AÑO 1907 N.° 1700

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HALLUX VALGUS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

POR

JOSÉ M. JORGE (Hijo)

Ex ayudante agregado del laboratorio de Patología General, 1899 á 1903.
Ex practicante interno (por concurso) de la Casa de Expósitos, 1903.
Ex practicante externo del Hospital San Roque, 1903.
Ex practicante menor y mayor interno (por oposición) del Hospital Nacional de Clínicas, 1904 á 1906.
Ex practicante mayor (por concurso) de la Asistencia Pública, 1905.

BUENOS AIRES

COMPAÑÍA SUD-AMERICANA DE BILLETES DE BANCO

Calles Chile, 263, y Cangallo, 557-59

1907

HALLUX VALGUS

AÑO 1907 N.° 1700

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HALLUX VALGUS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

POR

JOSÉ M. JORGE (Hijo)

Ex ayudante agregado del laboratorio de Patología General, 1899 á 1903.
Ex practicante interno (por concurso) de la Casa de Expósitos, 1903.
Ex practicante externo del Hospital San Roque, 1903.
Ex practicante menor y mayor interno (por oposición) del Hospital Nacional de Clínicas, 1904 á 1906.
Ex practicante mayor (por concurso) de la Asistencia Pública, 1905.

BUENOS AIRES

COMPAÑÍA SUD-AMERICANA DE BILLETES DE BANCO

Calles Chile, 263, y Cangallo, 557-59

1907

Art. 162 del Reglamento de la Facultad: —La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Eliseo Cantón

VICEDECANO

Dr. D. José Penna

CONSEJEROS

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio G. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Juan A. Boeri (supl.)
» » Baldomero Sommer
» » Gregorio Aráoz Alfaro
» » Abel Ayerza
» » José R. Semprún
» » Jaime R. Costa

SECRETARIOS

Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina)
» » Jonás Larguía (Consejo Directivo)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor	Pedro Lacavera
Física médica	»	Jaime R. Costa
Química médica	»	Atanasio Quiroga
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la medicina	»	Pedro N. Arata
Histología teóricopráctica	»	Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	»	Vacante.
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	»	Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	»	Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini (con lic.)
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	»	Ricardo Schatz
Materia médica y terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología externa	»	Obdulio Hernández
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé (lic.)
Clínica ginecológica	»	Enrique Bazterrica
Clínica oto-rino-laringológica	»	Eduardo Obejero
Clínica dermatológica y sifilográfica	»	Baldomero Sommer
Clínica epidemiológica	»	José Penna
Clínica quirúrgica	»	Pascual Palma
Clínica neurológica	»	José M. Ramos Mejía
Clínica médica	»	Luis Güemes
Clínica médica	»	Francisco A. Sicardi
Clínica oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal	»	Francisco de Veyga
Clínica quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
Clínica médica	»	Ignacio Allende
Clínica obstétrica	»	Samuel Molina
Toxicología experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica pediátrica	»	Angel M. Centeno
Patología general	»	Roberto Wernicke
Clínica médica	»	Abel Ayerza
Clínica génitourinaria	»	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	»	Domingo Cabred
Clínica quirúrgica	»	Diógenes Decoud
Clínica obstétrica	»	Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología médica	Doctor D. J. Greenway
Física médica	» Juan José Galiano
Química médica	» Vacante
Botánica médica	» Vacante
Química biológica	» Vacante
Histología teóricopráctica	» Julio G. Fernández
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Semiología y ejercicios clínicos	» Manuel A. Santas
Anatomía topográfica	» Vacante
Fisiología general y humana	» Mariano Alurralde
Anatomía patológica	» José Badia (en ejercicio)
Bacteriología	» Juan Carlos Delfino / Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	» Vacante
Materia médica y terapéutica	» Angel M. Centenc
Medicina operatoria	» Leandro Valle (en ejercic.)
Clínica ginecológica	» Alfredo Lagarde / José F. Molinari
Clínica oto-rino-laringológica	» Wenceslao Tello / Eliseo V. Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Patología externa	» Carlos Robertson
Patología interna	» Vacante
Clínica oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica epidemiológica	» Vacante
Clínica quirúrgica	» Daniel J. Cranwell / Avelino Gutiérrez / Francisco Llobet / Marcelo Viñas / Marcelino Herrera Vegas
Clínica neurológica	» José A. Esteves / José R. Semprun
Medicina legal	» Domingo S. Cavia / Pedro Barbieri
Clínica médica	» Patricio Fleming / Ricardo Colón / Luis Agote
Clínica obstétrica	» Enrique A. Pardo / Enrique Zárate
Toxicología experimental	» Vacante
Clínica pediátrica	» Antonio F. Piñero
Clínica génito-urinaria	» Bernardino Maraini
Clínica psiquiátrica	» Benjamín T. Solari / José T. Borda
Patología general	» Alois Bachmann

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada....	Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía.....	Doctor Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada.....	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	Francisco C. Barraza
Farmacognosia y posología razonadas.....	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica.....	Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso).....	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica.....	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas.....	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	Vacante
Botánica y Mineralogía.	»
Química inorgánica aplicada.....	»
Química orgánica aplicada.....	»
Farmacognosia y posología razonadas....	Señor Juan A. Domínguez
Física farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	»
Técnica farmacéutica.....	»
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas.....	»
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	»

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica....	Doctor F. Velarde
Parto distócico y clínica obstétrica.....	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Doctor Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica.....	» Samuel Gache

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Doctor León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	» Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Vacante
Cirugía protética, Higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	»

PADRINO DE TESIS

Consejero Prof. Dr. ROBERTO WERNICKE

Afectuoso recuerdo á la memoria del Profesor Doctor Manuel Blancas.

A los Doctores

Prof. Angel M. Centeno
» Roberto Wernicke
» Marcelino Herrera Vegas
» Eduardo Obejero
» Antonio C. Gandolfo
» Daniel J. Cranwell

Prof. Luis Güemes
» Alois Bachmann
Genaro Sisto
Diógenes Urquíza
Enrique Corbellini
Pedro de Elizalde

mi más profundo reconocimiento.

Reitero mi agradecimiento á los Doctores Profesor ROBERTO WERNICKE por concederme el placer de acompañar esta tesis, y á mi maestro el profesor MARCELINO HERRERA VEGAS, por las muchas atenciones recibidas y la amistad con que me distingue.

Historia

Ya en los tiempos de Adrián Bronwer y de David Teniers, padre é hijo, la afección que vamos á estudiar era objeto de cuidados especiales, como nos lo revelan las elocuentes pinturas dejadas por estos grandes maestros.

Los barberos pedícuros intervenían con un arsenal reducidísimo, lancetas, navajas y pinzas, complementado por una tablita corta, forrada en género, que llevaban colgada en la cintura con el objeto de limpiar y asentar sus navajas en cada operación, y así también por añadidura líquidos cáusticos y ungüentos emolientes.

Más tarde, los pedícuros se dedicaron á profundizar su materia; separándose de los barberos estudian anatomía y los médicos pedícuros marcan una nueva era. Es entonces que aparece Rousselot, célebre cirujano

protestando contra la indiferencia que demostraban sus colegas al ocuparse de las enfermedades de los dedos del pie. En 1769, el mismo cirujano afirmaba que los calzados cortos y demasiado estrechos no solamente plegaban los dedos sino que los obligaban á apelotonarse los unos sobre los otros.

Laforest, sucesor del anterior y pedícuro del Rey Luis XVI, le sigue en sus indicaciones, y señala la desviación del dedo gordo, representando en la plancha II de su obra un dedo inclinado hacia afuera que pasa por debajo del segundo.

Los perjudiciales efectos del calzado estrecho han sido notados por Boyer, por Gerdy, Velpeau, Blandin, etc., pero es sobre todo á Broca á quien se debe un estudio largo y detallado, así como las diferentes especies de deformaciones que ocasiona. Y tan evidentes son éstas, que en los individuos habituados á caminar con los pies desnudos, los dedos divergen acentuándose la parte más ancha del pie; el primer y el segundo dedos, adquieren una separación manifiesta en ciertos casos, estudiada y no explicada por aquellos que la han descrito.

Es natural que la porción del pie correspondiente á los dedos es la más ancha; colocar esta parte en un calzado estrecho y puntiagudo, forma completamente inversa á la del pie, y todavía agregar un taco alto, es obligarle á soportar presiones, que en un lapso de tiem-

po variable, traen necesariamente deformaciones pasajeras al principio, después definitivas.

El calzado estrecho rechaza el dedo gordo afuera, el pequeño adentro y lleva los unos sobre los otros, dándoles una disposición—«*d'une petite botte de radis*», según la feliz expresión de un autor anónimo.

Muchos fueron los médicos cirujanos que continuaron ocupándose de este tema, ya en su modo de principio, ya en su evolución y tratamiento.

Mellet cree como causa principal en la acción del mal calzado. Asthon atribuye á una afección quística del ligamento lateral interno de la primera articulación metatarso-falangiana la causa de la desviación. Malgaigne acompaña á este último autor en sus afirmaciones.

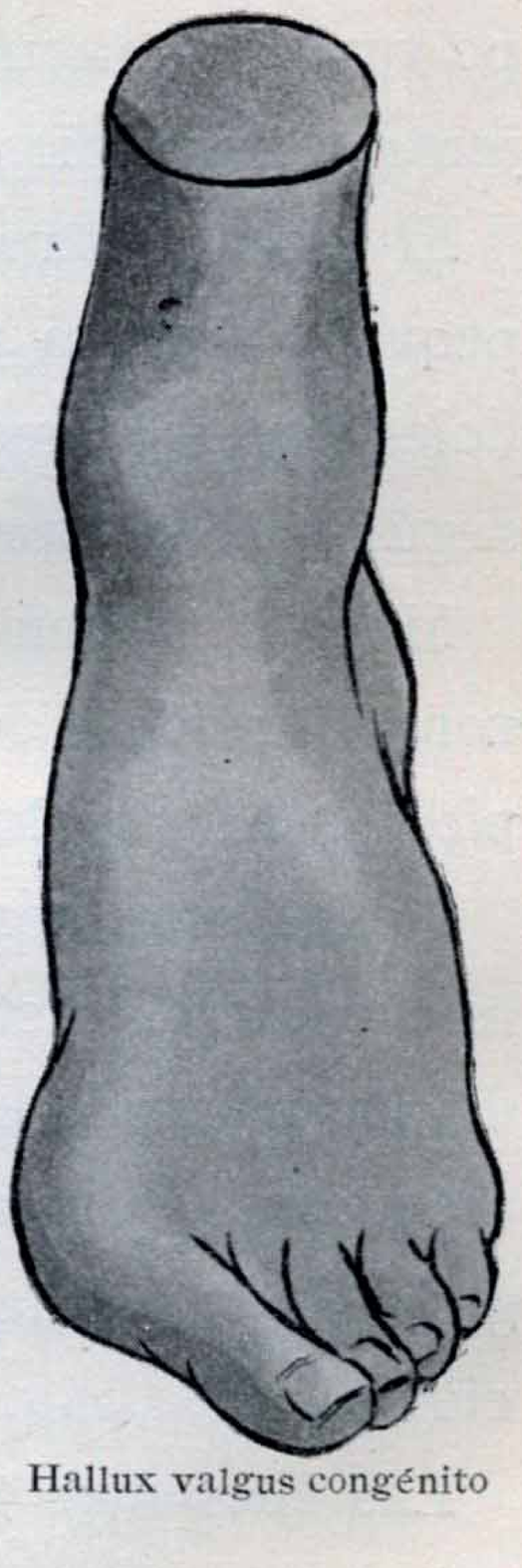
Las diferentes teorías que aparecen entonces, defendidas con ardor por sus partidarios, no llegan á satisfacer por lo exclusivo de sus términos, en una enfermedad que, como ésta, necesita del eclecticismo más riguroso.

Nelaton y Mellet empiezan á ocuparse del tratamiento; pero recién en 1870 Hueter dá á esta desviación el nombre con que hoy se la conoce—*Hallux valgus*—y recomienda como tratamiento la resección de la cabeza del metatarsiano. Aparece después Reverdín con su método de la cuña, presentado en el Congreso internacional de Medicina en Londres en 1881.

Como consecuencia de las discusiones sostenidas desde entonces, hemos visto que el *Hallux valgus* puede ser congénito ó adquirido, y observado lo raro del congénito, de una forma de desviación especial como lo muestra la figura, y que responde en general á un pie anormal por el largo de sus dedos.

El adquirido es relativamente frecuente y es el que nos ocupará en este estudio.

La patogenia y el tratamiento han dado lugar á estudios interesantes efectuados por un gran número de cirujanos.



Hallux valgus congénito

Anatomía

La articulación de la primera falange del dedo gordo con su metatarsiano, constituye el tipo de las condiloartrosis. Como superficie articular la extremidad anterior del primer metatarsiano reviste la forma de una cabeza articular, cuadrilátera aunque algo aplanada transversalmente; es un verdadero condilo extendiéndose más hacia la planta que hacia el dorso. En la parte superior lo cartilaginoso está limitado por una ranura transversal. En la parte inferior se encuentran dos surcos anteroposteriores, separados por una pequeña cresta; estas dos ranuras corresponden á los dos sesamoideos de la articulación. A ambos lados del condilo se encuentran unas fosetas rugosas y detrás de éstas un pequeño tubérculo donde van á insertarse los ligamentos laterales de la articulación metatarso-falangiana. La falange en su extremidad posterior nos

presenta una superficie cóncava en general, destinada á articularse con la extremidad convexa del metatarsiano; pero esta cavidad glenoidea por sus pequeñas dimensiones no alcanza á cubrir la cabeza articular del primer metatarsiano, siendo completada por un fibro-cartílago glenoideano en su parte posterior é inferior. Para completar el estudio de esta articulación, mencionaremos los dos sesamoideos que normalmente se encuentran en el espesor del fibro cartílago glenoideano. Son ovalares y se observan en número de dos, excepcionalmente tres. El uno, externo, más pequeño y perfectamente ovalado, otro interno, un poco más grande y alargado. Cada uno de ellos tiene dos caras, una inferior rugosa y convexa donde van á insertarse los músculos de la región, otra superior y cóncava, lisa y revestida de cartílago diartrodial que corresponde á la articulación. La superficie articular del sesamoideo presenta en su parte media una cresta obtusa dirigida en el sentido anteroposterior, dividiendo la cara superior en dos mitades ligeramente excavadas é inclinadas la una hacia la otra, correspondiendo exactamente á las que existen en la extremidad anterior del primer metatarsiano.

Esta articulación queda unida entre sí por ligamentos laterales y un ligamento transverso. Los laterales internos y externos se insertan posteriormente sobre los tubérculos laterales de la cabeza del metatarsiano,

se dirigen adelante ensanchándose y van á terminar por sus fibras superiores al tubérculo lateral de la falange y por sus fibras inferiores sobre los bordes del fibro-cartílago glenoideano.

El ligamento transverso forma parte del transverso del metatarso que une el primer metatarsiano al quinto, pasando por debajo de las cinco articulaciones metatarso-falangianas. Este ligamento se encuentra unido al borde posterior del cartílago glenoideano y á los ligamentos laterales. Cada articulación presenta una sinovial muy laxa en la región dorsal, comunicando á menudo con la bolsa mucosa que se encuentra á veces sobre la cabeza del metatarsiano. Son medios de unión también, los diferentes tendones y expansiones tendinosas que rodean esta articulación. Creo interesante recordar la inserción del extensor propio del dedo gordo, sobre la segunda falange por una expansión fibrosa, á veces un simple tendón que se inserta en la parte superior y posterior de la falange. Además existe comunmente un pequeño tendón descrito por Gruber y que se inserta ya sobre la primera falange, ya sobre el primer metatarsiano. La vaina tendinosa del extensor propio, presenta en su recorrido sobre el metatarsiano débiles adherencias á las partes vecinas, que lo fijan en su posición normal.

El músculo pédio también tiene relación con el dedo gordo; su inserción posterior se hace sobre la parte

anterior y superior del calcáneo y sobre los haces fibrosos que llenan el hueco calcáneo-astragalino, se dirige adelante dividiéndose en cuatro tendones, de los cuales sólo nos interesa el interno, que se inserta sobre la extremidad posterior cara superior, de la primera falange del dedo gordo.

El músculo adductor del dedo gordo se extiende del calcáneo á la primera falange, insertándose atrás, sobre la tuberosidad posterior é interna del calcáneo, sobre la parte inferior y anterior del ligamento anular interno del tarso, sobre la cara profunda de la aponeurosis plantar y sobre un tabique fibroso que lo separa de los músculos flexores. Tales haces carnosos se dirigen adelante, dando lugar á un tendón grueso que al llegar á la altura de la cabeza del metatarsiano queda completamente despojado de sus partes carnosas, rodea al sesamoideo interno y se fija sobre el lado interno de la extremidad posterior de la falange; envía normalmente una expansión fibrosa al tendón del extensor propio. La cara correspondiente á este lado de la articulación se ve rodeada por este tendón. El borde interno del músculo se encuentra en relación con la aponeurosis y la piel: el externo con el corto flexor común. El adductor actúa desviando el dedo gordo hacia adentro,—único músculo que lleva el dedo un poco hacia la línea media del cuerpo.

El corto flexor del dedo gordo toma nacimiento atrás,

sobre la cara inferior del cuboide y del tercer cuneiforme, sobre el tendón terminal del tibial posterior que se inserta en el tubérculo del escafoide; forma un cuerpo carnoso algo aplanado, dividiéndose en dos partes terminales. El tendón interno se une al adductor para terminar en el sesamoideo interno: otra parte llega á insertarse sobre la cara interna de la extremidad posterior de la falange. El tendón externo se reune al músculo abductor para insertarse en el sesamoideo externo, con una expansión al mismo lado de la primera falange. Este músculo fleja directamente la falange sobre el metatarsiano.

