

# ORIENTACIÓN PROFESIONAL DE LOS DEFICIENTES FÍSICOS Y MUTILADOS

Por el Dr. A. OLLER

Director Facultativo del Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos  
del Trabajo, de Madrid.

“**L**A Orientación Profesional es el factor más importante para obtener el máximum de rendimiento profesional. » Con estas palabras comienzan su libro sobre *Le rendement professionnel des mutilés* los doctores Gourdon, Dijonneau y Thibaudeau, de la Escuela de Reeducción, de Burdeos, y este es el lema del Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo, cuya parte facultativa tenemos el honor de dirigir. Teóricamente, y a priori, así debía ser. Si para un niño o adulto normal es perjudicial dejarle que escoja una profesión, guiándose únicamente de sus gustos o aficiones, por el capricho de la familia o las necesidades por la lucha de la vida, para un niño o adulto deforme o mutilado, en los que la capacidad física para el trabajo está limitada de antemano, en los que la fisiología y anatomía de los órganos internos se halla alterada, la elección de profesión debe ser hecha científicamente y como resultado de una serie de exámenes clínicos y psicológicos. Prácticamente así ha sido. La Sección de Orientación de nuestro Instituto fué, desde su fundación, el guía más seguro para la elección de profesiones, y sirvió al cirujano para saber a priori el resultado que podría obtener de las operaciones que pensaba practicar en determinados sujetos. Que de nada sirve realizar una intervención delicada para restaurar la función perdida si el sujeto después carece de inteligencia y voluntad para servirse de ella.

No se concibe la reeducación sin la orientación; no se concibe la cirugía restauradora sin la orientación. Y estas afirmaciones que he hecho ya en otras publicaciones, las vuelvo a hacer en este sitio con entera libertad, toda vez que no intervengo directamente en la Sección de Orientación del Instituto y que, por lo tanto, su elogio es realmente desinteresado.

No, no soy orientador, ni conozco los problemas de la orientación. He de pedir os perdón por haberme atrevido a venir aquí, donde os habéis reunido las primeras figuras de esta modernísima ciencia, a hablaros de algo relacionado con orientación, pero he creído un deber dar a conocer los beneficios que he obtenido de ella como cirujano ortopédico y demostraros que, inversamente, el psicotécnico que se encuentre ante un deforme o un mutilado, ha de tener muy presente antes de emitir el dictamen definitivo la posibilidad de que aquella deformidad, que él toma por una contraindicación permanente para determinados oficios, puede ser corregida o desaparecer en absoluto por medio de una prótesis, de una operación o de un tratamiento fisioterápico bien dirigido.

Un primer ejemplo para aclarar estos conceptos. Un obrero de veinte años se presenta en mi consulta; ha tenido, hace tiempo, una fractura abierta de codo, que supuró largamente. Ahora la lesión está curada, y el obrero, mal que bien, se gana la vida. Pero le ha quedado una deformidad permanente: el codo está rígido, sin movimiento de ninguna clase, y el obrero quiere que su codo se mueva, pues desea ser mecánico y, si es posible, dibujante. Lo envió a la Sección de Orienta-

ción y el dictamen es de que, en efecto, el obrero reúne excelentes aptitudes para la profesión que desea, pero que la rigidez del codo es un obstáculo insuperable para ejercerla. Y, entonces, entro yo en funciones; practicó una operación cruenta, y, al cabo de pocas semanas, el obrero puede mover su codo con absoluta normalidad, y el muchacho se dedica con éxito excelente a dibujante. En este caso el cirujano ha consultado a la Sección de Orientación, y, en vista de que la inteligencia y las aptitudes del sujeto se prestaban, no ha tenido inconveniente en llevar a cabo una arriesgada operación.

Caso inverso. Otro obrero con lesión de codo. Pide también la intervención. Pero en Orientación dicen que, mentalmente, el sujeto es un atrasado y que fisiológicamente no tiene resistencia para la profesión que le gusta. Entonces yo me niego a operarle, toda vez que la intervención no va a resolver ningún problema de su vida y, en cambio, corre el riesgo y las molestias inherentes a toda intervención quirúrgica de gravedad.

