Año 1908 N. 1854

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA

SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUCIANO IRRAZABAL

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE — EX-PRACTICANTE EXTERNO
DE LA ASISTENCIA PÚBLICA (CASA CENTRAL)
EX-PRACTICANTE MENOR DEL HOSPITAL PIROVANO — EX-PRACTICANTE
MAYOR DEL MISMO HOSPITAL

BUENOS AIRES
IMPRENTA F. MENA
1908

Año 1908 N. 1854

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA

SU TRATAMIENTO

TESIS

LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA

SU TRATAMIENTO

LICIANO IRRAZABAL

Año 1908 N. 1854

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA

SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUCIANO IRRAZABAL

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE — EX-PRACTICANTE EXTERNO
DE LA ASISTENCIA PÚBLICA (CASA CENTRAL)
EX-PRACTICANTE MENOR DEL HOSPITAL PIROVANO — EX-PRACTICANTE
MAYOR DEL MISMO HOSPITAL

BUENOS AIRES
IMPRENTA F. MENA

1908

Año 1908 N. 1854

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA

SU TRATAMIENTO

TESIS

POR

LUCIANO IRAZABAL

BUENOS AIRES

IMPRENTA D. BERA

1908

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento General.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C. Gandolfo.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Güemes.
» » Eliseo Cantón.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» » G. Araoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Jaime R. Costa.
» » J. Manuel Iizar.

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Dr. Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Pedro Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Doctor José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clinica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves
	» José R. Semprún
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. Greenway
Física Médica	»	Vacante
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología	»	Julio G. Fernández Alois Buchmann
Anatomía descriptiva	»	Vacante
Anatomía descriptiva	»	Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Vacante
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Vacante
Clínica Ginecológica	»	Vacante
» Oto-rino-laringológica	»	Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Vacante
Patología externa		Carlos Robertson Ricardo S. Gómez
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	«	Francisco Llovet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas José Arce
» Neurológica	»	Mariano Alurralde
Medicina Legal	»	Pedro Barbieri
Clínica Médida	“	Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétrica	“	Enrique A. Pardo Enrique Zárate Alberto Peralta Ramos Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	“	Vacante
Clínica Pediátrica	“	Manuel A. Santas Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	“	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	“	José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Dr. Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	" Adolfo T. Mujica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	" Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	" Francisco 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 SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Dr. Vacante
Botánica y Mineralogía	" Vacante
Química inorgánica aplicada	" Vacante
Química orgánica aplicada	" Vacante
Farmacognosia y Posología razonadas	Sr. Juan A. Domínguez (en ejerc)
Física farmacéutica	Dr. Vacante
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	" Vacante
Técnica farmacéutica	" Vacante
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.	" Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	" Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y clínica obstétrica	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	" N. Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR MARCELO VIÑAS

Á MI MADRE

Á MI TÍA

Á MI HERMANA

AL CORONEL FRANCISCO VERDIER

AL CAPITÁN CAMILO IDOATE

AL CORONEL FRANCISCO VERDIER

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

La luxación congénita de la cadera, tan común por desgracia, es una afección que ha preocupado y preocupa actualmente, principalmente bajo el punto de vista de su tratamiento, á todos los ortopedistas del mundo.

En un principio la lucha entre el mal y la ciencia fué desigual. Los cirujanos apesar de su talento, trabajaron sin resultado, por carecer de la base bastante exacta en que hoy nos afirmamos: la anatomía palológica.

Es esta importante materia, la que perfeccionando sus nociones poco á poco, en lo referente á la afección que nos ocupa, ha dirigido paso á paso el desenvolvimiento gradual de los diversos modos de tratamiento de la luxación congénita de la cadera.

De esta manera se ha llegado después de grandes esfuerzos, á los medios actuales de tratamiento, que gozan del título de racionales y radicales.

La radiografía ha prestado también su enorme concurso.

La historia del tratamiento de la luxación congénita, nos ha parecido demasiado importante para tratarla rápidamente. Por eso y porque los métodos antiguos han formado una base sólida para la edificación de los métodos actuales, los detallamos por separado, á la cabeza de cada capítulo que abarca un modo especial de tratamiento.

Después de la descripción de los diversos métodos, destinamos un capítulo especial, á nuestras conclusiones.

Antes de comenzar á ocuparme del tema, debo manifestar mi agradecimiento al Dr. Máximo Castro que galantemente me ha facilitado este trabajo y al Dr. Marcelo Viñas por el honor que me dispensa acompañándome en este acto.

CAPÍTULO I

Antes de la época de la antisepsia, Dupuytren, que ha sido el que nos ha dado las primeras nociones clínicas sobre la afección que forma el tema de este trabajo, había dicho en 1826, « que no había tratamiento curativo ni paliativo eficaz para la luxación congénita de la cadera. »

En consecuencia, se contentaba con aliviar de alguna manera la suerte de los enfermos por medio de la hidroterapia y por una cintura de cuero que abrazaba la cadera colocándose entre la cresta ilíaca y los trocanteres á los cuales impedía remontar: llevaba escotaduras en la parte inferior para que se amoldara á la cabeza del trocanter.

Infinidad de cinturas y corsets, han sido ideados con el mismo fin: todos ellos son aparatos que toman apoyo hacia arriba sobre el tronco y debajo de las axilas, y hacia abajo sobre el trocanter para impedirle la ascención y corregir de esa manera en lo posible los trastornos de la marcha.

Entre los aparatos merecen citarse los de Saint Germain, Stromeyer, Heine, Lannelongue, Hoffa, etc.

No nos ocupamos en detalle de ellos, por la poca extensión de este trabajo, por más que como veremos más luego, estos aparatos pueden ser útiles.

MÉTODOS SANGRIENTOS

Fué Guerín el primero, que después de darse cuenta por la observación, de los ineficaces métodos (1) usados por sus antecesores, en el tratamiento de las luxaciones congénitas de la cadera, intentó en el año 1841, la primera intervención sangrienta en el tratamiento de la afección que nos ocupa.

Este cirujano, fundaba su método en la teoría que él sostenía respecto á la patogenia de la luxación congénita, á saber: que esta deformación se producía por una retracción primitiva de la musculatura de la articulación. En consecuencia y convencido de que la retracción de los músculos era la única causa que producía y mantenía la deformación, practica la tenotomía subcutánea de todos los músculos peritrocanterianos; practica luego la reducción y con el fin de fijar por adherencias la cabeza en su nueva posición, ha-

---

(1) Aparatos aislados y extensión contínua.

cía escarificaciones subcutáneas á la cápsula. En el tratamiento post-operatorio, era parte importante hacer ejecutar al miembro movimientos graduados para facilitar el ahuecamiento de una cavidad receptora de la cabeza femoral. Al mismo tiempo practicaba la extensión continua durante un largo tiempo.

De esta manera operó 3 casos con resultado bastante malo según el autor.

Después de Guerín, Bouvier en el año 1855, teniendo también en cuenta la influencia de los músculos, practica la tenotomía subcutánea de los addutores y del soaps-ilíaco, usando para el mejor mantenimiento de la cabeza femoral en su sitio, la posición de abdución del miembro.

Corridge (de Inglaterra) en 1860, recurre también á la tenotomía subcutánea.

Brodhurst en 1865, practica la tenotomía de los glúteos y de los músculos rotatores del muslo, usando después de la reducción, la extensión continua y aparatos para mantener la cabeza en su nueva posición.

Pravaz en 1869, hace la sección subcutánea de la facia lata para conseguir la reducción.

Más tarde como todos estos métodos no corregían los trastornos funcionales de la afección no oponiendo obstáculos seguros á la reascensión de la cabeza, se hicieron tentativas en otro sentido.

Así Hüeter en 1870, reseca la cabeza femoral

y desprendiendo láminas de periosteo á la vez del cuello del fémur y del hueso ilíaco, las sutura formando así una nueva cápsula perióstica más estrecha que la anterior y más apropósito por su brevedad para impedir la reascensión de la extremidad superior del fémur.

König (1889), después de una extensión preparatoria para bajar suficientemente la cabeza, desprende del hueso ilíaco por encima de la cavidad cotiloidea, una lámina de periosteo que rebate sobre la cabeza femoral, suturándola á la cápsula para impedir de esa manera, la reascensión de la cabeza.

Viene después una época en que la resección de la extremidad superior del fémur, preocupa á innumerables cirujanos que la practican cada uno á su manera.

Ya Hüeter, como hemos visto, había dado la idea en 1870. Fué practicada por Rose (1874) sin que se conozca el resultado exacto de su operación. Le sigue Reyher (1884).

Aunque Hoffa dice que Heussner, Schüssler, y Lucke, habían ya practicado la resección en Alemania para el tratamiento de la luxación congénita, fué con la publicación de las primeras operaciones de Margary que este método de tratamiento se divulgó en todas partes.

Este cirujano comenzó sus operaciones usando el método de Hüeter con pésimo resultado, por lo cual lo reemplazó con un método propio que

fué luego imitado en varios países.

Lo que se proponía Margary con su método, era lo siguiente: 1.° disminuir la salida del gran trocanter para que la extremidad superior del fémur así acortada, pudiese ser traída hacia abajo y hacia adelante; 2.° corregir la lordosis producida por la posición posterosuperior de la cabeza; 3.° favorecer la formación de una neoartrosis, la extensión permanente, manteniendo la cabeza hacia abajo y hacia adelante.

Recomendaba su operación para después de la pubertad y solamente cuando hubiese trastornos funcionales graves.

En Italia, Lapugnani siguió la misma técnica que Margary en una primera operación. Véase el método: Incición posterior de Langenbeck — ablación de la cabeza femoral siguiendo una línea que se dirigía oblicuamente hacia el cuello; drenage y extensión con un peso de 8 kilos. El enfermo queda 4 meses en el aparato de extensión al cabo de los cuales comienza á marchar con muletas y un corset de Saint Germain.

En esta primera tentativa la escoliosis se corrigió un poco; la claudicación persistió porque el fémur ascendía á cada paso; el trocanter quedó encima de la línea de Roser Nelaton.

Visto este mal resultado, Lapugnani resecó entonces solo la mitad inferior de la cabeza para que la parte superior se colocara en la cavidad cotiloidea é impidiera la ascensión. Decapitó así

la extremidad superior, siguiendo una línea que iba de la inserción del ligamento redondo al límite de la cabeza y el cuello. La ascensión no fué tan grande: recomienda la operación para después de la pubertad y aún antes.

Motta practica también la operación de Margary pero haciendo la extensión contínua del miembro en abducción y rotación externa.

Este cirujano fundado en la observación de sus casos recomienda la operación antes de la pubertad y solamente entre 5 y 9 años.

En Francia, Vincent (de Lion) hizo una resección por el método de Ollier, obteniendo una anquilosis fibrosa con bastante buen resultado.

Moliere también en Francia y Ogston en Inglaterra, operan también según el método de Margary.

Los resultados anatómicos y funcionales de todas estas operaciones, fueron en casi todos los casos muy poco halagadores. Veamos la opinión de Hoffa que ha analizado minuciosamente los resultados de la resección efectuada por sus antecesores. En las luxaciones dobles la marcha del enfermo después de la operación ha sido defectuosa, aún con el uso de bastones: la lordosis se ha corregido á veces algo, la mayor parte de las veces, nada: el desplazamiento del fémur hacia arriba durante la marcha persiste casi siempre después de la operación. En una palabra, en las luxaciones dobles, la operación no dió ni una sola curación.

En las unilaterales el fracaso fué algo menor pero el resultado siempre malo. Los enfermos casi todos marchan defectuosamente después de la operación y se fatigan rápidamente.

No se ha corregido la lordosis sinó muy pocas veces, menos aún la escoliosis, ni el acortamiento, ni la ascensión de la extremidad superior del fémur.

Por estas razones, Hoffa no acepta la reseccion sino en los casos de artritis de la articulacion luxada.

Constatado por todos los observadores el fracaso de las resecciones, y no quedando á la mano sino medios paliativos que apenas aliviaban la suerte de los enfermos, vuelven por algún tiempo á presentarse en la mente de todos los cirujanos como un axioma indestructible, las palabras de Dupuytren en 1826: «que no había tratamiento curativo ni paliativo eficaz para la luxación congénita de la cadera».

Entre tanto y al poco tiempo, el empeño constante de los experimentadores, encamina la cuestión en una nueva vía, más racional que la seguida hasta entonces, desde que se iba en ella fundándose en los conocimientos ya más exactos sobre la anatomía patológica, y en un conocimiento por lo tanto también más exacto de las

causas generadoras de los trastornos funcionales que debían corregirse.

Comienza entonces á ensayarse la reposición sangrienta de la cabeza en la cavidad cotiloidea. Ya Poggi había efectuado una reposición sangrienta usando como tratamiento consecutivo la inmovilización y la extensión contínua durante 5 días: después muletas para la marcha y masages. El resultado fué bueno.

Sin embargo, el método no se divulga y no toma el aspecto de un verdadero método, sino con la aparición de las operaciones del Profesor Hoffa de Wurzbourg.

Este cirujano, que puede llamarse el creador del método, lo fundaba en los siguientes razonamientos:

En primer lugar, dice, no debe tentarse una operación para el tratamiento de la luxación congénita, sino se está seguro de conseguir la corrección de la claudicación y la lordosis.

Fundado en la anatomía patológica, sostiene que las deformaciones de la cabeza son mínimas hasta cierta edad para oponerse á la reducción. Que en toda operación ortopédica debe economizarse en lo posible el esqueleto á expensas de las partes blandas.

