3176

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HIDROCELE

Y

SUS TRATAMIENTOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

POR

PABLO B. OSCAMOU

FARMACÉUTICO (1896)

EX-INTERNO, POR CONCURSO DE EXAMEN, EN EL HOSPITAL RAWSON

Años 1896, 1897, 1898, 1899, 1900

1900

Imprenta "San Telmo"—Bolívar 1047

BUENOS AIRES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HIDROCELE

Y

SUS TRATAMIENTOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

POR

PABLO B. OSCAMOU

FARMACÉUTICO (1896)

EX-INTERNO, POR CONCURSO DE EXAMEN, EN EL HOSPITAL RAWSON

AÑOS 1896, 1897, 1898, 1899, 1900

1900

Imprenta "San Telmo"—Bolívar 1047

BUENOS AIRES

HIPOCRIN

Y

SUS TRATAMIENTOS

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice Decano

DR. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEIZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTON
» » GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

Secretario Titular

DR. D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

DR. D. ZENOM AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomia Descriptiva	Dr. Juau José Naón
Anatomia Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Histologia teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza
Fisiologia General y Humana	» Pedro J. Coronado
Patologia General y ejercicios clinicos	» Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Higiene Pública y Privada	» Meliton G. del Solar
Patologia Externa	» Obdulio Hernandez
Patologia Interna	» José Penna
Anatomia Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriologia	» Carlos Malbran
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su clinica	» Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su clinica	» Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y su clinica	» Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su clinica	» José M. Ramos Mejia
Enfermedades mentales y su clinica	» Domingo Carred
Enfermedades Génito Urinarias	» Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatologia	» Baldomero Sommer
Clinica quirúrgica	» Julián Aguilar Antonio C. Gandolfo Alejandro Castro
Clinica Médica	» Gregorio N. Chaves Abel Averza Luis Güemes Francisco Sicardi
Laringologia, otologia, rinologia	» Eduardo Ovejero
Obstetricia y clinica respectiva	» Samuel Molina
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Toxicologia	» Juan B. Señorans
Quimica aplicada á la medicina	» Pedro N. Arata
Fisica médica	» Jaime R. Costa
Zoologia médica	» Eliseo Canton
Botánica Médica	» Martin Spuch
Botánica Farmacéutica	» Adolfo Mujica
Quimica Analitica	» Atanasio Quiroga
Farmacia teórica	» Juan A. Boeri
Farmacia práctica	» J. Manuel Irizar
Obstetricia para alumnas parteras	» Juan R. Fernandez
Odontologia	» Nicasio Etchepareborda
Dentisteria operatoria	» León Pereira
Anatomia Descriptiva	Dr. Juan D. Piñero
Anatomia Topográfica	» Avelino Gutiérrez Joaquin L. Figueroa
Histologia teórico-práctica	» Samuel de Madrid
Fisiologia General y Humana	» Horacio G. Piñero (en ejercicio)
Patologia General y ejercicios clinicos	» Gregorio Araoz Alfaro

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Materia Médica y Terapéutica.....	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Higiene Pública y Privada.....	»	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patologia externa.....	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patologia interna	»	Marcial V. Quiroga
Anatomia Patológica.....	»	José Badia
Medicina Operatoria.....	»	Nicolás Repetto Alfonso Masi
Enfermedades de mujeres y su clinica...	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari (en ejercicio)
Enfermedades de niños y su clinica.	»	Antonio F. Piñero Facundo Larguia
Enfermedades de los ojos y su clinica ...	»	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su clinica....	»	José A. Esteves José R. Semprum
Enfermedades mentales y su clinica.....	»	Benjamin T. Solari
Enfermedades génito-urinarias.....	»	Pedro Benedit
Enfermedades venéreas y dermatologia .	»	Maximiliano Aberastury (en ejercicio)
Clinica quirúrgica.....	»	Juan B. Justo Diógenes Decoud Alejandro Posadas (en ejercicio)
Clinica médica.....	»	Julio Méndez Ignacio Allende Patricio Fleming Ricardo Colón
Laringologia, otologia, rinologia	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
Obstetricia y Clinica respectiva.....	»	Luis F. Vila Fanor Velarde
Medicina legal.....	»	Domingo S. Cavia .....
Toxicologia.....	»	Juan Alba Carreras (en ejercicio)
Quimica aplicada á la medicina.....	»	Francisco P. Lavalle
Fisica médica.....	»	Juan J. Galiano
Zoologia médica.....		Vacante
Botánica médica.....	»	Lucio Durañona (en ejercicio)
Botánica farmacéutica.....	»	Roberto S. Kolbe
Quimica analitica.....	»	Francisco B. Reyes
Farmacia teórica	Sr.	Juan A. Dominguez (en ejercicio)
Farmacia práctica.....	»	Miguel Puiggari
Obstetricia para alumnas parteras.....		Vacante
Odontologia.....		Vacante
Dentisteria operatoria.....		Vacante

Internado del Hospital Rawson

Servicio de Cirugía

Años 1896 y 1897 — Doctores: Andrés F. Llobet, Angel J. Villa y Manuel J. Beguerestain.

Servicio de Ginecología

Años 1897 y 1898 — Doctores: José F. Molinari, Toribio Piccardo y Marcelino Herrera Vegas.

Servicio de Niños

Años 1898, 1899 y 1900 — Doctores: Oscar Ferrari, J. C. Risso Domínguez, Fernando Alvárez, Ildefonso Ballestero y J. M. Naveiro.

Clínica Médica Mujeres

Años 1897, 1898, 1899 y 1900 — Doctores: Manuel A. Zavaleta, C. Sobrecasas y Domingo M. Cremona

Padrino de Tesis

Vice-Decano (en ejercicio)

Doctor José T. Baca

A mis padres

A mis hermanos

Al

Doctor Oscar Ferrari

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Durante los cursos de Clínica Quirúrgica que tuvimos ocasión de asistir, en calidad de alumno, pudimos observar que en una de las afecciones más comunes al hombre, se enseñan procederes de tratamientos que difieren entre sí de un modo fundamental y que son sostenidos brillantemente desde la cátedra hasta la mesa operatoria, en vista de los resultados halagadores que de ellos obtienen. Me refiero, á la cura operatoria de la *vaginalitis crónica serosa.*

En las primeras conferencias de Clínica Quirúrgica de este año, el distinguido profesor doctor Posada, nos ha enseñado un nuevo método, que practica desde hace cuatro ó cinco años, en el que sólo el

éxito más completo ha coronado sus intervenciones, recomendándolo desde entonces como tratamiento de elección, por llenar las condiciones de operación fácil, sin peligro y radical: tal es la *inversión de la vaginal;* —tema, que elegimos para presentar este trabajo y que á no haber sido la feliz circunstancia de haber asistido á esta conferencia, hubiéramos traído un trabajo personal de los casos de hidrocele tratados durante nuestro internado en el Hospital Rawson, por el método de la *resección de la vaginal.*

Los partidarios de la inyección iodada, objetarán á la *inversión* los mismos peligros que sólo á primera vista parecen tener los métodos radicales. Las experimentaciones y los hechos clínicos de Alessandri, Perret y Reclus, han demostrado su inconsistencia ahuyentando para siempre del espíritu, el fantasma de la *atrofia testicular.*

A pesar de lo concluyente que son las experimentaciones de Perret y Alessandri resecando la túnica vaginal en varios perros, me propuse repetirlas, no ya resecando sinó practicando la inversión. El diecisiete de Junio, en el laboratorio del Dr. Wernicke, acompañado por el Dr. Posada,—á quien no puedo menos de agradecer sus repetidas atenciones,—hice en dos perros la inversión de la vaginal de un solo lado, á fin de poder más

tarde hacer comparaciones con el testículo sano; las dificultades que se me presentaron para proporcionarme material de experimentación, me hicieron aprovechar la anestesia que mi condiscípulo Sabattini producía en una serie de perros, mediante inyecciones intra-raquídeas de cocaína.

