

Clinica chirurgicală nr. 1 din Tîrgu Mureş (cond.: prof. Z. Pápai,
doctor în medicină)

MEDICUL DE TEREN (DE DISPENSAR) ÎN FAȚA LEZIUNILOR TRAUMATICE ALE DEGETELOR ȘI MÎINII

Z. Csizér, Șt. Oláh

Traumatismele mîinii, ale „celeia mai perfecționată mașini-unelte a creației omenești”, ocupînd un loc de seamă între cauzele de incapacitate temporară de muncă, merită o atenție sporită.

A trecut timpul cînd leziunile acestui segment de membru au fost considerate „banale”, „ușoare”, aparținînd, în cel mai bun caz, „miciei chirurgii” fiind tratate ca atare. Numărul mare al complicațiilor, al zilelor de suferință și de neproductivitate, al sechelelor definitive a necesitat revizuirea întregii probleme, atît pe plan profilactic cît și terapeutic. Astăzi, în toate marile centre spitalicești se tinde spre înființarea unor servicii de urgență specializate în tratamentul leziunilor mîinii, sînt reconsiderate tratamentele depășite, se codifică tactici noi, se preconizează noi tehnici chirurgicale mai eficace. Din imensa experiență cîștigată se cristalizează din ce în ce mai mult principiile de bază ale profilaxiei și tratamentului. Monografia excelentă a lui T. Teodoriu și P. Borș (4) apărută în 1958, în Editura Medicală (care nu ar trebui să lipsească din nici un dispensar și cabinet de policlinică) ilustrează această tendință și aduce un serviciu imens în rezolvarea problemei. Experiența spitalicească și policlinică demonstrează că principiile noi de orientare în această problemă au cîștigat teren. Totuși se mai constată multe greșeli, atitudini tactice și tehnice perimate cu urmări mai mult sau mai puțin severe, dar care grevează întotdeauna zilele de incapacitate de muncă.

Din motivele de mai sus, socotim că o reîmprospătare a cunoștințelor medicului de teren, ale aceluia care acordă prima asistență, nu va fi de prisos. Aceasta cu atît mai mult, cu cît astăzi rolul medicului de teren devine din ce în ce mai important, nu numai în organizarea profilaxiei traumatismelor la locul de muncă (instruirea activului sanitar, posturi sanitare, protecția muncii etc.), dar și în prevenirea sechelelor acestor traumatisme.

Este cunoscut, că vindecarea funcțională fără sechele a leziunilor mîinii depinde în mare măsură de calitatea primului ajutor dat, de primele sfaturi și îndrumări ce se dau accidentatului, de primul tratament aplicat, de conducerea tratamentului postoperator, sarcini, care în bună parte revin medicului de teren.

Medicul de dispensar, pentru a putea face față îndatoririlor ce-i revin în acest sens, trebuie să-și cunoască exact limitele competenței sale în condițiile date (pregătire, experiență, dotare, mijloace de transport, distanța pînă la primul serviciu de specialitate, etc.), adică trebuie să știe *ce trebuie să facă și ce nu trebuie să facă* într-un caz dat. Un zel nejustificat față de condițiile de care dispune (sătură de tendon, sutură arterială) este tot așa de greșit ca și neacordarea asistenței curenite pe motiv că nu sînt condiții. Crearea condițiilor *subiective* și *obiective* necesare pentru a putea executa mici intervenții și la nivelul dispensarului uzinal sau de circumscripție este în schimb o obligație elementară a oricărui medic. O reîmprospătare periodică a cunoștințelor de „mică chirurgie”, printre care și cele

referitoare la particularitățile lezionale ale structurilor mîinii este de un real folos. Din cabinetul medicului de dispensar, de circumscripție rurală sau urbană, azi nu mai lipsește acel barem minim de instrumentar și material sanitar necesar pentru un prim-ajutor și o asistență corectă. Numai de conștiinciozitatea medicului depinde ca acestea să fie întreținute, pregătite, completate pentru a garanta condiții admisibile de muncă. (Casolete cu materialul necesar pentru pansamente, sterilizate la zi, mănuși sterile, materialul de sutură necesar, o trusă completă pentru anestezie locală, atele de imobilizare de toate felurile, soluțiile antiseptice, stocul de medicamente de primă urgență, antalgice, antibiotice, ser antitetanic, anatoxină tetică etc.).

