

A r s M e d i c a

Año IX

Marzo de 1933

N.º 91

Trabajo de la Clínica de Cirugía del Hospital de la
Santa Cruz y San Pablo. Director: Dr. Corachán

Las ventajas de la artrodesis por enclavijamiento, sobre los injertos óseos epifisarios, según la técnica de Robertson-Lavalle, en la tuberculosis osteo-articular

por el doctor

J. Trueta Raspall

Ayudante del Servicio

Después del período de auge extraordinario obtenido hace unos años por la operación propuesta por ROBERTSON-LAVALLE, le va sucediendo un olvido cada vez mayor, y quizá excesivo en algunos casos. Las esperanzas que las descripciones del autor hicieron concebir, viéronse pronto malogradas, con lo que no es difícil prever su próximo y casi total abandono. Pero el lapso de tiempo en que se ha venido aplicando este método terapéutico, habrá servido para ilustrar nuestros conocimientos, en lo que a la influencia del injerto sobre el foco evolutivo, se refiere.

Hace más de quince años, que ALBEE habló de las modificaciones beneficiosas que, sobre la tuberculosis osteo-articular, ejerce el injerto óseo colocado en su vecindad y es conocido su criterio acerca del papel activo que el injerto desempeña, al margen del provecho obtenido con la inmovilización inherente a los métodos de tratamiento propuestos por el cirujano ameri-

cano. Los conocimientos actuales sobre patogenia y anatomía patológica de la tuberculosis en general y ósea en particular, han puesto en evidencia la naturaleza de los progresos que en la intimidad de los tejidos se desarrollan, ante la colonización del bacilo de Koch y que la reacción vasomotora provocada por el germen, hecho que dirige todo el proceso de la inflamación, es tardía y secundaria, siguiendo a la lesión celular ya establecida.

Las anteriores consideraciones hacen prever, y así lo demuestran los experimentos de SACERDOTE y OSELLADORE, que el traumatismo epifisario provocado por la introducción del injerto produce en aquélla una vaso-dilatación activa persistente, que actúa de manera satisfactoria sobre el proceso tuberculoso (UFFREDUTZZI).

Los únicos hechos ciertos dependientes de la técnica de ROBERTSON-LAVALLE, son, según TAVERNIER, conseguibles con una simple perforación epifisaria mediante un ber-

biquí metálico corriente. La disminución del dolor y la mayor amplitud de movimientos articulares se obtienen, en los enfermos en los que la intervención está indicada, de una manera también transitoria pero no menos clara, con el método empleado por TAVERNIER y la mejoría llega, asimismo, hasta los tres meses.

Es evidente, que si no se consigue detener el proceso en los tres meses en que la vaso-dilatación activa sitúa el tejido óseo en las óptimas condiciones, ya sea por hallarse demasiado avanzado o por otra causa, el provecho que reportará la intervención será nulo o poco menos; quedan, por lo tanto, eliminados todos aquellos enfermos en los que de antemano se hace presumible la imposibilidad de alcanzar el fin propuesto en tan corto espacio de tiempo, quedando sólo por intentar, la periódica perforación de la epífisis afecta cada tres meses, técnica que no sabemos haya sido realizada y sobre cuyas posibilidades no podemos pronunciarnos.

De lo dicho se desprende un criterio selectivo para los casos en que, a priori, parece indicada la técnica de ROBERTSON-LAVALLE: aquellos procesos iniciales intraepifisarios, en los que no exista alteración articular manifiesta o sea ésta muy ligera.

En todos los demás pacientes, en los que las lesiones destructivas sean avanzadas y la invasión articular evidente, que son los que con más frecuencia ve el cirujano, el tratamiento a base de la conservación del juego articular está contraindicado, ya que hace perder un tiempo precioso, en espera de un resultado más que problemático (casos n.º 4, 5, 6, 7, 8 y 10). Para estos pacientes, el tratamiento a base de la inmovilización articular es obligado.

Ahora bien, en todos aquellos casos que precisen de una inmovilización quirúrgica para su tratamiento, será indudablemente

preferible conseguirla con métodos que participen de los beneficios del injerto epifisario, siempre que se trate de ósteo-artritis tuberculosas en las que la técnica esté indicada, ya que no todas las articulaciones son aptas por igual para ser tratadas mediante la artrodesis por transfixión: cuanto más amplios sean los movimientos correspondientes normalmente a la articulación enferma, tanto menores serán la indicación y la probabilidad de éxito. Así vemos cómo las articulaciones de tres ejes, las enartrosis (eadera, hombro) no son tributarias del método, siendo en ellas preferible la artrodesis extra articular.

