

Fracturile izolate ale apofizelor transverse

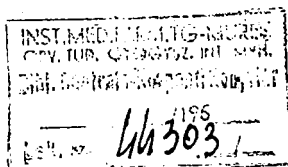


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 1937

DE

CORCHEȘ LONGHIN

MEDIC AUXILIAR LA SPITALUL CENTRAL DIN ORADEA



23 MAY 2005

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I”, CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ**

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL

Profesori:

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacterologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Buzoianu G.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare }	" "	<i>Kernbach M.</i>
Medicina legală	" "	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia	supl. "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă	Prof. "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană	" "	<i>Benedato</i>
Balneologie	" "	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică	" "	<i>Țeposu E.</i>
Clinica biologică	" "	<i>Manta</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasiliiu T.</i>
Chimie	Agr. "	<i>S. Secăreanu</i>
Fizică	Conf. "	<i>N. Bărbulescu</i>

JURIUL DE PROMOTIE

Președinte:	Domnul Prof. Dr. <i>D. Negru</i>
	Domnul Prof. Dr. <i>Al. Pop</i>
Membri:	" " " <i>G. Buzoianu</i>
	" " " <i>M. Kernbach</i>
	" " " <i>T. Vasiliiu</i>
Supleant:	Domnul Doc. Dr. <i>Tr. Popoviciu</i>

FRACTURILE IZOLATE ALE APOFIZELOR TRANSVERSE

INTRODUCERE

Fracturile izolate ale apofizelor transverse lombare — sau anatomic vorbind, ale apofizelor costiforme — multă vreme au rămas necunoscute.

Înainte de era radiologică, această afecțiune forma o raritate, iar diagnosticarea ei, imposibilă; numai prin autopsie sau cu ocazia unei intervenții chirurgicale, putea fi depistată. Prima observațiune datează din 1891, când *Kalthoener* găsește o apofiză transversă fracturată și cu fragmentul osos detașat și necrozat, la un individ mort în urma unui flegmon a regiunii lombare; al doilea caz e al lui *Gostinsky* (1897), care găsește o apofiză transversă necrozată, într'un abces lombar posttraumatic; ultimul caz e descris de *Thommen* în 1902, la un individ mort din cauza unei peritonite traumatice cu perforație intestinală.

Odată cu descoperirea și perfecționarea metodelor de explorațiune radiologică, diagnosticarea acestei afecțiuni se putea face „intra vitam”. Primul diagnostic a fost făcut de *Alban Köhler* în 1906. După această dată, diagnosticurile se înmulțesc. În 1921, *Niedlich* publică 62 de cazuri; în 1921, *Schinz* mai publică 16 cazuri, iar în 1927, *Schiessel* publică 23 cazuri, observate în interval de 7 ani, în spitalul din Aachen. Deci în 1926, literatura germană posedă 99 cazuri, la cari trebuiesc adăugate alte 21 cazuri din literatura franco-americană. Iar în timpul din urmă, mai ales în ultimul deceniu, cazurile de fracturi izolate ale apofizelor transverse, încep să devină relativ destul de frecvente.

Totuși anumite puncte rămân obscure încă în istoricul acestor fracturi. Evoluția lor anatomică, des-

tinul ulterior al fragmentelor apofizare detașate, sunt rău cunoscute. În orice caz, această afecțiune constituie o raritate și interesează și prin faptul că mecanismul de producere e insuficient elucidat, iar acum după război, în epoca asigurărilor sociale, are o importanță ce nu trebuie nesocotită.

MECANISMUL DE PRODUCERE ȘI ETIOLOGIA

Cele mai dese fracturi le aflăm în regiunea lombară, așa că atunci când vorbim de fracturile izolate ale apofizelor transverse, întotdeauna subînțelegem fracturile din regiunea lombară. Aceasta din motiv că în regiunea cervicală și dorsală, această afecțiune constituie o raritate. În această ordine de idei, *Ewald* descrie fractura celei de a 3-a apofize transverse dorsale din dreapta, *Wagner-Stolper* fractura unei apofize transverse prin armă de foc, iar *Schiessel* descrie un caz, în care a constatat fractura ambelor apofize ale vertebrei a 8-a dorsale și a apofizei drepte a vertebrei a 9-a dorsale.

