

CONTRIBUCIO AL TRACTAMENT DE LES FRACTURES MALEOLARS DEL PEU

Pel Dr. A. TRIAS PUJOL

L'objecte d'aquesta comunicació és presentar avui un mètode per a tractar les fractures bimaleolars per abducció amb totes les varietats, que puguin incloure's en el nom de fractures de Dupuytren o de Pott.

Es sabut que deu fer-se sempre d'elles un pronòstic reservat i que hi ha alguns factors anàtomo-patològics que agreugen extraordinàriament el pronòstic fins a arribar en alguns casos a constituir una malaltia traumàtica verament greu.

Aquests factors són:

1.—La diastasis tíbio-peronea, que a la vegada pot restar més agreujada si s'acompanya d'arrencament parcelar de la tibia en la seva cara externa, doncs aquest o aquests fragments poden fer incorregible la diastasis o provocar osteomes ulteriors entre la tibia i el peroné, i fins en la interlínia tíbio tarsiana.

Fins prescindint d'aquestes últimes possibilitats, el sol fet de la diastasi pot ésser ja l'origen de repetides esquinçades de la juntura que la fan molt deficient funcionalment.

2.—La coexistència de la fractura marginal posterior que va acompanyada quasi sempre de luxació posterior de l'astragal. El fragment posterior per la seva part, després desviat cap enrera i cap a dalt, aixeca els múscles flexors, limitant la flexió dorsal del peu, doncs és com si els flexors posteriors s'haguessin escurçat, obligant al peu a adoptar una posició permanent d'equinisme, que per la seva banda té tendència a exagerar la luxació astragalina.

3.—La interposició de petits fragments en la intervenció o

entre superfícies òssies que deuriem coaptar pefectament, pot ésser també causa d'irreductibilitat d'aquestes fractures.

Podrem resumir les causes de les desfetes del tractament d'aquestes fractures en la forma següent:

1.—La reducció dolenta o incompleta. En aquesta hi té sempre el metge una grossa responsabilitat, doncs és falta de

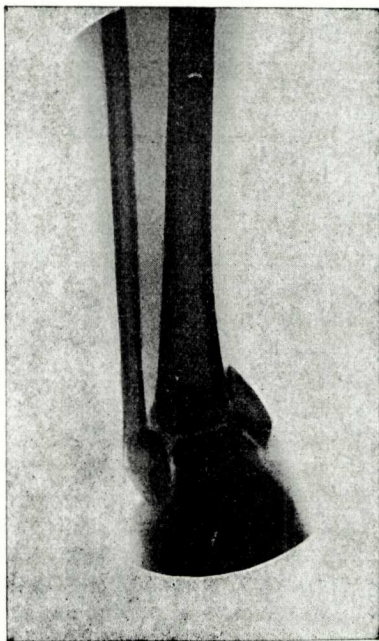


Fig. 1

cuidado o de tècnica per part seva, o d'ésser realment impossible la reducció per la interposició d'un fragment, deu donar-se'n compte i decidir la intervenció cruenta. Aquesta causa de mal resultat és rara quan el malalt és tractat per persona tècnica.

2.—La reducció és facil, però la contensió és impossible o difícilíssima, doncs la correcció de la diastasi tíbio-peronea i de la luxació posterior de l'estragal, es fa de moment; però fàcilment les coses prenen la seva posició primitiva o s'acosten a

ella, relliscant el peu sota el vendatge. A voltes és també la posició viciosa en valgus, la qual té tendència a refer-se dintre del vendatge, desviant-se poc a poc els fragments malealars, sobretot al reabsorbir-se els edemes i acúmuls hemàtics articulars i peri articulars.

