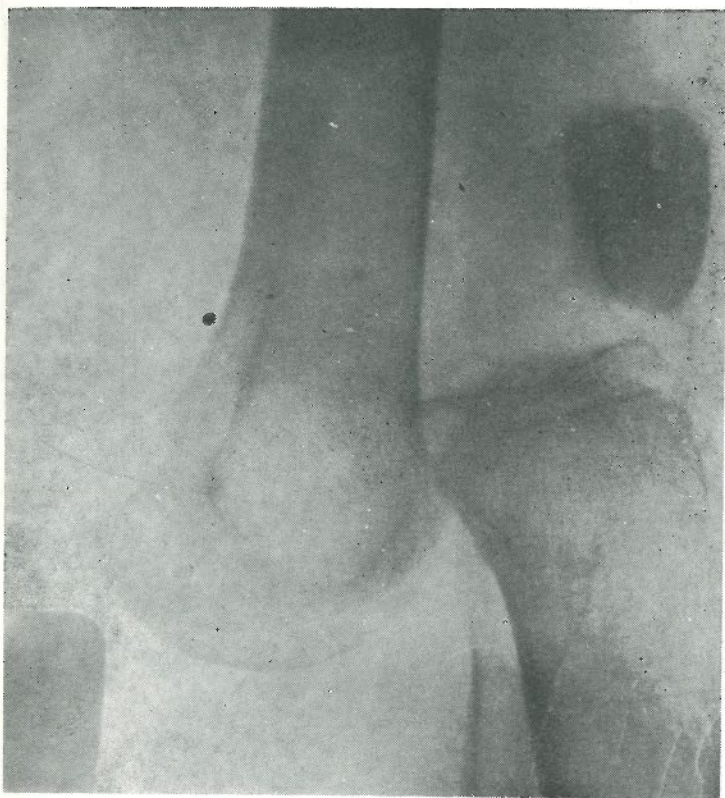
Ἡ προκαλοῦσα τὸ ἐξάρθρημα βία εἶναι εἴτε ἄμεσος εἴτε ἔμμεσος.

Τὰ πρόσθια ἐξαρθρήματα προκαλοῦνται ἐπὶ βιαίας ὑπερκεντρώσεως τοῦ γόνατος, συναδεύονται δὲ συνήθως ὑπὸ σοβαρῶν βλαβῶν τῶν συνδέσμων καὶ τοῦ ἀρθρικοῦ θυλάκου.

Ἡ διάγνωσις εἶναι σχετικῶς εὐκόλος, διότι ἐκ τῆς κλινικῆς ἐξετάσεως ἀποκαλύπτεται ἡ παραμόρφωσις τοῦ γόνατος, ὃ δὲ ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος καθορίζει καὶ τὸ εἶδος τοῦ ἐξαρθρήματος, ὡς καὶ τυχὸν συνυπάρχον κάταγμα. Ἰδιαίτερα προσοχὴ χρειάζεται διὰ τὴν ἐξέτασιν τῶν νεύρων καὶ ἀγγείων τῆς περιοχῆς.

Θεραπευτικῶς, ἡ ἀνάταξις πρέπει νὰ γίνεται ὅσον τὸ δυνατόν ταχύτερον καὶ δὴ ἀναμιάκτως, μόνον δὲ ἐπὶ ἀποτυχίας τῆς συντηρητικῆς ἀνατάξεως καταφεύγομεν εἰς τὴν χειρουργικὴν τοιαύτην.

Ἡ διὰ χειρισμῶν ἀνάταξις ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν εἰς τὰ πρόσθια ἐξαρθρήματα, ἐπιτυγχάνεται δι' ἕλξεως τῆς κνήμης κατὰ τὸν ἐπιμήρη ἀξονα αὐ-



Πρὸ τῆς ἀνατάξεως.

τῆς, κάμψεως τοῦ γόνατος περίπου 90° , πιέσεως τῆς κνήμης, ἐνῶ συγχρόνως ἐφαρμόζεται ἀκτέκασις ἐκ τοῦ μηροῦ.

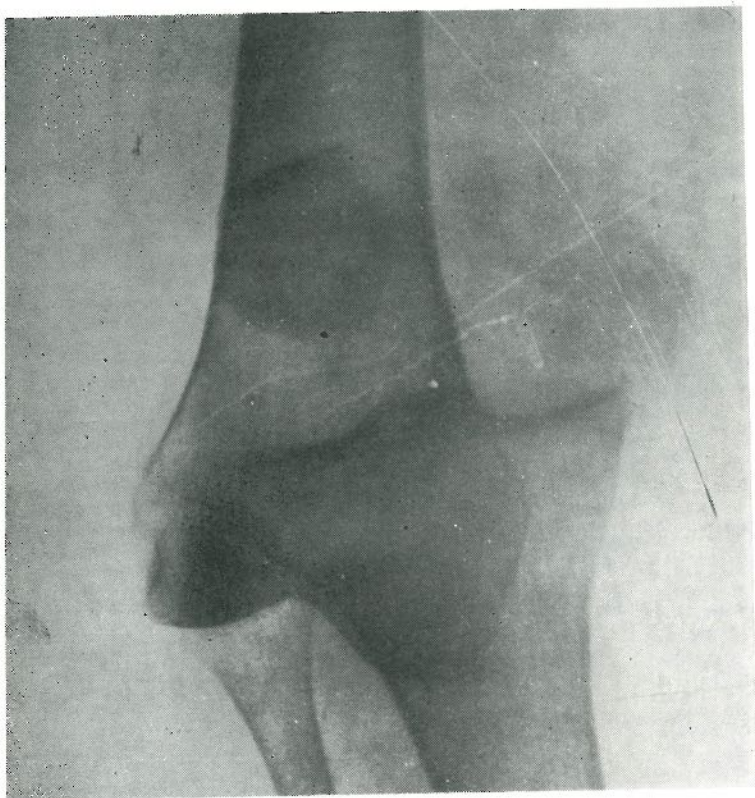
Μετὰ τὴν ἀνάταξιν, συνήθως κενοῦται ὁ αἷμαρθρος καὶ ἐφαρμόζεται ΜΚΠ γύψινος ἐπίδεσμος, μὲ τὸ γόνα εἰς ἐλαφρὰν κάμψιν.

Μετὰ τρεῖς περίπου ἑβδομάδας, ἐπιτρέπεται ἡ ἔγερσις μὲ βακτηρίας μασχάλης.

Ὁ γύψινος ἐπίδεσμος διατηρεῖται περίπου τρεῖς μῆνας, μετὰ δὲ τὴν ἀφαίρεσιν αὐτοῦ, ἐλέγχεται λεπτομερῶς ἡ ἀκεραιότης τῶν συνδέσμων, καὶ ἄρα ἡ σταθερότης τοῦ γόνατος, ἐνῶ συγχρόνως ἀρχίζει κνησιοθεραπεία.

Ἐπὶ σοβαρᾶς ἀσταθείας τοῦ γόνατος, ἡ ἀκίνητοποίησις παρατείνεται, ἐὰν

ἡ ἀναίμακτος ἀνάταξις ἀποτύχη, ἀκολουθεῖ δὲ ἡ χειρουργικὴ τοιαύτη, ἥτις
 συγίσσεται εἰς τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ κωλύματος, τὸ ὅποιον ἐμποδίζει τὴν ἀνά-



Πρὸ τῆς ἀνατάξεως.

ταξιν καὶ τὴν ἀποκατάστασιν τῆς βλάβης τῶν συνδέσμων καὶ τοῦ θυλάκου.

Ἡμετέρα περίπτωση

Ἡ ἀσθενὴς M.M., ἑτῶν 75, διεκομίσθη εἰς παθολογικὴν κλινικὴν τοῦ
 Ἡρακλείου, αἰτιωμένη ἀνικανότητα πρὸς βάδισιν, κατώπιον πτώσεως ἐπὶ τοῦ
 ἐδάφους.

Μετὰ 12 ὥρον περίπου, ὑπεβλήθη εἰς ἀκτινολογικὸν ἔλεγχον μακρὰν τῆς
 κλινικῆς, ἥτις δὲν διαθέτει ἀκτινολογικὸν μηχανήμα, καὶ ἐκλήθη νὰ ἐξετάσῃ
 τὴν ἀσθενή.

Νευρολογικαί ἢ ἐκ τῶν ἀγγείων γλάβαι δὲν διεπιστώθησαν.
 Μετὰ τὴν διαπίστωσιν τοῦ ἐξαρθρήματος, ἀνεζητήθη ἀναισθησιολόγος,
 πλὴν ἐπὶ ματαίῳ.

Ἐπεχείρησα τὴν ἀνάταξιν εἰς τὴν κλίνην τοῦ ἀσθενοῦς, καὶ μετὰ ταύ-



Μετὰ τὴν ἀνάταξιν.

τὴν ἐφήρμοσα γύψινον Μ.Κ.Π. ἐπίδεσμον, μὲ ἐλαφρὰν κάμψιν τοῦ γόνατος.

Ἐζήτησα νέον ἀκτινολογικὸν ἔλεγχον, ὅστις ὅμως δὲν ἐγένετο, διότι διε-
 φώνησεν ὁ γαμβρὸς τῆς ἀσθενοῦς. Κατὰ τὴν γνώμην του, δὲν ἦτα ἀπαραίτητος
 ὁ ἔλεγχος.

Διὰ νὰ δυναθῶ νὰ ἐλέγξω τὸ ἀποτέλεσμα τῆς ἀνατάξεως, ἠναγκάσθην
 νὰ μεταδῶ εἰς τὸ χυρίον τῆς ἀσθενοῦς, ἀφοῦ ἐδακνείσθην φορητὸν ἀκτινολογι-

κόν μηχανήμα, και κατόπιν ρητής διαβεβαίωσης, ότι δεν πρόκειται να υποβληθούν εις ουδεμίαν δαπάνην, ήδυνήθην να την ακτινογραφήσω.



Μετά την ανάταξιν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ : 'Ορθοπαιδική — 'Αθήναι 1958.

Κ. ΧΑΤΖΗΠΑΚΗ : 'Ορθοπαιδική Χειρουργική και Τραυματολογία — 'Αθήναι 1958.

Η ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΚΥΠΕΛΛΙΟΝ ΕΚ VITALLIUM

Ἰπὸ

Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ
Χειρουργοῦ - ὀρθοπεδικοῦ

Αἱ παθήσεις τοῦ ἰσχίου ἀντιμετωπίζονται χειρουργικῶς διὰ τριῶν βασικῶν μεθόδων. Ἦτοι τῆς ομάδος τῶν ἀρθροδεσιῶν, τῆς τῶν ὀστεοτομιῶν περὶ τὸν τροχαντήρα καὶ τῆς τῶν ἀρθροπλαστικῶν, ὡς ὅλοι γινωρίζομεν.

Κατὰ καιροὺς ἔχουν ἐφαρμοσθῆ διάφοροι τύποι ἀρθροπλαστικῆς τοῦ ἰσχίου ἐκ τῶν ὁποίων οἱ πλείστοι ἔχουν ἀποσυρθῆ ὅπως λέγομεν ἐκ τῆς κυκλοφορίας. Παρ' ὅλον τὸν ἐνθουσιασμόν τῆς ἀρχικῆς ἐφαρμογῆς καὶ τὴν ἐξάπλωσιν ὑπὸ μορφῆς μῦδας εἰς εὐρείαν ἔκτασιν τῶν νέων ἐκάστοτε μεθόδων, τῇ παρόδῳ τοῦ χρόνου ἀποσύρονται ἢ μία κατόπιν τῆς ἄλλης μέθοδοι τῆς ἰδανικῆς ἐγχειρήσεως τοῦ ἰσχίου ἢτοι τῆς ἀρθροπλαστικῆς ἣτις διατηρεῖ καὶ προσφέρει κίνησιν καὶ ἐξαφανίζει τὸν πόνον. Μία ἐκ τῶν παλαιότερων μεθόδων ἢ ὁποία καὶ διατηρεῖ μετὰ 30 καὶ πλέον ἔτη ἐφαρμογῆς τὰς ἐνδείξεις τῆς εἶναι ἢ ἀρθροπλαστικῆ τοῦ Smith-Petersen με κυπέλλιον ἐκ vitallium.

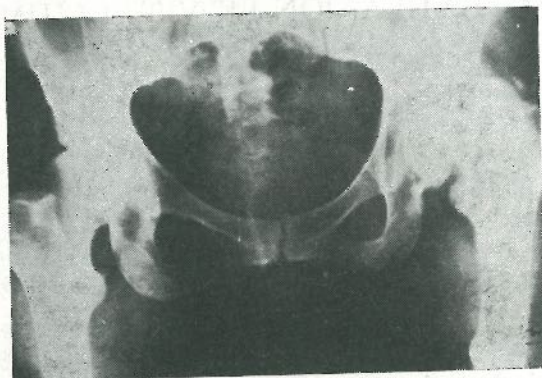
Ἡ μέθοδος ἔχει θιασῶτες πολὺ πιστοὺς ἀλλὰ ὀλίγους εἰς ὅλας τὰς χώρας τοὺς λόγους θὰ τοὺς ἀναπτύξωμεν εὐθὺς ἀμέσως.

Ἡμεῖς ἔχομεν ἐφαρμόσει τὴν μέθοδον εἰς ὠρισμένον ἀριθμὸν περιπτώσεων καὶ συγκεκριμιμένως εἰς 12 τοιαύτας ἐντὸς θετίας, ἐπειδὴ δὲ ἐξ αὐτῆς ἐμείναμεν λίαν εὐχαριστημένοι καὶ εἶχομεν ὑποσχεθῆ εἰς τοὺς συναδέλφους μας, ὅτε ἐκάστοτε μετὰ τὰς ἐγχειρήσεις ἐπεδεικνύαμεν τοὺς ἀσθενεῖς εἰς τὸ Ἄσκληπιεῖον, γὰ ἀναφέρομεν τὰ ἀπώτερα ἀποτελέσματα τῆς μεθόδου εἰς χεῖρας μας καὶ ἐπειδὴ ἀπὸ διετίας ἐφάνη ὅτι ἐπροδώσαμεν τὴν μέθοδον, ὡς μᾶς λέγουν, ἐφαρμόζοντες εἰς εὐρείαν κλίμακα τὴν ὀλικὴν πρόθεσιν κατὰ Müller, προβαίνομεν εἰς τὴν σημερινὴν ἀνακοίνωσιν. Ὁ σκοπὸς μας εἶναι ὅπως παρουσιάζοντες πρὸ ὑμῶν τὰ ἀποτελέσματα καὶ τῶν δύο μεθόδων τονίσωμεν τὴν πρίστην

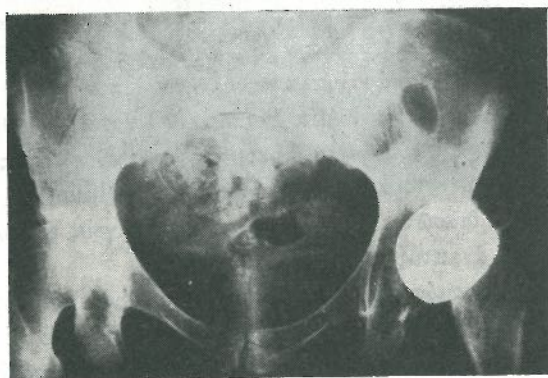
Ἐκ τῆς ΣΤ' Ὀρθοπεδικῆς Κλινικῆς Ἄσκληπιείου Βούλας. Διευθυντής:
Δρ. Β. Π. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ.

μας, ότι ή άρθροπλαστική διά κυπελλίου έχει λόγον εφαρμογής θεβαίως εις πολυ μικροτέραν κλίμακα παρά εις τὸ παρελθόν και ἐπὶ ειδικῶν περιπτώσεων.

“Ολο: γνωρίζομεν σήμερον τι θαυμασία ἐγχειρήσεις εἶναι γενικῶς ή ὀστεοτομία τοῦ ισχίου και ποῖαν εὐρείαν ἐφαρμογήν έχει ἐπὶ τῶν πλείστων περι-



Εἰκὼν 1. Προκεχωρημένη ὀστεοαρθρίτις ἀρ. ισχίου.



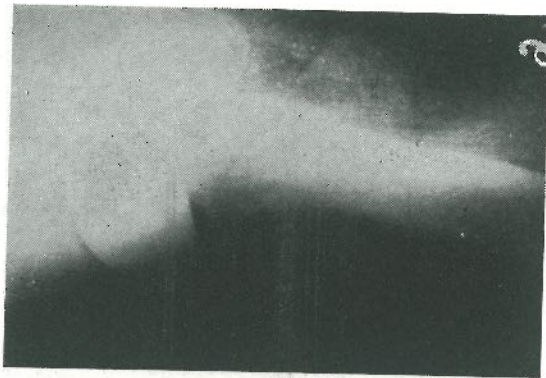
Εἰκὼν 1α. Face ἀπεικόνισις τῆς περιπτώσεως 1 χειρουργηθεῖσα διὰ Cup.

πτώσεων τῶν ἀρθριτίδων αὐτοῦ. Ἐπίσης γνωρίζομεν ότι μία καλή ἀρθρόδεσις τοῦ ισχίου εἶναι μία ἀρίστη ἐγχείρησις. Ὅμως υπάρχουν περιπτώσεις ὅπου οὔτε ή μία οὔτε ή ἄλλη ἐπέμβασις εἶναι δυνατὸν νὰ ἐφαρμοσθῇ και τελικῶς διὰ νὰ ὀμιλήσωμεν ἐντίμως και αἱ δύο αὐται ἐπεμβάσεις δὲν πληροῦν τὸ ἰδακτικόν μας, οὔτε διὰ τοὺς νέους ἀνθρώπους οὔτε διὰ τοὺς μεγάλους εις ἡλικίαν. Καὶ διὰ μὲν τοὺς μεγάλους εις ἡλικίαν τοὺς ἄνω τῶν 60 χρόνων, ή ἀρ-

είως εις
επιπτώ-

ή οστεο-
ιν περι-

θροπλαστική δι' ὀλικῆς προθέσεως δίδει σήμερον ὡς πιστευόμεν λύσιν λίαν ἱκανοποιητικὴν τοῦ προβλήματός των, ποία ὁμως μέθοδος δίδει λύσιν διὰ τὴν νέαν γυναῖκα τῶν 20, 30 ἢ 40 ἐτῶν μὲ τὴν ἀμφοτερόπλευρον βαρείαν ὀστεοαρθρίτιδα ἢ μὲ τὴν μονόπλευρον τοιαύτην, ἥτις θέλει: νὰ ὑπανδρευθῆ καὶ νὰ τε-



Εἰκὼν 1β. Profil ἀπεικόνισις τῆς περιπτώσεως 1.

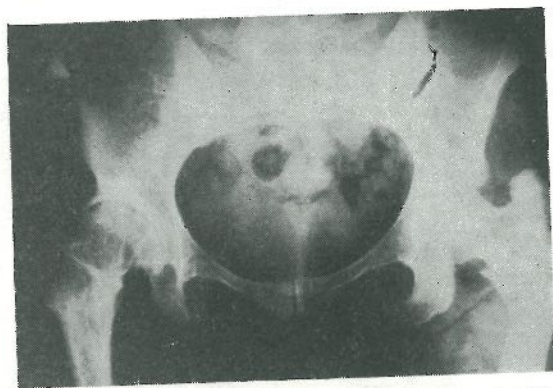
κνοποιήσῃ; Ἐπίσης ποία λύσις δύναται νὰ ἐφαρμοσθῆ εἰς παρομοίαν περίπτω-
σιν εἰς ἄτομον γενικῶς νέον μὲ σπονδυλικὴν στήλην κακὴν καὶ ὅπου ἡ μόνη
δυνατότης ἀνακοπῆς τοῦ ἄλγους εἶναι: ἡ ἀρθρόδεσις;

Εἰς αὐτάς τὰς περιπτώσεις δὲν νομίζομεν ὅτι, ὑπάρχει ἄλλη λύσις ἀπὸ
τὴν ἀρθροπλαστικὴν τῆς κατ' ἰσχύον καὶ ἡ μόνη ἀρθροπλαστικὴ μέθοδος ἥτις
διεθνῶς ἔδωκεν σταθερὰ ἀποτελέσματα δεκαετιῶν εἶναι ἡ διὰ κυπελλίου ἐκ
vitallium ἀρθροπλαστικὴ. Τότε διατί ἡμεῖς ἐφαρμόσαμεν μόνον εἰς 12 περι-
πτώσεις τὴν μέθοδον; Πρῶτον διότι εὐτυχῶς σήμερον ὅλον καὶ περισσότερον
φθάνουν εἰς χεῖρας μας περιπτώσεις μὲ ἀρχομένην ἀρθρίτιδα ὅπου εἶναι δυνα-
τὴ ἡ ἐφαρμογὴ ὀστεοτομίας, δεύτερον διότι ἤδη ἐκλαϊκέυθη ἡ ἀρθροπλαστικὴ
δι' ὀλικῆς προθέσεως καὶ τρίτον διότι ἠθέλαμεν νὰ ἐλέγξωμεν τὰ ἀποτελέσματα
τῶν ἰδικῶν μας ἐγχειρήσεων διὰ τοῦ χρόνου καὶ διότι ὑφίστανται εἰς τὴν Ἑλ-
ληνικὴν πραγματικὴν ἐγγενεῖς δυσκολίαι, αἱ ὁποῖαι πολλαπλασιάζουν τὰς
πράγματι: εἰς διεθνή κλίμακα ὑφισταμένης δυσκολίας τῆς ἐφαρμογῆς τῆς με-
θόδου. Αὐταὶ προέρχονται ἐκ τοῦ ἀσθενοῦς καὶ ἐκ τοῦ χειρουργοῦ, θὰ τὰς ἀνα-
φέρωμεν:

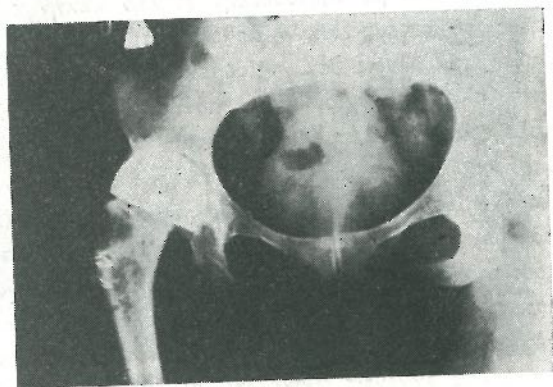
ἀρθρόδε-
επιπτώσεις
καὶ τελι-
ληροῦν τὸ
εἰς εἰς ἡλι-
ων, ἡ ἀρ-

1) Ὁ ἀσθενὴς πρέπει νὰ εἶναι εἰς τὸ ἔπακρον συγγάσιμος-μᾶλλον δύ-
σκολον ἢ ἀνευρεθῆ ἐν Ἑλλάδι τοιοῦτος ἀσθενής. 2) Νὰ εἶναι δυνατὸν ὥστε
ἐπὶ βιμηνον κατ' ἀρχὴν νὰ εὐρηται μετεγχειρητικῶς εἰς ἄμεσον ἰατρικὴν παρα-
κολούθησιν καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐπὶ διαίταν κατὰ διαστήματα τοιαύτην. 3) Νὰ
ἀντιληφθῆ σαφῶς ὅτι ἡ λύσις τῆς διὰ sup ἀρθροπλαστικῆς ἦτο μοναδικὴ τοι-

αύτη δυνατή και να ἔχη ἀκεραίαν πίστην εἰς τὸν χειρουργὸν τοῦ ὅστις εἶχεν τὴν ἀτυχίαν νὰ ἀναλάβῃ τὴν περίπτωσιν. 4) Νὰ ἀποδεχθῇ ἐκ τῶν προτέρων ὅτι ἡ ἐγχείρησις αὕτη δυνατὸν νὰ ἐπαναληφθῇ (revision) εἰς χρόνον ἐξικνουμένου ἀπὸ ἐνὸς ἔτους μέχρι 10 ἐτῶν.



Εἰκὼν 2. Προεγχειρητική : Ἀμφοτερόπλευρος ἀρθρῆτις ἰσχίων. Εἰς τὸ ἀρ. ἔχει ἐφαρμοσθῆ ὀστεοτομία ραιβότητος παλαιότερον.



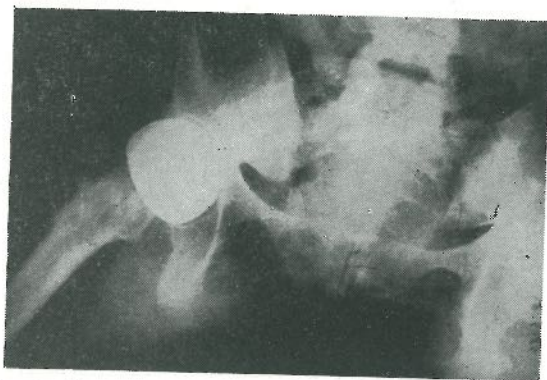
Εἰκὼν 2α. Face Μετεγχειρητική : Εἰς τὸ δεξιὸν ἰσχίον ἔχει ἐφαρμοσθῆ Cup. Ὁ τροχαντῆρ εἰς χαμηλότερον ἐπίπεδον διὰ σύρματος συγκρατηθεῖς.

Ἀπὸ πλευρᾶς χειρουργοῦ: 1) Ὑπάρχει μεγίστη δυσκολία εἰς τὴν Ἑλλάδα νὰ ἀνεύρῃ τις τὴν ὅλην σειρὰν τῶν cup, σχεδὸν πάντοτε χειρουργήσαμεν μὲ ἐλλειπῆν σειρὰν. 2) Τὰ ἐργαλεῖα ἅτινα ὑπάρχουν παρ' ἡμῖν εἶναι ἐν πολλοῖς ἀρχαῖα καὶ χειροκίνητα ἐξ αὐτοῦ ὁ χρόνος ἐπιμεβάσεως μακρὸς καὶ ἐξαν-

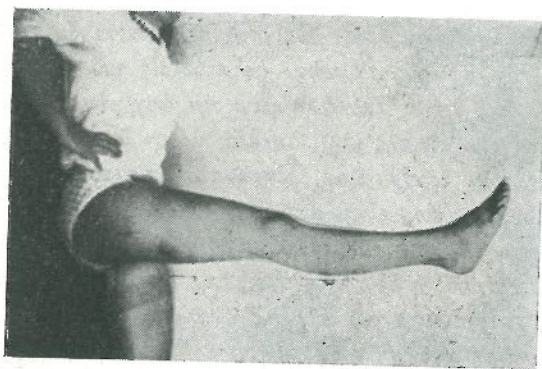
τις είχαν
προτέρων
εξικνού-

εληθικός ιδία διά τόν χειρουργόν. 3) Ἡ μετεγχειρητική παρακολούθησις σχολαστική, προσωπική, υπεύθυνος καί πολύμηγος.

Ὅλοι οἱ ἀναφερθέντες λόγοι ἑμοῦ μετὰ τοῦ περιορισμένου τῶν ἐνδείξεων ἦτοι καταστάσεις ὅπου εἰς τὸ ἄτομον δέν ὑφίσταται δυνατότης ἐφαρμογῆς ὀστεοτομίας ἢ ἀρθροδέσεως, ὡς καί ἀρθροπλαστικῆς ὀλικοῦ τύπου - δικαιο-



Εἰκὼν 2β. Μετεγχειρητική : Profil τῆς πρόηγουμένης εἰκόνος.



Εἰκὼν 2γ. Κάμψις τοῦ χειρουργηθέντος διὰ sup ἰσχίου τῆς 2 περιπτώσεως, 3 μῆνες μετεγχειρητικῶς.

λογοῦν τὸν μικρὸν ἀριθμὸν τῶν χειρουργηθειῶν ὑφ' ἡμῶν περιπτώσεων.

Ἐπὶ τῆς ἐγχειρητικῆς τεχνικῆς ἔχω νὰ τονίσω τὰ κάτωθι βασικά σημεῖα.

Ἡ προσπέλασις τοῦ ἰσχίου εἶναι δυνατὴ κατ' ἀρχὴν διὰ τομῆς Smith—Petersen τὴν ὁποῖαν καί ἐφηρμόσαμεν ἐπὶ τῶν ἀρχικῶν περιπτώσεων, ὅμως ἐν

τὴν Ἑλ-
υργήσαμεν
κι ἐν πολ-
καὶ ἐξαγ-

συνεχεία, πλὴν μᾶς, τὴν ὁποίαν ἐχειρουργήσαμεν τελευταίως διὰ πλαγίας τομῆς εἰς ὄλας τὰς ἄλλας ἐφηρμόσαμεν τὴν ὀπισθίαν τύπου Osborn. Θεωροῦμεν ὅτι αὕτη ἀφ' ἐνὸς ἀσφαλίσει περισσότερο μετεγχειρητικῶς, ἀφ' ἑτέρου δίδει καλύτερον προσανατολισμὸν κατὰ τὴν δημιουργίαν τῆς κοτύλης, συγχρόνως δὲ ἐπιτρέπει εὐκόλως ἐπὶ ἐνδείξει τὴν μετατόπισιν κα-



Εἰκὼν 28. Ἀπαγωγή καὶ προσαγωγή τοῦ χειρουργηθέντος ἰσχίου διὰ cup. δεξιὰ. Ἡ αὐτὴ περίπτωση 2.

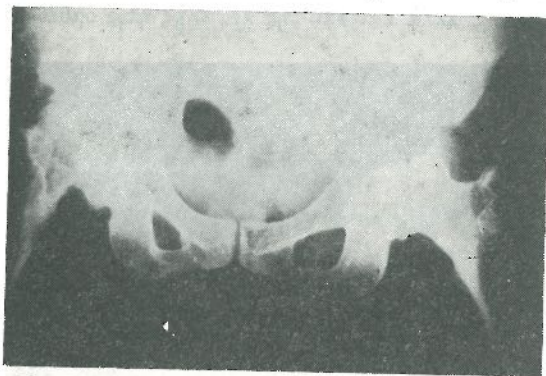
τωτέρω τοῦ μείζονος τροχαντήρος. Ἐπὶ τοῦ τελευταίου ἂν καὶ ἡ Σχολὴ τῆς Βοστώνης θεωρεῖ ὅτι ἡ πρὸς τὰ κάτω μετατόπισις τοῦ τροχαντήρος δέον νὰ ἐφηρμόζηται πάντοτε, ἡμεῖς ἀκολουθοῦμεν τὴν ἀρχικὴν ἀντίληψιν ὅλων τῶν κλασσικῶν χειρουργῶν ἐπὶ τῆς cup, δηλαδὴ μόνον ὅτε ὁ αὐχὴν εἶναι βραχὺς νὰ μετατοπίζωμεν τὸν τροχαντήρα. Κατὰ τὴν κατασκευὴν τῆς κοτύλης τὰ σημεῖα ἅτινα ἔχουν σημασίαν εἶναι ὅτι αὕτη νὰ εἶναι ἀρκετὰ βαθεῖα ὥστε κατὰ τὰ 3)4 νὰ καλύπτῃ τὴν cup. Ὁ πυθμὴν τῆς νὰ ἐδράζεται εἰσέτι καὶ ἐπὶ τοῦ ἔσω φλοιοῦ τοῦ λαγονίου, ἡ δὲ κατεύθυνσις τῆς ἐξαρτᾶται πάντοτε ἐκ τοῦ ὑφισταμένου βαθμοῦ anteversion τοῦ αὐχένος κεφαλῆς, τοῦ μήκους αὐτοῦ, τῆς ἐκκέντρου ἢ κεντρικῆς θέσεως τῆς ἀρχικῆς τοιαύτης, τῆς ρηχότητός τῆς ἢ τοῦ μεγάλου βάθους τῆς καὶ τῆς διαπλατύσεως τῆς ἐνίοτε ἥτις εἶναι σοβαρὸν πρόβλημα.

Ἀπὸ πλευρᾶς χρόνων ἐπεμβάσεως ἀναφέρω τὰ κάτωθι:

Μετὰ τὴν παρασκευὴν τοῦ θυλάκου, (τὸν ὅποιον ἀφαιροῦμεν μετὰ τὴν ἀπεξάρθρωσιν καὶ ὀπισθίως) προβαίνομεν εἰς διατομὴν του, ἀπεξάρθρωσιν καὶ παρασκευὴν τῆς κεφαλῆς, ἀφαιρεῖται ὅλος ὁ χόνδρος μέχρι ὕψους ὀστέου, τὰ δὲ σημεῖα ὅπου ὑφίστανται κυστικαὶ ἀλλοιώσεις καθαρίζονται καλῶς. Εἰς τὴν περίπτωσιν μεγάλης κύστεως προτιμῶμεν νὰ τὴν ἀφήσωμεν κενὴν παρὰ νὰ θέσωμεν ἐντὸς αὐτῆς μοσχεύματα. Ἀφοῦ διευθετηθῇ ἡ κεφαλὴ ἐφηρμόζωμεν

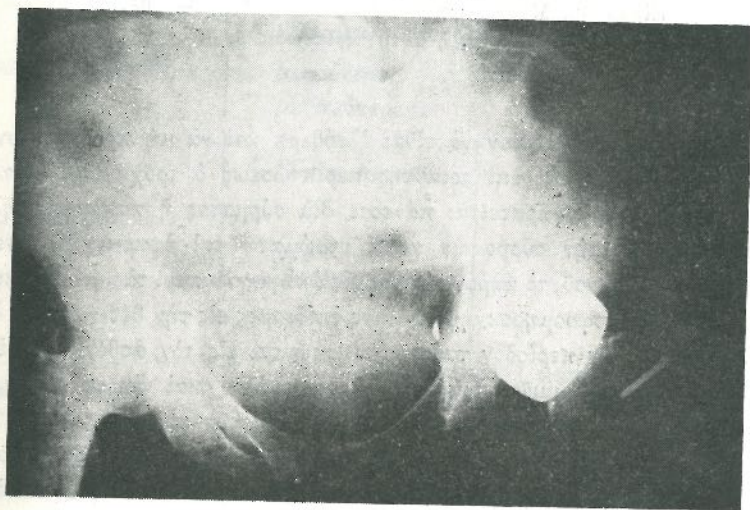
διά πλα-
ν τύπου
γχειρητι-
ογίαν τῆς
πισιν κα-

μίαν ἐκ τῶν cup ἐπ' αὐτῆς, τοιοῦτοτρόπως ὥστε νὰ διολισθαίῃ τελείως, ἐλευ-
θέρως καὶ ἀδιάστως περίξ τῆς κεφαλῆς. Κατόπιν ὑπολογίζομεν τὸν ὀρθὸν προ-
σανατολισμὸν τῆς νέας ὑπὸ κατασκευὴν κοτύλης καὶ ἀνασκάπτομεν, ἀφαιρῶν-
τες πρῶτον ὅλα τὰ ὀστεόφυτα τοῦ χεῖλους αὐτῆς. Τὸ ἔαθος αὐτῆς κατ' ἀρχὴν



Εἰκὼν 3. Προεγχειρητικὴ ἀπεικόνισις. Ἄρθριτις προ-
κεχωρημένη ἀριστερά.

Σχολή τῆς
δε δέον νὰ
ἔλῃ τῶν
λαὶ βραχὺς
στύλης τὰ
ῶστε κατὰ
αὶ ἐπὶ τοῦ
ἐκ τοῦ ὕφι-
οῦ, τῆς ἐκ-
της ἢ τοῦ
βαρὸν πρό-

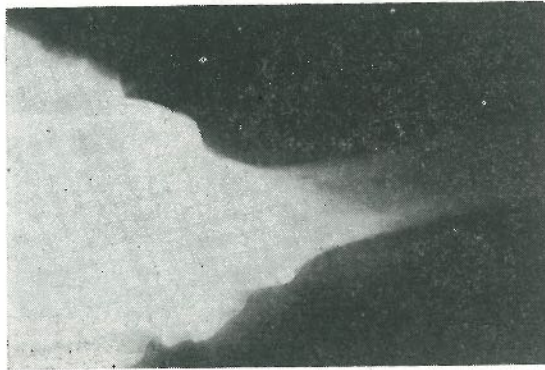


Εἰκὼν 3α. Μετεγχειρητικὴ ἀπεικόνισις Faco. Ἄρθρο-
πλαστικὴ Cup. ἀρ. ἰσχίου. Τροχαντῆρ εἰς χαμηλότε-
ρον ἐπίπεδον συγκρατηθεὶς διὰ κοχλιωτοῦ ἡλίου. Πε-
ρίπτωσις 3.

μετὰ τὴν
θρωσιν καὶ
ιστοῦ, τὰ δὲ
ς. Εἰς τὴν
ν παρὰ νὰ
ραρμύζωμεν

ἐξικνεῖται ἀναλόγως τοῦ πάχους, τοῦ χόνδρου, διότι καὶ ἐνταῦθα δέον ὅπως
ἀνασκάψωμεν μέχρι ὑγιῶς ὀστοῦ. Ἡ ἐκσκαφή θὰ ἀρχίσῃ ἐκ τοῦ κέντρου προο-
δευτικῶς πρὸς τὸ ἔαθος καὶ μόνον εἰς τὸ τέλος θὰ ἀφαιρεθοῦν τὰ πλάγια τοι-
χώματα καὶ ἡ ὀροφή. Ἡ συχνὴ δοκιμὴ τῆς τοποθετήσεως τῆς cup ἐντὸς τῆς

κοτύλης διὰ τὴν ἀνεύρεσιν τῆς σωστῆς κατασκευῆς εἶναι ἀπαραίτητος. Ἐπίσης δύο ἢ τρεῖς ἀκτινογραφίαι μετὰ τὴν cup ἐντὸς τῆς δημιουργουμένης κοτύλης εἰς face θέσιν καὶ 3) 4 μεγάλως διευκολύνει τὸν προσανατολισμὸν κατὰ διεύθυνσιν ἀπὸ πλευρᾶς βάρους. Ἡ τελικὴ δοκιμὴ ἐπιτρέπει ἐλευθέραν κίνησιν τῆς cup ἐντὸς τῆς κοτύλης ἀλλὰ καὶ ἐπὶ τῆς κεφαλῆς ἥτις βαθέως ἐδράζεται ἐντὸς



Εἰκὼν 3β. Μετεγχειρητικὴ ἀπεικόνισις Cup. ἀρ. 0έ-
σις profil, ἢ αὐτὴ περίπτωσις 3.

τῆς cup. Τὰ χεῖλη αὐτῆς δεόν νὰ εἶναι ἐλεύθερα καὶ νὰ μὴ προσκρούουν ἐπὶ τοῦ μείζονος τροχαντήρος, ἐπὶ τοιαύτης περιπτώσεως ὁ τροχαντήρ μετατοπίζεται κατωτέρω καὶ συγκρατεῖται πάντοτε διὰ σύρματος ἢ κοχλιωτοῦ ἤλου.

