

## ARTRODESI TIBIO-TARSIANA

### EL NOSTRE PROCEDIMENT

pel Dr. J. M. VILARDELL

L'artrodesi tibio-tarsiana, és una de les intervencions quirúrgiques d'alguna dificultat tècnica i de resultats dubtosos. Dificultat tècnica per la poca accessibilitat de les superfícies articulars, sobre tot per les vies externa i interna (la posterior difícilíssima) perquè formant la tibia i el peroné una mortalla en la qual encaixa l'astràgal, priven els maleols la llibertat d'acció sobre les superfícies articulars.

És de resultats dubtosos, perquè tots havem pogut comprovar com, malgrat tenir la seguretat d'haver extirpat enterament els cartílags articulars, l'anquilosi no ha tingut efecte, per la causa que anem a explicar.

Tots sabem la cura que posem en les reduccions cruentes de fractures, en les resseccions articulars (i en general, en tots els casos en què busquem una soldadura òssia) a fer contactar en la major extensió possible les superfícies, per a major garantia en la formació del call. En la ressecció del genoll, per exemple, algunes vegades malgrat la cura que hi posem, l'extensió de les superfícies ressecades i la convicció d'haver extirpat tots els teixits causants de la malaltia, fracassa l'anquilosi, la qual cosa abona la importància que té la perfecta coaptació per a obtenir-la. Si això passa en el genoll, que és l'articulació que més garanties dona per a aquest objecte, per què no ha de passar en la tibio-tarsiana?

La separació articular després d'haver ressecat els cartílags de la tibia i de l'astràgal, augmenta d'una manera tan considerable, que ni comprimint per la planta del peu es poden fer contac-

tar les superfícies eruentes i cal omplir aquest espai perquè hi hagin més garanties d'anquilosament. A això tendeix el nostre procediment que ara anem a descriure.

## DESCRIPCIÓ DEL NOSTRE PROCEDIMENT

### *Via transperoneal*

Aquesta via presenta sobre les altres, l'aventatge de deixar la regió tibio astragalina al descobert i poder intervenir amb absoluta llibertat en l'articulació. No constitueix innovació, però és indispensable per a portar a terme el nostre procediment de desdoblament peroneal.

Incisió retro-peroneal, separació dels tendons dels peroneu i desinsertació del peroné seccionant amb l'estisora corba tots els lligaments de fixació maleolar.

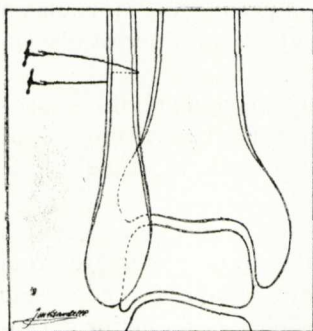


Fig. 1. A.—Secció del peroné conservant el periosti de la cara externa.

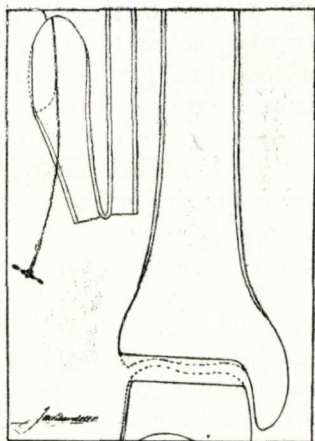


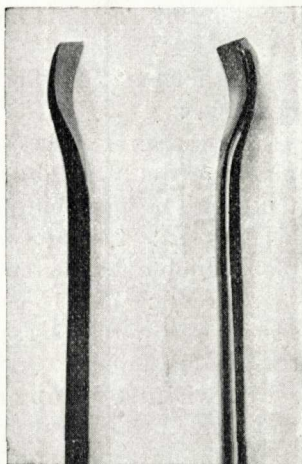
Fig. 2 A.—El peroné aixecat es secciona en sentit antero-posterior per a despendre'n el fragment que es trasplantantarà, Ressecció dels cartilags articulars, tibio-astragalins i peroneo-astragalins.

