

*nitten—und die mit den verschiedenen Techniken erreichten Erfolge, mit besonderem Eingang auf deren Unfaelle und die Vorsichtsmassregel die vor und nach der Operation noetig sind um jene zu verhueten.*

## UN CASO ANÓMALO DE LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA

por el doctor

**FELIPE MARGARIT**

Médico de número del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo

El estudio de esta dolencia que por su peculiar manera de ser obliga a BASCOM (*Jour. Am. Med. Asso.* Vol. 78-332), a encabezar un artículo con el siguiente párrafo: «En virtud de la asombrosa variedad de opiniones con respecto al tratamiento y resultados conseguidos en la luxación congénita de

mentar algo, y por eso tiene los honores de la publicación.

Ingresó en mi visita del Hospital de la Santa Cruz de esta ciudad, la niña de M. F., de 11 años de edad, con acortamiento de la extremidad inferior izquierda de unos cuatro centímetros. Su constitución era débil, pálida, con falta de presión sanguínea, constituía un buen ejemplar de hija de ciudad. Reconocida la región de la cadera se encontraba la cabeza del fémur por encima y atrás de la cavidad cotiloides: el movimiento de flexión estaba abolido; por tanto, dicha extremidad presentaba igual utilidad que una pierna de palo.

La radiografía confirmó mis apreciaciones; y en ella se puede ver que el aplanamiento de la pelvis, que constituye la pelvis oblicua de NAEGELE no existe; deformación que se presenta en muchos casos de luxación congénita.

Las dificultades de la reducción se atribuyen al estado de contracción de los miembros de la región; para dominarlo procuré por la extensión continua vencer este obstáculo: como a los 15 días el fémur



Radiografía 1.a

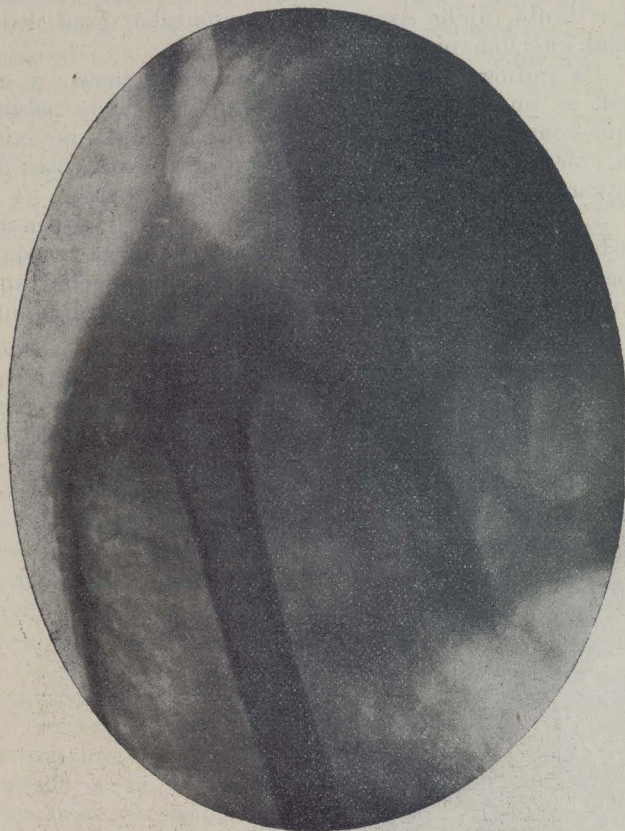
la cadera, su discusión se impone». Y a SPEED (*Jour. Ame. Med. Asso.* Vol. 387-1631), en otro artículo, a opinar «El tratamiento de la luxación congénita es un problema que está lejos de su resolución. Ninguno de los procedimientos hoy empleados, son satisfactorios: y las dificultades de mejorarlos y el tanto por ciento de resultados desgraciados aumentan con la edad». Estos pareceres, a los que se podrían añadir algunos más, dan idea de lo indecisos que son los conocimientos que tenemos. El caso que presento, a mi ver, puede servir de base para funda-