Τελικῶς μετὰ τὴν συρραφὴν κατὰ στρώματα καὶ ἐφαρμογὴν συνεχοῦς ἀπορροφήσεως διὰ κενοῦ, τὸ ἄκρον τίθεται εἰς ἀπαγωγὴν περὶ τὰς 45-60° καὶ τοποθετεῖται γυψίνος ὀσφυομηροκνημοποδικὸς ἐπίδεσμος εἰς τὴν θέσιν αὐτήν, διὰ 3 ἑβδομάδας. Κατὰ τὴν περίοδον ταύτην συνιστῶνται εἰς τὸν ἀσθενὴν νὰ ἐπιτελῇ στατικὰς ἀσκήσεις μυῶν λεκάνης, τετρακεφάλου καὶ ἄκρου ποδός, τὰς ὁποίας ἔχει διδαχθῆ προεγχειρητικῶς. Ἡ ἐναρξίς τῆς φυσικοθεραπείας γίνεται μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ γυψίνου ἐπιδέσμου δι' ἀναρτήσεως τοῦ ἄκρου εἰς θαλακινικὸν πεδίον μετὰ ἐξάρτησιν κατὰ Russel. Ἡ προσπάθεια μας δι' ἄλλας τρεῖς ἑβδομάδας εἶναι ἡ ἀποκατάστασις τῆς κάμψεως, ἐκτάσεως καὶ ἀπαγωγῆς. Δὲν ἐκτελοῦμεν καμμίαν προσπάθειαν προσαγωγῆς παρὰ μόνον μετὰ τὴν ὅγην ἑβδομάδα. Εἰς περίπτωσιν σπασμοῦ μυϊκοῦ χορηγοῦμεν ἀντιφλογιστικά, αὐξάνομεν τὸ βάρος τῆς ἐκτάσεως καὶ ἐλαττώνομεν τὸν ρυθμὸν ἀσκήσεων διὰ 3-6 ἡμέρας. Ἡ ἔγερσις τοῦ ἀσθενοῦς μετὰ βακτηρίας μασχάλης — μετὰ μὴ πλήρη διαβίβασιν βάρους ἐπιτρέπεται ὅψ' ἡμῶν μεταξὺ 2ου - 3ου μηνὸς ἀναλόγως τῆς ἐπανακτῆσεως τῆς ἰσχύος τῶν μυῶν. Ἡ διαβίβασις πλήρους βάρους, ἀλλὰ πάντοτε μετὰ τὰς βακτηρίας μασχάλης διατηρεῖται μέχρι τοῦ 6ου μηνός. Μεταξὺ

3ου και 6ου μηνός συνιστώμεν και εφαρμόζωμεν ασκήσεις υπό τὸ ὕδωρ.

Και τώρα μερικά στοιχεία ἀπὸ τὰς χειρουργηθείσας 12 περιπτώσεις, ὁ ἀριθμός, τὸ φύλον, ἡ ἡλικία, τὸ εἶδος τῆς παθήσεως, αἱ μετεγχειρητικαὶ ἐπιπλοκαί, ὁ χρόνος παρακολουθήσεως καὶ τὰ ἀποτελέσματά μας:

| | | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------|-----------|----|
| Φύλον | } | ἄρρενες | 0 | |
| | | θῆλεις | 12 | |
| Ἡλικία | } | μικροτέρα | 16 ἐτῶν | |
| | | μεγαλυτέρα | 50 ἐτῶν | |
| Παθήσεις | } | ὀστεοαρθρίτις | 10 | |
| | | ρευματοειδῆς ἀρθρίτις | 1 | |
| | | Δρεπανοκυτταρική ἀναιμία | 1 | |
| Μετεγχειρητικαὶ ἐπιπλοκαί : | | | | |
| Γενικαί | } | Θάνατοι | 0 | |
| | | Ἐμβολὴ πνευμονική | 1 | |
| Τοπικαί | } | Θρομβοφλεβίτις | 2 | |
| | | Ἐξάρθρημα τῆς CUP | 1 | |
| Χρόνος παρακολουθήσεως | } | Φλεγμονὴ ἐπιπολαία | 1 | |
| | | μικρότερος | 1 ἔτος | |
| | | μεγαλύτερος | 7 ἔτη | |
| Ἀποτελέσματα | } | Ἵποκειμενικά | ἄριστα | 10 |
| | | | καλὰ | 2 |
| | | Ἀντικειμενικά | ἄριστα | 7 |
| | | | λίαν καλὰ | 2 |
| | | | καλὸν | 1 |
| | | μέτρια | 2 | |

— Ἐπὶ περιπτώσεων (7) κατὰ τὸν πίνακα GADE βελτίωσις κινήσεως 60%. Ἐξάλειψις τελείως πόνου καὶ πλήρης σταθερότης.

— Ἐπὶ (2) περιπτώσεων, βελτίωσις κινήσεων 40%. Τελεία ἐξάλειψις τοῦ ἄλγους, πλήρης σταθερότης.

— Ἐπὶ (1) περιπτώσεως βελτίωσις κινήσεων 30%. Πόνος εἰς μεγάλην κόπωσην καὶ σχετικὴ ἀστάθεια - ἐπανεγχείρησις.

— Ἐπὶ (2) περιπτώσεων βελτίωσις κινήσεων 40%. Πόνος ἥπιος, σχετικὴ σταθερότης. Συνεστήθη ἡ ἐπανεγχείρησις ἀλλὰ οἱ ἀσθενεῖς εἶναι εὐχαριστημένοι.

Ἐπίσης
τύλης εἰς
διεύθυν-
ησιν τῆς
εται ἐντὸς

οῦον ἐπὶ
μετατοπί-
σοῦ ἤλου.
συνεχοῦς
30° καὶ το-
τήν, διὰ 3
γὰ ἐπιτε-
τοδός, τὰς
εἰας γίνε-
ἄκρου εἰς
δι' ἄλλας
αἱ ἀπαγω-
ι μετὰ τὴν
ολογιστικά,
ήσεων διὰ
μὴ πλήρη
κλόγως τῆς
ἀλλὰ πάν-
ως. Μεταξὺ

SUMMARY

Cup arthroplasty of the Hip

By

B. P. PETROPOULOS,

Orthop. surgeon — Athens —

12 cases of cup arthroplasty of the hip operated on by the author, are presented in detail.— The advantages and disadvantages and particularly the difficulties which a surgeon can face applying the method on greek patients, are discussed. The cup arthroplasty is still very useful method especially for young or middle aged patients where total hip replacement is not an accepted method. The close cooperation which is needed between surgeon and patient and the necessity of a long postoperative period of physiotherapy treatment and close observation, is stressed. The follow-up of this 12 operated cases is between 8 and 1 year and until now apart of one revision done in a lady 12 months after the initial operation, all the other 11 cases were very good.

BIBLIOGRAPHY

- 2.— AUFRANC O.E. (1954). Constructive Hip Surgery with Mold Arthroplasty. American Academy of Orthopaedic Surgeons, Instructional Course Lectures II. Ann Arbor, Edwards.
- 2.— AUFRANC O.E. 1968. Constructive Surgery of the hip.— Mosby.
- 3.— LAW, W.A. (1962). Late results in Vitallium - mold arthroplasty of the hip. J.B.J.S.. 44 A, 1497.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΙΣ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ

Υπό

Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗ, Χ. ΣΙΑΠΚΑΡΑ, Κ. ΓΑΓΓΑΝΑΚΗ

Ἐχομεν τὴν τιμὴν νὰ σὰς παρουσιάσωμεν περίπτωσιν πλασματοκυτταρικοῦ μυελώματος. Ὡς γνωστόν, τὸ μυελώμα προσβάλλει συνήθως ἄρρενας ἡλικίας 40—60 ἐτῶν. Ἡ ἀνέυρεσις πλασματοκυτταρικοῦ μυελώματος εἰς ἄτομα ἡλικίας 30—40 ἐτῶν εἶναι σπανία, ἀσυνήθης δὲ εἰς τοιαῦτα ἡλικίας κάτω τῶν 30 ἐτῶν.

Ἡ ἡμετέρα περίπτωσις ἀφορᾷ θῆλυ ἡλικίας 26 ἐτῶν, τὸ ὁποῖον προσῆλθεν τὸν Αὐγούστου τοῦ 1969 αἰτιώμενον δι' ἄλλος κατὰ τὴν ἀριστερὰν ἄνω κνημιαίαν μετάφυσιν.

Ἐκ τοῦ ἱστορικοῦ ἡ ἀσθενὴς ἀναφέρει πρὸ τετραμήνου κάκωσιν κατὰ τὸ ἀλγούν σημεῖον, τοῦ ἄλλους ὑποχωρήσαντος μετὰ πάροδον ἡμερῶν.

Ἀπὸ μηνὸς ἤρχισεν καὶ πάλιν ἀλγοῦσα, τὸ δὲ ἄλλος ἠῤῥῆξαντο μετὰ κόπωσιν ἢ τῆ πιέσει. Τοπικῶς ἡ περιοχὴ διεπιστώθη θερμότερα. Κινήσεις γόνατος ἐλεύθεραι.

Γενομένη ἀκτινογραφία ἀπέδειξεν κυστικὴν ἀλλοίωσιν μεγέθους παλάμης βρέφους, καταλαμβάουσα τὴν μετάφυσιν μέχρι τῶν ἀκτινολογικῶν ὁρίων τοῦ φλοιοῦ καὶ μικρᾶς λεπτόνσεως τούτου.

Ἀντίδρασις περιοριστικὴ δὲν παρετηρήθη, τὰ ὅρια τῆς κυστικῆς ἀλλοιώσεως ἦσαν μᾶλλον σαφῆ. Γεγόμεναι ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις αἵματος κ.λ.π. φυσιολογικαὶ (Τ.Κ.Ε. 13).

Ἡ σκέψις μας ἐστράφη πρὸς ἐρυθρόφαιον ὄγκον ἢ κυστικὴν ὀστεΐτιδα καὶ ἡ ἀσθενὴς προητοιμάσθη δι' ἐγχειρητικὴν διοψίαν μετὰ ρυθμὸν κανονικῆς ἐγχειρήσεως. (Προσεκτικὴ ἀπόψις - καθαρισμὸς καὶ κλήρωσις τῆς κοιλότητος δι' ὀστικῶν αὐτομοσχευμάτων).

Κατὰ τὴν ἐγχείρησιν ἡ κύστις ἐφαίνετο πεπληρωμένη διὰ μαλακοῦ ἰστοῦ ὡς ἐπὶ ἰνώδους κυστικῆς ὀστεΐτιδος ἢ ἐρυθροφαίου ὄγκου.

Ἡ ἱστολογικὴ ἐξέταση (6050) 11.8.69 ἀναφέρει ἐν συμπεράσματι ὅτι «πρόκειται περὶ μυελοπλαστικοῦ νεοπλασματος παρουσιάζοντος τοὺς μορφολογικοὺς χαρακτήρας πρᾶσματοκυτταρικοῦ μυελώματος ἀξητικῆς τύπου» (Δρ Οὐρανία Ἀναστασιάδου).

Ἡ ἐκπληξίς μας ὑπῆρξε μεγάλη δεδομένης τῆς ἡλικίας καὶ τοῦ φύλου τῆς ἀσθενοῦς καὶ τῶν πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως γενομένων ἐργαστηριακῶν ἐξετάσεων, αἵτινες ἦσαν φυσιολογικαὶ (Τ.Κ.Ε. 13 Γενικὴ αἵματος κ.φ., Γενικὴ οὐρῶν, σάκχαρον, οὐρία Ca αἵματος κ.φ.).

Μετεγχειρητικῶς καὶ μετὰ τὴν ἱστολογικὴν διαπίστωσιν τοῦ μυελώματος αἱ ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις εὐρέθησαν ὡς ἀκολούθως:

1. Τ.Κ.Ε. 85/108.
2. Λεύκωμα Bence - Jones δὲν ἀνευρέθη.
3. Στερνικὴ παρακέντησις ὑπὸ γενικὴν ἀναισθησίαν οὐδὲν ἀπέδειξεν.
4. Παρακέντησις λαγονίου δὲν ἐγένετο λόγῳ ὑπερευαισθησίας τοῦ ἀσθενοῦς, διὸ καὶ ἡ προηγηθεῖσα στερνικὴ παρακέντησις ἐγένετο ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν.
5. Παρακέντησις ἥπατος, σπληνός, λεμφαδένος δὲν ἐγένετο, διότι ἦτο ἤδη γνωστὴ προσβολὴ τοῦ μυελοῦ τῶν ὀστέων καὶ ἐπομένως ἐξωμυελικαὶ ἐστὶαι δὲν ἀναζητοῦνται.

6. Ἀπλὴ ἠλεκτροφόρησις λευκοκυττῶν ὄρου φυσιολογικαί.

7. Ἀνοσοηλεκτροφόρησις ὄρου: Ἀνοσοφαίρινα ἐντὸς φυσιολογικῶν ὁρίων, διὰ τῶν εἰς τὴν διάθεσίν μας ἀνοσορροῶν. (Βα Πανεπιστημιακὴ Κλινικὴ: «Ἱπποκράτειον Νοσοκομεῖον»).

8. Γενόμενος ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος κρανίου, πλευρῶν, Σ.Σ. καὶ μακρῶν αὐλοειδῶν ὀστέων, δὲν ἀπέδειξεν τι τὸ παθολογικόν, πλὴν ὑπόπτου μικρᾶς διαυγαστικῆς κηλίδος μεγέθους πεντηκονταλέπτου κατὰ τὸ κέντρον τῆς ἄνω δεξιᾶς κνημιαίας μεταφύσεως, ὁρατῆς μόνον εἰς τὴν ἐκ τοῦ πλαγίου ἀκτινογραφίαν.

Παρὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ὑποπτον ἐστὶαν εἰς τὴν ἄνω δεξιᾶν κνημιαίαν μετὰφυσιν, θεωροῦμεν τὴν πάθησιν ὡς «μονῆρες μυελωμα».

Ἡ σκέψις μας βασίζεται εἰς τὸ νεαρὸν τῆς ἡλικίας, τὴν ἔλλειψιν τῶν ἐπὶ μυελώματος συνήθων ἐργαστηριακῶν εὐρημάτων καὶ τὴν ἐντόπισιν.

Εἶναι μονῆρες τὸ μυελωμα; Καταφατικὴ ἀπάντησις θὰ δοθῇ ἐπὶ ἐπιδιώσεως τοῦ πάσχοντος πέραν τῆς δεκαετίας καὶ ἐπὶ διαπιστώσεως παραμονῆς «ὡς μονήρους» τῆς ἐντοπίσεως.

Δυνατὸν ὅμως καὶ ἡ ἐγχειρητικὴ βιοψία μονήρους μυελώματος νὰ διευκολύνη τὴν διασποράν. Ἐπομένως μονῆρες μυελωμα δέον νὰ θεωρηθῇ τὸ τοιοῦτον παραμένον μονῆρες ἐπὶ 10ετίαν ἀπὸ τῆς διαγνώσεως, ἕνευ οὐδεμιᾶς ἐγχειρητικῆς δράσεως ἐπὶ τῆς ἐστίας.

ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΙΣ
ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΗ ΥΠΟ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ
ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΕΠΙ ΤΡΙΩΝ ΤΕΚΝΩΝ
ΤΗΣ ΑΥΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Υπό

Υφηγητοῦ ΕΜΜ. Κ. ΔΡΕΤΑΚΗ

Ἡ ἐμφάνισις ἰδιοπαθοῦς σκολιώσεως εἰς πλείονα τοῦ ἐνὸς ἄτομα τῆς αὐτῆς οἰκογενείας δὲν ἀποτελεῖ κάτι τὸ ἐξαιρετικῶς σπάνιον. Περιπτώσεις ἰδιοπαθοῦς σκολιώσεως ἔχουν ἐπίσης περιγραφῆ ἐπὶ διδύμων ὑπὸ τῶν Weiser (1947), Esteve (1958), H. Ros Codorniu (1958), Murdoch (1959) καὶ Ben Hull (1961).

Ἡ Ruth Wynne-Davies (1968), εἰς ἐργασίαν τῆς βασισμένην ἐπὶ 114 περιπτώσεων ἰδιοπαθοῦς σκολιώσεως, ἀναφέρει ὅτι εἰς τὰς 27 ἐξ αὐτῶν ἡ σκολιῶσις συνωδεύετο ὑπὸ διαφόρων ἀνωμαλιῶν τῆς ἀναπτύξεως, ἐνίοτε πλείονων τῆς μιᾶς, ἐπὶ τοῦ αὐτοῦ ἀτόμου.

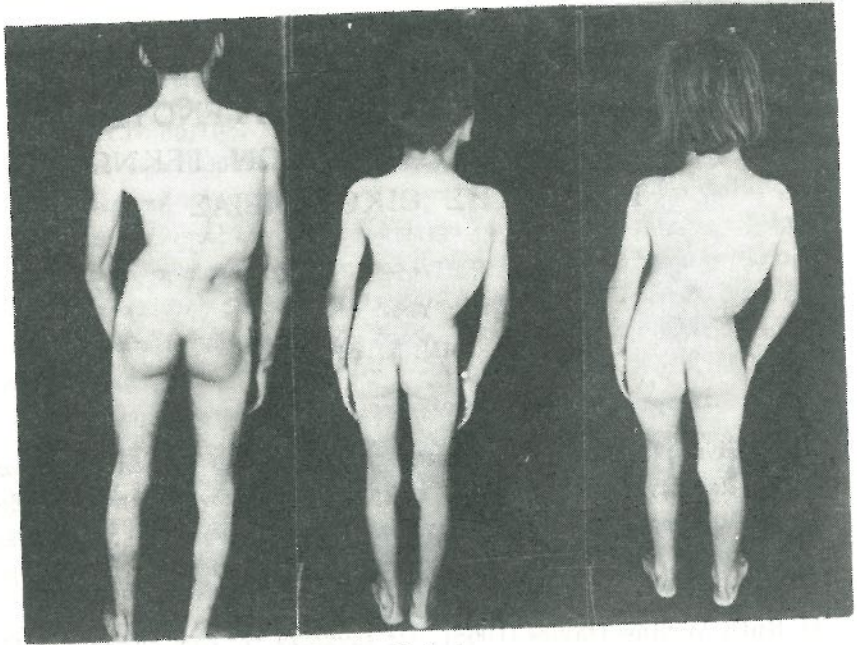
Ἀπὸ ἀπόψεως συχνότητος — κατὰ τὴν ἰδίαν συγγραφέα — τὴν πρώτην θέσιν μεταξὺ τῶν ἐν λόγῳ ἀνωμαλιῶν κατέχουν ἡ διανοητικὴ ἔκπτωσης καὶ ἡ ἐπιληψία (15 περιπτώσεις), ἀκολουθούμεναι ὑπὸ τῶν συγγενῶν καρδιοπαθειῶν (5 περιπτώσεις), τοῦ συγγενοῦς ἐξαρθρήματος τοῦ ἰσχίου (4 περιπτώσεις), ὡς καὶ ἐτέρων ἀνωμαλιῶν τῶν ἄνω καὶ κάτω ἄκρων.

Προσφάτως, εἶχομεν τὴν εὐκαιρίαν νὰ μελετήσωμεν, εἰς τὴν Α' Ὀρθοπαιδικῆν Κλινικὴν τοῦ Ἀσκληπείου Βούλας, τρεῖς περιπτώσεις οἰκογενοῦς, ἰδιοπαθοῦς σκολιώσεως, συνοδευομένης ὑπὸ συγγενοῦς ἐγκεφαλοπαθείας.

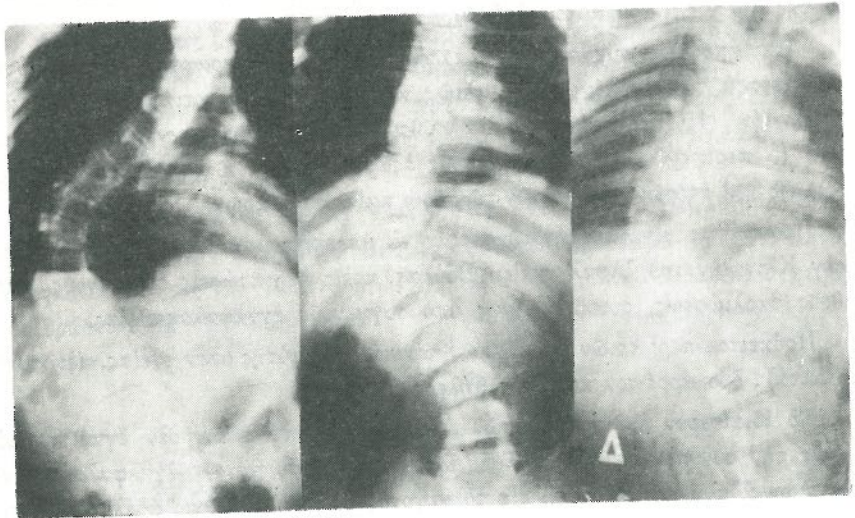
Πρόκειται περὶ τριῶν ἀμφιθαλῶν τέκνων τῆς αὐτῆς οἰκογενείας, (ἐκ συνόλου ἐπτά), δύο ἀρρένων καὶ ἐνὸς θήλειος.

Τὸ ἰδιαιτέρον ἐνδιαφέρον τῶν ἀνωτέρω περιπτώσεων, δὲν ἔγκειται μόνον εἰς τὴν συνύπαρξιν τῆς σκολιώσεως μετὰ τῆς συγγενοῦς ἐγκεφαλοπαθείας ἐπὶ τριῶν ἀδελφῶν, ἀλλὰ καὶ εἰς τὸ γεγονός ὅτι, τὰ ἐν λόγῳ ἀδελφία ἀποτελοῦν πιστὸν ἀντίγραφον μεταξὺ των, τόσον ἀπὸ ἀπόψεως ἐξωτερι-

κής έμφραγίσεως, όσον και από απόψεως τύπου σκολιώσεως και νευρολογικών εδρημάτων. (Εικόνες 1—2).



Εικών 1.



Εικών 2.

Ἡμέτεραι περιπτώσεις

Πρόκειται περὶ τριῶν τέκνων, ἐκ συνόλου ἑπτά, συγκεκριμένως δὲ περὶ τοῦ Ιου, Βου καὶ Γου τέκνου τῆς ἰδίας οικογενείας. Ἐξ αὐτῶν, τὰ δύο εἶναι ἄρρενα, ἡλικίας 18 καὶ 8 ἐτῶν ἀντιστοίχως, καὶ τὸ τρίτον, θήλυ, ἡλικίας 6 ἐτῶν.

Ἄπαντα ἐγεννήθησαν ἐν Κρήτῃ ὑπὸ γονέων Ἑλλήνων, προσφύγων ἐκ Μ. Ἀσίας. Ἡ κύρις ἦτο φυσιολογικὴ καὶ εἰς τὰς τρεῖς περιπτώσεις, ἡ δὲ μήτηρ δὲν ἐνόσησεν ἐξ οἰασθήποτε νόσου κατὰ τὴν διάρκειαν αὐτῆς. Τὸ πρῶτον ἐκ τῶν πασχόντων τέκνων ἐγεννήθη δυσχερῶς, δι' ἐμβρουλικίας, τὰ δὲ ἕτερα δύο φυσιολογικῶς.

Κληρονομικόν.

Πάπποι ἐκ πατρὸς: Οὗτοι ἀπέθανον σχετικῶς νέοι, ἐκ λοιμῶδων νοσημάτων, δὲν θεωρεῖται δὲ ὅτι ἐπάσχον ἐκ σκολιώσεως.

Πάπποι ἐκ μητρὸς: Ὁ μὲν πάππος ζῆ ἔχων καλῶς, ἡ δὲ μάμμη ἀπέθανεν εἰς νέαν σχετικῶς ἡλικίαν ἐκ λοιμῶδους νοσήματος. Αὕτη δὲν ἐνεφανίζεν σκολίωσιν. Ὁ πατήρ, ἡλικίας 53 ἐτῶν, ἐμφανίζει ἐλαφρὰν κύφωσιν ἀπὸ νεαρῆς ἡλικίας, ἡ δὲ μήτηρ, ἡλικίας 46 ἐτῶν, οὐδὲν τὸ παθολογικὸν ἐμφανίζει. Τὰ ἕτερα 4 ἀδελφία τῶν ἀσθενῶν, ἦτοι, τρία θήλεια ἡλικίας 14, 13 καὶ 12 ἐτῶν ἀντιστοίχως, καὶ ἓν ἄρρεν ἡλικίας 16 ἐτῶν, καθὼς καὶ οἱ λοιποὶ συγγενεῖς, δὲν ἐμφανίζουν σκολίωσιν ἢ ἕτεραν ἀνωμαλίαν.

Καὶ οἱ τρεῖς ἀδελφοὶ ἐμφανίζουν θωρακοσφυρικήν σκολίωσιν, μὲ τὸ κυρτὸν πρὸς τὰ δεξιὰ καὶ εὐμεγέθη πλευρικὸν ἦδον (εἰκ. 1) Ἡ παραμόρφωσις αὕτη, οὖσα μικροτέρου βαθμοῦ ἀρχικῶς, ἐγένετο ἀντιληπτὴ ὑπὸ τῶν γονέων εἰς ἡλικίαν 10 περίπου ἐτῶν εἰς τὸν πρῶτον, καὶ 2 ἐτῶν εἰς τοὺς ἑτέρους δύο ἀσθενεῖς.

Νευρολογικὰ εὐρήματα (κοινὰ καὶ εἰς τοὺς τρεῖς ἀσθενεῖς) :

Παρατηρεῖται βαθμὸς τις θραδυψυχισμοῦ.

Αἱ πρὸς τὰ πλάγια κινήσεις τῶν βολβῶν (ἔσω - ἔξω) οὐδόλως τελοῦνται. (Συνδρομὴ Foville). Ἡ κάθετος κίνησις τῶν βολβῶν εἶναι ἐπίσης περιωρισμένη (Συνδρομὴ Parinaud). Παρατηρεῖται αὐτόματος νυσταγμὸς. Φωτοκινητικὰ ἀντανακλαστικὰ φυσιολογικά. Ἐκ τοῦ θυθοῦ οὐδέν. Τὰ φαρυγγικὰ ἀντανακλαστικὰ ὑπολείπονται ὀλίγον εἰς τὸ ἀριστερὸν ἡμισί. Ἐπίσης, ἡ σταφυλὴ εὐρίσκεται παρεκτοπισμένη πρὸς τὰ δεξιὰ. Romberg, ἢ ἕτερα παρεγκεφαλιδικὰ σημεῖα ἐλλείπουν.

Παρατηρείται ελαφρὸς τρόμος τῆς κεφαλῆς, ἰδίως κατὰ τὰς ἐνεργητικὰς κινήσεις τοῦ ἀριστεροῦ ἄνω ἄκρου.

Ἀντανακλαστικὰ ἄνω καὶ κάτω ἄκρων κατὰ φύσιν. Βάδισις φυσιολογική. Τὰ ἀνωτέρω εὐρήματα δεικνύουν, ὅτι πρόκειται περὶ συγγενεῦς ἐγκεφαλοπαθείας, τὸ ἀνατομικὸν ὑπόστρωμα τῆς ὁποίας ἐδράζεται προφανῶς εἰς τὸν μέσον ἐγκέφαλον (τετράδυμον καὶ δὴ πρόσθιον διδύμον), μὲ προέκτασιν πρὸς τὴν γέφυραν καὶ τὸν πυρήνα τοῦ X νεύρου, δεξιᾶ.

ΣΥΖΗΤΗΣΙΣ

Ἡ συνύπαρξις τῆς περιγραφείσης μορφῆς συγγενεῦς ἐγκεφαλοπαθείας μετὰ σκολιώσεως, ἐπὶ τριῶν τέκνων τῆς αὐτῆς οἰκογενείας, τονίζει τὸν οἰκογενῆ καὶ κληρονομικὸν χαρακτήρα τῆς παθήσεως, καὶ ἐγείρει τὸ ἐρώτημα, ἐὰν καὶ κατὰ πόσον ὑφίσταται οἰαδῆποτε σχέσις μεταξὺ ἐγκεφαλικῶν ἀλλοιώσεων τοῦ ἀνωτέρω εἴδους καὶ σκολιώσεως τῆς σπονδυλικῆς στήλης.

Λεπτομερῆς κλινικὴ μελέτη μεγαλύτερου ἀριθμοῦ παρομοίων περιπτώσεων, ὡς καὶ πειραματικὴ ἔρευνα ἐπὶ ζώων, πιθανῶς νὰ ἀπεδεικνύετο χρήσιμος διὰ τὴν κατανόησιν τῆς παθογενείας πολλῶν περιπτώσεων τῆς ἰδιοπαθοῦς σκολιώσεως.

S U M M A R Y

Familial idiopathic scoliosis associated with encephalopathy, in three children of the same Family.

by

EMM. DRETAKIS M.D.

B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. BROWNE D. (1965) Congenital Postural Scoliosis. British Medical Journal 2, 565.
2. CODORNIU H - Ros. (1958) Idiopathic Scoliosis of congenital Origin Journal of bone and joint surgery 40 - B, 97.
3. ESTEVE R. (1958) Idiopathic Scoliosis in identical twins. Journal of bone and joint Surgery 40 - B, 97.

4. HULL Ben L, (1961) Scoliosis in Binovoular twin. Journal of bone and joint Surgery 43 - B, 285.
5. JAMES J.I.P. Lloyd, - Roberts G. C. and Pilcher M.E. (1959) infantile structural Scoliosis. Journal of bone and Joint Surgeny 41 - B, 719.
6. MURDOCH G. (1959) Scoliosis in twins. Journal of bone and Joint surgeny 41 - B, 736.
7. WEISER M. (1947) Spiegelbildliche Skoliosen bei Zwillinuen. Zeitschrift fur orthopaedie 76, 264.
8. WYNNE - DAVIES R. (1968) Familial (idiopathic) Scoliosis. Journal of bone and joint surgeny 50 - B, 24.
9. PONSETI I.V. Friedman B, (1950) Prognosis in idiopathic scoliosis. journal of bone and joint surgey 32 - A, 381.

εργητικας

σολογική.
κεφαλοπα-
εις τον μέ-
αισι προς

λοπαθείας
τον οίκα-
έρωτημα,
ον αλλοιώ-
ς.

περιπτώ-
ετο χρήσι-
ιδιοπαθους

hreeé

cal Journal

gin Journal

nal of bone

Η ΟΛΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΙΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΤΑ MÜLLER

Υπό

Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΓΙΩΤΗ, Ε. ΒΑΓΙΑΝΟΥ, Π. ΚΟΝΤΟΥ

Χειρουργών - Ὀρθοπεδικῶν

Ἐχουμεν ἕως τώρα τὴν τιμὴν εἰς τὴν ἐταιρίαν αὐτὴν νὰ ἀκούσωμεν καὶ ἄλλας ἀνακοινώσεις ἐπὶ τοῦ θέματος τῆς ἀντικαταστάσεως τοῦ ἰσχίου δι' ὀλικῶν προθέσεων. Οὕτω, δίδεται εἰς ὅλους μας ἡ εὐκαιρία, ἀφ' ἑνὸς μὲν νὰ διαπιστώσωμεν τὴν ἔκτασιν τῆς ἐφαρμογῆς τῆς μεθόδου ἐν Ἑλλάδι, ἀφ' ἑτέρου δὲ νὰ προσπορίσωμεν κέρδη ἐκ τῆς πείρας ἐτέρων συναδέλφων.

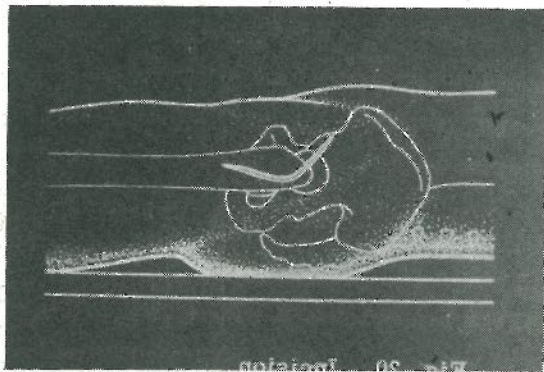
Εἰδικῶς ἐπὶ τοῦ θέματος τῆς ὀλικῆς ἀρθροπλαστικῆς τύπου Müller, ἡ Ἑταιρία ὄλως προσφάτως εἶχεν τὴν τιμὴν νὰ ἀκούσῃ μίαν ὥραϊαν ἀνακοίνωσιν εἰς τὴν ὁποίαν ἐν βραχὺ ἀνεφέρθησαν καὶ θεωρητικαὶ ἀπόψεις καὶ συμπεράσματα ἐπὶ τῆς μεθόδου.

Ἡ ὀλικὴ ἀρθροπλαστικὴ κατὰ Müller ἔχει ἀπὸ 2ετίας ἐφαρμοσθῆ εἰς τὴν ΣΤ' Ὀρθοπεδικὴν Κλινικὴν τοῦ Ἀσκληπείου Βούλας ἐπὶ 24 ἀσθενῶν καὶ 25 ἰσχιῶν συνολικῶς. Ἡ κτηθεῖσα πείρα ἐκ τῆς τοιαύτης ἐφαρμογῆς θὰ ἐκτεθῆ εἰς ὑμᾶς. Δὲν θὰ ἀσχοληθῶμεν μὲ τὴν θεωρητικὴν πλευρὰν τοῦ θέματος, τὸ μὲν διότι νομίζομεν ὅτι ἀρκετὰ ἔχουν λεχθῆ ἀπὸ τοῦ θήματος τούτου, τὸ δὲ διότι εὐκόλως δύναται τις νὰ τὰ ἀναζητήσῃ εἰς τὴν Βιβλιογραφίαν.

Ἐν πρώτοις αἱ παρατηρήσεις μας ἐπὶ τῆς τεχνικῆς. Ἡ προσπέλασις ἥτις ἐχρησιμοποιήθη, εἶνα: ἡ προσπέλασις κατὰ Müller. Εἰς τὴν διαφάνειαν αὐτὴν* (εἰκ. 1) βλέπομεν τὴν τομὴν, τὴν ὁποίαν χρησιμοποιεῖ ὁ Müller. Ἐκ τῆς ἐφαρμογῆς τῆς ὀλίγον κατ' ὀλίγον ἐφθάσαμεν εἰς τὸ συμπέρασμα ὅτι αὕτη δέον νὰ εἶναι ὀλίγον μεγαλυτέρα τῆς ἀρχικῆς καὶ ὅτι τὸ κέντρον τῆς νὰ κεῖται ὀλίγον ὑπερθεν τοῦ μείζονος τροχαντήρος, διότι ἄλλως δυσκολεύεται ἡ ράσπα διανοίξεως τοῦ αὐλοῦ. Ἡ τομὴ τῆς πλατείας περιτονίας παράλληλος οὔσα πρὸς τὴν τομὴν τοῦ δέρματος, δέον νὰ ἀποφεύγῃ τὴν καταστροφὴν τοῦ νεύρου τοῦ τείνοντος

* Ἐκ τῆς ΣΤ' Ὀρθοπεδικῆς Κλινικῆς τοῦ Ἀσκληπείου Βούλας. Διευθυντής : Δρ. Β. Π. Π ε τ ρ ὀ π ο υ λ ο ς.

τὴν πλαταίαν περιτονίαν. Ἐπὶ δύο περιπτώσεων ἀνεπτύχθη εὐαισθησία ἱκανοῦ βαθμοῦ καὶ ἐχρησιμοποιήσαμεν μαλάξεις καὶ ἐπαλείψεις δι' ἄλοιφης ἄλλοτε ἄλλους εἶδους διὰ κατευνασμόν τοῦ ἰδιάζοντος χαρακτήρος τῆς εὐαισθησίας, ὃ ὁποῖος ἐνδεχομένως ὀφείλεται εἰς καταστροφὴν δερματικῶν νευρικῶν κλά-



Εἰκὼν 1. Ἡ κατὰ Müller τομὴ καὶ προσπέλασις ἐκ τοῦ πλαγίου ὀρθωμένη τοῦ ἀσθενοῦς ὑπτίως κατακεκλιμένου.

δων. Τὸ ἰσχίον προσπελάζεται μεταξύ τοῦ ἔξω πλατέως καὶ μέσου γλουτιαίου. Εὐρήκαμεν τὴν προσπέλασιν εὐκολωτέραν ἐπὶ δευτεροπαθῶν ἀρθριτίδων, διότι ἡ κεφαλὴ λόγῳ τῆς ἠϋξημένης προσθίας στροφῆς τοῦ αὐχένος προβάλλει εἰς τὸν χώρον αὐτόν περισσότερον. Ἀκολουθεῖ ἡ ἀφαίρεσις τοῦ προσθίου ἄνω καὶ κάτω τμήματος τοῦ θυλάκου. Ὁ Müller ἀποκολλᾷ μερικῶς τὸ πρόσθιον τμήμα τῆς καταφύσεως τοῦ μέσου γλουτιαίου, εἰς ἡμᾶς μόνον εἰς 3 περιπτώσεις ἐγένετο, διότι ἐθεωρήθη ἀναγκαῖον τοῦτο. Τὴν ἀφαίρεσιν τῆς κεφαλῆς διενεργούμεν κατόπιν ὀστεοτομῆς τοῦ αὐχένος τῇ χρήσει σμίλης, λαμβανομένης φροντίδος ὅπως αὕτη γίνῃ ὑψηλότερον τοῦ δέοντος, οὕτως ὥστε μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῆς κεφαλῆς, ἡ ὁποία τὰς περισστέρας φορές ἀπεξαρροῦται εὐκόλως, νὰ διαμορφοῦμεν τὸ κολόδωμα τοῦ αὐχένος διὰ χειροπρίονος ἀναλόγως τῶν ἀναγκῶν μας, ὅσον ἀφορᾷ τὸ μῆκος τοῦ αὐχένος τῆς προθέσεως εἰς τὴν τελικὴν φάσιν. Παρατηρήσαμεν ὅτι ἡ ἀφαίρεσις τῆς κεφαλῆς ἐπὶ ἀγκυλωθέντων ἰσχιῶν, ὅπως ἐπὶ ρευματοειδοῦς ἀρθριτίδος (ἐπὶ δύο χειρουργηθέντων ἰσχιῶν), ὡς καὶ εἰς ἑτέραν περίπτωσιν ἀπαυχούσης ἀρθροδέσεως, εἶναι εὐκολωτάτη, δυναμένης νὰ ἀφαιρεθῇ κατὰ τμήματα, διότι πάντοτε ὑφίσταται μία σαφῆς διαχωριστικὴ γραμμὴ κατὰ τὴν ἀρθρικὴν σχισμῆν. Ἡ ἀφαίρεσις τοῦ ὀπισθίου τμήματος τοῦ ἀρθρικοῦ θυλάκου ἐνίστε δὲν εἶναι τόσο εὐκολος, ἀλλὰ κανεὶς πάντοτε δέον ἐπ' αὐτοῦ νὰ ἐπιμένῃ, διότι συμφώνως πρὸς τὰς ἀπόψεις τοῦ νευροφυσιολόγου Van Dyke, ἡ αἰσθησις τῆς ἀρθρώσεως ἐπιτελεῖται βασικῶς ἐκ τῶν νευρικῶν ἀπολήξεων τοῦ θυλάκου. Ἡ νεαροποίησις τῆς κοτύλης γίνεταί

ΤΟΥ

σωμεν καὶ
νυ δι' ὄλι-
ἐν γὰ δια-
κφ' ἑτέρου

Müller, ἡ
ἀνακοίνω-
αὶ συμπε-

τῆ εἰς τὴν
θενῶν καὶ
ἰθὰ ἐκτε-
έματος, τὸ
ου, τὸ δὲ

λασις ἦτις
κν αὐτὴν·
ἰς ἐφαρμο-
ν γὰ εἶναι
γον ὑπερ-
ισανόξεως
τὴν τομὴν
τείνοντος

θιντής :

διὰ τῆς εἰδικῆς κυρτῆς σμίλης τοῦ Müller μὲ σχετικὴν εὐκολίαν, συμπληροῦνται δὲ διὰ τοῦ καταλλήλου ἐργαλείου τοῦ Müller, τοῦ ὁποῦοι ἢ χρήσις ἐν σχέσει πρὸς ἄλλα χρησιμοποιηθέντα ἀνάλογα ἐργαλεῖα ἐπὶ ἀρθροπλαστικῆς Cup εἶναι εὐκολωτάτη καὶ τελεσφόρος.