Frecvența fracturilor în regiunea lombară, se explică prin faptul că această porțiune din coloana vertebrală, reprezintă partea cea mai mobilă. În regiunea cervicală predomină luxațiile, pe când fracturile sunt o raritate; în schimb în segmentul lombar, lucrurile se întâmplă tocmai invers: fracturile sunt mai frecvente, iar luxațiile excepționale (*Schinz*). Acest lucru ni-l explicăm prin faptul că în această regiune mușchii sunt cu mult mai puternici, și pot produce ușor fracturi.

Mușchii, care sunt răspunzători în mecanismul de producere al acestor fracturi, sunt: 1) *marele dorsal*, cu punctul de inserție pe apofizele transverse ale vertebrelor I—V lombare (porțiunea mediană) și pe procesele accesorii ale acestora (porțiunea laterală); *patratul lombar*, a cărui porțiune anterioară se prinde pe apofizele transverse V—II lombare, iar porțiunea sa posterioară pe apofizele transverse IV—I lombare; *psaosul mare*, cu originea pe apofizele trans-

verse lombare, de unde merg și se inserează pe marele trocanter; și *muşchii inter-transversali* dintre apofizele transverse.

Din cauza desvoltării considerabile ale acestor mase musculare, fracturile acestei regiuni se pot produce indirect, prin simplă contracțiune bruscă, involuntară. Așa ne explicăm de ce traumatismul nu e necesar să acționeze direct, ci și la distanță, ca să declanșeze o fractură a apofizelor transverse din regiunea lombară. Aflăm de altfel în literatură descrise cazuri când traumatismul a acționat la distanță, deci natura lor indirectă e indiscutabilă. Așa bolnavul lui *Tanton* „cade în picioare, având extremitățile inferioare în flexiune” și își fracturează apofizele transverse la a 3-a și a 4-a lombară de partea stângă; în cazul lui *Haglund*, fractura s'a produs când bolnavul și-a luat copilul în brațe; în alt caz, al lui *Ledoux* și *Caillods*, fractura a survenit în urma ridicării unei lăzi de 50 Kgr; iar bolnavul lui *Hoffmann* își fracturează apofiza, împingând un cărucior pe un teren înghețat.

Din aceste motive, mulți autori (*Davis*, *Hoffmann*, *Grümbel*, *Tanton*) n'au admis decât fracturile indirecte ale apofizelor transverse. În schimb alți autori (*Gudard*, *Haglund*, *Ehrlich* și *Jean*) admit că numai prin traumatism direct se pot produce aceste fracturi; întâi se produce fractura și numai în al doilea rând vine contracția musculară. Această părere a fost demonstrată practic pe un cadavru de către *Oudard* și *Jean*, cari prin traumatism direct au provocat o fractură a apofizelor transverse. Totuși, aceasta nu dovedește întru totul unica existență numai a fracturilor directe, pentrucă trebuie să luăm în considerare, că la cadavru lipsește contracția musculară, pe când în timpul vieții ea se poate produce înainte de producerea fracturii, datorită șocului extern. Uneori în cazuri de fracturi, aflăm elemente patologice în urină (albumină, hematii), ceea ce este un argument în plus în favorul fracturilor directe. În aceste cazuri, traumatismul a interesat și parenchimul renal, pe lângă ac-

fiunea lui asupra apofizelor transverse. În această privință, cităm cazurile descrise de *Fraas*, care constată sânge în urina unui bolnav; *Niedlich* de asemenea constată la unul din bolnavii săi, timp de șase zile albunină, iar hematii, timp de două săptămâni; iar *Schinz* găsește albumină.

În genere, azi se admite (*Stemmler, Schinz, Lange, Ewald, Henschen, Meyer*) că fracturile apofizelor transverse sunt produse, atât pe cale directă, cât și pe cale indirectă. Sunt însă și cazuri când e foarte greu de spus, care e mecanismul provocator de fractură — direct sau indirect — mai ales în cazul când corpul traumatizant a avut o suprafață mare. În orice caz, în această privință putem afirma că fracturile se pot produce și prin dublă acționare: directă și indirectă (mixtă).

