

menta; el cálculo prudencial del curso ulterior del proceso, á juzgar por la disposición en que se hallan las partes; la extensión del traumatismo que será preciso realizar y las condiciones en que, desde el punto de vista de los movimientos, quedará el miembro después de la operación. Una vez justipreciadas todas estas circunstancias, manifiéstense á los padres, para que, en el caso de que esté indicada la operación, resuelvan en nombre del niño con perfecto conocimiento de causa si ha de practicarse ó no.

Ocupémonos ahora de los medios de tratamiento.

¿En qué consiste el *profláctico*? En el empleo de medios ortopédicos que contribuyan á sostener el cuerpo para que no grave sobre el miembro afecto; es decir, de una columna de sustentación que partiendo de la axila del mismo lado llegue hasta el suelo.

Muchos aparatos se han inventado para evitar que el trocánter se deslice por la superficie del ilíaco, obligándole á permanecer sobre un punto determinado, con el fin de que se formase la neo-articulación; mas como una crítica minuciosa sería tan pesada como estéril, prescindiré de los aparatos para fijarme en los principios á que su construcción puede obedecer, pues lo que el médico necesita es elaborar en su pensamiento el ideal ortopédico, saber lo que debe hacerse y cómo ha de realizarse, y claro está que este mismo *criterio personal* le sirve para justipreciar las ventajas y los inconvenientes de los diferentes aparatos hasta ahora inventados ó que se inventen en lo sucesivo. Pero ante todo diré que, á ser posible, debe hacerse descender á la cabeza del fémur hasta la cavidad cotiloidea y procurar que no se vuelva á subir, con el objeto de que la neo-articulación se fragüe en esa cavidad, que es la normal; mas si esto es imposible, que lo será tal vez en la inmensa mayoría de casos, habrá que dejar á la cabeza femoral en el punto en que se encuentre.

El principio á que, en mi opinión, tiene que obedecer necesariamente todo aparato, es *suplir por completo al miembro en sus funciones de sustentación*, lo cual sólo se consigue haciendo que el punto de apoyo del cuerpo sobre el aparato tenga lugar en la axila. Así, pues, todos los aparatos que no llenen semejante requisito quedan descartados por inconvenientes en tal ó cual sentido, pues varía según el mecanismo. Por ejemplo, el aparato de Taylor, que algunos consideran excelente para la coxalgia y que muchas veces se ha empleado en la luxación congénita de la cadera, es, á mi juicio, absolutamente inútil, tanto para una como para otra enfermedad; para la primera, por la sencilla

razón de que no inmoviliza la articulación coxo-femoral; porque si el punto de unión del tutor externo — barra metálica — con el cinturón está constituido por una articulación, y como tal movable, no se consigue el objeto; y si, por el contrario, la unión es fija, tampoco se consigue la inmovilidad de la cadera, porque el cinturón se mueve al mismo tiempo que el resto del aparato, toda vez que le hace bascular el tutor lateral impulsado por el miembro; y para la segunda, porque como no sostiene el tronco, no evita que la cabeza del fémur se deslice por la superficie externa del ilíaco.

Cualquier aparato cuyo mecanismo consistiera en evitar el deslizamiento de la cabeza del fémur mediante la aplicación de una pieza que se adaptara al gran trocánter é impidiera su elevación, sería, á mi juicio, completamente inadmisibles, y en este caso se encuentra el aconsejado modernamente por Kraussold para la luxación bilateral, que consta: de un cinturón pelviano, que se amolda con exactitud á la parte en que se aplica, al cual van unidas dos piezas huecas que corresponden á los vértices de los trocánteres y de igual forma que ellos; mientras los dos muslos son extendidos, se aprietan estas piezas cóncavas contra dichos vértices mediante tornillos dirigidos hacia abajo y adelante, y ofrecen en la marcha dos puntos fijos de influencia contentiva; hay además un tallo de acero dirigido hacia arriba que arranca de la lámina sacra del cinturón y que termina en dos apoyos para los brazos, cuyo tallo tiene por objeto impedir la dislocación del cinturón pelviano. Aun cuando este cinturón se hace conforme á un vaciado de yeso para que se adapte exactamente, lo mismo que las piezas huecas, circunstancias que revelan gran previsión, conceptúo, sin embargo, á este aparato completamente inadmisibles por perjudicial, pues por exacta que sea la adaptación del aparato á las partes en que se aplica, las piezas en que se han de apoyar los vértices de los trocánteres tienen que molestar y lesionar, yo creo que inevitablemente, las partes blandas que recubren á éstos por la presión á que han de estar sometidas, toda vez que el mecanismo de contención de este aparato parece consistir en la aplicación inmóvil de las piezas huecas sobre el vértice de los trocánteres, para que al ir á ascender éstos — ó diré mejor, para que al descender la pelvis empujada por el peso del cuerpo, que es lo que da apariencias de elevación de los trocánteres — choquen contra ellas y se detengan. Realmente es un mecanismo ingenioso, pues las piezas huecas y los trocánteres vienen en cierto modo á representar á las cavidades cotiloideas y á las cabezas femorales respecti-



vamente; pero mientras estas últimas llenan perfectamente su papel en el estado normal, porque son superficies óseas revestidas de cartilago, en el aparato se aplican contra las piezas huecas los vértices de los trocánteres, cogiendo en medio á los tejidos blandos que recubren á éstos, lo cual determinaría efectos nocivos y hace, por consiguiente, en mi opinión, inaceptable este aparato.

