

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ

Nr. 381

8706.

h. 381

# COXO-TUBERCULOZA

TRATATĂ IN  
CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ  
DIRECTOR PROF. DR. IACOBVICI I.

UNIVERSITATEA  
**TEZĂ**  
PENTRU DOCTORAT  
IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ  
IN 17 Febr 1928  
FARMACIE, ST. DE ȘI TEHNOLOGIE.

DE  
**NOSZIN ELISABETA.**

\*

1928

TIPOGRAFIA „CULTURA” CLUJ, STRADA IULIU MANIU Nr. 8.

Nr. 381

# COXO-TUBERCULOZA

TRATATĂ ÎN  
CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ  
DIRECTOR PROF. DR. IACOBVICI I.

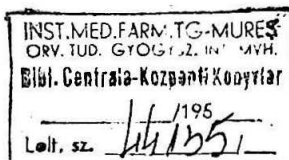
---

TEZĂ  
PENTRU DOCTORAT  
ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ  
ÎN 1927  
DE  
NOSZIN ELISABETA



\*

24 MAY 2005



1928

# UNIVERSITATEA DIN CLUJ

## FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. MIHAIL A. BOTEZ

*Profesori:*

Patologia Generală și experimentală . . .	D-l Dr.	<i>Botez A. M.</i>
Istologia și embriologia umană . . . . .	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă . . . . .	" "	<i>Gane T.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală . . .	" "	<i>Grigoriu C.</i>
Istoria Medicinii . . . . .	" "	<i>Guiart I.</i>
Clinica medicinală . . . . .	" "	<i>Hațiegan I.</i>
Clinica chirurgicală )	" "	<i>Iacobovici I.</i>
Medicina operatoare ) . . . . .	" "	
Farmacologia și farmacognozia . . . . .	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică . . . . .	" "	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică . . . . .	" "	<i>Minea I.</i>
Medicina legală . . . . .	" "	<i>Minovici N.</i>
Igienă și igiena socială . . . . .	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală . . . . .	" "	<i>Negru D.</i>
Fiziologia umană . . . . .	" "	<i>Nițescu I.</i>
Farmacia chimică și galenică . . . . .	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică . . .	" "	<i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" "	<i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica stomatologică (supt.) . . . . .	" "	
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	<i>Tătaru C.</i>
Chimia biologică . . . . .	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică . . . . .	" "	<i>Vasiliiu Titu</i>

### JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-l Prof. Dr. *I. Iacobovici.*

Membrii: { " " " *T. Gane*  
 " " " *D. Negru*  
 " " " *T. Vasiliu*  
 " " " *M. A. Botez*

Supleant: Conf. Dr. *Iancu.*

*In memoria sorei mele*

*Părinților mei închin această  
lucrare pentru iubirea mani-  
festată și sacrificiile aduse*

*Surorilor și fratelui meu*







## **Prefață**

*Ajunsă la sfârșitul studiilor mele medicale, țin să-mi împlinesc o plăcută datorie aducând primosul mea de recunoștință tuturor D-lor Profesori, dela cari am câștigat baza cunoștințelor medicale.*

*D-lui Prof. I. Iacobovici și aduc asigurarea nemărginitei mele gratitudin pentru marea onoare ce mi-a făcut, indicându-mi subiectul și punendu-mi la dispoziție observațiile clinice presidând juriul acestei modeste lucrări de teză.*

*Trebue să mai adaug cuvinte calde de mulțumire și recunoștință Dl. Dr. Căpitan Nichita care m'a încurajat, m'a îndrumat și mi a înlesnit toate mijloacele, dându-mi posibilitatea să termin modesta lucrarea de față.*

*Deasemenea aduc mulțumirile mele D-lor Dr. Albu, Dr. N. Elekes, Docent, Dr. Veluda pentru bunevoia ce au avut față de mine în anul I.*

## Introducere

Frequentând cu un deosebit interes clinica și lecțiunile D-lui Prof. Dr. Iacobovici, directorul clinicei chirurgicale din Cluj, am fost într'o zi frapată de un mare număr a bolnavilor tratați în secția de boli osoase a acestei clinice. În special leziunile osoase de origine tuberculoasă erau reprezentate printr'o cifră considerabilă și între acestea coxalgia (osteoartrita tbc. a articulației coxo-femurală) sau coxo-tuberculoza (Lannelongue) ocupă un loc de frunte.

Interesul propriu pe care îl am față de leziunile osteo-articular susceptibile tratamentului ortopedic și chirurgical pe de o parte, iar pe de altă parte lipsa în literatura românească a prea multor lucrări referitoare la coxita tbc. frecvența acestei localizări a tbc. și în special frumoasele rezultate terapeutice obținute în clinica D-lui Prof. Dr. I. Iacobovici într'un mare număr a corurilor pe cari am avut posibilitatea să le studiez după foile de observații m-am făcut, să aleg teza de față în convingerea, că și modeste mea lucrare va contribui câtuși de puțin la studiul acestei afecțiuni.

Statistica care e firul conducător al tezei mele, e rezumatul foilor de observații ale bolnavilor tratați în clinica chir. dela anul 1920 până la 1928.

## Câteva date istorice

Leziunile tuberculoase sunt f. frecvente și e ușor de înțeles că și căutarea originii și cauzei acestei maladii s'a făcut de mulți autori cercetări minuțioase; Armand Ruffer, Wood Jones Dewy și alții au găsit leziuni tuberculoase, pe mumii egiptiene din timpul faraorilor.

Despre tuberculoza în general găsim indicii și în cărțile sacre ale Indiei.

Hipocrat, Celse și alții au descris și ei aceasta boală, stabilind prin aceasta definitiv vechimea ei.

Însă studiul serios a tuberculozei începe abia în secolul XVIII. de medicii englezi, cari primii au descris bine leziunile tbc., granulațiunile și tuberculii.

În 1810 apare cartea lui S. Bayle, în care el arată, că tuberculoza miliară a pulmonului nu este o boală locală, ci o expresie a unei infecții generalizate. Laënnec (1781—1816) demonstrează unicitatea materiei tbc. la început cenușie și semitransparentă apoi galben opacă și în sfârșit purulentă. Tot lui îi datorim primul procedeu științific de diagnosticare a tuberculozei prin percuție și auscultația mediastină și stabilirea infecțiozității acestei boli.

Abia la 1865 s'a stabilit individualitatea acestei boli de către Willemin.

Virchov a arătat constituția anatomică și istologică a tuberculului și din cauza asemenării structurii lui cu ganglionii limfatici îl numește folicul limfoid, sau limfom. Virchov admitea doctrina dualistă a tbc., însă unicizmul lui Laënnec a triumfat definitiv prin lucrările experimentale ale mai multor cercetători și în special ale lui Willemin. Acest autor în 1885, bazat pe experiență, arată că tbc. este o boală specifică și are drept cauză un agent inoculabil, pe care el l'a transmis dela om la iepure. Lucrările lui Herard, Hardy, Bruley și alora au confirmat definitiv idea de virulență tbc. și descoperirea agentului patogen a acestei grave boale făcute de R. Koch în 1882 n'a făcut decât să con-

firme această justă părere clinică. Koch a arătat prezența bacilului, care îi poartă numele, în sputa tuturor ftizicilor și în toate produsele patologice de natura tbc. fie la om, fie experimental la animale.

Dela această epocă datorită numărului extrem de mare de cercetări, cunoștințele noastre atât epidemiologice cât și clinice, despre tbc. devin din ce în ce mai precise și în starea actuală a cunoștințelor noastră majoritatea chestiunilor în raport cu tbc. sunt rezolvate.



## ***Etiologia și patogenia coxalgiei***

• In etiologia tuturor leziunilor de natura tbc. găsim bacilul lui Koch, a cărui pătrundere în organismul uman se face pe mai multe căi. Azi se știe precis că pătrunderea infecției pe calea intrauterină, deși posibilă, este excepțională; în schimb însă în numărul covârșitor al cazurilor infecția se face în viața extrauterină pe una din următoarele căi: digestivă (la copii prin lapte), resp. cutanată, oculară. Oricare ar fi calea de pătrundere a bacilului în organism, prezența bacilului Koch la locul pătrunderii dă naștere unei leziuni primară numită „Șancru de inoculație“ sau accidentul primar, care șancru este totdeauna urmat de reacția ganglionară corespunzătoare locului de inoculare.

Ganglionii, mesenterici, mediastinali, cervicali, apărând organismul de invaziunea bacililor tbc., îi înglobează dar nu îi distrug, în așa fel că chiar peste mult timp dela data infecției — ani de zile — se mai poate constata prezența în interiorul ganglionilor a bacililor virulenți.

În afară de ganglioni, organismul rămâne sănătos și cu timpul bolnavul fiind bine tratat și bacilii din ganglioni prin calcificarea acestor din urmă, pierd virulența și se distrug.

Ganglionii îndeplinesc conștiincios rolul lor de păzitori, dar în anumite condițiuni virulența bacililor se deșteaptă și ganglionii nu mai pot fi barieră la trecerea lor în circulația generală. Generalizarea infecției se produce și se face prin calea limfatică sau sangvină, dând toate formele clinice ale tuberculozei umane. În cazul când bacilii ajung în interiorul oaselor sau articulațiilor, aduși de curentul circulator, se naște tuberculoza osoasă sau articulară.

Cari sunt condițiunile de generalizare și care este procentul celor susceptibili de ea?

Calmette în 1921 și ulterior cu ajutorul reacției cu tuberculina, a arătat, că în orașele mari 20 la sută din

copii până la doi ani au deja la această vârstă reacție pozitive; la copii de cinci ani reacția este pozitivă în 55% a cazurilor, iar la adolescenți procentul se ridică până la 90%. Adulții în 97% a cazurilor au reacția pozitivă.

Cu alte cuvinte fiecare al doilea copil dintre cei în aparență sănătoși poartă totdeauna infecție tbc. în o regiune oarecare a organismului său în special în ganglioni limfatici. Însă procentul celor atinși de leziuni tbc. extraganglionară nu este așa de mare și aceasta din cauza că, printr-o generalizare să aibă loc, e nevoie pe deoparte că rezistența organismului se fie scăzută, iar pe de altă parte ca bacilii se recâștige virulența.

Iată pentru ce luând antecedentele bolnavilor tuberculoși în mare majoritatea a cazurilor vom vedea că bolnavul observă apariția simptomelor maladiei după o gripă, bronhopneumonie o rușeolă sau alte cauză oricât de banală în aparență ar fi ea, care însă în realitatea a satisfăcut cele 2 condiții esențiale a generalizării: virulența bacilelor mărite, rezistența organismului scăzută.

În ceea ce privește leziunile osteoarticulare de origine tbc. în un mare număr al cazurilor bolnavi aduc boala lor în afară de cauza susarătă și în legătură cu traumatisme sau alte acțiuni de origine externă.

Cercetările experimentale n'au putut stabili raportul precis între traumatism și apariția osteoartritei tbc. Singurul Petrow în experimentele lui inoculând bacili și producând traumatisme, în 11 cazuri din 18 obținut leziuni osteoarticulare la niv. genunchiului.

