

CV 1242

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ

2651

No. **232**.....

## Considerațiuni

asupra

# Polidactiliei congenitale la om

TEZĂ

pentru doctorat în Medicină și Chirurgie

Prezentată și susținută în ziua de 23 Iunie 1940

de

TRAIAN C. DIMITRIU





Biblioteca UMFST

SSON

## Considerațiuni

asupra

# Polidactiliei congenitale la om



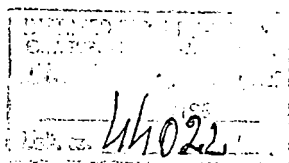
pentru doctorat în Medicină și Chirurgie  
Prezentată și susținută în ziua de 24.05.2005

de

TRAIAN C. DIMITRIU



24 MAY 2005



# FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ

Decan: *Dl Prof. Dr. Ioan I. Nițescu*

## *Profesori titulari:*

Clinica Stomatologică . . . . .	Dl Dr. <i>Bilașcu Gh.</i>
Patologia generală și experimentală . . . . .	" " <i>Bolez M.</i>
Istologia și embriologia umană . . . . .	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă . . . . .	" " <i>Gane T.</i>
Clinica gynecologică și obstetrică . . . . .	" " <i>Grigoriu Cr.</i>
Istoria medicinei . . . . .	" " <i>Guiart J.</i>
Clinica medicală . . . . .	" " <i>Hațiegan I.</i>
Clinica chirurgicală . . . . .	" " <i>Iacobovici I.</i>
Medicina operatoare . . . . .	" " <i>Michail D.</i>
Clinica oftalmologică . . . . .	" " <i>Minz I.</i>
Clinica neurologică . . . . .	" " <i>Minovici N.</i>
Medicina legală . . . . .	" " <i>Moldovan I.</i>
Igiena și igiena socială . . . . .	" " <i>Negru D.</i>
Radiologia medicală . . . . .	" " <i>Nițescu I.</i>
Fizica medicală . . . . .	" " <i>Ostrogovici A.</i>
Fiziologia umană . . . . .	" " <i>Panjil Gh.</i>
Chimia medicală . . . . .	" " <i>Papilian V.</i>
Farmacia chimică și galenică . . . . .	" " <i>Tataru C.</i>
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	" " <i>Thomas P.</i>
Clinica dermato-venerică . . . . .	" " <i>Urechia C.</i>
Chimia biologică . . . . .	" " <i>Vasilii T.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	" " <i>Martinescu Gh.</i>
Anatomia patologică . . . . .	" " <i>Martinescu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia . . . . .	" " <i>Martinescu Gh.</i>

## *Profesori agregați:*

Clinica oto-rino-laringologică . . . . . " " *Predescu I.*

## JIURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: *Dl Prof. Dr. I. Iacobovici*

Membri:  $\left\{ \begin{array}{l} " " " V. Papilian \\ " " " I. Drăgoiu \\ " " " T. Vasiliu \\ " " " D. Negru \end{array} \right.$

*D-lui Profesor Dr. I. Iacobovici*

*Pentru extrema amabilitate ce vă caracterizează, pentru multele învățături ce am primit dela D-v., și pentru neprețuitul concurs ce mi-ați dat la alcătuirea lucrării de față, vă rog respectos, să primiți această modestă dedicație, ca un semn slab, al nemărginitei mele considerațiuni.*

AUTORUL

*Juriului meu de promoție și tuturor profesorilor  
mei, respect și recunoștință.*

*Fratelui meu, mort pentru țară pe meleagurile  
Ardealului, lacrimile și jalea mea.*

*Iubiților mei părinți, toată dragostea  
și recunoștința mea.*

## P R E F A Ț Ă

Având fericita ocazie să observ în ultimul timp o serie de cazuri cu malformațiunea extremităților, din cari, în două am și intervenit împreună cu dl Dr. Nichita, mi-am ales ca subiect de teză al acestei lucrări, cu aprobarea dlui profesor Iacobovici, „Polidactilia congenitală la om“.

În această lucrare, încerc să pun la punct o chestiune destul de interesantă, mai ales că în literatura medicală românească nu există nici o lucrare de ansamblu asupra polidactiliei, ci doar câteva expuneri de cazuri și acestea destul de scurte, în reviste medicale, și nimic mai mult.

Fiind convins că de multe ori în practica medicinei faptele se pot prezenta și cu alte aspecte decât cele descrise în tratate, m'a îndreptățit să urmăresc mai stăruitor chestiunea de față, fără a avea pretenția de a fi făcut o lucrare desăvârșită.

Pentru a fi clar în expunerea acestui subiect și a face să iasă în evidență conduita noastră, mi-am împărțit lucrarea de față în următoarele capitole :

- I. Introducere.
- II. Definiție și clasificare.
- III. Anatomie și embriologie.
- IV. Etiologie și patogenie.
- V. Diagnostic și tratament.
- VI. Observațiuni.
- VII. Concluzii.

\* \* \*

Înainte de a trece la subiect, îmi îndeplinesc o plăcută datorie de a adresa d-lor profesori T. Vasiliu și Moldovanu, pentru neprecupeșitul și neprețuitul concurs ce mi-au dat la alcătuirea acestei lucrări, punându-mi la dispoziție bogata d-lor bibliotecă, expresiunea cea mai vie a mulțumirilor mele pline de respect și îi asigur de recunoștința mea.

*Dlui profesor Papilian pentru îndrumările ce mi-a dat, deasemeni îl rog să primească toate mulțumirile și stima mea.*

*Dlui Dr. Nichita M. cu care am lucrat un an și mai bine în serviciul D-sale și care mi-a inspirat acest subiect, pentru modul prietenesc cu care m'a primit și m'a îndrumat, învățând ce înseamnă conștiință și sacrificiu în îngrijirea bolnavilor, precum și pentru bogatul material ce mi-a dat, îi voi rezerva o recunoștință ce nu se poate exprima prin cuvinte.*





## I. INTRODUCERE

Deși s'a scris atât de mult despre polidactilie, totuși această malformațiune este relativ rară. *Levind* a făcut un raport și după el ar fi într'o proporție de 0.1‰ iar după statisticile din maternități de 0.7‰. Din 16 observațiuni avute, au fost 3 la clinica chirurgicală în timp de 6 ani, 7 la spitalul militar în 4 ani, iar restul este compus din piese dela muzeul institului de anatomie patologică și de medicină legală. Cât privește polidactilia la degetul mare al piciorului, este extrem de rară; astfel *Ballowitz* din 68 de cazuri anatomice adunate până în secolul XVIII, a găsit numai 5; de atunci s'au mai publicat 4 (*Bergglas*). La acestea se mai pot adăuga și 3 cazuri ale noastre, dela observația I și XVI.

Chirurgical, această malformațiune are un interes deosebit; în primul rând utilul, individul având o capacitate funcțională redusă uneori, altelei existând chiar o incompatibilitate între această malformație și anumite profesii (frânghierii), iar în al doilea rând frumosul. Interesant este și faptul că tinerii ce urmează a fi încorporați pentru stagiul militar și cari posedă această malformațiune la membrele superioare, nu se supun unei intervențiuni înainte de militărie, pentru a fi astfel repartizați la servicii auxiliare, fapt pe cari mi l-au comunicat chiar bolnavii militari. Astfel că se explică de ce sunt mai multe cazuri relativ în spitalele militare după încorporare.

Utilul și frumosul îndeplinesc condiții suficiente pentru pacient, de a se supune unei intervențiuni, desigur, frumosul primând mai ales la copii și femei în special.

Rezultatele sunt întotdeauna dintre cele mai frumoase, chirurgia reparatoare luând în ultimul timp o dezvoltare mare, grație perfecționării tehnicii și aplicării unei riguroase asepсії.

## II. DEFINIȚIE ȘI CLASIFICĂȚIE

În literatura medicală se întrebuințează termenul de polidactilie -Πολύς-δακτυλος- la o malformațiune ce interesează extremitățile și care se caracterizează prin existența de degete în plus.

*Aschoff* o definește în termeni anatomo-patologici „o dezvoltare supranumerară de degete, la unul sau la mai multe dintre membre“. Cât privește clasificăția, Polidactilia se poate împărți în trei tipuri mari, (Ballowitz) cari la rândul lor se pot subîmpărți.

I. Cel mai simplu și cel mai frecvent, este prezența unui deget rudimentar, fără mare importanță, fiind unit numai prin piele, neavând tendoane musculare, os sau cartilagiu.

II. Când are forma unui deget normal cu falange și este în legătură cu oasele metacarpiene ori metatarsiene; la unirea gemelarelor existând o articulație comună, care își are importanța ei pentru chirurg. Acestea, pot avea sau nu tendoane musculare.

III. Cel mai rar tip, este când degetul supranumerar nu numai că are falange proprii, dar are și metacarpul ori metatarsul respectiv propriu și are în general tendon muscular.

Ultimile două tipuri la rândul lor se pot caracteriza ca:

a) *Polidactilie simetrică* când malformațiunea interesează simetric marginea cubitală ori radială a mâinii sau marginile corespondente ale membrilor inferioare. b) *Polidactilie asimetrică* când interesează asimetric o margine sau alta a mâinii sau membrului inferior. c) *Polidactilie complectă* când interesează degetele în totalitatea lor. d) *Polidactilie incomplectă* când interesează numai unele dintre degetele mâinii ori piciorului. e) *Polidactilie totală* și f) *Polidactilie subtotală* după felul cum interesează toate trei falangele sau numai o falangă, care uneori poate fi atât de rudimentară, încât să poată fi confundată cu niște simple exostoze.

Această clasificăție din punct de vedere anatomo-patologic mi se pare destul de bună, considerând aspectul sub care se prezintă această malformațiune.

### III. ANATOMIE ȘI EMBRIOLOGIE

#### DESVOLTAREA OASELOR METACARPULUI

Desvoltarea metacarpianelor diferă la I-ul de celelalte patru, cari se desvoltă fiecare prin câte două puncte de osificare, unul primitiv, altul secundar.

Punctul primitiv apare la începutul lunei a treia intrauterină, din care se face corpul și extremitatea superioară. Punctul secundar sau epifizar, destinat extremității inferioare, apare în anul al cincilea sau al șaselea ca o gămălie, apoi ca o placă osoasă, în fine, ia forma unei hemisfere, coafând extremitatea inferioară a diafizei, și se sudează la 18—20 de ani.

Primul metacarpian sau metacarpianul policelui, se desvoltă în mod deosebit de celelalte; diafiza lui e mai scurtă și mai groasă.

După *Toldt* 1882 și *Uffelmann* 1863 n'are o epifiză distală, și în anul al zecelea sau doisprezecelea, la baza capului, spre fața distală, apare o gătuitoră a osului, plină cu cartilaj, rest al unei sincondroze epifizare și poate simula o epifiză distală.

Deja *Galien* 1821 a emis opinia, că primul metacarp ar fi falanga proximală a policelui; o altă părere care e susținută de *Gegenbauer* 1890 îl consideră ca un metacarp; metacarpele încep osificarea la jumătatea săptămânei a noua intrauterină, astfel că, epifizele rămân cartilagineose. La primul se păstrează epifiza proximală, la celelalte cea distală; cea proximală formându-se din diafiză. Nucleii osoși, apar în epifiză în anul al treilea; aceasta, face să pară că primul metacarp ar fi o falangă.

*Gegenbauer* obiectează conformația musculaturei și persistența ambelor diafize la mamifere, cari survin ca varietăți la om și cari se opun la asimilarea lui cu o falangă.

Cercetările lui *Bluff* 1826 și *Welcker* 1884 asupra paralelismului mușchilor policelui cu a celorlalte degete, conchid la același rezultat; primul metacarp ar fi sinonim cu celelalte metacarpiane. *Thompson* 1868, *Schwegel* 1858 arată că adeseori se găsesc la

police urmele unei epifize proximale, la cealalte, ale unor epifize distale, care se sudează mai curând ca diafiza.

Uffelmann a căutat să împace aceste două opinii contrare, arătând că primul metacarp reprezintă pe primul metacarp și prima falangă a policelui. Aceasta pare exact, însă într'un anumit stadiu.

În anul al treilea apare nucleul în epifiza proximală, și în anul al 16-lea se sudează cu diafiza, înaintea celorlalte epifize dela degete. Între sfârșitul anului întâi și până la al treilea, dela capătul distal al diafizei, crește o prelungire ca un bont în epifiza cartilaginoasă, care rămâne depărtat de suprafața cartilagiului spre partea radială, dar nu ajunge la aceasta nici de partea cubitală.

În anul al optulea, această prelungire ajunge până aproape de suprafața articulară; spre partea radială, rămâne între această apofiză și capătul diafizei, un cartilaj, care la 12 ani are o grosime de 0,7 mm., apoi se osifică lent, din adâncime spre suprafață. Oase necomplet osificate și macerate, arată un șanț între cap și diafiză spre partea radială, care poate fi luat drept o limită epifizară necompletă.

