7 92
3029

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA LUXACION CONGENITA DE LA CADERA
Y SU TRATAMIENTO

TÉSIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN M. KYLE

EX-INTERNO POR CONCURSO, DEL HOSPITAL DE NIÑOS

BUENOS AIRES

Imprenta—A. Villafañe—Calle Belgrano número 3018

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA LUXACION CONGENITA DE LA CADERA

Y SU TRATAMIENTO

TÉSIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN M. KYLE

EX-INTERNO POR CONCURSO, DEL HOSPITAL DE NIÑOS

BUENOS AIRES

Imprenta—A. Villafañe—Calle Belgrano número 3018

1898

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tésis. (Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor D. ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

Doctor D. PEDRO MALLO

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » ELISEO CANTON
» » LUIS GÜEMES

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

SECRETARIO

Doctor D. LUIS M. ACUÑA

PRO-SECRETARIO

Doctor D. ZENÓN AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón
Anatomía topográfica.	„	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-prática.	„	Rodolfo de Gainza
Fisiología general y humana	„	Pedro J. Coronado
Patología general y ejercicios clínicos..	„	Roberto Wernicke
Matería Médica y Terapéutica.	„	Justiniano Ledesma
Higiene pública y privada.	„	Melitón G. del Solar
Patología externa	„	Obdulio Hernández
Patología interna	„	José Penna
Anatomía patológica	„	Telémaco Susini
Bacteriología	„	Carlos G. Malbrán
Medicina operatoria...	„	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica..	„	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica..	„	Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	„	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su Clínica.	„	José M. Ramos Mejía
Enfermedades mentales y Clínica respectiva.	„	Domingo Cabred
Clínica Quirúrgica..	Doctres.	Julián Aguilar Antonio C. Gandolfo
Clínica Médica...	Doctres.	Abel Ayerza Gregorio N. Chaves Luis Güemes
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina
Medicina legal.	„	Eduardo M. Pérez
Genito Urinario	„	Federico Texo
Toxicología	„	Juan B. Señorans
Química aplicada á la Medicina	Doctres.	Pedro N. Arata Atanasio Quiroga
Física médica	Doctor	Jaime R. Costa
Zoología médica...	„	Eliseo Cantón
Enfermedades venéreas y dermatología.	„	Baldomero Sommer
Botánica	„	Martin Spuch
Laringología, otología, rinología	„	Eduardo Obejero
Farmacia teórica	„	Juan A. Boeri
Farmacia práctica.	„	J. Manuel Irizar
Botánica médica..	„	Adolfo Mujica
Obstetricia para alumnas parteras	„	Juan R. Fernández
Odontología.	„	Nicasio Etchepareborda

ESCUELA DE MEDICINA

Asignatura	Catedrático sustitutos	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero
Anatomía topográfica	„	Avelino Gutiérrez
Histología (teórico-práctica)	„	Samuel de Madrid
Fisiología general y humana	„	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada.	Doctres.	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica..	Doctres.	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Patología externa	„	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna..	Doctor	Marcial V. Quiroga
Anatomía patológica..	„	José Badía
Medicina operatoria.,	„	Alejandro Posadas
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Doctres.	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica.	„	Facundo Larguía Antonio F. Piñero
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	„	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su Clínica	„	José A. Esteves José R. Semprun
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	Doctor	Benjamín T. Solari
Clínica Quirúrgica..	Doctres.	Juan B. Justo Alejandro Castro Diógenes Decoud
Clínica Médica..	“	Abel Ayerza Julio Méndez Francisco Sicardi Ignacio Allende
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Luis F. Vila
Física médica..	„	Vacante
Medicina legal y Toxicología	Doctres.	F. de Veyga Domingo Cavia
Quimica aplicada á la Medicina		Vacante
Farmacia práctiea..		Vacante
Laringologia, otología, rinología.	Doctor	Wenceslao Tello
Enfermedades venéreas y dermatología..	„	Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	„	Enrique Pietranera
Odontología	„	León Pereyra

Padrino de Tésis

Académico Dr. Roberto Wernicke

A mis Padres

SEÑORES ACADÈMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

He elejido como tema de mi tésis inaugural, *La Luxacion de la cadera y su tratamiento*, no con el objeto de dar á conocer alguna novedad ó ampliar los conocimientos que se poseen sobre esta afección quirúrgica. El tema ha sido tratado estensamente y bajo todas sus faces, por eminentes observadores entre los cuales se destacan Lorentz, Kirmisson, Delanglade y otros, pero creo que su estudio ha sido abandonado hasta cierto punto por aquellos que se dedican á la cirugia en general.

Durante mi internado en el Hospital de Niños en el servicio de cirujia, he tenido ocasion de observar la frecuencia con que acuden al consultorio, niños de todas edades afectados de luxacion de la cadera.

En este pequeño trabajo me limitaré á describir ligeramente las distintas variedades que presenta esta afeccion, la etiologia, su anatomia patológica,

síntomas, diagnóstico. etc., deteniéndome con preferencia en el tratamiento, especialmente aquel puesto en vigencia en el Hospital de Niños por el Doctor Máximo Castro, á quien deseo significar mis mas alto agradecimiento por las múltiples atenciones que siempre me ha dispensado,

Antes de salir de la escuela, debo hacer presente mi reconocimiento hacia á todos los que han contribuido á ilustrarme en la profesion que entro á ejercer.

A los médicos del Hospital de Niños, y especialmente á su director el Doctor Arraga á quienes debo todos mis conocimientos prácticos.

ETIOLOGIA

La etiologia de la luxacion congénita de la cadera, ha quedado sumida en la mayor oscuridad, no obstante las múltiples ideas y teorias desenvueltas al rededor de ella. Ninguna de estas teorias responde de una manera completamente satisfactoria á la cuestion, probablemente porque no existe una causa única, productora de la luxacion congénita y que esta sea debida á múltiples causas que varian segun las circunstancias.

Estas numerosas teorías pueden dividirse en cinco grupos:

1º Teoria traumática.

2º Teoria de vicio de posicion fetal y compresion uterina.

3º Teoria inflamatoria.

4º Teoria muscular ó nerviosa.

5º Teoria de la malformacion.

La primera, ó sea la traumática, es la mas antigua y fué emitida por Hipócrates, quien atribuia

la luxacion á un traumatismo intrauterino. Ultimamente ha sido aceptado por Cruveilhier, Petit y otros.

Brodhurst y Phelps consideran que la luxacion se produce durante el parto, debida ya sea á un traumatismo extrauterino ó á maniobras forzadas; pero las experiencias de Valette hechas sobre cadáveres, han demostrado la imposibilidad de la produccion de la luxacion en este momento. Las maniobras forzadas, y especialmente las tracciones y torsiones de las extremidades inferiores, pueden producir y producen fracturas oseas y desprendimientos epifivisarios, pero jamas la luxacion coxo femoral.

La teoria de vicio de posicion fetal y de compresion uterina es sostenida por Lorentz y Dupuytren, los cuales opinan que la luxacion es debida á la flexion exagerada del múslo sobre el tronco.

En esta posicion la cabeza femoral se apoya en la parte posterior de la cápsula, la cual se relaja y da lugar à una luxacion póstero superior.

Roser atribuye á la aduccion forzada del múslo, un papel importante, y explica la relativa rareza de la afeccion en los varones, por los movimientos reflejos provocados en los muslos, por la compresion de los órganos genitales y descenso de los testículos. La escasez del líquido amniótico y consiguiente compresion de las paredes uterinas, podria

favorecer la luxacion, pero ninguna observacion ha demostrado este hecho y si fuera exacto, la luxacion seria mas frecuente en el embarazo gemelar que el simple.

Segun la teoria inflamatoria la luxacion se produce debida á lesiones articulares primitivas, ya sean de naturaleza tuberculosa ó debidas á una simple hidrartrosis, que distiende y relaja la cápsula. La existencia de una coxo tuberculosis intrauterina, no puede ser admitida, si tenemos en vista, que el hueso está en un periodo embrionario y reducido á tejido fibrocartilaginoso, ademas, el desarrollo congénito de las lesiones tuberculosas no está probado, y en ningun caso en que se haya abierto la articulacion, se ha encontrado gran cantidad de líquido sinovial para suponer la existencia de una hidrartrosis.