No es tampoco en las articulaciones de dos ejes, donde esta técnica encuentra sus mejores indicaciones, tanto en las condilartrosis, como en las de encaje recíproco, sino en las articulaciones de un sólo eje (troclear-trosis tibio-tarsiana) y en las sínfisis y artrodias como la sacro-ilíaca.

De todo lo anteriormente expuesto tenemos pruebas evidentes en las historias clínicas que adjuntamos de enfermos intervenidos con ambas técnicas y en los que se pone de manifiesto la superioridad de los resultados conseguidos con la artrodesis por transfixión, que concuerdan con los publicados por TUFFIER y BILLI PIERI.

Historias clínicas de los enfermos operados con la técnica de los injertos intra epifisarios.

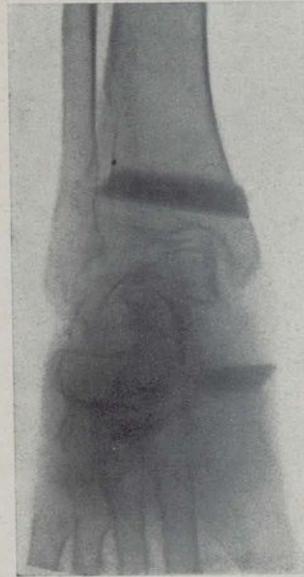
Caso n.º I.—Alejandro A., 22 años, labrador.

Desde hace cerca de un año, nota aumento de los fondos de saco sinoviales en la articulación tibio-tarsiana, con poco dolor pero con evidente intoxicación general (inapetencia, pérdida de peso, etc.).

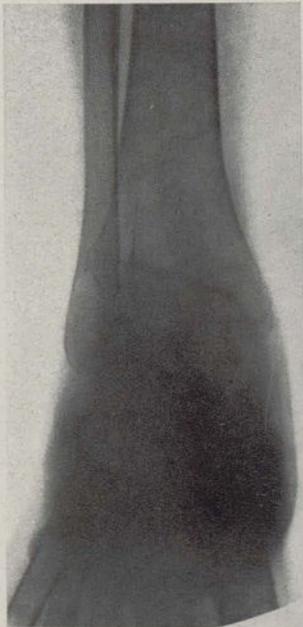
Se le practica un examen radiográfico (rad. n.º I y II) apreciando una ósteoartritis tibio-tarsiana. Se inmoviliza el pie con un vendaje de yeso y se inicia un tratamiento de Finikoff, recibiendo 15 inyecciones, que parecen aliviar