SIMPTOMATOLOGIE

Clinic. Semnele clinice clasice, pe cari le găsim în general la fracturile osoase, adică deplasarea și crepitațiunea, de obicei lipsesc. Cu toate acestea, sunt unii autori cari le menționează. Astfel *Meyer* afirmă că a avut senzația crepitației într'un caz; de asemenea *Gostynsky* raportează un astfel de caz, în care a putut constata crepitația și deplasabilitatea, la un bolnav cu fractura apofizei a treia lombară; iar bolnavul lui *Ehrlich* pretinde că ar fi simțit o trosnitură în momentul accidentului. De cele mai multe ori, însă, aceste fenomene patognomonice prezintă mai mult o valoare subiectivă. În schimb următoarele simptome reprezintă o mai mare importanță, atunci când e vorba de diagnosticarea unei fracturi a apofizelor transverse.

1) *Durerea localizată* în regiunea lombară de partea apofizei fracturate, ceva în afara liniei mediane și la înălțimea apofizei spinose a vertebrei suprajacente. Uneori durerea iradiază în jos, determinând o ușoară flexiune a coapsei pe bazin (*Hoffmann*). Locul dureros se stabilește precis prin palpare și

nu trebuie să se proiecteze, nici pe vertebră și nici pe apofiza spinoasă. Durerea se accentuează când bolnavul se ridică din decubit dorsal. Acest semn ne conduce spre diagnostic și numai rareori ne lipsește (*Niedlich*). Iar prin apăsarea craniului sau umerilor, durerea de regulă se accentuează.

2) *Latero-flexiunea trunchiului*. În caz de fractură a apofizelor transverse, latero-flexiunea de partea sănătoasă, produce durere, nu numai din pricină că se ating fragmentele de fractură, ci și din cauză că se modifică starea de repaus și de imobilizare relativă. După *Stemmler*, în caz că durerea apare la latero-flexiune de partea lezată, atunci ne aflăm în fața unui ematom și nu a unei fracturi apofizare.

3) *Antero-flexia trunchiului* e dureroasă ca și în spondilită, din pricina funcționării defectuoase a mușchiului psoas-iliac.

4) *Scolioza lombară* o aflăm cu concavitatea îndreptată spre leziune. Dacă eventual bolnavul n'a fost imobilizat, de multe ori scolioza se permanentizează.

5) *Mersul* e caracteristic: corpul aplecat înainte, pașii mici, automatici, trunchiul rigid. Acest mers se aseamănă cu mișcările și rigiditatea spondiliticilor (*Ehrlich*).

6) *Tulburări respiratorii* aflăm când e fracturată întâia apofiză lombară, deoarece diafragma se inseră cu porțiunea laterală pe apofiza transversă a vertebrei I-a lombară. După *Hofmann*, retroflexia trunchiului e imposibilă în fractura apofizei transverse a celei de a cincea lombară.

7) *Hematomul*, în cazurile când e prezent, face să proemine regiunea lombară.

8) *Conturul mușchilor spinali*, după *Hofmann*, este șters de partea bolnavă, mai ales când bolnavul execută o anteroflexie a trunchiului; uneori există chiar contractură de apărare din partea acestor mușchi.

Interesante de reținut ar fi încă două fenomene, de altfel, destul de rare: modificarea reflexelor rotuliene și existența tulburărilor sensitive localizate. Reflexele rotuliene sunt ușor diminuate, atingând un

anumit grad de pareză. Turburările senzitive constau în apariția unei zone de anestezie cutanată în regiunea superioară și externă a fesei. Dealtfel menționarea acestor tulburări senzitive o aflăm la puțini autori. Intre aceștia amintim pe *Douarre*, care ne vorbește de un rănit ce prezenta o „zonă de ipoestezie la înțepătură, înaltă de 4—5 cm, cu baza corespunzând primei și celei de-a doua vertebre lombare”. Iar după șase săptămâni această zonă de ipoestezie s'a transformat într'o zonă de anestezie. Aceste tulburări senzitive sunt datorite lezării ramurii posterioare din trunchiul radicular.

Tot acest conglomerat de simptome nu constituie ceva caracteristic, pentru că uneori poate lipsi, bolnavul prezentând numai dureri vagi.

Deci în privința diagnosticului, singurul punct de reazim ne rămâne razele X.

