

Clinica chirurgicală a I.M.F., Tirgu-Mureș.
Conducător. Prof. Mátyás Mátyás.

UN NOU PROCEDEU PENTRU COMPLETAREA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL PICIORULUI ECHINO-VAR PARALITIC

Száva János

Cu toate că literatura și practica de specialitate acordă prea puțină atenție atitudinilor vicioase de flexiune a degetelor, totuși pe baza experiențelor efectuate, am ajuns la convingerea că această problemă trebuie privită cu mult interes și în anumite situații, impune o soluționare terapeutică.

Din studiul temeinic al relațiilor analitico-funcționale ale statice și locomoției, rezultă că degetele picioarelor îndeplinesc un rol complex și multilateral.

a) Din punct de vedere static, ele întregesc suprafața de sprijinire a corpului;

b) Prin mișcările lor libere de dorso-lexiune, permit ca în timpul deplasării corpului, talpa să se adapteze aproape reptilinic în chip de șenilă la suprafața terenului, în așa fel încât locomoția devine uniformă iar actul lansării complet.

c) În schimb, mișcările de flexiune activă în sens plantar completează și adaptează într-un mod corespunzător lansarea extremităților și au un rol important în menținerea echilibrului.

d) Suprafeței plantare a degetelor și indeosebi inervației complexe a pulpelor și a sistemului musculo-ligamento-articular le revine un rol bine determinat în reglarea și coordonarea activității musculare complexe.

Dacă pe lângă toate acestea mai luăm în considerare și faptul că cele mai multe deformități ale piciorului sînt deformități de flexiune, și că atît în urma contracturii flexorilor cit și a slăbirii sau elongării extensorilor, intervine o flexiune forțată a degetelor în sens plantar, atunci se desprinde în mod clar profilul real al tulburărilor ivite în domeniul așa numitelor funcțiuni diferențiate ale piciorului. Importanța practică a problemei e sporită și de faptul că în domeniul acțiunilor musculare se produce, potrivit împrejurărilor de mai sus, o deplasare continuă, atunci cînd prin intervenții chirurgicale forțăm piciorul din poziția lui de echinism în poziție normală. Prin aceasta se încordează și mai mult contractura musculaturii de flexiune, ceea ce atrage după sine accentuarea poziției de contractură.

Faptul acesta nu numai că elimină complet rolul static și dinamic pe care îl au degetele, dar are în același timp un efect dăunător asupra întregului complex funcțional al piciorului și implicit, scade valoarea tratamentului aplicat.

Starea de contractură a articulațiilor tarsului și metatarsului face cu neputință simțul poziției al tonusului și al chinesteziei, iar situația anormală a pulpelor împiedică *justa apreciere a neregularităților terenului*. În felul acesta se înlătură impulsurile condiționate ale reflexelor de asociație care coordonează activitatea musculară complexă.

Observațiile noastre arată că acestui fapt trebuie să i se acorde o atenție deosebită, în primul rînd, în cazul deformațiilor paralizice (poliomielita), cînd date fiind relațiile statice și dinamice modificate actul de locomoție necesită noi asociații de reflexe de compensație.