El tractament clàssic de reducció baix anestèsia i contenció

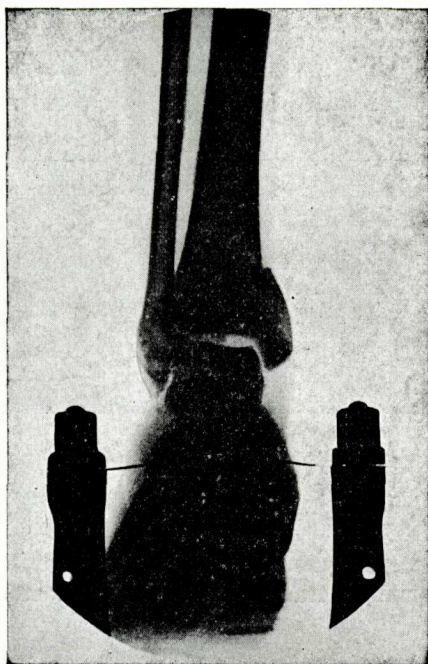


Fig. 2

amb el vendatge de guix, procurant deixar el peu en talus marcat, o amb varus, i procurant empenyar el taló del peu cap a davant, dona bons resultats, en molts casos, però en altres no és possible evitar el relliscament sota el vendatge dels accidents ossis, àdhuc emprant l'aplicació prèvia de la vena elàstica com recomana Destot.

A més, hem de mantenir el peu en una posició tan forçada de varus, que després, moltes voltes la correcció d'aquest ens

preocupa, i és causa de molèsties i de coixera durant un cert temps.

Per altra banda, la inevitable mobilització de les articulacions del tornell i del peu, ajuden a rovocar rigideses articulars, que hem de tractar severament, i no semprs amb sort.

En aquests últims anys, la intervenció sagnant en molts ser-

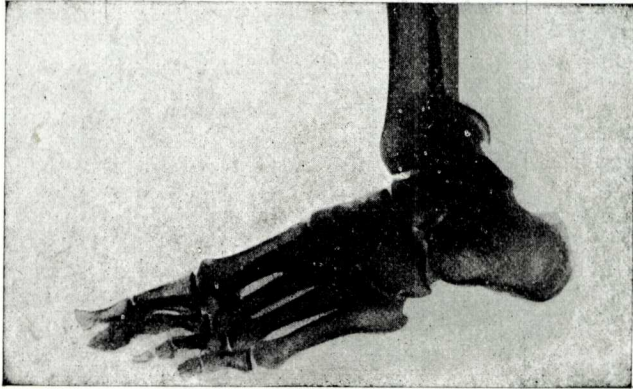


Fig. 3

veis de Cirurgia, ha guanyat terreny. Bé és veritat que la divisió comença quan es tracta d'escollir quin mètode triarem en cada cas.

Per un costat hi ha partidaris de fer sols una osteo-síntesi del peroné, amb cinta (si hi ha bisell), amb placa (si és transversa), o amb enclavillament amb una rosca, si és maleolar, baixa en aquest os. Segons Lane, Padenat, Alglave, Basset, Duval i altres, això és bastant per a què tot el demés prengui una posició normal.

La correcció de la diastasi tíbio-peronea amb un clau de fuster és per alguns el millor sistemàticament (Lambotte). Altres acoblen els dos mètodes.

Laclere Juvara i altres, creuen que basta quasi sempre fer un enclavillament del maleol intern contra la tibia, prconitzant l'enclavillament doble quan la fractura del peroné també és baixa.

Altres sols volen actuar operatòriament quan hi ha fractura marginal posterior, preconitzant la resecció del fragment si és molt petit, o bé la seva fixació a la tibia mitjançant un clau. Hi ha en aquest respecte discussió sobre les vies de descoberta, que no deuen ocupar la nostra atenció.

Cada un d'aquests mètodes té en el seu compte una pila

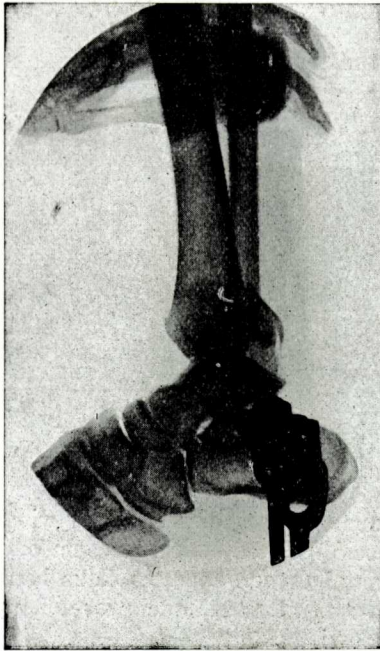


Fig. 4

d'èxits i de fracassos. Es cert que aquests no són tants quan el cirurgià és aclèctic o oportunista, i no partidari d'un sol procediment. Així, per exemple, a part de què s'empregui la síntesis del peroné o de la tibia, o bé d'ambdós ossos (tot pot anar bé), convé actuar contra la diastasis tíbio-peroné, quan aquesta és marcada, i contra la fractura marginal posterior, si veiem un fragment gros i irreductible.