Radio n.º I



Radio n.º. III



Radio n.º II



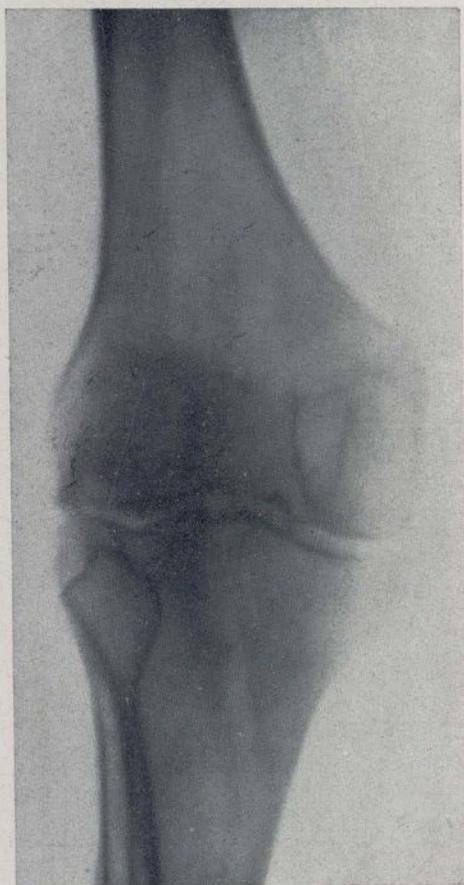
Radio n.º. IV



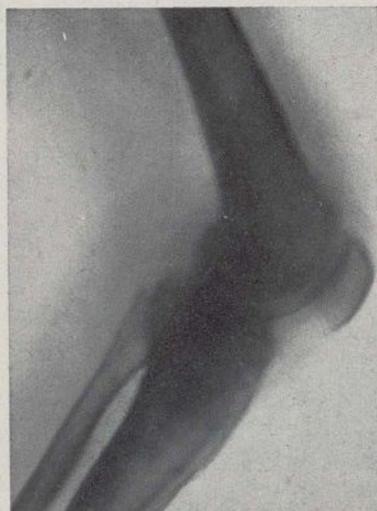
Radio núm. V



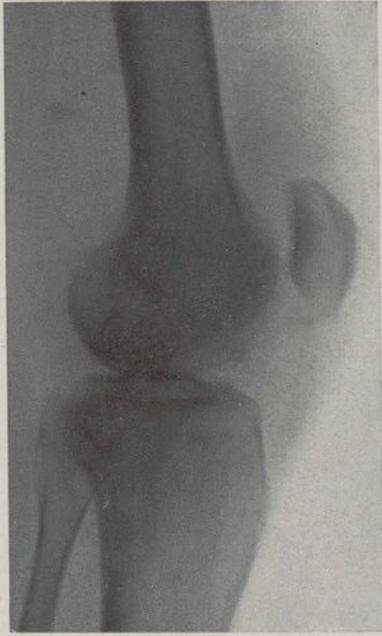
Radio núm. VII



Radio núm. VI



Radio núm. VIII



Radio n.º IX



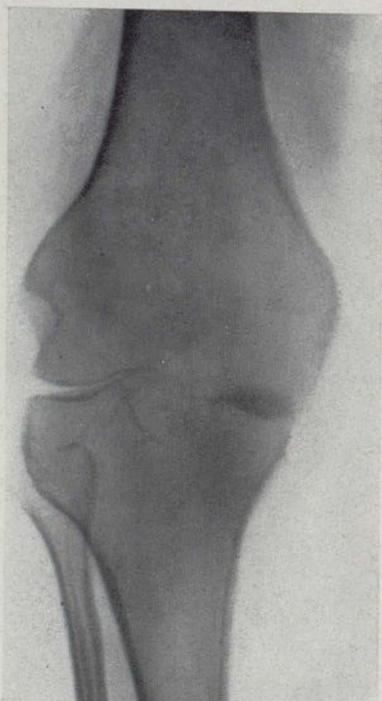
Radio n.º XI



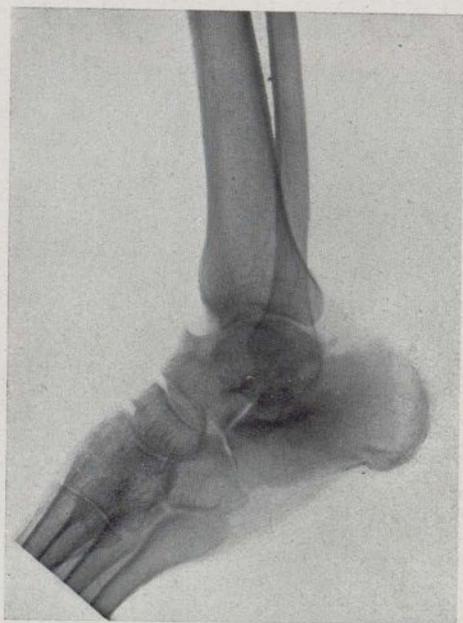
Radio n.º X



Radio n.º XII



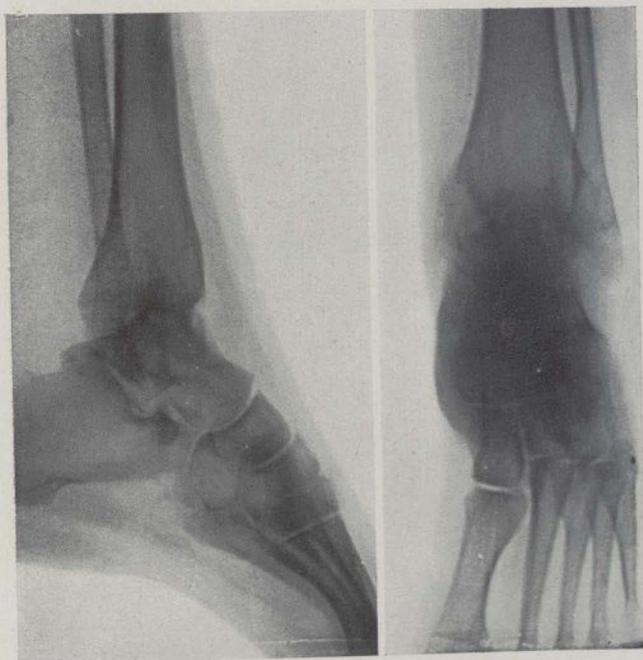
Radio núm. XIII



Radio núm. XIV

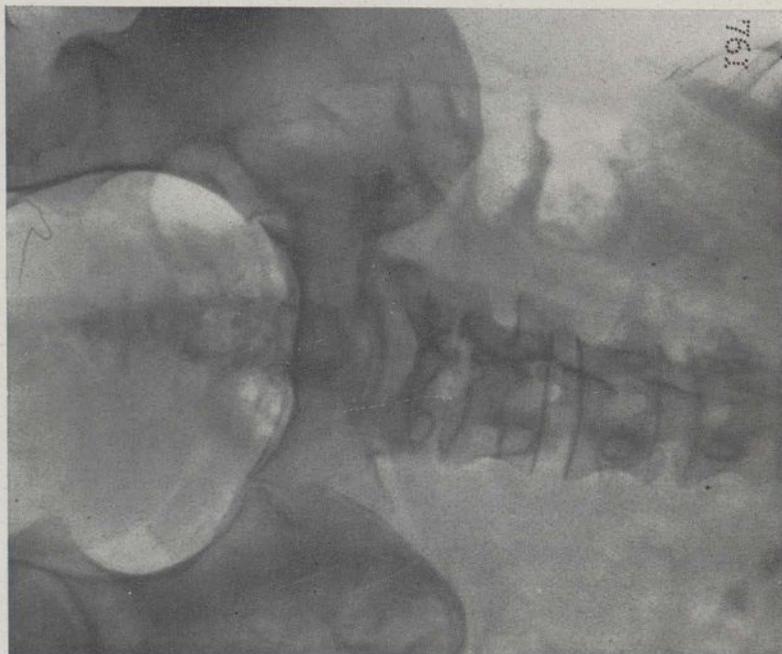


Radíos nùms. XV y XVI

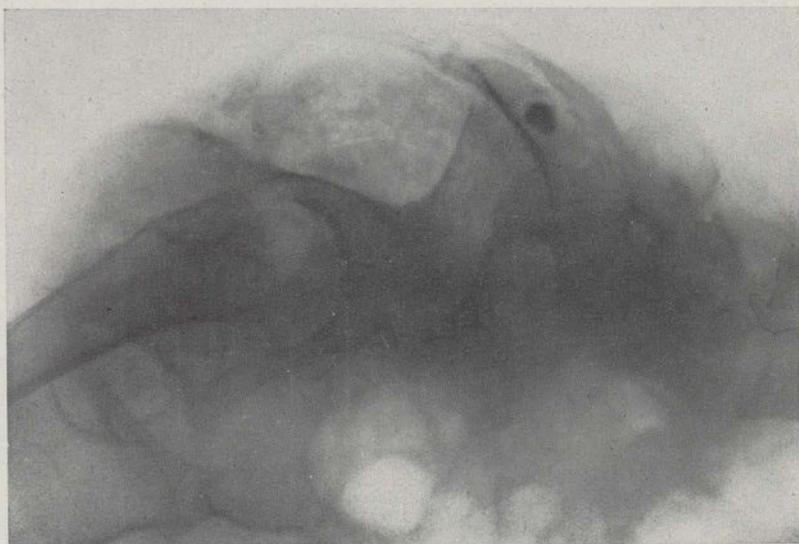


Radíos nùms. XVII y XVIII

Radio núm. XIX



Radio núm. XX



al enfermo; pero abandona el tratamiento en este momento.

En septiembre de 1927 a los seis meses de suspendido el tratamiento, se presenta de nuevo, habiendo empeorado de su estado local, pero conservando un buen estado general. Ingresa en el Hospital de la Sta. Cruz encontrándose muy dolorosa e infiltrada la articulación fibio-tarsiana; movilidad limitada.

Op. 18 enero 1928. Colocación de tres injertos de tibia, uno en epífisis inferior de tibia, otro en apófisis anterior de astrágalo y otro en calcáneo, todos en la cara interna. Rad. n.º III.

Curso postoperatorio normal. Sale del servicio al mes de operado, habiéndosele aliviado el dolor. A los seis meses, última inspección que nos ha sido factible realizar, se halla en buen estado general y mejorado de las lesiones locales, siendo de esperar la curación, aunque lentamente y con anquilosis.

Caso n.º II.—Francisco M., 26 años, corredor de fincas.

Bronconeumonía con pleuresía seropurulenta, hace 10 años. Dolores errantes que durante varios años no se localizan en ningún punto. Coincidiendo con un marcado adelgazamiento, aparece dolor fijo en la cadera derecha. Vendaje de yeso hasta la rodilla que no mejora el estado general y el gran dolor en cadera. Extensión continua en cama dura, inmediatamente de ingresar en el Hospital de San Pablo, en diciembre de 1928.

Op. 19 diciembre de 1928. Injerto de tibia en cuello y cabeza femoral con el instrumental de Delbet.

