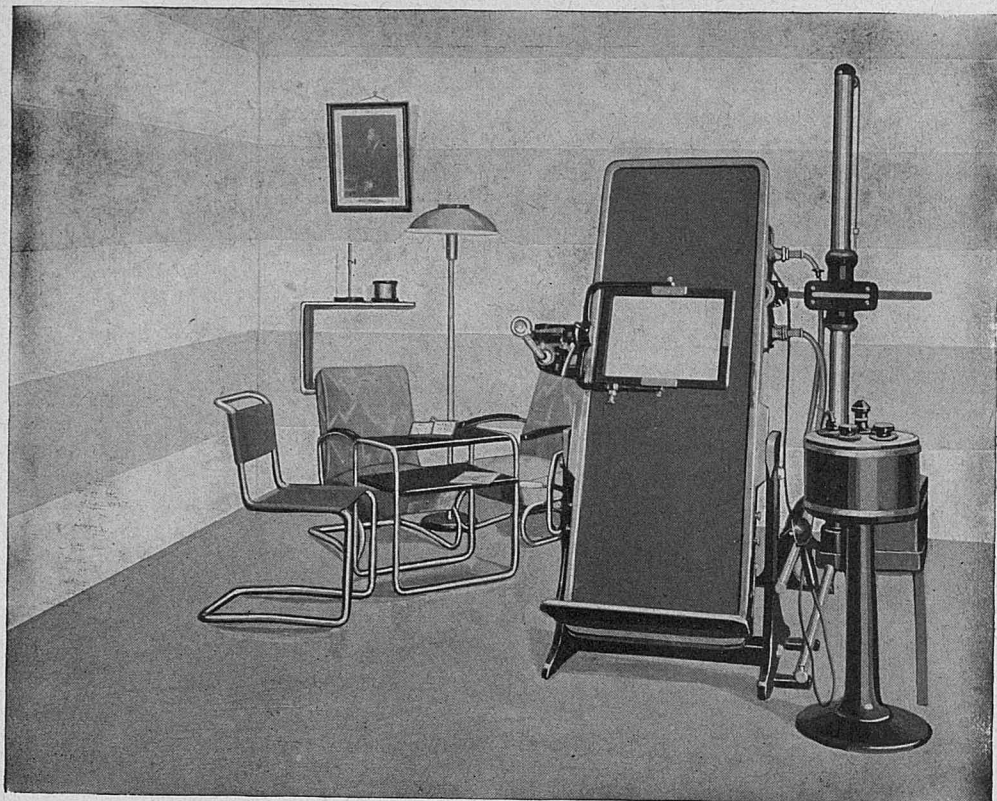


GABINET DE RAIGS X PER A DIAGNOSTIC GENERAL

Equipat amb

Aparell Philips "METALIX" - Standard de protecció total



Disposició amb taula UNIVERSAL basculant de construcció especial per a tota mena d'exploracions.

PRESSUPOSTOS I INFORMES A

RÖNTGENMÜLLER

SECCIÓ DE PHILIPS IBÉRICA, S. A. E.

M A D R I D VALENCIA BARCELONA

Barquillo, núm. 25 Alfredo Calderón, 14 Passeig de Gràcia, 59

Imatges radiogràfiques de l'osteochondritis dissecant de Koenig

pel Dr. F. X. PRAT PARDAS

Metge auxiliar del servei de Cirurgia ortopè-
dica i tuberculosi osteo-articular de l'Hospital
General de Catalunya

L'osteochondritis dissecant és una malaltia caracteritzada anatomo-patològicament per la necrosi d'una parcel·la epifisària i articular d'os, amb la seva delimitació progressiva i tendència a l'eliminació, la qual cau dintre l'articulació i es converteix en un cos lliure intrarticular.

Aquest curs de la malaltia no sempre és complet, sinó que, en algun cas, pot ésser interromput i presentar-se la curació espontània; ara bé, com que això succeeix rarament, no esperarem que esdevingui i tractarem el procés des d'un principi, fent cas omís de la possibilitat d'una curació espontània.

La patogènia d'aquesta malaltia és fosca, essent diverses les teories que pretenen explicar-la.