tenía la misma inmovilidad que antes; con un aparato que ideé, compuesto de una especie de muleta que se apoyaba en el periné y en su parte inferior había una plantilla articulada a un tornillo por el movimiento de éste la plantilla se separaba de la extremidad superior de la muleta; previa anestesia, intenté mover el fémur hacia abajo, sin conseguirlo; al cabo de días repetí la experiencia en la mesa de LORENZ, con igual resultado. Lo que demostró que la cabeza del fémur estaba adherida a los tejidos vecinos, y en grado sumo; lo que excluía la po-



sibilidad de la reducción por maniobras externas; pues la fuerza que era preciso emplear para arrancar el fémur de su sitio exponía a su fractura, al desgarrar de los tejidos de la región; y a más de estos contratiempos, había casi la certeza de no poder alojar la cabeza del fémur en la cotiloides.

Así, pues, entre la operación y las maniobras externas se imponía la operación; por menos mutilante y permitir en todo momento apreciar y actuar como la marcha de la operación lo exigía.



Radiografía 2.<sup>a</sup>

Convencido de las ventajas de la operación, medité sobre el pro y el contra de los procedimientos más indicados. La incisión externa y posterior, que los franceses llaman de FARABEUF y los alemanes de LANGENBECK, tiene el inconveniente de cortar las inserciones del glúteo mayor y de los músculos pelvitrocantéreos. La incisión semicircular externa de OLLIER con la sección temporaria del trocánter, expone la sección ósea a muchas complicaciones. En cambio, la región anterior de la cadera, entre el sartorio y el borde anterior de los glúteos, sólo cortando la piel, se puede llegar al cuello del fémur sin tener que seccionar ningún músculo ni tendón. SCHAEDE separaba hacia afuera el sartorio y el músculo recto anterior, quedando adentro el tendón del psoas y el ilíaco; y por éste espacio, abría la cápsula articular. HUTER seccionaba por fuera del sartorio y recto anterior en el intersticio que separa estos múscu-

los del borde anterior de los glúteos y tensor de la fascia lata y hacía lo mismo que SCHAEDE.

CHALOT elige el espacio entre el borde anterior de los glúteos y el tensor de la fascia lata; que para mí, es el mejor.

ALBEE, DICKSON y los cirujanos de más nota del Norte de América practican el proceder descrito por SMITH PETERSEN, en *Ameri. Jour. Ortho. Surg.* Vol. 15-592, que no dando según él la incisión bastante campo para reconocer la región iliaca (la hace pasar por delante del borde anterior del músculo tensor de la fascia lata); prolonga esta incisión siguiendo la cresta iliaca; corta después el glúteo medio a unos dos centímetros de la cresta iliaca. El colgajo comprendido entre estas dos incisiones es separado del ileon por disección subperióstica y su extensión se adapta a la intervención que se haya de verificar.

Este proceder exige la disección de la región iliaca externa en una gran extensión, y en partes separadas de la articulación de la cadera; por tanto, es un traumatismo innecesario; mientras que si se sigue el proceder de CHALOT, de colocar la incisión en el borde anterior de los glúteos, separando hacia la línea media del cuerpo el tensor de la fascia lata y la banda ileofemoral (así llamada en Norte América), que separa el músculo de la fascia lata del sartorio, se tendrá un extenso campo de acción en esta región: si por el grosor de las masas musculares no fuera posible poner al descubierto el cuello y cabeza del fémur, se secciona el glúteo mediano a un centímetro de su inserción a la cara externa del trocánter; y al músculo glúteo menor a un centímetro de su terminación en la cara anterior del trocánter para que sea posible separar estos músculos hacia atrás, quedando al descubierto la cara externa de la articulación de la cadera y poder reconocer en todos sus detalles la cotiloides y la extremidad superior del fémur.

Es el proceder de SMITH PETERSEN haciendo la sección amplificadora en la parte inferior, en lugar de hacerla siguiendo la cresta iliaca. Habrá casos en que la situación alta de las lesiones exigirá el proceder de SMITH PETERSEN: mas en la generalidad de los casos, por ser más frecuentes las lesiones al nivel de las articulaciones, será preferible practicar el CHALOT.

Practiqué la operación siguiendo el proceder por mí preferido; siendo digno de observar, que llegué hasta el nivel de la cabeza del fémur sin tener que poner una pinza hemostática; lo que fué una gran ventaja dadas las condiciones de la operada.

