las hidrocefalias comunicantes, han dado lugar a la misma explicación.

En 1918, C. Bagley publicó una observación en la cual una leptomeningitis hemorrágica había provocado una hidrocefalia. Es posible que el caso que he descrito haya tenido como base anatómica una meningitis hemorrágica, quizá dominando la inflamación en la dura, quizá en la aracnoides y en la pía, y no sería imposible que en las tres. Dificultada la reabsorción por tal causa, y no existiendo obstáculo en el sistema ventricular, se explica que el líquido se reuniera exteriormente, en el espacio subdural probablemente, de donde se le extraía sin dificultad y sin originar grandes trastornos a la enfermita. El tratamiento antilúético parecía ayudar considerablemente. Tengo la convicción de que el tratamiento habría dado éxito a no ser por la enterocolitis, y que el hecho de haberle sobrevenido y su poca resistencia orgánica, se debió en primer término a las condiciones de su hígado heredo-sifilítico.

Para terminar diré que me ha tocado atender otros cuatro casos de hidrocefalia, pero que han sido más bien moderados. En todos ha parecido evidente, como causa, la sífilis de los progenitores, en dos de ellos asociada al alcoholismo. Todos se mejoraron considerablemente con el tratamiento antilúético.

Algunas consideraciones sobre la cadera quirúrgica en las luxaciones congénitas de los niños *

POR EL DR. PABLO MENDIZABAL

Para fijar la conducta que debe guiarnos en el problema de la cadera quirúrgica por luxación congénita, conviene analizar la deformación mencionada, tanto en su aspecto anatomo-patológico, como en el funcional. Por ello expondré los principios que razonablemente orienten al método quirúrgico.

La luxación congénita de la cadera resulta de una hipogenesia de la región con influencia distrófica, más o menos extensa en todo el miembro pélvico correspondiente.

* Trabajo de turno reglamentario leído en la sesión del 24 de junio de 1942.

Esta anomalía se enuncia desde los tiempos de Hipócrates; pero hasta hace unos cuarenta años se describió ya clara, aunque no completamente; y ahora, conociendo con más amplitud y detalle la condición, se trata en forma más seria con resultados cada vez más satisfactorios.

La luxación que nos ocupa se observa desde el nacimiento, dependiendo la relación cefálico-acetabular, fundamentalmente, de la forma, dimensiones y orientación de la extremidad femoral, de la forma, disposición, tamaño y modificaciones hísticas del cuenco acetabular y del desarrollo, tono y fuerza de los músculos pelvifemorales. Después, la presión gravitatoria del cuerpo en la estática y en la deambulación, agravan la anomalía y causan, además, deformaciones en la cabeza misma del fémur, en el cuello, en su diáfisis, en la hemipelvis próxima y en la espina.

La cabeza femoral y el cuello desde los dos años ya presentan modificaciones, pues la cabeza no sólo crece de una manera subnormal, sino que se desliza hacia afuera tendiendo a colocarse en la línea de prolongación de la diáfisis; además, todo el macizo cefálico se desaloja hacia adelante a expensas de una ligera torsión del cuello, que a veces sufre un enderezamiento, desapareciendo en ocasiones el ángulo diafiso-cervical.

El acetábulo es escasamente profundo y su techo oblicuo. Esta disposición se acentúa con el tiempo porque la porción superior y lateral de la epífisis acetabular soporta la presión cefálica que concluye por desvanecer el borde superior.

La hipoplasia no sólo afecta las relaciones óseas de la articulación, sino también los elementos de fijación. Los complejos motores que condicionan los movimientos pelvicurales se hallan menos vigorosos y con tono bajo. Los vasos, los nervios, las aponeurosis y demás tejidos blandos permanecen suaves conservando la elasticidad y tierna resistencia características de esa época.

Pero, con el tiempo, al adoptar el niño la actitud ortoestática, y, especialmente, bajo las presiones más rudas de la marcha en su acción antigravitaria, la cabeza asciende aún más, constituyéndose a la vez una extremidad con notables asimetrías por el desalojamiento de la porción epiparafisiaria de la cabeçita y el establecimiento de la anteversión cervical. Todo esto pasa al mismo tiempo que el techo acetabular va cediendo hasta desaparecer.

En ocasiones los cambios van más allá, y así el porvenir del cotilo y de la cabeza femoral puede ser lamentable, si no se restablecen y mantienen sus relaciones normales. Al iniciarse la adolescencia, el cotilo se extiende aún más y se alarga, perdiendo completamente sus caracteres articulares, y la cabeza pequeña y enhiesta, se fija elásticamente arriba y atrás, incluida en una pseudoarticulación con muelleo de descenso gravitario del tronco, determinando la claudicación patognomónica de estos lisiados. Pero veces hay en que la fricción continua en el iliaco determina crecimientos huesosos funcionales que adquieren la disposición de alero, en donde los vestigios de la cabeza del fémur se detienen fijando aleatoriamente la transmisión pélvico-femoral. Esta deformidad, anatomo-arquitectónicamente, no tiene remedio y determina una marcha notablemente defectuosa.

La cápsula más o menos engrosada, como respuesta a presiones y fricciones desusuales, presenta casi constantemente una estenosis intercefálico-acetabular, lo que en cierto modo contribuye a la disposición anormal de la cabeza femoral.

En estas condiciones la cápsula soporta en su porción supracefálica la presión pélvica, lo que determina un engrosamiento y su fusión a la zona situada inmediatamente arriba del borde superior del acetábulo.