En todos los perros por mí operados, el resultado inmediato ha sido satisfactorio y hubiera deseado presentaros los resultados alejados, á no ser los inconvenientes que me obligan á presentar este trabajo; no obstante, ellos serán objeto de una publicación especial.

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Permitidme, antes de entrar en materia, hacer constar mi profundo agradecimiento hacia el distinguido cuerpo de profesores de esta Escuela que, guiando mis pasos en las aulas y en la cabecera del enfermo, contribuyeron á mi educación médica.

Al Dr. José T. Baca, que honra este trabajo apadrinándolo, mi mayor respeto y cariño.

A los médicos del Hospital Rawson, entre los que recordaré á los Dres. Oscar Ferrari, José F. Molinari y Manuel A. Zavaleta, á cuyo lado me he formado médico, mi más sincero reconocimiento.

DEFINICIÓN É HISTORIA

Sinonímia — Hidrocele — Hidrocele vaginal— Periorquitis—Orquido-meningítis crónica

Definición

La palabra hidrocele, que en su etimología significa *tumor acuoso*, se usa frecuentemente para designar á la *vaginalitis crónica serosa.*

Historia

La historia del hidrocele, está por completo en la historia de su tratamiento. Hipócrates distinguía, sin frecuentes errores de diagnóstico, estos tumores lisos renitentes y transparentes del escroto, pero, las causas y las lesiones que los caracterizan, eran por completo ignoradas. No hay investigaciones originales de importancia, desde Celso á los

Arabes y es necesario llegar á Astley Cooper á Velpeau y á Curling, para hallar un trabajo serio sobre hidrocele, donde se describen sus variedades y se los separa netamente de las colecciones líquidas del epidídimo y del cordón.

Los primeros trabajos sobre su etiología y anatomía patológica, los hallamos en las obras de Gosselin, Panas, Lannelongue y Kocher, donde se hace resaltar la importancia de los hidroceles sintomáticos de lesiones de la glándula espermática.

Como se observará, la historia patológica del hidrocele desde los orígenes de la medicina hasta la segunda década de nuestro siglo, contribuye muy poco al conocimiento dc esta afección, legándonos tan solo una terapeútica abundante, atrevida y poco eficaz. Cada cirujano tenía su método que ocultaba con todo misterio ó que divulgaba en extensas disertaciones acompañadas de certificados auténticos. Unos, preconizaban remedios secantes ó resolutivos; otros, atravesaban el escroto con sedales y los más audaces, llegaban á resecar sus túnicas; tratamientos quirúrgicos que fracasaban por las inminentes complicaciones de erisipela, tétano, podredumbre de hospital y todas las septicemias que no estaban en condiciones de evitar, al desconocer la asepsia y antisepsia que debe observarse en toda intervención operatoria y que tan brillantes resul-

tados nos dan hoy, empleando sus mismos procedimientos.

Anatomía

Antes de comenzar el estudio de esta afección, anotaremos en una breve reseña, algunos datos anatómicos que nos serán útiles en la descripción de las variedades y en el tratamiento.

El testículo tiene una forma ovoide, aplanado transversalmente, con un diámetro mayor oblícuo de arriba á abajo y de adelante á atrás. Se le consideran dos caras laterales, una externa convexa y otra interna casi plana, dos bordes, uno postero-superior recto en relación con el epidídimo y del que está separado en su parte media por un fondo de saco de la vaginal; es por este borde y por detrás de la cabeza del epidídimo, que entran y salen los vasos para formar el cordon; esta disposicion de los vasos hace visible el epidídimo cuando se le mira por su cara externa y lo oculta por su cara interna—dos extremidades, la anterior redondeada presentando á veces una saliencia—el hidátide de Morgagni —mira hacia arriba y adelante, la posterior forma la parte más inferior del testículo y dá nacimienlo al ligamento escrotal.

Las relaciones entre el testículo y epidídi-

mo y la bolsa escrotal, quedan profundamente alteradas en los casos de *inversiones del testículo* y entre estas, la más frecuente es la *inversión anterior;* el borde póstero-superior se hace entonces ántero-superior.

La vaginal que recubre al testículo no es sino el peritoneo descendido en las bolsas por la emigración de este órgano. Primitivamente y hasta que el testículo ocupe su posición definitiva en las bolsas (noveno mes), la cavidad peritoneal y vaginal comunican entre sí por medio del *canal peritoneo vaginal* que se extiende, desde el orificio interno del conducto inguinal hasta muy cerca del epidídimo; de la obliteración completa del conducto vagino peritoneal, queda un cordon fibroso—el ligamento vaginal—que se pierde entre los elementos del cordón.

Este trabajo de obliteración, se llena rápidamente en los tres cuartos de los casos, en los quince á veinte días después del nacimiento de un modo completo; otras veces, este trabajo se efectúa de un modo parcial, engendrando dos clases de anomalías: la obliteración se llena en la parte inferior, el peritoneo se prolonga entonces á través del conducto inguinal en una especie de divertículo más ó menos largo, pero casi siempre moniliforme, ó se efectúa en las dos extremidades respetando la parte media, que persiste bajo forma de *cavidad serosa intermedia*, pero sin co-

municar con las cavidades peritoneal y vaginal. Esta cavidad intermedia origina la variedad de los *hidroceles enquistados del cordón.*

El trabajo de la fusión de las hojas vaginales, puede ser obstaculizado por la presencia de un *hidrocele congénito* ó por una *hernia inguinal congénita;* en el primer caso, el líquido se puede hacer refluir hacia la cavidad peritoneal, en el segundo, el intestino ó el epiplón están en contacto con el testículo.

Etiología

Las investigaciones anatomo-patológicas de las vaginalitis serosas, merced á los tratamientos radicales que hoy se emplean, tienden á demostrar que el *hidrocele idiopático* responde siempre á lesiones más ó menos importantes de los órganos encerrados en la cavidad vaginal.

