

ARTRODESI COXO-FEMORAL

PROCEDIMENT PERSONAL

pel Dr. JOAQUIM DE RIBA

Examinant criatures afectes de paràlisi de la regió de l'anca, crida l'atenció lo superficial que es troba l'articulació coxo-femoral per la seva cara anterior, lo bé que es limita el cap femoral i que es percep la interlínia articular. Per això va nèixer en mí la idea de l'aventatjós que fora incindir directament per davant de la interlínia articular per practicar l'artrodesi. Però la situació del paquet vascular, que cobreix la part interna del cap i el mateix interstici faria inutilitzable aquesta via si un artífici senzill no vingués a resoldre el problema.

Posant l'extremitat en abducció forta (90° i rotació externa) les relacions canvien; el paquet vascular es posa tangent a la part superior de l'articulació i aquesta és perfectament accessible per la seva cara anterior, utilitzant a l'efecte l'ample interstici entre l'adductor primer o mitjà (*adductor longus*) i el psoas-iliac. En el fons d'aquest espai es troba el pectini el qual es pot incindir o separar endins.

En aquesta regió no hi ha vasos ni nervis importants. S'hi troben les dues pudendes externes, superior i inferior, procedents de la femoral, la primera subcutània, la segona subaponeuròtica. La circumflexa interna o posterior procedent de la femoral profunda, dóna una branqueta muscular interna que travessa també aquesta regió de fora endins.

En el fons d'aquesta regió junt a la vora intern del pectini trobem l'articulació, molt més superficial que en les altres vies següides per arribar-hi, superficial sobre tot en casos de paràlisi poliomièlítica i apropiada per tant per a practicar l'artrodesi.

Aquesta via ha sigut utilitzada per LUDLOFF per a la reposició cruenta del cap femoral en la luxació congènita; però LUDLOFF utilitza una llarga incisió paral·lela a l'eix del fèmur que dóna molta llum, necessària per les dificultats que es presenten en aquesta operació.

En canvi per a l'artrodesi, en casos de gran laxitud articular basta una incisió més petita que jo faig en el plec genito-crural.

Amb raó LUDLOFF atribueix al seu procediment operatori els següents avantatges: és poc hemorràgic i fàcil d'efectuar, la cavitat queda superficial, no cal tallar lligaments ni parts de càpsula importants per a la retenció ulterior; són innecessàries les maniobres brusques i esquínços (pròpies i inseparables d'altres procediments) que poden posar en perill l'asèpsia.

En el meu concepte els principals avantatges d'aquesta via són: que es veu bé ço que es fa, sobre tot es veu bé la cavitat cotiloide; i que és el camí més curt per arribar a l'articulació.

La nostra tècnica és la següen:

Posició del pacient: decúbit supí; l'extremitat afecta surt enfora de la taula i és sostinguda per un ajudant en extensió, abducció forta i rotació externa de 90°.

Incisió vertical o llenguerament oblíqua avall i enfora, en el plec genito-crural corresponent a l'interstici articular (que es nota molt bé en els nens paralítics fent moure el fèmur). Es fixarà sempre prèviament la posició de l'artèria femoral i la incisió en distarà uns 2 cm.

Segon temps. Incindida la fascia, apareix en la ferida el primer adductor; si està retret, tens, es fa la seva tenotomia en la seva inserció pubiana, on s'arriba fàcilment separant endins el llavi intern de la ferida.

Tercer temps. Amb un separador rom es tira amunt l'angle superior de la ferida i separant també els llavis d'aquesta cap els costats apareix en el fons el pectini; en realitat es podria separar avall i endins, però si està degenerat, com acostuma en aquests casos no hi ha cap inconvenient a incindir-lo en part; l'hemorràgia és insignificant.

Quart temps. L'ajudant que sosté l'extremitat la fa moure un poc endins i enfora: el cirurgià aprecia l'interstici articular; allí incindeix verticalment la càpsula i la sinovial, engrandint després l'obertura cap enfora en la direcció del coll.

Cinquè temps. L'extremitat és posada en forta rotació ex-

terna i abducció enèrgica i apareix el lligament rodó que s'in-
cindeix amb bisturí o tisores tocant a sa inserció en el cap del
fèmur.

Sisè temps. Per mitjà de moviments apropiats d'abducció,
flexió i pressió endins es luxa el cap del fèmur endavant i apa-
reix a la superfície a través de la ferida; es procedeix tot seguit
a l'avivament de la superfície articular. La luxació és tant més
fàcil com més laxa l'articulació; en un cadàver amb anca nor-
mal no s'assoleix la luxació sinó es secciona abans el lligament
de Bertin.

Setè temps. L'ajudant que sosté l'extremitat efectua una
forta tracció longitudinal combinada amb un moviment de fle-
xió i disminució d'abducció; el cap del fèmur se separa de la
cavitat i desapareix en part sota els teixits tous. Llavors queda
al descobert la cavitat cotiloidea la qual és ben visible en tota
sa extensió si la llum és a propòsit. Secció del lligament rodó
en sa inserció en la part inferior de la cavitat. Amb la cullereta
es practica l'abrasió del cartílag i es vigilarà que no en quedi
cap trosset dins de la cavitat.

Vuitè temps. Reposició del cap, sutura en dos plans, sense
drenatge.

Guix en la posició més adequada segons el cas. General-
ment convindrà l'anquilosi a uns 30° a 40° de flexió.