Año 1910 N.º 2179

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ECTOPÍA PERINEAL DEL TESTÍCULO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

BARTOLOMÉ DANERI

BUENOS AIRES

IMP. LIB. Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA

TACUARÍ 359

1910

ECTOPÍA PERINEAL DEL TESTÍCULO

Año 1910 N.º 2179

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ECTOPÍA PERINEAL

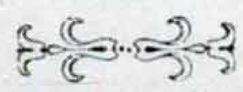
DEL TESTÍCULO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

BARTOLOMÉ DANERI



BUENOS AIRES
IMP. LIB. Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA
TACUARÍ 359
1910

Art. 162 del Reglamento de la Facultad. — La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicepresidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Académicos

1. Dr. D. José T. Baca
2. — Rafael Herrera Vegas
3. — Jacob de Tezanos Pinto
4. — Eufemio Uballes
5. — Pe ro N. Arata
6. — Roberto Wernicke
7. — Pedro Lagleyze
8. — José Penna
9. — Luis Guemes
10. — Eliseo Cantón
11. — Enrique Bazterrica
12. — Antonio C. Gandolfo
13. — José M. Ramos Mejía
14. — Enrique del Arca
15. — Daniel J. Cranwell
16. — Horacio G. Piñero
17. — Juan A. Boeri
18. — Ángel Gallardo
19. — Carlos Malbrán
20. — M. Herrera Vegas
21. — Ángel M. Centeno

Secretario Académico

Dr. D. Daniel J. Cranwell

Académicos Honorarios

1. Dr. D. Eduardo Wilde
2. — Martín Spuch
3. — Telémaco Susini
4. — Emilio R. Coni
5. — Olhinto de Magalhaes

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vicedecano

Dr. D. Enrique Bazterrica

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
— Luis Guemes
— Enrique Bazterrica
— Antonio C. Gandolfo
— José M. Ramos Mejía
— Baldomero Sommer
— G. Aráoz Alfaro
— José R. Semprún
— Abel Ayerza
— Eufemio Uballes *(con lic.)*
— Francisco Sicardi *(con lic.)*
— Telémaco Susini
— Nicasio Etchepareborda
— Eduardo Obejero
— Juvencio Z. Arce *(con lic.)*
— Juan A. Boeri (suplente)

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo)
— Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología médica	Dr. Pedro Lacavera
Física médica	» Alfredo Lanari
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figueroa
— descriptiva	» José Arce *(en ejercicio)*
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce *(con lic.)*
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia médica y terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Leandro Valle
Clínica ginecológica	» Enrique Bazterrica
— otorinolaringológica	» Eduardo Obejero
— dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
— epidemiológica	» José Penna
— quirúrgica	» Pascual Palma
— neurológica	» José M. Ramos Mejía
— médica	» Luis Güemes
— médica	» Francisco A. Sicardi *(lic.)*
— oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
— médica	» Ignacio Allende
— obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica pediátrica	» Ángel M. Centeno
— médica	» Abel Ayerza
— génitourinarias	» Pedro Benedit
— psiquiátrica	» Domingo Cabred
— quirúrgica	» Diógenes Decoud
— obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
Juan R. Fernández

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedrát. extraordinarios
Física médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía patológica	» José Badía
Clínica ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
— médica	» Patricio Fleming
— oftalmológica	» Teófilo A. Moret
— quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutiérrez
— dermatológica y sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
— neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprún
— psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
— pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina legal	» Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Zoología médica	Dr. D. J. Greenway
Física médica	Vacante
Botánica médica	» Rodolfo Enríquez
Histología	» Julio G. Fernández
Bacteriología	» Juan Carlos Delfino
	» Leopoldo Uriarte
	» Alois Bachmann
Higiene médica	» Felipe Justo
Anatomía topográfica	» Roberto Solé
	» Carlos R. Cirio
Clínica ginecológica	» Jaime Salvador
— otorinolaringológica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson
	» Ricardo S. Gómez
Medicina operatoria	» Pedro Chutro
Patología interna	» Ricardo Colón
	» Pedro Labaqui
Clínica oftalmológica	» Enrique Demaría
— quirúrgica	» Francisco Llobet
	» Marcelo Viñas
	» Marcelino Herrera Vegas
	» José Arce
— neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina legal	» Pedro Barbieri
Clínica médica	» Luis Agote
	» David Speroni
	» Juan J. Vitón
— obstétrica	» Enrique A. Pardo
	» Enrique Zárate
	» Arturo Enríquez
	» Alberto Peralta Ramos
	» Faustino J. Trongé
— pediátrica	» Manuel A. Santas
	» Mamerto Acuña
	» Jenaro Sisto
— génitourinaria	» Bernardino Maraini
	» Joaquín Nin Posadas
— psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; anatomía, fisiología comparada	Dr. Ángel Gallardo
Botánica y mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
— orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Ricardo A. Schatz

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Domínguez

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica .	Dr. Fanor Velarde

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica. Parto distócico y clínica obstétrica..	Dr. Miguel Z. O'Farrell » Ubaldo Fernández » J. C. Llames Massini

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, fisiología, patología.....	Dr. León Pereyra
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	» N. Etchepareborda

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Anatomía, fisiología, patología.....	
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	Dr. R. Erauzquin

PADRINO DE TESIS:

CONSEJERO DOCTOR N. ETCHEPAREBORDA

Á MIS QUERIDOS PADRES

Á MIS HERMANOS

AL DOCTOR NICASIO ETCHEPAREBORDA

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Antes de dar comienzo á este trabajo, séame permitido tributar al doctor ENRIQUE FINOCHIETTO el homenaje más sentido de mi agradecimiento; me ha sugerido el tema y me ha prestado su concurso inestimable.

Á los doctores MARCELINO HERRERA VEGAS y JOSÉ M. JORGE (hijo), que han tenido la gentileza de facilitarme una observación clínica, mi reconocimiento.

Á los doctores GÜEMES, ARÁOZ ALFARO, ALLENDE y SEÑORANS mi sincero afecto; me prodigaron consejos y enseñanzas.