La teoria neuro muscular, supone la existencia de parálisis parciales, las cuales afectando ciertos grupos de músculos, especialmente los adductores producen la relajacion de estos, y contribuyen á la formacion de una luxación.

La teoria de las malformaciones, emitida por Dollinger y vivamente sostenida por Lannelongue y Raimond Sainton, se basa en la anatomia coxo femoral de la infancia.

En esta época presenta las siguientes modificaciones:

1º El cuello anatómico del femur es muy cor-

to, apenas indicado en el momento del nacimiento.

2º Si su longitud es menor, su diámetro es relativamente mas considerable que en el adulto.

3º El diámetro de la cabeza femoral, es, todas las proporciones consideradas. mayor en el niño.

4º La cavidad cotiloidea tiene al contrario menos profundidad y la cabeza está sostenida por la pared posterior de la cavidad.

Se comprende fácilmente que si se acentúa cualquiera de estas condiciones, ya sea por una osificacion prematura de los cartílagos ya sea por desarrollo anormal de la cabeza femoral, esta no podrá ser sostenida por la cavidad cotiloidea y será rechazada produciendo una luxación.

Estas deformaciones se producen despues del nacimiento, por lo tanto una luxacion de esa naturaleza no seria propiamente hablando, congénita; pero la verdadera luxacion coxo femoral intrauterina no ha sido aun bien probada. Lorentz ha examinado mas de mil recien nacidos, sin encontrar un solo caso. Vermenil no encontró ningun caso en los numerosos fetos que examinó, salvo los casos de ausencia completa de la cabeza femoral y otras malformaciones en mónstruos.

Por lo tanto es muy probable que casi todas las luxaciones consideradas como congénitas, no son realmente tales, sino de origen congénito, del mismo modo que las hérnias inguinales en los niños,

denominadas congénitas, generalmente se producen despues del nacimiento, aunque sean debidas á malformaciones congénitas.

II

ANATOMIA PATOLÓGICA

El estudio de la anatomia patológica de la luxacion coxofemoral, solamente se puede hacer de una manera completa sobre el cadáver, y la falta de estos nos ha impedido verificar los datos al respecto, que traen todas las monografias escritas sobre esta afeccion; limitándonos por lo tanto, á describir las anomalías anatómicas que se pueden observar durante la operacion descrita por Lorentz y empleada en nuestros casos de observacion.

Cavidad cotiloidea—-La cavidad cotiloidea en todos nuestros casos, presenta grandes modificaciones. Cuando está conservada, su profundidad y su circunferencia es menor que la normal y tiene generalmente una forma triangular.

Generalmente está ocupada por tejido adiposo, pero con la edad del enfermo, tiende á desaparecer completamente, llenándose de tejido fibroso,

convertiéndose en una simple depresion análoga á la cavidad glenoidea del omóplato. Cruveilhier y Lorentz afirman que en algunos casos, no solamente no existe la cavidad, sino que está reemplazada por una eminencia convexa.

Hemos observado siempre la presencia del reborde cotiloideo considerablemente espesado, especialmente en su parte superior y á menudo haciendo continuación con la cápsula, lo que constituye un sério obstáculo á la reduccion de la cabeza femoral.

Sainton afirma que la pélvis al nivel del acetábulo, es extremadamente delgada, lo que constituiria un peligro para el ahuecamiento de una cavidad artificial. Probablemente esta asercion se funda en la anatomia normal, pero como acabamos de ver, en la luxacion congénita pasa lo contrario, y el ahuecamiento se puede efectuar sin ningun peligro de penetrar en la cavidad pélvica.

Cabeza femoral. Bajo el punto de vista del tratamiento, las anomalias que presenta la cabeza femoral son de muchísima importancia, dependiendo el éxito de la operacion de su forma y la dirección que tiene.

En todos los casos existe atrofia, la cual aumenta con la edad del enfermo, hasta producir la desaparicion total de la cabeza en algunos casos. En la mayoria de nuestros casos, la cabeza del femur presentaba una forma prismática algo alargada y

achatada en su vértice ó cara póstero interna. En otros casos descritos por Lorentz, la cabeza estaba aplanada, en forma de rodete alrededor del cuello; forma que Lorentz expresa con el nombre de paragolpes de wagon.

El cuello puede faltar completamente, aunque en todos nuestros casos existia, si bien muy acortado en algunos casos. Su direccion varia. Normalmente el cuello se dirije un poco hácia adelante, de manera que la cabeza ocupa el acetábulo cuando el pie está dirijido un poco hácia adentro. Existe anteversion del cuello cuando es necesario forzar esta posicion del pie para que la cabeza del femur ocupe su lugar. En la luxacion generalmente hay anteversion del cuello, habiendo ademas una inclinacion hácia arriba en un grado mas ó menos marcado. En uno de nuestros casos hemos visto que la direccion del cuello era contraria á la descrita. Se dirijia hácia abajo y adelante, formando un ángulo agudo de abertura ántero inferior, por consiguiente el trocanter se encontraba en un plano superior al de la cabeza.

Estas desviaciones del cuello y deformaciones de la cabeza, provienen segun algunos de las presiones que sufre la extremidad femoral en su posicion anormal, pero hemos tenido ocasion de ver en un niño de dos años y medio de edad y que habia caminado poco, que la desviacion y deformacion eran muy marcadas, siendo pobablemente estas

anomalias una de las causas y no el efecto de la luxacion.

Ligamento redondo.—El ligamento redondo existe primitivamente en la luxacion, pero tiende á desaparecer, y no se encuentra generalmente mas que vestigios. Si tomamos en cuenta que el ligamento redondo sostiene al principio todo el peso del cuerpo, y que se encuentra comprimido entre la cabeza femoral y el reborde cotiloidea, es fácil explicar su pronto desgaste. Hemos visto un caso en que el punto de insercion femoral del ligamento. estaba ocupado por una protuberancia osea, y la cabeza del femur desprovista de cartílago en muchos puntos.

Cápsula.—La cápsula ofrece grandes anomalias, siendo de mucha importancia conocer las formas que afectan, por cuanto que son estas las que se oponen al buen éxito del tratamiento exclusivamente ortopédico.

Debido al ascenso de la cabeza femoral, la cápsula se alarga y generalmente asume una forma bilobada. El lóbulo superior ocupado por la cabeza del femur, el inferior vacio ó lleno de tejido adiposo, cubre el acetábulo desocupado, pasando encima de él como un puente, y soldándose en algunos casos al reborde superior de la ceja cotiloidea, de manera que se encuentran cerrados y sin comunicacion los dos lóbulos de la cápsula.

El istmo está formado á espensas del ligamento

de Bertin, y en muchos casos el músculo psoas-ilíaco, que en el estado normal pasa sobre la cara anterior de la cápsula para dirijirse hácia el pequeño trocanter, se desliza sobre la parte anterior del acetábulo y contribuye á su obliteracion definitiva.

La cápsula, cuya funcion en estado normal es exclusivamente protector, se convierte, en la luxacion, en una verdadera cavidad articular, y para poder desempeñar esta funcion, sus fibras se refuerzan notablemente, llegando á tener sus paredes en algunos casos, mas de un centímetro de espesor.

Lorentz, afirma, que bajo la influencia del peso del cuerpo, el frote recíproco de las superficies articulares, puestos en contacto en una posicion anormal, produce en ciertos casos la curacion espontánea. No hemos observado nunca la formacion de una nueva cavidad articular, lo que se explica por la interposicíon de la cápsula entre la cabeza femoral y el hueso iliaco que impide todo contacto directo. Podria suceder que á una edad mas avanzada, el contínuo frote produzca una irritacion perióstica y la formacion de un reborde oseo que constituiria una cavidad virtual. En la única pieza anátomo patológica que hemos tenido ocasion de ver, y que era una pélvis de adulto, se observa la formacion de esta especie de neartrosis.

Las modificaciones que sufre el aparato muscular, no pueden ser estudiadas durante la operacion, pero se comprende que estas deben ser im-

portantes, dado el cambio que presenta sus relacio-nes, y por consiguiente las modificaciones que presentarán en sus funciones.