*In apariția coxalgiei* se pare, că traumatismul joacă deci un rol destul de important. Prin însuși rolul ei, această articulația este supusă la sarcini însemnate, continui, având a suporta greutatea trunchiului. În cele 74 de cazuri de coxalgie tratate în clinice chirurg. rezumate în această lucrare, în 22% a cazurilor simptomele evidente au apărut după un traumatism la nivelul articulației coxofemorale.

Acest mare procent ne permite să admitem rolul mare a traumatismului în producerea coxalgiei, creind un locus minoris rezistențiae.

Desigur că și chestiunea terenului pe care evoluează tbc. este de mare importanță. La copii limfatici, strumoși așa ziși pretuberculoși, cu rezistența scăzută, generalizarea infecției este mai ușoară; se adaugă și cauza favorizante cum e traumatismul descris mai sus sau altele ca sp. ex. creșterea oaselor. Oasele în perioada de creștere prezintă un teren favorabil localizării bacilului tbc. din cauza că

prezintă în această perioadă o congestie vasculară, fapt ce permite dezvoltarea bacilului Koch, care se știe nu evoluează pe terenuri anemiate.

Toate acestea cauze sunt mai dese ori întâlnite la nivelul articulației coxofemorale fapt ce ne explică pentru ce coxalgia este leziunea cea mai deasă după morbul lui Pott și este urmată de tbc. genunchiului.

Coxalgia în marea majoritate a cazurilor este unilaterală și în statistica noastră această unilateralitate o întâlnim în 73 cazuri din numărul total de 74 a foilor studiate.

În ceea ce privește repartizarea bolnavilor după sex se atribuie sexului masculin o proporție mai mare. Din cazurile studiate de noi numărul bolnavilor cu coxalgie de ambele sexe este aproape egal, 35 femei, 39 bărbați.

Fată de afirmațiunea autorilor că coxalgia apare mai des între 4—6 ani precum și între 10—12 ani, noi am găsit repartizarea cazurilor nostru ceva diferită și anume: ridicări la 3 ani, între 10—16 ani și între 24—26 ani. Discordanța între diferitele statistice e în mare parte datorită și faptului că fiecare regiune prezintă un număr mai mare sau mai mic de cazuri până la un punct în legătură și cu condițiuni diferite de viață.





## **Anatomia și fiziologia articulației șoldului**

Înainte de a începe studiul coxalgiei, e necesar a reaminti câteva date anatomo-fiziologice, fără de cari e imposibil a înțelege simptomatologia multilaterală a acestei afecțiuni.

Articulația coxo-femurală unește membrul inferior propriu zis cu basculul. Este formată din capul femoral și din cavitatea cotiloidă a osului coxal. Suprafața articulară a capului femoral reprezintă din o sferă cu raza de 20—25 mm. care privește în sus, înăuntru și înainte. E acoperită de cartilaj articular și are o fosetă p. în sertia lig. rotund, cavitatea cotiloidă (sau acetabulum) aproape hemisferică, concavă orientată în jos, înafară și înainte. Împrejurul cavității cotiloidiene este un inel fibros numit burletul cotiloidian care se inseră pe partea periferică a cotilului, pe care-l mărește și i acopere neregularitățile.

*Mijloace de unire.* Capul femoral cu cotilul osului coxal sunt unite prin 2 feluri de ligamente: 1. Un lig. periferic, ligamentul capsular sau capsula articulară, care înconjoară articulația și e întărit în anumite porțiuni; 2. Un lig. intraarticular, lig. rotund se inseră jos pe margina ant. sup. a fosetei capului femoral iar sus în cotil se dividă în 2 ramuri cari se inseră pe cornurile burletului cotiloidian.

Capsula articulară este întărită de alte trei ligamente supraadaugate și anume: a) lig. ilio-femoral, b) lig. ischio-femoral și c) lig. pubo-femoral.

a) *Lig. ilio-femoral* numit și lig. lui Bertin sau lig. în y a lui Bigelow, ia naștere de desubtul spinei iliace ant. inf. de aici merge în jos și înafară ca un larg evantai și se termină pe linia oblică a femurului. Acest evantai fibros este subțire la partea mijlocie și f.-gros la partea sup. are valoare de 2 fascicule distincte. Un fascicol superior sau ilio pre trochanterian care vine dela partea sup. a capsulei

și merge pe margina ant. a marelui trochanter, imediat dedesubtul tendonul micului fessier. Acest ligament limitează mișcările de adducțiune și de rotațiune înafară. b) Un fascicol inf. sau ilio-petrochantinian, care descinde aproape vertical pe partea ant. inf. a capsulei articulare și se fixează pe partea inf. a liniei oblice intertrochanteriene, înaintea micului trochanter. Are rol în limiterea extenziunii coapsei pe basin.

b) *Lig. ischio-femoral.* Este situat pe partea posterioară și inferioară a articulației. Ia naștere în gulișera sub cotiloidiană și pe porțiunea sprincenii cotiloidiene care este situată deasupra acestei gulișere. De aici merge în jos și se termină în mare parte a fibrelor sale pe margina ant. a cavității digitale a marelui trochanter, imediat înaintea tendonului terminal al obturatorului intern. Restul se amestecă cu fibrele circulare ale capsulei și de aici poartă încă și numele de lig. ischio-capsular. Are rol în limitarea mișcării de rotațiune femurului înaintre.

c) *Lig. pubo-femoral.* Ia naștere pe punctele cele mai diverse pe eminența ilio-pectinee, pe creastă pectineală, pe ramură horizontală a pubisului, pe corpul pubisului și uneori pe membr. obturatrice.

El se termină parțial în foseta rugoasă care este situată înaintea micului trochanter, cu celelalte fibre pe porțiunea capsulei care este situată deasupra acestui tubercul osos. Are rol de limitare a mișcării de abducțiune a coapsei.

*Synoviala* articulației cuprinde 2 părți: *synoviala propriu zisă*, care este partea principală și o parte cu mult mai mică, *syn* ligamentului rotund,

*Arterele* articulației coxo-fem vin din 2 surse: din femorală profundă și iliacă internă.

*Nervii* posteriori provin din plexul sacral, prin intermediarul micului și marelui sciatic și nervii anteriori din plexul lombar, prin intermediarul safenului intern și obturatorului.

# Dezvoltarea

## Dezvoltarea capului femoral

Din cele 5 puncte de osificație ale femorului unul este destinat capului. Acest punct apare la câteva zile după naștere, formează capul și se sudează cu restul osului între 18—20 ani.

**Dezvoltarea cavității cotiloide.** La naștere cele 3 puncte primitive de osificație (pentru ilion, ischion și pubis) sunt separate prin 3 bande de cartilaj, care corespund cavității cotiloide. În aceste bande de cartilaj apar cam la 12 ani 3 puncte complementare care cresc, se sudează pe la 16—17 ani și formează fundul cavității cotiloide cel mai important din aceste puncte e cel dintre ilion și pubis numit și osul cotiloidian sau acetabular (Rimbaud—Regnault).

**Mișcările pe cari artic. le poate face sunt:**

1. *Flexiunea*: este o mișcare, prin care fața ant. a coapsei se ridică și se apropie la peret. abd. ant. ea se face de psoasiliac abductori, croitor, pectineu.

2. *Extenziunea* este o mișcare prin care fața post. a coapsei se ridică și se înclină spre reg. fesieră și se face în cea mai mare parte de fesierul mare și în grad mic de fesierul mijlociu și mic.

*Prin abducțiune* coapsa se depărtează dela linia mediană și se face prin fesierul mijlociu și mic.

*Prin adducțiune* se apropie coapsa de linia mediană și se face prin m. adductori.

*Circumducțiunea* rezultă din executarea succesivă a celor 4 mișcări precedente: Flexiune, extenziune, abducție și adducție.

*Rotafiunea* femurului se efectuează fie înafară, fie înăuntru.

Mișcările articulației coxo-fem se fac în starea normală împrejurul a trei axe.

1. *Frontală*: linia ce unește centrul capetelor femorale

său a marilor trochantere și împrejurul căruia se face flexiunea și extenziunea.

II. Axa sagitală — ad și abducție.

III. Axa verticală — rotație înafară și înăuntru.

Normal între extenzia și flexiunea maximă e un unghi de  $120^\circ$  și are ca limită pentru flexiune atingerea femurului de abdomen respectiv colul femoral de bureletul cotiloidian iar pentru extenziune limita de extenzie a lig. Bertini.

Excursiile între rotațiile maxime înafară și înăuntru sunt de  $50'$ , iar ad în abducție  $90^\circ$ .

Cifrele arătate oscilează după subiect în plus sau în minus.

În stare patologică fixația în ori ce poziție spre ex. în flexiune sau extenziune ad sau abducție produce înafară de schimbări în situația și în mișcările articulației și schimbări în situația coloanei vertebrale, fapt important de cunoscut și ușor explicabil prin următoarele experimente:

Presupunem că coapsa e fixată în jurul axei ei frontală la  $45^\circ$ , adică unghiul ce face ea cu verticală, e  $45^\circ$ ; când bolnavul stă în picioare, se înțelege că extremitatea nu atinge solul ei, formează cu verticală un unghi de  $45^\circ$ . Pentru că piciorul se atinge solul, bascularea trebuie să ia poziția atât de oblică încât piciorul să devie vertical, dar aceasta e posibil numai atunci când coloana vertebrală produce o lordoză puternică. Dar în acest moment centrul de greutate a corpului deviază mult înainte și mersul e incomod. Pentru a preveni această lordoză puternică se face numai în partea lombară, pe când partea dorsală face o cifoză; cu alte cuvinte coloana vertebrală prin lordoza lombară și cifra dorsală contribuie la ceea ce piciorul în poziția verticală să poată atinge solul.

Să vedem ce se produce când spre ex. coapsa e în abducție de  $120^\circ$  ( $30^\circ + 90^\circ$ ). Ultimul format cu axa basculării în starea normală). Dacă bascularea va conserva poziția normală, piciorul nu va putea atinge solul. Pentru ca atingerea să fie posibilă, bascularea din partea bolnavă trebuie să fie lăsată în jos cu  $30^\circ$  și consecutiv coloana vertebrală trebuie să facă o scolioză. Dar pentru că centrul de greutate să rămână la locul lui, scolioza lombară va fi compensată de o scolioză dorsală, dar în partea opusă. Cu alte cuvinte spre ex. la artic. stânga vom avea scolioză, stânga lombară și dreapta dorsală.

În poziția orizontală pentru a păstra paralelism între extremități, bascularea coboară jos din partea bolnavă și dă aici aparența că extremitatea bolnavă e mai lungă decât cea sănătoasă.

Cu alte cuvinte poziția în abducție produce o alungire aparente a extremității bolnavă. În cazul de adducție spre ex.  $30^{\circ}$  extremitatea bolnavă se va încrucisa cu cea sănătoasă și nu va atinge solul. Pentru ca atingere să se face basinel din partea bolnavă se va ridica în sus și colona vertelor, va produce scolioza dar din partea opusă lombar și din partea bolnavă dorsal.

