

siones ejercidas en la forma que he dicho al ocuparme del diagnóstico de lo que yo denomino *pseudo-monorquidia*.

Sólo las presiones manuales verificadas con suavidad é inteligencia son capaces de hacer recorrer al órgano, con inocuidad, el itinerario fisiológico; pues los bragueros, sean cualesquiera sus condiciones, los creo probablemente inútiles y además muy peligrosos, y por consiguiente los rechazo en absoluto, aun cuando no sea esta la opinión de respetables autores; y me fundo para pensar así, en que no concibo que en un niño — y no digo que tampoco en un adulto, porque no quiero hablar más que de los niños — se pueda confiar jamás en que la inmovilidad de un bragero sea tal que ofrezca garantía de inocuidad; lo considero sencillamente imposible. Un niño que es todo irreflexión y movimiento; que hace durante el día multitud de flexiones con el tronco y con los miembros inferiores, las cuales han de determinar necesariamente el deslizamiento de la pelota compresora; teniendo además en cuenta las pequeñas dimensiones del testículo en la infancia y lo beroso de sus contornos, toda vez que la piel y demás partes blandas que le cubren en su anormal situación en el conducto inguinal lo hacen subiendo en plano inclinado desde la zona periférica á lo alto del relieve testicular, plano inclinado que ha de facilitar inevitablemente el deslizamiento del aparato, no es posible que el bragero conserve la indispensable fijeza en el punto preciso en que habría de estar colocado, sino que facilísimamente se resbalaría y comprimiría al testículo. Claro que en esta absoluta reprobación comprendo también á los bragueros de pelota en forma de horquilla, pues este detalle, aunque muy ingenioso, es completamente inútil, pues aparte de que ofrece el mismo peligro de deslizamiento que si la pelota no tuviera hendidura alguna, basta pensar un instante en lo suave y ligero de la prominencia que el testículo de un niño forma en la ingle, para persuadirse de que es imposible que la pelota permanezca, no ya días, ni horas siquiera, en el punto preciso en que habría de estar colocada.

Pero aún digo más: no sólo considero á toda clase de bragueros inútiles *de hecho* y peligrosos para el vicio de conformación que ahora estudio, sino que los creo totalmente ineficaces desde el punto de vista de su *mecanismo curativo*, por dos razones: primera, porque la presión de la pelota no implicaría influencia impulsiva sobre el testículo, sino que éste permanecería indiferente á la vecindad de la pelota; y segunda, porque la presión de ésta se ejercería inevitablemente sobre el cordón espermático al que convertiría en freno del testículo, impidiéndole,

por consiguiente, descender al escroto; esta última reflexión demuestra que los bragueros serían, además de ineficaces, contraproducentes.

Las *presiones manuales* se repetirán diariamente, pero cuidando mucho de no hacerlas sobre el testículo, sino *sólo* sobre los tejidos colocados detrás de él, para que éstos sean los que le empujen suavemente. Cada sesión de estas manipulaciones será muy breve, unos cuantos segundos, ó lo que es lo mismo, seis ú ocho presiones sucesivas nada más, y se suspenderán durante los días ó semanas que fuera necesario en el momento en que se advirtiera que el niño sentía el más ligero dolor ó que se enrojecían ó ponían algo tumefactos los tejidos peritesticulares; no volviendo á practicar las presiones hasta que hubieran transcurrido unos días después que los tejidos hubieran recuperado su normalidad. Si se notara que las presiones hechas diariamente provocaban un estímulo inconveniente en la región, se alejarían más, practicándolas cada cuatro, seis, ocho ó más días, según la observación aconsejara.

En el caso de que las presiones manuales resultaran ineficaces, no queda más recurso que la operación cruenta; y si bien su indicación se subordinará á las circunstancias de cada caso, debo decir que en principio la considero completamente aceptable.

### Hidropesía del testículo.

Voy á ocuparme brevemente de una enfermedad que he observado con mucha frecuencia, á la que denomino *hidropesía del testículo*, no sé si con propiedad anatómo-patológica, pero sí creo que clínica; por lo menos expresa con exactitud la impresión que á mí me produce este proceso siempre que examino á un niño que le sufre, y desde luego revela el concepto nosológico que me merece. No es hematocele, ni quistes del testículo, ni hidrocele enquistado de éste, ni ninguno de esos procesos de naturaleza especial, como testículo sifilítico, tuberculoso, etc., ni, por último, hidrocele, sino un estado morboso constituido, en mi opinión, por una extravasación serosa en el testículo, y cuyos síntomas, según mi observación personal, son los siguientes:

Uno ó los dos testículos, más á menudo uno sólo, está aumentado de volumen, sin que su forma se haya alterado visiblemente; pues si bien, como ahora indicaré, no es siempre igual, tampoco es siempre idéntica la forma de los testículos del niño en el estado fisiológico, toda vez que



estos órganos parecen en unos casos grumos algo aplastados, muy blandos y de contornos borrosos, mientras que en otros son ovoideos, más consistentes y de límites claramente determinados; en esta enfermedad se presentan ambas modalidades, pues aunque el testículo es mayor que en el estado normal, aparece en unos niños de una redondez semi-complanada y deformado, y en otros redondeado y tenso. El aumento de volumen tampoco es igual en todos los casos, pues aunque lo más frecuente es que se duplique poco más ó menos el fisiológico, en algunos no llega ó excede de este límite; hace poco vi un niño pequeño que tenía el testículo derecho de la misma forma y volumen de una aceituna blanca de mediano tamaño. No he encontrado en los testículos desigualdad alguna, sino por el contrario, su superficie es lisa y uniforme. La consistencia es variable, hallándose en relación con la forma: cuando el testículo es grumoso suele ser blandujo, y cuando redondeado más consistente, llegando á adquirir una notable tensión en aquellos casos en que el volumen alcanza bastantes proporciones. El testículo conserva su movilidad normal y su independencia del escroto, y el cordón espermático ofrece sus caracteres fisiológicos. He observado, por último, un síntoma importantísimo, que es uno de los principales motivos de que yo considere á esta enfermedad como de naturaleza hidrópica: la gran transparencia del testículo. Muchas veces se la he hecho notar á mis alumnos en la consulta pública, sin más que colocar una mano extendida verticalmente sobre el testículo, de manera que la luz que entraba por el balcón iluminara el hemi-testículo correspondiente á la cara dorsal de aquélla, en tanto que les invitaba á mirar el hemi-testículo que caía del lado de la cara palmar, el cual como estaba rodeado de relativa sombra, aunque muy poco densa, se destacaba en ella el testículo como un globo transparente.

Esta observación puede hacerse con resultados aún más evidentes en una habitación oscura, colocando la mano en la disposición que he indicado, una luz del lado de la cara dorsal, lo más aproximada que sea posible al testículo, y mirando éste por el lado opuesto, y cuidando, además, de estirar el escroto sobre el testículo, para que con sus pliegues no oscurezca la investigación. Los testículos no ofrecen una sensibilidad exagerada á la presión suave, ni el niño sufre, al parecer, dolor espontáneo alguno, ni su organismo experimenta ninguna perturbación. Es un proceso completamente pasivo y local.

¿Es congénita esta enfermedad? Yo así lo supongo, pero no lo afirmo; si no es congénita, debe presentarse á poco del nacimiento; yo la he observado siem-

pre en niños de seis, cuatro y dos meses, y tal vez de menos edad todavía, pero no recuerdo haber visto ningún recién nacido con esta enfermedad; lo cual no quiere decir que no haya existido, pues ha podido pasar desapercibida, ya que es un padecimiento que, á no ser que por alguna circunstancia se examinen los testículos y haya, por consiguiente, ocasión casual de comprobarla, la inmensa mayoría de casos es la madre la que se apercibe del aumento de volumen del testículo, que es lo que la mueve á consultar al médico.

Después de escritas estas reflexiones — que no modifico porque creo que encierran interés práctico — me han presentado en la consulta de la Facultad de Medicina un niño que aún no tenía cuarenta y ocho horas de edad, con el testículo izquierdo normal, del tamaño de un garbanzo, mientras que el derecho era como una gruesa cereza, liso, tenso, transparente, y del cual arrancaba el cordón espermático de condiciones absolutamente fisiológicas. Ofrecía este caso de especial una circunstancia que no he observado en otros, y era que el escroto tenía poca amplitud para un testículo tan voluminoso, por lo que estaba proyectado hacia adelante en grado tal, que aparecía el pene completamente borrado, sin formar prominencia ninguna — eso que en el momento del examen estaba en erección, á juzgar por la gran consistencia que presentaba —, sino reemplazada toda su cara inferior por el escroto, hasta el punto de corresponder la línea vertical anterior de éste al orificio uretral. El padre, que acompañaba al niño, manifestó que le habían dicho que sería preciso hacerle una operación para corregir la unión anormal que había entre el pene y el escroto; cuyo juicio era completamente erróneo, según se desprende de lo que acabo de indicar, y demuestra que no habían conocido la naturaleza del proceso. Cuando desaparezca esa hidropesía del testículo, y aun antes tal vez, así que se distienda más el escroto, formará el pene la prominencia normal, pues se halla perfectamente conformado.

El curso de este proceso es crónico; pero, según mis observaciones, completamente favorable; no sé si desaparecería espontáneamente, mas sí lo hace, aunque con lentitud, mediante el tratamiento que después indicaré. Y llego con esto á lo más interesante de este padecimiento, que es lo referente al diagnóstico. Siempre que en la consulta pública pregunto á las madres de todos estos enfermitos ¿qué tiene este niño?, la contestación es una de éstas: «que está quebrado, ó á ver si está quebrado». Algún niño afectado de hidropesía del testículo me le han presentado con el bragüero puesto, y menos mal que el testículo estaba en el escroto por bajo de la pelota compresora.