En general, la masa muscular se eucuentra atrofiada, y esta atrofia se produce no solamente en los músculos pelvianos, sino tambien en todos los músculos de la pierna y del pie. Es probable que esta atrofia sea debida en parte á modificaciones circulatorias, y que, tanto el sistema circulatorio como el nervioso sea perturbado.

Las modificaciones en la forma de la pélvis y las desviaciones de la columna vertebral son de importancia secundaria, referiremos á ellas al estudiar los síntomas y diagnóstico de la afeccion.

III

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

Para el estudio de los síntomas de la luxacion congénita de la cadera, es necesario dividir esta en dos grupos, la luxacion unilateral y la luxacion bilateral ó doble.

Examinaremos en primer lugar, los síntomas que presenta una luxacion unilateral.

Estando el enfermo de pie, llama la atencion la forma que asumen las caderas. Las curvas de la cadera enferma estan completamente desfiguradas. La convexidad posterior de los gluteos, borrada, de manera que se encuentran sobre el mismo plano que el resto del cuerpo, á veces forma una verdadera depresion. Lo que contribuye á hacer mas notable esta deformacion, es el ensanchamiento producido por la elevacion del femur que produce la desviacion lateral del gran trocanter, el cual en

muchos casos es perfectamente visible y hace prominencia.

El pliegue gluteo pierde su curva de convexidad inferior, convirtiéndose en rectilínea dirijida hácia arriba en su parte externa,

Esta forma varia segun que el enfermo se apoya sobre la pierna sana ó la enferma.

En el primer caso, no es tan notable el ensanchamiento de la nalga, y cuando existe un gran acortamiento de la pierna, puede borrarse completamente la prominencia lateral. Haciendo apoyar el enfermo sobre la pierna afectada, vuelven á acentuarse todos los síntomas. El pliegue gluteo del lado enfermo, está mas elevado, mas estrecho y mas profundo que del lado sano, y ocupa una posicion oblícua con respecto á la línea normal. Visto de enfrente, se nota la ausencia de la depresion del triángulo de Scarpa y á la palpacion, la falta de resistencia que normalmente ofrece la cabeza del femur en este sitio.

En las mujeres, el labio mayor de la vulva desciende del lado enfermo y está en contacto con el muslo.

Apoyándose el enfermo sobre la pierna afectada, la columna vertebral sufre una desviacion anterolateral hácia el lado enfermo, haciendo mas prominente el abdómen, el cual con la pelvis se inclina hácia el mismo lado. Lorentz afirma que la escoliosis lumbar con convexidad hácia el lado en-

fermo es excepcional, y que en la mayoria de los casos, se nota que la porcion lumbar del raquis, presenta una curvadura cuya convexidad mira hácia el lado sano.

Explica este fenómeno, haciendo un estudio de la marcha normal, en la cual á cada paso el raquis se desvia hácia la extremidad en movimiento. Esta curvadura se produce para mantener el equilibrio, y como en la luxacion de la cadera, el centro de gravedad está desviado, la inflexion lateral será aumentada. No obstante, en nuestros casos no hemos podido observar la escoliosis lumbar del lado sano, aunque en algunos, existia una ligera lordo escoliosis del lado enfermo.

Cuando existe gran acortamiento de la pierna, el enfermo trata de compensarlo, flexionando la rodilla de la pierna sana ó colocándola en genu valgum, al mismo tiempo el pie asume una posicion forzada de extension.

Durante la marcha, el movimiento del cuerpo es característico, y generalmente es un síntoma que basta por si solo para diagnósticar una luxacion de la cadera.

La claudicacion llamada en francés «demarche de canard» y conocido en inglés con el nombre de «waddle» es un movimiento de balanceo del tronco alrededor de la articulacion sacro lumbar. Contribuye á su produccion, la instabilidad de la extremidad superior del femur, la cual sufre una ele-

vacion con relacion al coxis á cada paso. El tronco gira alrededor de la articulacion femoral, debido á la impotencia funcional de los músculos abductores, especialmente el medio y pequeño gluteo, los cua-les no conservan la direccion del femur, sino que lo cruzan oblicuamente y actuan como rotadores hacia adentro. La pelvis, no teniendo punto de apoyo se eleva bajo la accion de los músculos sacro lumbares, cuadrado de los lomos, oblícuos del abdómen, etc.

Cuanto menos esté llevada hácia atras la cabeza del femur, menor será la oscilacion lateral.

El exámen metódico de una luxacion de la cadera, termina con las medidas tomadas en posicion dorso lumbar. Al mismo tiempo se nota la posicion exacta que ocupa la cabeza del femur y la movilidad de esta.

Haciendo tracciones sobre la pierna afectada, se puede corregir su acortamiento en gran parte, pero hay que observar que este alargamiento aparente es debido en muchos casos,no al descenso del femur sino á la rotacion de la pelvis; es necesario por lo tanto, fijar esta, y persistir algun tiempo en la traccion, para vencer la resistencia múscular que inconcientemente opone el enfermo.

Para medir el acortamiento poseemos un excelente punto de reparo en la linea de Nelaton Roser, la cual partiendo de la espina iliaca anterior y superior, desciende sobre la cara posterior de la pelvis has-

ta la tuberosidad del isquion. Al nivel de esta línea, normalmente se encuentra el gran trocanter, el cual está en el mismo plano que la cábeza del femur.

El acortamiento de la pierna está representado por la distancia que separa la línea Nelaton Roser del gran trocanter. Nosotros ademas siempre hemos medido la distancia que separa la espina iliaca anterior y superior del malcolo interno, y generalmente coincide el acortamiento dado por esta medida con el del método anterior.

En algunos casos la atrofia general que sufre la pierna enferma y que puede afectar la longitud de los huesos, producen lijeras diferencias entre las dos medidas citadas.

Las medidas de la circunferencia del múslo, la pierna y longitud del pié demuestran el grado de atrofia muscular, la que suele ser muy marcada.

Los síntomas característicos de la luxacion bilateral, solamente se diferencian en algunos puntos de los de la unilateral.

El ensanchamiento de las caderas, es mas marcado y llama la atencion la relativa longiitud del cuerpo comparada con las piernas.

Los brazos parecen anormalmente largos, y llegan hasta las rodillas.

Las cabezas femorales, apoyándose en las fosas iliacas externas, impelen hácia adelante á la pélvis, y por consiguiente la columna vertebral sufre una lordosis de compensacion. Si esta lordosis no es

suficiente para compensar el cambio de direccion de la pélvis, el enfermo, para poder mantener su equilibrio, flexiona las rodillas, inclinando el cuerpo hácia adelante. Esta posicion característica estaba muy marcada en nuestro caso de observacion de luxacion doble.

Durante la marcha, las oscilaciones que sufre el cuerpo, son aun mas marcadas que en la luxacion simple. Howard March compara la marcha con el movimiento de los músculos pesteriores de una vaca que trota.

En cuanto al diagnóstico de la luxacion congénita coxo-femoral, creemos que los síntomas son tan característicos, que solamente la ignorancia de estos, ó la ligereza durante el exámen, puede hacer que se confunda con otra afeccion. Sin embargo no son raros los casos que se tratan por coxalgia ó vice versa.

Si bien la tuberculosis coxo femoral y la osteomielitis de la extremidad superior del femur, producen á veces luxaciones patológicas, el exámen de los antecedentes, desvanecerá toda duda respecto á su origen.

Puede ser que se sane una coxalgia sin manifestaciones externas, y que los antecedentes sean muy oscuros. En este caso el grado de movilidad de la pierna deberá ser tomada en cuenta.

En la luxacion congénita, los movimientos de extension y adduccion son generalmente mas extensos

que en la artículacion normal, ademas la rotacion permite palpar la cabeza femoral que está en completa libertad. En la coxalgia todos los movimientos articulares estan limitados.

El único movimiento limitado en la coxalgia es la abduccion, debida á la retraccion de los músculos adductores.

La situacion del gran trocanter, con relacion á la línea Nelaton Roser, es tambien un precioso síntomas de diagnóstico diferencial.

Hemos visto, al tratar de la etiologia, que la luxacion adquirida ó traumática es muy rara en la infancia, produciéndose con preferencia una fractura del femur. En el caso que se produjera una luxacion en un niño de menos de un año de edad, creemos que su diagnóstico diferencial con una luxacion congénita, seria muy dificil, sino imposible de hacer.