Al doctor NICASIO ETCHEPAREBORDA, que desde el comienzo de mi carrera guió mis pasos con afectos de padre y amigo, mi agradecimiento.

CAPÍTULO PRIMERO

Historia

Á COOPER y BRAMAR atribuyen los autores el mérito de haber estudiado los casos más antiguos, pero en realidad quien hizo mención del primer caso fué JOHN HUNTER en el año 1786.

Luego la casualidad quiso que RICARD encontrara otros dos casos: al uno se le operaba una epididimitis de origen blenorrágico; al otro de cowperitis, siendo sorprendido por la presencia de los testículos en el periné.

LEDWICH publicó un caso semejante, y VIDAL DE CASSIS observó otros dos, de los cuales hace mención en su tratado de Patología externa.

Luego KOCK, de Munich, con relativo éxito, fué el primero en colocar el testículo ectopiado en su bolsa normal.

CHELIUS, en su tratado de Cirugía, aparecido en el año 1836, indica como condición para el tratamiento, la extensión suficiente del cordón á fin de que el órgano pueda ser llevado á su situación normal.

LECOMPTE, en 1851, y más tarde ADAMS, refieren casos idénticos; este último, aconsejado por CÜRLING, operó un niño de once meses con ectopía perineal del testículo, el cual falleció de peritonitis después de la operación.

CÜRLING, en 1857, dice haber visto nueve casos, y á ellos se refiere en su tratado de «Maladies du testicule», perteneciéndole la teoría que atribuye estos casos á una anomalía ó ausencia del fascículo medio del gubernáculum testis, al mismo tiempo que GODART, en un interesante estudio hecho sobre los monorquideos y criptorquideos, relata dos nuevos casos: el uno es una ectopía perineal consecutiva á la compresión de un vendaje, siendo el otro sujeto de un ectópico cruro-escrotal, que no hago sino mencionar por tener sólo un interés histórico.

SANDS, ZUEIS, PARTRIDGE, BUSCH, FORSTER, VON AMMON, SZYMANOWSKY, BRYANT, HILL, STOCKES, BAER, WAGSTAFFE, ENGLISCH, OWEN, MÜLLER, refieren observaciones de índole idéntica; pero quien en realidad vino á cambiar la faz de la cuestión fué ANNANDALE el año 1879, el que obtuvo todo un éxito en su intervención.

La operación de ANNANDALE consistió en trans-

portar el testículo desde el periné al escroto, al cual era mantenido fijo por varios puntos.

MAX SCHULLER y NICOLADONI tuvieron también sus éxitos en Alemania, siendo el primero de éstos quien aconsejó la intervención cruenta.

No conforme MAX SCHULLER con la fijación del testículo al escroto, opinaba que era necesario obliterar el proceso peritoneovaginal y anular la acción que el cremaster ejerce sobre el testículo.

MARSCHALL en 1883, y HORSLEY y ECCLES, vieron sus intervenciones coronadas por el éxito, sucediéndole otro tanto á LUCAS CHAMPIONNIÈRE, quien por primera vez en Francia, en 1887, aplicó el procedimiento operatorio precedentemente aconsejado.

TUFFIER, sin pretender desechar en absoluto la intervención sangrienta, se manifestó más bien en contra de estas ideas, afirmando que por simples maniobras externas podian pasar los testículos á ocupar su lugar en las bolsas, donde serían allí fijados, designando á esta operación con el nombre de celorrafia.

Estas opiniones tan diferentes suscitaron una acalorada discusión en la Sociedad de Cirugía de París el año 1889, en la que tomaron parte MONOD, LUCAS CHAMPIONNIÈRE, SCHWARTZ, JALAGUIER, QUENU, RECLUS, TRÉLAT, TERRILLON, KIRMISSON, etc., etc.

Es digna de mención la obra de MONOD y TERRILLON, aparecida en 1889, la cual es necesario

consultar frecuentemente en el curso de este trabajo, pues sobre una estadística de mil ectópicos trae treinta ectopias perineales.

Agreguemos á lo dicho nuevos casos publicados por LOCKWOOD, BROW, MARTIN, POLLARD, HEATON y WEINNIBERGER, más otras observaciones personales de SHARP en 1903, GIBBON en 1903, STEINMANN en 1904, VENOT y RABERE en 1906, VAN NIENWENTNYSE en 1903, KLEIN en 1906, dos monografías de TEDENOT y PEYROT y SOULINGOUX, aparecidas con motivo de dos congresos de cirugía de Francia, observaciones y algunos trabajos recientes de ODIERNE DUCHESNE, BESANÇON, BERNUIS, que, unidos á los dos casos que son el objeto del presente trabajo, dan un total de ochenta y tres casos.

CAPÍTULO SEGUNDO

Nociones generales de embriología

Es recién al final de la vida intrauterina que el testículo, merced á una serie de evoluciones y etapas sucesivas, pasa á ocupar su posición normal en las bolsas.

Al lado y por dentro del cuerpo de Wolff surgen primitivamente las glándulas genitales.

Al aparecer el cuerpo de Wolff, ó riñón primitivo, levanta el peritoneo que lo cubre, formándole este último un meso, que prolongándose hacia arriba y abajo, por dos grandes pliegues, constituye los ligamentos del cuerpo de Wolff (KOLLIKER).

El repliegue superior ó diafragmático no tiene interés para nosotros, mientras que el inferior ó inguinal nos importa conocer, por ser éste el que se engruesa y sufre una verdadera transformación,

convirtiéndose en un poderoso ligamento denominado por HUNTER gubernáculum testis.

Á medida que el testículo avanza en crecimiento, el cuerpo de Wolff se atrofia, de modo que el gubernáculum testis, que antes se insertaba en el riñón primitivo, pasa ahora á tomar ubicación en el polo inferior del testículo, siendo reforzado por un fuerte manojo de fibras conjuntivas que les son suministradas por los músculos oblicuos.

Insertado en el extremo inferior del testículo, el gubernáculum testis viene á terminarse su extremidad inferior en lo que ulteriormente constituirá el anillo inguinal profundo.