A 6 o 7 centímetres de la punta del maleol, hom secciona el peroné amb la serra de Gigli, de dins enfora, passant-la per l'espai interossi (fig. 1 A), cosa fàcil amb el conductor de Martel, procurant conservar el periosti de la cara externa, el qua a

manera de frontissa permetrà d'aixecar el peroné, deixant la punta en direcció al genoll.

La regió astragalina se'ns presenta francament al descobert i amb el nostre model d'enformador (*escoplo*) o amb el periostotom gran de Lambotte es poden treure d'una sola peça el cartílag articular de la tibia i el de l'astràgal. Treiem també el de la cara externa d'aquest últim. I un cop avivades les superfícies articulars, intervenim en el peroné en la següent forma, que és ço que constitueix el nostre procediment. (Fig. 2 A).

Amb una pinça d'os o de segrest ossi, l'ajudant sosté perpendicularment el camp operatori, el fragment fracturat i ressequem el cartílag peroneal de la cara articular. Amb la serra de Gigli seccionem el peroné en sentit antero-posterior, fins a la línia epifisària en els nens i adolescents, i aproximadament igual en els adults, més o menys fins a la superfície articular tibial, fent amb la serra una corba o angle dirigit a la cara interna conservant el periosti, que ens permetrà de poder posar



Nostre model d'enformador

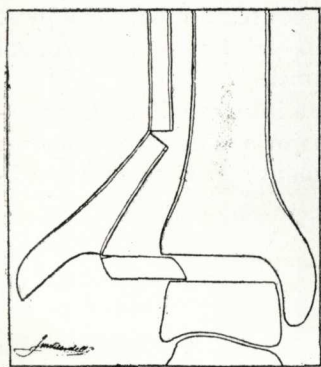


Fig. 3. A.—Interposició del fragment de peroné en l'espai articular ressecat.

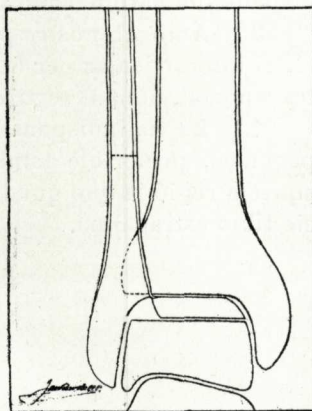


Fig. 4 A.—Disposició del fragment en l'articulació una vegada acabada l'operació.

aquest fragment de peroné en angle recte amb el mateix i introduïm en l'espai articular, a guisa de falca, el fragment trasplantat, omplint d'aquesta manera la separació tibio-astragalina. (Figures 3 i 4 A).

La formació d'adherències queda assegurada en aquest procediment:

Primera: Per la cara interna del fragment peroneal trasplantat la qual ha sigut prèviament avivada i que queda en contacte amb la superfície tibial.

Segona: Per la cara externa del fragment peroneal trasplantat que queda en contacte amb la superfície astragalina, i

Tercera: Per la cara interna peroneal (corresponent a la secció feta per la serra de Gigli, per a despendre el fragment trasplantat) amb la superfície externa de l'astràgal avivada també.

La vitalitat del fragment interposat, la garantitza (ultra l'estret contacte amb les superfícies articulars) la conservació del periosti intern peroneal que li serveix de frontissa.

## CONCLUSIONS

1.<sup>a</sup> L'artrodesi tibio-tarsiana és difícil d'obtenir pels procediments preconitzats fins al present.

2.<sup>a</sup> Aquesta dificultat està en la falta de contacte de les superfícies articulars després d'extirpats els cartilags, condició indispensable perquè l'anquilosi sigui un fet.

3.<sup>a</sup> Amb el nostre procediment aconseguim omplir aquest espai interarticular per la interposició del fragment peroneal transportat, donant seguretat d'anquilosi.

4.<sup>a</sup> La via indispensable d'aquesta intervenció de la transperoneal, preferible també en la majoria d'intervencions en aquesta regió ja que queda completament a la vista la superfície tibio-astragalina.