Antiguamente se consideraba el hidrocele idiopático, como formado á causa de la falta de relación entre la absorción y la escreción de las superficies serosas. Para Panas, el hidrocele esencial no existiría, sería siempre sintomático de una afección del epidídimo y apoya su teoría en observaciones clínicas recogidas en el lecho del enfer-

mo. Las experiencias de Lannelongue expuestas en la Sociedad de Cirugía en 1873, tratan de demostrar que las lesiones del epidídimo en el hidrocele, son puramente mecánicas, que bajo la presión del líquido se encontraría adelgazado como distendido y que las induraciones percibidas por Panas en este órgano, serían debidas á espesamientos ds las túnicas serosa y fibrosa en ese lugar. Monod y Terrillon explican las causas del hidrocele por un proceso inflamatorio de la serosa y que como en todos los órganos recubiertos, no sería primitivo sino secundario á lesiones del órgano; así, congestiones pasajeras relacionadas á trastornos de las vías urinarias ó frotes banales incapaces de molestar al órgano, bastarían para repercutir indirectamente sobre la vaginal, determinando lentamente el derrame. Está bien probado, por lo demás, la influencia que tienen las lesiones del epidídimo sobre la vaginal; las uretritis blenorrágicas, que sin provocar una verdadera epidídimitis, no dejan de repercutir sobre el ·aparato testicular. Para Genzner los hidroceles de origen blenorrágico, ocuparían el primer puesto, correspondiendo el segundo á los consecutivos á traumatismos, cuyos rastros se encuentran con frecuencia representados por antiguos derrames sanguíneos; teoría que tiene analogía con la de Velpeau, para quien la causa de los hidroce-

les esenciales, estaría en los coágulos sanguíneos extra-vaginales, consecutivos á traumatismos.

Duplay y Gosselin hacen notar la frecuencia de pequeños quistes en el epidídimo que, obrando por sí en caso de integridad ó por el líquido que encicrran, irritarían la serosa provocando el derrame. Verneuil considera á estos tumores como la manifestación local de un estado diatésico general. (Gota, reumatismo).

Trelat dice: « Los hidroceles, cualquiera que fuesen, son siempre sintomáticos, aunque la causa sea pequeña, poco grave y de poca importancia. »

Anatomía patológica

La cavidad vaginal, es el espacio comprendido por las dos hojas serosas que recubren el testículo y que al fusionarse en la parte superior cierran una cavidad virtual en condiciones normales y que es lubrificada por un íquido filante que facilita el deslizamiento. En los hidroceles se encuentra más ó menos distendida según la cantidad de líquido que contiene y que varía desde algunos gramos hasta la enorme cifra de veintiseis litros (Bouisson).

La superficie de la serosa surcada por algunos vasos, conserva por lo general su espesor normal, el epitelio y su color blanco nácar, como lavado. Su resistencia desigual da lugar á variedad de formas, observándose con mayor frecuencia, la de *calabaza*. Esta misma desigualdad explica los hidroceles diverticulares de Beraud, en los que una parte de la túnica vaginal recubre el testículo y la otra se dilata y llena de líquido, comunicándose entre sí por un pequeño espacio.

En otros casos se notan en las superficies de las túnicas serosas, y sobre todo en los fondos de sacos epidídimarios, falsas membranas que se disponen frecuentemente en laminillas y trabéculas, que al cruzar la cavidad vaginal la subdividen, originando los *hidroceles multiloculares*. Estos tabicamientos no explican, sin embargo, todas las formas de los hidroceles multiloculares. Así, Steinthal describe una variedad formada por pequeños espacios constituidos por tejido conjuntivo, tapizado de un endotelio y que contienen un líquido claro y transparente. Es frecuente encontrar también *placas fibrosas*, *calcáreas* y *cuerpos extraños* que ocupan una parte de la cavidad vaginal y que con su presencia la irritan constantemente, contribuyendo á mantener el derrame. Estas alteraciones inflamatorias de la serosa provocan adherencias de la túnica fibrosa

que la rodea y la que, participando del proceso, da lugar á espesamientos tan grandes que se citan casos en que fueron confundidos con un tumor del testículo motivando una castración que, un examen practicado después, demostró innecesaria, pues se comprobó la integridad completa del órgano.

El líquido del hidrocele es por lo general transparente, de reacción alcalina, muy fluido, de color amarillo cetrino con tinte verdoso y que varía según la cantidad de glóbulos rojos que entran en su composición, así, la coloración rosada, frecuente en los tumores del testículo, es fácil encontrarla como consecuencias de traumatismo ó punciones exploradoras. Se encuentran además hidroceles con un líquido blanco lechoso, hidrocele grasoso, lechoso, quiloso, galactocele, nombres dados á los qne generalmente se desarrollan en habitantes de la zona intertropical, atacados de elefantiasis ó de hipertrofia de los testículos.

Su composición química ha permitido á Virchow, establecer su naturaleza inflámatoria y sus grandes semejanzas al plasma sanguíneo hasta el punto de que en muchos casos sería dificil distinguirlos. Como este, consta de serina, fibrina, albúmina, cloruro de sodio, ácido fosfórico y colestearina, la que comunica al líquido un reflejo brillante. Koening y Krausse citan como frecuente la presencia de espermatozoides que se manifiestan al microscopio ob-

servando el líquido después de un breve reposo.

Frecuencia

Si consultamos las estadísticas, nos encontramos con una proporción de atacados relativamente mínima—0.75 %—pero que se explica por la afección misma, la que no ocasionando mayores molestias preocupa muy poco al enfermo quien solo consulta al médico cuando por sus complicaciones ó desarrollo excesivo, trae un obstáculo á sus ocupaciones. Los climas con sus enfermedades reinantes, angiolencitis endémica, elefantiasis, tienen su influencia sobre esta afección; así, en el Brasil, se la considera endémica y en Bangkok según Lancereaux, pocos hombres escaparían á esta dolencia después de los cincuenta años.

La edad tiene también su influencia, pues está demostrado que en los adultos es mayor la proporción y en la primera infancia, más frecuente que en la segunda.

Es de notar el papel que desempeña la herencia en esta afección, trasmitiendo una menor resistencia que se comprueba en los niños afectados cuyos padres también lo fueron.

Respecto á lugar, sería igual la frecuencia en el lado derecho, como en el izquierdo.

Sintomatología

Los síntomas del hidrocele, consisten en la aparición de un tumor indoloro que sólo incomoda al cabo de un tiempo más ó menos largo por su volumen, su peso y tironeamientos que ejerce sobre el cordón, lo mismo que por las dificultades que presenta para el coito, puesto que una parte del escroto se forma á expensas de la piel del pene, la que es lisa, sin depresiones ni saliencias, renitente y surcada por algunas venas con su coloración y temperatura normales, y sólo en los casos de afecciones glandulares ó enfermedades propias de la piel, se la encuentra alterada.

El hidrocele es transparente, lo que se comprueba levantando el tumor y colocándolo entre un foco de luz artificial y el observador. Es notable la nitidez con que se observa esta transparencia, adaptando—como lo vimos hacer en el servicio del profesor Texo—una lamparita eléctrica dentro de un cilindro ennegrecido, lo que permite acercar el foco al escroto y aprovechar de este modo todos los rayos luminosos en una sola dirección. Esta transparencia está subordinada: 1º, al espesor de la piel, que en los niños y

linfáticos es fina y por lo tanto de fácil observación, resultando lo contrario cuando la vaginal está espesada por placas fibrosas ó neo-membranas, en que la observación se dificulta sobremanera; 2º, á la calidad del líquido, que puede ser turbio ó sanguinolento, lo que obstaculiza el paso de la luz por la opacidad consiguiente, y 3º, la forma del hidrocele que, como en los multiloculares de cavidades pequeñas y paredes espesas, hace muy difícil su examen.