Αἱ διανοιγόμεναι τρεῖς ὀπαί, πρὸς καλυτέραν στερέωσιν τῆς τεχνητῆς κοτύλης, εἰς τὸν πυθμένα τῆς νεαροποιηθείσης τοιαύτης, ἐξ ὧν ἡ μία ἀντιστοιχεῖ εἰς τὸν ἠθικὸν κλάδον, ἡ ἑτέρα εἰς τὸν ἰσχυικὸν καὶ ἡ τρίτη εἰς τὴν ὀροφήν, δέον νὰ γίνεται ταχέως διότι παρατηρήσαμεν shock εἰς τρεῖς ἀσθενεῖς κατὰ τὸ στάδιον αὐτό, ἐξ ὧν ὁ εἰς ἐνεφάνισεν καρδιακὴν ἀνακοπήν. Τοῦτο ἐνδεχομένως ὀφείλεται εἰς τὸ γεγονὸς τῆς μεγαλυτέρας ἀπωλείας αἵματος ἐκ τοῦ αἱμάσσοντος σπογγώδους ὀστίου ἰστού κατὰ τὸν χρόνον αὐτὸν τῆς ἐγχειρήσεως ἢ εἰς νευρογενῆ ἐρεθισμὸν.

Ἡ διάνοιξις τοῦ αὐλοῦ διὰ τῆς καταλλήλου ράσπας τοῦ Müller, εἶναι οὐχὶ δύσκολος ἐνέργεια. Σημεῖα ἅτινα χρήζουσιν προσοχῆς εἶναι ἡ κατάλληλος φορά αὐτῆς καὶ συνεχῆς ἔλεγχος ἀποφυγῆς διανοιξέως ἀντὶ τοῦ αὐλοῦ ὀπῆς διὰ τοῦ ὀπισθίου φλοιοῦ ἰδίᾳ ἐπὶ λίαν ὀστεοπορωτικοῦ ὀστοῦ. Δυστυχῶς ὡς θὰ ἀναφέρωμεν κατωτέρω, συνέβη εἰς ἡμᾶς ἅπαξ τοῦτο. Τὸ δευτερον σημεῖον ἐξ ἴσου σοδαρόν, εἶναι ἡ προστασία διὰ μεγάλου καθέτου ἀγκίστρου τῶν μυϊκῶν ἰνῶν τοῦ μέσου γλουτιαίου μυός. Ἡ κάκωσις τῶν μυϊκῶν ἰνῶν αὐτοῦ ἐνδέχεται νὰ ἀποτελέσῃ αἰτίαν ὀστεοποιοῦ μυϊτιδος μετεγχειρητικῆς, ὡς θὰ ἀναφέρωμεν κατωτέρω.

Πρὸ τῆς στερεώσεως τοῦ κυπελίου καὶ τῆς κεφαλῆς διὰ τοῦ τσιμέντου εἰς τὰς θέσεις των, θεωρῶμεν ὅτι μία γενικὴ πρόβα τοποθετήσεως τῶν στοιχείων αὐτῶν (δηλαδὴ τῆς ὀλικῆς προθέσεως ἄνευ τσιμέντου) εἰς τὰς δημιουργηθείσας ὑποδοχὰς εἶναι ἀναγκαῖα. Μάλιστα ἡ σύγχρονος χάλασις τοῦ μυϊκοῦ τόνου τοῦ ἀσθενοῦς ὑπὸ τοῦ ἀναισθησιολόγου, ὥστε νὰ μὴν πιέζουσιν οἱ μῦς, ὡς καὶ ὁ σύγχρονος ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος μᾶς κατευθύνῃ εἰς τὸν ὀρθὸν δρόμον. Ἡ στερέωσις τοῦ πλαστικοῦ κυπελίου ἐπὶ τῆς νεαροποιηθείσης κοτύλης ἐκτελεῖται θεδαίως δι' ἀκρυλικὸν τσιμέντον. Ἡ πείρα μας εἰς αὐτὸ τὸ βῆμα τῆς ἐγχειρήσεως εἶναι ὅτι πρέπει νὰ τοποθετήσωμεν περίπου 1)3 τῆς ὀλικῆς ποσότητος, εὐθὺς ὡς τὸ τσιμέντον δὲν ἐπικολλᾶται ἐπὶ τῶν χειρακτίων, ὥστε νὰ ἔχη καταστῆ κατὰ τὸ δυνατόν ἀτοξικόν, ἀλλὰ ταχύτατα μετὰ ταῦτα νὰ τοποθετῆται τὸ πλαστικὸν κυπέλιον καὶ ταχύτατα νὰ δίδεται ὁ ὀρθὸς του προσανατολισμὸς, διότι πρέπει νὰ μείνῃ τοῦτο κατὰ τὸ δυνατόν ἐνωρίτερον ἀπολύτως ἀκίνητον, ὥστε νὰ κολλήσῃ εἰς τὴν ὀρθὴν θέσιν. Κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς προσηλώσεως καὶ πιέσεως τῆς πλαστικῆς κοτύλης δὲν χρησιμοποιοῦμεν τὸ ἐργαλεῖον, τὸ ὁποῖον ἔχει περιφερικὴν ἐπαφὴν μετὰ τῆς κοτύλης, ἀλλὰ τὸ μετὰ σφαιριδίον, μόνον διὰ νὰ ἀποφύγωμεν τὴν μεταδίθασιν τῶν μικροκινήσεων τῆς χειρὸς εἰς τὴν κοτύλην. Ὅστω νομίζομεν ὀρθὸν τοῦλάχιστον. Πάντως, ἀκο-

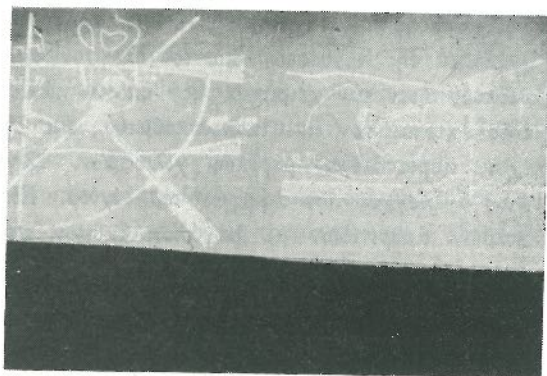
, συμπληρου-
νται εν σχε-
ματικῆς Cup

ῆς τεχνητῆς
μία ἀντιστοι-
εῖς τὴν ὁρο-
σει ἀσθενεῖς
οπήν. Τοῦτο
εἰς αἵματος ἐκ
ν τῆς ἐγχει-

Müller, εἶναι
κατάλληλος
αὐλοῦ ὁπῆς
τυχῶς ὡς θὰ
μεῖτον ἐξ ἴσου
μυϊκῶν ἰνῶν
ἐνδέχεται νὰ
φέρωμεν κα-

οῦ τσιμέντου
ος τῶν στοι-
τάς δημιουρ-
ε τοῦ μυϊκοῦ
ν οἱ μῦς, ὡς
ρθὸν δρόμον.
οτύλης ἐκτε-
τὸ θῆμα τῆς
ε ὀλικῆς πο-
ακτίων, ὥστε
ταῦτα νὰ το-
θὸς του προ-
ρίτερον ἀπο-
ῆν διάρκειαν
οποιοῦμεν τὸ
λλὰ τὸ μετὰ
ινῆσεων τῆς
άντως, ἀκο-

λουθοῦντες τὴν τακτικὴν αὐτὴν οὐδεμίαν παρατηρήσαμεν ἀποτυχίαν προσηλώ-
σεως τῆς κοτύλης. Ἀντιθέτως ὁσάκις ἐκ λόγων κακοῦ προσανατολισμοῦ ἠνα-
γκάσθημεν νὰ ἀφαιρέσωμεν τὴν κοτύλην, πρᾶγμα τὸ ὁποῖον συνέθη δὲς, τοῦτο
ἐγένετο μετὰ σχετικῆς δυσκολίας, τῇ χρήσει σμίλης κατὰ πρῶτον λόγον μετα-
ξὺ κοτύλης καὶ ἀκρυλικοῦ καὶ ἀκολούθως διὰ τριμηματικῆς ἀφαιρέσεως τοῦ
ἀκρυλικοῦ τσιμέντου. Ὁ προσανατολισμὸς τῆς κοτύλης εἶναι τῆς πλαγίας ἀπο-
κλίσεως $45 - 50^\circ$, προσθίας δὲ 15° κατὰ Müller (εἰκ. 2).



Εἰκὼν. 2. Προσανατολισμὸς τῆς πλαγίας καὶ προσ-
θίας ἀποκλίσεως τῆς τεχνητῆς κοτύλης.

Ἐκ τῆς περιορισμένης ἡμῶν πείρας, νομίζομεν ὅτι ἐπὶ οὐδενὶ λόγῳ πρέ-
πει νὰ υπερβαίνῃ ἢ προσθία ἀπόκλισις τὰς 15° , ἴσως δὲ εἶναι προτιμότερον νὰ
εὐρίσκειται εἰς ἀπολύτως ὀριζοντίαν θέσιν. Εἰς τὴν θέσιν αὐτὴν ἡ κοτύλη οὐ-
δόλως παρεμποδίζει τὰς κινήσεις τῆς κάμψεως, ἀντιθέτως προσθία ἀπόκλισις
μεγαλυτέρα τὰς 15° , δημιουργεῖ κινδύνους ἀπεξαρθρώσεως κατὰ τὴν πλήρη
ἐκτασιν τοῦ ἰσχίου καὶ ἐξωτερικὴν στροφήν, θέσιν τὴν ὁποῖαν τείνει νὰ πάρῃ τὸ
σκέλος κατὰ τὴν ἀνάπαυσιν, ὡς καὶ τὸν ὕπνον. Κατὰ τὴν προετοιμασίαν το-
ποθετήσεως τῆς προθέσεως ἐντὸς τοῦ διαμορφωθέντος αὐλοῦ τοῦ μηριαίου κατὰ
τὴν εἰσαγωγὴν τοῦ τσιμέντου, εἰς τινας περιπτώσεις δημιουργήσαμεν ὁπήν δι'
ἀστεοτρυπάνου εἰς κατώτερον σημεῖον τοῦ αὐλοῦ πρὸς ἔξοδον τοῦ ἀέρος, ἀλλὰ
κι' ἐκεῖ ὅπου δὲν διανοιξάμεν ὁπήν οὐδόλως νομίζομεν ὅτι παρεμποδίσθη ἡ
εἰσαγωγὴ τοῦ τσιμέντου ἐκ τοῦ ἐντὸς τοῦ αὐλοῦ ἀέρος, δεδομένου ὅτι κατὰ
τὴν ὄθησιν τοῦ τσιμέντου διὰ εἰδικῶν λεπτοῦ μοχλοῦ δημιουργοῦνται ὀπαὶ δια-
φυγῆς τοῦ ἐντὸς τοῦ αὐλοῦ ἀέρος. Ὁ χρόνος ὅστις ἀπαιτεῖται διὰ τὴν εἰσαγω-
γὴν τοῦ τσιμέντου ἐντὸς τοῦ αὐλοῦ εἶναι μεγάλως σχετικῶς, ἐπὶ πλέον δέ, δέον
νὰ ἀναμένῃ τις μεγαλυτέραν πῆξιν τοῦ τσιμέντου, ὥστε νὰ τὸ εἰσαγάγῃ εἰς τὸν
αὐλὸν διότι ἄλλως παλινδρομεῖ, διὰ τοῦτο ἡ εἰσαγωγὴ τοῦ στυλεοῦ τῆς κεφα-

λικής προθέσεως γίνεται μεθ' ικανής δυσκολίας, τοῦτο ἔχει σημασίαν ὡς θὰ ἀναφέρωμεν κατωτέρω.

Ἀκολούθως ἀνατάσσομεν τὴν κεφαλὴν καὶ προχωροῦμεν εἰς τὴν συρραφὴν τοῦ τραύματος, βεβαίως τόσον μετὰ τὴν ἐφαρμογὴν τῆς κοτύλης, ὅσον καὶ τῆς κεφαλῆς, ἀφαιρεῖται ἢ περίσσεια τοῦ ἀκρυλικοῦ τσιμέντου κατὰ τὸ δυνατόν ἐνωρίτερον καὶ ἐνόσω ἢ οὐσία δὲν ἔχει πῆξι, διότι ἀργότερον καθίσταται δυσχερεστέρα ἢ ἐξαγωγή της. Εἰς τὸ στάδιον αὐτὸ ἐλέγχομεν τὴν λειτουργίαν τῆς προθέσεως καὶ ἀφαιροῦμεν τυχὸν ὀστεοφυτικὰς ἐπεξεργασίας, ἰδίως κατὰ τὸ κάτω τμήμα τῆς κοτύλης.

Μετὰ τὴν ἀνάταξιν τῆς προθέσεως διὰ τὸν ἔλεγχον τῆς ἱκανοποιητικῆς συγκρατήσεως, ἀκολουθοῦμεν τὸν χειρισμὸν τὸν ὁποῖον κάνει ὁ Müller, ἥτοι ἐλκύομεν τὸ σκέλος ἐκτεταμένον καὶ ἱκανοποιούμεθα, ὅτε δὲν ἀπομακρύνονται τὰ δύο στοιχεῖα περισσότερον μερικῶν χιλιοστῶν. Συγχρόνως, κρίνεται ὡς ἀπαραίτητος ὁ ἔλεγχος τῶν στροφῶν τοῦ ἰσχίου. Εἰς πολλὰς περιπτώσεις δευτεροπαθῶν ἀρθριτῖδων μὲ μεγάλον βαθμὸν προσθίας στροφῆς τῆς κεφαλῆς, ἀντιμετωπίσαμεν ἐπιμήκυνσιν τῶν ἔξω στροφῶν μυῶν. Ἀκολουθοῦμεν εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ τὸν Müller, ὅστις συλλαμβάνει τοὺς ἔξω στροφεῖς δι' ἀγκίστρου ἀμβλέως καὶ διατέμνει αὐτοὺς τῇ χρήσει μαχαιριδίου ἐκ τῶν ἔμπροσθεν. Εἰς ἄλλας περιπτώσεις κρίνεται ἀπαραίτητος ἢ διατομὴ τῶν προσαγωγῶν. Αὐτὰ ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἡμετέραν πείραν ἐπὶ τῆς τεχνικῆς τῆς ἐγχειρήσεως. Συρράπτωμεν μετὰ ἐφαρμογῆς ἀπορροφήσεως διὰ κενοῦ καὶ ἀφοῦ τοποθετήσωμεν τοπικῶς κόκκινον Χλωρομυκητίνης. Ὁ Müller χρησιμοποιοῖ διὰ τὸν περιορισμὸν τῆς ἐγχειρητικῆς μολύνσεως συνεχῆ ἔκπλυσιν τοῦ τραύματος διὰ φυσιολογικοῦ ὄρου, τῇ χρήσει μεγάλης σύριγγος καθαρισμοῦ τῶν ὤτων. Ἡμεῖς χρησιμοποιοῦμεν ἀπὸ τῆς ἀρχῆς μέχρι τοῦ τέλους τῆς ἐγχειρήσεως καθαρισμὸν καὶ ἔκπλυσιν τοῦ τραύματος διὰ σπληνίων ἐμβεδρεγμένον εἰς διάλυμα χλωρομυκητίνης, τὴν ὁποίαν ἐπιπάσωμεν καὶ πρὸ τῆς εἰσαγωγῆς τοῦ τσιμέντου εἰς τὸν αὐλόν. Μετεγχειρητικῶς τοποθετεῖται γυψίνη μπόττα μετ' ἐφαρμογῆς ἐγκαρσίου πῆχεος πρὸς ἀποφυγὴν ἔξω στροφῆς. Ἡ παροχέτευσις ἀφαιρεῖται τὴν δευτέραν μετεγχειρητικὴν ἡμέραν, ὅτε ἀρχόμεθα ἀσκήσεων τετρακεφάλου. Τὴν δευτέραν ἑβδομάδα ὁ γύψινος ἐπίδεσμος ναρθηκοποιεῖται καὶ ἀρχόμεθα ἐνεργητικῶν ὑποδοθηθουμένων κινήσεων τοῦ ἰσχίου, εὐθὺς ὡς ὁ ἀσθενὴς δυναθῇ νὰ ἐγείρῃ τὸ σκέλος τεταμένον, ἐπιτρέπομεν τὴν ἔγερσιν αὐτοῦ. Τοῦτο ἐπιτελεῖται συνήθως εἰς τοὺς ἡμετέρους ἀσθενεῖς, μεταξὺ δευτέρας καὶ τετάρτης μετεγχειρητικῆς ἑβδομάδος.

Μερικὰ συμβάματα κατὰ τὴν ἐγχείρησιν

Ὡς γνωστόν, ὑπάρχουν δύο μεγέθη κεφαλῆς τῆς προθέσεως διὰ τὸν ἐνή-

λικα. Ὡς ἀναφέραμεν, δέον νὰ εἰμασθε συντηρητικοὶ κατὰ τὸ δυνατόν εἰς τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ αὐχένος δημιουργοῦντες κολόδωμα ὑψηλόν, ὥστε νὰ χρησιμοποιοῦνται τὸ μεσαῖον μέγεθος τῆς προθέσεως, πρᾶγμα τοῦ ἀποτελεῖ σχεδὸν τὸν κανόνα. Ἡ μυϊκὴ χάλασις δέον νὰ εἶναι ἀπόλυτος κατὰ τὴν γενικὴν πρόθεσιν, διότι μᾶς συνέβη κατὰ μὲν τὴν δοκιμὴν νὰ εὐρωμεν τὴν μεσαίαν πρόθεσιν κατὰλληλον, διότι ὁ ἀσθενὴς δὲν ἐκοιμήτο θαθέως, ἐνῶ μετὰ τὴν τελικὴν ἐφαρμογὴν νὰ θεωρηθῆται τὸ μέγεθος τοῦτο ἀνεπαρκές καὶ ἡ κεφαλὴ νὰ ἐπεξαρθοῦται εὐκόλως, παρ' ὄλην τὴν ὀρθὴν θέσιν τῆς προθέσεως. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἀλλάξαμεν κεφαλὴν καὶ ἐχρησιμοποίησαμεν τὸ μεγαλύτερον μέγεθος τῆς κεφαλικῆς προθέσεως ἀμέσως μετὰ, τελικῶς δὲ ἀντελήφθημεν τὴν αἰτίαν τοῦ λάθους μας καὶ τὸ διορθώσαμεν, φροντίζοντες ὅπως ὁ ἀσθενὴς κατὰ τὴν ὥραν τῆς δοκιμασίας εὐρίσκεται εἰς πλήρη μυϊκὴν χάλασιν, παρ' ὄλον ὅτι ἔπου ἐκρίθη ἀναγκαῖα ἡ ἀλλαγὴ τῆς κεφαλῆς αὕτη ἐγένετο λίαν εὐκόλως. Αὐτὸ εἶναι ἐκ τῶν πλεονεκτημάτων τῆς προθέσεως Müller, διότι ἡ διαμόρφωσις τῶν καμπυλῶν τοῦ στυλοῦ εἶναι τοιαύτη, ὥστε ἡ ἐξαγωγή τῆς προθέσεως νὰ εἶναι εὐκόλος, ἦτοι δι' ἐνὸς ἀπλοῦ ἀντιθέτου κτυπήματος, ἡ δὲ ἐπανεισαγωγή τῆς μεγαλύτερας κεφαλῆς οὐδὲν πρόβλημα παρουσιάζει, διότι τοποθετεῖται ἐπὶ τῆς αὐτῆς κοίτης, δεδομένου ὅτι οἱ στυλοὶ ἀμφοτέρων τῶν μεγεθῶν τῶν κεφαλῶν εἶναι παγόμειοι. Εἰς δύο περιπτώσεις παρ' ὄλην τὴν ἀλλαγὴν καὶ τοποθέτησιν τοῦ μεγαλύτερου μήκους κεφαλῆς αὕτη δὲν ἐδημιούργησεν συνθήκας ἱκανοποιητικὰς συγκρατήσεως καὶ ἀντιμετωπίσθησαν οὕτω: Εἰς τὴν πρώτην τῶν περιπτώσεων, ἐγένετο κατάσπασις τοῦ μείζονος τροχαντήρος καὶ στερέωσις αὐτοῦ διὰ συρματίνου ράμματος ἐπὶ τῆς διαφύσεως. Εἰς τὴν ἐτέραν περίπτωσιν λόγῳ τοῦ ἐπισφαλοῦς τῆς καταστάσεως τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τῆς ἀδυναμίας ἐπιμηκύνσεως τοῦ ἐγχειρητικοῦ χρόνου, ἀφήσαμεν τὴν κεφαλὴν ὀλίγον ὑψηλότερον ἐντὸς τοῦ τσιμέντου, ἦτοι εἰς οὐχὶ ἀπόλυτον ἐπαφὴν πρὸς τὸ κολόδωμα τοῦ αὐχένος καὶ τὸ ἀποτέλεσμα ἐκρίθη λίαν ἱκανοποιητικόν. Νομίζομεν ὅτι εἶναι μία λύσις, ἡ ὁποία δύναται νὰ ἐφαρμοσθῆ ἐν ἀνάγκῃ.

Ἡ διαβίθασις τοῦ θάρους δὲν γίνεται μεταξὺ μετάλλου καὶ τσιμέντου, τῶν ὁποίων ἡ διαφορὰ συμπιεστότητος εἶναι ἐλαχίστη κατὰ τὸν Charnley, ἀλλὰ διὰ τοῦ στρώματος στερεοῦ συνδετικοῦ ἴστου, τὸ ὁποῖον ἀναπτύσσεται μεταξὺ ὁστίου ἴστου καὶ τσιμέντου, τῶν ὁποίων ἡ διαφορὰ συμπιεστότητος εἶναι μεγάλη.

ὑποσημαίνεται ἐνταῦθα ὅτι αἱ παρατηρήσεις αὐταὶ εἶναι: οὐσιώδεις καθ' ἡμᾶς ἐπὶ ὀλικῆς προθέσεως κατὰ Müller, διότι ἡ κεφαλὴ ἐντὸς τῆς κοτύλης ὡς ἐκ τοῦ μικροτέρου θάθους καὶ διαμέτρου εἶναι ἀσταθεστέρα ἢ ἐπὶ ὀλικῆς προθέσεως Mckee-Farar. Ἡ διατομὴ τοῦ μείζονος τροχαντήρος διὰ τὴν προσπέλασιν τοῦ ἴσθου ἐκ τῆς κτηθείσης ἡμῶν πείρας, νομίζομεν ὅτι πρακτικῶς οὐδέποτε εἶναι ἀπαραίτητος. Ὁ Müller εἰς προσωπικὴν ἐπαφὴν του μεθ' ἐνὸς

κν ὡς θά
συρραφὴν
ν καὶ τῆς
δ δυνατόν
ταται δυ-
ειουργίαν
ζίως κατὰ

ποιητικῆς
Her, ἦτοι
μακρύνον-
ς, κρίνε-
λὰς περι-
στροφῆς

Ἐξω στρο-
ριδίου ἐκ
τομῆ τῶν
γικῆς τῆς
καὶ ἀφοῦ
εἰ διὰ τὸν
ματός διὰ
ων. Ἡμεῖς

καθαρισμὸν
μα χλω-
τσιμέντου
ἐφαρμογῆς
ἀφαιρεῖται

ετρακεφά-
κί ἀρχόμε-
δὲ ἀσθενῆς
τοῦ. Τοῦτο
εὐτεράτης

κ τὸν ἐνή-

ἐξ ἡμῶν ἀνέφερον ὅτι διατέμνει τὸν τροχαντήρα, ὅταν νομίζῃ ὅτι κατὰ τὸν ἐγχειρητικὸν χειρισμὸν θὰ ἐπισυμβῇ κάταγμα τοῦ μηριαίου. Ἡμεῖς εἰς τὸν περιορισμένον ἀριθμὸν περιστατικῶν μας, τοῦλάχιστον δὲν εὐρέθησαν πρὸ τοιούτου προβλήματος καὶ ἐπιμένομεν ἐπὶ τοῦ σημείου τούτου, διότι κατάσπασις τοῦ τροχαντήρος σημαίνει παράτασιν τοῦ κλινοστατισμοῦ τοῦ συνήθως προχωρημένης ἡλικίας ἀσθενοῦς ἐπὶ ἓν 15ήμερον τοῦλάχιστον εἰσέτι.

Ἐτέρα παρατήρησις ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐγχειρητικὴν τεχνικὴν εἶναι ἡ προσοχή, ἡ ὁποία δέον νὰ λαμβάνηται κατὰ τὴν εἰσαγωγὴν τοῦ στυλεοῦ τῆς κεφαλικῆς προθέσεως ἐντὸς τοῦ πρότερον πληρωθέντος δι' ἀκρυλικοῦ τσιμέντου αὐλοῦ τοῦ μηριαίου. Ὡς παραφέραμεν, ὅταν ὁ χειρουργὸς εἶναι ἔτοιμος διὰ τὴν πρᾶξιν αὐτὴν ἔχει προχωρήσει· ὁ βαθμὸς πήξεως τοῦ τσιμέντου καὶ χρειάζεται μεγαλύτεραν ὄθησιν ἢ πρόθεσις. Εἰς τὴν προσπάθειαν αὐτὴν, τὴν ὁποίαν δυσκολεύει ἐνίοτε ἡ πρόσκρουσις τῆς κεφαλῆς ἐπὶ τοῦ μέσου γλουτιαίου, ἰδίως ἐπὶ περιπτώσεων δευτεροπαθοῦς ἐκφυλιστικῆς ἀρθροπαθείας, ὅπου ἡ ἀρθρωσις ἔχει ἀνέλθει ὀλίγον καὶ ὁ μέσος γλουτιαῖος ἔχει συρρικνωθεῖ, δύναται νὰ ὀδηγήσῃ μὴ ἀκολουθούμενου ὀρθοῦ προσανατολισμοῦ εἰς τὴν διαπέρασιν τοῦ ὀπισθίου τοιχώματος τοῦ μηριαίου, ὡς τοῦτο συνέβη εἰς τὴν περίπτωσιν τῆς εἰκόνας 3. Τοῦτο ἐγένετο ἀντιληπτὸν κλινικῶς καὶ διεπιστώθη ἀκτινολογικῶς



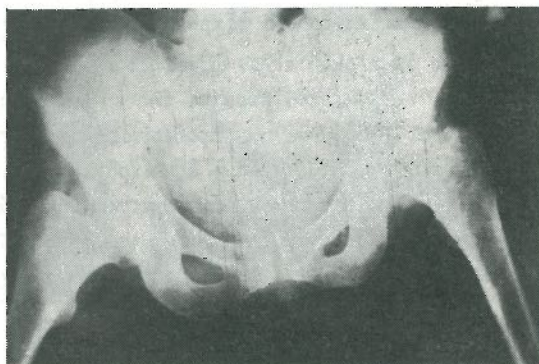
Εἰκὼν 3. Λανθασμένη διαβίβασις τοῦ στυλεοῦ διὰ τοῦ ὀπισθίου τοιχώματος τοῦ μηριαίου.

εὐθὺς ἀμέσως. Ἡ ἐξαγωγή τῆς προθέσεως ὑπῆρξεν εὐκολος. Ἐσκέφθημεν πρὸς στιγμὴν πὼς θὰ ἦτο δυνατόν νὰ ἀφαιρέσωμεν τὸ τσιμέντο ποὺ εἶχεν πήξει ἐκ τοῦ αὐλοῦ, καὶ ἐνθουμούμεθα ἀκόμα τὸν Müller νὰ διανοίγῃ ὀλόκληρον τὸ πρόσθιον τοίχωμα τοῦ αὐλοῦ, διὰ ν' ἀφαιρέσῃ τὸ τσιμέντο ἐπὶ περιπτώσεως ἐπανεγχειρήσεως ἐπὶ ὀλικῆς προθέσεως. Εἰς τὴν ὡς ἄνω περίπτωσιν ἐχρησιμοποίησαμεν λεπτὴν σμίλην ἐπιμήκη, κατακορύφως εἰσάχθεισαν ἐντὸς τοῦ αὐλοῦ,

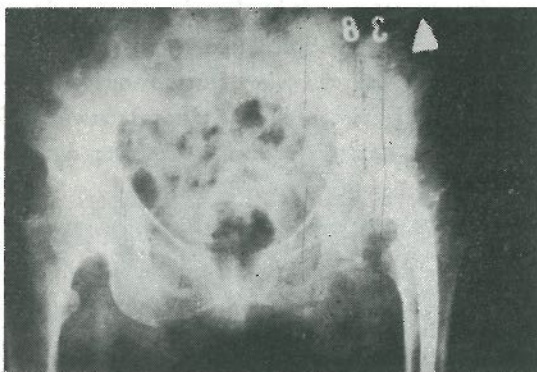
κατὰ τὸν
 ς τὸν πε-
 ρὸ τοιού-
 πασις τοῦ
 προχωρη-

ει ἢ προ-
 ἰ τῆς κε-
 τσιμέντου
 ς διὰ τὴν
 ρειάξεται
 ποίαν δυ-
 οῦ, ἰδίως
 ἢ ἄρθρω-
 ἴναται νὰ
 ρασιν τοῦ
 ἰωσιν τῆς
 ολογικῶς

δι' αὐτῆς δὲ ἐθρυματίσαμεν τὸ ἐντὸς αὐτοῦ τσιμέντο, εἰσῆχθη ἀκολούθως λεπτή
 ράσπα, ὡς ἢ χρησιμοποιουμένη ἐπὶ Austin Moore καὶ δι' ἰσχυρῶν πληγμάτων δι-
 ανοίξαμεν τὸν αὐλόν, ὠθήσαντες τὸ ἀκρυλικὸν τσιμέντο βαθύτερον. Ἀκολούθως,
 εἰσῆχθη ἡ παχυτέρα ράσπα τοῦ Müller, ἠκολουθήθη ἡ διαδικασία εἰσαγωγῆς
 τσιμέντου καὶ τελικῶς κατορθώσαμεν νὰ ἀποκαταστήσωμεν τὸ πρᾶγμα.



Εἰκὼν 4. Προεγχειρητικὴ: Δευτεροπαθῆς ὀστεοαρθρί-
 τις δεξ. ἰσχίου.



Εἰκὼν 4α. Μετεγχειρητικὴ Face. Ἡ ὀλικὴ πρόθεσις
 Müller in situ, ἀντικαθιστᾶ τὴν δεξ. κατ' ἰσχίον τῆς
 εἰκόνας 4.

ημεν πρὸς
 ἰ πῆξει ἐκ
 ον τὸ πρό-
 σεως ἐπα-
 ἔχρησιμο-
 τοῦ αὐλοῦ,

Τὸ σύνολον τῶν χειρουργηθέντων ὑφ' ἡμῶν ἀσθενῶν ἀνέρχεται εἰς 24,
 ἐξ ὧν 19 θήλειες καὶ 5 ἄρρενες, αἱ δὲ ἐγχειρήσεις εἰς 25 (5 Α. καὶ 20 Θ.). Ἡ
 ἡλικία ὄλων τῶν ἀσθενῶν μας ἦτο ἄνω τῶν 60, πλὴν 4 θηλέων. Ἡ μία ἐξ αὐτῶν

ήτο 29 ετών, προσβλήθεισα υπό ρευματοειδούς αρθρίτιδος πρό 10ετίας και είχεν τὰ ισχία της εἰς πλήρη ἀγκύλωσιν ἐν ἐκτάσει. Αἱ ἕτεραι τρεῖς ἀσθενεῖς ἐκυμαίνοντο μεταξύ ἡλικίας 53-60 ετών, ὅλαι δὲ ἔπασχον ἐξ ἀμφοτεροπλεύρου ὀστεοαρθρίτιδος τῶν ισχίων. Ἐκ τοῦ συνόλου ἀριθμοῦ τῶν ἐγχειρήσεων, δύο ἐγένοντο ἐπὶ ρευματοειδοῦς πολυαρθρίτιδος, ἐκ δὲ τῶν ὑπολοίπων 12 ἐπὶ δευτεροπαθοῦς καὶ 9 ἐπὶ πρωτοπαθοῦς ὀστεοαρθρίτιδος, μία δὲ ἐπὶ κατάγματος ἐνδοκοτυλικοῦ μετὰ κεντρικοῦ ἐξαρθρήματος τοῦ ισχίου.

Αἱ ἐγχειρητικαὶ μας ἐπιπλοκαὶ εἶχον ὡς ἐξῆς:

Ἐπὶ μία ἀσθενοῦς καὶ ἐγγύς τοῦ πέρατος τῆς ἐγχειρήσεως πρό τῆς στερεώσεως διὰ τσιμέντου τῶν σκελῶν τῆς προθέσεως, παρετηρήθη καρδιακὴ ἀνακοπή, ἥτις ἀντιμετωπίσθη ἐπιτυχῶς διὰ ἐξωκαρδιακοῦ μασσάζ, ἐνδοκαρδιακῆς ἐνέσεως Ἀδρεναλίνης καὶ γενικῶν ἀναλγητικῶν φαρμάκων καὶ τέλος δι' ἐφαρμογῆς ἀπινευτωτοῦ. Ἡ ἀσθενὴς ἀνένηψεν καὶ ἔχει καλῶς καὶ ὠλοκληρώθη ἡ ἀρθροπλαστικὴ μετὰ βιημον. Αἱ ἄλλαι μας ἐπιπλοκαὶ ἔχουν ὡς ἐξῆς:

Παρετηρήθησαν δύο πνευμονικαὶ ἐμβολαί, ἀντιμετωπιθεῖσαι ἐπιτυχῶς. Δύο ἐπιφανειακαὶ μολύνσεις, αἰτινες καὶ ἀπέδραμον ἐντὸς ἑβδομάδος. Οὐδεμία ἄλλη ἐπιπλοκὴ παρετηρήθη. Τονίζομεν ὅτι αἱ ἐγχειρητικαὶ μας μολύνσεις εἶναι πρακτικῶς ἀνύπαρκτοι. Βεβαίως τὸ ποσοστὸν τῶν ἐγχειρητικῶν μολύνσεων εἰς τὴν Κλιινικὴν μας διὰ τὸ σύνολον ἀριθμὸν τῶν ἐγχειρήσεων εὐρίσκεται κατωτέρω τοῦ 2% διὰ σοβαρὰ ἐν τῷ βάθει μόλυνσιν, ἀλλὰ θὰ ἀναμείνωντο μολύνσεις εἰς μίαν τόσοσιν βαρεῖαν καὶ ἐργώδη ἐγχείρησιν. Ἀσφαλῶς εἰς τοῦτο συντελεῖ ἡ ἐφαρμογὴ ἀπορροφήσεως διὰ κενοῦ, ἴσως ὅμως ἡ συνεχὴς ἐκπυσις τοῦ ἐγχειρητικοῦ πεδίου διὰ σπληνίων ἐμπεποτισμένων εἰς διάλυμμα χλωρομυκητίνης, νὰ συντείνῃ εἰς τὸ καλὸν μας ἀποτέλεσμα ἀπὸ ἀπόψεως μολύνσεως, ὅπως καὶ ἡ συνεχὴς μετεγχειρητικὴ χορήγησις ἀντιβιοτικῶν.

Ἀποτελέσματα τῆς ἐγχειρήσεως ἐπὶ τῶν ἡμετέρων ἀσθενῶν δὲν φιλοδοξοῦμεν νὰ σᾶς ἀναφέρωμεν, διότι οὐδεμίαν σημασίαν ἐπὶ μίας τοιαύτης βαρείας ἐπεμβάσεως θὰ εἶχον τὰ ἄμεσα ἀποτελέσματα, δεδομένου ὅτι ὁ χρόνος, ὁ ὁποῖος παρενεβλήθη μετὰ τῆς ἐγχειρήσεως ἕως σήμερα εἶναι μικρὸς κυμαίνόμενος ἀπὸ 20-2 μηνῶν.

Μόνον παρατηρήσεις μας, ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἄμεσον μετανοσοκομειακὴν πορείαν τῶν ἀσθενῶν μας εἶναι: αἱ ἀκόλουθοι: Εἰς μίαν περίπτωσιν ὅπου ἡ πρόθεσις τῆς κεφαλῆς ἐτοποθετήθη κακῶς με ὀπισθίαν ἀπόκλισιν 10^o καὶ ἀφέθη εἰς τὴν θέσιν αὐτήν, τελικῶς μετεγχειρητικῶς καὶ διὰ ἕναν μῆνα κατὰ τὴν κάμψιν τοῦ ισχίου παρετηρεῖτο μικρὸν ὀπίσθιον ὑπεξάρθρωμα τῆς κεφαλῆς. Τοῦτο ὅμως τὸ σύμπτωμα παρήλθεν 3 μῆνας μετὰ τὴν ἐγχείρησιν, καὶ κατὰ τὴν ἐπανεξέτασιν ὁ ἀσθενὴς εἶχεν καλῶς. Εἰς ἕτερον ἀσθενῆ παρετηρήθη ὀστεοποικὸς μυΐτις τοῦ μέσου γλουτιαίου, ἥτις καὶ εἶναι ὑπόλογος κατὰ τὴν δάδισιν,

τίας και
εἰς ἀσθε-
μωτερο-
ἐγχειρή-
πολοῦτων
ἐπὶ κα-

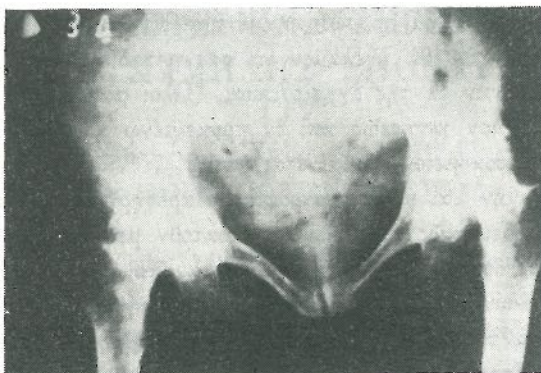
τῆς στε-
ιαρδιακή
ἐνδοκαρ-
αι τέλος
ὠλοκλη-
ἐξῆς:

πιτυχῶς.
Οὐδεμία
ιολύνσεις
ν μολύν-
εὐρίσκε-
κμένωντο
εἰς τοῦτο
ς ἔκπλυ-
μα χλω-
ις μολύν-

ι φιλοδο-
ς βαρείας
ὁ ὁποῖος
κινόμενος

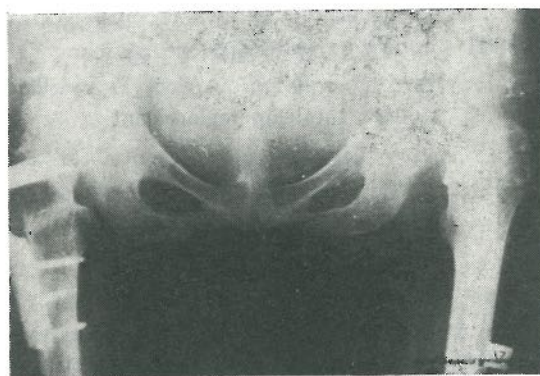
ακὴν πο-
υ ἢ πρό-
αι ἀφέθη
κατὰ τὴν
κεφαλῆς.
καὶ κατὰ
ἦθη ὀστε-
βάδιαι,

ἐκλύσεως ἄλγους, τὸ ὅποσον εἶναι ἥπιον μὲν, ἀλλὰ συνεχές εἰς τὴν περιοχὴν τοῦ
μυός. Ἐπὶ δύο ἐτέρων ἀσθενῶν, παρατηρήθη εἰς μὲν τὸν πρῶτον, ἓνα θμηγον
μετὰ τὴν ἐγχείρησιν, ἄλγος κατὰ τὸν μείζονα τροχαντήρα, ἥπιον μὲν, ἀλλὰ



Εἰκὼν 5. Ἀμφοτερόπλευρος ὀστεοαρθρίτις τῶν ἰσχί-
ων — Προεγχειρητικὴ εἰκὼν.