IV

TRATAMIENTO

Los diversos tratamientos á que puede ser sometida una luxacion congénita coxo femoral, ya sea para su curacion radical, ya sea para su alivio, puede dividirse en cuatro grupos:

1º Tratamiento ortopédico paliativo.

2º Tratamiento ortopédico curativo.

3º Tratamiento operatorio paliativo.

4º Tratamiento quirúrgico radical.

Si bien en un hospital, un cirujano tiene generalmente libertad de accion, para someter un enfermo á un largo tratamiento ortopédico, ó á una dificil y en ciertos casos, peligrosa operacion, no sucede lo mismo en la clínica privada, donde muchas veces, su accion es coartada por razones de carácter particular ó de familia. En estos casos se pondrá en uso el tratamiento ortopédico paliativo, el cual puede prestar buenos servicios, especialmente si se trata

de un enfermo de poca edad, en que los síntomas ó lesiones concomitantes de la luxacion sean poco desarrollados.

Se han ideado muchos aparatos ingeniosos y costosos, los cuales, casi todos tienen por objeto el sostenimiento de la cabeza femoral. Por lo general, se componen de un corset y cinturon pélvico, que presenta en su cara interna y borde inferior, una escotadura que recibe el gran trocanter, ofreciéndole un apoyo artificial, é impidiendo su ascenso durante la marcha. El corset generalmente lleva dos refuerzos laterales que llegan hasta los áxilas.

Estos aparatos deben ser de una hechura esmerada, y amoldarse exactamente al cuerpo del enfermo, condicion «sine qua non» para que llenen su fin.

Si el enfermo es muy jóven, debe ser sometido á un tratamiento general estimulante y reconstituyente, y no se le permitirá caminar mucho ó fatigarse. La electrizacion y masage del lado enfermo, contribuirá á tonificar los músculos, y se recomendará aquellos ejercicios que por su naturaleza, desarrollan los músculos, sin producir presiones excesivas sobre la region coxo femoral, como ser: gimnasia del trapecio, barras horizontales, la natacion, etc.

Al mismo tiempo se recomienda al enfermo elejir una carrera ó profesion que le permitirá estar sentado.

Tratamiento ortopédico curativo. Desde el principio

del siglo actual, todos los cirujanos, se han preocupado del tratamiento curativo de la luxacion, valiéndose de métodos ó aparatos ortopédicos. Muchos de los métodos puestos en práctica presentan solamente un interes histórico, pero han dado lugar á tantas discusiones y controvérsias, que su enumeracion y lijero estudio, nos ofrece muchos puntos de interés, y sirve para apoyar las conclusiones á que hemos llegado respecto al mejor tratamiento de la afeccion que nos ocupa.

Todos los métodos empleados, tienen por objeto, la reduccion de la cabeza femoral á la cavidad cotiloidea, distinguiéndose unos de otros en el procedimiento adoptado, y especialmente en los aparatos ideados para conservar la cabeza en su sitio y asegurar la reduccion permanente,

Humbert y Jacquier á principios del siglo, describen un procedimiento, por el cual consiguen la reduccion por extension, en un enfermo de once años, en el corto espacio de cincuenta y cinco minutos!!

Poco tiempo despues, Pravaz, da á conocer un método fundado en la extension contínua, aplicada por medio de un aparato especial. El enfermo está sometido á la extension durante 8 ó 10 meses. procediendo despues á la reduccion, la que se consigue, colocando la pierna en abduccion, y ejerciendo una fuerte extension y presion contínua sobre el gran trocanter. Como no tardaba en reproducirse la lu-

xacion. Pravaz volvia á ejecutar la reduccion durante meses, hasta conseguir su estabilidad, y luego trataba de ahuecar la cavidad indirectamente, produciendo una presion lateral sobre el gran trocanter y haciendo mover la cabeza femoral. Con este objeto colocaba el enfermo sobre un carrito, el cual se movia por un sistema de pedales, puestos en movimiento por el enfermo: este ocupaba una posicion dorso-lumbar, y debia tener la pelvis inmovilizada por un cinturón, y las piernas en lijera abduccion. Pravaz sostenia que el movimiento de extension y flexion de la pierna, necesario para mover el carrito, en union con la abduccion y presion sobre el gran trocanter, contribuia á escavar el acetábulo.

Los métodos de Brown y Bradford se fundan en la extension contínua del miembro afectado, durante un periodo que varía de dos ó cuatro años. Este solo dato, basta para demostrar lo poco práctico del procedimiento.

El procedimiento descripto por Paci en 1887, difiere de los demás, en que sustituye la extension contínua por la circunduccion del femur, la que se conseguia en cuatro tiempos, debiendo estar anestesiado el enfermo.

El tratamiento posterior, dura más ó menos un año, y en los diez casos tratados por Paci, los resultados funcionales fueron satisfactorios, habiendo conseguido reducir notablemente el acortamiento, persistiendo solamente una lijera claudicacion.

Los métodos de Hessig, Schede y Mikuliez, denominados ambulatorios, tienen la ventaja de no condenar el enfermo á largos meses de cama, y el mismo Lorentz recomienda su empleo en algunos casos.

Lorentz, parece haber conseguido buenos resultados en los enfermos de poca edad, por medio de tracciones, combinadas con abduccion y una presion lateral sobre el gran trocanter. Establecida la relacion normal de la articulacion, secciona por la vía subcutanea, el haz interno del largo adductor, coloca el miembro en abduccion forzada, y aplica un aparato enyesado, que abarca desde los maleolos hasta el áxila, y hace levantar al enfermo. Estando la pierna en abduccion y absolutamente inmóvil, la presion se ejerce constantemente segun el mismo eje, y sobre un mismo plano, que será la cabeza femoral, la que se aplica á la cavidad cotiloidea, ajustándose poco á poco á ella. Lorentz deja colocado este aparato durante dos meses, cambiándolo luego por otro igual, pero con menor grado de abduccion.

Como se vé, teóricamente, este método, como la mayor parte de los descritos anteriormente, no deja nada que desear, pero analizándolo, resaltan sus defectos, y difícilmente se comprende como puede entrar en la categoria de los tratamientos radicales ó curativos.

Las conclusiones á que hemos llegado respecto de la utilidad de los métodos ortopédicos para la cura

radical de la luxacion congénita coxo femoral, se fundan principalmente en la anatomia patológica de la region afectada, tal como la hemos estudiado durante la operacion por el método de Lorentz. Creemos poder afirmar, que en ninguno de los casos, cuyas historias referimos en el último capítulo, hubiera dado resultado cualquiera de los métodos ortopédicos propuestos. Si bien estos métodos teóricamente, no dejan nada que desear, prácticamente fallan por las condiciones anatómicas de la region. No se explica como se puede conseguir la reduccion de la cabeza femoral al acetábulo, cuando la disposicion bilobada de la cápsula y el espesor de ésta, impide su acercamiento.

Además, debemos tener en cuenta, que la cavidad cotiloidea, en los casos que exista, es sumamente reducida en profundidad y circunferencia, á veces ocupada por tejido fibroso ó adiposo y casi siempre cubierta por la cápsula que adhiere á su borde superior, el cual está generalmente espesado y ofrece por si mismo un obstáculo casi invencible á la reduccion. Ahora bien, si tomamos en cuenta, que la cabeza femoral está deformada, muchas veces de forma cónica y que no se adapta á la cavidad, vemos cuán difícil es aceptar el tratamiento exclusivamente ortopédico para la luxacion. Ni debemos olvidar que este tratamiento, necesita larga permanencia en cama, en una posicion generalmente incómoda y á una edad en que puede ser perjudicial á la salud y que

requiere además, ya sean aparatos costosos y de difícil aplicacion, ya sean aparatos enyesados cuyo empleo especialmente en los niños, deja mucho que desear, por su falta de limpieza y excesivo peso.

Las estadísticas publicadas sobre el resultado del tratamiento ortopédico, son muy incompletas y tan poco halagadoras, que no nos autoriza someter un enfermo á un tratamiento que puede durar años y cuyo resultado es dudoso.

Tratamiento operatorio paliativo.—Este tratamiento tiene por objeto, combatir la retraccion muscular y fijar la cabeza del femur en la fosa ilíaca.

