

FRACTURES DE LA CLAVÍCULA

pel Dr. J. M. VILARDELL

Les fractures de la clavícula mereixen un estudi especial en son tractament com ho demostren la multiplicitat de criteris quirúrgics, des dels més senzills que es contenen en tots els casos amb apòsits contentius (SAYRE «esparadrap». DESSAUT «benes», etc.), fins el que sistemàticament preconitzen els moderns mètodes cruentos, com en les fractures en general.

No tenim la pretensió de dir res nou, sinó tan sols de juntar-hi els nostres treballs en aqueixes fractures per a col·laborar a sentar bones indicacions.

Deixant apart les fractures dels nens en branca verda (fractures en *bois vert*) que es curen amb qualsevol embenament contentiu de tires d'esparadrap o benes o sense ell, ens preocuparem de les fractures més freqüents en els adults o vells, sobre tot de la diàfisi, i les dividirem d'una manera resumida en simples i complicades; tant en les unes com en les altres acostuma a haver-hi encavallament de fragments per la contracció de l'esterno-cleido-mastoide que tira el fragment intern cap amunt.

Les simples poden ser perpendiculars a la diàfisi o a bisell.

Les primeres solen deixar-se reduir i contenir bé; en aquest cas es curen amb un senzill embenament de SAYRE o de DESSAUT, amb un embenament de guix sense immobilitzar el braç (model doctor A. ESQUERDO) o immobilitzant-lo. Si no es deixen reduir o mantenir en bona posició anatòmica o funcional, és a dir si l'encavallament és molt marcat, estarà indicada la intervenció cruenta.

Les fractures simples a bisell són fàcils de reduir però difícils de mantenir, perquè els fragments no tenen apoi mutu. Si

hi ha dificultat, aconsellem per regla general la intervenció, pel perill de provocar trastorns en el paquet vasculo-nerviós el fragment extern i ferir la pell l'intern.

Les fràctures complicades són les més tributàries del tractament cruent per la disposició que per regla general adopten les esquirles intermitges, que col·locant-se verticalment i donant a la clavícula la forma d'un 4 ajegut, formen molta prominència a la pell i donen trastorns de compressió nerviosa immediata o llunyana per l'excessiva magnitud del tendrum que envolcalla tot el focus de fractura.

Direm de pas que intentar la reducció, és una cosa il·lusòria.

Nosaltres hem empleat bon nombre de procediments en un sens fi de fractures de la clavícula i deixant de banda els incruents, que han sigut en sa major part, ressenyarem els diferents procediments operatoris practicats i els que aconsellem practicar.

En les fractures transversals hem practicat la sutura directa amb filferro galvanitzat de bronze o amb cable d'avió (el de plata és detestable per a tota mena de sutura òssia). La contenció és bona però no satisfets de la seva perfecció i estètica, hem practicat amb resultats completament afalagadors l'empelt central ossi procedent de la tibia, que té l'aventatge d'assegurar la bona situació dels fragments, llur fixació incomparable i la supressió de cossos estranys (sutures metàl·liques) que en aquesta regió són sempre o quasi sempre intolerables. Els operats els deixem amb un senzill apòsit i comencem les mobilitzacions actives i passives als 12 o 14 dies. És un procediment d'alguna dificultat que amb la pràctica se solventa, però realment és admirable per la tolerància i ràpids resultats.

En les fractures a bisell, deu practicar-se el cerclatge amb fil metàl·lic o millor amb la cinta de PARHAN (model petit) utilitzant els seus instruments, els de HALLOPEAU, o els moderns de LAMBOTTE-COLLIN. La contenció és perfecta i la tolerància generalment absoluta.

En les fractures complicades seguim la següent tècnica. Extirpació d'esquirles, correcció i contenció dels fragments amb una placa d'alumini de la forma de la clavícula, sostinguda amb doble cerclatge, per cada extrem o, el que és millor, empelt central o lateral (a estil de fèrula) fixant amb cerclatge de catgut o metàl·lic segons la regularitat dels extrems dels fragments, procurant aprofitar alguna esquirra si té suficients dimensions i

considerem probable sa vitalitat i les altres condicions que reglen les osteopl sties.

