

práctico le basta examinar el pezón de la madre y el frenillo del niño para conocer la clase de conformación del uno y del otro, y saber si existe ó no indicación de seccionar el frenillo.

Cuando éste es carnoso está contraindicada la operación, pues únicamente deben seccionarse los frenillos membranosos, transparentes y que no tienen vasos.

La operación es muy sencilla y no da lugar á ningún accidente, pero es á condición de hacerla bien.

Se comienza por colocar al niño frente á un balcón para que penetre la luz directamente en la boca, sosteniéndole con suavidad, pero con firmeza, tanto el cuerpo como la cabeza, especialmente esta última, y un individuo de la familia coge el labio inferior del niño y le invierte hacia afuera y abajo, y á la vez hace descender ligeramente el maxilar inferior. Para levantar la lengua aconseja Saint-Germain el dedo índice izquierdo, pero no lo creo aceptable; porque como la cara inferior de la lengua se encuentra recorrida por el frenillo, y es además un órgano blando, movable y está impregnada de saliva, se la eleva con muy poca seguridad; esto aparte de que la boca del niño es muy pequeña, por lo cual el dedo obscurece el campo operatorio. Los tres medios preferibles son: la extremidad ancha de la sonda acanalada, colocada debajo de la lengua, de manera que el frenillo penetre en la hendidura que aquélla presenta; ya coger la punta de la lengua con el índice y pulgar; ó bien con una pinza de bocados anchos y planos, revestidos de un poco de lienzo ó de algodón para que no traumatizen nada á la lengua.

De estos tres medios, es el mejor la sonda acanalada, porque lo plano y ancho de la placa eleva con gran facilidad la lengua y no ocupa apenas espacio; se ha dicho que con este instrumento se pueden ocasionar desgarraduras de la mucosa sublingual, pero esto no ocurrirá jamás si se realizan las maniobras con suavidad, pues sólo se produciría este accidente empleando una violencia completamente innecesaria y reprensible. Sigue en orden de bondad el coger la punta de la lengua con dos dedos, con lo cual se la sostiene suavemente y con seguridad; pero aun cuando se dirigen los dedos hacia el labio superior para dejar la boca expedita, siempre ocupan demasiado espacio; y, por último, la pinza constituye indudablemente el menos aceptable de estos tres medios, porque puede lesionar fácilmente la lengua.

Una vez elevado este órgano en grado conveniente, se corta el frenillo con unas tijeras de puntas obtusas, cuidando muchísimo de no herir

los vasos raninos ni la mucosa sublingual, lo cual se consigue con facilidad suma teniendo en cuenta que lo único que hay que cortar es la parte membranosa transparente del frenillo, y aun no toda, pues debe respetarse su porción más posterior en una extensión de uno ó dos milímetros, porque esta reminiscencia de frenillo no entorpecerá nada los movimientos de la lengua y en cambio evita que la acción de las tijeras se ejerza en tejidos que no se deben herir. Los instrumentos se aseptizarán previamente, y tanto el médico como la persona que coja el labio inferior del niño se lavarán las manos con jabón y agua hervida.

No ocurrirán accidentes en esta sencilla operación siempre que se practique con arreglo á los consejos que acabo de formular, y á este otro que voy á indicar: no acelerarse, no ejercer violencia alguna y *no cortar jamás* con las tijeras sin que se vea bien claramente lo que se va á cortar.

Si por desgracia se produjera hemorragia, se contendrá apelando sucesivamente, y en el orden en que los expongo, á los siguientes recursos locales hasta que se haya cohibido: aplicar debajo de la lengua una torundita seca de algodón; impregnada en la solución oficial de percloruro de hierro diluída en diez, y si no basta en cinco partes de agua destilada; en una mezcla de tanino y de una solución concentrada de antipirina; la cauterización del punto que sangra con la barra afilada de nitrato de plata y si no fuera suficiente, con un estilete ó alambre enrojecido al fuego; y si ni aun así se contuviera, se apelará al recurso empleado con éxito por Saint-Germain, de pasar un hilo por detrás del punto que da sangre y ligar en conjunto toda la porción del frenillo comprendida en el asa.

#### Luxación congénita de la cadera.

Esta enfermedad ofrece un campo de estudio sembrado de problemas, pues se los encuentra tanto en la patogenia como en el tratamiento.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—En la práctica nos encontramos ya con el proceso constituido, por lo que nos vemos obligados á formar juicio respecto de su causa y de su mecanismo patogénico, fundado en suposiciones más ó menos probables, ya que, por otra parte, la anatomía patológica no ofrece un sello de invariabilidad que simplificara

la interpretación patogénica y permitiera formular una revestida de relativas garantías de certeza aplicable á todos los casos.