En este sentido voy a desarrollar mi trabajo. No va a ser, propiamente, un estudio de orientación ni menos un artículo de cirugía ortopédica, impropio de este lugar. Sus pretensiones son más modestas, pues se limitará a una especie de reseña de las principales deformidades y mutilaciones, en las que resalte la posibilidad de ser o no corregidas, y las contra indicaciones para determinadas profesiones. Indistintamente, van mezcladas las deformaciones y las mutilaciones, los defectos adquiridos por enfermedades y los de origen traumático. Únicamente, separo el grupo de las parálisis porque creo que la orientación debe basarse en normas especiales.

## **Deformidades y mutilaciones de la cabeza, tronco y abdomen**

Hay un capítulo muy extenso y muy importante que sólo puedo citar, porque su estudio corresponde por completo a los especialistas. Me refiero a los defectos de los órganos de los sentidos y, en particular, a los de la vista y oído, pues sabido es que una buena visión y una buena audición son siempre necesarias, pero que hay muchos oficios y profesiones compatibles con la disminución de la agudeza visual o auditiva.

Las deformidades de la cara son más bien un defecto estético que un impedimento para el trabajo. No puede decirse lo mismo de las del cráneo, ya sean congénitas, como la macro o macrocefalia, la hidrocefalia, etc. o ,adquiridas, como los hundimientos por fracturas, porque en todos estos casos la deformidad va unida a grandes trastornos mentales y del sistema nervioso central y periférico, limitando extraordinariamente las aptitudes para cualquier clase de trabajo por sencillo que sea.

En el cuello, el defecto más frecuente es el tortícolis, que rara vez constituye un obstáculo grave para trabajar, ya que puede ser corregido con bastante facilidad. Se exceptúan los casos en que el tortícolis es un síntoma de otra lesión de más importancia, como la escoliosis, porque entonces el defecto será permanente y la forzada inclinación del cuello no sólo molestará al individuo, sino que le impedirá dedicarse con éxito a muchas profesiones.

En la columna vertebral hay que examinar primeramente sus desviaciones. La llamada espalda redonda suele ser un defecto familiar y que se presenta con gran frecuencia en individuos robustos y musculosos; más que una contraindicación para el trabajo es un defecto estético y, por tanto, rara vez será tenido en cuenta por el orientador.

La desviación de la columna vertebral en sentido anterior, tiene más importancia, porque casi siempre va unida al raquitismo y a las desviaciones laterales.

Las desviaciones laterales, o sea la escoliosis, es un defecto grave y muy frecuente, y que, por lo tanto, merece que nos detengamos un poco en él. Enfermedad de la segunda infancia y de la pubertad, de origen todavía oscuro, presenta como principal característica la exageración de las corvaduras normales de la columna, la rotación de las vértebras y toda una desviación y asimetría de las costillas y de la pelvis y de los órganos cavitarios, especialmente corazón y pulmones.

Dicho esto, se comprenderá que el cirujano no sólo tenderá a enderezar la columna y a impedir que la desviación se acentúe de día en día por medio de suspensiones o corsés enyesados, sino que procurará desarrollar los órganos intratorácicos por medio de ejercicios gimnásticos y

respiratorios apropiados. El orientador tendrá muy presente que la escoliosis rara vez se cura, pero que dentro de ella hay grados, y en los casos ligeros de los niños, aconsejara siempre profesiones de aire libre, como la jardinería y la agricultura, con objeto de favorecer la respiración y la circulación, e indicará los medios para que el oficio sea, más que un trabajo, una gimnasia que favorezca el desarrollo del tórax y de los pulmones. En los casos medianos y graves, aconsejará los oficios sentados, pero nunca olvidará que, precisamente, la manera de estar sentado tiene una gran importancia en la formación y agravación del mal. No hay que decir que todos los oficios serán poco fatigosos y que, en definitiva, la escoliosis en los niños, como enfermedad grave que es, constituye casi siempre una contraindicación formal para toda clase de trabajo. En los adultos con escoliosis ya curada, es decir, en los que la desviación se ha hecho ya permanente y fija y todos los órganos se han acomodado a su viciosa posición, el problema será también resuelto en sentido individual, pero con la idea de no aconsejar más que oficios de poco esfuerzo que se ejecuten sentados y, de preferencia, en locales abiertos o al aire libre.