El valor diagnóstico de la transparencia es de la mayor importancia, puesto que nos indica la posición que el testículo ocupa en el escroto que, salvo los casos de *inversión*, se encuentra hacia atrás, adentro y arriba, habilitándonos de este modo para proceder en el tratamiento, sin peligros de herirlo.

Diagnóstico

Previo interrogatorio de antecedentes hereditarios y personales, se comenzará por diagnosticar un tumor líquido del cual, si es posible, trataremos de determinar la fluctuación que existe cuando las paredes de la vaginal no están muy distendidas; y si aplicamos una mano al nivel del conducto inguinal y la otra sobre el fondo del tumor, sentiremos el cho-

que de la columna líquida desplazada. Si por este medio, no obtenemos resultado, experimentaremos la sensación de ola del mismo modo que lo hacemos, cuando buscamos líquido en la cavidad abdominal.

Por lo demás, los espesamientos de la pared escrotal obstaculizan esta sensación tactil, que aislada tiene poco valor, porque un sarcoma encefaloide ó un mixoma del testículo dan sensaciones tan netas de fluctuación, que sería difícil, aun al mas experto, determinar con precisión el diagnóstico diferencial entre estos humores.

La punción exploradora, trayéndonos un líquido con caracteres propios del hidrocele, cortaria la cuestión. La forma, la superficie lisa y la marcha lenta del hidrocele, son signos de gran importancia, puesto que los tumores sólidos, nunca presentan una superficie tan igual y su desarrollo es mucho mas rápido. Además, estos son dolorosos, y en aquellos este signo expontáneo ó provocado no existe, pues á lo sumo se manifiesta de un modo vago, bajo forma de sensación de peso, obstáculos ó tironeamientos.

La transparencia, es también un elemento de juicio de suma importancia y al que Kocher atribuye un valor extraordinario, que falta en los casos ya citados al ocuparnos de la sintomatología y que se encuentra en cier-

tos tumores que permiten el paso de la luz. (Luecke).

Es indispensable para el diagnóstico tener en cuenta la proporción del líquido que constituye el hidrocele, pues en los sintomáticos de lesiones sifilíticas, tuberculosas y blenorrágicas, salvo raras escepciones, es poco abundante, tanto que permite deprimir las paredes escrotales, para practicar exámenes del órgano enfermo. En el *testículo sifilítico*, se observa indurado y de un volumen mayor; en el *tuberculoso*, constatamos un primer nucleo grande y duro en la cabeza del epidídimo y nucleos más pequeños en la cola y cuerpo de este órgano; y en los *blenorrágicos,* las induraciones difusas de la cola del epidídimo, representan un proceso inflamatorio consecutivo á una orquitis anterior del mismo origen.

Esta afección puede complicarse por la presencia de una *hernia* acompañando al hidrocele ó confundirse la una con el otro. La reductibilidad, acompañada de un gorgoteo especial, caracteriza la hernia; además, salvo casos excepcionales, el hidrocele deja libre el conducto inguinal. No obstante, se presentan dificultades en este diagnóstico diferencial, que algunas veces se salvarán con la interpretación exacta de síntomas tales como la *forma*, la *consistencia*, el *modo de desarrollo* ó la *transparencia* que ten-

drán el suficiente valor, para inducir á un diagnóstico verdadero, aún considerados aisladamente.

Complicaciones

La *ruptura* de las túnicas vaginales á consecuencia de traumatismos, esfuerzos violentos y aún frotes insignificantes, que á veces pasan desapercibidos, ponen en libertad al líquido que encierra el que, en contacto con el tejido celular, se reabsorbe. Esto da lugar á curaciones definitivas en algunos casos; pero en otros, es sólo aparente, pues el tumor reaparece de nuevo al cabo de un tiempo más ó menos largo.

Las punciones y las mismas causas originarias de la ruptura y otras que no se conocen, dan origen á derrames sanguíneos en la vaginal, que se explican por hemorragias de los vasos dilatados que recorren estas membranas, transformando una afección benigna, en un *hematocele* de consecuencias mucho más graves que se manifiesta por nn dolor vivo, fiebre y tumefacción del escroto.

Las *inflamaciones*, eran complicaciones frecuentes de otra época á consecuencia de punciones ó tratamientos externos enérgicos

que hoy han desaparecido casi por completo, gracias á los beneficios que nos proporciona la asepsia quirúrgica.

Deben también tenerse en cuenta los obstáculos que presenta en algunos casos á la función genital, para determinar la necesidad de la intervención quirúrgica en estos tumores aparentemente benignos, pero que observaciones equivalentes á una experimentación fisiológica, demuestran los obstáculos que pueden llevar á la espermatogenesis, como en el caso citado por Roubud de un joven de veintiseis años con un voluminoso hidrocele, en el que el examen de su esperma fué siempre negativo y que só.o se constató la presencia de espermatozoides después de una punción evacuadora, para volver á desaparecer en la recidiva del tumor y reaparecer á consecuencia de una nueva punción.

Pronóstico

A pesar de tener esta afección una marcha crónica, es relativamente benigna, sobre todo, en los recién nacidos en que es frecuente observar su completa desaparición sin tratamiento de ninguna clase, en un lapso de tiempo que varia de tres á cuatro semanas.

La transformación en hematocele es una

complicación que sombrea notablemente su pronóstico.

Más que grave ó peligrosa es molesta, pues el volúmen que adquiere el hidrocele en algunos casos, obstaculizan al paciente en el desempeño de sus ocupaciones lo que constituye una dolencia que, agregada á la parte que correspande á la estética personal, hace que tarde ó temprano, el enfermo solicite que se intervenga para librarse de su afección.

Como se deduce de lo dicho, el hidrocele idiopático, salvo sus complicaciones, no tiene más gravedad en su pronóstico que las que la intervención le pueda producir, puesto que su curación expontánea, excepción hecha en los niños, rara vez se observa.

Tratamiento

Los diversos tratamientos experimentados para combatir esta afección, pueden dividirse en *profilácticos*, *médicos* y *quirúrgicos*, siendo estos últimos, los únicos que puede decirse que lo curan realmente, pues todos los demás lo hacen de un modo incompleto, exponiendo al enfermo á inconvenientes más ó menos graves, que enunciaremos más adelante al pasar revista de cada uno de ellos en particular.

Tratamiento profiláctico

Cuando en los individuos que á consecuencia de un traumatismo más ó menos intenso ó de una uretritis blenorrágica complicada á una epidídimitis, notamos una tumefacción dolorosa de los órganos, debemos preveer una reacción de la túnica serosa, que se traduce por un derrame que podemos evitar haciendo una ligera compresión del escroto y manteniéndolo en alto por medio de un suspensorio.

Tratamiento médico

Comprende este grupo, los medicamentos dados al interior tales como el *oioduro de potasio* y todas las sustancias aplicadas exteriormente; los *cáusticos*, la *digital en infusión*, *las pomadas mercuriales* y *belladonadas*, el *alcóhol*, el *vino*, el *acetato de plomo líquido*, el *ácido crómico*, etc. etc., elementos que solo han contribuído á aumentar el sinnúmero de ensayos infructuosos llevados á cabo y que han sido con justicia abandonados, por no obtenerse los resultados que de ellos se esperaban. Entre estos últimos, tan solo la *tintura de iodo en pincelaciones* y la solución saturada de *clorhidrato de amoniaco* gozan de algunos partidarios en el tratamien-

to de los hidroceles infantiles, que como sabemos, se reabsorben por lo general sin medicación alguna.