Existența în localitate sau în apropiere a unui serviciu de specialitate chirurgicală nu absolvă medicul de dispensar de a avea pregătite, în stare de perfectă întreținere, toate aceste materiale. Să nu se uite că în mediul de dispensar, cabinet de policlinică etc., unde se perindă bolnavi purtători și răspînditori de germeni foarte variați, unde se fac pansamente pe afecțiuni septice, vigilența bacteriologică a medicului trebuie să fie maximă, altfel riscă să devină el însuși vinovat (poate chiar prin mîna lui proprie), pentru infecția sau suprainfecția cu germeni virulenți a unei plăgi, pînă atunci aseptice.

Pentru a putea aprecia felul, întinderea, gravitatea leziunilor mîinii, pentru a putea face un plan terapeutic și prognostic, medicul de dispensar trebuie să procedeze în toate cazurile la o examinare foarte atentă, amănunțită și sistematică a accidentatului înregistrînd toate detaliile: starea de sănătate și capacitate de muncă în momentul accidentului (diabet, stare de ebrietate, epilepsie, stare de oboseală etc.), starea generală imediat după traumatism, starea funcțională a extremității respective precum și starea locală însăși. Toate acestea nu se pot face în pripă, doar dintr-o privire, bolnavul stînd în picioare, la lumină insuficientă. Este complet greșit a se mărgini la întocmirea biletului de trimitere la policlinică, fără măcar a desface pansamentul aplicat la postul de prim-ajutor.

Plăgi mari ca extindere (de exemplu o plagă tăiată liniar, a dosului mîinii ce interesează numai pielea) pot fi simple ca evoluție și se pot rezolva pe loc; altele mici, neînsemnate în aparență (o înțepătură cu creion chimic) pot avea urmări grave. De asemenea, contează mult în ce mediu lucrează accidentatul și ce potențial de infecție ascunde obiectul cu care s-a lezat. Leziuni banale pot deveni grave la cei care lucrează cu substanțe organice (tăbăcării, industria alimentară, măturători, veterinari, grădinari, medici din secții septice etc.).

Procedînd la un examen corect, medicul de teren va reuși să selecționeze cazurile ce-i aparțin de cazurile ce trebuie trimise specialistului, degrevînd astfel aglomerările inutile de la policlinică, mărindu-și totodată prestigiul, scutind pacientul de drumuri inutile.

Dintre traumatismele închise, desigur *contuziile simple*, cu sau fără hematoame subcutanate, subunghiale, periunghiale îi aparțin medicului de teren, cu condiția ca să fie exclusă o fisură, fractură a unei falange metacarpiene sau a oaselor mici carpiene sau o dezlipire subcutanată de inserția de tendon. În caz dubios, o radiografie clarifică situația. În rest simplul repaus, printr-o imobilizare corectă în poziție fiziologică (semiflexiunea degetului, ușoară dorsoflexiune în articulația radio-carpiană) pe 1—2 săptămîni. Situația este aceeași și în caz de *entorse* (articulație tumefiată, dureroasă, reducerea funcțiunii, dar cu mișcări pasive posi-

bile). *Luxațiile degetelor* pot fi repuse relativ ușor după o bună anestezie locală. Radiografia de control e obligatorie deoarece, mai des decât entorsele, luxațiile se asociază cu fisuri sau fracturi în vecinătatea suprafețelor articulare. Imobilizarea corectă în atelă de sîrmă este obligatorie.

Hematoamele subunghiale, foarte dureroase, dintre care unele se infectează ulterior și ridică unghia, pot fi ușor rezolvate printr-o intervenție minimă ce nu necesită decît un stilet butonat (sau o bucată de sîrmă asemănătoare). Acestea se înroșesc la flacăra și se perforază cu ele unghia. Hematomul se scurge prin orificiul creat, iar fenomenele dureroase și inflamatorii dispar. Intervenția este nedureroasă și nu necesită nici o anestezie.