La etiología externa es completamente negativa, pues las dos únicas causas que se citan, que son el sexo y la herencia, no tienen importancia alguna. En efecto, el ser más frecuente en las niñas que en los niños, no es á mi juicio expresión sino de simple casualidad, porque durante la vida embrionaria y aun fetal, el aparato generador no ejerce la menor influencia en el funcionalismo general de la economía, y por consiguiente, no puede ser responsable de una lesión material extra-pélvica.

Una circunstancia especial podría invocarse para explicar la mayor frecuencia de este proceso en las niñas, y es el ser la pelvis en ellas un poco más ancha que en los niños, lo cual puede contribuir á que la adducción exagerada y sostenida del muslo ejerza una acción más acentuada como causa probable de la luxación del fémur; pero dada la gran laxitud que ofrecen las articulaciones en el feto y lo amplio de los movimientos de que goza la coxo-femural, no me parece muy verosímil que la pequeña diferencia de anchura de la pelvis ejerza influencia alguna. En efecto, prescindiendo de las diferencias generales de la conformación pélvica en ambos sexos, como son, por ejemplo, el mayor grosor de los huesos y el mayor relieve de sus prominencias en el niño, para limitarnos á las dimensiones transversales, diré que en la mujer ofrece la pelvis, según Sappey, unos 5 milímetros por término medio más de ancha, ó sea 5 milímetros más de longitud del diámetro bis-ilíaco; el diámetro bi-trocantérico es también unos 9 milímetros más largo en la mujer; pero si tenemos en cuenta la enorme diferencia que existe entre las dimensiones del recién nacido y las del adulto, y que es todavía mucho menor que un recién nacido el feto, que es en quien se produce la luxación, convendremos en que la diferencia de longitud de los diámetros transversales de la pelvis es verdaderamente insignificante, é incapaz, por lo tanto, de representar papel etiológico en la dislocación que estudiamos.

Tampoco creo admisible la segunda causa; porque si bien es verdad que la influencia hereditaria realiza prodigios de transmisión patológica, dando lugar en los hijos á procesos cuya génesis arranca de esas irradiaciones misteriosas que en el terreno de los hechos constituyen verdaderos legados morbosos, en la enfermedad que nos ocupa está desprovista en cierto modo de importancia práctica, porque la existencia en los ascendientes de circunstancias que hagan sospechar la influencia directa de la herencia pudiera ser simple coincidencia y no relación de causa á efecto, y además el mecanismo á que se hubiera ajustado esta influencia al realizarse en hechos se nos oculta completamente, viéndonos obligados, por lo tanto, á interpretar la patogenia con absoluta independencia de todo orden de causas conocidas; y, sin embargo, debemos también suponerlas, al formular las hipótesis patogénicas, como elementos necesarios.

Veamos, pues, cómo se puede explicar el desarrollo de la luxación congénita de la cadera.

Gerdy, Malgaigne y otros, han atribuido esta enfermedad á afectos articulares, los cuales habrían ocasionado la dislocación de la cabeza del fémur. En principio no se puede rechazar esta teoría; pero ¿qué clase de proceso sería el res-

ponsable? En mi opinión no lo sería una simple artritis, porque ésta no expulsa la cabeza del fémur de la cavidad cotiloídea, antes al contrario, en caso de curación puede ocasionar la anquilosis. Han de ser procesos como la hidropesía articular, que distienda la cápsula y favorezca la dislocación, ó procesos destructivos, como la coxalgia, que rompan los vínculos articulares; pero para admitir uno ú otro de estos procesos hay que suponer que han desaparecido después de haber determinado la luxación, toda vez que el niño no los presenta después del nacimiento. No niego que esta patogenia pueda tener lugar, pero no la considero probable ni, sobre todo, general.

Chaussier opinaba que las convulsiones del feto producían la luxación de una manera paulatina. Esta hipótesis la conceptúo inadmisibile, porque las convulsiones no ocasionan estos efectos durante la vida extrauterina; las contracciones musculares, por vivas que sean, y sean tónicas ó clónicas, producen sacudidas en los miembros y cambio en sus actitudes, pero no dislocaciones.