În poziția orizontală pentru că membrele să se găsească în poziția verticală basinel din partea bolnavă se ridică și ca urmare membrul bolnav este scurtat în aparente.

**În rezumat:** I. *Fixarea* articulației în flexiunea — lordoza lombară — cifoza dorsală.

II. *Fixarea* în abducție, alungire aparentă, scolioză de aceeași parte lombară, Scolioză de partea opusă dorsală.

III. *Fixarea* în adducție scurtare scolioza lombară la partea sănătoasă și dorsală, la același parte considerațiile de mai sus ne explică formarea atitudinilor vicioase întâlnite mai des în còxo tbc. Față de datele mai sus e important să distingem scurtarea și alungirea aparente de cele adevărate prin măsurarea distanțelor între trochanter și călcâiu.

Procedeeul lui Nelaton-Roser pentru examinarea trochanterului mare e utilă. În starea normală marele trochanter se găsește pe o linie ce unește spina iliacă ant. sup. cu tub. schiatică. Imediat ce aceste 3 puncte spina iliacă ant. sup. trochanter, tub. schiatică nu formează o linie dreaptă ci un unghi se fie el deschis în sus sau în jos legătura normală a capului fem. cu cavitatea coliloidă nu există.

## **Noțiuni generale de Anatomia patologică**

Pentru a explica pe de o parte simptomatologia coxalgiei, iar pe altă parte pentru a înțelege principiile generale al tratamentului unei coxalgii, sunt necesare câteva noțiuni generale referitor la anatomi-patologica în aceste afecțiuni, noțiuni ce în liniile generală vom expune în rândurile ce urmează.

Coxalgia poate debuta cu leziuni sinoviale sau a vaselor. Formele osoase sunt mai frecvente și mai importante. La nivelul oaselor putem avea 3 feluri de leziuni elementar: I. Leziuni tuberculoase propriu zisă — rezultatul direct a acțiunii bacilului Koch II. Consecințele indirecte a infecției tbc. ulcerăriuni de presiune. III. Turburări trofice  
I. *Leziuni tbc. propriu zis* se prezintă ca niște leziuni difuze de osteita tbc. care debutează cu un mic tubercul sub cartilajul articular și care încetul cu încetul se infiltrează în colul femoral sau oasele basinului.

*Desv. tuberculului* Bac. Koch. a mobilizat în circ. gen. dintr'o leziune primitive, ajunge și epifiza artic. sau în grosimea prin capilar. Acolo, găsim condițiuni favorabile pentru dezvolt. (hiperemie, viteza diminuate) fiind numerosi se fixează pe pereții capilarelor sau trec prin acestea și se fixează în țesutul vecin osos sau sinovial invadând celulele respective Bac. lucrează la început ca un iritant formativ local injurul lor se adună leucocite cari pentru a rezista, mai ușor fuzionează formând celule f. mari cu numerosi nuclei așa numite cel. gigante. În jurul lor se adună o coroană de cel. epiteloide unite prin o rețea fibrinoasă. Aceste elemente constituiesc leziune elementare întâlnite în localizări tbc. și numite foliculii conglomerati formează noduli tuberculosi cari este leziune palpabile. Deaceia tbc. clasate între inflamație nodulare. Cu timpul uni bacili de generând pune libertate endotoxine care produc alterațiuni

asupra protoplasmei cel. gigante care se tulbură și coagulează.

În același timp iritamentul tuberculos are o acțiune chimio tactică asupra celulelor și asupra unor substanțe din sânge sau limfa așa în cât vom avea acolo pe lângă înmulțirea celulelor și un lichid din sânge care se va coagula ca și protoplasma celulară. Acestea împreună formează cece numim *necroza de coagulare* care macroscopic se caracterizează prin starea cazeoasă. În subst. cazeoasă mai există și produse de descompunere ale celulelor prin degenerare grasă, hialină și în fine chiar produse cristaline rezultând din descompunerea albuminei. În jurul zonei cazeoasă se formează o zonă de apărare în care tesurile proliferază și macrofagele se dezvoltă. Această zonă se departează dacă cazeificare progresa. Se întâmplă însă, că acest proces de cazeificare se oprește atunci zona de apărare se organizează în țesut fibros această scleroză poate se transforme tot nodulul într'un bloc cicatricial:

*Tuberculul fibros* (formă de vindecare). Leziunile sunt reprezentate în caz, dacă sunt localizate, prin mici cavități la suprafața vasului pline cu fungozități, sau materii caseoase. Putem avea și leziuni a oaselor, leziuni periararticulare. Sechestre de asemenea nu sunt rare.

După cum leziunile se găsesc pe capul femurului, sau pe cotil avem coxalgia femorală sau acetabulară, primele mai frecvente însă cele acetabulare mai grave, acompaniindu-se cu sechestre și perforațiuni a cavității cotiloidiene.

II. Consecințe indirecte Ulcerațiuni compresive (Lannelongue) sunt mai importante și mai constante. Aceste sunt mai ales posibile atunci când rasele sunt atinse de carie sau sunt turburate în nutriția și cu rezistența scăzută din cauza leziunilor tbc. din vecinătate. Leziunile produc de obicei pe punctele de contact. În poziția normală a membrului sau în adducția, ulcerația se face pe polul post-sup. a capului și pe peretele post-sup a cotilului capul se turtește, se reduce în volum, până când la un moment dat dispăre complet. Cotilul să mărească în volum și se deschide drum în fosa ilioacă ext. Când membrul este în abducția, ulcerația se face în partea anterioară coilului, dar e mai puțin accentuată.

III. Turburări Trofice se produc de obicei împrejurul leziunii lor tuberculoase. câte odată se face producția exagerată a țesutului osos. Aceste hiperostoze câte odată se dezvoltă împrejurul leziunilor distructive spre ex. împrejurul cotilului și pe fața externă a pelvisului, pe partea în-

ferioară a capului sau colului. Dar aceste leziuni sunt foarte rare, în genere fbc este distrugătoare de os. Mai des turburările se traduc prin leziuni atrofice sau ramolimente și opriri în dezvoltare.

Oasele devin mai subțiri mai usoare. Spațiul medular se lărgeste și canalul medular ajunge în contact cu epifiza. Tesutul osos e ramolit, friabil ca în rachitizm și devin mai permeabil razelor x. Din cauza diminuării calciului.

Leziuni ale părților moi sunt mai banale și se prezintă cu sinovite fungoase. Ligamentele se distrug, asemenea și capsula articulară prezintă după caz destrucțiuni mai mult, sau mai puțin întinsă, fapt ce dă naștere unor retracțiuni și anchilozelor fibroase.

Deformațiuni coxalgice sub diferite influențe se dezvoltă deformațiuni, cari pot avea repercuzie asupra membrului din partea opusă și a basinelui. La nivelul articulației deformațiunile cele mai grave sunt luxațiuni, atât precoce, cât și cele tardive. Cele precoce sunt mai mare și se produc atunci, când alterațiuni anatomice nu sunt prea mari. Cauza lor este, că capsula articulară și fibro-cartilaj sunt ramolite prin inflamația și nu mai sunt în stare de a reține articulația în starea normală și luxația se produce sub acțiunea atitudinilor vicioase, contracțiunilor musculare etc. Luxațiunile tardive sunt mai dese și sunt de obicei datorite diminuării capului femoral și mărirea cavității cotiloide. Aceste luxațiuni se fac de obicei în sus și înapoi datorită acțiunii puternice a mușchilor abductorii. Deseori se întâlnesc luxațiuni înainte și în jos. Deplășările fiind în raport cu gradul de atrofie a elementelor ce formează articulația se fac lent și progresiv.

Abcesele cari survin des în coxalgie pot să fie extra și intra pelviene. Cele extrapelviene pot să fie anterioară, posterioare și interne, iar cele intrapelviene, cari se formează retrocotiloidian, pot să descindă și se deschidă în organele, basinelui: rect, beșica vagin. Ele pot ieși din basîn prin mare scobitură sciatică, prin mica scobitură și mai rar la nivelul plicei ingvinală sau perineală și au structura clasică a abceselor reci. Ele pot fi pediculate, dar totdeauna sunt sau au fost în legătură cu articulația.

Basîn coxalgic este de obicei pseudo oblic cu turtire din partea sănătoasă. Acest forma de basîn n'are nimic comun cu basînul oblic ovalar alui Naegele acărui patogenie este cu totul diferite.



## ***Evoluția clinică***

Este împărțită de cei mai mulți autori în mai multe faze:

*I. Faza de debut.*

*II. Faza de stare.*

*III. Faza complicațiilor.*

Fiecare din aceste faze este caracterizată prin anumite simptome.

*I. Faza (perioada) de debut.* Pentru a examina un bolnav în această fază este imperios necesar că el să fie complet desbrăcat și așezat pe o masă plană. Satisfăcând acestei condiții vom avea subprivirea noastră atât ambele membre inferioare, cât și baza trunchiului și orice deviație patologică cât de mică ar fi, ne va atrage atenția.

Examenul nostru va fi totdeauna comparativ (membrul sănătos servind ca termen de comparație) și va începe cu examinarea articulațiilor piciorului și a genunchiului, la nivelul cărora putem câteodată descoperi leziuni cari ne vor ușura diagnosticul la articulația coxo-femorală.

Ceace vom căuta totdeauna la nivelul artic. presupusă bolnave vor fi: I. punctele dureroase. II. Amplitudinea mișcărilor.

*Ad. I. Punctele dureroase.* Vom căuta totdeauna sensibilitatea capului femurului. Această se face atât dinainte, cât și dinapoi. În primul caz vom face o presiune cu indexul la nivelul punctului ce se găsește cu 1 cm. înafară arterei femorală ale cărei băței se simt subdegetele noastră și cu un centimetru dedesubtul arcadei crurale. Vom examina în acelaș timp punctul corespunzător din partea opusă apăsând de mai multe ori, întrebând pe bolnav ce senzații are și mai ales la bolnavii mici urmărind expresiunea feței. Acelaș lucru îl repelăm din partea posterioară, apăsând în mijlocul liniei ce unește trochanterul cu creasta osului iliac, ne vom putea da seama despre existența sau lipsa durerii.

*Mișcări ca și pentru explorarea punctelor dureroase*

metoda comparativă e necesară și aci. Intre mișcările extreme care ne pot da indicii de leziuni tbc. la nivelul articulației coxofemorale abducția extremă este de o importanță capitală.

Aceste mișcări, importante ca și flexiunea extremă, le vom căuta totdeauna, având pe bolnav culcat pe spate, notând atât orice deviație dela normal cât și toate simptomele subiective.

Pentru căutarea extenziunii extreme bolnavul va fi culcat în poziție verticală. Cu o mână vom apăsa fesă pentru a imobiliza basinal și în acelaș timp cu cealaltă mână vom încerca a ridica în sus coapsa. Aceste mișcări limitate la o parte arată și ele ceva patologic la nivelul articulației coxo-femorale.