Las alteraciones mencionadas constituyen el problema quirúrgico principal, pero no son las únicas: los músculos, los nervios, los vasos y otros tejidos blandos, que no sufren como algunos autores opinan, un acortamiento compensador, sino que desde el establecimiento de la anomalía se rigen bajo la influencia hipoplásica local, desarróllanse breves y pierden la elasticidad en consonancia con el estado de trofismo deficiente.

Hay que agregar a esto las deformaciones secundarias, que aparecen con variable constancia y que son debidas al equilibrio defectuoso que resulta, y también, a las acciones tróficas incompletas que parten de la articulación anormal. Tales deformaciones las constituyen: un pseudoacetábulo arriba del anatómico, la torsión en la parte media diafisaria para equilibrar la rotación externa de la extremidad superior del fémur, una asimetría en ocasiones muy notable de la pelvis y hasta escoliosis compensadora, la que por otra

parte, no es rara en todas las impotencias parciales y definitivas de un miembro pélvico.

Desde el punto de vista funcional, preséntase un síndrome que se manifiesta por claudicación, fatigabilidad, dolor articular y más tarde lumbago, que obedece, como las deformaciones descritas, a la inestabilidad gravitativa, pues el punto de apoyo pélvico-crural se halla desalojado hacia arriba principalmente y hacia fuera y atrás.

Con lo anterior, ya nos damos cuenta del problema ortopédico que consideramos, y para cuya solución se han ideado y puesto en práctica variados procedimientos.

Sólo con el ánimo de fijar las indicaciones quirúrgicas señalo los requisitos que las rigen; pero antes insistiré sobre el hecho de que no siempre la agresión quirúrgica logra el fin de restablecer las condiciones anatómicas, pues frecuentemente hallamos casos en que el ideal reparador no se obtiene, viéndonos obligados entonces a practicar procedimientos paliativos. Un estudio clínico previo y cuidadoso nos proporcionará el conocimiento más completo del estado real de la anomalía y orientará el pensamiento quirúrgico.

Dos son las condiciones más comunes: 1º Cuando el examen de la cadera nos muestra una luxación floja. 2º Cuando nos revela una luxación irreductible. En las condiciones comprendidas en el primer grupo, la reconstrucción de la cadera se realiza sin grandes dificultades. Esta variedad, tan favorable desde el punto de vista quirúrgico por su misma manejabilidad, especialmente en niños de cuatro a siete años, no constituye un problema serio. En estos casos en que la cabeza se desaloja muy poco arriba del acetábulo, una vez abierta la cápsula y en ocasiones aun sin abrirla, con maniobras conducentes se logra reducir la luxación. Sólo queda mantener fijamente la cadera en rotación interna y abducción de unos cincuenta grados durante cuatro meses, siguiendo después con la conducta del manejo no operatorio. Una o varias láminas óseas sacadas inmediatamente arriba del cotilo o en otro sitio e invertidas fijamente sobre la cápsula darán mayor seguridad a la operación. Así quedaría lograda la reducción quirúrgica ideal; pero no siempre es posible como sucede en los tipos que constituyen el segundo aspecto, en los cuales la estabilización antigravitativa no es fácil de lograr.

En este grupo la unión móvil, después de varios años de fric-

ciones y compresiones, engendra cambios estructurales de fuerte fijación, por lo que ya no varía de sitio, y, si excepcionalmente se lograra la reducción el dispositivo residual de la articulación anatómica es inapto para sustentar sin desalojamiento el peso del cuerpo.

Actualmente en estos casos, el procedimiento que más frecuentemente empleamos, con modificaciones personales, es el que los cirujanos estadounidenses llaman "shelving" operation".

Truslow, Dikson, Anopol, Moorhead y otros, invierten una o varias piezas de la lámina externa del ilíaco arriba del cotilo y las fijan hacia abajo quedando aplicadas sobre la cápsula. Frieberg inserta sobre el borde acetabular dos injertos tomados de una tibia. Nosotros preferimos sacar una amplia lámina en forma de sector que abarca toda la fosilla superior de inserción del glúteo menor, y, después de abrir una brecha con cincel sobre el borde del acetábulo, haciendo descender este mismo borde lo introducimos en dicho sitio dándole una inclinación hacia abajo.

Me refiero a esta variante del procedimiento cotilopástico por su sencillez mayor que las variantes de Spitzzy, Albee, Lance y otros, y porque da resultados frecuentemente buenos lográndose desvanecer el síndrome aflictivo; pero cualquiera que sea el procedimiento, no siempre conseguimos corregir satisfactoriamente la inestabilidad que constituye la disfunción básica, pues en algunos casos, con el tiempo, no es raro que aparezca una claudicación casi igual a la que se producía antes del acto quirúrgico.

Otras veces, pensando que la neoarticulación firmemente constituida es más resistente que la arreglada en una acetábulo de escasa profundidad y alterado por la hipogenesia, hemos realizado también el desplazamiento hacia abajo y adentro de la neoarticulación sin destruirla. Para ello se corta la parte externa del ilíaco y la ceja del cotilo hacia su fondo; se aviva éste en su parte inferior y, ya cerrada la herida, se hace una tracción podálica eficaz, presionando después fuertemente la región trocantérica mientras se adapta y endurece el yeso que fija la nueva posición.

Hasta la fecha no contamos con suficientes observaciones para formar criterio sobre este procedimiento personal, y sólo lo mencionamos como una posibilidad terapéutica.