Simptome radiologice. Fracturile se recunosc după discontinuitatea apofizelor. Locul lor de predilecție e la „colul apofizei” (*Tanton*), adică între pedicol și extremitatea ușor umflată. Această zonă reprezintă cea mai diminuată rezistență, după observațiile lui *Wiert*. Linia de fractură, în majoritatea observațiilor radiologice, este unică, rare sunt cazurile când ea este dublă, cum e cazul cu trei fragmente, descris de *Douarre* și *Wiert*.

Distanța între fragmente și deplasarea lor e minimă la primele două apofize lombare, pe când la ultimele trei, atât deplasarea, cât și distanța între fragmente, sunt mai mari.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

I. *Clinic* se face diagnosticul diferențial cu lumbago traumatic, sciatică, hematom, contuzii, distorsiune, histerie, morbul lui Pott, spondilartrită diformantă.

Hoffmann descrie un caz, care a fost diagnosticat de apendicită. Uneori se face confuzie cu ruptura ficatului, splinei, peritonită etc. Or această confuzie e posibilă din pricină că leziunile amintite formează și

ele hematome retroperitoneale, cari și ele produc reacțiuni peritoneale. Însă aceste reacțiuni se sting repede, iar apărarea musculară e localizată numai la o mică parte a pereților musculari (partea superioară a drepților musculari abdominali). Or aceste caractere, după observațiunile lui *Schinz*, lipsesc adevăratelor afecțiuni abdominale.

II. *Radiologic*, confuzia se ivește uneori în cazurile următoare:

a) „Coasta lombară“, adică în cazul când contururile apofizelor transverse sunt neregulate și extremitățile lor umflate în formă de măciucă. În aceste împrejurări, din pricina acestei abateri dela aspectul normal, radiologul o consideră ca o fractură veche cu calus. Ca să delăturăm această eroare, luăm o anamneză conștiincioasă și comparăm întotdeauna cu partea neatinsă, sănătoasă.

b) Există stări pseudo-patologice, cari uneori le socotim drept fracturi. Anume: nucleul de osificație al apofizelor transverse se contopește complet cu ele numai pe la 25 ani. Or în cazul când nucleul rămâne pe tot restul vieții separat, ușor poate să se confunde această stare cu o fractură. În această direcție *Rhys* are marele merit de fi pus în gardă pe radiologi față de confuziile ce ar putea surveni în aceste cazuri.

c) În caz de calculi renali se pot ivi confuzii, când aceștia se află situați la nivelul unei apofize, fiind despărțiți de acestea printr'un spațiu clar, ce foarte ușor se poate interpreta ca linie de fractură. Ori pentru prevenirea acestor erori, comparăm întotdeauna cu partea sănătoasă. Iar lămurirea definitivă ne-o dă o fotografie laterală.

PROGNOSTIC

Asupra evoluției anatomice, cât și asupra modului de consolidare al fracturilor apofizelor transverse, nu avem date îndeajuns de concludente. Nu știm dacă ele se vindecă prin calus osos, ca și alte le-

ziuni de acest fel, se formează pseudo-artroze sau din cauza unei nutriții insuficiente, aceste fragmente detașate se resorb. În cazul când distanța între fragmentele fracturate este minimă, consolidarea s'ar putea face, ca și la celelalte leziuni de natura aceasta, prin calus osos mai mult sau mai puțin voluminos (*Haglund și Wiart*). Prezența calusului ne-ar permite să facem un diagnostic retrospectiv de fractură.

În orice caz e mai probabilă ipoteza, că fragmentele osoase nu se pot consolida prin calus osos, din pricină că nu pot fi imobilizate. În această privință, posedăm cazul lui *Baumann*, care la intervenția chirurgicală asupra apofizei transverse a celei de-a 5-a vertebre lombare, a găsit o apofiză „lungă de 5 cm., unită în cele trei optimi distale cu restul apofizar printr'o articulație fibroasă, flexibilă. Această porțiune distală era evident mobilă. De notat că acest segment distal mobil nu era vizibil la razele X”.

Görcke, la șase ani dela fractură află fragmentul detașat, dispărut, iar apofiza neosificată. Fragmentul liber s'ar putea rezorbi, dispărând, după *Oudard și Jean*. Însă în această privință posedăm diferite obiecțiuni: a) clinic, până în prezent, nu s'au putut diagnostica aceste fracturi și b) fragmentele mici, atrofice, pot scăpa explorării radiologice, mai ales la idivizii grași. Deși fragmentele libere nu se rezorb, totuși se poate afirma că ele se pot atrofia.

