

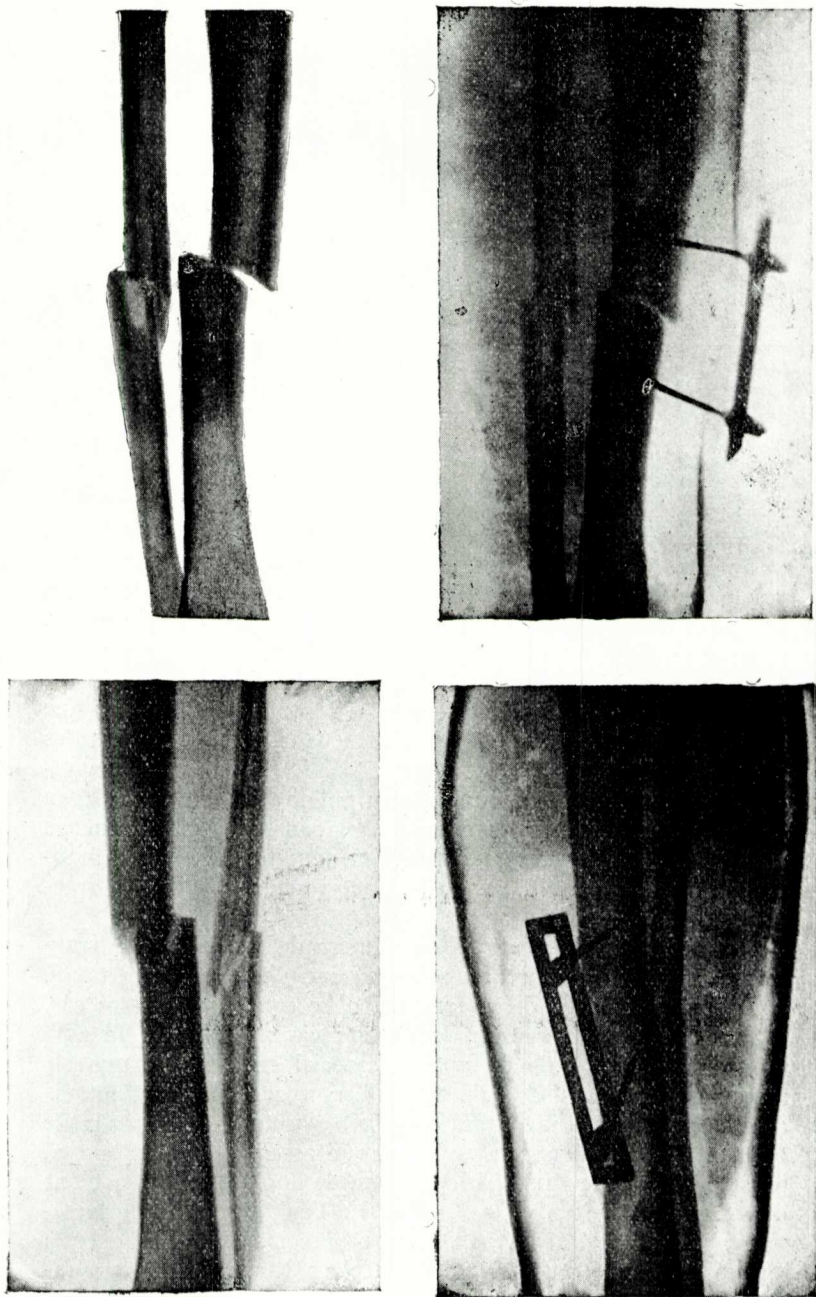
L'OSTEOSINTESI TEMPORAL AMB L'APARELL DE CHALIER-OMBREDANNE

Pel Dr. J. M. VILARDELL

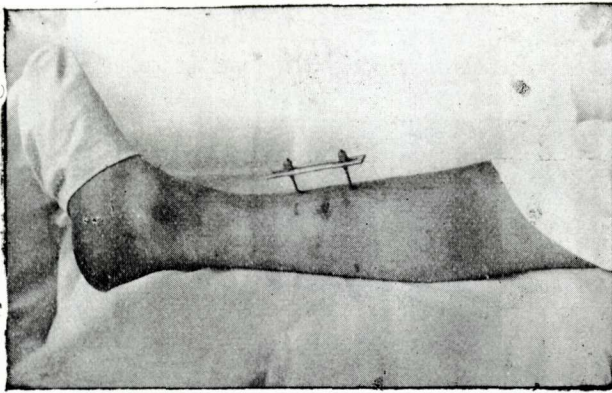
Entre tots els procediments d'osteosíntesi, cal recordar el que porta per títol l'enunciat d'aquest tema, ja que sovint pot resoldre d'una manera senzilla i eficaç, el tractament de certes fractures en les quals el dubte per la tria del mètode a emprar, posa al cirurgià en un estat d'intranquillitat sobre quin pugui ésser el curs del tractament i el resultat definitiu.