Que el único obstáculo que se opone á la reducción se encuentra en las partes blandas periarticulares retraídas.

Fundado en estos principios rechaza como no-

civa é inútil la resección y se propone efectuar para volver las cosas á su estado normal, la reposición de la cabeza femoral en la cavidad cotiloidea, tratando de llevar á la práctica los siguientes puntos fundamentales de su método: 1°. Artrotomía. 2°. Reducción de la luxación á expensas de las partes blandas que se opusieran. 3°. Agrandamiento del estilo rudimentario y 4°. Reposición de la cabeza en el cotilo agrandado.

Véase como practica el Profesor Hoffa su primera observación en 1889:

Incición posterior de Langenibeck: la piel es incindida, y la musculatura dividida en la dirección de las fibras del gran gluteo. La cápsula articular es entonces abierta en toda su extensión. A esta altura de la operación es todavía imposible hacer descender la cabeza á la altura del cotilo. Si el ligamento redondo existe, se le extirpa. Se desprenden entonces subperiosticamente todas las incersiones musculares del gran trocanter.

Hecho esto, se consigue ya seguramente llevar la cabeza á la altura del cotilo.

Efectuados los dos primeros tiempos, artrotomía y reducción, viene el 3.° agrandamiento del cotilo rudimentario para que reciba la cabeza.

Se saca del fondo del cotilo todo el tejido conjuntivo que lo tapiza, comenzando el desprendimiento por la parte inferior y posterior y en forma de una lámina que queda adherente al reborde superior del cotilo, de donde no se des-

prende. Si la cavidad aún resulta pequeña, se agranda sin temor con la cuchara cortante, hasta que sea suficiente para recibir la cabeza femoral.

4°. Reposición de la cabeza en el cotilo agrandado. Se encaja la cabeza por una fuerte extensión y abducción que se opera sobre el miembro sin que tenga una vez encajada tendencia á escaparse. Pero á veces repuesta la cabeza las partes blandas anteriores de la articulación se tendían demasiado, lo que podía facilitar la salida ulterior de la cabeza de su alojamiento. Entonces incindía trasversalmente la facia lata y los músculos retraídos por debajo de la espina ilíaca antero-inferior.

A fin de dar más apoyo á la cabeza é impedir su reascensión, la lámina que había sacado del fondo de la cavidad cotiloidea y que permanecía adherente á su borde superior, era rebatida sobre la cabeza femoral y suturada á las inserciones de los músculos desinsertados al gran trocanter.

Al fin, drenaje, sutura capa por capa, y vendaje enyesado que fijaba la pelvis y el miembro: éste en posición de abducción.

En su primer caso á los 18 días la herida estaba cicatrizada y la reparación anatómica era perfecta.

Al mes y medio se da al enfermo un aparato ortopédico y se comienza el masage y los movimientos pasivos. A los dos meses ya el enfer-

mo marcha con un aparato de Volkman. Al año se opera la otra cadera con igual método.

El resultado de este caso fué perfecto.

Encaminada asi la cuestión, la operación de Hoffa fué hecha por muchos cirujanos entre los cuales merece especial mención el Profesor Lorenz por las modificaciones que introdujo al método después de su aparición.

Habiendo observado á veces que la reducción era sumamente penosa, y estudiando la verdadera causa de ello, sostuvo que los músculos pelvi-trocanterianos, no eran los que se oponían á la reducción sino los músculos que se insertan en el isquion (biceps, semi-tendinoso y semi-membranoso, los addutores, los músculos provenientes de la espina ilíaca antero superior, (sartorio y tensor de la facia lata).

Fundado entonces en los principios que sostenía modifica el método de Hoffa, operando de la siguiente manera:

Mientras los ayudantes hacían una fuerte extensión y contraestensión, hacia la sección subcutánea de los addutores y desinsertaba de la misma manera los músculos provenientes del isquion.

Hecho esto practicaba una incisión longitudinal anterior, cortaba el tensor de la iacia lata el mediano gluteo y el sartorio, seccionaba el recto anterior por debajo de la espina iliaca antero inferior.

Llegado á la cápsula, la habría en toda su ex-

tensión, efectuando el resto de la operación (reducción, agrandamiento del cotilo y reposición de la cabeza), de la misma manera que lo hacía Hoffa.

Después de algunas tentativas en este sentido el Profesor Lorenz introduce nuevas modificaciones al método.

Probada por varios autores, la importante función de los músculos en la estabilidad y función de la costiculación operada, resuelve cambiar de sitio su incisión anterior con el objeto de ahorrar el mayor número posible de músculos, operando de la manera siguiente:

Hace primero la extensión preparatoria durante unos días. Hace entonces la operación y si la tenotomía es necesaria, la practica durante el acto operatorio con un aparato provisto de un tornillo por medio del cual la extensión puede ser graduada á voluntad.

Luego intenta por el método sangriento la reposición de la cabeza usando una incisión antero-externa entre el tensor de la facia lata y el mediano gluteo.

Veamos ahora cuales fueron las modificaciones que el Profesor Hofta hizo á su primitivo método citado antes, fundado en las observaciones muy justas de Lorenz cuando sostenía que los músculos pelvitrocanterianos no eran los que se oponían á la reducción.

El nuevo método que Hoffa, llama método Hoffa-Lorenz es el más perfeccionado de todos

los métodos sangrientos que poseemos en la actualidad.

MÉTODO HOFFA-LORENZ

Se anestesia al enfermo y se hace una rigurosa asepsia.

Una contra-extensión aséptica parte del periné.

La extensión en los niños jòvenes puede hacerse á mano; en los de más edad puede usarse el aparato á tornillo de Lorenz.

Mientras se hace la extensión, se hace una incición que parte á un centímetro del borde superior del gran trocanter y termina á 6 centímetros descendiendo: sigue el borde anterior del gran trocanter. Se incinde luego la tacia lata. Se toman con un gancho el medio y pequeño gluteo, y se tiran hacia arriba para descubrir la articulación. Se pone luego el miembro en abdución para que la cápsula se tienda bien sobre la cabeza, y se la incinde en el sentido de su largo y en toda su extensión.

Hecho ésto, ya la cabeza generalmente puede luxarse: si no se luxa, se hace á la cápsula una incisión en T ó una incisión crucial.

Luxada la cabeza, se extirpa el ligamento redondo si existe.

Se pasa entonces al importante tiempo de agrandar el cotilo rudimentario: este acto se efectúa con la cureta cortante ó con la fresa de Doyen

hasta que la cavidad quede suficientemente grande para recibir con comodidad la cabeza. Debe sobre todo tenerse cuidado en dar á la cavidad un buen reborde posterior que tendrá un papel importante en la retensión de la cabeza. La cavidad una vez agrandada debe quedar perfectamente limpia.

Una vez el cotilo en estas condiciones se pasa al acto de la reducción. Los obstáculos presentados por las partes blandas, dice Hoffa, ceden casi siempre á una extensión vigorosa no necesitándose la tenotomía de Lorenz en el hueco popliteo y que las deformaciones de la cabeza se oponen también raramente.

Cuando las deformaciones de la cabeza son muy acentuadas se la puede tallar un poco para privarla de sus irregularidades.

Hecha la reducción, se repone la cabeza en su nuevo sitio. En los niños de baja edad, basta una extensión fuerte y la cabeza es repuesta.

Otras veces se está obligado á hacer una abdución y rotación hacia adentro. A veces la reposición se hace mejor cuando se flexiona la pierna sobre el muslo, y éste sobre la pelvis; se hace entonces una fuerte extensión y rotación hacia adentro mientras se ejerce una fuerte presión sobre el gran trocanter.

Terminada así la operación se tapona la herida con gasa esterilizada. El asistente hace la extensiòn en buena posición (abducción y rotación interna), mientras se coloca una curación enyesada,

con una ventana para la curación de la herida.

La primera curación queda de 4 á 8 días: se cambia entonces la curación y más ó menos á los 15 días la herida está curada.

Viene luego el tratamiento consecutivo que es de una gran importancia.

Se trata en primer lugar de evitar las contracturas y que los músculos gluteos se conserven en buen estado, para lo cual se usa el masage y las aplicaciones de electricidad.

Después se enseña á los niños á permanecer parados solamente sobre la pierna operada; al principio tienen necesidad de apoyo, pero después lo abandonan. Se hacen más tarde ejercicios de marcha para que el niño pierda el hábito de vacilar.

Se hacen efectuar después ejercicios de abducción; los niños son acostados sobre un lado, y mientras se aplica una presión sobre la pelvis enferma, deben levantar la pierna: las primeras veces la pierna cae enseguida, pero con el ejercicio se obliga al niño á mantener el miembro un rato en la posición de abducción.

Se repiten después los ejercicios de abducción estando el niño acostado sobre el dorso y separando la pierna tan lejos como sea posible.

Suceden luego los ejercicios que tienen por fin bajar tanto como sea posible la pelvis del lado operado; estando parados los niños sobre una plancheta, deben aprender á bajar activa-

mente la pierna operada sin flexionar la otra de manera que el maleolo de la pierna enferma descienda á más bajo nivel que el del otro miembro.

Enseguida las hiperestensiones son necesarias: que los enfermos mismos traten de movilizar la articulación. Hoffa recomienda la bicicleta, asi como Lorenz, y el triciclo.

Si hubiera tendencia á la anquilosis, se suspenden los movimientos bruscos y se hace extensión durante algunas semanas.

El tratamiento consecutivo no dura más de cuatro meses.

Hoffa recomienda su operación de los tres á ocho años.

MÉTODOS SANGRIENTOS PALEATIVOS

Hoffa recomienda su método sangriento radical hasta la edad de 10 años: después de esa edad no consiguiendo ya éxito por su método recurre á operaciones paliativas.

Después de los 10 años opina que el obstáculo principal es la cápsula interpuesta entre la cabeza y el cotilo por cuya razón trata de extirparla: y encontrando que á veces la cabeza solamente deformada no toma bien apoyo sobre el hueso iliaco practica la resección de la cabeza favoreciendo la formación de una seudo-artrosis.

He aquí un resúmen de su técnica: artrotomía

por la vía lateral; se desprenden las partes blandas subperiósticamente del trocanter mayor y las inserciones de la cápsula al cuello femoral, de manera que la cabeza pueda ser luxada fuera de la herida. Con ayuda de una sonda puntuda se abraza la cabeza femoral cerca de la línea intertrocanteriana.

Se incide la parte posterior de la cápsula hasta el hueso ilíaco, se seccionan sus inserciones al borde del cotilo y se extirpan las dos láminas de la cápsula.

Así, la herida, de la extremidad superior del fémur se aplica sobre el hueso recubierto de su periosteo. Taponamiento con gasa yodoformada, extensión y aparato de yeso. Cuando el enfermo se levanta después de 4 á 6 semanas se le da un corset, se le hace masages y se le hace hacer gimnasia.

Hoffa llama á su método «método de seudoartrosis», por que se provoca una cicatrización fibrosa. Recomienda el método para las luxaciones bilaterales.

Kirminson, antes que Hofta, recomienda la osteotomía subtrocanteriana para las luxaciones, tanto dobles como unilaterales.

Usa su método para después de los 10 años, y para corregir deformaciones muy grandes, la abdución muy marcada y la lordosis. Practica una osteotomía subtrocanteriana transversal: drenar y coloca un aparato de yeso después de

haber previamente corregido la deformación.

Después Hoffa preconiza la osteotomía oblícua con el objeto, no solo de corregir la posición viciosa, sino también con el objeto de proporcionar al miembro un alargamiento que puede llegar hasta de 5 cintímetros. Opera así:

Incisión subcutánea de los abdutores tendidos, de los músculos que se insertan en la tuberculosidad del isquion, de la facia lata y de los músculos que descienden de la espina aliaca anterior.

Después incisión longitudinal en la parte externa del muslo; se secciona la facia que á menudo está muy tendida, para que se relaje y se incinde hacia fuera del vasto externo hasta el hueso.

Se desnuda el hueso á legra en todo su ancho y se separan las partes blandas para dar paso á la cisalla. Se corta el hueso oblícuamente dirigiéndose á fuertes golpes hacia el pequeño trocanter.

Cuando se ha hecho el corte completo se tapona con gasa y se aplica en la posición de abdución querida un aparato de extensión con pesos.

A los ocho días se reemplaza la extensión con un aparato de yeso hasta la consolidación.

MÉTODOS NO SANGRIENTOS

En esta vía que se inicia antes de la época de los métodos sangrientos y que trato en este lugar para mayor comodidad de la descripción los ortopedistas tratan de recurrir á métodos de reducción no sangrientas con la idea de devolver al enfermo una articulación lo más aproximada de la normal que le proporcionara para siempre una marcha sin claudicación y sin fatiga.

Recurren entonces á la extensión continua para traer por medio de ella la cabeza á la altura del cótilo rudimentario.

Jalade, Lafond y Duval los primeros intentan el tratamiento de la luxación congénita por la extensión continua y si sus resultados fueron malos, dice Lorenz, no fué precisamente por sus métodos fueron enteramente malos sino talvez por la edad avanzada á que operaron sus enfermos.

Humbert y Jacquier en 1835 hacen nuevas tentativas.

Humbert se servía para la extensión de una cama especial á la cual se adaptaban medios de extensión y contra extensión consistentes en lazos tirados por poleas y manivelas, usaba también una cintura para fijar la pelvis y hacía la exten-

sión con la rodilla flexionada tirando directamente sobre el muslo.