En este último punto el peritoneo se deprime lentamente en forma de dedo de guante hasta el escroto (processus vaginal), atrayendo consigo al gubernáculum y, por consiguiente, al testículo. Como se ve, el processus vaginal, llamado también conducto peritoneovaginal, se origina antes que tenga lugar el descenso del testículo. Atraída de este modo por el gubernáculum, la glándula seminal abandona, hacia el tercer mes, la región en que se ha originado; recorre, poco á poco, la fosa ilíaca y llega al anillo inguinal profundo hacia el sexto mes. Á partir de este momento, entra en el conducto inguinal, al cual lo recorre lentamente para llegar al escroto recién al fin de la vida fetal.

Las diferentes etapas de la migración de la glándula en el hombre, parecen estar en relación

con otras tantas etapas en la evolución del aparato sexual de ciertos mamíferos, siendo posible hallar sus testículos en una ú otra de estas posiciones.

Efectivamente, de un modo general, y salvo raras excepciones, los mamíferos que tienen sus testículos situados en el abdomen, pertenecen á los grupos inferiores; de una organización más elevada, los roedores é insectívoros tienen sus testículos inguinales, y, por último, poseen un verdadero escroto los primatos y carnívoros.

Respecto del mecanismo cómo se efectúa el descenso de los testículos, es cuestión de controversias. Siguiéndolo á TESTUT, diremos que depende de las desiguales relaciones de crecimiento de las partes.

Para su fácil comprensión, dividiremos el descenso en tres tiempos capitales:

1.° Descenso desde la región lumbar hasta el anillo inguinal.

2.° Trayecto del conducto inguinal.

3.° Descenso dentro del escroto.

Así el descenso del testículo hasta el anillo inguinal se explica por el crecimiento de la región lumbar y la presencia del gubernáculum que, sosteniendo á la glándula fija, sufre un pequeño acortamiento comparable á la retracción cicatricial del tejido conjuntivo (MECKEL).

Si agregamos á este hecho: 1.°, que el proceso vaginal se hace cada vez más largo, es decir, que

se acerca más á las bolsas; 2.º, que el gubernáculum está siempre en relación con el fondo del proceso; es fácil concebir que cuando el proceso vaginal ha alcanzado al fondo del escroto, el gubernáculum también se encuentra en este sitio arrastrando consigo al testículo.

Resumiendo, tenemos que los testículos ocupan sucesivamente en su descenso cuatro regiones diferentes, que son: 1.ª, lumbar; 2.ª, ilíaca; 3.ª, inguinal; 4.ª, escrotal.

Si por cualquier razón quedaran detenidos en este movimiento de descenso, quedaría constituída la ectopía.

La ectopía sería lumbar, ilíaca ó inguinal, según se detenga la glándula en una de estas tres regiones, siendo la inguinal la más frecuente (60 %).

Además de las ectopías que acabo de mencionar, llamadas también ectopías regulares, encontramos también las ectopías irregulares, caracterizadas por una desviación en el trayecto normal de la glándula, que según se aloje bajo la pared abdominal se llamará ectopía abdominal; ectopía crural si debajo de la piel del muslo, y perineal si bajo la piel del periné.

Sólo de esta última variedad me ocuparé en los capítulos subsiguientes de este trabajo.

CAPÍTULO TERCERO

Etiología y patogenia

La causa de la ectopía perineal no puede ser única, y como muy bien lo hace notar PIERRE SEBILEAU, debemos explicar estas formas de emigración aberrante de dos maneras diferentes, ya sea que se la considere como un tipo desviado de la emigración normal, ó bien admitir una anomalía en la inserción del gubernáculum testis.

Haré notar, de paso, que la mayoría de las opiniones que apoyan esta manera de pensar están basadas, salvo algunas excepciones, más que en hechos positivos, en simples hipótesis más ó menos admisibles.

Sin embargo, haré mención de todas las teorías conocidas y aceptadas hasta el presente, sin que las unas impidan pasar por alto todas las demás.

1.ª Se ha señalado como causa de ectopía pe-

rineal, y éste es el caso de Godart, á la aplicación intempestiva de un vendaje herniario. Es frecuente tomar por una hernia, el tumor formado en la ingle por una ectopía inguinal del testículo, y en consecuencia aplicar el tratamiento de la hernia, que consiste en un vendaje compresivo ó la colocación de un braguero, que no hacen sino rechazar el testículo más hacia el interior del abdomen, ó cuando menos provocar adherencias á las paredes del canal peritoneovaginal, retardando la emigración normal, la cual se hace más tarde completamente imposible, á más de fijar indefinidamente el testículo en una posición viciosa.

Esto no es todo, pues no se detiene ahí la acción nociva del vendaje; la compresión que ejerce sobre el testículo obliga comúnmente á éste, en el momento en que abandona el canal inguinal, á cambiar de dirección, pues cerrándole el camino que lo conduciría al escroto, obliga á la glándula genital á insinuarse bajo la piel hacia la región abdominal y perineal, rara vez hacia la región crural.

No obstante, suele suceder (en los casos más felices) que la presión del vendaje al comprimir el testículo provoque fuertes dolores que no pueden ser soportados por el paciente, quien, para librarse de ellos, se quita el vendaje. Entonces no es raro ver establecerse nuevamente el descenso normal del testículo en el interior de las bolsas.

Pero, desgraciadamente, lo común es observar

cómo la pretendida hernia es reducida, constituyéndose así, en la inmensa mayoría de los casos, las criptorquideas aberrantes, cuyo mecanismo trae á la memoria un caso que refiere MALGAIGNE.

Se trataba de un enfermo en el que el intestino salido del vientre por el canal inguinal se insinuó hacia el periné hasta las inmediaciones del ano, pues el escroto, que es el destinado á darle alojamiento, no existía apenas más que en estado rudimentario.

2.ª Los traumatismos que obran violentamente sobre la región genital son capaces también de arrastrar los testículos de las bolsas hacia el periné. Confirman esta idea varios casos, como por ejemplo: un enfermo de PARTRIDGE; que habiéndose golpeado violentamente sobre la delantera de una montura, tuvo una ectopía perineal definitiva del testículo; otro caso análogo de FAJOLE, que al examinar un soldado de caballería que había sufrido un accidente parecido, constató la presencia del testículo izquierdo en el periné, por delante del ano, sobre la línea media. Casos muy semejantes han sido relatados por CINTRAC, SCHWARTZ, SEVENKO, D. MOLLIÈRE y AUGAGNEUR, etcétera, etc.

