da la hernia inguinal conjénita, en la cual el intestino se encuentra en contacto con el testículo, al que á veces se adiere.

Esta hernia no existe siempre á la época del nacimiento; pues á menudo aparece mas tarde á causa de los esfuerzos que hace el niño cuando grita ó respira con dificultad; pero es siempre indispensable para su formacion que traiga el niño al nacer la disposicion particular que hemos descrito, pudiendo hallarse esta comunicacion ó abertura anormal sin hernia. Sin embargo puede tambien formarse, sin ser conjénita, en un jóven y aun adulto, cuando los testículos, habiendo permanecido por mucho tiempo en el abdómen, no atraviesan el anillo inguinal hasta una edad mas ó menos adelantada. Cita Richerand un caso de esta naturaleza de un jóven de veinte años, cuyos testículos atravesaron los anillos haciendo un esfuerzo muy violento, al saltar una zanja, arrastrando el peritoneo, que formó un saco en el cual se alojó en breve el intestino. Estos casos serán seguramente muy raros, al paso que es muy frecuente su formacion en los recien-nacidos.

Hay en las niñas, hasta la época de su incremento y algunas veces mas tarde, una prolongacion del peritoneo que acompaña al ligamento redondo, formando un pequeño canal de algunas líneas de largo que se termina en zurron; y en este canal, descubierto por Nuck y observado despues por otros anatómicos, se forma á veces una hernia semejante, en cierto punto, á la hernia conjénita. (Véase la 1.ª parte de nuestro tratado de las enfermedades de las mujeres, pájina 192, 194, 370 y siguientes.) El canal de Nuck esplica el porqué la hernia inguinal es mucho mas frecuente en las muchachas que en las mujeres adultas.

Los testículos, situados en el abdómen del feto hasta á los 6 ó 7 meses del preñado, á veces no salen de esta cavidad hasta algun tiempo despues del nacimiento; en semejantes casos pudiera considerarse como una hernia el tumor que formará el testículo al asomar al anillo inguinal; equivocacion que espondría á otra mas trascendental ó sea á la aplicacion del vendaje compresivo: por consiguiente, siempre que se nos presente un recien-nacido que se crea afectado de una hernia conjénita, nuestro primer cuidado debe versar en el exámen del escroto para asegurarnos de si han bajado á él los testículos. Su falta en el lado correspondiente y la estremada sensibilidad del tumor hacen que no pueda jamás confundirse la existencia del testículo en el anillo con la hernia inguinal. Sin embargo aun cuando exista el testículo en el escroto no puede deducirse que el tumor no está formado por otro, pues pudiera suceder que, teniendo el niño tres testículos, se hallase uno de ellos retenido en el anillo: en este caso, seguramente raro, los vivísimos dolores que ocasionaria la mas lijera presion, y la falta de los señales particulares de las hernias, no dejarian duda en el diagnóstico. El tumor formado por la hernia, que es renitente y no presenta, como tampoco el que forma el testículo, alteracion del color de la piel, se reduce regularmente por sí mismo en la posicion horizontal ó cuando se le empuja de delante atrás, haciendo con frecuencia un ruido particular; y vuelve á manifestarse luego que se pone al niño en pié ó cesa la compresion; aumentándose su volúmen y consistencia con los gritos y los esfuerzos del niño. Los mismos señales evitarán la equivocacion inversa, es decir, el tomar una asa intestinal por el testículo, ó *vice-versa*, equivocacion que es posible pues que Pott ha visto en tres niños de corta edad, una porcion de intestino ó de epiploon bajada al fondo del saco, al paso que el testículo se hallaba todavía en el anillo, ó aun en el abdómen.

Del mismo modo la falta de los caractéres propios de la hernia, junto con la transparencia y la fluctuacion que presenta el hidrocele, no permitirán que se confundan.

A pesar de que el cordon espermático no está contenido en una vaina serosa, no puede dudarse que á veces se desarrolla en el un verdadero hidrocele por derrame: la serosidad se amasa en una ó muchas células del tejido laxo que une los vasos de qué se compone este cordon. Se distinguirá el tumor que forma de la hernia porque el primero crece de abajo hácia arriba y llega al abdómen pasando por el anillo, y la hernia, que presenta los señales arriba dichos, aumenta de arriba abajo. Si el líquido está contenido en muchas células, la fluctuacion es poco sensible y el tumor está como partido por muchas especies de surcos, como lo notó Sabatier: si se halla en una sola célula que està dilatada, el tumor es prolongado, su superficie lisa y se percibe la fluctuacion desde su parte superior á la inferior.