Roser la atribuye á la posición en adducción de los muslos del feto y á la presión que la matriz ejerce cuando hay poca cantidad de líquido amniótico. La adducción puede, efectivamente, considerarse como circunstancia favorable para la producción de la salida de la cabeza del fémur, pero necesita la cooperación de otra causa, que bien pudiera ser la presión de la matriz, que hace también intervenir Roser; pero esta presión, como sería debida al poco líquido amniótico, y se ejercería en todo el feto, circunstancia que no me parece abonada para producir la luxación, y más bien ocasionaría el poco líquido entorpecimientos en la circulación útero-placentaria; no considero, sin embargo, imposible esta hipótesis, pues tal y tan sostenida pudiera ser la presión sufrida por el miembro, que la cabeza del fémur dirigida hacia atrás y arriba desgastara el rodete cotiloídeo y distendiera la cápsula en ese punto, y que á la vez alargara ó rompiera el ligamento redondo, dando por resultado su salida de la cavidad cotiloídea.

Para Verneuil sería debida á la aquinesia y atrofia de los músculos periarticulares, especialmente de los glúteos, complicada con la contractura de los aductores. Puede suceder, pero me parece una interpretación demasiado artificiosa, porque tendrían que coexistir estos dos estados musculares antitéticos: la parálisis y la contractura; pues si no hubiera verdadera contractura, sino tan sólo la contracción que implica la tonicidad de los músculos no paralizados, no se produciría la luxación; es decir, que esta hipótesis la creo posible, pero no probable.

Tillmauns, fundándose en el examen de una preparación anatómica, atribuye la enfermedad á una longitud excesiva del ligamento redondo. La causa es muy abonada para ocasionar la luxación y debe, por consiguiente, admitirse esta hipótesis, pero no sabemos cuál será la frecuencia de esa longitud anormal del ligamento. En rigor, esta hipótesis entra en las líneas generales de los vicios de conformación, de que ahora me ocuparé.

Las dos hipótesis más probables son las que atribuyen el proceso á un desarrollo defectuoso de las partes afectas y á traumatismos, y no sólo las considero de interpretación más satisfactoria, sino las que tienen lugar tal vez en la inmensa mayoría de casos.

La primera de estas dos hipótesis que podríamos llamar de la *malformación*, ha sido defendida por von Ammon, Döllinger y Breschet, y cuenta en su favor las investigaciones realizadas por Gravit, y yo añado: muchos datos importantísimos que el examen de las partes constitutivas de la articulación arroja en ciertos casos. El mecanismo patogénico es variable, pues puede suceder que no corresponda la situación de la cabeza del fémur con la de la cavidad cotiloídea por haberse ésta desarrollado en un punto algo distante del normal, ó porque exista una anomalía en la dirección de la cabeza del fémur, dando por resultado en ambos casos que esta última no ha estado nunca alojada en la cavidad cotiloídea, ó bien que uno ú otro factor de la articulación ofrecen una conformación anómala que ha originado la dislocación, ya por ser la cabeza del fémur muy pequeña, ó ya por serlo la cavidad cotiloídea, debido á la soldadura precoz de las tres porciones de hueso que la integran ó á un superabundante desarrollo del cartílago que la reviste. Un segundo orden de hechos puede tener lugar dentro de la clase general de las malformaciones, referente á la falta del ligamento redondo, ó de la cápsula articular ó á su excesiva amplitud, pues en ambos casos, aunque no en el mismo grado, carece la articulación de la sujeción necesaria. En estos diferentes casos la fisiología patológica es de una claridad indiscutible; no está la cabeza del fémur en la cavidad cotiloídea por falta de adaptación entre estas dos partes, ó por defecto de los vínculos que las mantienen aproximadas.