Durante los dos primeros meses, aprecia disminución del dolor. Abandona el Hospital el 3 de mayo, con mejor estado general y menores molestias locales.

En julio del mismo año se presenta a inspección, continuando la mejoría aunque lentamente; practica cura de sol.

Posteriormente hemos sabido que consiguió una buena anquilosis en el término de año y medio de efectuada la intervención.

Caso n.º III.—José P., de 13 años.

A los tres años de edad, tuvo una caída y consecutivamente un derrame articular. Vendaje de yeso repetido que no cambia el tamaño articular. Hace año y medio fistulización cuádruple, de las que más tarde cicatrizaron dos.

Al ingresar en el Servicio se aprecia (julio, 1929) aumento de volumen, ligero dolor y la presencia de dos fistulas en la rodilla derecha. Rad. n.º IV.

Op. Robertson Lavallo el 22 de julio. Colocación de injertos de tibia en epífisis de este hueso y de fémur, por la cara opuesta a las fistulizaciones.

Curso postoperatorio normal. Mejoría de los dolores y cierre de la fistula al mes y medio de operado.

Sale del Hospital el 13 de septiembre de 1929 bastante mejorado de su estado general y local. A los trece meses de operado, tenemos noticias del enfermo que nos informan de que persiste algún dolor local que le dificulta el andar. No hemos sabido más de él.

Caso n.º IV.—Narciso S., 19 años. Aprendiz de carpintero.

Dolor en la cadera derecha irradiado a la rodilla a primeros de septiembre último y que llega a impedirle el desempeño de su profesión, ingresando en el Servicio del doctor CORACHÁN el 9 de noviembre de 1926, con el muslo en abducción y flexión marcada sobre el abdomen y gran dolor en articulación coxo femoral al menor contacto. El examen radiográfico pone de manifiesto la ósteo-artritis coxo-femoral.

Op. día 24 de noviembre de 1926. Injerto de tibia en el cuello del fémur utilizando el instrumental de Delbet. Curso post-operatorio sin complicaciones, pero el estado general no se remonta y el local empeora. (Rad. n.º V.)

Durante el mes de febrero de 1927 el enfermo se agrava de manera manifiesta, falleciendo por generalización del proceso fímico.

Caso n.º V.—Bautista A., 31 años; obrero.

El año 24 sufrió un traumatismo sobre el trocánter mayor derecho con inmediata tumefacción. A los pocos meses se abre un conducto fistuloso, que tarda varios meses en curar. Desde medio año antes de su ingreso en el Hospital de la Sta. Cruz, dolor e infiltración en la rodilla derecha, que progresivamente va aumentando hasta imposibilitarle la deambulación. Ingresa en el Servicio, en septiembre de 1926, apreciándose la rodilla derecha globulosa con fondos de saco distendidos y dolorosos y limitación de los movimientos. Cicatriz en la región trocánterea. Mal estado general. Los exámenes ra-

diográficos núms. VI y VII), evidencian el proceso ósteo-articular.

Op. 11 de octubre de 1926. Colocación de injertos intraepifisarios en fémur y tibia y de dos perióseos.

Curso post-operatorio normal; precisa sólo practicar la aspiración de un hematoma en cara interna de la rodilla.

Durante las primeras semanas mejora algo el estado general y disminuyen los dolores, pero pronto vuelve a reanudarse la marcha desfavorable del proceso, hasta que en abril de 1927 fallece con un cuadro de diseminación tuberculosa.

Caso n.º VI.—José B., 42 años, ferroviario.

Desde algo más de un año antes de su ingreso en el Hospital, comenzó a percibir dolor e hinchazón en la rodilla derecha, hasta obligarle a guardar cama. Helioterapia, vendajes de yeso y rayos ultravioleta que no mejoran al enfermo.

Ingresa el 10 de octubre de 1928, evidenciándose una rodilla globulosa, con fondos de saco distendidos en pequeña escala y gran dolor al más pequeño movimiento. El examen radiográfico demuestra la existencia de una osteoartritis con denudación de línea interepifisaria y evidente disminución del espacio articular.

Op. el 24 de octubre. Introducción de dos injertos en la región epifisaria distal de fémur y proximal de tibia.

Curso normal. Mejoría durante más de dos meses, para volver las molestias pasado este tiempo, siguiendo un curso poco satisfactorio, hasta que desaparece de nuestra inspección a los ocho meses de operado.

Caso n.º VII.—Antonio A., 60 años, labrador.

Ingresa en el Hospital en noviembre de 1926, manifestando que seis meses antes sufrió una caída sobre la rodilla izquierda, con imposibilidad de andar desde entonces, a causa del dolor y de la pérdida progresiva de la movilidad, datos que confirma la exploración. A los rayos X se evidencia la denudación óseoarticular y la gran disminución del interepifisario.