Deci putem spune, că numai în acele cazuri avem vindecări prin calus osos, în cari fragmentele sunt foarte apropiate și unde s'a mai făcut un tratament imobilizant. Dealtfel această problemă rămâne să fie elucidată.

IMPORTANȚA SOCIALĂ

În general *prognosticul* acestei afecțiuni e îndeajuns de favorabil. După vindecare, în marea majoritate a cazurilor, nu lasă incapacitate de lucru. În cele 23 cazuri ale lui *Schiessel*, 22 s'au vindecat complet, iar unul a primit o indemnizație de 10%. Și

cazurile lui *Niedlich* au prognostic bun; după 5 săptămâni de ședere în spital, au fost trimiși acasă, plătindu-li-se o incapacitate de muncă de 10% pentru 2—6 luni. Sunt și cazuri cari produc o incapacitate de lucru mai gravă, în caz că avem o rigiditate a coloanei vertebrale, cu atrofia maselor musculare.

În țările unde statul acordă o indemnizație răniților de război și Casele cercuale accidentaților, această afecțiune este de o deosebită importanță. În aceste cazuri e bine să urmărim sfatul lui *Schiessel*, care spune ca să nu comunicăm accidentaților leziunea, pentruca plângerile lor ulterioare să nu capete o bază reală. Iar pe de altă parte, se recere și o examinare minuțioasă, clinică și radiologică, pentru a se evita unele grave confuzii de diagnostic, luând drept afecțiuni banale, superficiale, leziunile apofizelor transverse.



TRATAMENT

Când e vorba de tratament, întâmpinăm o sumedenie de dificultăți, pentrucă ne va fi imposibil să uzăm de metodele clasice obișnuite. Nu putem adapta și imobiliza fragmentele osoase. Din aceste motive, prescriem *repaos* la pat minimum 3 săptămâni, după unii (*Niedlich*) și 12 zile după alții (*Schiessel*). Ultimul spune că nu e utilă imobilizarea (corset, emplastru imobilizator etc.); el după 8 zile de ședere la pat, prescrie mișcări active, masaj și faradizare. Alții, în schimb, imobilizează bolnavul prin corset ghipsat și susțin că în chipul acesta dispar durerile și se evită apariția scoliozei secundare.

Mișcărilor și masajul trebuiesc aplicate precoce, pentru a preîntâmpina atrofiile musculare. În cazurile foarte dureroase se pot prescrie calmante, altelei pungă cu gheață. După *Schinz*, în caz. de ematom, se poate face puncție, dacă acesta nu se rezoarbe.

În cazuri de dureri lombare persistente și rebele, singurul tratament logic îl constituie *rezeecția apofizelor fracturate*. Aceasta este o intervenție benignă, a

cărei tehnică operatorie nu întâmpină nici o dificultate, atunci când e vorba de primele patru apofize; însă dificultățile survin atunci când avem de intervenit asupra celei de a 5-a apofize lombare. Acesta, dealtfel, este un tratament îndeajuns de eficace; până în prezent a adus vindecări și ameliorări într'o mulțime de cazuri operate. Aplicația precoce, înainte de-a se fi produs leziuni nervoase, această metodă de tratament va evita nevralgiile rebele și impotențele funcționale ce aceasta din urmă le-ar putea atrage după ele.

În tot cazul nu există o normă generală terapeutică. Pentru fiecare caz, trebuie să procedăm la individualizări de tratament. În această privință trebuie să ținem seama și de alterațiunile anatomice locale și de predispoziția bolnavului.



OBSERVAȚIUNI CLINICE ȘI RADIOLOGICE

Cazul 1. Ny. I. de 27 ani, zidar, la 26 Februrie a. c. s'a prezentat în Spital. Înainte cu 5 zile a căzut dela o înălțime de 2 m. cu partea stângă pe muchea unei trepte de beton. El s'a putut ridica singur și a mers pe jos acasă. Durerile ce le-a simțit după cădere, persistă încă și chiar s'au accentuat, mai ales când bolnavul face mișcări de lateroflexie și anteflexie. Când este culcat, colnavul nu se poate odihni decât pe partea traumatizată.