Fig. 1. — Josep G., de 15 anys. — Paràlisi dels grups anterior i latera. Regió posterior en condicions deficientes.

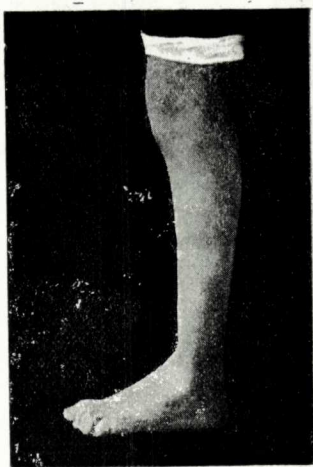


Fig. 2. — Elongació del tendó d'Aquil·les. Artrodesi per procediment propi. Resultat postoperatori.

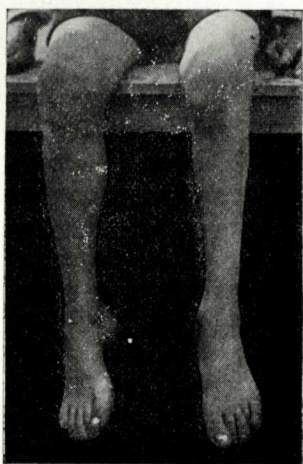


Fig. 3. — N. N., de 14 anys. — Peu dret amb paràlisi dels grups anterior i lateral. Peu esquerre, peu «ballant» per paràlisi de tots els grups musculars.

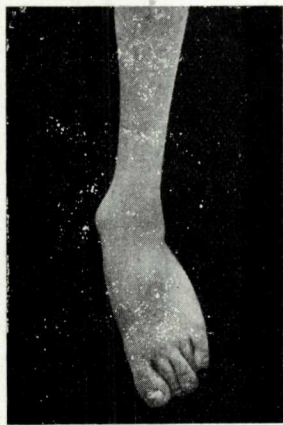


Fig. 4. — El peu esquerre del mateix malalt abans de l'operació.



Fig. 5. — Peu dret de l'anterior després de l'operació. Elongació del tendó d'Aquil·les; anastomosi del mateix amb l'extensor comú dels dits.

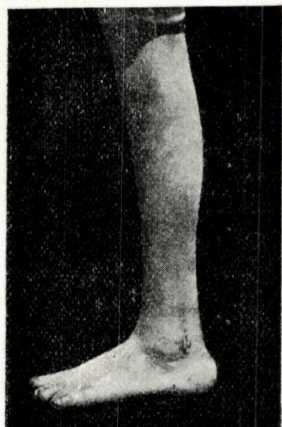


Fig. 6. — Peu esquerre del malalt anterior. Elongació del tendó d'Aquil·les; artrodesi per procediment propi.

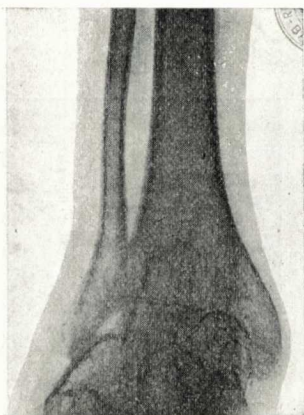


Fig. 7. — Radiografia d'un dels operats als 6 mesos de la intervenció. Es pot apreciar l'articulació completament fusionada, dibuixant-se el fragment trasplantat. Quasi no s'aprecia la secció quirúrgica supra-maleolar del peroné.

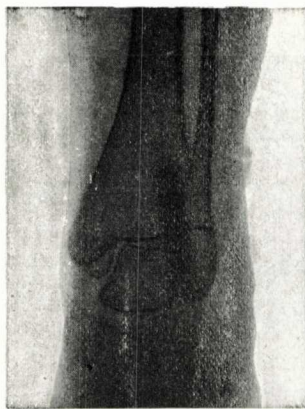


Fig. 8. — Artrodesi transperoneal per empelt ossi procedent de la fíbia procediment que també practiquem i que dona molt bons resultats, sobre tot en adults. Quasi no s'aprecia la secció quirúrgica supra-maleolar del peroné.