*Sappey, W. Krause, Poirier* considerau epifiza proximală a primului metacarp, drept un rudimentar reprezentant al primului metacarp și diafiza cu epifiza distală, drept prima falangă a policelui. Metacarpul policelui se aseamănă deci, după osificarea lui, cu falangele și are un nucleu deosebit de osificație la baza lui.

Epifiza proximală, se sudează după Uffelmann în 16 ani. După acesta, metacarpul policelui la adolescent, ar reprezenta acest metacarp rudimentar și prima falangă la un loc; astfel se explică că primul metacarp se aseamănă cu falangele celorlalte degete. Această ipoteză poate fi numită koalescenz hypothese.

*Humphry, Krause* aduc un argument nou spunând, că situația găurei nutritive și direcția canalului ei, care la primul metacarp e la fel cu a falangelor, merge distal, nu ca la cealalte metacarpe proximale și crește în același sens cu falangele.

*Pfitzner* a căutat să explice dualitatea policelui prin coalescența a doi nuclei. El credea că falanga distală mare a policelui, și-a asimilat falanga proximală cu care s'a contopit. Din sudarea falangei întâia și a doua, a rezultat o singură falangă mai mare, care la om în medie este de 22,6 mm.; la femeie de 20,4 mm., pe când la cealalte degete, între 17—19 mm., aceasta e assimilations hypothese. După această ipoteză emisă de Pfitzner, *Salzer* comunică în 1897 un caz de police cu trei falange de ambele părți,

care confirmă ipoteza lui Pfitzner și el consideră ultima falangă a policelui drept, un homolog a falangelor II plus III.

*Rieder* ajunge la aceiași concluzie din examinarea cazurilor lui, la care se mai atașează și *Fürst*.

*Krause* spune că „nici dezvoltarea embriologică, nici anatomia comparată, nu dau lui Pfitzner vre'un punct de sprijin pentru ipoteza lui, care se bazează numai pe malformații, și care poate impune unei priviri superficiale, dar nu sunt suficiente“.

Anatomia comparată nu poate da lămuriri. Inserțiile mușchilor lungi ai policelui pledează pentru ipoteza asimilării, dar inserțiile lor se pot schimba des.

Ipoteza lui *Uffelmann* e prea neclară, iar teoria asimilării, nu concordă nici cu punctele de osificație, nici cu direcția canalelor nutritive.

După *Gräfenberg*, trapezul corespunde primului metacarp sau bazei lui; restul osului a dispărut în cursul dezvoltării. Osul navicular radial care se întâlnește ca varietate și care mai e privit și ca un rudiment al praepollexului, ar fi osul carpal distal, corespunzător policelui. Trapezul ar fi deci un metacarp; nucleul lui cartilaginos, se osifică mai târziu decât la celelalte oase carpiene, sub forma unui cilindru cu suprafețe articulare convexe.

Trapezul, are ca și baza celorlalte metacarpe, suprafața proximală neplană și cele laterale în unghiul diedru. În luna a doua, porțiunea cartilaginoasă a primului metacarp, are acelaș aspect ca și falangele prime ale celorlalte degete, cu suprafața proximală și distală convexe, pe când la metacarpele celelalte, suprafețele articulare proximale sunt concave.

*Testut* spune că primul metacarpian prezintă o analogie completă cu falangele. El spune că policele posedă 3 falange ca și celelalte degete; a doua și a treia, sunt prima și a doua din nomenclatura clasică. Primul, e primul metacarp, acesta la rândul său ar fi constituit de trapez, care ar fi reprezentat de un sesamoid, radialul extern, și care apare uneori pe marginea radială a mâinii între trapez și scafoid.

#### DESVOLTAREA OASELOR METATARSIENE

Dezvoltarea metatarsienelor amintește pe a metacarpelor, homoloagele lor, prin două puncte de osificare; primul, primitiv, apare în luna a treia intrauterină, pentru corp și extremitatea tarsi-

ană; al doilea, secundar, pentru extremitatea anterioară, apare între 2—4 ani și se sudează cu cel primitiv între 16—18 ani. Punctul epifizar al primului metatars, dă, nu extremitatea distală ci proximală ca și la police, de aceea, unii anomiști îl consideră drept o falangă.

#### DESVOLTAREA FALANGELOR MĂINI

Falangele se desvoldă ca și primul metacarp prin două puncte de osificație; primitiv pentru corp și extremitatea inferioară și apare la finele lunei a doua intrauterine; al doilea complementar sau epifizar, pentru extremitatea superioară. Se sudează cu corpul dela 18—20 ani cu direcția distal spre proximal (Testut).

După Krause, osificația începe la sfârșitul săptămânii a zecea intrauterină, cu a treia, a doua și întâia falangă; începe cu indicele, sfârșește cu auricularul (săptămâna a 14-a).

Pe la sfârșitul lunei a patra, începe osificația și în falanga a doua în aceiași ordine. Aceste puncte, dau diafiza și epifiza distală. În anul al treilea, apare câte un punct de osificație la epifiza proximală, care se unește cu diafiza între 18—19 ani. După *Leboucq*, prima falangă e totdeauna cea mai lungă; a treia întrece pe a doua într'un anumit timp, apoi rămâne iar cea mai scurtă. *Serrés* spune că punctul epifizar e primitiv dublu, uneori triplic, la prima falangă a policelui și la degetul mare dela picior.

*Rimbaud* și *Renault* afirmă, după analogia de evoluție a primului metacarp cu o falangă, că prima rază digitală, trebuie considerată ca formată din trei segmente falangiene și fără metacarp.

#### DESVOLTAREA FALANȚELOR PICIORULUI

Falangele piciorului, ca și ale mâinii, se desvoldă prin două puncte de osificație; primitiv, pentru corp și extremitatea anterioară, apare în prima jumătate a lunei a doua intrauterină pentru primele falange, în luna a patra pentru falangine și falangete. Punctul secundar sau epifizar pentru extremitatea posterioară, apare între 3½—4 ani și se sudează cu corpul osului între 15—16 ani pentru prima falangă și între 16—18 ani pentru a doua și a treia.

Krause spune că „controversa mai mult decât milenară, va fi cu greu clarificată, mai înainte de a se fi luminat raporturile carpulului și tarsului“.

## REDUCEREA GRADUALĂ A NUMĂRULUI FALANGELOR

Ca variație morfologică, f. interesantă e sudura falanginii cu falangeta, frecventă mai ales la degetul mic. Pfitzner a întâlnit-o în 36% din cazuri sau  $\frac{1}{3}$ . Această fuziune nu e patologică cum admit cei mai mulți autori, căci există la făt și la noul născut, la cari Pfitzner le-a întâlnit tot așa de des ca la adult; e o reducere numerică a pieselor falangiene, consecință a adaptării piciorului la atitudinea bipedă.

Noi mergem spre tipul bifalangian (Testut). Pfitzner merge mai departe și opinia lui pare întemeiată; el crede că procesul va merge mai departe și că prima falangă își va pierde individualitatea ei. Cum aceste fenomene se observă constant pe ultimile trei degete și nu pe primele două, el conchide că piciorul uman, e pe cale de a se reduce numai la două degete; unul principal, —primul,— și un deget-accesoriu, care va fi al doilea.

## IV. ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE

Polidactilia este o malformațiune destul de deasă la om și are un interes deosebit, mai ales prin aceea că a fost pusă în legătură cu descendenții omului, de cele mai multe ori, apărând sub forma unei dedublări a razelor digitale marginale, (police și deget mic) mult mai rar a razelor mediane.

Incercări de explicare n'au lipsit, luând astfel naștere diferite teorii, fiecare bineînțeles având partizanii săi, fără ca lupta să fie terminată.

*Teoria atavică*, ridicată și susținută întâi de Darwin, apoi de Bardeleben, Wiederschein, Born, Kehrer etc., cari considerau polidactilia drept o reîntoarcere la o formă străveche, pleiodoctilă, poate încă necunoscută. Mai ales oasele marginale, cari se găsesc cu formațiuni diferite la multe animale, la marginea piciorului, trebuie să fie rudimentele unor raze moștenite, regresate, supranumerare. Și la om, anumite osicioare, ca pisiformul, sunt considerate ca atari rudimente și în polidactilia la om, aceste rudimente, se măresc și devin piese supranumerare. Contra acestei teorii s'au ridicat o seamă de cercetători ca Ballowitz E., Roux, Barfurth, Piana, Tournier, Zander etc., cari pe baza cercetărilor, considerau polidactilia ca o malformație provocată de tulburări în dezvoltarea amniosului luând astfel naștere,

*Teoria teratologică*, care are și azi partizanii săi. Ballowitz explică polidactilia ca o malformațiune simplă și care trebuie atribuită unei tulburări în dezvoltare, sub forma unei despicări a mugurelui original, simplu și indiferent, al unui deget. Cauza, ar fi neregularități ale amniosului, ca: amnios prea strâmt, îngroșat, aderent, falduri ori bride amniotice. E cunoscut spune el, că atari anomalii ale amniosului, produc malformațiuni foarte variate ale embrionului.

*Ahlfeld* a adus un mare sprijin acestei teorii, prin aceea că a găsit la un nou născut cu police dublu, la locul despicărei, un fir amniotic, care foarte probabil, spune el, produsese despicarea policelui.

*Morand* a publicat în 1770 cele dintâi cazuri bine disecate, cu părțile moi. Ballowitz a mai disecat 4 cazuri la adult, schelet și părți moi, și a adunat toate cazurile din literatură, cu anatomia părților moi bine studiată. El a constatat că cei mai mulți cercetători, au studiat chestiunea din punct de vedere al anatomiei comparate.

Toate rezultatele lui, pledează pentru teoria teratologică și contra celei atavice; el a urmărit în deosebi:

a) Tendoanele flexoare: Despicarea scheletului spune el, merge paralel cu despicarea tendonului flexor respectiv, ca și când ar fi fost despicate printr'o putere exterioară; tot așa se despică și tecile tendinoase. Această conformație e constantă în polidactilii; în 17 cazuri culese de el, flexorul lung al policelui, era distal despicat în 13 cazuri.

b) Acelaș lucru cu tendoanele extensoare. Extensorul lung se despică cam la nivelul despicării scheletului. Aceste despicări tendinoase nu se pot explica în mod atavic; atunci ar fi și tendoanele cu mușchii respectivi mai independenți, și s'ar detașa mult mai sus, ceiace nu s'a observat. Acest fapt, pledează evident pentru Spaltungstheorie, care a interesat scheletul și tendonul în mod egal. La police care are pe fața dorsală 2 tendoane, extensorul lung și scurt; în 9 cazuri extensorul lung mergea la policele ulnar, în 4 cazuri se despica și mergea la amândoi, bifurcarea făcându-se cam la nivelul despicăturii interdigitale.

c) Abductorul lung al policelui normal, nu rare ori se împarte în două; o parte se inseră la baza primului metacarp, celălalt pe trapez, care a fost luat drept un reprezentant rudimentar al atavismului: -praepollex-, iar acel tendon ca o reîntoarcere la mus-



culatura prae-pollexului. În plex duplex, după teoria atavică, ar trebui să fie dublu și tendonul abductorului lung al policelui, ceea ce nu-i cazul. Din 17 cazuri numai în 7 tendonul era bifurcat și inserția avea tendon radial.

Într'un caz de police dublu complet cu 2 metacarpe și două tendoane, unul era la metacarpul radial, celălalt la trapez. În alte două cazuri era numai un tendon, unul inserat la metacarpul radial celălalt la ulnar. Așa dar, nici conformația abductorului lung a policelui, nu concordă cu teoria atavică. Deasemeni conformația mușchilor și tendoanelor eminentei tenare, coincide cu aceea a scheletului.

Zander a arătat întâi, că polidactilia de grad mic e distală și e mai pronunțată cu cât e mai proximală, acestea fiind confirmate mai târziu de Bien și alții, cari spun că, după cum a arătat conformația scheletului, mușchilor și tendoanelor extremităților polidactile, teoria atavică plutește în aer, și că Spaltungstheorie, e sprijinită de toate faptele anatomice.

Roux este de părerea lui Ballowitz, însă nu-și explică de ce, de multe ori, degetul supranumerar e bine organizat și poate funcționa. El mai spune că desplicarea n'ar fi singura cauză a polidactiliei.

*Prentiss C. W.* studiind polidactilia la om, paseri, manifere (carnivore, rumegătoare) cu 36 de cazuri și studiind și părțile moi, conchide că formațiile supranumerare sunt simetrice la mâini, ori picioare și s'ă în legătură mai ales cu degetele rudimentare sau necomplete. *Atavism*, spune el, e numai în acele cazuri, unde numărul degetelor cari funcționează e micșorat și sub cinci; degetele supranumerare, repetă mai mult sau mai puțin complet, stările anterioare.