La *examenul clinic* coloana vertebrală este ușor înclinată spre partea bolnavă. Întreaga regiune lombară este dureroasă, fără a putea constata puncte distincte, cari să fie mai dureroase decât altele. Mușchii spinali prezintă apărare mai ales pe partea bolnavă. Tulburări senzitive nu se pot constata.

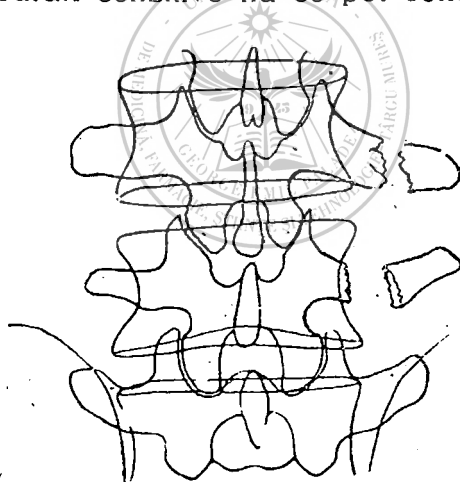


Fig. 1.

Radiografia (fig. 1.) ne permite să constatăm fracturile izolate ale apofizelor transverse la vertebrele lombare III-a și IV-a. Linia de fractură a apofizei vertebrei a III-a este tocmai în mijlocul acesteia; ea schițează forma de ic și direcția ei este de sus în jos și dinlăuntru înafară. Distanța între cele două fragmente este minimală. A IV-a apofiză transversă

este fracturată în imediata apropiere a locului de unire cu pedicolul vertebral. Linia de fractură și aici are aceleași caractere ca și la apofiza a III-a, însă distanța interfragmentară aici este cu mult mai mare. Apofizele I-II și V, precum și pedicolul vertebral, sunt normale.

În acest caz, liniile de fractură confirmă regula lui *Tanton*: soluția de continuitate a apofizelor este oblică în totalitate; fractura își are sediul la baza apofizei inferioare și se apropie de extremitatea externă a apofizei superioare.

În cazul acesta se crede, că fracturile au fost cauzate prin traumatismul *local*; deci ar fi *directe*.

După ce bolnavului i s'a recomandat un tratament adecvat, i s'a pus în vedere, că în caz că, după vreo 3 săptămâni, ar mai avea dureri, să se prezinte din nou în Serviciul nostru, ceea ce el n'a mai făcut-o.



Fig. 2.

Cazul 2. G. Vasile de 43 ani, hamal. Intră în Spitalul Central din Oradea, la 5 Octomvrie 1937,

acuzând dureri în regiunea lombară, cari i-au survenit înainte cu 7 zile, în urma unui accident, produs în următoarele împrejurări: coborând niște scări cu o povară de 75 kg. în spate, la un moment, împiedcându-se s'a prăbușit, iar povara l a izbit în regiunea lombră. În clipa aceasta el a simțit o durere mare în regiunea lombară, mai ales de partea dreaptă. Cu toate acestea el s'a putut duce pe picioare acasă. Durerile au continuat să persiste și se accentuau la latero-flexiunea stângă a coloanei vertebrale și cu ocazia respirațiilor mai profunde.

La examenul clinic bolnavul prezintă o rigiditate a coloanei vertebrale, cu lordoza fiziologică dispărută. Anteflexia nu se poate executa, sinistro-flexiunea e dureroasă, iar dextro-flexiunea e nedureroasă.



Fig. 3.

Radiografia coloanei (fig. 2.) ne arată că a II-a și a III-a apofiză transversă prezintă o fractură cu o ușoară dislocare a fragmentelor. Distanța interfragmentară e mai mare la apofiza a III-a decât la cea de a II-a, iar fragmentul liber al celei de a III-a e

ușor deplasat în sus. Restul coloanei vertebrale, prezintă raporturi normale.

După o imobilizare de 12 zile, bolnavul părăsește spitalul ameliorat.

Cazul 3. R. de 25 ani, salahor. Bolnavul ne povestește că s'e prăbușit un zid în apropierea locului unde lucra, iar o parte din dărâmături i-au căzut în spate, doborându-l la pământ. Cu salvarea, în ziua de 27 Oct. 1936, a fost adus în serviciul Spitalului din Oradea. El era imobil și se plângea de dureri violente în regiunea lombară ce iradiau în coapsa dreaptă. La palpare, bolnavul acuză dureri foarte vii, mai ales de-a dreapta coloanei vertebrale din regiunea lombră.