Incercările de rotație a coapsei întâmpină deasemenea o rezistență vădită și arată o rigiditate a articulației.

Acest examen făcut și controlând atât durerea cât și limitarea mișcărilor, avem noi dreptul de a afirma diagnosticul coxalgiei? In majoritatea cazurilor „da“, însă erori nu sunt excluse, fiindcă și o artrită de altă natură poate da aceste semne.

Intrebarea noastră capătă însă un răspuns sigur când la aceste semne se mai adaugă și altele până la un punct patognomice cari sunt: atitudinea coapsei în abducție și atrofia membrului, adenopatii.

Abducția coapsei poate să fie minimă și greu de evidențiat, dar măsurând ambele membre vom observa totdeauna, că unul — cel bolnav — este totdeauna în acest caz mai lung decât cel sănătos.

Aceasta e foarte ușor de constatat, unind ambele călcăie atât în poziția dorsală cât și în cea ventrală. La acesta ultimă observând plica fesieră o vom vedea mai coborâtă la partea bolnavă. Călcăul de partea bolnavă e mai coborât.

Atitudinea în abducție este de regulă insoțită de un grad de flexiune și rotație ext. (Atitudinea vicioasă a lui Bonnet). In decubit dorsal încercând să punem membrul în extenzie, bolnavul va face o lordoza lombară de compensație.

Ganglionii inghinali și iliaci sunt de regulă prinși și evoluează paralel cu imflamația articulației.

Atrofia membrului e mai greu de constatat în cazuri incipiente dar prezența ei ne permite în caz de coexistență și a celorlalte semne ce afirma cu certitudinea diagnosticul de coxalgiei.

În fine în cazuri dubioase vom recurge la examenul

radiologic, care însă nu totdeauna la începutul boalei ne poate da indicațiuni precise.

În general semnele radiologice își fac apariția la 3—4 luni sau chiar mai mult după debutul clinic. Dintre semnele radiologice de debut rarefierea sau atrofia capetelor articular este cel mai prețios. Rarefierea poate exista nu numai la femur, dar și la basin și mai ales pe părțile ce se găsesc în imediata vecinătate a articulației.

Altă dată examinând interlinia articulară din punct de vedere a formei și regularității, radiologul va constata anume abateri dela normal; sau liniile care delimitează acest spațiu clar, de obicei ambele, regulate și netede, vor fi confuze și neregulate sau spațiul clar va fi diminuat sau lărgit în unele puncte; de obicei la debutul coxalgiei femurul fiind deplasat în sus și în afară partea sup. a spațiului articular se micșorează, iar cea de jos se mărește. În fine în unele cazuri se va putea pune în evidență niște pete clare pe cari nu le vom găsi în partea opusă și cari arată un proces de osteită destrucție osoasă. Procedând în felul acesta, apelând la toate aceste metode de investigație, vom putea în mare majoritate a cazurilor se punem diagnosticul adevărat a maladiei și a evita greșeli regretabile. Sigur că în afară de aceste metode de investigație antecedentele și interogatoriul precis al bolnavului va avea și el rolul important în diagnosticul coxalgiei. Debutul insidios sau brusc cu dureri spontane, mers schiopătând, limitarea mișcărilor, claudicațiunile sunt simptomele obișnuite la debutul unei coxalgiei. Durerea poate se fie la început ușoară și se confundă cu oboseală mersului. Nu rareori vom observa dureri nocturne — și fapt important — bolnavii pot să acuze dela început *gonalgii*, lucru pe care trebuie să știm să-l interpretăm într'un caz dat, pentru a nu face diagnost. greșit.

Gonalgiiile sunt destul de frecvente în simptomatologia coxalgiei (vezi statistica: 3, 36, 38, 39, 40, 47, 59, 63, 65, 66, 68, 69, 72) și în statistica noastră eu am găsit o în 17% a cazurilor. Explicația modului de producere a acestor dureri diferă după autori. După Richet ar fi vorba de o inflamație propagată de alungul canalului medular al femurului. Bonnet crede că în aceste cazuri există totdeauna ușoară leziuni și la nivelul genunchiului, după Broca durerile sunt datorite decalcifierii oaselor. Alți autori văd în aceste dureri consecințele unei statice vicioase, teoria nervoasă (reflex, iritația nevrită) e susținute de Thomson și alții. Ori care ar fi însă patogenia lor, față de procentul mare a cazurilor în cari aceste dureri se prezintă ca

primul simptom a unei coxalgiei, cunoașterea și interpretarea lor adevărată este necesară pentru a nu greși diag. în stadiul incipient al unei coxalgiei.

Căutând cu atenție aceste semne din perioadă de debut vom putea pune diagnosticul precis, acest lucru are o importanță capitală pentru evoluția ulterioară, căci cu cât va fi pus mai curând diagnosticul, el va impune tratamentul necesar și timpul de cură va fi mult scurtat, iar rezultatul mult mai bun.

#### Perioade de stare.

În această fază simptomele descrise mai sus se accentuează și se adaugă și altele noi.

Durerea este variabilă, câteodată suportabilă altădată vie și poate să fie chiar spontană; încercările de mobilizare o provoacă și o exacerbează. Aceste mișcări cari în stare de veghe sunt limitate din cauza contracturilor musculare, atunci când mușchii se relaxează și mișcările devin posibile, cum e noaptea în somn, dau naștere la dureri foarte vii și nu rareori bolnavii mai ales copiii se trezesc noaptea cu jipele puternice. Trezindu-se bolnavul imobilizează din nou articulația coxo-femorală, dar durerea persistă mult timp. Durerile provocate sunt deasemenea vii și nu permit mersul, copiii mici cer cu insistență să fie luați în brațe, sau merg schiopătând și tragând piciorul; ei se oboresc repede. În urmă durerilor producându-se contracturi musculare, mișcările se limitează flexiunea, extenziunea, abducțiunea se micșorează în amplitudine. Cu timpul aceste contracturi musculare permanente fixează membr. inf. în diferite poziții cea mai obișnuită este flexiunea cu abducția și rotația înafară, sigur cu diferite variațiuni. Flexiunea poate să ajunge  $40^{\circ}$ — $60^{\circ}$ . Însă în cazuri unde îngrijirea fost proastă flexiunea poate să se facă în unghi ascuțit. Abducțiunea se pune în evidență așezând bolnavul în decubit dorsal fiind linie spinelor iliace antero-sup. perpendiculară pe linia xifo-ombilico pubiană. Îndepărtarea coapselor variază între  $25^{\circ}$ — $45^{\circ}$ . Bolnavul nu poate sta în picioare decât cu anumite atitudini compensatorii din coloana vertebrală și basin. Basinal din partea bolnavă se scoboară spre a corecta abducția și de aci rezultă alungirea aparentă a membrului ce poate să ajungă până la 6—8 cm. dar dispăre dacă aducem ambele spine iliace ant. sup. în acelaș plan transversal. În acelaș timp putem constata și scurtarea reală datorită abducției care caută să apropie de spină iliaca ant. sup. maleolă ext. Această scurtare variază între 1—3 cm. La examenul obiectiv vom constata în majoritatea cazurilor ganglionii măriți atât în fosă iliacă internă, cât și în

triunghiul lui Scarpa. Membrul bolnav este mult subțiat din cauza atrofiei musculaturii, care variază în raport cu durerea, durata boalei, cu metoda de imobilizare, starea generală a bolnavului.

Radiografia în această perioadă ne dă semnele sigure ale unei leziuni tuberculoase și precizează de obicei diagnosticul clinic, care în această perioadă e relativ ușor de făcut.

La clinica chirurgicală din Cluj examenul radiologic se face fiecărui bolnav cu coxalgie înainte de a începe tratamentul rațional, ceace pe de altă parte permite, prin radiografiile ulterioare, a urmări mersul și evoluția boalei. (Vezi statistica.)

Coxalgia cu simptomatologia ei descrisă mai sus, poate dura un timp nelimitat și în rari cazuri puse în condițiuni favorabile, poate să se atenueze, fără să ajungă la destrucțiuni osoase. Însă în majoritatea cazurilor procesul tuberculos evoluând mai departe se produc destrucțiuni osoase cari explică noi simptome ce intervin în evoluția coxalgiei.

*Abcese.* Apariția abceselor câte odată se face în mod acut însă deseori bolnavul ocazional observă apariția unei tumori pe partea antero-externă sau internă a coapsei — locul de predilecție a abceselor coxalgice.

Trebue să remarcăm, că abcesele pot să apară chiar și la începutul maladiei, sau în perioadă predestructivă, însă în perioadă destrucțiunilor osoase ele se observă mai des. (Vezi statistica.) După statistica noastră le-am găsit în 20% a cazurilor, ceace reprezintă un procent destul de mare. Abcese antero-interne apar de obicei în triunghiul lui Scarpa și au tendința mare de a se propaga dealungul adductorilor și a tecei vaselor femorale.

Fiind dela început sub aponervotic abcesul cu timpul emigrează către suprafață și se poate deschide la un nivel oare-care mai des pe fața internă a coapsei. În statistica mea am găsit 8 cazuri cu fistule. Asemenea și cele ant-ext. se pot propaga în diferite direcții și nu rareori se văd colecțiuni purulente sub fascia lata cari descind până la genunchi.

Abcesele posterioare sunt mai rari și ele deseori comunică cu abcese ant-ext. sau interne. Evoluția acestor abcese e diferită. Câte-odată ele se resorb singure, dar aceasta este destul de rar și se face mai ales atunci, când imediat după apariție abcesului, articulația se imobilizează, bolnavul se pune în condițiuni igienice bune, se face tratament tuberculos general și ceace e foarte important.

helioterapie sau Quartz cum aceasta se face în Clinica chirurg din Cluj.

Procedând în felul aceasta în unele cazuri abcesele se resorb fără puncțiuni.

Însă rezultatele contrare evoluția abcesului chiar și în cazuri de imobilizare dela început, sunt mai dese și necesită intervenția după toate regulile de tratament a abceselor reci. În majoritatea cazurilor tratamentul început la timp și cu pricepere reușește a opri evoluția abcesului și a-l vindeca.

Când bolnavul se prezintă cu fistule adică abcesul s'a deschis singur tratamentul este mai greu și numărul bolnavilor vindecați scade. Fistula se infectează secundar bolnavi prezintă febră vesperală mai mult sau mai puțin mare, din legătură cu gradul infecțiuni, fistula devine atonă. Fața este palidă starea generală proastă. Bolnavul moare prin degenerescență amiloidă ale ficatului, prin casexie. Deaceia trebuie să evităm deschiderea abceselor și infecțiunea secundare. La o fistulă infectată și vindicarea este posibilă, dar se face greu și după un tratament lung. Apariția abceselor mai ales aceloră, cari în urma tratamentului grășit sau nefăcut la timp s'au fistulizat îngreunează foarte mult evoluția acestei perioadă a coxalgiei și mărește suferințele bolnavului. Simptomele toate descrise mai sus caracterizează coxalgia în perioadă de stare și ne permit cu ușurința stabilirea diagnosticului precis.