*Bien* descrie un caz la care unghia era întreagă, și ceva mai lată, iar falanga parțial desplicată; ar fi trebuit, spune *Bergglas*, să fie desplicată mai întâi pielea și unghia apoi osul. Cazurile de polidactilie cu sindactilie nu pot fi explicate prin teoria desplicării (*Bergglas*).

*Benda* este contra teoriei teratologice din cauza moștenirii simetriei polidactiliei.

*Wenzel* și *Gruber* au descris deasemeni cazuri de police dublu cu două falange (1871, 1881, 1884) și spun că o completă corespundere între desplicarea scheletului și mușchilor nu este regulă.

Uneori mușchii au variațiuni fără legătură cu scheletul, altele, sunt chiar lipsuri de mușchi; deci și acest al doilea argument

pentru teoria despicării, nu e valabil pentru toate cazurile. Totuși, Ballowitz spune că numai observația exactă și experimentele cele mai îngrijite, mai puțin speculațiile, vor arăta calea cea bună.

*Barfurth, Piana, Tornier*, etc. în lucrări experimentale la amfibii și reptile, prin manopere mecanice pot da polidactilia. Pe această bază Zander a emis ipoteza, că toate malformațiunile s'ar putea explica prin bride amniotice. Acest mod mecanic de a produce polidactilia a câștigat repede partizani ca Freund, Klausner, Schwalbe, datorită cercetărilor experimentale ale lui Tornier, prin deslipirea epifizei cu superregenerare consecutivă. El spune că dacă o presiune intrauterină ar împinge înafară epifiza inferioară a primului metacarp, deslipind-o de diafiză, din capătul inferior al acestei diafize, prin superregenerare, ar da un deget supranumerar. Asemenea raze supranumerare prin presiune intrauterină a mai arătat la porci; dar aceste observațiuni ale lui Tornier nu se pot aplica la om.

Ahlfeld susține teoria mecanică, care se sprijină pe cauze externe, bine observate, după cari în prima perioadă se fac aderențe între amnios și embrion, cari se opun dezvoltării ulterioare a embrionului. Aceste aderențe, dau bride cari produc schimbări în forma fătului, sau îl strangulează în unele părți, astfel că pot despica un deget, să dea două. Policele și deg. mic e mai expus, deaceia la ei e mai deasă polidactilia.

Însă contra bridei amniotice Pott și Fackenheim au adus două obiecțiuni principale; hereditatea și simetria, la cari explicațiile n'au lipsit.

Zander explică polidactilia moștenită, sau prin moștenirea cauzei provocatoare, sau prin moștenirea malformației; cât privește de simetrie, Zander o neagă, pe când Ballowitz o arată ca regulă.

Tornier spune că embrionul moștenește o slăbire generală și în tendința lui de a-și lărgi membranele amniotice prea strâmte, își produce răniri ale mugurilor extremităților, cari dau apoi segmente supranumerare.

La pești cari n'au amnios se petrec anomalii analoage cu polidactilia, deci, la cazurile cu simetrie și hereditate nu se poate aplica teoria susținută de Ahlfeld.

Ziegler merge mai departe, și crede că unul sau ambele elemente — nucleii sexuali — cari s'au unit, nu erau normali, sau erau normali, dar din unirea lor a rezultat o variantă patologică.

Marchand și Schwalbe atribue malformațiile la două cauze:

exogene ca: traumatisme, cauze fizico-chimice, procese morbide și endogene; la gemeni, la celulele sexuale femeie și masculie.

*Förster* și *Ammon* o explică printr'un exces de material formativ original, care în loc de un deget dă două.

*Prof. V. Babeș* spune că mai înainte de a emite o teorie sau alta, trebuie în mare parte să ne mărginim la observațiuni întâmplătoare. El observând o serie de fapte a arătat relațiunea ce există între anumite anomalii ale creierului și dezvoltarea polidactilică a extremităților, susținând existența unui centru anumit cerebral, în legătură cu dezvoltarea membrilor. El arată că sediul acestor malformațiuni ar fi mai cu seamă locul hipofizei sau bazei creierului.

*Maria Kauffmann-Wolff* prin cercetările lor la peste 300 embrioni de găini Houdon cari în loc de 4 aveau câte 5 și 6 degete, au găsit că mugurii degetelor supranumerare, apăreau la un timp când încă nu era la picior o divizare. Ei n'au văzut bride amniotice; iar la un picior fără polidactilie, a găsit o anomalie amniotică.

*Brans* a făcut și el cercetări asupra ipotezei lui *Tornier* sprijinindu-se pe cercetările lui *Kauffmann-Wolff* însă nici cercetările lui nu concordă cu ale lui *Tornier*. El n'a găsit bride niciodată; a găsit neregularități de amnios, dar când segmentele supranumerare existau deja. Bridele amniotice spune că ar putea proveni din înfundarea amniosului între părțile preexistente.

*Barfurth* deasemeni în încercările sale pe 300 găini, n'a găsit bride amniotice și spune că teoria amniotică n'are importanța care i s'a dat; se poate aplica la unele cazuri rari, mai rar decât cazurile moștenite, și e asociată și cu alte malformațiuni amniotice. El a încrucișat o rasă de găini cu 4 degete (orpington) la cari excepțional erau și 5; prin unirea a 7 găini hiperdactile cu un cocoș normal, în al doilea an obținut 152 de pui, dintre cari 80 normali și 72 hiperdactili. Spune că influența paternă și maternă a fost aproape egală în rezultate. Cu aceasta pare dovedit, că degetele supranumerare sunt moștenite ca atare și nu ca anomalii amniotice.

*Lineback* descrie un embrion de om de 22 mm. lungime cu polidactilie; (un mugure cartilagos pe partea radială a primului metacarp) nici o altă anomalie, învelișurile normale. După acest caz concluziunile d-nei *Maria Kauffmann-Wolff* pot fi aplicate la om.

În ultimul timp s'a scris foarte mult asupra polidactiliei pe care mulți autori o consideră ca o anomalie moștenită.

Astfel *Morand* a făcut pentru prima dată un tablou statistic la o familie, în care s'a transmis în trei generații. În acest caz s'a transmis în grad variabil.

*Mennyng* și *Fackenheim* au constatat deasemeni transmiterea polidactiliei prin patru generații, după cum se poate vedea din schemele dela fig. 1, 2, 3, 4 și 5, întocmite de autorii respectivi.

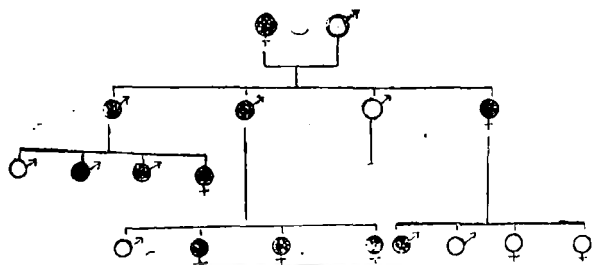


Fig. 1. Arborele genealogic al unei familii cu polidactilie. (Morand)

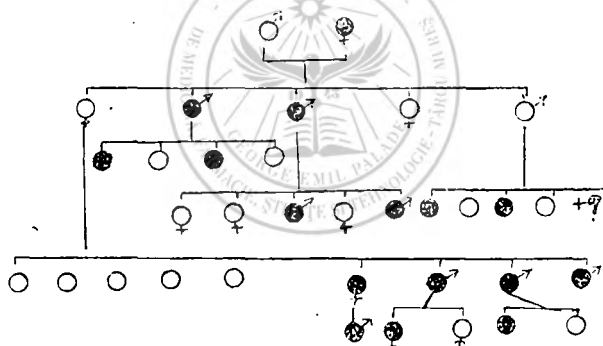


Fig. 2. Arborele genealogic al unei familii hexadactilie. (Mennyng)

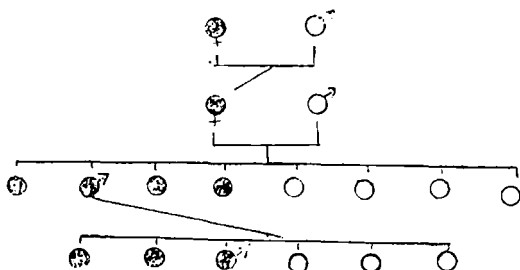


Fig. 3. Arborele genealogic al unei familii cu polidactilie. (Fackenheim)

Nu mai puțin interesantă este observațiunea lui *Potton*, publicată în *Bull. de la soc. d'antropologie Paris 1863*, unde arată că

într'un sat din departamentul Iser, izolat de restul populației, s'a răspândit așa de mult această anomalie, încât numărul cel mai mare al locuitorilor era cu polidactilie.

Deasemenea un spaniol care avea mai mulți copii cu polidactilie, pe ultimul n'a voit să-l recunoască ca fiind al său, deoarece avea „numai 5 degete la fiecare extremitate“.

*Lukas și Marchand* au întocmit statistici asupra unor familii, în care polidactilia s'a transmis după *Lukas*, în trei generații, iar după *Marchand*, în cinci generații, după cum se poate constata din schemele de mai jos:

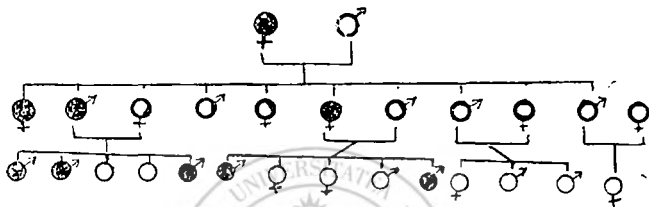


Fig. 4. Arborele genealogic al unei familii cu polidactilie. (*Lukas*)

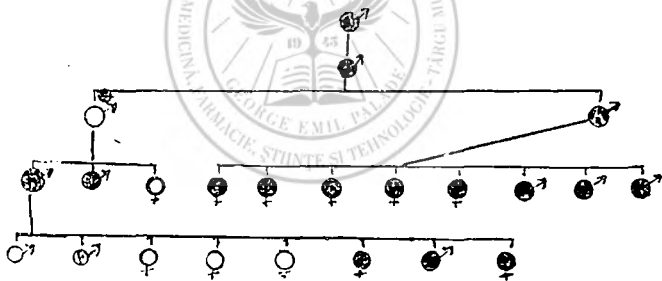


Fig. 5. Arborele genealogic al unei familii polidactile după lucrarea lui *Muir* 1884. (*Marchand*)

*Gruber* s'a ocupat și el cu polidactilia și a făcut o statistică, vorbind despre 13—16 familii, unde polidactilia la mână sau la ambele mâini a fost moștenită. *Hennyg* la 1880 a constatat la 77 familii polidactilie moștenită. El spune că se poate transmite dela două până la cinci generații și chiar mai departe.

Din cazurile noastre nu se poate stabili dacă a fost ereditară, deoarece bolnavii ce i-am avut, nu știau dacă antecesorii lor au avut sau nu vreunul polidactilie.

Deci în urma acestor cercetări statistice, precum și a cercetărilor experimentale a diferiților autori ca *Wolff*, *Kauffman*, etc., hereditatea ar avea un rol principal în transmiterea polidactiliei.

## V. DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

*Diagnostic.* Asupra diagnosticului acestei malformațiuni voiu trece repede, deoarece, cred, este de prisos să mai insist, diagnosticul putându-se pune fără nici o ezitare, dintr'o simplă privire asupra extremității membrului afectat.

Înainte de a trece la tratamentul chirurgical propriu zis, al acestei malformațiuni voiu aminti pe scurt tehnica operatorie în general. În ceiace privește această tehnică ce trebuie să o urmăm, avem oarecari reguli, cari în stadiul actual al chirurgiei, trebuie considerate ca legi, dela cari nimeni nu trebuie să se abată, succesul unei intervențiuni, cât de neînsemnată ar părea, fiind în funcție de aceste legi.

a) *Preparația bolnavului*, cere în oarecari cazuri o perseverență și cunoștințe terapeutice echivalente, dacă nu superioare însăși operației. Când bolnavul prezintă în regiunea pe care trebuie să intervenim un proces inflamator acut ori cronic, sau leziuni de altă natură, atunci preparația preoperatorie cea mai importantă, este de a opri complet procesul infecțios, atât al osului dacă ar exista, cât și al părților moi, întrebuițând toate mijloacele chirurgicale raționale cunoscute. Intervențiunea chirurgicală reparatrice, nu va putea fi permisă, decât după încetarea procesului existent. Data intervențiunei, nu se poate stabili de mai înainte, urmând deci a ține cont, de fiecare caz în parte.

b) *Anestezia.* Deoarece pentru membrele superioare nu este uzitată tehnica anesteziei regionale, putem întrebuița unul din narcoticele obicinuite ca *cloroform*, *ether*, etc. pentru a adormi bolnavul.

