

inclina hacia ningún lado, sino que mantiene el tronco recto, aunque imprimiéndole los vaivenes alternativos á que le obliga en parte el acortamiento de los miembros, y muy principalmente el deslizamiento que experimenta la cabeza del fémur cuando al andar apoya el niño el miembro correspondiente.

La posición de la pelvis varía según se trate de la luxación uni ó bilateral. En la primera ha perdido su horizontalidad, pues está algo más baja del lado afecto, debido á que la cabeza del fémur se encuentra por encima de la cavidad cotiloídea, en tanto que en la segunda está horizontal, aunque un poco más baja en toda su extensión, á no ser que la situación de la cabeza del fémur ú otra cualquiera disposición de las partes sean diferentes en ambos lados, porque entonces habrá diverso grado de inclinación de la pelvis en el uno que en el otro.

En la luxación unilateral existe escoliosis de concavidad del lado afecto; mientras que en la bilateral se observa la ensilladura lumbar, ó sea el hundimiento de esta región, que forma, por consiguiente, una concavidad posterior muy pronunciada, lo que hace que el abdomen aparezca prominente; y como consecuencia del descenso que la pelvis experimenta, son más cortos los muslos y llegan las manos hasta cerca del cóndilo externo del fémur.

En ambos casos, pero particularmente en la luxación doble, la marcha resulta molesta é insegura.

PATOCRONIA.—Parece que debiera ofrecer el curso la uniformidad inherente á la identidad de la lesión en todos los casos, mirada, no en sus detalles, sino en las líneas de conjunto, ya que lo fundamental, que es la luxación, existe constantemente; y, sin embargo, el curso dista mucho de ser igual en todos los niños, contrastando con la invariabilidad que ofrece en su cuadro sintomático, que es seguramente uno de los más precisos de la patología.

En la marcha del proceso debemos considerar dos elementos, distintos sí, pero íntimamente relacionados, causal el uno y efecto el otro, porque es la manera de darse razón del por qué de las diversas modalidades que el curso ofrece.

El elemento causal, que llamaré *anatomo-patológico*, se halla representado por las modificaciones que sucesivamente se presentan en la parte afectada. La cabeza del fémur no siempre se sitúa en el mismo punto del hueso iliaco ni goza en todos los casos de idéntico grado de movilidad, pues ésta se halla subordinada á múltiples circunstancias, como el desarrollo y potencia de los músculos pelvi-trocantéreos y de

todos los demás que tienen relación con las partes afectas, y muy especialmente con la disposición íntima de éstas desde el punto de vista del estado del ligamento redondo, cápsula articular, dimensiones y forma de la cabeza del fémur, etc.; y de tal suerte varía la dislocabilidad de la cabeza del fémur en los diferentes casos, que hasta en la luxación doble no es igual en el lado derecho que en el izquierdo. Entre las condiciones locales que pueden surgir debo mencionar la creación de una neoarticulación en miniatura, cuyo mecanismo patogénico consistirá en el engrosamiento perióstico del iliaco en el punto que sufre los reiterados estímulos de la cabeza del fémur y en una proliferación de los tejidos que rodean á ésta, dando lugar á una disposición de las partes que puede llegar á ofrecer una remota analogía, relativamente al papel que desempeñan, con la cavidad cotiloídea y con la cápsula articular, á las que se adapta con más ó menos inseguridad la cabeza del fémur. Digamos, además, que puede desarrollarse una flegmasía ú otro proceso morboso en las partes afectas.

El elemento efecto, que llamaré *clínico*, hállase representado por las dificultades que el niño experimenta para la deambulación, las cuales, lo general es que vayan graduándose sucesivamente á consecuencia de la mayor elevación que va sufriendo poco á poco la cabeza del fémur y de las retracciones de algunos músculos, y por las molestias que sufre durante la marcha, debidas á los bruscos roces de la cabeza del fémur sobre los tejidos en que descansa, á los estirajamientos que á algunos de ellos hace sufrir, y al proceso irritativo ó francamente morboso que puede desarrollarse en el punto afecto. No siempre, sin embargo, se acentúan paulatinamente las dificultades durante la marcha, sino que á veces se establece una tolerancia de las partes que permite al niño andar con relativa comodidad.

Respecto del importantísimo punto de si esta luxación ejerce, cuando la niña llega á ser mujer, una influencia nociva en el acto del parto, á unos autores les parece negativa, mientras que otros creen que puede aportar grandes dificultades á la realización de aquél. Entiendo que una y otra interpretación son aceptables, pues las modificaciones que en la conformación pélvica se produzcan dependerán de las circunstancias. En efecto, como el proceso es extra-pélvico y de orden mecánico por lo común, si la niña hace poco ejercicio y se sirve de muletas; si comienza á andar muy tarde; si los huesos son muy resistentes, etc., puede suceder que no se alteren la forma y dimensiones de los estrechos de la pelvis; mas, si por el contrario, ponen á andar pronto á la niña; si los hue-