Arsurile de gradul I (eritem) ale mîinii nu necesită nici un tratament, doar calmarea durerii. *Arsurile de gradul II* (bula) necesită o toaletă minuțioasă prin spălarea cu apă și săpun, dezinfecție prin spălare cu alcool, îndepărtarea bulelor mari, lăsarea pe loc a bulelor mici și un pansament cu tifon steril simplu (nu se vor folosi unguente), pansament ușor compresiv, care nu se va schimba timp de 5—7 zile.

Cei cu arsuri de gradul III (necroză) și de gradul IV (carbonizare), chiar cu extindere minimă, după acordarea primului ajutor, se vor trimite la serviciile de specialitate.

În caz de *degerături* ale degetelor, contrar obiceiului înrădăcinat și greșit, degetele nu se vor freca cu zăpadă, nici nu se încălzesc în mod brusc, încălzirea se face la temperatura corpului, lent cu mobilizarea degetelor și fricțiuni ușoare cu mîna. Se dă băutură caldă și se face eventual blocadă simpatică cu novocaină.

Dintre traumatismele mecanice deschise, toate micile escoriațiuni superficiale, înțepături, tăieturi, rupturi ca și fisurile prin substanțe chimice iritante, necesită o examinare atentă, dezinfecția tegumentelor din jur și pansament corect. Se vor urmări îndeosebi *plăgile înțepate adînc*, făcute cu instrumente și în condiții ce prezintă mare pericol de infecție (leziuni periunghiale la manichiură, leziuni prin înțepătură cu oase în timpul manipulării cărnurilor etc.). Necesitatea administrării preventive a antibioticelor, a serului antitetanic, eventual a inciziei preventive va fi judecat de la caz la caz. În unele ramuri de producție ca și în preocupările casnice asemenea leziuni mici și superficiale ale degetelor sînt foarte frecvente, chiar la același individ și se vindecă spontan, în marea lor majoritate, fără complicații. Ar fi deci un abuz și exces inutil, chiar dăunător, să intervenim atît de activ. În prevenirea infecției nu ne poate liniști, desigur, decît imunizarea activă preventivă a întregii populații. Vom administra ser antitetanic numai la plăgi înțepate în condiții prielnice infecției tetanice (la grădinari, grăjdari, înțepături adînci cu corpi străini rămași în plagă etc.) și cu cautelele necesare. Incizie preventivă vom face numai la suspiciunea unui corp străin rămas în plagă, sigur infectant, care nu se poate pune în evidență radiologic și nu e atît de superficial încît să îl putem extrage ușor. Pentru prevenirea infecțiilor banale în plăgi prin înțepare, vom administra antibiotice numai în caz de apariție a semnelor locale sau generale de inflamație.

Despre corpii străini ai degetelor și mîinii trebuie știut că nu este obligatoriu a se scoate imediat orice corp străin, oriunde ar fi și în orice condiții. Se îndepărtează obligatoriu numai acei corpi străini care în mod sigur vor produce infecție sau mențin o infecție sau fistulă, aceia

care prin poziția sau mărimea lor produc jenă sau dureri. Medicul de dispensar să nu se angajeze la extracția corpurilor străine decât dacă aceștia se văd sau se palpează. Corpuri mici (virf de ac, schije mici de metal) și mai ales cele ce nu dau umbră radiologică (mici bucăți de sticlă) sînt greu de găsit, căutarea lor insistență prin delabrări întinse aduce mai mult rău decît însuși corpul străin.

Plăgile tăiate, simple, liniare ale pielii, dacă sînt recente și neinflamate și nu sînt asociate cu secțiuni de tendoane, nervi, deschideri articulare, pot fi suturate la dispensar. Sutura se va face în condiții riguroase de asepsie, cu fire subțiri neresorbabile. Nu se vor folosi agrafe pentru coaptarea plăgilor pe degete sau față palmară a mîinii. Plăgile neinflamate, dar trecute de 36 de ore nu se vor sutura, fiind socotite ca infectate.