Pentru membrele inferioare, anestezia rahidiană lombară cu stovaină sau novocaină s'ar putea întrebuița, însă deoarece noi avem de intervenit pe o regiune destul de mică, și care nu necesită intervențiunei un timp prea îndelungat, se întrebuițează atât pentru membrele superioare cât și pentru cele inferioare anestezia locală, care se face cu o soluție de novocaină, afară de cazurile

destul de rare de altfel, când bolnavul prezintă reflexele exagerate și când putem recurge la anestezia rahidiană ori la narcoză cu cloroform.

La clinica chirurgicală s'a întrebuințat novocaina simplă în procent de 0, 6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, iar la spit. militar am întrebuințat novocaină în procent de 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub> adrenalinizată.

Anestezia cu novocaină-adrenalină mi-s'a părut ireproșabilă producând în acelaș timp pe lângă anestezie și hemostază, astfel că nu se mai pierde timpul cu tamponatul plăgei.

c) *Asepsia*. Una din condițiile cele mai importante a reușitei oricărei intervențiuni chirurgicale, este fără discuție, întrebuințarea unei asepsii cât mai perfecte.

Chirurgul care operează pe oase în special, precum și ajutoarele, trebuie să aibă mâinile extrem de îngrijite și să evite pe cât posibil orice operație septică. Mâinile vor fi spălate cu apă, perii, săpun, bineînțeles toate sterilizate. Întrebuințarea de aparate speciale, cari se pot steriliza, atât pentru perii cât și pentru săpunul lichid, sunt de recomandat.

Orice operațiune trebuie să se facă numai cu mănuși de gumă, sterilizate, iar deasupra acestora mănuși de ață tot sterilizate și cari se pot schimba în cursul intervențiunii după nevoie.

Regiunea de operat trebuie să fie preparată cu câteva zile înainte de operație. Astfel, în ajunul operațiunii se curăță regiunea cu săpun și se degresează cu *alcohol-eter*, după care se face un pansament aseptice.

La operație înainte de a începe, se întrebuințează tinctura de iod, pentru tincturatul regiunii.

Deasemeni se vor întrebuința câmpurile izolatoare, ca suprafața cutanată a restului membrului, să nu vină în contact cu plaga, prin materialul ce-l întrebuințăm.

d) *Intervențiunea propriu zisă*. Tratatamentul impus la această malformațiune, este exclusiv de ordin chirurgical și depinde nu numai de forma, gradul și localizarea degetelor supranumerare, ci și de chirurgul intervenționist, așa că nu voi intra în detaliu asupra rezecțiilor și dezarticulațiilor degetelor, acestea fiind descrise în tratate speciale.

Operațiunile curente consistă în desarticulații plastice și resecții de corectură, menținând degetul cu o mai mare capacitate funcțională.

Fixarea oricărui procedeu este iluzorie, având în vedere că

această malformațiune se prezintă sub un aspect atât de variat, dela caz la caz, alegerea rămânând la aprecierea chirurgului intervenționist, care se va conforma malformațiunei.

Ceiace trebuie să avem în vedere mai ales la intervențiile pe police, e ca să nu lezăm inserția tendonului marelui adductor propriu, când acesta s'ar găsi dublat, pentru fiecare deget gemelar în parte. Se va mai avea în vedere să se lase un lambou suficient pentru plastie, iar buzele plăgei să fie perfect coaptate, pentru ca cicatricea ce va urma să fie grațioasă, fapt destul de important pentru sexul feminin, sutura putându-se face cu mătase, in, crin de Florența etc. după care plaga se va trata în consecință.





## OBSERVAȚIUNEA I.

### Polidactilia congenită a piciorului drept.

Ioan L. în etate de 18 ani, servitor, din comuna Mireș jud. Cojocna, intră la 10 Aprilie în serviciul clinicii chirurgicale, cu o anomalie congenitală a piciorului drept.

**Anteced. heredo-colaterale:** După afirmația bolnavului, în familie nu mai sunt cazuri de malformațiuni congenitale. Părinții morți de cauză necunoscută. Are 5 frați toți sănătoși.

**Anteced. personale** fără importanță.

**Debutul și istoricul boalei:** Mectiunea datează dela naștere. N'a avut nici o durere până acum 3 luni. Apariția durerilor a îndemnat pe bolnav să se prezinte pentru operație.

**Starea prezentă.** Bolnavul e de statură mijlocie, de constituție robustă, nu prezintă nici o altă diformitate a sist. osos afară de extremit. membr. infer. drept. Sistemul ganglionar nu se palpează. Nu prezintă nici o leziune din partea vre-unui organ toracic sau abdominal.

**Examen local.** Degetul mare fals al piciorului drept, prezintă următoarea diformitate: Falanga I are o direcție oblică în jos, așa că vârful ei formează punctul de sprijin al piciorului. Pielea la acest nivel, pe fața plantară, prezintă o îngroșare (bătătură) corespunzătoare întregii suprafețe. Mișcările în articulația tarso-falangiană se execută în direcție normală, cu amplitudini mai reduse. Falanga ultimă este deviată înspre linia mediană, în unghiul cam de  $80^{\circ}$ , prezentând și o torsiune, așa că fața dorsală a unghiei este aproape perpendiculară, și privește spre degetul al doilea. Unghiul format de falanga I și falanga ultimă deviată, are cuprins de o coardă puternică tendinoasă cu inserția pe marginea internă a ultimei falange, care pare a fi cauza poziției vicioase a acesteia, acoperită de tegument normal, iar pe fața dorsală închizând o cloacă de formă lunguiață. Această coardă este de o consistență dură cu două puncte de o duritate osoasă.

#### Operația.

14 Aprilie 1920.

No. cond. de op. 279.

Operator: Dr. Al. Rădulescu.

Ajutor: Drd. Sglimbea.

Anestezie rahidiană cu slovaină 0,03 etgr., strihnină 0,002 mlgr.

După ce se obține asepsia cât mai perfectă a regiunii, se face o incizie longitudinală pe fața mediană a degetului fals, se descoperă scheletul degetului supranumerar, și se disecă până la vârf și la bază, eliminându-l în întregime. Se procedează la re poziția degetului mare. Se fac două incizii în tegumentul dorsal, pentru a permite redresarea degetului, și se lasă marginile lamboului dorsal nesaturate, pentru a nu exercita tracțiune asupra degetului. Se aplică pansament fixant în poziția normală cu atele.

## OBSERVAȚIUNEA II.

## Polidactilia congenitală a extremităților

Ignat B. în etate de 20 ani, necăsătorit, plugar, din comuna Șilea de Jos jud. Turda Arieș intră în serviciul clinicii chirurgicale la 2 Aprilie 1925 cu o malformație interesând toate extremitățile membrilor.

**Antecedente heredo-colaterale.** Nimeni din familie nu prezintă vre-o malformație analoagă.

**Antecedente personale** fără importanță.

**Debutul și istoricul boalei actuale.** Boala actuală datează dela naștere. De mic copil degetele au avut aceeași situațiune pe care o au și în prezent.

**Semne subiective.** Bolnavul intră în clinică pentru diformitatea pe care o prezintă și care îi produce jenă la prehensiunea uneltelor necesare la lucrul câmpului.

Nu a avut niciodată dureri.

**Examen general.** De statură mijlocie, de constituție debilă, starea generală bună. Tegumentele și mucoasele vizibile palide. Sistemul musculo-adipos redus, cel osos afară de extremități intact. Ganglionii axilari, inghinali, submaxilari, palpabili.

Aparatul respirator: Torace plat, spinele alatae, fosele supra și infrascapulare excavate. În reg. vârfurilor pulmonare, la percuzie submăntitate, la auscultație inspir înăsprit, expir prelungit. Cardic nimic deosebit. Din partea organelor abdominale nimic important.

**Examen local. La extremit membr. Sup. dr.** se constată prezența unui deget supranumerar, situat pe marginea cubitală a mâinii și în afara auricularului, plecând din a 5-a articulație metacarpo-falangiană.



Fig. 6. Fotografia extremităților polidactile a bolnavului Ignat B.

Auricularul este normal conformal, prezentând mișcarea de extenzie normală, iar de flexiune acompaniată de o ușoară adducție. Mișcările active și pasive se execută ușor în toate direcțiile. Degetul supra numerar este situat în o direcție perpendiculară pe axa auricularului, formând cu acesta un unghi drept. Acest nou deget are toate 3 segmentele osoase însă mișcările active și pasive limitate, din cauza unei plice interdigittale incomplete care îl leagă cu

auricularul. La mișcările active de flexiune a tuturor degetelor, acest deget face mișcări de lateralitate pe axa mîinii, puțin ample.

Anularul este cel mai lung dintre degete.

**Extremit. membr. sup. stîng** deasemeni prezintă un deget supranumerar, situat pe marginea cubitală a mîinii în afara auricularului. Are toate 3 segmentele osoase ca și auricularul.

La mișcările active de flexiune a celorlalte degete, auricularul și degetul supranumerar din cauza plicii interdegetale, nu prezintă mișcări active normale, ci la mișcarea de flexiune, auricularul prezintă o ușoară abducțiune iar degetul supranumerar o adducțiune.

Se pare că ambele pleacă unite din articulația metacarpo-falangiană, avînd aspectul unui clește de rac, care la mișcarea de flexiune se strînge iar la extensiune se deschide.

La ambele mîini din partea tegumentelor și celorlalte degete nimic anormal.

**Extremit. membr. infer. drept** prezintă un deget supranumerar situat între al 4-lea și al 5-lea deget, și se află încălecat pe al 4-lea. Acest deget este mai gros decât vecinele și are toate mișcările pasive libere, cele active sunt împiedicate din cauza situațiunii sale: segmentele osoase deasemeni sunt complete.

**Extremit. membr. infer. stîng** deasemeni prezintă un deget supranumerar situat la fel ca la dreapta însă mai subțire ca vecinele. Segmentele osoase sunt complete.



Fig. 7. Radiografia ambelor mîini a bolnavului I. B.

Mât la membr. sup. cît și infer. nu se constată metacarpieni și metatar-sieni supranumerari.

**Examen radiologic** Buletin No. 551 — 6. IV. 1925.

### Radiografia mâinilor și labei ambelor picioare.

La radiografia mâinei drepte și stângi se constată că metacarpul 5 dela dreapta, prezintă un deget supranumerar cu 3 falange și cu o structură osoasă analoagă celorlalte falange. Această falangă se articulează cu metacarpul al 5-lea și cu falanga I. a auricularului. Sinostoză la acest nivel nu se observă. La mâna stângă la articul. metacarpo-falangiană, la degetul mic deasemeni prezintă un deget supranumerar cu structura osoasă normală care se articulează cu metacarpianul V. iar cu falanga I. formează o adevărată sinostoză osoasă.

Metacarpianul V. afară de capul articular normal, mai prezintă atașat de el încă un cap supranumerar, care este în sinostoză cu cel dintâi.

La radiografia ambelor labe a picioarelor în diametru antero-posterior, se constată că metatarsianul 5 dela piciorul drept prezintă un deget supranumerar care se articulează atât cu falanga I. a degetului normal cât și cu capul articular al metatarsianului 5. Sinostoză la acest nivel nu se constată.

La piciorul stâng se observă că metatarsianul 5 are un singur cap articular, și un deget supranumerar cu o structură osoasă analoagă celor normale.

Degetul supranumerar se articulează cu metatarsianul 5 iar cu falanga I a degetului normal formează o sinostoză osoasă.

Șeful Laborat. de Radiologie al clinicii

(ss) Dr. ALBU



Fig. 8. Radiografia labei ambelor picioare a bolnavului I. B.

**Examen de laborator.** Sero-reacția Bordet-Wassermann în sânge negativ.

**Operația.**

18 Aprilie 1925.

No. cond. de op. 485.

Operator: As. Dr. Filipescu.

Ajutor: Drd. Ungureanu.

Anestezie locală cu novocaină 0,5 la sută.

După ce se obține asepsia riguroasă a regiunii; se face resecția la ambele membre superioare a degetului supranumerar, aproape de articulație, printr'o incizia în rachetă.

Se eliberează plica interdigitală și se închid complet ambele plăgi.

La membrele inferioare bolnavul refuză intervenția.

### OBSERVAȚIUNEA III.

#### Polidactilie congenitală a piciorului drept

Dumitru V. soldat din Rgt. 11 C. de profesiune plugar, intră în serv. chirurgical la 1 III. 1922 cu o malformațiune a piciorului drept.

**Antec. heredo-colat. și personale.** Părinții morți. Are 2 frați sănătoși. Nimeni din familie nu prezintă vre-o malformație analoagă.