Però hem de dir que sempre suposen els procediments sag-

nants el manipular, i sobretot deixar cossos estranys molt pròxims a una articulació, i que a més per primis que siguin, són sempre massa voluminosos pel reduït de l'espai en aquesta regió, i també per la falta de teixits tous. La intervenció porta amb sí uns perills d'infecció i accidents operatoris, els que fins donant un percentatge petit no deuen oblidar-se.

A més, l'osteosíntesis suposa sempre un retard en la consolidació, ja de sí massa entorpida en aquesta regió. Per fi, no és

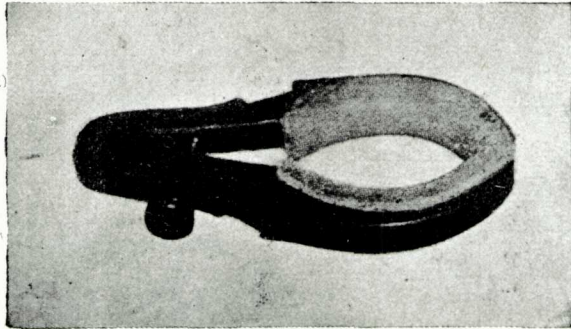


Fig. 5

una estranyesa que als pocs dies els claus vinguin balders per un procés de reacció òssia assèptica, i vegem originar-se les desviacions primitives, i és que aquestes claus han de resistir fortes sollicituds en sentit lateral, que provoquen aquests processos d'enrarament ossi.

L'enclavillament d'un dels moleals fracassa molt sovint per aquest motiu.

El mètode ambulatori de Delbet tenia en el meu concepte una superioritat fonamental, i es provoca i manté la reducció mitjançant una forta extensió del peu. Es un fet ben evident i si deixem apart alguns casos excepcionals d'interposició de petits fragments, en tots els demés, és facilíssim obtenir la reducció de tots els factors anàtomopatològic de la fractura de Dupuytren, sols agafant el taló i fent una forta tracció. Pot comprovar-se això tots els dies amb la radioscòpia.

No cal preocupar-se de la tendència a les desviacions laterals del peu; intervenint-lo aquest automàticament per la seva

desviació en varus, i si la tracció es fa pel taló, en el moment es veu per radioscòpia o radiografia lateral, no sols la reducció de la luxació posterior de l'astragal, sinó ademés, l'aplicació del fragment marginal posterior contra la tibia. Això últim s'explica, perquè la correcció de l'equinisme posa tivants els muscles de la regió posterior de la cama. Aquests, llavors, empenyem el petit fragment cap endavant. Pel demés, és un fet curiós que