Debe tenerse presente que todas las hernias inguinales que padezcan los niños de corta edad no han de corresponder por precision á la variedad que describimos; M. Lawrence vió una en un niño de 14 meses que no era conjénita, sino igual á las que padecen los adultos y que se estranguló. En tal caso aparecen los síntomas propios cuya descripcion no nos corresponde.

La hernia inguinal en el recien-nacido suele curarse radicalmente y muy pocas veces dá lugar á accidente alguno. En ciertas circunstancias puede sin embargo estrangularse y entonces son temibles sus resultados. Cita Hatin un caso de esta naturaleza en el cual á la operacion que se practicó á causa de atragantamiento, siguió la muerte del niño.

El método curativo consiste en reducir con cuidado las partes dislocadas y contenerlas en el abdómen por medio de un vendaje bien aplicado hasta que se haya obliterado la abertura anormal: este vendaje debe comprimir poco y se ha de cambiar á menudo, cuando los niños son muy pequeños, para evitar la irritacion de la piel, que es muy frecuente, á causa de que se ensucian continuamente con las materias alvinas; y al contrario debe ser permanente luego que lo permitan la edad y la limpieza del niño. Nunca debe comprimirse el anillo hasta haberse asegurado positivamente de que el testículo ha bajado al escroto y hasta haber hecho refluir al abdómen el líquido mas ó menos abundante, que á veces contiene el saco herniario.

Si la hernia se inflama, lo que se conoce por la tumefaccion y el dolor que se percibe en ella, debe combatirse este accidente con la aplicacion de algunas sanguijuelas, de cataplasmas y baños. Si se estrangulan se obra del mismo modo que en los casos comunes, redoblando las precauciones para no herir el testículo, que se presenta descubierto hácia la parte inferior de la incision, y á veces aun mas arriba y hácia atrás, por ocupar su lugar las partes que forman la hernia; lo que no se verifica en las hernias inguinales comunes.

Cuando no hay hernia, y forma el tumor que aparece en la ingle el testículo que habia permanecido en el abdómen, deben aplicarse cataplasmas emolientes sobre la rejion correspondiente al anillo inguinal, al que relajan y facilitan asi el

descenso del testículo. Este método es preferible al de Levret que aconseja hacer bajar el testículo con los dedos cuando estaba detenido, ó bien hacer llorar al niño á fin de que lo hagan caer los sacudimientos que ocasionan sus gritos. Este medio es peligroso y puede aumentar el dolor y la hinchazon Gardien).

Los autores dan el nombre de *hidrofisocele* á la hernia conjénita complicada con una coleccion de serosidad, cuando ciertos flatos se desarrollan y se reunen en la porcion de intestino, cuyo descenso le ha dado oríjen. La reunion de los síntomas de estas afecciones hará conocer esta complicacion que se curará radicalmente procurando la obliteracion del anillo como en ellas.

Prolapso del recto. * Consiste en el renversamiento de la parte inferior de su túnica interna. Como esta membrana es blanda y no se adiere á las demás sino con un tejido muy laxo, sale al esterior y forma en el ano un rodete grueso, rojo y algunas veces sanguinolento, siempre que tiende á hacerla salir una causa cualquiera, como los gritos reiterados de los niños débiles, los esfuerzos que hacen para dar de cuerpo cuando despues de la constipacion de vientre excretan una grande cantidad de materias fecales mas ó menos duras, la abundancia de las evacuaciones alvinas á causa de la administracion de un purgante ó de una diarrea, etc.; las cuales producen este efecto con tanta mayor facilidad cuanta mayor es la relajacion de la membrana mucosa. Se ha dicho que este accidente es sintomático de la presencia de los vermes ó de las saburras intestinales; pero en realidad no hay relacion alguna entre estas enfermedades (Billard).