**Debut și istoric.** Boala datează dela naștere.

Are jenă la purtatul încălțămintei.

**Examen general.** De statură mijlocie, de constituție robustă, starea generală bună. Sistemul osos afară de extremitatea membr. inf. dr. este intact. Sistemul ganglionar nu se palpează. Din partea organelor toraco-abdominale nimic deosebit.

**Examen local.** La extremitatea membrului inferior drept se constată prezența unui deget supranumerar, situat de partea externă a degetului mic, formând cu acesta un unghiu de aproximativ  $50^\circ$  și fiind despărțit printr'o membrană cutanată interdigitală.

Degetul supranumerar pleacă în comun cu deg. mic dela nivelul artic. metatarsal-falangiene, fiind format din 3 segmente osoase. Este mai subțire ca degetul mic normal prezentând și o unghie bine conformată, însă mai lunguiață ca degetul normal. La mișcările de flexiune a celorlalte degete ia parte redusă.

La examenul radiologic se constată că al 5-lea metatarsian dela piciorul drept prezintă un singur cap articular și un deget supranumerar situat de partea externă a degetului V, format din 3 segmente osoase cu o structură analoagă cu a celorlalte degete.

**Examen de laborator** Sero-reacția Bordet-Wassermann în sânge negativă.

**Operația.**

7 Martie 1922.

No. cond. de op. 44.

Operator: Cpt. Dr. Niehita.

Ajutor: Drd. Popovici.

Anestezie locală cu novocaină 1% + adrenalină.

După ce se obține asepsia regiunii, se face o incizie în rachetă. Se disecă degetul supranumerar și se desarticulează, după care se închide plaga, suturându-se cu fire de crin de florența. Se aplică un pansament aseptie compresiv.

### OBSERVAȚIUNEA IV.

#### Polidactilie și sindactilie congenitale a ambelor picioare.

Avram M. soldat din Rgt. 11 C. intră în serviciu la 17 Aprilie 1923 cu o malformațiune a ambelor picioare, trimis de medicul corpului.

**Anteced. heredo-colat. și personale.** Părinți trăesc sunt sănătoși. Mai are un frate care prezintă o anomalie analoagă. Nu știe ca bunicii să fi avut această anomalie.

**Debut și istoric.** Boala datează dela naștere fără a avea vreodată dureri. Mersul se face fără greutate.

**Examen general.** De statură mijlocie, de constituție debilă. Sistemul osos nu mai prezintă alte diformități. Sistemul ganglionar ușor palpabil.

Din partea organelor interne toraco-abdominale nu se constată leziuni.

**Examen local.** La extremitatea ambelor membre inferioare se constată prezența a câte unui deget supranumerar situat în afara degetului mic.

Acest deget supranumerar este mai lat de cât degetul mic normal și este format din 3 segmente osoase, posedând și o unghie bine conformată. Degetul 5, și cu cel supranumerar sunt unite printr'o membrană cu aspect cutant pe tot lungul lor până la nivelul unghieal, formând atât pe partea plantară cât și dorsală un șanț, unghia fiecărui deget rămânând liberă. La examenul radiologic se constată la fiecare picior de partea externă a degetului 5 câte un deget supranumerar format din 3 piese osoase.

Al 5-lea metatarsian prezintă un singur cap articular mai mare și având două fațete articulare: una anterioară pentru falanga I-a a degetului 5, a doua externă pentru falanga I-a a degetului supranumerar. Structura degetelor supranumerare nu diferă de a celorlalte falange. În rest nimic deosebit.

**Examen de laborator:** Sero reacția Bordet-Wassermann în sânge negativă.

#### **Operația.**

5 Maiu 1923.

No. cond. de op. 224.

Operator: Cpt. Dr. Nichita.

Ajutor: Drd. A. Adrian.

Anestezie locală cu novocaină 1% + adrenalina.

După obținerea unei asepții cât mai riguroase a regiunii, se face o incizie pe partea dorsală a degetului supranumerar, cât și pe partea plantară pe linia mediană. Se disecă ambele lambouri, după care se procedează la desarticulația degetului supranumerar, rezecându-se totodată o parte din capul articular al metatarsianului 5.

Cu lambourile astfel degajate se acoperă plaga suturându-se cu fire de mătăasă, după care se aplică un pansament compresiv.

### **OBSERVAȚIUNEA V.**

#### **Polidactilie congenitală a ambelor picioare.**

Nicolae S. soldat din Rgt. 81 Inf. vine în serviciu la 8 Iulie 1923 prezentând o malformațiune a ambelor extremități a membr. infer.

**Anteced. heredo. colaterale și personale.** Părinții trăesc. Mai are 2 frați și o soră din cari un frate prezintă și el aceeași malformațiune.

**Debut și istoric.** Datează dela naștere.

**Examen general.** De statură înaltă, bine dezvoltat, de constituție robustă. Sistemul osos nu mai prezintă alte diformități. Sist. ganglionar nu se palpează. Din partea organelor toraco-abdominale nu se constată leziuni.

La nivelul extremităților afectate nu are dureri, iar mersul se face fără greutate.

**Examen local.** La nivelul ambelor extremități a membrelor inferioare se constată prezența a câte unui deget supranumerar situat de partea externă a degetului 5 și având o simetrie perfectă. Sunt mai mici ca deg. 5 normal și pleacă împreună dela nivelul celui de-al 5-lea metatarsian având toate 3 segmentele osoase precum și o unghie bine conformată și cu aspect normal. La mișcăările active de flexiune, ale degetelor, degetul supranumerar ia parte redusă.

**Examen radiologic.** Buletin No. 353. 12. VII. 1923

Radiografia lahej ambelor picioare.

Se constată că ambele extremit. prezintă câte un deget supranumerar cu 3 falange de dimensiuni mai mici ca a degetului 5, și cu o structură analogă celorlalte falange. Deg. supranumerar dela fiecare picior se articulează la al 5-lea metatarsian care prezintă un singur cap articular mai mare și cu 2 fațete articulare: una anterioară pentru falanga I a degetului 5 și a doua externă și anter. pentru falanga I a degetului supranumerar. În rest nu se mai constată alte deformațiuni. Deasemeni nu se constată prezența de metatarsiene în plus.

Șeful serv. de radiologie al spit. Militar

(ss) Cpt. Dr. M. ELIESCU

**Examen de laborator** Sero-reacția Bordet-Wassermann în sânge negativă  
**Operația.**

26 Decembrie 1923.

No. cond. de op. 406.

Operator: Cpt. Dr. Nichita.

Ajutor: Medic Lt. Florescu M.

Anestezie locală cu novocaină 1% + adrenalină.

După ce se obține asepsia regiunii, se extirpă degetele supranumerare printr-o incizie în rachetă dorsală, despărțindu-se cu dalta I-a falangă la mijlocul ei după care se desarticulează. Se suturează lambourile cu trîn de florența prin puncte izolate, după care se aplică un pansament aseptice.

#### OBSERVAȚIUNEA VI.

##### Polidactilia congenitală a ambelor picioare.

Traian B soldat din divizionul 2 obuz. intră în serviciu la 12 Martie 1925 pentru o malformațiune ce o prezintă la ambele extremități a membrilor inferioare.

**Anteced. heredo-colat. și personale.** Părinții trăesc, sunt sănătoși. Mai are 3 frați din cari unul prezintă o malformație analogă.

**Examen general.** De constituție robustă, de talie mijlocie. Tegumentele și mucoasele vizibile bine colorate. Sistemul osos nu mai prezintă alte diformități. Sistemul ganglionar nu se palpează. Din partea organelor toraco-abdominale nimic deosebit.

**Debutul și istoricul boalei.** Boala actuală datează de la naștere. Acum 3 luni a început, să aibă dureri la nivelul degetelor supranumerare, dureri, cari se accentuau în mers.

**Examen local.** La ambele extremități a membrilor inferioare, prezintă câte un deget supranumerar, adăugat la partea externă a degetului 5, cu care formează pereche mai izolată de restul degetelor.

Ambele se plantează în comun pe al 5-lea metatarsian, fiecare având aceeași mărime ca vecinul lor, precum și o unghie bine conformată.

**Examen radiologic** La radiografia labei ambelor picioare se constată prezența unui deget supranumerar situat în afara deg. 5 și fiind format atât la dreapta cât și la stânga din 3 segmente osoase cu o structură normală.

Metatarsianul 5 prezintă un singur cap articular.

Sinostoze osoase nu se constată; deasemeni nici metatarsieni în plus.

Radiolog. (ss) Cpt. Dr. M. ELIESCU

**Examen de laborator:** Sero-reacția Bordet-Wassermann în sânge negativă.  
**Operația.**

13 Aprilie 1925.

No. cond. de op. 86.

Operator: Med. Lt. Tr. Dimitriu.

Ajutor: Cpt. Dr. Nichita.

Anestezie locală cu novocaină 1% + adrenalină.

După ce se obține o asepsie cât mai riguroasă a regiunii, se face o incizie în rachetă.

Se disecă apoi lambourile și se procedează la desarticulația degetului supranumerar. Se suturează plaga cu lambu planar prin fire de mătase, după care se aplică un pansament aseptice.

### OBSERVAȚIUNEA VII.

#### Polidactilie prin desplicarea falangei ultime a policelui drept.

Maria K. în etate de 18 ani servitoare intră la clinica chirurgicală la 18 II. 1926. cu o malformațiune a mâinei drepte.

**Antecedente heredo-colat și personale.** Părinții morți de 8 ani, nu știe de ce boală. A avut un frate care a murit la vârsta de 1 an și care nu a avut nici o anomalie. Nu știe ca bunicii să fi avut vre-o malformație a extremităților.

**Debut și istoric.** Malformația actuală datează dela naștere și s'a dezvoltat progresiv cu dezvoltarea întregului organism. Nu are dureri însă se tumefiază întreg policele drept cam la fiecare 2 luni.

Are jenă la prehesiune și-i obosește ușor mâna.

**Stare generală.** De constituție debită, talie mijlocie. Tegumentele și mucoasele vizibile normal colorate. Sist. osos nu mai prezintă alte diformități. Sistemul ganglionar ușor palpabil. Din partea organelor toraco-abdominale nimic deosebit.

**Examen local.** Se constată prezența unei police la mâna dreaptă cu aspect de furcă. De partea externă se află o falangă terminată supranumerar, cu o unghie proprie bine conformată, mai mică și mai îngustă ca normală. La falanga normală aceiași stare. Falanga supranumerară se inseră la extr. distală a falangei prime fără a avea mișcări articulare. Ambele falange sunt mai subțiri ca normale.

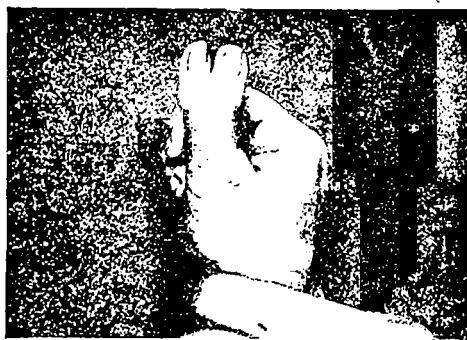


Fig. 9. Fotografia policelui drept desplicat a bolnavei M. K

**Ex. radiologic.** Bul. No 330 18 II. 1926. La exam. radiologic se constată prezența unei falange supranumerare terminale situată pe partea externă a falangei II. luând forma de furcă, legate între ele prin sinostoază. Extremita-



lea distală a I. falange posedă un cap articular corespunzător falangei II supra-  
numerare. Structura osoasă nu prezintă nimic deosebit.

(ss) Dr. ALBU



Fig. 10. Radiografia mâinii drepte a bolnavei M. K.

**Ex. de laborator:** Sero reacția Bordet-Wassermann în sânge intens pozitiv.  
**Operația:** Se amână pentru altădată.

### OBSERVAȚIUNEA VIII.

#### **Polidactilie, polifalangie, sindactilie congenitale a policelui drept.**

Ioan K. caporal din Rgt. 31 Art. intră în serviciu la 13 Oct. 1924 pentru o malformațiune a mâinii drepte.

**Antecedente heredo-colaterale și personale.** Părinții trăesc sunt sănătoși. Are 2 frați și 2 surori deasemeni sănătoși. Nu există în nici un membru din familie vre-o malformațiune analoagă.

**Debutul și istoricul.** Bolnavul ne spune că dela naștere degetele mari ale mâinilor prezentau fiecare un mic burjon extern și care la stânga fu imediat rupt de către moașă, nerămânând acum decât un mic nodul-martor — când a avut imediat o hemoragie abundentă. Mama s'a opus la extirparea celuiilalt, dela dreapta, care s'a dezvoltat paralel cu degetul normal și cu care a rămas unit printr'o punte cutanată, formându-se un deget supranumerar.