L'aparell és molt senzill: consta d'una placa rectangular que pot ésser plana o més o menys incurvada, però que de totes maneres està proveïda en el centre, i de llarg a llarg, d'una es-cletxa (els mecànics, en diuen "trau puliç") per on hi passaran els visos que seran fixats a cada fragment ossi, més o menys aprop de la ratlla de fractura, servint aquesta placa per a mantenir-los en la posició desitjada, una vegada reduïda la fractura.

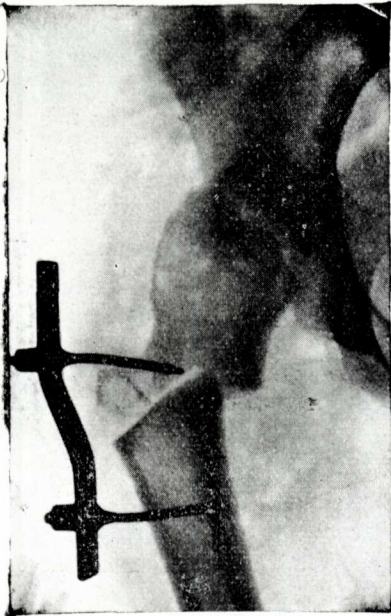
La col·locació dels cargols en número de 1 ó 2 a cada fragment (ossos llargs), pot fer-se, sigui incidint les parts toves, fins arribar al focus de la fractura o bé com en el nostre cas, a través de la pell. Per fer progressar els visos, no es fa amb un tornavis, sinó amb un aparell especial semblant al que els mecànics en diuen "clau de tub". Una vegada cargolat un vis a cada extrem, a una distància de 2 ó 3 centms. de la ratlla de fractura i a una fondària suficient que assegurí la seva fixesa, es procedeix a la reducció la maniobra de la qual és fàcil actuant directament sobre els visos ben fixats a l'os. Quan hom té la seguretat d'haver obtingut una bona coaptació, es passa l'extrem lliure dels visos per l'es-cletxa de la placa i mitjançant unes famelles de què estan proveïts, queden d'una manera ferma, co-



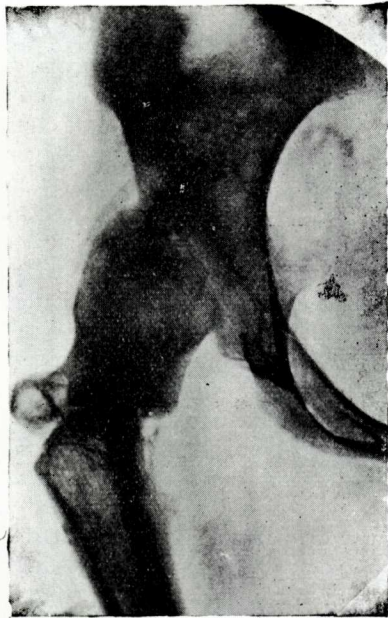
Abans i després de la reducció en cada posició.



L'aparell col·locat



Osteotomia Intertrocantèrea.
L'aparell col·locat en la intervenció.



El cas anterior, dos mesos després.

llats a la mateixa; la contenció dels fragments reduïts és d'una seguretat absoluta, i es pot comprovar que en imprimir moviments a l'aparell, segueix tot l'os afecte sense que els dits moviments repercuteixin en el focus de fractura.



Coxalgia antiga, fémur luxat i fixat a l'ilíac, en forta adducció.

La indicació principal del mètode, la donen les fractures transversals en els nens, en quins casos, ens és sovint de gran dificultat mantenir els fragments ben coaptats, sense tirar mà d'algun tutor metàl·lic per tal de què la reducció quedi assegurada. I és sabut que aquests tutors en forma de plaques més o menys modificades han estat poc a poc abandonades, i són avui contadíssims els cirurgians que encara les utilitzen; per la meua part puc dir que mai he posat una placa amb visos, perquè sovint he pogut observar intoleràncies amb greus complicacions, malgrat la tècnica acurada del cirurgià que les havia col·locat.