συνεχές. Εἰς τὸν ἐν λόγῳ ἀσθενῆ ἀκτινολογικῶς παρατηρεῖται μικρὰ ἀσθέατω-
σις κατὰ τὸ ἔξω χεῖλος τῆς προθέσεως τῆς κοτύλης, σημεῖον κακῆς προγνώσεως



Εἰκὼν 5α. Μετεγχειρητικὴ εἰκὼν τῆς 5. Τὸ ἀρ. ἰσχί-
ον ἀντεκατεστάθη διὰ ὀλικῆς προθέσεως καὶ τὸ δεξιὸν
ὑπέστη συμπίεστικὴν ὀστεοτομίαν.

κατὰ τὸν Müller.

Εἰς τὸν δεύτερον τῶν ἀσθενῶν μας, παρατηρήθη ἄλγος ἐπίσης ἥπιον τῇ κο-
πῶσει κατὰ τὸ ἔσω τμήμα τοῦ ριζομηρίου θμηγον ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, ἐνῶ

ακτινολογικῶς οὐδὲν ἐλέγχεται εἰς τὸν ὡς ἄνω ἀσθενῆν. Τὰ συμπτώματα αὐτὰ ὑπεχώρησαν μεγάλως διὰ τῆς ἐφαρμοσθείσης ἀντιφλεγμονώδους ἀγωγῆς καὶ ἀναπαύσεως ἐν ἀρχῇ, τὴν ὁποίαν διεδέχθη φυσικοθεραπεία.

Ἀπώτερα ἀποτελέσματα ἐλπίζομεν ὅτι θὰ ἀξιωθῶμεν νὰ σᾶς παρουσιάσωμεν εἰς τὸ μέλλον. Τὴν προσωπικὴν ἐντύπωσίν μας ἐπὶ τῆς ἐγχειρήσεως ἐπὶ ἐδάφους Ἑλληνικοῦ θὰ ἠθέλαμεν νὰ σᾶς μεταβιβάσωμεν. Ἔχομεν πάρα πολὺ καλὴν ἐντύπωσιν ἐκ τῆς ἐγχειρήσεως. Ὅλοι μας οἱ ἀσθενεῖς εἶναι ἱκανοποιημένοι. Τὸ ὄριον κινήσεως καὶ ἐν προκειμένῳ κάμψεως κατὰ τὴν ἔξοδόν των ἐκ τοῦ Νοσοκομείου, κυμαίνεται μεταξὺ 70° καὶ 90°, ἔχουν δὲ ἱκανοποιητικὴν ἀπαγωγὴν καὶ μικρὰς στροφάς. Παρατηρήσαμεν κατὰ τὰς ἐπανεξετάσεις ὅτι προσδευτικῶς οἱ ἀσθενεῖς ἀποκτοῦν μεγαλύτεραν ἐμπιστοσύνην, μετὰ 4μηνον περίπου ἀποβάλλουν τὴν βακτηρίαν καὶ εἶναι εὐγνώμονες εἰς τὸν ἱατρὸν, πρᾶγμα ἀσύνηθες διὰ τὰς Ἑλληνικὰς συνθήκας.

Ἐνθυμούμεθα τὸ θλιβερὸν χαμόγελον τοῦ ἀεμνήστου Διευθυντοῦ Ἀλεξ. Χατζηγεωργίου, ὅταν ἀφῆρη τὰς προθέσεις τοῦ Judet ἐπὶ παρομοίων ἀρθροπλαστικῶν. Εὐχόμεθα καὶ ἐλπίζομεν ὅτι δὲν θὰ ζήσωμεν τὴν στιγμήν αὐτήν, διότι εἶναι γνωστὸν, ὅτι ἢ τόσον ἀφειδῶς ἐκδηλουμένη εὐγνωμοσύνη τοῦ Ἑλληνοσθενοῦς, ταχέως μετατρέπεται εἰς πυρίνην μανίαν, ἐναντίον τοῦ ἱατροῦ του.

S U M M A R Y

Muller's total hip replacement

By

B. PETROPOULOS, and C. YOTIS,
E. VAYANOS, P. KONTOS

Orthopedic Surgeons - ATHENS

The authors present their experience on the technic, complications and immediate postoperative results of the method as applied in 24 patients and 25 hips. The operation was performed mainly on patients with primary or secondary osteoarthritis of the hip joint. It was also done in one case with rheumatoid arthritis and in one case with intraarticular pelvic fracture.

The detailed technic of the operation is discussed.

No considerable complications are reported apart of two superficial contaminations of the wound and a cardiac arrest which was treated successfully.

The immediate postoperative results were excellent both for the patients and the authors.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΕΩΣ ΕΠΙ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΕΣΙΑΣ*

*Υπό

Δρος ΞΑΝΘΙΠΠΟΥ ΑΝ. ΣΚΕΤΗ**

Οι Hadra (1891), Calot (1897) — αναφερόμενος υπό του Bick — και Lange (1910) φέρονται ως οί πρώτοι χρησιμοποιοῦσαντες ἐσωτερικάς ὀστεοσυνθέσεις ἐπὶ ὀπισθίων σπονδυλοδεσιῶν. Ἀκολουθῶς ἀνεπτύχθησαν αἱ περιφημοὶ μέθοδοι τῶν Albee και Hibbs (1911).

Μετὰ ταῦτα, σχεδὸν ἅπανται ἐκ τῶν ὑφισταμένων σήμερον μεθόδων ὀπισθίας σπονδυλοδεσίας, ὡς καὶ ἡ ἐν τῇ παρουσίᾳ ἀνακοινώσεται περιγραφομένη, βασίζονται ἐπὶ τῶν ἀρχῶν τῶν μεθόδων Albee και Hibbs (1911), μὲ διάφορον ἐκάστοτε τρόπον ἐσωτερικῆς ὀστεοσυνθέσεως.

Κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη ἐγένετο προσπάθεια εἰς τὴν Πανεπιστημιακὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Νοσοκομείου Ἁγ. Γεώργιος τοῦ Λονδίνου, ἀνευρέσεως ἱκανοποιητικῆς μεθόδου ἐσωτερικῆς συγκρατήσεως (Internal Fixation) ἐπὶ ὀπισθίας χαμηλῆς σπονδυλοδεσίας (Young 1966). Λέγοντες δὲ ἱκανοποιητικὴν μέθοδον, ἐγνωσῶμεν ἐκείνην, ἥτις πληροὶ ἀπαραιτήτως δύο βασικοὺς ἄρους.

1) Τὴν κατὰ τὸ δυνατόν ἀμείκρυνσιν τοῦ χρόνου ἀκίνητοποιήσεως τοῦ ἄσθενοῦς καὶ τὴν βραχυχρόνιον παραμονὴν αὐτοῦ ἐν τῷ Νοσοκομείῳ, καὶ

2) Τὴν μείωσιν τοῦ ποσοστοῦ τῶν παρουσιαζομένων βραδύτερον, ψευδαρθρώσεων.

Ἡ ἐγχείρησις αὕτη δύναται νὰ ἐκτελεσθῇ καὶ εἰς τὰς περιπτώσεις ἐκείνας, ἐνθα ἐκ προηγουμένης ἐγχειρήσεως ἔχει ἀφαιρεθῆ μία ἀκανθώδης ἀπόφυσις (D. Churchill-Davidson, 1966). Μέχρι τοῦδε ἡ ἐν λόγῳ μέθοδος ἐχρησιμοποιήθη διὰ σπονδυλοαρθροδέσεις μέχρι τριῶν σπονδύλων (D. Churchill-Davidson, 1965).

* Ἐκ τῆς Πανεπιστημιακῆς Ὀρθοπαιδικῆς Κλινικῆς τοῦ Νοσοκομείου ST. GEORGE'S HOSP. Λονδίνου. Διευθυνταί: R. H. YOUNG, G. LLOYD - ROBERTS, P. FRENCH.

** τ. Ἐπιμελητοῦ τῆς Πανεπιστημιακῆς Ὀρθοπαιδικῆς Κλινικῆς St. George's Hospital, Λονδίνου.

Πρόσφατος μελέτη 16 ασθενών οι οποίοι υπεβλήθησαν εις την εν λόγω μέθοδον οπισθίας σπονδυλοδεσίας, απέβη λίαν ενθαρρυντική.

Σκοπός τῆς παρούσης ανακοινώσεως εἶναι ἡ περιγραφή τῆς τεχνικῆς τῆς ἐγχειρήσεως καὶ ἡ ἀναφορά ἐπὶ τῶν ἀποτελεσμάτων 16 χειρουργηθέντων ασθενῶν.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΣ

Ὁ ασθενὴς τοποθετεῖται ἐπὶ τῆς χειρουργικῆς τραπέζης εἰς πρηνή θέσιν. Χρησιμοποιεῖται ἡ συνήθης προσπέλασις, οπισθία ἐπιμήκης καὶ ἐπὶ τῆς μέσης γραμμῆς. Μετὰ τὴν ἀποκάλυψιν τῶν δύο ἢ τριῶν ἀκανθῶδων ἀποφύσεων καὶ τῶν οπισθίων ἐπιφανειῶν τῶν πετάλων τῶν σπονδύλων, τελεῖται διὰ μικροῦ εὐθέος καὶ κυρτοῦ ὀστεοτόμου νεαροποιήσις τῶν ἀνωτέρω ἐπιφανειῶν, εἰς τρόπον ὥστε, οἱ πρῶτοι λεπτοὶ φλοιοὶ τῶν ὀστικῶν τούτων ἐπιφανειῶν, νὰ ἀφαιροῦνται, οἱ δὲ μετέπειτα καὶ οἱ ἀφορώντες τὰ πέταλα τῶν σπονδύλων, νὰ στρέφωσιν ἀπλῶς πρὸς τὰ ἔξω διατηροῦντες τὴν συνέχειάν των εἰς τὸ ἕτερον ἄκρον. Συγχρόνως διὰ τῶν μικρῶν ὀστεοτόμων εὐθέος καὶ κυρτοῦ, τελεῖται καταστροφή δι' ἀφαιρέσεως τοῦ χόνδρου, τῶν μικρῶν διαρθρώσεων τῶν ἀρθρικῶν ἀποφύσεων.

Εἰς τὰς καταστροφείσας μικρὰς διαρθρώσεις τῶν ἀρθρικῶν ἀποφύσεων καὶ εἰς τοὺς ὑπεγερθέντας λεπτοὺς ὀστικούς φλοιούς, ἐκ τῶν οπισθίων ἐπιφανειῶν τῶν πετάλων, τοποθετοῦνται πολλὰ μικρὰ θρύμματα ἐκ σπογγώδους λαγονίου μοσχεύματος ἢ ἐτοίμου σπογγώδους μοσχεύματος, τοῦ καλουμένου Kiel Bone.

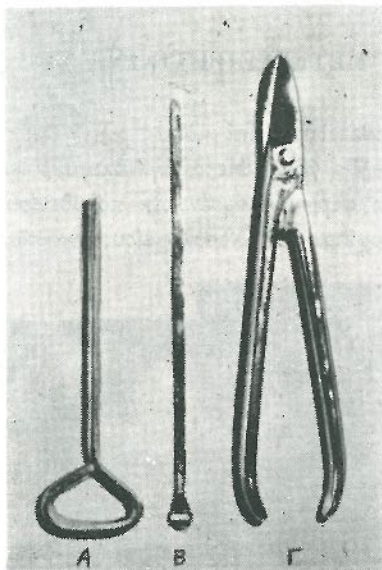
Μετὰ ταῦτα, οἱ λεπτοὶ ὑπεγερθέντες ὀστικοὶ φλοιοὶ ἐπαναφέρονται, κατὰ τὸ δυνατόν, εἰς τὴν θέσιν των, συγκρατοῦντες ὑπ' αὐτοὺς τὰ σπογγώδη μοσχεύματα. Ἀκολούθως λαμβάνονται δύο μακρὰ ὀρθογώνια «Blocks» ἐκ φλοιώδους λαγονίου μοσχεύματος (Kiel Bone) καὶ τοποθετοῦνται ἐπὶ τῶν πλαγίων νεαροποιηθειῶν ἐπιφανειῶν τῶν ἀκανθῶδων ἀποφύσεων. Δέον νὰ τονισθῇ ἐν τούτῳ, ὅτι τὰ δύο ταῦτα ἐπιμήκη ὀρθογώνια μοσχεύματα πρέπει νὰ ἐφαρμόξουν ἀπολύτως μετὰ τῶν πλαγίων ἐπιφανειῶν τῶν ἀκανθῶδων ἀποφύσεων. Ταῦτα συγκρατοῦνται προσωρινῶς εἰς τὴν θέσιν των τῇ βοηθείᾳ δύο λαβίδων Kocher, ἀνὰ μία εἰς ἕκαστον ἄκρον.

Διενεργοῦνται ἀκολούθως, τῇ βοηθείᾳ χειροκινήτου ὀστεοτρύπανου, δύο ὀπαι εἰς τὸ μόσχευμα, τὸ ἀντιστοιχοῦν πρὸς τὰς ἀκραίας ἀκανθῶδεις ἀποφύσεις. Ἐκάστη ὀπή διέρχεται ἐκ τοῦ μοσχεύματος τῆς μιᾶς πλευρᾶς, ἐκ τῆς ἀκανθῶδους ἀποφύσεως καὶ τελικῶς ἐκ τοῦ μοσχεύματος τῆς ἐτέρας πλευρᾶς.

Διὰ τῶν βιδῶν τούτων κοχλιοῦνται δύο βίδαι, ἢ καὶ ἐνίοτε τρεῖς, καθολομένων ὅτῳ ἀμφοτέρων τῶν μοσχευμάτων στερρῶς ἐπ' ἀμφοτέρων τῶν

πλαγίων επιφανειών των άκανθωδών αποφύσεων. Ο χειρουργικός οδός χρόνος, τής δημιουργίας των όπών και τής κοχλιώσεως των διδών, εκτελείται δι' εισαγωγής του όστεοτριπάνου και του διδολόγου διá μέσου μικράς, 2-3 εκ., τομής διενεργουμένης παραπλεύρως του χειρουργικού τραύματος εις απόστασιν 10 εκ. επί του ιερογονυαίου μυϊκού συστήματος. Είναι προτιμότερον, οι δύο κοχλίοι να προέχουν ελαφρώς εκ του έτέρου άκρου.

Χρησιμοποιείται ακολουθώς ή μεταλλίγη ταινία του Parham (Εικ. 1, Β). Αυτή έχει μήκος 20-30 εκ. και πλάτος 3) 4-1 εκ. Το έν άκρον αυτής, ή κεφαλή όδώς είπειν, είναι άποπεπλατυσμένη και ύποστρόγγυλος. Επί τής κεφαλής ύπάρχει μικρά έγκαρσία σχισμή, ελαφρώς μεγαλύτερα του πλάτους τής ταινίας — ούτως ώστε να δύναται το έτερον άκρον, αναδιπλούμενον, να διέρχεται διá τής έγκαρσίας σχισμής τής κεφαλής.



Εικ. I (Α, Β, Γ). Α—Συμφιγχήρ, Β—ή μεταλλίγη ταινία του PARHAM, Γ—είδική φαλίσ.

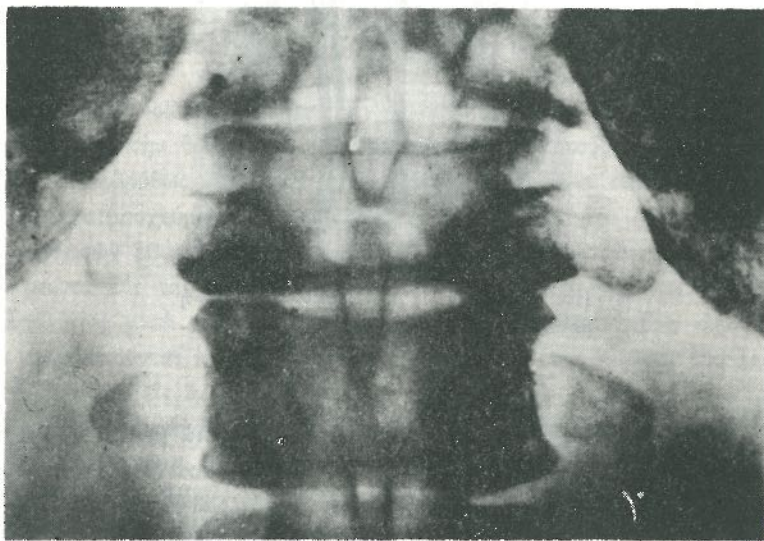
Τοποθετείται μετά ταύτα, ή ταινία του Parham διá μέσου των μεσακανθίων συνδέσμων ύπερθεν και κάτωθεν των άκρικών άκανθωδών αποφύσεων, φερομένη δέ έν συνεχεία πλαγίως καλύπτει άμφότερα τά μοσχεύματα. Δέον έπως ληφθῆ φροντίς ώστε ή μεταλλίγη ταινία να τοποθετηθῆ άκριβώς κάτωθεν των κεφαλών των κοχλίων και των προεχόντων έτέρων άκρων.

Μετά τήν άκριβῆ τοποθέτησιν τής ταινίας του Parham επί των πλαγίων

μοσχευμάτων, λαμβάνεται τὸ οὐραῖον ἄκρον αὐτῆς καὶ διέρχεται διὰ τῆς ἐγκαρσίας σχισμῆς τῆς κεφαλῆς τῆς ταινίας, τῇ βοηθείᾳ δὲ συσφιγκτήρος (Εἰκ. ΙΑ) (ἐργαλείου παρεμφεροῦς ἐκείνου πρὸς διάνοξιν κονσερβῶν σαρδελλῶν) περιτυλίσσεται τὸ οὐραῖον ἄκρον περὶ αὐτοῦ, ἐπιτυγχανομένης οὕτω στερρᾶς καὶ συμπαγοῦς συσφίξεως τῆς ταινίας τοῦ Parham περὶ τῶν μοσχευμάτων τῶν ἀκαθωδῶν ἀποφύσεων. Καθ' ὅλον τὸν χρόνον τῆς συσφίξεως τῆς ταινίας πρέπει ὅπως μετὰ προσοχῆς ἐλέγχεται ἡ ἀκριβοῦς θέσις ταύτης ὑπὸ τὰς κεφαλὰς καὶ τὰ προέχοντα ἄκρα τῶν δύο κοχλιῶν. Ἐν συνεχείᾳ ἀποκόπτεται τῇ βοηθείᾳ ἐιδικῆς ψαλίδος (Εἰκ. 1,Γ) τὸ πλεονάζον οὐραῖον ἄκρον τῆς ταινίας τὸ συστραφέν εἰς τὸν «συσφιγκτήρα», τὸ δὲ ἐνοπομένον μικρὸν τμήμα, 1-2 ἐκ., ἔξωθεν τῆς ἐγκαρσίας σχισμῆς τῆς κεφαλῆς, ἀναδιπλοῦται κατ' ἀντίθετον φορᾶν ἐπ' αὐτῆς ταύτης τῆς ταινίας (Εἰκ. 2Α — 2Β — 2Γ — 2Δ καὶ 3Α — 3Β — 3Γ).

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ὁ ἀσθενὴς τοποθετεῖται ἐπὶ κοιτῆς κλίνης ἢ τοιαύτης ἐκ Γύψου, εἰς ὑπτίαν θέσιν ἐπὶ 2-3 ἑβδομάδας. Μετὰ τὴν ὀλιγόχρονον ταύτην περίοδον τῆς κατακλίσεως, ἐγείρεται φέρων «κορσέν» ἐκ πολυθενίου καὶ μετὰ 2-3 ἡμέρας ἀπὸ τῆς ἐγέρσεως ἐξέρχεται τοῦ Νοσοκομείου, ἀναγκτῶν βαθμιαίως τὰς φυσιο-



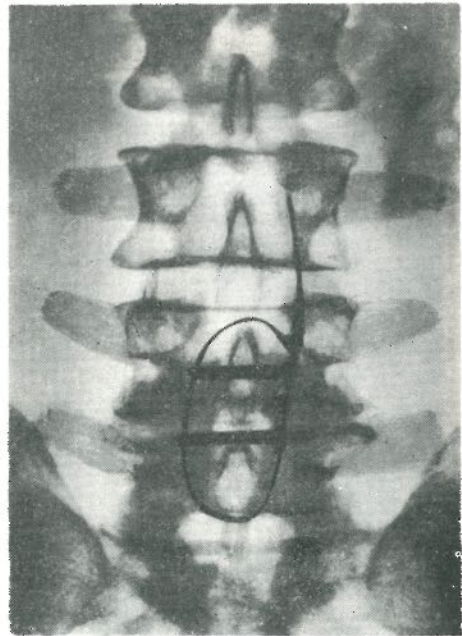
Εἰκ. 2Α. Βαρεῖς ἐκφυλιστικὴ δισκοπάθεια μετὰ σπονδυλοαρθριτικῶν ἀλλοιώσεων μεταξὺ O_4 — O_5

ης ἐγκαρ-
 λικ. ΙΑ)
 ν) περι-
 σταρῶς
 ρευμάτων
 τῆς ται-
 ὑπὸ τὰς
 κόπτεται
 τῆς ται-
 νιῆμα,
 κατ' ἀν-
 — 2Δ

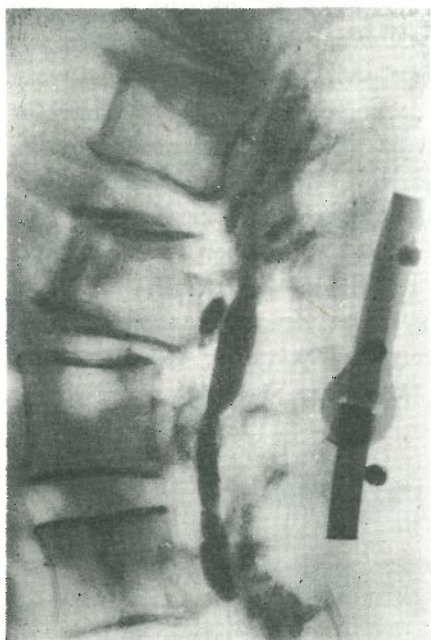
ίψου, εἰς
 οδὸν τῆς
 ἡμέρας
 φυσιο-



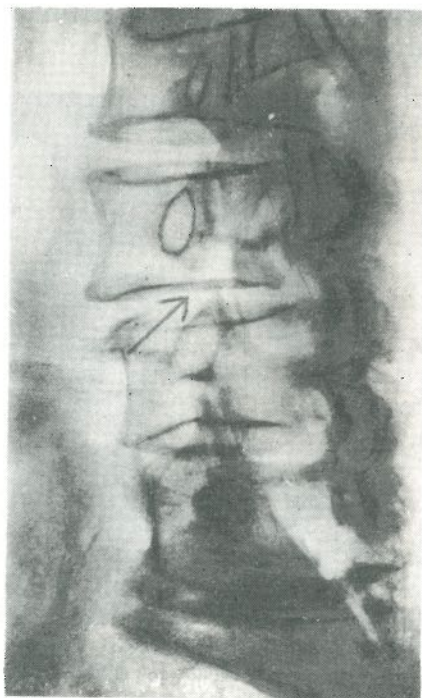
Εἰκ. 2B. Ἡ PROFIL ἀκτινογραφία
 τοῦ ἀσθενοῦς τῆς Εἰκ. 2A.



Εἰκ. 2Γ. Σπονδυλοδεσία μεταξὺ O_4-O_5
 τοῦ ἀσθενοῦς τῆς Εἰκ. 2A, 2B, χρησι-
 μοποιήσαντες τὴν ταινίαν τοῦ PARRHAM.

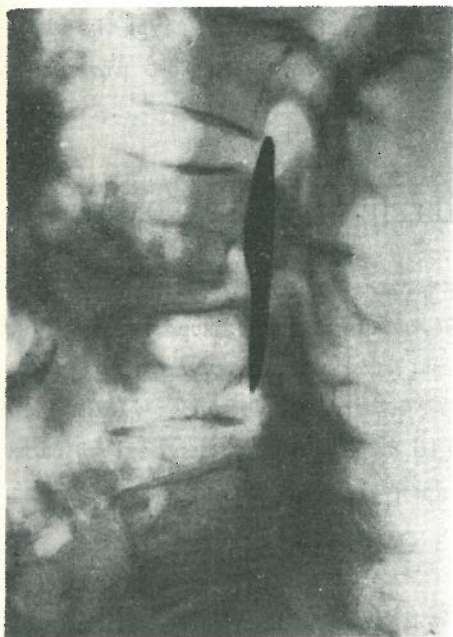


Εικ. 2Δ. 'Η PROFIL ακτινο-
γραφία τοῦ ἀσθενοῦς 2Α, 2Β, 2Γ.

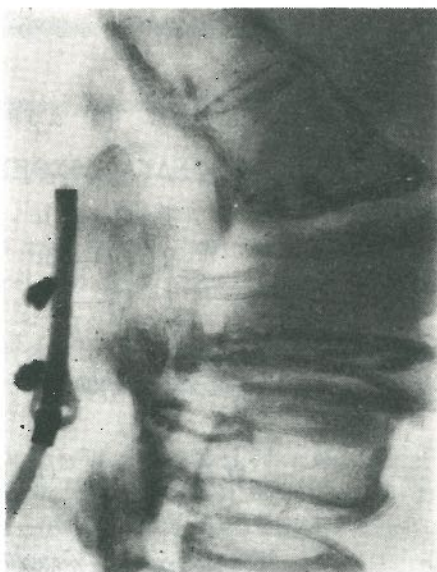


Εικ. 3Α. Σπονδυλολίσθησις συνεπεία
σπονδυλολύσεως μεταξύ $O_3 - O_4$.

κτινο-
B, 2Γ.



Εικ. 3B. 'Η PROFIL ακτινογραφία
της Εικ. 3A.



Εικ. 3Γ. Σπονδυλοδεσία μεταξύ $O_2 - O_3 - O_4$ χρησιμοποιήσαντες την ταινίαν PARHAM.

λογικώς αὐτοῦ δραστηριότητος. Τὸν «κορσέν» φέρει ὁ ἀσθενὴς μέχρι τῆς ἐμφανίσεως ἀκτινογραφικῶς, πωρώσεως τῆς σπονδυλοδεσίας ἤτοι 3-6 μῆνας ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ & ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΙΣ

Ὁ χρόνος τῆς μετεγχειρητικῆς παρακολουθήσεως καὶ ἐξετάσεως, ἀκτινογραφικῶς καὶ κλινικῶς, τῶν μελετηθέντων 16 ἀσθενῶν, κυμαίνεται ἀπὸ ἕξ μῆνας μέχρι τρία καὶ ἡμισυ ἔτη. Ὁ μέσος χρόνος τῆς μετεγχειρητικῆς παρακολουθήσεως εἶναι δύο ἔτη καὶ τέσσαρες μῆνες. Ὁ μέσος ὄρος ἡλικίας τῶν ἀσθενῶν εἶναι 44 ἔτη. Τοὺς ἐν θέματι 16 ἀσθενεῖς, διηρέσαμεν, ἐπὶ τῇ βάσει τῆς παθογενείας τῆς νόσου ὡς καὶ τῆς προηγουμένης θεραπείας, εἰς 4 ομάδας. Πίνακες 1, 2, 3, 4.

Ο Μ Α Σ Α (6 ἀσθενεῖς)

ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ. ΠΡΟΗΓΗΘΗ ΑΦΑΙΡΕΣΙΣ ΔΙΣΚΟΥ.

5 ἐπιτυχία, κλινικῶς καὶ ἀκτ/κῶς
1 ἀποτυχία κλινικῶς. Ἀκτ/κῶς ἐφαί-
νετο πόρωσις τῆς σπονδυλοδεσίας.

Ο Μ Α Σ Β (4 ἀσθενεῖς)

ΣΠΟΝΔΥΛΟΛΙΣΘΗΣΙΣ

- 1 O₃ — O₄
- 2 O₄ — O₅
- 1 O₅ — I₁

* Ἀπασαι ἐπιτυχεῖς
κλινικῶς καὶ ἀκτ/κῶς

Ο Μ Α Σ Γ (1 ἀσθενῆς)

ΦΥΜΑΤΙΩΣΙΣ Θ₉ — Θ₁₀

Ἐπιτυχία, κλινικῶς καὶ ἀκτ/κῶς.

Ο Μ Α Σ Δ (5 άσθενείς)

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΕΚ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΑΙΤΙΩΝ

4 έπιτυχία

1 άποτυχία, κλινικώς και ακτ/κώς.

Πίνακες 1, 2, 3, 4. Αί 4 ομάδες των 16 χειρουργηθέντων άσθενών αναλόγως τής παθογενείας τής νόσου.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Ι Σ Α Π Ο Τ Ε Λ Ε Σ Μ Α Τ Ω Ν

Έγέγοντο 16 σπονδυλοδεσμοί, εκ των οποίων αί 15 όσφυϊκοί και ή μία θωρακική (Πίναξ 5). Αί 14 έξ αυτών, έλεγχθείσα: ακτινογραφικώς και κλινικώς εις χρονικόν διάστημα από 6 μήνας έως 3½ έτη, ήσαν απολύτως έπιτυχείς.

16 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ: α) 15 Όσφ. Σπονδ/αι

β) 1 θωρ. Σπονδ/αι

14 έπιτυχία, κλινικώς και ακτ/κώς.

2 άποτυχία.

10 άσθενείς έκινήτοποιήθησαν εντός μηνός από τής έγχειρήσεως και έξ αυτών οι 9 ήσαν πλήρεις έπιτυχία.

Πίναξ 5. Περίληψις άποτελεσμάτων 16 χαμηλών σπονδυλοδεσιών χρησιμοποιήσαντες τήν μεταλλίνην ταινίαν του PARHAM.

Όμιλοῦντες περι έπιτυχίας μιᾶς σπονδυλοδεσίας, έννοοῦμεν τήν πλήρωςιν δύο ἔρων:

1) Πώρωσις τής σπονδυλοδεσίας, έλεγχομένη δι' άπλου και στατοκινητικού ακτινογραφικοῦ έλέγχου, και

2) Έξάλειψις των υποκειμενικων ένοχλημάτων του άσθενους. Μόνον εκ τής ύπάρξεως άμφοτέρων των άνωτέρω δύο παραγόντων ταξινομοῦμεν τήν σπονδυλοδεσίαν ως έπιτυχή.

Αί ὑπόλοιποι: 2 εκ των 16 άπέτυχοι. Ή μία έξ αυτών μόνον κλινικώς, ένῶ έφαινετο πώρωσις τής άρθροδεσίας ακτινογραφικώς, ή δευτέρα άπέτυχεν και ακτινογραφικώς και κλινικώς.

Έκ των 14 άσθενων μετ' έπιτυχων σπονδυλοδεσιων, οι δέκα εκινήτοποιήθησαν και έξήλθον του Νοσοκομείου εντός του 1ου μηνός από τής έγχειρήσεως, τρεις εντός 1½ μηνός από τής έγχειρήσεως και μόνον εις άσθενής (πάσχωσιν εκ φυματιώσεως) εκινήτοποιήθη μετὰ 3 μήνας εκινήτοποιήσεως (Πίναξ 6).

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΕΩΣ

Γυψίνη κλίση επί 3 μήνας και μετά
ταῦτα, βάδισις δι' ὀρθοπεδικού κορσέ 1
ἐκ πολυθενίου.

... ..

Γυψίνη ἢ συνήθης κλίση ἐπὶ 6 ἐβδομά-
δας, και μετά ταῦτα βάδισις δι' ὀρθοπε- 5
δικού κορσέ ἐκ πολυθενίου.

... ..

Γυψίνη ἢ συνήθης κλίση ἐπὶ 2 - 4 ἐβδο-
μάδας και μετά ταῦτα βάδισις δι' ὀρθο- 10
πεδικού κορσέ ἐκ πολυθενίου.

Πίναξ 6. Ἡ περίοδος τῶν 16 ἀσθενῶν ὑποστάντων χαμηλὴν
σπονδυλοδεσίαν συγκρατηθεῖσαν διὰ τῆς μεταλλίνης ταινίας
PARHAM.

Ἐκ τῶν δύο ἀποτυχίων, ἡ μία ἦτο θωρακικὴ σπονδυλοδεσία και ἡ ἑτέρα
δοσφυϊκὴ. Ἀμφότεραι ἐπανεγχειρουρήθησαν, ἐν ἔτος ἀπὸ τῆς ἀρχικῆς ἀρθρο-
δεσίας. Ἡ μία ἐξ αὐτῶν, ἡ θωρακικὴ, εὐρέθη ὄντως ἐν ψευδαρθρώσει, ἡ δὲ
ἑτέρα στερεὰ και συμπαγῆς, ἀνευ αὐθενῶς εὐρήματος ψευδαρθρώσεως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ἐκ τῆς προκαταρκτικῆς αὐτῆς ἀνακοινώσεως, διαπιστοῦται ὅτι, ἡ περι-
γραφεῖσα τεχνικὴ ἐσωτερικῆς συγκρατήσεως ἐπὶ ὀπισθίας χαμηλῆς σπονδυλο-
δεσίας, πλὴν τοῦ γεγονότος, ὅτι ἡ ἐκτέλεσις αὐτῆς εἶναι ἀπλὴ και εὐ-
κολος, προσφέρει ἐν ὑψηλὸν ποσοστὸν πωρώσεως μετά συγχρόνου θραχείας
περιόδου ἀκίνητοποιήσεως τοῦ ἀσθενοῦς.

S U M M A R Y

A method of low posterior spinal fusion by Parham's band is described.
The method has been used on sixteen cases which have been fully analysed.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ALBEE, FRED H. (1911) : Transplantation of a portion of the tibia into the spine for Pott's disease, A preliminary report, J.A.M.A. 57, 885.
2. BIC, EDGAR M. (1948) : Source book of orthopaedics, ed. 2, Baltimore, The Williams and Wilkins Co.
3. CHURCHILL - DAVIDSON, D. (1966) : A method of spinal fusion. Journal of Bone and joint surgery, 48 - B, 181.
4. CHURCHILL - DAVIDSON, D. (1965) : Προσωπική 'Επικοινωνία.
5. HADRA, B. E. (1891) : Wiring the spinous processes in Pott's disease, Trans. Amer. Orthop. Ass. 4 : 206,
6. HADRA, B. E. (1891) : Wiring of the Vertebrae as a means of immobilization in fracture and Pott's disease, Times Reg. 22 : 423.
7. HIBBS, R. A. (1911) : An operation for progressive spinal deformities, New York Med. J. 93 : 1013.
8. LANGE, F. (1910) : Support for the spondylitic spine by means of buried steel bars, attached to the vertebrae. Amer. J. Orthop. Surg. 8 : 344.
9. YOUNG, R. H. (1966) : Προσωπική 'Επικοινωνία.

ή ἑτέρα
 ἢ ἀρθρο-
 ρει, ἢ δὲ

ἢ περι-
 ποδύλο-
 και εὐ-
 δραχείας

described
 used.

ΕΠΙ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΟΣΤΕΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟΥ

*Υπό

ΧΡΥΣ. ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΗ, ΝΙΚΟΑ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ και ΝΙΚ. ΑΤΩΝΙΟΥ

Παρουσιάζομεν περίπτωση οστεοβλαστώματος του άστραγάλου επί άρρενος άτομου, ηλικίας 14 ετών, το όποιον εισήλθεν εις το Άσκληπιείο της Βούλας την 18ην Φεβρουαρίου 1970.

Αναφέρει κάκωσιν του πάσχοντος ποδός επτά μήνας πρό της εισόδου του εις το Νοσοκομείον, τύπου θαρέος διαστρέμματος, ή οποία προεκήθη έξ έμμέσου βίας. Αμέσως μετά τον τραυματισμόν έγένετο άκτινολογικός έλεγχος, ο όποιος όμως απέβη άρνητικός. Έκτοτε παρεπονείτο δι' έλγη κατά την δεξιάν ποδοκνημικήν άρθρωσιν, κυρίως μετά κόπωσιν. Με την πάροδον του χρόνου το έλγος κατέστη έντονώτερον, παρετηρήθησαν δέ μικρού βαθμού οίδημα της άρθρώσεως και έλαφρά χωλότης. Έπειδή τα ως άνω ένοχλήματα δέν ύπεχώρουν αλλά συν τῷ χρόνῳ έπετεινόντο, εισήλθεν εις την Κλινικήν.

Τά κλινικά εύρήματα κατά την είσοδόν του ήσαν το έμφανές οίδημα, το έλγος και ή δυσκαμψία της ποδοκνημικής άρθρώσεως, ή ευαισθησία κατά την πίεσιν εις την περιοχήν της κεφαλής του άστραγάλου και μικρού βαθμού άτροφία των μυών της συστοίχου κνήμης. Η θερμοκρασία του ποδός εύρίσκετο έντός των φυσιολογικών ορίων, ως και όλα αι έργαστηριακά έξετάσεις, με εξαίρεσιν την μικράν αύξησιν της ταχύτητος καθιζήσεως των έρυθρών αίμοσφαιρίων (1η ώρα: 15 και 2α ώρα: 40).

Ο άκτινολογικός έλεγχος άπεκάλυψεν άραιωτικήν έπεξεργασίαν εκκέντρως καμμένην εις την περιοχήν του αύχένος του άστραγάλου, μεγέθους λεπτοκαρύου, ή οποία προέβαλε της ως άνω επιφανείας του αύχένος και ο φλοιός εις την θέσιν αυτήν έφαίνετο διαθεβρωμένος. Έντός της διαυγαστικής ταύτης θέσεως διαγράφονται μερικά πυκνωτικά έστία, ενώ περίξ αυτής παρατηρείται πυκνωτική (σκληρυντική) ζώνη.

* Έκ της Γ' Ορθοπδικής Κλινικής του Άσκληπιείου ΕΒΣ Βούλας.
Διευθυντής: Δρ. ΧΡΥΣ. ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΗΣ.

Ἀπαφασίσαμεν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν πρὸς διαγνωστικὸν καὶ θεραπευτικὸν σκοπὸν. Οὕτω, τὴν 18ην Μαρτίου 1970 ὑπὸ γενικὴν νάρκωσιν καὶ διὰ προσθίας τομῆς ἀποκαλύπτεται τὸ πρόσθιον τμήμα τῆς ποδοκνημικῆς ἀρθρώσεως καὶ τοῦ ἀστραγάλου. Ὁ θύλακος τῆς ποδοκνημικῆς ἀρθρώσεως προβάλλει διατεταμένως. Κατόπιν περιορισμένης διανοίξεως τούτου ἐξέρχεται ἄφθονον ὁροακιματηρὸν ὑγρὸν καὶ ὁ ἀρθρικός ὑμῆν παρυσιάζεται ὑπεραιμικός, ἐνῶ αἱ ἀρθρικοί ἐπιφάνειαι τῆς ποδοκνημικῆς ἀρθρώσεως δὲν ἔχουν οὐδεμίαν, ἐμφανῆ τουλάχιστον, ἀλλοίωσιν. Κατὰ τὴν ἄνω ἐπιφάνειαν τοῦ αὐχένου τοῦ ἀστραγάλου προέβαλλε μᾶζα ἐρυθρωποῦ χρώματος, ὀστικὸς φλοιὸς δὲ ἄνωθεν τῆς ἀλλοιώσεως ταύτης δὲν ὑπῆρχεν. Ἡ μᾶζα αὕτη ἀφηρέθη εὐκόλως διὰ κοχλιαρίου, εἶχε σχῆμα ὡσεὶδὲς διαστάσεων 2X1,5 ἐκ. περίπου, ἦτο ὑπόσκληρος καὶ αἱμορραγική. Τὰ τοιχώματα τῆς ἐντὸς τοῦ ἀστραγάλου κοιλότητος ἦσαν σκληρυντικά καὶ δύσκολα ἀπεξέοντο διὰ τοῦ κοχλιαρίου. Μετὰ τὴν καλὴν ἀπόξεσιν τῆς ὀστικῆς αὐτῆς κοιλότητος, συνεκλείσθη τὸ τραῦμα καὶ ἐτέθη νάρθηξ κνημοποδικός.

