

7761
ȘCOALA SUPERIOARĂ DE MEDICINĂ VETERINARĂ

No. 1

Operațiunea Javartului Cartilaginos

Procedeul Bayer

TEZA

PENTRU

OBTINEREA TITLULUI DE MEDIC VETERINAR

DE

AUTONOM GEORGESCU

BUCHURESCI

INSTITUTUL de ARTE GRAFICE și EDITURA „MINERVA”

Societate Anonimă. — Capital 300.000 Lei

80, Strada Izvor, 80

1900

Georgelescu
ȘCOALA SUPERIOARĂ DE MEDICINĂ VETERINARĂ

No. 1 30

Operațiunea Javartului Cartilaginos

Procedeul Bayer

TEZĂ

PENTRU

Obținerea Titlului de Medic Veterinar

de

AUTONOM GEORGESCU

Biblioteca USAMV Iași



Y114254

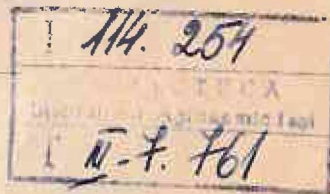
BUCURESCI

INSTITUTUL de ARTE GRAFICE și EDITURA „MINERVA“

Societate Anonimă. — Capital 300.000 Lei

80, Strada Isvor, 80

1900



ȘCOALA SUPERIOARĂ DE MEDICINĂ VETERINARĂ

Director: Domnul A. I. LOCUSTEANU

DOMNII PROFESORI:

Terapeutică generală și experimentală	}	M. Vet. A. I. Locusteanu
Materie Medicală		
Politia sanitară veterinară	}	» G. A. PERSU
Patologia boalelor contagioase		
Clinica boalelor contagioase		
Jurisprudența comercială veterinară.		
Medicina legală cu studiu intoxicațiilor		
Medicina operatoare, teoretică și practică	}	» P. OCEANU
Obstetrică		
Siderotehnia teoretică și practică		
Teratologia	}	» G. GAVRILESCU
Anatomia descriptivă și comparată.		
Anatomia topografică.	}	» I. POENARU
Clinica propedeutică		
Patologia medicală.		
Clinica internă	}	» N. FILIP (Supl.)
Igiena		
Zootecnia generală și specială	}	» L. ATHANASIU (Supl.)
Exteriorul animalelor domestice		
Fiziologia generală și specială	}	» P. RIEGLER
Anatomia generală.		
Patologia generală.	}	» G. UDRISCHI (Supl.)
Anatomia patologică generală cu demonstra- țiuni microscopice		
Inspecția sanitară a cărnurilor	}	
Microbiologia teoretică și experimentală		
Patologia chirurgicală	}	
Clinica externă		

DOMNII ȘEFI DE LUCRARI

Șef de lucrări zootehnice.	M. Vet.	A. BUGLEȘANU
» » clinică externă	»	C. PODAȘCĂ
» » medicina operatoare	»	» »
» » clinica boalelor contagioase	»	C. MOTAȘ
» » lucrări fiziologice și istologice.	»	G. ZAHARIA
» » clin. int. și de lucr. terapeutice	»	G. MANOLESCU
» » lucrări anatomice	»	G. P. IONESCU
» » luc. anat. patol. și bacteriolog.	»	D. DRĂGHIESCU
Con. și rep. de zoolog. botan. și agron.	»	A. PILAT
» » fizică, chim. și toxicol.	»	Dr. A. BABEȘ
Medic conferențiar.	»	» ULVINEANU
Manipulațiuni farmaceutice.	Farmac.	MENULESCU

Amicului Victor Oprea
Vă așteptăm în sala noastră
amiciilor.
Te iubesc
Victor Oprea

Juriul de promoțiune

Președinte D-nul Profesor PAUL OCEANU

Membri	{	»	»	I. POENARU
		»	»	G. A. PERSU
		»	»	PAUL RIEGLER
		»	»	G. UDEISCHY

Școala consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii
ale autorului și n'are să exprime nici aprobare nici desaprobare.

Secretarul școlei: I. A. CHIRŢOL

D-lui Președinte al Tesei

și

D-lor Profesori ai Școlii

Omagii de înaltă stimă și deose-
bită recunoștință.

Biblioteca USV IAS

D-lui Profesor G. Udrischi

Ajutorul ce mi l-ați dat și
buna-voință ce ați avut pentru
mine nu o voi uita nici odată.

D-lui Paul Lotu

D-voastră care n'afi crușat nici un sacrificiu pentru creșterea, educațiunea și formarea carierei mele, D-voastră, care prin sfaturi părintești și pline de înțelepciune ați știut să-mi inspi-rați și să-mi îndulciți inima de cele mai frumoase sentimente, D-voastră acești dreptul la o iubire și o recunoștință nemărginită din partea mea.

Sunt prea fericit că astăzi mi se prezintă ocaziune nemerită pentru a vă exprima aceste sentimente și a vă mulțumi.

VE DEDIC această întâia mea lucrare ca un omagiu de înaltă stimă, devotament și nemărginită recunoștință

D-lui A. I. Locusteanu

DIRECTORUL ȘCOALEI

Buna voință și consiliile ce în tot-
deauna mi ai arătat ve aduce din
parte-mi recunoștința mea

D-lor Profesori G. A. Persu și N. Filip

Nu voi uita nici odată, că atunci
când am avut momente mai grele, nu
ai evitat a mă ajuta
Vă mulțumesc.

Progresele ce în ultimii timpî s'au făcut în diversele direcțiuni ale activității omului, a determinat pe toți a se convinge că: practicîntarea în executarea ori-cărei acțiuni este o necesitate imperioasă cerută de timpuri. Că efectuarea într'un mod bun a unei lucrări, basată pe metode științifice, și obținerea unor rezultate favorabile într'un timp scurt, decî îndeplinirea unei mari legi de economie; numai atunci înseamnă progres. Medicina ca toate ramurile activității omenesci n'a rămas mai îndărăt, ba putem zice chiar, că unele ramuri ale medicinei, și în special chirurgia nu mai are multă până la apogeu.

Lucrările marilor savanți, bacteriologi sugestionă lui *Lister* și *Guere* antisepsia chirurgicală, ce astăzi formează baza ori-cărei încercări de operațiune, și ea asigură succesul medicinei operatorie.

Dacă progresele chirurgiei sunt așa de mari, și dacă succesele ce ea câștigă din zi în zi, sunt destul de remarcabile, apoi aceasta se datorește în cea mai mare parte *asepsiei* și *antisepsiei*. Nu pôte fi un procedeu operator științific, fără să aibă de basă *asepsia* și *antisepsia*.

În noul său procedeu operator, Profesorul Dr. Bayer de la Viena, nu a scăpat acésta din vedere, cîntînd, ca procedeuul său operator în Javart cartilaginos, să nu îndeplinească numai condițiunea, că pune în lumină tot ceea ce operatorul trebuie să execute; dar pentru ca să asigure succesul operației, cere ca condiție, sine qua non, cea mai riguroasă *Asepsie* și *antisepsie*.

Când mî-am propus, a lua acest subiect de tesă, nu am fost condus de cît de frecvența casurilor de Javart cartilaginos, de durata lungă a vindecărei prin tratamentele cunoscute până acum. Și nu am făcut alt de cît să pun în practică ceea ce Profesorul meu *Dr. P. Oceanu* face la cursul de medicină operatoare. Domnia sa cel întâiu, practică în mod experimental la noi în țară, *Procedeul Bayer*.

În scop terapeutic și curativ, pentru prima dată în țară, l-am întrebuințat împreună cu D-nul C. Podașca, șef de lucrări, asupra casurilor ce formeză obiectul observațiilor din această tesă.

Am căutat ca în expunerea din această tesă să fiu cît mai complet, reamintind chiar lucruri cunoscute și tratate, și acesta numai, pentru ca cititorul să pîtă găsi tot ce s'a scris până acum, asupra acestei afecțiuni, și a diverselor tratamente.

N'am intrat mult în amănunte, dar n'am negleat nimic ce mi s'a părut important de cunoscut. Așa am descris într'un mod sumar afecțiunea în sine, Javartul cartilaginos, cît și diferitele tratamente întrebuințate până acum. Am descris însă amănunțit, *Procedeul Bayer*, așa cum îl practică în mod experimental D-nul Profesor P. Oceanu, stabilind cît mî-a fost posibil, o paralelă între *procedeul Bayer* și vechiul *procedeu operator*.

La urmă am adăogat, în ordinea în care am consultat, *Bibliografiile*, căutând să fie cît mai completă. Înainte de a sfârși mă simt dator a aduce cele mai vii mulțumiri D-lui Profesor Paul Oceanu pentru concursul dat în alcătuirea acestui text, D-lui Profesor G. Udrischy ce nici un moment nu a pregetat, arătându-mi tot, D-lui C. Podașca, șef de lucrări.

AUTONOM.

INTRODUCȚIE

Operațiunea Javartului cartilaginos, nu se poate face de cât la animalele solipede, căci numai la aceste animale există, fibro-cartilagiū complementar de la cea de a III-a falangă, și deci numai ele pot fi atinse de această afecțiune.

Aprorape tot-deauna javartul cartilaginos este simplu sau unilateral, rar îl întâlnim dublu sau bilateral.

Eū am putut vedea numai un cas cu javart cartilaginos dublu, localizat la partea externă a bipedului anterior, la un mînz de 8 luni adus la clinica școlei noastre.

O statistică stabilită de Renault (1828) probează că este mai des la membrele posterioare de cât la cele anterioare.

Din 177 de casuri de javart cartilaginos, el a găsit 69 la membrele posterioare și 48 la membrele anterioare.

Cercetările școlei veterinare de la Alfort au dovedit că frecvența acesta la unele din membre depinde de sezon. Pare, cu toate acestea, mai frecvente la membrele anterioare de cât la posterioare. Mai des de asemenea la partea internă de cât la cea externă.

Operația javartului cartilaginos prin procedeul Bayer, nefiind făcută la noi în țară de cât în mod experimental de d. Profesor Paul Oceanu, am căutat ca, aplicându-l cu scop curativ, să mă conving de eficacitatea sa.

Deci în expunerea tezei mele nu voiū vorbi de cât despre acest procedeu operator, necăutând a intra în amănuntele afecțiunii și tratamentelor ei voiū enumera numai, căci descrierea afecțiunii în mod detaillat cu tot con-

tegiul ei symptomatic și tratamentele cunoscute, s'a făcut în una din tezele predecesorilor mei. (Veđi teza T. Bențe «Javart cartilaginos»).

DEFINIȚIE.— Javartul cartilaginos sau necrosia fibrocartilagelor, este o afecțiune a membrelor solipedelor, consistând în o necroză limitată și progresivă a fibrocartilagelor complementare a celei de a treia falangă.

Cea mai mare parte din hystoriă il numeau *javart ancorat* sau *atingere ancorată*. Lafosse, fiul, il descrie sub numele de *javart ancorat impropriu dis*. Vatel a căutat a'i aplica expresiunea de fibro-condrita plantară, care este mai științifică, dar care are inconvenientul de a nu implica, de cât ideea unei inflamațiuni traumatice, pe când în realitate exista necroza plăcii sentiforme.