La tuberculosis vertebral o mal de Pott, es otra de las enfermedades más frecuentes, más graves y que más defectos ostensibles dejan en todos los casos. La primera obligación del orientador será enviar al enfermo a un especialista, para que determine el estado en que se encuentra la lesión y la gravedad que presenta. Es difícil dar reglas acerca de esto, pero, en términos generales, os puedo decir que, mientras la columna sea dolorosa a la presión o espontáneamente, el individuo no puede trabajar, y que si la deformidad es muy grande tampoco se puede trabajar, porque entonces va unida a trastornos respiratorios y circulatorios de gran importancia. En los casos ya curados y de mediana intensidad se pueden aconsejar oficios sentados y en locales abiertos, y así tenemos nosotros uno en el Instituto, al que se le ha hecho zapatero modificando ligeramente los útiles del trabajo, a fin de que el oficio le sea más cómodo. Y no se olvide que el mal de Pott es curable, sobre todo en un principio, ya sea por medios ortopédicos u operatorios, y que esas jorobas tan pronunciadas que todavía se ven, son el descrédito de los cirujanos y la acusación constante para los padres, que no pusieron a su hijo en tiempo oportuno en un medio propicio para ser curado.

Las demás enfermedades de la columna vertebral, como la espondilosis, artritis, fracturas, etc., las desviaciones y malformaciones (tórax en embudo, en tonel, forma de quilla, etc.), son análogos, por lo que respecta a Orientación, a las ya descritas.

De los defectos del abdomen, el más frecuente son las hernias. Aconséjese siempre la operación, que hoy día y con los medios de que se dispone es una intervención benigna. Pero si la hernia es muy grande, muy antigua o, por otras razones es inoperable, el sujeto es un inválido que debe huir de toda clase de trabajos de fuerza y de todos aquellos que puedan provocar alteraciones respiratorias o digestivas.

## **Deformidades y mutilaciones de la extremidad superior**

El problema más difícil que en la práctica se presenta para el orientador y reeducado, es el del individuo falto de las dos extremidades superiores. Me apresuraré a decir que en este asunto hay también grados, y que, siendo todos graves de resolver, el más desesperado es el de la falta de los dos brazos desarticulados a nivel del hombro, mutilación, por fortuna, rara, pero de la cual hemos visto, hace pocos días, un ejemplo en un niño de nueve años, al que la imprudencia de agarrarse a un cable de corriente de alta intensidad dejó en un estado tan irreparable. Siguen en gravedad el desarticulado del hombro izquierdo y amputado del brazo derecho por tercio superior, el amputado de los dos brazos por encima del codo, el amputado de un brazo derecho y de antebrazo izquierdo, y el amputado de las dos manos. De todos estos casos tenemos ejemplos en el Instituto, y es curioso el dato de que lo mismo en adultos que en niños, la causa haya sido la descarga eléctrica de alta intensidad. Se comprende que así sea en la práctica civil, pues es difícil que haya algún otro accidente que produzca simultáneamente la lesión en los dos brazos. En la guerra, las heridas de metralla o granada pueden dar también estas lesiones dobles,

Todos estos individuos llegaron al Instituto en un estado de inutilidad completo, pues, a ex-

cepción de uno, ni se podían servir siquiera para los menesteres más imprescindibles de la vida, como el beber, comer, vestirse, etc., necesitando valerse de una persona auxiliar. Pretender con ellos que aprendiesen un oficio o una profesión que les permitiese ganar el sustento, hubiera sido absurdo; harto se ha hecho con lograr, por medio de prótesis o de operaciones, de las que luego diré algo, que se valgan ya por sí solos para comer y para vestirse y hasta para escribir, dibujar y algún acto más sencillo.