### *Perioada III-a*

Este caracterizată prin alterațiuni anatomice grave ale suprafețelor articulare și frequent prezintă alterațiuni și înafară de articulație, în părțile moi. Perioada această totuși nu este fatală pentru bolnav. Este întrebare când ajunge-o coxalgia în perioada III-a? Coxalgia ajunge în această perioadă, dacă starea generală este proastă, bacilul Koch este destul de virulent și tratamentul este imperfect sau bolnavul de loc nu este tratat.

Bolnavul în această perioadă prezintă o atrofiă considerabilă a membrului bolnav comparat cu membrul sănătos respectiv, este retractat atât la genunchiul, cât și sold. Genunchiul și maleolele membrului bolnav nu sunt la acelaș nivel cu geniunchiul și piciorul sănătos. Piciorul membrului bolnav se găsește anormal apropiat de piciorul sănătos sau repausează pe el sau îl încrucișează complet.

Triunghiul lui Șcarpa pare strâmtat. Plica genitorurale este situată mai profund decât la partea opusă

Marele trochanter depășește în sus linia lui Nélaton-Roser, în starea normală marele trochanter se găsește pe această linie.

Alterățiunile osoase și articulare se manifestă în această perioadă prin atitudini vicioase, scurtări, luxațiuni și subluxațiuni patologice.

*Atitudinea vicioasă* în această perioadă se caracterizează de obicei prin aceea, că membrul din abducție cu rotație externă trece în adducție cu rotație internă. (Vezi statistica.) În statistica mea am găsit 7 cazuri cu abducția în rotație înafară și 15 cazuri cu adducție și rotație internă. În urma acestei atitudini vicioase se reproduc scurtări a membrului, datorită flexiunii și adducțiunii. Mechanismul acestor scurtări are 3 factori, și anume: atitudinea vicioasă în adducție, ascensiunea capului femural micșorat prin leziuni tbc. și atrofia scheletului. Din combinațiunile variate ale acestor 3 factori, rezultă diferite forme și grade de scurtări.

*Luxațiuni patologice.* Afară de luxațiuni spontane în faza de debut, la copii de obicei avem subluxațiuni. În coxalgie aceste deplasări se produc aproape totdeauna în sus și îndărăt în fosă iliacă externă (Vezi statistica). În statistica mea am găsit 6 luxațiuni în sus și înapoi și 4 luxațiuni ant. sup. și 1 luxațiune internă. Articulațiunea este deformată prin relieful marelui trochanter, situat mai sus și mai îndărăt, decât pe partea sănătoasă. Pentru a afirma o luxație adevărată mai avem nevoie de simptomul patognomic, adică capul femural să fie așezat dedesubtul muschilor fesieri, ceea ce se poate recunoaște prin palparea atentă. Cu cât subluxația este mai considerabilă, cu atât evoluția către o anchiloză e mai dubioasă și șlim, că în adevăratele luxațiuni nu există decât o tendință foarte slabă la anchiloză. Luxațiunile și subluxațiunile au totdeauna consecințe grave, pentru că, din punct de vedere funcțional în abducția membrului se așează capul femoral înapoia axei de susținere și dă naștere la condițiuni proaste pentru statul în picioare și mai ales pentru mers.

Afară de deplasări post. sup., cari propriu zis au interes practic, luxațiunile directe în sus, adică intrapelviane, sau obturatrice în jos sunt excepționale și atitudinea ce produc nu diferă întru nimic de cele ale luxațiunilor traumatiche. Uneori nu există nici luxații, ci o simplă ascensiune a femurului în cavitatea cotiloidă mărită cece constituie pseudoartroza intracotiloidiană alui Ménard.

Bolnavul poate se vindeca în această perioadă prin anchiloză.



## ***Diagnosticul diferențial***

Acuze de dureri în articulația coxofemurală le întâlnim zilnic în vârsta tânără.

Stările patologice a colului femoral, cunoscute sub numele de coxavara sau coxum-flexum a lui Gangolphe se vor distinge de coxo-tuberculoza prin lipsa de flexune și a lordozei compensatoare.

Artritele infecțioase au un debut acut, dramatic o evoluție rapidă și se termină de timpuriu prin anchiloză. La indivizi tineri, unde luxațiunile patologice de origină infecțioasă nu sunt rari, majoritatea acestor artrite respectă scheletul. Trebuie să mai amintim osteomieliță acută coxofemorală. La început simptomele inflamației sunt cu totul diferite unui proces tuberculos: mai târziu anchilozele puseurile sub acute, recidivele cu un caracter liniștit se vor distinge de coxotuberculoză prin hiperplasie osoasă, prin scurțarea adeseori enormă a femurului, ieșirea secheștelor prin fistulă și lipsa timbrului tuberculos a stării generale.

Coxalgia histerică alui Brodie este uneori foarte greu de stabilit. Ea obvine mai ales la femei în timpul pubertății. Debutul este brusc atitudinile vicioase în adducție sunt primilive. Dureri au un caracter superficial, turburările sensibilității cutanate ne fac să excludem coxotuberculoza. Complectarea diagnosticului se face prin examenul radiologic.

*Luxațiunea congenitală coxofem.* Se poate confunda cu coxotuberculoza mai mult la prima vedere. Anamneza, examen minușios și radiografia ne ajută mult la stabilirea adevăratului diagnostic. Nové-Josserand ne atrage atențiunea asupra faptului că un proces tuberculos complică foarte rar luxațiunea congenitală. Explicațiunea e următoare: În luxația congenită precum insistă Prof. Ombrédanne avem a aplazie regională, vascularizația artic. este slab reprezentată; ori bacilul lui Koch se desvolta acolo unde avem



a vascularizație bogată (congestii, hiperemii).

Trebue să fim atenți să nu confundăm durerile iradiante și abcesele unei *tbc sacrocoxale* sau *morbil lui Pott* cu a coxotuberculoza; deasemenea să nu ne oprim la genunchiu în caz de coxalgii fără a examina cu atenției artic. soldului.

Examenul complet și metodic al mișcărilor în articulațiunea coxofemorală ne pun pe calea adevăratului diagnostic.

*Fistule de origina apendiculară* cu atitudini în flexiuni se aseamănă uneori unei coxotbc fistulizate. Atitudinea vicioasă însă este bilaterală și modul debutului precum și examenul fosei iliace ne arată adevăratul diagnostic.

Diagnosticul diferențial este mai delicat între coxotbc și a tuberculoza juxtă-coxală, adică procesele tuberculoase ale pubisului, ischionului, trochanterului, colului femoral așa numitele para-coxalgii.

Aici vom găsi aceleași atitudini vicioasă, aceleași fistule și aceiași claudicațiune. Aici radiografia ne face mari servicii și ne arată adevăratul focar al maladiei. Deasemenea și punctele dureroase vom fi extraarticulare și prin sondarea fistulelor în mod foarte atent vom putea stabili punctul lor de plecare.

La început coxo tbc. poate fi confundată cu o maladie recent descrisă de Legg și Calvè (1910) și numită azi Osteocondrită deformantă infantilă sau boala lui Legg-Calvè. Prin evoluția ei mai scurtă ameliorările evidente după câteva săptămâni sau luni de repaus și mai ales prin aspectul radiografic tipic aceasta nouă boală numită de Calvè și pseudo coxalgia sau coxa plana se poate ușor diferenția de adevărată coxalgia.

Rheumatismul articular are un debut acut și este caracterizat prin multiplicitatea articulațiilor interesate. Infecțiunea gonococică: dă loc foarte rapid unei atitudini fixe și unui anchiloză cum a făcut observațiuni Gangolphe.

*Sifilis al artic. soldului.* Artropatia heredo-sifilitică a soldului publicată în Revue d'orthopedie în 1897 de către Kirnison și Jacobson. Extremitatea sup. a femurului este considerabil mărită. Este caracterizat prin absența durerilor. În antecedente găsim leziuni sifilitice cutanate. Simptomele osoase și cutanate dispăre după un trat specific.

## ***Evoluția și prognosticul coxalgiei***

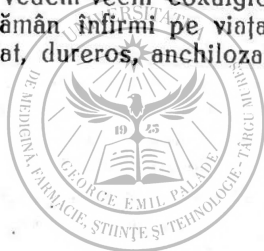
Coxotuberculoza este întotdeauna o boală foarte lungă. Vindicări clinice mai curând de doi ani sunt excepționale sau aparente. De obicei durata vindecării este de patru-cinci ani, în caz de bună îngrijire. Coxotuberculoza are uneori un mers rapid, iar în unele cazuri e foarte lentă. Coxalgia cu evoluțiune lentă poate se rămâie staționară luni întregi și un tratament de câteva săptămâni o ameliorează așa de mult încât pare a fi vindecată și bolnavul poate să umble. Formele rapide se caracterizează prin brutalitatea și intenzitatea simptoamelor de debut. Durerea este foarte pronunțată și contracturile imobilizează bolnavul dela început. În anul al doilea se produc abcese și deplasările. Debutul alarmant încă nu înseamnă o evoluțiune gravă, deoarece un debut alarmant poate să aibă evoluțiune lentă și o vindecare cu mult mai favorabilă, decât cazurile cari au debut insidios și lent.

Insis'ăm din nou asupra faptului, că în decursul coxotuberculozei avem adesea recăderi și recidive: în realitate aceste accidente nu sunt altceva, decât etape normale ale unei afecțiuni despre care credem pe nedreptul, că e vindecată și care continuă să progreseze prin puseuri succesive.

Prin urmare, în pronunțarea prognosticului trebuie să fim totdeauna rezervați, atât asupra duratei maladiiei, cât și asupra modului de vindecare. Atâta este cert, că prognosticul va fi cu atât mai favorabil, cu cât tratamentul va fi mai precoce și mai riguros. Fistulizarea și infectarea, consec. a focarelor sau abceselor reci întunecă mult rezultatul final. La fel și sediul leziunii este de mare importanță, pentru că — de exemplu — leziunile cotiloidiene dau o mortalitate de trei ori mai mare, decât leziunile femurale. La fixarea unui prognostic trebuie să ținem cont

de starea generală a bolnavului, de rezistența lui. O generalizare viscerală, degenerescențele amiloide au totdeauna un sfârșit tragic. Prognosticul funcțional al coxalgiei variază foarte mult.