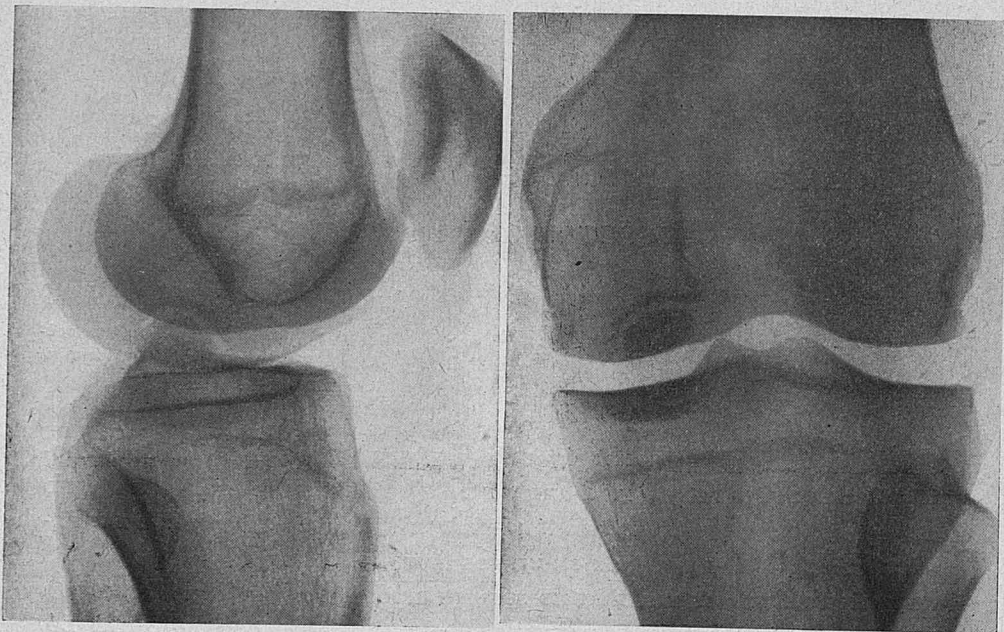
Com a causa originària de la necrosi epifisària primària, Koenig admet un traumatisme que, sense arribar a provocar una fractura, destrueix vasos i altera la nutrició de la regió afectada.

A part dels casos d'origen traumàtic precis, se'n troben d'altres en què no intervé per res el factor traumatisme. Koenig en distingeix l'osteochondritis dissecant traumàtica de l'espontània.

Ashaussens fa semblant el procés d'aquesta malaltia al de les per ell anomenades **epifisonecrosis**, com són la malaltia de Legg-Pertes, la de

Kiembock, la de Koeler, etc. La iniciació d'elles correspon a les mateixes condicions descrites per Koenig, i si després evolucionen diferentment, és degut a les variades condicions anatòmiques de l'os afecte i de l'articulació veïna.

L'evolució del procés és la següent: Necrosi epifisària primària, fractura patològica espontània, procés de delimitació, deliberació traumàtica del fragment ja total, ja restant un temps pediculat; tot això és ben clar i conegut anatomopatològicament, el que falta aclarir és la causa de la **necrosi epifisària primària**.



Gràcies als treballs de Leriche i Policard i als anteriors de Lexer i Delkeskamp estudiant la circulació epifisària intraòssia mitjançant un mètode de vinalització, s'ha vist la importància dels **vasos que de la càpsula van a regar l'epífisi, a més del sistema vascular intraossi i periòstic**.