3.ª Una posición viciosa del testículo al descender en el canal inguinal, ha sido también incriminada como causa de ectopía. Cítase en apoyo de esta teoría el caso de un niño observado por LEGENDRE, en el cual la glándula genital, dete-

nida al nivel del orificio abdominal del canal inguinal, estaba transversalmente colocada, dando paso únicamente al epididimo. La detención de la emigración en este caso pareció ser debida únicamente á la mala posición que el testículo había tomado.

4.ª El exceso de volumen del testículo que, impidiéndole franquear el canal inguinal, sería, según HUNTER, otra causa de ectopía. Pero este modo de pensar no es admitido por MONOD y TERRILLON, quienes hacen notar justamente que la atrofia de la glándula es la regla en todas las ectopías, por más que RETZIUS, según dice KOCHER, admite, sin embargo, que las dimensiones excepcionalmente grandes del epididimo, pueden ser un factor importante que ocasione la retención.

5.ª Los manojos fibrosos interpuestos entre la serosa y el cordón impiden igualmente el descenso del testículo.

6.ª El desarrollo rudimentario de las bolsas, la atrofia uni ó bilateral del escroto, es causa de ectopía. Lógicamente se supone que, no encontrando el testículo donde alojarse, siga una dirección desviada.

7.ª JALAGUIER ha encontrado en una de sus observaciones la obstrucción completa de las bolsas por una membrana fibrosa que impedía mecánicamente la ubicación conveniente del testículo en el escroto.

8.ª Por último, nos queda por explicar la génesis de la ectopía testicular, la teoría más discutida y que más controversias ha provocado. Esta es la teoría de Godart, que pone de relieve el gran rol que juega en este fenómeno el gubernáculum testis.

Como es un punto que aún está en tela de juicio, me parece bien insistir sobre él, consignando todas las opiniones que hasta el presente han sido más razonables.

Cürling, en su larga serie de investigaciones anatómicas é histológicas en embriones de diferentes edades, dice haber observado el trayecto de las fibras musculares, afirmando que se las puede seguir desde el anillo inguinal hasta llegar á ver el modo cómo terminan sus inserciones finales.

Si se abre con precaución el canal inguinal y se tracciona el gubernáculum suavemente hacia arriba, se ven tres manojos de fibras terminales que se comportan de la manera siguiente: el externo, que es el más ancho, se une al ligamento de Poupart en el canal inguinal; el mediano forma una bandeleta alargada que, escapándose por el anillo inguinal externo, desciende hasta el fondo del escroto, donde encuentra el dartos, al cual se une; el interno se dirige hacia adentro para ir á insertarse sólidamente al pubis y á la vaina muscular del gran recto.

Godart, adaptando á la interpretación de los hechos clínicos las ideas de Cürling sobre los tres

fascículos del gubernáculum, é ideando para cada uno de estos tres fascículos una fisiología separada, explica todos los casos de ectopía con una precisión matemática en la siguiente forma: el fascículo externo, que tiene por función llevar la glándula al canal inguinal, su ausencia provocaría la ectopía abdominal; el fascículo interno, encargado de conducir el testículo fuera del canal inguinal, su ausencia produciría la ectopía intrainguinal; y, por último, el fascículo medio, que debe conducir la glándula hacia el fondo del escroto, que es su punto de inserción, su parálisis ó su inserción anormal engendraría las ectopías aberrantes, como ser la ectopía perineal.

Dos casos de positivo valor han sido constatados por GODART en la autopsia; en uno se trataba de una ectopía cruroescrotal, en que el fascículo medio del gubernáculum, en lugar de ir á insertarse en las bolsas, como acontece normalmente, se insertaba en la raíz de la verga. El segundo caso era una ectopía perineal, en que el fascículo medio tomaba inserción fija en el periné.

Es de notar, además, que esta anomalía no hace sino producir una disposición que se observa, en estado normal, en ciertos animales.

Permanente en algunos (cerdo y gato), no es más que transitoria en otros; los testículos, habitualmente ocultos en el abdomen, no descienden bajo la piel del periné sino en la época que se despiertan los deseos genésicos.

Desgraciadamente, este admirable mecanismo de la emigración normal y anormal del testículo no son aceptados por SEBILEAU, quien sostiene que esta teoría es una simple comodidad para explicar la patología, afirmando que la división en manojos de fibras externas, internas y medianas es un simple artificio de disección. SEBILEAU sostiene haber demostrado que el gubernáculum testis es un cordón único, redondeado, aislado, absolutamente independiente, que penetra por entero, sin ninguna división fascicular, en el canal inguinal. Ahí se adhiere de una manera íntima á las fibras inferiores del pequeño oblicuo ó del transverso; de modo que cuando se ejerce sobre el testículo abdominal una tracción que le aproxime al diafragma, se provoca la formación de un cono inguinal que se introduce en el abdomen, semejando ser, lo que no es en manera alguna, la continuación de la cuerda gubernacular.

Respecto á lo que CÜRLING denominaba fascículo medio del gubernáculum, y que no es en realidad más que el segmento terminal del verdadero y único gubernáculo, SEBILEAU queda admirado cómo otros observadores han podido describirlo con tanto lujo de detalles, hasta el punto de señalar su terminación precisa en el fondo del escroto.

Afirma que hallándose el gubernáculum completamente confundido con el tejido celular circunvecino, le ha sido absolutamente imposible el

poderlo seguir y estudiar bien, á pesar de haber disecado gran cantidad de fetos humanos de todas las edades y fetos de animales bovideos y ovideos en abundancia, no arribando á ninguna conclusión definitiva. Dice haber visto en alguna de sus investigaciones las fibras del gubernáculo echarse de lleno en el escroto y perderse en la masa celular que llena la cavidad; pero en la mayoría no ha podido seguir los vestigios más allá de la pared abdominal. Algunos fascículos le han parecido que se insertan de un modo diferente, terminando unos en la facia transversalis y tendones aplanados que constituyen el armazón abdominal; otros en los planos óseos y fibrosos circunvecinos, y otros, por fin, en la cara profunda del dermis cutáneo de la región inguinal.