Τὸ ληφθὲν ὕλικόν ἐστάλη πρὸς ἱστολογικὴν ἐξέτασιν ἣ ὁποία ἀπέδειξεν τὰ ἑξῆς:

Τὰ ἀποσταλλέντα τεμαχίδια ἐκ τοῦ ἀστραγάλου ἀποτελοῦνται ἱστολογικῶς εἰς πολλὰς θέσεις ἐξ ἀκανονίστων, διαφόρου πάχους διακίδων ὀστεοειδούς, περίξ τῶν ὁποίων παρατηροῦνται πολυάριθμοι ὀστεοβλάσται. Μεταξὺ τῶν ἐν λόγῳ διακίδων παρατηρεῖται κυτταροβριθῆς σχετικὸς ἱστός, ἀποτελούμενος ἐκ νεαρῶν συνθετικῶν κυττάρων καὶ ὀστεοβλαστῶν, οἵτινες ἀναπτύσσονται διαχύτως ἢ κατ' ἀρθροίσεις, ὡς καὶ ἀρκετῶν πολυπηρήνων γιγαντοκυττάρων τοῦ τύπου τῶν ὀστεοκλαστῶν. Χαρακτῆρες κυτταρικῆς ἀτυπίας τῶν συνθετικῶν ἢ τῶν ὀστεοβλαστικῶν στοιχείων δὲν παρατηροῦνται. Ἐν μέσῳ τοῦ ὡς ἄνω ἱστοῦ διακρίνονται προσέτι αἱμορραγικαὶ ἐπιθήσεις, ὡς καὶ μετρίως πυκναὶ φλεγμονώδεις τοιαῦται, ἀποτελούμεναι κυρίως ἐκ λευκοκυττάρων. Εἰς τινὰς περιφερικὰς θέσεις τῶν τεμαχιδίων παρατηροῦνται ὠριμότεραι ὀστεοδοκίδες, περίξ τῶν ὁποίων διακρίνονται ὡσαύτως ἀρκετοὶ ὀστεοβλάσται.

Συμπέρασμα. Καλόγηθος ὀστεοβλάστημα.

Στοιχεῖα εἰδικῆς φλεγμονῆς ἢ κακοήθους νεοπλασματικῆς ἐξαλλαγῆς κατὰ τὸ ἀποσταλὲν ὕλικόν δὲν ἀνευρέθησαν.

ΣΤΙΟΥ

ἐπὶ ἄρ-
ιον τῆς

ἴδου του
ρ ἐξ ἐμ-
ἐλεγχος,
ἣ κατὰ
πάροδον
ἰ θαθμοῦ
χλήματα
νικήν.

δημα, τὸ
ἴα κατὰ
ἰ θαθμοῦ
ὑρίσκοτο
ἴσεις, μέ
ῶν αἱμο-

ν ἐκκέν-
ις λεπτο-
λιὸς εἰς
ῶτης θέ-
ετηρεῖται

ΕΠΙ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ
ΟΣΤΕΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟΥ

(ἐπιδείξεις)

Υ π δ

ΧΡΥΣ. ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΗ, ΝΙΚ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΚΑΙ ΝΙΚ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ

Παρουσιάζομεν περίπτωσιν ὀστεοβλαστώματος ἀστράγαλου ἐπὶ παιδίου ἡλικίας 14 ἐτῶν, δεδομένου ὅτι πρόκειται περὶ σπανίου καλοήθους νεοπλασματος, ἀνερχομένων τῶν περιπτώσεων εἰς τὴν διεθνή βιβλιογραφίαν εἰς 70 περίπου.

Διεπιστώσαμεν ἀντίδρασιν εἰς τὴν παρακειμένην ποδοκνημηκὴν ἀρθρωσιν, ἢ ὅποια σπανίως παρατηρεῖται.

Προέβημεν εἰς τὴν ἐξαίρεσιν τούτου καὶ ἀπόξεσιν τῆς φωλεᾶς του.

ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΛΥΣΙΣ ΕΠΙ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΑΥΧΕΝΟΣ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΗΛΩΘΕΝΤΟΣ

Υπό

ΠΑΝ. Π. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗ, Κ. ΠΑΣΧΑΛΟΓΛΟΥ και Δ. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ

Ἀπὸ τῆς ἐποχῆς καθ' ἣν τὸ πρῶτον ἐφηρμόσθη συστηματικῶς ἡ ἐσωτερικὴ ὀστεοσύνθεσις διὰ μετάλλων, ἦντι πρὸ 60 περίπου ἐτῶν, παρατηρήθη πολυλάκις ὀστεόλυσις, ἀγνώστου αἰτιολογίας, τῆς πέριξ τῶν μετάλλων ὀστικῆς περιοχῆς μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἀποτυχίαν ἐπιτεύξεως πυρώσεως.

Ἡ ὡς ἄνω ὀστεόλυσις ἀρχικῶς ἀπεδόθη εἰς λοιμωξίν, ἢ ἀνάπτυξιν τῆς ὁποίας ἠυνοεῖτο ὑπὸ τῶν ὑλικῶν ὀστεοσυνθέσεως ἢ εἰς τοξικὴν ἐπίδρασιν τῶν μετάλλων ἐπὶ τῶν ὀστῶν.

Τελικῶς τὸ 1934 ὑπὸ τῶν Menegaux καὶ Odiette καὶ ἀργότερον ὑπὸ τοῦ Orsos ἀπεδείχθη ὅτι ἡ ἐμφανιζομένη ὀστεόλυσις ὀφείλεται εἰς ἠλεκτρόλυσιν συνεπείᾳ τῆς εἰσβιβάσεως τοῦ μετάλλου καὶ δὴ ὁσάκις χρησιμοποιοῦνται περισσότερα τοῦ ἐνὸς ἀνομοιοειδῆ μέταλλα (Venable and Stuck), λόγῳ ἀναπτυσσομένου ἠλεκτρικοῦ ρεύματος μεταξὺ τῶν δύο μετάλλων ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν τῶν ὑγρῶν τοῦ σώματος.

Διὰ τὰ ἀνωτέρω σήμερον, εἰς περιπτώσιν χρησιμοποίησεως περισσοτέρων τοῦ ἐνὸς μεταλλικῶν ὑλικῶν ὀστεοσυνθέσεως, θεωρεῖται κανὼν ἀπαράβατος ἡ χρησιμοποίησις τοῦ αὐτοῦ μετάλλου καὶ δὴ ἐκ τῶν πλέον ἀνενεργῶν, ὡς βιταλλίου κ.λ.π.

Κατωτέρω ἀναφέρεται ἡμετέρα περίπτωσις ἀσθενοῦς, ὅστις ἐνεφάνισεν ἐκτεταμένῃ ὀστεόλυσιν πέριξ τῆς περιοχῆς εἰσβιβάσεως δύο μεταλλικῶν ὑλικῶν ὀστεοσυνθέσεως ἐκ βιταλλίου.

Περιγραφή περιπτώσεως

Πρόκειται περὶ ἄρρενος ἡλικίας 20 ἐτῶν, ὅστις τὴν 8.8.69 ὑπέστη κατάγμα αὐχένου δεξιοῦ μηριαίου κατόπιν πτώσεως ἐξ ὕψους (3 ὄροφος κλίνη). Μετὰ τετραήμερον αὐτος διεκομίσθη παρ' ἡμῶν καὶ τὴν 15.8.69 ἐγένετο ἀνάταξις

και τυπική ήλωση κατά Smith - Petersen. Έχρησιμοποιήθησαν βελόναι οδηγού και ήλος εκ βιταλλίου. Μετά την εισαγωγή του ήλου Smith - Petersen εγένετο προσπάθεια αφαιρέσεως της οδηγού βελόνης, πλην όμως τούτο δέν κατέστη δυνατόν προφανώς λόγω γωνιώσεως κατά τὸ κεντρικόν τμήμα ταύτης, ὅπερ ἐπεβεβαιώθη και ἀκτινολογικῶς. Ἡ ήλωση ήτο λίαν ἱκανοποιητική.

Μετεγχειρητικῶς ὁ ἀσθενής ἐτέθη ἐπὶ τῆς κλίνης με ἐφαρμογὴν μικρᾶς δερματικῆς ἑλξείως πρὸς ἀποφυγὴν κυρίως τῶν κινήσεων τοῦ σκέλους.

Μετά πάροδον μηνὸς περίπου ἤρχισεν ὑποσημειομένη ἀκτινολογικῶς μικρὰ διαύγασις πέριξ τοῦ σημείου ἐπαφῆς τοῦ ήλου μετά τῆς βελόνης Kirschner, ήτις με τὴν πάροδον τοῦ χρόνου ἠϋξανε εἰς μέγεθος.

Ὁ ἀσθενής ἤρχισεν ἐγειρόμενος 4 μηνῶς μετά τὴν ἐγχείρησιν, ἀφοῦ προηγουμένως ὑπεβλήθη εἰς φυσικοθεραπείαν, πλην όμως ἡ θάδισις δέν ήτο ἱκανοποιητική.

Μετά ἡμηνον περίπου και λόγω τοῦ ὅτι ἡ κοιλότης εἶχεν λάθει μεγαλυτέρας διαστάσεις, ἡ δὲ θάδισις οὐδεμίαν βελτίωσιν ἐνεφάνιζεν ἀπεφασίσθη δευτέρα ἐγχείρησις.

Κατ' αὐτὴν τὸ κατάγμα ἀπεκαλύφθη και ἀφηρέθησαν τὰ ὑλικά ὀστεοσυνθέσεως. Ἡ κεφαλή ἐνεφάνιζεν εὐμεγέθη κοιλότητα ἐνῶ δέν ὑπῆρχον στοιχεῖα πωρώσεως. Ἡ κοιλότης κατελάμβανε τὸ ἄνω ἥμισυ τῆς κεφαλῆς ἐνῶ τὸ κάτω ἥμισυ ταύτης ήτο συμπαγές. Μετά ἐλαφρὰν νεαροποίησιν τῆς κοιλότητος τὸ κατάγμα ἀνετάγη ὑπὸ ἀμεσον ἐπισκόπησιν και εἰσεβιδάσθη κνημιαῖον μόσχευμα ἐκ τῆς σήραγγος τοῦ ήλου ἐντὸς τῆς μηριαίας κεφαλῆς.

Ἡ ἀνάταξις συνεκρατήθη διὰ τριῶν βελονῶν Moore, αἵτινες εἰσεβιδάσθησαν κάτωθεν τοῦ μόσχευματος διὰ νὰ στηριχθοῦν ἐντὸς τοῦ συμπαγοῦς τμήματος τῆς κεφαλῆς. Ὁ κλινικὸς ἔλεγχος ἔδειξεν ὅτι τὰ δύο τμήματα τοῦ ἀσθένος ἐκινουῦντο ὡς ἑνιαῖον τμήμα, ἐνῶ ὁ ἀκτινολογικὸς καλὴν θέσιν τῶν βελονῶν.

Μετεγχειρητικῶς ἐφηρμόσθη γύψινος ἐπίδεσμος O.M.K.II., ὅστις ἐξακολουθεῖ νὰ ὑφίσταται και μέχρι σήμερον.

Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία ἐλεγχομένη ἀκτινολογικῶς κρίνεται ὡς ἱκανοποιητική.

Συζήτησις

Ἡ ἐμφάνισις ἐκτεταμένης ἠλεκτρολύσεως ἐπὶ τῆς ὡς ἄνω ἀναφερθείσης περιπτώσεως, παρά τὴν χρησιμοποίησιν τοῦ αὐτοῦ μετάλλου, δηλαδὴ βιταλλίου, ἐθεωρήθη ἐνδιαφέρουσα ἀλλὰ και δυσεξήγητος.

Ἐκ πείρας γνωρίζομεν ὅτι ἐπὶ χρησιμοποίησεως πλειόνων τοῦ ἐνὸς ὑλικῶν ὀστεοσυνθέσεως ἐκ τοῦ αὐτοῦ μετάλλου παρατηρεῖται ἐνίστη μικροῦ βαθμοῦ ἀπορρόφησις ὀστοῦ πέριξ αὐτῶν, οὐδέποτε όμως τόσον ταχεῖα και ἐκτε-

ταμένη διάθρωσις, ὥστε ἡ ὀστεοσύνθεσις νὰ ἀπολήξῃ εἰς πλήρη ἀποτυχίαν. Τοῦτο ὤθησεν ἡμᾶς εἰς ἀνασκόπησιν τῆς διεθνοῦς βιβλιογραφίας πρὸς ἀνεύρεσιν παρομοίων περιπτώσεων ἢ μελετῶν ἐπὶ τοῦ θέματος. Οὕτω οἱ Bullitude and Hungnes τὸ 1969 ἀναφέρουν ὅτι: ἤλεκτρόλυσις δύναται νὰ ἐμφανισθῇ καὶ ἐπὶ ἑμοειδῶν μετάλλων καὶ δὴ τῶν πλέον ἀνενεργῶν ὡς βιταλλίου, ὀσάκις ἢ σύνθεσις αὐτῶν διαφέρει ἔστω καὶ ἐπ' ὀλίγον ὡς εἰς περίπτωσιν προελεύσεως ἐκ διαφορετικῶν ἐργοστασίων. Ἐπίσης καὶ εἰς περίπτωσιν προελεύσεως τοῦ μετάλλου ἐκ τοῦ αὐτοῦ ἐργοστασίου παρατηρεῖται ὀστεόλυσις, ὀσάκις ἢ ἀγαλογία συνθέσεως τοῦ ἐνδὸς ὑλικοῦ δὲν εἶναι ἀκριβῶς ἢ αὐτὴ μετὰ τοῦ ἑτέρου, ἢ ὀσάκις προκληθεῖσιν κακώσεις τοῦ μετάλλου κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐγχειρήσεως.

Ἡ ὀστεόλυσις εἰς τὴν ἡμετέραν περίπτωσιν ὀφείλετο λίαν πιθανῶς εἰς τὸ γεγονός ὅτι, τὰ μέταλλα, καίτοι ἀμφοτέρω ἐκ βιταλλίου, δὲν ἦσαν τῆς αὐτῆς ἀκριβῶς συνθέσεως. Χημικὸς ἔλεγχος τῶν μετάλλων δὲν ἐγένετο.

Συμπέρασμα

Ἀνεφέρθη περίπτωσις ἐκτεταμένης ὀστεολύσεως ἐπὶ ἠλώσεως κατάγματος τοῦ μηριαίου διὰ τῆς χρησιμοποίησεως δύο τεμαχίων ἐκ τοῦ μετάλλου. Τοῦτο ἀπεδόθη εἰς ἤλεκτρόλυσιν προκληθεῖσαν πιθανῶς συνεπεία τῆς διαφορετικῆς συνθέσεως τῶν μετάλλων καὶ τῆς προκλήσεως ἀλλοιώσεων εἰς ταῦτα κατὰ τὴν ὥραν τῆς ἐπεμβάσεως.

S U M M A R Y

Osteolysis following nailing of femoral neck due to electrolysis

By

PAN. P. SYMEONIDES M. D., C. PASCHALOGLOU M. D.
and D. GEORGOPOULOS M. D.

An airman aged 23 was operated for fracture of the femoral neck which he sustained after a fall from a height. The guiding needle was bent when the Smith - Petersen nail was inserted and retained in situ. An x - ray after a month showed a circular osteolysis in the femoral head which increased in dimensions during the next months. As the cavity was progressively increased and because no signs of union appeared we decided to re-operate the patient.

At operation the fracture site was explored and the nail and needle were removed. A cavity 2×3 cm was found occupying the upper half of the femoral head. A tibial bone graft was inserted through the tunnel of the removed nail into the head cavity. The fracture was fixed by three Moore's nails.

It was obvious that the cystic lesion was due to electrolysis from a nail and guide needle of the same material (vitallium).

B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. WATSON - JONES : Fractures and joint injuries, Fourth Edition (1962), Volume I, p. 210-213, Livingstone.
2. MENEGAUX, G., ODIETTE, D. and MOYSE, P, P.: Cytotoxic Action of Various Metals. Pr. méd., 1934, 42, 1899. Influence of Paired Metals on Growth in vitro, C-R. Soc. Biol., Paris, 1935, 61, 1117.
Action of Different Metals on Bone. J. Chir., Paris, 1935, 46, 695.
Retardation of Consolidation after Osteosynthesis. Bull. Mém. Soc. nat. Chir., Paris, 1935, 61, 1117.
Osteosynthesis, Nature of the Metal, Bull. Mém. Soc. nat. Chir., Paris 1935, 61, 1043.
Osteosynthesis from the Biological Point of View, Masson et Cie, Paris, 1936.
3. ORSOS E.: Concerning Bone Sutures Producing Electric Currents. Zbl. f. Chir. 1925, 52, 1014.
4. VENABLE, C. S., STUCK, W. G. and BEACH, A.: Effects on Bone of the Presence of Metals : Based upon Electrolysis. Ann. Surg., 1937, 105, 917.
A general Consideration of Metals for Buried Appliances, Inst. Abstr. Surg. 1943, 76, 297.
The Internal Fixation of Fractures. 1947. Chos. C. Thomas, Illinois.

ΑΡΘΡΟΔΕΣΙΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΑΝΕΥ ΧΡΗΣΕΩΣ ΓΥΨΙΝΟΥ ΕΠΙΔΕΣΜΟΥ (Πρώτος βάνδισις)

Υ π ό

Α. ΑΡΖΙΜΑΝΟΓΛΟΥ, Δ. ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΟΥ, Δ. ΠΟΛΥΖΩΗ

(Δὲν κατετέθη χειρόγραφον)

und needle
upper half
the tun-
was fixed

lysis from

(1962), Vo-

Action of
on Growth

nat. Chir.,

Paris 1935,

Paris, 1936.
fs. Zbl. f.

zone of the
05, 917.
bstr. Surg.

s.

H

ΟΠΙΣΘΙΟΝ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΤΟΥ ΩΜΟΥ ΕΞ ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΘΙΑΣ

Υπό

ΠΑΝ. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗ, ΚΩΝ. ΠΑΣΧΑΛΟΓΛΟΥ,
ΔΙΟΝ. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ, ΚΩΝ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

Τὸ ὀπίσθιον ἐξάρθρωμα τοῦ ὤμου ἀποτελεῖ σπανίαν σχετικῶς κάκωσιν μὴ ὑπερβαίνουσαν τὰ 2-4% τῶν ὄλων ἐξαρθρωμάτων τῆς ἐν λόγῳ ἀρθρώσεως. Ὑπάρχουν ἀσφαλῶς συνάδελφοι μεταξὺ ὧμῶν οἱ ὁποῖοι εἶχον τὴν εὐκαιρίαν νὰ ἀντιμετωπίσουν περίπτωσιν ὀπισθίου ἐξαρθρωμάτος τοῦ ὤμου καὶ νὰ διαπιστώσουν πόσον δύσκολος εἶναι ἡ διάγνωσις τούτου. Δυνατὸν ἐπίσης ἔνιοι ἐξ ὧμῶν νὰ εὐρέθησαν πρὸ τοιαύτης περιπτώσεως ὅταν πλέον τοῦτο ἦτο παρημελημένον, διαφυγὸν τῆς προσοχῆς ἐτέρων συναδέλφων, δεδομένου ὅτι, κατὰ τὸν Werner Nobel, τὰ 50% τῶν ὀπισθίων ἐξαρθρωμάτων τοῦ ὤμου παρέρχονται ἀδιάγνωστα, τοῦλάχιστον κατὰ τὴν πρώτην ἐξέτασιν. Διὰ τοὺς ἀνωτέρω λόγους, ἡ κάκωσις αὕτη ἐχαρακτηρίσθη ὑπὸ τοῦ Mc Laughlin ὡς διαγνωστικὴ παγίς (diagnostic trap). Οἱ λόγοι τῆς μὴ εὐκόλου διαγνώσεως εἶναι:

- α) ἡ σπανιότης τῆς παθήσεως καὶ ἐπομένως ἡ ἔλλειψις σχετικῆς πείρας.
- β) τὰ ἐλάχιστα υποκειμενικὰ ἐνοχλήματα ἢ καὶ ἡ πλήρης ἔλλειψις τούτων.
- γ) τὸ γεγονός ὅτι ἡ στρογγυλότης τοῦ ὤμου δὲν ἐπηρεάζεται ἐμφανῶς ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὸ πρόσθιον ἐξάρθρωμα ὅπου ἀποτελεῖ λίαν ἐμφανῆς κλινικὸν εὔρημα.
- δ) ἡ ἀπουσία ἢ ἡ ὑπαρξίς ἐλαχίστων παθολογικῶν εὐρημάτων εἰς τὴν συνήθως αἰτουμένῃν face ἀκτινογραφίαν τοῦ ὤμου. Τοῦτο ἀποτελεῖ καὶ τὸν σπουδαιότερον λόγον ἐσφαλμένης διαγνώσεως.

Ἡμετέρα περίπτωσις

Ἀφορᾶ εἰς ἄτομον ἄρρεν ἡλικίας 28 ἐτῶν, ἠλεκτρολόγον, τὸ ὁποῖον κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐργασίας του ἦλθεν εἰς ἐπαφὴν μετὰ ἠλεκτροφόρου σύρμα-

τος διὰ τῆς δεξιᾶς του χειρός. Ἡ ἐπαφή ὑπῆρξεν βραχείας διαρκείας διότι οὗτος ἀπεσπάσθη τοῦ ἠλεκτροφόρου σύρματος ἀμέσως, ὑπὸ παρατυχόντος συναδέλφου του. Ἐν συνεχείᾳ, διεκαμίσθη εἰς τὸ Νοσοκομεῖον Ἀεροπορίας, ὅπου ἐξητάσθη ὑπὸ τοῦ ἐφημερεύοντος ἰατροῦ.

Ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀσθενοῦς εὐρέθη λίαν ἱκανοποιητικὴ. Δὲν ὑπῆρχον τοπικῶς ἐγκαύματα. Τὸ μόνον ἐνόχλημα τοῦ ἀσθενοῦς ἦτο ἐλαφρὸν ἄλγος κατὰ τὴν δεξιάν κατ' ὄμον ἄρθρωσιν, εἰς τὸ ὅποιον καὶ ἀπεδόθη ἡ συνυπάρχουσα δυσκαμψία. Ἡ γενομένη face ἀκτινογραφία ἐθεωρήθη ὑπὸ τοῦ ἰατροῦ ὑπηρεσίας ὡς φυσιολογικὴ.

Κατόπιν τῶν ἀνωτέρω ὁ ἀσθενὴς ἐπαγγέλθη εἰς τὴν Μονάδα του.

Μετὰ ἑθήμερον, λόγῳ τῆς ἐπιμονῆς τῶν ἐνοχλημάτων ἐκ τοῦ δεξιοῦ ὤμου, οὗτος προσήλθεν πρὸς ἐξέτασιν εἰς τὸν ἐξωτερικὸν ὀρθοπεδικὸν ἰατρεῖον. Κατὰ τὴν λήψιν τοῦ ἱστορικοῦ τοῦ ἀσθενοῦς διεπιστώθη ὅτι τὰ ὑποκειμενικά του ἐνοχλήματα ἦσαν ἐλάχιστα καὶ ἡ μόνη του ἀνησυχία ἦτο ἡ μὴ ὑποχώρησις αὐτῶν. Κατὰ τὴν κλινικὴν ἐξέτασιν εὐρέθη ἄλγος αὐτόματον καὶ τῇ πίεσει κατὰ τὴν δεξιάν κατ' ὄμον ἄρθρωσιν. Ἡ κινητικότης ταύτης ἠλέγχετο σαφῶς περιωρισμένη πρὸς ὅλας τὰς κατευθύνσεις, ἰδίᾳ δὲ ἡ ἐξω στροφή τοῦ ἄνω ἄκρου, ἣτις καὶ ἦτο πλήρως κατηρημένη. Τοῦτο ἐν συνδυασμῷ πρὸς τὸν μηχανισμόν κακώσεως —ἠλεκτροπληξία— ἤγειρεν εἰς ἡμᾶς ὑπονοίας διὰ τὴν ὑπαρξιν ὀπισθίου ἐξαρθρώματος τοῦ ὤμου, δι' ὃ προέδθημεν εἰς λεπτομερέστερον ἔλεγχον τῆς περιπτώσεως πρὸς τὴν κατεύθυνσιν ταύτην. Πράγματι, διεπιστώσαμεν ἐλάττωσιν τῆς προσθίας καμπυλότητος τοῦ ὤμου, ἐνῶ ἡ ψηλάφησις εἰς τὴν θέσιν ταύτην ἀπεκάλυπτεν ἀντὶ τῆς σκληρότητος τῆς βραχιονίου κεφαλῆς, κενόν. Ἀντιθέτως ἡ κεφαλὴ ἐψηλαφᾶτο εὐκόλως ἐκ τῶν ὀπισθεν.

Ἐκ τῶν ἀνωτέρω ἐθέσαμεν κλινικῶς τὴν διάγνωσιν ἐγὸς ὀπισθίου ἐξαρθρώματος τοῦ ὤμου καὶ ἠκολούθησεν ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος πρὸς ἐπιβεβαίωσιν ταύτης. Εἰς τὴν face ἀκτινογραφίαν, βοηθούμενοι ἀπὸ τὰ κλινικὰ εὐρήματα, διεπιστώσαμεν ἔλλειψιν τῆς φυσιολογικῆς μνηοειδοῦς σκιάσεως τῆς δημιουργουμένης ἐκ τῆς ὑπερκαλύψεως τοῦ ἔσω τμήματος τῆς βραχιονίου κεφαλῆς ἐπὶ τῆς ὀμογλήνης, ὡς καὶ ὑπαρξιν ἐντυπώματος κατὰ τὴν προσθίαν ἐπιφάνειαν τῆς βραχιονίου κεφαλῆς. Τέλος παρατηρήθη ἔλλειψις σαφοῦς σκιαγραφήσεως τοῦ μείζονος βραχιονίου ὀγκώματος. (Εἰκὼν 1).

Τὰ ἀνωτέρω περιγραφέντα εὐρήματα εἰς τὴν κατὰ μέτωπον ἀκτινογραφίαν δὲν εἶναι βεβαίως παθογνωμονικὰ ὀπισθίου ἐξαρθρώματος τοῦ ὤμου. Παρὰ ταῦτα, ἀποτελοῦν σπουδαία σημεῖα διὰ τὴν ὑπόνοιαν ὑπάρξεως ὀπισθίου ἐξαρθρώματος καὶ τὴν λήψιν profil ἀκτινογραφίας, διὰ τῆς ὁποίας καὶ μόνον τίθεται κατὰ κατηγορηματικὸν τρόπον ἡ διάγνωσις. Εἰς τὴν παροῦσαν περίπτωσιν ἡ γενομένη profil (διαμασχαλιαία) ἀκτινογραφία ἔδειξεν πέραν πάσης ἀμφιβολίας τὴν ὑπαρξιν ὀπισθίου ἐξαρθρώματος. (Εἰκὼν 2).

είας διότι
όντος συν-
ρίας, όπου

τική. Δέν
ο ελαφρόν
θη ή συνυ-
τό του ία-

ου.

του δεξιού
ι ιατρείον.
ικαιμενικά
υποχώρη-
τή πιέσει
ετο σαφώς
νω άκρου,
ηχανισμόν
υπαρξιν
ν έλεγχον
μεν ελάτ-
την θέσιν
ς, κενόν.

ίου έξαρ-
πιθεδαίω-
ε εύρήμα-
της δη-
ίου κεφα-
θίαν έπι-
ους σκια-

κτινογρα-
υ ώμου.
υπάρξεως
της οποί-

Είς την
φία έδει-
ικών 2).



Εικών 1. Προσθιοπισθία άκτινογραφία άριστερου ώμου. Η κεφαλή του βραχιονίου δίδει την έντύπωσιν ότι εύρίσκεται εις φυσιολογικήν θέσιν έν σχέσει προς την ώμογλήνην.



Εικών 2. Πλαγία μασχαλιαία άκτινογραφία της αύτης περιπτώσεως. Διακρίνεται η όπισθία παρεκτόπισις της κεφαλής του βραχιονίου, και η έμπλοκή του έντυπώματος της προσθιοσωτερικής έπιφανείας αύτης έπι του όπισθίου χείλους της ώμογλήνης.

Θεραπευτικῶς ἐγένετο κλειστή ἀνάταξις δι' ἑλξέως καὶ ἕξω στροφῆς τοῦ βραχίονος μετὰ συγχρόνου πιέσεως τῆς βραχιονίου κεφαλῆς ἐκ τῶν ὀπισθεν. Συγχρόνως ἕτερος βοηθός, δι' ἐπιδέσμου περιγυροῦντος τὸν βραχίονα εἰς τὸ ὕψος τοῦ αὐχένου, ἐφήρμοζεν ἑλξιν πρὸς τὰ ἕξω μὲ σκοπὸν τὴν ἀποδέσμευσιν τῆς βραχιονίου κεφαλῆς ἐκ τῆς ὠμογλήνης. Διὰ τῶν χειρισμῶν τούτων ἡ ἀνάταξις ἐπετεύχθη εὐχερῶς. Ἐχορηγήθη Pethidine ὡς ἀναλγητικόν.

Ἐν συνεχείᾳ ἐγένετο ἀκίνητοποίησις δι' ἐπιδέσεως Velpeau ἐπὶ τέσσαρας ἑβδομάδας εἰς ἐλαφρὰν ἕξω στροφήν. Μίαν ἑβδομάδα μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῆς ἐπιδέσεως ὁ ἀσθενὴς ἀνέκτησεν πλήρη κινήτικότητα τῆς ἀρθρώσεως καὶ σήμερον, θιμνον ἀπὸ τῆς κακώσεως, οὗτος δι' οὐδὲν ἐνόχλημα αἰτιᾶται.

S U M M A R Y

Posterior dislocation of the shoulder due to electroplexy

By

PAN. P. SYMEONIDES, C. PASCHALOGLOY,
D. GEORGOPOULOS and C. ECONOMOU

A young man aged 28 sustained a posterior dislocation of the right shoulder following a contact with an electric net - work. Local symptoms and signs were minimal as well as the x - ray findings in the A.P. view so that the dislocation was initially overlooked. A transaxillary x - ray, taken five days after the injury, established the diagnosis.

B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- McLAUGHLIN H. L.: Posterior dislocation of the shoulder J.B.J.S. 34-A, 584-590, July 1952.
NOBEL, WERNER: Posterior dislocation of the shoulder, J.B.J.S., 44 - A, 523 - 538 1962.

ΠΑΡΗΜΕΛΗΜΕΝΟΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΝ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ
ΑΜΦΟΤΕΡΩΝ ΤΩΝ ΩΜΩΝ

Υπό

Υφηγητοῦ ΕΜΜ. Κ. ΔΡΕΤΑΚΗ

Ἐπιδεικνόμεν περίπτωσιν παρημελημένου τραυματικοῦ ἐξάρθρωματος ἀμφοτέρων τῶν κατ' ὦμον ἀρθρώσεων, ἀφ' ἐνός μὲν λόγῳ τῆς σπανιότητος αὐτοῦ, ἀφ' ἑτέρου δὲ διὰ τὸ καλὸν ἀποτέλεσμα τῆς γενομένης ἀναμιάκτου ἀνατάξεως ἐπὶ τοῦ δεξιοῦ ὤμου, 3 μῆνας ἀπὸ τοῦ ἀτυχήματος.

Ἡμετέρα Περίπτωσις:

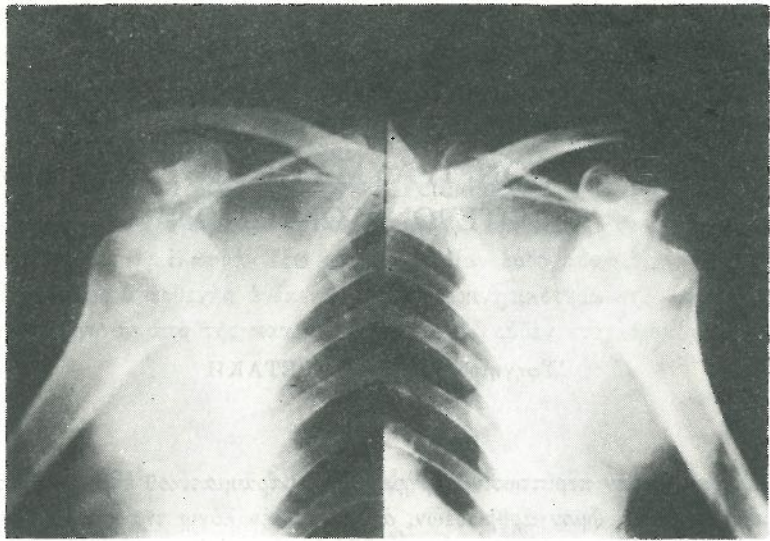
Ἀσθενῆς Χ. Κ., 53 ἐτῶν, γεωργός.

Πρὸ τριμήνου, κατόπιν πτώσεως ἐπὶ ἀναχώματος, κατὰ τὴν διάρκειαν γεωργικῆς ἐργασίας, ὑπέστη κάκωσιν κατ' ἀμφοτέρους τοὺς ὦμους καὶ τὴν ἀριστερὰν ποδοκνημικήν. Παρὰ τὸ ἄλγος καὶ τὴν δυσκαμψίαν τῶν ὤμων, εἰς οὐδεμίαν ἀγωγήν ὑπεβλήθη μέχρι πρὸ 10ημέρου, ὅτε, λόγῳ συνεχίσεως τῶν ἐνοχλημάτων, ὑπεβλήθη εἰς ἀκτινογραφικὸν ἔλεγχον, τῇ συστάσει ἱατροῦ, ὅστις ἀπεκάλυψεν ἐξάρθρημα ἀμφοτέρων τῶν ὤμων. (Εἰκῶν 1).

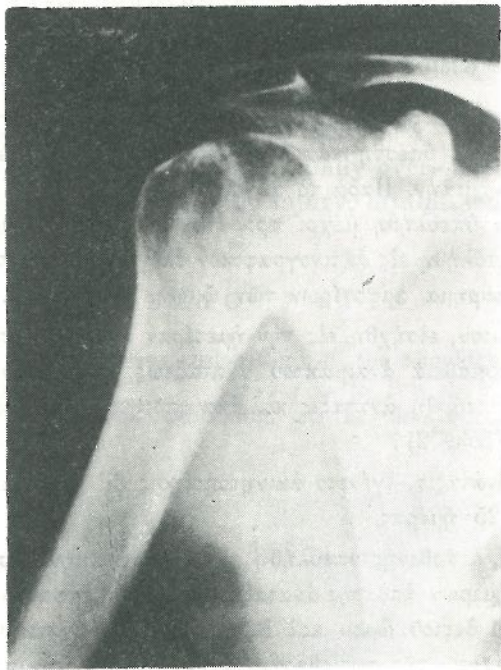
Κατόπιν τούτου, εἰσῆχθη εἰς τὴν ἡμετέραν κλινικὴν, ἔπου, τὴν ἐπαμένην τοῦ ἐγένετο προσπάθεια ἀναμιάκτου ἀνατάξεως ἀμφοτέρων τῶν ἐξάρθρωμάτων, καθ' ἣν ἐπετεύχθη ἀνάταξις καὶ ἱκανοποιητικὴ συγκράτησις τοῦ δεξιοῦ ὤμου, μόνον. (Εἰκῶν 2).

Μετὰ τὴν ἀνάταξιν, ἐγένετο ἀμνηστικοίησις δι' ἐλαστικῶν ἐπιδέσμων καὶ tensoplast, ἐπὶ 25 ἡμέρας.

Ἀκολούθως, ὁ ἀσθενῆς ὑπεβλήθη εἰς συστηματικὴν φυσιοθεραπείαν, μετὰ πάροδον δὲ 50 ἡμερῶν ἀπὸ τῆς ἀνατάξεως ἐξῆλθεν ἐμφανίζων ἱκανοποιητικὴν κινήτικότητα τοῦ δεξιοῦ ὤμου καὶ διατήρησιν τῆς ἀνατάξεως. Οὗτος ἔλαβεν ὁδηγίαν διὰ συνέχισιν τῆς φυσιοθεραπείας καὶ περιοδικὴν παρακολούθησιν εἰς τὸ ἐξωτερικὸν ἱατρεῖον τῆς κλινικῆς.



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.

Ὁ ἀσθενὴς δὲν ἐδέχθη αἱματηρὰν ἀνάταξιν, ἣ ὅποια τοῦ ἐπροτάθη διὰ τὸν ἀριστερὸν ὄμον.

Ἐπιφυλασσόμεθα νὰ ἐπιδείξωμεν ἀπώτερον ἀποτέλεσμα τῆς παρούσης περιπτώσεως.

S U M M A R Y

On a Case of old bilateral traumatic dislocation of the shoulder.

By

EMM K. DRETAKIS M. D.

187

ΕΙΣ ΤΗΝ ΕΠΕΤΗΡΙΔΙΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ

Η ΔΙ' ΟΛΙΚΗΣ ΠΡΟΘΕΣΕΩΣ
ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΙΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΤΑ
M. E. MÜLLER

Υπό

Δρος ΕΑΝΘΙΜΗΟΥ Α. ΣΚΕΥΗ

Μετά την εμπειριστατωμένην επί του θέματος ανακοίνωσιν των κ.κ. Πετροπούλου και συνεργατών αὐτοῦ (1970), κατὰ τὴν παρελθούσαν συνεδρίασιν τῆς ἐταιρίας, ὁμολογουμένως θὰ διηρωτᾶτο τις, τί θὰ ἀπέμεινε νὰ εἴπῃ, προκειμένης ἐτέρας, μετὰ ἓνα μῆνα, ανακοινώσεως, μετὰ τὸ αὐτὸ ἀκριβῶς θέμα.

Ἐπιπροστεθείσης δέ, μόλις πρὸ ἰδνθημέρου περίπου, τῆς διερευνήσεως τῆς ὄλου, γενικῶς, θέματος τῆς ὀλικῆς ἀντικαταστάσεως τοῦ ἰσχίου καὶ ἐιδικώτερον τῆς μεθόδου κατὰ Mc Kee - Farrar, ὑπὸ τῆς διεξοδικῆς ανακοινώσεως τῶν κ.κ. Ζαούση καὶ Ἀγνάντη, εἰς τὸ Ἑλληνοαμερικανικὸν συμπόσιον τοῦ Ἐδαγγελισμοῦ, εἶναι δυνατόν νὰ ἀντιληφθῇ τις τὰς δυσκολίας, αἱ ὁποῖαι ἀντεμετωπίσθησαν κατὰ τὴν προσπάθειαν ἀναγραφῆς τῆς παρουσίας ανακοινώσεως.

Παρὰ ταῦτα, ἐπειδὴ τὸ θέμα τῶν ὀλικῶν ἀρθροπλαστικῶν τοῦ ἰσχίου εἶναι τεράστιον καὶ πολὺπλευρον, νομίζομεν ὅτι καὶ ἡ παρουσίασις αὕτη θὰ συμβάλῃ, ἔστω καὶ κατ' ἐλάχιστον, εἰς τὴν πληρεστέραν κατανόησιν ἐνίων ἐκ τῶν προβλημάτων, τὰ ὁποῖα ἡ ἐπέμδασις αὕτη ἐμφανίζει.