La extensión preparatoria era considerada como muy importante para alargar los ligamentos y romper adherencias. La extensión la hacía durante algunos meses según las necesidades de cada caso.

Cuando juzgaba la cabeza suficientemente descendida á la altura de la cavidad cotiloidea hacía la reducción por medio de un aparato que consistía en dos planchas cóncavas laterales que formaban á la pelvis una especie de canaleta y que tenían por objeto empujar poco á poco la cabeza hacia la cavidad cotiloidea. Una vez reducida la cabeza se inmovilizaba el enfermo con el fin de mantener la reducción, á veces con extensión continua y con aparatos que inmovilizaban los trocanteres durante meses ó durante un año, según cada caso particular.

Después de un tiempo si no había contranidicación, se hacía marchar al enfermo con muletas, y por último se le recomendaba el uso prolongado de una cintura especial de acero y ballenas que abrazaba el tórax, el abdómen y la pelvis y que tenía por objeto fijar los trocanteres impidiéndoles remontar.

Pravaz criticó el procedimiento de Humbert asegurando que por ese método, el autor no había conseguido una verdadera reducción de la luxación, sino que se había llevado la cabeza

simplemente á la altura de la gran escotadura ciática.

Criticó además la cintura de Humbert por la exagerada compresión que ejercía sobre el vientre.

Fundándose, sin embargo, en los mismos principios, modifica el método en 1847 y opera de la manera siguiente:

Se sirve para la extensión de un lecho que en la unión de sus dos tercios inferiores con el superior tiene un arco debajo del cual pasa el tronco del enfermo.

En el tercio superior detrás del arco hay adaptados dos ganchos que pasan por debajo de las axilas y que tienen por objeto operar la contra-extensión. A la altura de la pelvis hay dos planchas que la mantienen fija. En la parte superior tiene una gotera que abraza el miembro á la mayor altura posible: de la parte inferior de esta gotera se hace la extensión.

Para contrarrestar los inconvenientes de la posición encarga al enfermo ciertos movimientos que no interrumpen la extensión, y como de los niños pequeños no es posible esperar ésto, les da baños de aire á 12 ó 15 centímetros de posesión para activar su nutrición.

Una vez obtenida por la extensión con pesos en este lecho un suficiente descenso de la cabeza trata de reducirla por medio de una palanca especial que adapta al aparato. Conseguida la reducción, la mantiene por medio de dos planchas

concavas que se ajustan á las caderas por tornillos. En todas las anteriores maniobras se invertían de 4 á 6 meses.

Venía luego la parte que tenía por objeto dar á la articulación sus movimientos fisiológicos. Esta consistía en hacer efectuar al enfermo los movimientos de la marcha sin que el peso del cuerpo actuase sobre el miembro enfermo lo que podía haber facilitado la salida de la cabeza, de su nuevo sitio. Se valía para ello de un ingenioso aparato (charriot) en el cual el enfermo acostado efectuaba con sus piernas los movimientos propios de la marcha que trasmitidos por engranajes y ruedas hacían progresar el charriot sobre rieles. De esta manera los músculos se vigorizaban y la cavidad cotiloidea se iba ahuecando poco á poco.

Por último da al enfermo muletas; y durante todos los ejercicios el enfermo llevaba una cintura que mantenía en su sitio el trocanter.

Los resultados del método de Pravaz fueron no del todo alagadores, pues el mismo autor ha dicho que la cabeza tendía muchas veces á escaparse de su sitio.

Aunque Bouvier negara al método de Pravaz resultados satisfatorios, Gerdy acepta como exactos los buenos resultados del método, según el autor.

No se puede, sin embargo, de ninguna manera, dejar de dar una gran importancia al tratamiento

de Pravaz, que si no dió curaciones completas por lo menos dió mejorías notables sin mucho peligro para la vida del enfermo, mejoras obtenidas con un método que para su época constituía un gran adelanto y que ha sido la base de experimentaciones posteriores que han terminado con el actual método no sangriento.

Después de Pravaz, Heine, Brown (que practica como Humbert la extensión sobre los muslos). Adams y otros siguen valiéndose por algún tiempo de la extensión contínua fundándose en los mismos principios que Pravaz y cons us mismos resultados.

Se trató después de averiguar la causa de la reascensiòn de la cabeza femoral después del tratamiento, y en esta vía se llegò á la conclusiòn de quela cabeza femoral no permaneciera en contacto con el cotilo rudimentario era la posición dada á la pierna (extensión).

Se dedujo entonces que la abdución forzada dada al miembro durante el tratamiento era la posición que más favorecía el contacto de la cabeza con el hueso iliaco y por consiguiente la formación de una neoartrosis y el agrandamiento del cotilo.

Conformes con esta idea Volkman, Mòtta y Roser propusieron efectuar la extensión contínua manteniendo el miembro en abdución muy marcada para conseguir mejor resultado que Pravaz.

Se declaran de acuerdo con esta idea:

Schede, Mikulitz, Paci, Lorenz.

Schede hacía marchar los enfermos con un aparato que mantenía el miembro en abdución; Mikulitz hizo la extensión contínua colocando el miembro en una gotera sujeta á una plancha y dando al miembro la posición de abdución (congreso de Roma 1894).

Kirminson en 1898 modifica el método de Mikulitz sosteniendo que el aparato de aquel no inmovilizaba la pelvis y el tronco del enfermo usa entonces una gotera de Bonnet articulada al nivel de la cadera, que permite un movimiento de abdución al miembro, de 35°. Se practica en este aparato la extensión contínua por medio de pesos que se regulan, según la edad del niño y que pueden ir desde 500 á 2.000 grs.

Cuando la cabeza ha descendido hasta el cotilo se permite la marcha con un aparato, de cuero que abraza la pelvis y el muslo del lado enfermo, aparato que es articulado al nivel de la cadera para permitir al miembro el grado de abducción que se desea.

Con este método, Kirminson obtuvo bastantes buenos resultados con formación de una neoartrosis útil que suprime la claudicación y el acortamiento.

Recomienda la baja edad, cuando el desplazamiento es poco todavía y cuando es más una simple deformación de la cadera que una verdadera luxación. Indica de los 18 meses á los 2 ó

3 años. El método de reducción lenta ha recibido el nombre de método francés.

CAPÍTULO II

MÉTODOS NO SANGRIENTOS DE REDUCCIÓN EN UNA SOLA SECCIÓN

El método de Pravaz y de sus imitadores no tardó en ser profundamente modificado.

Los no muy buenos resultados obtenidos por este método, su larguísima duración la enorme dosis de paciencia que exigía de parte del cirujano y las incomodidades y peligros que traía aparejados para el enfermo, la larga inmovilización en el lecho, hizo que se tratara de conseguir para obviar todos estos inconvenientes la reposición de la cabeza en una sola sección.

Fué Paci (de Pisa) el primero que le cupo el mérito de bajar en una sección bajo anestesia ó sin ella la cabeza á una altura vecina de la cavidad cotiloidea y mantenerla favoreciendo la formación de una neoartrosis.

Haciendo un estudio comparativo entre las luxaciones traumáticas y patológicas antiguas y las congénitas, llegó á la conclusión de que en las últimas como en las primeras, el contacto de los huesos en sus nuevas posiciones favorecía ciertas modificaciones en sus tejidos, que teniendo

por fin acarrear la adaptación recíproca de los huesos en sus nuevas posiciones concluía en la formación de una neoartrosis.

En lo único que diferenciaba unas de otras, era el modo de producción y las diversas transformaciones de las superficies puestas en contacto; pero que una vez conseguido el acto de bajar la cabeza á la buena posición, vecina de la normal, se formaría con toda seguridad una nueva articulación.

Funda su método sobre el hecho de que el obtáculo proveniente de la musculatura y las neoformaciones oseas, debe ser vencido gracias á movimientos de palanca impresos al fémur, con lo cual se evita la tensión y contracción muscular y la resistencia de los ligamentos y se puede así traer la cabeza á la cavidad cotiloidea ó á su vecindad. Véase su método:

Anestesia clorofórmica aunque puede pasarse sin ella. Se coloca el enfermo de manera que la pelvis repose sobre el borde de la mesa de operación. Es necesario, para todos los movimientos que van á ejecutarse, una gran dulzura.

Cuatro tiempos:

Primero; el cirujano flexiona la pierna sobre el muslo, y éste sobre la pelvis hasta el límite fisiológico: la cabeza así bascula hacia abajo colocándose detrás del cotilo pero aún un poco arrriba.

Estando la pierna flexionada se hace presión sobre la rodilla para estirar y alargar los múscu-

los y ligamentos que se insertan al cuello y al trocanter.

Segundo; fijando la anterior posición se hace un lento movimiento de abducción.

Este movimiento llevará el miembro á 15 centímetros fuera del plano lateral del cuerpo y la cabeza irá entonces hacia adelante. La abducción es á veces imposible por la tensión de los abductores y las deformaciones de la cabeza debiéndose á veces renunciar al tratamiento.

Tercero; así las cosas se hace un movimiento de rotación externa que lleve la cabeza adelante y adentro. La rotación se combina á la abdución hasta que el muslo quede acostado sobre la mesa perpendicularmente al eje del cuerpo.

Cuarto; conseguida así la transposición de la cabeza se presiona sobre la rodilla hasta extender el miembro.

Como se ve, lo que hacía Paci no era una verdadera reposición sino una corrección de la mala posición de la cabeza que quedaba siempre un poco arriba y atrás del cotilo.

Inmoviliza luego la pelvis y el miembro con un aparato de yeso en la posición de extensión y rotación externa. Hace extensión contínua con pesos de 8 á 10 kilos.

Al mes, saca el yeso continuando la extensión 3 meses más, pudiendo el enfermo entonces moverse en la cama. A los cuatro meses retira los pesos y el enfermo camina con muletas. Masa-

ges y electricidad, continuando así 4 meses más para caminar recién libremente con un corset.

El método de Paci fué efectuado por Rota, Ceci, Gallozzi, Sorge, Fiorani y otros cirujanos italianos con bastantes buenos resultados.

Schede propone un método que consiste en hacer pasar la cabeza por el borde superior del cotilo.

El enfermo es colocado en un lecho especial en el cual se hace la extension tirando de polainas de cuero adaptadas á las piernas y combinadas á una contraextensión que parte del periné.

La tracción se juzga suficiente cuando el trocanter ha descendido debajo de la línea de Roser Nelaton: sino se llega á hacerlo se pone el enfermo en cama y se hace extensión contínua una ó dos semanas.

Pasado este tiempo se renueva la tracción mecánica haciendo presión sobre el trocanter para ayudarlo á descender. Conseguido el descenso necesario, se hace la abdución separando gradualmente el miembro, y al mismo tiempo se hace sufrir al muslo un movimiento de rotación interna.

La cabeza salta así el borde superior del cotilo, y colocada en su sitio el acortamiento del miembro disminuye inmediatamente.

Para mantener la reducción se usa un aparato de yeso que deja libre la rodilla (la pierna en abdución), y el enfermo puede caminar aplicán-

dole una gruesa suela al botín. Se usa un corset que munido de un aparato á tornillo hace presión sobre el gran trocanter.

El Profesor Lorenz, de Viena, preconiza desde el año 1895 la reducción anatómica en una sola sección por el método no sangriento.

Paci, en 1896, discute á Lorenz la prioridad del método, del cual este último se titula creador y á lo cual éste responde en 1897 con razones poderosas.

Cierto es que Paci fué el primero que modificó, de una manera bastante eficáz, la posición de la cabeza en una sola sección, pero también es cierto que las modificaciones introducidas á su método por el profesor de Viena han sido tan profundas que el método que este último describió puede con justicia, como todo el mundo lo llama, titularse «método de Lorenz».

MÉTODO DE LORENZ

Opina Lorenz, fundando su método de reposición de la cabeza concéntricamente á la cavidad cotiloidea, que si bien suele haber comunmente desproporción entre la cabeza y la cavidad, aquella puede, á la larga, por la presión sobre ésta, agrandarla lo suficiente.

La dificultad es bajar la cabeza á la altura de la cavidad cotiloidea, cosa que puede al fin conseguirse, una vez hecho lo cual queda por hacer

la reposición: la parte anterior de la cápsula bridando el cotilo puede después de los 5 ó 6 años oponerse seriamente, por lo cual el autor recomienda la baja edad.

Condena la rotación hacia afuera empleada por Paci, sosteniendo que es la rotación interna la que puede asegurar el contacto de la cabeza con el cotilo.

He aquí el método de Lorenz tal como lo ha ejecutado y tal como se ejecuta hoy con algunas modificaciones que luego han sido hechas á sus detalles no á su esencia.

La primera condición es bajar la cabeza á la altura de la cavidad cotiloidea por medio de la extensión mecánica, ó á mano, según las necesidades y la edad. En los pequeños niños, la extensión á mano es suficiente.

La extensión mecánica se hace con el aparato á tornillo de Lorenz que toma apoyo sobre el borde de la mesa de operación y es provisto de un tornillo con el que se puede á voluntad graduar la tracción: ésta se hace por lazos que ligan el aparato á la pierna del enfermo (cuello del pié), ó tira sobre el muslo la rodilla flexionada.

Es necesaria una contraextensión que partiendo del periné va á atarse al otro extremo de la mesa.