Op. el 17 de noviembre de 1926. Colocación de tres injertos, dos de ellos epifisarios y el tercero en la cara externa de la rodilla, entre los tejidos blandos.

No se aprecia ninguna mejoría, ni en su es-

tado general, ni en su afección local, saliendo el 24 de febrero del 27 con las mismas molestias que al entrar.

Caso n.º VIII.—Benigno O., de 29 años, labrador.

Trauma sobre la rodilla izquierda, seguido de alguna hinchazón, tres años antes de su ingreso en el Hospital. Un año más tarde dificultad de movimientos y nueva hinchazón, pero continúa trabajando, hasta que siete meses antes de ingresar, la intensidad de los sufrimientos y la pérdida de la movilidad le obligaron a suspender el trabajo. En las exploraciones tanto clínicas como radiográficas (rad. números IX y X) se encuentran síntomas de tuberculosis artro-epifisaria en estado incipiente. Buen estado general.

Parece un buen caso para la intervención de Robertson Lavalle, que se practica el 17 de junio de 1929, colocándole dos injertos de tibia en ambas epifisis articulares.

Curso postoperatorio normal.

Desde el quinto día de practicada la operación remiten de manera evidente los dolores. Sale del Hospital aliviado de sus molestias, recomendándole una cura de remineralización y helioterapia.

El 17 de septiembre de 1932, a los tres años cumplidos de la intervención, es nuevamente examinado por nosotros, persistiendo el curso del proceso, que es comprobable por los exámenes a los rayos X (núms. XI y XII) y que no ha sido modificado por los injertos más que durante los primeros meses.

Caso n.º IX.—Juan G., de 28 años, jornalero.

Desde cuatro años antes de su ingreso en el Servicio del doctor CORACHÁN, dolor en la rodilla derecha, que progresivamente va aumentando, hasta que al año mejora notablemente permitiéndole reanudar su trabajo, con sólo ligeras molestias. Un mes antes de su ingreso, se recrudecen los dolores obligándole a guardar cama. Clínica y radiográficamente (rad. número XIII) se manifiesta un proceso ósteoarticular tuberculoso.

Op. el 7 de noviembre de 1927. Injerto de dos fragmentos de tibia en las epifisis articulares de la rodilla.

Siete días después precisa colocarle una extensión continua para contrarrestar la tendencia a la flexión, que se está manifestando.

Tres días después es necesario retirarle la extensión por soportarla mal, siendo substituída por un vendaje de yeso.

A su salida del Hospital se halla algo mejorado, haciendo concebir esperanzas de un pronto restablecimiento, que no se han cumplido, ya que nos escribe que actualmente continúa en tratamiento, habiéndose anquilosado la pierna. No ha, pues, obtenido beneficio alguno de la operación.

Caso n.º X.—José S., de 20 años, jardinero. Desde los 17 años, nota dolor en la articulación tibio-tarsiana derecha, que aumenta con el movimiento y se hace progresivamente más intenso. Vendaje de yeso durante dos meses, pasado: los cuales se le abre una pequeña fistulización que tarda tres meses en curar. Helioterapia y nuevo vendaje de yeso durante tres meses, al cabo de cuyo tiempo, ingresa en el Hospital (27 de septiembre de 1927), siendo casi indoloros los movimientos de la articulación tibio-tarsiana y muy escasa la infiltración sinovial; los rayos X (rad. n.º XIV), ponen en evidencia una ligera denudación articular en las superficies tibioastragalina y calcáneoastragalina.

Op. el 10 de octubre de 1927. Introducción de dos injertos de tibia, uno en astrágalo y otro en calcáneo, por su cara interna.

Curso postoperatorio normal. Sale del Servicio sin haber mejorado, ni clínica ni radiográficamente, a los cuatro meses de operado, sin que sepamos nuevamente de él.

Repasando el curso post-operatorio seguido por los enfermos cuyas historias clínicas acabamos de transcribir, observaremos, los más que escasos, nulos resultados, obtenidos con la inclusión de injertos vivos, en las epífisis tuberculosas, cuando se quiere conservar la movilidad articular.

Ninguna curación podemos agradecer al sistema propugnado por ROBERTSON-LAVALLE, si bien es evidente, que en la mayoría de casos, siete entre diez, la operación ha ido seguida de un período de calma de los dolores, del cierre de una fístula en uno, y de una evidente mejoría del estado general

en algunos, mejoría que no se ha mantenido más allá de los tres meses; los casos más favorables, como los n.º I, II y III, han precisado de largo tiempo y de tratamientos coadyuvantes, para conseguir la consolidación de los beneficios obtenidos, la que han realizado a expensas de la pérdida de la movilidad articular.