S'a mai numit caria cartilagelor laterale a celei de a treia falangă.

Numerose sinonimii se găsesc în diverse tratate, date de diferiți autori, dar nu toate au putut fi generalisate.

Cea mai cunoscută denumire este cea de *javart cartilaginos*.

Anatomia și raporturile fibro-cartilagelor

Fibro-cartilagele complementare a celei de a treia falangă, sunt două plăci așezate de fie-care parte a articulațiunei falangei a doua cu a treia, într'o direcțiune oblică de sus în jos și de dinainte înapoi.

Fie-care piesă are forma unui paralelogram, prezentând de studiat două fețe și patru margini.

Fața externă, neregulată, convexă, este continuată în jos ca față laterală a celei de a treia falange, prezentând numeroase deschizături vasculare, dirijate oblic de jos în sus și din afară în năuntru.

Fața internă, concavă, acoperă prin partea sa anterioară, partea laterală a articulațiunei falangei a doua cu a treia, și capsula sa sinovială; în partea posterioară se unesc într'un cu marginea laterală a cusinetului plantar. Acestă față

este săpată de șanțulețe ce formează conalicule complete în care șerpuesc venele plesului cartilaginos intern.

Marginea inferioară prezintă două părți, una anterioară, care se atașează asupra apoŃsiei retrasale și basilare, și asupra feței externe a falangei a treia; alta posterioară care se îndoesce din afară înăuntru în unghiū drept, pentru a se continua cu stratul inferior cusinetului plantar.

Marginea superioară, numită încă de Bracy-Clark marginea coronară, subțire și mai mult saū mai puțin convexă are limita sa anterioară la inserția ligamentului lateral al articulațiunei.

Limita posterioară este marcată prin o eșitură în unghiū care indică punctul unde se înclină în jos și înapoi, spre a forma marginea posterioară. Înaintea acestei eșituri prezintă o scobitură profundă, prin care trece artera și vena digitală.

Înăuntru acestei scobituri, de partea feței interne, există un noū tubercul pe care se inseră brânșa cea mai scurtă a ligamentului sesamoidien, numită încă și ligamentul lateral posterior.

Marginea anterioară, oblic dirigeată de sus în jos și dinainte îndărăt, este tăiată oblic prin fața sa internă, și se continuă prin această față cu partea posterioară a ligamentului lateral anterior; care nu este alt-ceva propriū vorbind de cât țesutul unnea continuat prin altul, lucru important din punct de vedere chirurgical. Către extremitatea posterioară această margine a cartilagiului este proectată înainte și în sus, pe dedesubtul originii ligamentului lateral, o bandeletă fibrosă, destul de grăasă.

Marginea posterioară, convexă și foarte oblică îndărăt, descinde îngroșindu-se până la marginea inferioară cu care se unesce în unghiū ascuțit, constituind o umflătură eșită, pe care Bracy-Clark a numit'o bulb cartilaginos. Acesta de alt-fel formează baza călcăiului. Se observă pe această margine mai multe orificii vasculare destul de mari.

Diferența între fibro-cartilagele de la membrele anterioare și posterioare. — Fibro-cartilagele celei de a treia falange, nu

presintă de loc aceeași dispozițiune la membrele anteriore și posterioare. La primele ele sunt mai gróse, mai forți, mai ridicate deasupra peretelui, mai dezvoltate în suprafața de cât la secunde.

Textura fibro-cartilagelor laterale

Din cauza unei lipse de continuități a tuturor părților ce intră în compozițiunea aparatului fibro-cartilaginos, el nu presintă de loc pe totă suprafața sa această textură uniformă și omogenă.

Placa fibro-cartilaginósă este esențialmente compusă după cum și indică numele acestui apendice a celei de a treia falange, din țesut fibros și cartilaginos.

Substanța sa este de un alb strălucitor și dotată cu o flexibilitate așa de mare, că vom putea îndoi până a apropiia cele două fețe, fără a se rupe. Posedă o mare elasticitate, în virtutea căreia revine totdeauna la forma sa primă, când cauza încetează de a mai lucra.

Țesutul fibros și cartilaginos, care-l constituie prin combinația lor, nu sunt cu toate acestea de loc uniform distribuite în grosimea lor. Ast-fel, la fața externă a plăcii, predomină substanța cartilaginósă și ne putem ușor convinge, ridicând cu un instrument tăetor, lame subțiri de la suprafață. Țesutul pus în evidență prin aceste cupe, presintă o culoare de un alb mat; densă, strânsă, homogenă și chiar la prima vedere amorfă. Dar această este numai în aparență, căci la un examen mai aprofundat, este ușor a recunoșce chiar cu ochiul, că există fibre întretăiate până în straturile cele mai superficiale a plăcii cartilaginóse. Această țesătură fibrósă se face mai aparentă când vom privi la lumină o lamă subțire, sau pusă la grosiment.

Pe măsură ce vom face cupe paralele vom constata, că la profunzime, avem aproape numai textura fibrósă, nu însă uniform pe toate punctele. Ast-fel; grosimea materiei cartilaginóse predomină asupra celei fibróse în partea anterioară și pe convexitatea plăcii; însă ea lipsesce aproape cu totul

pe marginea inferioară și în punctele unde se unește cu osul piciorului. Către extremitatea marginii anterioare, la punctul de atingere cu ligamentul lateral anterior, cartilagiul e puțin dens. — Partea posterioară este mult mai densă, având o structură mai mult fibrasă, și unde materia cartilaginasă aproape lipsește.

Vasele fibro-cartilagelor

Placa cartilaginasă este transversată prin două ordine de vase: Unele ce nu fac parte intrinsecă din substanța sa și cărora le servă de suport, și altele ce-î aparțin cu totul și care-î aduce materia nutritivă.

Primele din aceste vase depind mai mult de sistemul venos. Ele se ridic perpendicular la partea posterioară a falangei penetră în cartilagi prin numeroasele orificii de la (partea) fața externă, șerpuesc prin silónele de care este transversat cartilagiul între cele două lame ale jumătății inferioare și se deschid la fața internă, unde formează înăuntrul plăcii un plexus remarcabil (plexus venos cartilaginos intern).

Vasele nutritive ale fibro-cartilagiului sunt diviziuni ale arterei digitale, sunt numeroase, dar nu uniform răspândite. Stratul extern este foarte puțin vascular, dar pe măsură ce vom merge către profunzime ele sunt din ce în ce mai abundente, lamele fibröse las între ele canalicule prin care se fac divisiunile arteriale.

Acastă arborisație este puțin abundentă și rarefiată către marginea anterioară și inferioară a lamei fibröse profunde, ce este mult mai densă, de cât în sus și în dărăt unde diviziunea arterială e mai abundentă, căci și textura e mai laxă.

Diferența de structură a fibro-cartilagelor de la membrele anterioare și posterioare

Organisația fibro-cartilagelor posterioare diferă de a celor anterioare prin o predominatie mărcantă a țesutului fibros

asupra celui cartilaginos și ca consecință prin o mai mare vascularitate, deci prin o mai activă nutrițiune, diferență notabilă, ce stabilește o mare diferență în mersul maladiilor de care aceste organe sunt afectate. La membrele anterioare mai cu seamă cartilagiul intern este mai dezvoltat și de o textură mai densă ca cel extern.

ETIOLOGIA. — Necroza fibro-cartilagiului poate fi produsă prin două feluri de cauze.

I. CAUZE PREDISPOSANTE. — Incontestabil că *serviciul* exercită o influență asupra dezvoltării afecțiunii. Se observă mai frecvent la caii de tras greutăți, cei cari lucrează în șantiere de construcții, sau pe drumuri pietröse, de cât la animale de tracțiuni ușoare.

Sesonul. Este mai comun iarna de cât vara, lucru observat și la Clinica Școlei Nostre. Acesta se explică prin frecvența crevaselor la această epocă.

Potcovirea. Dacă potcova este rău așezată, ramura internă întrecând conturul peretelui corespundent, animalul este expus la atingeri, producându-se plăgi contuse, care dacă își au locul la coronă se complică cu javart cartilaginos. De asemenea se întâmplă cu potcovele prevăzute cu colți. Copitele defectuoase mai des afectate de cât cele bine conformate.

Copitele panarde, cagneuse, sunt mai des expuse la atingeri la coronă.

Etatea. — Acesta se explică prin diferența de vitalitate.

II. CAUZE OCASIONALE. — *Contuziunile* produse asupra coronei se acompaniază de plăgi, ce de multe ori se complică, cu javart cartilaginos. — Traumele, leziunile penetrante ale coronei se complică cu javart. *Tôte colecțiunile purulente*, cari sub influența cauzelor diferite se pot dezvolta în vecinătatea fibro-cartilagiului, se poate întinde și asupra lui, puroiul având o acțiune corosivă.

Crevassele caracterizate prin o fisură mai mult sau mai puțin profundă a membranei tegumentare, putând să dea loc la o flegmasie supurativă a țesutului conjunctiv sub cu-

tanat, pot a fi urmate de o necrosă, mai mult sau mai puțin întinsă a fibrocartilagelor.

Strivirile cu potcova, cu colțul în special, nu sunt limitate numai la membrama tegumentară, ele interesează țesutul conjunctiv, cartilagiul ce este interesat, zdrobit, condițiune care face mortificațiunea sa aproape fatală — S'a spus deja că javartul encornat, în regiunea quartierelor se complică de ordină de javart cartilagnos. Deslipirea excareii se face încet, dificil, materia are timpul de a exercita acțiunea sa necrosantă asupra plăcii scutiforme. În fine ôre care maladii ale copitei, în special *seima* în sferturi, *bleima*, *ajungerea cu cuiul* de stradă, se complică adesea de javart cartilagnos, când sunt mult timp abandonate la voia întâmplării. Se poate resuma această etiologie zicând că: Necroza cartilagnosă se dezvoltă fie prin acțiunea traumatică, interesând direct trața plăcii scutiforme fie prin faptul leziunilor vecine, a unei pericondrite supurative.

Este însă bine stabilit că atunci când fibro cartilagiul este interesat prin un traumatism, trei terminațiuni sunt posibile. Reunirea adesivă, cicatrizațiunea prin burgeonare și necroza.

SIMPTOMELE. — Ori cari ar fi mersul și dezvoltarea javartului cartilagnos, el prezintă simptome, ce nu cer un ochiul mult exercitat spre a fi descoperite, cel mai adesea manifestându-se în afară prin o *umflătură inflamatorie coronară* și prin *fistule coronare*.

De îndată ce fibrocartilagiul este atins de necrosă, inflamațiunea dezvoltată în țesutul conjunctiv pericartilagnos și în piele produce tumefacțiunea coronară, în partea necroasă.

Cel mai adesea se observă la călcâiul, unde de obicei începe. apoi se întinde mai înainte, și când procesul inflamator este vechi, tumefacțiunea ocupă tot quartierul. *Durerea* de obicei puțin accentuată, este departe de a fi în totdeauna în raport cu gravitatea leziunii. Cu această tumefacțiune a coronei mai apare și una sau mai multe fistule deschise de ordină la corună.