Me parece que podría construirse uno que constara de las siguientes partes: A una bota de suela bastante fuerte se unirían dos varillas de hierro planas, de suficiente resistencia, que subiendo una por la parte externa y otra por la interna, terminara ésta unos cuantos centímetros por debajo de la raíz del muslo, para que no molestara, y la externa subiera por el lado de la pelvis y del tronco hasta la axila, en donde concluiría en forma de horquilla con el fin de que sirviera de muleta. Estas varillas estarían articuladas las dos con la suela y á nivel de la rodilla, y la externa á nivel de la articulación coxo-femoral, para que pudiera el niño mover las diferentes articulaciones, advirtiéndole que el juego de las varillas no había de tener otro movimiento que el antero-posterior, pero de ninguna manera el lateral; y para que no le hiciera ningún daño, tendrían las varillas la forma de las partes que recorren, es decir, presentarían una concavidad para que se alojara los tobillos, otra para que se alojara el cóndilo interno del fémur, etc. De manera que constituiría una especie de muleta articulada y colocada por debajo de los vestidos. El tutor interno y el externo se unirían mutuamente por delante y por detrás hacia la parte media de la pierna y del muslo, por unos aritos metálicos que se cerrarían y abrirían por medio de una aldabilla, colocando otro aro metálico más ancho alrededor de la cintura y cuya forma se adaptara á la de ésta. El extremo superior de la varilla interna se uniría también con otro aro metálico á la varilla externa. Como pudiera ocurrir que las articulaciones de las varillas no se movieran fácilmente por la presión que ejerciera sobre ellas el peso del cuerpo, se las podría descargar de la gravitación entorpecedora de su movilidad haciendo lo siguiente: en la varilla externa, tanto á nivel de la articulación coxo-femoral como de la rodilla y aun del pie, se fijarían dos piezas metálicas acodadas en ángulo recto, abierto hacia adentro y abajo en la pieza superior, y hacia adentro y arriba en la inferior de cada una de las articulaciones, de cuatro á seis centímetros de anchas en su extremidad libre, cuya extremidad sería ligeramente convexa la superior, y de una concavidad algo más abierta y en forma de ranura la inferior, para que se moviera sobre ella la pieza superior;

de suerte que al andar el niño no sólo se movería la articulación de las varillas, sino que el segmento de círculo de la pieza superior lo verificaría también sobre el de la inferior en sentido de atrás adelante y de delante atrás, mientras que en sentido lateral serían inmóviles y servirían, por consiguiente, de columna de sustentación. Cada una de las diferentes varillas del aparato estarían formadas por dos empalmadas, de las cuales la que estuviera aplicada encima se hallaría provista de una ranura á través de la cual pasarían dos tornillos destinados á sujetar ambas barras; esta ranura longitudinal tendría por objeto poder alargar las varillas según lo fuera exigiendo el crecimiento del niño. Este aparato que propongo es análogo al de Hueter, que describe en su obra titulada *Elementos de Cirugía*, pero no es igual. Le conceptúo aplicable á la luxación unilateral y á la bilateral; para esta última, los dos aparatos tendrían como pieza común el cinturón metálico, sólo con hacer, por un mecanismo cualquiera, como, por ejemplo, mediante aldabillas, que se pudiera dividir ó separar por su parte media anterior y posterior para quitársele y ponérsele al niño, detalle que también es preciso aunque sea luxación unilateral.

Cuando por cualquier circunstancia no pudiera construirse este aparato, le reemplazarían muy bien una ó dos muletas, según se tratara de la luxación uni ó bilateral; de ser la unilateral, la muleta la usaría el niño en el lado afecto, porque el objeto es evitar á la cadera enferma el peso del cuerpo.

El tratamiento curativo no cuenta, en mi opinión, con otro recurso fundamental que la operación cruenta.

Se ha hablado mucho de la *extensión continua*, con la que se dice haber obtenido resultados favorables; no lo niego, pero no me explico cómo pueda tener lugar, tratándose de esta enfermedad y de un niño. En efecto, ¿ofrecerá en algún caso la cavidad cotiloídea condiciones lo bastante aproximadas á las normales para que pueda recibir y mantener reducida á la cabeza del fémur? Dudo mucho que se obtenga la reducción, y dudo más que se consiga mantenerla. Y aparte de la cavidad, ¿en qué estado se encontrarán la cabeza del fémur, la cápsula y el ligamento redondo? Probablemente roto este último, y en parte la cápsula, y la cabeza del fémur tal vez deformada y más ó menos atrofiada. Pero en fin, estas no son sino suposiciones, no alteraciones indudables; así es que no abrigo convencimiento completo respecto de la ineficacia de la extensión continua desde el punto de vista de las lesiones. Mas resta por dilucidar el segundo factor que he indicado,