Compresión

La compresión sobre el trayecto del conducto inguinal unida á la elevación del escroto por una venda en el tratamiento de los hidroceles congénitos, es un método racional que obra provocando una inflamación adhesiva que fusiona las paredes del conducto vagino peritoneal encerrando al líquido en el espacio vaginal donde se reabsorbe lentamente. Se aconseja para apresurar esta reabsorción, el empleo de compresiones suaves del tumor, con bandeletas de tela diaquilon ó capas de colodio elástico que se renuevan cada dos ó tres días, es decir, á medida que la disminución de volúmen del tumor, así lo indique. Las observaciones personales, en el servicio de niños del Hospital Rawson, nos obligan á ensayar la compresión de los hidroceles infantiles, antes de recurrir á tratamientos más enérgicos.

La electricidad

La faradizaciòn y la *galvanopuntura*, son los dos únicos medios eléctricos que se han empleado para el tratamiento del hidrocele.

No alcanzamos á explicarnos la forma en que puede actuar la eléctricidad farádica, no así con la galvanopuntura que cauterizando las paredes del saco, modifica la nutrición de los tejidos facilitando, por este medio, la reabsorción del líquido. Se ejecuta este método, hundiendo un trocar hasta la cavidad vaginal, el que dá salida á una parte del líquido. Colocase en seguida, un hilo de platino recubierto de un barniz aislador, dejando libre tan solo su extremidad, la que se pone en contacto con la parte del líquido restante constituyendo un electrodo que está en relación con el polo negativo de una pila, colocándose el polo positivo en la región inguinal. La intensidad de la corriente debe ser bastante enérgica (20 á 30 milésimos) y con sesiones de una duración no menor de un minuto, después de la que hace evacuar la totalidad del líquido. Es este, un tratamiento sumamente doloroso y las recidivas sc repiten con tanta frecuencia, que han hecho abandonar casi por completo este procedimiento, como medio curativo.

Tratamientos quirúrgicos

Los tratamientos quirúrgicos de los hidroceles, pueden agruparse en las tres categorías que describiremos en el órden de importancia que á nuestro juicio merecen; señalando al pasar los inconvenientes y ventajas que cada uno presenta.

Punción simple

La punción simple ha sido recomendada por Paulet y Bousquet, como realmente curativa en los hidroceles de los viejos, habiéndose también empleado como tratamiento paliativo, en los individuos pusilánimes y en los agotados por enfermedades, que no pudiesen sufrir una intervención mayor. A pesar de la estadística que Denis de Norte América, presenta con un 25 % de curaciones, nadie practica actualmente la punción y la evacuación total del líquido, pues la recidiva rápida, es la consecuencia más inmediatas. En la *Semaine Médicale* (año 1900) Betti de Lucignano hace notar que si las recidivas son fatales después de la evacuación completa del líquido, no sucede lo mismo cuando nos limitamos á extraer una cantidad mínima, y cita dos casos de curación completa, después de extraer un centigramo en una punción exploradora, hecha con el fin de comprobar el diagnóstico.

Discisión subcutánea ó método de Jobert

Consiste este método, en practicar una ó varias secciones en la túnica vaginal, con el fin de hacer penetrar el líquido en el tejido

celular subcutáneo, donde se reabsorbe. Los inconvenientes de esta operación, son sumamente graves contándose entre éstos la separación completa del testículo de sus elementos en los casos de inversión de este órgano y heridas de arterias, consecuencias ambas de una intervención que se practica á ciegas, y por cuya causa ha quedado fuera de uso.

Punción é inyección de substancias cáusticas

Desde Celso, que empleaba el *nitro*, hasta nuestros días, se ha ensayado el ampleo de infinidad de substancias cáusticas, líquidas ó sólidas, con el fin, ya sea; de provocar una reacción inflamatoria sustitutiva de la serosa modificando sus cualidades secretorias, ó mejor dicho, exudativa; ó tratando por esa misma reacción inflamatoria hacer que desaparezca la cavidad vaginal, por medio de adherencias que unan sus paredes, ó transformando las cualidades del líquido exudado, para hacerlo más reabsorbible. A la espera de estos resultados, se emplean métodos que presentan entre sí ciertas analogías y que tan sólo difieren en la substancia empleada. El *vino frío* ó *caliente*, el *amoniaco*, el *tanino*, el *cloruro de zinc*, el *percloruro de hierro*,

el *cloroformo*, el *ácido crómico*, el *alumbre*, la *ergotina*, etc., en soluciones más ó menos concentradas, han tenido su época, y tan sólo el *alcohol*, el *cloral*, el *ácido fénico*, el *bicloruro de mercurio* y la *tintura de iodo* han gozado, por sus ventajas, mayor número de partidarios que los anteriores, llegando á tener aún en nuestros días, defensores entusiastas que los preconizan como de resultados positivos.

Método de Monod

En este proceder se extraen 20 á 30 gramos de líquido mediante una punción capilar, que se reemplaza con un gramo de *alcohol absoluto*, esperando modificar el líquido restante, para obtener su completa reabsorción. Los resultados obtenidos con este método, son los mismos que se obtienen con las punciones simples, en que saliendo el líquido por el espacio dejado por la aguja, se reabsorbe por el tejido celular subcutáneo.

Hidrato de cloral

Las soluciones acuosas en una proporción igual de *hidrato de cloral*, á la dosis de uno á dos gramos en los niños y doble cantidad en los adultos, ha sido la substancia que se

propuso reemplazar al alcohol absoluto. Los resultados de este método son los mismos que en el de Monod, con sus inconvenientes.

Ácido fénico

El *ácido fénico* empleado por Lewis y del cual Wile se manifiesta adversario ardiente por los resultados desgraciados obtenidos con su uso, es una substancia que goza de gran número de partidarios entre los médicos norteamericanos, quienes, por su falta completa de dolor y reacción inflamatoria que permite á los enfermos atender sus ocupaciones inmediatamente después de su aplicación y menor número de recidivas, la conceptúan superior á la inyección iodada.

Bicloruro de mercurio

Vamos á describir este método que pertenece á uno de nuestros más distinguidos cirujanos, el Dr. Andrés F. Llobet, y que según él mismo refiere, le fué sugerido al buscar una substancia modificadora que no produjera los graves accidentes de la tintura de iodo, pues, con su empleo provocó una gangrena del escroto en uno de sus enfermos, á pesar de su reconocida habilidad operatoria. Este hecho, influyó de tal ma-

nera en su espíritu, que resolvió no emplear jamás en los hidroceles, la inyeceión de tintura de iodo, que desde entonces la reemplaza con el licor de Van Sweiten.