La început orificiul fistulos p $\acute{o$ te fi mascat de un burgeon c $\acute{a}$ rnos, ce odat $\acute{a}$ disp $\acute{a$ rut las $\acute{a}$ evident $\acute{a}$ fistula. Puroiul este abundant gri sau sanguniolent, c $\acute{a}$ te odat $\acute{a}$ con $\acute{t$ in $\acute{a}$ nd p $\acute{a}$ rticele de cartilagiu necrosat; c $\acute{a}$ nd javartul este consecutiv unei bleime atunci orificiul fistulos se deschide la suprafa $\acute{t}$ a plantar $\acute{a}$ $\acute{i}$ n lacuna lateral $\acute{a}$ corespondent $\acute{a}$, dar mai t $\acute{a}$ rziu $\acute{i}$ n urma progresului necrosei, alte fistule se deschid la burelet. Dac $\acute{a}$ javartul cartilaginos este consecutiv unei seime atunci fistula este parietal $\acute{a}$.

Rectilin sau sinuos, de calibru uniform sau inegal, mai mult sau mai pu $\acute{t$ in profund, conductul fistulos pune $\acute{i}$ n leg $\acute{a}$ tur $\acute{a}$ punctul necrotic cu exteriorul. Trebuie a mai semna la $\acute{s$ i *devia $\acute{t$ iunea p $\acute{a$ retelei* $\acute{s$ i existen $\acute{t}$ a *cercurilor pe p $\acute{a$ re $\acute{t}$ i.* C $\acute{a}$ nd javartul dateaz $\acute{a}$ de mai mult timp prin faptul tumefac $\acute{t$ iei coronare, bureletul este deviat ranversat $\acute{s$ i p $\acute{e$ retele $\acute{i}$ mpins vertical $\acute{s$ i c $\acute{a}$ te odat $\acute{a}$ oblic, invers direc $\acute{t$ iunei normale. Cercurile $\acute{s$ i aspectul neregulat al p $\acute{a$ retelei este datorit func $\acute{t$ ion $\acute{a$ rei neregulate a bureletului.

Schiop $\acute{a$ tura ce se observ $\acute{a}$ c $\acute{a}$ *acompaniaz $\acute{a}$* $\acute{i}$ n tot deauna javartul cartilaginos, nu este nic $\acute{i}$ odat $\acute{a}$ $\acute{i}$ n raport cu gradul maladiei.

Pu $\acute{t$ in acusat $\acute{a}$ sau ap $\acute{r}$ ope de loc, atunci c $\acute{a}$ nd este atins $\acute{a}$ de necros $\acute{a}$ partea posterio $\acute{r}$ $\acute{a}$ sau superio $\acute{r}$ $\acute{a}$ a fibrocartilagiului.

Este f $\acute{o$ rte accentuat $\acute{a}$ din contr $\acute{a}$, c $\acute{a}$ nd necrosa este limitat $\acute{a}$ la partea ant $\acute{e$ rio $\acute{r}$ $\acute{a}$.

Tot acest cortegi $\acute{u}$ simpotomatic, de care este acompaniat javartul cartilaginos, ne pune pe cale a l diagnostic $\acute{a}$ destul de u $\acute{s$ or de altminte $\acute{r}$ lea.

PROGNOSTICUL. — Javartul cartilaginos este grav, mai cu s $\acute{e}$ m $\acute{a}$ din punct de vedere economic: fiind o afec $\acute{t$ iune tenace, resist $\acute{a}$ mai tuturor tratamentelor, sau dur $\acute{e}$ z $\acute{a}$ un timp mai $\acute{i}$ ndelungat.

$\acute{I}$ n plus de multe ori necesit $\acute{a}$ opera $\acute{t$ iune, care nu este f $\acute{a}$ r $\acute{a}$ accidente de cele mai multe ori.

Un $\acute{o$ re care num $\acute{e}$ r de cauze influen $\acute{t$ ez asupra prognos-

ticului, cauze care sunt în strânsă legătură cu mersul afecțiunii.

Acesta, variază după cum javartul există la partea anterioară, mijlocie sau posterioară a fibrocartilagiului. De o manieră generală, el e cu atât mai periculos cu cât își are sediul în partea mai anterioară și în vecinătatea *ligamentului lateral anterior*. Necroza regiunilor posterioare a cartilagiului este de cele mai multe ori benignă. Mai trebuie să ținem compt de *profundimea și direcțiunea* fistulei și cantitatea de materie ce se scurge. Schiopătura dă asemenea ore-care date, nu însă în raport cu gradul afecțiunii.

Etiologia javartului trebuie asemenea luată în considerațiune. Necroza cartilagiului provenită în urma unui traumatism este mai puțin gravă de cât aceea ce rezultă din nisce leziuni preexistente, seima în quart, cui de stadă bleimă etc.

De o manieră generală javartul cartilaginos este mai grav la membrele anterioare, de cât la cele posterioare și acesta din mai multe cauze: a) Cartilagiile posterioare sunt mai fibroase și deci mai viețuitoare, de cât la membrele anterioare, reacționez mai bine contra inflamațiunii, în trama lor, necroza este mai puțin tenace și eliminarea escarei mai ușoară.

b) Funcțiunea celor două bipede, nu este fără influență în desvoltarea și mersul bólei. Membrele anterioare servesc mai mult ca colóne de susținere și deci nu pot fi sustrate sprijinului fără a suferi congenerul său sănătos. Aceste cauze explică în de ajuns diferența de gravitate a javartului la membrele anterioare și posterioare. Observațiunea formată de Møler, că javartul e mai grav la membrele posterioare, nu este confirmată nici prin observațiuni nici prin statistice.

Prognosticul mai este grav, prin *complicațiunile* despre care voiú vorbi. Din punct de vedere al operațiunii, când acesta este indicată, javartul vechiú este mai favorabil de cât cel recent. Acastă particularitate ține de la diferența de vascularitate a plăcei, ce în cazuri de leziuni vechi, este

silonată de numeroase vase, care permit o burgeonare activă și o cicatrizație rapidă. În fine o ultimă cauză ce influențează asupra prognosticului este *serviciul* la care sunt aplicate animalele. Javartul este evident mai puțin înquietant la caii de trăsură greie ce fac serviciul la pas, de cât la cei de tracțiunii ușoare, de lux: pentru utilizarea acestora din urmă în adevăr, integritatea alurelor este o condițiune indispensabilă, pe când animalele de tras greutatea, pot face serviciul lor la pas chiar existând o ușură schiopare. Ceea ce face însă prognosa mai defavorabilă sunt diferitele complicațiuni, de cari se poate acompaña afecțiunea.

COMPLICAȚIUNI. — Complicațiunile ce pot surveni în urma javartului cartilaginios sunt numeroase și aproape toate grave.

a) *Necroza ligamentului lateral anterior.* — Necroza plăcei scutiforme are o remarcabilă tendință a progresa înainte și în jos, și dacă nu este tratat, înseamnă prin a atinge marginea anterioară a cartilagiului și trece pe ligament care în curând se mortifică, fie în straturile sale superficiale numai, fie în straturile profunde; deci în totă grosimea ligamentului. Acesta este o leziune foarte gravă, căci se poate acompaña din un moment în altul de artrita celei de a doua articulațiuni falangiene.

b) *Necroza și caria ososă.* În virtutea conexiunilor foarte întinse cari exist între cartilagiul și cea de a treia falangă; necroza poate trece lesne de la un țesut la altul. Necroza atinge cel mai adesea apofiza basilară, ce este în vecinătate, rar pe cea rotrosală.

c) *Artrita piciorului* se poate desvolta fie în urma distrucțiunei ligamentului lateral prin procesul necrotic, fie prin ulcerăriunea infundăturii de sac laterale, a sinovialei articulare, ce are contact intim cu fața internă a fibro-cartilagiului.

Ast-fel după cum a observat Rey, dacă această complicațiune nu se produce mai des, este că sub influența procesului desvoltat în apropierea sinovialei, acesta se îngroșe, se îndurează și opune o rezistență mai mare la distrucțiune.

Cauza cea mai frecventă a artritei este de sigur necroza ligamentului lateral anterior al articulației piciorului.

d) *Focar purulent*, la fața internă a cartilagiului său în trana cusinetului plantar. Acest abces sub cartilaginos este rar, și dacă există, materia nu iese afară, poate surveni necroza și ulterior toate leziunile cuiului de stradă, a zonei posterioare a pielii, a cutidurei, și a țesutului podofilos.

e) *Gangrena*. Am semnalat mai sus distrucțiunea pielii în regiunea tumefiată, din partea țesutului podofilos, se pot găsi alterațiuni legate direct sau nu cu javartul cartilaginos. Ast-fel, dacă javartul este consecutiv la o seimă sau la ajungerea cu cuiul, se găsesc alterațiunile afecțiunii primitive, gangrena podofilosă, existând cu necroza sau caria falangei, în nivelul apofisei basale.

f) *Infecțiunea putridă și purulentă*. Rare, în cazurile de javart cartilaginos simplu, ele se observă mai ales când s'a complicat de alterații locale înunse; gangrena tegumentară, artrita piciorului etc.

Este posibil ca javartul să coexiste cu o sinovită sau cu un cui de stradă a zonei posterioare, în asemenea cas, dacă animalul nu are mare valoare, trebuie a ne decide a i sacrifica, căci nisce asemenea leziuni face vindecarea cu totul nesigură și cere un tratament îndelungat.

ALTERAȚIUNI ANATOMICE. Sunt variabile după cum avem aface cu un javart recent sau cronic, simplu sau complicat. Tot-deauna pielea care acopere placa scutiformă este îngroșată, sclerosată, inflamată, țesutul conjunctiv subjacent este bogat vascularizat și transformat în o țesătură fibrosă rezistentă.

La suprafața tegumentului exist una sau mai multe fistule, care merg la suprafața cartilagiului separate în totă întinderea lor și reunindu-se profund. După vechimea lor ele prezintă caractere foarte diferite, de alt-fel comune tuturor fistulelor. Recente fiind, au pereții mai netezi, aco-

periți de un fel de endoteliu lucitor; vechi, acești păreți sunt îngroșați, fibroși, indurați.

Împrejurul punctului necrosat țesutul conjunctiv se găsește separat de cartilagiū, acolo se întâlnește adesea o pungă mai mult sau mai puțin vastă, plină cu o materie lichidă, verdu, ținând în suspensiune nisce fragmente de țesut mortifiat. Porțiunea necrosată de dimensiuni variabile, se presintă cu o colorație galben-verzue, cu atât mai acuată cu cât necroza este mai limitată și care se topește pe nesimțite trecând prin culorile intermediare mai mult sau mai puțin spălăcite, pentru a se termina cu culórea albă mată a cartilagiului.

Tot-deauna bine delimitat, în jos și în dărăt, el aderă cu porțiunea anterioră a cartilagiului, printr'un pedicul larg sau îngust, care servă de cale elementelor necrosei și permit progresiunea neîncetată a procesului, până la complecta distrucțiune a plăcii scutiforme.