En el individuo amputado de un solo brazo, el problema ya no es tan difícil; pero no se crea que el orientarles es tan llano y sencillo como en algunos libros y conferencias se ha pintado. La norma nuestra ha sido siempre la de reeducar el brazo existente, y, especialmente, la de cultivar la inteligencia y las facultades mentales a fin de que el obrero supla con su cultura la incapacidad que tiene. Claro es que al amputado por encima de la muñeca, pero que conserva casi todo el antebrazo, se le puede hacer una pinza separando el radio y el cúbito, cubriéndoles de piel en forma de manguito y proveyendo de esta forma al sujeto de dos grandes y toscos dedos que le sirven, gracias al movimiento de que gozan, para coger y sujetar objetos delicados, como un lápiz o una cuchara, y pesados, como una silla o una maleta. Esta operación, que ya hemos hecho varias veces, da siempre excelentes resultados, sobre todo en los amputados dobles, pero no hay que olvidar que es una gran operación a la que difícilmente se someten los sujetos, y que, sobre todo, requiere material donde realizarla, es decir, longitud suficiente del muñón del antebrazo. Las prótesis de trabajo, los brazos artificiales llamados de *domingo* o de lujo, son hoy por hoy, todavía, un elemento de ayuda, pero nunca de verdadera utilidad para el ejercicio de un oficio. No obstante, el orientador tendrá siempre muy presente que a un manco se le puede reeducar y que hay muchos oficios, como mecánico, ajustador, electricista, etc., que si, a primera vista y hasta ahora, estaban vedados a los defectuosos o mutilados de una extremidad superior, la enseñanza metódica les ha hecho asequibles a esos inválidos. Y hablo así porque en el Instituto tenemos varios ejemplos.

Hay lesiones y deformidades en los brazos que hacen al miembro más inútil que la falta de la extremidad; tales son los casos de parálisis completa con o sin contracturas, de las que más tarde hablaré, y las retracciones cicatriciales y las llamadas contractura de Dupuytren, e isquémica de Wolkmann, que deformando la mano y colocándola en una posición fija y dolorosa impiden los movimientos y son un obstáculo y estorbo para la mayoría de los actos de relación. Claro es que se puede intervenir y modificar en sentido favorable la deformidad, y claro es también, y perdonad una vez más la repetición, que el encargado de orientar tendrá en cuenta la existencia de la Cirugía Ortopédica.

Dejando ya las deformidades totales, veamos segmento por segmento las que son más frecuentes. Primero, las inflamaciones de la articulación del hombro, sobre todo la llamada caries seca, que acaba por hacer que el individuo que la sufre se vea privado no solamente de mover el hombro sino de doblar el codo y, por lo tanto, de llevarse la mano a la boca. Si se ha constituido la anquilosis de la articulación del hombro cabe en ciertos casos corregirla por medio de una operación; pero téngase en cuenta que aún siendo éste un defecto lo es solo de relativa importancia, pues hay muchos, muchos oficios compatibles con él y que más vale tener un hombro fijo que no un hombro excesivamente movable.

En el codo son dos también los defectos que pueden presentarse: la anquilosis o fijeza absoluta de la articulación y la excesiva movilidad o articulación flotante. La primera es consecuencia de procesos inflamatorios o de fracturas articulares; la posición fija en ángulo recto o próxima a él, es la menos mala. Se puede obtener la corrección del defecto por medio de una resección o de una artroplastía, y ya recordaréis que al principio os cité un ejemplo de esta naturaleza. El llamado codo flotante es un gravísimo defecto, pues el antebrazo se mueve como el de un polichinela, su causa son los procesos destructivos o las resecciones muy extensas y su corrección se obtiene en parte por medio de aparatos especiales o de operaciones más o menos ingeniosas, en las que yo, modestamente, he contribuído a variar la técnica y que no es este el caso de citar.

La pérdida de los movimientos de supinación y pronación del antebrazo y, por consiguiente, de colocar la mano hacia arriba o hacia abajo, es también un defecto grave; no obstante, el indi-

viduo llega a acomodarse a la inutilidad, y de otro lado la mayor parte de las veces el defecto desaparece por medio de la intervención.