SEBILEAU cree explicar la génesis de las ectopías testiculares pensando más bien en el carácter comúnmente hereditario de esta anomalía, sin dejar de darle gran importancia á las emigraciones retardadas.

Se citan algunos casos favorables á esta opinión.

En el caso de GOSSELIN, referido por LECOMPTE, se trataba de un hombre que presentaba una detención congénita del testículo en el canal inguinal, anomalía que existía en su padre y que también se observaba en sus hijos.

Existen á más los casos de LOCHNER, GODART, HOUZELOT, RULAND, DE VIDAL, etc, etc., en que

padres é hijos habían sido víctimas de ectopía.

Tocante á las emigraciones retardadas del testículo, sostiene que son tan frecuentes, hasta el punto de afirmar que no es médico el que no ha visto varios ejemplos de esta clase.

Muchos niños nacen criptorquidos, y recién al finalizar el primer año terminan su emigración normal.

Son también comunes, aunque menos frecuentes, las emigraciones realmente tardías en que el descenso de la glándula se verifica antes de la pubertad, y aun mismo durante la pubertad, siendo excepcionales en la edad adulta.

De todas estas consideraciones, SEBILEAU deduce: que exceptuando algunas causas patológicas, como las adherencias peritoneales, las causas de ectopías deben ser catalogadas dentro de las enfermedades congénitas, no aceptando que tampoco dependan de disposiciones anatómicas anormales, dado el resultado de una larga serie de investigaciones.

CAPÍTULO CUARTO

Anatomía patológica

Al examen notamos la presencia del testículo en el periné, por fuera de una línea que, partiendo por detrás de la raíz de las bolsas, fuese al encuentro del orificio anal.

Esta situación del testículo, que puede variar según que franquee ó no la línea isquiopubiana del lado correspondiente, ha sugerido á BILTON POLLARD la idea de subdividir la variedad de ectopía perineal en dos nuevos tipos diferentes: la ectopía perineal verdadera y la ectopía escrotofemoral.

En la ectopía perineal verdadera el testículo está comprendido dentro de los límites de la región perineal, es decir, por detrás del escroto, delante del ano, á un lado del rafe mediano, guardando siempre éstas relaciones anatómicas.

En la variedad escrotofemoral el testículo desviado hacia afuera franquea los límites fijados por la región perineal para ir á alojarse en el pliegue génitocrural ó por fuera de él.

WENNIBERGER, en una publicación aparecida el año 1899, con una estadística de setenta y cuatro observaciones personales de ectopía perineal, llega á la conclusión que el 10 % pertenecen á la variedad escrotofemoral.

Tanto en una como en otra variedad, el testículo está superficialmente colocado en la napa de tejido celular subcutáneo, por debajo de la piel, á la cual no modifica en su estructura, sin presentar tampoco ninguna adherencia con ella. Su gran eje longitudinal se encuentra orientado en sentido anteroposterior, ligeramente oblicuo, de afuera hacia adentro.

De una movilidad variable, se desliza hacia las regiones limítrofes con una gran facilidad. Haciendo presión sobre él, se le puede llevar hasta el abdomen (caso de KOCHER), hasta el orificio inguinal (como en el caso de JALAGUIER), y aun hasta colocarlo nuevamente en las bolsas, como lo pudo observar LEDWICH.

Estas nuevas posiciones no son más que transitorias, porque abandonado el testículo á sí mismo, no tarda en recobrar nuevamente su posición viciosa.

La ectopía que nos ocupa es siempre, ó casi siempre, unilateral, á tal punto, que LE DENTU

hacía resaltar este carácter particular como un signo de gran valor. Sin embargo, CÜRLING, en su tratado de *Maladies du testicule*, refiere un caso de ectopía perineal doble observado por HUTCHINSON.

La disposición que afecta la bolsa del lado que falta la glándula es, desde luego, particular, y examinando se encuentra la ausencia ó la atrofia casi absoluta del escroto, falta de los pelos y pliegues transversales que normalmente existen en esa región, á la par que una asimetría bien marcada.

Respecto á la coincidencia ó no de hernia con ectopía, no es raro que coexistan estas dos afecciones. Cítanse en apoyo de esta idea algunos casos, como por ejemplo el caso de MALGAIGNE, anteriormentemencionado, el caso de RIZZOLI, de GOYRAND, etcétera, etc. No obstante estos ejemplos, la hernia en la ectopía testículoperineal es mucho más rara que en las demás variedades.

En lo que concierne al estado del cordón, es lógico suponer que será un cordón exageradamente largo, dada la posición baja y alejada del anillo inguinal externo, que ocupa el testículo en el periné.

Basado en la mayor ó menor longitud del cordón y en el obstáculo que puede ser éste para que el testículo ocupe su situación normal, LUCAS CHAMPIONNIÈRE ha clasificado las ectopías en dos variedades diferentes: las unas curables, fáciles de combatir por el masaje y las tracciones repe-

tidas del cordón; las otras rebeldes, que no ceden á este tratamiento, ni aún mismo á la operación cruenta.

Respecto al estado anatómico del testículo, era cuestión, hasta hace poco tiempo, de controversias que felizmente han terminado después de las ultimas investigaciones de MONOD, ARTHAUD, BESANÇON, FÉLIZET y BRANCA.

Empezando por GODART, quien sostenía que tanto el parenquima como los canalículos de la glándula no sufrían ninguna alteración en su estructura, salvo una pequeña disminución del volumen del testículo. Ocho observaciones anátomopatológicas referidas por CLOQUET, LOREY, BRIGHT, CÜRLING, BEYGEL, VALETTE, apoyaban esta opinión.

Más tarde, FOLLIN y GOUBAUX llegaban á conclusiones diametralmente opuestas, afirmando que el testiculo ectópico se encontraba en un grado muy avanzado de atrofia, al mismo tiempo que su parenquima era asiento de una transformación fibrograsosa que destruía los elementos característicos del órgano.

