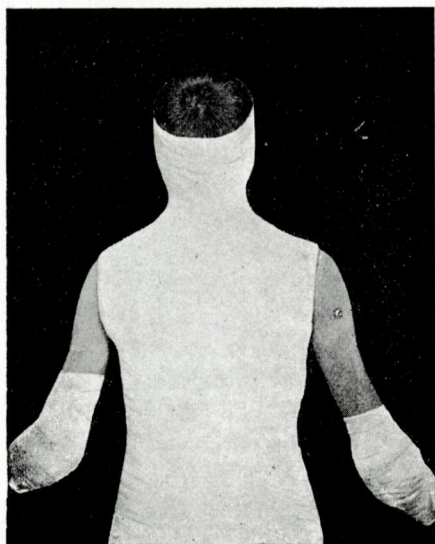
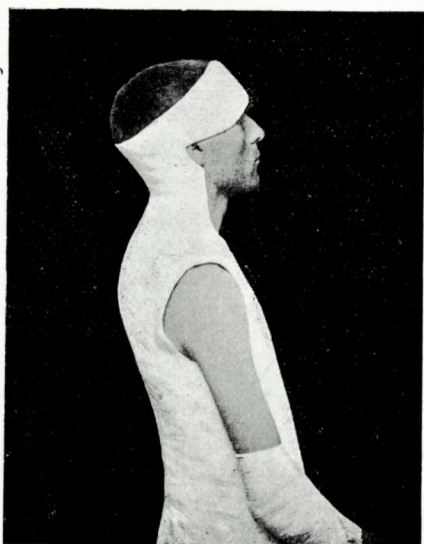


ELS EMBENAMENTS DE GUIX EN EL TRACTAMENT DEL MAL DE POTT

pel Dr. J. M. VILARDELL



Nou model de patró per a confeccionar amb franel·la les cotilles de guix.

Indicacions i interpretació pràctica de la seva utilitat, tenint en compte l'estat general del malalt i l'avançat de les lesions locals.

L'objecte de la nostra comunicació, és deixar ben sentades les indicacions de la immobilització de la columna vertebral en el mal de Pott, escollint els apòsits de guix com a procediment que reuneix més avantatges, per ser el que compleix millor la condició indispensable per a la veritable immobilització que

és l'emmotllament de la regió malalta i de les regions fonamentals per a obtenir-la (crestes ilíiaques, escàpules, clavícules, etc.)

Moltes vegades davant d'un pòtic se'ns ofereix el dubte de si és convenient la immobilització o de si és pitjor el remei que la malaltia. A fi de seleccionar les veritables indicacions, hem cregut d'utilitat desglossar de la següent manera els diferents estats en que els malalts se'ns presenten a la nostra consulta.

- | | | |
|--|---|--|
| 1. ^{er} Estat general satisfactori | { | a) Lesions incipients. |
| | | b) Lesions destructives sense desviació ni gep. |
| 2. ^{on} Estat general deficient. | { | a) Lesions incipients. |
| | | b) Lesions destructives sense desviació ni gep. |
| | | c) Lesions destructives amb desviació o gep. |
| 3. ^{er} Estat general dolent. . . . | { | a) Lesions destructives amb gep o sense. |
| | | b) Lesions destructives amb abscessos tancats, locals o per congestió a distància. |
| | | c) Lesions destructives amb abscessos oberts localment o a distància. |
| 4. ^{rt} Estat general pèssim. . . . | { | a) Amb tuberculosi pulmonar sigui el que sigui l'estat de les lesions locals. |
| | | b) Mal de Pott amb compressió medul·lar per desviació vertebral o abscessos intrarraqüidà. |

Seguint l'ordre que establim, creiem poder sentar bé la indicació de la immobilització en les lesions dorsals i lumbars car en les cervicals deu immobilitzar-se sempre.