ó sea el tratarse de niños. En éstos considero la extensión continua casi ilusoria, si es que se trata con ella de reducir la luxación, pues no tienen la reflexión bastante y la apacibilidad de espíritu necesaria para el empleo de este medio. Por de pronto, en los niños muy pequeños, de meses, de un año, de dos, la creo completamente impracticable con la precisión y continuidad necesarias, no explicándome cómo autores respetables dicen que, desde el momento en que se ha diagnosticado la enfermedad, es conveniente someter al niño á la extensión continua durante dos ó tres meses. ¿Cómo se mantiene todo ese tiempo la necesaria inmovilidad en un niño que es todo vivacidad, impaciencia y que verifica las deyecciones sin avisar, obligando á las inevitables maniobras de limpieza? Aun en niños de alguna más edad conceptúo difícil, pero muy difícil, conseguir una extensión continua con toda la precisión que reclama la reducción de la cabeza del fémur y el mantenerla reducida. Y por último, el estado general del niño, así como su desarrollo, y el de los músculos de la cadera, pudieran afectarse por una inmovilidad tan prolongada, pues ha habido ortopédico que ha mantenido á los niños durante años en un lecho de extensión.

En resumen; que no me merece ninguna confianza este recurso *por sí solo* para el tratamiento curativo de la enfermedad que nos ocupa; pero en cambio me la merece muy grande, y digo más, le considero *indispensable en ciertos casos, como medio auxiliar previo de la operación*. Me refiero á su utilidad para vencer poco á poco la resistencia que oponen ciertos músculos retraídos á la reducción de la cabeza del fémur. Para llenar esta indicación conceptúo á la extensión continua necesaria é insustituible, porque para hacer desaparecer un acortamiento muscular crónico no creo que haya otro medio que el que me ocupa, con la circunstancia especial de que en este caso considero posible su realización; porque como no se trata de una extensión sostenida con una precisión grande, sino que se busca simplemente el hecho de la extensión, sin pensar en que se produzca á la vez la reducción de la cabeza del fémur, no importa que el niño se mueva y que haya que limpiarle varias veces al día, pues por irregular que sea la extensión, realiza el hecho del estirajamiento muscular, prudente, por supuesto. Considero, por consiguiente, á la extensión continua, como factor previo necesario en todos aquellos casos en que la retracción muscular ó de las partes blandas, en general, impiden que llegue la cabeza del fémur á la cavidad cotiloidea. Mas para averiguar, en el caso que exista retracción, si exige ó no extensión continua, hay necesidad de cloro-

formizar al niño, pues sólo así veremos si desaparece, lo que denotará que era contractura, ó persiste más ó menos, en cuyo caso es retracción propiamente dicha.

No he de hacer la crítica de los múltiples detalles y problemas que ofrece la técnica de la intervención cruenta, porque esto corresponde á la operatoria general, entre los cuales figuran los referentes á los músculos que constituyen obstáculo para la reducción. Hoffa manifestó en el Congreso de Berlín, que ha practicado la separación de las inserciones que tienen lugar en el gran trocánter, apelando además, según las necesidades de cada caso particular, á las tenotomías y miotomías que sean precisas de los músculos largos del muslo, ya sea en su inserción superior ó en la inferior; es decir, practica las necesarias secciones musculares y tendinosas para que la reducción de la cabeza femoral no halle obstáculo en el hecho de la retracción de las partes blandas; y respecto del esqueleto, practica el agrandamiento de la cavidad cotiloidea. En opinión de Lorenz, expuesta en el Congreso de Roma, el método de Hoffa tiene el gran inconveniente de producir la desinserción de demasiado número de músculos, lo cual no deja de comprometer el ulterior funcionalismo de la articulación; los músculos pelvi-trocantéreos no experimentan acortamiento alguno consecutivo á la luxación, sino que se alargan, por el contrario, de manera que no constituyen obstáculo para la reducción; sólo el gran glúteo sufre un acortamiento; pero este último no pertenece al grupo de los pelvi-trocantéreos, sino al de los pelvi-femorales, siendo fácil hacer cesar su tensión con sólo seccionar la fascia lata; los obstáculos á la reducción provienen tan sólo del acortamiento del tensor de la fascia lata, de algunos haces del gran aductor, del sartorio, del recto anterior, del semi-membranoso, del semi-tendinoso y del biceps.—(*La Semana Médica.*)

Precisamente para evitar las tenotomías y miotomías, así como las dudas de cuáles de unas ú otras deben practicarse—lo que creo que sólo puede resolverse con seguridad por el examen del niño y por lo que se observe durante la operación—, y las dificultades que puedan determinar en el ulterior funcionalismo de la parte afecta, es por lo que á mi juicio tiene grandísima importancia la extensión continua como factor previo de la operación en los casos en que ésta se halle indicada, para conseguir que la cabeza del fémur llegue con la mayor facilidad posible á la cavidad cotiloidea.