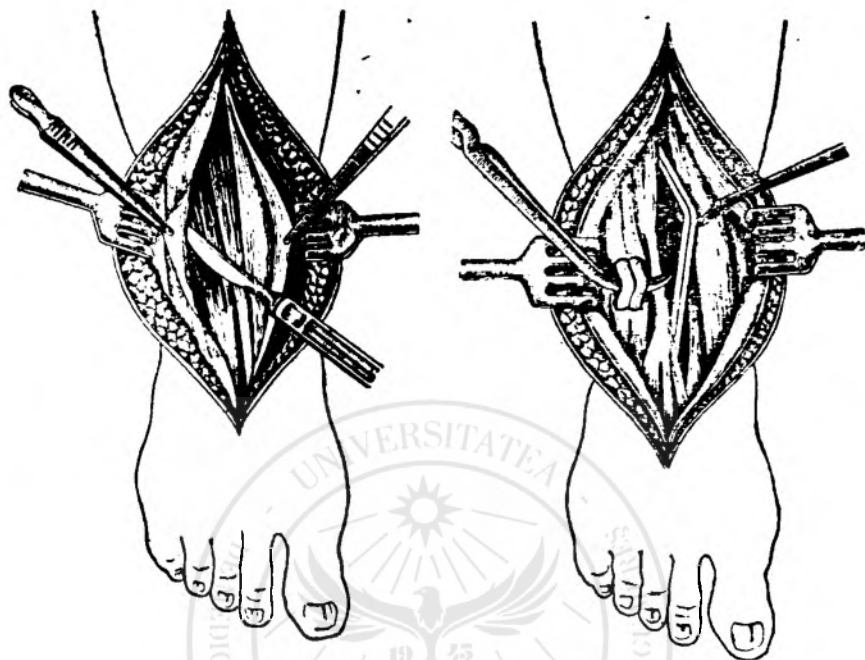
Dupa cum se știe, deseori pierderea potențialului de activitate a musculaturii nu poate fi compensată decît prin așa numitele operații de stabilizare a articulațiilor. Dar prin imobilizarea articulațiilor tibio-astragaliene sau a celor tarsiene se exclud și impulsurile proprioceptive ale complexului musculo-articular respectiv. În acest caz sistemul receptor al complexului tarso-metatarsian și digital preia rolul de orientare necesar din punct de vedere al reflexelor de asociație pentru activitatea completă a articulației.

Privind problema sub acest aspect și apreciîndu-i importanța, am prelucrat un procedeu chirurgical de completare pe care îl prezint în cele ce urmează.

Principiul acestui procedeu constă în scurtarea și fixarea tendoanelor mușchilor extensori sau pronatori — în întregime sau numai parțial paralizați — în așa fel încît intervenția să favorizeze și să asigure menținerea poziției funcționale a piciorului și a degetelor. În același timp trebuie să se creeze rezistența elastică necesară activității flexorilor, prin menținerea mișcărilor esențiale ale articulațiilor metatarso-falangiene.

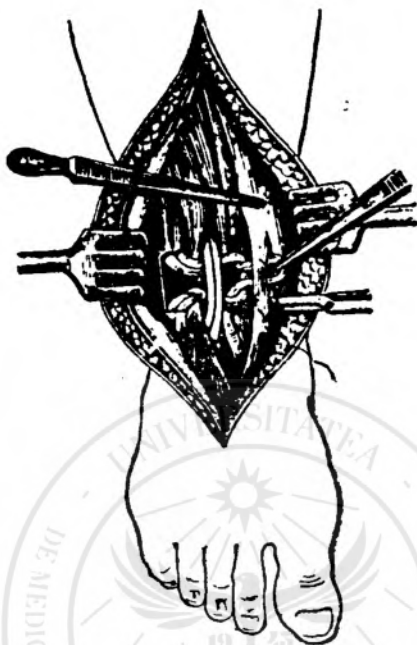
Tehnica operației este următoarea:

Pe fața anterioară a gambei, în treimea inferioară facem o incizie longitudinală de cca 12 cm, care coboară cu 2 cm sub articulația gleznei. Decolăm de ambele părți pielea, împreună cu țesutul celular subcutanat, în așa fel încît să se evidențieze medial tibia învelită cu periost iar lateral peroneul. După aceasta deschidem în direcție longitudinală teaca fibroasă a gambierului anterior și pătrunzînd lateral și secționînd septurile intertendinoase ridicăm deodată cu periostul gambei, în chip de lambou fascia gambieră. Prin aceasta se descoperă pe rînd tendonul extensorului degetului mare, pachetul vasculo-nervos și tendonul extensorului comun al degetelor. Ajunzînd la marginea anterioară a peroneului facem o breșă de cca 2 cm atît în fascia