În marea majoritatea a cazurilor vindecarea coxo tbc. se face prin o anchiloza, de obicei fibroasă, mai rar osoasă. De aceea în tratamentul acestei boale, anchiloza articulației, în poziție bună (extenziunea) constituie țelul de atins. Cu perfecționarea metodelor de tratament, grație mai ales helioterapiei la munte sau la mare. S'au obținut vindecări clinice cu păstrarea mobilității artic; așa încât astăzi nu anchiloza trebuie să fie idealul de atins, ci vindecarea cu păstrarea mobilității articulare. Această însă reclamă mari sacrificii și cheltuală materiale, permise numai celor bogați. Pentru marea masă a coxalgicilor săraci, tot anchiloza în poziție bună rămâne de realizat. În majoritatea cazurilor bolnavul rămâne cu claudicațiuni, însă în unele cazuri articulațiunea coxo-femorală rămâne dureroasă, iar în alte cazuri se formează o anchiloză solidă așa zicând definitiv vindecată. Astfel vedem vechi coxalgici făcând chiar sport, iar o alte serie rămân infirmi pe viața lor întreagă, având un membru atrofiat, dureros, anchilozat sau scurtat.



## **Tratamentul coxalgiei**

Tratamentul coxalgiei se împarte în două părți: *I. tratamentul general* al bolnavului și *II. tratamentul local*; unul completează pe altul și ne asigură, succesul mai repede, decât atunci, când bolnavul este tratat numai local.

*Tratamentul general* privește:

1. Alimentația și igiena.
2. Tratament medicamentos.
3. Helioterapia și aeroterapia (climatoterapia).

1. Alimentația și igiena. Necesitatea unei supraalimentații în cazuri de tuberculoza osoasă și articulară este tot așa de justificată ca și în alte manifestațiuni clinice ale tuberculozei.

Bolnavul trebuie supraalimentat, sporind în felul acesta pe de o parte toate funcțiunile biologice ale organismului, iar pe de altă parte măbind puterea lui de rezistență față de infecție și puterea lui de eliminare a toxinelor, prevenind intoxicația și casexia.

Fără de apetitul scăzut al bolnavilor din cauza imobilizării, la care sunt supuși, bolnavii e bine să fie expuși pe un timp lung la aer liber ziua, li se aerează cât se poate mai bine camera ziua și noaptea, și e bine ca măcar un geam să rămână deschis. Prin administrarea diferitelor excitante digestive se veghează, ca principiul de supraalimentație să fie satisfăcut într'un mod sau altul la fiecare bolnav cu coxalgie. Supraalimentația trebuie înțeleasă în sensul unei alimentație cât mai substanțiale așa că sub un minimum de volum bolnavul să ingerese alimente cât mai nutritive. Lăptăriile, ouăle, făinoasele, untul, carne proaspătă sunt utile. Trebuie evitate și supraalimentația exagerată, care obosește repede stomacul și ficatul. Desigur, că toate prescripțiunile igienice trebuiesc aplicate cu rigurozitate. Camera bolnavului să fie spațioasă, bine luminată de soare uscată, ușor de aerisit, ferită de praf și cât mai simplu mobilată.

Neputând prin substanțe medicamentoase a nimici agentul patogen, sau a-l face inofensiv trebuie să recurgem la alte mijloace pentru a ajunge la acelaș rezultat, care singurul poate asigura vindecarea.

2. *Tratamentul medicamentos.* Va avea de scop ca să mărească rezistența țesutului osos, redându-i substanțele cari îi lipsesc și-l fac mai puțin rezistent, sau cari dispărând în urma infecției tuberculoase împrejurul focarului, permit propagarea procesului distructiv.

Bazat pe aceste considerațiuni pe de o parte și pe observațiuni clinice pe de altă parte — sunt 2 substanțe medicamentoase întrebuițate cu succes și în Clinica Chirurgicală în majoritatea cazurilor de coxalgie și mai ales la bolnavi, fineri.

*Oleul de pește și clorura de calciu.* Intrebuițarea oleului de pește bogat în vitamine liposolubile și în fosfor cari facilitează fixarea sărurilor de calciu și fier la nivelul sistemului osos, e pe deplin justificată în cazuri de leziuni osoase și în coxalgie în special.

În cece privește clorura de calciu: În o serie de cercetări făcute în Clinica Chir. dl As. Dr. Mitrea a arătat că în 31.4% a cazurilor de tbc. chir. e o hipocalcemie. Calciterapia intravenoasă (10 cm. sol 10% Ca Cl<sup>2</sup>) dă ameliorări în tbc. chirurg. incipiente; în cele avansate însă nu dă rezultate satisfăcătoare. Intrebuițarea acestor substanțe poate ușura mult evoluția coxalgiei spre vindecare.

3. *Helioterapia.* Poate nicăiri nu are indicația așa de justificată, ca la tuberculoza osteo-articulară. E destul să amintim, că chiar fără aplicarea tratamentului local numai prin helioterapiă, s'a văzut cazuri de fistule, cari s'au închis, abcese rezorbționate, procesele active osoase reduse și oprite în desvoltarea etc.

Helioterapia trebuie făcută în aer liber. Ea are cele mai bune efecte în stațiunile de plajă marină sau în unele stațiuni de munte bine expuse la soare și ferite de curenți. Astfel sunt renumite în toată lumea ca stațiuni marine: Berck sur Mer (Franța), Lido di Venezia (Italia). La noi Tekrghid, Agigea, Mamaia, Budachi.

Ca stațiuni de munte sunt faimoase: Leysin, Davos (Elveția), Semmering (Austria), Cortina d'Ampezzo (Italia). La noi încă avem localități de munte numeroase și buna pentru acești bolnavi, dar nu sunt încă bine puse în valoare.

Bolnavi cu leziuni pulmonare debili, nervosi, vor beneficia mai mult de clima de munte, celalalți la mare.

Cu orice medicație helioterapia are o posologie anumită și va fi făcută metodic și progresiv după regulile

bine stabilite de Rollier și asupra căruia Dl. Prof. Iacobovici a insistat în repetiția rânduri.

Iarna lampa de quartz (producătoare de raze ultraviolete) rămâne să înlocuiască soarele natural și va fi administrat bolnavilor mai ales acelor, cu abcese și fistule. Aplicarea aparatului gipsat nu oprește întrebuintarea tratamentului helioterapic, fiindcă va putea să fie făcut prin ferestre, ceace și în Clinică se face. Tratamentul biologic cu injecțiuni de tuberculina Koch, încercat altă dată pe o scară întinsă, n'a dat rezultatele așteptate așa că azi e ingenere părăsit.

În fine exploatând toate aceste metode de tratament general, vom recurge în acelaș timp la tratamentul local, care diferă după stadiu în care bolnavul cu coxalgie apelează la ajutorul medical.

*II. Tratamentul local.* Se imparte în 2. *I. tratamentul chirurgical propriu zis sau operator* — îndepărtarea focarului infecțios — intervenție rară și la care se recurge în ultimul moment în anumite cazuri.

*II. Tratamentul conservator (ortopedic).* Cel mai deseori aplicabil. În tratamentul osteo-artritelor lbc., repausul cel mai complet al regiunii bolnave e factorul local de căpetenie pentru vindecare. Repausul se obține prin imobilizarea părții bolnave.

Imobilizarea în coxalgie, ca și în alte osteo-artrite bacilare, poate se face făcută prin mijloace multiple: cu a) tracțiunea continuă, b) diferite aparate orthopedice c) aparat gipsat.

a) Tracțiunea care trebuie ajutată și de contra tracțiune este greu de supravegheat și mai ales e plicisitoare pentru bolnav.

b) Aparatele ortopedice bine adaptate, făcută în fiecare caz în parte, după măsură, au acțiune bună, însă aproape nici odată nu îndeplinesc rolul lor de a imobiliza continu și complet articulație, fiind așa ușor demontabile, cum sunt, ele pot fi ridicate, de bolnav imediat după trecerea fenomenelor acute și efectul după imobilizare de luni de zile se nimicește în câteva zile când bolnavul abuzează de libertatea lui.

Bazându-se pe aceasta considerațiuni, Clinica din Cluj nu întrebuintează pentru imobilizare, decât aparate gipsate cari singure sunt în stare de a garanta o imobilizare continuă și desăvârșită. Și-a obținut astfel ameliorări în 63% (Vezi statistica).

Bolnavul se așează complet desbrăcat pe o masă specială. În cazul de redrăsări, se întrebuintează narcosa

aplicând aparatul gipsat dela ombilic până la degetele picioarelor cu membrul inf. în extenzie. În cazuri, unde este indicată helioterapia, la nivelul articulației coxo femorală se face o fereastră.

*Tratamentul diferă după fiecare varietate a coxalgiei și anume:* 1. Fără deviațiuni. 2. Cu deviație. 3. Abcedate. 4. Fistulizată. 5. Coxalgie durabilă timp îndelungat (sans fin) 6. Coxalgie vindecată cu scurtare anchiloza sau luxație.

1. *Fără deviație.* Aci încadrăm cazurile de  $10^{\circ}$ — $15^{\circ}$  de fără deviațiuni sau cu deviațiuni maxime de  $10^{\circ}$ — $15^{\circ}$  de flexiune sau abducție și fără dureri spontane.

Vom prescrie bolnavului repaos în decubit dorsal timp de 8—10 luni. Vom interzice bolnavilor cu desăvârșire mersul. În clasa muncitorilor și oamenilor săraci acest lucru nu este totdeauna posibil și mai ales fiind ca un copil de exemplu nu vrea să stea în pat în timp așa de îndelungat, vom fi siliți să permitem mersul. Natural că vom imobiliza articulațiunea coxo-femorală printr'un aparat gipsat care merge dela ambilic până la degetele picioarelor. Lorenz aplică în familii inteligente o extensiune continuă și are rezultate foarte frumoase. Rezultatul definitiv este adeseori foarte mulțumitor, adică chiar și restituija ad integrum cazuri neglijate vor face evoluțiunea nefostă care durează ani. Vom declară bolnavul ca vindecat, dacă dintre 6 până la 8 luni numai are nici dureri spontane nici la presiune.

2. *Coxalgie cu deviație.* Coxalgie în plină evoluție cu o deviațiune mai mare decât  $20^{\circ}$ , dureri scurțări sau alungiri ale gambei. Tratamentul constă în redresare în mai multe etape cât se poate sub anastezie generală. Rezultatul funcțional în această cazuri va fi articulațiune rigide dar pe cât se poate în bună poziție. Aparatele gipsate le vom schimba tot la patru luni. Tratamentul va dura încă șase luni după dispăriție durerilor. Trebuie se ținem cont că și după această perioadă există tendință de deviație.

3. *Coxalgia cu abcese.* În 50% dintre cazurile de coxtuberculoză se produc abcese. Copii cu o stare generală proastă și cari umblă, sunt acei cari prezintă mai frequent abcese și anume la unul sau doi ani după debutul simptoamelor clinice. Apariția lor este anunțată prin dureri, temperatură și starea generală proastă. Vom palpa cu a ențiune regiunea plicei în căutarea abcesului. Abcesul este indiciul unei coxalgii de o formă serioasă. Scurtarea este în aceste cazuri un minimum de 3 centimetri. Durata acestei coxalgii poate să ajungă și zece ani. Vom trata abcesele prin puncții, prin țesut sănătos, pentru evitarea fistulizării, și vom înjecta substanțe modificatrice,



soluțiunile Calot, glicerină sau ether iodoformat. Cantitatea depinde de mărimea abceselor, nu va trece însă de 5—10 cmc.