CONCLUSIONS

1.^a Les fractures de la clavícula són tributàries de la intervenció quirúrgica en bon nombre de casos perquè bé que és veritat que malgrat els mals resultats anatòmics (encavallament, tendrum exagerat, pseudoartrosi) que de vegades s'obtenen amb els mètodes incruents, no porten aparellada la pèrdua funcional braç, tenim l'obligació moral i quirúrgica de procurar escollir i operar precoçment els casos en què els altres mètodes no ens donguin garantia absoluta, amb la qual cosa obtindrem una segura reducció i contenció.

2.^a Són també tributaris de la intervenció els casos de tendrum voluminós que dongui trastorns compressius, i les pseudoartrosis.

3.^a La sutura directa per transfixi  deu ser abandonada, recurrent per ordre de preferència a l'empelt central en les fractures transverses o amb poc bisell, a la cinta de PARHAN, en els grans bisells, i a la placa d'alumini amb cerclatge de catgut o met l lic en els altres casos, la qual se retirar  amb anestèsia local als 30 o 35 dies (mai les fèrules de LAMBOTTE amb cargols per sa intolerància).

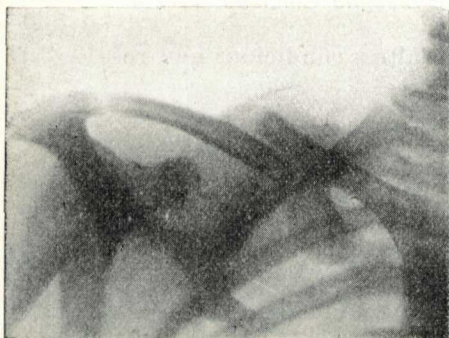


Fig. 1.—Adelino R., de 30 anys. Fractura amb en-cavallament molt marcat; va intervenir-se perquè a les 8 setmanes hi havia marcada mobilitat dels fragments que feia témer una pseudo-artrosi definitiva.



Fig. 2. — Sutura directa per transfixió. Resultat post-operatori.

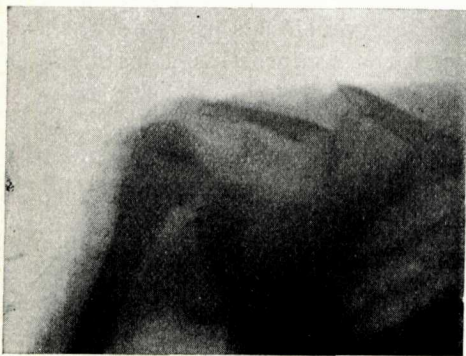


Fig. 3.—Soledad M., de 20 anys. Fractura complicada, intervinguda als deu dies per la seva intolerància i estat local.



Fig. 4.—Placa d'alumini amb cerclatge. Resultat post-operatori.

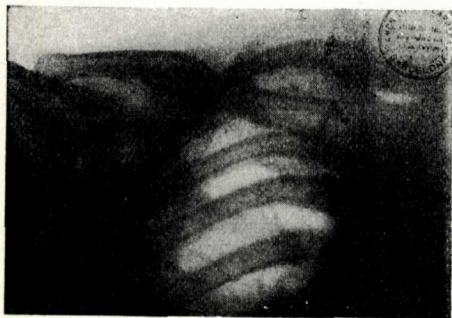


Fig. 5.—Joan Tr., de 42 anys.— Fractura grossa, bisell, intervinguda als 12 dies per ser impossible la contenció incruentia.



Fig. 6. — Placa d'alumini amb cerclatge. Resultat post-operatori.



Fig. 7.—Vicente G., de 40 anys —Fractura complicada intervinguda als dos mesos, perquè el fragment intern menaçava foradar la pell i hi havien rampes i dolors cap el colze per compressió nerviosa.



Fig. 8.—Placa d'alumini amb cerclatge. Resultat post-operatori.