Esta diferencia de opiniones dió lugar á frecuentes discusiones, hasta que últimamente FÉLIZET y BRANCA dieron el fallo definitivo. Según BRANCA y FÉLIZET, el testículo ectópico no presenta ninguna modificación importante en los niños menores de quince años, no obstante la existencia de algunas lesiones intersticiales, sobre todo

en la albuginea, cuerpo de Higmoro, en la periferia del lóbulo, entre los tubos seminíferos; además, el tejido conjuntivo, sumamente abundante, se encuentra en diferentes estados de desarrollo.

En la pubertad y en el adulto las cosas cambian y las lesiones son verdaderamente parenquimatosas, las células epiteliales se cargan de granulaciones y sufren la degeneración grasosa; el epitelio desaparece totalmente; los tubos seminíferos sufren una transformación fibrosa á medida que el desarrollo conjuntivo se acentúa.

Estos dos órdenes de lesiones son considerados por MONOD y TERRILLON como dos etapas diferentes de un proceso único, pudiéndose deducir cómo el testículo ectópico, primitivamente sano (según los había visto GODART), salvo una sensible diminución de volumen, sufre poco á poco, á causa de los progresos de la edad, una atrofia lenta, gradual y progresiva.

Para terminar este capítulo, diré que la secreción espermática en todos los criptorquideos es fisiológicamente estéril; experiencias hechas en animales confirman esta opinión.

Respecto de la incapacidad fecundante, todos los autores se han mantenido dentro del más perfecto acuerdo.

BLAND SUTTON, en un trabajo reciente, llega á las mismas conclusiones. De todos los testículos por él examinados, sólo uno era susceptible de espermatogénesis. El autor va más lejos aún en

sus conclusiones y piensa que la alteración de la glándula es primitiva, es decir, es la causa de la ectopía.

Haremos notar que estas investigaciones se han llevado á cabo en testículos no descendidos, es decir, en otras variedades de ectopías, faltando observaciones similares en la variedad que nos ocupa; sin embargo, la atrofia total de la glándula se nota igualmente en los testículos del periné y es muy probable que ella corresponda á alteraciones microscópicas similares.

Junto con las variaciones de posición de la glándula que constituye la característica de la deformidad, se encuentran á menudo las diferentes variedades de orientación anormal de la misma.

La atrofia del epididimo es casi siempre muy manifiesta, y su meso adquiere á menudo un desarrollo anormal.

CAPÍTULO QUINTO

Sintomatología

Síntomas locales. — A la inspección de la región genital, lo primero que nos llama la atención es la desigualdad de los dos lados del escroto.

El correspondiente al testículo ausente está mucho menos desarrollado que el otro, mucho más pequeño, encogido, desprovisto de pelos, mejor dicho, en estado rudimentario. El rafe mediano se encuentra desviado lateralmente, dando á la región un aspecto asimétrico, mucho más marcado en el adulto que en el niño.

Esta asimetría escrotal puede ser solamente temporaria, cuando la emigración de la glándula se efectúa tardíamente.

La palpación nos confirma la ausencia de la glándula en la mitad correspondiente del escroto.

Un dato que jamás hay que olvidar es la unilateralidad de esta anomalia, á tal punto, que LE DENTU lo anota entre uno de sus caracteres más salientes.

El testículo en ectopía perineal no puede pasar desapercibido, dado que se encuentra superficialmente dispuesto por debajo de la piel en pleno tejido celular subcutáneo, donde se le puede apreciar en todos sus detalles.

Frecuentemente situado al lado, y un poco por delante del ano, por dentro de la rama ascendente del isquión, puede también franquear los límites de esta región para ir á alojarse en el pliegue génitocrural ó por fuera de él.

Sea cual fuere la situación que ocupe, el testículo ectópico se presenta habitualmente bajo la forma de un tumor pequeño, ovoidal, de consistencia firme, comúnmente doloroso á la presión.

Este tumor puede ser, ó bien muy fijo, como suele observarse en los adultos, ó al contrario, muy móvil, como en la mayoría de los niños. En estos casos desaparece en el decúbito dorsal para reaparecer en la estación de pie ó durante los gritos ó esfuerzos.

Síntomas generales. — Muy á menudo suele suceder que la ectopía testicular, hasta la época de la pubertad no se acompañe de ningún trastorno, y pueda pasar absolutamente desapercibida.

Estos enfermos acusan, cuando mucho, como única molestia un dolor leve y pasajero que so-

breviene durante los esfuerzos, marchas prolongadas ó al realizar el coito. Esto es todo, no produciéndose otro malestar durante todo el resto de la vida.

Otras veces, al contrario, aunque más raramente, los sufrimientos adquieren una brusca intensidad. Sobrevienen verdaderas crisis neurálgicas que se producen espontáneamente y á cortos intervalos, á tal punto, que los mismos enfermos solicitan se les practique la castración.

Por último, en circunstancias diferentes, la brusquedad del cortejo sintomático da á la escena un tinte sombrío.

De repente, y en plena salud, estallan en los individuos, afectos de ectopía, accidentes que recuerdan por su forma y gravedad un verdadero estrangulamiento intestinal.

El dolor, desde luego, localizado en el periné, se irradia hacia el abdomen. El vientre se pone tenso y abultado. Luego sobrevienen náuseas y vómitos, que al principio son biliosos y más tarde fecaloides. Constipación pertinaz y cólicos agudos; ansiedad extrema, lengua seca, orina rara, pulso pequeño y frecuente, facies gripal, extremidades cianóticas, contribuyen á dar mayor gravedad á la situación del paciente.

Esta sintomatología ruidosa se puede interpretar de varias maneras diferentes: ya sea que el testículo ectópico se inflame y por propagación provoque una peritonitis, ó bien la posible coexis-

tencia de ectopía con estrangulación intestinal, lo que no sería raro.