Hace años que sigo este proceder; mas he de confesar que las dificultades en este caso eran muy otras que las que había encontrado en coxitis tuberculosas y en un caso de enderezamiento de una cadera en ángulo recto por coxitis. Los autores mencionan que dilatando la estrechez de la cápsula se puede reducir la luxación; lo que supone ha de haber un alargamiento de la cápsula articular; más un alargamiento de cerca 15 centímetros, conservando



la cápsula su grosor, no lo presumía. Mas esta envoltura que de por sí quita facilidad al aislamiento del fémur aumenta por la dificultad de las adherencias fibrosas que va adquiriendo la cápsula articular a medida que se alarga por la separación de la cabeza del fémur de la cavidad cotiloides; y a ello se añade la contracción de los músculos psoas e ilíaco junto con los adductores del muslo; motivada esta contracción por el acortamiento de la región por la salida del fémur de la cavidad cotiloides; rigidez muscular que priva el descenso del fémur a su posición normal. Y si a alguien le parece que estas son dificultades imaginarias, citaré de un artículo de FRANCK DICKSON publicado en el *Journal bone joint surge*. Vol. 22-265 lo siguiente: «que todo lo que impida el descenso del fémur se ha de seccionar: en unos ocho casos que operó se vió obligado a cortar el tendón de psoas ilíaco que la constituye un grueso y fuerte haz fibroso que resiste muy enérgicamente a todas las tracciones que se hagan para hacer descender el fémur: y también, la cápsula articular en toda su extensión.

Cuando me hice cargo de la situación del fémur me pareció hacedero aislar el fémur envuelto en su cápsula; mas cuando vi las dificultades que había, opté por abrir la cápsula, separar el fémur y colocarlo frente a los vestigios de la cavidad cotiloides que presentaba el ilíaco.

Me había propuesto, como propone ALBEE, movi-

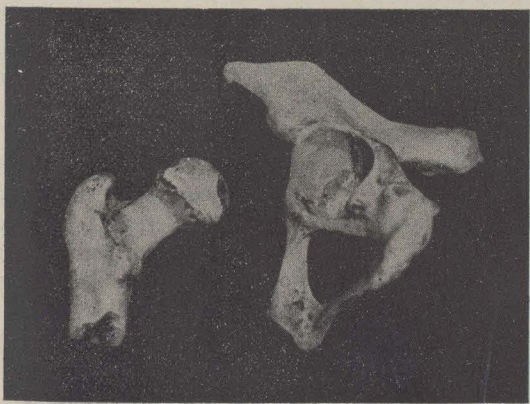


Fig. 1

lizar el borde superior de la cotiloides en forma de charnela y ponerlo en declive; no por un bloc óseo sacado de la tibia, sino del ilíaco; por fuera, en donde termina la sección de la charnela mencionada; y en el que el grosor del ilíaco permite tal operación. Mas, la mala constitución de la operada me obligó a limitarme a lo que he mencionado.

El colocar la cabeza del fémur en la cotiloides fué también para investigar si en la región renacía el vigor para la edificación osteogénica de una nueva articulación morfológicamente diferente en la manera de ser de sus elementos anteriores; en que los elementos articulares primarios sólo se utilizan

a manera de moldes para los que han de desarrollarse; utilizando sin embargo, los materiales cálcicos que contienen.

La acción traumática de la operación obrando por las modificaciones que produce en los tejidos, crea un medio osificable por los fenómenos vasomotores que ocasiona; especie de coxitis que traduce la formación de alteraciones orgánicas locales creando un medio osificable; siguiendo después, los fenómenos osteogénicos que ejecutan el doble juego combinado de reabsorción cálcica y de transformación esquelética que es lo que se verifica en la curación de la luxación de la cadera por maniobras externas.

La herida operatoria estuvo cuatro días presentando buen aspecto; al cabo de los que, en la parte media del labio interno de la herida, a dos milímetros de ella, se presentó una placa de escara seca, circular, de un centímetro de diámetro. Lo atribuí a la lesión de un nervio de la piel; más dos días después se presentó otra placa de escara del mismo tamaño al nivel de la quinta lumbar, en el dorso; la que me quitó la esperanza de su curación. Hubo su mejoría, más la gangrena seca de las porciones falanginas y falangéticas de los dedos anular y medio de la mano derecha, a los ocho días de la primera placa, me convenció de la imposibilidad de su curación. Finalizando así una alteración orgánica para mí desconocida.