El músculo abductor del dedo gordo está situado fuera del anterior y directamente sobre la región interósea, formado por dos haces principales, uno oblícuo, otro transversal. El oblícuo toma nacimiento atrás, sobre la cara inferior del cuboide y sobre la extremidad posterior del tercero y cuarto metatarsiano; el músculo transverso nace en forma de pequeñas lengüetas sobre las articulaciones metatarso-falangianas de los tres ó cuatro últimos dedos. Estos dos haces musculares se llevan el uno hácia el otro terminando aisladamente. El oblícuo se inserta sobre el sesamoideo externo y sobre la cara externa de la base de la primera falange. El transverso se continúa en un solo haz hasta llegar al dedo gordo, donde se divide en una porción dorsal y otra plantar. La primera pasa sobre la articulación

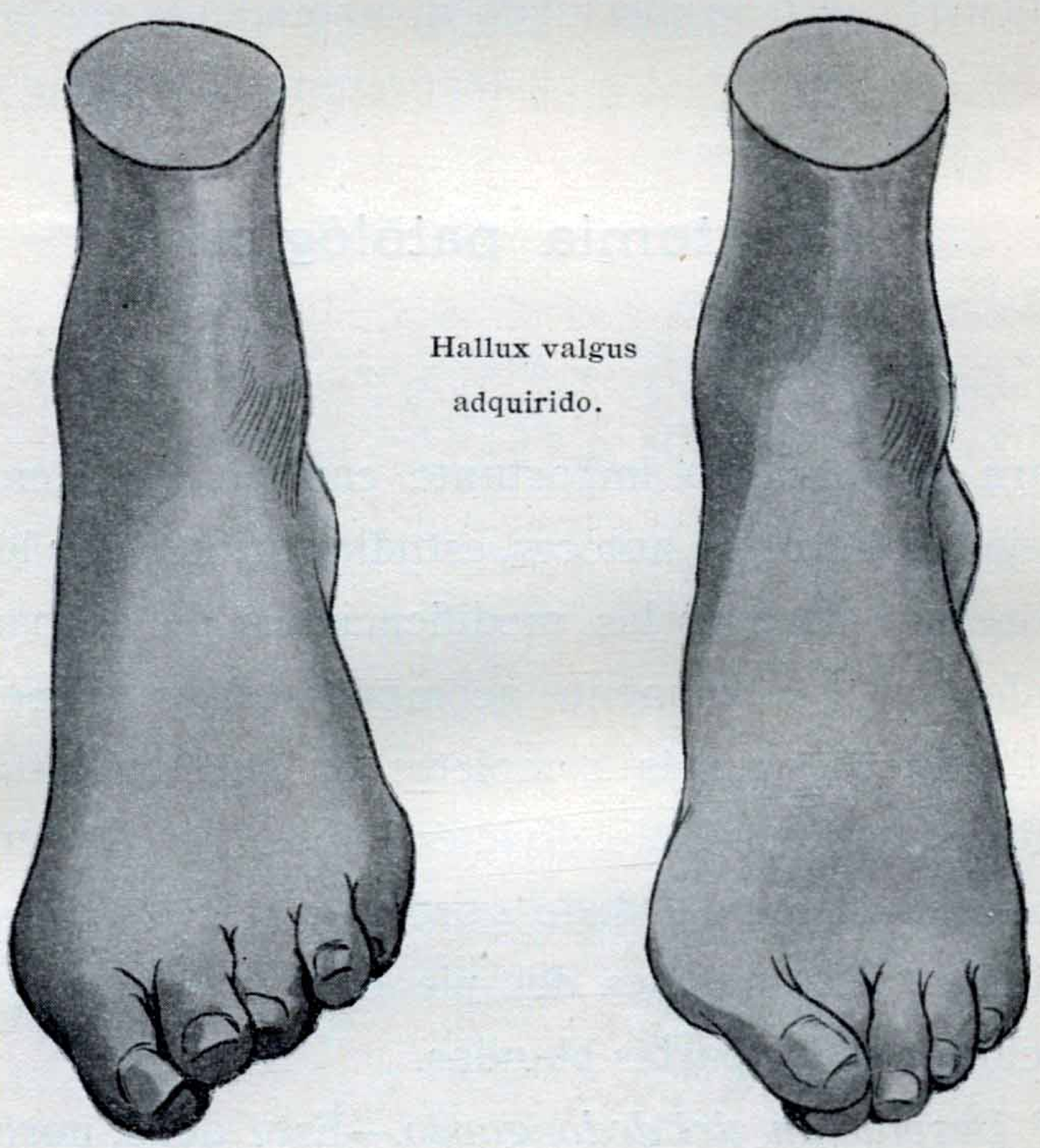
metatarso-falangiana y va á fusionarse con el tendón del largo extensor. La segunda porción plantar pasa por debajo de los tendones del abductor oblícuo y corto flexor, para echarse en la vaina del largo flexor. Este músculo es flexor del dedo gordo llevándolo hacia afuera; este movimiento de abducción se debe especialmente á la porción transversal.

Anatomía patológica

Para abordar este importante capítulo podíamos, á semejanza de varios autores, estudiar primero las lesiones óseas y después las modificaciones de las partes blandas que generalmente acompañan á las primeras. Pero, á fin de ser más completos en nuestro estudio, seguimos á Lafourcade, dividiéndolo en las siguientes partes: desviación del dedo gordo,—lesiones del metatarsiano,—deformidades del pie concomitantes, y alteraciones de las partes blandas.

1.º *Desviación del dedo gordo.*—Este dedo, normalmente tiene una desviación ligera hacia afuera; en el recién nacido parece continuar directamente su metatarsiano, pero muy pronto, como lo ha comprobado Quévédo, la desviación tiene lugar y el eje del dedo forma con la prolongación del eje del metatarsiano un ángulo que varía entre 5 y 15 grados según las diferen-

tes condiciones higiénicas del calzado. La razón anatómica que favorece esta desviación fisiológica es el crecimiento mayor del borde interno de la primera falange, que alcanza á veces á tener dos ó tres milímetros más que su borde externo. Cuando el ángulo de que hemos



Hallux valgus adquirido.

hablado llega á tener más de veinte grados, el *Hallux valgus* está constituído, pudiendo alcanzar en su desviación al ángulo recto, colocándose transversalmente y formando lo que conocemos con el nombre de «*dedo en escuadra*». Tal desviación hacia afuera del dedo puede producirse de tres modos distintos: 1.º Recha-

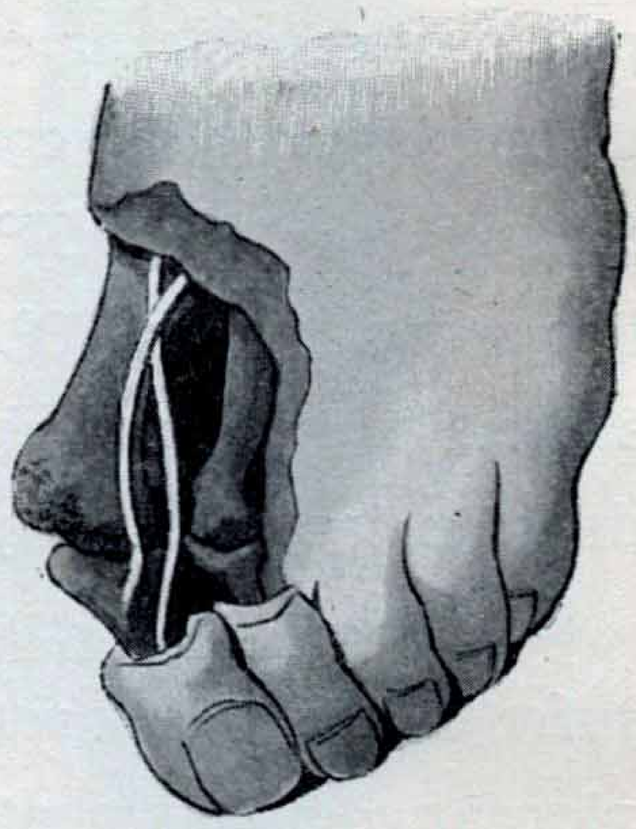
zando los dedos vecinos afuera, permaneciendo en el mismo plano. 2.º Colocándose arriba del segundo dedo, quedando, por consiguiente, en un plano superior, lo que Malgaigne considera lo más frecuente. 3.º Pasando en su desviación por debajo de los dedos vecinos, coincidiendo con el segundo dedo el martillo, lo que de acuerdo con Broca y con lo que hemos visto en la práctica es indiscutiblemente lo más frecuente. La extremidad de este ángulo de seno externo está formada por la cabeza del primer metatarsiano, siendo tanto más acusada cuanto mayor es la desviación del dedo.

Teniendo en cuenta el ángulo de inclinación de este podemos considerar como desviación débil la que oscila entre 40º y 45º como desviación media cuando el ángulo es de 50º á 60º y como desviación fuerte aquellos casos de 60º á 80º. Aun cuando no es tan frecuente, suelen presentarse ángulos de 90º constituyendo el dedo en escuadra de que hemos hablado.

En los casos de desviación acentuada, el dedo gordo sufre también, una rotación sobre su eje, lleva su cara plantar completamente hacia afuera y su borde externo lo hace superior, contribuyendo á exacerbar las molestias producidas por las demás lesiones.

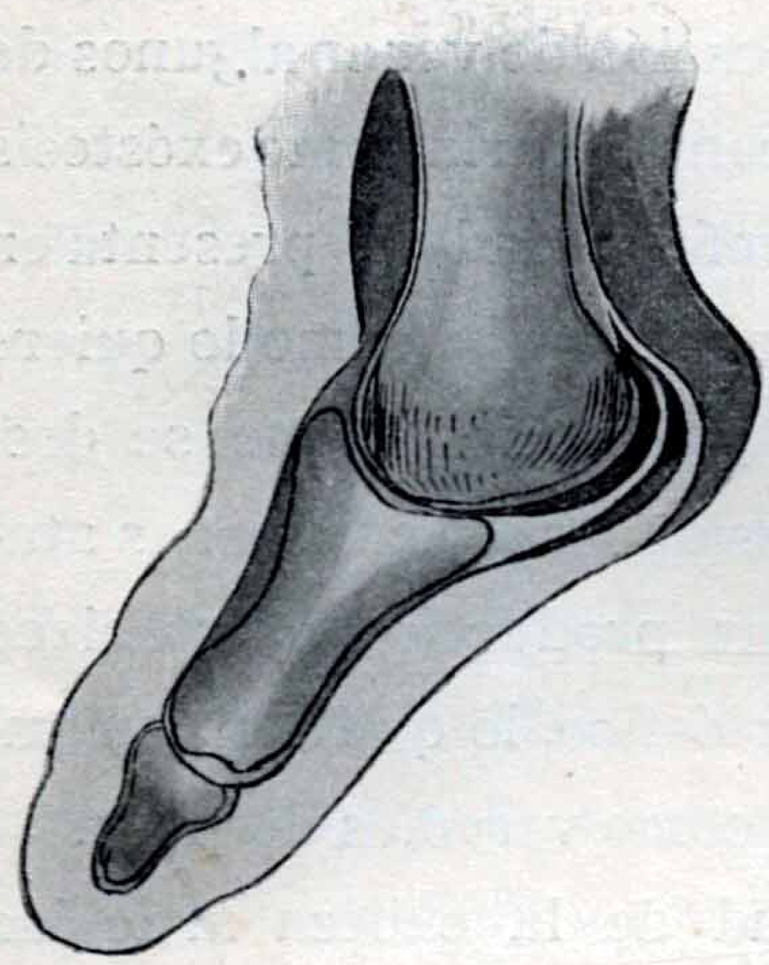
Naturalmente, á medida que la desviación aumenta las superficies articulares cambian sus relaciones normales, llegando á la subluxación del dedo en los casos de deformidad grande.

2.º *Lesiones del metatarsiano y cambio de dirección de este hueso.*—La cabeza del primer metatarsiano aparece profundamente alterada, presentándonos las más fundamentales modificaciones en los casos de deformación permanente. La extremidad anterior del metatarsiano aumenta de volumen, sufre un ensanchamiento considerable á expensas de su mitad interna. El cartílago que recubre la parte interna de la cabeza presenta erosiones y alteraciones que concluyen por su pérdida parcial ó total; sólo se conserva normal la parte externa del cartílago diartrodial. Al mismo tiempo tiene lugar una neoformación ósea sobre el reborde interno del surco correspondiente al sesamoideo interno, pudiendo alcanzar dos centímetros de ancho por un centímetro de altura; es la *exóstosis de Reverdín,* el *platillo óseo de Malgaigne,* la llamada *estalactitas de Broca,* ú *osteofitos de Lancereaux.* Sobre esta neoformación desliza el ligamento lateral interno alargado, y aun cuando Marmy nos lo presenta en un caso adelgazado, lo general es que se encuentre engrosado, pudiendo, como en el caso de Malgaigne llegar á tener cuatro milímetros de espesor. Ahston nos dice que en este

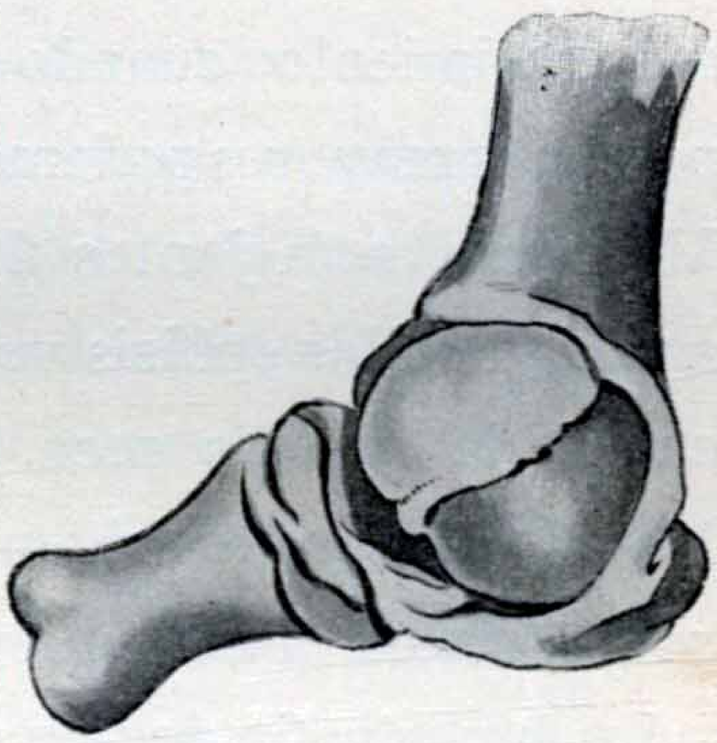


Disección de la región.

ligamento y al rededor de él, se desarrollan pequeños quistes cuyo volumen y número están en relación con la presión que en este punto se ejerce. Como hemos dicho, el cartílago artrodial en su parte interna sufre modificaciones de naturaleza ulcerativa en la cara plantar, degenerativa en su cara anterior, convirtién-



Corte semi-esquemático del Hallux valgus.



Conservación de la parte externa del cartílago diastrodial. Sub-luxación de la falange.

dose en un capuchón fibroso, de espesor desigual, que continúa los tejidos vecinos.

La cresta que separa los dos surcos de los sesamoideos se vuelve muy obtusa. La gotera del sesamoideo externo se ensancha á expensas de la cara externa del metatarsiano, ocupada la mayor parte de las veces por el sesamoideo interno rechazado; mientras que el externo se coloca en la cara externa del metatarsiano,

hundiéndose en el espacio interóseo en tal forma que rechaza la cabeza del primer metatarsiano adentro.

La exóstosis de la cabeza del metatarsiano tiene dos orígenes, según consideremos la enfermedad en una persona joven ó en una persona de edad.

En el primer caso, cuando se trata de jóvenes de 14 á 20 años, en que la exóstosis suele alcanzar proporciones exageradas,como he tenido ocasión de ver en algunos de nuestros enfermos, podemos considerarla como exóstosis del crecimiento; cuando la enfermedad se presenta en personas mayores podemos considerarla, como lo quiere Verneuil, semejantes á las producciones que se desarrollan en las epífisis vecinas de las articulaciones atacadas de artritis seca. Estas producciones, establece Mauclaire, son de origen perióstico, lo que tiene su importancia en el tratamiento, como veremos después.

La hipertrofia de una mitad de la cabeza articular trae necesariamente un cambio de dirección en su superficie, que dirigida ahora de adentro hacia afuera y de adelante hacia atrás obliga á su cara articular á mirar directamente adelante y afuera. Cuando la desviación se produce, el calzado por una parte y la contracción de los tendones, extensor propio del dedo gordo y haz interno del pédio, la mantienen y exageran. El primer metatarsiano tiene dos movimientos de desviación, uno lateral y otro de rotación sobre su eje longitudinal. El primer movimiento se hace en un sen-

tido inverso al de la falange y su extremidad anterior queda rechazada hacia adentro. Broca lo explica en una forma bastante plausible: desviándose hacia afuera la primera falange, lleva al mismo tiempo los sesamoideos, unidos por el cartílago glenoideo; el borde externo de la base de la falange y el sesamoideo correspondiente van á colocarse en la cara externa de la cabeza del primer metatarsiano; en esta forma el sesamoideo está obligado á hundirse en el primer espacio interóseo y á la manera de una cuña se encaja entre los dos primeros huesos del metatarso, rechazando necesariamente hacia adentro la cabeza del primero. Al mismo tiempo este hueso sufre un movimiento de rotación, de circunferencia, transformando su cara superior en cara interna y su borde inferior, por lo tanto, en externo. El primer cuneiforme lo acompaña en este movimiento, llevando su borde inferior hacia afuera casi hasta tocar la tercera cuña; el segundo cuneiforme rechazado hacia arriba por la rotación de la primera cuña sobresale en la cara dorsal del tarso. Este movimiento óseo da lugar á la formación del llamado «triángulo de separación». Los dos primeros metatarsianos forman los lados de este triángulo, estando la base constituída por el sesamoideo externo y los tendones de los músculos abductores del dedo gordo, pudiendo alcanzar hasta dos centímetros la base de este triángulo.

Normalmente el tendón del extensor propio del dedo

gordo está fijo al primer metatarsiano por una vaina fibrosa que se extiende desde el ligamento lateral interno en su inserción posterior hasta la cara superior y externa del mismo hueso, reforzado por expansiones que desde el tendón se dirigen á las extremidades articulares metatarso-falangianas (Quévédo). Cuando la desviación del dedo gordo existe, el tendón del extensor propio hace relieve bajo la piel, y en lugar de ser rectilíneo, forma una curva de concavidad externa, tanto más acusada cuanto más reciente es la desviación (ver fig. 2). Después á consecuencia de contracciones musculares repetidas, la vaina de fijación del tendón se relaja y adelgaza, los tejidos ceden y acompañan al tendón en su cambio de posición, concluyendo éste por colocarse sobre la parte media del triángulo de separación descripto. En esta nueva posición el tendón es más rectilíneo si la afección data desde algún tiempo y francamente abductor del dedo gordo.