Finalmente, una tumefacción de la glándula, ya sea por congestión, complexión ó estrangulamiento del testículo mismo en un anillo fibroso, nos traería los síntomas de una peritonitis, admitiendo que se produzca en estos casos una parálisis refleja del intestino, consecutiva á la irritación de los nervios sensitivos de la región primitivamente enferma.

Esta irritación, transmitida á la médula, actuaría sobre el tubo intestinal por intermedio de los nervios simpáticos, determinando la parálisis del órgano y, por consiguiente, la constipación y detención de las materias fecales. La tensión y abultamiento del vientre serían debidos á la falta de reacción de las paredes del intestino, que se dejaría distender pasivamente por los gases.

Á todas estas causas de seudoestrangulamiento nos resta agregar una última, bien observada por NICOLADONI, y es la torsión del cordón vascular en un sujeto cuyas venas trombosadas habían determinado la formación de focos hemorrágicos y una gangrena parcial de la glándula.

Para terminar, agregaré que la ectopía perineal, puesto que es unilateral (1), no produce ninguna modificación en el aspecto exterior del sujeto.

Al decir de SEBILEAU, el monocriptorquideo es

---

1 Un solo caso doble se conoce, que es el de HUTCHINSON.

un macho en toda la acepción de la palabra.

Poseen todos los atributos de la virilidad, el apetito sexual se conserva intacto, la voz es varonil y la barba tan abundante como en los demás hombres.

CAPÍTULO SEXTO

Diagnóstico

El diagnóstico de ectopía testicular es, en general, fácil; basta constatar la ausencia de la glándula en las bolsas y explorar inmediatamente los lugares de elección de la ectopía. En este caso, si es perineal, notaremos á simple vista el relieve que forma el testículo en el periné, por fuera del rafe medio, por delante del ano y por dentro del isquión.

Si agregamos á estos signos la movilidad y la sensibilidad particular del testiculo, tendremos completado nuestro diagnóstico. Sin embargo, no debemos pasar por alto las diferentes complicaciones que frecuentemente acompañan á la ectopía.

Empezaremos por las hernias, que suelen ser compañeras frecuentes de todas las ectopías, las

cuales serán distinguidas por los signos que les son propios: tumor más ó menos voluminoso, piriforme, elástico, sin dolor á la presión, que aumenta con los esfuerzos de la tos, sonoro á la percusión, que se reduce á la presión y en decúbito dorsal, produciendo un ruido de gorgoteo.

En segundo lugar, tenemos los hidroceles, agudo y crónico, que podrían obscurecer el diagnóstico; pero si el examen es prolijo, en manera alguna puede producirse el error, dado que el hidrocele nos presenta una superficie lisa, regular y una consistencia variable, según que el líquido esté acumulado con mayor ó menor tensión.

Por la presión notaremos una sensación dolorosa que nos indica la presencia del testículo en el escroto, y si examinamos al trasluz, notamos la sombra obscura que corresponde á este órgano.

CAPÍTULO SÉPTIMO

Pronóstico y complicaciones

El pronóstico de la ectopía perineal en sí no ofrece mayor gravedad, sabiendo que no compromete ni la potencia viril, ni el desarrollo general del sujeto.

Protegido por las ramas isquiopubianas y los isquiones, es difícilmente alcanzado por los traumatismos. La movilidad del testículo en esta variedad es una causa que coadyuva favorablemente á su menor vulnerabilidad.

La ectopía de la infancia es susceptible de desaparecer, siempre que el testículo recobre sus movimientos de descenso y llegue á las bolsas en una época más ó menos alejada del nacimiento.

Sin embargo, hay una larga serie de complicaciones, de orden mecánico y fisiológico, que contribuyen á agravar el pronóstico. No haré sino mencionar las principales de entre ellas.

1.ª En primer lugar, tenemos las hernias congénitas, cuyo estrangulamiento puede traernos serios trastornos, por más que sean fáciles de combatir.

2.ª Aunque de menor gravedad, es una complicación que no debemos olvidar, los hidroceles y quistes del cordón.

3.ª La torsión del cordón espermático que se observa después de un traumatismo ó un esfuerzo violento, puede traer como consecuencia la necrosis total ó parcial de la glándula, acompañada de accidentes serios.

4.ª Los trastornos nerviosos se cuentan también entre las complicaciones de la ectopía testicular, habiéndose observado enfermos de carácter impresionable, histéricos, epilépticos y otros afectados de debilidad mental.

5.ª El testículo ectópico está expuesto á volverse canceroso, dadas las condiciones anormales en que se encuentra.

6.ª Otra complicación digna de mención, que no siempre es fácil de evitar y que agrava considerablemente el pronóstico, es la atrofia del testículo, á la cual está irremediablemente condenado si una rápida intervención operatoria no detiene el avance del proceso.

CAPÍTULO OCTAVO

Tratamiento

¿Qué conducta deberemos observar en presencia de una ectopía perineal?

Mucho se ha discutido respecto de cuál es la mejor edad para la intervención, sosteniendo unos que la espectación era preferíble dada la posibilidad de una migración tardía, y otros que la pubertad era la mejor edad.

Si bien es cierto que el descenso completo de la glándula puede verificarse durante los primeros meses, después del nacimiento, debemos desechar la idea, salvo raras excepciones, de que pueda hacerlo más tarde, durante la pubertad.

De lo dicho resulta que es perjudicial y hasta cierto punto inútil observar esa conducta expectante, como lo hacían los clásicos que aguardaban diez ó doce años, antes de proceder á la intervención.

Lo más práctico es proceder con un criterio que se adapte á las circunstancias del caso; ni demasiado temprano, ni demasiado tarde, y la edad comprendida desde los cuatro y seis años nos parece perfectamente admisible.

Resuelto el problema de la edad ¿qué tratamiento seguimos?

El vendaje parece ser ineficaz, á más de ser molesto provoca vivos dolores que no pueden ser soportados por el paciente.

El masaje tampoco tiene valor alguno en la curación de la ectopía perineal, razón por la cual no hago sino mencionarlo.

En cuanto á la castración la rechazamos en absoluto, sobre todo en el niño; á no ser que exista alguna degeneración de la glándula.