Las lesiones inflamatorias de la muñeca pueden producir la pérdida de sus movimientos de rotación, de flexión y de extensión, es decir, dejar la muñeca inútil. Las inflamaciones de las vainas sinoviales y tendinosas de los dedos dan lugar a retracciones y rigideces difícilmente curables; mientras asienten en los tres últimos dedos, la incapacidad es hasta cierto punto tolerable, pero si se localizan en el índice y en el pulgar o la lesión abarca todos los dedos, la mano queda inútil porque pierde todas sus facultades, incluso la de prehensión. La cirugía restauradora tiene aquí su campo más amplio, extirpando cicatrices, destruyendo adherencias, colocando injertos de piel y grasa y hasta sacrificando un dedo para lograr que, por deslizamiento, se muevan sus vecinos. Si no temiera cansaros os describiría con detalle el caso de un muchacho llamado Manuel Ortiz, que, a los 20 años, y por causa de un accidente eléctrico, se quedó inútil de las dos manos, hasta tal punto que ni para comer se servía de ellas. Hoy día, merced a una operación y a una enseñanza bien dirigida, el obrero, que no tenía nociones de dibujo, dibuja, y lo hace tan bien que puede ganarse la vida con su arte. Es este uno de los más bellos ejemplos del inmenso partido que puede sacarse del consorcio de la Orientación con la Cirugía; una, descubriendo aptitudes para el dibujo, pero luchando con la imposibilidad de aplicarlos por la inutilidad del sujeto; otra, vencién-dolas, ya que llevaba por delante la ilusión de hacer una obra de cuyo resultado dependía que el obrero pudiese o no trabajar.

Dos palabras sobre luxaciones y fracturas: Para el orientador lo importante es que el brazo sea o no útil, y vuelvo al estribillo, que aún en los defectos más graves, como son la pseudoastrosis y las rigideces articulares, se puede esperar un beneficio por medio de un tratamiento adecuado.

## Extremidad inferior

Las amputaciones de la extremidad inferior ofrecen, en términos generales, mucho menos gravedad e importancia que las de la extremidad superior, y así tiene que ser, ya que la mano natural es un prodigio de mecánica insustituible hoy día por ningún procedimiento, y que, en cambio, las prótesis de la extremidad inferior se construyen en estos tiempos con un perfeccionamiento tan extraordinario que permiten substituir el miembro perdido con muy pequeñas limitaciones.

Y así vemos que los amputados dobles y los amputados altos, casi a nivel de la cadera, que son desde luego los casos peores, pueden moverse libremente y hasta trabajar en determinados oficios, merced a las modernas piernas artificiales.

Los amputados por debajo de la rodilla, en los que el individuo conserva el juego de esta articulación, pueden dedicarse con la pierna artificial a cualquier clase de oficios. Yo tengo un caso muy curioso de un dependiente de comercio, de 20 años de edad, que el año pasado y por esta época, aproximadamente, sufrió un atropello de tranvía y tuve que amputarle la pierna derecha en su tercio medio. A los dos o tres meses se le hizo y colocó una pierna artificial en el Instituto, y el muchacho se encuentra tan perfectamente con ella que no solo ha dejado de cojear, sino que trocó su oficio de dependiente, que le obligaba a estar de pie todo el día, por otro que le hace caminar constantemente, pues se ha hecho corredor de comercio. Durante la guerra se discutieron las ventajas de la vulgar y sencilla pata de palo sobre la pierna artificial. Hoy día, y a mi juicio, la cuestión esta resuelta, la supremacía de la pierna artificial es indiscutible, y ya no tiene ni el defecto de la carestía, pues las hechas en serie están al alcance de todas las fortunas.

Conste, pues, que la amputación de una pierna no es obstáculo hoy para casi ningún oficio, pero, de todas formas, bueno será que el orientador tenga presente la excelente clasificación que ha hecho Römich y que, abreviadamente, es como sigue:

1.º Profesiones u oficios en los que las extremidades inferiores no sostienen el peso del cuerpo. es decir, oficios sentados.

a) Oficios en los que las piernas no trabajan nada (oficinas, relojeros, litógrafos, retocadores, etc., etc.)

b) Oficios en las que trabaja una pierna (sastres, guanteros, cosedores a máquina, etc.)

c) Oficios en los que trabajan ambas piernas (alfareros, choferes, etc.)

2.º Profesiones u oficios en los que las extremidades inferiores sostienen el peso del cuerpo.