Pe lângă aceste alterațiuni mai exist acelea ce result din complicațiunile menționate mai sus: necroza ligamentului lateral anterior, sau al tendonului extensor.

Gangrena podofilului, și abcesul cusinetului plantar. Tot odată, în general în porțiunea anterioră punctului necrosat, cele două straturi sunt încă aderente. Când răul a debutat direct aprópe de călcăe, pentru a câștiga, progresiv regiunile anterióre, totă porțiunea posterióră a cartilagiului distrusă prin proces este înlocuită prin țesut fibros.

TERMINAȚIUNILE javartului sunt trei:

I) *Cicatrizațiunea adesivă*, II) *Cicatrizațiunea prin burgeonare*, III) *Necroza*. Acésta din urmă este terminațiunea cea mai frequentă.

TRATAMENTUL mai des usitate în combaterea javartului cartilaginos au variat mult. În tratamentul acestei maladii două condițiuni trebuesc îndeplinite.

I) Disjuncțiunea escarei sau distrucțiunea părții necrosate; II) Burgeonarea părții atinsă de necrosă și umplerea canalului fistulos.

Mijlocele terapeutice întrebuințate în tratamentul javartului cartilaginos se pot aranja în trei grupe.

I) *Cauterisațiunea*, II) *Injectiuni exarotice sau antiseptice*, III) *Operațiuni*. Cauterisația este tratamentul cel mai vechiu întrebuințat; hypiatrii îl preconisau.

Așa: Solleysel formulase regula canterisațiunei; dar pentru că se aplica fără nici o rațiune, rezultatele erau de cele mai adesea ori negative.

Aplicându-se însă cu măsură putem avea bune rezultate căci putem prin foc, a transforma punctul necrotic, într'o excară aseptică a cărei eliminare este posibilă.

S'a mai întrebuințat *causticele potențiale* sub diferite forme, pulberi, paste, creioane, etc. S'a întrebuințat un compus de sublimat corosiv și aloes, dându-i-se formă de dop, se introducea în fistulă după ce mai întâiu s'a lărgit fistula printr'un cauter.

Girard întrebuința conuri de sublimat lungi de 15 m. m. și cu o basă de un ctm.

Regnault Leblank, Bouley, au recunoscut că: causticele și focul sunt fără rezultat, dacă trajectul fistulos este profund și neregulat.

II) *Injectiunile exarotice sau antiseptice Williams-Riding* arată în o broșură publicată în 1804, eficacitatea soluțiunilor concentrat de sublimat corosiv, de sulfat de Zn. și Cu. Pe la 1830, Newport preconisă întrebuințarea soluțiunilor saturate de Sulfat de Zn., ca injectiuni în fistule, ce fu vulgarisat de Bracy-Clark, Sewel și Perciwall.

Mariage la 1847 făcu cunoscut procedeul său de „Vindicare infailibilă a javartului cartilaginos fără operație“, procedeu pe care-l experimentase 8 ani. Agentul therapeutic era injectiuni în fistulă de Licorea lui Willatte.

Mulți au întrebuințat Licorea lui Willatte, și dacă n'au obținut tot-d'auna vindecări, 'i-au recunoscut însă superioritatea față de cele-lalte.

(Bailey, Buquet, Guerrapain, Moithy, Wiseur, etc.) Bayer, Michaud, Greiner, Walther, au întrebuințat și preconisat soluția lui Gamgée.

Acastă soluție am întrebuințat-o și noi, după prescripțiunea d-lui Profesor respectiv, la un mănz în vârstă de 6 luni, atins de javart cartilagnios dublu la ambele membre anteriore la partea externă.

Am făcut regulat tratamentul cu injecții de Licóre Gangée, timp de 20 zile, fără însă să am rezultate, necesitând aî face operație. O altă soluție escarotică este Lic; Cherry, pe care Bouley, o declară superiōră licōrei lui Willate. Menționez asemenea acidul fenic (Hartenstein). Clorura de calciu, perclorura de fer, clorura de zinc, glycerina fenicată, preparatele iodoformate, etc.

De curând Lignières a recomandat resinatul de cupru.

Orî-care ar fi lichidul escarotic usitat, este nevoc ca injecția să ajungă până la punctul de necrosă. Se pōte face chiar o contra uvertură, care să răspundă în părete sau către partea tălpei.

Vindecarea prin injecțiuni escarotice, dacă se obține apoi ea durează 3—4 săptămâni, și trebue să ținem cont, ca de cele mai multe ori, fibro-cartilagiul se osifică, și atunci survine o «formă». Acum se încercă la Șcōla de la Alfort, următorul tratament: se face o contra uvertură a fistulei, fie pe tegumentul corōnei, fie după-ce s'a subțiat cornul în quartierul corespondent, în regiunile superiōre, în țesutul podofilos (sub burelet) și după-ce s'a făcut o irigație abundantă, de o soluție antiseptică caldică, se introduce un fitil inuiat în T-ră de iod. Așa întrebuințază d. I. Almy, rezultatele însă au fost puțin satisfăcătoare după cum ne spune d. Profesor Udrischy.

În ultimii timpî, într'un articol publicat în «Annales de Médecine Vétérinaire» d. Hendrikz, combate întrebuințarea orî-cărei injecții escarotice ca nedând bune rezultate, și este de părere a se recurge cât mai grabnic la tratamentul operator. Mai multe observațiuni și experiențe ale d-sale dovedesc în adevăr utilitatea intervențiunei grabnice, prin metoda operatorie în tratamentul javartului cartilagnios.

III. PROCEDEUL OPERATORIU. — Metodele operatorii în tratamentul javartului cartilagnios datéză de mult timp.

La 1740 Lafosse tatăl, imaginea un procedeu operator, care înlocui cauterisatiunea și causticele și care consistă în ridicarea quartierului, incisarea cutidurei, în lungul marginii inferioare și excisarea cartilagiului necrosat.

Așa o practica *Chabert, Vatel, Girard, Barthelemy*.

S'au adus modificări de Renault d'Arboval, Bernard, etc. modificări însă de puțină importanță. În operația clasică actuală, după-ce s'a subțiat sau extirpat peretele, se face o incisiune în josul zonei coronare inferioare, și apoi se excisează cartilagiul necrosat.

Sunt două procedee clasice: *Procedeul prin subțiere, și procedeul prin extirpație*, ce nu diferă de cât foarte puțin unul de altul.

Acestea sunt procedeele operatorii în javartul cartilagininos, ce se usităză mai mult.

Pansamentul la aceste procedee, cere o potcôvă specială, numită potcôvă de javart. Se poate face însă și un pansament fără potcôvă, prin înfășurarea copitei. Nu pot trece mai departe fără a menționa, că la executarea acestor procedee pot surveni accidente operatorii destul de grave.

Vindecarea cere un timp *minim de 4 săptămâni*, lucru citat de toți autorii în diferite tratate.

Procedeul Bayer

Acest procedeu datăză de un timp relativ scurt.

La anul 1894 Prof. Dr. Bayer de la școala veterinară din Viena, arată că operația javartului cartilagininos, nu mai pôte fi operație de hasard ca până acum, căci prin dese accidente și complicațiuni de care era acompaniată obicnuit, chiar când se reușea, nu îndeplinea scopul economic necesar, de ôre-ce vindecarea se obținea prea târziu, pentru care propuse un procedeu nou operator în javartul cartilagininos: un procedeu care are dublu avantaj: 1) de a aduce o vindecare în un timp relativ scurt, lucru important din punct de vedere economic; 2) de a se

putea executa fără accidente și fără a fi urmat de complicațiuni. De aceste mari avantagii fiind convingși chirurgii veterinari din Austria și Germania, au făcut ca acest procedeu să fie cel mai întrebuințat în aceste țeri, unde procedeele vechi operatorii sunt cu totul abandonate¹⁾.

La noi în țară D. Profesor Paul Oceanu, practică cel dintâiu Procedeu Bayer, în mod experimental, și la cursul de Medicină Operatorie, Domnia sa insistă în special asupra acestui procedeu. În scop terapeutic și curativ l'am practicat întâiu cu D-nu Podașcă (șef de lucrări la catedra de patologie chirurgicală) asupra casurilor ce formează obiectul observațiunilor ce urmează.

Ceea ce s'a avut în vedere la executarea și scopul ce acest procedeu urmărește, după cum chiar Profesoșul Bayer spune²⁾ este: 1) *A obține prin acest procedeu o vindecare în un timp relativ scurt*; 2) *de a putea executa extirparea porțiunei necrosate, fără accidente operatorii*.

Pentru a putea obține o vindecare într'un timp mai scurt, ceea ce este de mare importanță în Medicina Veterinară, trebuie a avea o cicatrizație *prin prima intenție*, a plăgii operate. Să vedem într'u cât executând acest procedeu, putem obține o ast-fel de cicatrizație. Ținând compt că, pentru ca la o plagă să se facă cicatrizație prin prima intenție, trebuie ca buzele plăgii apropiindu-le să nu lase spațiu, și că nici un corp străin să nu fie între marginele plăgei.

Îndeplinesce Procedeu Bayer aceste condițiuni? Din modul cum se execută acest procedeu rezultă că aceste condițiuni sunt împlinite, — și repunând lamboul podofilo-cutaneu; marginile sale corespund prefect marginei rămase.

1) D-nu Profesor Udrischy, care a vizitat șola veterinară din Berlin a avut buna voință a'mi spune că, în tot timpul cât D-sa a stat acolo, toate casurile de javart cartilagos, s'au operat numai prin procedeu Bayer, de către profesorul Dr. Fröhner și că la toate s'a obținut vindecarea între 15—25 zile.

2) Deutsche Zeitschr f. Thiermedizin 1894 pag. 290.

Nu mai rămâne decî de cît să ne îngrădim de cea mai riguroasă *asepsie* și *antisepsie*.

Deci putem căpăta *reuniunea prin prima intenție* ceea ce scurtază mult durata vindecării. — O a doua cauză, ce asigură o vindecare mai rapidă, prin acest procedeu este că, nu se extipă tot sfertul din paretele cornos, cum se face la vechile procedee, ci numai a unei porțiuni semi-circulare, așa că suprafața ce perde cornul și care trebuie să crească este mai mică.

O a doua chestiune, *de a executa operația fără a avea accidente*, reese chiar de la modul cum se practică operația, căci aci contrar de cum este la vechiul procedeu, totul se face sub ochii operatorului, câmpul de operațiune este deschis, putând ast-fel a-și da seama de sediul necrozei, și putând evita atingerea organelor învecinate, destul de importantă în funcțiunea regulată a executării alurelor.

Acestea fiind marile avantagii ce le prezintă întrebuințarea Procedelui Bayer, să vedem cari sunt măsurile prealabile ale acestui procedeu, și în urmă tehnica operatoră.

Măsuri prealabile. — Înainte de a se face operațiunea, trebuie a se lua ôre-care măsuri prealabile spre a facilita și scurta timpul necesar operației.