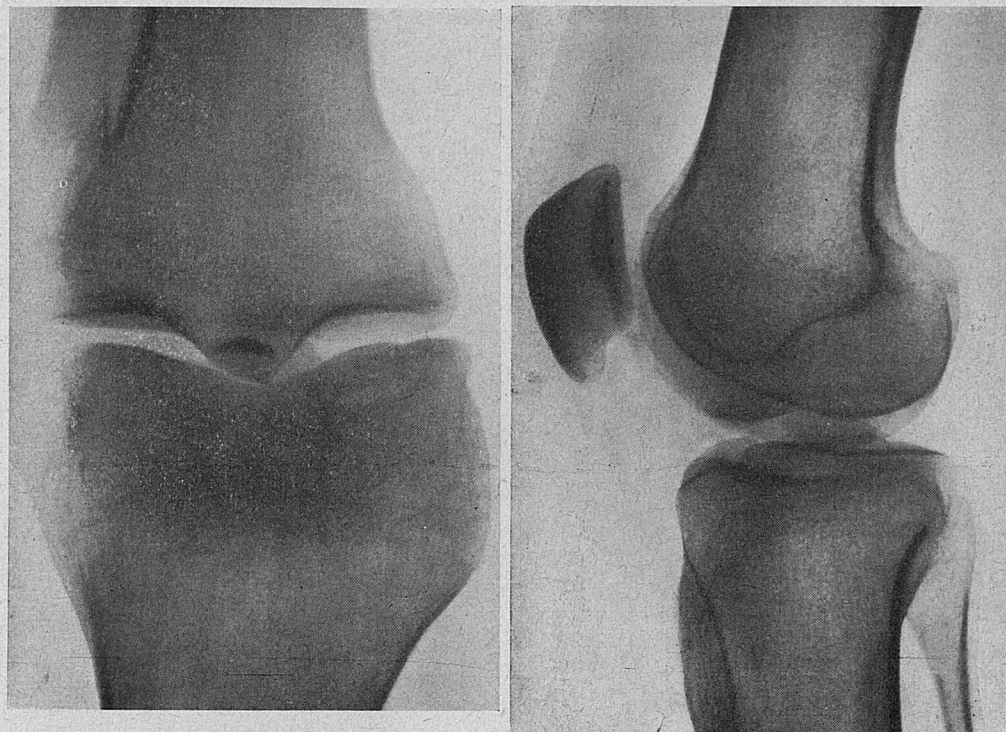
L'obstrucció d'aquests vasos epifisaris ens explica les alteracions necròtiques sobrevingudes a traumatitzats afectes de luxacions, especialment d'anca i d'escàpulo-humeral, en què la reducció s'ha fet dos o tres dies després del traumatisme.

El que falta aclarir és la causa de la **necrosi epifisària primària**, i per explicar-la, Ashaussens defensa la teoria de les embòlies micòtiques. Altres autors diuen que és una embòlia microbiana, però de virulència atenuada; Ludlow, en 1908, va exposar la seva teoria un xic temptadora, perquè ens

explica una cosa molt important de la lesió, però és solament en el que fa referència a l'articulació del genoll; aquest autor pretén que la lesió tingui per origen una lesió traumàtica d'una artèria, branca de la poplítea, que va a irrigar el còndil intern del fèmur atravesant la càpsula articular i un lligament creuat.

Per aquesta hipòtesi ens explicariem **la constància de la lesió en el mateix lloc del còndil i sempre en el còndil intern**, ja que la lesió d'aquest vas produiria una necrosi en el territori per ell irrigat.

Tant clínicament com anatomopatològicament, aquesta malaltia evo-



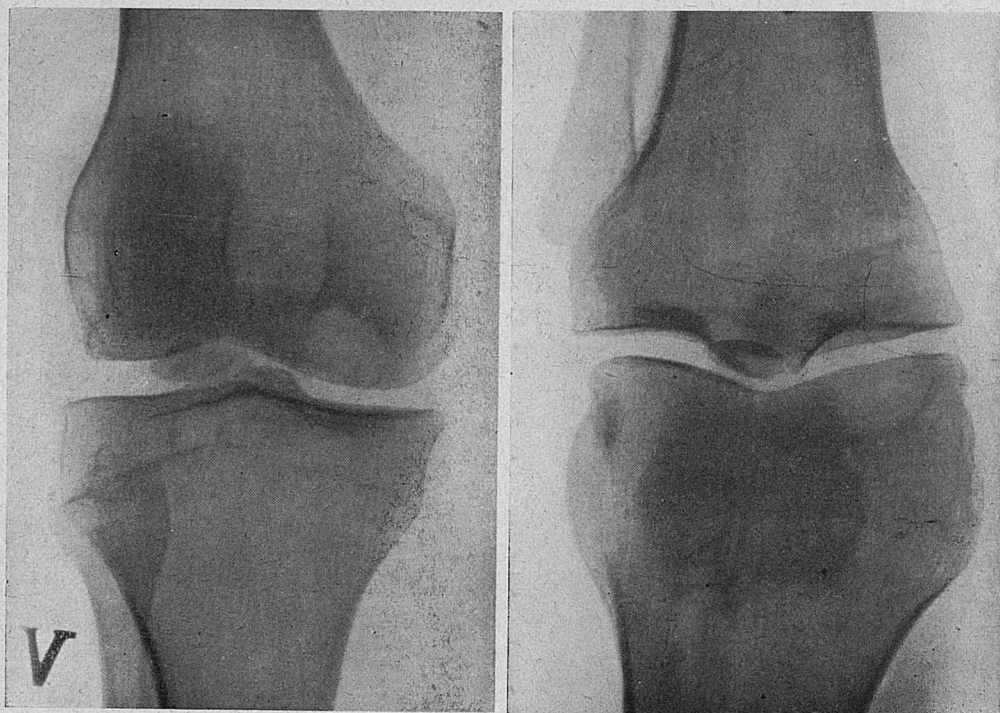
luciona en tres períodes, amb una simptomatologia molt escassa en els dos primers estadis, petites molèsties articulars, i lleugera hidartrosi que pot faltar; a l'últim període ens dona els símptomes dels cossos lliures articulars, el més manifest és el bloqueig repetit de l'articulació.

