



Año 1915.

Núm. 3027

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## CONSIDERACIONES

SOBRE

# LA BACILOSIS GENTAL EN EL HOMBRE

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

BENJAMÍN VALMARROSA



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

ONDA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI

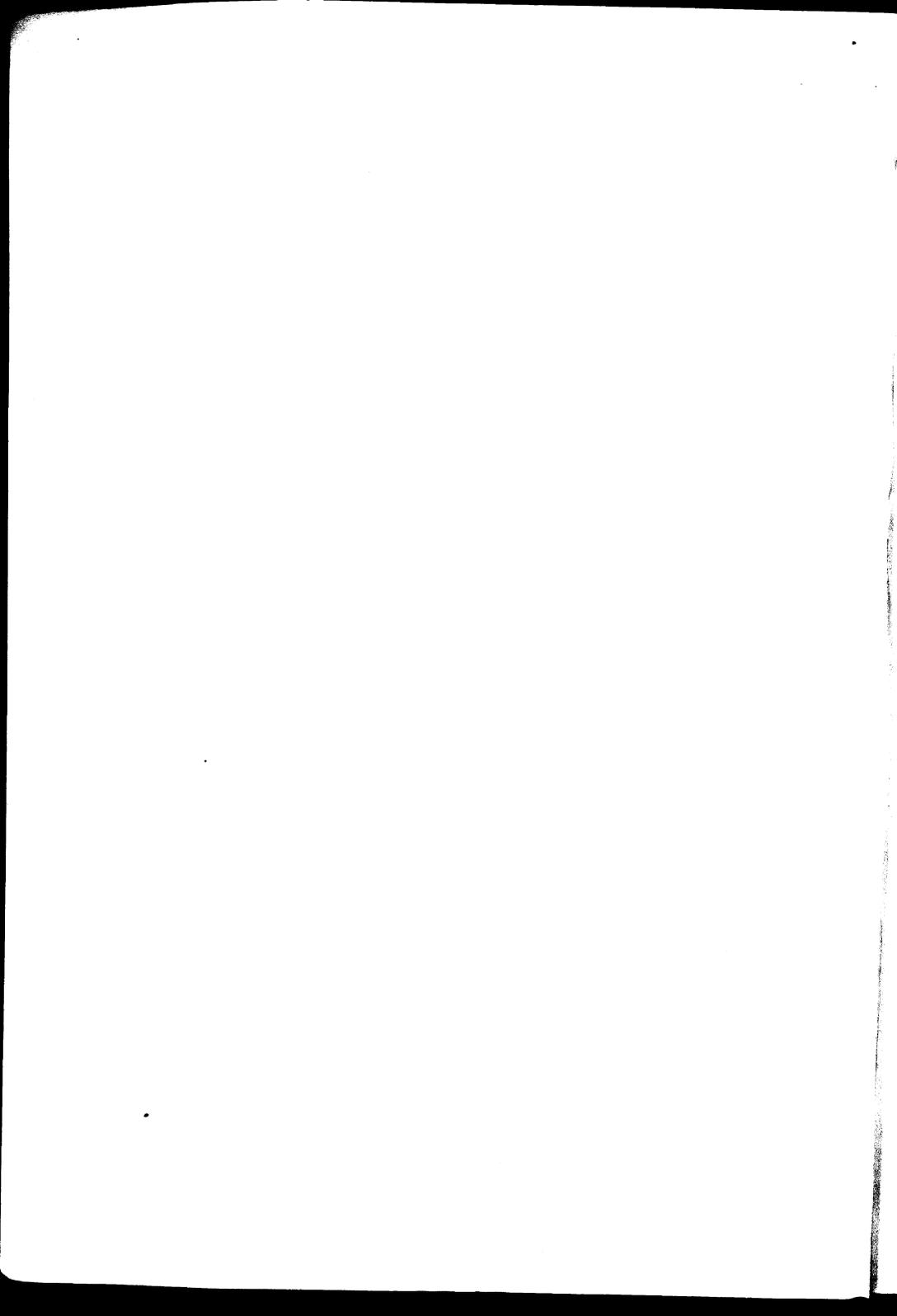
1870, CORDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

*Orig. B. 20/19*

CONSIDERACIONES

SOBRE

LA BACILOSIS GENITAL EN EL HOMBRE



**Año 1915.**

**Núm. 3027**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## CONSIDERACIONES

SOBRE

# LA BACILOSIS GENITAL EN EL HOMBRE

-----

## TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**BENJAMÍN VALMARROSA**



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI  
2070, CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

---

La Facultad no se hace solidaria de las  
opiniones vertidas en las tesis.

*Artículo 162 del R. de la F.*

---

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

### Miembros titulares

1.   »   » EUFEMIO UBALLES
2.   »   » PEDRO N. ARATA
3.   »   » ROBERTO WERNICKE
4.   »   » PEDRO LAGLEYZE
5.   »   » JOSÉ PENNA
6.   »   » LUIS GÜEMES
7.   »   » ELISEO CANTÓN
8.   »   » ANTONIO C. GANDOLFO
9.   »   » ENRIQUE BAZTERRICA
10.  »   » DANIEL J. CRANWELL
11.  »   » HORACIO G. PIÑERO
12.  »   » JUAN A. BOERI
13.  »   » ANGEL GALLARDO
14.  »   » CARLOS MALBRAN
15.  »   » M. HERRERA VEGAS
16.  »   » ANGEL M. CENTENO
17.  »   » FRANCISCO A. SICARDI
18.  »   » DIÓGENES DECOUD
19.  »   » BALDOMERO SOMMER
20.  »   » DESIDERIO F. DAVEL
21.  »   » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22.  »   » DOMINGO CABRED
23.  »   » ABEL AYERZA
24.  »   » EDUARDO OBEJERO

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL  
» MARCELINO HERRERA VEGAS



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO WIDAL
5. > > OSVALDO CRUZ



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## **Decano**

DR. D. LUIS GÜEMES

## **Vice Decano**

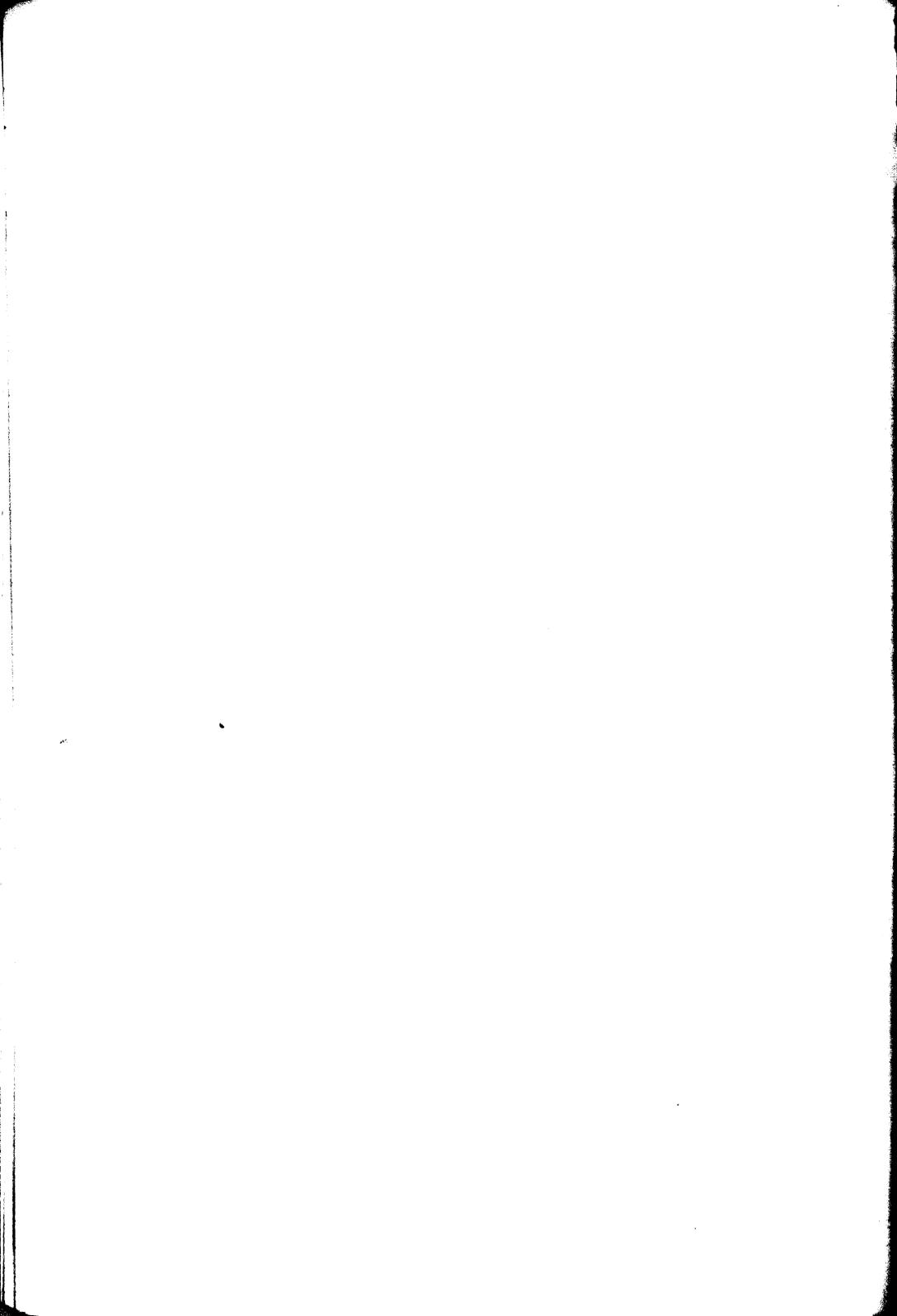
DR. CARLOS MALBRAN

## **Consejeros**

DR. D. LUIS GÜEMES  
» » ENRIQUE BAZTERRICA  
» » ENRIQUE ZÁRATE  
» » PEDRO LACAVERA  
» » ELISEO CANTÓN  
» » ANGEL M. CENTENO  
» » DOMINGO CABRED  
» » MARCIAL V. QUIROGA  
» » JOSÉ ARCE  
» » ABEL AYERZA  
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
» » DANIEL J. CRANWELL  
» » CARLOS MALBRÁN  
» » JOSÉ F. MOLINARI  
» » MIGUEL PUIGGARI  
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

## **Secretarios**

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)  
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI

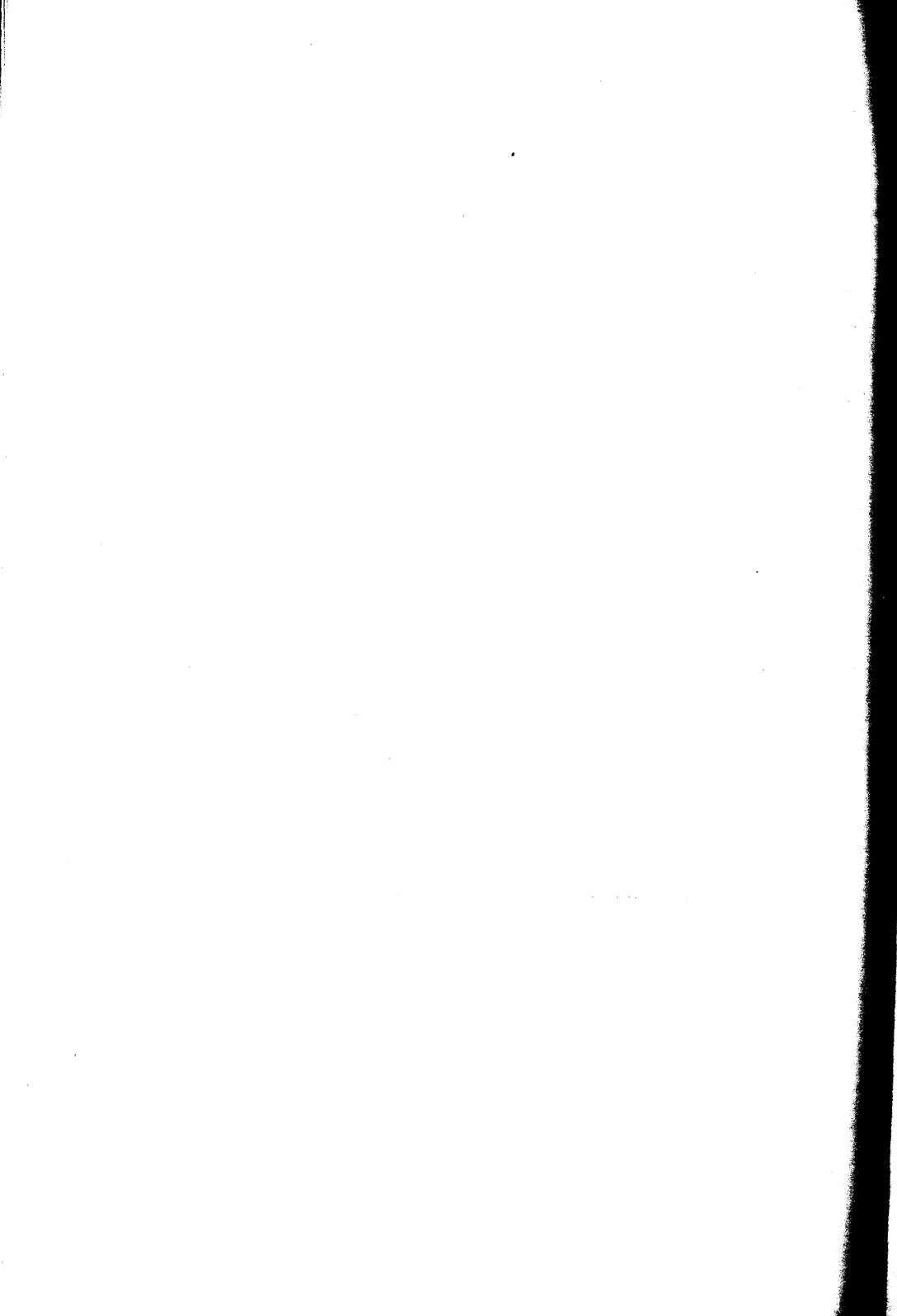


# ESCUELA DE MEDICINA

---

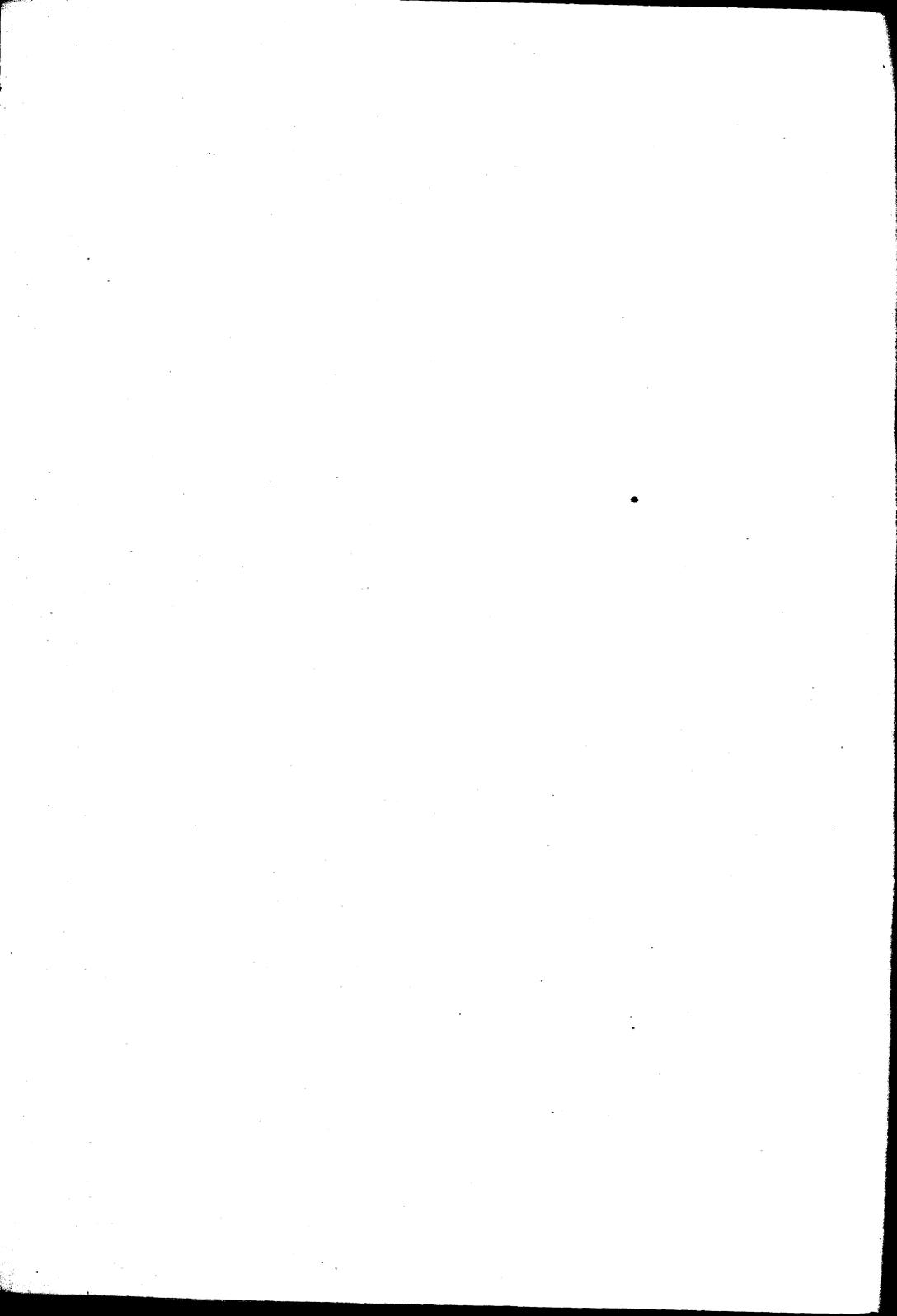
## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica.....	„ JOSÉ T. BORDA



## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Histología.....	" JULIO G. FERN NDEZ
Anatomía Descriptiva.....	" EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
Semeiología.....	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Patológica.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Materia Médica y Terapéutica.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	" JOSE MORENO
Patología externa.....	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
» Dermato-sifilográfica.....	" CARLOS ROBERTSON
» Genito-urinaria.....	" FRANCISCO P. CASTRO
Clinica Epidemiológica.....	" NICOLAS V. GRECO
Patología interna.....	" PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	" BERNARDINO MARAINI
Clinica Oto-rino-laringológica.....	" JOAQUIN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	" FERNANDO R. TORRES
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" JOSE ARCE
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JUAN JOS. VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" V. JOAQUIN GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA
Medicina legal.....	"



## ESCUELA DE FARMACIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas..	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	J. MANUEL ERIAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Técnica farmacéutica.....	} SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas....	
Física farmacéutica.....	„ OSCAR MIALOCK
Química orgánica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.....	} SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica.....	
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

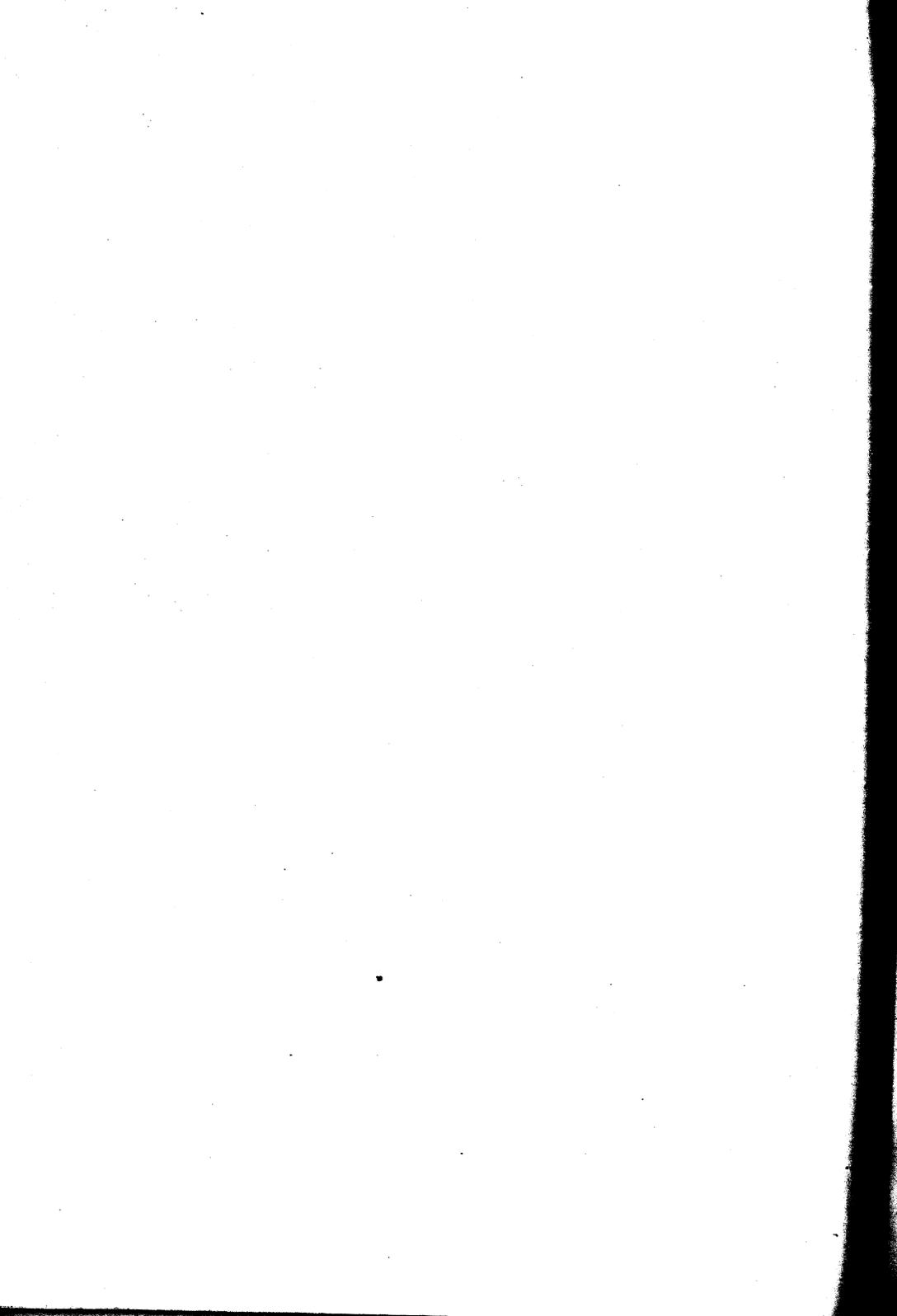
---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREIRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos suplentes**

DR. ALEJANDRO CABANNE

---



## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Vacante
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico .....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica .....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura .....	Vacante

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Clinica Obstétrica .....	DR. J. C. LLAMES MASSINI (encar- gado del curso del 1er. año).
" " .....	» UBALDO FERNANDEZ (encar- gado del curso de Puericultura.

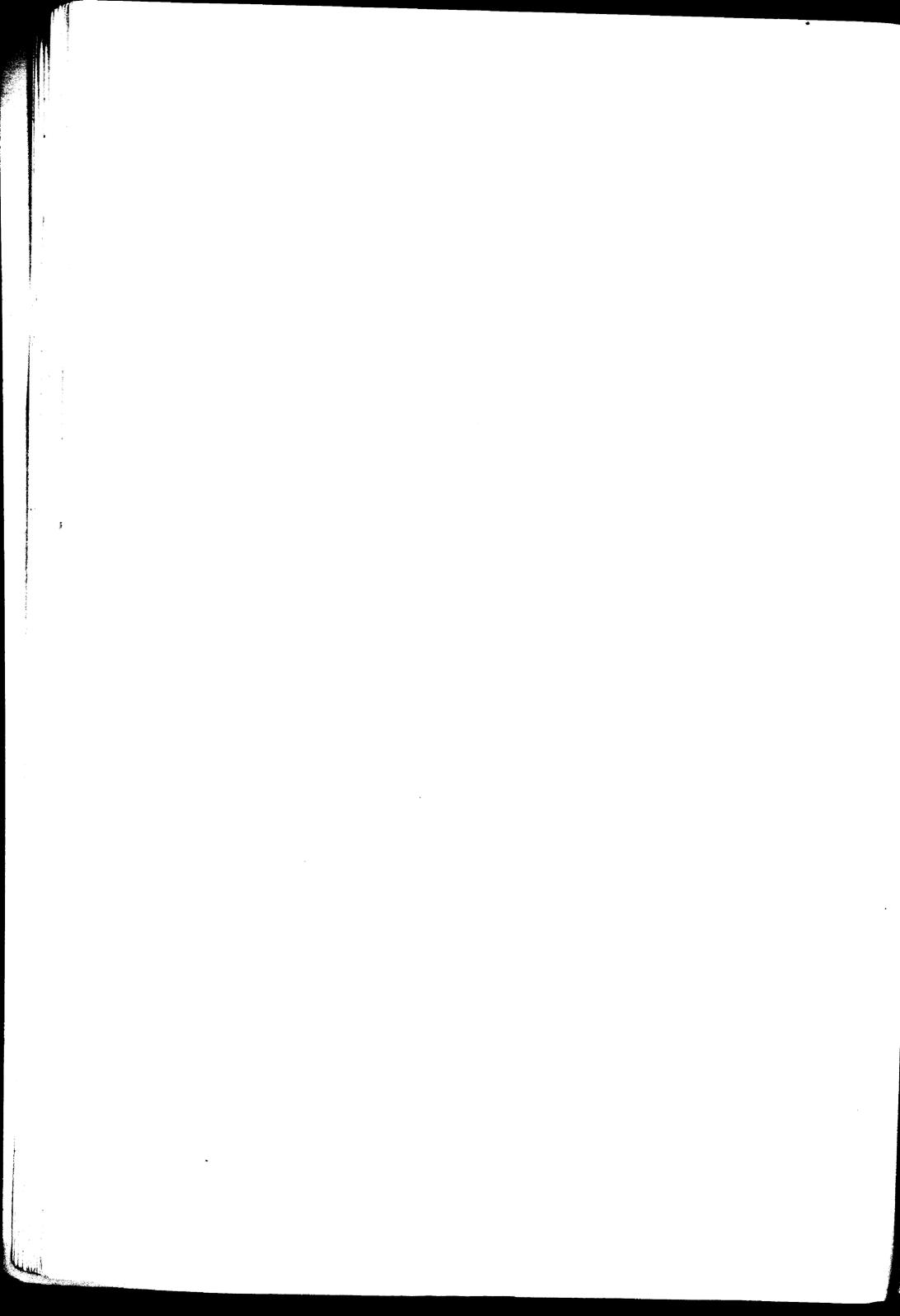
---



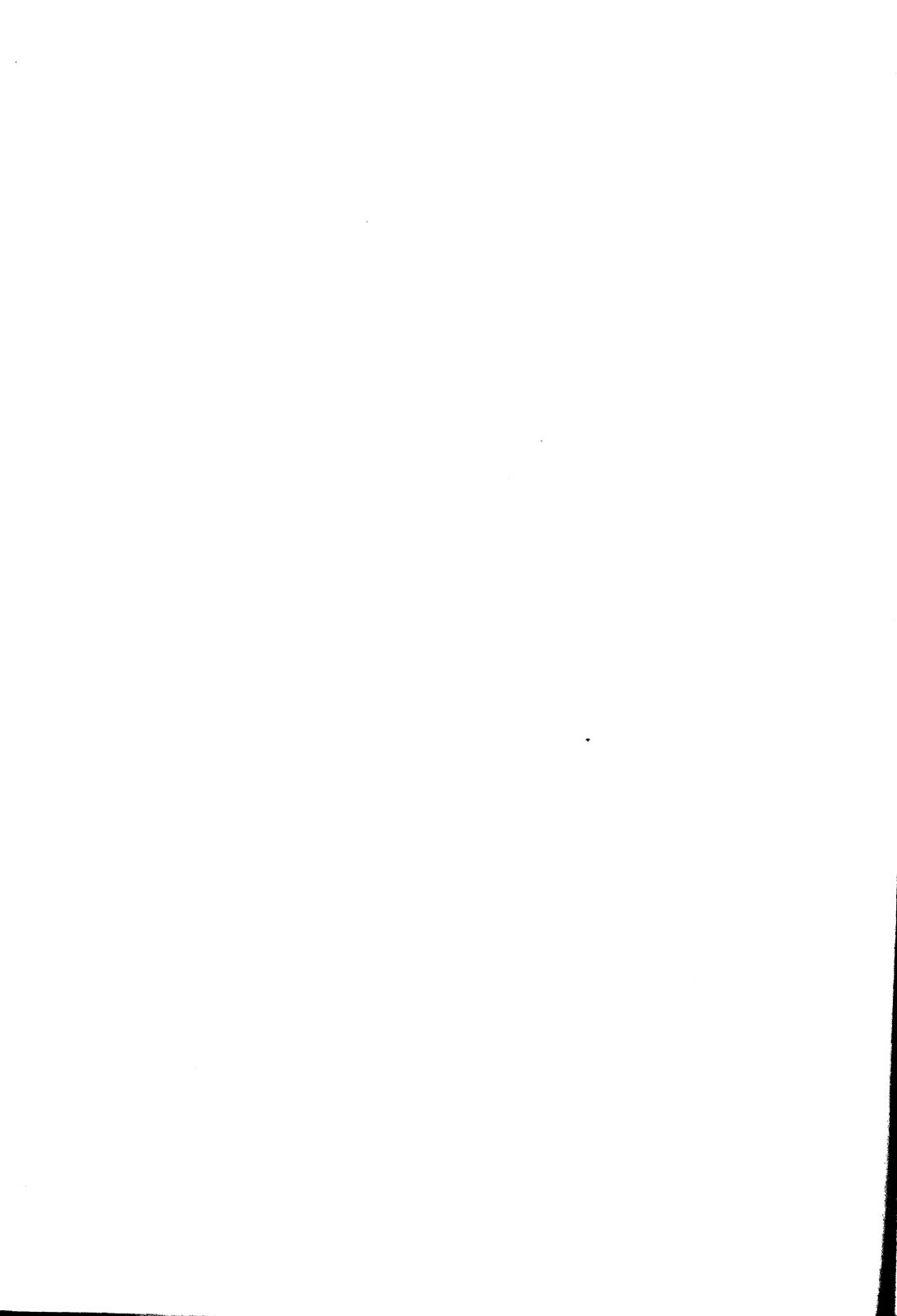
**Padrino de tesis :**

**Dr. LUIS E. PAGLIERE**

Jefe del servicio de Piel y Genito-Urinarías del Hospital Italiano  
y Cirujano del Hospital Alvear



A LA MEMORIA DE MI MADRE



A LA MEMORIA DE MI QUERIDO PADRE

*A quien dedicaba todo mi entusiasmo*



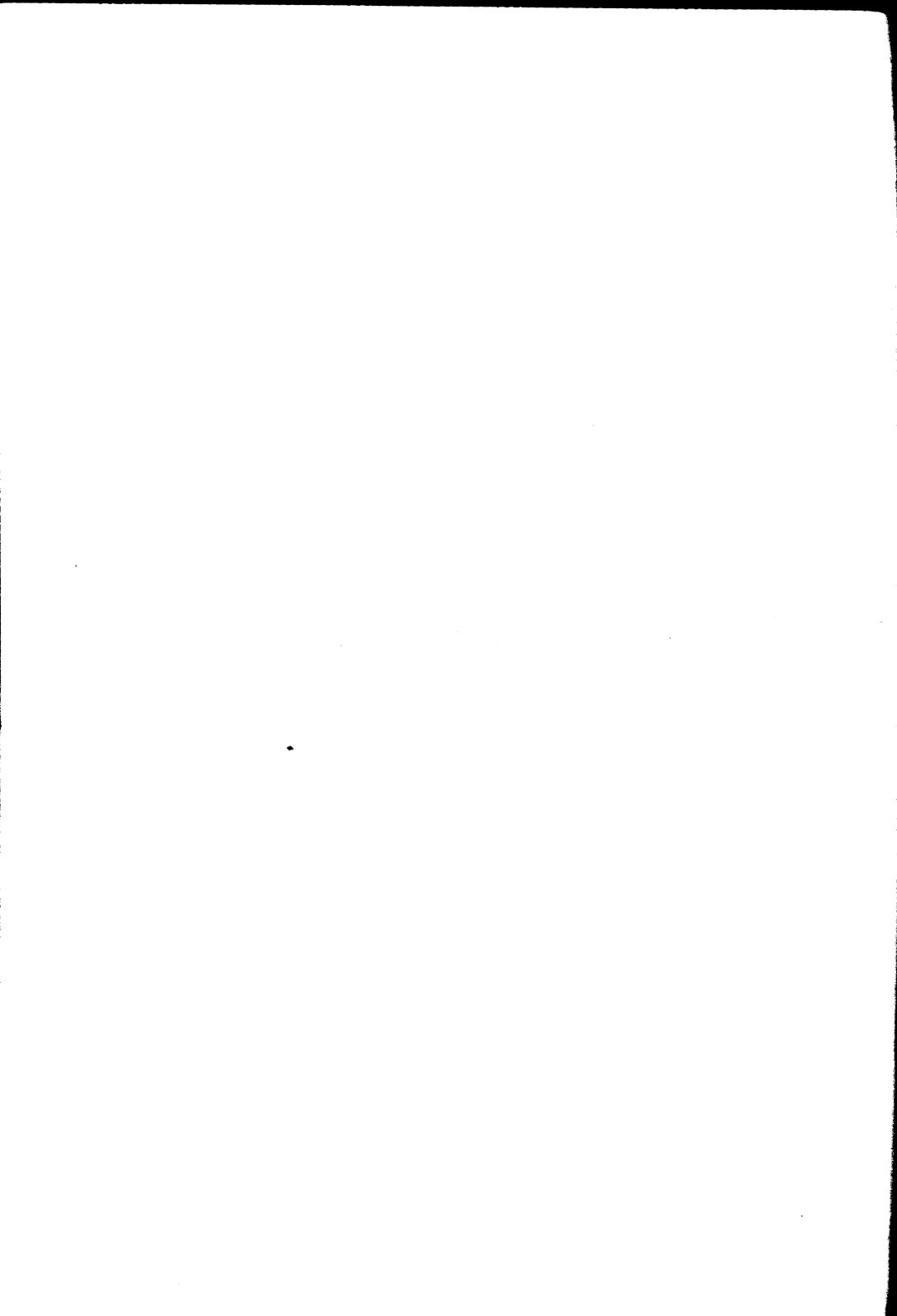
A LA MEMORIA DE MI HERMANO LUIS



A MI HERMANO ANGEL



A LOS MIOS Y A MIS AMIGOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Elevo a vuestra consideración el presente trabajo, cumpliendo con el requisito que exige el reglamento.

No os traigo en mi tesis nada nuevo. Se ingresa a la Facultad lleno de aspiraciones ; los más bellos ideales se forjan en los comienzos de la carrera, y es al terminar cuando se mide el camino recorrido y el terreno ganado. Es también al terminar cuando se siente el vacío ; faltan los compañeros y sobre todo faltan los maestros, cuyas lecciones, ya no vendrán a aumentar nuestro haber de conocimientos y a dilucidar nuestra duda. La acción es sólo nuestra y sólo nuestra la responsabilidad.