Ἡ ὀλικὴ ἀντικατάστασις τοῦ ἰσχίου ἀποτελεῖ νέαν σχετικῶς ἐγχείρησιν διὰ τὴν Ἑλλάδα, ἐφαρμοσθεῖσα τὸ πρῶτον, μόλις πρὸ 2ετίας, ὑπὸ τοῦ Ζαούση (1969) καὶ τῶν συνεργατῶν αὐτοῦ. Ἐκτοτε ἤρχισεν ἡ ἐν λόγῳ ἐγχείρησις νὰ «κατακατᾶ ἔδαφος», ἀφ' ἐνδὸς μὲν λόγῳ τῆς ὑφισταμένης καὶ ἐν τῇ χειρουργικῇ «μόδας», ἀφ' ἐτέρου δέ, ὅπερ καὶ τὸ σπουδαιότερον, συνεπεία τῶν καλῶν αὐτῆς ἀποτελεσμάτων.

Ἀπώτερα ἀποτελέσματα ἐκ τῆς ἐν λόγῳ ἐγχειρήσεως δὲν ἔχουν εἰσέτι ἀνακοινωθῆ ἢ δημοσιευθῆ ἐν Ἑλλάδι· καὶ τοῦτο εἶναι εὐλογον, διότι, διὰ νὰ ἐξαχθοῦν σοβαρὰ ἀποτελέσματα, θὰ πρέπει, κατὰ τὴν προσωπικὴν ἡμῶν γνώμην :

1) Αἱ περιπτώσεις νὰ ὑποδιαίρουγται εἰς ομάδας, τοῦλάχιστον κατὰ 20ε-

τιαν ηλικίας ἀφ' ἑνός καὶ ἀναλόγως τῆς παθογενείας τῆς νόσου ἀφ' ἑτέρου.

2) Ἐκάστη ὑποδιαίρεσις ἀσθενῶν νὰ περιλαμβάνη ἀξιόλογον ἀριθμὸν ἀσθενῶν, καὶ

3) Ἡ μετεγχειρητικὴ παρακολούθησις νὰ ὑπερβαίνη τοῦλάχιστον τὴν ὅρειαν.

Αἱ ὑφιστάμεναι σήμερον τέσσαρες κύριαι μέθοδοι ἀρθροπλαστικῆς τοῦ ἰσχίου «ἀνήκουν» εἰς τοὺς Charnley (1959, 1960, 1965, 1966, 1967), Mc Kee - Farrar (1966), Ring (1968) καὶ M. E. Müller (1967, 1968).

Ἡ τεχνικὴ τῆς ὀλικτῆς ἀντικαταστάσεως τοῦ ἰσχίου, δι' ὀλικτῆς προθέσεως τοῦ καθηγητοῦ M. E. Müller, βασισζομένη ἐπὶ χιλίων πεντακοσίων (1500) καὶ ἀνω ἐπεμβάσεων, ἔχει κατὰ καιροὺς ἀδρῶς περιγραφῆ. Εἰς οὐδεμίαν ὁμῶς δημοσίευσιν ὑφίστανται περιγραφόμενα: αἱ λεπτομέρειαι αὐτῆς.

Ἐργασθεὶς ἐπὶ μακρὸν μετὰ τοῦ καθηγητοῦ M. E. Müller εἰς τὴν Πανεπιστημιακὴν Κλινικὴν τῆς Βέρνης, καὶ τοῦ Kantonsspital τοῦ St. Gallen, εἶχον τὴν εὐκαιρίαν νὰ μελετήσω τὴν μέθοδον, τὰς λεπτομερείας τῆς ὁποίας, ἔχω τὴν τιμὴν νὰ ἀνακοινώσω σήμερον πρὸς ὑμᾶς, ἀφ' ἑνός μὲν δι' ἀναλύσεως τῶν κυριωτέρων σημείων τῆς τεχνικῆς, ἀφ' ἑτέρου δὲ διὰ προβολῆς ταινίας τῆς ἐγχειρήσεως, ληφθείσης εἰς τὸ Πανεπιστήμιον τῆς Βέρνης. Συγχρόνως, θὰ θιγοῦν ὠρισμένα βασικὰ σημεῖα καὶ θὰ διατυπωθοῦν παρατηρήσεις ἐκ τῆς σχετικῆς ἡμῶν πείρας, ἐπὶ τῆς ἐν λόγῳ ἐπεμβάσεως.

Δὲν θὰ ἀναφερθῶ εἰς τὰς περιπτώσεις ὀλικτῶν ἀντικαταστάσεων τοῦ ἰσχίου κατὰ Müller, ἀνερχομένας εἰς ὄξκα εἰς (16), τὰς ὁποίας ἔχομεν προσωπικῶς χειρουργήσει, τόσον ἐν τῇ ἀλλοδαπῇ, ὅσον καὶ ἐνταῦθα. Ὁ κύριος λόγος διὰ τοῦτο εἶναι, ὡς προελέχθη, ἡ ἔλλειψις δυνατότητος ἐξαγωγῆς συμπερασμάτων. Αἱ περιπτώσεις αὗται θὰ ἀποτελέσουν, ὅταν ὁ ἀριθμὸς καταστῆ ἱκανὸς καὶ ἡ μετεγχειρητικὴ παρακολούθησις ἀξιόλογος, θέμα μελλοντικῶν ἀνακοινώσεων.

Ἡ ὀλικτὴ ἀρθροπλαστικὴ τοῦ ἰσχίου εἶναι σοβαρωπάτη καὶ βαρεῖα ἐγχειρήσις τῆς ὀρθοπεδικῆς χειρουργικῆς, ἢ ὁποία θὰ πρέπει νὰ ἐκτελεῖται κατόπιν συγκεκριρατημένου ἐνθουσιασμοῦ καὶ πολλαπλῆς περισκέψεως, καὶ ἢ ὁποία θὰ πρέπει νὰ ἀναλαμβάνεται μόνον ὑπὸ πεπειραμένων ὀρθοπεδικῶν χειρουργῶν, καὶ δὴ ἐκείνων, οἱ ὅποιοι εἶναι ἀπολύτως ἐξοικειωμένοι πρὸς τὰς ἐπεμβάσεις τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως.

Οἶκοθεν νοεῖται ὅτι, λέγοντες ἐξοικεῖωσιν πρὸς τὰς ἐπεμβάσεις τοῦ ἰσχίου, δὲν νοοῦμεν τὴν ὀσηνδῆποτε μεγάλην πείραν ἐκ τῶν ἠλώσεων ἀδχενικῶν καὶ διατροχανητρίων καταγμάτων, αἱ ὅποιοι καὶ ἀποτελοῦν, κατὰ τὸ πλεῖστον, ἐξωαρθρικὰς ἐγχειρήσεις τοῦ ἰσχίου.

κ. Πε-
νεδρία-
κὲ εἶπη,
τέμα.
εἰς τῆς
δικώτε-
ως τῶν
ἰ Εὐαγ-
τεμετω-
εως.

ου εἶναι
θὰ συμ-
ἐκ τῶν

εἰρήσιν
Ζαούση
εἰρήσις
τῆ χει-
εἶς τῶν

ν εἰσέτι
διὰ νὰ
ῶν γνώ-

τὰ 20ε-

Προσωπικῶς, πιστεύω, προκειμένου τοῦλάχιστον περὶ τῆς ὀλικῆς ἀρθροπλαστικῆς τοῦ ἰσχίου, ὅτι μόνον διὰ τῆς σχολαστικῆς καὶ πιστῆς ἐφαρμογῆς τῶν ἐγχειρητικῶν λεπτομερειῶν εἶναι δυνατόν νὰ ἀναμένῃ τις ἐπιτυχῆ ἀπώτερα ἀποτελέσματα. Ἐξ ἄλλου, εἰς τὰς βαρεῖας ἐγχειρήσεις, ὡς ἡ ὀλικὴ ἀντικατάστασις τοῦ ἰσχίου, ἡ ἀποφυγὴ τῆς πελαγοδρομήσεως τοῦ χειρουργοῦ, μὲ ἀποτέλεσμα πλείστας ὄσας δυσαρέστους συνεπειᾶς καὶ τελικῶς, ἐν πτωχὸν ἀποτέλεσμα, ἐπιτυχάνεται σὺν τοῖς ἄλλοις, διὰ τῆς τυποποιήσεως τῶν ἐγχειρητικῶν χρόνων, μετὰ τῆς ἐλαχίστης αὐτῶν λεπτομερείας. Ἐν ἄλλοις λόγοις, ἐκεῖνο τὸ ὅποιον δυνατόν νὰ συμβαίῃ μὲ τὰς ἐλαφράς ἢ καὶ μεσαίας ἐγχειρήσεις, δηλ. :

1) Ἡ ἐκτέλεσις τῆς ἐγχειρήσεως κατόπιν μιᾶς ἀπλῆς ἀναγνώσεως αὐτῆς εἰς τι βιβλίον χειρουργικῆς Ὀρθοπεδικῆς, ἢ

2) Ὁ αὐτοσχεδιασμὸς καὶ ἡ τροποποίησις κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐγχειρήσεως, ἐγχειρητικοῦ τινος χρόνου, εἶναι ἀδύνατον ἢ μᾶλλον, σοβαρῶς παρακεκινδυνευμένον, νὰ ἐφαρμοσθῇ προκειμένου περὶ τῆς ὀλικῆς ἀντικαταστάσεως τοῦ ἰσχίου.

Διὰ τὸν λόγον αὐτόν, ἀπαραίτητος προϋπόθεσις διὰ τὴν ἐκτέλεσιν τῆς ἐγχειρήσεως ταύτης, εἶναι ἡ κατόπιν ἐμδριθεστάτης μελέτης, τόσον ἀπὸ πρακτικῆς, ὅσον καὶ ἀπὸ θεωρητικῆς σκοπιᾶς τῶν λεπτομερειῶν τῆς ἐγχειρήσεως.

Ἐπιμένομεν εἰς τὴν κατὰ γράμμα συστηματοποίησιν τῶν ἐγχειρητικῶν χρόνων, διότι δι' αὐτῆς ἐπέρχεται ὁ αὐτοματισμὸς τῶν κινήσεων, μὲ συνέπειαν, τὴν ἐκτέλεσιν τῆς ἐγχειρήσεως κατὰ τὸν ἰδεωδέστερον πρόπον καὶ κατὰ τὸν μικρότερον δυνατόν χρόνον. Ἐτερος οὐσιώδης παράγων, ὁ ὁποῖος συμβάλλει εἰς τὴν μείωσιν τοῦ ἐγχειρητικοῦ χρόνου, εἶναι ἡ χρησιμοποίησις, ὡς ἐργαλειοδοστρία, τῆς προϊσταμένης τοῦ Χειρουργείου, ἢ ἄλλης διπλωματούχου πεπειραμένης ἀδελφῆς, ἢ ὁποία νὰ εἶναι μόνιμος διὰ τὴν ἐργαλειοδοσίαν τῆς ἐγχειρήσεως αὐτῆς, καὶ εἰς τὴν ἁποίαν θὰ πρέπει νὰ ἔχη γίνῃ ἐκ τῶν προτέρων ὑπὸ τοῦ Χειρουργοῦ, τοῦλάχιστον κατὰ τὰς πρώτας ἐπεμβάσεις, κατατοπιστικῆ ἐνημέρωσις, ἐν εἶδει ἐκπαιδεύσεως, τῶν χρόνων τῆς ἐγχειρήσεως.

Ἡ χρησιμοποίησις δύο ζευγῶν γαντιῶν ὑπὸ τοῦ κυρίως Χειρουργοῦ καὶ ἡ ἀνὰ 15' περίπου, ἐκπλυσίς τοῦ ἐγχειρητικοῦ τραύματος διὰ διαλύματος *Nebacetine* 1 : 1000, ἀναμφισβητήτως συμβάλλουν εἰς τὴν μείωσιν τῶν πιθανοτήτων μολύνσεως τοῦ τραύματος.

Ἡ ἐγχείρησις τῆς ὀλικῆς ἀντικαταστάσεως τοῦ ἰσχίου, δέον ὅπως ἐκτελεθῆται εἰς Χειρουργεῖον ἀποκλειστικὸν δι' ἐγχειρήσεις ψυχρᾶς ὀρθοπεδικῆς. Δὲν νοεῖται ἡ ἐκτέλεσις τῆς ἐγχειρήσεως αὐτῆς εἰς Χειρουργεῖον, ἔνθα, τὴν προτεραίαν ἢ πρὸ μιᾶς ἐβδομάδος ἢ καὶ πρὸ μηνὸς εἰσέτι, ἐγένετο ἐγχείρη-

σις δξείας ἢ χρονίας ὀστεομυελίτιδος, ἢ ἐγχείρησις ἐπιπεπλεγμένου κατάγματος, ἢ οἰαδῆποτε ἐγχείρησις γενικῆς χειρουργικῆς.

Πρὶν ἢ εἰσέλθωμεν εἰς τὴν τεχνικὴν τῆς ἐγχειρήσεως, κρίνομεν σκόπιμον ὅπως, δι' ἐλαχίστων, ἀναφερθῶμεν ἐπὶ τῆς καλύψεως τοῦ ἀσθενοῦς διὰ τῶν σινδονίων. Δυνατὸν ὁ προεγχειρητικὸς αὐτὸς χρόνος γὰρ θεωρηθῆ ὡς ἄπλοῦς ἢ περιττός. Ἐν τούτοις, ἐνέχει σημασίαν. Ἡ κάλυψις θὰ πρέπει γὰρ εἶναι εἰδικὴ καὶ κατὰ τοιοῦτον τρόπον, ὥστε γὰρ δύναται: τὸ σκέλος, μετὰ τὴν ἀπεξάρθρωσιν τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου, γὰρ φέρεται πρὸς πλήρη προσαγωγὴν καὶ ἐξωτερικὴν στροφὴν, ἄνευ καὶ τῆς παραμικρᾶς πιθανότητος ἀποκαλύψεως, ἔστω καὶ τετραγωνικοῦ χιλιοστοῦ γυμνοῦ δέρματος, (ἀνεξαρκῆτως ἂν τοῦτο εἶναι, διὰ τῶν συνήθων ἀντισηπτικῶν ὑγρῶν, ἐκ τῶν προτέρων καθαρισμένον).

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΣ

ὑποδιηρέσαμεν τὴν ὅλην τεχνικὴν εἰς δέκα πέντε χρόνους, ἢ λεπτομερῆς καὶ συστηματικὴ ἐφαρμογὴ τῶν ὁποίων καθιστᾷ τὴν ἐπέμειδασιν σχετικῶς εὐκόλον καὶ ταχεῖαν.

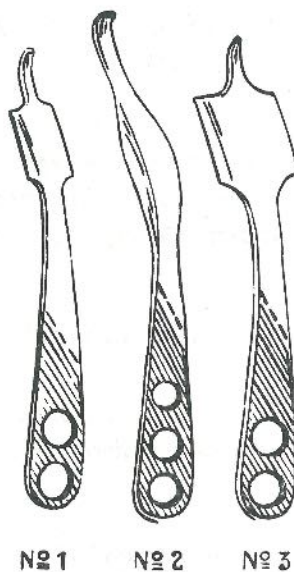
- 1. Προσπέλασις τοῦ θυλάκου τῆς ἀρθρώσεως διὰ τῆς τεχνικῆς τοῦ Watson - Jones (1935 - 1936),**
- 2. Ὁ χρόνος οὗτος συνίσταται εἰς τὴν προπαρασκευὴν διὰ τὴν εἰσαγωγὴν τῶν τριῶν περιφῆμων μοχλῶν Hohmann, Εἰκ. 1.**

A. Τελεῖται διατομὴ τῆς ἀνεστραμμένης κεφαλῆς τοῦ ὀρθροῦ μηριαίου τῇ βοθηταίᾳ ὀριζοντίως φερομένου νυστερίου καὶ εἰσαγωγὴ ἑνὸς Hohmann Εἰκ. 1 (No 1) μεταξὺ τοῦ ἐλάσσονος τροχαντῆρος καὶ τοῦ κάτω χεῖλους τοῦ αὐχένος. Ὁ χρόνος οὗτος διευκολύνεται ἀφ' ἑνὸς μὲν τῇ βοθηταίᾳ τοῦ ἐπιμήκουσ Rasporium Εἰκ. 2 (No 1), διὰ τοῦ καθαρισμοῦ τῆς περιοχῆς, ἀφ' ἑτέρου δὲ διὰ τῆς εἰσαγωγῆς τοῦ κυρτοῦ Rasporium, Εἰκ. 2 (No 2) εἰς τὴν θέσιν ἐνθα θὰ τοποθετηθῆ τὸ προαναφερθὲν Hohmann Εἰκ. 1 (No 1).

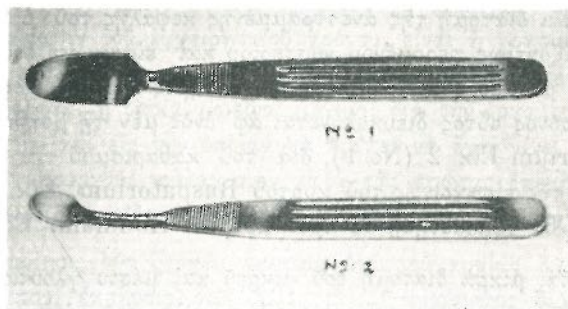
B. Τελεῖται μικρὰ διατομὴ τοῦ μικροῦ καὶ μέσου γλουτιαίου κατὰ τὴν κατάφυσιν αὐτῶν, καὶ εἰσαγωγὴ εἰς τὸ ἄνω χεῖλος τοῦ αὐχένος, ἐπὶ τὰ ἐντὸς τοῦ μεγάλου τροχαντῆρος τοῦ Hohmann No 2 (Εἰκ. 1). Ὁ χρόνος οὗτος διευκολύνεται, ὡς καὶ διὰ τὴν εἰσαγωγὴν τοῦ Hohmann No 1, διὰ τοῦ κυρτοῦ Rasporium, Εἰκ. 2.

Γ. Εἰσαγωγὴ τοῦ Hohmann No 1 (Εἰκ. 1) ἐντὸς τῆς πυέλου καὶ ἀκριβῶς ὀπισθεν τοῦ πυθμένουσ τῆς κοτύλης. Πρὸ τῆς εἰσαγωγῆς αὐτοῦ, εἰσάγεται

εἰς τὴν αὐτὴν θέσιν, τρόπον τινὰ ὡς πρόδρομος, καὶ πρὸς διευκόλυνσιν τῆς εἰσαγωγῆς τοῦ Hohmann, τὸ Elevatorium, Εἰκ. 3.



Εἰκ. 1. Οἱ τρεῖς μοχλοὶ Hohmann.



Εἰκ. 2. Τὰ δύο εἶδη Raspatorium. Τὸ εὐθὺ, Νο 1 καὶ τὸ Κυρτόν, Νο 2.

Ἐὰν ἢ διὰ τοῦ τρόπου τούτου εἰσαγωγή τοῦ Hohmann Νο 1, δὲν εἶναι ἱκανοποιητικὴ, διατέμνονται αἱ ἔμπροσθεν τοῦ θυλάκου φερόμεναι μυϊκαὶ ἴνες, δι' ὀριζοντίως φερομένου νυστερίου, πολλακίς δὲ καὶ διὰ κυρτοῦ ψαλιδίου.

της εισα-

3. Προπαρασκευή τοῦ θυλάκου.

Αὕτη, κατὰ ἐν μέγχι ποσοστόν, ἐγένετο κατὰ τὸν ἀνωτέρω χρόνον 2. Τε-
λειοποιεῖται τῇ βοηθείᾳ τοῦ εὐθέος Raspatorium Εἰκ. 2, καὶ τοῦ κυρτοῦ ψα-
λιδίου.



Εἰκ. 3. Τὸ Elevatorium.

4. Διατομή καὶ ἐξαιρέσεις τοῦ θυλάκου.

Ἡ διατομή τελεῖται δίκην ἀνεστραμμένου T. Συλλαμβάνονται ἀκολού-
θως τὰ ἄκρα διὰ λαβίδων Kocher καὶ ἐξαιροῦνται διαδοχικῶς, τῇ βοηθείᾳ μα-
κροῦ καὶ ἐλαφρῶς κυρτοῦ ψαλιδίου. Σημειωτέον, ὅτι, κατὰ τὸν χρόνον αὐτόν,
δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ ἐξαιρεθῇ ὁλόκληρος ὁ θύλακος.

5. Ἐξάρθρωμα τῆς κεφαλῆς καὶ ἐξαιρέσεις αὐτῆς δι' ὀστεοτο- μῆς τοῦ ἀσθένος.

Εἰσάγεται τὸ εἰδικὸν πτύον ἐντὸς τῆς ἀρθρώσεως καὶ τελεῖται ἐλαφρὰ
ἐξωτερικὴ στραφή τοῦ σκέλους. Διὰ τῶν χειρισμῶν τούτων, ἐγίστε ἐξαρθροῦται
τὸ ἰσχίον. Ἄν δὲν ἐξαρθροῦται, τελεῖται τότε διὰ τοῦ ἀεροπρίονος ὀστεοτομὴ
τοῦ ἀσθένος τοῦ μηριαίου *in situ* καὶ ἐξαιρέσεις ἀκολούθως τῆς κεφαλῆς.

6. Τελειοποίησις τῆς ὀλικῆς ἐξαιρέσεως τοῦ θυλάκου.

Βασικὸς χειρισμὸς ἐνταῦθα εἶναι ἡ τοποθέτησις 2 Hohmann No 1 (Εἰκ.

No 2.

δὲν εἶναι
οὐκ αἶνες,
ιδίου.

1) ἐπὶ τοῦ κάτω χεῖλους τῆς κοτύλης, διὰ τὴν ἀπώθησιν τοῦ ἄνω ἄκρου τοῦ μηριαίου. Ἀκολουθῶς, τῇ βοηθείᾳ λαβίδος Kocher καὶ μακροῦ κυρτοῦ ψαλιδίου, ἐγίστε δὲ καὶ γυστερίου, τελεῖται ἡ ριζικὴ ἐξαιρέσις τοῦ θυλάκου.

7. Προπαρασκευὴ τῆς κοτύλης.

Κατὰ τὸν χρόνον τοῦτον, τὸ σκέλος φέρεται ἐν προσαγωγῇ καὶ ἐξωτερικῇ στροφῇ (τοῦ γόνατος ὄντος κεκαμμένου). Κατ' ἀρχάς, διὰ κυρτοῦ ὀστεοτόμου, ἀφαιροῦνται τυχὸν εὐρισκόμενα ὀστεόφυτα καὶ ὀστεοαρθριτικαὶ ἀνωμαλίας ἐκ τῆς κοτύλης. Ἐν συνεχείᾳ, τελεῖται ὀμαλοποίησις τῆς κοτύλης διὰ τῆς φρέζας. Μετὰ ταῦτα, τῇ βοηθείᾳ μικροῦ ἡμικοίλου ὀστεοτόμου, δημιουργοῦνται τρεῖς ἐκσκαφαί, ἀρκούντως βαθεῖαι, διὰ τὴν εἰσχώρησιν τοῦ cement. Ἐγίστε, ὀστεόφυτα εὐρισκόμενα εἰς τὸ χεῖλος τῆς κοτύλης ἀφαιροῦνται δι' ὀστεοτόμου καὶ λαβίδος Luer.

8. Δοκιμὴ διὰ τοῦ δοκιμαστικοῦ κυπελλίου.

9. Προπαρασκευὴ τοῦ αὐλοῦ τοῦ μηριαίου.

Ὁ δεύτερος βοηθὸς κρατεῖ τὸ σκέλος εἰς πλήρη ἐξωτερικὴν στροφὴν καὶ προσαγωγὴν, τοῦ γόνατος ὄντος κεκαμμένου. Ἀξιόλογος χειρισμὸς ἐγκαυθῶ εἶναι ἡ τοποθέτησις τῶν τριῶν Hohmann (No 1), Εἰκ. 1.

A. Πρὸς τὰ ἄνω καὶ κάτωθεν τοῦ μεγάλου τροχαντήρος.

B. Πρὸς τὰ κάτω καὶ κάτωθεν τοῦ ἐλάσσονος τροχαντήρος.

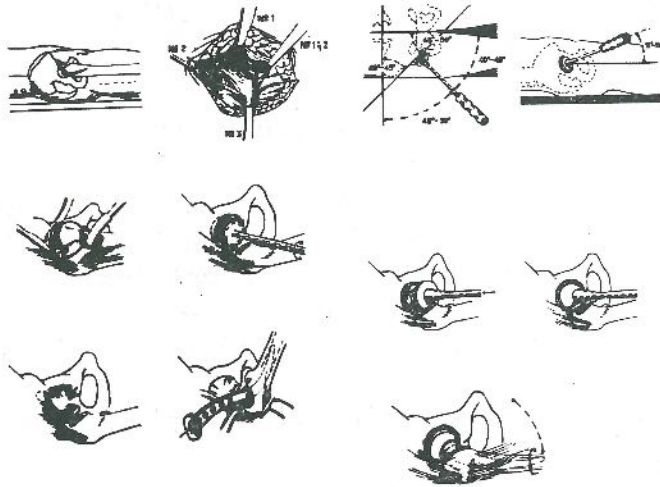
Γ. Κάτωθεν τῆς ἐξω ἐπιφανείας τοῦ ἄνω ἄκρου τοῦ μηριαίου, ἢ ὅποια, κατόπιν τῆς στροφῆς τοῦ μηριαίου, ἔχει καταστῆ ὀπισθία.

Μετὰ τὴν ἀνωτέρω ἀποκάλυψιν τοῦ ἄνω ἄκρου τοῦ μηριαίου, τελεῖται ἐκσκαφή, τρόπον τινα, τοῦ αὐλοῦ. Κατ' ἀρχάς μὲν, τῇ βοηθείᾳ μικροῦ ἡμικοίλου ὀστεοτόμου, εἶτα δὲ τῇ χρησιμοποίησει ράσπας.

10. Τοποθέτησις τοῦ κυπελλίου εἰς τὴν κοτύλην.

Τὸ σκέλος φέρεται εἰς οὐδετέραν θέσιν καὶ τελεῖται ἡ ἀνακατάταξις τῶν τριῶν Hohmann, τὰ ὅποια ἐχρησιμοποίηθησαν κατὰ τὸν χρόνον 9. Τὸ ἐν εἰσάγεται ἐντὸς τῆς πυέλου καὶ ἀκριβῶς ὑπερθεν τοῦ πυθμένος τῆς κοτύλης, τὰ δὲ ἔτρα δύο πλαγίως ταύτης. Ὁ χρόνος οὗτος διευκολύνεται, ἂν ἐφαρμοσθῇ καὶ τέταρτον Hohmann No 3 εἰς τὸ κάτω χεῖλος τῆς κοτύλης, πρὸς ἀπώθησιν τοῦ ἄνω ἄκρου τοῦ μηριαίου. Τοποθετεῖται ἀκολουθῶς τὸ cement εἰς

τήν κοτύλην, αφού προηγουμένως έχει αυτή εκπλυθή διά διαλύματος Nebacetine 1:1000, και έγσφηνούται μετά ταύτα, τό κυπέλιον εις τήν όρθήν αυτού θέσιν, Είκ. 4, δι' ειδικού έγσφηνωτήρος.



Είκ. 4. Οι βασικοί χρόνοι τής κατά Müller όλικής άρθροπλαστικής του ισχίου σχηματικώς.

Καθ' όν χρόνον ώθεΐται, διά τής μιᾶς χειρός, ό έγσφηνωτήρ έπὶ τοῦ κυπέλιου, διά τής άλλης χειρός και τῆ βοηθεία μακροῦ κοχλιαρίου, αφαιρούνται τὰ προέχοντα τμήματα τοῦ cement εκ τής περιφέρειας τής κοτύλης.

11. Δοκιμή διά τής δοκιμαστικῆς μηριαίας προθέσεως.

12. Τοποθέτησις τής προθέσεως εις τόν αυλόν τοῦ μηριαίου.

Εισάγεται κατ' αρχάς τό cement εις τόν αυλόν τοῦ μηριαίου. Εις τήν μίαν χεΐρα, κρατεΐται μικρά ποσότης cement, και τῆ βοηθεία τῶν δύο δεικτῶν εισάγεται τοῦτο έντός τοῦ αυλοῦ. Εΐναι μεγίστης σπουδαιότητος, ίνα αποφευχθοῦν μελλοντικῶς κινήσεις και χαλάρωσις τοῦ στελέχους τής προθέσεως, όπως ή εισαγωγή τοῦ cement φθάσῃ ὅσον τό δυνατόν κατωτέρω, διά νά καλύψῃ και τό ούραιον άκρον τής προθέσεως. Τοποθετεΐται έν συνεχείᾳ άμέσως ή μηριαία πρόθεσις, κατ' αρχάς δι' ώθήσεως διά τής χειρός, είτα δέ τῆ βοηθεία τής ειδικῆς σφύρας.

13. Ανάταξις τής μηριαίας προθέσεως εις τήν πλαστικήν κοτύλην.

Μετά παρέλευσιν 4-5 λεπτῶν ἀπὸ τῆς τοποθετήσεως τῆς μηριαίας προθέσεως, ἀνατάσσεται αὐτὴ εἰς τὴν πλαστικὴν κοτύλην.

14. Ἐλξίς τοῦ σκέλους καὶ ἔκπλυσις τοῦ τεχνητοῦ μεσαρθρίου διαστήματος διὰ διαλύματος Nebacetine 1:1000.

15. Συρραφή.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΛΓΩΓΗ

Ἀμέσως μετὰ τὴν ἐγχείρησιν καὶ εἰς τὴν αἰθουσαν τοῦ Χειρουργείου, λαμβάνεται πρόνοια ἕως ἀποφευχθῆ ἡ τάσις, τὴν ὁποίαν ἔχει τὸ ἰσχίον πρὸς ἐξωτερικὴν στροφὴν. Ἡ ἀποφυγὴ τῆς τάσεως αὐτῆς ἐπιτυγχάνεται διὰ τῆς ἐφαρμογῆς μιᾶς ἐκ τῶν τριῶν κατωτέρω μεθόδων.

1) Τοποθέτησις τοῦ χειρουργηθέντος σκέλους εἰς εἰδικὸν γάρθηκα, ἐκ πλαστικοῦ ἀφρώδους ὕλικου.

2) Ἐφαρμογὴ Κ.Π. Γύψου, φέροντος ἐνσωματωμένην, κάτωθεν τῆς πτέρνης, μακρὰν ἐγκαρσίαν ράβδον.

3) Ἐφαρμογὴ ἐλαφρᾶς δερματικῆς ἐκτάσεως (2-3 kg).

Ἀπὸ τῆς πρώτης μετεγχειρητικῆς ἡμέρας, ὑποβάλλεται ὁ ἀσθενὴς εἰς ἀναπνευστικὴν φυσιοθεραπείαν καὶ κινήσιοθεραπείαν (στατικὴν) τοῦ ὕγιους σκέλους καὶ τοῦ τετρακεφάλου τοῦ χειρουργηθέντος. Μετὰ παρέλευσιν 5—10 ἡμερῶν γενικῶς, ὁ ἀσθενὴς ἐγείρεται καὶ μετὰ 2 ἑβδομάδας, χρησιμοποιῶν δύο βακτηρίας ἀγκώνων, ἀρχίζει κινήσιοθεραπείαν ἐντὸς πισσίνας. Μετὰ 3—4 ἑβδομάδας ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, ἐξέρχεται τοῦ Νοσοκομείου φορτίζων μερικῶς τὸ σκέλος τῇ βοηθείᾳ 2 βακτηριῶν ἀγκώνων. Μετὰ 2 μῆνας ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, ἀπορρίπτει τὴν μίαν βακτηρίαν καὶ μετὰ παρέλευσιν 4—6 μηνῶν ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, ὁ ἀσθενὴς βαδίζει ἄνευ βακτηρίας.

Ἀσθενεῖς ἄνω τῶν 40 ἐτῶν, ὑποβάλλονται εἰς ἀντιπηκτικὴν ἀγωγήν.

S U M M A R Y

Müller's technique of total hip replacement, in all its details, is described.

B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. CHARNLEY, J. (1959) : The Lubrication of Animal Joints. New Scientist, 6, 60.

2. CHARNLEY, J. (1960): Anchorage of the Femoral head Prosthesis to the Shaft of the Femur. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 42 — B, 28.
3. CHARNLEY, J. (1965): A Biomechanical Analysis of the Use of Cement to Anchor the Femoral Head prosthesis. *Journal of bone and joint surgery*, 47 — B, 354.
4. CHARNLEY, J. (1966): Προσωπική επικοινωνία.
5. McKEE, G.K., and WATSON — FARRAR, J. (1966): Replacement of Arthritic Hips by the McKee — Farrar Prosthesis. *Journal of bone and joint Surgery*, 48—B, 245.
6. MÜLLER, M.E. (1967): Προσωπική επικοινωνία.
7. MÜLLER, M.E. (1968): Totalprothesen aus Protasul. *AO Bulletin*.
8. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ, Β, ΓΙΩΤΗ, Κ., ΒΑΓΙΑΝΟΥ, Ε., ΚΟΝΤΟΥ, Π. (1970): 'Αρθροπλαστική ισχίου δι' όλικής ένδοπροθέσεως κατά MÜLLER. 'Ανακοίνωσις γενομένη έν τή 'Ελληνική 'Εταιρία Χειρ. 'Ορθ. και Τραυμ.
9. RING, P.A. (1968): Complete Replacement Arthroplasty of the Hip by the Ring Prosthesis. *Journal of Bone and joint surgery*, 50 — B, 720.
10. ΖΑΟΥΣΗΣ, Α. (1969): Προκαταρκτική 'Ανακοίνωσις επί 5 περιπτώσεων 'Αρθροπλαστικής του 'Ισχίου κατά McKEE—FARRAR. 'Ελλην. Χειρ. 'Ορθ. και Τραυματολογία, Τόμος 20, 82.
11. ΖΑΟΥΣΗΣ, Α. and ΑΓΝΑΝΔΙΣ, J. (1970): Total Hip Replacement Arthroplasty. Experiences in Greece. 'Ελληνοαμερικανικών Σεμινάριον 'Ορθοπεδικής έν τῷ Θεραπευτηρίῳ «Εὐαγγελισμός».

Η ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΗ ΗΛΩΣΙΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΝΗΜΗΣ

Προκαταρκτική ανακοίνωσις ἐπὶ 59 περιπτώσεων

Ἐπὶ

Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ—ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ, Π. ΓΑΛΑΝΟΥ καὶ Π. ΣΟΥΚΑΚΟΥ

Εἰς τὴν Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν, ἀπὸ διετίας περίπου, ἤρχισεν ἐφαρμοζομένη ἢ κλειστή ἐνδομυελικὴ ἤλωσις τῶν καταγμάτων τῆς κνήμης. Ὁ ἀριθμὸς τῶν χειρουργηθειῶν κνημῶν μέχρι σήμερον ἀνέρχεται εἰς 59. Διὰ τὰς 30 ἐξ αὐτῶν, αἵτινες ἐχειρουργήθησαν διὰ τῆς τυφλῆς ἐνδομυελικῆς ἤλώσεως, διατίθενται ἀκτινογραφίαι τοῦ α' τριμήνου, διὰ τὰς 12 τοῦ α' ἔξαμήνου, ἐνῶ αἱ ὑπόλοιποι ἐχειρουργήθησαν κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ τελευταίου τριμήνου καὶ περιέχουν ἀνοικτὰ κατάγματα.

Ὡς ἡ μεγάλη πλειοψηφία τῶν Ὀρθοπαιδικῶν, τοιοῦτοτρόπως καὶ ἡμεῖς εἰμεθα θιασῶται τῆς συντηρητικῆς ἀγωγῆς, προκειμένου διὰ τὰ κατάγματα τῆς κνήμης, πλὴν εἰς τὸ πολὺπλευρον καὶ σύνθετον πρόβλημα (ἀνάταξις, συγκράτησις, παρεκτόπισις, χρόνος πωρώσεως, φόρτισις), ἐδώσαμεν τὴν λύσιν τῆς ἐξ ἴσου συντηρητικῆς μεθόδου τῆς ἐνδομυελικῆς ἤλώσεως ἕνευ διανοίξεως τῆς ἐστίας τοῦ κατάγματος (I slide: κατάγμα πωρωθὲν ἐν παρεκτοπίσει. II slide: κατάγματος παρεκτοπισθέντος τὴν 2αν καὶ 3ην ἑβδομάδα, ἀνάλυσις φαινομένου).

ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Προβολὴ ταινίας.

Κατεβλήθη προσπάθεια πρὸς ἀπλούστευσιν τῶν μέχρι σήμερον ἐφαρμοζομένων μεθόδων, ὥστε νὰ εἶναι αὕτη προσιτὴ καὶ σύντομος, ὥστε νὰ καθίσταται δυνατὴ ἢ ἐκτέλεσις τῆς κατὰ τὴν ἡμέραν τῆς ἐφημερίας.

Ὡς ἐνδομυελικοὶ ἦλοι χρησιμοποιοῦνται οἱ συνήθεις ἦλοι Küntscher ἤλώσεως μηριαίου. Ἡ διάμετρος αὐτῶν ἐπιλέγεται 8 mm διὰ τὰς ἡλικίας κάτω τῶν 50 ἐτῶν, καὶ 9 mm διὰ τὰς ἡλικίας ἄνω τῶν 50 ἐτῶν. Τὸ μῆκος καθορί-

ζεται ίσον πρὸς τὴν ἀπόστασιν ἀπὸ τῆς κορυφῆς τοῦ κνημιαίου κυρτώματος, μέχρι τῆς βάσεως τοῦ ἔσω σφυροῦ. Οἱ ἦλοι κυρτοῦνται κατὰ τὸ ἄνω ἢ κάτω ἄκρον αὐτῶν, τούτου ἐξαρτωμένου ἐκ τοῦ ὕψους καὶ τοῦ εἴδους τοῦ κατάγματος. (Ἐπεξηγήσεις — ἴδια τὰ ὑψηλὰ κατάγματα — κίνδυνος ἐξόδου τοῦ ἦλου πρὸς τὰ ὀπίσω).

Ἡ τεχνικὴ τῆς εἰσόδου αὐτῶν ἔχει ὡς ἀκολούθως:

1. Τομὴ τοῦ δέρματος μήκους 4 cm ἐπὶ τὰ ἐντὸς τοῦ κνημιαίου κυρτώματος.
2. Διατομὴ καὶ ἀποκόλλησις τοῦ περισστέου.
3. Διάνοξις θυρίδος ὀρθογωνίου παραλληλογράμμιου ἐπὶ τοῦ ὅστου 5 X 1.
4. Εἰσαγωγή τοῦ ἦλου, τοῦ γόνατος εὐρισκομένου εἰς κάμψιν 90°.
5. Προάσπισις τῆς ἄνω μοίρας τοῦ τραύματος διὰ μεταλλικοῦ ἐλάσματος.
6. Ἀνάταξις τοῦ κατάγματος καὶ προώθησις τοῦ ἦλου ὑπὸ τὸν ἔλεγχον τῆς τηλερράσεως, ἢ ἀκτινογραφικοῦ τοιούτου.
7. Συρραφὴ τοῦ τραύματος καὶ ἐφαρμογὴ Γ.Ε.Ν.Μ.Κ.Π.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: Ἀπὸ τῆς 2ας μετεγχειρητικῆς ἡμέρας ἀρχοῦνται ἀσκήσεις τετρακεφάλου καὶ ἀνυψώσεις τοῦ σκέλους.

Περὶ τὸ τέλος τῆς 2ας ἐβδομάδος γίνεται ἀφαίρεσις τῶν ραμμάτων καὶ ἐφαρμογὴ Γ.Ε.Μ.Κ.Π. περιπατητικοῦ, ἐφαρμοστοῦ μὲ τὸ γόνα εἰς κάμψιν 20°. Δίδονται ὀδηγίαι διὰ πλήρη φόρτισιν τοῦ σκέλους καὶ ὁ ἀσθενὴς ἐξέρχεται τοῦ Νοσοκομείου, μὲ τὴν σύστασιν ὅπως ἐπανέλθῃ μετὰ 3μηνον ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, δι' ἀφαίρεσιν τοῦ Γ.Ε. καὶ κλινικὸν καὶ ἀκτινολογικὸν ἔλεγχον.