- 1.^{er} a) Estat general satisfactori, lesions incipients. És per

aquests malalts que el tractament amb els embenats ofereix més dubtes perquè a vegades són tan incipients les lesions que tan sols el dolor provocat es l'únic símptoma amb el que fonamentarem el diagnòstic, però són els casos en que el metge deu estar més posseït de la conducta que ha d'observar per treure's de sobre el pes de la responsabilitat, que, en cas d'agreuja-se el malalt, li esdevindria.

Nosaltres procedim de la següent manera. Si les condicions socials del malalt ho permeten ordenem repòs al llit en decúbit dorsal, (sense *sommier* o amb una post de fusta) per espai de 15 o 20 dies que bastaran sempre per a comprovar si el malalt millora. Malalt que no millori en aquest període de repòs s'ha d'immobilitzar sens perjudici de deixar-lo uns dies més al llit, si així ho considerem necessari.

No creiem en la necessitat del llit de reclinació en aquests casos (fèrula de Lorenz o Redard; llit inclinat o caixa de fusta encoixinada) de Phelps.

L'embenament de guix, els col·loquem en aquests casos sense l'aparell de suspensió de Glisson estant el malalt dret i seguint les regles generals que en altra part consignem. Per regla general els renovem més de tard en tard que en altres casos (cada quatre o cinc mesos) doncs tractant-se de malalts en relatiu bon estat de nutrició no és tan visible el canvi de forma del seu cos per l'engreixament que amb la millora experimenten, ni es fa malbé l'embenament per resistència vertebral, suficient encara.

La immobilització deu durar deu o dotze mesos, seguint el tractament general que al final consignem per a tots el pòtics.

Per a les lesions cervicals sempre el malalt deu ésser immobilitzat seguint les indicacions en altra part consignades.

1.^{er} b) Estat general satisfactori. Lesions destructives sens desviació ni gep.

Són els malalts que entren dins la veritable indicació immobilitzadora, en els que mai es deu dubtar escollint sempre els embenaments de guix amb franel·la, com a màxim de garanties d'emmotllament.

L'embenament se li farà estant el malalt dret sense suspensió i es renovarà cada tres mesos, per bé que estigui el malalt, doncs la forma del cos varia continuament i mai està tan emmotllat com el dia que li fou col·locat.

Si el malalt s'engreixa o l'embenament s'estova deu canviar-se per pocs dies que faci que el porti.

La duració de la immobilització deu supeditar-se a la millora, podent-se calcular, per ràpida que sigui, en un any i mig al menys, combinada amb els mitjans curatius que com a complement indiquem.

2.^{on} a) Estat general deficient. Lesions incipients. Hi ha pòtics que malgrat el poc avançat de les lesions vertebrals se'ns presenten en un estat general que deixa molt que desitjar; pàl·lids, desnodrits, astènics, etc. És a dir intoxicats a conseqüència de la lesió local que pot passar desapercibuda, per dirigir la nostra atenció envers l'estat general del malalt. No lograrem amb facilitat millories, sinó ens decidim des d'un principi a la immobilització, sens descuidar, com és natural, l'estat general.

La duració de la immobilització com en el grup primer b).

2.^{on} b). Estat general deficient. Lesions destructives sens desviació ni gep. Les mateixes indicacions i observacions que en el grup primer b).

2.^{on} c) Estat general deficient. Lesions destructives amb desviació o gep.

Es precís deixar ben aclarit el concepte que ens deu merèixer el gep com a conseqüència de lesions destructives amb pèrdua de substància del cos o cossos vertebrals; ben diferent des del punt de vista de tractament i resultats posteriors del que ens deuen merèixer les desviacions de la columna vertebral purament funcionals, que a voltes acompanyen a les lesions de Pott.

Les lesions destructives vertebrals poden agrupar-se en dues formes.

La forma d'infiltració hemorràgica, rarefacient que acostuma a interessar varies vèrtebres, i

La forma cavernosa amb pèrdua de substància i que acostuma a estar més localitzada.