Luego que se nota este prolapso debemos apresurarnos á hacer entrar el rodete que forma, lo que se consigue apretando con suavidad con los dedos untados con cerato ó aceite la membrana mucosa de abajo arriba, teniendo la precaucion de hacer entrar primero la circunferencia del rodete: despues se mantiene el tumor reducido con compresas embebidas en agua fria, que se sostienen con un vendaje en T. Si esta enfermedad persiste, á medida que vá adelantando la edad del niño, es preciso procurar conocer cuando quiere escretar para sostener con los dedos la circunferencia del ano durante los es-

fuerzos de la defecacion. Los polvos aromáticos y las lociones astrinjentes y tónicas que aconsejan algunos autores, cree Billard que ayudan poco á la accion de los medios mecánicos que se necesitan en tales casos para sostener al recto. Si la rijidez del esfínter del ano se opone á la introduccion de la membrana dislocada, debe vencerse antes aquella con los emolientes; y además siempre deben removerse las causas que contribuyen al prolapso, como la constipacion, etc.

§ IV.

De la calentura tifoídea.

Esta enfermedad ha sido verdaderamente conocida en la infancia en estos últimos tiempos, gracias á los progresos que ha hecho el arte del diagnóstico, pues los autores anteriores la tomaban á menudo por una afeccion cerebral ó por simples calenturas mucosas ó inflamatorias; y de ahí viene que se han considerado como raras en la infancia las calenturas que se llamaban *pútridas*, *malignas*, *nervosas*, *adinámicas*, *atáxicas*, *etc.*, las cuales, como se ha probado, entran en gran parte en el dominio de la tifoídea. Sin embargo muchas observaciones de algunos autores modernos muy recomendables y los datos estadísticos recojidos en los principales hospitales de niños, prueban bien que esta calentura es sumamente frecuente en la infancia; y aunque son poco esenciales las diferencias que presenta en ella, siendo casi iguales sus caractéres en la niñez y en las demás edades, sin embargo creemos que debemos ocuparnos algo en su esplicacion, á causa de que hasta ahora no se ha vulgarizado, si asi puede decirse, el conocimiento de esta afeccion con respecto á la infancia.

Anatomía patolójica. Entre las lesiones anatómicas las hay que son casi constantes y verdaderamente características, y se hallan en los folículos intestinales y en los ganglios mesentéricos, siendo con respecto á la calentura tifoídea lo mismo que las pústulas en las viruelas; y otras que pueden existir ó faltar segun los grados y complicaciones del mal.

Las alteraciones foliculares se presentan sucesivamente en el curso de la enfermedad en estado de erupcion, de ulceracion y de cicatrizacion; siendo á corta diferencia idénticas en las glándulas de Brunner y en las manchas de Peyer. En el primer caso se encuentran en los diferentes puntos de los intestinos delgados y gruesos, y en el segundo se limitan en los delgados, ocupan su borde libre y van haciéndose mas manifiestas á medida que se acercan mas al ciego: raras veces se limita la lesion á los folículos hacinados, y mas raramente aun en los aislados; en los mas de los casos ambos se hallan afectados simultàneamente.

En el período de erupcion que parece que dura hasta al décimo dia á corta diferencia, la lesion del aparato folicular hacinado presenta dos formas que regularmente se hallan reunidas en un mismo sujeto, y que se han señalado con el nombre de manchas *blandas* ó *reticulares*, y de *manchas duras* ó *estampadas*. Las blandas se presentan como una especie de redecilla membranosa compuesta de un gran número de pequeñas mallas que dejan entre sí intervalos deprimidos: el tejido mucoso que forma la red está siempre reblandecido y á veces hasta tal grado que cede á la presion; y por consiguiente el aumento de desarrollo y el reblandecimiento son los caractéres de estas manchas. Las duras son muy diferentes, en jeneral son muy prominentes y forman relieve por sus bordes encima de la mucosa, y son resistentes al tacto. Si, despues de haber hecho una incision perpendicular, se examinan los bordes de la seccion, se distingue primeramente la mucosa que todavía parece sana, y debajo de ella una capa del grosor de media línea ó línea y media, formada por una materia blanca ó amarillenta, homojénea, firme, quebradiza ó frájil, y de corte liso y brillante: quitada esta capa que distingue estas manchas de las primeras, se vé la túnica celular, la muscular y por fin la serosa.

En los folículos aislados se encuentran alteraciones análogas, los cuales á veces se hallan en un simple estado de turjescencia, y en otras su cavidad se halla llena por una materia semejante á la de las manchas duras.

El color de la membrana mucosa al nivel de las lesiones dotinentéricas, algunas veces es enteramente pálido, en otras es de un color rojo subido, y á menudo se halla en grados intermedios.