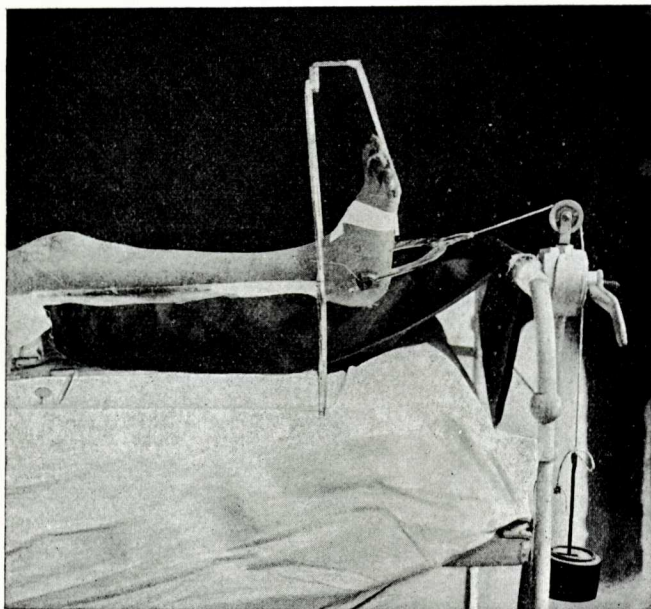


Fig. 6

la diastesi tìbio-peronea, es redueix també notablement en fer l'extensió contínua, cosa explicable perquè el que més contribueix a mantenir-la, és que en la fractura de Pupytyren la posició ajeguda de l'astragal, apojant-se en les dos branques de la pinça tìbio-peronea, tendeix a mantenir-les separades, i la seva vora supero externa, s'insinua entre ambdós ossos llargs. En fer tracció del taló, redressem l'astragal, i fins els teixits, doncs, en ésser estirats contribueixen a acostar el peroné a la tibia. Altra

aventatge de l'aparell de Delbet és que permet moure l'articulació del tornell, ço que millora extraordinàriament el resultat funcional d'aquesta juntura,, i s'escursa notablement el tractament ulterior.

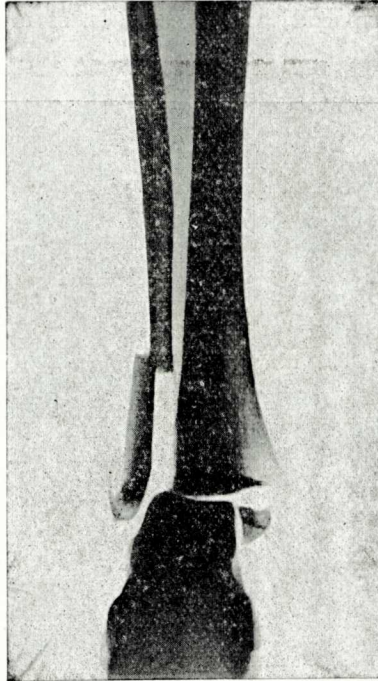


Fig. 7

Per tots aquests motius consideràvem el mètode de Delbet com el millor en aquests últims anys, i sols li trobàvem els següents inconvenients:

I.—Que necessita adaptar-se d'una manera perfecta per mantenir la tracció del peu, doncs si no és així, aquesta és fictícia, i els resultats pitjors que emprant qualsevol dels altres mètodes. Per altra banda, els edemes del primer moment fan que a voltes s'hagi de canviar l'aparell una o dues voltes, cosa molt poc agradable.

2.—Aquest aparell, tan ben tolerat en general en totes les fractures de la cama, dóna en aquests maleolars un percentatge un xic més gros d'intolerància i de dolors.

3. El que resulti després de sec el guix és el que ha de con-

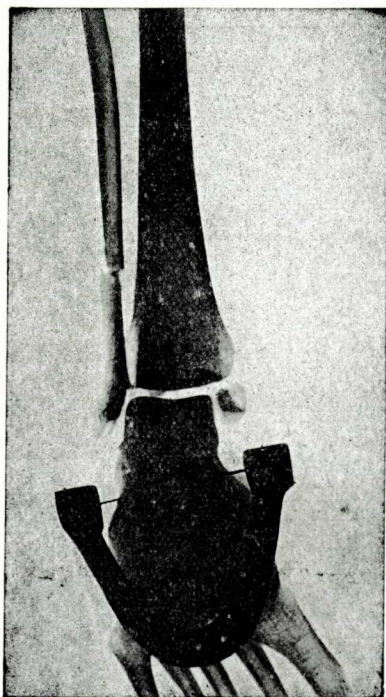


Fig. 8

siderar-se com definitiu durant tot el tractament, sense poguer fer més modificació ni rectificació que treure l'aparell per posarne un altre.

Haviem pensat moltes voltes en la inferioritat que sobre el Delbet tindria qualsevol tracció pel mètode de Steimann o similar (ganxo de Schmerz de Wolff, de Schramm cinta de Finochietto etc.). Sempre ens repugnava la quantitat de cos estrany que érem obligats d'introduir en un os esponjós petit com és

el calcani. Però en utilitzar el sistema de Kischner i el seu material que permet atravessar el calcani amb una corda de piano, i poguent aplicar en ella grans tracció després de ben tensat el fil, hem cregut útil emprar-lo en aquestes fractures, obtenint els resultats més afalagadors.