En la infiltració hemorràgica, no és freqüent el gep, pel que la immobilització es farà com en els casos anteriors, sense suspensió, canviant els embenaments segons les necessitats del curs de la malaltia. La curació es consegueix en un parell d'anys, amb la formació d'un bloc vertebral sens desviació que inclou les vèrtebres lesionades,

La forma cavernosa que generalment comença en el centre del cos vertebral, sense gep, però que passa prompte als cartílegs articulars donant lloc a la destrucció d'una bona part del cos vertebral i a la formació del gep, mereix que se'n tingui un

concepte ben clar, de fins a quin punt està en els nostres mitjans corregir el gep obtenint la curació de la lesió i amb quina forma deuen col·locar-se els apòsits enguixats en aquests malalts.

Hem vist moltes vegades que la preocupació de corregir el gep fa oblidar que és un símptoma de les lesions vertebrals a les que amb preferència hem de dedicar la nostra activitat, i es sotmeten els malalts a certs procediments com són l'aparell de Nebel, (ja sigui en decúbit abdominal com aconsella Finck o en posició genu-pectoral com feia Klapp), el llit de reclinació de Lorenz, el llit inclinat de Phelps (caixa de fusta encoixinada), etc., el resultat del qual ha sigut moltes vegades haver sofert el malalt durant sis o vuit anys sens haver obtingut la desaparició del gep, encara que curat de la lesió (Redard, Calot, etc.)

S'ha recomanat també les pressions continuades i augmentades paulatinament sobre el gep i alguna vegada amb bons resultats. Nosaltres creiem que si aquests malalts s'han curat, ha sigut a pesar del tractament, doncs les pressions mantingudes amb constància en una regió malalta i sobre tot de la qualitat de la columna vertebral, deformada per fondes lesions òssies, de cap manera afavoreixen llur curació, ans al contrari provoquen fortes reaccions inflammatòries, escares, etc., que allarguen el tractament sens conseguir quasi mai la desaparició del gep.

Precisament pels fracassos que es registraven, s'ha bandejat en absolut l'adreçament forçat de Calot (decúbit abdominal, anestèsia general, pressió forçada i embenament de guix).

Tot això ens demostra que el tractament del gep en si, és a dir, quan no va acompanyat de trastorns nerviosos per compressió deu preocupar-nos poc, fixant la nostra atenció en la curació de les lesions com si el gep no existís, ja que immobilitzant els malalts amb l'embenament de guix col·locat amb la tècnica que indiquem, evitarem sempre l'augment del gep i la seva desaparició en la major part dels casos.

No som partidaris de l'aparell de suspensió de Glisson pels estiraments dolorosos que provoca i perquè una vegada despenjat el malalt, no té el seu cos la mateixa forma que en posar-li l'embenament i per tan aquest no queda emmotllat, que és condició indispensable per a la immobilització.

Sols en els casos en els que el malalt no s'aguanta dret utilitzem l'aparell de Glisson tenint molt de compte en aixecar-lo el suficient per a aguantar-se. Així que el malalt millora li

canviem tot seguit l'embenament encara que tan sols faci quinze dies que el porti. D'aquesta manera el segon podem col·locar-li amb més garanties d'emmotllament.

La duració de la immobilització deu ésser al menys de dos anys.

3.^{er} a) Estat general dolent. Lesions destructives amb gep o sense.

Les mateixes indicacions i observacions que en el grup anterior.

3.^{er} b) Estat general dolent. Lesions destructives amb abscess tancat local o per congestió a distància.

Sempre es deu immobilitzar, fent una finestra a l'embenament en el lloc corresponent a l'abscess buidant-lo per aspiració amb molta asèpsia, abans de posar l'embenament i repetint l'operació quan torni a estar ple.

Hem tingut sempre tan o més bon resultat amb la simple aspiració, que associant aquesta a les injeccions modificadores (èter iodofòrmic, líquid de Calot, etc.)

3.^{er} c) Lesions destructives amb abscessos oberts localment o a distància.

Les mateixes indicacions i observacions que en el grup anterior, abstenint-se d'injeccions en els trajectes fistulosos, els quals tractem tan sols passant pel orifici gassa xopada d'alcohol i apòsit asèptic; curació una o dues vegades al dia.