**Examen general.** Bolnavul de talie mijlocie, bine conformat, cu tegumen-tele și mucoasele vizibile bine colorate. Sistemul osos nu prezintă alte difor-mități.

Din partea organelor toraco-abdominale nimic deosebit.

**Examen local.** Mâna dreaptă prezintă un deget mare dublu. Degetul cubital are aspect normal și de dimensiuni aproape normale cu 2 falange, formând un unghiu de cea 130° deschis în afară, fiind în ușoară rotație externă. Degetul radial e mult mai subțire, cu aspect rudimentar, flexat în unghiu drept și deschis înăuntru, extremitatea încreucșând fața palmară a celui dintâi. Cele 2 degete sunt unite dealungul falangelor lor bazale printr-o punte cutanată subțire.

Radiografia arată că posedă o mică piesă osoasă între cele 2 falange, o veritabilă falangă intermediară. Ele se articulează cu 1 metacarp și se solidarizează în mișcări, conservând un oarecare grad de flexiune independentă. Micul deget nu are opoziție și împiedică la prehensiune. Nici o altă anomalie de dezvoltare.

**Examen de laborator.** Bordet-Wassermann în sânge negativ.

#### Operația.

18 Oct. 1924.

No. cond. de op. 389.

Operator: Cpt. Dr. Nichita

Ajutor: Med. Lt. Tr. Dimitriu.

Anestezie locală cu novocaină 1% + Adrenalina.

Se extirpă degetul rudimentar printr-o incizie în formă de rachetă, după care se suturează plaga cu crin.

Disecându-se scheletul, vedem că se prezintă constituit din 3 falange, dintre care cea mijlocie este scurtă, cuboidală, prezentând o fațetă articulară complectă la fiecare extremitate, acoperită de cartilajiu.

Posedă deasemeni un tendon flexor care pare să se unească mai sus cu al celui alt deget, și se articulează direct cu 1 metacarpian, însă articulația sa comunică cu a celui alt deget.

### CBSERVAȚIUNEA IX.

#### Polidactilia congenitală a piciorului drept.

Const. S. elev de liceu în etate de 16 ani din comuna Strehaia jud. Mehedinți vine în spital la 20 Oct. 1925 cu o malformațiune la piciorul drept.

**Anteced. heredo-colat. și personale** fără importanță.

**Debut și istoric.** Această malformație o are dela naștere. Nu a avut nicio dată dureri, însă, are o jenă când poartă încălțăminte.

**Examen general.** De statură mijlocie. Tegumentele și mucoasele vizibile bine colorate.

Din partea sistemului osos nu se constată nici o altă diformitate sau anomalie în dezvoltare, afară de extremitatea membrului inferior drept.

Sistemul ganglionar nu se palpează. Din partea organelor toraco-abdominale nimic important.

**Examen local.** La nivelul extremității membrului inferior drept prezintă un deget supranumerar situat de partea externă a degetului 5 și care se află într-o poziție orizontală și încăleacă pe al 5-lea. Degetul supranumerar și cu deg. 5 normal pleacă împreună dela nivelul metatarsianului al cincilea, cel supranumerar având toate 3 segmentele osoase; este mai mic ca vecinul său și prezintă o unghie proprie bine conformată și este anemiât.

În plica interdigitală prezintă o bridă îngroșată neulecerată și palidă, contribuind pare-se la tracțiunea degetului înăuntru. La mișcărilor active de flexiune a celorlalte degete degetul supranumerar nu ia parte.

**Examen radiologic.** Buletin No. 459 din 21 Oct. 1925. La examenul radioscopic a lapei piciorului drept, se constată prezența unui deget supranumerar, prezentând 3 segmente osoase cu o structură mai puțin densă ca normal, situat în afara degetului 5.

Metatarsianul 5 prezintă un singur cap articular, articulându-se normal cu al 5-lea deget, între cap și degetul supranumerar existând o sinostoză osoasă. Alte malformații nu se constată.

(ss) Dr. BRAN.

**Laboratorul de Igienă** bul. No. 3898 din 23 Oct. 1925. Sero reacția Bordet-Wassermann în sânge negativă.

Bolnavul refuză intervențiunea.

### OBSERVAȚIUNEA X.

#### Falangă supranumerară externă la policele drept.

Ștefan R. ofițer în etate de 29 ani intră în serviciu la 28 Ianuarie 1926 cu o malformațiune la mâna dreaptă.

**Anteced. heredo-colat. și personale.** Părinții trăesc sunt sănătoși. Mai are 2 frați și 3 surori deasemenea sănătoși. Nici un membru din familie nu prezintă vre-o malformațiune analoagă.

**Debut și Istoric.** Această malformațiune datează de la naștere, când medicul asistent a tăiat o parte din deget, după care fiind o hemoragie mare și cianozându-se, a renunțat a-l tăia complet. Bolnavul declară că mai cunoaște câteva cazuri analoage într-o familie.

**Examen general.** Bolnavul de statură înaltă, robust, bine dezvoltat. Sistemul osos nu mai prezintă alte diformități. Sist. ganglionar nu se palpează. Tegumentele și mucoasele vizibile bine colorate.

Din partea organelor toraco-abdominale nu prezintă nimic deosebit.

**Examen local.** La examenul extremității membrului superior drept, de partea policelui, se constată prezența unui deget rudimentar supranumerar scurt, de cea 3—3 jum. cm. fiind format dintr-o singură falangă cu o bază largă de implantație pe extremitatea adistală a falangei I a policelui normal și pe extremitatea proximă a celei de a II-a falange, dând aspectul de police bifid incomplet.

Acest rudiment, merge de sus în jos și dinăuntru înafară, formând cu policele normal un unghiu cam de 65°. Prezintă la extremitatea liberă 2 unghii prima internă, mai mare ca a doua și pe jumătate cât aceia a policelui normal. A doua mult mai mică ca prima, mai curbă și se află pe jumătate sub prima unghie, fiind astfel încălecată prima pe jumătatea celei de a doua de partea internă. Sub aceste unghii se află un spațiu de formă semilunară mai mare și umplut de un țesut dur cu aspect cornos.

În rest nimic deosebit. La mișcările de flexiune și opoziție a policelui nu ia parte de loc.

**Examen radiologic.** buletin No. 189 din 30 I. 1926 Institut de Radiologie Cluj. Pe fața externă a articulației dintre falanga I și a II dela policele mâinei drepte, se observă prezența unei falange supranumerare, care prezintă 2 fațete articulare, una supero-internă prin care se articulează cu falanga terminală, alta infero-internă prin care se articulează cu capul falangei prime. În totalitate, articulația acestei falange supranumerare, este o articulație în șea și comunică întru totul cu articulația interfalangiană vecină.

Falangă supranumerară este ca mărime pe jumătate cât falanga terminală și are totodată toate caracterele unei falange terminale. Ar fi vorba deci de

o dedublare congenitală a falangei ultimei a policelului drept, nu de o falangă ultimă supraumerară, lucru mai puțin probabil

(ss) Dr. CRUCEANU



Fig. 10. Radiografia policelului drept a bolnavului Ștefan R.

**Examen de laborator.** Sero reacția Bordet Wassermann în sânge negativă. Bolnavul refuză operația.

#### OBSERVAȚIUNEA XI.

##### Folidactilia congenitală a ambelor picioare și rana stângă

În muzeul Institutului de Anatomie patologică sub No. XVIII.—81 Sz. 1466—159 se găsește un nou născut de sex femina trimis de Dr. Ladislau Mihail pentru a i se face autopsia. Totodată mai trimite și informații că mama trăește e în vârstă de 46 ani și a avut 11 copii sănătoși, și nici o anomalie în familie??...

Condica de autopsii No 9, foaia No. 1596.

Copil de 41 cm. lungime, 1518 gr. greutate, tegumentele colorate puțin în roșu și acoperite cu păr.

Părul capului este blond și creț și are o lungime de 1,5 cm. trecând și pe frunte. Capul în raport cu talia este mic, cu circumferința cea mai mare de 23,7 cm. Diametrul antero-post. 7,2 cm. Fruntea foarte îngustă. În regiunea

frontală pe linia mediană prezintă o tumoare cam de mărimea unei pere; în vârful acestei tumori se află o tumoretă cât o alună și care prezintă în vârf un orificiu miliar. La introducerea unui stilet, se constată că este o cavitate oarbă, terminându-se într'un fund de sac.

Sub baza apofizei nazale, la 3 mm se începe cavitatea orbitală sub formă de bifurcație, sub un unghi obtuz.

Această deschizătură măsoară 1 cm. în diametru perpendicular și 3 cm. în diametru transversal, unghiurile externe fiind formate de unghiurile externe orbitare.

Sub pleoapa superioară dreaptă se vede un glob ocular cu un diametru de circa 1 cm.

Nasul lipsește.

Din unghiul intern al ochiului cu un centimetru mai jos, pe pielea netedă a feței, prezintă o plică cutanată care delimitează în jos buza inferioară. Gura are 2cm. Unghiurile maxilare depărtate de 4 cm.

**Membrul superior stâng** normal dezvoltat.

**Membrul superior drept** este mai mic și atrofiat, brațul puțin mai scurt, antebrațul foarte scurt și luxat în afară; se pare că radiul lipsește. Mâna dreaptă este mai puțin dezvoltată decât cea stângă. Policele la stânga măsoară 2 cm., la dreapta 1,2 cm. și au 2 falange. Auricularul stâng și drept sunt mai bine dezvoltate; cel drept are baza mai groasă ca cel stâng și prezintă pe fața internă un deget supranumerar lung de 1,1 cm. și lat de 0,4 cm., are o unghie mică și 2 falangele; este în contact cu auricularul prin părțile moi. Se pare că prima falangă lipsește.

**Membrele inferioare.** Piciorul drept prezintă de partea externă a degetului mic un deget supranumerar de 1 cm. lungime, și 0,5 cm. lățime și are forma de pară.

Degetul supranumerar pleacă dela 1<sup>a</sup> falangă a deget. 5 și privește în sus. La extremitatea liberă prezintă o infundătură ce ar corespunde patului unghiei.

Piciorul stâng, de partea degetului 5, pe fața externă, prezintă deasemeni un deget supranumerar care privește în sus și înafară. Scheletul se poate bine palpa și este în strânsă legătură cu 1-a falangă a degetului 5.

Nervul optic la dreapta este mai bine dezvoltat ca la stga, unde este mai subțire și se termină într'un glob ocular cam de mărimea unui bob de linte, și care este căptușit cu țesut conjunctiv.

Splina prezintă în porțiunea inferioară o prelungire părănd a fi o parasplină.

Rinichiul drept prezintă 2 uretere.

Creerul nu prezintă anomalii de dezvoltare.

## OBSERVAȚIUNEA XII.

### Police dublu a mânei drepte.

Piesă din muzeul Institutului de Anatomie Patologică No. 160.

S. I. în etate de 32 ani din comuna Reteag, jud. Solnoc, vine la 31 Martie 1893 în clinica medicală cu pneumonie, unde sucombă la 15 Aprilie 1893. Autopsia-16 IV. 1893. Condica No. 15 foaia No. 2993.

Pe lângă celelalte leziuni ce prezintă și cari nu interesează, se constată la mâna dreaptă un police supranumerar care pleacă dela extremitatea proximală a falangei I a policelui normal și dela extremitatea distală a metacarpianului I.

Policele supranumerar este mai mic ca cel normal și posedă 2 falange, prima lungă de 2,5 cm. a doua de 1,5 cm. Intreg policele este flexat în palmă. Prezintă o unghie bine conformată însă ceva mai mică ca aceea a policelui normal.

## OBSERVAȚIUNEA XIII.

### Polidactilie congenitală a extremităților și tumoare cerebrală.

Acest caz a fost prezentat de dl prof. Dr. T. Vasiliu la Reuniunea Anatomică din Cluj la 29 Decembrie 1921, și apărut în „Clujul Medical“ No. 1—2, Anul II. 1922 pag. 66.

Cadavru provenind din Clinica Psihiatrică cu diagnosticul de paralizie generală.

**Autopsia:** Meningele hipertroiate, pe alocuri ușor îngroșate și oedematizate. La secțiunea creierului, în genunchiul corpului calos, se vede o tumoare de mărimea unei nuci, bine limitată, de culoare roșie, cu centru mai moale.

La secțiunea lobului drept, se vede o tumoare de mărimea unui ou de găscă, cu același aspect, care ocupă centrul lobului frontal, și e despărțită de

scoartă, de o porțiune de substanță cerebrală, cam de 1,5 cm. și care nu pătrunde în ventricolul al III-lea.

Nucleii centrali sunt comprimați, iar vasele dilatate și pline cu sânge. Ventricolii laterali dilatați. La secțiunea microscopică, s'a văzut că e vorba de un gliom cu celule gliomatoase mari, ca ramificații multe și cu o proliferare mare vasculară.