Trataremos de recordar para su descripción, la operación que vimos efectuar durante nuestro internado en el servicio del doctor Llobet. Se comienza por hacer evacuar la totalidad del líquido mediante un trocar de pequeño calibre, introduciendo luego para la anestesia, diez ó doce centigramos de una solución de cocaína al centésimo. Con una espera de cinco ó seis minutos, se adapta al trocar un pequeño embudo de vidrio, por el que se vierte de cinco á diez gramos de la solución hidrargírica, que se hace evacuar después de una ligera malaxación del testículo, para inyectar de nuevo una cantidad suficiente de la misma solución, hasta colocar la serosa en el estado de replesión anterior á la punción; se esperan dos ó tres minutos y se termina la operación, dando salida á todo el líquido inyectado. Se cubre la picadura hecha por el trocar con colodio idoformado y se coloca un vendaje hecho con tarlatan mojado á fin de que al secarse, aumente la compresión que para mantenerla debe renovarse á los dos ó tres días.

Con este procedimiento se produce una reacción inflamatoria que desaparece á los ocho días.

Hace notar este cirujano que, con este método—que no es el único que practica en su servicio—en los enfermos seguidos durante un tiempo no se han producido recidivas.

Método de Defer

Se recomienda este método para los casos de persistencia del conducto vagino peritoneal, por los inconvenientes que presentan todos los procedimientos de inyecciones de sustancias irritantes, que pueden en ese caso llegar á la cavidad abdominal, produciendo trastornos de suma gravedad. Consiste en introducir, en la cavidad vaginal, prévia evacuación del líquido por medio de una punción, una sonda acanalada en cuya extremidad se le adapta una pequeña cantidad de *nitrato de plata fundido*, que se frota contra las túnicas serosas cauterizandolas, á fin de provocar la adherencia de sus superficies.

Tintura de iodo

La tintura de iodo usada por primera vez por Martin de Calcuta é introducida en Francia por Velpeau en 1836, es la sustancia que ha gozado de mayor número de partidarios, pero que hoy, dados los inconvenientes que

presenta su empleo así como la frecuencia de recidivas ha provocado una notable deserción entre sus defensores para replegarse á las filas de los que practican los tratamientos radicales. Vamos á describir el procedimiento que seguimos en su aplicación en la clase practica del profesor doctor Texo y que ejecutamos observando sus indicaciones, á fin de precavernos en la medida de lo posible, de los accidentes que pudieran producirse durante la inyección de la sustancia caustica.

Prévia comprobación de la situación del testículo, se hace una antisepsia rigurosa del campo operatorio punzando enseguida con el trocar núm. 2 del aspirador Potain en la parte antero-inferior del tumor evacuando todo el líquido de la cavidad vaginal. Hecho esto, inyectamos, para la anestesia, veinte gramos de solución de clorhidrato de cocaína al 2 %, que se retiran dentro de los diez minutos para después inyectar la solución cáustica, compuesta de dos partes de tintura de iodo por una de ioduro de potasio al décimo. Es este, el momento crítico de la operación y que reclama especial vigilancia de parte del operador, á fin de no desplazar el trocar de la cavidad.

Para precaverse de una posible persistencia del conducto de Chassaignac, debe recomendarse á un ayudante la presión del conducto inguinal. Pasados cinco minutos y mediante

un cambio de bomba del aparato de Potain, se retira la totalidad del líquido inyectado, para extraer el trocar y cubrir el punto de entrada con colodio iodoformado.

Se hace un vendaje compresivo con una venda en T que sirve al mismo tiempo para mantener levantado el escroto.

Este tratamiento va siempre seguido de una violenta reacción inflamatoria, acompañada de grandes dolores, malestar general y fiebre, que desaparecen á los ocho días, época en que comienza la reabsorción que dura quince días más ó menos.

Como se infiere, en el mejor de los casos, este tratamiento exige veintitres días para el restablecimiento del enfermo y que solo será eficaz en los casos de *hidrocele simple*, es decir, de reciente formación, de paredes no espesadas; siendo su resultado negativo en el tratamiento de los *recidivados*, *paqui-vaginalitis*, *multiloculares* y *cuerpos extraños* y peligrosa su aplicación en los casos de *persistencia del conducto peritoneo vaginal*.

Entre las complicaciones consecutivas á la ejecución de este método, tenemos que anotar las gangrenas del escroto, producidas por el derrame de la tintura de iodo en sus túnicas, accidente cuya frecuencia y gravedad se explican por la salida del trocar fuera de la cavidad vaginal, percance difícil de precaver, puesto que es notorio que pocos son los ciru-

janos que practican este método, no cuenten en sus estadísticas, algún accidente de esta clase. Los partidarios de este método, sostienen con toda la fuerza de la lógica, que no es imputable á la operación los errores ó descuidos del operador, pues, bastaría tener con con precaución el aparato evitando su desplazamiento, para suprimir el percance. Pero, cuando durante la inyección de la tintura de iodo y á pesar de nuestra vigilancia, el paciente por una idiosincrasia, no rara al efecto de la cocaína, hace un movimiento brusco provocado por el dolor de la inyección de la sustancia cáustica (caso del doctor Llobet) ¿cómo se salva este inconveniente?

Otras de las complicaciones observadas con esta intervención, tales como *punciones det testículo, flemón de las bolsas, vaginalitis supurada,* etc. no son sinó la resultante de errores ó negligencias, fáciles de evitar si á un exámen prólijo de la situación del órgano, se acompaña una aplicación rigurosa de la asepsia quirúrgica.

Para juzgar de la bondad del tratamiento debemos no solo considerarlo en sus resultados inmediatos, que pueden ser más ó menos halagadores, sino también tener presente, los resultados alejados, es decir, la frecuencia en las recidivas.

Los partidarios de la inyección iodada, con respecto á la recidiva, citan en su apoyo es-

tadísticas personales, que hacen valer como argumentos poderosos, entre los que podemos citar la relación de Dobrochotow en el 4º Congreso de Moscow de 1891 en que presenta ciento diecinueve enfermos tratados por la inyecciónniodada.

Estos trabajos carecen de los elementos de juicio indispensables para sentar una opinión, puesto que no se menciona si ha existido una observación posterior y continuada, ignorando, por lo tanto, los accidentes y repeticiones de la dolencia. Por otra parte, sabemos la frecuencia con que los enfermos abandonan un servicio, después de una intervención quirúrgica de esta naturaleza, donde han sido anotados en la estadística de los éxitos, para ir, tarde ó temprano, despechados tal vez por la repetición de la dolencia, á reclamar una nueva intervención á otro cirujano.

Gleich, de la clínica de Billroth, practicando el mismo proceder de Dobrochotow nos presenta una estadística de 52 enfermos observados en debida forma (1884 á 1892) con un veinte por ciento de recidivas, haciendo notar que los resultados en los hombres de edad media, son más satisfactorios que en los menores de treinta años, correspondiendo un séptimo de recidivas para los primeros y un tercio para los últimos.

Métodos radicales

Los tratamientos quirúrgicos basados en la destrucción de la cavidad vaginal, para la curación del hidrocele, han sido conocidos en la antigüedad y por las peligrosas complicaciones que originaban, fueron abandonados, para reaparecer hace unos veinte años, introducidos por Volkman en la practica corriente de la cura de esta afección, obteniendo con la ayuda de la asepsia y antisepsia, la sanción general que merecen los tratamientos que obran directamente, sobre las causas origen de la enfermedad.