Es ahora por fin cuando se mide el valor de una clase, de una observación clínica, ó de un consejo de sentido práctico, dado por los profesores ; sea pues para ellos mi profundo reconocimiento.

Mi agradecimiento más expresivo, para el doctor Luis E. Pagliere, que me ha sugerido el tema y que al mismo tiempo me hace el honor de acompañarme como padrino de tesis, gratitud que hago extensiva a los doctores Luis Lenzi y Salvador A. Marino, modelos de maestros y caballerosidad intachable.

A mi jefe de sala, doctor Carlos V. Zerbini, que más que un superior, ha sido un compañero, m graititud infinita.

Para mis compañeros de internado, de los cuales conservo el más hermoso recuerdo de mi vida de estudios, sea esta una página de despedida, pero que sea al mismo tiempo una confirmación del cariño que les he profesado y con el cual quisiera contar, sea cual fuese la esfera de acción que nos corresponda en el futuro.

## ANATOMÍA

Siendo el tema de mi tesis, bacilosis genital en el hombre, he creído necesario encabezarla con el estudio anatómico de los órganos que directamente le sirven de argumento.

Empezaré con la cubierta del testículo, para continuar con la glándula, el epidídimo y las vías espermáticas.

Las cubiertas del testículo, están representadas por cinco planos que se suceden en el orden siguiente : considerados de la superficie a la profundidad :la piel, el dartos, la celulosa, la muscular y la fibrosa.

La piel es común a los dos testículos, las demás envolturas son dobles.

La piel es extensible, dejándose distender enormemente por los tumores de la región. Es asiento frecuente en eczemas, eritemas, etc.

El dartos es una capa delgada formada por fibras musculares lisas, que forra la cara profunda de la piel, a la cual adhiere íntimamente.

Es según Tillaux, un músculo cutáneo, que se contrae por la acción del frío y se relaja por el calor. La contracción del dartos es lenta y no debe confundirse con la del cremaster que actúa sobre el testículo y no sobre el escroto y se produce por simple excitación de la piel del abdomen, o de la cara interna de los muslos.

La celulosa separa el dartos de la fibrosa, es muy laxa, forma un esbozo de serosa que designa con el nombre de espacio escrotal.

Gracias a esta envoltura, la fibrosa con el testículo y el epidídimo deslizan con suma facilidad y se pueden enuclear apenas se incide la piel. Es recorrida esta capa por vasos numerosos, que hacen necesario una hemostasia perfecta en las reseciones del escroto, para evitar los hematomas voluminosos.

Los linfáticos van a los ganglios súpero e ínfero internos de la región inguinal.

La túnica musculosa está formada por un ensanchamiento del cremaster, que llegando al nivel del testículo, se abre en forma de abanico esparciendo sus fibras sobre la fibrosa y constituyendo así, la llamada túnica eritroide.

La túnica fribosa tiene la forma de un saco delgado que envuelve el testículo y el cordón.

### TESTICULO

El testículo es un órgano en forma de ovoide, aplanado en el sentido transversal liso brillante y de una coloración blanco azulada.

Se considera en él, dos caras laterales, dos bordes, (ántero inferior y pósteros superior) y dos polos denominados superior e inferior.

El tamaño en el adulto, es de 40 a 45 milímetros de ancho y 30 milímetros de espesor. Estas dimensiones están sujetas en los estados patológicos a grandes variantes.

### EPIDIDIMO

El epidídimo es un cuerpo prolongado de adelante a atrás extendido sobre el borde postero-superior del testículo y alcanzando a recubrir parte de la cara externa de la glándula.

Mide unos cinco centímetros de longitud, por

doce milímetros de ancho y cinco milímetros de grueso.

Su extremidad anterior o cabeza adhiere al testículo. Su extremidad posterior o cola, también se fija a la glándula, no ocurriendo lo mismo con su parte media o cuerpo, que está separado por un fondo de saco de la vaginal.

A pesar de la movilidad que le confiere la celulosa, el testículo y el epididimo ocupan una posición fija en las bolsas. Esta orientación de la glándula seminal y de su epididimo con respecto a las bolsas, puede estar profundamente modificada y dar origen a las siguientes variedades, que son las más comunes: inversión superior, inversión anterior, inversión en asa completa, e inversión lateral.

Estas modificaciones de posición tienen suma importancia bajo el punto de vista quirúrgico, por el riesgo que se corre de herir el epididimo o el testículo, cuando se abre la vaginal por la vía clásica.

El grupo anatómico formado por el testículo y el epididimo tiene relación importante con la vaginal, con las envolturas escrotales y con los vasos.

La vaginal es una membrana serosa que envuelve a modo de funda el testículo y su epididimo.

Presenta esta membrana dos hojillas, una visceral aplicada al testículo y una parietal que corresponde a la túnica fibrosa.

Hemos dicho que la vaginal envuelve al testículo, pero con esto no queremos decir que lo haga en toda su extensión, pues queda por fuera de ella el borde postero-superior y una pequeña parte de la cara interna. Lo mismo podemos decir del epididimo, que deja por fuera la cola entera y el borde interno del cuerpo y de la cabeza.

Por estos puntos pueden ser directamente accesibles, el testículo y el epididimo, sin abrir previamente la vaginal.

Los vasos y nervios que van directamente al testículo o salen de él emergen de su borde postero-superior y forman un voluminoso paquete que se extiende a lo largo de este borde, desde la cola hasta un poco por detrás de la cabeza del epididimo.

El borde interno de la cabeza y del cuerpo del epididimo, corresponden a la arteria espermática y las gruesas venas que la acompañan, mientras que la cola está en relación con la arteria y vena diferenciales.

Esta es la zona vascular, es decir la zona peligrosa del aparato testículo-epididimario y corres-

ponde a la porción del testículo que no está recubierta por la vaginal.

Estas relaciones vásculo-nerviosas, es indispensable tenerlas presentes en la epididectomía total o típica y el abordaje de este órgano se facilita si se hace por la vía intra-vaginal.

*Constitución anatómica* — El testículo y su epididimo se componen de una gruesa envoltura fibrosa, la albugínea y de un tejido propio.

La albugínea es una membrana fibrosa de un color blanco azulado, que forma un estuche completo al testículo y al epidídimo.

Al nivel del borde pósterosuperior del testículo, forma un espesamiento muy marcado, que se denomina cuerpo de Highmore. De este cuerpo de Highmore, parten una serie de tabiques, que van hacia la cara profunda de la albugínea, dividiendo la cavidad en una multitud de celdas donde se halla contenido el tejido propio del testículo.

El tejido propio del testículo se presenta bajo la forma de una pulpa blanda semifluida, de coloración moreno-rojiza, constituida por canalículos muy finos.

De estos canalículos, los que ocupan las celdas formadas por la albugínea, se denominan canalículos semimíferos y son los productores de espermatozoides.

tozoides ; los que le continúan y se hallan situados en el espesor del cuerpo de Highmore, son los conductores rectos y la red de Haller, que se convierten en el epidídimo, en conos eferentes y conducto epididimario, para terminar a nivel de la cola con el nombre de conducto deferente.

El conducto deferente, junto con los vasos y nervios que van al testículo, constituyen el cordón espermático o simplemente cordón.

En el canal deferente se consideran tres porciones principales, que son : una porción escrotal, una inguinal y una porción abdómino-pelviana. En su porción inguinal se extiende desde la cola del epidídimo, hasta el orificio externo del conducto inguinal.

La consistencia del conducto deferente es bastante dura, debido al espesor de sus paredes, lo que permite reconocerle fácilmente por el tacto, en medio de los demás elementos del cordón.

Su color es blanco azulado recordando al cartílago. Es liso, uniforme y flexible, modificando su carácter físico, en los casos de inflamaciones o cualquier otro proceso patológico.

La porción inguinal del conducto deferente se extiende desde el orificio externo del canal inguinal hasta el orificio profundo, donde empieza la porción abdómino-pelviana.

man alrededor de las vesículas el plexo seminal, al que se unen venas, que vienen de la cara posterior de la vejiga. Se continúa este plexo por abajo y adelante, con el plexo vésico-prostático.

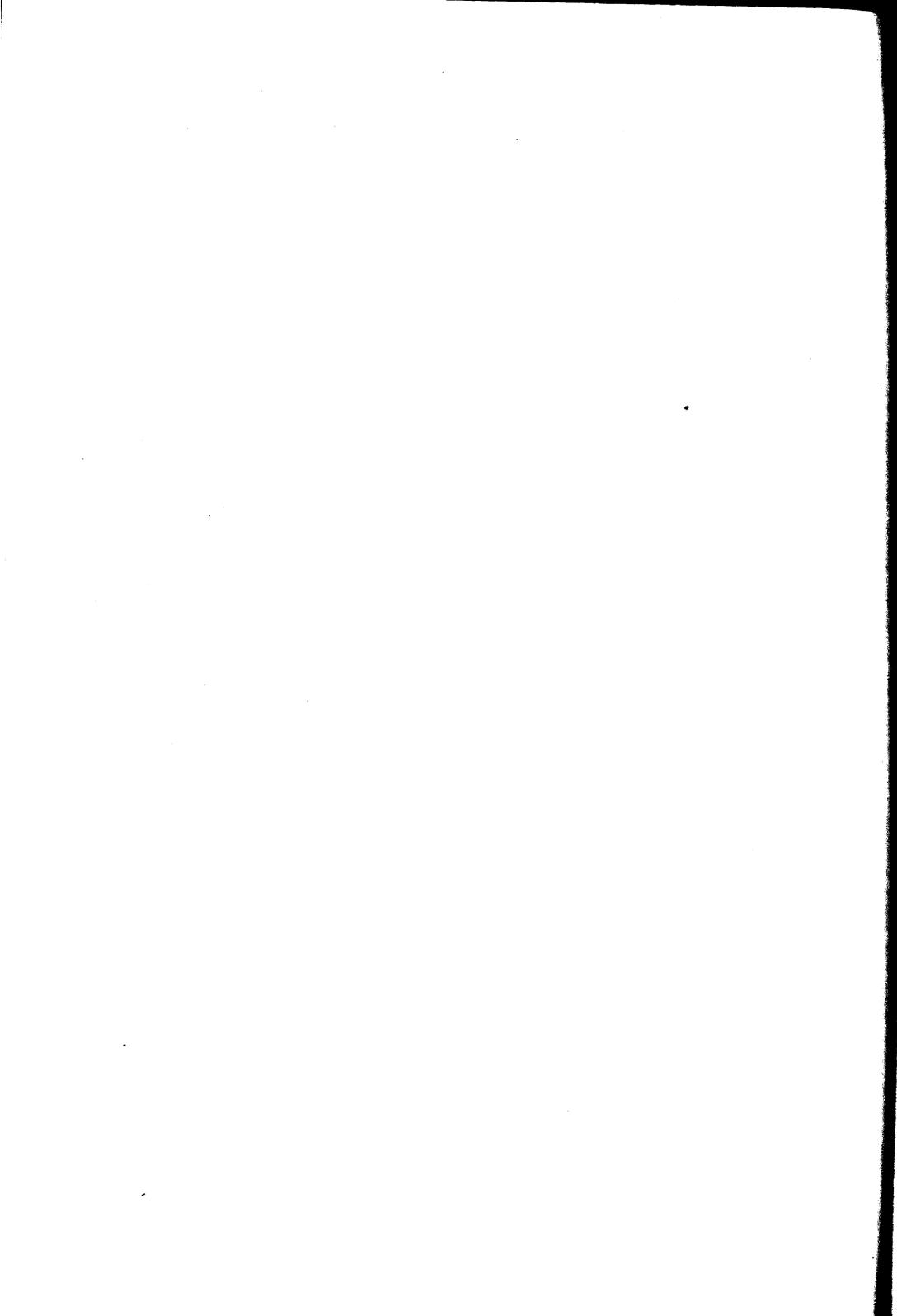
Los linfáticos provienen de dos redes, una mucosa y una muscular. Como las venas, forman alrededor de las vesículas, una red, de la que nacen a derecha e izquierda dos o tres troncos, que van a parar a los ganglios ilíacos externos y a los gánglios hipogástricos; Los primeros situados en el abdómen, inmediatamente por encima de la porción media de la arcada femoral y los segundos situados sobre las paredes laterales del pequeño bacinete.

Estos ganglios ocupan exactamente el espacio circunscripto por las dos arterias ilíaca interna, e ilíaca externa.

#### CONDUCTOS EYACULADORES

Los conductos eyaculadores están situados casi por completo, en el espesor de la próstata, por la cual transcurren oblicuamente, de arriba abajo y de atrás a adelante. Sólo en su origen y en una extensión de algunos milímetros son realmente extra-prostáticos.

Terminan abocando por un pequeño orificio, en la uretra prostática y por este orificio es por donde tiene lugar, la infección del aparato genital,, especialmente en la uretritis blenorragica.



## HISTORIA

La historia de la tuberculosis del testículo, ha seguido las etapas, marcadas por los progresos de los conocimientos, acerca de la tuberculosis en general.

Fué estudiada primeramente por Ricord, Dufour y Cruveilhier, que dieron de ella muy buena descripción, correspondiente a los primeros estudios positivos acerca de la anatomía patológica de la tisis pulmonar a Baillie en 1794 y Bayle en 1810, autores que publicaron una descripción macroscópica de los tubérculos miliares y masas caseosas.

Lenec en 1826, acepta los datos de aquellos sabios y analiza más profundamente la estructura de las masas caseosas, estimándolas como una especie de tejido parasitario, específico en la tisis y sin análogo en el organismo sano o enfermo.

No estuvieron de acuerdo con esta teoría Broussais y Cruveilhier, que miraron la tuberculosis co-

mo una flegmacia crónica que podía terminar por caseosis de los productos exudados.

Laennec había creado la doctrina unitaria, y bajo su influencia se admitió que el tubérculo puede presentarse en el testículo como en los otros órganos bajo dos formas: 1º las granulaciones, que son pequeños nódulos a menudo visibles a simple vista; 2º las masas caseosas circunscritas o infiltradas.

Boyer y Cooper trazan el cuadro clínico, mientras la anatomía patológica se establecía de este modo en su verdadero concepto.

Esta teoría es, en resumen, la primera faz de este proceso.

La segunda faz o de retroceso tiene por iniciadores a Virchow y sus discípulos que crean una teoría dualista.

Virchow afirma que bajo la designación de tubérculo o proceso caseoso, se confundían dos estados morbosos muy distintos: la inflamación caseosa, es decir, cierta forma de proceso en la que un exudado terminaba por la formación de focos caseosos y una neoplasia tuberculosa granular, simple vegetación del tejido conectivo, dispuesto en nódulos múltiples de centro opaco y caseoso.

De acuerdo con ésto, se tendría que separar de la tuberculosis, las masas caseosas del epidídimo y

considerar como puramente inflamatorias las orquitis crónicas caseosas.

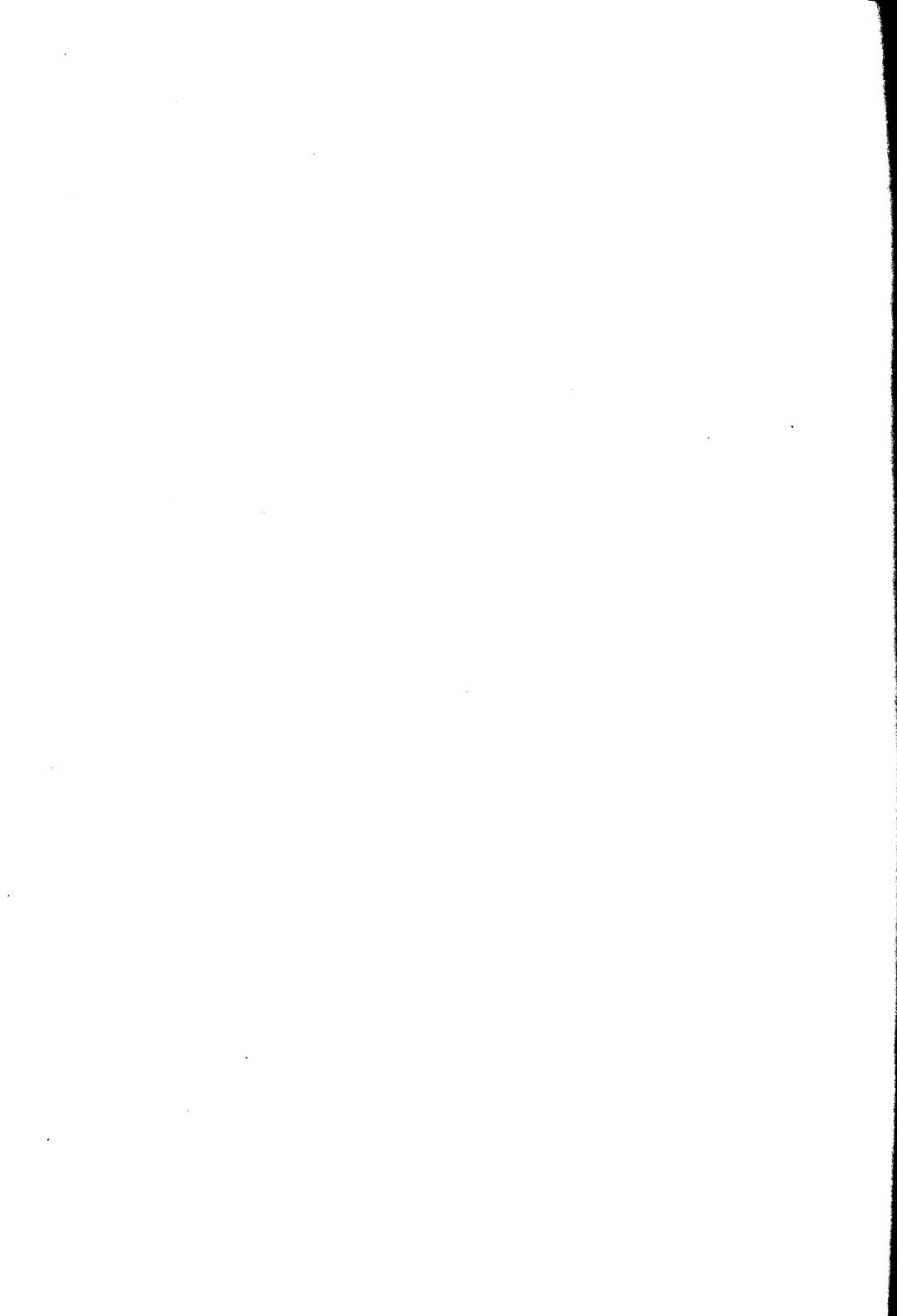
De ésto resulta, que el grupo de orquitis crónicas inflamatorias se ampliaba y sus especies o clases volvían a ser distintas.