Cuando hay un gran acortamiento, la extensión no puede ser efectuada de una manera suficiente en una sola sección porque las traccio-

nes exageradas en estos casos pueden traer desgarraduras importantes como la del nervio ciático.

En estos casos puede suspenderse la operación para hacer una extensión contínua preparatoria en la cama durante unos ocho días después de lo cual puede ya operarse el descenso de la cabeza en mejores condiciones.

Una vez la extensión hecha hasta que el trocanter se encuentre á la altura de la línea de Roser Neleton, se encarga á los ayudantes que inmovilicen la pelvis por una fuerte presión sobre las crestas y las espinas ilíacas.

Se trata entonces de dar al miembro el grado de abdución extrema, para lo cual tomando el miembro por la rodilla se lo lleva hacia afuera.

Los músculos abdutores se tienden á veces enormemente limitando el movimiento por lo que se está á veces obligado á practicar la miorexis, que consiste en lo siguiente:

Sobre la cuerda designada por los abdutores y por debajo de la espina del pubis se ejercen con el borde cubital de la mano ó con las articulaciones falangeanas, ó con el pulgar, presiones enérgicas hasta que se siente que la cuerda se rompe formándose en el lugar de la presión una foseta.

Cuando se cree que el sartorio y el tensor de la facia lata oponen obstáculos, se puede hacer la misma maniobra debajo de la espina ilíaca

antero superior, y pueden también según los casos practicarse tenotomías en el hueco poplíteo para facilitar el libre movimiento de la cabeza. Esto último es sumamente raro.

Con las maniobras citadas, el gran movimiento de abducion es posible: se llega muchas veces á él sin la miorexis y sin las tenotomías.

Los dos actos operatorios preliminares (descenso de la cabeza y agrandamiento del campo de abdución hasta 90°), son denominados por Lorenz bajo el nombre de movilización de la cabeza femoral.

El cirujano toma entonces el miembro enfermo por el hueco poplíteo, y flexiona el muslo sobre la pelvis en ángulo recto para llevar la cabeza debojo del reborde posterior del cotilo. Se ejerce entonces sobre el muslo una enérgica tracción hacia arriba para traer hacia adelante la cabeza del fémur bajada por la flexión.

Al mismo tiempo que se lleva la tracción al grado máximo, se lleva el miembro en abdución á 90° dejando el muslo perpendicularmente al eje del cuerpo. Al mismo tiempo el pulgar de una mano ó del ayudante, hace presión sobre el gran trocanter para llevar la cabeza hacia adelante y hacerle saltar el reborde posterior del cotilo. Este movimiento de abdución debe ser ejecutado con la mayor prudencia, para evitar una fractura del fémur.

Una vez completada la abdución á 90° el salto

del reborde posterior del cotilo por la cabeza femoral se hace de una madera brusca que se traduce por un ruido particular perceptible por el cirujano y sus ayudantes, ruido que al sentirse produce el placer del triunfo y que al decir de Kirminson, á Lorenz lo exaltaba hasta el lirismo.

Inmediatamente el miembro se hace más largo á simple vista y la cabeza se encuentra en el pliegue inguinal.

Para estar seguro de que la reposición se ha conseguido, se favorece la reluxación disminuyendo la abdución y repitiendo las maniobras anteriores con los mismos signos físicos.

Lorenz hace la reposición por el reborde posterior del cotilo, porque siendo este el más elevado, proporciona signos más ruidosos que dan la certidumbre del éxito.

Cuando por las maniobras indicadas no se tiene éxito, Lorenz usa un cono que puede reemplazarse con el antebrazo.

Se coloca el cono (prisma triangular que se fija á la mesa por dos espigas) ó el antebrazo debajo del muslo y se hace ejecutar al miembro un gradual movimiento de abdución de manera que el gran trocanter tome apoyo sobre el cono ó el antebrazo; de esta manera el fémur obra como una palanca que facilita el salto final de la cabeza.

Esta maniobra se ejecutará con prudencia por-

que hace peligrar la integridad del fémur.

Manteniendo siempre el miembro en abdución exagerada puede usarse el pelvi-soporte de Lorenz que elevando la pelvis facilita la construcción del aparato de yeso á quien se encargará el mantenimiento de la reposición.

El pelvi–soporte consiste en un tallo metálico que se adapta al borde de la mesa y que lleva en su parte superior una plancha cóncava que se adapta á la parte posterior de la pelvis.

Para proteger las partes blandas se hace un previo vendaje de franela con un poco de algodón principalmente en los puntos de mayores presiones.

Se rodea con la venda de yeso, toda la pelvis hasta la espina ilíaca antelo superior y el muslo, dejando libre la rodilla.

La posición de abdución en que el aparato debe inmovilizar el miembro será entre 90° y 80°; en una palabra lo necesario para que la reluxación no se produzca.

TRATAMIENTO CONSECUTIVO

Después de la operación el enfermo queda con dolores á causa de las maniobras (coxitis) y lo hace Lorenz permanecer en el lecho hasta que esta faz dolorosa pase.

Pasada la faz dolorosa se hace marchar al enfermo hasta que el peso del cuerpo obrando sobre

la cabeza femoral favorezca el agrandamiento del cotilo. En el botín del miembro operado se coloca una gruesa suela para compensar el acortamiento que produce la posición de abdución.

El enfermo marcha con este aparato 4 ó 5 meses. En esta época el primer aparato se saca con toda precaución, se constata si la posición de la cabeza se ha conservado y se coloca un segundo aparato estando el miembro en una posición intermediaria entre la posición anterior y la extensión, y dándole un poco de rotación interna.

Con este segundo aparato el enfermo camina otros 4 ó 5 meses. Se saca entonces el segundo aparato y puede aun usarse para más seguridad aunque comunmente no es necesario un tercero con el miembro en extensión completa y que se deja unos dos meses más.

Total el tratamiento dura de 8 á 10 meses.

Sacado el yeso se comienza la gimnasia y el masage para dar á los músculos y á la articulación las funciones necesarias. Este tratamiento debe ser sumamente gradual: se comienza por movimientos pasivos de abducción con suma paciencia y suavidad. Luego vienen los movimientos activos de abdución estando el enfermo en posición dorsal y después en decúbito lateral levantando el miembro. Después movimientos de abdución estando parado el enfermo.

Se hacen después, hacer movimientos en todo sentido al miembro, se dan masages y se hacen

aplicaciones de electricidad para activar la musculatura.

Entre las modificaciones al método de Lorenz debemos citar la de Hoffa, que también ha practicado este método. Su modificación consiste en una maniobra que él llama «maniobra de la bomba», que tiene por fin facilitar la reposición, y que consiste en hacer ejecutar al miembro colocado en actitud de flexión en ángulo recto, abdución y rotación externa, movimientos alternativos de flexión y extensión, que llevan el muslo en flexión de 180° contra la pared lateral del tórax, para traerlo enseguida en ángulo recto al mismo tiempo que por una presión sobre la rodilla se tiende á exagerar la abdución. Esta maniobra tiene por resultado distender la parte anterior de la cápsula. Hoffa usa para el mantenimiento, la abdución media y la rotación interna.

Langue da gran importancia á la tenotomía y á la posición de rotación interna para mantener la reducción. Prolonga el tratamiento por el uso de una cintura que impide la reluxación.

Broca no hace la extensión contínua sino después de 5 ó 6 años, ó cuando no se ha tenido éxito con otros medios: no se sirve del aparato á tornillo de Lorenz, sino cuando hay grandes dificultades y tampoco se sirve del cono. Prefiere

para la mantención de la reducción, una posición indiferente y aun la rotación externa.

Deja en su lugar el primer aparato dos ó cuatro meses al máximun, y se inclina á creer que es mejor dejar al niño en cama unos 2 ó 3 meses, antes de que camine.

Brun modifica el método de Lorenz principalmente en lo que se refiere al mantenimiento de reducción. Coloca el miembro en un aparato de yeso que se extiende desde la base del tórax ó un poco debajo hasta la mitad de la pierna; ésta siendo flexionada en ángulo recto sobre el muslo. Antes que se seque el yeso apreta con el dedo sobre el gran trocanter para que la depresión endurecida que se traduce por una cúpula hacia adentro sirva para mantener el gran trocanter.

No hace marchar al enfermo luego que ha pasado la faz dolorosa, sino que lo mantiene en cama durante el tiempo del primer aparato y aún algún tiempo después, por considerar la marcha peligrosa para la estabilidad de la cabeza en su sitio.

Kirminson no hace la extensión preparatorio; no usa el aparato á tornillo; no hace tenotomías ni miorexis, porque las cree, no sólo inútiles, sino nocivas.

Véase como opera: después de anastecia, flexión á fondo del muslo sobre la pelvis para llevar la cabeza hacia atrâs: repite varias veces la flexión.

Luego abdución no llevada muy lejos y hecha con suma suavidad. En seguida movimientos de circunducción pueden ser útiles para romper adherencias.

Movilizada así la cabeza tienta la reducción haciendo saltar la cabeza por el reborde inferior del cotilo, para lo cual hace una rotación hacia afuera y una ligera abdución; la cabeza se repone con un ruido particular.

Mantiene la reducción como Lorenz en abducción extrema, y el enfermo guarda 2 meses de cama después de la operación. Se renueva entonces el aparato colocando la pierna en abducción media y comenzando entonces la marcha.

Judet que ha observado que en el tratamiento de Lorenz las transposiciones hacia adelante de la cabeza son muy frecuentes como consecuencias del tratamiento ha concluido que la primera posición es defectuosa, y lo es también la manera de colocar el aparato de yeso para mantener la reposición.

Resulta que en la primera posición de Lorenz el muslo en abdución á 90° hace que la cabeza no se encuentre con su centro frente al centro del cotilo, sino mirando un poco adelante.

Que por el hecho de la abdución extrema y la saliencia hacia adelante de la cabeza la parte anterior de la cápsula se encuentre sumamente distendida.

Que los músculos que se insertan en la espina

ilíaca, antero-superior, se han retraído dùrante la abdución.

Ahora bien: al pasar el miembro de la primera á la segunda posición de Lorenz, la cápsula en su parte anterior distendida se relaja y los músculos retraídos durante la abdución (músculos de la espina alíaca, antero-superior) tienden á llevar la cabeza hacia arriba y hacia adelante aprovechando la laxitud de la parte anterior de la cápsula.

Por todas estas razones y porque considera que la cabeza puede reluxarse en el momento de colocar el yeso según el método de Lorenz y esto sin que el cirujano se aperciba, Iudet, modifica el método en la siguiente forma:

Usa la posición de abdución de este modo: el ángulo del muslo con el eje del cuerpo es siempre de 90°, pero en lugar de hacer reposar el muslo sobre el plano de la mesa, lo coloca en una posición intermedia formando con ella un ángulo de 45°. La cabeza de esta manera no mira adelante, sino adentro, su centro quedará en contacto con el cotilo, y la parte anterior de la cápsula no se estirará demasiado.

Para evitar la reluxación durante el vendaje de yeso usa su pelvi-fijador.

Este aparato consta de una plancha sobre la cual reposa la cabeza y el dorso del enfermo.

De un pelvi-soporte como el de Lorenz. De este pelvi-soporte parte para un lado un tallo

horizontal que sostiene un botín y una gotera para el miembro enfermo.

A un lado del pelvi-soporte una cuchara fenestrada que puede aplicarse al gran trocanter é impedirle remontar.

Fijada así por la inmovilización de la pelvis, de los miembros y del gran trocanter, la reposición, se hace el vendaje de yeso y se retira después de seco por la hendidura perineal la cuchara que retenía el gran trocanter.

El aparato de yeso permanece en su sitio 5 ó 6 meses estando el enfermo en el lecho. En esta época se saca el aparato no usándose ya otro y quedando el enfermo todavía un mes en cama.

Durante un mes ó más se dan masajes y después de constatar por la radiografía la permanencia de la corrección, se permite la marcha.

CAPÍTULO III

CONCLUSIONES

Después de haber pasado en revista los diversos modos de tratamienso de la luxación congénita de la cadera, trataremos en este capítulo de examinar esos métodos para llegar á la elección del modo de tratamiento que convenga según los casos.

Veamos ante todo las condiciones que creemos

debe llenar todo buen tratamiento de la afección que nos ocupa, para que este pueda llamarse radical y racional.

Como consecuencia del método usado debe conseguirse la corrección del acortamiento del miembro, de la claudicación, de la lordosis ó escoliosis compensadora y la supresión de la fatiga.

El éxito en la corrección de los mencionados trastornos, es lo que se llama un buen resultado funcional.

Ahora bien: una condición es ineludiblemente necesaria, para llegar á ese buen resultado funcional, y esa condición es el buen resultado funcional.

En efecto, la lordosis producida por la posición hacia atrás y arriba de la cabeza, la claudicación producida por el acortamiento del miembro estando la cabeza desplazada y por la ascensión á cada paso de la cabeza á causa de sus imperfectos medios de fijeza: la fatiga que de lo anterior se deduce y que es producida por los grandesdes balanceos del enfermo durante la marcha y por las violentas y contínuas contracciones musculares que se ve obligado á efectuar para proporcionar de esta manera un apoyo indirecto y artificial á la cabeza que tiende á remontar, son todos trastornos que como se ve tienen una génesis única, la defectuosa posición de la cabeza femoral.

Es entonces el trasporte de la cabeza al cotilo

rudimentario ó al lugar que debiera ocupar si no existiera, un tiempo indispensable.