En la segunda hipótesis, ó sea la *traumática*, defendida por Cruveilhier, se atribuye la enfermedad á violencias exteriores y á contracciones uterinas bruscas. Considero muy lógica la primera de estas dos causas, pues una caída de bruceas de la mujer ó un golpe recibido sobre el vientre, pueden actuar directamente sobre una rodilla del feto, imprimiéndola un fuerte movimiento de adducción y determinando la dislocación que nos ocupa. Las contracciones uterinas bruscas no las encuentro de acción tan indudable, sino que, por el contrario, me parecen muy discutibles, toda vez que obran, no sobre un punto más ó menos circunscrito, como las violencias exteriores, sino sobre todo el feto; de manera que en esa compresión uniformemente concéntrica que la matriz efectúa, deben producirse muchas descomposiciones y neutralizaciones de fuerzas, cuya resultante variará según las circunstancias; pero en fin, por lo mismo que esta resultante es indeterminable *á priori* y que puede consistir en parte en un pronunciado movimiento de adducción de las rodillas, conceptúo posible la dislocación por esta causa. Creo que deben figurar también como factor de esta hipótesis traumática la compresión que las mujeres verifican á veces sobre su vientre, la cual puede dar lugar á esta luxación por uno ú otro de los dos mecanismos patogénicos que acabo de manifestar, según las circunstancias que concurren en la compresión. Y por último, debo mencionar entre las causas traumáticas las violencias que el niño pueda experimentar durante el nacimiento, especialmente cuando tiene lugar en presentación de nalgas.

Terminaré este estudio manifestando que, sea cualquiera la causa de la luxación congénita de la cadera y el procedimiento patogénico inicial, hay que admitir necesariamente un segundo período morbígeno,

ó sea un período de acentuación del proceso, el cual está representado por la gravitación que el cuerpo ejerce sobre la articulación afecta, no sólo cuando el niño anda—pues entonces claro es que tiene lugar con mucha mayor intensidad, porque el peso del cuerpo hunde la pelvis, mientras que la cabeza del fémur se eleva poco á poco en la fosa ilíaca externa—, sino desde que el niño nace, mediante el siguiente mecanismo: á los niños se les tiene en brazos comprimiendo sus miembros inferiores entre el brazo y el pecho de la persona que los sostiene, y aun cuando á veces se aplique también en parte el brazo sobre la parte inferior de la pelvis, sobre sus nalgas, la principal base de sustentación del niño está representada por los fémures, y como sobre éstos gravita la pelvis y sobre ésta el resto del cuerpo situado por encima, ha de hundirse más ó menos la pelvis y elevarse en idéntica proporción la cabeza del fémur hacia la fosa ilíaca externa.

En la *anatomía patológica* encontramos grandes diferencias en la disposición de las partes afectas; y si bien no arroja gran luz sobre los procedimientos patogénicos en general, según indiqué al comenzar este estudio, sí ofrecen comprobantes indudables de la hipótesis que se funda en la malformación de las partes.

Esta luxación es tal vez siempre postero-superior, es decir, ilíaca, y es uni ó bilateral. Los huesos del miembro dislocado ofrecen algo menor volumen que los del lado opuesto, lo cual puede referirse al menor movimiento que el niño realiza con esa extremidad, y la cabeza del fémur se deforma y se atrofia gradualmente; el ligamento redondo se presenta alargado y con alteraciones variables; la cápsula distendida en sentido longitudinal, estrechada en su parte media; la cavidad cotiloídea no sólo deja de crecer en la proporción normal, sino que á veces se rellena de una substancia adiposa; y por último sobrevienen atrofas musculares, aunque no constantes en su realización ni en su asiento.

**PATOGRAFÍA.**—En muchos casos no se aperciben los padres del defecto que el niño presenta hasta que le ponen á andar, que es cuando notan que no mueve bien uno de los miembros ó los dos; pero á veces lo advierten pronto por la deformidad que ofrece la nalga correspondiente y por el acortamiento de la extremidad.

Dividiré los síntomas en dos clases: *intrínsecos* y *extrínsecos*, comprendiendo en los primeros los que constituyen la expresión directa del proceso y radican en el mismo miembro afecto, y en los segundos los de vecindad, los que surgen, digámoslo así, de una manera indirecta; y tan exacta creo esta división, que los que denomino intrínsecos no varían, sea la dislocación uni ó bilateral, mientras que los extrínsecos están en relación con esta circunstancia.

Antes de proceder al reconocimiento del enfermito, nos podrán suministrar los padres datos anamnésticos importantísimos. Habrá observado la madre muchas veces que cuando tenía al niño en brazos y verificaba éste un rápido movimiento con el tronco, ya de flexión ó de inclinación hacia uno ú otro lado, percibía en la cadera un roce más ó menos áspero. Habrá notado retraso para empezar á andar, sin saber probablemente á qué atribuirlo, pues si no se han fijado en lo irregular de la disposición del miembro y el niño ha gozado por lo demás de buena salud, no se darían cuenta de la causa de semejante retraso que no han advertido en los demás niños. Y por último, que anda torpemente y con poca seguridad, pues busca apoyo en las sillas ó en las paredes, y se cae con facilidad sin que haya obstáculo en que tropiece.