A) Preferentemente estáticos:

a) Aquellos que solo requieren estar de pie (encuadernadores, panaderos, tintoreros, fotógrafos, etc.)

b) Aquellos en que una pierna necesita trabajar (afiladores, mecánicos, herreros, conductores de tranvías, etc. )

B) Preferentemente dinámicos:

a) Que necesitan andar y movimientos sencillos (jardinero, agricultores, faroleros, etc. )

C) Movimientos complicados:

a) (Albañiles, decoradores, instaladores, etc.)

Estudiaremos ahora los defectos más importantes de la extremidad inferior, empezando por señalar los que resultan de las lesiones o enfermedades de la articulación de la cadera.

La luxación congénita de la cadera o, dicho de otro modo, la viciosa posición de la cabeza del fémur desde el momento del nacimiento, es una deformidad muy frecuente que ya sea de un lado solo o de los dos, impide que el niño ande normalmente y la cojera lejos de atenuarse con la edad se hace cada vez más ostensible. Pero esta deformidad, como tantas otras, es corregible en los primeros años de la vida merced a ciertas maniobras que Lorenz sistematizó. Pasada cierta edad, la luxación ya no se reduce y la deformidad solo puede atenuarse con el concurso de algún aparato o de alguna operación paliativa. De ahí la necesidad de explorar sistemáticamente a todos los niños que al empezar a dar los primeros pasos lo hacen torpemente, balanceando el cuerpo a modo de un pato, y de ahí también la necesidad de que una vez descubierta y diagnosticada la luxación de un lado se examine la otra pierna, que al parecer está sana, ya que a veces la cabeza del fémur esta también dislocada y que con mucha más frecuencia la pierna presenta otros defectos que pudieran atribuirse a compensación.

En los niños y adultos con luxación congénita, sencilla o doble, e irreducible, la Orientación se hará hacia los oficios del primer grupo de la clasificación de Romich, es decir, a los oficios sentados.

La coxalgia o tumor blanco de la cadera es una enfermedad grave y frecuentísima en la segunda infancia. Nuestro primer cuidado será el de averiguar si la enfermedad ha curado por completo, ya que su curso es siempre largo, de tres a cuatro años por lo menos, y que las recidivas son muy frecuentes en cuanto se somete la pierna a un ligero esfuerzo. La coxalgia que cura sin deformidad, cosa muy rara, pues siempre va acompañada de anquilosis, acortamiento, atrofia y contractura, es siempre un impedimento grave para todo trabajo que exija estar de pie o caminar; más lo es, naturalmente, la coxalgia que cura con deformidad, aún cuando ésta pueda ser corregida, si bien debo decir que la anquilosis o sea la fijación definitiva de la cadera debe respetarse porque asegura la curación del proceso tuberculoso y únicamente en los casos de anquilosis doble será dado intervenir. De todas formas, el coxálgico es siempre un enfermo de cuidado, expuesto a mil contratiempos y en los que la Orientación encuentra muy pocos oficios que no le sean perjudiciales.

En el Instituto han sido encaminados a los trabajos de oficina y dibujo.

Otras deformidades de la cadera como la coxa-vara o valga, congénita o adquirida, y las que resultan de otros procesos inflamatorios, como el reumatismo, etc., son más raras y para el orientador serán consideradas de una manera análoga a las resultantes de la luxación congénita y de la coxalgia.

Los defectos de la rodilla son frecuentísimos. El genu-valgum, o rodillas en X, se presenta muchas veces en los jóvenes, constituyendo no sólo un defecto de estética, sino un grave obstáculo para la marcha, porque para mayor complicación suele llevar aparejado otros defectos en los pies. El genu-valgum se corrige bien mediante una operación cruenta, mas téngase presente que después de corregido, y hasta corregido con exceso, puede reproducirse y que, por lo tanto, a todos los que tengan o hayan tenido esta deformidad hay que aconsejarles oficios sentados, en los que las piernas no tengan que trabajar ni sostener el peso del cuerpo.

El genu-varum, o piernas en O, es más raro que el anterior y además de menos gravedad. Con las piernas abiertas y las rodillas muy separadas se puede trabajar y trabajar bien. De todas formas, si es muy acentuado debe operarse.