În secțiuni, în diferite locuri, se constată o glioză generalizată. (Prof. Urechia). Tumoarea ar fi de natură congenitală.

Cadavrul mai prezintă deasemeni câte 6 degete la fiecare picior, cel supranumerar inserându-se pe marginea externă a degetului mic. La radiografie se constată și prezența a câte unui metatars în plus, având forma de furcă cu vecinul său și fiind unite în porțiunea lor proximală. (Fig. 12, 13 și 17.)

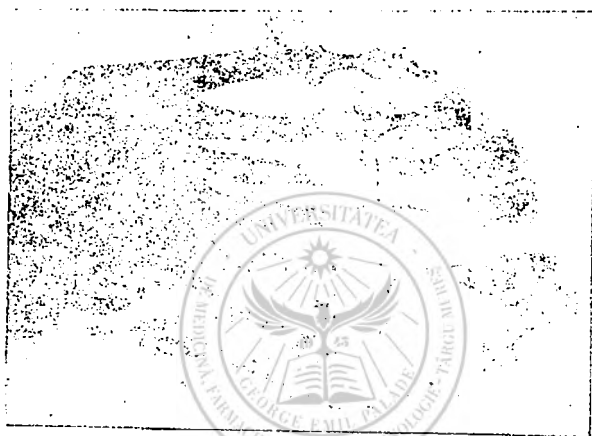


Fig. 12



Fig. 13.

Ambele mâini prezintă deasemeni câte 6 degete. La mâna dreaptă degetul supra numerar se inseră pe marginea internă a mâinii și are forma de turcă. (Fig. 14)

Mâna stângă prezintă deasemeni un deget supranumerar pe marginea internă a mâinii și face impresia că s'a dezvoltat din piele, neavând nici o legătură cu celelalte oase ale mâinii. (Fig. 15 și 16)



Fig. 14.

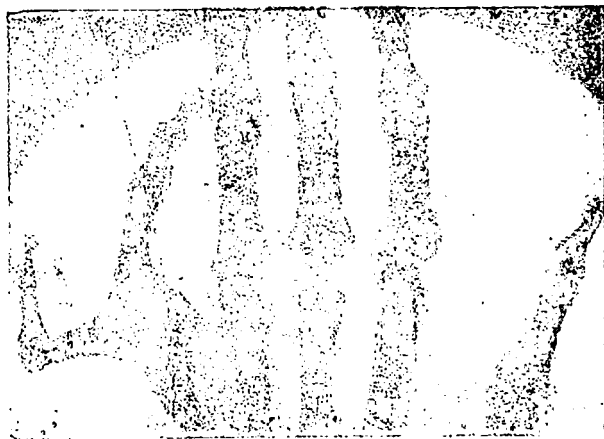


Fig. 15.

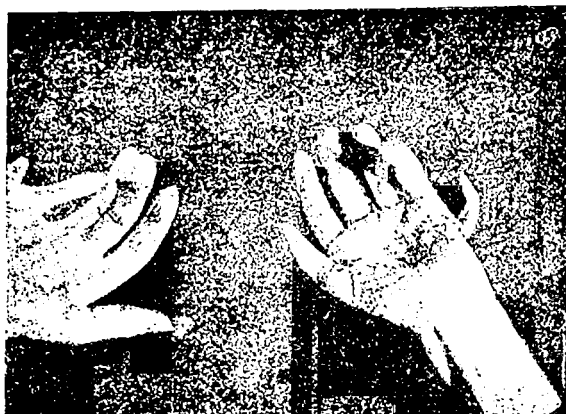


Fig. 16.



Fig. 17.

#### OBSERVAȚIUNEA XIV.

##### Polidactilia congenitală a extremităților.

În muzeul clinicii de ginecologie și obstetrică se află conservat un fœtus, luna IV de sex masculin lung de 13 cm.

La ambele mâini de partea cubitală, prezintă câte un deget supranumerar situat de partea internă a auricularului normal.

La ambele picioare prezintă deasemeni câte un deget supranumerar situat de partea externă a degetului mic.



**OBSERVAȚIUNEA XV.**

**Polidactilia congenitală a extremităților.**

Cornelia B., copilă de o zi, de sex feminin născută în Clinica Obstetrică din Cluj la 13 Aprilie 1924.

Mama a fost la prima naștere și era de o inteligență foarte redusă.

Pe ziua de 14 Apr. 1924 copilă sucombă și este trimisă la institutul de anatomie patologică. Actualmente se află în muzeul clinice de obstetrică și gynecologie.

Autopsia făcută la 15 Apr. 1924, de dl Dr. Zinvelin.

Prezintă buză de epure superioară incompletă. Fața internă a mandibulei, prezintă câteva excrescențe cartilajanoase de mărimea unei alune cu aspect de dinți.

Creierul prezintă circonvoluția stângă a hipocampului mai mare și mai incurbată ca cea dreaptă care este normală.

Timusul are o greutate de 25 grame.

Vaginul au se termină în vulvă, ci se termină printr'un fuad de sac de 2,5 cm., înăuntru deschizăturii vulare, așa încât canalul vaginal nu comunică cu exteriorul. Vaginul este foarte dilatat și conține un lichid verzui.

**Mâna dreaptă.** De partea policelui se constată prezența unui police supranumerar radial și unit dealungul falangelor printr'o membrană cu aspect cutanat. Policele radial supranumerar este mai mic ca cel normal cu 5 mm., având o bază mai groasă și cu extremit. liberă mai subțire, dând aspectul unui trunchiu de con. Posedă o unghie proprie, bine conformată și pare a avea 2 falange. Eminentă tenară este foarte dezvoltată.

Degetul II, indicele, este bine conformat și e cel mai mare dintre toate.

Mediusul și inelarul sunt bine conformate și unite dealungul falangelor lor, printr'o membrană cutanată cu aspect normal, până la nivelul unghéal; unghiile lor rămânând libere.

De partea externă a auricularului, se constată deasemeni prezența a 2 degete supranumerare; primul mai scurt ca auricularul normal, al doilea cu 3—4 mm. mai scurt ca primul. Auricularul normal, precum și ultimile două supranumerare sunt unite dealungul lor până la nivelul unghéal, de o membrană cu aspect cutanat normal, formând un șanț superficial între ele și dând aspectul de labă de găscă. Ambele degete supranumerare prezintă câte o unghie bine conformată fiecare și par a avea toate 3 segmentele osoase. În general mâna dreaptă pare a avea și metacarpiene supranumerare. (Fig. 18)



Fig. 18.

**Mâna stângă.** Pe partea radială a mâinii se constată prezența a două police bine conformate, fiecare format din 2 falange și unite printr'o membrană cutanată pe toată lungimea lor, fiecare având o unghie proprie bine

conformată și cu aspect normal. Policele supranumerar se află de partea ext. a celui normal și e mai subțire și mai scurt cu 2—3 mm.

Indexul e cel mai bine dezvoltat dintre toate.

De partea cubitală a mâinii se constată de asemeni prezența unui alt deget supranumerar mai scurt cu 1 cm. ca auricularul normal și este de partea internă a acestuia; are o unghie bine conformată și liberă. Degetul supranumerar pare a avea numai 2 piese osoase. Eminentă tenară e foarte dezvoltată și în general mâna stângă pare a avea și metacarpieni în plus. (Fig. 18)

**Picioarul drept** prezintă pe partea internă a degetului mare un deget supranumerar, având aceeași mărime ca cel normal; ambele fiind bine dezvoltate și având fiecare o unghie proprie.

În toată lungimea falangelor lor sunt unite printr'o membrană cutanată.

Degetul III, IV și V sunt unite printr'o membrană cutanată formând un bloc și dând aspectul de labă de gâscă; dealungul lor la nivelul interdigital prezentând deasemenea un șanț superficial. De partea externă a degetului mic, mai prezintă un deget supranumerar mai subțire și mai scurt având o unghie proprie. (Fig. 19)



Fig. 19.

**Picioarul stâng** prezintă pe partea internă a degetului mare un deget supranumerar bine conformat, având 2 falange și o unghie proprie. Ambele sunt unite printr'o membrană cutanată pe toată lungimea lor.

De partea externă a degetului mic se constată deasemeni prezența unui alt deget supranumerar, liber și mic, fără a avea unghie și se termină la extremitatea liberă printr'un vârf ascuțit cu aspect cutanat. (Fig. 20)

În general ambele picioare sunt mai late și par a avea și metatarsiene în plus.

**Examenul radiologic:** Buletin No. 288 din 11 Febr. 1926.

Radiografia mâinilor și labei picioarelor:

La radiografia mâinii drepte se constată prezența a 7 oase metacarpale, dintre cari primele 2 sunt în contact una cu cealaltă, fără să prezinte vre'o bifurcație caracteristică. Al treilea și al patrulea este liber, al cincelea și al șaselea deasemeni sunt legate una de cealaltă la extremitățile proximale în formă de furculiță. Al șaptelea este liber. Oasele carpale și falangele nu sunt vizibile. Structura oaselor metacarpale nu prezintă nimic deosebit.

Mâna stângă deasemeni prezintă 6 oase metacarpale cari sunt libere, afară de al treilea și al patrulea os metacarpal cari sunt unite la extremitatea proximală în formă de V. Oasele carpale și falangele nu sunt vizibile, iar structura metacarpelor nu prezintă nimic deosebit.

La radiografia piciorului drept se constată prezența a 7 oase metatarsiene care sunt situate paralel unele cu altele, fără să prezinte vre'o sinostoză între ele.

La piciorul stâng se constată deasemeni prezența a 6 oase metatarsale paralele între ele fără să prezinte vre'o sinostază.

La ambele picioare tarsul și falangele nu sunt vizibile. Metatarsienele nu prezintă nimic deosebit în structura lor.

(ss) Dr. Albu



Fig. 20.

**OBSERVAȚIUNEA XVI.**

**Polidactilie congenitală a ambelor picioare.**

În muzeul Institutului medico-legal se află o piesă, constând din extremitatea membrului inferior și provenind de la cadavrul unui cerșetor ce a fost adus la institut pentru autopsie.

Fiecare picior prezintă câte 2 degete supranumerare de partea externă a degetului mic constituit fiecare din 3 piese osoase și cu unghie proprie bine conformată. Deasemeni se constată și prezența unui metatarsian supranumerar la fiecare picior de la care pleacă ambele degete supranumerare.

Piesa este sub No. XXV-7-(565).

## VII. CONCLUZIUNI

Considerând toate teoriile expuse anterior asupra etiologiei și patogeniei polidactiliei congenitale, precum și bazați pe observațiunile noastre personale, putem conchide următoarele:

1. Cauzele probabile care ar putea produce polidactilia congenitală la om, ar fi turburări de natură endogenă, necunoscute încă; hereditatea deasemeni are un rol destul de mare, deși din observațiunile noastre nu se poate constata, majoritatea bolnavilor neputându-ne da date exacte.

În ori ce caz, e riscat a emite ca sigură o teorie sau alta, atâta vreme cât nu avem la îndemână dovezi palpabile.

2. Deși majoritatea autorilor consideră simetria în polidactilie ca regulă, o parte din observațiunile noastre tind să demonstreze contrariul.

3. Având în vedere numărul relativ destul de mare de observațiuni ce am avut și cum în majoritatea cazurilor am avut sexidigitism, alături de marea majoritate a autorilor, ne credem îndreptățiți să considerăm sexidigitismul ca cea mai frecventă formă de polidactilie.

4. În cazurile noastre din 16 am avut numai 2 cu dedublarca degetului mare dela picior; restul, cu dedublarca degetului mic dela mână sau picior; afară de aceasta în toată literatura avută la îndemână am găsit foarte puține cazuri citate; deci, conchidem că dedublarca degetului mare dela picior este foarte rară; a degetului mic cea mai frecventă.

5. Din 16 observațiuni numai în două am avut câte 7 degete fie la mână fie la picior, iar la unul din ele 8 degete la dreapta; deasemeni am mai constatat și prezența de metacarpieni și metatarsieni în plus, 6 sau 7. Cum aceste forme de polidactilie sunt foarte puține citate în literatură, ne credem îndreptățiți să considerăm aceste forme ca „rarissime“.

6. Polidactilia congenitală este asociată adeseaori și cu alte anomalii, ca sindactilie și polifalangie.

7. Din punct de vedere medico-legal, polidactilia are o importanță deosebită în stabilirea identității unei persoane, prin impresiunile ce ar lăsa la locul unei crime.

8. In ceiace privește tehnica operatorie credem că nu se poate fixa un procedeu de elecție, acesta rămânând la latitudinea operatorului, care se va comporta în raport cu malformațiunea respectivă.