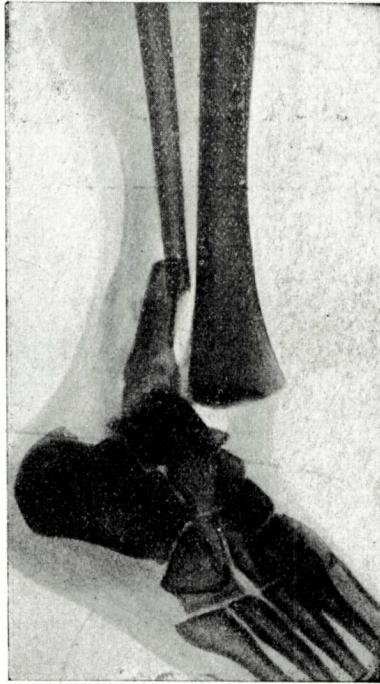


Fig. 9

Les radiografies 1 i 3 presenten un cas de fractura marginal posterior de la tibia associada a la fractura bi-maleolar baixa, la interna interessant el piló tibial parcialment, i amb diastasis tíbio-peronea i sub luxació del peu postero-intern. Així veiem el peu amb desviació de varus, a més de l'escurçament de la cara dorsal de l'avant peu i de la sortida cap enrera del taló.

Basta la tracció no molt forçada del calcani amb el fil de trischner (uns 5 quilos), per veure reduir-se quasi perfectament

ambdós fractures maleolars, desaparèixer la luxació del peu i corregir-se quasi per complet la desviatòria tíbio-peronea, sense que la més petita força actuï en sentit lateral.

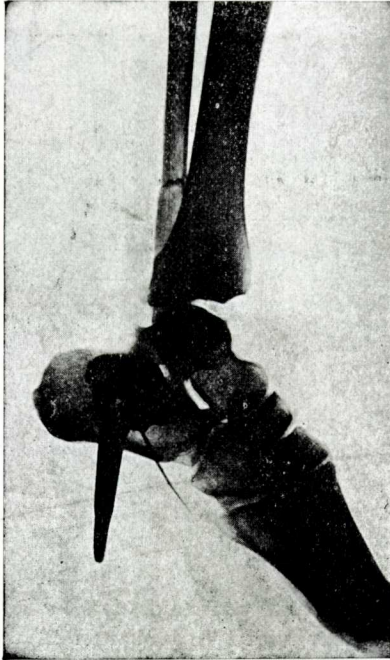


Fig. 10

Malalt C. habita Tarragona, 44 anys.

Va caure 8 dies abans, sense poder aixecar-se, des de dalt del seu carro. Es varen fer varies proves de reducció infructuosament. Ingress el dia 4 de gener en la clínica particular.

Peu inflat, posició de varus i equinisme, forta sortida de la cara interna de la tibia sobre el tornell. L'avant peu escurçat en la seva cara dorsal i el taló srotint cap enrera. El tornell exemplar en tots sentits. Extens edema del peu i cama fins a la meitat de la seva altura. Vegi's radiografia 1 i 3. Fent tracció sobre el taló aducció de totes les desviacions apreciables per radioscòpia.

5 de gener, operació. Anestèsia local un centímetre cúbic a cada costat del taló a nivell del calcari i a un centímetre per darrera de la recta que perllonga la vora posterior del peroné. Perforació del calcari amb el fill de Kischner.

Tracció de 5 quilos sense altra manipulació. Vegi's la radios. 2 i 4

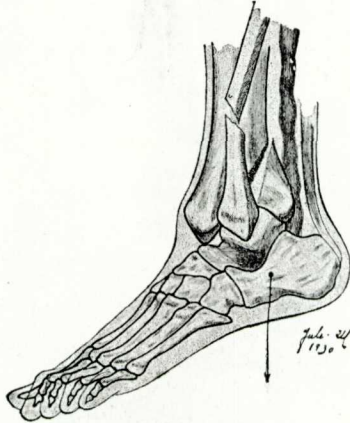


Fig. 11

Es veu una reducció quasi perfecte de totes les desviacions de fragments de la luxació ostragalina i de la diastasi tibio peronea. Aquesta no ha desaparegut en absolut, però és completa l'acostament d'ambdós osos, mitjançant la pinça de fusta que he fet construir per aquests casos. Vegi's fig. 5.)