Le practiqué la autopsia; las partes profundas de

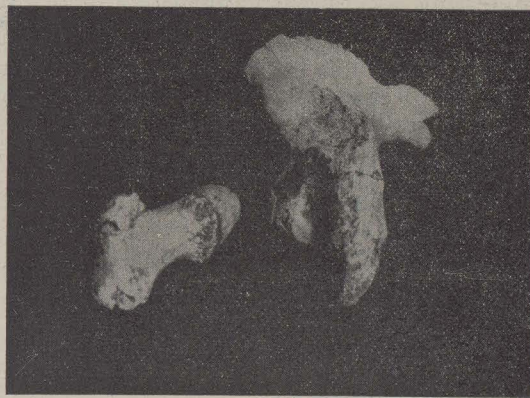


Fig. 2

la región operada estaban en buen estado; había una pequeña supuración en la proximidad de la primera placa, mas como el resto de la región y ni en los linfáticos, venas, tejido celular, no se hallaban vestigios de infección, era difícil explicar el fracaso por este foco.

Comparando el ilíaco y cabeza de fémur de la luxada con el esqueleto de una mujer normal, se puede apreciar que se diferencian; en que en la luxada la porción isquiática se ha inclinado hacia adelante y adentro, acercándose a la rama horizontal del pubis; el eje de esta rotación está en la unión del isquión con el íleon; con esta aproxima-



ción la forma circular de la cotiloides se transforma en una superficie que tiene alguna semejanza con un triángulo isósceles a base superior; acortándose en un tercio la distancia que hay de la espina ciática a la línea de unión del íleon con el pubis. El grosor del hueso en el fondo de la cotiloides, en el iliaco que sirve de patrón, es de unos dos milímetros; mientras que en el de la luxación, en su parte más externa, tiene un grosor de quince milímetros; disminuyendo hacia el agujero oval en el que alcanza un espesor de unos seis milímetros.

Haciendo igual estudio con las cabezas de los fémures; se observa que, en el fémur luxado se ha borrado la fosita digital del trocánter; y ha desaparecido la mitad inferior de la cabeza del fémur, transformándose en una superficie aplanada con una curvatura casi igual a la del cuello del fémur, en su parte inferior.

El interés de este caso no estriba en la forma insólita en que terminó; es en la adquisición del esqueleto de la articulación del que se puede sacar algún dato para ulteriores estudios. Así como se atribuye la luxación congénita de la cadera al traumatismo durante el parto; suposición errónea, pues RIDLON refiere un caso de luxación congénita de la cadera en un niño nacido por operación cesárea; mi caso también se opone a la teoría que atribuye la deformación a la presión que viene de arriba; pues la alteración de la forma de la cabeza del fémur está en su parte inferior; y allí no puede accionar. Prueban estos dos casos que las teorías actuales no sirven para explicarlos todos; y también, aún en parte, es de actualidad lo que se lee en la Cirugía infantil de BROCA de 1914: «ignoramos casi por completo la causa de la luxación de la cadera; se trata de una malformación, más también ignoramos su naturaleza exacta. Mas estudios posteriores hacen vislumbrar que pronto no habrá motivos para este pensamiento».

El mejor criterio para avalorar las teorías es el anatómico. Después de cortar las inserciones superiores del recto anterior del muslo, el tendón del psoas iliaco, desinsertar los glúteos mediano y menor; y la cápsula articular en forma de T, cuesta esfuerzos sacar la cabeza del fémur de la cotiloides; pues como dice ROUVIERE: «la cavidad cotiloides agrandada de toda la altura del rodete cartilaginosa que circunda la cotiloides, forma un poco más de media esfera; la cabeza del fémur es retenida mecánicamente en esta cavidad». Por tanto, la alteración primordial de la luxación congénita es la falta de correspondencia entre las curvaturas de las caras articulares: cuando esto tiene lugar el fémur impedido por el peso del cuerpo y arrastrado por los glúteos va paulatinamente saliendo de la cavidad cotiloides para fijarse en un punto más o menos distante de la cara externa del iliaco.