La atrofia de los órganos espermáticos, es una de las objeciones teóricas que los impugnadores de la intervención radical han querido hacer valer en su favor; pero, esta observación ha sido salvada de una manera que no deja ninguna duda al respecto, en los experimentos hechos por Reclus, Perret y Alessandri.—Perret, discípulo de Roux, emprendió en el laboratorio de Herzen, una serie de experimentos sobre cuatro conejos y tres perros, para lo cual les resecó un ancho segmento de la túnica vaginal, frotando la restante con una solución de bicloruro de mercurio al 1 por mil.

Tres meses más tarde, colocó los animales

operados en relación con hembras, de las cuales sólo las perras no se preñaron, debido quizás, como lo hace notar Perret, á la edad avanzada de los perros. Cinco meses después de la operación, se practicó la castración de los animales que sobrevivieron,—tres conejos y un perro,—notándose gran cantidad de espermatozoides vivos en todos los testículos, lo que demostraba la completa integridad de los órganos.

La relación de estos experimentos van acompañados con el resultado de ochenta y cinco operados, llegando á la conclusión siguiente: «Hemos notado en la mayor parte de nuestros operados un apetito genital normal, algunos se casaron á su salida del hospital y han sido padres.»

Las resecciones totales de la vaginal, practicadas por Alessandri, demuestran la existencia de un revestimiento epiteleal, que impide la formación de adherencias á las túnicas escrotales, dejando libre al testículo, en la nueva cavidad que lo encierra, y Reclus, en dos casos recidivados consecutivos al tratamiento de Bergmann, ha encontrado una cavidad vaginal semejante á las normales, de la que consiguió retirar un líquido límpido, comprobando que se pueden resecar las túnicas vaginales, sin peligro para el funcionamiento regular de las glándulas, ni aún para su movilidad.

Los experimentos de Roux, en el año de 1888, sobre once casos en los cuales toda la la cavidad vaginal, á consecuencia de una fusión completa de las superficies espesadas y esclerosadas habían desaparecido hasta el punto que para separarlas del testículo fué necesario esculpirlas de su ganga fibrosa, se comprobó en ocho casos, la presencia de espermatozoides, no sucediendo lo mismo en los tres restantes debido á lesiones del epididimo, lo que demuestra lo insostenible del argumento de Gosselin puesto que como se ve, la destrucción de la cavidad vaginal consecutiva á adherencias, no obstaculiza en manera alguna á la espermatogenesis.

Comprobada la inocuidad de los métodos que tienen por objeto hacer desaparecer parcial ó totalmente la cavidad vaginal, vamos á describirlos para terminar enumerando las razones que obligan á los cirujanos á practicarlos.

Incisión y resección parcial (método de Julliard)

Se practica en este método sobre la cara ántero-externa del escroto, una larga incisión que divide la piel, tejido celular, túnica muscular y fibrosa hasta llegar á la serosa, que á su vez incinde dando salida á la totalidad del líquido. Se extrae el testículo fuera de a cavidad vaginal para someter sus superfi-

cies á un examen prolijo y reducirlo después de nuevo en su cavidad. Se reseca luego una gran parte de la serosa, dejando tan sólo la cantidad requerida para envolver al órgano. Se suturan entre sí los labios de la herida de la túnica vaginal con puntos separados de catgut y se concluye en un plano, la unión de las paredes escrotales.

Este proceder ha sufrido algunas modificaciones por Augagneur, Nicaise, Scarenzio y Gambardella: Augagneur, hace una incisión de la vaginal limitada por la sección de la piel, drenando la cavidad y estableciendo un capitonaje de la serosa por medio de hilos metálicos. Nicaise, separa con cuidado la túnica fibrosa, resecando con precaución tan sólo la serosa para evitar desgarraduras en los vasos, modificación que le permite llevar á cabo su operación sin pérdida de de sangre. Scarenzio, hace una pequeña sección de los tegumentos, punciona la vaginal y á medida que sale el líquido, atrae la serosa para hacer un pedículo, que reseca. Termina la operación sin explorar la cavidad ni los órganos espermáticos. Gambardella, se limita á levantar de cada lado y á tres centímetros de distancia de la incisión cutánea, un pliegue que mantiene con puntos separados de crin ajustados sobre rodillos de gasa ó algodón, modificación que tiene por

objeto evitar la tumefacción del escroto que se produce por el derrame sero-sanguíneo.

En este método y sus modificaciones se retiran los puntos á los ocho días, tiempo suficiente, por lo general, para la curación definitiva.

Wendhing, en 457 operados asigna á este método uno por ciento de recidivas, como consta en sus estadísticas.

Incisión y resección total (método de Bergmann)

Las recidivas que se observan en el procedimiento anterior, han inducido para evitarlas á este nuevo método, que tiene por objeto suprimir totalmente la cavidad vaginal, resecando completamente la túnica que la constituye. Esta operación, se termina suturando la túnica fibrosa alrededor del testículo, formando de este modo una nueva cavidad, que se llena con gasa para drenarla.

Aparte de los inconvenientes que puede presentar la no observancia de las prescripciones antisépticas, la práctica de este método encierra algunos peligros, tales como las secciones del epidídimo y las hemorragias secundarias, producidas á consecuencias de la resección de la hoja vaginal, que si bien en la mayoría de los casos son de poca importancia, otras veces, han obligado al cirujano á intervenir nuevamente para cohibirlas. Por

otra parte, las adherencias que unen el testículo á la nueva cavidad, van desapareciendo hasta dejar á este órgano su movilidad completa.

Incisión é inversión de la vaginal ó método de Doyen

La inversión total sin resección de la vaginal ideada y practicada por Doyen, 1895, fué inmediatamente repetida por un sinnúmero de cirujanos alemanes, italianos y norteamericanos, los que introdujeron variantes en detalles, que en nada modifican la parte fundamental de la operación. Se practicó entre nosotros por primera vez por el Dr. Posada, quien dados los brillantes resultados obtenidos en todos los casos por él tratados, lo han decidido á preferirlo entre todos los métodos conocidos.

Trataremos, para la descripción de este procedimiento, de seguir en lo posible la conferencia práctica dada por este distinguido cirujano. Previa antisepsia del campo operatorio, se hace la anestesia de la región mediante una solución de cocaína al 1 %. Este tiempo preliminar de la operación, es objeto de un cuidado especial á fin de poder practicarla sin el menor dolor de parte del enfermo que, á lo sumo en los casos que hemos observado, sólo han manifestado en el

momento en que se les invierte la serosa, una sensación de tironeamiento vago.

Se comienza por anestesiar con cloruro de etilo la parte donde primero va á penetrar la aguja, la que se introduce en el dermis empujando enseguida suavemente el pistón para hacer penetrar simultaneamente la solución de cocaina, hasta que aparezca una tumefacción blanca de la piel. Se retira entonces la aguja para introducirla de nuevo en los bordes de esta hinchazón (parte anestesiada) y asi sucesivamente hasta llenar con un surco analgésico toda la extensión de piel que va á ser incindida, bastando tres ó cuatro centímetros cúbicos de la solución, para conseguir su completa anestesia.—Se inyecta en seguida, uno ó dos centímetros cúbicos (de la misma solución), para la anestesia del dartos y las túnicas fibrosas, dándose principio á la operación después de una espera de cinco minutos.