ΕΠΙΔΕΙΞΕΙΣ SLIDES

Εἰς τὰς ὡς ἄνω παρατηρήσεις περιλαμβάνονται ὅλαι σχεδὸν αἱ κατηγορίαι καὶ τὰ εἶδη τῶν καταγμάτων, ἦτοι:

Κλειστά, συντριπτικά, ἀπλά, διπλά, ἐγκάρσια, λοξά, σπειροειδῆ, μεσό-τητος, ἄνω θμορίου, ὡς καὶ χαμηλὰ τοιαῦτα τοῦ κάτω θμορίου. Εἶναι ἀληθές, ὅτι περιελήφθησαν καὶ τινες περιπτώσεις ἐκ τῶν ὡς ἄνω κατηγοριῶν, ἐπὶ τῶν ὁποίων ἄλλαι μέθοδοι, ἐνδεχομένως, γὰ εἶχον ἐπίσης ἐνδείξιν. Πάντως, ποῦτο ἐγένετο ἐπὶ σκοπῇ τῆς εὐρυτέρας μελέτης τοῦ θέματος καὶ συναγωγῆς συμπερασμάτων.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. Ἄπαντα τὰ κατάγματα ἐπωρώθησαν μέχρι τοῦ 3ου μηνός.
2. Οἱ ἀσθενεῖς ἐξῆλθον τοῦ Νοσοκομείου τὴν 2αν ἐβδομάδα ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, φέροντες Γ.Ε. Μ.Κ.Π. περιπατητικόν.

ΥΚΑΚΟΥ

ἀπὸ διε-
οσις τῶν
ιέχρι σή-
ησαν διὰ
ι' τριμή-
καν κατὰ
ματα.
ἡμεῖς εἶ-
ματα τῆς
συγκρά-
ύσιν τῆς
ξως τῆς
κτοπίσει.
ι, ἀνάλυ-

φαρμοσο-
θίσταται

her ἠλώ-
ας κάτω
; καθορί-

3. Τὸ ἐγχειρητικὸν τραῦμα ἐπουλώθη κατὰ α. σκοπόν, ἄνευ οὐδεμιᾶς ἐπιπλοκῆς, πλὴν 2 ἐπιπολῆς μολύνσεων.

4. Μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ Γ.Ε., εἰς οὐδεμίαν περίπτωσιν παρατηρήθη πρόβλημα δυσκαμψίας γόνατος ἢ ποδοκνημικῆς, σοβαρόν.

5. Εἰς οὐδὲν ἐκ τῶν λοξῶν ἢ συντριπτικῶν καταγμάτων παρατηρήθη βράχυνσις ὑπερβαίνουσα τὰ παραδεκτὰ ὄρια.

6. Ὁ χρόνος ἀπὸ τοῦ ἀτυχήματος μέχρι τῆς ἐγχειρήσεως, ὑπῆρξεν ἀπὸ μᾶς ὥρας μέχρι μηνός, ἢ δὲ εὐκολία τῆς ἐπεμβάσεως ὑπῆρξεν ἀντιστρόφως ἀναλόγως τούτου.

7. Παρὰ τὰς ὑπαρχούσας ἐργασίας, ὅτι σταθερὰ συγκράτησις εὐνοεῖ τὴν πύρωσιν, ἡμεῖς εἰς οὐδεμίαν περίπτωσιν παρατηρήσαμεν καθυστέρησιν τῆς πωρώσεως, καίτοι εἰς οὐδεμίαν προσέθημεν διεύρυνσιν τοῦ αὐλοῦ καὶ εἰσαγωγὴν ἡλίου, σπερρῶς συγκρατοῦντος τὸ κατάγμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ :

1. Ἀντέδειξεν δι' ἐνδομυελικὴν ἥλωσιν ἀποτελοῦν μόνον τὰ λίαν συντριπτικὰ καὶ τὰ παραθροικὰ τοῦ ἄνω καὶ τοῦ κάτω ἄκρου τῆς κνήμης.

2. Τὸ ἀπλοῦν καὶ σύντομον τῆς ἐγχειρήσεως — ἐγχειρητικὸς χρόνος περίπου 15' — καθιστοῦν τὴν μέθοδον εὐκολωτέραν καὶ αὐτῆς τῆς τοποθετήσεως ἐνὸς γύψου.

3. Ἡ μὴ διάνοιξις τῆς ἐστίας τοῦ κατάγματος θεωρεῖται ὁ σημαντικώτερος παράγων τῆς ταχείας πωρώσεως καὶ τῆς ἀπουσίας ἐπιπλοκῶν, ἐξασφαλίζουσα ὅπαντα τὰ πλεονεκτήματα τῆς συντηρητικῆς ἀντιμετωπίσεως τῶν καταγμάτων τῆς κνήμης. Συγχρόνως ὁμως, ἐπιτυγχάνεται ἀσφαλῆς συγκράτησις, ἐπιτρέπουσα τὴν ταχεῖαν φέρτισιν τοῦ σκέλους, ἢ ὅποια θεωρεῖται ἐξ ἴσου πρωταρχικῆς σημασίας παράγων διὰ τὴν ταχεῖαν πύρωσιν.

4. Καίτοι εἶναι ἐνωρὶς ἀκόμη, δυνάμεθα νὰ ὑποστηρίξωμεν, ὅτι διὰ τῆς μεθόδου τῆς ἐνδομυελικῆς ἥλώσεως, ἀποφεύγεται τὸ ἄγχος καὶ ὁ φόβος τῶν 4 πρώτων κρίσιμων ἐβδομάδων διὰ τὴν παρεκτόπισιν τοῦ κατάγματος, ὡς καὶ ἡ μεταγενεστέρα ἀγωνία διὰ τὸν χρόνον τῆς πωρώσεως καὶ τὴν ἐπάνοδον τοῦ ἀσθενοῦς εἰς τὰς κανονικὰς τοῦ ἀσχολίας.

Ἡ μέθοδος δύναται νὰ χαρακτηρισθῇ ὡς: Συντηρητικὴ μέθοδος ἐσωτερικῆς συγκρατήσεως τῶν καταγμάτων τῆς κνήμης.

Π Ε Ρ Ι Α Η Ψ Ι Σ

Εἰς τὴν παρούσαν προκαταρκτικὴν ἀνακοίνωσιν ἀναλύονται τὰ ἀποτε-

λέσματα επί 30 έγδομελικών ήλώσεων, και επιδεικνύεται κινηματογραφική ταινία τής τεχνικής, εις ήν εΐναι έμφανές τò άπλοον ταύτης.

Επιδεικνύονται ακτινογραφίαι 1ου τριμήνου και 1ου εξαμήνου. Τονίζεται ή άπουσία ψευδαρθρώσεων και καθυστερημένων πωρώσεων.

S U M M A R Y

In this preliminary study of 30 fractured tibiae with different type of fracture treated by blind intramedullary nailing, the simple technique is emphasized and a film is shown, (the technique of the operation).

The absence of pseudarthrosis and delayed union is also observed.

B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. BLUMENFELD : Pseudarthrosis of the long bones. J. Bone Joint Surgery; 29,97 - 1947.
2. CHARNLEY, J : The closed treatment of Common Fractures.
3. DANCKWARDT - LILLIESTROM G : Reaming of the medullary cavity and its effect on diaphyseal bone. Acta Orthop. Scand. Suppl : 128, 1969.
4. DANCKWARDT - LILLIESTROM, G. LORENZI, G. L. and OLERUD, S : Intramedullary nailing after reaming. Acta Orthop. Scand. Suppl : 134, 1970.
5. GOTHMAN, L : Arterial changes in experimental fractures of the rabbit's tibia treated with intramedullary nailing. A microangiographic study. Acta Chir. Scand : 120, 289. 1960.
6. KÜNTSCHER, G : Intramedullary surgical technique and its place in Orthopedic Surgery. J. Bone Joint Surgery : 47 - A, 809. 1965.
7. LAURENCE, M. FREEMAN, M.A.R., SWANSON, S.A.Y. : Engineering considerations in the internal fixation of fractures of the tibia shaft. J. Bone Joint Surgery : 51 - B, 754. 1969.
8. PRIDIE, K. H. (1961) : Medullary nail for tibial fractures. J.B.J.S. 43 - B, page 858.
9. SAAL F. vom (1952) : Intramedullary fixation of the tibia. J.B.J.S. 34 - A, page 86 - 96.
10. TREVOR, D. (1950) : Bending of a nail with angulation of a fractures shaft of the femur. J.B.J.S. 32 - B, page 712.

Η ΕΓΧΕΙΡΗΣΙΣ MITCHELL ΕΙΣ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΝ ΤΗΣ ΒΛΑΙΣΟΔΑΚΤΥΛΙΑΣ

Ἔπὸ

Δρ. Ε. Δ. ΒΑΓΙΑΝΟΥ, Δρ. Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΓΙΩΤΗ, Π. ΚΟΝΤΟΥ
Χειρουργῶν - Ὀρθοπεδικῶν

Ἡ ἀνακοίνωσις αὕτη ἔχει ὡς σκοπὸν τὴν γνωστοποίησιν τῆς ἐμπειρίας μας ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὴν ἐφαρμογὴν τῆς ἐγχειρήσεως Mitchell, ἣτις ἔχει καθέξει πρῶτην θέσιν εἰς τὴν χειρουργικὴν ἀντιμετώπισιν τῆς ἐφηβικῆς καὶ νεανικῆς βλαισοδακτυλίας τοῦ μεγάλου δακτύλου τοῦ ἄκρου ποδός εἰς διεθνή κλίμακα. Ἡμεῖς ἔχομεν ἐφαρμόσει ταύτην μόνον ἀπὸ τριετίας εἰς μικρὸν ἀριθμὸν περιπτώσεων, λόγῳ δὲ τῶν λίαν ἱκανοποιητικῶν, ἕως τώρα, ἀποτελεσμάτων, ἐθεωρήσαμεν ὑποχρέωσιν νὰ προβῶμεν εἰς ἀνακοίνωσιν αὐτὴν, ὡς προκαταρκτικὴν τοιαύτην, διότι δὲν ἀνεκοινώθη ἀνάλογος ἐργασία ἐπὶ τοῦ θέματος τούτου εἰς τὴν ἐταιρίαν μας, καθ' ὅσον γνωρίζομεν μέχρι τοῦδε. Εἴμεθα βέβαιοι ὅτι, ἡ ἐγχείρησις Mitchell θὰ ἐφαρμόζεται καὶ ὑπὸ ἄλλων συναδέλφων παρ' ἡμῶν. Οὕτω παραπλησίαν μέθοδον ὑπὸ τὸ ὄνομα J. C. Adams εἶδομεν δημοσιευμένην εἰς τὸ μόλις κυκλοφορήσαν τεῦχος τῶν Χρονικῶν τοῦ Ἀσκληπείου Βούλας.

Ὅλοι γνωρίζομεν τὰς πολλὰς θεωρίας περὶ τὴν αἰτιολογίαν τῆς ἐν βλαισότητι παραμορφώσεως τοῦ μεγάλου δακτύλου τοῦ ἄκρου ποδός. Διὰ τοῦτο, δὲν θὰ ἀναφερθῶμεν εἰς τὸ εὐρὸν τοῦτο κεφάλαιον καὶ διότι δὲν ἀποτελεῖ σκοπὸν τῆς παρούσης ἀνακοινώσεως. Πάντως, διὰ τοὺς πλείστους τῶν συγγραφέων τὸ metatarsus primus varus θεωρεῖται τὸ ἀρχικὸν αἷτιον τῆς ἐν συνεχείᾳ παραγομένης ἐν βλαισότητι παραμορφώσεως τοῦ μεγάλου δακτύλου. Διὰ τοῦτο, βλαιαὶ μέχρι τοῦδε ἐφαρμοσθεῖσαι μέθοδοι, ὅπως Mc Bride, Lapidus κτλ., εἶχον ὡς σκοπὸν κατ' ἀρχὴν τὴν διόρθωσιν τούτου καὶ τῶν ἐν τῷ μεταξύ ἀναπτυχθεισῶν δευτεροπαθῶν ἀλλοιώσεων. Ἐνιοὶ ἐξ αὐτῶν τῶν μεθόδων εἰσήγαγον τὴν διορθωτικὴν ὀστεοτομίαν τοῦ μεταταρσίου εἰς διάφορον ὕψος καὶ μετὰ διαφόρους

Ἐκ τῆς ΣΤ' Ὀρθοπεδικῆς Κλινικῆς τοῦ Ἀσκληπείου Βούλας. Διευθυντής:
Δρ. Β. Π. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ.

παραλλαγᾶς συνδυασμοῦ θυλακοτομῆς, μεταφορᾶς τοῦ προσαγωγοῦ τοῦ μεγάλου δακτύλου, ἀφαίρεσιν τοῦ ἔξω σησαμοειδοῦς κτλ.

Ἡ ὀστεοτομία τοῦ αὐχένος τοῦ πρώτου μεταταρσίου ἐφηρμόθη ἀπὸ ἐτῶν εἰς τὴν θεραπείαν τῆς ἐν βλαισότητι παραμορφώσεως τοῦ μεγάλου δακτύλου τοῦ ποδὸς καὶ ποικίλαι τεχνικαὶ ἐδημοσιεύθησαν (Hohfmann, Mitchell καὶ συνεργάται, Gibson καὶ Piggot καὶ ἄλλοι).

Ἡ ὑπὸ τοῦ Mitchell καὶ συνεργατῶν του περιγραφείσα τὸ πρῶτον τὸ 1945 τεχνικὴ, περιλαμβάνει τὴν ὀστεοτομίαν τοῦ αὐχένος τοῦ 1ου μεταταρσίου μετὰ μετατοπίσεως καὶ γωνιώσεως πρὸς τὰ ἔξω τοῦ περιφερικοῦ τμήματος, ἐκτομὴν τῆς ἐξοστώσεως καὶ ἔσω πλαγίαν θυλακορραφὴν τῆς πρώτης μεταταρσοφαλαγγικῆς ἀρθρώσεως. Τὰ τρία αὐτὰ στάδια τῆς ἐγχειρήσεως ἀποτελοῦν τὰ οὐσιώδη διορθωτικὰ στοιχεῖα τῆς μεθόδου, ἢ ὅποια ἐνδείκνυται κυρίως εἰς τὴν ἐφηβικὴν καὶ νεανικὴν ἐν βλαισότητι παραμόρφωσιν τοῦ μεγάλου δακτύλου τοῦ ποδός.

Κατ' ἀρχὴν ἡ διόρθωσις τῆς ραιβότητος τοῦ πρώτου μεταταρσίου ἐπιτελεῖται ἐκεῖ ὅπου αὕτη πλέον ἐκδηλῶς, ἐμφανῆς καὶ ἐνεργοῦσα: εἰς τὴν μεταταρσοφαλαγγικὴν ἀρθρῶσιν.

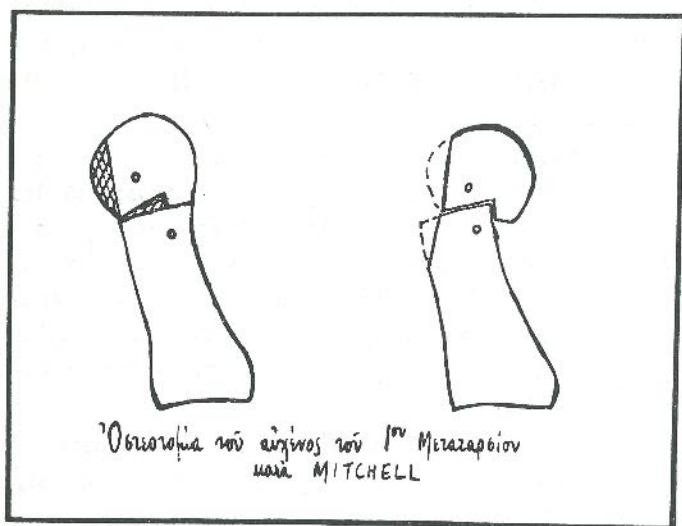
Ἡ τεχνικὴ τῆς ἐγχειρήσεως διὰ βραχέων

Τομὴ ἐπιμήκης ραχιαία ἔσω πλαγία ἐπικεντρωμένη εἰς τὴν μεταταρσοφαλαγγικὴν ἀρθρῶσιν.

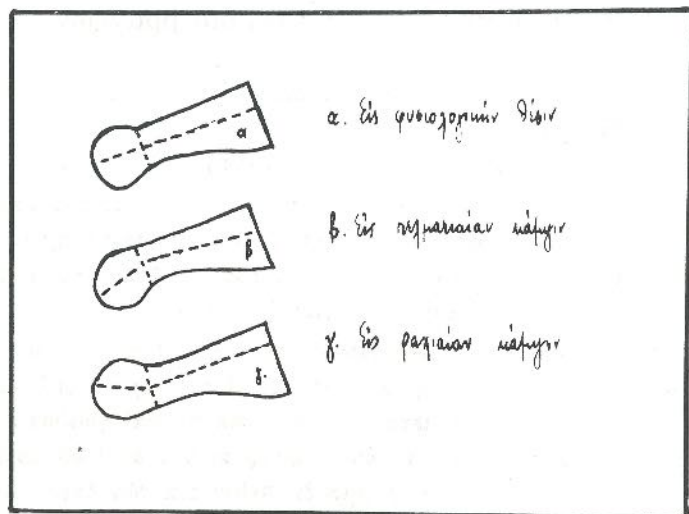
Τομὴ δίκην Υ εἰς τὴν ἔσω πλαγίαν περιοχὴν τοῦ θυλάκου τῆς ἀρθρώσεως καὶ τοῦ περισσέου τοῦ πρώτου μεταταρσίου, ὥστε οἱ δύο περιφερικοὶ βραχίονες τοῦ Υ νὰ συναγῶνται 8 mm περίπου κεντρικώτερον τῆς μεταταρσοφαλαγγικῆς ἀρθρώσεως. Ὁ αὐχὴν καὶ ἡ διάφυσις τοῦ πρώτου μεταταρσίου ἀποφιλοῦνται ὑποπεριοστικῶς καὶ ἀφαίρεται ἡ ἐξόστωσις.

Διὰ λεπτοῦ ὀστεοτροπᾶνου δημιουργοῦνται δύο ὀπαι κάθετοι, μία 12 mm περίπου καὶ ἑτέρα 2,5 cm ἐκ τῆς ἀρθρώσεως. Ἡ περιφερικὴ ὀπὴ κεῖται περισσότερον πρὸς τὰ ἔσω, ὥστε μετὰ τὴν παρεκτόπισιν καὶ γωνίωσιν πρὸς τὰ ἔξω τοῦ περιφερικοῦ τμήματος τῆς ὀστεοτομίας αἱ δύο ὀπαι νὰ εὐρίσκωνται ἔναντι πρὸς ἀλλήλας. Διαπεράται ράμμα ἐκ nylon διὰ τῶν ὀπῶν. Διενεργεῖται ἡ ὀστεοτομία διὰ ἠλεκτρικοῦ πρίονος (Oscillating saw). Παρεκτόπισις καὶ γωνίωσις τοῦ περιφερικοῦ τμήματος καὶ στερέωσις αὐτοῦ διὰ τῆς ἐπιδέσεως τοῦ ράμματος, ἀφοῦ ληφθῆ πρότερον εἰδικὴ φροντίς διὰ τὴν ὀρθὴν θέσιν τοῦ περιφερικοῦ, ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὸ πλάγιον ἐπίπεδον, ὥστε νὰ ἀποφευχθῆ ἡ πελματιαία κάμψις ἢ συγχότερον ἡ ραχιαία τοιαύτη.

Ἡ ἔσω πλαγία θυλακορραφή διορθώνει τὴν θλασιότητα τοῦ μεγάλου δακτύλου.



Εἰκὼν 1. Ἡ τεχνικὴ τῆς ἐγχειρήσεως, ἀπὸ πλευρᾶς ὀσσεως καὶ εἰδος ὀστεοτομίας.



Εἰκὼν 2. Θέσις τῆς κεφαλῆς τοῦ μεταταρσίου ἀπὸ πλευρᾶς γωνιώσεως ἥτις δέον νὰ ἀποφεύγεται.

Ἀκινητοποιήσις διὰ κνημοποδικοῦ γυφίνου ἐπιδέσμου διὰ τὰς 2 πρώτας ἑβδομάδας, περιπατητικὸ τοιοῦτου ἐπὶ 4-6 ἑβδομάδας.

Μέθοδος εξέτασεως και έκτιμής των αποτελεσμάτων

Τὰ πρὸ και μετὰ τὴν ἐγχείρησιν συμπτώματα και ἐνοχλήματα τῶν ἀσθε-
νῶν ἀποτελοῦν βασικά στοιχεῖα μελέτης:

* Ἄλγος κατὰ τὴν ἐξόστωσιν.

Δυσκολία ὑποδήσεως και παραμόρφωσις ὑποδημάτων.

Μεταταρσαλγία.

* Ἐμφάνισις τοῦ ἄκρου ποδός.

Τὰ πρὸς μελέτην ἀνατομικά στοιχεῖα εἶναι:

α) Ἡ διόρθωσις τῆς παραμορφώσεως τοῦ μεγάλου δακτύλου.

β) Ἡ διατήρησις τῆς κινητικότητος τῆς μεταταρσοφαλαγγικῆς ἀρθρώ-
σεως.

γ) Ἡ ἐλάττωσις τοῦ εὔρους τοῦ προσθίου ποδός.

Τὸ ἀποτέλεσμα χαρακτηρίζεται ὡς:

* Ἀ ρ ι σ τ ο γ : πλήρης ἀπουσία συμπτωμάτων ἐνοχλημάτων, παραμόρ-
φωσις τελείως διορθωθείσα κατὰ τὸν ἀσθενῆ και τὸν χειρουργόν, φυσιολογι-
κὴ κινητικότης τῆς ἀρθρώσεως.

Μ έ τ ρ ι ο ν : ἀπουσία συμπτωμάτων και ἐνοχλημάτων ἢ ἐλάττωσις αὐ-
τῶν μέχρις ἀνεκτικότητος, παραμόρφωσις διορθωθείσα κατὰ τὸν ἀσθενῆ.

Π τ ω χ ό γ : αἱ περιπτώσεις μὴ ταξινομούμεναι εἰς δύο ἀνωτέρω ὁμά-
δας.

Κλινικὴ ἀνάλυσις ἀποτελεσμάτων

Ἡ ἐγχείρησις Mitchell ἐφηρμόσθη εἰς 9 ἄκρους πόδας ἐπὶ 5 ἀσθενῶν,
4 θήλειαι και 1 ἄρρεν ἡλικίας 18-30 ἐτῶν. Ὁ Mitchell ἐφαρμόζει τὴν μέθο-
δον και εἰς προχωρημένης ἡλικίας ἐνήλικας, ἡμεῖς ὁμως τὴν ἐπιφυλάσσομεν
μόνον διὰ τὴν ἐφηβικὴν ἡλικίαν και νέους ἐνήλικας, εἰς τοὺς ὁποίους κλινι-
κῶς και ἀκτινολογικῶς ἀποκλείομεν τὴν ἔναρξιν ὀστεοαρθρίτιδος τῆς μεταταρ-
σοφαλαγγικῆς ἀρθρώσεως. Ὁ χρόνος παρακολουθήσεως εἶναι ἀπὸ 8 μῆνας
ἕως 3 ἔτη. Ὁ ἀσθενῆς ἐξητάζετο ἀνὰ 3μηνον τὸ πρῶτον ἔτος, ἀνὰ 6μηνον τὸ δεύ-
τερον και κατόπιν, μίαν φοράν κατ' ἔτος.

Και αἱ 5 ἐκ τῶν ἀσθενῶν μας ἀνέφερον ἄλγος κατὰ τὴν ἐξόστωσιν, δυ-
σκολίαν ἀνευρέσεως καταλλήλων ὑποδημάτων και παραμόρφωσιν αὐτῶν και
προσθετικῶς ἐπιδεινουμένην ἐν θλασιότητι παραμόρφωσιν τοῦ μεγάλου δα-
κτύλου. Οὐδεὶς παρεπονείτο προεγχειρητικῶς διὰ μεταταρσαλγίαν, ἢ εἶχον
τύλους ὑπὸ τὰς κεφαλὰς τῶν 2, 3 και 4 μεταταρσίων.

Εἰς 8 ἐκ τῶν 9 χειρουργηθέντων ποδῶν μετεγχειρητικῶς τὸ ἄλγος ἐξη-

λήφθη τελείως, εις μίαν μόνον περίπτωσιν παρέμεινε περιοδικόν άλγος έλαφρόν κατά την έξόδωσιν. Ούδεις εκ των άσθενών άνέπτυξεν μεταταρσαλγίαν μετεγχειρητικώς ή τύλους.

| ΑΣΘΕΝΕΙΣ | ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ | ♂ | ΦΥΛΟΝ | ♀ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------|---------|--------|
| 5 | 9 | 1 | | 4 |
| <p><u>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</u> : - ΕΠΙΜΟΝΗ ΑΛΓΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΩΣΙΝ</p> <p><u>ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ</u> : - ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΕΥΓΕΣΕΩΣ ΚΑΤΑΛΗΛΟΥ ΥΠΟΔΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ</p> <p>ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΕΙΣ ΑΥΤΩΝ</p> <p>- ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΕΜΝΟΥΜΕΝΗ ΕΝ ΒΛΑΒΗΣΤΗΤΗ</p> <p>ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΓΑΛΟΥ ΔΑΚΤΥΛΟΥ</p> | | | | |
| <u>ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΙΣ</u> | | <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u> | | |
| 8 ΜΗΝΕΣ - 3 ΈΤΗ | | ΑΡΙΣΤΟΝ | ΜΕΤΡΙΟΝ | ΠΕΥΧΟΝ |
| | | 8 | 1 | 0 |

Εικόνα 3. Πίναξ γενικός του είδους των άσθενών, της έγχειρήσεως και των άποτελεσμάτων.

Ανατομική διόρθωσις της δυσμορφίας

Προσθιοπισθίαι, πλάγαι και 3)4 έν όρθία στάσει και μετά διαβιβάσεως βάρους ακτινογραφία: εκτελούνται προεγχειρητικώς και κατά την μετεγχειρητικήν παρακολούθησιν. Η μεταταρσοφαλαγγική και μεσομετατάρσιος γωνία και τό εύρος του προσθίου ποδός εκτιμώνται επ' αυτών.

Η κατά μέσον όρον προεγχειρητική μεσομετατάρσιος γωνία ήτο 13° και μετά την διόρθωσιν 5°, ή κατά μέσον όρον προεγχειρητική μεταταρσοφαλαγγική γωνία 40° και μετά την διόρθωσιν 10°. Δέν αποδίδεται άπόλυτος αξιολόγησις εις τούς αριθμούς αυτούς αλλά έχουν ένδεικτικήν σημασίαν. Κατά την διάρκειαν της παρακολουθήσεως αί διορθωθείσαι γωνία: παρέμειναν γενικώς σταθεραί. Η δημιουργηθείσα θράχυνσις κατά την έγχείρησιν του 1ου μετατάρσιου άνήλθεν τό άνώτερον εις 0,5 cm.

Αποκατάστασις της λειτουργικότητας

Η κινητικότητα της μεταταρσοφαλαγγικής άρθρωσεως παρά την θυλα-

κορραφήν δὲν ἠλαττώθη παρὰ 10⁰ ραχιαίας κάμψεως καὶ παρέμειναν περαιτέρω 50-60⁰ ἐκτάσεως εἰς τοὺς ἀσθενεῖς μας.

Κανείς δὲν ἀνέπτυξεν hallux rigidus.

Ὅλοι ἐκ τῶν ἀσθενῶν ἀνέπτυξαν ἢ διετήρησαν τὸ φυσιολογικὸν διὰ τὴν φόρτισιν δέρμα κάτωθεν τῆς κεφαλῆς τοῦ πρώτου μεταταρσίου, ἤτοι, δὲν ἀνεπτύχθησαν τύλοι ἢ μαλάκυνσις τοῦ δέρματος. Ἀναφέρεται ὅτι ἡ συνοστέωσις τοῦ περιφερικοῦ εἰς φυσιολογικὴν εὐθυγράμμισιν ἢ ἐλαφρὰν πελματιαίαν κάμψιν, εἶναι ἀπαραίτητος, ὅπερ καὶ ἐπετεύχθη εἰς τοὺς 9 χειρουργηθέντας πόδας, ἐνῶ ἂν ἀντιθέτως τὸ περιφερικὸν παρεκτοπίσθη εἰς ραχιαίαν ἢ μεγάλην πελματιαίαν κάμψιν, τότε ἐμφανίζεται μεταταρσαλγία.

Ἀναφερόμεθα καὶ τονίζομεν ὅτι ἡ ἀνακοίνωσίς μας εἶναι προκαταρκτικὴ, ἔχουσα σκοπὸν γὰ παρακινήσῃ καὶ ἄλλους συναδέλφους εἰς τὴν ἐφαρμογὴν τῆς μεθόδου ταύτης, ἢ ὅποια μέχρι τῆς στιγμῆς μᾶς ἱκανοποιεῖ ἀπολύτως. Βεβαίως διὰ τοὺς εἰς μεγάλην ἡλικίαν ἀσθενεῖς (μετὰ τὰ 50 ἔτη) ἢ εὐρέως διαδοθεῖσα ἐγχειρήσεις Keller ὡς καὶ αἱ τροποποιήσεις αὐτῆς μᾶς ἱκανοποιεῖ, ἂν καὶ μελετῶμεν ἤδη ἓνα μεγάλο ἀριθμὸν περιπτώσεων ἀποτυχίας αὐτῆς. Ὅμως δι' ἡμᾶς ἦτο πρόβλημα ἢ ἀντιμετώπισις τῶν νέων ἀσθενῶν μὲ hallux valgus. Αἱ μέχρι τοῦδε ἐφαρμοσθεῖσαι ἄλλαι μέθοδοι (Mc Bride, Lapidus κλπ.) καὶ δὴ ὑπὸ τοῦ Διευθυντοῦ τῆς Κλινικῆς, οὐδόλως ἱκανοποίησαν ὡς τελικὸν ἀποτέλεσμα.

Ἡ ἀνακοινωμένη ὕφ' ἡμῶν ἐγχειρήσις Mitchell ἔδωσε μέχρι τοῦδε ὁμοιομόρφους ἄριστα ἀποτελέσματα παρ' ὅλους τοὺς ἐνδοιασμούς τοὺς ὁποίους ἐξ ἀρχῆς εἶχομεν, ἀπογοητευμένοι ἐκ τῆς ἐφαρμογῆς τῶν προαναφερθεισῶν μεθόδων. Οὐδεμία ἐπιπλοκὴ ἐκ τῶν ἀναφερομένων εἰς τὴν βιβλιογραφίαν εἰς τὰς ἡμετέρας περιπτώσεις ἀνεπτύχθη, ἤτοι ψευδάρθρωσις τῆς ὀστεοτομίας, παρεκτόπισις τοῦ περιφερικοῦ τμήματος ἐντὸς τοῦ γύψου (πιστευόμεν ὅτι τοῦτο ὀφείλεται εἰς τὴν χρησιμοποίησιν τοῦ nylon ἀντὶ τοῦ chromé catgut), οὐδεμία μετεγχειρητικὴ δυσκαμψία (hallux rigidus). Ἐπίσης ἐκτὸς μᾶς ἐπιπολῆς φλεγμονῆς, ἥτις εὐκόλως ἠλέγχθη, ὅλοι οἱ ἀσθενεῖς ἐπανήλθον εἰς τὰς προτέρας τῶν ἐργασίας μὲ ἐλευθέραν χρῆσιν τοῦ ἄκρου τῶν ἐντὸς 3 μηνῶν ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, χρησιμοποιῶντες διὰ πρώτην φοράν κανονικὰ ὑποδήματα. Δὲν παρατηρήθη μόνιμον μετεγχειρητικὸν οἴδημα ἢ ἄλλη τις γενικωτέρα ἐπιπλοκὴ.

Ὅλοι οἱ ἀσθενεῖς ἔμειναν ἐξαιρετικῶς εὐχαριστημένοι ἀπὸ τὸ καλὸν λειτουργικὸν καὶ κοσμητικὸν ἀποτέλεσμα τῆς ἐγχειρήσεως, ἀλλὰ δι' ἡμᾶς ἢ ἐπὶ πολλὰ ἔτη παρακολούθησις καὶ ἐπὶ μεγάλον ἀριθμὸν περιπτώσεων ἐφαρμογῆς τῆς μεθόδου θὰ μᾶς πείσῃ ἔάν αὕτη ἀναστέλλει τὴν ἀνάπτυξιν ὀστεοαρθρίτιδος τῆς μεταταρσοφαλαγγικῆς ἀρθρώσεως καὶ ἐξασφαλίζει τὴν διατήρησιν

της καλής στατικής του άκρου ποδός. Πάντως, ή μετά σχολαστικότητας εφαρμογή των λεπτομερειών της έγχειρήσεως εξασφαλίζει διά τὰ άμεσα καλά μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Βεβαίως υπάρχει διαφωνία διά την άναγκαιότητα της έξω θυλακορραφής και άν ή βράχυνσις του 1ου μεταταρσίου είναι ίκανή νά χαλαρώση τούς ρικνωθέντας μαλθακούς ιστούς της έξω έπιφανείας της 1ης μεταταρσοφαλαγγικής άρθρώσεως.

S U M M A R Y

Mitchell's operation in the treatment of hallux valgus

by

E. D. VAYANOS, B. PETROPOULOS, K. YOTIS, P. KONTOS

This paper as preliminary report is referred to the Mitchell's operation applied for the treatment of the adolescent Hallux Valgus. This operation combines a distal first metatarsal osteotomy with lateral displacement and angulation of the head, removal of the exostosis and a medial capsulorrhaphy of the first metatarsophalangeal joint.

The rationale of the distal osteotomy, the technique of the operation and analysis of the our results are discussed.

The operation was applied to 5 patients, 9 feet and the functional and anatomical results were excellent in 8 feet and good is one. The follow up was from 8 months to three years.

BIBLIOGRAPHY

- MITCHELL, C. L. (1958) et al.—Osteotomy—bunionectomy for hallux valgus. J.B.J.S, 40 A, 41

ΥΨΗΛΗ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ ΚΝΗΜΗΣ

Κ. Α. ΓΙΩΤΗ και Β. Π. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ
Χειρουργών Ὀρθοπαιδικῶν

Αἱ ἀξονικαὶ παρεκκλίσεις τοῦ γόνατος, πρωτοπαθεῖς ἢ δευτεροπαθεῖς, ἀποτελοῦν σύνηθες πρόβλημα εἰς τὴν ὀρθοπαιδικὴν χειρουργικὴν, τὸ ὁποῖον πολ-
λάκις ἀπαιτεῖ ἐγχειρητικὴν λύσιν. Εἰς ἀρκετὰς περιπτώσεις, ἡ ἔδρα τῆς βλά-
θης εἶναι οἱ μηριαῖοι κόνδυλοι, ἐνῶ εἰς τὰς περισσοτέρας, οἱ κόνδυλοι τῆς
κνήμης. Ἡ σχετικῶς πρόσφατος εἰσαγωγή τῆς ὀστεοτομίας τῆς κνήμης εἰς
τὴν θεραπείαν τῆς ὀστεοαρθρώσεως τοῦ γόνατος, κατέστησε τὴν ἐγχειρητικὴν
αὐτὴν παρέμβασιν ἐτι συχνοτέραν. Πρωτοπόροι τῆς μεθόδου ταύτης οἱ Jackson
καὶ Waugh, ἐδημοσίευσαν τῷ 1961 τὴν ἐργασίαν των εἰς τὸ J.B.J.S. ἐπὶ τῆς
θεραπευτικῆς ἀντιμετωπίσεως τῆς ὀστεοαρθρώσεως τοῦ γόνατος, διὰ τῆς ὀστε-
οτομίας τῆς κνήμης. Οἱ συγγραφεῖς ἐκτελοῦν τὴν ὀστεοτομίαν εἰς τὸ ὕψος τοῦ
κνημιαίου κυρτώματος, ὑπὸ μορφήν Ball καὶ Shocket καὶ διατηροῦν τὸ σκέ-
λος εἰς ἀκίνητοποίησιν ἐπὶ 8—10 ἑβδομάδας μεθ' ὃ προβαίνουν εἰς κίνητο-
ποίησιν αὐτοῦ. Ὁ Γαλλοκαναδὸς Gariery ἀνακοινῶναι, τὸν Ἰούνιον τοῦ 1964,
εἰς τὸ συνδεδεασμένον συνέδριον τῆς Ἀμερικανικῆς, Βρεττανικῆς καὶ Καναδι-
κῆς Ὀρθοπαιδικῆς Ἑταιρίας, εἰς Καναδᾶν, τὴν τεχνικὴν του ἐπὶ τῆς ὑψηλῆς
ὀστεοτομίας τῆς κνήμης, ἐπὶ περιπτώσεων ραιδῶν γονάτων. Ἐν ἔτος ἀργό-
τερον, δημοσιεύεται ἡ ἐργασία τοῦ Coventry εἰς τὸ J.B.J.S., ἡ ἀφορῶσα εἰς
τὴν θεραπείαν τῆς ὀστεοαρθρώσεως τοῦ γόνατος διὰ ὀστεοτομίας ὑψηλῆς, ἣτοι
ὕπερ τὸ κνημιαῖον κύρτωμα, ἐπὶ 22 ἀσθενῶν καὶ 33 γονάτων μετὰ ὀστεοαρ-
θρώσεως. Χρησιμοποιεῖ ἔξω πλαγίαν προσπέλασιν διὰ ἐπιμήκους ἢ ἐγκαρσίας
τομῆς καὶ ἀφαιρεῖ τὴν κεφαλὴν τῆς περόνης κατ' ἀρχὴν, μετὰ ἢ ἄνευ παρα-
σκευῆς τοῦ κ. περονιαίου νεύρου. Ἀκολούθως, προβαίνει εἰς ὑψηλὴν ὀστεοτο-
μίαν, διὰ τῆς αὐτῆς τομῆς, μετὰ ἀφαιρέσεως σφηνῶς ἐχούσης τὴν βάσιν πρὸς
τὰ ἔξω καὶ στερεώνει διὰ 2 ἀγκυλῶν τοῦ Blount. Ἀκίνητοποιεῖ ἐπὶ 4—6
ἑβδομάδας καὶ ἀναφέρει ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα, ἀναφορικῶς πρὸς τὴν

Ἐκ τῆς ΣΤ' Ὀρθοπαιδικῆς Κλινικῆς Ἀσκληπείου Βουλᾶς. Διευθυντής:
Δρ. Β.Π. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ.

λειτουργικήν ἀποκατάστασιν τοῦ γόνατος, ἀλλὰ καὶ ὡς πρὸς τὴν θεραπείαν τῆς ὀστεοαρθρώσεως.