Las experiencias de Willemin (1865), que fueron el punto de partida de la doctrina parasitaria de la tuberculosis, arruinaron la concepción dualista de Virchow, pues resultó demostrado, que tanto las masas caseosas, de origen al parecer flegmático, como los nódulos miliares, suscitan, inoculados en los conejos, una tuberculosis miliar generalizada.

Klebs confirma la opinión de Willemin, y hace la primera tentativa para descubrir el microorganismo responsable de la infección.

Era preciso desentrañar aún la naturaleza del virus tuberculoso y reducirlo, como ya se había logrado con otros, a un microorganismo específico, cuyas propiedades biológicas explicaran los puntos oscuros del contagio, de la anatomía y fisiología patológica de la tuberculosis.

Tal fué la tarea cumplida por Koch con sus memorables trabajos sobre la etiología de esta enfermedad.



## ETIOLOGÍA

Las lesiones tuberculosas del testículo y de las vías espermáticas resultan de la acción patógena del bacilo de Koch.

La forma en que este bacilo invade dicho órgano ha sido muy discutida y ha dado origen a diversas teorías, siendo las más aceptadas las siguientes: teoría hematógena, teoría de la infección ascendente y teoría de la infección descendente.

Cuando se establece cerca o lejos de la glándula sexual un proceso tuberculoso, la materia séptica, puede ser llevada al parénquima glandular, sea por la vía sanguínea, sea por la vía linfática, etc.

Pero cuando queremos explicarnos como el bacilo de Koch llega a producir un proceso inflamatorio, estando la glándula sexual sana, entonces todas las teorías tienen campo libre.

Por eso se ha dicho que es necesario buscar el origen de la bacilosis genital, en una bacilosis del

intestino, del cual atravesaría el bacilo, sus paredes, para llegar a la glándula y sus distintas vías por medio de los linfáticos o por la vía vascular.

Verneuil y Fernet con trabajos que se han hecho clásicos, aceptan que si el bacilo llega de una manera u otra al orificio externo de la uretra, puede fácilmente ponerse en contacto con las vías seminales y llegar al testículo.

Según estos autores, los bacilos de Koch penetrarían en la uretra de la misma manera que penetran los gonococos de Neisser y mientras estos últimos producen una orquitis blenorragica, los primeros podrían determinar un proceso específico a evolución más o menos crónica, según las cualidades del germen infectante y del terreno sobre el cual evolucionan.

Baumgarten tiene experiencias que contrarian esta hipótesis. Haciendo inyecciones bacilosas, virulentas, en la uretra de conejos no conseguí lesión tuberculosa de testículo ni epididimo, aún después de un mes y medio de tenerlos en observación.

Según Cayle la lesión tuberculosa estaría en el riñón, para luego seguir la corriente de la orina, infectando con preferencia los puntos donde el líquido se detiene : pelvis renal, el fondo inferior vesical y la uretra prostática, desde este último punto al-

canza a contracorriente las vesículas, el epididimo y el testículo.

«Pueda ser que los bacilos de Koch vivan en un estado de paz armada», dice Widal, «esperando que una causa accidental les permita, recuperar su virulencia y determinar así un proceso inflamatorio».

De estas teorías, ¿cuál es la verdadera? Es aventurado dar una respuesta categórica, pues si bien es cierto que todas se fundan en experiencias hechas sobre animales y cada una de ellas apoyadas por verdaderos maestros, todas autoridades en la materia, ninguna es concluyente.

Las observaciones clínicas que presento al final han dado márgen a la consideración anterior, pues aún siendo escasas, dan cabida a todas las teorías expuestas. En efecto, mientras en algunos casos, hay lesión concomitante de riñón y próstata, en otros, sólo podría afirmarse que la bacilosis de testículo, epididimo o vesícula ha sido inicial.

Esto último estaría de acuerdo con la opinión de Reclus, el cual ha demostrado que la bacilosis genital es local y que raramente se acompaña de tuberculosis pulmonar.

Aquí como para todas las tuberculosis locales se pueden encontrar causas predisponentes, locales y generales. Entre las primeras se pueden citar los

núcleos ancianos, de orqui-epididimitis, las orquitis traumáticas seguidas de atrofia, las anomalías de migración, etc., y entre las segundas, los debilitamientos del organismo.

Ante esta serie de consideraciones, sólo podemos llegar a una conclusión, y es la siguiente: que en todo enfermo atacado de bacilosis genital se requiere un estudio clínico prolijo, pues cada uno de ellos puede exponernos a sorpresas desagradables por lesiones concomitantes de otros órganos.

Un hecho llama sobremanera la atención en este asunto, y es: la localización más frecuente de la lesión sobre el epididimo que sobre el testículo.

Esta elección del bacilo por el epididimo es bien real. Ha sido establecida por las estadísticas de Reclus, Beniz y Larrey en 1852; ya la habían señalado y es la opinión de la mayoría según la manera de decir, de Monod y Terrillon. ¿Cuál es la causa?

Ziegler admite que hay órganos y partes de órganos que quedan constantemente indemnes de tuberculosis, mientras que otros son atacados con preferencia, y admite para estos últimos una predisposición especial para contraer la enfermedad. Si la predilección de la tuberculosis por los alveolos pulmonares es debida a la presencia en los alveolos de folículos linfáticos, que faltan en el resto del ór-

gano, sería muy cómodo poder explicar, de la misma manera la predilección de la tuberculosis para el epidídimo por la presencia de tales elementos en ese órgano y por su ausencia en el testículo.

Es muy seductor admitir que algunos gérmenes pasando a través del epitelio de revestimiento del epidídimo, se localizarán en los folículos linfáticos, donde ellos estarían en latencia esperando una ocasión propicia, para adquirir su virulencia y determinar un proceso inflamatorio.

En realidad, no existe tal constitución anatómica, por parte del epidídimo, en cambio su disposición anatómica, es la única que pueda explicar la infección de este órgano con mayor frecuencia, en relación a la infección del testículo.

Si bien es cierto que algunos clínicos afirman, que la infección comienza por la cabeza del epidídimo, otros en cambio, niegan tal afirmación y atestiguan que el proceso se inicia por la cola del órgano. Esta última es la opinión de Reclus que concuerda con las experiencias hechas últimamente por Paladino-Blandini.



## ANATOMÍA PATOLÓGICA

Cuando la afección bacilosa llega a la vaginal, ésta suele presentar un derrame, o por lo menos un exudado fibrinoso, que une las dos hojas, en las cuales se puede encontrar el bacilo de Koch.

En el adulto no es frecuente encontrar granulaciones tuberculosas en la vaginal, en cambio ocurre a menudo en los niños a consecuencia de la comunicación peritoneo vaginal, que permite se propague a la vaginal una tuberculosis que se inició en el peritoneo.

A veces la vaginal llega a espesarse y da origen a una vaginalitis o paquivaginalitis y determinar una periorquitis.

Como decíamos al ocuparnos de la etiología, el epidídimo es el atacado primero y con más frecuencia. La iniciación es discutida; para unos es la cabeza, para otros la cola, la que da comienzo a la lesión, pero lo cierto es que esta última, es la

atacada con más frecuencia o, por lo menos, la que primero se revela.

Al corte se encuentran núcleos caseosos contorneados de una capa de tejido indurado; otras veces el corte tiene un aspecto reticulado debido a la dilatación del tubo epididimario.

Los focos caseosos terminan a la larga por abrirse al exterior, dando lugar a fístulas situadas con frecuencia abajo y atrás.

No se encuentran ni granulaciones grises ni nódulos perlados a nivel del epidídimo.

El testículo presenta al contrario las diferentes variedades de lesiones (granulaciones grises, masas caseosas, tubérculos fibrosos).

El corte suele revelar un solo absceso caseoso enquistado, ordinariamente permite constatar una serie de focos caseosos que irradian del cuerpo de Highmore, a la periferia del testículo y es sobre todo a nivel de ese cuerpo, donde se encuentran los gruesos focos caseosos; la granulación gris se encuentra preferentemente en la periferia. En cuanto a las granulaciones fibrosas transparentes o nódulos perlados que se encuentran con bastante frecuencia en las bacilosas del testículo, son debidas a la transformación fibrosa de la granulación gris y constituyen un modo de curación de esta afección.

El canal deferente también es atacado, y sobre todo en sus extremidades, el resto suele aumentar de volumen, tomando una consistencia de tallo de pipa.

Las vesículas seminales presentan siempre lesiones, que son anteriores a los procesos testiculares. Estas pueden ser induraciones, abscesos enquistados, etc.

Al tacto se tiene la sensación de que ese órgano estuviera inyectado con sebo.

Cuando las formas caseosas llegan a fistulizar, se ve el escroto cubierto de orificios de bordes violáceos, dejando a veces cicatrices deprimidas.

Palpando encima de estas cicatrices se puede notar un cordón duro que llega a la glándula y que corresponde al trayecto de la antigua fístula.

Estas cicatrices y esos trayectos fistulosos, se notan de preferencia en el segmento inferior y hacia atrás del escroto.



## SINTOMATOLOGÍA — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y PRONÓSTICO

Se pueden distinguir dos formas de tuberculosis testicular clínicamente diferenciables: una forma aguda y una forma crónica.

**ORQUIEPIDIDIMITIS AGUDA** — Esta variedad clínica ha sido muy bien descrita por Duplay, por lo cual se le ha dado el nombre de tuberculización aguda de Duplay.

No es raro confundir esta lesión de testículo y epidídimo, con una orquiepididimitis blenorragica, pues los síntomas llegan a ser semejantes en totalidad, faltando a la primera la secreción.

Como en la orquitis, u orquiepididimitis blenorragica, el comienzo es brusco; con fuertes dolores y elevada temperatura. Es muy frecuente notar derrame en la vaginal. El epidídimo está duro, liso y uniforme, recubriendo completamente al testículo, que a su vez se pone en condiciones análogas.

Cuando la afección ha tomado de lleno al testículo, poco tarda la supuración en hacerse presente. Por lo común, hacia los 20 o 30 días de iniciación, aparecen fluctuaciones, que bien pronto dan salida a un pus poco grumoso, lo que hace pensar más de una vez, en abscesos a estafilococcus o a colibacilos, microbios éstos que suelen agregarse al proceso primitivo.

Es raro que esta forma sea bilateral, siendo aceptada por Reclus como unilateral, pero se citan casos en que el proceso ha invadido los dos testículos al mismo tiempo.

La regresión de los síntomas se hace con bastante rapidez, lo que ayuda para establecer el diagnóstico.

En los casos que van acompañados de secreción uretral, hay que tener presente la forma nudosa de la inflamación, la supuración rápida y el decrecimiento inmediato de los fenómenos dolorosos.

Esta es, diremos así, la faz principal del proceso, pues una vez llegado al período supurativo evoluciona como una orquiepididimitis crónica.

**ORQUIEPIDIDIMITIS CRÓNICA** — Esta variedad, puede hacerse presente, ya sea en un testículo sano, ya sea en un testículo que haya sido asiento de una orquitis o de una orquiepididimitis blenorragica.

Los traumatismos de ese órgano pueden dar nacimiento a la misma afección y ésta sigue una evolución análoga en ambos casos.

Suele acompañarse esta lesión, de una verdadera uretritis a la que se ha dado en llamar, uretritis tuberculosa y más de una vez, es necesario recurrir al microscopio, para poder establecer el diagnóstico.

Suele observarse también, cuando se inicia la epididimitis bacilosa, una ligera pousée de cistitis, que no es más que una uretro-prostatitis debida a granulaciones tuberculosas de la uretra profunda.

Puede notarse aún hematuria, a la que se asocian dolores en el momento de la micción.

El hidrocele es frecuente. Según Reclus un tercio de los casos van acompañados de ese proceso.

El epidídimo es el primero y el más enérgicamente atacado.

Ya sea por la cola o por la cabeza de ese órgano se notan uno o varios núcleos duros, indolores. No es raro observar esos fenómenos en todo el cuerpo del epidídimo, sobre todo si se tiene en cuenta, que no siempre se puede observar a los enfermos, cuando el mal se inicia, máxime teniendo presente, que el dolor espontáneo es raro en los comienzos de la enfermedad.

Esa ausencia de dolor, hace que los enfermos sólo por casualidad, palpando las bolsas, se den cuenta de la tumefacción del testículo o de su epidídimo.

Cuando el testículo ha sido invadido, toma una forma irregular y aumenta sensiblemente de volumen. Todo esto, se puede notar perfectamente a la palpación, siempre que no haya derrame de la vaginal, pues ese accidente requiere la punción exploradora para decidir el diagnóstico.

Más tarde, aparecen los focos de reblandecimiento que coinciden con los núcleos indurados de los comienzos. La piel se levanta y adelgaza en el sitio donde debe producirse la abertura y cuando ésta se efectúa, la fístula se instala y decimos se instala, porque por esa abertura, destila casi constantemente un líquido seropurulento que impide la cicatrización.

El canal deferente tarda poco tiempo en seguir la suerte del testículo y epidídimo.

El tacto rectal, que siempre debe hacerse cuando se sospecha la bacilosis genital, completa el examen y puede revelar la tuberculosis de la próstata o de las vesículas seminales.

La próstata suele estar cubierta de abolladuras induradas o fluctuantes, o de pequeños pun-

tos salientes que recuerdan pequeñas municiones que estuvieran enclavadas en ella.

Las vesículas seminales suelen ser atacadas a menudo en las bacilosis de epidídimo y constituyen la complicación más frecuente. Cuando estos órganos son asiento de una inflamación tuberculosa, pueden llegar a adquirir el tamaño de una nuez.

Vistas en un corte, aparecen engrosadas e induradas y con puntos de infiltración caseosa en sus paredes.

Según Kocher, la cara interna es irregular, con puntos ulcerosos, que revelan la destrucción de la mucosa. Las capas conjuntivas musculares, suelen escapar a la destrucción y formarse de este modo, espacios cavernosos que se llenan de un pus caseoso y esto es lo que se palpa en los comienzos de esa afección antes de haber formado fístulas que pueden ir a comunicar con la vejiga o con el recto.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe ser hecho; con las lesiones de vecindad: hernia o varicoceles, de las cuales se podrán distinguir fácilmente por una palpación atenta; con las afecciones de la vaginal:

el hidrocele o el hematocele. Se distinguirá del primero, por la característica que él tiene, es decir, su consistencia uniforme, su renitencia y su trasparencia, pero en este caso, no hay que olvidar que esta afección suele ser una complicación de la bacilosis del testículo, convirtiéndose entonces en un síntoma de la misma. Lo mismo ocurre con las orquitis agudas y la sífilis testicular.

El diagnóstico diferencial en el hematocele se hace difícil. Lo mismo ocurre con todos los tumores del testículo; el espesamiento considerable, la falta de dolor, la imposibilidad de separar el testículo del epidídimo pueden bastar a veces para precisar el diagnóstico.

El encondroma, el sarcoma y el epiteloma también requieren su diferenciación. La marcha rápida del tumor, la ulceración de las bolsas, la existencia de nódulos carnosos que sangran con facilidad al menor contacto, el decaimiento rápido del estado general del sujeto, están en favor del proceso canceroso.

A ciertos quistes del epidídimo hay que tenerlos presente; los antecedentes, la localización de los mismos y su carácter no inflamatorio, servirán enormemente para dilucidar la cuestión.

Las orquitis debidas a una exploración o a un cateterismo suelen ser indolentes pero la supura-

ción es frecuente y por lo común van acompañadas de síntomas que indican una afección urinaria.

Existe una forma de orquitis que es necesario tener presente, aunque el diagnóstico se puede hacer con suma facilidad; me refiero a la orquitis por infección general: paperas, tifus, etc.

Nos queda una afección que a menudo simula una bacilosis: me refiero a la sífilis.

Dos formas pueden llevar al médico a la confusión: la orquiepididimitis u epididimitis de Dron y la forma gomosa.

La primera se caracteriza por su ausencia de uretritis, de todo traumatismo anterior, su indolencia y la existencia de una sífilis concomitante y reciente.

La forma gomosa, que puede confundirse con todas las supuraciones de la glándula, se reconocerá por su ausencia completa de dolor, los bordes violáceos de la herida, la atrofia del testículo, y sobre todo por la regresión rápida de las lesiones, bajo la influencia del tratamiento específico.

Tanto las lesiones tuberculosas como las sífilíticas tienen su característica testicular: las primeras son múltiples, las segundas atacan al testículo con una o dos úlceras a lo sumo.

Téngase en cuenta esta regla, dice Forgue: « los abscesos y fístulas tuberculosas residen hacia atrás y las fístulas sífilíticas por delante del testículo ».

Las lesiones concomitantes de próstata, vesículas seminales, canal deferente o riñón, deben tenerse en cuenta cuando subsista alguna duda.