Se va căuta a se muia păretele cornos, fie prin băi, fie prin cataplasme emoliente.

Se va curăța copita, și e bine să se scôtă potcova ce ar incomoda și pe operator și chiar executarea operației.

Se rad perî deasupra sfertului afectat, pe o întindere suficientă pentru a se face mai bine antisepsia regiunii.

Această operație nu se pôte executa de cît pe animalul culcat, și pentru acesta se pune la dietă timp de 24 ore. Se întrebuințază fie o anestezie locală și care se aplică atunci când operația trebuie a interveni repede, făcându-se mai multe puncte de injecție din o soluție de cocaină, sau când este un animal de mare valóre, mai iritabil, atunci se întrebuințază anestesia generală.

Culcarea animalelor se face pe partea membrului afec-

tat, atunci când javartul are localisația de partea internă și pe latura opusă, când afectă quartierul extern. Cel mai bun metod de fixare, ni se va indica de împrejurări și de sediul afecțiunii. Odată membrul fixat, se va face o spălare a regiunii cât se poate de bine, servindu-se de o perie și cu săpun, de asemenea copita trebuie bine spălată. Se desinfectează apoi bine prin o soluție antiseptică orecare (sublimat $1\frac{0}{100}$). Se aplică în partea superioară a regiunii unde se operază, o pânză muiată în sublimat, spre a se feri și mai bine câmpul operator de orice murdărie.

Nu pot insista în de-ajuns, atrăgând atenția de a se aplica cea mai riguroasă *asepsie* și *antisepsie*, în tot timpul operației, fără de care nu vom putea obține vindecarea rapidă, fără complicațiuni, și o cicatrizare prin prima intenție, ceea-ce constituie adevăratul, și cel mai mare avantaj al acestui procedeu operator.

Hemostasa se va face prin ajutorul unui Garou (legătură elastică). La Școala Noastră se întrebuințează și a dat bune rezultate; un tub de cauciuc de grosimea unui creion, ce ținându-l bine întins, făcând mai multe tururi în regiunea chișitei produce, în părțile inferioare o hemostasă suficientă. În unele cazuri se întrebuințează și banda lui Esmark.

Înainte de a începe executarea operațiunii se face din nou sondarea fistulei, pentru a ne da bine cont de direcțiunea și profunzimea sa.

Acestea fiind pregătirile prealabile ale operațiunii, să vedem în ce consistă arsenalul instrumental și terapeutic necesar.

Trebuiesc: două rețete de lărgimi diferite, o fôc de jaleș dubla, două simple, una dreaptă și alta stângă, o eringă plată, o pensă anatomică și una cu dinți de șoreci, mai multe pense Pean, un reverden subțire, fire de mătase, un elevator, un clește și o rugină, toate aceste instrumente, trebuiesc bine asepsitate și în tot timpul operației ținute în soluție de phenol $4\frac{0}{100}$.

Se va mai avea soluțiuni antiseptice din abundența reublimat corosiv 1^o/₀, phenol 4^o/₀.

Pentru facerea pansamentului trebuie să fie: vata, iută, tifon iodoformat, iodoform sau ether iodoformat, bande, care toate trebuiesc să fie cât se poate de aseptice.

Technica operatōre

Descrierea tehnicei operatōre voiū face-o, întocmai așa cum o execută d. Profesor Paul Oceanu, la cursul d-sale de Medicină Operatōre, unde am văzut și practicat în mod experimental acest procedeu, când urmam acest curs.

Executarea acestui procedeu se pōte divisa în patru timpī operatori.

Primul timp. — Facerea renurei și extirparea păretelui cornos delimitat prin renură.

Al doilea timp. — Incisarea pielei, bureletului și podofilului și desprinderea de țesutul sub jacent.

Al treilea timp. — Extirparea cartilagiului necrosat.

Al patrulea timp. — Repunerea lamboului podofilo-cutanat și sutura.

Primul timp. — *Facerea renurei și extirparea păretelui cornos delimitat prin renură.*

Renura (șanțul) trebuie să începă imediat dedesubtul corōnei, de la marginea anterioară a fibro-cartilagiului, se prelungește înapoi, până la marginea posterioară a quartierului, având o formă semi-circulară, departe de marginea plantară cam de $1\frac{1}{2}$ —2 ctm.

Lărgimea renurei, trebuie să fie de un lat de renetă, cel puțin 1 ctm. pentru-ca să putem mai bine apuca cu cleștele, păretele ce trebuiesc extirpat. Profunđimea renurei, trebuie să fie până aproape de podofil, acesta se cunoște prin palpație cu degetul. Trebuie să ne ferim a face scăpări cu reneta în țesutul podofilos, și acesta se pōte evita, servindu-ne când am ajuns mai profund, de reneta largă.

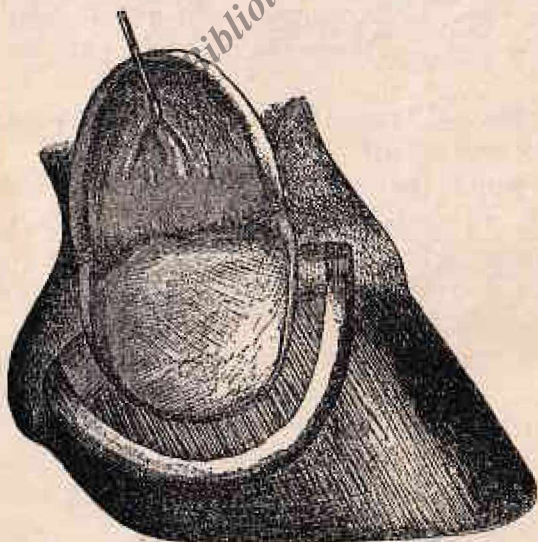
După-ce am terminat renura facem cu fóia de jaleș, o

incisiune ce să nu meargă de cât până la țesutul podofilos, începând de sub corónă și urmând marginea păretelui cornos de extirpat. Apoi prin ajutorul cleștelui făcând o mișcare de basculă, se îndepărtază puțin marginea inferioară a păretelui, introducem o ramură a cleștelui între părete și podofil, apucăm bine, ridicând în sus, deslipim de podofil, totă suprafața păretelui până la corónă, aplicând degetul cel mare al mâinei stângi pe corónă, resucim clescele și ast-fel deslipim păretele de burelet.

Bureletul trebuiesc bine păstrat pentru a avea o regenerare normală a păretelui.

Al doilea timp. — Incisarea pielii, bureletului și podofilului și desprinderea lui de țesutul subjacent.

Membrana podofilosă fiind pusă în evidență, prin extirparea peretelui, facem cu foia de jaleș, o incisiune tot semicirculară, înăuntrul marginii interne a renurei și la $\frac{1}{2}$ ctm. departe de ea. Prin această incisiune, se sectionează de o dată și bureletul și membrana podofilosă, prelungindu-se incisiunea de-asupra marginii superioare a bureletului



Incisiunea pielii, bureletului și a țesutului podofilos. Lamboul podofilos cutanat este disecat și îndoit în sus. Fibra cartilajială este descoperită.

în piele. După terminarea incisiunii, apucăm cu o pensă, marginea inferioară a podofilului secționat și trăgând în sus, îl detașem cu focea de jaleș dublă, de țesutul subiacent, de asemenea și bureletul până de asupra marginii superioare a fibro-cartilagiului.

Acest timp terminat, ne rămâne în față, fața externă a fibro-cartilagiului și ne putem da seama de valoarea de sediu necrozei cum și de progresele ei, ceea-ce constituie un mare avantaj, căci ne putem da cont de totul, văzând tot, operatorul nefiind incomodat de nimic, nu va putea scăpa nici un punct atins de necroză neextirpat, care în urmă să producă afecțiunea.

Al III-lea timp. — Extirparea cartilagiului necrosat. Fiind îndoit în sus lamboul podofilo-cutanat, și ținut de un ajutor, cu o iringă plată sau o pensă anatomică, se extirpă cu o foce de jaleș din drépta sau stânga după necesitate, totă porțiunea necrosată, interesând și din porțiunea cartilagiului sănătos, ce este în atingere cu partea necrosată, căci după cum remarcă Profesorul Bayer «*Maladia va reapare, când nu ne vom mărini a ridica de cât partea necrosată a fibro-cartilagiului; căci în anemia locală și artificială, care rezultă din aplicarea tubului constrictor, cartilagiul afectat, nu diferă de cât prin o culoare mai roșie, și nu este posibil a stabili cu certitudine, limita între partea sănătoasă și cea afectată. Deci este mult mai bine a întrece marginile necrozei*»

Traectele fistulose cum și orificiul se va racla bine. Cu un cuvânt, nu se va lăsa nici un punct de țesut necrosat.

În tot timpul acesta, copita trebuie ținută în extensiune și să ferim accidente de atingere a sinovialei.

Cea mai riguroasă antisepsie trebuie păstrată.

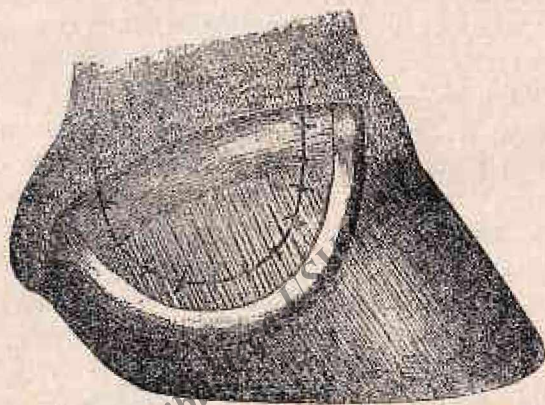
După terminarea acestui timp se face o irigație abundentă cu o soluție antiseptică.

Acest timp operator este cel mai important, căci de la executarea lui riguroasă și atentivă, depinde totă șansa reușitei, cea mai mică neglijență va face ca afecțiunea să nu se vindece de loc, sau foarte greu, ceea-ce nu s'ar potrivi de loc, cu scopul pe care îl urmărim.

Al IV-a timp. Repunerea lamboului podofilocutant și sutura. Odată făcută extirpația puntelor necrotice nu mai rămâne de cât repunerea membranei podofilose și a buretului, și aplicarea puntelor de sutură. Punctele de sutură se fac, servindu-ne de un reverden subțire și de fire de mătase, ce după prof. Bayer se resorbe.

La școala noastră se întrebuițeză tot fire de mătase și rezultatele sunt bune.

Sutura se face în puncte separate 12-16 de obicei¹⁾.



Sutura

Trebuie să ținem cont, că membrana podofilosă se rupe ușor, de aceea, introducem reverdenul cam oblic apucând mai multe foite podofilose odată, caci altfel se desfac punctele de sutură.