3.º *Deformaciones del pie, concomitantes.*—Siguiendo siempre á Lafourcade, daremos algunos datos preliminares é interesantes. El diámetro anterior del pie ó premetatarsiano está constituído por una línea oblícua que une la cabeza del primer metatarsiano á la cabeza del quinto. El diámetro posterior es la línea transversal correspondiente á la proyección plantar de los maleolos. El eje anatómico del pie reune el centro de estos dos diámetros, que pasa por el segundo dedo Este eje es

perfectamente distinto del eje fisiológico que reune el centro del calcáneo al centro de la cabeza del primer metatarsiano. El índice del pie es, pues, la relación existente entre el diámetro anterior ó premetatarsiano y el eje anatómico del pie. Quévédo en su tesis llama *índice quirúrgico* la relación entre el diámetro anterior y posterior del pie y demuestra que normalmente el diámetro anterior es una vez y media mayor que el posterior.

En el *Hallux valgus* notamos un aumento progresivo en el índice quirúrgico del pie, desde la desviación de 35º hasta 80º; y si normalmente es de 150, en la enfermedad que nos ocupa llega á 190 y 200 por ciento. Hemos tenido ocasión de comprobar muchas veces esto, facilitados por las impresiones plantares que sacábamos á nuestros pacientes, en las que se ponía de manifiesto el aumento del diámetro anterior del pie.

En la clinodactilia externa del dedo gordo el eje anatómico del pie no pasa por el segundo dedo como sucede en el sujeto normal, se desvía hacia adentro atravesando por el primer espacio interóseo. El eje fisiológico también se modifica llevándose oblicuamente adentro.

Todas estas modificaciones sufridas por el esqueleto del pie, debilitan sus pilares de sostén y contribuyen á la formación de un pie plano con todas sus consecuencias.

Es de advertir que á veces la articulación metatarso-

falangiana presenta lesiones de artritis seca; es en estos casos que conviene recordar las deformaciones análogas que suelen presentar algunos tabéticos, en los que un tratamiento quirúrgico sería de lamentar.

4.º *Alteraciones de las partes blandas.*—Todas estas alteraciones óseas van acompañadas casi siempre de lesiones de las partes blandas de la región, por el contínuo frote que los calzados le producen. La piel comprimida entre el pie y el calzado trae la formación de un callo que puede ser doloroso. Entre esta induración del dermis y la cabeza del metatarsiano se forma habitualmente una bolsa, serosa según la mayor parte de los autores, mucosa según otros, que comunica generalmente con la articulación, aunque Payr no haya encontrado esta comunicación sino en un 10 % de los casos. Lo que sucede frecuentemente es que el trayecto de comunicación se encuentra tabicado especialmente en aquellos casos en que ha habido inflamaciones periódicas, muy frecuentes en las deformaciones marcadas y viejas. Estas inflamaciones son muy dolorosas, imposibilitan la marcha y pueden terminar en la supuración. En los casos raros en que la bolsa serosa no existe, se encuentra sólo el callo de la piel que recubre la cabeza del metatarsiano. En estas condiciones la clinodactilia es menos molesta y está menos expuesta á complicaciones; es el llamado por Quévédo *Hallux valgus blanco* ó *Variedad callosa de Broca.*

La mayor parte de las veces la bolsa serosa existe y presenta inflamaciones periódicas muy dolorosas, es la *Variedad inflamatoria*. El tamaño de esta bolsa oscila entre el de una haba y el de una nuez. Cuando la inflamación tiene lugar, puede dar origen á la simple supuración de la bolsa, ó bien á un flemón de la región con todas sus consecuencias. Si la bolsa ha supurado, puede abrirse espontáneamente, dejando fístulas que duran mucho tiempo. Estas fístulas cicatrizan temporariamente, volviendo á abrirse con nuevos *poussée* inflamatorios de la bolsa, lo que conocemos con el nombre de «*higroma supurado á repetición*». Si el tabicamiento de que hemos hablado anteriormente no existe y la bolsa comunica con la articulación, se forma una artritis supurada, de pronóstico é indicaciones mucho más graves.

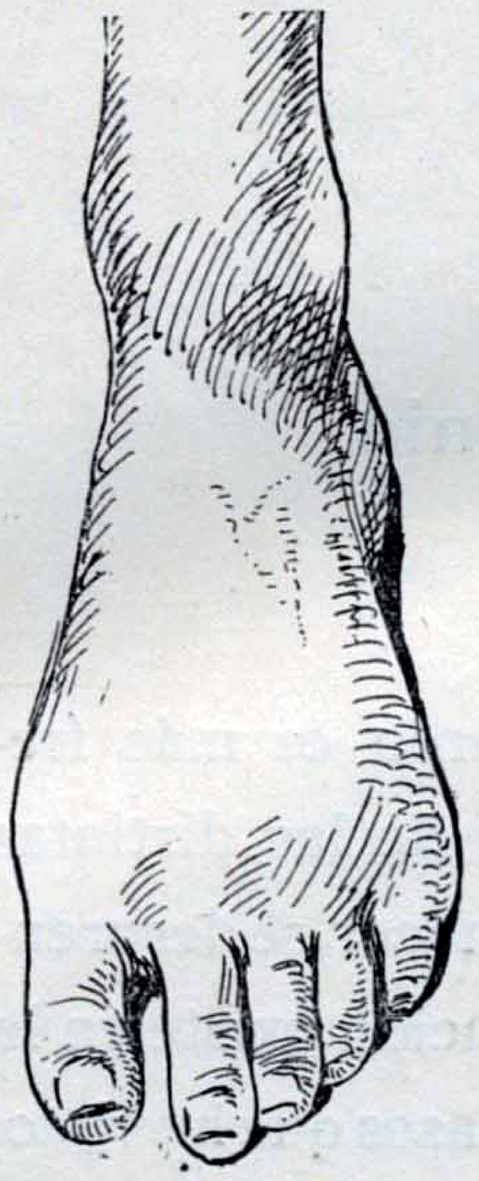
A consecuencia de estas serias complicaciones es que en tiempo lejano las mutilaciones se hacían con frecuencia, existiendo cirujanos que preferían la amputación como primera intervención, seguros de que cualquier otra tendría como final obligado ésta.

Etiología y patogenia

La clinodactilia externa del dedo gordo es más frecuente en la mujer que en el hombre; de las distintas estadísticas que he tenido ocación de conocer, se desprende de que en el sexo femenino la deformación existe en la misma proporción más ó menos de los casos que he visto; sobre 23 casos he observado 14 mujeres y 9 hombres. La afección se ve frecuentemente en las personas de edad, así como también en los jóvenes de 14 á 20 años. En el niño la enfermedad es rara.

Sin entrar á discutir la influencia del calzado, que es evidente, señalaremos el hecho significativo de la rareza de la deformación entre los árabes y orientales, así cómo la escasez manifiesta entre nuestros indios, por ejemplo, y entre la gente de campo en general. Cuando existe una elevación del segundo dedo hemos visto inclinarse el primero hacia afuera; faltándole el apoyo externo del veci-

no, el dedo se desvía fácilmente aun cuando el calzado no haya intervenido. Según Malgaigne, los dedos del pie una vez que han abandonado el calzado, toman siempre su posición normal. Manoubrier dice haber observado en la gente que habitualmente marcha descalza, la falta de desviación del dedo gordo, produciéndose una separación entre este dedo y su metatarsiano, así como entre el segundo dedo y el metatarsiano correspondiente, explicando esto por una debilidad del ligamento transverso.



Pie de indio.

La influencia de un mal calzado no ha sido negada por nadie, pero en lo que no todos están de acuerdo es en considerarlo suficiente para producir deformaciones permanentes. Las teorías que tienden á explicar la clinodactilia externa son muchas y cada autor hace una clasificación distinta, según la mayor ó menor importancia que atribuye á cada una de las causas que contribuyen á la producción de esta enfermedad. Redard da cuatro teorías patogénicas de esta afección. Nosotros, para abarcar la mayor parte de los que se han ocupado del tema, dividiremos nuestro estudio en las teorías siguientes: mecánica, muscular, ligamentosa, osteoarticular, diatésica y nerviosa,

Teoría mecánica.—Broca es el que mejor ha estudiado la influencia de un mal calzado. Es indiscutible que el calzado angosto y puntiagudo obliga al pie á soportar presiones continuadas é intensas, máxime teniendo en cuenta que durante la marcha el pie se alarga y se ensancha en su diámetro anterior. La articulación metatarso-falangiana es la más predispuesta á deformaciones; se explica esto teniendo en cuenta que es también la que más se fatiga durante la marcha y la más expuesta á la influencia de la presión lateral y anterior del mal calzado. Las presiones que resultan de la forma antifisiológica del zapato, aumentan con la altura del taco, llegando al máximum de las fuerzas reunidas en favor de la desviación del dedo, en aquellas formas Luis XV tan en boga en el bello sexo. Un calzado estrecho y corto comprime y apelotona los dedos, distiende y relaja los ligamentos, inflama las articulaciones, produce dolores y ocasiona espasmos musculares, causas suficientes como presdisponentes para el desarrollo del *Hallux valgus.*

Teoría muscular.—Para Nelatón y Charcot la desviación del dedo hacia afuera se haría siempre por la acción del músculo en retracción, cuyo tendón se ve formando una cuerda tensa antes de la deformación. Dubreuil reconoce como causa de la enfermedad la retracción de los músculos también. Hace notar que es anatómica y fisiológicamente exacto que los abductores sean

más fuertes que los adductores del dedo gordo. El largo extensor propio, el largo flexor y el haz interno del pédio son músculos abductores, fuera de los dos abductores de la región plantar; al contrario, sólo tenemos como adductores el adductor propio y una porción del flexor, este último casi únicamente flexor; debemos agregar á la enumeración de Dubreuil, el tendón de Gruver, descripto perfectamente por Testut y Sappey, que se dirige del tendón extensor á la primera falange neutralizando la acción abductora del extensor propio. Si fuera exacto el predominio fisiológico tan marcado resultaría que en la marcha el dedo gordo se inclinaría continua y progresivamente hacia afuera. Cuanto más actuaran los músculos en el individuo, tanto más se haría sentir la acción de los abductores sobre los adductores y más notablemente se acentuaría la desviación.

Dubreuil y Nelatón afirman que es sólo esta acción la causante de tal deformación y niegan absolutamente la influencia del calzado. Según algunos autores, los músculos abductores neutralizados por los adductores mantienen el dedo en equilibrio, facilitándole la flexión según el eje del metatarsiano y es indispensable para el predominio de los abductores que la desviación previa exista. (Quévédo).

Es á los músculos que Duchenne, (de Boulogne) atribuye la desviación, la atrofia ó la parálisis de éstos, especialmente de los que producen el movimiento contra-

rio á la desviación; el corto flexor y el adductor propio se encuentran lesionados é impotentes para luchar contra los abductores.

Robert dá mucha importancia á los extensores de los dedos y Poirier piensa que se exagera mucho el rol del extensor, cuando el haz interno del pédio está en mejores condiciones para provocar la desviación ó acentuarla.

Teoría ligamentosa.—Para Malgaigne y Gerdy, la compresión del zapato determina la desviación de una manera indirecta: esta presión continua y prolongada, da lugar en el nivel de la articulación á la formación de un callo (*Oignon*), al mismo tiempo que un debilitamiento del ligamento lateral interno de la articulación metatarso-falangiana del dedo gordo. La pérdida de tonicidad del ligamento facilita la desviación del dedo, por la contracción muscular de los abductores.

Ahston admitía como indispensable el debilitamiento del ligamento lateral interno para que la desviación se efectuara: atribuyéndolo á presiones mecánicas que según este autor dan lugar generalmente á la formación de quistes peri é interligamentosos.

Las teorías musculares y ligamentosas son poco admisibles, ellas actúan cuando la desviación existe y tienden á mantener las lesiones.

Teoría ósteo-articular.—Jarjavay defiende con ardor como causa importantísima la dirección de las super-

ficies articulares metatarso-falangianas y dice: «Se sabe que el eje del pie es oblícuo adelante y afuera y que los dedos se articulan con el pie según una línea oblicua hacia afuera y atrás: resulta que los dedos, extendiéndose sobre el pie, se dirigen atrás, arriba y afuera: lo mismo que el antebrazo flejándose sobre el brazo se lleva adentro de este último. Es en el momento de la marcha cuando el peso del cuerpo se hace sobre los dedos llevados afuera. En la marcha el talón se destaca del suelo, los dedos se llevan arriba y afuera, soportando todo el peso del cuerpo: es evidente que esta circunstancia facilita su desviación afuera y especialmente la del primero, sobre el cual transporta el pie gran parte de este peso. Yo veo en la disposición natural de la línea articular, en la dirección del eje del pie y en el modo de extensión de los dedos una causa predisponente que actúa más que la retracción muscular». Esta explicación de Jarjavay es muy razonable, cuando sucede que todos los dedos del pie se desvían afuera, pero no cuando los dos ó tres dedos últimos se acercan al eje del pie.

Volkmann expone como causa una artritis seca de la articulación metatarso-falangiana. La artritis seca acompaña frecuentemente á la clinodactilia externa que existe desde algún tiempo, pero es siempre el efecto y no la causa de la afección. Para Kirmisson es el resultado de una artritis crónica acompañada de contracturas reflejas del extensor propio del dedo gordo. Lance-

reaux ve en esta afección una variedad de reumatismo crónico. Annandole también se adhiere á la artritis como causa. La artritis seca por un lado y la exóstosis de la mitad interna de la cabeza del metatarsiano por el otro, constituyen la base de la teoría que nos ocupa.

Para el primer metatarsiano existen dos puntos de osificación, el uno anterior para el cuerpo y extremidad digital, el otro posterior para la extremidad tarsiana. En general, es en la vecindad del cartílago interdiaso-epificiario que se observan las exóstosis. Excluyendo completamente el origen óseo por considerar difícil de que así sea, nos queda el origen perióstico de la exóstosis, muy aceptable. Podemos también relacionar esta neoformación á ostiomielitis localizadas, cuyo origen se debe á irritaciones y presiones contínuas que se hacen á este nivel.

Lafourcade defiende esta manera de pensar y cree poder relacionar todos los casos de *Hallux valgus* en jóvenes á la exóstosis perióstica ya mencionada, mientras que cuando la afección aparece en personas de edad es necesario invocar la artritis seca.

Teoría diatésica.—Malgaigne en 1852 creía que la causa de la enfermedad que estudiamos era el artritismo. Marjolín y Verneuil también atribuyen la afección al artristismo.—Monglond, discípulo de Verneuil, trata de demostrar la influencia de las diátesis, gota y reumatismo, en los casos de desviación externa del dedo gordo.

Blum ve una localización del artritismo, despertada por la influencia de los traumatismos repetidos y prolongados.--Para Garrod es un síntoma de gota.—Como muy bien lo ha estudiado Monglond, el artritismo se encuentra en un 50 % de los casos, pero es incuestionable que en un gran número de personas atacadas de esta enfermedad, á pesar de exámenes prolijos no se han podido descubrir signos de tales diátesis.

Consideraremos ahora otra teoría que nos sirve para explicar un reducido número de casos. Me refiero á la:

Teoría nerviosa.—Jalaguier nos presenta un ejemplo en su enfermo, que además de la deformación típica, tenía una parálisis facial con lesiones del lado del sistema muscular. Edmond Fournier nos ha relatado interesantes observaciones de tabéticos con *Hallux valgus*, acompañado á veces de ulceraciones en la cara dorsal de la cabeza del primer metatarsiano.

Estudiadas someramente las diferentes teorías imaginadas para la explicación de esta enfermedad creo, con Reverdín, Meyer, Niströn, Hueter y Broca, que debemos darle preferencia como causa predisponente á la acción indiscutible del mal calzado, comprobado por el primero de estos autores en un serio estudio hecho sobre la frecuencia de tal deformación en países que lo usan de diversas clases y constatando la frecuencia del *Hallux valgus* en los países de mala horma principalmente. Ahora bien, la causa determinante

es compleja; puede ser la mecánica en algunos casos; en otra, como lo quieren Malgaigne y Verneuil, sería el artritismo, la gota, etc. Siguiendo á Nelatón y Dubreuil, pensaríamos en la retracción muscular ó bien en parálisis y atrofias, como lo afirma Duchenne. Esta conclusión ecléctica me parece resultar del conjunto de hechos observados.

Antes de concluir con este capítulo, diremos que el origen congénito de la deformación no se puede poner en duda en ciertos casos. Se han visto familias en que la clinodactilia es hereditaria; como ejemplo de esto recordaremos los casos de Brierre de Boismont y Broca. Hemos visto en el servicio tres hermanas con esta misma deformación; la madre también sufría por una desviación del dedo gordo.

Síntomas.—Marcha.—Complicaciones

El principio de la afección es insidioso; molestias de vez en cuando se sienten en el borde interno de la articulación metatarso-falangiana, coincidiendo con el cambio de tiempo (dolores higrométricos), el dedo empieza á desviarse, á tomar sucesivamente las inclinaciones ya descriptas, colocándose ora en el mismo plano del segundo dedo, ora debajo ó encima del mismo. El segundo dedo se deforma también, desviándose á su vez ó tomando la posición caraterística descripta con el nombre de *dedo en martillo*, por contractura refleja de los extensores. Sobre la articulación de la primera con la segunda falange aparece una callosidad á menudo dolorosa, consecutiva al roce continuo de esta superficie levantada. El tercer dedo puede acompañar al segundo en sus deformaciones ó bien ser el objeto de presiones encontradas por parte del segundo y cuarto

dedos, llevándolo á su adelgazamiento y atrofia, colocándolo habitualmente en un plano inferior. El cuarto dedo puede estar en un plano superior, según lo han descripto Frandford y Lorett. El quinto en clinodactilia interna, tiende á desviarse, á encontrarse con el primero por su extremidad, cuando éste ocupa un plano inferior.

El dedo gordo desviado afuera presenta en su base sobre el lado interno y sobre la cabeza del metatarsiano una callosidad dura debajo de la cual pocas veces falta una bolsa serosa.

Uno de los síntomas capitales y muy fácil de apreciar, es el grado de desviación del dedo. En los movimientos de extensión del dedo se nota bajo la piel el tendón del extensor propio desviado afuera.

La marcha de las personas que tienen esta deformación se hace con balanceos suaves, á pequeños pasos, recordando la marcha del pato ó la del marino sobre un navío.