Con el fin de combatir la retraccion de los músculos, se ha propuesto varias operaciones, entre las cuales figuran,—las miotomias, la reseccion y la osteotomia subtrocanterea.

Las miotomias tienen por objeto, seccionar todos los músculos que se oponen á la reduccion. El método de Hoffa, ofrece algunas ventajas sobre los otros. Consiste en seccionar oblícuamente la extremidad superior del femur, disecar la cápsula y avivar por el raspado, la superficie del hueso ilíaco, de manera de producir adherencias sólidas entre las superficies articulares. Con esto, se evitaria las posiciones viciosas del cuerpo, fijando la pierna, pero reduce considerablemente su longitud.

Las operaciones propuestas que tienen por fin, la fijacion de la cabeza del femur, son numerosas, pero de ningun valor práctico y solo haremos men-

cion del método esclerógeno propuesto por Lannelongue en 1891.

Habiendo observado en el curso de sus experiencias sobre animales, y en las inyecciones intraarticulares en las lesiones óseas tuberculosas, la propiedad hiperostante del cloruro de zinc sobre el periostio y tejido óseo. Lannelongue trató de limitar el desplazamiento de la cabeza femoral, formando alrededor de ella, una cresta ósea análoga á la ceja cotiloidea.

Los resultados inmediatos de una inyeccion de veinte gotas de solucion de cloruro de zinc, fueron buenos, y ocho dias despues se habia formado un anillo óseo, el cual aumentó de espesor con una segunda inyeccion. Sin embargo, los tres enfermos, tratados por este método, recidivaron.

Tratamiento quirúrgico radical.—Anteriormente á la introduccion de la asepsia y antisepsia en la cirugia, las intervenciones quirúrgicas, y especialmente las que interesaban las articulaciones, eran atendidas con tan grave peligro, que no es de extrañar, que es solamente en los últimos quince años, que se hayan ideados métodos operatorios, que tuvieran por fin, la cura radical de la luxacion congénita.

Margary, en 1882, fué el primero en intentar una operacion radical, pero habiendo fallecido el enfermo á los 11 dias de infeccion purulenta, abandonó el método.

En 1884, Poggi, operó con éxito un niño de doce

años de edad, reduciendo la cabeza femoral al acetábulo préviamente agrandado. El caso era de una luxacion congénita de la cadera izquierda, acompañada de lordosis y escoliosis, y consiguió reducir el acortamiento de ocho cent. à dos cent., corrigiendo la escoliosis y mejorando notablemente la marcha.

No hubo recidiva. Sin embargo parece que Poggi se contentó con este caso único, y su método no fué imitado por otros.

Hoffa, fué el primero en indicar un método completo, y publicó una série de mas de cincuenta casos operados por su procedimiento. Hoffa reconocia que uno de los grandes obstáculos á la reduccion es la retraccion muscular, y sobre esta idea basaba su método, caracterizado principalmente, por la desinsercion subperióstica de los músculos que se insertan en el gran y pequeño trocanter.

El método de Hoffa, fué adoptado con gran entusiasmo por Kirmisson, pero los resultados obtenidos por este gran cirujano, no fueron muy brillantes. Ultimamente, Lorentz, quien habia ensayado el método de Hoffa con pésimos resultados, describe un nuevo procedimiento que se diferencia del de Hoffa, por el cuidado con que se respeta en su integridad al aparato múscular, máxima, que se debe seguir, siempre que sea posible en la cirugia infantil cuando se trata de corregir deformaciones.

La operacion, segun el método de Lorentz, se divide en cinco tiempos, del siguiente modo:—1º Des-

censo de la cabeza femoral. 2º Incision de la cápsula articular. 3º Reforma de la cabeza femoral. 4º Ahuecamiento de la cavidad cotiloidea. 5º Reduccion de la cabeza femoral á la cavidad.

Lorentz, en su descripcion de la operacion, no insiste en la extension prévia, pero consigue el descenso de la cabeza del femur, en el momento de la operacion, empleando con este objeto, en los casos en que el acortamiento sea muy marcado, y la retraccion múscular resistente, un aparato especial—(extension schraube) especie de palanca á tornillo, con el cual ejerce una extension de fuerza ilimitada, capaz de vencer cualquier resistencia.

Lorentz, en algunos casos, hace uso de este aparato, para efectuar la reduccion de la cabeza al acetábulo, en el 5º tiempo de la operacion.

En nuestros casos, no se ha empleado este aparato, pero se sometia el enfermo á la extension prévia durante ocho ó diez dias, consiguiendo de este modo, que la cabeza del femur se acercara á la línea Nelaton Roser. Para la reduccion, no vemos la necesidad del aparato de extension de Lorentz, y su empleo no deja de ofrecer peligro. Lo que se opone á la reduccion no es la retraccion múscular, la que es relativamente fácil vencer, sinó la cápsula, especialmente el ligamento de Bertin, el cual en muchos casos es tenso y enroscado alrededor del cuello. En otros casos, el reborde superior de la ceja cotiloidea es tan espeso, que para conseguir la reduccion es necesario aplanarlo en parte.

Para la operacion, es necesario tener dos ayudantes ademas del cloroformizador. Uno de estos. se encargará de efectuar los movimientos de extension y abduccion de la pierna en el momento oportuno.

Se soporta la pelvis del enfermo con sábanas esterilizadas, y otra pasará por debajo del perine y sirve para efectuar la contra extension.

Con todos los cuidados asepticos y antisepticos del caso, se hace una incision cutánea que parte de la espina ilíaca anterior y superior y que se dirije hácia abajo y afuera en una extension de 6 ó 7 centímetros, paralelamente al borde externo del tensor de la fascia lata, se incinde la aponeurosis, y se separa hácia atrás el glúteo medio, y adelante el tensor de la fascia lata, el sartorio y el recto anterior.

Llegado á la cápsula, se palpa la cabeza del femur, la cual está en completa libertad. Se incinde la cápsula en la direccion del cuello ó en T, y con un lijero movimiento de flexion y rotacion hácia afuera, se luxa completamente la cabeza: enseguída se procede á la desinsercion de la cápsula de arriba abajo á lo largo de la cresta intertrocanteriana, y se secciona el ligamento de Bertin, pudiendo en algunos casos, resecar parte de la cápsula, especialmente la que cubre el acetábulo. Se explora la cabeza femoral, reformándola si es necesario y se ahueca la cavidad cotiloidea.

Para esto se emplea una cureta, con la que se saca el tejido fibroso y parte del hueso. Con el dedo ín-

dice de la mano izquierda se sigue la marcha de la cureta, vigilando la forma y dimension de la cavidad.

El último tiempo de la operacion, es la reduccion de la cabeza femoral á la cavidad reformada. Esto es á veces sumamente dificil, especialmente en aquellos casos en que el reborde superior de la cavidad sea muy desarrollado, y habrá necesidad en muchos casos de aplanarlo.

La reduccion se obtiene por medio de tracciones, combinadas con abduccion y rotacion hácia adentro, haciendo al mismo tiempo. presion sobre la cabeza del femur y el gran trocanter.

La sutura de la herida se puede hacer en dos planos, aunque generalmente la sutura única abarcando músculo y piél, da el mismo resultado y ofrece menos peligro de infeccion.

Lorentz inmoviliza la pierna en un aparato enyesado, que abarca desde el maledo hasta el áxila, y reforzado por tablillas ó zinc. Adopta la posicion en abduccion forzada y rotacion interna, y deja en el aparato una ventana, para la vigilancia y curacion de la herida. Pasado diez dias, cambia este aparato por otro mas corto, y hace levantar y caminar al enfermo.

En el Hospital de Niños, se ha adoptado para la inmovilizacion de la cadera, un aparato de lata, ideado por el Dr. Máximo Castro, que presenta grandes ventajas sobre el enyesado. Su construc-

cion es fácil y rápida, pudiéndolo hacer el cirujano, en el momento de la operacion, y se recomienda especialmente por su poco peso, y facilidad para colocarlo y sacarlo. permitiendo su limpieza, y la curacion de la herida.

En nuestros casos, los enfermos guardaban cama dos meses, permitiéndolos levantar y caminar con muletas despues de este tiempo. Generalmente á los tres meses, los operados caminaban perfectamente y desaparecia poco á poco la atrofia múscular.