### PRONOSTICO

El pronóstico depende principalmente, de que existan o no otros focos tuberculosos en el organismo. Resulta desfavorable, cuando es forzoso admitir que se trata de una infección descendente y no lo es tanto, pero sí dudoso, cuando se trata de una tuberculosis primaria del testículo.

Las lesiones tuberculosas pueden sufrir una transformación fibrosa y las orquiepidimitis bacilosa curar entonces, por esclerosis, sea antes de la abertura del absceso que se encuentra enquistado en medio de una atmósfera esclerosada y espesa, sea después de la supuración y evacuación de las masas caseosas. En este último caso, el fondo de la cavidad del absceso así como los bordes de la fístula, se convierten en una cicatriz después de haber pasado por un proceso esclerógeno.

A estas formas bacilosas, corresponden las llamadas formas benignas de Velpeau y las tuberculosis localizadas de Cruveilhier y se observa espe-

cialmente en los niños. En la mayoría de los casos cuando no se ha opuesto a las lesiones, un tratamiento enérgico y bien llevado, ellas progresan día a día, invaden al testículo, después del epidídimo y son el punto de partida de múltiples fístulas por donde se crean infecciones secundarias.

Las alteraciones tuberculosas de próstata y de la vesícula seminal, aumentan notablemente y no es raro observar abscesos de estos órganos que vayan a abrirse a la uretra o a la vejiga.

En las formas agudas, verdaderas tisis galopantes del testículo, el órgano se destruye por caseificación masiva,, se propaga rápidamente a las vías urinarias superiores y se generaliza. Afortunadamente, esta forma no es frecuente, pues a menudo el curso de la afección es lento y la evolución depende de las lesiones tuberculosas concomitantes, que pueden existir en distintos puntos del organismo y que el clínico debe tener presente, para poder formular su verdadero pronóstico.

Es evidente que el pronóstico ha de ser grave, si las bacilosis testicular se propaga a la prostata y vesícula seminal, si los dos testículos están atacados, y si las lesiones progresan rápidamente hacia el absceso frío y mucho más aún si en los antecedentes del enfermo encontramos una lesión pulmonar o vesico-renal, anterior a su lesión genital.

Aun en los casos de curación, hay que tener presente que las recidivas son relativamente frecuentes y no es raro observar después de largos intervalos, la reaparición de la enfermedad, que ataca, o no, al otro testículo, que puede extenderse hacia la próstata, la vejiga, el riñón, etc., y terminar por una tuberculización mortal.

En los niños, suele observarse esta lesión, y no es raro que se observe en la primera infancia. Se citan casos de niños que han sido atacados de bacilosis del testículo y cuyo comienzo tenía toda la manifestación de una orquitis aguda, vale decir, hinchazón, dolor y calor.

Frecuentemente la marcha es insidiosa y tan sólo por la palpación podrá conocerse la existencia de la lesión. Después de la induración, viene el reblandecimiento y detrás de éste, los abscesos y las fístulas; no obstante en muchos casos, como ocurre en los adultos falta la supuración y el tumor va resolviéndose poco a poco. El niño está sujeto a una complicación gravísima; me refiero a la meningitis tuberculosa.

Sin embargo, hay que hacer notar que la tuberculosis genital de los niños, es, primeramente, poco frecuente y en segundo lugar la curación espontánea es casi una regla.

## TRATAMIENTO

A pesar de las discusiones a que ha dado origen el tratamiento de esta afección, parecería que hoy por hoy se está por llegar a un acuerdo: los mismos cirujanos después de haber sido muy operadores, en la tuberculosis del testículo, tienden hoy a hacerse conservadores y acuerdan la importancia debida al tratamiento médico.

Primeramente resulta que la cirugía llega a ser impotente en los casos de lesiones difusas (renales, próstato-vesiculares, etc.), pues sería humanamente imposible ir a quitar los diversos procesos tuberculosos diseminados a la vez, en distintos sitios del organismo; secundariamente existe la necesidad fisiológica de conservar en lo posible la glándula testicular, aunque esté disminuída en sus funciones y es ventajoso conservar un testículo atrofado aunque este sea inútil.

No es mi propósito llegar a excluir el tratamiento quirúrgico según podría traslucirse por la introducción de este capítulo; pues mi sólo objeto, es hacer consideraciones sobre uno y otro y dejar librado al criterio de cada médico, el partido que debe tomar, ante un caso de bacilosis de testículo epidídimo o vías espermáticas.

El tratamiento quirúrgico tiene sus ventajas indiscutibles y nadie podrá quitarle el puesto que se ha ganado en estas afecciones. El tratamiento clínico, va adquiriendo partidarios día a día, pero su eficacia absoluta, creo que aún no está completamente establecida. Para mayor claridad de la exposición dividiré el tratamiento en tres capítulos.

Primero: tratamiento demolitivo, segundo, económico; tercero, conservador; tratando de reasumir en ellos las experiencias, estudio o trabajos que tengan relación en estos asuntos.

#### TRATAMIENTO DEMOLITIVO

Es la castración la que figura en primer término, siendo defendida por Terrillon, quien la consideraba apta para curar el proceso morboso, quitando un órgano enfermo, incurable y peligroso, para el organismo.

La han seguido casi todo los operadores y han publicado muy buenos resultados Kocher, Reyner, Henle, etc.

Colzi, sobre 58 observaciones de orquiepididimitis bacilar siguió 38 hemicastraciones y 11 castraciones dobles, con los siguientes resultados: de las 38 hemicastraciones 7 quedaron sin recidivas, 16 recidivaron, y de las restantes se ignora el resultado.

De las 11 castraciones dobles, por primera intención, o efectuadas después de una recidiva, se obtuvo el siguiente resultado: 6 permanecieron ignoradas; 1 de los enfermos estaba bien después de un año; 1 segundo se encontraba en condiciones locales y generales discretas después de dos años; otros con recidiva local al año; el otro tuvo recidiva después de dos años y un quinto murió de tuberculosis pulmonar. De los 6 restantes se ignora el resultado.

Como puede verse por esta pequeña estadística, los beneficios que deja la cirugía son poco alagüeños.

En cambio Lanzillotti contradice esta aseveración, pues sigue 22 casos, entre orquiectomías y deferentectomía de las cuales 21 curaron definitivamente.

Bugner, ferviente partidario de la castración, en los casos de tuberculosis difundida a las vesículas,

asocia a la operación las inyecciones de glicerina iodofórmica en los deferentes.

Se justifica la castración porque se la considera apta para salvaguardar al organismo de la propagación del proceso infectivo, hecho éste, que no ha sido del todo confirmado. El mismo Bruns refiere 111 casos de los cuales 78 tratados con la castración unilateral y 33 con castración doble. Los resultados son los siguientes: 26 % fallecen por tuberculosis uno genital y 39 % por tuberculosis pulmonar. También Bouser admite que la castración, en los casos de orquiepididimitis unilateral, no salvaguarda al otro epidídimo de la infección. Por lo menos eso ha ocurrido en el 28 % de sus observaciones.

Los operados de hemicastración por Reclus, Lejars, Malgaine, Routier, Delveti, han recidivado en menos de un año del lado opuesto.

Estas recidivas han llevado a los cirujanos a operaciones más enérgicas pues aún en los casos de epididimitis primaria, han efectuado orquiectomías, quitando a su vez todo el cordón y las vesículas seminales (Novaro, Biondi, Buschi, Köning, Villeneuve, Lancnstein, etc.). Otros como Roux, Leguer, sacan solo el deferente y las vesículas seminales. Baudet y Kendirdy, reunieron 58 castraciones con vesiculectomía, de los cuales obtuvieron 2 muertos y 12 fistulas.

Estas graves demoliciones, además de no ser indicadas en enfermos tuberculosos, pues se expone a muy dura prueba su resistencia orgánica, corren el riesgo de generalizar la infección, cuando no dejan fístulas ; para ser verdaderamente radicales, tendrían que sacar hasta la próstata en el mismo tiempo, pues este órgano rara vez escapa a la infección cuando el testículo ha sido tomado.

Por estas consideraciones ; por que resulta doloroso privar a individuos jóvenes de uno o de ambos testículos, para salvaguardar la función interna (Brow-Sequard), por la moral del castrado, señalado por Dupuytren como turbado e hipocóndriaco, la castración fué abandonada por muchos cirujanos, mientras que otros la reservan únicamente para los casos graves en los cuales todo el testículo estaba invadido, ulcerado y supurado.

#### TRATAMIENTO ECONOMICO

Esta forma de tratamiento difiere de la anterior, sólo en magnitud ; es un tratamiento quirúrgico que se limita a la lesión en sí.

En efecto Dupuytren, condenaba la castración y recomendaba la destrucción del foco con el termo cauterio.

Duplay y Malgaigne usaban el bisturí para resecar el foco caseoso. Wolkmann y Rocker abrían el foco enucleaban la masa tuberculosa con la cucharilla e inducían modificaciones de los tejidos cauterizando a término con cloruro de zinc.

Tuffier, Reclus, Lucas Championniere, también fueron partidarios de las operaciones atípicas y económicas.

Mauclaire, hace una ligadura doble del cordón espermático y reseca totalmente la porción intermedia. Obtuvo con esto la atrofia del testículo con recidiva del proceso tuberculoso, fístulas y progreso del mal hacia la vejiga y la próstata.

Como el mal se inicia casi siempre en el epidídimo lo más racional parecería atacarlo directamente con una epididectomía total o parcial seguida de sutura; con esto estuvieron de acuerdo Duplay Lejars Petit, etc., y Villeneuve aconseja la vesiculectomía en el caso que estuvieran tomados las vesículas seminales; Reyes va más lejos aún y aconseja la extirpación de los dos epidídimos, creyendo con esto, proteger al enfermo de la recidiva y ejercer una acción favorable sobre la posible infección de las vesículas seminales.

Estas operaciones han dado buenos resultados, así, Colzi, por ejemplo, practicó nueve epididectomías con resección de los deferentes y cauterización

de los focos obteniendo excelente resultado en 5 de los enfermos, de 2 se ignora el curso ulterior, otro presentaba recidiva en el lado de la intervención y el último tenía una uretritis.

Giordano practica 8 orquiectomía y 11 resecciones de epidídimo con 5 supuraciones transitorias en la cicatriz y 5 recidivas en el otro testículo. Aún reconociendo que las operaciones económicas representan un progreso, con respecto a las demolitivas, pues se llega con las primeras a salvar la funcionalidad de la glándula, el resultado definitivo no dista mucho, de ser igual, al que proporcionan las operaciones más radicales, vale decir, la castración.

Hay que tener presente para las recidivas del proceso tuberculoso en el testículo, que más de una vez cuando se efectúa una epididectomía, en la creencia de quitar los únicos nódulos que se notan y a pesar del examen más minucioso, es muy fácil que se pasen desapercibidos pequeños focos que ya existen en el testículo y que sólo una orquiectomía explorativa (Poucet y Lejars), será capaz de revelar.

#### TRATAMIENTO CONSERVADOR

No se puede decir que sea reciente, esta tercer forma de tratamiento que en realidad podemos llamar tratamiento clínico.

Velpeau rechaza la castración y recomienda las inyecciones de iodo. Rautier y Duplay atribuyen muy buena acción al agua cloro-sódica.

En los archivos de la Sociedad Italiana de cirugía, correspondiente al año 1909 se encuentran experiencias sobre este asunto.

El Prof. Biondi, que es el autor de ese trabajo, ha hecho inyecciones endotesticulares, asociadas a instilaciones con leche y gelatina iodada. También ha usado inyecciones de solución alcohólica de sublimado al 1 por 1000, con resultado muy satisfactorio, según podrá verse por las historias de algunos enfermos que han sido tratado de acuerdo con este método.

De las 19 observaciones que cita Della Vedova a propósito de las experiencias de Biondi, puede hacerse el siguiente resumen. En 7 enfermos constató tuberculosis en los padres y colaterales; en una de las observaciones, el contagio se efectuó por la esposa del enfermo, que murió bacilosa; otro enfermo vivió con una mujer tuberculosa; en otras observaciones parece, que la infección la hayan adquirido, sea por abusos sexuales, sea por excesivo trabajo combinado a una existencia mísera, llena de privaciones. Hace notar, que en una de las observaciones el enfermo contagió su mal a la esposa que era, anteriormente sana; dos hijos nacidos de este matrimonio murieron de meningitis tuberculosa.

La tuberculosis bacilar, dice el mismo autor, parece ser secundaria a la peritoneal, en una de las observaciones, a la pulmonar en otras dos, a la pleural en tres de ellas, y a una infección ósea una última observación. Por consiguiente sería primitiva en siete casos y secundaria en los dos restantes. La tuberculosis testicular, era bilateral en seis de estas 19 observaciones, una lateral en las restantes, pero en dos de ellas se había extirpado un testículo anteriormente. En todos estos casos el mal se había iniciado por epidídimo, para extenderse por un lado hasta la vesícula y próstata y por el otro hasta el testículo.

En algunas de ellas sin embargo, no constató la infección de la vesícula, por lo menos no era apreciable y esto lo hace llegar a la conclusión, de que el mal de inicia en el epidídimo para propagarse desde ahí, resto del aparato genital.

Biondi practica su método de cura en la siguiente forma : después de la preparación del enfermo, con dieta, baño, purgantes, etc., hace el vaciamiento digital de las vesículas seminales y de la próstata, haciendo orinar al enfermo por pequeñas cantidades.

Anestesia raquidia ; pone a desnudo, sea en caso de nódulo único y pequeño del epidídimo, sea en caso de orquiepididimitis total, con una pequeña incisión de dos centímetros, en la región inguino escro-

tal, el deferente; lo cateteriza e inyecta de 4 a 6 centímetros cúbicos hacia arriba, hacia la próstata y lo más que sea posible hacia el epidídimo, de la solución anteriormente mencionada.

En dos observaciones, tuvo necesidad de hacer pasar una solución fisiológica antes de inyectar la solución modificadora. Cree que esta práctica es muy necesaria para vaciar las anfractuosas cavidades de la vesícula seminales llenas de un exudado purulento y a menudo caseoso.

Pasa luego a afrontar con puntos de catgut el tejido conectivo perideferencial entorno al ojal y sutura los planos superficiales.

Curas numerosas hechas con iodipina, con guayacol iodado, con gelatina iodada, etc., no dieron resultados comparables a aquellos obtenidos con el sublimado en solución alcohólica al 1 por 1000. Por esta razón y por que el sublimado en solución alcohólica se difunde rápidamente y actúa más energicamente matando in situ el bacilo tuberculoso, modificando sus productos y dando lugar a una activa producción conectival, parece que se debe preferir dicha solución, con la cual obtuvieron buenos resultados, en el tratamiento de la cistitis bacilar, primero Guyón y luego Goldberg.

El principio fundamental de la cura, estriba en primer término, en la actuación simultánea sobre

todo el aparato espermático, en segundo lugar en la sustancia que se adopta.

El inconveniente de la penetración incompleta del líquido inyectable hacia el epidídimo, se remedia con la abertura de la vaginal testicular.

Debo hacer notar lo que dice Biondi al fin de su trabajo ; con lo cual comprobaría en parte, que no obstante la buena voluntad por presentar un trabajo completo sobre un tema tan interesante, me resulta esta tesis sin una conclusión definitiva y por ser la primera que se publica en la Facultad de Buenos Aires, hago votos para que los estudiosos encuentren en ella algún capítulo que pudiera serles útil, para el tratamiento de una afección tan vulgarizada y cuya curación no está definida de una manera absoluta.

Me atribuyo la primicia de este tema, sugerido por mi padrino de tesis el Doctor Luis E. Pagliere, por no haber encontrado en los archivos de la Facultad, ninguna tesis que trate este asunto, esperando se me excuse, si alguna hubiera que lo haya tratado y cuya prioridad me tomaría entonces indebidamente.

Volviendo a Biondi ; este autor termina diciendo : que por el escaso número de casos y por la brevedad del tiempo de observación no puede afirmar que este método de cura mejore todas las tuberculosis del aparato espermático pero en con-

sideración a que dicho método actúa sobre todo las partes del aparato espermático invadido por el mal y considerando que conserva la glándula con todos sus anexos, defendiendo por lo demás, al organismo en las tuberculosis primitivas de tan grave infección, por su sencillez e inocuidad, cree que este método de inyecciones endodeferenciales de sublimado al 1 por 1000, es digno de ser puesto en práctica.

Antes de terminar este capítulo, debo mencionar el tratamiento helioterápico como curativo de la bacilosis genital.

Los resultados obtenidos hasta la fecha no pueden ser más seductores. Según el Doctor Chutro que lo ha aplicado con muy buen éxito en enfermos del Hospital Alvarez, este tratamiento está llamado a ser el verdadero método curativo de esta lesión. Tiene este método de cura, sus ventajas y sus inconvenientes. En efecto, un enfermo atacado de bacilosis genital, es casi siempre un baciloso generalizado, o por lo menos, con focos deseminados en puntos poco abordables, para un organismo que está en déficit y que sometido a intervenciones quirúrgicas significaría poner en peligro su existencia.

Secundariamente no excluye ningún otro tratamiento ya sea este clínico o quirúrgico, siendo por el contrario un precioso coayuvante para los casos en que los procesos indiquen la intervención.

Por último no se le puede negar la acción curativa, como podrá verse en la historia que figura entre las observaciones clínicas.

Se le puede objetar a este método sólo una cosa : es el tiempo que requiere.

En efecto esto resulta un inconveniente y un inconveniente serio, si tomamos en cuenta que para obtener una verdadera curación, es necesario un año o más de una cura metódica y bien llevada.

Ahora bien, como el mal, bajo la influencia solar cede con gran lentitud y el paciente no llega a apreciar los progresos de curación, no es raro que abandone el Hospital, convencido de que no se le hace nada, y siempre poniendo pretextos que le permitan alejarse, e ir a buscar métodos más rápidos que desgraciadamente no encontrará.