Cuando la clinodactilia es intensa y han aparecido fenómenos dolorosos, la marcha se hace más pesada, especialmente si el *Hallux valgus* se ha complicado del pie plano. Esta forma del principio de la afección, bien tolerada por los enfermos, se llama *forma frusta*, pudiendo durar un tiempo más ó menos largo, y concluyendo por soportarse sin incomodidad ninguna. El período de tolerancia varía mucho de un enfermo á

otro, concluye con la aparición de fuertes dolores en el callo, irradiados á lo largo del borde interno del pie, siguiendo el nervio lateral interno.

Sabemos perfectamente que este nervio penetra en la pared interna de la bolsa ó bien la atraviesa bañado completamente en el líquido seroso. Por estas comprobaciones anatómicas se pueden explicar los dolores intensos con sus diversas irradiaciones. Después de marchas prolongadas, de permanecer mucho tiempo de pie ó de haber llevado un calzado estrecho, los dolores aumentan y las irradiaciones dolorosas se ponen de manifiesto; es la bolsa serosa que irritada concluye por inflamarse segregando líquido suficiente para producir la compresión del nervio y por ende exacerbaciones dolorosas (dolores hidrostáticos).

La intensidad del dolor no está en relación con el grado de desviación del dedo, casos de fuertes dolores con pequeña desviación y viceversa.

Cuando existen dolores sin rubicundez, ni inflamación de la región, se llama forma dolorosa, no inflamatoria de la clinodactilia externa del dedo gordo y se acompaña frecuentemente de un poco de serosidad en la bolsa.

En el período de estado de la afección podemos enunciar los síntomas siguientes: 1.º Exóstosis de tamaño variable sobre la parte interna de la cabeza del primer metatarsiano, con un callo en la piel que la recubre.

2.º Desviación afuera del dedo gordo, generalmente en un plano superior ó inferior á los vecinos. 3.º Separación adentro del primer metatarsiano con ensanchamiento del primer espacio interóseo, constatable porque se puede hundir el índice explorador entre los dos primeros metatarsianos. 4.º Aumento del diámetro anterior del pie ó premetatarsiano. A estos síntomas principales se agregan muchos otros que ya hemos estudiado en los capítulos anteriores. Las lesiones del *Hallux valgus* son comúnmente simétricas, pero la deformación puede ser unilateral; cuando es bilateral concluye por tomar proporciones mayores en un lado que en el otro. El dolor suele ser tan intenso que los enfermos evitan la marcha y la estación de pie, obligándolos muchas veces á guardar cama. Sin existir estas complicaciones las molestias suelen ser muy grandes por la artritis deformante y la presión continua del calzado. El paciente, como dice Volkmann, está en continua disputa con el zapatero. Sin inflamación en la bolsa serosa, sin presión en el callo, la deformación sola suele despertar dolores intolerables en la región antero-interna del pie.

La duración habitual de esta enfermedad es de varios años y los enfermos acuden á un tratamiento recién cuando la marcha se hace dificultosa por el dolor que despierta. Una de mis enfermas (como colmo de dejadez la cito), ha venido requiriendo intervención, después

de veinte años de dolores continuos en los pies, ya al caminar, ya espontáneamente.

Al lado de casos de cinco, diez y veinte años, podemos relatar el caso de Monod, en el cual la desviación había llegado al máximum de desarrollo en el espacio de un año.

Las complicaciones no son raras. Cuando sobrevienen inflamaciones, la piel se pone rubicunda, se hace violácea, el más suave roce es doloroso, el callo hasta entonces soportable se hace intolerable. La bolsa serosa aumenta progresivamente de volumen, con mucho dolor en toda la región, haciéndose luego fluctuante. La supuración puede localizarse á la bolsa formando el higroma supurado, fistulizándose después; fístulas que generalmente demoran mucho tiempo en cerrar. En algunos casos el higroma supurado comunica con la articulación, dando lugar á artritis supurada. La inflamación puede dar origen á linfangitis reticulares extendidas ó á flemones difusos del pie, de tratamiento serio y largo.

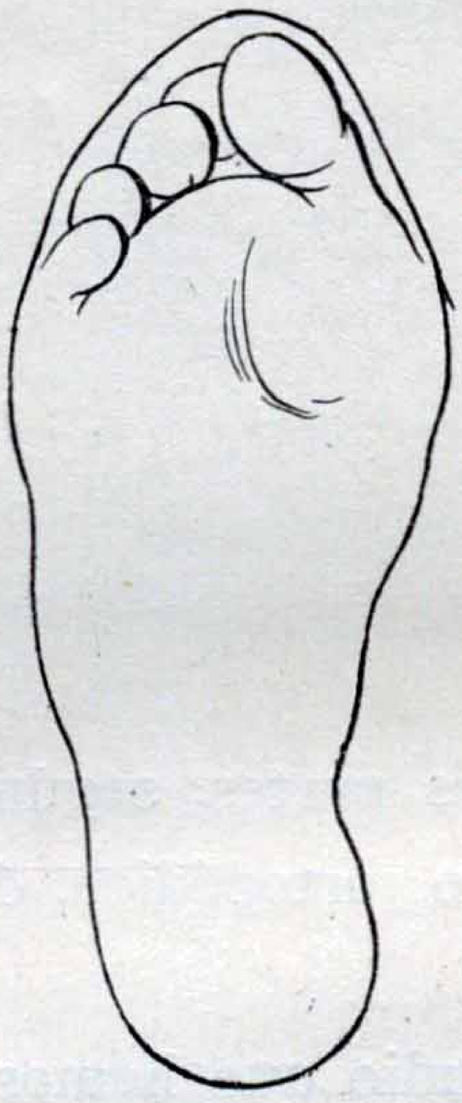
Como complicaciones que se ven frecuentemente citaremos el dedo en martillo ya mencionado y la uña encarnada del reborde externo del dedo. El diagnóstico no ofrece jamás dificultades, reconociéndose perfectamente cuando se trata de artritis tuberculosas, blenorrágicas, etc., de esta articulación.

Tratamiento

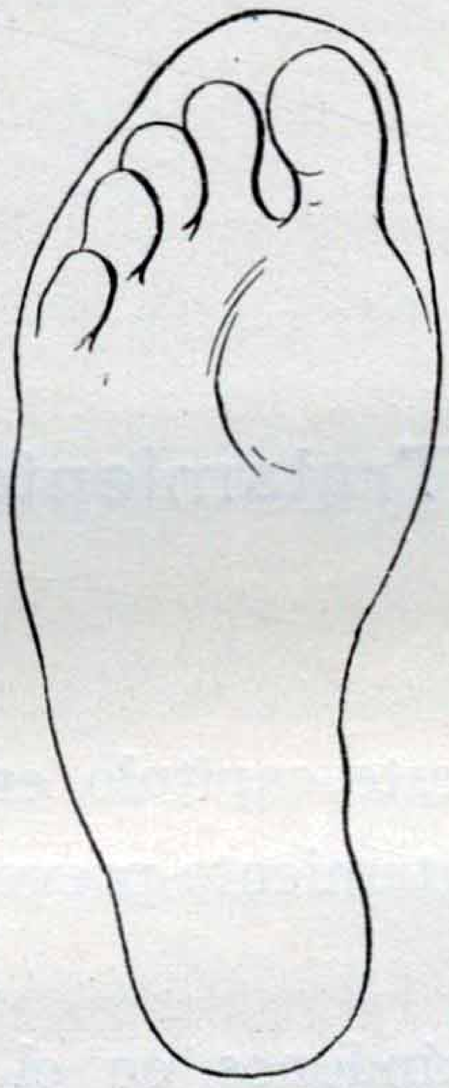
Vamos á dividir este capítulo en tres partes, según consideremos, el tratamiento preventivo, ortopédico, ó quirúrgico.

Preventivo.—Basándonos en el estudio que hemos hecho, creemos que en la mayor parte de los casos, el gran tratamiento de esta afección es la profilaxia de la misma. Atribuimos con muchos de los autores que se han ocupado de este tema, un rol importante á los calzados poco fisiológicos, ya como causa adjuvante, ya como causa única en la producción del *Hallux valgus.* Consideramos de primer orden y de indiscutible éxito el tratamiento preventivo si se pone en práctica desde temprano. Aconsejamos un calzado bien cortado en que su borde interno siga el borde interno del pie, en una línea casi recta, la punta debe ser suficientemente ancha como para contener los dos primeros dedos y descender suavemente á lo largo de los tres últimos

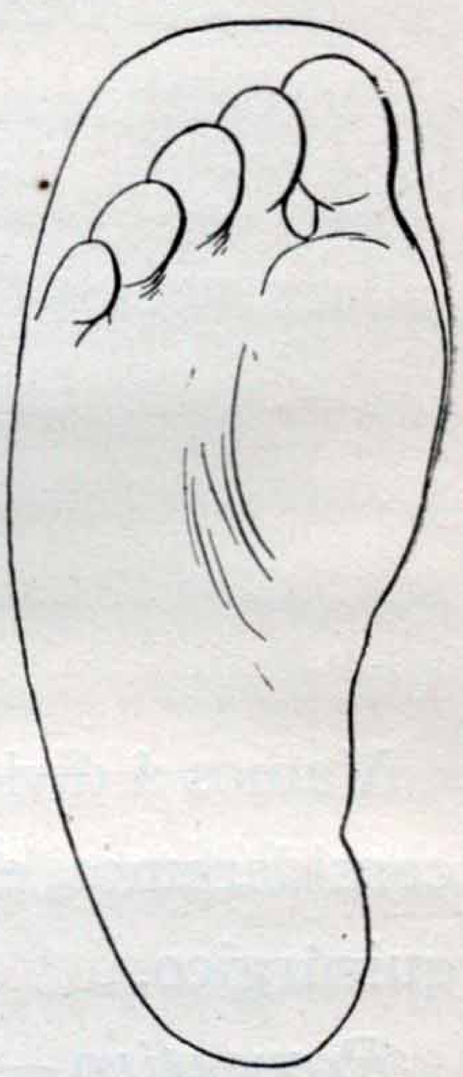
hasta llegar al borde externo del pie. No hay necesidad de cuadrar la punta del zapato y es más conve-



Mala horma



Buena horma



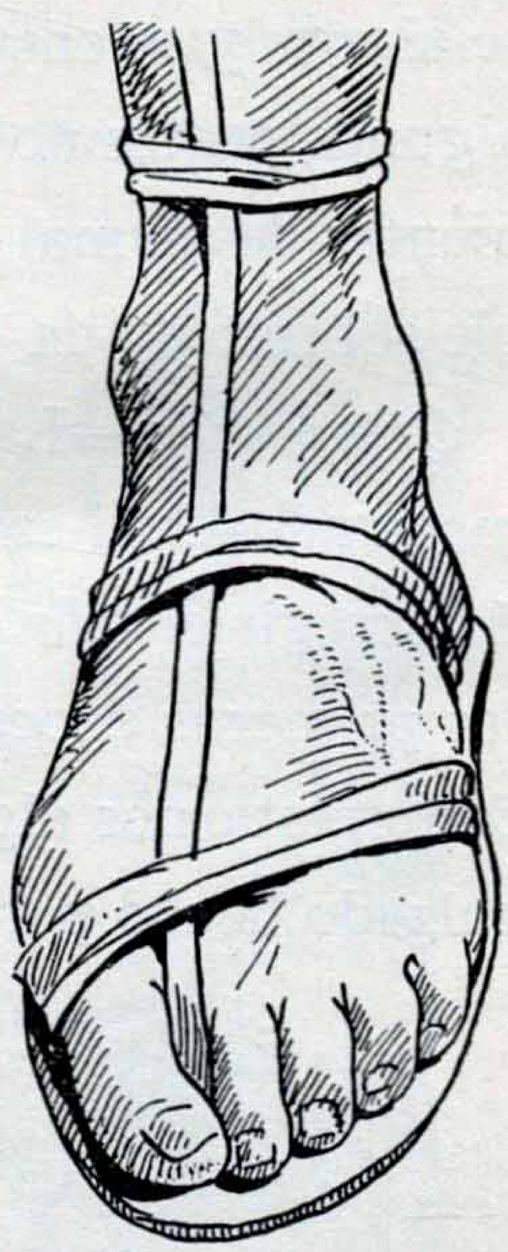
Horma cuadrada

niente seguir la curva normal de las extremidades de los dedos. El calzado de extremidad puntiaguda es perfectamente desechable, atendiendo á las fuertes presiones que ejerce sobre los dedos, obligándolos á desviarse de su posición normal. Si á esto agregamos todavía un taco alto, como en el zapato Luis XV, tan en boga, tendremos reunidos en este modelo el máximum de causas productoras de esta deformidad. En la antigüedad los calzados romano y griegos eran



Zapato Luís XV

eminentemente higiénicos y es un ejemplo más que aquel pueblo nos ha dejado del respeto que debemos á las formas naturales de nuestro cuerpo. Consistía en una suela dura (con pequeñas variantes) de forma igual á la del pie; el antepie era comprimido por correas al nivel del metatarso, un lazo pasando entre los dos primeros dedos, iba á unirse á un sistema de correas que envolvían el cuello del pie y la región supramaleolar; y á semejanza de éstos lo han usado casi todos los pueblos primitivos; sin ir muy lejos, los ojota ó uzuta de los incas, que aún llevan las gentes pobres del norte argentino.



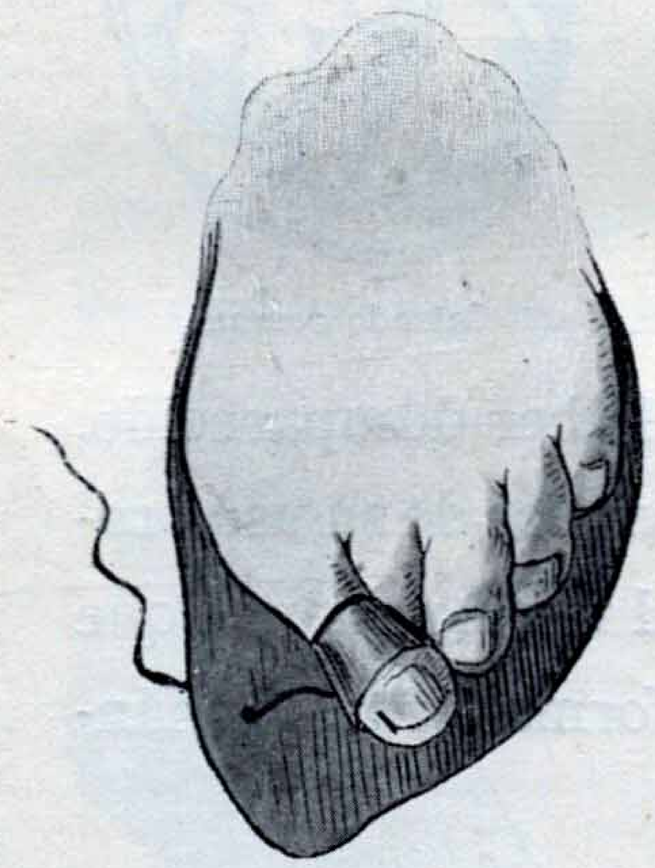
Calzado romano

El calzado Luis XV, antítesis del que acabamos de describir, debía haber desaparecido, pues son bien conocidas las consecuencias de su uso prolongado. El antepie se ensancha y el mismo zapato, que en un principio era elegante, se deforma, transformándose en un calzado malo y ridículo.

La punta del zapato quedando siempre aguda, obliga á los dedos á desviarse hacia la línea media, apelotonándose los unos sobre los otros y como consecuencia de los frotes y presiones aparecen callosidades dolorosas, bolsas serosas que se inflaman y múltiples sufri-

mientos. La suela del calzado debe tener un centímetro más de largo que el pie por lo menos, y ser un poco más ancha, pues sabemos que durante la marcha el pie se alarga y se ensancha. La sandalia que aún se usa en algunas partes no adolece de ninguno de los inconvenientes de un mal calzado, es perfectamente recomendable sobre todo en los niños.

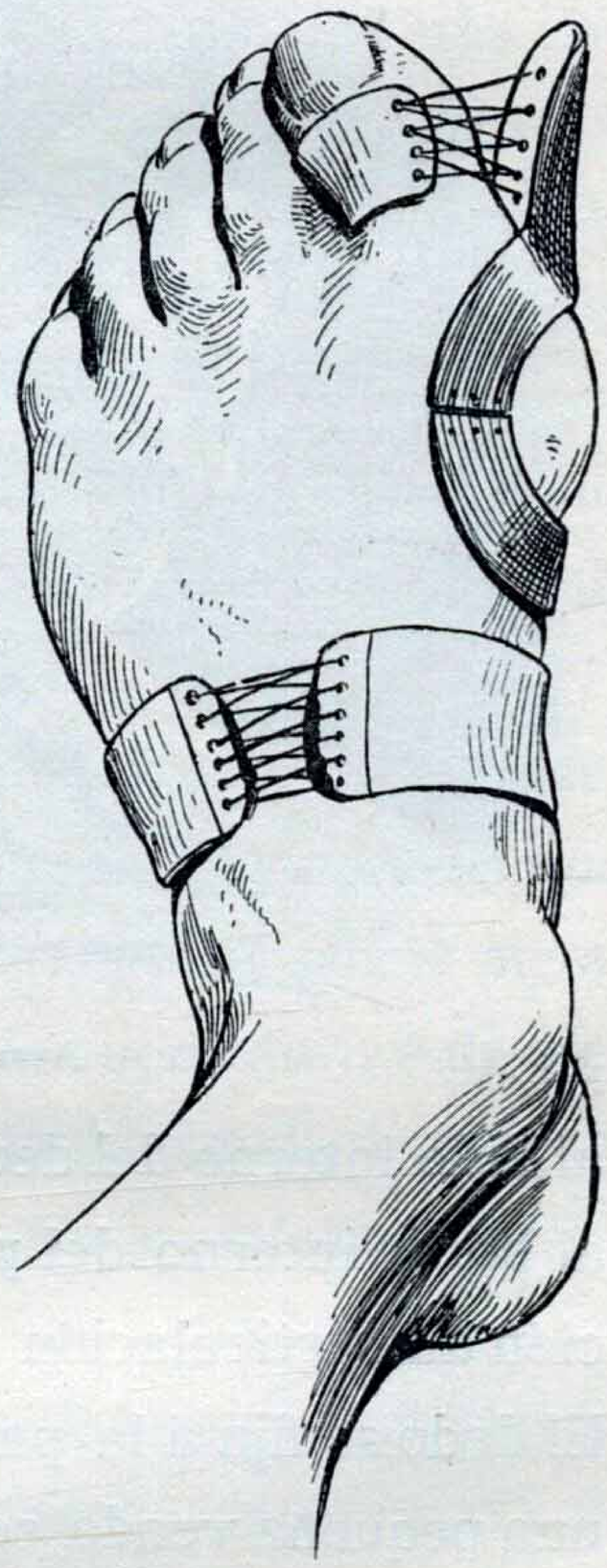
Ortopédico.—La imaginación de los cirujanos se ha mostrado fértil en la confección de aparatos destinados á corregir el *Hallux valgus*. Según algunos, durante las primeras épocas de la afección estos aparatos pueden prestarnos algunos servicios. Hoffa recomienda el calzado hecho por Noble Smith. Consiste en una suela ancha, una bandeleta ó correa fija al dedo, continuándose con un hilo fuerte que atraviesa la suela por un agujero que se encuentra en la extremidad anterior é interna de esta suela, á la altura de la falange. Beely ha hecho una pequeña modificación consistiendo en fijar el hilo al interior del calzado.