El diagnóstico directo es facilísimo, teniendo presente el cuadro sintomático que he descrito, y el diferencial con la hernia es tan indispensable como desprovisto en absoluto de toda dificultad. En la *hernia*, *desciende* desde el anillo inferior del conducto inguinal al escroto una masa blanduja que se la reduce y da lugar al desaparecer á ese ruido de *cla* característico, masa blanduja que reaparece y aumenta de volu-



men y de consistencia cuando el niño llora ó hace esfuerzos; y aparte de este conjunto de fenómenos tan expresivo, existe el hecho importantísimo de la presencia del testículo en el fondo del escroto, por debajo de la masa blanduja formada por las vísceras abdominales ectopiadas. En la *hidropesía del testículo* no se observa *ninguno de los síntomas* correspondientes á la hernia, es decir, á esa masa blanduja, sino que consiste el cuadro sintomático en la presencia en el escroto del testículo con los caracteres que he manifestado, el cual goza dentro de la bolsa de gran movilidad; así es que se le hace subir y bajar fácilmente; arranca de él el cordón espermático; es absolutamente indiferente á los gritos del niño, desde el punto de vista de su volumen y consistencia; y no sólo es irreductible, sino que ni se ocurre siquiera ensayar la reducción, por el profundo convencimiento que se tiene de que aquel tumor no es otra cosa que el testículo.

Recomiendo muy expresamente que, siempre que se trate de diagnosticar una hernia ó cualquiera enfermedad del escroto, lo primero que se compruebe sea la presencia del testículo; una vez convencidos de que éste ocupa su sitio y de las condiciones que ofrece, se continúa el examen en la forma conveniente; de igual manera que debe advertirse siempre á las madres, explicándoselo claramente y enseñándolas á hacerlo, que cuando el niño padezca una hernia, tengan sumo cuidado de reducirla antes de aplicar el braguero, y de que el testículo quede en la parte inferior del escroto, y libre, por consiguiente, de toda compresión.

El *pronóstico* es benigno, pues, como he dicho, desaparece la enfermedad, aunque lentamente, merced á un tratamiento bien dirigido.

El *tratamiento* le expondré en dos palabras, porque se reduce á decir lo que yo he hecho, y que consiste, en aconsejar á las madres que compren tintura de iodo recién preparada y un pincel pequeño y de pelo muy suave; que pinten con la tintura todas las mañanas el bulto que el niño presenta en el escroto; que cuando observen que la piel se ha irritado, apareciendo roja y como inflamada, que suspendan las embrocaciones, volviendo á pintar de nuevo con la tintura de iodo el escroto cuando vean que éste ha recuperado sus caracteres normales.

En el transcurso de algunas semanas, cuyo número es variable, desaparece la enfermedad con este solo tratamiento.

### **Pie zambo congénito.**

Bajo las denominaciones de *pie zambo* ó de *pie bot*, se comprenden varias disposiciones viciosas de los pies.

Ofrece cuatro variedades fundamentales: el *pie equino*, en el cual el talón está levantado y pisa el niño con la parte anterior del metatarso y con los dedos; el *talus*, en el que el niño pisa con el talón, permaneciendo elevado el resto del pie; el *varus*, en el que se apoya en el borde externo; y el *valgus*, que lo hace en el interno. Estas diferentes clases de pie zambo no se presentan con carácter de simplicidad sino muy excepcionalmente, pues lo general es que aparezcan combinadas en la siguiente forma: el equino con el varus, constituyendo el pie *varus-equino*, cuya frecuencia relativa es tal que representa por sí la inmensa mayoría de pies zambos; y el talus coincide de ordinario con el valgus, dando lugar al *talus-valgus*.

Mucho me extraña la opinión de Redard, quien en vista de las estadísticas francesas, inglesas, americanas y alemanas, llega á la conclusión de que, desde el punto de vista de la frecuencia del pie zambo congénito, aparece en primera línea el varo, después el valgo y el equino, y por último el talus, que es mucho más raro. Me limito á expresar extrañeza, porque los hechos no se niegan, y como Redard invoca el resultado de las estadísticas, creo que así será; pero sí manifestaré que, según mi experiencia personal, que no es escasa en esta materia, son de un predominio numérico tal el varo y el equino, aisladamente ó combinados, y de una rareza relativa y aun absoluta tan grande el valgo, que no es posible considerar á éste como de frecuencia análoga á la del equino.

La frecuencia absoluta del pie zambo en general, es decir incluyendo todas sus variedades, pero congénito, por supuesto, es algo más de 1 por cada 1.000 niños, pues según las estadísticas formadas por Chaussier arrojan un total de 37 casos en 23.923 niños.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Descartaré desde luego todas las influencias capaces de determinar una viciosa disposición de los pies después del nacimiento, porque sólo voy á ocuparme del pie zambo congénito, y así no hablaré del ocasionado por luxaciones, por quemaduras que hayan dado lugar á cicatrices viciosas que por su retracción desviarán el pie, por artritis, etc., ni aun del producido por la parálisis, pues aun cuando puede suceder que se presente el *pie zambo paralítico* innato, le elimino también del estudio que voy á hacer, porque sólo quiero ocuparme del contractual, que es el ordinario y al que únicamente me referiré en las consideraciones terapéuticas que haré al estudiar el tratamiento.

Es mayor el número de pies zambos en los niños que en las niñas, lo que considero como una simple casualidad, pues el sexo ofrece durante la vida intra-