Digo esto refiriéndome a un caso que hemos tenido en el Hospital Italiano y en el cual se había tentado la helioterapia.

El Dr. Chutro, ha sido más afortunado, pues un enfermo se sujetó en absoluto a sus indicaciones y después de ocho meses de tratamiento, salió completamente curado de sus lesiones testículo epididimaria.

Un segundo caso, lleva dos meses de tratamiento y el proceso testicular se ha reducido enormemente con gran conformidad del enfermo sometido a la

cura y haciendo pensar, con justa razón al Dr. Chutro que este método de cura es digno de tenerse en cuenta.

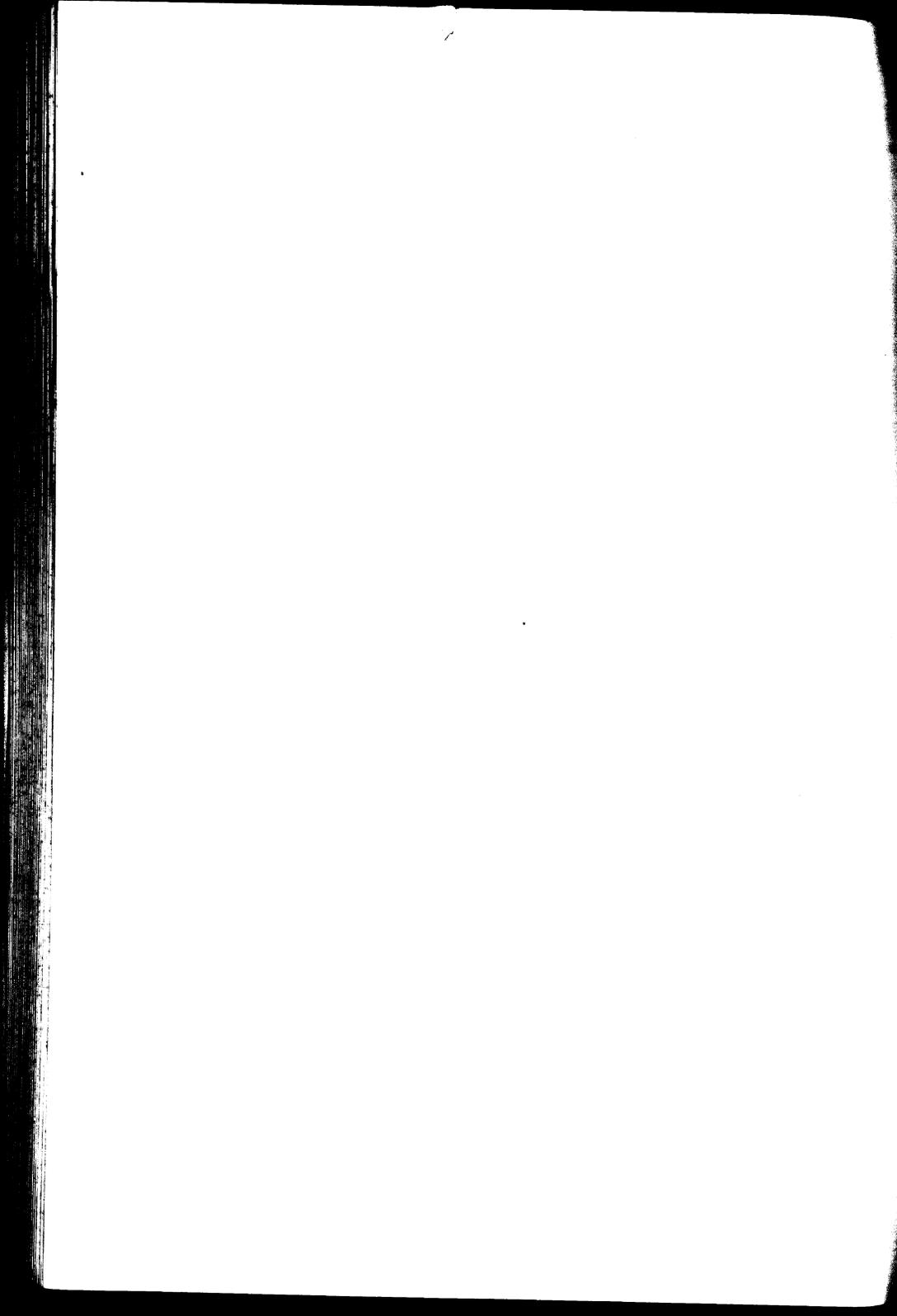
La forma de proceder no puede ser más sencilla. En los primeros días hay que acostumbrar al enfermo a la acción solar, y ésto se obtiene procediendo paulatinamente. Ulteriormente el enfermo debe recibir los baños de sol el mayor número de horas que sea posible. El Dr. Chutro opina que el enfermo debiera estar sometido a la acción solar por lo menos durante 4 horas diarias.

Teniendo presente, que esta clase de enfermos son ya tuberculosos generalizados o predispuestos a serlo, la acción solar debe ser llevada sobre todo el cuerpo y no sobre la región afectada, únicamente; por lo tanto debe estar completamente desnudo mientras están bajo la acción helioterápica.

No podemos asegurar con lo expuesto, que ésta sea la última palabra en el tratamiento de la bacilosis genital, pues hay que tener presente, que aun dado un enfermo por curado, puede estar expuesto a la recidivas y las experiencias aún no han confirmado que los tratados por estos métodos se salvan de ellas.

No obstante pudiera tentarse ya que da lugar como hemos dicho a proceder en cualquier momento según lo exige la evolución de la enfermedad.

OBSERVACIONES CLÍNICAS



## OBSERVACION I

C. Delfa P. Sala V, cama 18, 24 años de edad, comerciante, soltero, italiano.

Ingresa al Hospital el 27 de Junio de 1912.

No se opera por su mal estado general.

Es dado de alta el 17 de Julio de 1912.

*Antecedentes hereditarios* — Sin importancia.

*Antecedentes personales* — Sin importancia.

*Enfermedad actual* — Hace más de un año y sin ningún precedente de contagio venéreo, ha notado, que el testículo izquierdo aumentaba poco a poco de volumen sin causarle mayores molestias sin reacción inflamatoria, pero acompañado de adenitis del mismo lado. Fué atendido por un facultativo que incindió el escroto, haciendo lo mismo con la adenitis. Esta última curó, pero en el escroto quedaron trayectos fistulosos de los cuales destila continuamente un pus mucoso amarillento y denso.

*Estado actual* — Sobre el escroto y en la parte posterior del testículo izquierdo se nota un trayecto fistuloso, por el cual destila un pus amarillento. A la palpación se nota el testículo izquierdo engrosado y el epidídimo enormemente hipertrofiado y poco doloroso a la presión. En la región inguinal izquierda hay una cicatriz lineal.

Corazón bien. Pulmones íd. Dureza respiratoria del pulmón derecho, roncus en el vértice izquierdo.

El tacto rectal, hace notar una próstata ligeramente aumentada de volúmen de superficie irregular. Las vesículas seminales no se perciben.

Análisis de orina : Vestigios de albúmina. Muco pus negativo. Algunos leucocitis polinucleares.

Análisis del esputos. Kock negativo.

*Diagnóstico* — Tuberculosis del testículo izquierdo, de la próstata y pulmonar.

## OBSERVACION II

C. Teléforo. Sala V, Cama 28, 29 años de edad, mensajero, casado, Oriental.

Ingresa al Hospital el 17 de Diciembre de 1912.

No se opera y es dado de alta el 27 de Febrero de 1913.

*Antecedentes hereditarios* -- Sin importancia.

*Antecedentes personales* -- Sufrió de uretritis a los 16 años.

*Enfermedad actual* -- Hace cuatro años notó que el testículo derecho aumentaba poco a poco de volúmen, sin causarle ninguna molestia. Como notara más tarde, que sobre el mismo órgano aparecía un tumorcito blando, ingresa en un Hospital donde le incinden dicho tumor y le hacen curaciones de la herida operatoria, saliendo después de un tiempo con un trayecto fistulizado. Como ha transcurrido

bastante tiempo y su fistula no cura ingresa a este hospital con ese objeto.

*Estado actual* — Se nota el testículo derecho pequeño y el epidídimo del mismo lado duro, irregular y doloroso. En la cara posterior del escroto se nota un trayecto fistuloso, por donde sale muy poco pus.

Pulmones bien, corazón íd., tacto rectal, normal.

Se explora la uretra que deja pasar el N° 18 se hace citoscopia sin obtener ningún detalle anormal.

*Análisis de orina.* Normal.

*Diagnóstico* — Tuberculosis del testículo.

Tratamiento general.

### OBSERVACION III

Giacomo D. Sala V, cama 30, 54 años de edad, vidriero, casado, italiano.

Ingresa al Hospital el 7 de Marzo de 1913.

Es dado de alta el 15 de Abril de 1913.

*Antecedentes hereditarios* — Sin importancia.

*Antecedentes personal* — Sin importancia. Ha tenido uretritis cuando joven.

*Enfermedad actual* — Hace como 8 meses notó dolores en el testículo derecho. Al mismo tiempo notó que dicho órgano aumentaba de volúmen. Al poco tiempo estos fenómenos se manifestaron en el otro testículo y como no notara mayor mejoría ingresa al servicio con ardores al orinar, siendo la orina clara y abundante.

*Estado actual* — Presenta el testículo derecho aumentado de volúmen de consistencia leñosa y de

superficie irregular. El epidídimo correspondiente tiene las mismas características.

En la cabeza del epidídimo izquierdo, se nota un núcleo duro e irregular.

El tacto rectal revela la próstata aumentada de volumen, de consistencia dura, las vesículas seminales y especialmente la derecha están aumentadas de volumen y endurecidas. El eyaculador derecho parece una cuerda tensa. Corazón y pulmones bien.

Análisis de orina — Escasos cilindros hialinos. Escasas células vesicales. No hay muco pus. No hay albúmina.

El enfermo se opera el 27 de marzo de 1913. Anestesia intrarraquídea de 0.10 cent.: de novocaina.

Operador doctor Pagliere. Ayudante doctor Zerbini.

Se extirpa el testículo y el deferente derecho.

El enfermo cura de su herida operatoria sin haber tenido ningún accidente ulterior y dado de alta en buen estado general pero con fenómenos de cistitis y con sus vesículas induradas.

#### OBSERVACION IV

Angel C., sala 5ª, cama 15, 24 años, jornalero, soltero, italiano.

Ingresa en el Hospital el 18 de Abril de 1913.

*Antecedentes hereditarios* — Sin importancia.

*Antecedentes personales* — Ha sufrido blenorragia cuando joven.

No acusa ninguna otra enfermedad.

*Enfermedad actual* — Hace varios meses notó accidentalmente, un núcleo duro del tamaño de una avellana, que según el enfermo, ocupaba la cola del epidídimo. Poco a poco este núcleo se propagó a todo el epidídimo y como notara que el testículo del mismo lado, vale decir el izquierdo, se afectaba en la misma forma, ingresa al Hospital.

*Estado actual* — Se nota el testículo izquierdo aumentado de volumen, por un tumor irregular que

hace cuerpo con el epidídimo y el deferente del mismo lado. Este tumor nudoso, es indoloro, lo mismo que el testículo correspondiente, el cual resiste una presión considerable.

Al tacto rectal, se nota la próstata grande y resistente, con una serie de núcleos indurados.

Corazón y pulmón, normales.

Análisis de orina — Vestigios de albúmina, células vesicales, escasos leucocitos.

*Tratamiento* — Se opera el 23 de abril, previa anestesia raquídea con 8 centigramos de novocaína.

Operador — Doctor Luis E. Pagliere.

Ayudante — Doctor Zerbini.

Se intenta una epididectomía, pero la multiplicidad de las lesiones, hace que se proceda a la hemi-castración izquierda.

El enfermo cura por primera y es dado de alta a los 9 días.

## OBSERVACION V

Giacomo D., sala 5ª, cama 20., 48 años. Marinero. Casado. Italiano.

*Antecedentes hereditarios* — Sin importancia.

*Antecedentes personales* — Ha sido siempre sano. Buen bebedor y buen fumador.

Acusa una uretritis aguda en su juventud.

*Enfermedad actual* — Hace como dos meses a consecuencia de un golpe que recibió en el testículo izquierdo, éste se puso duro y aumentó notablemente de volumen. Después de ser tratado por varios facultativos, y como este estado continuara, resuelve ingresar al servicio.

*Estado actual* — Sujeto en buen estado general. A la inspección se nota el testículo izquierdo aumentado de volumen. Hay una adherencia al escroto por la parte posterior. A la palpación se nota el órgano duro y ligeramente doloroso.

El tacto rectal revela dos núcleos indurados en la parte superior de la próstata. La vesícula izquierda está dura y aumentada de volumen.

Se punza en el sitio adherido a la piel y se extrae un pus amarilloso, verdoso, con estrías sanguinolentas, compacto. Se pide el análisis.

Se ha inoculado un cobayito que muere por enfermedad intercurrente a las 48 horas, sin encontrar lesiones que se puedan atribuir a la inyección.

Se vuelve a inocular un cobayo, que muere tuberculoso.

En el examen microscópico del pus, no se han podido apreciar los bacilos.

*Tratamiento* — El enfermo se opera el 6 de Septiembre de 1913, con anestesia raquídea de 8 centigramos de novocaína.

Operador — Doctor Luis E. Pagliere.

Ayudantes — Señores Fiorillo y Gardella F.

Se hace hemi-castración izquierda y vesiculectomía del mismo lado, por vía abdominal y extra-peritoneal.

Es dado de alta el 2 de Octubre de 1913, curado de su herida operatoria. En la próstata se notan aún los núcleos indurados.

## OBSERVACION VI

Carmelo M., sala 5<sup>a</sup>, cama 22, 24 años, colono, soltero, italiano.

Servicio del doctor Luis E. Pagliere.—Hospital Italiano.

*Diagnóstico* — Tuberculosis del testículo, deferente— y vesícula izquierdos.

Ingresa al Hospital el 6 de Octubre de 1913.

*Antecedentes hereditarios* — Sin importancia.

*Antecedentes personales* — Niega toda afección anterior, es un bebedor y fumador discreto.

*Enfermedad actual* — Hace como un mes, notó que el testículo izquierdo aumentaba de volumen, haciéndose doloroso al mismo tiempo. No encontrando causa que le explicara este mal y como no cediera, resuelve ingresar al Hospital.

*Estado actual* — A la inspección, se nota el testículo izquierdo aumentado de volumen, al tac-

to se pued percibir una irregularidad que la forma la cabeza epidídimaria. En el mismo sitio se nota un absceso fluctuante, que está unido al escroto.

Al tacto rectal se nota la próstata normal, pero la vesícula izquierda está dura y aumentada de volumen.

El análisis de orina revela vestigios de albúmina. No hay muco pus.

*Tratamiento* — El enfermo se interviene el 14 de Octubre de 1913.

Anestesia raquídea — 8 centigramos de novocaína.

Operador — Doctor Luis E. Pagliere. Ayudante doctor Zerbini.

Se hace la hemi-castración izquierda, quitando al mismo tiempo el deferente y la vesícula seminal del mismo lado, por vía abdominal y extra peritoneal.

El enfermo es dado de alta el 29 de Noviembre de 1913, debiendo terminar su curación en el consultorio externo.

## OBSERVACION VII

Enrique S., sala 5, cama 8.—Edad 22 años, jardinero, soltero, italiano.

Servicio del doctor Pagliere.—Hospital Italiano.

*Diagnóstico de entrada* — Tuberculosis del testículo.

Ingresa al Hospital el 26 de Febrero de 1914.

*Antecedentes hereditarios* — No sabe dar datos relativos a su familia.

*Antecedentes personales* — Niega todo género de enfermedades anteriores.

*Enfermedad actual* — Hace varios meses notó que su testículo izquierdo aumentaba poco a poco de volumen, pero sin causarle mayor molestia, pues apenas siente un ligero dolor de tarde en tarde. En vista de que este aumento de volumen, se hacía cada día mayor, resuelve ingresar al servicio.

*Estado actual* — El testículo izquierdo se presenta aumentando de volumen, duro, irregular, ligeramente doloroso a la presión. El epidídimo correspondiente está noduloso y aumentado en toda su extensión.

Hay nódulos que están reblandecidos, sobre uno de ellos se hace una puntera y se extrae un pus amarillento, verdoso y compacto. El enfermo nunca ha orinado sangre. Al tacto rectal, nada de anormal.

Corazón bien. Al auscultar los pulmones, se nota rudeza respiratoria y sub-matitez bien neta en ambos vértices.

Como el estado general del sujeto continúa deficiente, después de 15 días se le da de alta, con su lesión testicular estacionaria.

Diagnóstico de salida — Orquiepididímitis tuberculosa y bacilosis pulmonar.

## OBSERVACION VIII

Eugenio C., sala 5<sup>a</sup>, cama 8, de 38 años de edad, casado, herrero, italiano.

Servicio del doctor Pagliere.—Hospital Italiano.  
Ingresa al Hospital el 5 de Marzo de 1914.

*Diagnóstico de entrada* — Epididimitis tuberculosa.

*Antecedentes hereditarios* — Sin importancia.

*Antecedentes personales* — Casado hace 10 años. Ha tenido 4 hijos, que los conserva sanos.

Niega enfermedades anteriores. La esposa ha sido y continúa siendo sana.

*Enfermedad actual* — Hace 3 meses notó unos nódulos por detrás del testículo izquierdo. Estos nódulos aumentaron poco a poco de volumen, pero sin causarle ningún dolor. Como notara que el testículo del mismo lado aumentase de volumen, y como tuviera que levantarse varias veces por la no-

che, se hace ver en el consultorio externo, donde se le aconseja su ingreso en el hospital. El enfermo nunca ha orinado sangre.