Un curso más desgraciado han seguido los enfermos correspondientes a las hojas clínicas n.º 6, 7, 8 y 10, en los que no se modificó en nada la marcha tórpida y poco satisfactoria de la afección, aunque en los casos n.º 6 y 8, la ligera mejoría conseguida durante las primeras semanas, hiciese concebir halagüeñas esperanzas.

Por último, los casos n.º 4 y 5, siguieron una marcha desastrosa, que los llevó a la muerte en corto tiempo, sin que podamos culpar a la operación del fatal desenlace, aunque tampoco tengamos nada que agradecerle.

En resumen, podemos afirmar que en 10 casos operados, hemos conseguido 4 mejorías, 4 agravaciones y 2 muertes. No es, evidentemente, ninguna estadística brillante.

En contraposición con estos pobres resultados, vamos a reseñar brevemente los obtenidos con la artrodesis por transfixión y en los que, si bien la pérdida de la movilidad es ya inicial, la duración e incapacidad consecutiva se hallan incomparablemente mejoradas.

Caso n.º I.—Severina G., 23 años, sastresa.

A los quince años tuvo edema en el pie izquierdo con algún dolor que desaparece, para volver con más intensidad al año y medio; dura un par de meses, remitiendo más tarde, para no volver hasta cuatro años después. Inmovilización del pie con vendaje de yeso, precisando practicar una ventana en el mismo a los quince días por haberse abierto una fistulita al nivel del maleolo interno. A los seis meses se le retira el escayolado, hallándose cicatrizada la fístula y francamente limitados los movimien-

tos de extensión y flexión del pie. Un mes y medio antes de su ingreso en el Hospital, recidiva del proceso, con imposibilidad de andar y abertura de nueva fístula en la misma localización por la que mana escasa cantidad de pus.

A la exploración se aprecia el pie en ligero equinismo; úlcera pequeña sobre maleolo interno, con escasa secreción; movilidad casi abolida.

Examen radiográfico (núms. XV y XVI): evidente ósteoartritis tibio tarsiana.

Op. día 4 de diciembre de 1931. Extracción de un doble injerto de cara anterior de tibia de ocho centímetros de longitud. Perforación supramaleolar tibial en dirección al astrágalo, colocando uno de los injertos; sutura de la herida cutánea. Incisión de un centímetro supra maleolar peroneal; perforación transversal maleolar colocando el otro injerto. Vendaje de yeso.

Curso postoperatorio normal. Sale del Servicio al mes justo de la operación llevando aún el pie inmovilizado.

A los tres meses de su salida del Hospital, se le retira el yeso, encontrando la fístula cerrada y el pie casi indoloro. Empieza a andar con escasas molestias que paulatinamente van desapareciendo, hasta permitirle deambular sin aparente claudicación, a los seis meses de operada, a pesar de la anquilosis tibio tarsiana.

Hoy, al año de la intervención, su estado tanto general como local, es perfecto (rad. números XVII y XVIII).

Caso n.º II.—Concha S., 19 años (1).

A los 16 años, afección congestiva pulmonar izquierda con febrículas, pérdida de apetito y peso. A los tres meses dolor en la cadera derecha que llega a hacerse insoportable. Reposo en cama y extensión continua a los cuatro meses de iniciado el proceso. A los once meses le retiran la extensión por no haber mejorado lo más mínimo.

En este momento, examinamos por primera vez a la enferma, encontrando un estado general deplorable, gran inapetencia y peso inferior a 44 quilos.

Localmente se aprecia atrofia manifiesta de

los glúteos derechos y gran dolor al menor movimiento o contacto sobre la región sacro ilíaca del mismo lado, por lo que no puede ni intentar sentarse.

La exploración radiográfica confirma el diagnóstico clínico, de artritis tuberculosa sacro ilíaca derecha.

La afección pulmonar no presenta ningún síntoma de actividad.

Op. el 5 de octubre de 1931. Colocación de un doble injerto de tibia de cinco centímetros de longitud a través de la articulación sacro ilíaca derecha en el trayecto de dos perforaciones practicadas en la cara externa del ilíaco, a dos centímetros de la espina ilíaca posterior el uno, y cinco centímetros por encima el otro, siendo ambos francamente intra articulares.

Al efectuar la disección del plano muscular, se ocasionó la abertura de un absceso frío de más de cien centímetros de contenido, que fué vaciado por completo, efectuando las suturas en planos imbricados para evitar el drenaje del pus y el establecimiento de una fístula. Cierre de la piel con crin.