En cuanto á los resultados inmediatos de la operacion, creemos que actualmente, dado el grado de adelanto alcanzado en la cirugia, no hay peligro por infeccion, aunque casi todos los operadores europeos, registran casos fatales por esta causa.

Otro tanto se puede decir del shock operatorio, que en los niños es sumamente raro, y no ofrece peligro.

Los resultados posteriores del tratamiento operatorio por el método de Lorentz, son indudablemente excelentes, pero aun falta mucho para poder decir que se ha llegado á la perfeccion.

El éxito de la operacion, depende de la forma, grado de movilizacion y estado funcional.

En cuanto á la forma, esta se mejora notablemente, desaparece el ensanchamiento de la cadera y se alarga la pierna. pero son contados los casos en que ambas piernas tengan la misma longitud, y

el operador puede darse por satisfecho si consigue reducir el acortamiento del miembro enfermo á uno ó dos centímetros. La lordosis, raras veces desaparece del todo, pero siempre disminuye la atrofia muscular, y se mejora el estado general.

El desideratum de la operacion, es la inmovilizacion de la cabeza femoral, y en esto depende en gran parte el éxito del tratamiento. Esto se consigue, siempre que no existan grandes deformaciones de la cabeza, ó desviaciones muy marcadas del cuello, y aun en estos casos, se puede producir un anquilosis en mala posicion, la que se corrige despues por medio de una osteotomia del femur, y siempre seria preferible un anquilosis de la articulacion á la movilidad de la extremidad femoral. Naturalmente esto se refiere á una luxacion unilateral. El anquilosis doble, inutilizaria el enfermo para la marcha.

El estado funcional, generalmente es bueno, y con un tratamiento posterior de masaje y movimientos pasivos, se consigue conservar los movimientos articulares en su integridad.

El enfermo camina sin dolor y sin fatigarse, y la claudicacion, aunque no desaparezca completamente, puede corregirse casi del todo, haciendo llevar al enfermo un botin de suela alta, en los casos en que ambas piernas, no sean de igual longitud.

En conclusion, diremos que la operacion por el método de Lorentz, ofrece grandes ventajas sobre las demás, y que debe emplearse, en todos aquellos casos

de luxacion en que los síntomas son mny marcados, es decir, cuando existe, gran movilidad, acortamiento marcado de la pierna y mucha claudicacion; pero, si el acortamiento no alcanza á tres centímetros, la movilidad es poco marcada y la marcha no incomoda mayormente al enfermo, no creemos que la operacion sea justificada, y se debe recurrir mas bien, á uno de los tantos tratamientos ortopédicos paliativos, que en estos casos, satisface plenamente al enfermo y libra al cirujano de una gran responsabilidad.

V

OBSERVACIONES

Nuestras observaciones, tomadas en el Hospital de Niños, abarcan un período de mas ó menos un año y medio. En este tiempo, se presentaron al Consultorio de Cirugia, diez y siete casos de luxacion congénita de la cadera, número que arroja un término medio de uno por ciento sobre todos los casos quirúrgicos asistidos en el hospital. Este dato denota la relativa frecuencia de esta afeccion entre nosotros.

De estos diez y siete casos, quince eran mujeres y dos varones, proporcion, que está en relacion con las estadísticas publicadas en las clínicas europeas.

La luxacion doble, estaba en la proporcion de 1 á 5 con la unilateral.

De los diez y siete casos se operaron á siete, cinco simples y dos dobles; y estos últimos son, los que dieron menor éxito en cuanto al resultado obtenido.

Sentimos no poder publicar el primero de estos casos, por haberse perdido la historia, pero recordamos, que se produjo un anquilosis en mala posicion en una de las piernas, y fué necesario corregirla por medio de una osteotomia femoral, y si bien el estado funcional no fué muy satisfactorio, se logró producir la inmovilización de la cabeza femoral, pudiendo caminar el enfermo con mayor facilidad, despues, que antes de la operacion.

El segundo caso de luxacion doble, fué operado de un lado solo con bastante éxito, y se espera operarlo del otro lado en tiempo oportuno.

Hemos podido seguir hasta la fecha, casi todos los operados, y en ningun caso ha habido recidiva.

OBSERVACION I

Elena Eubuane, Argentina 2 1/2 años.

Luxacion congénita de la cadera izquierda.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes individuales: A la edad de 13 meses empezó á caminar, notando los padres que rengueaba y arrastraba la pierna izquierda y que presentaba una deformacion de la cadera.

Exámen del enfermo.—A simple vista presenta todos los síntomas de una luxacion coxo-femoral. La cadera deformada, ensanchada y aplanada, eminencia lateral del trocanter, pliegue glúteo mas elevado del lado izquierdo.

Las medidas tomadas de la Esp. iliac. ant. sup. al Mal. Int, denotan un acortamiento del lado izquierdo de 2 centímetros. El gran trocanter del mismo lado está dos cent. por encima de la línea Nelaton Roser. Del medio del pubis al punto mas saliente de la cadera derecha es igual á 6 cent., al lado izquierdo, 8 cent. La diferencia en la circun-

ferencia de los muslos es igual á 1 cent. en su parte media.

Los movimientos excursivos verticales, son bastante acentuados. No hay escoliosis. La marcha presenta el balanceo característico.

Se coloca un aparato de extension contínua en la pierna izquierda.

Enero 28.—Operacion. Incision de Lorentz del trocanter á la Esp. iliac. ant. sup.

Se pasa por el intersticio del glúteo medio y el tensor de la fascia lata, que son separados, lo que permite llegar á la cápsula, fuertemente espesada en la parte superior y rodeada de tejido adiposo. Se incinde la cápsula en la direccion del cuello y se desinserta á lo largo de la línea trocanteriana. Se luxa la cabeza femoral y se ve los restos del ligamento redondo, muy adelgazado.

La cabeza del femur está alargada y achatada lateralmente. Introducido el dedo en el interior de la cápsula, se ve que ésta, está dividida en dos porciones por el ligamento de Bertin, puesto tenso por la ausencia del femur. La parte superior que es la habitada, cubre exactamente la cabeza femoral, estando situada, debajo de la espina ilíaca anterior.

La cavidad cotiloidea presenta un reborde en la parte superior, el resto está cubierto de tejido fibroso. Se completa la desinsercion de la cápsula en su parte posterior, se secciona el ligamento de Bertin, se regulariza la cabeza femoral y se agranda la cavidad, siendo entonces posible la reduccion.

Se sutura la cápsula y piel en dos planos.

Se coloca el miembro en abduccion, manteniéndolo con un aparato de lata y de extension. Operador Dr. M. Castro.

Marzo 20.—La herida está cicatrizada y la pierna ha quedado en buena posicion. Sigue con el aparato de inmovilizacion.

Julio 21.—Habiéndose formado un pequeño abceso con fístula, se vuelve á abrir la herida y se sacan las sedas que habian en la cápsula.

Se sutura la piel, y se pone el aparato de inmovilizacion.

Noviembre 1°.—La marcha ha mejorado sensiblemente. El acortamiento ha quedado reducido á 1 1/2 cent. y hay poco movimiento de excursion y la atrofia muscular ha desaparecido completamente.

La parte post. operatoria de este caso ha sido retardada por una complicacion intestinal, y la formacion del abceso, y el éxito no ha sido tan bueno como en los demás casos. Demuestra además el inconveniente de la sutura en dos planos, necesitando á veces la abertura de la herida.

OBSERVACION II

Juan Rubere, Argentino 12 años.
Luxacion congénita de la cadera izquierda.
Antecedentes hereditarios: Buenos.
Antecedentes individuales: El parto fué normal y de vértice. Cuando empezó á caminar, los padres notaron que rengueaba y á medida que se desarrollaba, aumentaba la claudicacion.

Exámen del enfermo.—La region de la cadera se presenta notablemente deformada, el triángulo de Scarpa está deprimido y á la palpacion no se siente la resistencia que normalmente ofrece la cabeza del femur. Lateralmente el trocanter hace eminencia, y la cadera se presenta aplanada y ensanchada. El pliegue glúteo, está mas levantado que del lado sano.