4. *Coxotuberculoza fistulizată*. O coxotuberculoză bine tratată dela început, de regulă nu ajunge la fistulizări. Dacă fistula este recentă și încă nu prezintă semnele unei infecțiuni secundare, atunci prognosticul este destul de bun, o infecție secundară a fistulei are ca consecințe totdeauna un prognostic grav. Tratamentul constă din curățirea regiunii din jurul fistulei prin bensiună iodată, din pansamente aseptice și dacă bolnavul prezintă temperatură, suntem nevoiți să drenăm cavitatea abcesului. Ne vom obține dela orice intervenție la aceste cazuri infectate pentrucă ușor se poate produce o septicemie fatală. Unii autori tratează fistulele injectând în ele o pastă cu baza de Bismut (Beck), Helioterapie și lampa de Quartz ajută foarte mult uscarea și închiderea fistulelor.

3. *Coxalgie durabilă timp îndelungat (sans fin)*. Aceste cazuri prezintă dureri din timp în timp. Bolnavul umblă puțin, lucrează câteva zile și pe urmă e nevoit să stea la pat uneori câteva săptămâni. Sunt cazuri de aceste cari durează 10 și chiar 12 ani. Acestor bolnavi vom aplica un aparat de mers cu articulațiunea genunchiului mobilă, iar peste noapte îi vom face extensiune. Mai demult se recomandă resecțiuni largi ale coxo-femoralei; acest lucru însă este o sabie cu două tăișuri, deoarece adeseori se produc fistule sau se pot infecta și pot să prelungească boala sau s'o agraveze în mod considerabil și chiar fatal.

6. *Coxotbc vindecată însă cu scurtare, anchiloze sau luxație (sechele)*. Vindecarea în aceste cazuri s'a făcut cu câțiva ani înainte. Uneori vom găsi o simplă redoare a articulațiunei, aici nu avem de făcut nimica, în cazurile însă când există o deviație mare, vom interveni nu pentru a mobiliza articulațiunea, ci pentru a căpăta o anchiloză în bune condițiuni. Dacă scurtarea este datorită uzurei capului femoral, atunci nu putem face altceva, decât să recomandăm o gheață cu focul mai înalt. Dacă însă scurtarea este datorită unei dislocări a capului femoral, luxație patologică, atunci vom aplica tratamentul chirurgical, vom face resecție întrucât ne este posibil. Anchilozele pot să fie incomplete sau complete. Cele incomplete le vom trata prin simple redresări și tenotomii. Dacă anchiloza este completă și în poziție vicioasă atunci vom face o osteotomie subtrochanteriană sau intertrochanteriană.

Luxațiunile au un tratament f. dificil, totdeauna vom putea corecta flexiunea și adducția concomitentă, iar dacă



capul femoral este distrus, atunci vom așeza extremitatea sup. a colului femoral în cotil formând cu el articulațiunea.

**Tratamentul sechelelor coxalgiei.** Aceasta chestiune a fost larg discutată în al VIII.-a Congr. al Soc. Fr. de Ortopedici din Paris.

Paul Mathieu în raportul său ajunge la concluziile următoare :

**Anchilozele complete.** Anchilozele complete n'au nevoie de tratament atunci, când se produc în poziție bună (extensie). Când ele sunt solide, indolare, indeformabile, ele permit mersul în condițiuni satisfăcătoare. O operație în cazurile acestea poate să ducă la redeșteptarea focarelor tbc.

**Anchilozele complete în poziție vicioasă** trebuie să fie operate și osteotomia subtrochanteriană oblice este operație de preferate.

**Anchilozele incomplete.** Coxalgia cu păstrarea mobilități sunt mai dese, după ultimul aparat gipsat. În caz de pseudoartroza intracotiloidane artrodeza ajută mult. În caz de pseudoartroza extracotiloidiană (luxațiuni patologice), problema terapeutică greu de rezolvat.

1. Dacă pseudoart. indoloră și puțin mobilă, nici o intervenție nu trebuie făcută.

2. Dacă pseudoart. este indoloră și f. mobilă osteotomie cu sprijin pelvian operațiuni destinate a restabili suportul pelvian al femurului creind în acest fel un acoperiș osteo-plasic sunt preferabile.

3. Dacă pseudoart. este dureroasă, fixația femurului la basîn este indicată prin o operație analoagă cu artrodeza.

**Technica artrodezei.** Autorul distinge 2 feluri de tehnici: 1. artrod. intraarticulare și 2. artrod. extraarticulare.

1. **Artr. intraarticulară** a fost practică de Albee, Rogers et Peabody, Brackett (America), Fasell, Nové-Josserand și Tavernier (Franța).

2. **Artr. extraarticulară.** Este preferată de autorul care a adus și o perfecțiune a tehnicei. El se încredinșează artr. intraarticulară că deschide vechi focare coxalgice că ea cauză a face sudură unor extremități osoase cu osteogeneze redusă și că această sudură nu a fost obținută în cazuri de artr. intraartic publicată. Din discuțiunile urmate acestui raport rezultă că acești 2 tehnici precum și a treia: osteotomie cu sprijin pelvian, au indicațiunile lor proprii. Timpul va arăta avantajele și desavantajele fiecăreia. (Nové-Josserand.)

În cazuri de coxalgia bilaterale, anchiloza în extensie sau în flexiune, de ambele părți constituie o adevărată invaliditate imobilizând pe bolnav. Anchiloza în extensie de

o parte și mobilitate de cealaltă parte este o combinație mai favorabilă din punct de vedere funcțional (Mathieu.)

Vom fi deci puși în situația de o artrodesă în bună poziție extensie sau de a mobiliza operator o articulație coxalgică anchilozată în poziție vicioasă.

Asupra mobilizării chirurgicale (artroplastie) a unui șold coxalgic Mathieu arătând riscurile multiple ce comportă această operație se arată cam sceptic asupra indicațiilor și rezultatelor ei.

Alți autori au făcut însă, astfel Baer (Ballimon) a mobilizat 27 șolduri coxalgice interpunând o membrană de vesica de porc cromată, și a obținut uneori rezultate bune (74%).

Alegerea cazurilor însă trebuie făcută cu foarte mare circumscripțiuni.

În coxalgiciile asociate și cu alți localizări tbc. osteo-articulare sau viscerale, tratamentul general și local va fi conceput și aplicat în raport cu acești mulți localizări.

Este ușor de înțeles că mai ales în astfel de cazuri tratam. general capătă o importanță capitală.



Etatea în anii	Anteced.	Durata boalei	Cauza și debutul	Poziția	Luxat, subluxat, pozit. vicioasă	Fistule abcese și propagația	Exam. R. X.	Tratament.	Rezultate
40	Mama și soția tbc	5 ani	tbc pulm.	—	—	abces	—	aparat gipsat	satisfacător
34	—	6 luni	insidios	—	—	—	—	aparat gipsat	ameliorată
20	—	1 an	insidios	mișcări active și pasive imposibile	—	—	—	aparat gipsat	ameliorată
26	—	2 ani	Morbul Pott	rigiditatea	—	abces	—	extensie aparat gipsat	ameliorată
12	—	2 ani	traumat.	rigiditatea	luxație în sus și înapoi	—	acet. stâng distrus.	extensie aparat gipsat	ameliorată
17	—	6 luni	debut brusc	ușoară jena	subluxație în sus	—	contur cap. fem. neregulat linia interart. ștersă	extensie aparat gipsat	ameliorată
9	mama tbc	1 an	—	flexiunea rotație înafară abduct.	—	—	—	aparat gipsat	—
16	—	1 an	—	jena	—	—	coxotub.	aparat gipsat	—
27	—	1 ani	—	jena	—	—	coxotub.	aparat gipsat	—



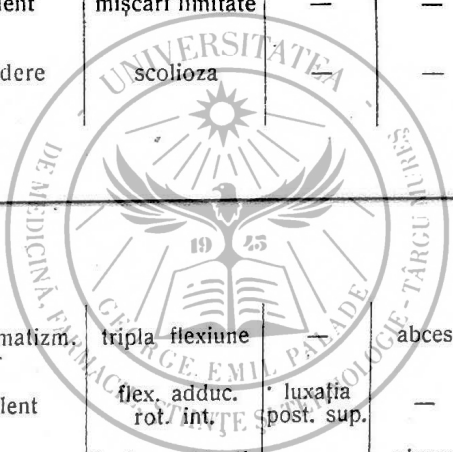
16	—	5 ani	traumat.	—	—	—	—	—	nevindecat
34	lues	6 luni	—	jena mișcări reduse	—	—	leziuni osoase	extensie aparat gipsat	ameliorată
16	mama tbc	1 an	—	jena mișcări reduse	luxație anter. sup.	—	leziuni osoase	extensie aparat gipsat	ameliorată
28	—	6 luni	traumat.	jena mișcări reduse	—	—	—	extensie aparat gipsat	ameliorată
7	frate tbc	3 luni	traumat.	flex. rot. interna adducție	—	—	—	extensie aparat gipsat	ameliorată
9	tata tbc	3 săpt.	traumat.	jena	—	—	—	aparat gipsat	—
11	—	—	—	extensia abducție rotația ext.	—	—	—	aparat gipsat	ameliorată
11	—	—	—	—	—	—	—	aparat gipsat	—
9	—	3 ani	accident.	jena	—	—	—	aparat gipsat	—
5	—	1 an	—	flex. rot. int. adduct. lordosa	—	—	—	extensie aparat gipsat	ameliorată
21	—	5 ani	luxație	—	luxație în sus înapoi	—	capul fem. distrus	extensie aparat gipsat	ameliorată

Etatea in anii	Anteced.	Durata boalei	Cauza și debutul	Poziția	Luxat, subluxat, pozit. vicioasă	Fistule abcse și propaga- rea	Exam. R. X.	Tratament.	Rezultate
16	—	3 luni	traumat.	anchiloza flexiune	—	—	capul fem. acet. distrus	extensie aparăt gipsat	amelio- rată
8	—	1½ ani	—	flex. adduct. și rot. ext.	—	—	—	extensie aparăt gipsat	amelio- rată
15	—	4 luni	—	jena	—	—	conturul articu- lare șterse	extensie aparăt gipsat	amelio- rată
7	—	5 luni	—	jena adduct. rot. internă	—	—	—	aparăt gipsat	—
41	—	6 luni	traumat.	—	luxație	—	capul fem. distrus	extensie aparăt gipsat	—
38	lues	1 an	lent	mișcări reduse	—	—	atrofia capului acetabul nereg.	aparăt gipsat	amelio- rată
14 luni	—	—	—	—	—	—	—	aparăt gipsat	amelio- rată
3	—	3 luni	cădere	mișcări dure- roase limitate	—	—	—	aparăt gipsat	amelio- rată
3	—	1 an	cădere	mișcări dure- roase	—	—	—	extensie aparăt gipsat	amelio- rată