Este conjunto de datos no es característico, porque puede depender, en más ó en menos, de procesos diversos, como una coxalgia, un raquitismo, una parálisis infantil ligera de uno de los miembros abdominales, etc.; pero sí es muy expresivo, y hallaremos una amplia confirmación en la exploración cuidadosa del estado actual.

**SÍNTOMAS INTRÍNSECOS.**—Lo primero que se advierte cuando se examina al niño es la actitud del miembro, el cual yo creo que en casi todos los casos debe hallarse en adducción y rotación hacia dentro; pues aunque Tillaux dice que este signo, que es uno de los principales de la luxación iliaca traumática, no existe en la luxación congénita, debido sin duda á la lentitud con que se ha desarrollado el proceso, así es que el miembro ofrece la dirección normal, cuya circunstancia induce á error á muchos prácticos, no me parece que semejante opinión se halle ajustada exactamente á la realidad, toda vez que la situación de la cabeza del fémur fuera de la cavidad cotiloídea ha de imprimir *necesariamente* al miembro la actitud que dejo indicada; admito, sin embargo, que pueda faltar, encontrándose entonces en actitud normal, pero no será porque la enfermedad se haya desarrollado lentamente, pues la lentitud no puede evitar lo vicioso de una posición originada por una relación anómala de las partes, sino que dependerá de la destrucción más ó menos completa de la cabeza del fémur; en cuyo caso es natural que la extremidad ofrezca una actitud fisiológica, porque no existe cabeza del fémur que apoyándose sobre la fosa iliaca incline el miembro hacia adentro. Consideremos, pues, á este signo como inconstante.

La nalga es más voluminosa que lo que corresponde al estado normal y aparece además cambiada su forma, pues no está abultada por igual en todas sus partes, sino que presenta una tumefacción en la

parte superior, por debajo de la cresta del ileon, que la deforma más ó menos; esta tumefacción hállase constituida por el gran trocánter y por la cabeza del fémur, sintiéndose el deslizamiento de esta última en la fosa iliaca externa cuando comprimimos con la mano izquierda este abultamiento á la vez que cogiendo con la derecha la rodilla correspondiente la imprimimos movimientos de rotación y de elevación y descensos alternativos.

La situación del gran trocánter aparece cambiada, pues se halla dirigido hacia atrás y más cerca de la espina iliaca que en el estado normal; y como consecuencia natural de esta elevación de la epífisis superior del fémur, el miembro está acortado. El pliegue de la nalga se encuentra más alto ó algo borroso. La extremidad aparece algo atrofiada, y cuando la cogemos con ambas manos y la imprimimos un movimiento de elevación hacia la pelvis, es decir, en la dirección del eje del miembro, no hallamos la resistencia absoluta que cuando la cabeza del fémur está dentro de la cavidad cotiloídea. Los movimientos de la articulación afecta son indolentes y fáciles, pero no completos, pues si bien se conserva la flexión — ésta es más extensa que en el estado normal —, la extensión, la rotación, la adducción y hasta la circunducción, no así la abducción; pues, como dice muy bien Tillaux, á no ser que se haya fraguado una especie de cavidad cotiloídea supletoria, lo cual será excepcional, el movimiento de abducción se hallará detenido bruscamente en un momento determinado por chocar la cabeza del fémur con el hueso iliaco, siendo más fácilmente apreciable en la luxación unilateral, porque se puede comparar el lado enfermo con el sano.

**SÍNTOMAS EXTRÍNSECOS.**—Si la dislocación es unilateral, el niño claudica, inclinando el cuerpo hacia el lado afecto cuando anda y aun ofreciendo esta misma inclinación cuando está de pie aunque esté quieto, pues es la natural consecuencia del acortamiento del miembro y de la falta de seguridad que el niño advierte en la articulación afecta; sin embargo, en ocasiones disminuyen los niños la claudicación supliendo el acortamiento que el miembro ofrece, ya mediante una pequeña flexión de la rodilla del lado opuesto ó bien apoyando para andar la punta del pie del lado afecto—pie equino de compensación—; mientras que si la dislocación es bilateral, la inclinación será á uno y otro lado alternativamente, es decir, será una marcha parecida á la de los patos, lo cual se explica perfectamente, pues como el niño tiene acortadas ambas extremidades y nota inseguridad en las dos articulaciones, no se