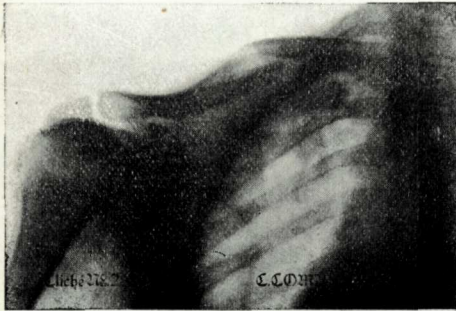


Fig. 9.—Clementina T., de 88 anys. Fractura complicada intervinguda per la seva gravetat i reacció dolorosa

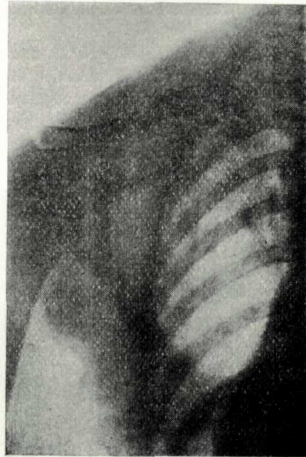


Fig. 10.—Empelt ossi lateral aprofitant una esquirla, amb cerclatge de fil de bronze Resultat post-operatori.

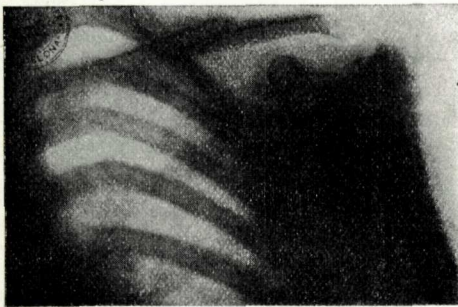


Fig. 11 —Florenci V. de 24 anys Fractura a gros bisell, intervinguda als deu dies per ser impossible la contenció i per la reacció dolorosa En l'acte operatori es trobaren diversos petits fragments no visibles en la radiografia que modificaven de tal manera els extrems, que feren impossible el cerclatge directe.



Fig. 12 —Empelt ossi central, procedent de la fíbia sostingut en el fragment intern amb cerclatge de filferro galvanitzat perquè tan sols quedava l cara posterior. Resultat post-operatori.

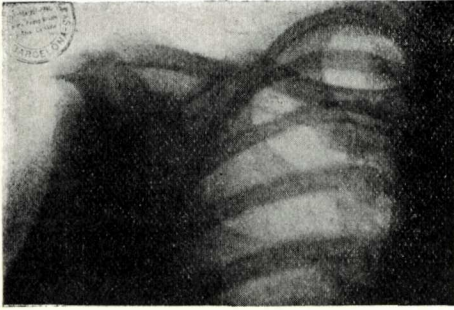


Fig. 13.—Eusebia A., de 45 anys. Fractura amb poc encavallament (intervinguda als 20 dies que, malgrat això, donava gran edema del braç imà, amb rampes doloroses per compressió del paquet vasculo-nerviós.

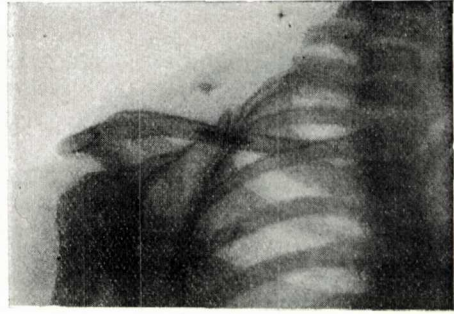


Fig. 14 —Empelt central procedent de la tibia. Resultat post-operatori.

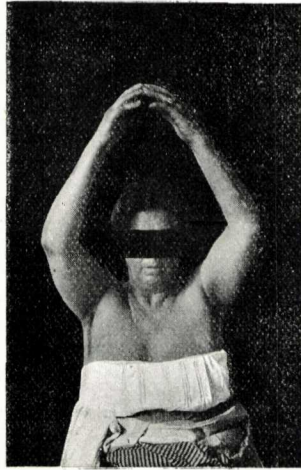


Fig. 15.—Resultat funcional perfecte als vint dies de la intervenció. (Malalta de les fig. 13 i 14).