4.^{rt} a) Estat general pèssim amb tuberculosi pulmonar, sigui el que sigui l'estat de les lesions locals.

Aquests malalts, que necessiten amplitud en els moviments respiratoris, són els que es poden beneficiar del llit de reclinaió enguixat, fet estant el malalt en decúbit abdominal amb un patró de franel·la dorsal o amb tires imbricades procurant el perfecte emmotllament i subjectant-les amb un parell de benes de gassa o tarlatana.

Quan l'embenament està sec pot col·locarse el malalt en decúbit dorsal.

4.^{rt} b) Estat general pèssim amb compressió medul·lar per desviació vertebral o abscess intraraquidià.

En aquests malalts la indicació és eminentment quirúrgica: laminectomia i deslliurament medul·lar, drenatge dels abscessos, etc., procediments els quals ens abstenim de ressenyar per no ésser aquest l'objecte de la nostra comunicació.

Després de la intervenció, es col·locarà l'embenament de guix deixant una finestra per a les curacions successives.

TRACTAMENT GENERAL

Com a complement devem consignar la gran importància de la Helioteràpia en el tractament dels pòtics, amb la sola excepció dels casos en que les lesions pulmonars ho contraindiquin.

El bany de sol no deu limitar-se a la regió malalta sinó que deu ésser general, començant per 15 o 20 minuts a la regió anterior i 15 o 20 minuts a la posterior, augmentant 5 minuts diaris fins a una hora a cada regió.

Com a medicaments el iode i l'arsènic són els que creiem més indicats i els que més bons resultat ens donen.

Com procedim per a la confecció de les cotilles de guix (ideades per Sayre).

Regles generals

En tots els casos s'ha de posar un apòsit ben prim tocant a la pell del malalt. Nosaltres preferim una camiseta de tricot sense botons ni costures. Els gruixos de cotó que tantes vegades hem vist posar, priven l'emmotllament. Per això els rebutgem en absolut, ja que l'embenament si està ben emmotllat no fa mal d'enlloc i no creiem en l'eficàcia dels coixinets de cotó que per a corregir desviacions es posen entre embenat i pell.

Els embenaments deuen ésser ben prims, a fi de disminuir el pes en el possible, cosa que amb bona pràctica s'obté amb facilitat.

Si hi ha ferides o trajectes fistulosos s'hi deixa gassa asèptica que s'haurà de canviar cada dia a través de la finestra que es deu obrir en l'embenament.

El guix que nosaltres utilitzem és l'*escaiola*, ben sec.

Tallat del patró

Els patrons mai es deuen tallar a ull sobre la taula, com es fa moltes vegades fiant-se de la pràctica que hem pogut adquirir. Essent diferenta la conformació de cada malalt, es deuen tallar sempre sobre el cos.

Nosaltres procedim de la següent manera: Tallem un tros

de franel·la que tingui de llargada la distància que hi ha des del còccix, seguint la columna vertebral cap amunt, regió cervical, esternó, abdomen, fins al pubis. Tallem aquest tros pel llarg, quedant per tant quatre fulles; les col·loquem superposades com si fossin una sola, de manera que un dels costats segueixi les regions nomenades. Llavors amb les estisores fem una escotadura de més de mitja circumferència en la regió cervical que servirà d'encaix al coll fins que el costat que va del còccix-coll al pubis quedi en el mateix sentit vertical, però uns quatre centímetres més enllà de la línia mitja. Fem una altra escotadura a l'altra cantó extern de la franel·la, primer horitzontal a l'altura de l'aixella, fins al plec anterior de la mateixa, seguint amunt fins l'acròmion, per darrera fins al plec posterior de l'aixella i després continuem horitzontalment.