La alteración de la forma de las superficies articulares puede iniciarse en el iliaco o en el fémur; más PLATT ha demostrado por la radiografía que

siempre hay correspondencia entre las lesiones de la cotiloides y de la cabeza del fémur. En mi caso, a medida que el izquión tomaba la posición varus, como la denomina MURK JANSEN, desapareciendo la esfericidad de la cotiloides y su profundidad: efecto sin duda, de la mutación de la osificación de la línea ileo-isquiática; se iba atrofiando la mitad inferior de la cabeza del fémur, con lo que no sólo la cotiloides no retenía el fémur; si no que éste, perdiendo la esfericidad, se desprendía de la cotiloides.

Esta transformación simultánea de huesos que aunque pertenezcan a una región tienen la inervación algo separada, hace suponer que el centro de acción ha de ser distante.

VULPIAN suponía que en las luxaciones congénitas de la cadera había de haber lesiones de los cuernos anteriores de la sustancia gris de la médula. LAUMELONGUE y ACHARD en un caso encontraban que a más de la luxación había en los músculos lo que se llama atrofia numérica; las fibras musculares están sanas, mas disminuidas en número. Según LORENZ no es congénita la luxación, es una deformación estática adquirida debido a una predisposición congénita; resultado de la falta de desarrollo del hueso y de profundidad de la cotiloides; y puede ser considerada como alteración de la inervación del esqueleto de las extremidades inferiores; y en los Archivos de Toulouse (15 mayo de 1906) se lee: «hay casos de malformación profunda que se trasluce por una falta de desarrollo de una mitad de la pelvis; hay otros en que los huesos no son atacados y queda limitada la alteración a las partes blandas que componen la región». Lo que demuestra que hay grados en la alteración y que es de origen central.

Estas deformaciones articulares atribuidas por unos a trauma; la bilateralidad de las luxaciones lo niega; por otros, a la osteocondritis deformante juvenil; a una infección KINDER; que para CALVE obra a la callada, sin síntomas; o por causas puramente mecánicas (que no explican la deformación del fémur de mi caso), la más popular entre los franceses, produciendo la sub luxación congénita de la cadera (CALOT). Todas estas causas pueden ocasionar luxaciones, mas hay que no dependen de las mencionadas. ORGOOD en un caso de luxación hizo adrede una artrodesis y de la porción de cabeza del fémur que extrajo, no se encontró ni tuberculosis, ni ninguna otra infección; y sólo un cambio de nutrición. El caso que expongo, la cabeza del fémur pertenece a esta especie; pues ha estado en una disolución de formol durante unos cuatro meses; y al presente, se puede marcar la uña en el vertice de la cabeza como si fuese cera; el resto del hueso tiene la correspondiente dureza. Este cambio de nutrición alterando la composición del hueso, disminuyendo su resistencia o cambiando la curvatura de las superficies articulares, obliga al fémur a separarse de la cavidad cotiloides.

Estas causas pueden coadyuvar o coincidir con la acción del que yo llamo desarreglo nervioso, cuya



influencia se hace indiscutible. LE DAMANY reseca parte de la cabeza del fémur en un conejo, la cavidad cotiloides se adapta a la nueva forma del fémur. Las curaciones que se obtienen en las luxaciones congénitas de la cadera por maniobras externas; en que por la fijación de la cabeza del fémur en la cotiloides se desarrolla la osteogénesis que modula la nueva cotiloides, no tiene otra explicación que una acción nerviosa aquí, en la curación fisiológica.