Medidas.—Lado der. de la esp. il. ant. sup. al mal. int. 70 cent.

Lado izq. Esp. iliac. ant. sup. al mal. int. 65 cent.

El gran trocanter está 5 cent. de la línea Nelaton.
Diámetro del múslo derecho, 33 cent.
Id id izquierdo, 27 cent.
Ambas pantorrillas son de igual diámetro. La diferencia de longitud de los piés es igual á 1 cent.

La cabeza femoral completamente libre, se encuentra en la fosa ilíaca. Los movimientos articulares conservados. La marcha es característica.

Tratamiento.—Se coloca un aparato de extension á la pierna izquierda con 6 kilos de peso, dejándolo seis dias, y se opera el 6 de Mayo.

Operacion.—Incision de Lorentz, de la punta del trocanter hasta la espina iliaca anterior.

Se penetra en el intersticio del glúteo medio y el tensor de la fascia lata. Se llega á la cápsula rodeada de tejido adiposo, considerablemente espesada. Abertura de la misma; se presenta la cabeza del femur de forma prismática alargada, conservando algunos vestigíos del ligamento redondo. El cuello forma un ángulo obtuso con el femur y alargado. La cápsula presenta dos cavidades; la habitada, situada sobre el hueso ilíaco por fuera y arriba del borde cotiloideo. La cápsula está bridada por el ligamento de Bertín, tenso y espesado, y forma el límite entre las dos cavidades.

De la cavidad cotiloidea no existe sinó un reborde externo y superior, el resto está lleno de tejido adiposo y fibroso.

Se extirpa parte de la cápsula sobre todo la que

está en contacto con el hueso ilíaco, se secciona el ligamento de Bertín; se ahueca la cavidad y se reforma la cabeza y despues de varias tentativas se consigue reducir la cabeza á la cavidad.

Sutura profunda, que abarca los músculos y la piel, drenaje con gasa.

Se coloca la pierna en abduccion y se inmoviliza con un aparato de lata.

Operador Dr. M. Castro.

El 18 de Julio, habiendo cicatrizado la herida, se hace levantar al enfermo y caminar con muletas; el estado general es bueno.

El 12 de Agosto es dado de alta en las siguientes condiciones. Los movimientos del miembro enfermo se hacen en todas direcciones sin manifestar dolor. El enfermo camina fácilmente y la claudicacion no es tan marcada.

La deformacion de la cadera se ha corregido, y el acortamiento reducido á 2 1/2 centímetros.

No hay movimientos excursivos de la cabeza femoral. Aun persiste un poco de atrofia muscular de la pierna afectada, pero tiende á desaparecer.

OBSERVACION III

Margarita Grissi, Argentina 12 años de edad.
Luxacion congénita de la cadera derecha.
Antecedentes hereditarios: Buenos.
Antecedentes individuales: Desde que empezó á caminar, los padres notaron la renguera característica de una luxacion.

Hace cerca de tres años, entró al Hospital de Niños, permaneciendo cinco meses con un aparato de extension é inmovilizacion, tratamiento que no dió ningun resultado práctico. Hace tres meses que empezó á tener dolores en la articulacion, fatigándose despues de caminar corta distancia. Hace un mes que lleva un botin ortopédico de suela elevada.

Exámen de la enferma.—En la estacion vértical llama la atencion el descenso del hombro derecho. La cadera derecha forma una línea recta con el resto del cuerpo si la enferma descansa en la pierna sana. El triángulo de Scarpa está muy deprimido. La

columna vertebral desviada hácia el lado derecho, empezando la incurvacion al nivel de las vértebras lumbares y termina en la pelvis. La desviacion en su punto máximo, alcanza á 2 y 1/2 cent.

La cabeza del femur completamente libre, está debajo de la espina ilíaca. Haciendo tracciones sobre el miembro enfermo, se corrige el acortamiento. Los movimientos y la traccion son dolorosos y producen frotes, el de abduccion es limitado

Medidas.—Pierna izquierna E. I. A. S. al M. I = 75 cent.

Circunferencia del muslo en la parte media = 39 cent.

Idem pierna = 29 cent.

Pierna derecha. E. I. A. S. al M. I. = 70 cent.

Circunf. del muslo = 36 1/2 cent.

Idem pierna = 27 cent.

Diferencia de longitud del pié derecho é izquierdo = 2 cent.

Se coloca un aparato de extension y cama inclinada.

Enero 4.—Operacion. Incision de Lorentz.

La cápsula espesada cubre como un capuchon la cabeza femoral, que no se encuentra en contacto con el esqueleto. Incindida longitudinalmente y desinsertada se hace luxar la cabeza femoral que se presenta de forma prismática, desprovista de cartílago en muchos puntos, con una protuberancia ósea en el sitio de insercion del ligamento, el cual no existe.

La direccion del cuello es oblícua hácia arriba y adelante. La cavidad está bridada por la cápsula que pasa por delante á manera de puente, es rudimentaria, irregular y mucho mas pequeña que la cabeza y presenta un espesamiento en su reborde posterior. Se extirpa parte de la cápsula, se agranda la cavidad á expensas del reborde, se reforma la cabeza y se consigue la reduccion. Sutura en un plano que comprende los músculos.

Se coloca el miembro en abduccion y se inmoviliza con un aparato de lata y en extension contínua.

Operador Dr. M. Castro.

Febrero 24.—La herida está cicatrizada, los movimientos conservados, se hace levantar y caminar con muletas y se ordenan baños y masage.

Marzo 19—En esta fecha es dado de alta en las siguientes condiciones.

Los movimientos articulares están conservados en su integridad, y la cabeza femoral en su sitio, no existe ningun movimiento excursivo durante la marcha, la cual ha mejorado notablemente. La atrofia muscular tiende á desaparecer.

La diferencia de longitud de ambas piernas es igual á 3 centímetros, pero debido á la escoliosis de compensacion la diferencia aparente solo alcanza à 1 1/2 cent. Con un botin de suela alta la marcha es perfectamente normal y no se nota ninguna deformacion.

OBSERVACION IV

Regina Dedominicis, Argentina 11 años.
Luxacion congénita de la cadera derecha.
Antecedentes hereditarios: Sin importancia.
Antecedentes individuales: Antes de caminar, cuando tenia 9 meses de edad, los padres notaron que tenia la pierna derecha mas corta que la izquierda. Empezó á caminar al año y medio y notaron que rengueaba con el movimiento característico de balanceo, el cual aumentaba con la edad. Se fatiga fácilmente pero no se queja de dolor.

Exámen de la enferma.—En posicion vertical se nota una lijera inclinacion de la pelvis hácia adelante. Colocando un soporte debajo de la pierna derecha, la cadera del mismo lado se hace prominente, en el caso que se apoya solamente sobre el pié izquierdo, se borran completamente las curvas de la cadera. La cabeza del femur derecho, se encuentra en la fosa ilíaca en completa libertad, y haciendo

tracciones se corrige el acortamiento. Los movimientos producen frotes pero son indoloros.

El trocanter está á 5 cent. encima de la línea Nelaton Roser la que representa el acortamiento de la pierna derecha.

La atrofia muscular es marcada, la diferencia en los diámetros de los muslos y pantorrilla es igual á 3 cent. y la longitud de los pies á 2 cent.

Se coloca un aparato de extension y cama inclinada.

Enero 12.—Operacion. Incision de Lorentz se llega á la cápsula, la cual se incinde en la direccion del cuello y se la desinserta del trocanter lo que permite luxar la cabeza que es de forma prismática y aplanada en su cara interna; solo existen vestigios del ligamento redondo. La cápsula espesada presenta; como de costumbre, dos diverticulos uno habitado por la cabeza femoral é interponiéndose entre esta y el esqueleto pelviano; la otra deshabitada pasa como puente por encima de la cavidad á la que brida constituyendo un obstáculo á la reduccion.

El ligamento de Bertín está tenso y enroscado alrededor del cuello. La cavidad cotiloidea de forma irregular, pequeña y llena de tejido adiposo, su reborde posterior espesado y saliente. Extirpacion de parte de la cápsula, agrandamiento de la cavidad y aplanamiento del reborde, lo que permite la reduccion de la cabeza á la cavidad.

Sutura en un plano de músculos y piel.