Aparato de Noble Smith

Bigg ha construído diversos aparatos, dos de ellos representados en los dibujos adjuntos, formados por tutores que se fijan en el borde interno y cara plantar del pie, sujetos con vendajes sólidos al dedo corregido en

su desviación. El aparato de Bigg descripto por Gangot consiste en una palanca de acero delgada, extendiéndose á lo largo del borde interno desde el maleolo tibial hasta más allá de la punta del dedo gordo. La parte posterior del aparato está sujeta por vendas que pasan al rededor del cuello del pie, del talón y de la planta. Al llegar el aparato á la articulación metatarso-falangiana se enancha para formar una especie de cápsula con un agujero grande cuyo objeto es no hacer presión sobre la región dolorosa. La lámina de metal que forma el círculo de esta cápsula está dividida en su parte superior é inferior y unida por una articulación en forma de bisagra, que le permite movimientos circulares de flexión y extensión, sin movimientos laterales. La parte anterior de este aparato está provista de un resorte que recibe una correa destinada á abrazar transversalmente el dedo grueso.



Aparato de Bigg

Con este aparato la palanca se encuentra con su punto de apoyo en la articulación metatarso-falangiana y su punto fijo atrás. El dedo se lleva hacia adentro con

sus movimientos de flexión y extensión libres, efectuándose la marcha sin dificultad.

Mathieu ha construído un aparato análogo; se compone de dos partes rectas, articuladas por una de sus extremidades. La anterior, que lleva un anillo, se aplica



Aparato primitivo de Bigg

al lado interno del dedo gordo, la posterior corresponde al borde interno del primer metatarsiano y su articulación á la articulación metatarso-falangiana que suple. El dedo se fija á la parte anterior del aparato, sea por una pequeña venda, sea por el anillo que lleva; tiene el inconveniente de ser muy poco sólido.

Goldsmidt tiene dos aparatos, uno actúa en el estado de reposo y sirve para el enderazamiento y el otro actúa en la marcha solamente. El primero se compone de un

estribo metálico que abraza el pie en su concavidad, fijado contra su borde interno por medio de una corredera transversal que abraza el cuello del pie. En su extremidad anterior hay una palanca de acero, movible de arriba hacia abajo por medio de una rueda dentada sobre la cual se engrana un pequeño resorte formando *cliquet*. La palanca soporta en su extremidad una correa destinada al dedo gordo. Se empieza por fijar el estribo, se coloca el dedo en la correa y se le ata mientras la palanca está baja, se la eleva y se fija por un pequeño resorte á una altura conveniente. El dedo es así llevado hacia arriba y hacia adentro. Este aparato no es aplicable sino de noche ó cuando el enfermo está en reposo.

Para la marcha se le reemplaza por otro más pequeño, consistente en una suela sostenida por correas que pasan atrás del talón, por el cuello del pie y por el metatarso, con un pequeño tabique de cuero duro ó de metal, en la parte anterior de la suela destinada á colocarse entre los dos primeros dedos, introduciéndola en el calzado.

Antes de la fabricación de estos instrumentos perfeccionados, se aconsejaba como manera más sencilla de corregir la desviación, llevar en el calzado una cavidad especial para el dedo gordo sin comprimirlo, ó bien colocar progresivamente planchuelas de algodón para enderezar el dedo; otros interponían entre el dedo des-

viado y sus vecinos almohadillas de género ó llevaban en la suela un tabique en forma de vaina del dedo. Aconsejaban también fijar este dedo á un pequeño tallo de ballena sujeto al borde interno del pie; adoptar una gotera moldeada susceptible de ser introducida en el calzado, con una abertura al nivel de la cabeza del metatarsiano.

Gangot observa y con mucha razón que todos estos medios son impotentes por ellos mismos, especialmente cuando existen lesiones desde algún tiempo, pues perturban la marcha, hieren los pies y concluyen por ser desechados por los mismos enfermos después de algunos días de ensayo. Broca fija el pie á una suela de cuero en la extremidad de la cual se halla un resorte, dos láminas metálicas en V destinadas á ser introducidas entre los dos primeros dedos. Phita aconseja colocar de noche una suela gruesa, munida en su borde interno de un resorte que tira el dedo gordo hacia adentro. Ninguno de estos tratamientos tiene la eficacia de la reducción forzada de la desviación, seguida de la colocación de un buen aparato de yeso.

Velpeau aconseja en aquellos casos en que se prefiere la anquilosis, usar los aparatos moldeados en gutapercha preconizados por Trélat. Kirmisson y Blum acompañan á Velpeau en su tratamiento.

Todos los medios mecánicos que hemos descripto pueden aplicarse en el principio de la afección, sin ma-

yores seguridades de éxito; pero cuando la deformación existe desde algún tiempo, el único tratamiento racional y capaz de curar al enfermo es el quirúrgico, estando perfectamente demostrada la ineficacia de cualquier otro. Esto se explica teniendo en cuenta, que si esos aparatos ya mencionados, actuaran con tracciones moderadas, serían insuficientes; de lo contrario, si la tracción se hace enérgica, resultan insorportables. Según Marchant y Felizet, en el niño sería suficiente el tratamiento ortopédico; en el adulto este tratamiento fracasa, aún en las desviaciones poco pronunciadas.

Quirúrgico.—Es, puede decirse, el fin obligado de todos los demás tratamientos, por cuanto es el único radical. Historiemos ligeramente los que diversos autores han enunciado. Boyer ha hecho la sección completa del tendón extensor propio. Guyon y Hutchinson se han reducido á practicar la tenotomía subcutánea. Nelatón afirma que la tenotomía es el único tratamiento contra la clinodactilia externa del dedo gordo. En casos extremos se han efectuado amputaciones parciales y totales con éxito; Ledraun, Boyer, Dupuytren, Blandín, Gosselin, Fano, etc., describen algunos casos. Malgaigne y Velpeau han repetido con éxito esta clase de intervenciones.

Hoy los principales tratamientos quirúrgicos se reducen; á la resección de la exóstosis, en los casos simples; al procedimiento de Hueter ó resección de la cabeza del

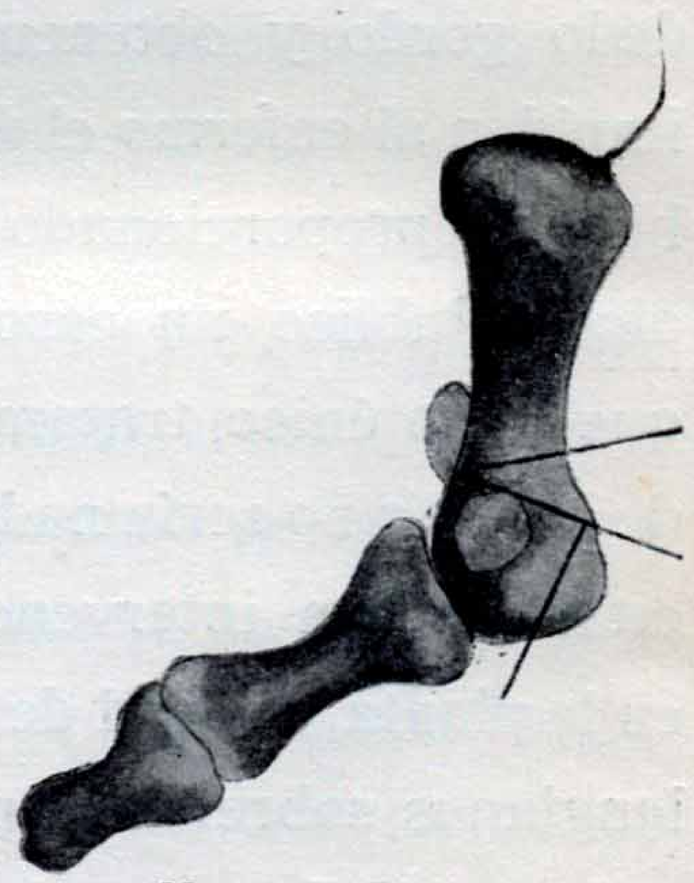
metatarsiano en otros casos; y al procedimiento de Reverdín, que considero el más racional y completo. Hay un sinnúmero de modificaciones, más ó menos ingeniosas, aplicables á casos especiales.

La resección de la exóstosis y extirpación de la bolsa serosa y callo, se hacen en aquellos enfermos, con fenómenos inflamatorios predominantes, de exóstosis acentuada, pero con poca desviación. La he visto tener éxito completo en algunos casos; dos de ellos acompañan este trabajo y los debo á la amabilidad del doctor Cranwell. Sin embargo, tengo observaciones en que esta intervención ha debido ser complementada por una segunda, con el objeto de restablecer en lo posible la dirección fisiológica del dedo; los dolores después de la primera operación continuaban bajo forma de puntadas intermitentes, que se exacerbaban en la marcha, en la región plantar al nivel de la articulación metatarso-falangiana. He visto una enferma, dos meses después de la segunda intervención, sin dolor ninguno ya en el pie y efectuando marchas relativamente largas sin molestia. La segunda operación hecha á esta enferma consistió en una resección cuneiforme del cuello del metatarsiano, con lo que se restableció la dirección del dedo.

Hueter en 1870 propuso la resección de la cabeza del primer metatarsiano; operación que ha tenido éxito, según algunos autores, defendida con ardor por otros, pero que la encuentro sólo admisible cuando á la defor-

mación que estudiamos se agrega un pie plano. En efecto, resecando la cabeza del primer metatarsiano, quitamos uno de los principales pilares de la bóveda plantar, el pilar anterior é interno, y como consecuencia, debilidad en la conservación de la bóveda para el sostenimiento del peso del cuerpo, dando lugar en un tiempo más ó menos largo á la formación de un pie plano. Se corrige el *Hallux valgus* con acortamiento grande del dedo gordo y obtenemos un pie plano, cuyos dolores impiden al enfermo el descanso y bienestar que pudiera haberle proporcionado una intervención menos perjudicial. Publico un caso muy elocuente al respecto, en que como único tratamiento se ha hecho la operación de Hueter; no sería nada extraño que esta enferma solicitara nueva intervención, pues los dolores continúan en la planta al nivel de las articulaciones metatarso-falangianas, sobre todo en el tercio interno de esta región; todavía no hay un pie plano acentuado, pero seguramente es por el corto espacio de tiempo que dista de la intervención. Rieder nos discribe un hecho muy oportuno; se trata de un caso de resección de la cabeza del primer metatarsiano, que poco tiempo después tuvo que volver á operar para resecar las cabezas de los cuatro metatarsianos vecinos, por la deformación y el dolor sobrevenidos á consecuencia de la operación de Hueter. Indiscutiblemente es un mal procedimiento y sólo aceptable en reducidísimo número de casos.

La operación de Reverdín, consiste en extirpar la exóstosis y hacer una resección cuneiforme del cuello del metatarsiano como indica la figura adjunta; de esta manera se corrige la desviación del dedo, quedando perfectamente sólida la bóveda plantar. No creo que sea lo más perfecto como intervención para la enfermedad que estudiamos, pero sí, la que con menos inconvenientes nos da los mejores resultados. He operado algunos casos y sé de otros, en que el procedimiento de Reverdín ha sido preferido, y todos ellos con resultados inmejorables; y no como resultado inmediato, pues he tenido la suerte de ver cuatro de ellos dos años y medio después de la operación, sin dolor ninguno y con su dedo gordo tal como fué arreglado. Los enfermos han caminado siempre, dedicándose á sus trabajos habituales, sin haber sentido ninguna molestia.



Método de Reverdín

Para la operación hacemos una incisión (comprendiendo el callo que cubre la exóstosis), que se extiende desde la mitad del metatarsiano hasta un poco más adelante de la base de la falange, extirpamos las partes blandas, callo y bolsa serosa y sin legrar sacamos la exóstosis con un golpe de escoplo. Legramos un

poco el periostio del cuello y á escoplo también hacemos la cuña de base interna que resecamos. La resección de esta pequeña cuña nos permite, una vez afrontadas las dos superficies óseas, restablecer la dirección del dedo que en general queda con un pequeño valgismo de cinco grados á seis, que no progresa, como he tenido ocasión de verlo en los casos examinados dos años y medio después de operados. Cuando hacemos la sutura de la piel con crin de Florencia, podemos poner los dos puntos corespondientes al sitio de la cuña, profundos, tomando el periostio de manera que ayuden á la coactación de los fragmentos. Es conveniente, si se ha hecho una hemostacia perfecta, colocar un enyesado por diez días, conteniendo la corrección hecha.

El procedimiento de Reverdín fué presentado por su autor en el año 1881 en el Congreso internacional de Londres. Cuenta hoy con muchos partidarios, entre otros, Barker, quien lo defiende como el único aceptable. En el año 1896 Kirmisson presenta á la Sociedad de Cirugía, un caso operado por Delbet, con resección ósea semiarticular y vaginoplastia del extensor propio para obviar los inconvenientes de la retracción del tendón. Esta operación hecha ya por Georges Fowler (resección parcial de la cabeza del primer metatarsiano) tiene la ventaja de producir el enderezamiento, conservando el punto de apoyo óseo tan necesario en la estática del pie. Delbet le agregó su vaginoplastia, destina-

da á reconstruir la vaina del tendón extensor propio y á mantenerlo en la posición que le ha dado el cirujano. No es dudoso que la contractura del tendón propio contribuye á aumentar la deformación. Es preferible el método operatorio de Delbet á la sección del tendón, pues aquél corrigiendo la posición de éste, le deja su movilidad, mientras que la tenotomía expone á una inmovilidad completa del dedo. Así, pues, creo superior á los ya descriptos el método de Reverdín que respeta el pilar interno y anterior de la bóveda plantar en toda su integridad, con la modificación de Delbet (vaginoplastia del extensor).

Citaremos á título de curiosidad el procedimiento de Riedel. Este autor critica la operación de Hueter, resección completa de la cabeza del metatarsiano, y propone una resección llevada sobre la primera falange del dedo gordo; son suficientes, escasos conocimientos de la anatomía patológica del *Hallux valgus*, para considerarla irracional. La primera falange está sana y sólo la extremidad anterior del primer metatarsiano debe sufrir modificaciones con el objeto de corregir la deformación.

Poirier piensa que se exagera mucho el rol del extensor y que las intervenciones deben hacerse sobre el haz interno del pedio. Reinier siguiendo á Reverdín hace la resección cuneiforme del cuello. Marchand, en vez, hace la resección de la cabeza y no se preocupa de los

tendones; dice que así obtiene buenos resultados inmediatos. Felizet, que cree en una deformación comparable al *genu valgun*, se contenta con hacer enderezamiento simple en el niño. Schwartz hace la osteotomía cuneiforme del cuello con sutura ósea.

En estos últimos años se han hecho trasplantaciones tendinosas, transformando los abductores en adductores, con el objeto de impedir el predominio evidente de los primeros una vez que la deformación se ha constituído. El abductor transverso, se ha hecho pasar á través de un ojal abierto en el adductor propio, y se ha llevado á insertarlo en la vecindad del sesamoideo interno ó junto á los tendones del adductor ó flexor propio. Teóricamente este procedimiento es perfectamente aceptable, sin embargo las intervenciones han sido pocas para poder sacar una conclusión práctica y definitiva.

Teniendo en cuenta el rol que el sesamoideo externo desempeña en la formación del *Hallux valgus*, sería de desear que su resección complementara alguno de los procedimientos descriptos, evitando que su permanencia *in situ patológico* contribuya á agravar y á exacerbar los síntomas.

En todos los casos que he visto operar á mi maestro, profesor doctor Herrera Vegas y que he operado, nos hemos reducido á seguir á Reverdín en su procedimiento; una sola vez le he visto agregar al doctor Herrera Vegas la vaginoplastia de Delbet, y tengo la satisfacción

de decir que todos los enfermos seguidos con esmero, no han vuelto á tener dolores y su marcha se hace completamente normal, conservando su dedo gordo en posición fisiológica.

Creo suficiente acompañar este estudio con siete casos muy demostrativos y perfectamente satisfactorios.

Observación I.

Clara G.—15 años.—Q. D.—Hallux valgus doble.

No hay antecedentes artríticos. Hace dos años que después de usar unos zapatos muy angostos, con los que tuvo que caminar y atender sus ocupaciones habituales, empezó á sentir dolor en la región anterointerna del pie; desde esa época sufre continuamente, á pesar de haber desechado los zapatos angostos é incómodos. Tiene dolor, tanto en la marcha como en el reposo más absoluto, especialmente en el callo de la piel que recubre la cabeza del metatarsiano, como en la planta, al nivel de la articulación metatarso-falangiana. Se presenta con sus pies deformados, no hay pie plano. El dedo gordo desviado afuera, (en el mismo plano que los vecinos), rechazándolos en el mismo sentido, forma con el eje del metatarsiano un ángulo de 65º. Se palpa una gran exóstosis sobre el lado interno de la cabeza del pri-

mer metatarsiano. La piel que recubre este sitio presenta una callosidad violácea, blanquizca; entre ésta y el hueso se encuentra una bolsa serosa, que se inflama cada tanto tiempo, con exacerbaciones del dolor é imposibilidad para la marcha. El primer metatarsiano está rechazado hacia adentro en su extremo anterior. La lesión es casi igual en ambos dedos.

Mayo 3.—Se hace una incisión de la mitad del metatarsiano á la base de la falange, abarcando la callosidad, se extrae ésta y la bolsa serosa, se llega á la exóstosis que se extirpa á escoplo. Se hace resección cuneiforme del cuello, corrigiendo perfectamente la desviación. Sutura con crin y enyesado manteniendo la corrección.