Pero conseguir el descenso de la cabeza á la altura del cotilo rudimentario no es asunto que haya opuesto mayores obstáculos á los cirujanos que casi siempre lo han conseguido por diversas maniobras sangrientas ó no sangrientas y con mayores ó menores dificultades.

Bajada la cabeza y puesta en presencia del cotilo, para que el resultado anatómico que con ello se ha conseguido sea bueno, es necesario que sea duradero para que de él puedan desprenderse buenos resultados funcionales.

Los obstáculos verdaderamente serios que para esto se han encontrado son dados por las lesiones anatomo-patológicos de la afección, y he aquí lo que dice actualmente esta materia: que la cavidad cotiloidea existe al estado rudimentario cubierta de tejido conjuntivo, con sus bordes ausentes ó deformados y que esta cavidad á veces no existe. Que á veces el cotilo en lugar de mirar abajo y afuera, mira abajo y adelante.

Que el cuello femoral, está formando ángulo recto con el fémur y á veces en anteversión.

Que la cápsula se encuentra alargada, tabicada y cubriendo el cotilo vacío. Que los músculos del muslo paralelos al fémur se encuentran retraídos y los pelvi-trocanterianos alargados. Y por último que todo esto mínimo ó poco apreciable enseguida del nacimiento, se acentúan y

completa por lo edad y la marcha del enfermo.

Mantener, pues, la cabeza en un cotilo que no puede abarcarla por su pequeñez: mantener una cabeza deformada y grande en el mismo cotilo pequeñoy que á veces mira abajo y adelante; luchar contra la musculatura del muslo que por su retracción adquirida tiende constantemente á llevar hacia arriba la extremidad superior del fémur, son, pues, puntos sumamente esenciales.

Resalta así á primera vista la importancia del tratamiento post-operatorio (principalmente la posición á dar al miembro); del tratamiento consecutivo, que dará á la articulación nueva las funciones necesarias y de la edad, pues los elementos contra que hay que luchar aumentan con ella.

Analicemos ahora los diversos modos de tratamiento.

Las operaciones practicadas por los primeros cirujanos que se han ocupado de la materia (Guerin, Corridge, Brodhurst), se fundaron sobre conocimientos defectuosos de anatomía patológica é inculpando á los músculos pelvi-trocanterianos los obstáculos á la reducción, practicaron tenotomías inútiles y nocivas.

El método de resección de la cabeza usado por Margary y sus imitadores, se fundó también en falsos datos anatomo-patológicos de que la cabeza femoral por su deformación se oponía á la reducción, contribuyendo á este error la edad

de sus enfermos. El acortamiento tampoco se corregía desde que por el hecho de la resección se producía un acortamiento absoluto del fémur. Los resultados fueron así malos.

El método primitivo de Hoffa, como ya hemos visto, fué tambien malo, por falta de conocimientos anátomo-patológicos seguros; y es necesario llegar á Lorenz con sus modificaciones al método de Hoffa, y á éste nuevamente implantando con las modificaciones de Lorenz el método Hoffa-Lorenz, para encontrarnos recién en presencia de un método verdaderamente racional y radical.

Veamos los resultados obtenidos con este método sus ventajas é inconvenientes.

Hoffa, con 248 casos ha deplorado 7 muertes debidas á la operación; pero en los 132 últimos casos no ha deplorado ninguna.

De los 132 últimos casos eran 82 luxaciones unilaterales y 25 bilaterales. En las primeras el resultado fué un ideal bajo el punto de vista funcional y anatómico, 35 veces. En los otros el resultado fué bueno en el sentido funcional, la posición de la cabeza no era irreprochable y la movilidad no absolutamente libre.

Sin embargo, la marcha de los niños era bastante buena no notándose la menor claudicación, 6 veces ha visto anquilosis. En 4 casos transposiciones de la cabeza.

En los bilaterales en 14 casos solamente ha obtenido buen resultado. En 4 casos el resultado

era bueno de un lado, malo del otro.

Lorenz que también ha efectuado la operación ha obtenido, en cambio resultados muy poco satisfactorios, observando muertes, anquilosis, actitudes viciosas después de la operación, recidivas y fracturas del fémur. Lo interesante en las estadísticas de Lorenz es que los resultados peores se han observado, sobre todo, en niños de muy baja edad.

Pero si es cierto que Lorenz obtuvo muy malos resultados no han sido así los de todos los cirujanos que han practicado este método, y las estadísticas de todos coinciden más ó menos con la de Hoffa.

Puede concluirse entonces que el método Hoffa-Lorenz, es un método racional y radical.

Los resultados anatómicos son buenos, desde que la cabeza se traslada á su sitio normal, á una cavidad cotiloidea agrandada y hecha útil para recibirla, y desde que se forma una nueva y buena articulación que fija definitivamente la cabeza: la radiografía lo ha probado.

Téngase en cuenta que digo que el resultado anatómico es *bueno*, porque en realidad no es perfecto; la anatomía patológica da la razón de ello.

En efecto, el cuello femoral se encuentra sumamente acortado; el ángulo que forma con el eje del fémur es recto ó vecino de él y el borde superior del trocante se encuentra por enci-

ma del punto culminante de la cabeza; el fémur entero es más corto que el sano.

Como se vé estas malformaciones no las corrige el método Hoffa-Lorenz, y por lo tanto el resultado no puede ser perfecto en el mejor de los casos.

Así el acortamiento no puede ser completamente corregido por la deformación del ángulo del cuello y el poco largo del hueso.

El movimiento de abdución se encuentra algo limitado pueto que siendo el cuello femoral más corto que al estado normal y formando un ángulo más cerrado con el fémur, este choca más rápidamente por su gran trocanter con el hueso ilíaco en el movimiento de abdución, que en un miembro normal.

No se desprende, sin embargo, de la no absoluta perfección del resultado anatómico y funcional que el método sea malo. A pesar de todo el acortamiento es poco y el enfermo lo compensa bien; la clavdicación se corrige y la fatiga no molesta al enfermo. Los operados con estos resultados no presentan en su marcha anomalías perceptibles á la vista.

Por otra parte, el tratamiento consecutivo que hemos descrito, conducido con prudencia y método, da al enfermo una articulación móvil y vigorosa. El tiempo empleado en el tratamiento no es más largo que para el método no sangriento.

Examinemos sus inconvenientes:

Fuera de los casos en que el resultado anatómico y funcional no es bueno por diversas causas, encontramos dos grandes inconvenientes que ellos solos han llegado en nuestros días á colocar en segundo rango el método Hoffa-Lorenz:

Son la anquilosis y la muerte.

La anquilosis es una de las consecuencias más desastrosas de la operación que condena al enfermo á un mal peor que el que tenía principalmente si se produce en ambos lados.

Lorenz y todos los cirujanos la han observado repetidas veces. Hoffa dice, sin embargo, no haberlas visto nunca por debajo de los 8 años.

En lo referente á los casos de muerte, véase la estadística de algunos cirujanos:

Brandford	50	operados	3	muertos
Gibney	6	»	2	»
Kirminson	28	»	3	»
Broca	39	»	3	»
Hoffa	200	»	7	»
Lorenz	280	»	4	»

Los casos de muerte han sido siempre producidos por la infección de la herida y la septicemia consecutiva.

Nada más apropiado, en efecto, que la puerta abierta por el método á la infección. El avivamiento de las superficies oseas, la abertura de la cápsula y la mortificación de los tejidos debi-

da á las maniobras necesarias, son causas que no pueden menos que favorecer la pululación de los gérmenes.

Verdad es que Hoffa recomienda como condición indispensable el uso de una rigurosa asepsia.

Verdad es también que en nuestros días se está por los progresos de la asepsia y antisepsia, en el derecho de decir que todo cirujano que siga los severos preceptos de una y otra, no tendrá nunca el desagrado de ver supurar sus heridas operatorias. Pero si esto es verdad en teoría, está muy lejos de ser una realidad en la práctica.

Los casos no son muy numerosos, pero los pocos que se producen y el buen terreno que para ellos presta la herida operatoria, hacen peligrosa la operación.

Dice Lorenz que las operaciones ortopédicas no deben nunca ofrecer serios peligros de muerte, para que puedan constituir métodos de elección.

Examinemos los métodos no sangrientos.

Los métodos de reducción lenta (método francés), desde el de Pravaz hasta el de Kirminson, no han sido, en una palabra, métodos del todo malos como ya lo hemos visto. Lo que ha he-

cho que se les abandone, ha sido su larga duración y las costosas maniobras que necesitan. Sus resultados, dice Lorenz, no han sido exactos porque no puede confiarse á la extensión la colocación de la cabeza en el cotilo cosa que es solo del patrimonio de las maniobras manuales.

El método de Paci no fué radical aunque sus resultados no fueron tan malos.

Por último el método de Lorenz ha venido con sus notables resultados á satisfacer en nuestra época á todos los cirujanos.

Mi método es un método radical, dijo Lorenz, y no paliativo, desde que la cabeza repuesta en su verdadero sitio, proporciona al enfermo una articulación perfecta bajo el punto de vista anatómico y funcional.

Estudiemos si su aseveración fué exacta: las ventajas é inconvenientes de su método.

En una estadística del autor de 360 casos, no ha conseguido la reducción 22 veces. 15 veces la luxación se ha reproducido y lo que más ha observado es la trasposición hacia adelante. Sobre 135 casos con radiografía ha obtenido 56 casos dudosos y 79 resultados anatómicos perfectos.

Como se ve los resultados anatómicos no han sido siempre exactos y por esta razón Kirminson ha atacado el método de Lorenz. La radiografía ha venido con él, en efecto, á echar por tierra las primeras afirmaciones del Profesor

de Viena de que su método era radical y no paliativo.

Las transposiciones anteriores de la cabeza sobre todo, como Lorenz, mismo lo ha visto, han sido observadas muy comunmente por todos los cirujanos que han practicado el método.

De manera que si es cierto que si muchas veces la cabeza se repone en su verdadero sitio, muchos son los casos en que su posición está solamente corregida.

Como prueba del resultado anatómico anotado véase una estadística de Hoffa sobre 64 casos, de los cuales 42 unilaterales y 22 bilaterales: la edad variaba de 2 á 8 años.

De los 42 primeros fué fácil la reducción no así la contensión pues solo persistió en 4 casos: de estos 4, 3 resultados funcionales muy buenos; el otro malo. Tuvo 25 transposiciones adelante y arriba; y 11 hacia adelante y al lado de la espina ilíaca antero-inferior.

En las 22 bilaterales jamás obtuvo persistencia de la reducción de los dos lados, 4 veces reducción de un lado y transposición del otro: 3 veces recidiva doble: 15 veces transposición de los dos lados. Los resultados funcionales de los casos de transposición, sin embargo, no eran malos.

Accidentes que han sido observados:

Las fracturas del cuello femoral han sido vistas 10 veces por Lorenz en sus primera opera-

ciones. Dice Berger que él las ha visto producirse solo cuando se hace una abdución muy forzada y se usa demasiado y con poca prudencia del cono y de la maniobra de bomba.

Se han observado también fracturas de la rama horizontal del pulvis y el arrancamiento de la espina ilíaca antero-superior: paralisis del ciático y crural que por otra parte se han visto casi siempre curar. Hoffa ha observado desgarraduras de las partes blandas, (vulva y uretra), y hematomas superadas de la región de los addutores.

Narath cita la producción de hernias crurales.

Se ha observado también la gangrena del miembro por compresión de los vasos femorales por la cabeza femoral en el pliegue inguinal.

Los accidentes citados y los no siempre exactos resultados anatómicos, no aminoran, sin embargo, en nada los méritos del método de Lorenz.

Los accidentes se notan hoy poco: pueden ser suprimidos si el cirujano obra con la debida dulzura, prudencia y circunspección.

El hecho de que el método, no lleve consigo peligros de muerte, le da su gran supremacia sobre el método sangriento.

Los resultados funcionales á pesar del común defectuoso resultado anatómico, son, sin embargo, suficientemente buenos.

La lordosis se corrige, el acortamiento no se

apercibe, la claudicación y la fatiga desaparecen. Hay que tener en cuenta como para el método sangriento, que las lesiones anatomopatológicas, que el método no corrige, contribuyen también en algo al defectuoso resultado anatómico.

El tratamiento post–operatorio, (posición del miembro en abdución) con las modificaciones que hemos visto y el tratamiento consecutivo también con algunas modificaciones ya anotadas, han sido aceptados por todos los cirujanos quienes en todas sus estadísticas, (que por su longitud no se citan en detalle en este corto trabajo), demuestran haber palpado los buenos resultados del método. El tiempo empleado en la curación no es más largo que aquel del método sangriento.

Podemos por tanto concluir que el método de Lorenz si no es siempre perfectamente radical, es un método que llena suficientemente las condiciones exigidas para el tratamiento de la luxación congénita de la cadera.

Los métodos sangrientos paliativos, osteotomía subtrocanteriana transversal de Kirminson, y oblícua de Hoffa, han dado buenos resultados en manos de sus autores y de todos los que la han practicado. Son métodos que bien practicados llenan perfectamente las necesidades á que se les destina, proporcionando al enfermo, cuando ya los métodos radicales no están indicados, sino un miembro perfecto, por lo menos, útil.

Por último el uso de cinturas y corset, en una palabra, de aparatos destinados á aliviar solamente los trastornos funcionales no puede del todo deshacerse, desde el momento que el enfermo se presenta al médico, muchas veces en condiciones tales que ningún otro método es posible.