9. In orice caz rămâne stabilit că intervențiunea este indicată întotdeauna, atât din considerente estetice cât și utilitare.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele Tezei,

ss. *Prof. Dr. I. IACOBOVICI*

Decanul Facultății,

ss. *Prof. Dr. I. NIȚESCU*





## BIBLIOGRAFIE

- Andrews R. H. „Rudimentary supernumerari digits“ Trans. Obst. Soc. London 1900—1901 p. 266.
- Ahlfeld F. „Die Missbildungen des Menschen“ Leipzig 1888.
- Audion P. „Polydactylie des mains et des pieds“ Bull. et mém. de la Soc. Anatomique de Paris. An. LXXIV série VI. T. I. 1890 p. 1072.
- Bond G. S. „A case of malformation“ Britisch med. Journ. T. II. 1903 p. 1531.
- Bertacchini. „Un caso di doppio pollice bilaterale nell'uomo“ Bull. de Soc. med. chirurg. mod. an. III-lea. T. I. 1909.
- Bienvenue. „Un cas de pouce supplémentaire à trois phalanges“ Rev. d'orthop. Nr. 1. 1912 p. 91.
- Baur B. „Eine bisher nicht beobachtete congenitale Anomalie des Fingerskelets“ Deutsch. zeit. f. Chir. Bd. 86. 1907 S. 252.
- Ballowitz E. „Ueber die Hyperdaktylie des Menschen“ Klin. Jahrb. 1904.
- „Ueber einen Fall von symmetrischer Hyperdaktylie bei der Füsse bei einem Soldat“ München Med. Woch. Nr. 47. 1915 S. 1605.
- „Das Verhalten der Muskeln und Sehnen bei Hyperdaktylie des Menschen im Hinblick auf die Aetiologie dieser Missbildungen“ Anat. Anz. Ergänz. z. 25 B.J. der Anat. Gesellsch. 1904 S. 124.
- Barfurth W. „Ueber Hyperdaktylie“ Inaug. Diss. Rostock 1903.
- Bergglas B. „Zur Frage der Hyperdaktylie und des os intermetatarsale“ Zeit. f. Anat. Entwicklungs B.J. 75 Heft 1/2 1924 Dec. 15 S. 127.
- Babeş V. (Professor) „Analele Academiei Române“, seria II. T. 26 1903 — 1904 p. 99.
- Bauer I. „Die Konstitutionelle Disposition zu Inneren Krankheiten“ Berlin 1921 S. 281.
- Baur-Fischer-Lenz. „Menschliche Erbliehkeitslehre“ Bd. I München 1921 S. 178.
- Dainville-François-Léonard R. „Polydactylie, pouce surnuméraire de la main droite“ Presse méd. No. 90 an. 1921.
- Douarre M. „Pouce bilide“ Bull. et mém. Soc. Anat. Paris Série VI T XVIII an. XCI Juin 1921 p. 293.
- Dusch J. „Eine seltene Form der Polydaktylie“ Faldärz. Beil. zur Münch. med. Woch. Nr. 25 1917 S. 387.
- Dhallum A. „Malformations congénitales rares“ Arch. fr—belge de chir. Nr. 10 1922 p. 931.
- Ders. „Neuere Untersuchungen und Ansichten über die Genese der Doppelbildungen“ Zentralb. f. Allgem. Pathol. und Pathol. Anat. Nr. 20 1915.
- Dartigues-Caraven. „Polydactylie d'un main et des deux pieds“ Bull. et mém. Soc. Anat. Paris an. LXXX série VI T VII Dec. 1905 p. 883.
- François E — Dainville et Léonard. „Pouce surnuméraire unilatéral de variété exceptionnelle. Etude radiographique et anatomique“ Bull. et mém. Soc. Anat. Paris an. XCI Série VI T XVIII Oct. 1921.
- Frenkel H. „Un cas de polydactylie, doublement du pouce en pince de homard“. Echo med. Toulouse. Série II T XIV 1900 p. 607.
- Gegenbauer. „Über Polydaktylie“ Morphol. Jahrb. Nr. 14 1888.
- Grundler M. „Beitrag zu den Missbildungen des Daumens“ Diss. med. München 1914.
- Glaessner P. „Ueber angeborene Verbildungen im Bereiche der oberen Extremitäten“ Deutsch. med. Woch. Heft L. B.J. 37 II Dec. 1911 S. 2324.

- Haberer H.** „Ueber einen Fall von Polydaktylie“ Wien. kl. Wochensch. Nr. 20 Nov. 1903 S. 171.
- Hoffmann L. — Stettin.** „Missbildungen der oberen Extremität“ Fortsch. auf dem Geb. Roentg. Bd 17 H 5 1911 S. 361.
- Helbing.** „Ein Fall von symmetrischen Verbildung des Daumens“ Berl. kl. Woch. Nr. 10 1903 S 229.
- Hesse E.** „Ein Fall von Spaltdäunen“ St. Petersburg. med. Woch. Nr. 44 1909.
- Heimann F.** „Klinisches zur Frage der Polydaktylie“ Monatsch. f. Geb. und Gynec. Nr. 32 1910.
- Ioachimsthal.** „Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der Polydaktylie“ Fortsch. a. d. Geb. Roentg. Bd 4 H 1 1900 S. 112.
- „ „Über congenitale Fingeranomalien“ Zeitsch. f. orthopäd. Chir. Bd 2 1892-93 S 441.
- „ „Die angeblichen Missbildungen der oberen Extremität“ Fortsch. a. d. Geb. Roentg. Erg. H 2. 1900.
- Kauffmann Maria — Wolff.** „Embriologische und Anatomische Beiträge zur Hyperdaktylie“ Morphol. Jahrb. Nr. 33 1903.
- Krause W.** „Entwicklung der Extremitätenknochen im Skelet der oberen und unteren Extremität“ Jena 1903 S 77.
- „ „Handbuch der Menschlichen Anatomie“ Hanover Bd 2 1897.
- Loening.** „Polydaktylie“ Münch. med. Woch. Nr. 15 1913.
- Lereboullet P. — Allard.** „Un cas de malformation digitale dite en pince de homard“ Nouvelle iconograph. de la Salpêtrière Nr. 3 1900.
- Lineback P. E.** „A case of unilateral polydactylism“ Anat. record Nr. 20 1921.
- Léopold — Robert.** „Polydaktylie observé chez un Malgache“ Bull. et mém. Soc. Anat. Paris an. LXXXVI T XIII Série VI Fév. 1911 p. 95.
- Morestin.** „Double pouce“ Bull. et mém. Soc. Anat. Paris an. LXXXV Série VI T XII Fév. 1910 p. 150.
- „ „Pouce bifide“ idem an. LXXVIII Série VI T V Nr. 6 Juin 1903 p. 519.
- „ „Doigts et orteils surnuméraire“ idem an. LXXVII Série VI T IV Janv. 1902 p. 64.
- Malkin.** „Ein Beitrag zur Lehre von der Polydaktylie“ Diss. Med. Halle 1913.
- Mauclair.** „Chirurgie générale et orthopédique des membres“ 1 vol. Libraire I B. Baillières 1913 p. 89.
- Marchand.** „Ueber Missbildungen durch mechanische Entwicklungen“ Münch. med. Woch. Nr. 18 1915.
- Mouchet A. — Nouredine Bey.** „Sur un variété de polydaktylie, doigt surnuméraire aberrant pédiculé“ Bull. et mém. Soc. Anat. Paris an. XCIV Série VI T XXI Mars. 1924 p. 213.
- Mauny M.** „Pouce surnuméraire, desarticulation“ Bull. et mém. Soc. Anatom. Paris an. LXV série V T IV Mai 1890 p. 252.
- Noël H.** „Contributions a l'étude des pouces doubles“ Thèse de Paris 1913.
- Poirier — Charpy — Cunéo.** „Traité d'Anatomie humaine“ Nouv. édit. T I. 1910 p. 481.
- Prentiss C. W.** „Polydactylism in man and the domestic animals, with especial reference to digital variations in swine“ Bull. mus. comp. zool. vol 40 p. 243.
- Pitschi E.** „Zur Kasuistik der Poly und syndactylie der Extremitäten“ Inaug. Diss. Zürich 1905.
- Péaire M.** „Un cas de sexidigitisme“ Bull. et mém. Soc. Anat. Paris an. LXXVIII série VI T V Janv. 1903 p. 55.
- „ „Un cas de polydaktylie avec épreuve radiographique“ idem an. LXXIII série V T XII Févr. 1898 p. 151.
- „ „Nouveau cas de polydaktylie avec épreuves radiographiques“ idem an. LXXVI série VI T III Juin 1901 432.
- Proust.** „Précis de pathologie chirurgicale“ T IV éd. 1913 p. 1246.
- Parhon — Urechia.** „Contribution casuistique a l'étude de la polydaktylie chez les aliénées“ Nouv. iconograph. Salpêtrière an. XXIV Nr. 5.
- Papilian V.** „Tratat de Anatomie umană“ T I 1923.



- Popovici Gr. I. B. „Deux cas de poly et syndactylie“ Thèse de Paris 1924.
- Pokorny L. „Zur Klinik und Aetiologie der Spalthand“ Fortsch. a. d. Geb. Roentg. Bd. 32 H 3/4 1924 S. 274.
- Pagenstecher E. „Beiträge zu den Extremitäten Missbildungen“ Deutsch. zzt.-f. Chir. Bd. 60 1901 S. 239.
- Poirier. „Du développement des membres“ Paris 1886.
- Paitre et Bruas. „Deux cas de polydactylie“ Bull. et mém. Soc. Anatom. Paris an. XCIV série VI T XI Mai 1924 p. 298.
- Rabère et Campana. „Pouce bifide“ Journ. med. Bordeaux Nr. 26 1906.
- Radulesco Al. „Greffes et transplants osseux chez l'homme“ Cluj 1924.
- Regnault. „Pouce supplémentaire remplaçant le sesamoïde externe“ Bull. et mém. Soc. Anatom. Paris an. LXXXVI. série VI Tom XIII 12 Mai 1911 p. 826.
- Roger-Dantin. „Sur un cas de pouce surnuméraire“ Journ. med. Bordeaux 22 jan. 1911.
- Raiter S. „Sur deux cas de polydactylie“ Thèse de Paris 1924.
- Sträter. „Ein Fall von Polydactylie des Daumens“ Fortsch. a. d. Geb. Roentg. Bd. 3 H 1 1899 S. 65.
- Salomonson — Wertheim. „Ein seltener Fall von Polydaktylie“ Fortsch. a. d. Geb. Roentgenstr. Bd. 4 H 1 1900 S. 42.
- Schwalbe E. „Die Morphologie des Missbildungen des Menschen und der Tiere“ Jena 1906.
- Schmidt R. „Ueber Gustav Tornier's operationsmethoden zur erzeugung von Molch Polydaktylie“ Anat. Anzeig. Bd. 36 1910 S. 346.
- Stoppel. „Ueber einen seltener Fall von Missbildung der zehen an beiden Füßen“ Fortsch. a. d. Geb. Roentg. Bd. 26 H 3 S. 275.
- Schwalbe E. „Ueber Extremitäten Missbildungen“ Münch. med. Woch. Nr. 53 1905.
- Staderini. „Un pollice con tre falangi e una mano con sette dita nell'uomo“ Monit. Zool. Ital. Vol. I Nr. 6 1894.
- Savariaud et Pont. „Zwei Fälle von überzähligen Daumen“ Bull. Soc. Pédiatrie Paris 1912 p. 75.
- Stulz P. — Hecker — R. Fontaine. „Un cas rare de polydactylie. Gros orteils surnuméraires symétriques“ Réunion Ant. de Strasbourg. Bull. et mém. Soc. Anat. Paris an. XCIV série VI T XXI Mai 1924 p. 321.
- Testut L. „Traité d'Anatomie humaine“ éd. IV T 1 1911.
- Voisin — Roger — Nathan M. Malformations congénitales symétriques des membres Pouce a trois phalange, absence partielle de tibia“ Bull. et mém. Soc. Anatom. an. LXXVII série V T IV Oct. 1902 pag. 843.
- Verdelet L. et I. Chavannez. „Un cas de poly et syndactylie congénitale“ Arch. fr-belge de chir. Nr. 10 1922 p. 934.
- Vasiliu Titu. „Tumoare cerebrală și polidactilie, congenitale“ Clujul medical Nr. 1-2 an. III Ianuar-Februar 1922 p. 66.
- Ziegner. „Kasuistische Beiträge zu den symmetrischen Missbildungen der Extremitäten“ Münch. med. Wochenschr. Nr. 32 1903.
- Zander. „Ist die Polydaktylie als thieromorphe varietät oder als Missbildung an zu sehen?“ Virchow. Arch. f. Pathol. Anat. und Physiol. Bd. 125 1891.
- Ziegler E. H. „Die Vererbungslehre in der Biologie und in der Soziologie“ Jena 1918 S. 252.