## RESUME

*Exposition d'un cas anomal de luxation congénitale de la hanche gauche chez une enfant de 11 ans. La luxation, irréductible par des manoeuvres internes, fut opérée chirurgiquement.*

*L'Auteur expose la technique qu'il a pratiquée et fait des aisées considérations sur les avantages et inconvénients des diverses techniques proposées.*

## SUMMARY

*Statement of an anomalous case of congenital luxation of the left hip in a girl 11 years of age. Luxation, which appeared irreducible through internal handling, was intervened surgically.*

*The author states the technique he followed and discusses both the advantages and disadvantages of the various techniques employed.*

## ZUSAMMENFASSUNG

*Darstellung eines anormalen Falles einer angeborenen linken Hüftverrenkung bei einem elfjährigen Mädchen. Die Verrenkung, die durch innerliche Handgriffe nicht rüeckgaengig war, wurde durch operativen Eingriff beseitigt.*

*Der Verfasser beschreibt die von ihm befolgte Technik und macht triftige Betrachtungen ueber die Vor- und Nachteile der verschieden vorgeschlagenen Techniken.*

## SARCOMA PRIMITIVO DE LA REGIÓN INGUINAL, CURADO CON LA EXTIRPACIÓN

por el doctor

**BONFILIO GARRIGA**

Inspector Municipal de Sanidad de San Cugat del Vallés

Por tratarse de un tumor cuyo asiento es algún tanto raro, daremos una ligera descripción del caso, cuya importancia estriba en el tiempo transcurrido sin la menor recidiva.

Se trata de un sujeto de unos 68 años, obeso, que pesa 110 kilos, con antecedente patológico de bronquitis crónica, que a veces se complica con disnea, que le obliga a sentarse: presentó al examen de su

orina, cierta cantidad de glucosa, habiendo tenido que someterse a régimen, para mejorar de su diabetes sacarina, tan difundida en nuestros días.

Sin otros antecedentes, empezó 4 años atrás, a notar en la ingle derecha, un pequeño abultamiento del tamaño de una nuez, incoloro, de una consistencia algo dura, adherido a la piel y tejidos subyacentes, que fué creciendo de una manera lenta y progresiva en dirección transversal o paralela al conducto inguinal, hasta alcanzar en poco tiempo el tamaño de un gran limón. Se notaba a la palpación alguna ligera eminencia y depresión, conservando la resistencia propia del cartilago. Con el roce, llegó a ulcerarse en dos o tres puntos, úlceras que fueron profundizando y perforando los tejidos, ocasionando hemorragias, al movilizar la pared abdominal, con las sacudidas de la tos. No existía infarto ganglionar, ni metástasis visceral alguna.

Dichos caracteres clínicos hacían confundible la neoplasia, puesto que dado el parentesco histológico entre el sarcoma y el fibroma, unido a su notable consistencia, la duda era lógica entre ambos tumores, más bien que con el carcinoma, caracterizado por su blandura, especialmente el encefaloide y epiteloma. La comprobación diagnóstica histo-patológica, se encomendó al Dr. CELIS, quién mediante una biopsia, demostró que se trataba del *sarcoma fibro-mixto-condro-osteoblástico*.

La existencia de una ligera hiperglucemia, según demostró el análisis de la sangre que practicó el Dr. CARRASCO, motivó el uso de la Insulina, teniendo en cuenta el papel que hoy desempeña la hormona pancreática, en el mantenimiento de la normalidad glucémica, acción que puede calificarse de maravillosa.

El pronóstico, dada la propensión a la recidiva local y a la generalización es grave, por ser el sarcoma un tumor maligno; no obstante, las condiciones especiales que presenta de fibro-sarcoma, atenúan su malignidad, ya que no suelen generalizarse, aunque presenten la recidiva local alguna vez. Parece ser que entre las neoplasias malignas, es en el sarcoma donde más se sostienen los buenos resultados del tratamiento.

Vista la inutilidad de los medios empleados durante algunos días, como el uso de la cataplasma aséptica, para el caso de que se tratase de una induración inflamatoria, se consultó también con el Dr. TORRES CARRERAS, quién se inclinó en la existencia de un tumor maligno, para cuyo tratamiento podría asociarse la Cirugía a la Radioterapia.

Consultado de nuevo el Dr. RIBA DE SANZ, se acordó realizar la operación lo más pronto posible, ingresando el paciente en la Clínica.

El citado operador practicó en 3 de septiembre de 1924, la exéresis del tumor, previa la inyección insulínica (3 horas antes), para evitar los peligros de acidosis consecutiva a la anestesia clorofórmica, de infección de la herida y de lentitud en el proceso cicatricial de la misma.

Afortunadamente, se lograron evitar los peligros