Mayo 17.—Se quita el enyesado, se sacan los puntos y se hace un vendaje simple del dedo y pie, permaneciendo la enferma en cama.

Junio 6.—La enferma se levanta desde hace cinco días, camina sin dificultad y con perfecta libertad en su pie. El dedo se mantiene muy bien corregido.

Observación II.

Elena Botta.—42 años, cocinera.—Hallux valgus izquierdo.

Dice la enferma que desde los diez años tiene un callo, un poco doloroso y situado sobre la cabeza, (lado interno) del primer metatarsiano. La enferma no da antecedentes reumáticos ni de ninguna otra naturaleza. Desde hace dos años nota que el dedo gordo del pie izquierdo se desvía paulatinamente hacia afuera, alcanzando hoy á formar con el eje del metatarsiano un ángulo de 50º; pasa inmediatamente por debajo del segundo, teniendo éste una actitud llamada en martillo. La movilidad del dedo gordo está apenas conservada (verticalmente), es imposible llevarlo en adducción por impedirlo la cabeza del metatarsiano muy hipertrofiada presenta en la piel que la recubre un enorme callo debajo del cual se palpa la bolsa serosa con líquido.

Octubre 20.—Escisión del callo y bolsa serosa correspondiente, resección de una porción de la cabeza del metatarsiano (exóstosis ya mencionada) el enderezamiento del dedo y sutura de la piel con crín.

Octubre 27.—Se retiran los puntos de sutura. Se aplica una tablita en el borde interno del pie y se venda el dedo gordo, manteniéndolo así en línea recta.

Noviembre 12.—De alta, sana. Deformación completamente corregida.

Este caso fué operado por el doctor Cranwell y á su amabilidad lo debo.

Observación III.

J. B.—16 años, costurera.—Hallux valgus doble.

No hay antecedentes de importancia. Hace cuatro años que la niña nota una desviación progresiva del dedo gordo de sus pies; con dolores en forma de puntadas que aparecen sobre todo en la marcha, al nivel de la articulación metatarso-falangiana. La enferma atribuye el principio de sus dolencias á calzados excesivamente angostos que usó en esa época.

Se presenta con su dedo gordo en valguismo exagerado. El eje del dedo forma con el eje del metatarsiano un ángulo de 45º. El dedo se dirige hacia afuera, pasa por debajo del segundo alcanzando á tocar el borde interno del tercero. La falange está subluxada y no se puede reducir por la prominencia ósea que existe en el borde interno de la cabeza del primer metatarsiano; sobre esta exóstasis existe una pequeña bolsa serosa

que se inflama á veces, produciendo mucho dolor, y sobre ésta un callo del tamaño de una moneda de cinco centavos.

Hay un ensanchamiento acentuado del pie á expensas del primer espacio interóseo, que se nota muy bien por una separación exagerada entre los dos primeros metatarsianos.

Octubre 20.—Operación.—Se opera el pie izquierdo. Escisión del callo y bolsa; extirpación de la exóstosis y resección cuneiforme del cuello. Corrección de la desviación, sutura de la piel con crín. Se hace un vendaje manteniendo la corrección.

Octubre 29.—Se quitan los puntos de crín y se vuelve á vendar el dedo en la misma posición.

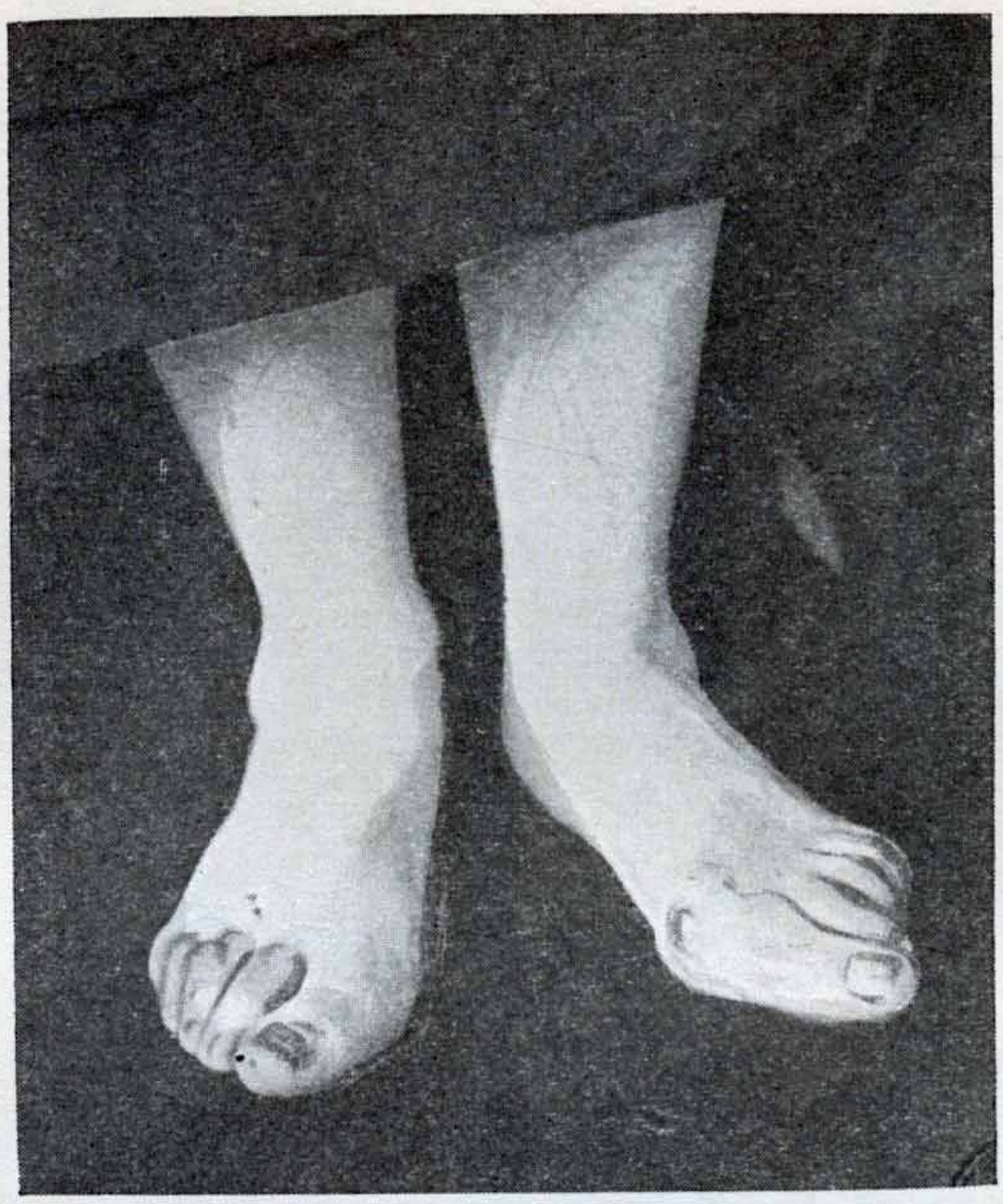
Noviembre 10.—La enferma se encuentra perfectamente bien, su herida cerrada con un poquito de dolor al asentar el pie operado.

Noviembre 15.—La niña camina sin dificultad, no hay dolor. De alta. Se opera el otro pie en la misma forma.

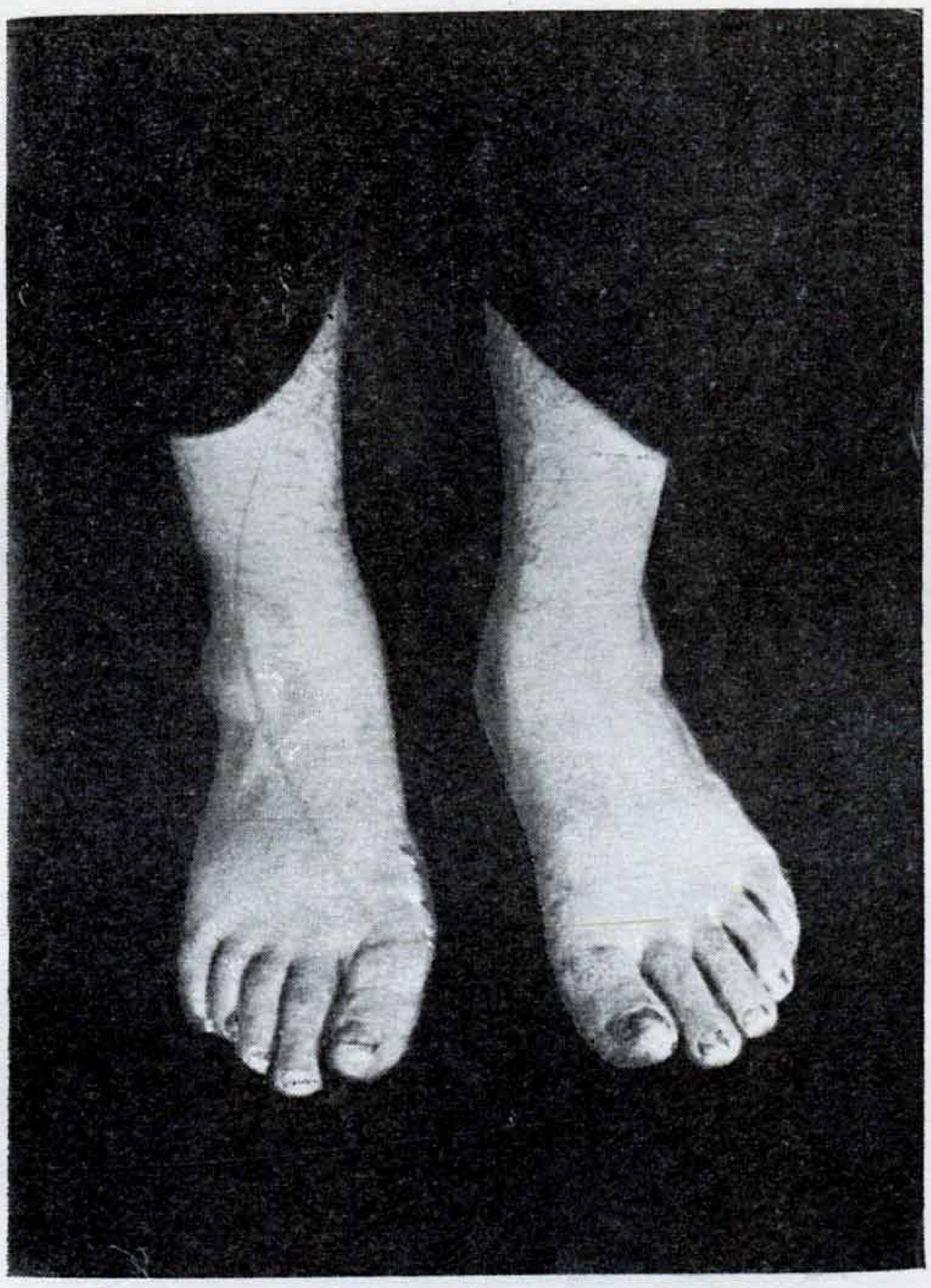
Noviembre 24.—Se quitan los puntos. La herida perfectamente bien.

Diciembre 18.—La enferma camina sin ningún dolor. Sale de alta perfectamente curada.

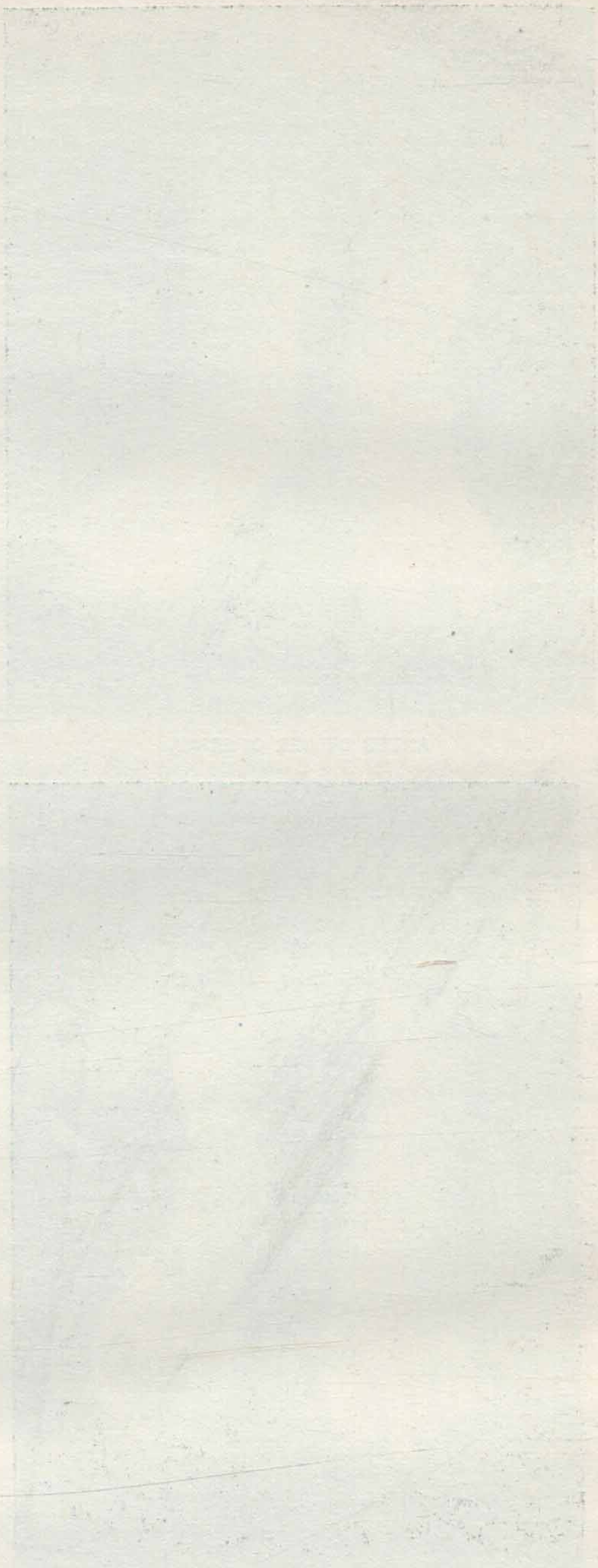
Las fotografías y las radiografías hechas antes y después de operada nos muestran las modificaciones llevadas á cabo por la intervención.



ANTES DE SER OPERADA



5 MESES DESPUÉS DE OPERADA



Observación IV.

Juana B.—28 años.—Q. D.—Hallux valgus doble.

No da antecedentes de artritismo.

Desde hace seis años se queja de dolores que aparecen intermitentemente en la base del dedo gordo de ambos pies, así como al nivel del borde interno del pie. Ha notado que más ó menos desde esa época el dedo gordo se inclina hacia afuera apareciendo una callosidad sobre la cabeza del metatarsiano, que se inflama por las irritaciones y presiones continuas del zapato, dando lugar á dolores insoportables que le impiden la marcha, obligándola á guardar cama. Dice que antes usaba un calzadoe strecho que hubo de abandonarlo por el dolor que le producía.

Se presenta con su dedo gordo inclinado afuera, pasando por debajo del segundo y tercero; forma con el eje del metatarsiano un ángulo de 40º. Sobre el lado

interno de la cabeza del metatarsiano se nota una deformación grande, recubierta por un callo enorme. El segundo dedo es un dedo en martillo. Debajo de la piel dorsal se nota el relieve del extensor propio, formando una concavidad externa.

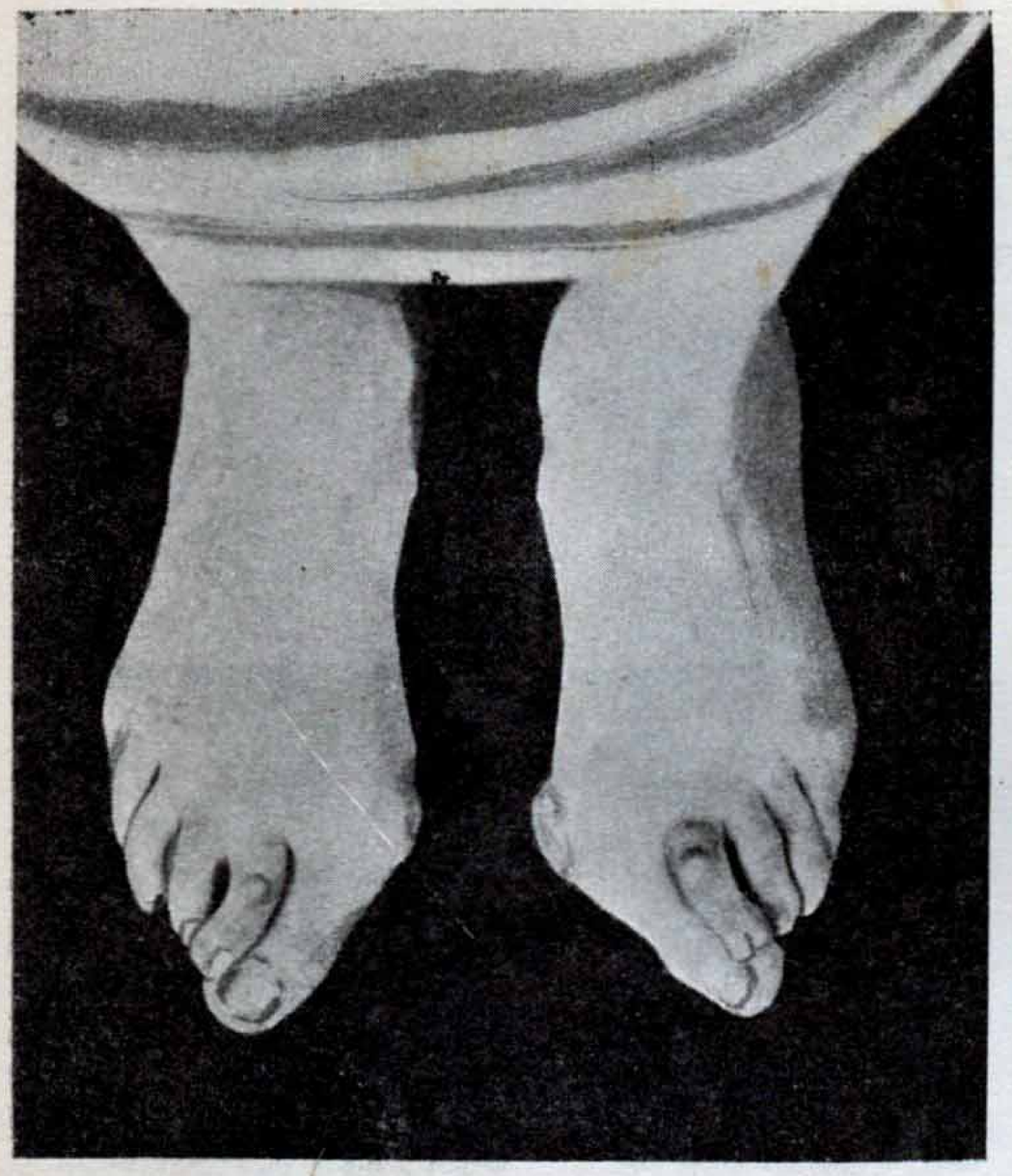
Agosto 3.—Operación.—Se hace la escisión del callo y bolsa serosa, extirpando la exóstosis en el pie derecho, sutura de la piel con crín. Se corrige la desviación colocando un vendaje correctivo y contensivo.