Ἐκτοτε, πλείσται ἐργασίαι εἶδον τὸ φῶς τῆς δημοσιότητος, ἐξ ὧν σταχυολογοῦμεν τὴν θαυμασίαν ἐργασίαν τῶν Cauchoux, Duparc, Lemoine καὶ Deburge τῷ 1968, εἰς τὸ R.D.C. Orth. et R. de l'Ap. Moteur καὶ τελείως προσφάτως, τὰς ἐργασίας τῶν Jackson, Waugh καὶ Green, οἱ ὁποῖοι εἰσάγουν τὴν ὑψηλὴν ὀστεοτομίαν κνήμης, καὶ ἀκόμη τὴν ἐργασίαν τοῦ Devas, ὅστις χρησιμοποιοεῖ διὰ τὴν ὀστεοσύνθεσιν τὸ συμπιεστικὸν σύστημα τοῦ Chamley, προβαίνων εἰς πρῶτον κινήσεισιν τοῦ γόνατος, ἥτις ἀκολουθεῖται καὶ ὑπὸ τῶν προσηγηθέντων. Μεταξὺ τῶν προσφάτων τεχνικῶν, περιλαμβάνεται καὶ ἡ συμπιεστικὴ ὀστεοσύνθεσις κατὰ Maurice, ἥτις καὶ δίδει πολὺ καλὰ λειτουργικὰ ἀποτελέσματα, ἐπιτρέπουσα ἐπίσης πρῶτον κινήσεισιν.

Προτιθέμεθα σήμερον νὰ σᾶς ἐκθέσωμεν τὴν τεχνικὴν τῆς ὑψηλῆς ὀστεοτομίας τῆς κνήμης, ὅπως ἐφαρμόζεται: αὕτη εἰς τὴν ΣΤ' Ὀρθοπαιδικὴν Κλινικὴν τοῦ Ἀσκληπείου Βούλας. Ἡ ἡμετέρα ἐμπειρία τοῦ παρελθόντος, ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὰς ἀξονικὰς διορθώσεις τοῦ γόνατος, ἐν σχέσει πρὸς τὴν λειτουργικὴν ἀποκατάστασιν αὐτοῦ, δὲν ἦτο ἐνθαρρυντικὴ ὅτε ἐχρησιμοποιεῖτο ἡ παλαιὰ τεχνικὴ τῶν Jackson καὶ Waugh, ἤτοι ἡ Ball and Shocket ὀστεοτομία εἰς τὸ ὕψος τοῦ κνημιαίου κυρτώματος, εἰς τὰς ομάδας ἡλικιῶν ὑπὲρ τὰ 50 ἔτη.¹⁺² Ἐνδεχομένως, ἄλλοι συναδελφοὶ νὰ ἔχουν λύσει τὸ θέμα αὐτὸ δι' ἄλλων ἐγχειρητικῶν τεχνικῶν. Ἡμεῖς ἀπεκομίσσαμεν ἀρίστην ἐντύπωσιν καὶ τρέφομεν ἐμπιστοσύνην εἰς τὴν τεχνικὴν, τὴν ὁποίαν ἔχαμεν τὴν εὐκαιρίαν νὰ σᾶς ἐκθέσωμεν σήμερον, ἀναφέροντες ταυτοχρόνως καὶ τὰ ἐξ αὐτῆς πλεονεκτήματα καὶ προβλήματα.

Τὴν ἐγχείρησιν ἐφημέροισαμεν ἐπὶ 24 ἀσθενῶν καὶ 27 γονάτων. Ἐξ αὐτῶν, 25 ἐγχειρήσεις ἐγένοντο ἐπὶ ραιδῶν γονάτων καὶ 2 ἐπὶ θλαισῶν. Ἡ ἐγχειρήσις ἐγένετο 24 φορὰς διὰ διορθώσεις ἀξονικῶν ἀποκλίσεων, πρωτοπαθῶν ἢ δευτεροπαθῶν ἐπὶ ὀστεοαρθρώσεως τοῦ γόνατος. Τρεῖς φορὰς διὰ ἄλλης αιτιολογίας ἀποκλίσεις. Ὅλοι αἱ ἐγχειρήσεις ἐγένοντο κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ τελευταίου 18μήνου.

Ἡ τεχνικὴ ἔχει ὡς ἀκολούθως: Ὑπὸ ἴσχυρον περιδῶσιν ἐνεργοῦμεν ὀπισθίαν ἕξω τομὴν δέρματος, ἀντιστοίχως πρὸς τὴν πορείαν τοῦ κοινοῦ περνιαίου νεύρου. Ἀκολουθεῖ ἢ κατὰ τὰ γνωστὰ παρασκευὴ τοῦ κ. περνιαίου νεύρου καὶ ἀφαίρεσις τῆς κεφαλῆς. Μόνη παρατήρησις κατὰ τὸ σημεῖον αὐτό, εἶναι ὅτι, ἡ ὑποπεριοστικὴ παρασκευὴ τῆς κεφαλῆς θεὸν νὰ γίνεται ἐκ τῶν κάτω πρὸς τὰ ἄνω, καὶ ἐκ τῶν ὀπίσω πρὸς τὰ πρόσω, ὥστε νὰ διατηρητῆται κατὰ τὸ δυνατόν ἡ συνέχεια ἰσθῶν, μεταξὺ ἕξω πλαγίου καὶ καταφύσεως λαγοκνημικῆς ταινίας, πρὸς ἀποφυγὴν πλαγίας χαλαρώσεως τοῦ γόνατος.

Πρώτον βήμα είναι η παρασκευή και υπέργεσις τοῦ ἐπιγονατιδικοῦ συνδέσμου, μετὰ ὑποπεριοστικῆς παρασκευῆς τοῦ κυρτώματος ὑπ' αὐτόν. Ἡ ἀπόθησις τῆς καταδύσεως ἐνταῦθα τοῦ ἀρθρικοῦ ὕμενος, δέον νὰ γίνεται ἐπιμελῶς καὶ μετὰ προσοχῆς, ὥστε νὰ διατηρῆται ὁ ἐξωαρθρικός χαρακτήρ τῆς ἐγχειρήσεως. Οἱ κόνδυλοι παρασκευάζονται ὑπεπεριοστικῶς, εἰσάγονται βελόνοι ὀδηγοί, μία ἐγκαρσία καὶ μία προσθιοπισθία, ὑπολογίζεται τὸ μέγεθος τῆς σφηνός, ἢ ὁποία θὰ ἀφαιρεθῆ, καὶ ἐκτελεῖται κατὰ τὰ γνωστὰ διὰ χειροπρίονος ἢ ὀστεοτομίας.

Μόνον μερικὰς παρατηρήσεις μας θὰ ἀναφέρωμεν διὰ τὸ 2ον αὐτὸ καὶ κύριον μέρος τῆς ἐγχειρήσεως.

1. Ὄταν ἐργαζώμεθα εἰς τὸν ὀπίσθιον φλοιόν, δέον νὰ κάμπτωμεν τὸ γόνυ, πρὸς διαφύλαξιν τῶν ὀπισθίων ἀνατομικῶν στοιχείων (σμίλη κλπ.).

2. Ἡ πρὸς τὰ ἄνω ἀποκόλλησις τοῦ περιοστέου τῶν κονδύλων νὰ γίνεται μετὰ συνέσεως, ἴνα, ἀφ' ἐνός ἀποφευχθῆ ἡ ἐπικοινωνία μετὰ τῆς ἀρθρώσεως, διὰ διανοίξεως τῶν διαφόρων καταδύσεων τοῦ ἀρθρικοῦ ὕμενος καὶ ἀφ' ἐτέρου ἴνα ἀποφευχθῆ ἰσχυαμικὴ νέκρωσις τοῦ ἔσω κνημιαίου κονδύλου, ὡς παρετηρήθη δις ὑπὸ τοῦ Gariery καὶ τῶν συνεργατῶν του. Τονίζεται ὅτι ὁ ἔσω κόνδυλος εἶναι ὀστεοσκληρυντικός λόγῳ δευτεροπαθῶν ἀλλοιώσεων καὶ συνεπῶς εὐάλωτος λόγῳ πλημμυλοῦς αἱματώσεως. Διὰ τὸν λόγον αὐτόν ὁ Gariery ἔλλαξε τὴν φορὰν τῆς ὀστεοτομίας.

3. Ὁ τρόπος καὶ ὁ ὑπολογισμὸς τῆς σφηνός ἀπαιτεῖ σύνεσιν καὶ ἐμπειρίαν. Κατ' ἀρχήν, δύναται νὰ γίνῃ κατὰ τρόπον, ὥστε νὰ διορθωθῆ καὶ ἐνδεχομένως συνυπάρχουσα σύγκλιψις τοῦ γόνατος. Ἡμεῖς ἀρχίζομεν καὶ ἐκτελοῦμεν τὴν ὀστεοτομίαν διὰ χειροπρίονος. Ἰδιαιτέρα ὁμοῦ προσοχὴ ἀπαιτεῖται κατὰ τὸν ὀπίσθιον φλοιόν ὅπου διὰ τὴν ἀποκοπήν ἢ σφήνα τοὺς χαρακτῆρες τῆς, δέον νὰ χρησιμοποιοθῆ λεπτὴ σμίλη. Ἡ κορυφὴ τῆς σφηνός νὰ ὑπολογίζεται ἐπὶ τὰ ἐντὸς τοῦ ἔσω φλοιοῦ, ἐπὶ θλαιογονίας, ὥστε νὰ χρειασθῆ μικροτέρας ἐκτάσεως ἀφαίρεσις ἔξω φλοιοῦ, ἐπὶ πλέον δὲ νὰ τοποθετηθῆ ἡ δάσις κατὰ τὸ δυνατόν πρὸς τὰ ἄνω ὥστε νὰ διατηρηθῆ ἀρκετὸν μέρος τοῦ ἔξω κονδύλου περιφερικῶς, καὶ νὰ ὑπάρχῃ οὕτως ἐπαρκὴς ἐκ τῶν κάτω μηχανικὴ, τροφικὴ ἀλλὰ καὶ βιολογικὴ ἂν θέλετε ὑποστήριξις τοῦ ἔξω κονδύλου.

Ὁ ὑπολογισμὸς ἐπίσης τοῦ μεγέθους τῆς σφηνός ἀπαιτεῖ κάποιαν ἐμπειρίαν καὶ ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν ποιότητα τοῦ ὀστοῦ. Ἐπὶ ὀστεοπορωτικοῦ ὀστοῦ, δέον ὅπως ἀφαιρῆται μικρότερον μέγεθος σφηνός.

4. Τέλος, θὰ ἐπιστήσωμεν ἰδιαιτέρως τὴν προσοχὴν σας ἐπὶ τοῦ τρόπου ἀποκαταστάσεως τοῦ χηναίου ποδός. Πρέπει νὰ ἀποκαθίσταται ἢ συνέχειά του διὰ ραμμάτων Chromé, ἀλλὰ χωρὶς μεγάλον ἐνθουσιασμόν, διότι ἐπὶ βραχυόνσεως αὐτοῦ συμβαίνουν δύο τινά. Ἀφ' ἐνός ἔλκεται τὸ περιφερικόν πρὸς τὰ ἔσω ἀφήνον ἀκάλυπτον τὸ κεντρικόν, ἀφ' ἐτέρου δὲ βραχυνομένου τοῦ χηναίου πο-

δὸς ἐπέρχεται: αὐξήσεις τῆς πιέσεως τοῦ ἔσω διαμερίσματος τοῦ γόνατος πράγμα ἀπευκταῖον, ἀντεμπαίειον πρὸς τὴν σκοπιμότητα τῆς ἐγχειρήσεως, συνισταμένης εἰς ἀποπίεσιν τοῦ ἔσω διαμερίσματος τοῦ γόνατος.

Μετὰ τὸ πέρασ τῆς ἐγχειρήσεως, ὄντες ἱκανοποιημένοι ἐκ τῆς ἐπιτευχθείσης διορθώσεως προβαίνομεν εἰς ἔλεγχον τῆς σταθερότητος τῆς ὀστεοτομίας. Συνήθως ἄνευ οὐδενὸς ράμματος οἱ κνημιαῖοι κόνδυλοι παρακολουθοῦν τὰς κινήσεις τῆς κνήμης εἰς ἀπόλυτον ἐπαφήν καὶ παρέχεται ἡ ἐντύπωσις ὅτι ἔχει τὴν προβῆ εἰς ὀστεοσύνθεσιν.

Ἡ σύγκλησις τῶν τραυμάτων γίνεται κατὰ τὰ γνωστά. Ἐπὶ περιπτώσεων βλαισογονίας (3 περιπτώσεις), χρησιμοποιεῖται μόνον ἡ ἐγκαρσία τομῆ δέρματος, μὴ ἀπαιτουμένης ἀφαιρέσεως τῆς περόνης, καθ' ὅτι ἡ κορυφή τῆς σφηγὸς λαμβάνεται πρόνοια νὰ καίται ὑπερθεν αὐτῆς. Ἐφαρμόζεται πιεστικὴ περίδεσις διὰ Velpeau καὶ τοποθετεῖται μηροκνημιακὸς κύλινδρος ἐκ γύψου. Ἄρσεις τοῦ σκέλους τεταμένον διατάσσονται ἀπὸ τῆς ἐπομένης καὶ ἡ ἔγερσις ἐπιτελεῖται μεταξὺ 6ης καὶ 10ης ἡμέρας, ἀναλόγως τῆς ἀνοχῆς εἰς τὸν πόνον. Τὴν 12ην — 13ην ἡμέραν νερθηριοποιεῖται ὁ γύψος καὶ διατηρεῖται τὸ ὀπίσθιον τμήμα προσηλούμενον διὰ band Velpeau, γίνεται δὲ ἔναρξις κινήσεων. Τὴν 3ην μετεγχειρητικὴν ἐβδομάδα οἱ ἀσθενεῖς ἀνακτοῦν τὰ 50% τῆς προτέρας κινήσεως. Τὰ ἐπομένας 2 ἐβδομάδας ἀνακτοῦν τὸ ὑπόλοιπον 30% ἐπὶ βαρειῶν ὀστεοαρθρώσεων, ἐνῶ ἐπὶ μετρίου βαθμοῦ ἀλλοιώσεων τὸ 40%, οὕτως ὥστε δυνατόν νὰ εἴπωμεν ὅτι τὸ τελικὸν ἐπανακτώμενον ὄριον κινήσεως ὑπολογίζεται εἰς 80% ἐπὶ προκεχωρημένων βαρειῶν ὀστεοαρθρώσεων τοῦ γόνατος, ἐνῶ ἐπὶ τῶν λοιπῶν μορφῶν τῆς νόσου ἀνακτᾶται τὸ 90% τοῦ προεγχειρητικοῦ εὗρους κινήσεως. Ἡ ἀκτινολογικὴ πύρωσις ἐλέγχεται μετὰ 2—3 μῆνας.

Σημειοῦμεν ὅτι οὐδέποτε παρετηρήθη εἰς τὴν ὡς ἄνω σειρὰν πάρεσις ἢ παράλυσις τοῦ περωναίου. Δὲν παρετηρήθη μετεγχειρητικὴ διαπύησις ἢ θρομβοφλεβίτις. Οὐδεμία ἑτέρα ἄμεσος μετεγχειρητικὴ ἐπιπλοκὴ παρετηρήθη. Τεχνικῶς παρετηρήθη ἅπαξ ἓνα περιωρισμένης ἐκτάσεως δηλ. περιφερικὸν κάταγμα — ἀπόσπασις τοῦ ἔξω κνημιαίου κονδύλου καὶ εἰς ἑτέραν περίπτωσιν κάταγμα ρωγμῶδες τοῦ Plateau διὰ τῆς μεσογληνίου ἀκάνθης. Εἰς ἀμφοτέρας τὰς περιπτώσεις δὲν ἐτροποποιήθη τὸ μετεγχειρητικὸν μας πρόγραμμα, ἡ δὲ ἐξέλιξις τῶν περιπτώσεων αὐτῶν ὑπῆρξεν ἐντὸς τοῦ πλαισίου τῶν ὑπολοίπων. Εἰς τὰς ἀπωτέρας μετεγχειρητικὰς ἐπιπλοκάς ἀνήκουν:

1. Δεμφικὸν οἴδημα εἰς δύο περιπτώσεις, τὸ ὅποιον παρέμεινεν ἐπὶ 3-4 μῆνες καὶ τὸ ὅποιον ὑπεχώρησεν ἄνευ ἰδιαίτερας ἀγωγῆς, πλὴν τῆς φυσικοθεραπείας.

2. Δύο περιπτώσεις προκεχωρημένης ὀστεοαρθροπαθείας, ὅπου ἡ κινηνηγοποίησις ἐξ ἑλλείψεως συνεργασίας τοῦ ἀσθενοῦς, ἀλλὰ καὶ ἐμπειρίας ἰδικῆς μας, τὸ τελικὸν μετεγχειρητικὸν ἀποτέλεσμα ἀπὸ ἀπόψεως ἀνακτήσεως

κινήσεως τοῦ γόνατος δὲν ὑπερέβη τὸ 50% εἰς τὴν μίαν καὶ τὸ 60% εἰς τὴν ἄλλην. Τονίζομεν ὅτι οὐδέποτε χρησιμοποιοῦμεν κινήτοποίησιν ὑπὸ νάρκωσιν.

Τὸ ἀποτέλεσμα τῆς ἐφαρμογῆς τῆς ἐγχειρήσεως ὡς θεραπευτικῆς μεθόδου τῆς ὀστεοαρθρώσεως τοῦ γόνατος θὰ ἀναφερθῆ εἰς ἑτέραν μελλοντικὴν ἀνακοίνωσιν, ἀφ' ἑνὸς λόγῳ τοῦ περιορισμένου χρόνου εἰς τὴν διάθεσίν μας καὶ ἀφ' ἑτέρου διότι ἐπιθυμοῦμεν νὰ σὰς ἐκθέσωμεν ἀποτελέσματα ὑποστά- τα μακροτέρα τὴν δοκιμασίαν τοῦ χρόνου. Προκαταρτικῆς μας ἐντύπωσης εἶναι ὅτι ἡ μέθοδος ὀρθῶς ἐφαρμοζομένη ἀποδίδει ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα.

Περίεργον εἶναι διὰ τὰς Ἑλληνικὰς συνθήκας ἀλλὰ ὅλοι οἱ ἀσθενεῖς μας πλὴν δύο, εἶναι πολὺ εὐχαριστημένοι.

Ἐκ τῶν 27 χειρουργηθέντων γονάτων 4 ἐχάθησαν, 14 εἶναι τελείως ἀνώδυνα πλέον, ἐνῶ εἰς τὰ ὑπόλοιπα 7 οἱ ἀσθενεῖς ἀναφέρουν βελτίωσιν, κυμαινομένην περὶ τὰ 80-90%. Λεπτομερῆ στοιχεῖα ἐπιφυλασσόμεθα νὰ σὰς δώσωμεν εἰς τὸ μέλλον. Ἐντύπωσίς μας εἶναι ὅτι τὸ ἀκριβὲς ὕψος τῆς ὀστεοτομίας δὲν ἐπηρεάζει τὴν πρόγνωσιν. Ἐκεῖνο πού ἐπηρεάζει τὴν πρόγνωσιν εἶναι ἀσφαλῶς τὸ μέγεθος τῆς διορθώσεως. Αὕτη δέον νὰ εἶναι μεγαλυτέρα κατὰ 5° - 10° τῆς ἀπαιτουμένης πρὸς ἀνάταξιν τῶν φυσιολογικῶν ἀξόνων.

Ἀκτινολογικαὶ βελτιώσεις δὲν κατέστη δυνατόν νὰ παρατηρηθοῦν, πλὴν διανοίξεως τοῦ ἔσω διαμερίσματος τοῦ γόνατος εἰς τὰ ἀκτινογραφήματα κατὰ μέτωπον μετὰ συγχρόνου στηρίξεως τοῦ σκέλους. Αὐτὸ ὑπῆρξεν σταθερὸν εὐρημα ὅλων τῶν ἀρίστων ἀποτελεσμάτων. Ὅλοι οἱ ἐπανεξετασθέντες ἀσθενεῖς πλὴν τῶν ἀναφερθέντων 2 συνέχισαν τὸν πρότερον ἐπαγγελματικὸν των βίον φηγον κατὰ μέσον ὄρον ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως.

S U M M A R Y

High tibial osteotomy

By

C. Yotis & B. Petropoulos

In this report the technic of high tibial osteotomy as applied on 24 patients and 27 osteoarthritic Knees is described in details.

The immediate postoperative stability of the osteotomy is stressed aelowing early mobilization of the knee joint. The postoperative range of movemets was satisfactory. No dylayed union or nonunion as well as other serious compli- cations are reported the barly results of the operation on the ostarthritic knee are encouraging.

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΚΑΜΠΗΤΗΡΟΣ ΤΩΝ ΔΑΚΤΥΛΩΝ
ΕΠΙ ΠΑΡΑΛΥΣΕΩΣ ΤΩΝ ΕΚΤΕΙΝΟΝΤΩΝ ΤΗΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ

Υ π ό

Ε. ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗ και LAM. B. W.

(Δέν κατετέθη χειρόγραφον)

ΑΠΩΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
ΕΠΙ ΟΣΤΕΟΧΟΝΔΡΙΤΙΔΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Υ π ό

Ι. ΚΑΡΑΔΗΜΑ

(Δέν κατετέθη χειρόγραφον)

ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΚΑΤ' ΙΣΧΙΟΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΣ ΚΑΤΑ
Mc KEE — FARRAR

Ἰπὸ

Δρ. ΚΩΝ. ΑΡΑΠΑΚΗ
Διανοῦ Ὀρθοπαιδικοῦ Χειρουργοῦ

Ἡ πρὸς ἐπίδειξιν περίπτωσις ὀλικῆς ἀρθροπλαστικῆς τοῦ ἰσχίου ἀφορᾷ εἰς ἀσθενῆ ἡλικίας 60 ἐτῶν ἐκ Καβάλας, χημικὸν τὸ ἐπάγγελμα.

Ἐκ τοῦ Α. Ἀναμνηστικοῦ: Ἀναφέρεται ἐλονοσία εἰς μικρὰν ἡλικίαν, καὶ γαστρεκτομὴ πρὸ βετίας, συνεπείᾳ ἔλκουσ τοῦ βολβοῦ τοῦ 12)λου.

Ἱστορικόν: Ἀπὸ τῆς παιδικῆς ἡλικίας ἀναφέρεται ἄλγος κατὰ τὸ ἀριστερὸν ἰσχίον, μετὰ προσδευτικῆς χωλότητος καὶ δυσκαμψίας τῆς ἀρθρώσεως. Τὰ ἐνοχλήματα ταῦτα ἐπεδεινούντο προσδευτικῶς, μέχρις ἀδυναμίας βαδίσσεως καὶ σημαντικῆς δυσχερείας κατὰ τὴν ἐκτέλεσιν τῶν συνήθων κινήσεων τῆς καθ' ἡμέραν ζωῆς.

Ἐκ τῆς ἀντικειμενικῆς ἐξετάσεως τοῦ ἀσθενοῦς, διαπιστώθησαν τὰ ἀκόλουθα εὐρήματα: Ἐπώδυνος χωλότης καὶ μυϊκὴ ἀτροφία τοῦ ἀριστεροῦ κάτω ἄκρου. Πραγματικὴ βράχυνσις τοῦ ἀριστ. σκέλους περὶ τὰ 4 ἐκ. μ. Ἄλγος κατὰ τὴν βάδισιν καὶ εἰς ἀπόστασιν οὐχὶ μεγαλυτέραν τῶν 200 μ. Αἱ κινήσεις τῆς Σ. Στήλης ἠλέγχθησαν ὀλίγον περιωρισμέναι. Αἱ κινήσεις τοῦ δεξιῦ ἰσχίου εὐρέθησαν φυσιολογικαί.

Κινήσεις τοῦ Ἀριστεροῦ ἰσχίου: Πραγματικὴ κάμψις 50°—55°. Μόνιμος σύγκαμψις 35—40°. Προσαγωγή 10°—Ἀπαγωγή 10°. Ἐσω στροφή 0°—Ἐξω στροφή 2—5°—Μόνιμος ἔξω στροφή 15°.

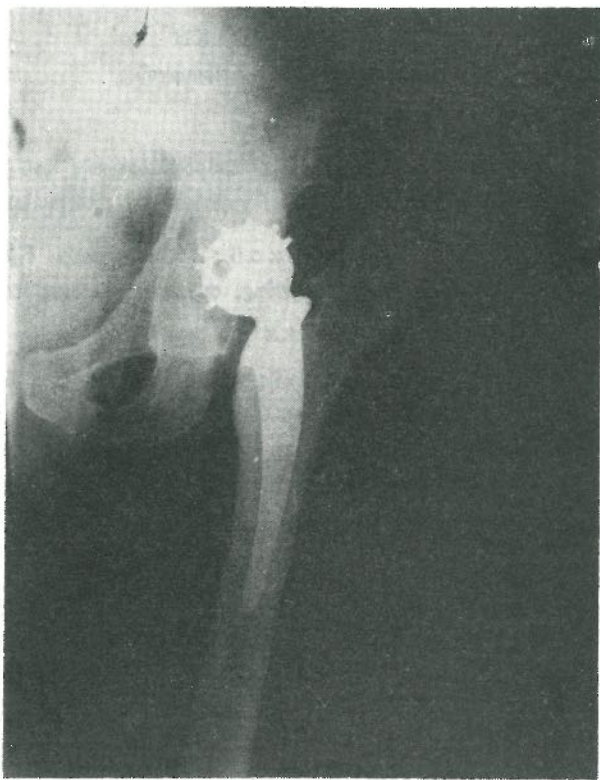
Ἀκτινογραφικὸς ἔλεγχος ἰσχίων: (Εἰκὼν 1): Δεξιὸν ἰσχίον ἀνευ ἀξιοσημειώτων ἀλλοιώσεων.

Ἀριστερὸν ἰσχίον: Βαρεῖα ὀστεοαρθρῆτις μετὰ ἀβαθοῦς δυσ-

πλαστικής κοτύλης. Αποπλάτυσις και μυκητοειδής παραμόρφωσις τῆς κεφαλῆς, μετὰ σκληρυγτικῶν καὶ κυστικῶν ἀλλοιώσεων ταύτης.

Σημαντικὴ βράχυσις τοῦ αὐχένου τοῦ μηριαίου (κεφαλή καὶ κοτύλη ἀπεικομίζονται εἰς τὴν προσθιοπισθίαν ἀκτινογραφίαν, ὡς δύο παράλληλα ἐπίπεδα).

Ὁ ἐλάσσων τροχαντῆρ κείται ἔναγκα τοῦ κατωτέρου τμήματος τῆς δυσπλαστικῆς κοτύλης, ὃ δὲ μείζων τροχαντῆρ σχεδὸν ἐφάπτεται τοῦ λαγονίου ὀστού, ἐν ἀναθέσει πρὸς τὸν ἀντίστοιχον ὕγια, ὃ ὁποῖος ἀπέχει περὶ τὰ 5 ἐκ. μ.



Εἰκὼν 1.

Τοῦτο δεικνύει μεγάλην συρρίκνωσιν τῶν περὶ τὴν ἄρθρωσιν μαλακῶν μορίων, ἕπερ ἐπεβεβαιώθη καὶ κατὰ τὴν ἐγχειρήσιν.

Πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως, ὁ ἀσθενὴς ὑπεβλήθη εἰς σειράν φυσιοθεραπειῶν, πρὸς τόνωσιν τοῦ ἀριστεροῦ ἰσχίου καὶ γενικῶς τοῦ κάτω ἄκρου, καὶ τὴν

29 — 10 — 69 εισήχθη εἰς Κλινικὴν δι' ἐγχείρησιν, ἣτις ἐγένετο τὴν 3 — 11 — 69.

Αὕτη συνίσταται εἰς τὴν κατὰ Mckee — Farrar ὀλικὴν ἀρθροπλαστικὴν τοῦ ἰσχίου.

Τὴν τεχνικὴν τῆς ἐπεμβάσεως ταύτης, εἶχομεν τὴν εὐκαιρίαν νὰ παρακολουθήσωμεν καὶ ἐφαρμόσωμεν εἰς σειράν περιπτώσεων πρὸ 2ετίας, καθ' ὃν χρόνον ἠργαζόμεν ὡς Ἐπιμελητῆς εἰς τὸ Κέντρον ΤΕΧΝΗΤΟΥ ἸΣΧΙΟΥ τοῦ Norwich τῆς Ἀγγλίας, διευθυνόμενον ὑπὸ τῶν Mckee, Farrar, Howard καὶ Taylor.

Ἡ τεχνικὴ τῆς ἐπεμβάσεως ταύτης, ὡς αὕτη ἐνεργεῖται ὑπὸ τῶν ἐπινοησάντων ἑμῶν ἑταίρων συγγραφέων, ἔχει διὰ θραχέων ὡς ἑξῆς:

Τομὴ προσθιοπλαγία κυρτὴ (προσθία ἄνω λαγόνιος ἄκανθα, κορυφὴ μείζονος τροχαντήρος, ἐπεκτεινομένη πρὸς τὴν διάφυσιν τοῦ μηριαίου μήκους 15 ἐκ. μ.).

Προσπέλασις, ἔμπροσθεν ὁ τείνων τὴν πλατεῖαν περιτονίαν, ὄπισθεν ὁ μικρὸς καὶ μέσος γλουτιαῖος. Ὑφολικὴ ἔκτομή τοῦ θυλάκου, ἀπεξάρθρωσις τῆς κεφαλῆς δι' ἑλξέως, ἕξω στροφῆς καὶ προσαγωγῆς, καὶ ἔκτομή ταύτης.

Παρασκευάζεται ἡ κοτύλη δι' ἀφαιρέσεως τοῦ χόνδρου καὶ τῶν ὀστεοφύτων, καὶ διανοίγονται 3-5 ὅπαι ἐντὸς ταύτης. Ἐκτελεῖται δοκιμὴ διὰ τὴν καλὴν ὑποδοχὴν τῆς τεχνητῆς κοτύλης.

Ἐν συνεχείᾳ παρασκευάζεται ὁ μηριαῖος ἀδχὴν καὶ ἡ διάφυσις, διὰ τὴν ὑποδοχὴν τῆς κεφαλῆς, μετὰ τοῦ στελέχους ταύτης. Χρησιμοποιεῖται σμίλη διὰ τὸν ἔλεγχον διατρήσεως τοῦ φλοιοῦ τοῦ μηριαίου ὄστου καὶ δοκιμὴ ὑποδοχῆς.

Εἰσαγωγή, τοποθέτησις, καὶ στερέωσις τῆς τεχνητῆς κοτύλης δι' ἀκρυλικοῦ τσιμέντου: Ἡ κοτύλη τοποθετεῖται μετὰ τὴν δάσιν ἀνοικτὴν πρὸς τὸ ὀριζόντιον ἐπίπεδον 30°, εἰς τὴν προσθιοπιθίαν ἀκτινογραφίαν, καὶ 30° πρὸς τὸ κάθετον ἐπίπεδον εἰς τὴν πλαγίαν ἀκτινογραφίαν. Ἐκτελεῖται 2α δοκιμὴ ἀνατάξεως καὶ ἐκτίμησις τῆς τάσεως τῆς συσκευῆς.

Στερέωσις τῆς κεφαλῆς δι' ἀκρυλικοῦ τσιμέντου.

Ἀνάταξις — Συρραφὴ τραύματος: Εἰς τὴν ἡμετέραν περίπτωσιν, ἐχρησιμοποιήθη τὸ μικρὸν μέγεθος κοτύλης καὶ κεφαλῆς, μετὰ τὸν συνήθη λαμόν, λόγῳ τῶν ἰδιαζουσῶν τοπικῶν συνθημάτων.

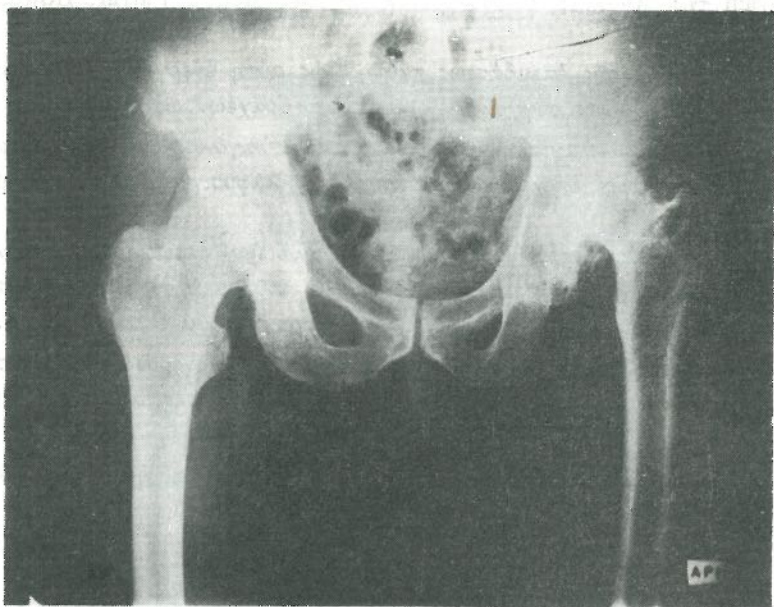
Μετεγχειρητικὴ ἀγωγή.

Τὴν 1ην μετεγχειρητικὴν ἡμέραν: Πυρετικὴ κρίσις 38° C. Χορήγησις Πενικιλίνης (1.000.000) + Στρεπτομυκίνης (1 gr)

+ Έρυθροσίνη 1 gr και αναλγητικών. Κινήσεις ποδοκηματικής και στατικά ασκήσεις τετρακεφάλου.

Τήν 4ην μετεγχειρητικήν ἡμέραν: Ὁ πυρετός ὑπεχώρησεν, καὶ τὴν ἐπαιμένην ὁ ἀσθενὴς ἀνεκάθησεν ἐπὶ τῆς κλίνης. Ἐπεχειρήθη κάμψις τοῦ γόνατος εἰς 90° καὶ κάμψις τοῦ ἰσχίου εἰς 40° .

Ὁ ἀκτινογραφικὸς ἔλεγχος ἔδειξεν τὴν θέσιν τῆς κεφαλῆς ἐντὸς τῆς κοτύλης. (Εἰκὼν 2).



Εἰκὼν 2.

Τὴν 7ην μετεγχειρητικὴν ἡμέραν: Ἐγερσις καὶ βάδισις τοῦ ἀσθενοῦς παρὰ τὴν κλίνην, καὶ διακοπὴ τῶν βιοθεραπευτικῶν.

Ἡ βάδισις ἦτο ἱκανοποιητικὴ τῇ βοηθείᾳ βακτηρίας καὶ αὐξάνεται αὐτὴ προοδευτικῶς. Ἡ φυσιοθεραπεία συνεχίζεται μὲ ἐντανωτέρου ρυθμοῦ.

Τὴν 12ην μετεγχειρητικὴν ἡμέραν: Ἀφαίρεσις τῶν ραμμάτων καὶ ἐπούλωσις τοῦ τραύματος κατὰ πρότερον σκοπόν.

Ἡ κινητικότης τοῦ ἰσχίου ἦτο λίαν βελτιωμένη: Κάμψις 60° , προσαγωγή 20° , ἀπαγωγή 30° , ἔσω στροφή 15° , ἔξω στροφή 5° .

Τὴν 14ην ἡμέραν: Ὁ ἀσθενὴς ἠδύνατο νὰ ἀνέρχεται καὶ νὰ κατέρχεται κλίμακα, τῇ βοηθείᾳ κοινῆς βακτηρίας. Ἡ ἔκτασις τοῦ σκέλους

ήσο λίαν ικανοποιητική - ενεργητική άσκησης τετρακεφάλου 30°, και την

17 η ν ή μ έ ρ α ν: Έξήλθεν τής Κλιμακῆς.

Τὸν ἀσθενῆ ἐπακείδομεν ἔκτοτε δις, τὴν 12.1.70 και τελευταίως τὴν 26.3.70, ἦτοι, μετὰ ἡμῶν ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, ὅτε, ὡς λέγει αὐτός, δύναται νὰ θαδίζῃ ἀνέτως και ἄνευ θακτηρίας περὶ τὰ 500 μέτρα. Δὲν χωλαίνει (ὕπάρχει ἰσασκελία), δὲν ἀλγεί, δύναται νὰ ἀνέρχεται και νὰ κατέρχεται κλίμακα ἐλευθέρως, νὰ στηρίξῃ τὸ θῆρος τοῦ σώματος ἐπὶ τοῦ χειρουργηθέντος ἰσχίου, νὰ ἴσασται εἰς τοὺς δακτύλους τῶν ἄκρων ποδῶν και νὰ ἐκτελῇ βαθύ κάθισμα. Ἐπίσης, νὰ τοποθετῇ τὰς περικνημίδας του και τὰ ὑποδήματά του ἄνευ δυσκολίας.

Αἱ συνήθεις κινήσεις τελοῦνται νῦν μετ' εὐχερείας.

Αἱ κινήσεις τοῦ ἀριστεροῦ ἰσχίου εἶχον πρὸ διμήνου ὡς ἐξῆς: Κάμψις 90°, S.L.R. 60°. Πρoσαγωγή 40°, ἀπαγωγή 40°, ἔσω στροφή 20°, και ἐν ἐκτάσει 30°, ἔξω στροφή 10° και ἐν ἐκτάσει 10°.

Ἡ ἐκτίμησις τῶν ἀποτελεσμάτων βασίζεται ἐπὶ τριῶν στοιχείων, ἦτοι:

- 1) Πόνος — κατὰ τὴν φόρτισιν και κατὰ τὴν ἀνάπαυσιν.
- 2) Κινητικότητα — ἰκανότης τοποθετήσεως περικνημίδων και ὑποδημάτων.
- 3) Σταθερότης — χωλότης κατὰ τὴν θάδισιν, με θακτηρίας, ἄνοδον και κάθοδον κλίμακος, τῆ παραοχῆ βοηθείας ἢ ἀνεξαρτήτως.

Τὸ ἀπoτέλεσμα κρίνεται ἐξαίρετον, ὅταν τὰ τρία ἀνωτέρω στοιχεία, ἦτοι: πόνος, κινητικότητα, σταθερότης, βαθμολογούμενα με ἄριστα τὸ 10, συγκεντρῶνουν 25—30 μονάδας.

Καλὸν = 15—20 Μονάδες
Μέτριον = 10—15 Μονάδες
Πτωχὸν = Κάτω τῶν 10 Μονάδων.

Τὸ ἀπoτέλεσμα τῆς ἡμετέρας περιπτώσεως κρίνεται, ἂν ὄχι ἐξαίρετον, τοῦλάχιστον καλόν, μολονότι ἀποσελεῖ αὕτη μίαν ἐκ τῶν δυσκολωτέρων περιπτώσεων, ἐνθα ὑφίσταται πλήρης διαταραχὴ τῶν σχέσεων κοτύλης, μηριαίας κεφαλῆς και αὐχένος.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 25. 11. 70

Σκοπός : Ἡ γενική συνέλευσις τῶν τακτικῶν μελῶν τῆς Ἑταιρείας καί ἡ συζήτησις ἐπὶ τῆς τροποποιήσεως ὠρισμένων ἀρθρῶν τοῦ καταστατικοῦ τῆς Ἑταιρείας.

Ἡ συνεδρίασις ἀνεβλήθη, λόγῳ ἐλλείψεως ἀπαρτίας, διὰ τὴν 9ην Δεκεμβρίου 1970.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 9. 12. 70

Γενική συνέλευσις καί συζήτησις ἐπὶ τῆς τροποποιήσεως ὠρισμένων ἀρθρῶν τοῦ καταστατικοῦ τῆς Ἑταιρείας. Ἐπηρεολούθησεν ψηφοφορία ἐπὶ τῶν προταθεισῶν τροποποιήσεων, αἱ ὁποῖαι ἐνεκρίθησαν καὶ θὰ περιληφθοῦν εἰς ἰδιαίτερον τεύχος, ὁμοῦ μετὰ τῶν ὑπολοίπων ἀρθρῶν τοῦ καταστατικοῦ.

αιρείας
τατικού

Δεκαμ-

ων ἄρ-
πὶ τῶν
οὐν εἰς
ι.

Τύπ.: Ε. ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ & Σία. Ἀγησιλάου 23, Τηλ. 524-728-Ἀθήναι

1875-1876