Així com la col·locació de les plaques metàl·liques pot estar acceptada en els adults, no deu ésser-ho mai en els nens, per diverses raons:

Es precis no oblidar que el creixement de l'esquelet és constant i progressiu; el diàmetre d'un os llarg en un nen de 8 ó 10 anys serà doblat en arribar a l'edat adulta. Per aquest motiu una placa fixada amb visos al teixit compacte, anirà sumergint-se dintre l'os, per efecte del procés de creixement perifèric, quedant amagada pel teixit ossi compacte.

Al voltant d'una placa així inclosa, no és rar observar-hi processos d'osteïtis rarefacient que augmenten la fragilitat de l'os en aquell nivell. Molts casos s'han citat de fractures iteratives, que han tingut per motiu la presència d'una placa col·locada

da feia anys. Es per això que la majoria de cirurgians aconsellen en els nens, retirar les plaques als pocs dies de col·locades, i això que aquells resten encara fidels a elles.

Nosaltres hem volgut provar les ventatges de l'aparell, i crec que és molt acceptable. En el primer cas fou utilitzat per tractar-se d'un adult amb fractura complicada a curt bisell del terç mig de la tibia i del peroné, amb procedència dels fragments, segons va dir-nos el company que intentà la reducció, quan li féu la cura d'urgència, observant-se molt bé, la ferida de pell amb tot l'aspecte d'ésser comunicant amb l'hematoma del focus de fractura. Aseptitzada la regió com és costum i amb tota cura, procedírem a fer-nos càrrec de la situació dels fragments guiats per la radiografia i pel tacte. Amb un punxó d'Ombredanne, férem un forat a la pell, perpendicularment a la cara anterior de la tibia aprop de cada extrem de la superfície de fractura, procurant insinuar-lo dins la substància compacte, per a què servís de guia al vis que tot seguit hi col·locarem; una vegada cargolats fins arribar a apuntar-se a l'altre costat del canal medullar, procedírem (amb traccions recíproques sobre els visos) a obtenir una bona coaptació dels fragments, col·locant tot seguit la placa per a quedar definitivament fixats a la mateixa.

Comprovat el resultat immediat amb Raigs X, ens vàrem donar per satisfets, sobretot tenint en compte que es tractava d'una fractura oberta; la tolerància fou perfecta, conforme ho prova la radiografia que adjuntem i la cicatrització de la ferida comunicant es féu amb tota rapidesa i normalitat.

En el segon cas, fou aplicada per assegurar la bona posició del fèmur després d'una osteotomia intertrocantèrea, per anquilosi de cadera amb posició viciosa.

Es tractava d'una nena de 13 anys que presentava una luxació antiga de cadera amb anquilosis per osteo-artritis tuberculosa; l'extremitat estava amb lleu flexió i amb forta adducció fins l'extrem de tapar la vulva, essent la deambulació de molta dificultat. No creient indicada altra operació que l'osteotomia per tal de corregir la posició viciosa de l'extremitat, vaig intervenir-la en aquest sentit, procurant que l'osteotomia fos cunciforme i ben alta; és dir, no sub-trocantèrea, sinó intertrocantèrea, ja que en aquest cas creia que la cadera quedaria més ben apoiada, essent-me precis practicar també una tenotomia dels adductors per a assolir una forta abducció de l'extremitat.

Com que era difícil mantenir adossades amb seguretat les superfícies òssies seccionades, vaig pensar que em faria bon servei l'aparell de Chalièr-Ombredanne, amb la intenció de que em permetria posar l'embenament de guix amb tranquil·

litat i de què el retiraria als 8 ó 10 dies. Amb un petit perforador, vaig fer el pas que devien corre els visos, i una vegada suturat el pla muscular vaig fixar-los a la placa.

En confeccionar el patró de franella per a enguixar, vàrem tenir cura de deixar-hi una finestra per on retiràrem l'aparell als 10 dies de col·locat, i sense el més petit símptoma d'intolerància.

La nena féu un curs ràpid i normal, el resultat del qual el poden apreciar amb les adjuntes radiografies.

He tingut interès en aportar aquests dos casos d'osteosíntesis temporal amb aquest aparell, perquè com he dit al començament, pot solventar en moltes ocasions el problema de la reducció i manteniment dels fragments en bona posició en malalts en què es fa difícil l'escollir el mètode de més garantia.