Agosto 15.—Se quitan los puntos. La herida perfectamente cerrada, se coloca de nuevo el mismo vendaje.

Agosto 20.—Se quita el vendaje, el pie derecho está curado.

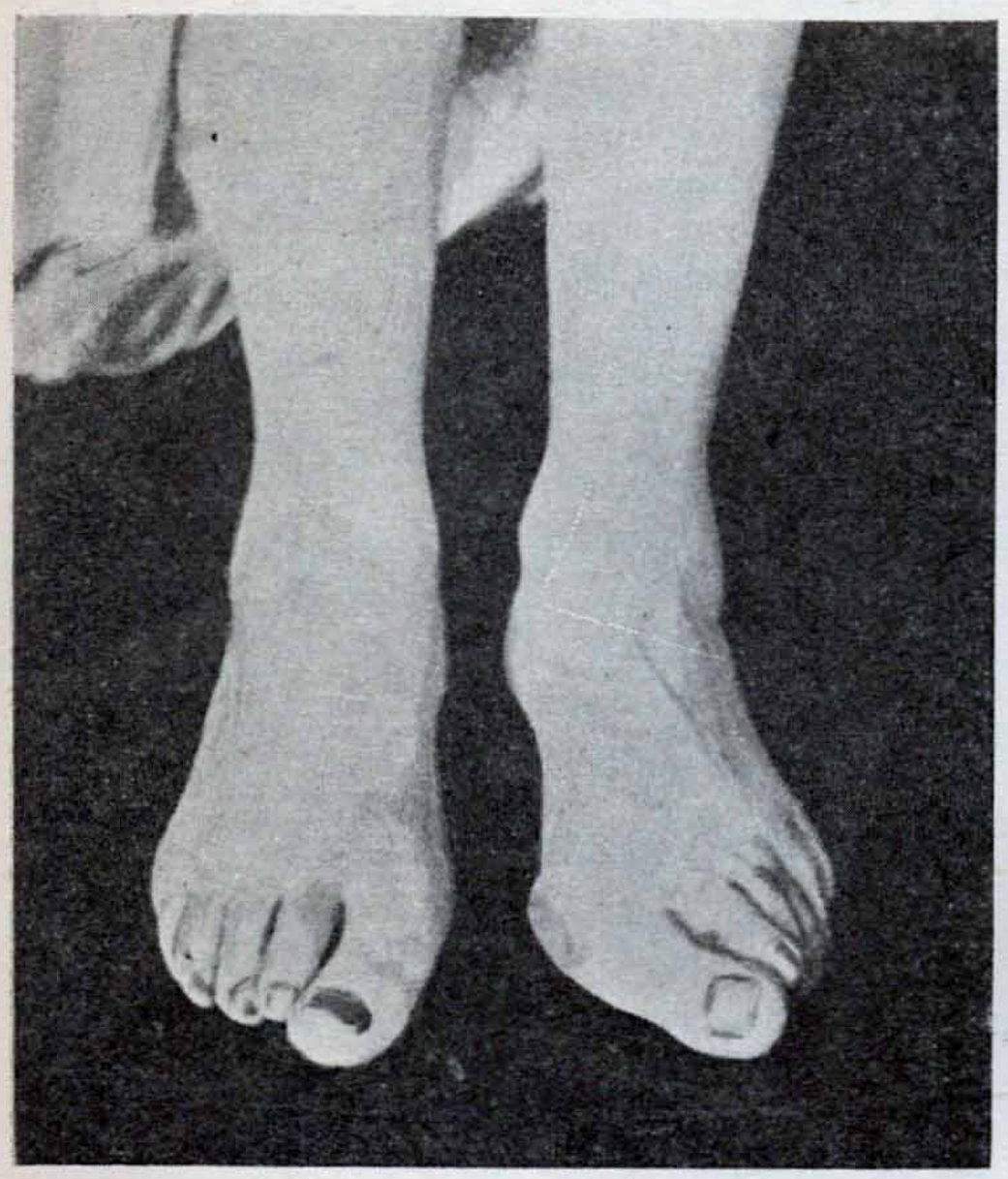
Se opera el pie izquierdo en la misma forma.

Septiembre 15.—La enferma sale de alta con sus dos pies sanos y corregidos, caminando sin ningún dolor.

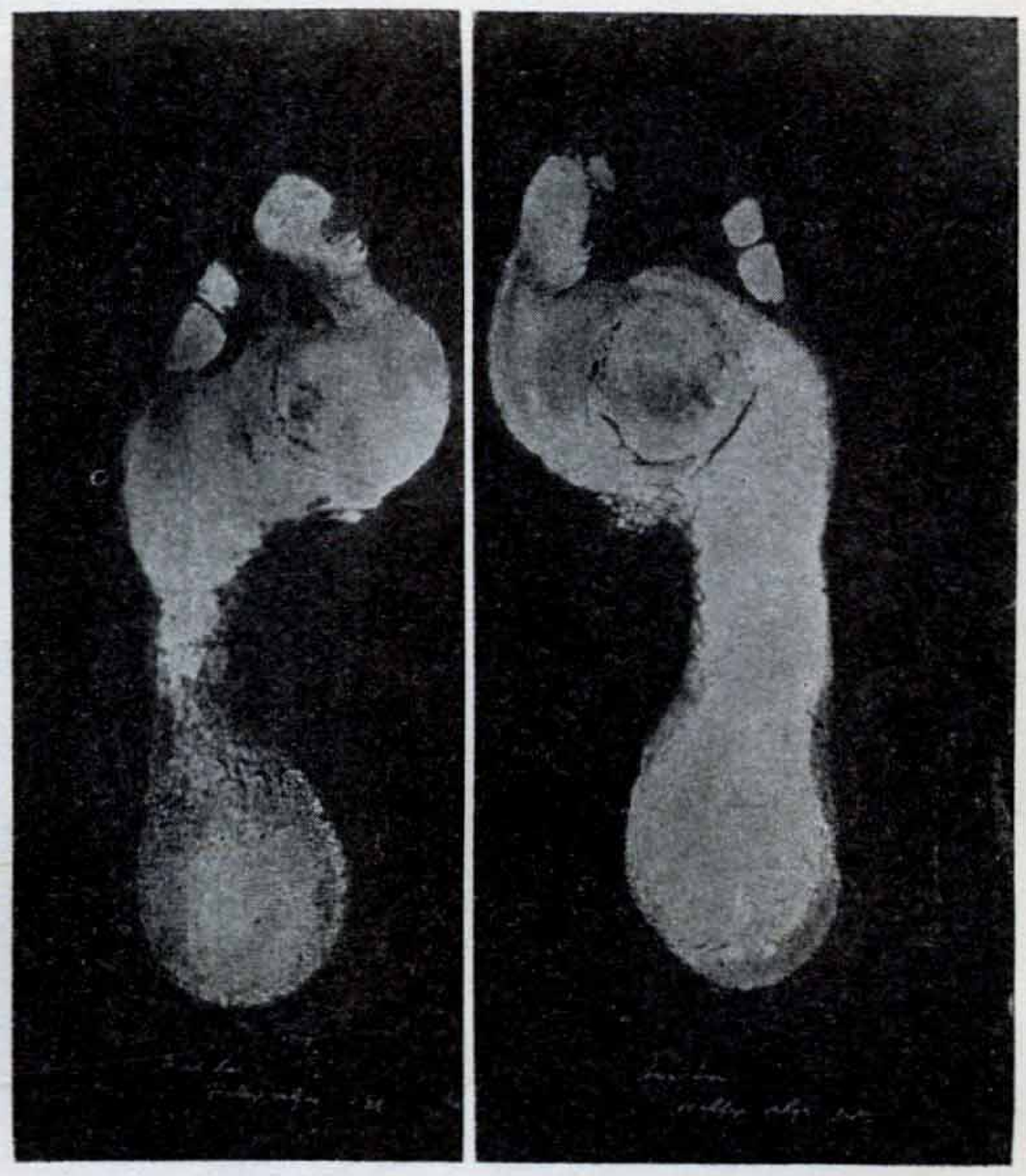




ANTES DE SER OPERADA



PIE DERECHO OPERADO



IMPRESIÓN PLANTAR DER OPERADO

Observación V.

Esperanza C—19 años, mucama.—Hallux valgus doble.

No hay antecedentes de reumatismo ni de gota; á la edad de catorce años usó por espacio de varios meses unos zapatos angostos que la mortificaban mucho. Desde esa época sufre dolores en ambos pies. Ha notado que sus dedos gordos se inclinaban progresivamente hacia afuera y que aparecía un tumorcito duro y algo doloroso sobre la cabeza (lado interno) del metatarsiano. En ciertas épocas la piel que recubría esta neoformación se inflamaba, rodeándose de una zona empastada y muy dolorosa; le era imposible calzarse, estando obligada á guardar cama. Los zapatos que usa, al poco tiempo de llevarlos, se deforman por la desviación exagerada de sus dedos.

Se presenta con su dedo gordo inclinado hacia fuera

pasando por debajo del segundo y formando con el eje del metatarsiano un ángulo de 75º. El dedo ha rotado de manera que su cara dorsal mira adentro y adelante y su borde externo arriba. La piel que recubre la articulación interfalangiana del segundo dedo presenta un callito doloroso, especialmente con la presión del zapato. Sobre el lado interno de la cabeza del primer metatarsiano se nota una exóstosis muy grande recubierta por una piel callosa; entre ésta y el hueso, la bolsa serosa que se inflama periódicamente. Hay un ensanchamiento muy marcado del diámetro anterior del pie, así como una separación muy neta entre los dos primeros metatarsianos. La reducción del dedo á su posición normal es imposible.

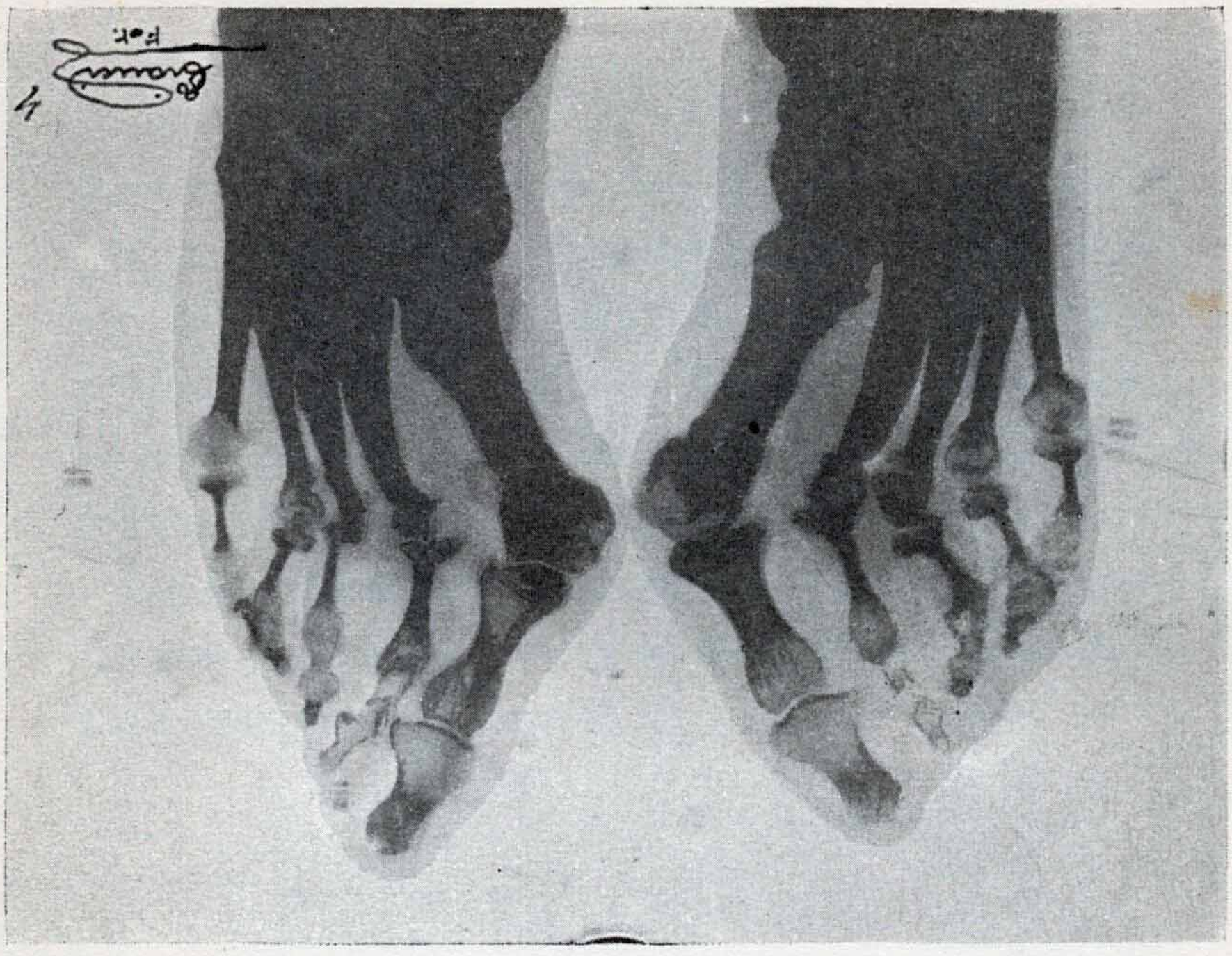
Diciembre 8.—Se opera el pie izquierdo. Escisión del callo y bolsa serosa, extirpación de la exóstosis y resección cuneiforme del cuello del metatarsiano. Reducción de la desviación, sutura con crin y enyesado manteniendo la corrección.

Diciembre 20.—Quitamos el enyesado, se sacan los puntos; la herida perfectamente bien. Volvemos á poner vendajes en la misma posición.

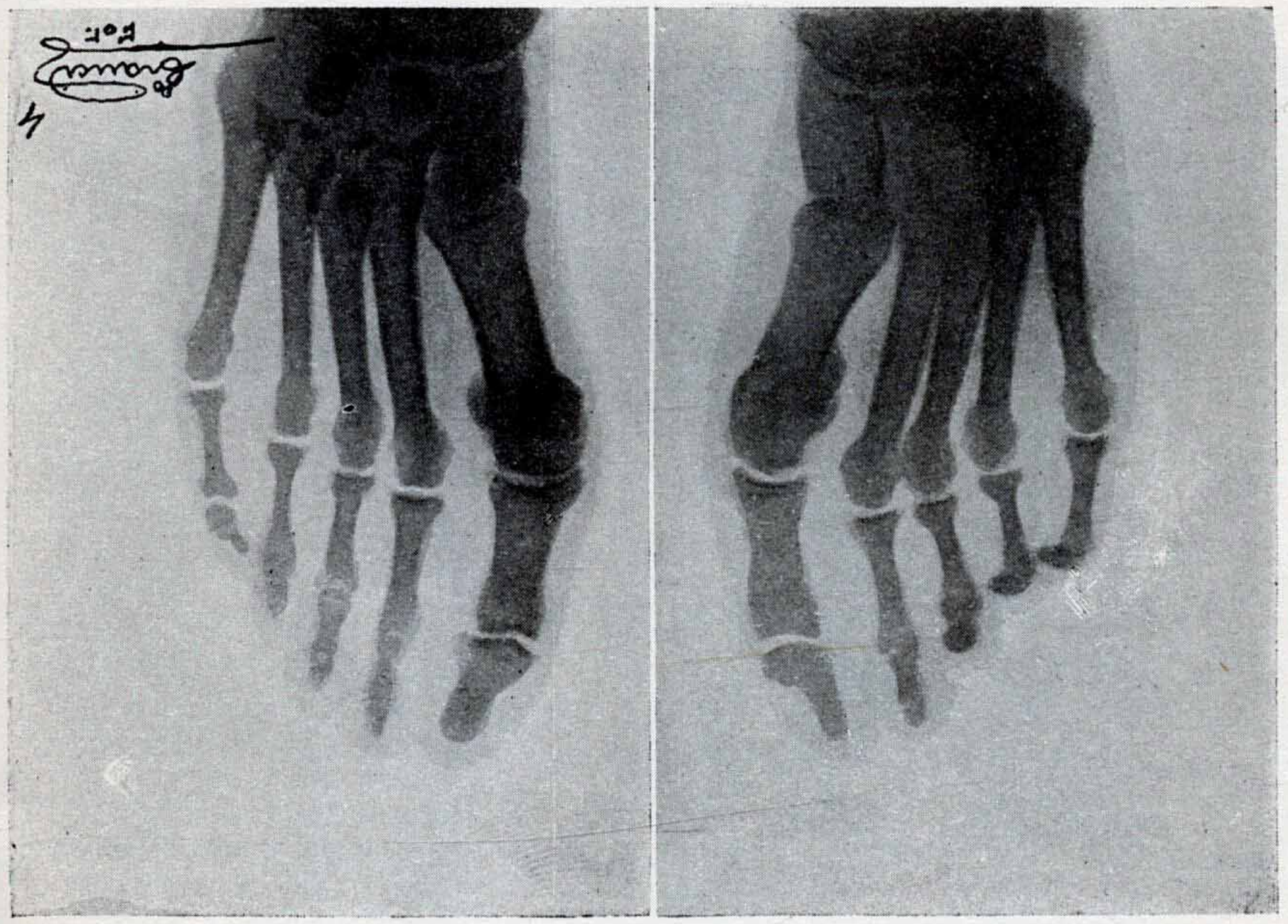
Enero 8.—La enferma empieza á caminar, casi sin ningún dolor y con su herida perfectamente cerrada.