Debemos siempre, por todos los medios á nuestro alcance, tratar de conservar el testículo ectópico, aunque la atrofia ya se haya iniciado.

Muchos testículos disminuídos de volumen han vuelto á recuperar sus dimensiones normales después de un tratamiento adecuado (BROCA).

La técnica operatoria es de las más sencillas. Pues, siendo la brevedad del cordón la circunstancia que más dificulta en el tratamiento de las otras variedades de ectopía, impidiendo el fácil descenso del testículo y su permanencia en el fondo de las bolsas, y existiendo, por el contrario, en la ectopía perineal un cordón generalmente más largo que el normal, fácilmente se compren-

derá la sencillez de la operación á efectuarse.

Una incisión colocada de modo que permita abordar la glándula con facilidad y ponerse en comunicación con la bolsa correspondiente; el aislamiento del testículo y la disección alta del cordón; el agrandamiento de la bolsa que debe contenerle con maniobras apropiadas de masajes; la reducción del órgano en la cavidad que debió ocupar normalmente; tales son los tiempos esenciales de la operación de una ectopía perineal.

Naturalmente que si hay hernia al mismo tiempo, debe hacerse en la misma sesión la cura radical.

Observaciones

Hospital Rawson

N. N., argentino, siete años de edad, ectopía perineal del testículo derecho. Operación, curación.

No hay antecedentes hereditarios dignos de mención.

La madre nos trae al enfermito diciéndonos que desde hace algún tiempo se queja intermitentemente de dolores en el periné y que en el sitio doloroso ha notado una hinchazón que no sabe á que atribuir.

Examinado el enfermo, se constata que evidentemente existe una elevación de los tegumentos en el lado derecho del periné, de tal modo que el pliegue génitocrural se halla borrado en ese sitio y ocupado por una saliencia redondeada, regular, de unos cuatro centímetros de diámetro, sin que la piel de la región ofrezca algo de anormal.

Á la palpación se constata un tumor ovoide, de dos centímetros en su diámetro mayor, orientado en el sentido anteroposterior, blando, doloroso á la presión, y que desliza ampliamente sobre la aponeurosis superficial y debajo de la piel que le recubre. Por encima de él (por detrás, estando el enfermo acostado) y desbordándole un poco por delante, se palpa un cordoncito blando, muy movible y que le adhiere por su extremidad posterior. No hay duda de que se trata del testículo y del epididimo desviados de su posición normal. Se halla colocado á dos ó tres centímetros á la derecha de la línea media, entre el ano y la raíz de las bolsas, por fuera de la saliencia alargada del bulbo, é invadiendo por fuera, como dijimos, el pliegue génitocrural.

Continuándole hacia arriba se palpa, aunque con menos precisión, el cordón espermático que se dirige hacia el anillo inguinal costeando las bolsas y la raíz del pene.

La mitad derecha de las bolsas, deshabitada, se halla atrofiada, el rafe desviado hacia la derecha. El otro testículo, bien desarrollado en su situación normal. No hay hernia.

Niño bien desarrollado, sin otras deformaciones.

Noviembre 5 1904. — Operador doctor Finochietto. — Incisión anteroposterior de tres centímetros entre la raiz de las bolsas y el testículo. Llegado sobre la glándula, se le aisla de los tejidos vecinos, lo mismo que al cordón en la ex-

tensión de unos cinco centímetros. Testículo un poco atrofiado, en inversión anterior; epididimo atrófico y con un meso muy desarrollado.

Á través de la herida se introduce un dedo en la bolsa derecha que se agranda con maniobras de masaje. Se lleva el testículo á ocupar su puesto, donde permanece sin necesidad de mantenerle con ningún punto y sin manifestar tendencia á abandonarle.

Sutura de la piel á máquina.

Curación per primam. El testículo se mantiene siempre en su buena posición.

Hospital Nacional de Clínicas. Cirugía de niños. — Servicio del doctor Marcelino Herrera Vegas

A. O., argentino, nueve meses de edad, domiciliado en Quilmes. Ingresa á este servicio el 20 de abril de 1909.

Diagnóstico: Ectopía génitocrural del testículo derecho con enterocele.

Desde el nacimiento observó la madre que el niño presentaba un pequeño tumor hacia la derecha de la bolsa testicular y que aumenta de volumen cuando el niño llora.

Á la inspección se nota un pequeño tumor del tamaño de un huevo de paloma, de forma redondeada, con piel fláccida que ocupa el surco génitocrural, entre la bolsa testicular y el muslo derecho.

A la palpación se observa la piel muy movible sobre un pequeño tumor del tamaño de un hueso de aceituna, el cual por sus caracteres parece ser el testículo.

La bolsa testicular derecha está desocupada y atrófica.

Haciendo llorar al niño se comprueba que el tumor aumenta de volumen hasta adquirir el tamaño de un huevo de gallina, se pone renitente, tenso y se reduce con gorgoteo.

La reducción del tumor se produce á través de un anillo externo y un poco por debajo de él, lo que permite la introducción del índice que percibe bien la impulsión del tumor reducido cuando el niño llora.

Esta reducción del tumor suele acompañarse á veces con el testículo que desaparece junto con aquél en el canal inguinal.

El orificio por donde el tumor se reduce, no presenta pilares apreciables á la palpación, y sí. el anillo externo del canal que se palpa introduciendo el dedo en la implantación de las bolsas.

Intervención — Operador doctor MARCELINO HERRERA VEGAS. — Fijación del testículo en el fondo de las bolsas. El sujeto es dado de alta curado, días después de la intervención.

BARTOLOMÉ DANERI

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Ectopía y función del órgano.

A. C. GANDOLFO

II

Cuidados previos á la intervención.

P. BENEDIT

III

Métodos operatorios de la ectopía perineal del testículo.

R. S. GÓMEZ

Buenos Aires, mayo 9 de 1910.

Nómbrase al señor consejero doctor Antonio C. Gandolfo, al profesor titular doctor Pedro Benedit y al profesor suplente doctor Ricardo S. Gómez, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.º de la ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón

R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, mayo 11 de 1910.

Habiendo la comisión prededente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.º 2179 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón

R. S. Gómez
Secretario