Las artritis agudas y crónicas de la rodilla constituyen uno de los capítulos más extensos de la Patología. Sus consecuencias son: la anquilosis y la contractura, que cuando se hacen en flexión dejan la pierna completamente inútil. Casi es ocioso decir que para combatir tales defectos existen gran número de procedimientos, más o menos cruentos y de más o menos éxito. Si la artritis fué tuberculosa habrá que pensar siempre en que el enfermo trabaje poco o mejor no trabaje, valiéndose aquí las mismas consideraciones que empleé antes en la tuberculosis de la cadera.

A título de curiosidad, citaré una lesión de la rodilla que ahora está de moda. Me refiero a la luxación y destrucción de los meniscos, luxación muy frecuente en los futbolistas, que les impide dedicarse a su profesión, hoy en día de las más productivas. Tengo en estos últimos tiempos una gran estadística, y, para que los amantes de tan bello deporte no se entristezcan, puedo asegurarnos que la lesión puede corregirse mediante un tratamiento apropiado.

Las deformidades de las piernas, consecuencia del raquitismo, la lues hereditaria, osteomalacia, etc., pueden ser también un obstáculo para cualquier oficio que exija estar de pie.

En el pie tenemos una variedad grande de deformidades congénitas (equinismo, varux y valgus, pié calcáneo, etc.), que si no son corregidas en los primeros meses o años de la vida son después una seria dificultad para la marcha. En la edad adulta cabe también operar, si bien la intervención es más difícil; por otro lado, el sujeto se ha acostumbrado a la deformidad y pocas veces reclama la intervención. No obstante, hay casos en que es tan acentuada que el mismo sujeto la pide, no por estética, sino por aliviar su cojera, que es muy penosa, y así, hace tres meses, se me presentó un muchacho de 20 años, que pisaba con el dorso y la punta del pie y que solo después de dos intervenciones, y una de ellas grave, pues consistió en fracturar la tibia y el peroné y desplazar todo el eje del miembro inferior, pude conseguir volver el pie y que apoyase en la planta.

El pie plano es una deformidad que consiste, como su nombre indica, en que la planta del pie se ha hecho plana borrándose la ligera bóveda que normalmente tiene, o lo que es lo mismo, que el individuo pisa con toda la planta, y este defecto, que a primera vista carece de importancia, tiene una gran influencia en la estática y dinámica del individuo, porque la bipedestación y la marcha es molesta y es dolorosa y porque la deformidad lejos de corregirse se acentúa con la edad. El pie plano puede ser congénito y puede ser adquirido, este es un punto de gran importancia para el orientador, ya que hay muchas profesiones que en un sujeto predispuesto producen por el solo hecho de ejercerlas en pie plano.

Otras veces el defecto es el resultado de un traumatismo, y aquí también hay que decir que no es forzoso que haya fractura de los huesos del pie para que se produzca esta deformidad.

Constituído el pie plano es difícil hacerle desaparecer, y lo más que puede pretenderse es que las molestias se alivien con el uso de plantillas o calzados apropiados. El individuo con pie plano es, pues, un inútil para gran número de oficios o profesiones, y, claro está, que siempre que sea posible se le aconsejarán oficios sentados.

Dos palabras sobre las luxaciones y fracturas de la extremidad inferior. El defecto más ostensible que de ellas resulta es el acortamiento, pudiendo asegurarnos que si el acortamiento es inferior a tres centímetros no tiene importancia, pues se compensa por sí solo con la desviación de la pelvis o poniendo unos dedos más de tacón, de suela o una plantilla. Pasando de los 3 cm. el acortamiento es grave, sobre todo si llega a los 8 ó 10 cm., cosa no rara en las fracturas mal curadas, porque el individuo, aparte de la cojera, tiene grandes molestias que le dificultan la marcha y aún el estar de pie. Otra consecuencia de las fracturas y luxaciones son las rigideces, contracturas y anquilosis. aparte de las pseudo-artrosis que, si no es susceptible de corrección, es un defecto gravísimo. En todos estos casos se impone casi siempre el cambio de oficio. En efecto, las fracturas articulares son frecuentes en los albañiles, montadores, cargadores, etc., en todo aquel que trabaja y expone, y aún después de curadas, y en apariencia con normalidad absoluta, llevan consigo una incapacidad para esos oficios.