son de escaso grosor, pues en esto influyen mucho las condiciones individuales; si la niña es traviesa y, aunque con dificultad, hace mucho ejercicio; si no emplea muletas, etc., creo que puede experimentar la cavidad de la pelvis modificaciones de más ó menos entidad, pues no hay que olvidar que el hueso ilíaco se desarrolla por tres puntos de oxidación: uno para la tuberosidad isquiática, otro para el cuerpo del pubis y otro para la fosa ilíaca, cuyos tres huesos se sueldan en la cavidad cotiloídea á la edad de quince años próximamente; y es natural que, sufriendo la pelvis, aun sin consolidar, las reiteradas y diversas presiones que la imprime el desconjuntamiento de una ó de las dos articulaciones coxo-femorales, se altere su forma y, por consiguiente, sus diámetros; pudiendo también ocurrir, á mi juicio, que se inicien las alteraciones de la conformación pelviana en la vida intrauterina á impulso de dos influencias distintas, que son: la causa eficiente de la luxación y las presiones que sobre el hueso ó los huesos innominados, en el período de formación, ejerza la cabeza del fémur.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—Es sumamente fácil, pues dado lo característico del conjunto sintomático y del curso del proceso, no hay lugar de ordinario á duda alguna.

La *coxalgia* ofrece como síntoma importantísimo el dolor espontáneo y, sobre todo, al movimiento, ya en la articulación coxo-femoral, ya en la rodilla del mismo lado, aparte de la tumefacción de la región afecta, si es que existe infiltración tuberculosa; y aun cuando se trate de la forma que yo llamo *atrófica*, porque no hay infiltración de los tejidos periarticulares y se hace, por lo mismo, más apreciable la atrofia muscular, la cabeza del fémur se halla dentro de la cavidad cotiloídea. Ya no es tan fácil el diagnóstico cuando la coxalgia se acompaña de *luxación espontánea*, pues entonces, como la dislocación existe, se trata de un diagnóstico exclusivamente nosológico; pero, aun en este caso, no ofrece dificultad, primero por lo muy significativo de la anamnesis, ya que la luxación espontánea es *adquirida*, y segundo por el conjunto sintomático que acabo de indicar. Mas puede ocurrir que se trate de un niño de pocos meses y que falte el dato cronológico porque los padres no proporcionen antecedentes con la necesaria precisión; pero aun así no será muy difícil, porque la luxación congénita es indolente y las partes blandas están normales, mientras que en la espontánea se

provoca dolor al mover el muslo, y lo probable es que existan manifestaciones tuberculosas locales, ya consistentes en abscesos, ya en infiltraciones en los tejidos periarticulares, etc. En una palabra, la luxación congénita es un proceso de desarreglo puramente estático, invariable é indolente, y la coxalgia es un estado morboso evolutivo, destructor y doloroso.

La *parálisis infantil* puede en algunos casos ofrecer parecido con la luxación por la escasa fuerza del miembro, y aun por cierta laxitud que imprima á la articulación el estado semi-péndulo de la extremidad; pero el diagnóstico es fácil, pues aunque se ha creído (Reclus) que muchas de estas dislocaciones tenían lugar después del nacimiento, á consecuencia de la llamada por algunos atrofia muscular infantil de un determinado grupo de músculos que permite el predominio funcional de los antagonistas, entiendo que no es admisible por lo general, y tal vez en ningún caso, semejante patogenia, y me fundo para ello en lo que mi experiencia personal me ha enseñado respecto del esfuerzo que es preciso realizar para luxar la cabeza del fémur hacia atrás, cuando se practica la resección de la cadera por el procedimiento de Guerin, después de seccionada la cápsula parcialmente, aun hallándose muchas veces roto el ligamiento redondo y más ó menos destruída la cabeza del fémur; así, pues, no comprendo cómo estando íntegras todas estas partes pueda producirse la luxación por sólo la acción de ciertos músculos; otra cosa sería si se alegara la influencia de una caída ó de otra violencia cualquiera que obrara determinando una exagerada adducción del muslo, porque esta causa podría ser realmente eficiente y sería auxiliada por la predisponente representada por la laxitud que ofrecen las articulaciones de los miembros paralizados.

La *ensilladura lumbar*, en el caso de luxación bilateral, y la *inclinación lateral* de la columna vertebral en el de luxación de un solo lado pudieran hacer pensar en la existencia de una *lordosis* ó de una *escoliosis* debidas á otra causa; pero la falta de síntomas que confirmen semejante suposición, y en cambio los muy significativos que constituyen el cuadro de la luxación congénita, permitirán formular resueltamente el diagnóstico.

Las *luxaciones traumáticas* se distinguirán de la enfermedad que nos ocupa, por la causa que las produjo y el momento de su aparición.

Pronóstico.—Está en relación con las circunstancias de cada caso, pues ya he manifestado al ocuparme de la patocronia lo variable que es el curso de este proceso. Pero en tesis general puede considerarse

de relativa gravedad, no sólo por las molestias que la enfermedad ocasiona, sino muy especialmente por las contingencias inherentes al tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO. — Puede ser *paliativo* ó *curativo*, y, por lo tanto, el primer problema que se presenta es el siguiente: ¿Cuándo debe aconsejarse el primero y cuándo está indicado el segundo?