gambieră cât și în marginea posterioară a maleolei, pentru a putea să scoatem și tendoanele peronierilor laterali (lung și scurt). Cu ajutorul răzușei, desprindem acum împreună cu periostul, în sens lateral, cealaltă margine a tecii tendonului gambierului anterior. Astfel se degajează partea corespunzătoare a tibiei și ni se oferă posibilitatea să recoltăm grefonul osos necesar pentru artroplazia posterioară. După pregătirea grefonului putem executa, potrivit necesităților, operația de corecție articulară sau de stabilizare (artroplazie triplă, tendoză posterioară etc). Continuând aplicarea procedurii noastre chirurgicale, executăm îndepărtarea pachetului vasculo-nervos. Scoatem apoi tendonul peronierilor, îl ridicăm în ansă pe care trăgînd-o în fața maleolei, o trecem prin breșa mai dinainte pregătită în fascie. Prin partea tendonului prins în ansă trecem o pensă curbă și cu aceeași pensă prindem și tendonul extensorului comun al degetelor — care e de asemenea ridicat în ansă; tragem apoi tendonul peste ansa peronierilor. Apoi trecem cu pensă peste partea prinsă în ansă a extensorilor comuni și executăm succesiv manevra amintită. mai întâi cu tendonul extensorului degetului mare, apoi cu tendonul gambierului anterior. Prin această împletire a tendoanelor obținem un lanț de noduri a cărui extremitate mediană corespunde cu partea prinsă în ansă a gambierului anterior. Ultima fază a manevrei de înlățuire o executăm atunci cînd tragem dublura ansei gambierului anterior prin breșa tăiată în partea periostului fibros deprins de pe tibia — și o suturăm cu fibre neresorbabile.

În timpul manevrei de înlățuire a tendoanelor trebuie să fim atenți ca pachetul vasculo-nervos să ajungă deasupra ansei îndate. După efectuarea manevrei de mai sus, urmează să suturăm acum deasupra tendoanelor, bursele fasciei gambei și apoi



să închidem strat cu strat incizia. În cazul când am prelevat un grefon osos, pentru drenarea hemoragiei tisulare trebuie să introducem timp de 24 ore un tub de cauciuc și apoi, așezînd piciorul în poziție optimă, îl imobilizăm timp de 10—12 săptămîni în aparat gipsat.

În decurs de cca 4 ani, am aplicat procedeul acesta în 3 cazuri ca tratament independent, iar în 60 de cazuri ca soluție de completare. Datele de mai jos arată rezultatele pe care le-am obținut:

		In total		Analizat		
Picior echino-var				Rezultatul		
Congenital		Paralitic				
Sub 15 ani	Peste 16 ani	Sub 16 ani	Peste 16 ani	bun	mediu	slab
—	—	3	—	3	1	—
+	+	18	11	29	7	5
+	+	3	16	19	10	2
+	+	—	10	16	10	3
+	+	5	37	67	28	10
				44	63,63%	22,72%
						13,65%

- + Tendoeză prin împletire
- + artroză posterioară
- + artrodeză tabo-crurală
- + tripla artrodeză de corecție

Rezultatele practice ale procedurii descris mai sus se pot caracteriza în următoarele:

Prin prinderea în ȳnsă și înădirea tendoanelor, musculatura relaxată se scurtează. Imobilizarea piciorului și a degetelor în poziția funcțională cedează în fața contracțiunii mușchilor flexori. Prin aceasta, flexorii întimpină o rezistență elastică și în funcție de particularitățile lor își pot redobîndi capacitatea funcțională. Puterea de susținere a tendoanelor scurtate prin împletire nu cedează și tendoanele nu se alungesc, deoarece extremitățile, mediane ale lanțului de noduri sînt fixate pe periost. Acest procedeu mai are și avantajul special că în eventualitatea restabilirii fie chiar parțiale a activității unuia sau a mai multor mușchi paralizați, contracțiunea acestora poate să restabilească mișcările de dorso flexiune și pronație.

Poziția vicioasă de contractură a degetelor se suprimă, ceea ce atrage după sine perfecționarea sensibilității tactile de mișcare și de stereognozie. Prin urmare, datorită participării active sau chiar pasive a musculaturii și a articulațiilor la actul de locomoție, se crează condiții favorabile pentru perceperea impulsurilor informative. moment important pentru dezvoltarea noilor reflexe de asociație, necesare activității complexului muscular.

Primită la redacție la 4 iunie 1956.