D'aquesta forma les quatre fulles queden tallades igual, servint dues per a la meitat dreta i dues per a la meitat esquerra i col·locades de la manera que s'ha dit per a tallar-les, cavalcant 8 cm. a davant i 8 cm. a darrera, ja que en fer l'escotadura cervical hem tingut en compte que el costat que va del còccix-coll-pubis passés uns 4 c m. de la línia mitja. Del costat que va de sota l'aixella a més avall de les crestes ilíaques també el patró cavalcarà més o menys amb la mateixa amplitud que davant i darrera. Es aquest dels aventatges més importants del nostre patró, perquè una vegada fet l'embenament queda reforçat pels quatre punts (còccix-regió cervical, regió cervical-pubis, aixelles-crestes ilíaques) que permeten que la cotilla sigui tan prima com es vulgui en els altres indrets.

Per a xopar de guix la franel·la seguim el procediment preconitzat pel Dr. Alvar Esquerdo. El creiem immillorable perquè fins al moment de col·locar el patró, podem a cada moment graduar el grau de densitat que ens convingui donar a l'en guixat, segons la rapidesa amb que ens proposem que s'assequi.

Es procedeix de la següent forma. Els patrons es col·loquen en una palangana plena d'aigua freda millor que calenta i agafant-los full per full per un extrem, s'aixequen i s'enfonsen en l'aigua varies vegades fins a assegurar-se d'estar ben xopats.

S'extenen en una taula dues fulles corresponents a una meitat del cos, una ben al costat de l'altre i simètricament, quedant a la vista la cara afelpada; s'hi tira aigua per a que quedi sense arrugues. Ens assequem bé les mans i les untem amb vaselina per a que mentre duren les manipulacions el guix

no s'hi enganxi i després, en estar llest l'embenament, amb poc treball queden les mans netes. Amb molta cura repartim ben uniformement el guix, no pas amb les mans sinó del pot estant o amb una canal de llauna o cartró, dons és molt important tenir sempre les mans sense guix.

Es coneixarà que n'hi ha prou quan quedi guix sense mullar en la superfície; passem la mà sense pressió per la superfície per a pastar els guix i adossem les dues fulles per la cara enguixada; treiem, passant-hi la mà, l'aire que de vegades queda entremig i el sobrant de guix i aigua, que si s'ha fet bé és ben poc. Dessobre hi tirem guix uniformement i en la quantitat que volguem, ja que serà el que ens guiarà per a conseguir la rapidesa amb què desitgem que s'assequi. Col·locació d'aquest patró per mig cos damunt del malalt, fixant-lo amb una bena de 10 c. m. de gassa o de tarlatana lleugerament humida, emmotllant bé la columna vertebral, escàpules, clavícules i sobre tot cresses ilíaques i espines ilíaques àntero-superiors.

Després preparem en idèntica forma el patró de l'altre costat del cos, de manera que la línia mitja de davant i darrera quedi acavalcat amb el col·locat en primer lloc, fixant-lo amb un parell de benes de gassa o tarlatana humida. Si es vol, es pot reforçar amb una bena enguixada que en forma de tirant, vagi alternativament de davant a darrera i una altra a l'entorn de la cintura. Tot embenament ben fet s'asseca desseguida; quan no passa això és segur que serà de mal resultat i de molt pes, beneficiant poc al malalt.

Si s'ha de retallar dels forats de sortida dels braços, coll o part baixa, serà millor fer-ho tot seguit. En canvi les finestres que es tinguin d'obrir serà millor esperar a l'endemà.

Referent a les finestres en aquests embenaments, nosaltres acostumem a obrir-ne una a la regió gàstrica que afavoreix la alimentació i la digestió, i una altra a la regió vertebral malalta quan no hi ha gep, però quan n'hi ha, no ho fem perquè el malalt es beneficiarà més de l'emmotllament de la regió, i l'embenament és un obstacle al desenrotllament del gep.