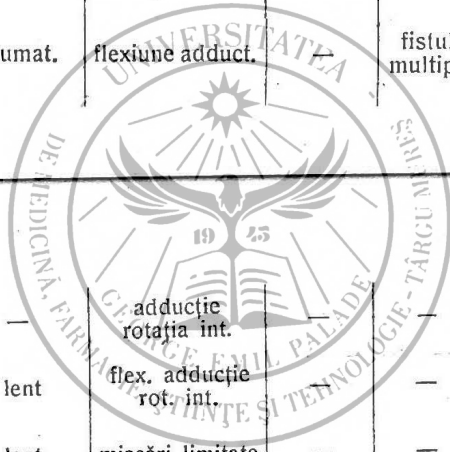
7	—	1 an	cădere	anchiloza în flex. abduct. și rot. ext.	—	—	—	extensie aparăt gipsat	amelio- rată
5	mama tbc	3 luni	—	jena	—	—	—	aparăt gipsat	—
13	—	1 an	—	—	—	abcse în teaca psoasului	—	extensie aparăt gipsat	—
10	—	—	—	anchiloza	luxație patologică sus și înepoi	—	capul fem. și acet distrus	extensie aparăt gipsat	amelio- rată
16	scarlatina artite tbc	8 luni	—	adducție și rotație internă	—	—	—	extensie aparăt gipsat	amelio- rată
11	scarlatina	5 ani	cădere	anchiloza	luxație anter.	—	—	aparăt gipsat	amelio- rată
14	difterie	4 luni	—	—	—	abcse	—	aparăt gipsat	amelio- rată
10	—	—	—	luxație	—	abcse	capul și trochan- ter distruse	incizii aparăt gipsat	moarta
16	—	5 luni	—	anchiloza în flexiune	—	—	capul atrofiat	extensie aparăt gipsat	amelio- rată
8	tata tbc. morbili	3 săpt.	—	abducție început de anchiloza	luxație	—	reacția periostală	aparăt gipsat	amelio- rată
26	febra tifoida	20 ani	—	mișcări limitate	—	—	—	refuză tratam.	—

Etatea în ani	Anteced.	Durata boalei	Cauza și debutul	Poziția	Luxat, subluxat, pozit. vicioasă	Fistule, abcese și propagația	Exam. R. X.	Tratament.	Rezultate
4½	pojar	5 sept.	lent	semifl. și rotația ext.	—	—	proces destructiv a cap. și acetab.	extensie	ameliorată
24	tbc pulm.	1 an	lent	flexiune	—	—	—	aparat gipsat	—
36	tbc	2 ani	lent	flexiunea adducție rot. internă	—	—	anchiloza	extensie	ameliorată
40	coxotub.	26 ani	—	flexiunea adducție	—	abces fistulă	—	tratament medical	—
26	pojar differie	14 ani	—	—	—	abces fistulă	proces destructiv a cotilului, capului	intervenția pentru fistula aparat gipsat	—
24	pleurezie	7 săpt.	—	jena rotație	rotația internă adducție	—	proces destructiv capului și acet.	—	—
13	—	1 an	lent	jena	—	—	îngroșare a periostului și procese osoase	aparat gipsat	ameliorată
3	—	7 luni	lent	mișcări limitate	—	—	—	aparat gipsat	ameliorată
25	pleurezie otită supur.	2 ani	cădere	scolioza	—	—	—	aparat gipsat	—



12	—	1 an	traumatizm.	tripla flexiune	—	abces	destr. osoasă conturile șterse	aparat gipsat	ameliorată
24	tifos exant.	4 ani	lent	flex. adduc. rot/int.	luxația post. sup.	—	proces destr. fractura colului	calciu chlor intravenos	ameliorată
3	tata tbc	5 luni	lent	flexiune adducție forțat	—	abces fistule	—	extensie glicer. jod.	ameliorată
33	mama tbc artrite tbc	3 sept.	—	semiflex. adduct.	—	—	—	incizia drenaj	—
26	antrite tbc	6 luni	lent	jena la mișcări	—	—	—	calciu intrav. aparat ortop.	ameliorată
10	frate mort de tbc	2 ani	lent	anchiloza	—	abces fistule	proces destr. și anchiloza	trat. intern și al fistulei	—
30	tata tbc	16 ani	lent	mișcări abolite	—	—	—	aparat gipsat calciu intrav.	ameliorată
39	—	1½ ani	lent	flexiune jena	—	abces	—	injecții cuglic. jodof. gips.	ameliorată
18	—	4½ luni	lent	flex. abduc. rot. ext.	—	—	—	calciu cl. aparat gipsat	ameliorată
4½	—	3 luni	lent	flexiune	—	—	atrofia a capului și col. conture artic șterse	aparat gipsat	ameliorată
10	—	8 luni	lent	flex. adduc. rot. int.	—	abces	—	glic. iodof. aparat gipsat	ameliorată

Etatea în ani	Anteced.	Durata boalei	Cauza și debutul	Poziția	Luxat, subluxat, pozit. vicioasă	Fistule abcese și propaga- rea	Exam. R. X.	Tratament.	Rezultate
15	mama tbc tata tbc	8 luni	lent	mișcări dureroase	—	—	capul distrus cav. cotil. asem.	aparat gipsat	amelio- rată
3 <sup>1/2</sup>	—	1 an	lent	flex. abduc. rox. ext.	—	—	atr. cap. distr. cavit. cotil.	aparat gipsat	amelio- rată
17	tata tbc 2 frați cox.-tuberc.	1 an	lent	mișcări reduse dureroase	—	—	proc. dist. a cap. și cav. cotil.	calc. chlorat aparat gipsat	amelio- rată
13	mama tbc.	6 luni	lent	rotația internă	—	—	—	—	—
4	—	1 an	lent	—	luxat post.	—	leziuni destruct.	—	—
6	—	3 ani	traumat.	adducție rotația int.	—	—	luxație post. leziuni destruct.	exten. apar. gips. pe amb. membre	amelio- rată
11	—	7 ani	traumat.	flex. adduc. rot. int.	—	abces fistule	leziuni destruct. masive	helioter. aparat gipsat	amelio- rată
17	pojar	2 ani	lent	jena	—	—	leziuni destructive	calciu chl. aparat gipsat	amelio- rată
26	variola	22 ani	traumat.	flexiune adduct.	—	fistule multiple	cont. art. compl. șterse cap. și col. distruse	chlor. de calc. Quarz.	amelio- rată



11	mama tbc	2 luni	—	adducție rotația int.	—	—	—	aparat gipsat helioter.	amelio- rată
18	—	1 an	lent	flex. adducție rot. int.	—	—	—	aparat gipsat	amelio- rată
28	—	4 ani	lent	mișcări limitate	—	—	—	calciu chl. aparat gipsat	amelio- rată
26	—	1 an	lent	jena	—	—	—	—	—
13	rugeola	1 an	lent	mișcări dimi- nuate jena	—	—	coxotuberc. incipienta	Quarz. cal. ch. aparat gipsat	amelio- rată

## Concluziuni

Din examinarea cazurilor studiată aici precum și din studiul literaturi asupra acestei chestiuni putem formula următoarele concluziuni:

1. Coxalgia (coxo tbc.) este o boală foarte frecvență survenind mai ales în vârstă tânără, copii și adolescenți ea vine cu frecvență imediat după morbul lui Pott, Desvoltarea, vascularizația și funcția artic coxo-femorale favorizează localizarea bac. Koch la acest nivel traumatismul deasemenea.

2. Coxalgia este o boală gravă, prin lungă ei durată, prin leziunile destructive locale, complicațiunile și tulb. generale ea slăbește pe bolnav, îl lasă înfirm și-l poate duce la moarte. De aceea prognosticul nostru trebuie să fie totdeauna prudent și rezervat.

3. Diagnosticul precoce are o importanță capitală, căci el comandă tratamentul precoce care bine făcut poate da vindecări clinice rezezi și bune. De aceea examenul unui bolnav suferind de șold trebuie făcut cu cea mai mare minuțiozitate repetat și complectat cu toate mijloacele și probele capabile să ne apropie de adevăratul diagnostic. In faza incipientă radiografia nu ne poate spune mare lucru. Numai când începe atrofia dă semne sigure.

4. Odată pus diagnosticul, vom institui un tratament riguros general și local. Tratamentul general având ca bază: igienă, supraalimentație, fortifiante și mai ales helio și aeroterapie la munte sau la mare după cazuri. Tratamentul local va urmări să pună artic într'un repaos complect și în bună poziție ceace se poate obține prin extenzie continuă aparate gipsate, aparate ortopedice.

Pentru marea majoritate a bolnavilor, de condițiuni sociale inferioare, gipsul oferă mijlocul cel mai practic și mai eficace de mobilizare. Apararatele gipsate bine făcute, în poziție bună, ținute timp suficient și schimbate după evoluția fiecărui caz, asociate cu un tratament ge-

*neral bun, ne pot da rezultate salisjăcătoare așa cum se obțin în Clinica chirurgicală din Cluj, unde se aplică acest tratament. Operațiile chirurg. sunt indicate numai în acele cazuri, cari lasă sechele pentru a restabili măcar în parte condițiile de statică și dinamică utile pentru artic alinsă.*

*Văzută și bună de imprimat :*

Decan

Prof. Dr. Mihail A. Botez

Președintele tezei

Prof. Dr. I. Iacobovici





## Bibliografie

- Prof. Iacobovici*: Propedeutica chirurg. Cluj 1927.  
*Ombredanne*: Pécis de chirurgie infantile.  
*S. Vignard*: Artrites tuberculeuses 1926.  
*Calot*: L'orthopedie indispensable.  
*M. Denucé et M. Nové Josserand*: Chirurgie du crâne, du rachis du torax du bassin et des membres orthopedie 1913.  
*Dr M. Mitrea*: Calciul și calciterapia 1927.  
*Prof Dr V. Babeș*: Anat. pat.  
*Testut*: Traite d'anat. humaine.  
*Vlădescu V.*: Diagnostic radiolog. in coxo fbc. Teză București 1926.  
*Gangolphe*: Artrites tuberculozes.  
*Ménard*: Etude sur la coxalgie Paris (1907).  
*A. Finzi*: Les luxations antérieures de la coxalgie. Teza 1926.  
*Ducroquet C.*: Traite de therapeutie orthopédic Paris 1904.  
*Oelecher*: Die Knochentuberkuloze und ihre Behandlung.  
*Presse Médicale*: anul 1905, 1906, 1907, 1926—27.  
*Sorrel*: Les fbc. osteo-articulaires, Paris, 1926.  
*P. Mathieu*: Rapport au VIII. congres fr. d'ortho pedic, Paris oct 926.  
(In discuție: Tavernier, Lance, Sorrel, Nové Josserand).  
*König*: Die Knochentuberkulosa.  
*Rollier*: Heliotérapie (1926.)  
*Calvé*: Traitement des fbc. oseuses. Journal medical francais.  
*Baer*: L'arthroplastie dela hanche. Journal de chirurgie.  
*Kiss*: Die Behandlung der Knochentuberkulose.