Sobre la parte insensibilizada en la cara anterosuperior del escroto se practica una larga incisión dividiendo la piel, dartos y túnica fibrosa hasta la vaginal escluxive, que antes de ser seccionada se anestesia con una ó más inyecciones de la solución de cocaina. Se practica entonces un ojal en esta túnica, lo que permite la evacuación total del líquido. Se extrae el testículo para el examen de las lesiones macroscópicas—pequeños quistes—

núcleos fibro cartilaginoso, etc., — que pudiera presentar, retirando los exudados colocados frecuentemente en los fondos de saco epididimarios y haciendo incisiones exploradoras de estos órganos, si se sospechan lesiones profundas.

Practicado este examen *se da vuelta* la vaginal hacia arriba envolviendo al cordón, que una sutura en jareta de catgut, hecha en el ojal de la vaginal, sirve para ceñirlo suavemente, dejando el espacio necesario para no comprimirlo.

El testículo privado de su serosa parietal, es introducido en la bolsa escrotal cuya túnica fibrosa reemplazará ahora á la serosa vaginal. Se hace la sutura del escroto en un solo plano, con puntos separados de crin de Florencia y se retiran á los ocho días época en que el enfermo puede ser dado de alta. Como observamos, esta operación se practica sin *cloroformo* y sin los peligros que presenta la resección total, — heridas del epidídimo, hemorragias secundarias, etc.,—y que los resultados de Doyen, Jaboulay, Parona, Legueu, Vautrin, Storp, Bérard, Barral, Delore y Posada, demuestran que su ejecución ha coronado con el mejor de los éxitos, los *resultados inmediatos y alejados* de la inversión vaginal.

Las ventajas que presentan todos estos métodos radicales con relación á la punción

é inyección iodada, son desde todo punto de vista indiscutibles, puesto que solamente con ellos nos podemos dar cuenta exacta de las lesiones existentes que, confirmando la aserción de Trelat, la anatomía patológica de las vaginalitis nos enseña que siempre son sintomáticos de una causa pequeña, poco grave ó de relativa importancia; presentándonos al mismo tiempo, la oportunidad de poder obrar directamente sobre estas mismas causas.

Sobre 129 observaciones de cura radical, Wendling señala 57 quistes del epidídimo y 72 espesamientos de la vaginal con excrescencias, placas fibrosas, cartaliginosas y calcáreas, dispuestas sobre la serosa y la túnica albuginea, que no hubieran podido ser descubiertas, sinó mediante los procedimientos de la cura radical.

En la tuberculosis de los órganos espermáticos, no podrá jamás la palpación de estos órganos, hecha después de una punción con evacuación completa del líquido, darnos los datos que podemos obtener con la inspección ocular, como se ve á diario y pudimos comprobar en un caso muy reciente, que palmariamente demostró las ventajas de los métodos quirúrgicos radicales.

Se trataba de un enfermo afectado desde hacía unos tres años de un voluminoso hidrocele, que había sido sometido á tres pun-

ciones con inyección de tintura de iodo, cuyos resultados negativos lo obligaron á reclamar á otro cirujano la cura de su afección. Previo un examen minucioso, se diagnosticó hidrocele sintomático de una epidídimitis blenorrágica anterior, por lo que se le propuso una cura radical, operación que permitió descubrir lesiones tuberculosas del epidídimo (caseificación) y el testículo cuajado de tubérculos crudos, que un examen clínico prolijo, no había sido capaz de revelar complicaciones tan graves. La importancia de la afección encontrada, obligaron al cirujano á proceder á la operación más radical, practicando la extracción completa de todos los órganos afectados.

Lejars cita observaciones muy interesantes de hidrocele en que solo la intervención radical le permitió obrar directamente sobre las causas productoras, añadiendo una estadística de lesiones encontradas en diez casos operados por este método. Anota en su obra cinco casos de vaginalitis crónica—espesamiento de la serosa, placas fibrosas, cartilaginosas, nódulos redondeados, fibrosos y quísticos—dos, de albuginitis crónica, caracterizada por la induración, aspecto granuloso é irregular de la túnica fibrosa del testículo, uno, de cuerpo extraño, uno, de tuberculosis incipiente del testículo y otro, donde la observación macroscópica no señaló lesión apreciable alguna; ob-

servaciones que lo obligan á declararse partidario absoluto de estos métodos, que ponen al cirujano en condiciones de descubrir la lesión causal del derrame, suprimiéndola al mismo tiempo.

Examinando todos los métodos radicales y comparándolos entre sí, observamos que la *inversión de la vaginal* goza de todas las ventajas de los demás métodos, sin participar de ninguno de sus inconvenientes, razón por la cual, la sostendremos como método de elección por ser su ejecución radical, fácil y sin peligros.

Pablo B. Oscamou.

Proposiciones accesorias

I. La inversión vaginal es el tratamiento de *elección* para la cura radical del hidrocele.

II. Toda herida del abdómen que se sospeche penetrante, debe tratarse *inmediatamente* por la laparotomia amplia.

III. En la cura radical de las hernias, el mejor procedimiento es aproximar los pilares del anillo sin incindir el conducto.

Julio 30 de 1900.

Nómbrase á los señores: académico Dr. Luis Güemes, profesor titular Dr. Federico Texo y profesor suplente Dr. Pedro Benedit para que constituídos en comisión se sirvan dictaminar respecto á la admisibilidad de esta Tesis.

J. T. BACA.
Luis M. Acuña.

Agosto 4 de 1900.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Pablo B. Oscamou:

« En el local de la Facultad, á 4 de Agosto de « 1900, reunidos los que subscriben encargados de « dictaminar respecto de la admisibilidad de la Te- « sis del ex-alumno señor Pablo B. Oscamou que « versa sobre *Hidrocele y sus tratamientos*, resol- « vieron admitirla.—Con lo que terminó el acto. » — (Firmados:)—*Luis Güemes — Federico Texo—Pedro Benedit—Zenón Aguilar,* secretario.

LUIS M. ACUÑA.

Agosto 6 de 1900.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. BACA.
Luis M. Acuña.

BIBLIOGRAFÍA

CULLEN—Medicine practique.

GURTS—Historia de la cirujía.

DECHAMBRE—Dictionaire des Sciencies Medicales.

LEGUEU—Semaine Medicale, 1899.

GOSSELIN—Medecine practique.

LEJARS - Chirurgie.

DUPLAY ET RECLUS—Traité de Chirurgie, 1897.

SAPPEY—Anatomie Descriptive.

TESTUT—Traité d'Anatomie.

GILIS - Precis D'Embriologie.

MONOD ET TERRILLON—Maladies du Testicule

DESMAROUX—Gazette des Hopitaux.

ROUBAUD—Traité de l'impuissance et de la sterilité.

GOSSELIN—Clinique Chirurgique.

LE DENTU y DELBET—Traité de Chirurgie, 1900.

PARONA—Gazzetta degli ospedale e delle cliniche, 1897.

ALESSANDRI — Sull' ablazione della vaginale del Testicolo (Congr. Societa Ital. de Chirurgia), 1895.

ALESSANDRI—Policlinico, 1897.

PAUL RECLUS—Clinique Chirurgique de la Pitié, 1894.

F. KOENING—Pathologie Chirurgicale.

A. F. LLOBET—Lecciones de Clínica Quirúrgica, 1899.