Podemos entonces concluir que el método de reducción no sangriento en una sola sección de Lorenz, es el método de elección en el tratamiento de la luxación congénita de la cadera.

Pero este método, como hemos visto, puede á veces por diversas causas no tener éxito. En este caso no queda á la mano del cirujano otro método radical que el de Hoffa–Lorenz.

Dos asuntos se presentan entonces á la consideración del cirujano: el peligro de la operación y el pervenir del enfermo. Del primero hemos ya hablado. Respecto al segundo, es necesario convenir que el enfermo atacado de luxación congénita de la cadera, no está seguro de pasar una vida que pueda llamarse siquiera llevadera. Su articulación enferma puede hacerse el sitio de una artritis; las deformaciones, la abdución, la lordosis, la fatiga, pueden llegar á un grado tal, que inutilicen al sujeto, que á expensas de su vida vejetativa vivirá, completamente inapto para la vida de relación.

Creemos entonces, que no teniéndose éxito con el método de Lorenz, puede tentarse el método

Hoffa-Lorenz, prefiriéndose hacerlo á pedido especial de la familia del enfermo y sentando de antemano las reservas necesarias.

Cuando el enfermo se presenta á una edad avanzada para que sea pasible de una operación radical y presentando trastornos funcionales grandes, por deformaciones y actitudes viciosas, creemos que los métodos de osteotomía subtrocanteriana citados están indicados y pueden dar buenos resultados.

Si por razones que pueden ser múltiples, ningún método tiene aplicación no queda otro remedio que contentarse con el uso de cinturas y corsets que al fin pueden prestar alguna ayuda al enfermo.

En lo que se refiere á la práctica del método de Lorenz (no sangriento), creemos lo siguiente: que el uso del pelvificador, no es de ineludible necesidad. Hemos visto hacer buenos aparatos de yeso, que han mantenido bien la reducción siempre y con el solo uso del pelvi soporte.

Que la posición de abdución á dar al miembro después de la operación, para que la reducción se mantenga, no debe estar sujeta á reglas fijas: la anatomía patológica de la afección está sujeta á variaciones, y por consiguiente un grado de abdución que es suficiente en unos casos, no lo es en otros. Por consiguiente el cirujano ayudado por la radiografía previa y por pruebas durante la operación, colocará el miembro en el grado

de abdución que juzgue necesario para el mantenimiento de la reducción.

En cuanto al grado de rotación interna, deberá uno sujetarse también y por las mismas razones, á las necesidades de cada caso.

Creemos también que es conveniente dejar al enfermo en cama durante todo el tiempo del primer aparato: con esta condición es que se observan los mejores resultados. El aparato de yeso debe tomar hasta la mitad de la pierna.

Que el tiempo que el enfermo debe permanecer con su primer aparato no debe estar sujeto á reglas fijas.

Lo más prudente nos parece sacar el primer aparato al mes y medio ó dos meses después de la operación y constatar el estado de la articulación.

Si la reducción se conserva bien, si no hay tendencias á la anquilosis, ni á la reproducción de la luxación, se harán masages suaves un día ó dos y llevando suavemente el miembro á la abdución media se colocará el 2.° aparato.

Si hay tendencia á la anquilosis se movilizará un poco la articulación, pudiéndose cuando se tenga necesidad de pasar varios días entre el acto de sacar el primer aparato y colocar el 2.°, usar para el mantenimiento una gotera de latón.

Si después de retirar el 1.er aparato hubiese tendencia á la reproducción de la luxación, se repondrá inmediatamente el aparato, y previa

una nueva reducción si la reluxación se ha hecho.

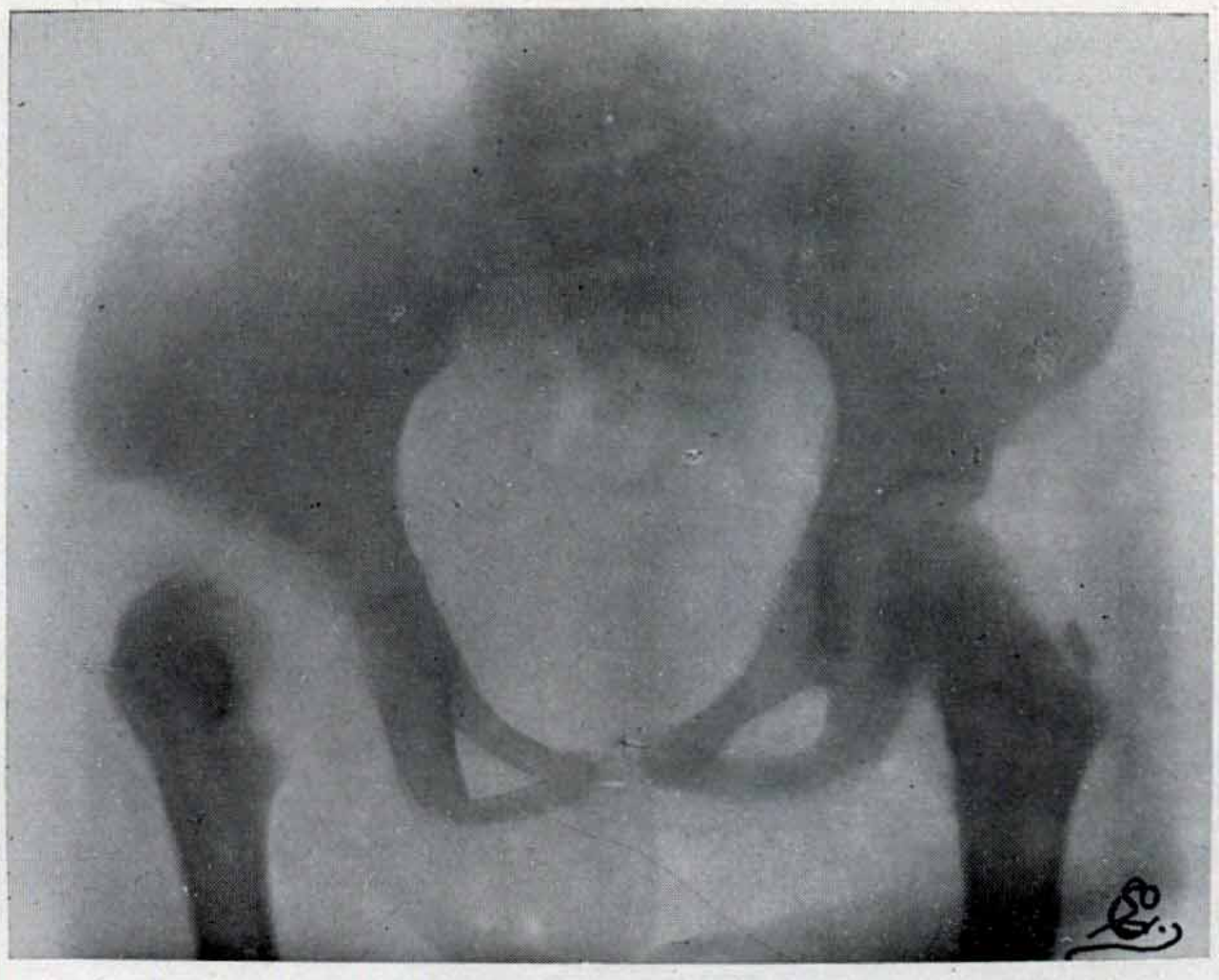
Obrando de esta manera, la estadía en el primer aparato puede á veces acortarse mucho.

Durante el tiempo del 2.° aparato, el enfermo puede caminar; la duración del tiempo que en él puede estar, creemos, también que debe variar según las necesidades de cada caso, sujetándose á las mismas variables reglas enunciadas.

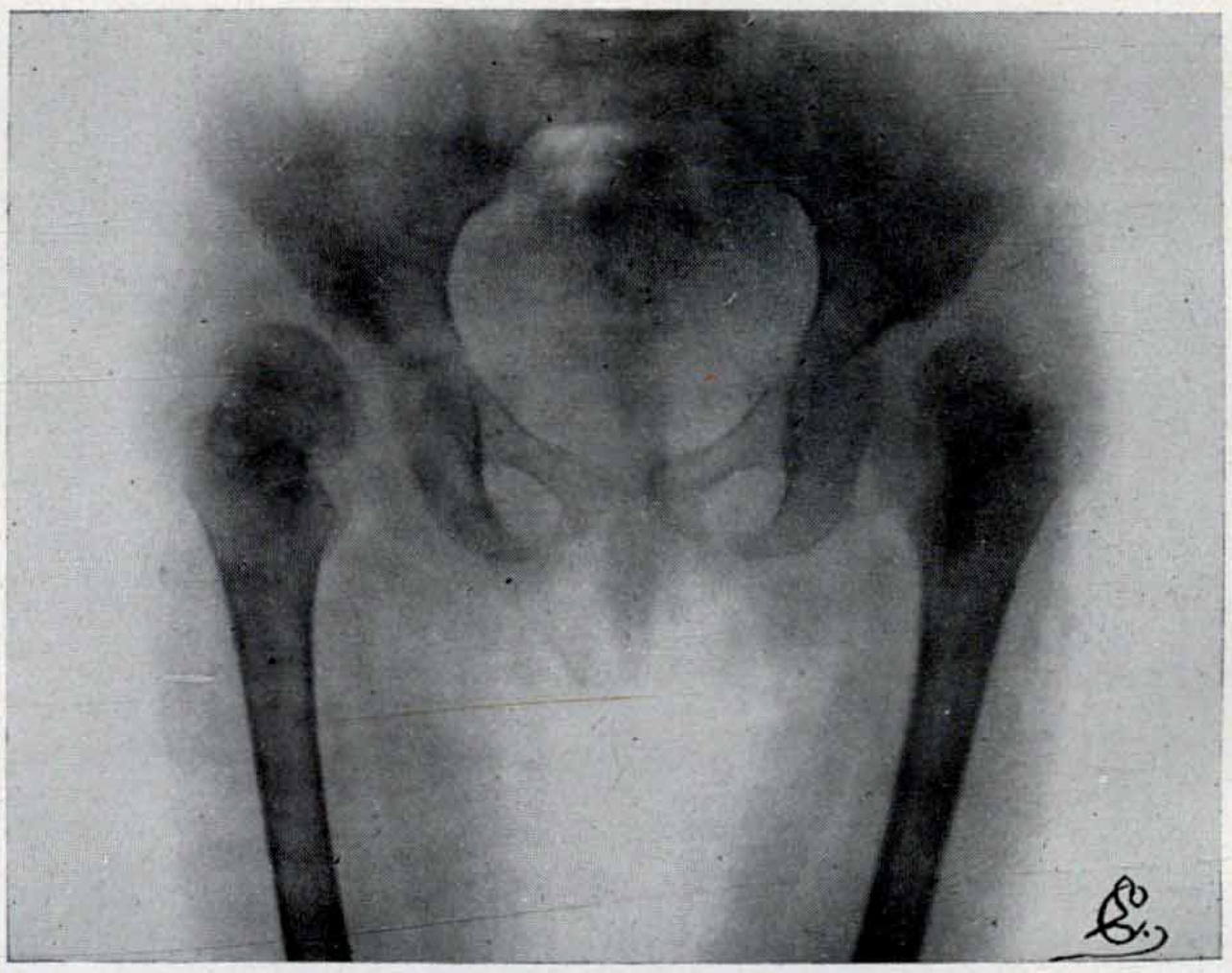
En una palabra sujetando la práctica del método de Lorenz, al criterio del cirujano, criterio que se edificará, con los elementos que proporciona, la observación constante de la evolución del proceso curativo, creemos que es como este método puede dar buenos resultados.

Para terminar, describo á continuación cuatro observaciones con sus respectivas radiografías, que dan una prueba de la eficacia del método de Lorenz.

Pertenecen al servicio de los Dres. Máximo Castro y Marcelo Viñas, del Hospital de Niños.



ELVIRA CHARLETTI



ELVIRA CHARLETTI

LUXACIÓN CONGÉNITA DOBLE (CURADA)

I

Elvira Charletti — Edad 5 años — Luxación doble

Antecedentes: Sin importancia.

Enfermedad actual — Desde que comienza á caminar los padres notan que lo hace balanceándose.

Estado actual — Niña bien desarrollada — Panículo adiposo y esqueleto bueno, piel y mucosas bien coloradas.

Deformación y marcha clásica — Ambas cabezas se palpan debajo y detrás de la espina ilíaca ant. superior, (variedad ilíaca anterior y superior).

La cadera derecha tiene la deformación más acentuada y en este lado el trocanter está á 2 1/2 ctm. de la línea de R. Neletón. Al otro lado á 2 ctm. — Acortamiento de un ctm. entre los maleolos internos. Hay bastante excursión de la extremidad superior del fémur.

Operación Febrero 13 — Anestesia y maniobras de Lorenz: no es necesario la miorexis y maniobra de bomba — Primera posición de Lorenz para ambos lados.

Febrero 14 — Grandes dolores, inquietud y equimosis de la región genital. Se recorta en aparato y en Febrero 15 los trastornos dolorosos desaparecen.

Marzo 1.° — Se cambia el enyesado por uno de latón por escara posterior. Se hacen curaciones.

Abril 6 — Nuevo aparato en 1.ª posición — Mayo 29, 2.ª posición — Julio, aparato de latón en 2.ª posición.