Fig. 4.

Reflexele rotuliene normale la stânga, ușor diminuate în dreapta și cu o mică zonă anestezică în partea supero-externă a fesei drepte.

La examenul radiografic (fig. 3.), aflăm fracturile apofizelor transverse a celei de-a II, III și IV-a ver-

tebre lombare de partea dreaptă. Linia de fractură e oblică de sus în jos și dinăuntru înafară. Iar din partea vertebrelor nu allăm nici o leziune.

Bolnavul după tratamentul indicat de imobilizare a coloanei vertebrale și de repaos la pat, părăsește Spitalul acuzând doar ușoare dureri la mișcările de anteflexiune a coloanei vertebrale.

Cazul 4. G. Virgil de 29 ani. Cu trei zile înainte de a se prezenta în serviciul Spitalului Central din Oradea, a suferit un traumatism în regiunea lombară. Bolnavul observând că durerile nu au tendință să retrocedeze, ne-a consultat pe noi.

La examenul clinic nu prezintă altceva decât dureri vagi ce se accentuau la presiune, fiind localizate în regiunea lombară din partea stângă. Făcându-i-se examenul radiografic, se stabilește o fractură a apofizei transverse la primă vertebră lombară de partea stângă.

I s'a prescris un repaus la pat de trei săptămâni, după care timp bolnavul n'a mai revenit pentru control.



CONCLUZIUNI

1. Odată cu descoperirea și perfecționarea metodelor de explorare radiologică, fracturile izolate ale apofizelor transverse nu mai constituiesc o raritate.

2. Din punct de vedere clinic, ne gândim la această afecțiune în toate traumatismele lombare sau eforturile violente, însoțite de dureri vii și perzistente.

3. Dacă aflăm puncte dureroase, localizate în regiunea lombară, precedate de traumatism, examenul radiografic al coloanei lombare ne permite de multe ori să constatăm leziuni osoase.

4. În producerea acestor fracturi au rol, atât traumatismul direct, cât și contracțiunile musculare; cât îi revine fiecărui din acești factori, e greu de stabilit.

5. Prognosticul afecțiunii în general este bun, căci în marea majoritate a cazurilor se vindecă fără să lase vreă incapacitate de muncă.

6. În privința tratamentului, trebuie să recurgem la o strictă individualizare, ținând seama la fiecare caz, în parte, de alterațiunile anatomice și predispoziția bolnavului.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:
ss. **Prof. Dr D. Negru**

Decan:
ss. **Prof. Dr D. Michail**



BIBLIOGRAFIE:

1) *Haglund*: Isolierte Fracturen der Prozesus transversi der Lendenwirbelsäule. Deutsche Zeitschr. f. Chirg., Bd. 96.

2) *Fraas*: Ueber isolierte Brüche der Lendenwirbelquerfortsätze. (Bruns Beiträge zur cl. Chirg., Bd. 118).

3) *Hoffmann*: Die isolierte Fracturen der Lendenwirbelquerfortsätze. (Bruns Beitr. z. clin. Chirg., Bd. 62).

4) *M. Schiessel*: Querfortsatzbrüche der Wirbel. (Deutsche Zeitschrift für Chir., Bd. 196, Heft 4—5, Iunie 1926).

5) *Niedlich*: Querfortsatz-Fracturen. (Bruns Beitr. z. cl. Chirg., Bd. 124 | 1921).

6) *Schinz*: Zur Kasuistik der Querfortsatz-Fracturen u. s. w. (Deutsche Zeitsch. für Chirg., Bd. 184, Heft 1—2).

7) *Stemmler*: Die isolierte Fracturen-Querfortsätze der Lendenwirbelsäule. (Bruns Beitr. z. clin. Chirg., Bd. 118).

8) *Wiert*: Fractures isolées des apophyses transverses des vertebres lombaires. Revue d'Orthopédie, Tome XII Nr. 6 Nov. 1925.

9) *Găldău*: Fracturile izolate ale apofizelor transverse. „Clujul medical“ Nr. 1 Ian. 1928.

10) *Găldău*: Fractures isolées des apophyses transverses, Pes vertebres lombaires. Journal de Radiologie Tome XI Nr. 4, Avril 1927.