Pansamentul. Voi începe a descrie pansamentul, așa l'am aplicat noi la casurile de javarat, ce s'aun prezentat la clinica școlii și la care am întrebuițat procedeul Bayer. Acesta fiind de alt-fel indicat de D-nul Profesor P. Oceanu, și ale cărui rezultate au fost satisfăcătoare. După ce s'aun

¹⁾ Pentru prima dată când se întrebuițea acest procedeu, satura se făcea cu ace (entortilce) și așa a fost și publicat de Prof. Bayer s'a modificat însă acum, fiind mai bine și mai ușor în puncte separate.

făcut și punctele de sutură și s'au terminat totul se face o ultimă spălare a plăgei operate cu o soluție de phenol 4^o/₆ sau sublimat corosiv 1^o/₆₀. Se șterge apoi prin ajutorul unui tampon îmbibat și stors tot în soluție antiseptică. Se pudrează apoi plaga cu iodoform, se aplică deasupra un gaz iodoformat. După aceea se aplică plumasouri cu o formă apropiată plăgii operate, primul mai mic și mișcat în sublimat și stors, al doilea mai mare și uscat și în fine din ce în ce mai mari, trecând peste marginea coronară, umplând tot de odată golul lăsat prin extirparea cartilagiului.

Totul se menține prin tururi de bandă bine strinse ca la seimă. — Compresiunea să fie suficientă și egală. — Pentru mai multă siguranță se înveșie piciorul în pânză de sac ce se leagă la chișită. — Desfacem apoi cîrda elastică ce a servit a face hemostasa, hemoragia care se produce este neînsemnată, dacă mai ales pansamentul a fost bine făcut. — Dacă în operațiile făcute la școală, și a căror observații urmează, am aplicat T-rae de Iod, acesta pentru mai multă siguranță, ca să se împiedice reapariția vre-unui alt focar necrotic. Ori cum, pansamentul bine făcut nu trebuie a se ridica decât după 15 zile, când starea animalului nu este schimbată, și nu a apărut vre-o complicație. După acest timp, plaga este cicatrizată prin prima intenție.

Voiu arăta acum, cum face pansamentul Fröhner profesor de la Berlin, ce urmează în tocmai prescripțiunile prof. Dr. Bayer, și căruia îi este un fidel imitator. Acesta îmi a fost expusă de d. *prof. G. Udrischy*, ce a asistat la executarea multor operații de Javart cartilaginos prin acest procedeu de către prof. Fröhner, și cari toate s'au vindecat. Eată cum practică pansamentul. Cu o zi înainte de operație se face din iută, nisce suliți în număr de 40-50 mîi gróse la mijloc și mai subțieto la extremități, de la grosimea degetului celui mic, până la grosimea degetului mare, avînd o lungime de la 8-15-20 ct. m. modul în care se prepară este următorul: se ia iută fină, ce va servi la facerea unui sul de acestea, ca să-î zic așa, se mîoe în sublimat, și apoi

se frecă între mâini ca să se întărească și să ca forma cilindrică sau mai bine fusiformă.

Și tot așa se prepară toate celelalte. Motivul pentru care se fac cu 24 ore înainte de operație, este de a se lăsa substanței antiseptice, timpul ca până la operație să-și exercite puterea sa microbicidă.

Acestea fiind gata, și după ce s'a terminat operația, se spală cu o soluție antiseptică, se usucă tot antiseptic, se pune un gaz iodoformat, peste care se toarnă eter iodoformat, cam $\frac{1}{10}$. Acum urmăză a se pune sulurile preparate de iută, și iată cum se aranjez; se îndoiesc în formă semi-circulară și se pun pe plagă, unul în concavitatea celui-lalt până la corónă și acesta formeză primul strat, apoi al doilea strat ce vine de-asupra, care se așează între rândurile, adică între două suluri ce au format primul rând, al treilea strat între sulurile rândului al II-lea și așa se fac patru până la cinci straturi, se aplică apoi un strat de iută, uniform și se face apoi pansamentul, după cum l'am descris.

Avantajele acestui mod de pansament după Profesorul FRÖHNER ar fi; că produce o compresiune mai regulată, nedevind crescerea indirecțiunea cornului ce descinde de la burelet, și este destul de antiseptic. Resultatele căpătate prin acest pansament, au fost destul de bune, după Profesorul Fröhner.

Un lucru însă este cert; ori care ar fi modul de a face pansamentul, nu trebuie să uităm, că el trebuie să îndeplinească următoarele condițiuni esențiale, și fără de care oricât de bine de bine ar fi executată operația, nu vom putea obține rezultatul dorit.

a) Să asigure hemostasa, b) să ferescă plaga de traumatisme și infecțiuni, c) să asigure cicatrizațiunea regulată prin o compr. regulată.

Acesta este scopul unui bun pansament.

Prin urmare, vom căuta a îndeplini aceste condițiuni capitale, pentru a putea obține succesul operației, o vindecare grabnică și o cicatrizație prin prima intenție.

Observația I

Cal, rasă arabă, varietate ungară, în pâr roib, etate 8 ani, talie 1.65, propriu pentru serviciu de trăsură ușoară, proprietatea d-nei P.

Se prezintă la clinica școlii în ziua de 24 Iulie 1900. *Anamneza* dată de proprietar este următoarea: este bolnav încă de la începutul lui Martie, de când a observat o mică rană la partea internă a buretului a copitei stângi la membrul anterior stâng, și pentru că nu schiopa nu l-a tratat și a urmat a-l pune la serviciu.

Pe la sfârșitul lui Aprilie însă, vedând că bóla se agravează, și că animalul a început să schiope, a consultat un d. medic veterinar, care continuă a-l trata cu injecții de liq. Gamgée și băi de creolină, prezentând o fistulă de vr'o 4-5 cm., încă de la începutul tratamentului.

Acastă cură fu urmată până în ziua când ni s'a prezentat la clinica școlii, fără a se observa vre-o ameliorare. Proprietarul hotărăște a-l interna la spitalul școlii.

Examinat animalul, găsim: Starea generală bună. Ochiul drept atins de cataractă ce spune proprietarul că este veche. Tóte celelalte aparate în stare normală.

Se procede la examenul amănunțit al membrului bolnav. Copita stângă din nainte, de partea internă, și în dreptul sfertului, are corónă și pielea de-asupra corónei tumefiată și indurată, prezentând o fistulă din care se scurge fórté puțin puroi când fac presiune pe burelet, marginile fistulei sunt indurate, probabil produsă indurația prin licidele caustice injectate.

Explorând fistula, constat că sonda se afundă de 5 c.m., luând o direcțiune oblică de sus în jos și ușor de din 'nainte înapoi.

Examinat animalul în mers, la pas schiopătura e puțin observată, la trap însă este destul de accentuată.

Punându-se în stal, se despotcovesce, nu observ nimic particular.

Se prescrie ca tratament: Băi de $\frac{1}{2}$ oră în o sol. de creolină 4%, caldicică, apoi injecție în fistulă cu Gamgée, introducerea unui fitil muiat tot în Gamgée, și în fine aplicarea unui pansament apropiat. Acest tratament s'a urmat în tocmăi, timp de 12 zile, adică de la data internării până la 6 August. Nu s'a ob-

servat nici o ameliorare în acest timp, tumefacția, durerea, schiopătura persistau. Fistula cu aceeași direcțiune și tot cu aceeași profunzime lasă să se scurgă un puroi fetid, cu o colorație caracteristică, verduie, ce se observă pe pansament în fie-care zi. Acesta fiind starea animalului, d-nul Profesor respectiv împreună cu d-nul C. Podășca, șeful delucării, hotărâse a i se face operație pentru ziua de 7 Iulie și ca procedeu operator convin a întrebuința procedeul Beyer. Se pune la dietă animalul.

7 Iulie. Totul fiind gata preparat, se pune animalului un lavement de: Cloral hidrat 65 gr. Decoct de altheae 30: 1000 gr. după 20 minute se transportă în manegă, localul de operație, se aplică spre mai mare siguranță, aparatul lui Bernardot și Batel și se culcă animalul pe partea membrului bolnav (stângă). Se fixează membrul prin două platlonge, una aplicată în regiunea carpiană și alta la chișită, ținute fie-care de câte un adgiutor, prima fiind trasă înapoi, secunda înainte.

Acestea fiind terminate, se face toaleta regiunii, și în fine se face operația, urmându-se întocmai cum am deservit acest procedeu.

Facerea renurei și ridicarea lamboului de perete se execută după tehnica indicată, foitele podofilose și buretetul se păstrează de asemeni bine.

Incisându-se podofilul și buretetul și ridicând lamboul podofilo-cutaneu, ce este tras în sus prin ajutorul unei eringi, se pune în evidență cartilagiul complementar, observ destul de bine traectul fistulei, ce se continuă către *marginea postero-inferioară* a fibro-cartilagiului ce este atinsă de necrosă. Se face deci extirparea numai a părții necrosate, interesând și ceva din marginile cartilagiului sănătos, ce sunt în atingere cu partea necrosată. Se vivifiează, raclându-se bine traectul fistulei, de asemeni și orificiul său exterior. Ne mai existând nici un punct dubios, se face o irigație din abundență cu sublimat corosiv 1⁰/₁₀₀. Se aplică apoi puțină T-rae de Iod, se repune lamboul podofilo-cutaneu, se face sutura în puncte separate, cu mătase, în număr de 12, și apoi se face pansamentul în modul următor:

Înteu se aplică un tampon de iută cu o formă apropiată plăgii operate, bine muiat în T-rae de iod, de-asupra acestuia se aplică un altul ceva mai mare, maiat și stors în sublimat corosiv 1⁰/₁₀₀ pe acesta un al III-lea ceva mai mare și uscat, în fine un alt strat iută și totul se menține prin tururi de bandă întocmai ca la scimă, făcând o compresiune suficientă.

Și cu acesta fiind terminată operația ce a durat 50 de minute, se desface tubul de cauciuc ce a servit la facerea hemostazei, se desface aparatul lui Bernadot și Butel, se desantravează, și animalul se ridică bine.

Se transportă la grajd, și în acest drum, imi dau sémă și observ că schiopătura nu este agravată.

8—14 Iulie. În toate aceste zile starea generală a fost bună. Animalul vesel, scos din grajd. Când stă însă observ că piciorul bolnav îl ridică mai des, menajindu-l mai mult în sprijin. Pansamentul în bună stare.

15 Iulie. Starea generală bună. Proprietarul însă, își exprimă dorința de al desinterna și al trimite la țară pe jos, o distanță destul de bună. Îl consiliem al mai lăsa, D-sa insistă, atunci hotărâm desfacerea pansamentului înainte de a pleca.

Pansamentul ridicat, se constată că este acoperit în dreptul orificiului fistulei, de un strat de exudat. Tot așa și rana, exudat însă de bună natură, nu este de loc fetid, de culoare alb-lăptosă. Se spală rana cu o soluție de phenol 40‰ și rămâne curată, burgeonantă, podofilul reunit cu stratul sub-jacent, de asemenea și marginile pe unde s'a făcut sutura sunt reunite. Fistula ale cărei margini s'aui raclat la operație este aproape de a se umple, cunoscându-se abia. Acesta fiind starea locală, se pune piciorul în baie caldă de creolină 40‰ timp de o oră, apoi se spală plaga cu o soluție de phenol 40‰, se pulverizează bine cu iodoform, se aplică deasupra un tampon de iută muiat și stors în soluție phenol, de-asupra un alt strat de iută uscat, înfășur cu mai multe tururi de bandă madipolon, și totul acoper cu pânză sac. Acesta fiind starea plăgii operate, cum și multele șanse de a se vindeca bine, proprietarul convingându-se, că nu poate face un tratament bine aplicat dacă l-ar desinterna, hotărăște a-l lăsa până la vindecare.