La cama queda instal·lada en una farula de Braun amb un esperadrap plantar, es procura mantenir el peu amb talus. Tracció del calcari amb 5 quilos. Diàriament mobilització activa del tornell i dels dits del peu, i massatge muscular. (fig. 6).

El compàs de fusta es gradua tots els dies, i per tal d'obtenir un màxim acostament transversal d'ambdós osos de la cama amb un mínim de molèsties.

Als deu dies es retira el fill de Kischner, es manté encara la cama en la fórmula de Braun, i al cap de 50 dies es permet començar a apoiar el peu a terra. Excel·lent resultat funcional. El malalt caminava als 3 mesos, no coixejant quasi gens.

Vegi's la fractura de Dupuytren amb diestosis tíbio-peronea i fractura marginal posterior provocada experimentalment en eli la seva reducció amb la tracció del calcani pel fill de Kirschner (Vegi's fig. 7, 8, 9 i 10).

Creiem que el mètode és excel·lent: esperem que serà el d'elecció molt aviat.

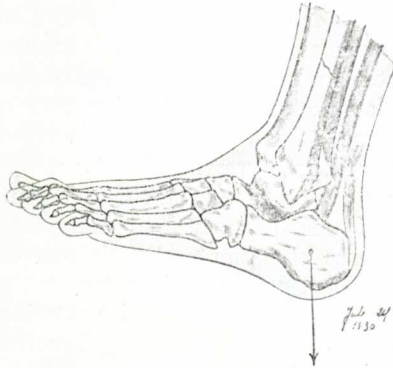


Fig 12

Té totes les aventatges del mètode de Delbet (menys el seu emboltori), a més de què la tracció aquí és segura, i sense causa d'error ni sotmesa a defectes de tècnica. Molt ben tolerat, sense perill de provocar decúbits ni edemes en el peu. Permet encara uns més amples moviments del tornell, i ademés és gradualment, baix l'exploració radiològica feta en el mateix llit.

L'acablament de la punxa és de vera importància per acabar de veure la diastasis.

Pel demés, té sobre els mètodes de síntesis l'aventatge de no provocar trastorns osteïdes ni retardar la consolidació, a part dels inconvenients del cos estrany perdut i haver de sotmetre el malalt a una operació, hi ha que tenir present que el fill de Kirschner es posa directament a través de la pell, sense tenir-la d'obrir i inclús poguent prescindir de l'anestèsia local, doncs quasi no és més molest per al malalt que una injecció intramuscular. L'operació de perforació del calcani, dura 3 o 4 segons.

Sobre els altres mètodes de tracció per ganxos i

metàl·lics té l'aventatge de la seva insignificància com a traumatisme i com a cos estrany, i presentant unes prevabilitats molt més llunyanes d'infecció, per tractar-se d'un forat insignificant molt fàcil de protegir.

Creiem que és un mètode que serà adoptat per molts cirurgians. ràpidament

Respecte a la tècnica res no vull dir, doncs ja tots els cirurgians coneixen el maneig de l'aparell de Kischner; solament hi ha un punt de vertader interès, i és el lloc d'implantació del fil metàl·lic. Els esquemes de la figura 9 i 10 demostren com les coses es presenten molt diferentment segons que la implantació del fil sigui endavant o enrera. En el primer cas (fig. 9), permetem l'equiurisme, i fins l'ajudem fent la tracció en el següent devanter del calcari, no corregim bé la luxació posterior de l'ostrogol, doncs per això s'ha esbrinat des de darrera, i per fi no ajudem l'aplicació del fragment marginal posterior de la tibia cap endavant, doncs el permetre l'equiniema deixem flasits els múscles de la regió posterior de la cama.

En canvi, en fer una implantació posterior del fil mecànic (fig. 10), reduïm la luxació de l'ostrogol, corregim l'eauisme, i per això ademés, apliquen una forta aplicació del fragment marginal contra la tibia per la mateixa tensió dels múscles pregons.

Nosaltres procurem acabar de refermar la correcció de la direstori tibioperonea amb una pinça de fusta que acosti amb dos osos.

Creiem que aquest mètode serà adaptat ràpidament per molts cirurgians.