Abduccion, extension contínua é inmovilizacion del miembro operado con el aparato de lata.

Operador Dr. M. Castro.

Febrero 24.—Se han ganado 3 cent. La herida está casi cicatrizada, quedando solo dos pequeños brotes carnosos.

La cabeza del femur apoya directamente en la pelvis pero no hay movimientos excursivos, los movimientos articulares conservados, el de flexion algo limitado.

Se hace caminar la enferma con muletas y se ordenan baños y masage.

Marzo 16.—En esta fecha es dada de alta en las siguientes condiciones.

La longitud de la pierna sana de la Esp. Il. Ant. y Sup. al Mal. Int. = 66 cent., la de la pierna enferma = 64 1/2 cent. es decir el acortamiento ha quedado reducido á 1 1/2 cent.

Los movimientos de flexion algo limitados, la cabeza del femur se mantiene en posicion y haciendo traccion no se consigue moverla.

Camina, con facilidad, siendo el rengueo que aun persiste, debido al acortamiento de la pierna derecha pero desaparece casi por completo con el uso de un botín de suela alta.

La atrofia muscular de la pierna derecha tiende á desaparecer.

OBSERVACION V

Ana Musso, Argentina 6 años de edad.
Luxacion congénita de la cadera izquierda.
Antecedentes hereditarios: Sin importancia.
Antecedentes individuales: Tuvo fiebre tifoidea á los 4 años. Empezó á caminar á los 15 meses y notaron los padres que rengueaba desde un principio y con los años, ha aumentado considerablemente la oscilacion de la marcha.

Exámen de la enferma.—El estado general es bueno. A simple vista se nota el acortamiento del miembro izquierdo, compensado en cierta manera por la rotacion é inclinacion hácia adelante de la pelvis y desviacion lateral de la columna vertebral—escoliosis. La eminencia lateral del trocanter izquierdo es marcada.

La marcha es característica de un aluxacion, oscilante, y á cada paso se producen movimientos de excursion de la cabeza femoral. Existe dspresion del triángulo de Scarpa. La cabeza femoral se encuen-

tra en la fosa ilíaca externa. Los movimientos de flexion y adduccion exagerados, el de abduccion algo limitado y se notan ligeros frotes.

El trocanter izquierdo, está á 4 cent. por encima de la línea Nelaton Roser.

La longitud del miembro sano es igual á 50 cent., la del enfermo á 46 cent.

Estas medidas están tomadas de la Esp. Il. Ant. Sup. al Mal. Int)

La atrofia muscular de la pierna izquierda, explica la diferencia de un centímetro que existe entre la circunferencia de ambos miembros.

Sosteniendo la pelvis, y haciendo tracciones, se logra corregir el acortamiento.

Se coloca un aparato de extension con 5 kilos de peso.

Marzo 22.—Operacion. Incision de Lorentz, pasando por el intersticio del glúteo medio se llega á la cápsula la cual se incinde en la direccion del cuello.

La cápsula se encuentra muy espesada y se desinserta á lo largo de la línea trocantereana, lo que permite luxar la cabeza.

Está algo alargada, y no existe mas que vestigios del ligamento redondo.

Se ahueca la cavidad, la que se encuentra llena de tejido fibroso y se regulariza la cabeza femoral. La reduccion se obtiene despues de hacer desaparecer el reborde muy saliente de la cavidad y desinsertar

totalmente el ligamento de Bertin que forma el istmo entre las dos cavidades capsulares.

Se colocan suturas superficiales, cuatro de las cuales abarcan al mismo tiempo el plano muscular. Se coloca el miembro en extension y abduccion, manteniéndolo en esta posicion por medio de un aparato de lata de inmovilizacion sistema Dr. Castro.

Operador J. M. Kyle.

Abril 30.—La herida está cicatrizada y el acortamiento ha quedado reducido á 3 cent. pero aun quedan algunos movimientos excursivos y se vuelve á colocar el aparato de inmovilizacion.

Junio 15.—Se levanta la enferma, el acortamiento sigue siendo de 3 cent. habiéndose ganado dos en la operacion. La cabeza femoral está mas fija, la claudicacion no tan marcada. Se ordenan baños y masage.

OBSERVACION VI

Ernesto Pointis Nores, Argentino 2 1/2 años.
Luxacion congénita de ambas caderas.

Antededentes: Los hereditarios sin importancia. Desde su nacimiento, la madre le ha notado cierta dificultad para estirar las piernas. Nació con un quiste en una de las piernas, que fué extirpado al mes.

Empezó à caminar al año y medio, pero con gran dificultad, apenas pudiendo hacer unos pasos sin sostenerse. Recien hace seis meses que camina con mas libertad y se nota inmediatamente la posicion y movimiento característico de la luxacion doble de la cadera.

Ha vivido un año en Jujuy, y tuvo un acceso de fiebre palúdica en Abril del año pasado, y desde esa fecha ha tenido dos accesos fuertes.

Exámen del enfermo.—Constitucion buena, regular paniculo adiposo.

En la estacion de pié, las rodillas estan flexionadas y existe una lordosis pronunciada, con inclina-

cion de la pelvis hácia adelante. La marcha se efectúa con las rodillas flexionadas y con oscilaciones laterales de la pelvis.

En la posicion dorso lumbar al tratar de estirar los muslos, se produce una lordosis considerable, la que indica flexion. La cabeza femoral se toca hácia atrás, en la fosa iliaca externa de ambos lados. Las nalgas estan ensanchadas y aplanadas, eminencia lateral de los trocantéres.

Los movimientos de flexion y abduccion se hacen fácilmente; solo el de abduccion se halla limitado.

Las medidas son las siguientes:

Gran trocanter al maledo externo = 35 cent.

Esp. Il. Ant. Sup. al isquion = 16 cent.

El trocanter sobrepasa á la línea Nelaton Roser por 3 cent. Distancia entre los dos trocanteres = 22 cent.

Trocanter derecho á la línea media = 10 cent.

Trocanter izquierdo á la línea media = 12 cent.

Enero 25.—Operacion. Incision de Lorentz. Separacion del glúteo del extensor de la fascia lata. Incision de la cápsula. Desinsertada la cápsula alrededor del trocanter, es posible luxar la cabeza fomora que se presenta aplanada en su vértice é irregular. La cavidad cotiloidea no existe. El cuello del femur está hácia abajo y adelante, formando un ángulo agudo de abertura anterior, encontrándose el trocanter por consiguiente mas alto que la cabeza femoral. Se regulariza y se redondea la cabeza y se ahueca

con la cureta una cavidad en el hueso iliaco, donde con mucho trabajo se reduce la cabeza femoral. Como consecuencia de la reduccion hay un alargamiento del miembro de mas ó menos tres centímetros. Sutura, inmovilizacion en abduccion. Operador M. Castro.

Una vez cicatrizada la herida, se ausentó la familia de Buenos Aires llevando al enfermo, de manera que solamente cuando se opere el otro lado, se podrá juzgar de los resultados de la operacion.

JUAN M. KYLE.

Julio 1º. de 1898.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El único tratamiento racional de la luxacion congénita de la cadera, es el quirúrgico.

II

La seda reemplaza ventajosamente al catgut, en las operaciones en niños.

III

El calomel constituye el mejor tratamiento terapéutico, de las enteritis agudas de la infancia.

Buenos Aires, Julio 4 de 1898.

Nómbrase á los señores Académicos: Dr. Manuel Blancas; Profesor Titular Dr. Antonio C. Gandolfo y Profesor Suplente Dr. Alejandro Castro, para que, constituidos en Comision, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA

L. Acuña

Buenos Aires Julio 13 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuacion el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex–alumno Don Juan M. Kyle:

En el local de la Facultad á 13 de Julio de 1898, reunidos los que suscriben, encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tésis presentada por el ex-alumno Don Juan M. Kyle, que versa sobre «la luxacion congénita de la cadera y su tratamiento,» resolvieron admitirla. –Con lo que terminó el acto.—Firmados: M. Blancas, Antonio C. Gandolfo, Alejandro Castro. Frmado: Zenon Aguilar.

L. Acuña

Buenos Aires, Julio 13 de 1898.

Entréguese al interesado esta tésis para su impresion, debiendo fijarse por Secretaria el dia en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA

L. Acuña