16—19 Iulie. Starea generală bună. Se schimbă pansamentul observ coróna puțin tumefiată, dar plaga e mult mai frumoasă, aderențele punctelor de sutură sunt complete, fistula nu se observă, exudat nu mai există, un subțire strat de corn acopere plaga, ce la burelet este mai tare la pipăit. Urmez același tratament. Băi de creolină, spălături cu 40‰ phenol, pulverisații cu iodoform și pansamentul pentru 3 zile să nu se schimbe.

20—22 Iulie. Nimic deosebit în starea generală a animalului, ce continuă a fi bună.

Pas în mers, la pas abia se observă schiopătura, sprijinul se face normal.

Ridic pansamentul, ce îl găsesc curat, stratul de corn ceva mai întărit.

Fac acelaș tratament.

23—25 Iulie. În tot acest timp starea generală bună. Ridic pansamentul, nu observ nimic deosebit, plaga operată frumoasă, pelicula de corn este mai tare la presiune.

Fac acelaș tratament; băi căldicele de creolină 40%, spălarea plăgii cu Phenol 40%, pulverisat cu idoform și apoi pansament.

26—28 Iulie. Nimic deosebit, pus la pas, nu se observă schiopătura, la trap, se observă puțin, dar intermitent.

29-31 Iulie. Starea generală normală. Desfac pansamentul. Plaga aproape să nu se mai camoasă, dacă nu ar fi diferența de grosime a peretelui. Fac același tratament.

1-4 August. Animalul complet vindecat. Am făcut cunoscut spre a se desinterna. Cornul mult îngroșat. Animalul numai șchiopă, în nici un fel de mers.

5-11 August. Animalul perfect de bine, stare generală bună. Local totul a revenit la starea normală, peretele și aci aproape tot cu aceeași grosime, are direcțiunea normală, la presiunea cu degetul, animalul nu are durere. În pas, trap, nu are nici o schiopătură, sprijinul normal, se potcovesce cu o potcova mai subțire și complet restabilie se desinternază.

Observația II-a

Cal varietate ungară, tip Nonius mic, Etate 9 ani, propriu pentru serviciu de tracțiune ușoară, proprietatea reg. de Geniu.

Anamneza. Se prezintă animalul la clinica școlei, cu următoarele date anamnetice: Sunt cinci luni și mai bine de când este bolnav de piciorul stâng posterior, de la început încă a schiopătat, schiopătură ce a mers accentuându-se până acum, prezentând la început una, acum două fistule în regiunea coronei, deasupra quartierului intern, din care se scurge, și uneori în cantitate mai mare, un puroi fetid. În tot acest timp s'au întrebuințat băi antiseptice de creolină 4% și diferite injecții escarotice, în deosebi mai mult Liq. Willate și Gamgée.

Ne-ajungându-se la nici un rezultat, prin aceste tratamente, se lasă animalul în spitalul școlii spre a i se face operație de javart. Trebuie să menționez că aceste date anamnetice, au fost date de D-l Medic-veterinar stagiar, N. Dinescu, ce l'a tratat în ultimul timp.

Examinat, animalul nu face sprijinul normal, ci mai mult impensă. Coróna tumefiată durerosă, ca temperatură normală, comparativ, prezentând în regiunea quartului intern unde este și mai tumefiată, două orificii fistuloase, ce perforază pielea. Unul mai posterior superficial. Al doilea orificiu fistulos mai anterior, cu o direcțiune oblică dinapoi, înainte și de sus în jos, cu o profunzime de 3 jum. c. m., animalul prezintă dureri mari la sondarea acestei fistule, din care esă puțin puroi de culoare verduie mai mult. Pus în mers, schiopătura este destul de accentuată. Internându-se, se pune animalul la dietă pentru ca a doua zi să i se facă operația de javart, întrebându-se procedeu Bayer.

4 Iulie, ora 10 a. m. se pune un lavement Cloral Hidrat 70 gr. Decoct. Altheae 1000,15 gr. După 20 minute animalul a fost culcat după toate regulile.

După ce s'a preparat tot câmpul operator, luându-se toate măsurile de asepție și antisepsie, s'a făcut operația, urmându-se întocmai procedeu, așa cum l'am descris, hemostaza s'a făcut prin ajutorul unui tub de cauciuc de grosimea unui creion, cu care făcându-se mai multe tururi în regiunea chișitei, produce o hemostază perfectă în regiunea digitală. La ridicarea țesutului podofilos, punându-se în evidență cartilagiul, și urmărind și traectul fistulelor se vede că *marginea antero-inferioară* a cartilagiului, este complet necrosată, ce se extirpă complet, interesând și marginile cartilagiului sănătos, ce erau în contact cu porțiunea necrosată. Se raclează bine, ferind ligamentul anterior al articulației piciorului, ce se vede o parte. Se raclează marginile fistulei.

Se face o spălare largă cu pherol 4%. Se aplică la loc țesutul podofilos, se face punctele de sutură separate în număr de 18, cu mătase. Se face din nou o spălătură din abundență cu o soluție de Phenol 4%. Apoi se tornă puțină T-rae de Iod, se aplică de-asupra un tampon de iută cu o formă apropiată și muiat în T-rae de Iod, de-asupra acestuia, un altul ceva mai mare și care acopere și bureletul, muiat și stors în sublimat corosiv 1%. Apoi un altul mai mare, uscat și înră unul, totul se menține prin un bandagiu, făcut întocmai ca la seimă.

Spre mai multă siguranță, aplic și o bandă de madipolon, și totul, îl învelui în pânză de sac, legat de-asupra chișitei. Operația terminându-se, se desantravează animalul și se ridică singur, fiind destul de vioi. Transportat la grajd, încet, la pas, sprijinul se face mai mult în pensă și din când în când se face și normal, deci durerea nu este așa de mare.

6—12 *Iulie*. Stare generală. Temp. 37.9. Puls 44 Resp. 16. Mucósele aparente de culoare normală. De ore-ce astă-zi va fi desinternat, am decis a se desface pansamentul spre a vedea mersul cicatrizațiunei. Cea ce am și făcut. Găsesc pansamentul, către straturile mai profunde, imbibat de puțin sânge, cea ce dovedește că a fost o mică hemoragie. Plaga este curată, fără puroi. Cicatrizația se urmărește regulat, aderențele țesutului podofilos sunt aproape complete, abea se mai disting punctele de sutură.

Spăl bine plaga cu o sol. de Phenol 4% și pun membrul în bae caldicioasă de creolină 4% țin o jumătate de oră. După acest timp, scot din bae, fac din nou o sondare a fistulelor, sonda merge foarte puțin, presez nu ese de loc puroi. Fac o irigație cu o soluție antiseptică, sublimat (1%) pulverizez cu Iodoform și fac un pansament pentru trei zile, cu indicația, de a urma în tocmăi acest tratament adică: Băi de creolină 4% de $\frac{1}{2}$ — 1 oră, și pulverizarea plăgi cu Iodoform.

12--24 *Iulie*. În tot acest timp, animalul a, fost îngrijit și tratat sub privegherea Doz. N. Dinescu veterinar făcându-i-se la 3 zile la 3 zile tratamentul prescris, urmându-se întocmai prescripțiunile date.

24 *Iulie*. Astă-zi a fost trimis la clinică, spre a-l mai vedea. Am desfăcut pansamentul. Plaga de frumos aspect. Tesutul podofilos, reunit pe toată suprafața. Este acoperit de un subțire strat cornos. Deci am avut, grație măsurilor de asepsie și antisepsie întrebuintate o reușire *per primam*. Fac spălătura plăgei cu sublimat 1% și aplic puțină tinctură de iod. Apoi fac un pansament. Indicând a se urma același tratament. Pus animalul în mers, la pas nu se observă de loc schiopătura, la trap foarte puțin se poate observa. Rézământul se face normal.

30 *Iulie*. De ore-ce acest animal urmărește a fiuiniș la forțul căruia aparține, ni s'a trimis spre a-l vedea. Desfac pansamentul, ce i-l găsesc perfect de curat, plaga curată, stratul de corn ce o acopere, este mult mai îngroșat. Presând cu degetul animalul simte puțină durere. Bureletul secretă corn în mod normal. Fac

pansamentul la loc, care nu are alt rol acum de cât a feri plaga operată de murdărie. Pus în mers repede, animalul nu mai schiopă de loc. Cum vedem deci, rezultatul operațiunii a fost bun, — animalul vindecându-se complet, — nu mai rămâne de cât ca perelele cornos să câștige grosimea normală.

Observația III-a

Eapă Var. Ungară, culore neagră, talie 155, Etate 12 ani. Propriu pentru serviciu de trăsură ușoară, proprietatea Dămnice A. D.

Anamneza. Proprietarul ne spune că animalul este bolnav încă de la Creciun, deci mai bine de șase luni, că de atunci a mers din ce în ce mai rău, schiopând în continuu, mai multe fistule s'au deschis la corónă în regiunea quartului intern, la membrul drept anterior. A fost adus de mai multe ori și prezentat la clinică, urmând prescripțiunile, făcându-i baie de creolină și injecții. Căutându-se în registrele de Consultanță se constată că s'au prescriis injecții cu gangée, punându-se diagniza de Javart cartilaginos.

24 Iulie. Animalul se internează spre a fi operat. *Examinat* prezintă:

Starea generală bună. Local, coróna pe totă regiunea internă a piciorului, este tumefactă, sensibil. În regiunea coronei, în dreptul quartului intern prezintă trei fistule, dintre care cea posterioară lasă să se scurgă mai mult puroi de odore fetidă, sondată, are o direcțiune de sus în jos și ușor din napoi înainte cu o profunzime de $4\frac{1}{2}$ —5 c. m. Cele-l'altre două din nainte sunt mai puțin profunde, $1\frac{1}{2}$ —2 c. m., cu o direcțiune în jos, dând sonda senzațiunea de tare. În mers, chiar la pas schiopătura destul de mare, reazămul numai în pensă, și de multe ori îl ține în suspensie. Se pune animalul în stal. O baie căldică de creolină 3% timp de 1 oră i se face, apoi un pansament.

25 Iulie. Stare generală normală. Se pune animalul la dietă, pentru ca mâine să i se facă operațiune de javart, întrebuintându-se procedeul Bayer. Se face încă o baie de creolină.

26 Iulie. Stare generală temp. 37.8 plus 44, resp. 12. Se pune lavement de Clorur Hidrat 70 gr., Decoct Altheae 1000:20 gr.

După 25 minute, se culcă animalul, pe partea dreaptă. Se scoate membrul bolnav din entravons, se fixează înainte, prin 2 platlonge

trase în sens opus una aplicată în regiunea metacarpului și e trasă înapoi, alta în regiunea chișitei și e trasă înainte, se aplică cauciucul pentru a face hemostasa, se face toileta regiunii, desinfectându-se perfect de bine.