Enero. 12.—La enferma de alta, camina sin molestia ninguna.

Febrero 4.—Se opera el pie derecho en la misma for-



RADIOGRAFÍAS HECHAS ANTES DE OPERARSE



DOS MESES DESPUÉS DE OPERADA

Radiografías hechas por L. Cianci, (Fot.)

ma que el izquierdo; á los diez días quítanse los puntos y á los veintidós días quitamos el vendaje, obligándola á guardar cama hasta el día 5 de Marzo en que empieza á caminar; dándole el alta el 8 del mismo mes, perfectamente sana, conservando todos sus movimientos el dedo gordo, y sin ningún dolor en la marcha.

Las fotografías y radiografías que acompañan á esta historia dan cuenta exacta de las modificaciones llevadas á cabo por la operación.

Observación VI.

Leonor G.—32 años, mucama.—Hallux valgus doble

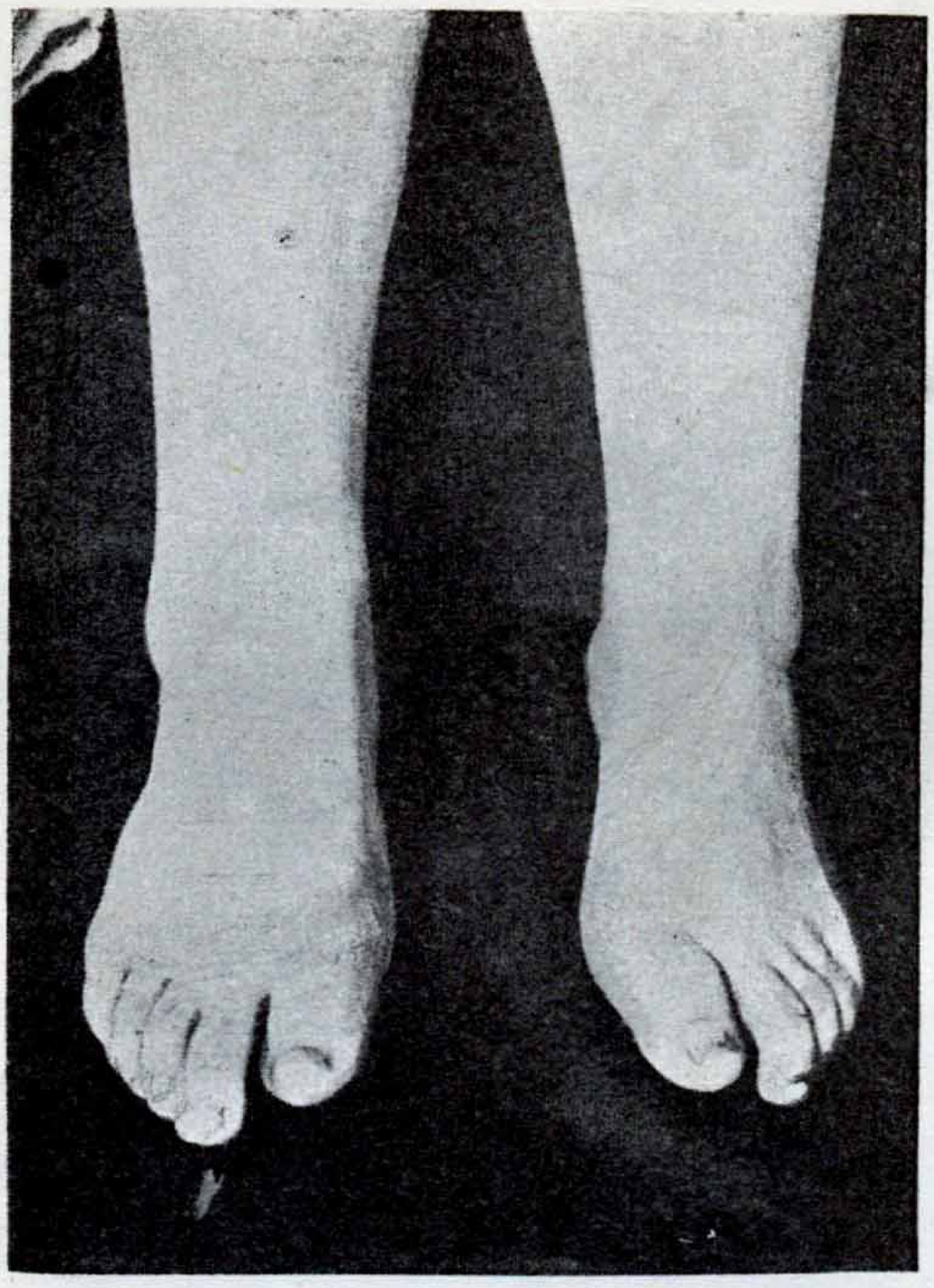
No hay antecedentes de importancia. Su enfermedad data de 15 años atrás; empezó por dolores periódicos, que se exacerbaban con el mal tiempo, siéndole imposible muchas veces el calzarse por el dolor que despertaba la presión de éste. Siempre se ha hecho medicamentos caseros, con lo que conseguía atenuar sus dolores. Ha notado que progresivamente su dedo se ha ido inclinando hacia afuera, rechazando al mismo tiempo á los dedos vecinos.

Hace cinco meses tuvo una *poussée* inflamatoria en ambos pies, que la obligaron á guardar cama algunos días. Dos meses después requirió un tratamiento y fué operada por el procedimiento de Hueter en otro hospital; curó por primera, siendo dada de alta al mes de intervenida.

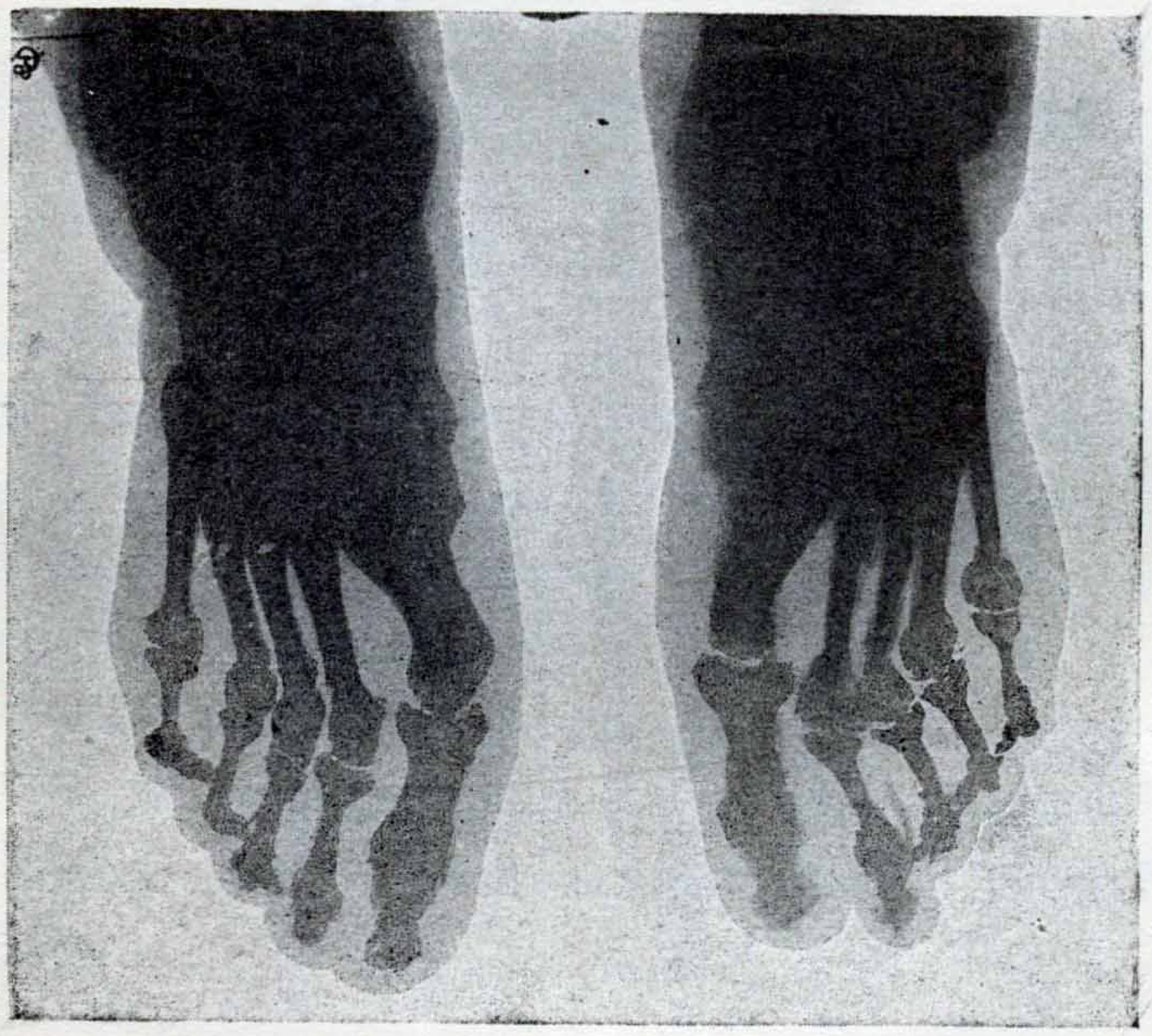
He tenido la suerte de verla dos meses y medio después de la intervención, con sus dedos gordos acortados, con fuertes dolores que continuaban molestándola en la marcha y que hacían imposible la estación de pie prolongada.

La enferma viene buscando alivio, pues á pesar de la intervención los dolores continúan, aunque no tan intensos. Se nota por la impresión plantar un poco de pie plano, que si no es muy acentuado, es probablemente por el corto espacio que dista de la operación. La radiografía y fotografía correspondientes á esta historia nos muestran perfectamente la diferencia de que hablábamos en el capítulo último de nuestro trabajo.

LÁMINA 4 OBSERV. VI



2 MESES DESPUÉS DE OPERADA (EN OTRO SERVICIO)



RADIOGRAFÍA SACADA EN LA MISMA ÉPOCA

Observación VII.

N. N., 42 años.—Hallux valgus doble.

El enfermo dice haber sufrido de reumatismo en su adolescencia, después ha sido perfectamente sano. Desde hace cinco años y á consecuencia de unos sabañones que tuvo en ambos pies, al nivel de la cabeza del metatarsiano, acusa dolores periódicos acompañados de inflamación de la bolsa serosa adyacente á este sitio, que le impiden calzarse hasta que la inflamación desaparece.

El dedo gordo progresivamente se ha ido desviando afuera, pasando por debajo de los vecinos y formando con el eje del metatarsiano un ángulo de 55º. Tiene un callo grande sobre la exóstosis que se observa en el lado interno de la cabeza del metatarsiano, presenta además la uña encarnada en su reborde externo. En la marcha los dolores aparecen generalmente, haciéndole

insoportable el uso del botín; despertando con las presiones é irritaciones continuadas, dolores que se irradian á lo largo del borde interno del pie, aun en el estado de reposo. Se observa un ensanchamiento de la parte anterior del pie.

No hay pie plano. El primer espacio interóseo se encuentra anormalmente ancho en su mitad anterior. La segunda cuña, así como el tendón extensor propio, hacen relieve en la cara dorsal del pie.

Junio 4.—Operación de Reverdín, vendaje manteniendo el dedo corregido en su nueva posición.

Junio 16.—Se quitan los puntos, colocando de nuevo el mismo vendaje.

Junio 28.—Las heridas perfectamente cerradas; el enfermo empieza á caminar, ayudado, para no asentar todo el pie.

Julio 9.—El paciente completamente curado, sale de alta sin ningún dolor en la marcha.

Los dos pies se operaron en la misma sesión.

Observación VIII.

Elena B.—17 años, modista.—Hallux valgus.

No da antecedentes de artritismo. Desde hace dos años y á partir de un calzado estrecho y puntiagudo que usó por mucho tiempo, datan los dolores é incomodidades que siente en la marcha. Dice la enferma que cuando hace mal tiempo no le es posible calzarse ni caminar mucho por los dolores que se manifiestan en el borde interno del pie izquierdo, región anterior. Las lesiones que presenta esta enferma son mucho más acentuadas en el pie izquierdo, existiendo, sin embargo, en ambos.

El dedo gordo, inclinado afuera, pasa por debajo de los vecinos, formando en su desviación un ángulo de 55º con el eje del metatarsiano. Se ve un callo en la piel que recubre la exóstois, siendo ésta tan grande que impide la reducción del dedo á su posición normal. Hay

una separación marcadísima de los dos primeros metatarsianos. El pie izquierdo presenta, debajo del callo una bolsa serosa con líquido, despertando dolor cuando, se hace presión sobre esta región.

Mayo 28.— Operación; sobre el lado interno del pie izquierdo se hace una incisión que comprende el callo; se extrae éste y la bolsa serosa, se extirpa la exóstosis con un golpe de escoplo, sin legrar como en los casos anteriores; y se hace la resección cuneiforme del cuello. Se corrige la desviación, se sutura la piel con crin y se hace un vendaje enyesado que mantiene la corrección.

Junio 10.—Se quitan los puntos y se vuelve á vendar en la misma posición.

Junio 23.—La herida completamente sana, el dedo muy bien corregido tiene todos sus movimientos. La enferma empieza á caminar sin ninguna molestia y es dada de alta.

Bibliografía

Meige.—Les pédicures au XVII siècle.—Texte et fig.—Nouvelle conographie de la Salpêtrière, t. X.

Mauclaire.—Presse médicale, 1896.—Déviation des orteils.

Mauclaire et Bois.—Bull. Soc. d'anthop., 1894.

Bradford et Lovett.—Orthopédie surgery.

Quévédo.—Hallux valgus.—Thèse.—Paris, 1894.

Lucas.—Thèse.—Paris.

Sauvage.—Thèse.—Paris, 1899.

Pair.—Central bl für chirurgie, 1895.

Kirmisson. - Bull. et mem. de la Soc. de chirurgie, 1896.

Fournier-Edmond.—Ulcérations symétriques de la face dorsale des pieds.—Presse méd., 1895.

Riedel.—Central bl. für chirurgie, 1886.

Monod, Jalaquier, Duplay.—Sem. méd., 1896.

Ulmann y Weis.—Anals of surgery, 1897.

Delbet Pierre. - Société de chirurgie, 1896.

Emerich. Wiener med. Wochenschir, 1894.

Pilliet, Launay.—Gaz. Hebd., 1893.

Aievoli.—Archivio di ortopedia, 1895.

Demantke y Féré. - Société biologie, 1895.

Dechambre dict. - Art. orteils, 1883.

Broca.—Bulletins de la Soc. anat. et de la Soc. chirurgie, 1852.

Boniface.—Thèse.—Paris, 1845.

Kirmisson.—Déviations en dehors du gros orteil.—Traité de chirurgie, t. VIII.

Lafourcade.—Gazette des hôp., 1894.

Laforest.—Art. de soigner les pieds, 1792.

Lancereaux.—Anat. pathol., t. III.

Monglond.—De l'oignon ou déviation du gros orteil.—Thèse. — Paris, 1876.

Reverdin.—Démostrations d'un pied affecté de la déviation en dehors du gros orteil.—Rev. méd. de la Suisse romande, 1884.

Reverdin.—De la déviation en dehors du gros orteil et de son traitement chirurgical.—Transactiones of the internacional med. congress.—London, 1881, vol. II.

Redard-P.—Traité prat. d'orthopédie, 1903.
Koenig.—Chirurgie spéciale, 1890, t. III.
Rousselot.—Toillette des pieds, 1769.
Mellet.—Manuel pratique d'orthopédie, 1844.
Paul Berger et S. Banzet.—Chirurgie orthopédique, 1901.
Blum.—Chirurgie du pied.
Fochier.—De l'affection douloreuse du gros orteil, 1880.
Barker.—Du opération for Hallux valgus.—The Lancet, 1884.
Delarochaulion.—Thèse.—Paris, 1885.
Duplay.—Traité de pathologie externe, v. XVIII.
Bergmann, Bruns, Mikuliez.—Tratado de cirugia y clinica ortopédica, v. IV.
Paul Pouret.—Thèse.—Paris 1904.
Jansen.—Dissertation sur la meilleure forme de souliers.
Maurice Raynaud.—Les médécins au temps de Molière.—Paris, 1893.
Word J.—Variations in human myology.—Proccedings of the royal society of London, vol. XVI, 1868.
Walsann et Hughes.—Les déformités du pied, leur traitement, t. I.
Velpeau.—Nouveaux éléments de médécine opératoitre, 1833, t. I.
Le Dentu et Delbet.—Traité de chirurgie.
Annandale.—The malformations, deisases and injuries of the fingers and toes, 1865.
Arthon.—On corns and bunions.—Medical times and gazette, 1852, t. V.
Blandin.—Dict. de méd. et de chirurgie pratiques, 1835, t. XIV.
Blodgett.—Hallux valgus, with a report of awo successful cases.—Medical record.—New-York, 1880.
Chipault.—Arthropathies tabétiques du tarse et en particulier de l'articulation metatarso-phalangienne du gros orteil.—Paris, 1889.
Dubreuil.—Gazette des hôpitaux, 1870.—Eléments d'orthopédie.—Paris, 1882.
Fowler.—Medical record.—New-York, 1884.
Fulton.—City medical record, 1866, III.
Hunter.—The radical cure of ounions.—Nortwes Lancet, 1890.
Légée.—Essai sur la déformité des orteils.—Thèse.—Paris, 1869.
Malgaigne.—Revue médico-chirurgicale, 1852.
Miribel.—Thèse.—Paris, 1873.
Nelaton.—Gazette des hôpitaux, 1855.
Owen (Richard).—On the anatomy of vertebrates.—London, 1886.
Post (A. C.)—Hallux valgus with displacement of the smaller trés, med. rec.—New-York, 1882.

Buenos Aires, Marzo 22 de 1907.

Nómbrase al señor consejero doctor Antonio C. Gandolfo, al profesor titular doctor Diógenes Decoud, y al profesor suplente doctor Avelino Gutiérrez, para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la ordenanza sobre examen.

E. CANTÓN.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Abril 3 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 1700 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Resultados lejanos de la intervención sangrienta en el Hallux-valgus.

¿Qué ventajas tiene la resección cuneiforme del metatarsiano sobre la desarticulación del dedo gordo?

Juicio contradictorio sobre las diversas intervenciones de que es susceptible el Hallux-valgus.