Com en molts altres casos, és als raigs X que nosaltres devem el diagnòstic precís i el coneixement dels diferents estadis, ja que clínicament no és possible fer un diagnòstic en ferm d'osteochondritis dissecans de Koenig.

Als raigs X dona unes imatges molt típiques que una vegada vistes una sola vegada, les hem de recordar forçosament.

Als començaments de la malaltia hom veu una petita zona clara, de forma arquejada, situada a la part més prominent del còndil intern del fèmur (R. X. núm. 1); al principi la lesió és únicament òssia, després invadeix el cartílag articular que delimita clarament un fragment ossi-cartilaginós de mida aproximada d'una fava, amb escassa o sense reacció pel voltant de la lesió (R. X. núm. 2).

Això, correspon al primer període; més endavant, la franja clara va augmentant i el fragment ossi, delimitat ja clarament, pot fer un xic de prominència dintre l'articulació, com es veu clarament en les R. X núms. 3 i 4



(segon període), esperant el moment d'un petit trauma o, ja espontàniament, per desprendre's i caure dintre l'articulació, corresponent, això últim, al tercer període, en el qual veurem d'un costat el cos lliure articular i d'altre una zona clara en la part més prominent del còndil intern del fèmur, que correspon al llit que ocupava el fragment dissecat convertit en cos lliure intraarticular (R. X. núm. 5).

La localització de la lesió, sempre en la regió més prominent del còndil intern del fèmur, és característica d'aquesta malaltia; les imatges radiogràfiques són típiques i no és possible confondre-les en cap altra procés.

En el cas de trobar un cos lliure intrarticular, per fer el diagnòstic d'ostecondritis dissecant, es veurà forçosament una regió clara en el còndil intern del fèmur, que serà el buit que ha deixat el fragment dissecat convertit en cos lliure intraarticular.

La radiografia núm. 6 correspon al mateix malalt de les radiografies núms. 3 i 4, en ella s'observa una regió clara en el còndil intern del fèmur, regió que és el buit deixat pel fragment dissecat i que, mitjançant la intervenció, es va fer la seva extirpació, com s'ha de fer en tots aquests casos, una vegada diagnosticats.

Per tractar-se d'una malaltia poc estudiada, i per alguns desconeguda, i havent observat aquests tres casos de localització en el genoll, corresponent cada un d'ells a un dels tres períodes de la malaltia, he cregut interessant exposar aquesta petita ressenya dels mateixos.

Per acabar, dono les gràcies al servei de R. X. de l'Hospital General de Catalunya per les facilitats donades per radiografiar dos dels tres casos exposats, ja que l'altre és un malalt de la visita particular.

ELECTRO-MEDICINA RAIGS X

Instal·lacions Röntgen

Diatèrmies

Pantostats

Sol d'altitud (quarç i arc)

Infraroigs (zoalite, arc i neon)

*Aparells d'alta freqüència, &
Aparells portàtils per a corrents
galvànics, faràdics, electrolisi,
depilació, càustia, endoscòpia*

COMPLET ASSORTIT D'ACCESSORIS
CONSULTORI TECNIC REPARACIONS

COOPERATIVA DE CONSUM DEL SINDICAT
DE METGES DE CATALUNYA
(CASAL DEL METGE)

Via Laietana, 31 - BARCELONA - Telèfon 11586