Apoi ținând cea mai riguroasă asepsie și antisepsie se face renura, cornul nu este tare, fiind înmuiat prin desele băi, se ridică peretele ce se desface bine de prodofil, buretutul este bine păstrat, se face incisiunea, se debridează podofilul, ce către buretut este străbătut de fistulă, se debridează bine. Se pune în evidență cartilagiul, ce este necrosat pe o suprafață de mai bine de 3 cm. p. parte fiind ramolit, se face extirparea părții atinse cu foaia de jaleș, aproape ³/₄ din cartilaj, nelăsându-se de cât partea anterioară, ce nu este atinsă, restul, adică mai mult de cât jumătatea posterioară se extirpă și se recalează cu reneta.

Se raclează de asemeni marginile fistulelor. Se face apoi sutura, cu mătase, în puncte a țesutului podofilos. Puncte în număr de 14. Se aplică T-rae de Iod, se aplică după aceea un strat de Iută imbibat cu T-rae de Iod, de-asupra altul muiat în sublimat, apoi altul uscat, și în fine un altul, se face pansament ca la seimă, bine strâns, făcându-se o compresiune destul de puternică. Operația terminată fără nici un accident, animalul se scolă bine. Transportat la grajd, pare că schiopătura chiar e mai diminuată. În stațiune reazămă piciorul în pensă și din când în când și normal. I se dă jumătate rația pe care o consumă.

27 Iulie. Starea generală, temp. 37.4. Pulsul 42. Resp. 12. Animalul viu. Mucósele de culóre normală. Rația pe această zi a fost consumată. Reazămul pare a se face mai bine. De ore-ce se desinternează, spun proprietarului să ție animalul în grajd, să aibă așternut curat, să observe să nu se desfacă pansamentul și peste 15 zile să 'l aducă spre a'î desface noi pansamentul, când îi vom indica și cele ce va mai trebui să facă după aceea.

10 August. După cum a fost consiliat proprietarul, astăzi fiind 15 zile, ne-a adus animalul.

Pus în mers, la pas, schiopătura abea se observă. În stațiune reazămul este normal. În tot acest timp, ne apune că animalul nu a prezentat nimic deosebit a mâncat bine. Desfac pansamentul ce este puțin imbibat de sânge, probabil o mică hemoragie s'a produs, după desfacerea tubului de cauciuc, ce a servit spre a face hemostasa în timpul operației. Mă servesc de o soluție antiseptică caldă, spre a facilita desfacerea pansamentului. Gă-

sese foarte puțin exudat pe pansament și pe plagă, în dreptul orificiilor fistulelor. Spăl plaga cu o sol. de phenol 3% ce lăsa a se vedea o frumăsoasă suprafață burgeonantă, un subțire strat de corn acopere podofilul, ce este aderent pe lăta suprafața ce s'a debridat, și puntele de sutură nu se mai cunosc.

Fistulele s'așt astupat, abea se mai cunosc. Deci am avut o *cicatrisație prin prima intenție*. Fac o baie căldică de creolină 3% timp de $\frac{1}{2}$ oră, spăl după aceea cu Phenol 4% și în urmă pulverizez cu iodoform aplic după aceea un strat de iută mueat și stors în sublimat corosiv 1 $\frac{0}{100}$ peste acesta un strat uscat și fac mai multe tururi de bandă, înfășor bine, acesta în prezența proprietarului, indicându-i ca din 3 în 3 zile să facă în toamnă. Îl rog a-l mai aduce peste 10 zile spre al mai vedea.

19 August. Se aduce din nou animalul. Constat că schiopătura la pas nu se mai observă, la trap e mult micșorată. Reazămul este normal. În tot acest timp proprietarul a urmat toamnă cum am prescris.

Desfac pansamentul, găsesc că un mare și repede progres s'a făcut spre bine, stratul de corn este ceva mai îngroșat, coróna nu mai este tumefiată. La presiune durerea nu este mare. D-nul șef al lucrării C. Podașca, l'a vădut și i-a recomandat să urmeze același tratament. Constatând și Domnia sa mersul bun al plăgii.

Nu s'a mai prezentat la clinică, dar ducându-mă eu acasă la proprietar, din când în când spre a urmări mersul vindecărei, am putut observa că este progresiv spre bine.

Pentru ultima dată l'am vădut în ziua de 10 Septembrie, când am găsit animalul complet bine. Peretele crescut normal. Schiopătura nu se mai observă nici la trap.

Conclusions

1) Par le procédé Bayer pratiqué dans des bonnes conditions d'asepsie et d'antisepsie, on peut obtenir la guérison, **per primam**, des plaies d'incision podophylo-cutanée.

2) Les accidents opératoires sont plus rares qu'aux vieux procédés pourvu que dans le procédé Bayer, le champ opératoire reste découvert.

3) D'après les observations on peut constater que dans le procédé Bayer la durée de la guérison est de 18—25 jours donc dans un délai plus court que dans les vieux procédés.

Văduț

DIRECTORUL ȘCOALEI

A. J. Locusteanu

Biblioteca UȘV IAȘI

Tabla de Materie

Introducere	9
Definiție	10
Anatomia regiunii	10
Etiologia.	14
Simptomele	16
Prognosticul	16
Complicațiuni	18
Alterațiuni anatomice	19
Tratamente	20
Procedeul Bayer	23
Observațiuni	33
Concluzii.	43

Biblioteca UȘV IASI

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Annales de Médecine Vétérinaire. 1895 Janvier (Utilité de l'intervention chirurgicale hative dans le traitement du Javart cartilagineux par *M. Hendriks*.
- 2) PROF. DR. IOS. BAYER. Operationslehre. 1890.
- 3) BEUGNOT. Dictionnaire usuel de Chirurgie et de Médecine Vétérinaire. Tom. II 1890.
- 4) H. BOULEY. Traité de l'organisation du pied du cheval. 1851.
- 5) » » Atlas. planches VIII, IX, X, XI, XII.
- 6) BOULEY ET REYNAL. Traité de Pathologie speciale Chirurgicale, Vétérinaire et Sanitaire.
- 7) CHAUVEAUX ET ARLOING. Anatomie descriptive des Animaux domestique.
- 8) CADEAC ENCICLOPÉDIE. Maréchalerie par A. Thary.
- 9) L. GOYAU. Traité pratique de maréchalerie 1896.
- 10) I. B. DELPÉRIER. Etude spéciale du sabot du cheval et des altérations unguéales 1898.
- 11) E. LITTRÉ Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent.
- 12) PROF. DR. FRÖHNER. Compendium der speciellen chirurgie.
- 13) » » » Allgemeine chirurgie 1900.
- 14) P. I. CADIOT ET I. ALMY. Traité de Thérapieutique chirurgicale des animaux domestique 1898.

Biblioteca USV LASI

- 15) I. PADER. *Precis theorique et pratique de maréchalerie 1892.*
- 16) E. PEUCH ET X LESBRE. *Précis du pied du cheval et de sa ferrur 1896.*
- 17) PEUCH ET TOUSSAINT. *Precis de chirurgie vétérinaire.*
- 18) TOMA BENTE. *Tesă Javart cartilagions.*
- 19) G. UDRYSCHY. *Curs de Patologie chirurgicală 1896.*
- 20) *Recueil de Médecine Vétérinaire 15 Aout 1898.*
- 21) *Revue Vétérinaire Octobre No. 10. 1895.*
- 22) A. ZUNDEL. *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Vétérinaire.*

Biblioteca USV IASI

Conclusiuni

Prin procedeul Bayer, executat în bune condiții de **asepsie și antisepsie**, se poate obține vindecarea prin **prima intenție**, a răni de icisiune podofilo cutanate.

2) Accidentele de operațiune sunt mai rare de cât la procedeele vechi, căci la Procedeul Bayer câmpul operator este descoperit.

3) Durata vindecării prin Procedeul Bayer se face între 18—25 zile, după cum se constată din observațiuni, deci într'un timp mult mai scurt de cât prin vechile procedee.

Bună de imprimat
PREȘEDINTELE TEZEI
Paul Oceanu

Conclusions

1) Par le procédé Bayer pratiqué dans des bonnes conditions d'asepsie et d'antisepsie, on peut obtenir la guérison, **per primam**, des plaies d'incision podophylo-cutanée.

2) Des accidents opératoires sont plus rares qu'aux vieux procédés pourvu que dans le procédé Bayer, le champ opératoire reste découvert.

3) D'après les observations on peut constater que dans le procédé Bayer la durée de la guérison est de 18—25 jours donc dans un délai plus court que dans les vieux procédés.

Văgüt
DIRECTORUL ȘCOALEI
A. J. Locusteanu

Tabla de Materie

Introducție	9
Definiție	10
Anatomia regiunii	10
Etiologia	14
Simptomele	16
Prognosticul	16
Complicațiuni	18
Alterațiuni anatomice	19
Tratamente	20
Procedeul Bayer	23
Observațiuni	33
Concluzii	43

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Annales de Médecine Vétérinaire. 1898 Janvier (Utilité de l'intervention chirurgicale hative dans le traitement du Javart cartilagineus par *M. Hendriks*.
- 2) PROF. DR. IOS. BAYER. Operationslehre. 1890.
- 3) BEUGNOT. Dictionnaire usuel de Chirurgie et de Médecine Vétérinaire. Tom. II 1890.
- 4) H. BOULEY. Traité de l'organisation du pied du cheval. 1851.
- 5) » » Atlas. planches VIII, IX, X, XI, XII.
- 6) BOULEY ET REYNAL. Traité de Pathologie speciale Chirurgicale, Vétérinaire et Sanitaire.
- 7) CHAUEAUX ET ARLOING. Anatomie descriptive des Animaux domestique.
- 8) CADEAC ENCICLOPÉDIE. Maréchalerie par A. Thary.
- 9) L. GOYAU. Traité pratique de maréchalerie 1896.
- 10) I. B. DELPÉRIER. Etude spéciale du sabot du cheval et des altérations unguéales 1898.
- 11) E. LITTRÉ Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent.
- 12) PROF. DR. FRÖHNER. Compendium der speciellem chirurgie.
- 13) » » » Allgemeine chirurgie 1900.
- 14) P. I. CADIOT ET I. ALMY. Traité de Thérapeutique chirurgicale des animaux domestique 1898.

- 15) I. PADER. *Precis theorique et pratique de maréchalerie 1892.*
- 16) E. PEUCH ET X LESBRE. *Précis du pied du cheval et de sa ferrure 1896.*
- 17) PEUCH ET TOUSSAINT. *Precis de chirurgie vétérinaire.*
- 18) TOMA BENTE. *Tesă Javart cartilagions.*
- 19) G. UDRYSCHY. *Curs de Patologie chirurgicală 1896.*
- 20) *Recueil de Médecine Vétérinaire 15 Aout 1898.*
- 21) *Revue Vétérinaire Octobre No. 10. 1895.*
- 22) A. ZUNDEL. *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Vétérinaire.*

Biblioteca USV IASI