En esta enfermedad, á la inversa de lo que ocurre en casi todos los estados morbosos, no se presenta la curación como ideal necesario, pues no es un proceso en evolución, sino un desarreglo de la estática articular, un gran achaque, y por estas circunstancias corresponde al interesado, y como es un niño, á los padres, elegir entre el tratamiento paliativo y el curativo. Pero como el primer factor que los interesados toman en cuenta es el parecer del médico, yo debo decir que más bien me inclino en ciertos casos al curativo, es decir, el tratamiento quirúrgico, siquiera discrepe de opinión tan respetable como la de Tillaux, quien se expresa así: «¿Es necesario, es siquiera útil tratar quirúrgicamente las luxaciones congénitas? Esta cuestión en otros tiempos dió lugar á los más borrascosos debates. Por mi parte repruebo toda intervención molesta, y en particular toda operación cruenta; pero ¿quiere esto decir que debemos permanecer absolutamente inactivos?»

«Creo que hoy día — continúa Tillaux — la mayoría de los prácticos son de este parecer, y se fundan con razón en el hecho de que, si bien no se cura la enfermedad, en cambio se atenúan con el tiempo tanto las consecuencias, que el resultado equivale casi á una curación. Pero también hemos visto que no siempre el porvenir del enfermo es tan satisfactorio, pues á veces conservan un muy notable achaque.»

Punto es este que merece dilucidarse, porque constituye el nervio de las indicaciones, el fundamento de la conducta del médico. No pudiéndose obtener la curación sino apelando á la intervención quirúrgica, creo que no puede ésta rechazarse en principio, porque aunque el niño anduviera regularmente por de pronto, queda la incógnita de cuál será el curso ulterior de la dolencia. ¿No constituye en ciertos casos sólida indicación el descargar á una existencia de las dificultades y de las molestias materiales que semejante defecto implica, de las amarguras que lleva á la esfera moral y del sello de relativa impotencia que imprime á la actividad social del individuo? ¿Por qué ha de quedar el pobre niño lisiado para siempre, verse condenado á hacer una vida más ó menos sedentaria y ser, en una palabra, toda su vida un semi-inútil? Es verdad que Tillaux cita el caso de una señora de cuarenta y un años de

edad, que padecía luxación congénita del lado derecho, á quien con motivo de una fatiga exagerada se la presentó una ligera artritis en la neo-articulación, pero que, exceptuando ese accidente, disfrutaba de todos los movimientos fisiológicos de la cadera. Pero este caso creo yo que se le puede considerar como excepcional; y aun siendo su curso tan favorable, ya se ve que se desarrolló una *ligera artritis* á causa de una fatiga exagerada; lo cual significa que la neo-articulación que se forma, que yo llamaría mejor *pseudo-articulación*, es de suponer que no ofrezca la misma seguridad y resistencia para las mil exigencias de la vida que la restitución de la cabeza del fémur á la cavidad cotiloidea, siquiera semejante restitución diste mucho de reunir las excelentes condiciones de una articulación normal.

Además, si después de uno ó de muchos años se viera que era necesaria la operación, como el niño habría usado su extremidad más ó menos, estarían las partes en condiciones menos ventajosas que antes, porque es lo regular que cuanto más tiempo haya transcurrido y más se haya apoyado el niño en su miembro enfermo, más se haya aproximado la cabeza del fémur á la cresta ilíaca y las retracciones musculares sean mayores. Por otra parte, ¿qué ocurrirá en la conformación de la cabeza del fémur, á consecuencia de la constante colisión con la superficie de la fosa ilíaca? ¿No es de temer que su desarrollo, lejos de ser normal, se entorpezca, y que su forma redondeada se transforme parcialmente en plana bajo la influencia de la presión y aun tal vez del desgaste que sufre? Por último, también el porvenir del estado general del niño aboga por la operación, porque lo probable es que ni el desarrollo ni el vigor alcancen el grado que si el niño no tuviera este proceso, y tal vez la salud se quebrante notablemente. Claro es que, por desgracia, la operación no es de resultados tan brillantes que dote al niño de la completa normalidad de su articulación, sino que ésta ha de ofrecer en más ó menos grado dificultades de funcionalismo y peligro de luxarse nuevamente con motivo de alguna relativa violencia, como, por ejemplo, de un movimiento de adducción del muslo algo intenso y brusco. Por eso creo que no debe aconsejarse la operación sino en el caso en que del detenido examen que se haga del enfermo, y si es preciso después de practicada la extensión continua durante cierto tiempo para obtener el alargamiento de ciertos músculos retraídos, *resulte un cálculo de probabilidades favorable á la intervención quirúrgica*, ó diré mejor, resulte ésta formalmente indicada, para lo cual hay que tomar en consideración *la entidad de las molestias actuales que el niño experi-*