## Parálisis

Dije al principio y repito ahora, que las parálisis deben ser examinadas aparte por el orientador, porque en la mayoría de los casos el defecto no se limita a un grupo de músculos o a un miembro sino que va unido a profundas alteraciones en la inteligencia, en el carácter, en la psicología del sujeto, que inclinan la elección de profesión u oficio en sentido especialísimo.

No voy a describirlos todos los casos de parálisis, ni siquiera las variedades que están más en contacto con el cirujano ortopédico. Me reduciré a dar una idea general del asunto.

Las parálisis pueden ser producidas por lesiones o enfermedades del sistema nervioso central, cerebro y médula, o por lesiones o enfermedades del sistema nervioso periférico.

Por su aspecto, las parálisis se pueden dividir en dos grupos fundamentales: flácidas y espásticas. En las flácidas el miembro está relajado, como muerto, el enfermo no lo puede mover, es decir, que, pasivamente, se le pueden imprimir toda clase de movimientos y, a veces, esto llega a tal grado de exageración que toda la extremidad pende del cuerpo como la de un muñeco o polichinela. En las parálisis espásticas sucede lo contrario, hay contracción, hay rigidez, el brazo o la pierna adoptan posturas inverosímiles, y si se quiere externamente modificar esta posición la contractura se exagera y la rigidez se aumenta. En las parálisis flácidas el tono muscular está disminuído, en las espásticas aumentado; todo el problema gira alrededor del tono, de su fisiología, de su patología y de su terapéutica, pero he de decir que estos asuntos son tan intrincados que, hoy por hoy, no están resueltos (1). Los dos grupos pueden reunirse en un mismo sujeto y hasta en el mismo miembro, y así no es raro ver en el brazo la espasticidad de los músculos flexores combinada con la flacidez de los extensores. El tipo de parálisis flácida lo encontramos en la enfermedad llamada parálisis infantil y el de la espástica en el grupo de lesiones e infecciones conocido con el nombre de enfermedad Little.

Las parálisis de los nervios periféricos más frecuentes y al mismo tiempo más difíciles de resolver, son los de los nervios de la extremidad superior (radial, mediano, cubital).

¿Qué hará el orientador ante un caso de parálisis? En primer lugar, un examen psicológico. Si es un niño, porque la enfermedad de Little o cualquiera otra, va acompañada de trastornos en la inteligencia, con retraso mental, alteraciones en el lenguaje, etc.; si es un adulto, porque la enfermedad o lesión que determina la parálisis alteró ya el cerebro, y porque, aún en los casos de parálisis más limitada, la de un grupo muscular de la mano, por ejemplo, el espíritu se deprime y la voluntad se acaba, aún para los trabajos más sencillos. Después intervendrá el fisiólogo, porque la parálisis no sólo trastorna los movimientos de los músculos, sino que altera la sensibilidad, y, por último, actuará el cirujano, que con los datos recogidos podrá tal vez corregir los defectos o atenuarlos considerablemente.

Porque habéis de saber, que en los casos de parálisis completa de las dos extremidades inferiores que impiden que el sujeto pueda sostenerse de pie, cabe transformar la pierna parálítica en pierna de apoyo, anquilosando articulaciones, trasplantando músculos o tendones o, simplemente colocando aparatos ortopédicos especiales. Que en las parálisis limitadas del radial, del cubital, del mediano, ciático poplíteo, etc. la moderna cirugía restauradora permite en muchos casos suplir la función perdida, y, por último, que en las parálisis espásticas, las más difíciles de tratar indudablemente, las recientísimas intervenciones sobre los nervios o sobre el simpático logran a veces verdaderos milagros.

## Conclusiones

1.<sup>a</sup> La orientación de los mutilados y defectuosos físicos, es un problema de difícil resolución, que debe hacerse siempre en sentido individual,

2.<sup>a</sup> El orientador tendrá siempre muy presente, que el defecto o la mutilación pueden corregirse o atenuarse y, por lo tanto, antes de emitir un dictamen definitivo, enviará el caso a un cirujano ortopédico.

3.<sup>a</sup> Inversamente, el cirujano consultará con el orientador antes de decidir la intervención de un mutilado o un defectuoso.

(1) A Ollcr: «Contribución al estudio de las parálisis espásticas» *Los Progresos de la Clínica*. Dic. 1925.