Immobilització cervical

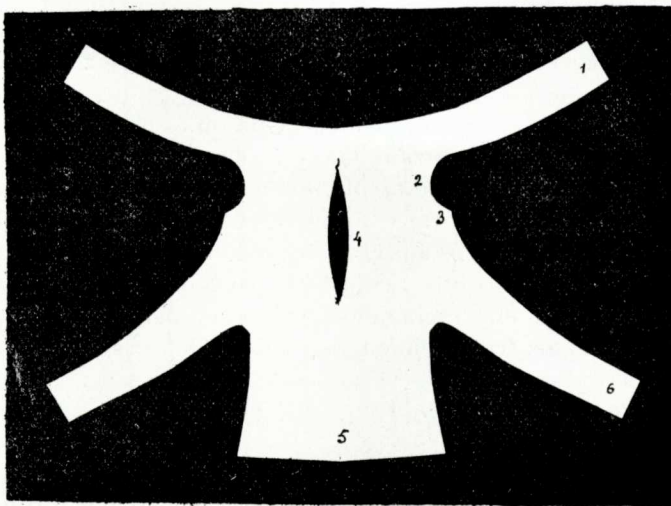
No hi ha dubte que és la més difícil d'obtenir i la de més compromís.

Es funda en la immobilització del cap; les regions en les

quals hem de fixar nostra atenció, són les següents: Occipital i ambdues apòfisis mastoïdees per a obtenir la desgravació cervical i immobilització lateral; regions frontal, occipital i mastoïdea per la àntero-posterior i de rotació.

La immobilització que té per punt d'apoi el maxil·lar inferior no compleix el que hom es proposa, perquè el maxil·lar no queda immòbil per ser indispensable la seva mobilitat per a la alimentació del malalt.

El patró deu tallar-se sempre sobre el malalt.



La immobilització cervical, deu anar acompanyada i precedida de la dorsal i lumbar, o sigui de la col·locació de la cotilla de guix, la tècnica de la qual hem deixat consignada.

En aquests casos, en tallar el patró de la cotilla en la regió cervical o sigui en fer l'escotadura pel coll, comencem per la regió anterior i tallem fins al nivell del trapezi sense acabar d'arribar al costat posterior. El retall que queda a mig tallar l'apliquem, dret, a la part posterior del coll i al damunt col·loquem el patró que acabem de descriure per a la immobilització del cap.

Amb un parell de benes de tarlatana queda ben fixat, procurant l'emmotllament de les regions indicades.

Del sobrant de guix pastat que ha quedat sobre la taula en passem una lleugera capa sobre l'embenament per a afavorir

l'adossament de les benes, essent de mala tècnica les grosses quantitats que moltes vegades hem vist col·locar-hi.

CONCLUSIONS

1.^a Els malalts pòtics, deuen ésser immobilitzats sempre, escollint els embenaments de guix amb franel·la com a procediment d'elecció, per donar el màxim de garanties d'emmotllament.

2.^a L'emmotllament és condició indispensable per a la veritable immobilització.

3.^a Els patrons es deuen tallar sempre sobre el malalt, essent el procediment que hem indicat el que ofereix més aventatges.

4.^a L'aparell de suspensió de Glisson és perjudicial en la majoria de casos, l'utilitzem tan sols en els malalts que no aguanten drets, tenint molt compte en reduir en lo possible la suspensió per no provocar estiraments dolorosos i perjudicials.

5.^a El gep en si, és a dir, quan no dóna trastorns per compressió nerviosa, no ens deu preocupar tan com la malaltia vertebral, ja que els tractaments que tenen per objecte la desaparició del gep, fracassen en la majoria dels casos i en altres agreugen les lesions.

Discussió: Dr. J. de Riba.

Aprofito l'ocasió per a insistir una vegada més sobre els aventatges de l'operació d'Albee en el tractament del mal de Pott. Aquests aventatges són la major perfecció de la fixació, limitada exclusivament al lloc malalt; desaparició completa del dolor i escursament del temps de la curació.

Rectificació: Dr. Vilardell.

Sens negar la importància de l'operació d'Albee, en les lesions incipients no té lloc, perquè els malalts es curen sempre amb embenament de guix i en els supurats, es corre sempre el perill de la mortificació del fragment osteoplàstic implantat en una regió infectada.

La mimobilització en el mal de Pott pels embenaments serà molt satisfactòria si es procura un bon emmotllament amb bona tècnica.