Plăgile zdrobite cu margini anfractuozitate ale pielii degetelor sau mîinii, chiar dacă nu sînt asociate cu leziunea altor formațiuni anatomice, de cele mai multe ori depășesc competența medicului de teren. În asemenea cazuri medicul de teren va spăla și dezinfecta pielea din jurul plăgii, va aplica un pansament steril și va îndruma bolnavul spre cel mai apropiat serviciu chirurgical. Totuși, în caz că serviciul chirurgical este îndepărtat, dacă bolnavul nu se poate deplasa, sau refuză acest lucru, medicul se poate angaja la *excizia primară a marginilor plăgii*, debridarea (aseptizarea chirurgicală a plăgii) și sutura ei. Nu se va angaja însă nici într-un caz la suturi de tendoane, nervi, de capsulă articulară, rezolvarea de fracturi deschise, plastii cutanate pentru înlocuirea unor defecte mari, etc.

În marile traumatisme ale mîinii și degetelor obligația medicului de teren este să combată durerea bolnavului, să oprească hemoragia, să ferească plaga de suprainfecție, să facă profilaxia tetanosului, să imobilizeze segmentul de membru și să îndrume accidentatul cu un bilet complet și corect întocmit spre un serviciu chirurgical.

În satisfacerea acestor obligațiuni se comit adesea următoarele greșeli:

Prima greșeală: se abuzează de folosirea garoului cu toate consecințele nefaste (contractură ischemică). Garoul cel mai bun este manșonul aparatului de tensiune arterială, care se aplică obligatoriu pe timpul explorării plăgii, dar numai pentru acest timp. În rest pentru timpul transportului o hemostază provizorie se poate face printr-un pansament compresiv.

A doua greșeală: se toarnă dezinfectant caustic și concentrat în plagă (tinctură de iod, soluție hipermanganat, alcool etc.).

A treia greșeală: se dezinfectează tegumentele din jur, fără o spălare prealabilă. În caz de murdărire a mîinii cu pămînt, noroi și alte impurități, mina trebuie spălată fără frică cu apă și săpun la apă curgătoare.

A patra greșeală: se fac amputări și excizii largi de piele nejustificate și nu mai rămîne cu ce acoperi lipsa.

A cincea greșeală: se lasă uneori defecte importante de piele nesuturate sau neacoperite, lăsînd plaga să se cicatrizeze singură, producîndu-se astfel adesea cicatrici vicioase, dureroase ce împiedică funcționarea.

— În loc de aseptizarea chirurgicală a plăgii, lupta contra infecției se lasă pe seama antibioticelor.

— Nu se imobilizează corect sau de loc segmentul de membru lezat sau se imobilizează în poziție de extensie și pentru prea lung timp, ceea ce va duce la impotența funcțională a membrului.

— Se dă asistență primară corectă accidentatului dar nu se urmărește zilnic evoluția plăgii, iar după vindecarea plăgii nu se începe de îndată gimnastica medicală.

Pentru a continua îmbunătățirea mijloacelor de prevenire și de tratament a traumatismelor mîinii, medicul de dispensar va trebui să-și perfecționeze permanent cunoștințele teoretice și practice și în acest domeniu, să-și doteze dispensarul cu cele necesare, să facă din cînd în cînd un stagiu de reîmprospătare a cunoștințelor de cîteva săptămîni la un serviciu de policlinică, să țină o strînsă legătură atît cu policlinica cît și cu activul sanitar pe care îl instruiește la locul de muncă.

Sosit la redacție: 14 aprilie 1969

Bibliografie

1. ISELIN M.: Chirurgie de la Main, Ed. Masson, Paris, 1946;
 2. KOÓS R.: A kéz sebészete, Akadémiai Kiadó, Budapest 1967;
 3. MICHON J., VILLAIN R.: Lésions traumatiques des tendons de la Main, Ed. Masson, Paris, 1968;
 4. TEODORIU T., BORS P.: Chirurgia traumatismelor mîinii, Ed. Med., București, 1958.
-