*Estado actual* — Presenta el epidídimo y el testículo izquierdo aumentados de volumen, a expensas de unos nódulos que se han formado a la altura de la cabeza epididimaria. El tacto rectal no revela nada anormal. La auscultación cardíaca y pulmonar, normal.

El examen de orina indica vestigios de albúmina, regular cantidad de muco pus, leucocitosis y células vesicales.

*Tratamiento* — El enfermo se interviene el 10 de Marzo de 1914. Anestesia raquídea, 7 centigramos de novocaína.

Operador — Doctor Luis Pagliere. Ayudante doctor Zerbini.

Se hace hemicastración izquierda.

Tanto el testículo como el epidídimo están invadidos por pequeños focos de un pus amarillento en parte caseoso y en parte semilíquido.

El enfermo es dado de alta con su herida operatoria completamente curada, el 21 de Marzo de 1914.

Diagnóstico de salida — Tuberculosis de testículo y epidídimo.

## OBSERVACION IX

Juana O., sala 5ª, cama 12, 25 años de edad, agricultor, casado, italiano.

Servicio del doctor Pagliere.—Hospital Italiano.

Ingresa al Hospital el 10 de Febrero de 1914.

*Diagnóstico de entrada* — Tuberculosis del testículo.

*Antecedentes hereditarios* — Sin importancia.

*Antecedentes personales* — Casado hace dos años, no ha tenido hijos. Niega toda enfermedad anterior. Su esposa ha sido siempre sana.

*Enfermedad actual* — Hace seis meses notó en su testículo izquierdo aumentado de volumen, no dándole mayor importancia, por ser indoloro. Hace 5 días notó unos tumorcitos blandos que se habían formado en la parte pósteo-inferior del testículo, se abrieron y dieron salida a un pus amari-

lento. Como la herida no se cerrara, se hace ver en el consultorio externo, donde se le aconseja ingresar al Hospital.

Niega haber orinado sangre.

*Estado actual* — El testículo está grande, duro e irregular. El escroto está adherido al testículo. En el sitio de adherencia se notan tres trayectos fistulosos, por los que sale un pus amarillento.

El tacto rectal revela la próstata aumentada de volumen, dura y con pequeños nodulitos en su superficie.

Auscultación cardíaca y pulmonar, normal.

Análisis de orina — No hay mucos, no hay albúmina, escasas células vesicales, escasos leucocitos.

*Tratamiento* — El enfermo se opera el 17 de Febrero de 1914.

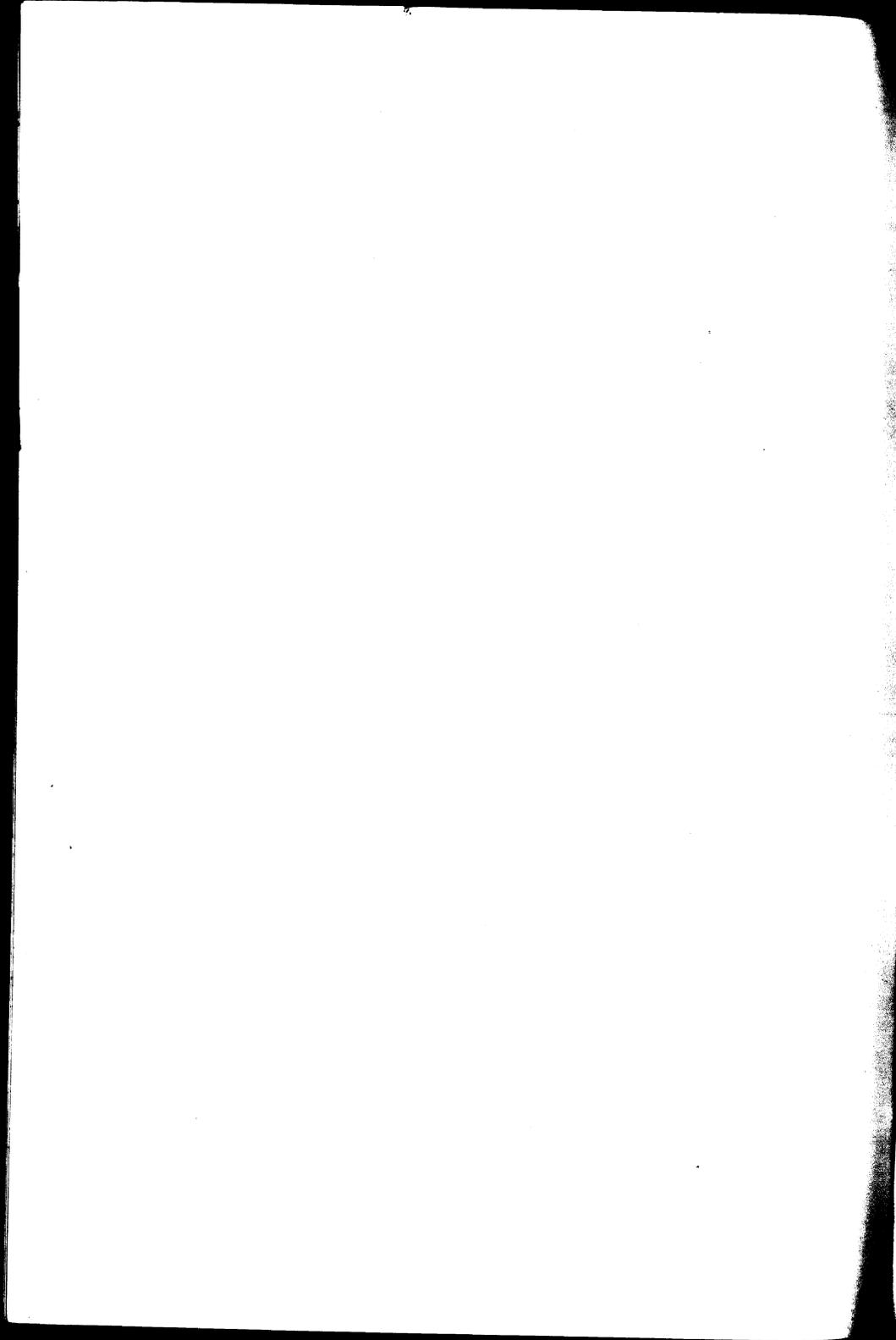
Operador — Doctor Zerbini. Ayudante señor Fiorillo.

Anestesia local con cocaína al 0.25 %.

Se incide sobre los trayectos fistulosos, se curetean los focos purulentos y se taponan con gasa iodoformada.

El enfermo es dado de alta el 1<sup>o</sup> de Marzo de 1914, con su herida operatoria cerrada.

Diagnóstico de salida — Tuberculosis del testículo.



## OBSERVACION X

Francisco A., sala 5<sup>a</sup>, cama 15, 27 años de edad, jornalero, casado, italiano.

Servicio del doctor Pagliere. — Hospital Italiano.

Ingresa al Hospital el 8 de Julio de 1914.

*Diagnóstico de entrada* — Tuberculosis del testículo.

*Antecedentes hereditarios* — Sin importancia.

*Antecedentes personales* — Ha tenido un solo hijo que se conserva sano. Niega toda clase de enfermedad anterior.

*Enfermedad actual* — Su afección comenzó hace 4 años, con un núcleo duro en el epidídimo derecho.

Como no le causara ninguna molestia, la deja transcurrir, pero en vista de que su testículo izquierdo aumentase de volumen, resuelve hacerse vi-

sitar. Orina dos o tres veces durante la noche, pero sin sangre.

*Estado actual* — Se nota al palpar el testículo y el epidídimo derecho endurecidos y con un nódulo del tamaño de un carozo de durazno, que ocupa el sitio correspondiente a la cabeza del epidídimo.

Al tacto rectal se nota la próstata con un pequeño núcleo indurado en su nódulo izquierdo. Las vesículas no se perciben.

El examen citoscópico revela varios nódulos en las vecindades del meato uretral izquierdo.

Análisis de orina — Se hace separación de orina, y en ambos sólo se nota escaso leucocitosis y regular número de glóbulos rojos.

El enfermo se interviene el 13 de Agosto de 1914.

Se hace la hemicastración derecha. Sale curado de su herida operatoria el 21 de Agosto de 1914.

Diagnóstico de salida — Tuberculosis del testículo y del epidídimo.

## OBSERVACION XI

Eulogio C., sala 5ª, cama 2, 37 años de edad, empleado, casado, argentino.

Servicio del doctor Pagliere. — Hospital Italiano.

Ingresa al Hospital el 12 de Diciembre de 1914.

*Diagnóstico de entrada* — Tuberculosis del testículo izquierdo.

*Antecedentes hereditarios* — Padre fallecido repentinamente, la madre muere a raíz de una infección gastro-intestinal.

*Antecedentes personales* — Tiene 3 hermanos sanos: dos varones y una mujer: ésta última es casada y tiene hijos sanos. El enfermo tiene cuatro hijos que son sanos. La esposa ha tenido un aborto que corresponde al tercer embarazo.

Ha sufrido sarampión y varicela siendo muy niño. A los 7 años guardó cama, por espacio de dos meses, debido a una infección tifóidea.

Blenorragia a los 18 años con orquiepididimitis izquierda consecutiva. A los 20 años nueva orquitis, quedándole desde entonces un nódulo en el epidídimo izquierdo, que persiste hasta el comienzo de la actual afección, que se inicia en dicho nódulo.

*Enfermedad actual* — Hace seis años notó que su testículo izquierdo aumentaba de volúmen, atribuyéndolo a la antigua afección venérea. El aumento no se hace en masa, sino que se inicia en el nódulo que aún persistía como consecuencia de su última orquitis. Posteriormente nota que el testículo es invadido en totalidad, siendo irregular solamente en la parte posterior. Hace dos años el testículo no se desliza dentro de sus envolturas. La adherencia se hace en la cara anterior, donde se inicia un proceso supurativo, que data de 5 meses. Durante todo el tiempo de la enfermedad ha sido indoloro.

Al tacto rectal, no se nota anormalidad ninguna por parte de la próstata ni de la vesícula. Auscultación normal.

Análisis de orina — Se hace citoscopía. Se hace separación de orina, con el siguiente resultado : riñón derecho : albúmina 1,6 por 1000 ; hemoglobina, glóbulos rojos abundantes, leucocitos escasos, no se encuentra bacilos de Koch en el sedimento, se inocula orina, con resultado negativo.

*Tratamiento* — Se intenta la helioterapia progresiva durante un mes, como el enfermo tuviera que retirarse, pretextando asuntos urgentes, se resuelve la intervención que se hace el 12 de Enero de 1915, teniendo en cuenta que con el tratamiento helioterápico no se había conseguido ninguna mejoría aparente.

Operador — Doctor Zerbini. Ayudante señor Valmarrosa.

Se extirpa el testículo izquierdo, con el cordón, hasta la entrada del anillo inguinal.

El enfermo sale curado de su herida operatoria el 26 de Enero de 1915.

Diagnóstico de salida — Tuberculosis del testículo izquierdo.

Como puede verse por las historias anteriores, en todos estos enfermos se ha hecho tratamiento quirúrgico, ya sea demolitivo, ya sea conservador. El resultado inmediato ha sido satisfactorio en to-

dos ellos, pero en ninguno se conoce su evolución ulterior.

Las dos observaciones que van a continuación, una de ellas cedida por el doctor Chutro, tiende a demostrar la eficacia del tratamiento helioterápico, la otra es una repetición del tratamiento de Biondi, que hemos tentado por primera vez en el Hospital Italiano, y que como podrá verse, es novedosa, pero sobre cuyo resultado nada podemos afirmar todavía, pues el enfermo se encuentra actualmente en el Hospital y con sólo, a quince días de distancia de su intervención.

## OBSERVACION XII

T. Ch., 27 años de edad, portugués, empleado, soltero.

Servicio del doctor Chutro.—Hospital Alvarez.

*Diagnóstico de entrada* — Tuberculosis fistulizada del epidídimo.

*Antecedentes hereditarios* — Sin importancia.

*Antecedentes personales* — Hace 5 años tuvo un chancro blando; hace 1 año blenorragia.

*Tratamiento* — Permanganato de potasio con jeringa simple.

A los 3 meses ligera tumefacción del testículo izquierdo, acompañado de dolores muy tenues. Evolución crónica.

Un día ha notado sangre al orinar. Al día siguiente no tenía nada, salvo una ligera sensación de peso en el periné.

La tumefacción ha seguido en aumento, y hace 4 meses se hizo fistulosa.

*Estado actual* — El enfermo en buen estado general. Cordón deferente duro, leñoso, lleno de nódulos sin dolor. Testículo irreconocible. Núcleos duros, unidos a hidrocele. Varias fístulas cutáneas. Gran ulceración, que se ha abierto en el polo inferior y ha comido parte del rafe mediano y del escroto opuesto.

Adherencia de piel al resto de los elementos testículo-epididimarios. Una de las fístulas se abre en el ángulo peno-escrotal. Todas dan mucho pus.

El testículo es mayor que un puño de adulto.

Tacto rectal — Revela la vesícula seminal izquierda algo sensible, poco aumentada.

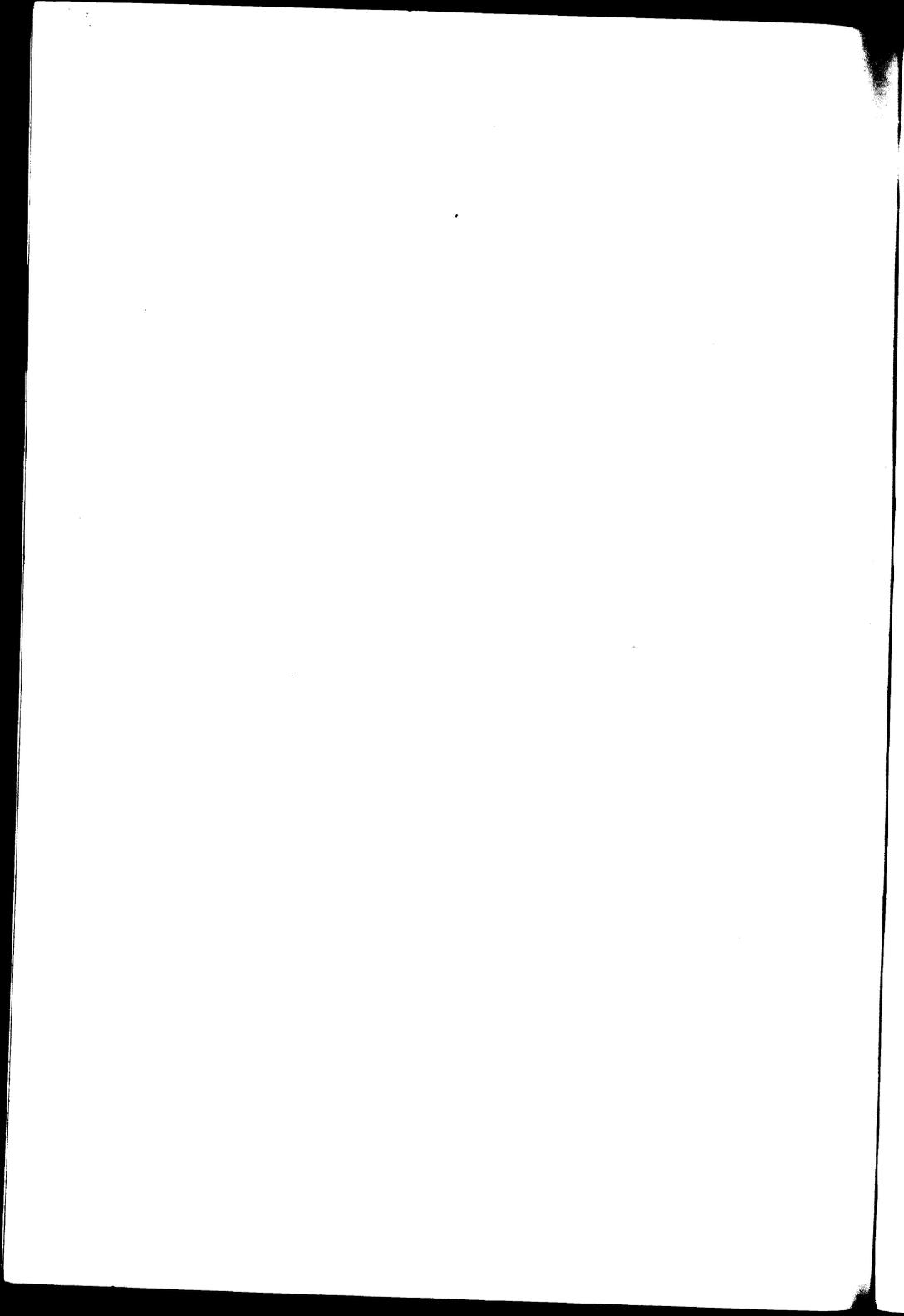
Tratamiento helioterápico — Baño de sol que actualmente dura hasta cuatro horas por día.

No se ha hecho ninguna inyección ni se ha dado al enfermo ningún medicamento que pueda contribuir a mejorar su bacilosis testículo-epididimaria.

Se ha tenido la precaución de comenzar por los miembros inferiores, para terminar exponiendo al enfermo completamente desnudo a la acción helioterápica.

*Estado actual* — El día 14 de Junio de 1915, el tumor formado por el testículo y el hidrocele sintomático, es menor que un huevo de pavo. La fístula con tendencia a la cicatrización, dan muy poco pus. El enfermo ha aumentado 8 kilos de peso.

Como puede verse por el presente caso, y teniendo en cuenta la experiencia del doctor Chutro sobre otro enfermo sometido al mismo tratamiento y cuya historia no me cedió por no recordar el nombre del paciente, este procedimiento de cura es digno de ser tomado en consideración.



### OBSERVACION XIII

Calógero C., sala 5ª, cama 11, de 16 años de edad, mensajero, soltero, italiano.