Curso postoperatorio normal. A los 50 días sale del Hospital, continuando por espacio de cuatro meses el reposo en cama, hallándose la articulación completamente indolora y el estado general muy remontado. Después de estos cuatro meses de cama, empieza a levantarse sin la menor molestia. Actualmente se halla completamente curada y ha ganado más de 14 quilos de peso.

Exámenes radiográficos núms. XIX y XX.

Caso n.º III.—Esteban R., 24 años.

Epiléptico desde la segunda infancia, sufriendo en la actualidad un promedio de dos ataques por mes.

Desde hace algo más de dos años, sufre de dolor, edema y claudicación en el pie derecho, en especial al nivel de la región submaleolar.

En febrero de 1929, fué sometido a tratamiento inmovilizador con un vendaje de yeso, por espacio de cinco meses, al ser retirado el cual notó las mismas molestias que antes del enyesado. Practica durante más de cuatro meses helioterapia sin resultado apreciable, por lo que decide ingresar en el Servicio del doctor CORACHÁN en el Hospital de San Pablo.

Por el examen clínico y radiográfico, se aprecia la existencia de una ósteo-artritis tibio-astragalina bastante avanzada.

(1) Esta enferma ha sido presentada a la Sociedad de Cirugía de Barcelona, en la sesión de diciembre pasado.

Op. El 8 de enero de 1930 se le practica un enclavillaje tibio y peroneo astragalino por dos varillas de tibia de algo más de seis centímetros. Vendaje de yeso, que lleva durante dos meses, pasados los cuales, sale del Hospital recomendándole se abstenga de andar durante tres meses más.

En octubre de 1931, tenemos ocasión de reconocer nuevamente al enfermo, hallándole sin la menor molestia, no quedando más que una ligera claudicación, por la pérdida de los movimientos de flexión y extensión del pie.

Los cursos de los tres enfermos cuyas historias acabamos de describir, son lo suficientemente elocuentes para que podamos ahorrarnos de tener que insistir en las consideraciones que al principio de este trabajo hacíamos; pero, no obstante, creemos de interés evidenciar una vez más nuestro criterio en los dos puntos siguientes: 1.º No debe practicarse la técnica de ROBERTSON-LAVALLE en ningún caso que presente síntomas evidentes de denudación articular. 2.º Cuando se trate de un proceso tuberculoso localizado en una articulación de un sólo eje como la tibiotarsiana o de una sínfisis y artrodia como la sacro-ilíaca, en el que lo avanzado de la afección haga temer una marcha desfavorable o bien muy larga, la artrodesis intra articular por enclavamiento con autoinjertos, por su inocuidad y posibilidades terapéuticas debe ser preferida a cualquier otro procedimiento.

RESUM

L'autor, basant-se en els casos que adjunta, es mostra convençut del nul resultat de l'operació de ROBERTSON-LAVALLE en les osteoartritis tuberculoses en evolució i amb signes radiogrà-

fics articulars evidents. No ha observat més conseqüència beneficiosa de l'operació, que la minva transitòria dels dolors; les curacions obtingudes, ho han sigut amb la pèrdua dels moviments articulars i després de molt de temps de tractament.

Troba preferible l'artrodesi per transfixió, en les articulacions d'un sol eix, que ajunta la part profitosa de la tècnica de ROBERTSON-LAVALLE, al repòs articular absolut. Apoia també el seu criteri en les històries clíniques dels malalts que presenta.

RÉSUMÉ

L'auteur dit qu'il est convaincu des résultats nuls de l'opération de ROBERTSON-LAVALLE dans les cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse en évolution avec des signes radiographiques articulaires évidents. Il a observé seulement une diminution temporaire des douleurs; les guérisons obtenues l'ont été après un traitement prolongé et avec la perte des mouvements articulaires.

Dans les articulations d'un seul axe, il préfère l'arthrodesie par transfexion, qui combine la partie plus avantageuse de la technique de ROBERTSON-LAVALLE avec repos absolu.

Il base ses opinions sur les histoires cliniques des malades qu'il presente.

SUMMARY

The author states that the results of ROBERTSON-LAVALLE'S operation are null in cases of tuberculous osteo-arthritis showing definite articular signs radiographically. The only benefit obtained is a slight and temporary diminution of pain. The cures he obtained were only after very long treatment and always with the loss of articular movement.

He prefers, in articulations with a sole axle, arthrodesy by transfexion, which combines a part of ROBERTSON-LAVALLE'S method with absolute repose. He bases his opinions on the clinical history of several of his own patients.