En esta fecha pasa á la Casa de Aislamiento por una escarlatina.

Se le ve en Febrero 7 del año siguiente y el resultado es bueno.

II

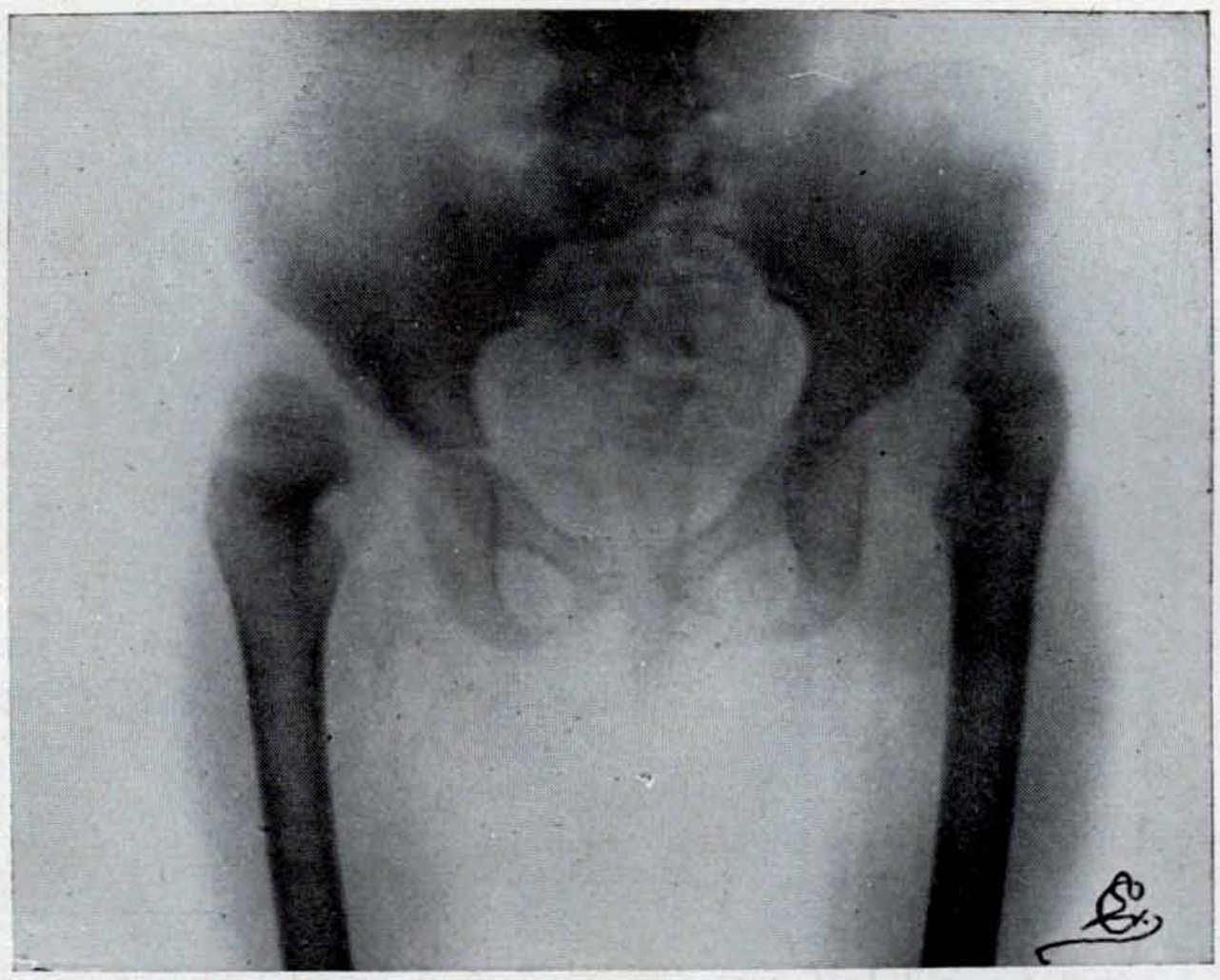
Inés Tordella — 3 1/2 años — Luxación cadera izquierda

Antecedentes:: Sin importancia.

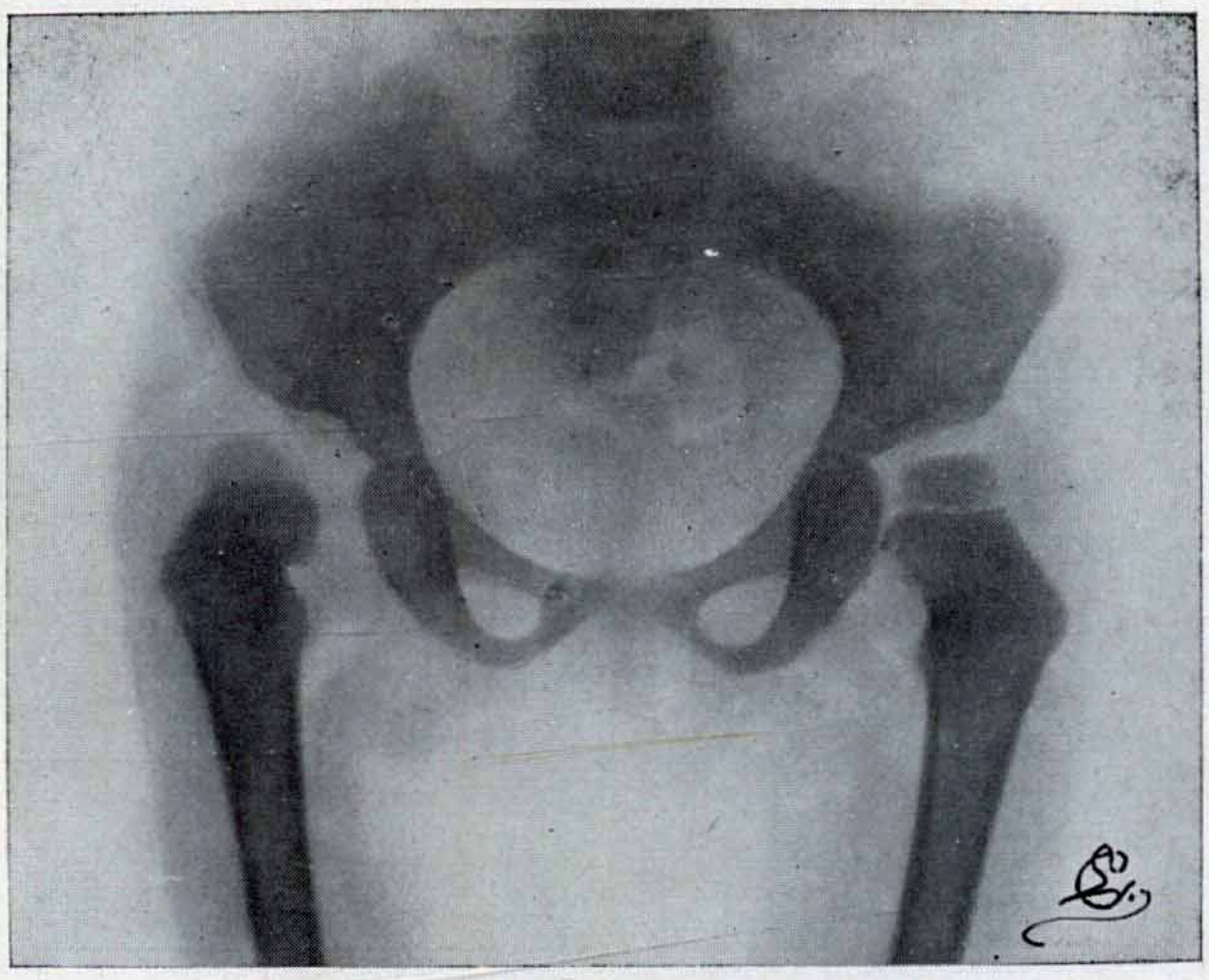
Enfermedad actual — La familia la presenta al servicio porque desde que camina lo hace rengueando.

Estado actual — Niña bien desarrollada, esqueleto y panículo bueno — La pierna izquierda presenta 2 ctms. de acortamiento — 2 1/2 ctms. de atrofia en la pantorrilla y 1/2 en el muslo — La cabeza se palpa en la fosa ilíaca arriba y atrás — Pliegue inginal menos marcado que al otro lado — Pliegue glúteo del lado enfermo más alto — El trocanter 2 ctms. arriba de la línea R. Nelaton. Hay un poco de excursión, movimientos articulares regularmente libres. Marcha con claudicación. La radiografía mostró anteversión de la cabeza.

Julio 27 — Maniobras de Lorenz y 1.er aparato.