Servicio del doctor Pagliere. — Hospital Italiano.

*Diagnóstico de entrada* — Orquiepididimitis bacilar derecha, y vesiculitis tuberculosa del mismo lado.

Ingresa al Hospital el día 1 de Mayo de 1915.

*Antecedentes hereditarios* — Padres están vivos y son sanos. Son tres hermanos, una hermana casada ha tenido un hijo sano.

*Antecedentes personales* — Sin mayor importancia.

No acusa enfermedad anterior. Ha sido siempre de buen apetito, nunca ha sentido repugnancia por la comida. Ha sentido hace como tres me-

ses dolores en la espalda y al mismo tiempo notó cierta dificultad para orinar, todo ésto desapareció con unos sellos que le indicó un facultativo.

*Enfermedad actual* — Hace seis meses notó un bultito en el epidídimo del lado derecho, siendo mayor hacia el polo inferior del testículo. Ese pequeño núcleo permaneció indoloro y sin causarle molestia durante un mes. Pasado este tiempo, la piel que le cubría se puso roja y pocos días después se abrió, dando salida a un pus amarillento. A los pocos días, el testículo del mismo lado aumentó de volumen, se puso rojo y muy doloroso. Este cuadro duró doce días, al fin de los cuales la tumefacción desapareció, y con ella la molestia consiguiente. Como único tratamiento, fomentos calientes.

Pasada la inflamación, quedó en el sitio que ocupaba el nódulo, un trayecto fistuloso que aún persiste, y por el cual sale un pus acuoso. Al tacto rectal se nota un cordón duro que se inicia inmediatamente por encima de la próstata y va engrosándose hacia arriba, corresponde al sitio de la vesícula derecha y tiene el tamaño de un dedo meñique; su consistencia es dura.

*Tratamiento* — El enfermo se interviene el día 2 de Junio de 1915. Anestesia raquídea, con 0.8 centigramos de novocaína.

Operador — Señor Valmarrosa. Ayudante doctor Zerbini.

Se investiga el deferente del lado derecho, se aísla, se planta en el conducto deferencial una aguja de inyección a bisel corto, se inyecta agua destilada y esterilizada, que penetra con facilidad. Se inyecta en el mismo sentido hacia arriba, hacia la próstata, 4 centímetros cúbicos de solución alcohólica de bicloruro al 1 por 1000. La solución está compuesta en la siguiente forma : agua bides-tilada y esterilizada 50 gramos, alcohol 50 gramos, bicloruro de mercurio 10 centigramos.

Se repite la operación hacia el testículo, inyectando 3 centímetros cúbicos de la misma solución, previa inyección de una pequeña cantidad de agua esterilizada, que garantiza la penetración de la aguja en el deferente.

Marcha del enfermo — El primer día tiene 38°.4 de temperatura, con dolores soportables en el testículo y en la región inguinal derecha. Al día siguiente por la mañana, no hay temperatura. El enfermo dice haber pasado la noche un poco molesta por dolores de cintura y un ligero dolor de cabeza, que debe atribuirse a la inyección intrarraquídea. A la noche subsiguiente la temperatura a caído a 37°.1 ; continúan los dolores en el testículo. El enfermo ha orinado sin ninguna moles-

tía. Los dolores son muy soportables, posteriormente sólo puede decirse que el enfermo ha continuado sin ninguna novedad. No hay temperatura, no hay dolor espontáneo. A los 8 días se le quitan los puntos, la herida operatoria está completamente cicatrizada. Se palpa el núcleo epididimario, que está aumentado y con reacción dolorosa a la presión. A los doce días se hace el tacto rectal y se constata la vesícula disminuída, pero de consistencia más dura. El núcleo epididimario disminuído. La supuración también disminuída.

Como puede verse en el presente caso, este tratamiento que ha sido hecho a título de ensayo, no nos permite hacer mayores comentarios.

Primeramente hay que suponer que la solución alcohólica ha sido un poco débil, secundariamente, la cantidad inyectada ha sido muy pequeña, y si bien es cierto que el estado actual del enfermo hace presumir una mejoría por parte de su lesión epididimaria y vesicular, el tiempo transcurrido no nos permite llegar a una conclusión definitiva.

Esta forma de tratamiento será seguida por mi jefe de sala el doctor Zerbini y será objeto de una publicación más detallada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Audre* — Revue Medical de l'Est—717, 1899.
- Audry (C.)* — Sur le traitement de la tuberculose chez l'homme—Arch. Prov. de chir 1903-41-133.
- Coruet* — La Tuberculosis.
- Alborrau y Cottet* — Tuberculose descendente primitive du rein. —Ann. des mal. d'organes genitouré, 1899, núm. 8.
- Bacaloglu* — Tuberculose prostatique, epididymaire et testiculaire.—Soc. Anatom de Paris, 3 de Febrero, 1899.
- Budet et Duval* — Extirpation total du canal deferente de la vesicule par la vie inguinal.
- Brouardel, Gilbert y Theinot* — Maladies des organes genito-urinaire.
- Beloszeroff* — Excision de la vesicule seminal, etc. —Revue Medical la Suisse Romande, vol. 3 y 4, 1899.

- Berger* — Castration dans la tuberculosis du testicul.
- Bergmann, Bruns, Mikulicz* — Cirugía y Clínica Operatoria.
- Delore* — *Lion Medical*—LXXXVIII, 1898.
- Chevassu* — Tumeurs du testicule—These Paris, 6 1905.
- Fulconi* — These Bourdeaut, 1904.
- Forgue* — Patología externa.
- Guelliot* — Chirurgie des vesicules seminales—Revue Medical—20 Abrid 1890.
- Hogge* — Les baciles de Koch des organes genito-urinaires— Le Scalpel, 1910.
- Horteloup* — De la tuberculose genital—Gaz. de Med. de Paris—Nº. 25, 18 Junio 1892.
- Hutinel* — Etude general sur la tuberculose testiculaire des enfants—Arch. generale de Medicine, Marzo y Abril 1891.
- Jabard* — La Semaine Medical, 46 p., 1909.
- Jordan* — Pathologie der Hoden tuberkulose.
- Lancereaut* — Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales.
- Langereaux.*
- Legue* — De la tuberculose genito-urinaire — La Presse Medic.—P. 49 1906.
- Lejors* — Chirurgie du testicule tuberculeuse—La Semaine Medical—P. 9, 1902.

- Livraga* — Sulla cura chirurgica della tubercolosi del aparato spermatico—Boll. de Soc. Med. Chir. di Pavia, 1909.
- Malinski* — Contribution a l'etude de la tuberculose testiculaire—These de Paris, 1900.
- Maragliano* — Sulla presenza del bacillo tubercoloso nelle urine Gaz. degli ospedali degli cliniche, 1904.
- Morgaud, Mónod y Vanverts* — De la supuration chronica des voies seminales—These de Paris 1873.
- Marinesco* — De l'epididymectomie dans la tuberculose genital—Journal d'urologie, 1912.
- Moizart et Bacalaglu* — Tuberculose genitale du premier âge—Soc. Anomique—22, VII/900 La Presse Medical—30 Junio 1900.
- Morcelle* — Pathogenie de la tuberculose genito-urinaire chez l'homme—Presse Medical Belge—51, XXIV, 190.
- Mongeot A.* — Operation conservatoires et orchidotomie dans la tuberculose testiculaire—These Nancy—99, 10, 1898.
- Nimier* — Tuberculose primitive des vies urinaires, etc.—Bul. de la Soc. Anatomica de Paris, 1895.
- Pañadiño, Blandini* — La tuberculose de l'epididyme, etc.—Annal. des mal. des org. génitourinaires, n°. 10, 1900.

- Pauchet* — Extirpation des voies spermatiques dans la tuberculose, Bull. et memoir. Soc. de chirug. de Paris—Tome 35, p. 715.
- Perge* — Cont. a l'etude des rétrécissements de l'urètre d'origine tuberculeuse Thèse de Lyon. 1902.
- Petit* — Bull. de la Soc. Anat. de Paris—XLVIII, 42, 1875.
- Pillet*,
- Picard* — Traité des mal. de la Prostata et des vesicules séminales—Paris, 1896.
- Rafin* — Assoc. Franc. d'urologie, XIII Session, Re. dans les annal. des mal, des org. genito-urinaires.
- Réclus*—L'orchité tuberculeuse, Thèse Paris, 1876.
- Roche* Tuberculose Epididymaire chez l'enfant.— Rev. de medicine de Bourdeaux—Nº. 4-5.
- Rossi* — Contribut. alla cura chirurgica delle tuberculosi genitale maschile.—La clinica chirurgica, 1908-9.
- Roux* — Excisión de la vésicule séminale et du canal deferent—Annal. des mald. des org. genito urinaires—P. 334, Mai 1891.
- Serravallo* — Und. Porés Quelques données sus la physiologie de la prostate et du desticule C. r. h. se. Soc. Biolog. 28 Diciembre, 1907
- Spano* — Recherches bacteriologiques sur le sper-

me d'individus affecté de tuberculose—Revue de tuberculose —N<sup>o</sup>. 4, 31 Dic., 1893.

*Stordeur* — Pathogenie de la tuberculose dans les organos genito-urinaires —Progres med. Belge—1<sup>o</sup> Enero, 1901.

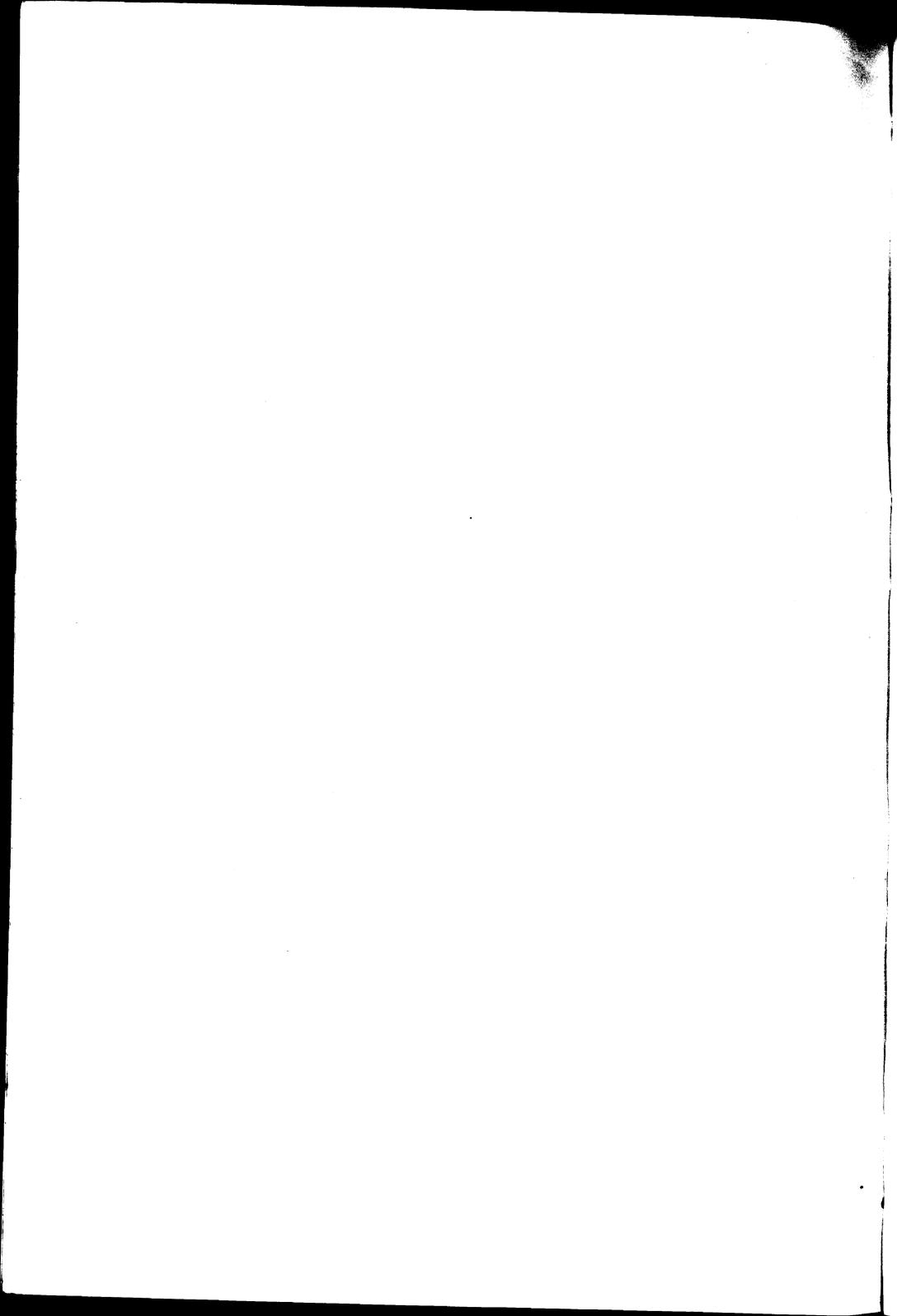
*Tourlet* — Sur le développment et l'evolution du tubercule génital chez le foetus humains dans les deux sexes—Journal de anat. et de la physiol.—XXV, p. 227, 1887.

*Testut* — Anatomia.

*Testut y Jacob* — Anatomía topográfica.

*Voillemier et le Dentu* — Traite des maladies des voies urinaires.





Buenos Aires, Junio 18 de 1915

Nómbrese al señor Académico doctor Baldomero Sommer, al profesor titular doctor Pedro Benedit y al profesor suplente doctor Bernardino Maraini, para que ,constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

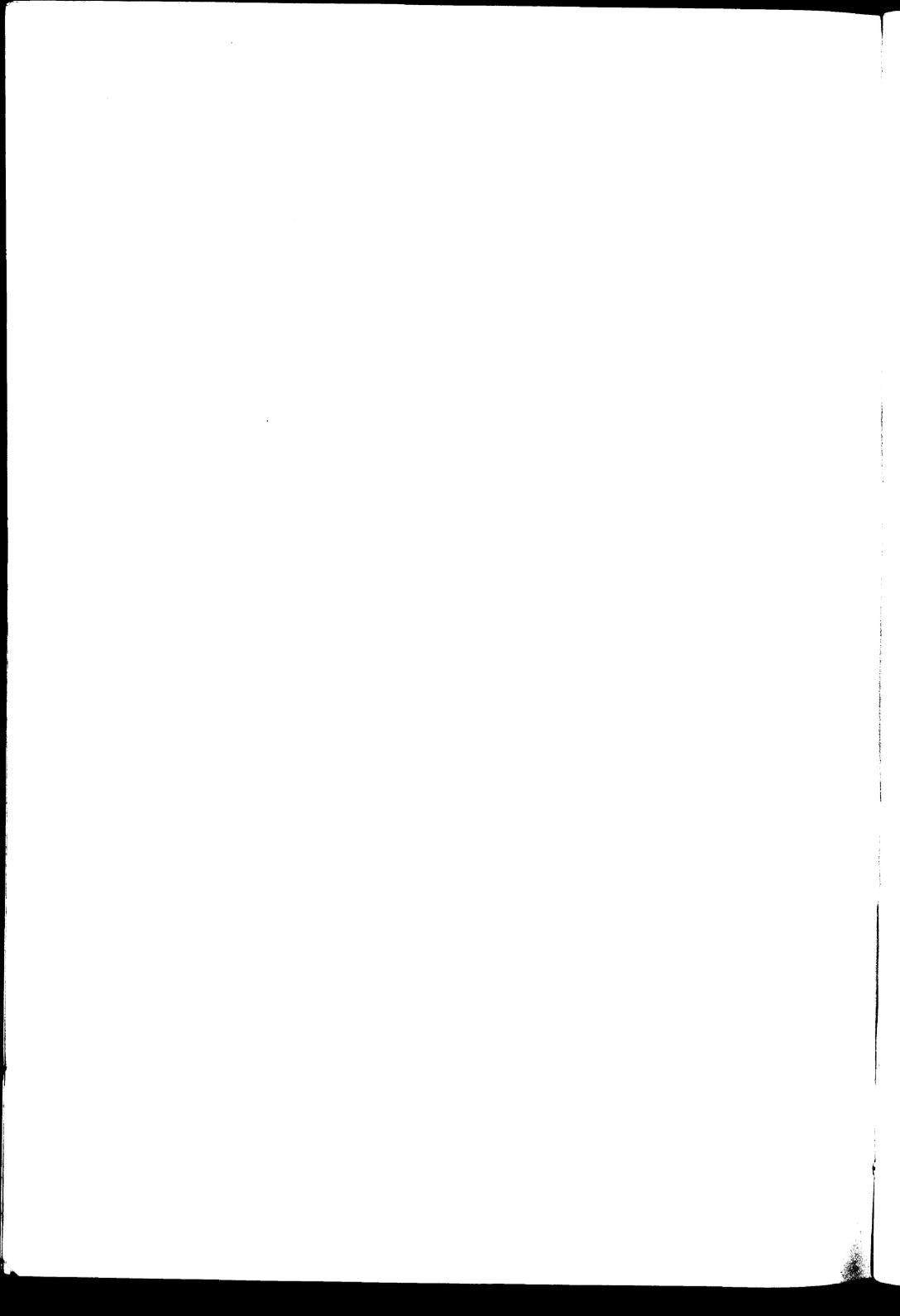
*J. A. Gabastou.*  
Secretario.

Buenos Aires, Julio 2 de 1915

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3027 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

*J. A. Gabastou.*  
Secretario.



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

La helioterapia es un buen tratamiento de las tuberculosis locales accesibles a los rayos solares.

*B. Sommer.*

### II

¿Puede existir la bacilosis primitiva genital?

*Benedit.*

### III

Acción de la tuberculina en las tuberculosis genitales.

*Maraini.*

30401