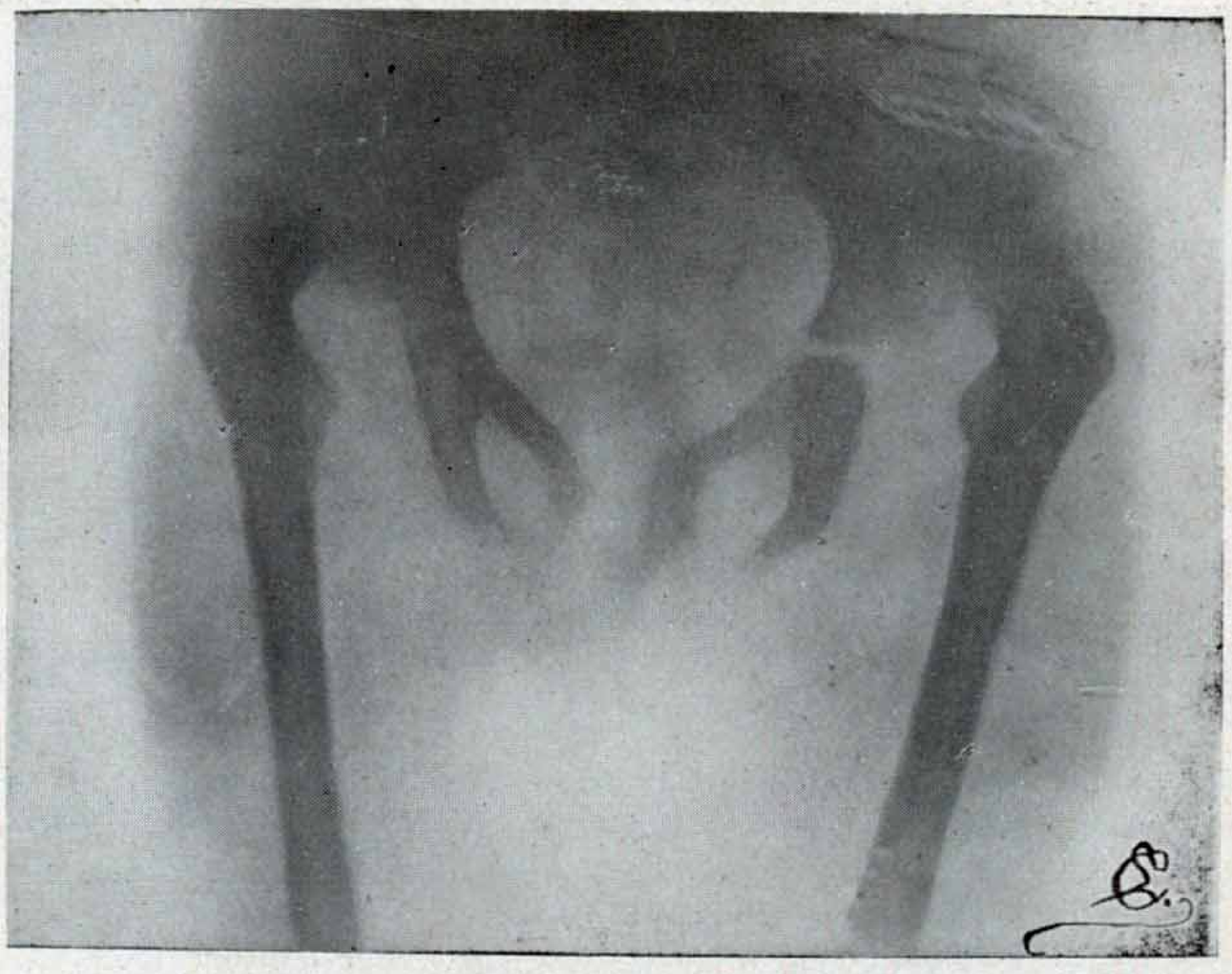


INÉS TORDELLA

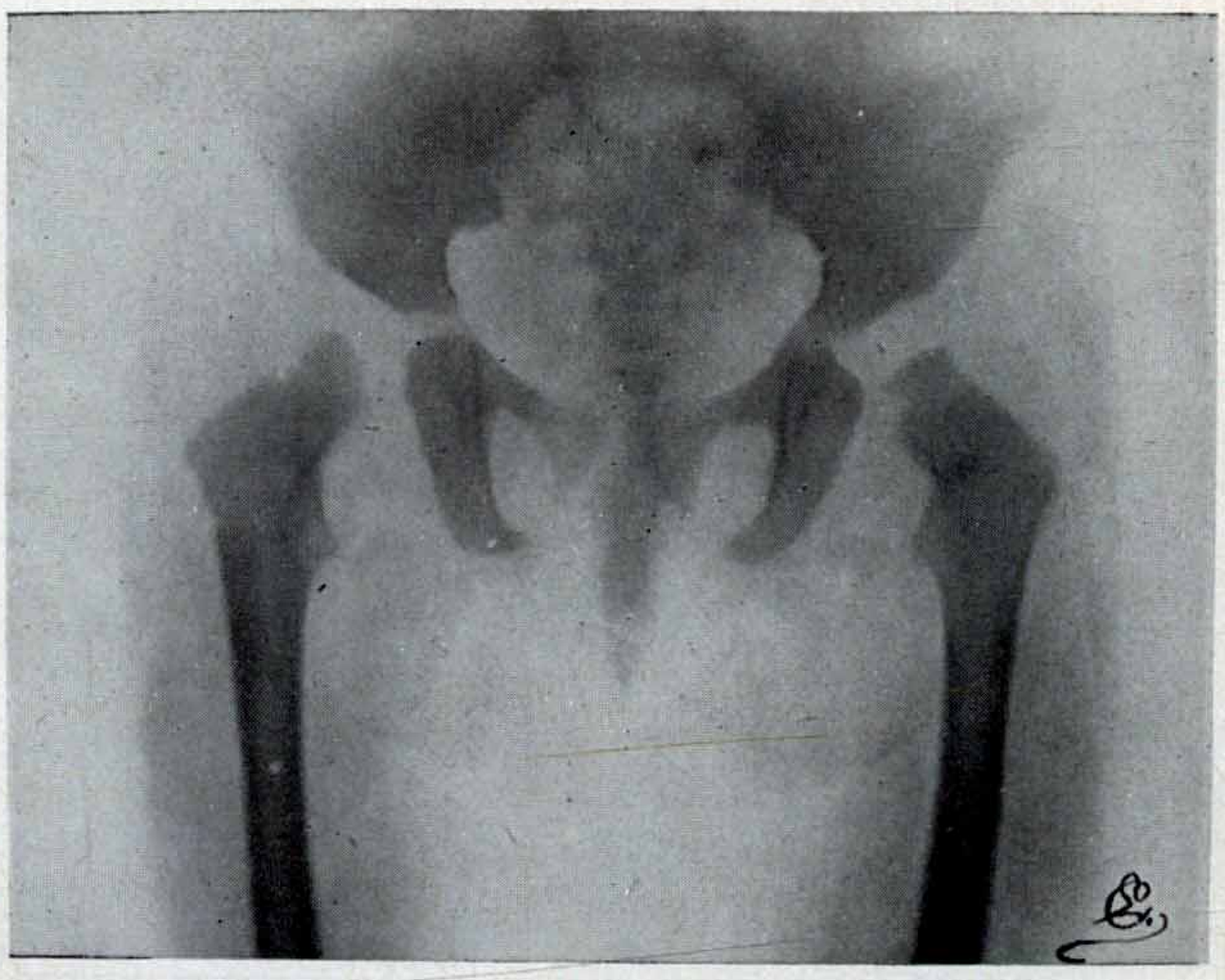


INÉS TORDELLA

LUXACIÓN CONGÉNITA CADERA IZQ. (CURADA)



SANTINA BALLARTIGARA



SANTINA BALLARTIGARA

LUXACIÓN CONGÉNITA DOBLE (CURADA)

Setiembre 15 — Se saca el yeso: está muy bien — Se dan masages y en Setiembre 27, 2.ª posición.

Octubre 27 — Se retira el 2.° aparato — La posición es buena — Masages y el 5 de Diciembre, alta.

Al tiempo se la vuelve á ver y el resultado continúa exacto.

III

Santina Vallartigara — 6 años — Luxación doble

Antecedentes: Sin importancia.

Enfermedad actual — Desde que camina tiene claudicación.

Estado actual — Niña bien desarrollada en buen estado general: piel y mucosas bien coloreadas.

Marcha característica — La cabeza se palpa en la fosa ilíaca hacia atrás y hacia arriba — Ambos trocanteres por encima de la línea de la línea de Roser Nelaton — Posición de abdución — Pliegues glúteos ascendidos.

Febrero 5 — Maniobras de Lorenz y doble aparato en 1.ª posición.

Marzo 21 — Se retira el aparato y se hacen masages.

Mayo 2 — 2.ª posición.

Agosto 8 — Se retira el 2.° aparato.

Se ve la enferma en Febrero del año siguiente y el resultado sigue bueno.

IV

María Zino — 2 años — Luxación doble

Antecedentes: Sin importancia.

Enfermedad actual — Comienza á caminar al año y medio y desde entonces se nota claudicación.

Estado actual — Marcha característica — Posición de abducción de los dos miembros — Movimiento de abducción sumamente limitado — Triángulos de Escarpa deprimidos; pliegues glúteos ascendidos — Ambos trocanteres á 2 ctms. por encima de la línea de Roser Nelaton.

Mayo 22 — Maniobras de Lorenz — Miorexis de los abdutores y maniobra de bomba — Doble aparato en 1.ª posición.

Julio 1.° — Se saca el yeso y se pone aparato de latón por exema glúteo.

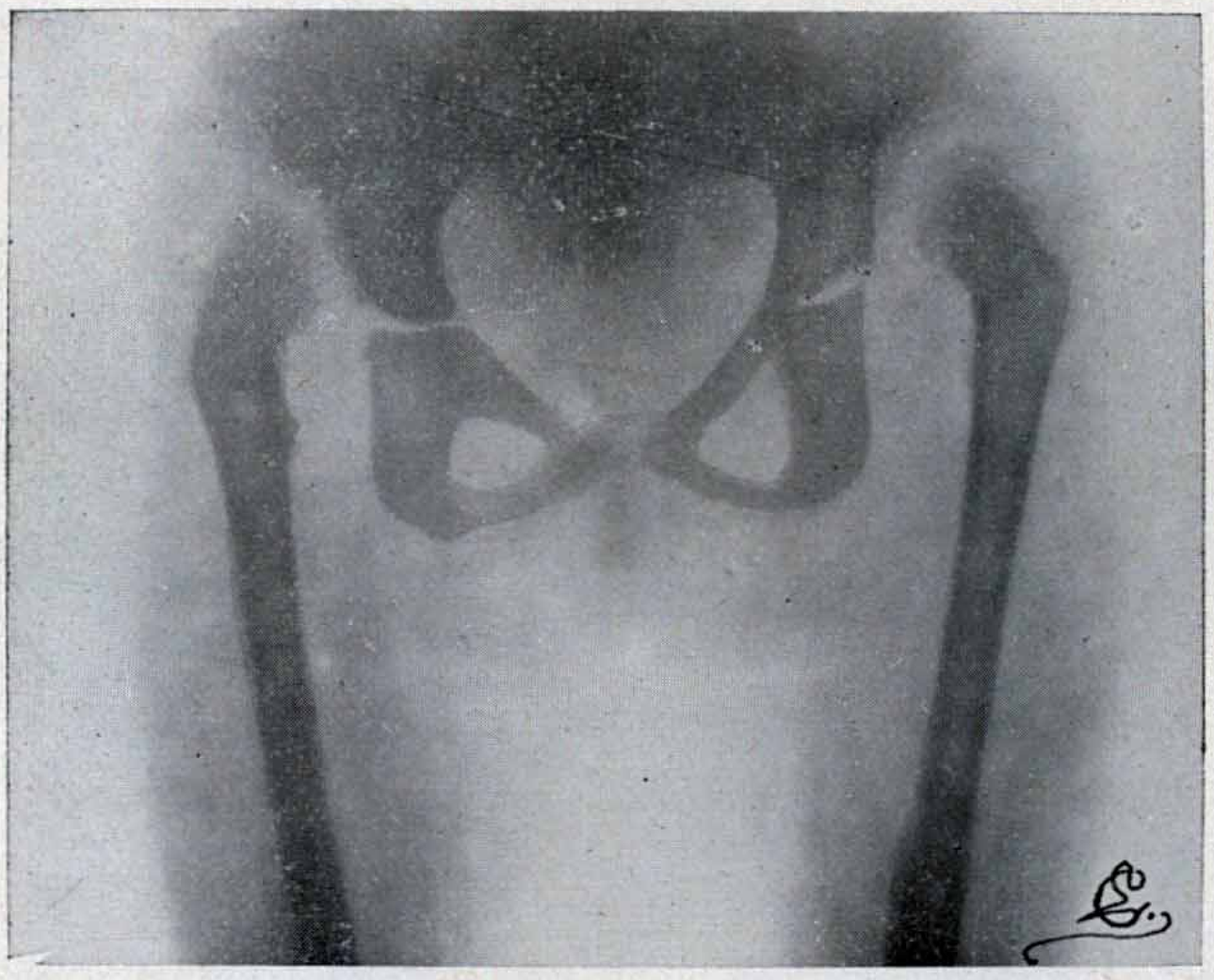
Setiembre — 2.° aparato.

Diciembre 1.° — Se retira el 2.° aparato y se dan masages.

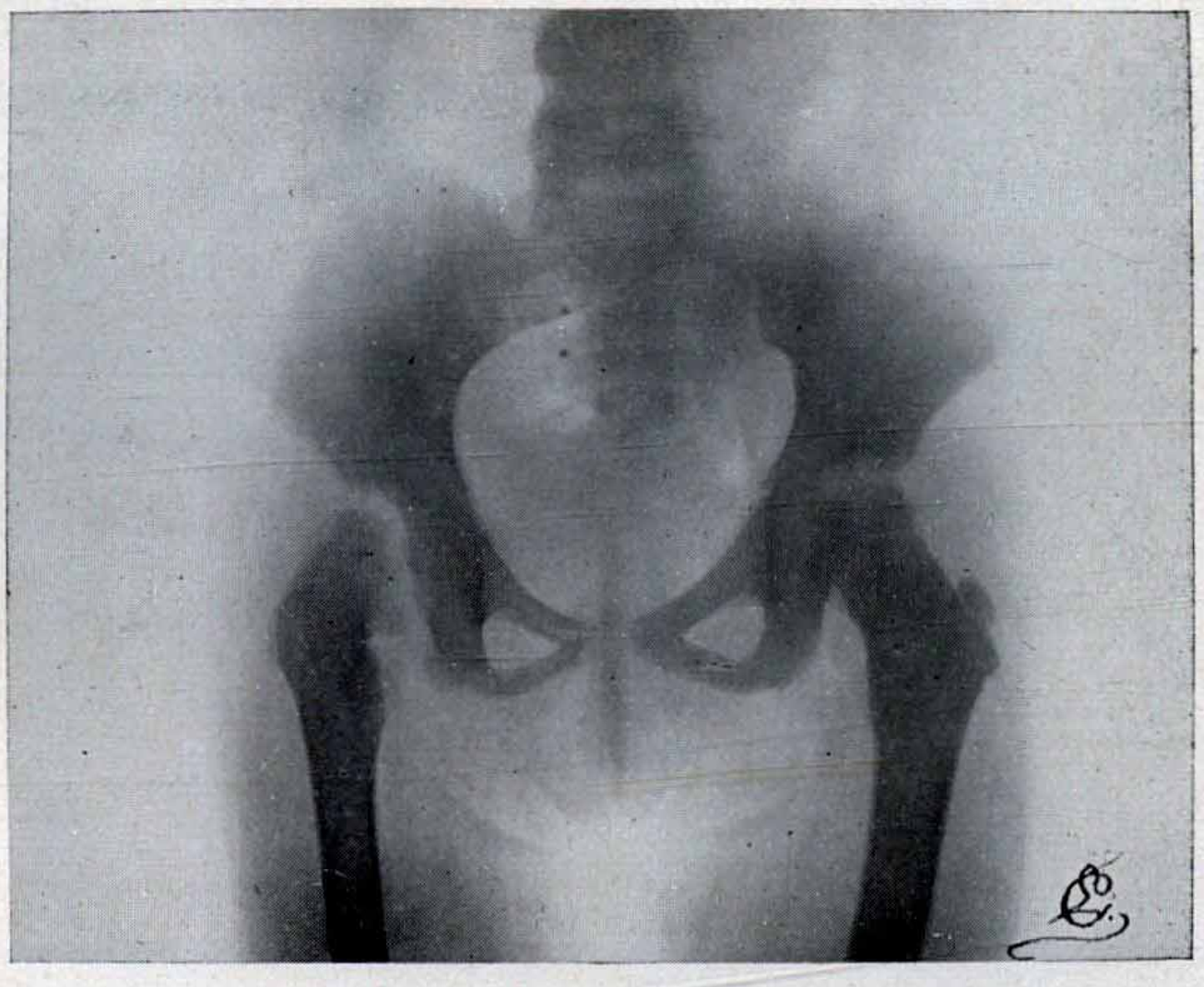
Se ve la enferma á los 4 meses y el resultado es satisfactorio.

Luciano Irrazabal.

Buenos Aires, Marzo de 1908.



MARIA ZINO



MARIA ZINO

LUXACIÓN CONGÉNITA DOBLE (CURADA)

Buenos Aires, Mayo 13 de 1908.

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Juan A. Boeri, al Profesor titular Dr. Diógenes Decoud, y al Profesor suplente Dr. M. Herrera Vegas para que constituído en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el artículo 4° de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Junio 3 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N°. 1854 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Cuál puede ser la génesis de la luxación congénita de la cadera?

II

Análisis crítico de la línea del Dr. Decoud comparada á la de Roser Nelaton para el diagnóstico de la luxación de la cadera.

III

Paralelo entre los métodos cruento y no cruento en el tratamiento de la luxación congénita de la cadera.