AÑO 1910. Núm. 2264

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

HIDROCELE

TESIS

PRESENTADA TARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALBERTO VIAGGIO

"LA CIENCIA MEDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

HIDROCELE

AÑO 1910. Núm. 2264

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

HIDROCELE

TESIS

PRESENTADA TARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALBERTO VIAGGIO

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Eduardo Wilde
2. » » Martin Spuch
3. » » Telémaco Susini
4. » » Emilio R. Coni
5. » » Olhinto de Magalshae

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JOSÉ ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » PEDRO LACAVERA
» » ENRIQUE ZÁRATE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoologia Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Fisica Médica	» ALFREDO LANARI
Quimica Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Quimica aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histologia	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomia Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomia Descriptiva	» JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiologia y ejercicios clinicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomia Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiologia General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomia Patológica	» TELEMACO SUSINI
Bacteriologia	» CARLOS BALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patologia Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat. y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GUEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clinica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriática	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIOGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTON

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

«JUAN R. FERNANDEZ»

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	„ RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	„ FELIPE JUSTO
Anat. Topográfica	„ ROBERTO SOLE
	„ CARLOS R. CIRIO
Clínica Ginecológica	„ JAIME SALVADOR
» Oto-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
Patología externa	„ CARLOS ROBERTSON
	„ RICARDO S. GÓMEZ
Medicina Operatoria	„ PEDRO CHUTRO
Patología interna	„ RICARDO COLÓN
	„ PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmologica	„ ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
	„ MARCELO VIÑAS
	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
	„ JOSÉ ARCE
	„ ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	„ MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	„ PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	„ LUIS AGOTE
	„ DAVID SPERONI
	„ JUAN JOSÉ VITÓN
Clínica Obstétrica	„ ENRIQUE A. PARDO
	„ ENRIQUE ZÁRATE
	„ ARTURO ENRIQUEZ
	„ ALBERTO PERALTA RAMOS
	„ FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	„ MANUEL A. SANTAS
	„ MAMERTO ACUÑA
	„ GENARO SISTO
» Génito-urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
	„ JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiatrica	„ JOSÉ. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomia, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Quimica 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 (segunda curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmaceuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiologico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clíníca Obstétrica.....	» UBALDO FERNANDEZ
	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.....	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapèutica dentarias, Medicina Legal..... ...	» N. ETCHEPAREBORDA

Catedrático suplente

DR. RODOLFO ERAUZQUIN

PADRINO DE TESIS :

DOCTOR FORTUNATO CANEVARI

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

Á mis compañeros de estudios y amigos:

DOCTORES J. B. CESTINO Y A. VILLAR

A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Al egresar del aula universitaria para engolfarme en el ejercicio de la profesión médica, me hago un íntimo placer presentando á mis maestros el particular respeto y el profundo reconocimiento del discípulo y el amigo por la acertada dirección é ilustradas enseñanzas con que determinaron mi bondadoso arribo al doctorado.

Permitidme señalar como tributo á la debilidad humana en sus movimientos de relación con el afecto á los Doctores Viñas, Emina y Canevari como los maestros - compañeros que en los distintos momentos de mi paso por el aula, llegaron á ocupar preferente puesto :

A ellos el estrecho apretón de manos, á todos mi simpático reconocimiento.

A. Viaggio.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Basta enunciar la ley «perpetuación de la especie» para concluir en las bondades de todo tratamiento que tienda á consultarla, y por ello es hacer obra moral, deteniéndonos en el hidrocele. Esta es una afección desgraciada que día á día va su porcentaje aumentando, pudiendo hoy decirse que el uno por ciento cincuenta de los casos que se presentan en los servicios de cirujía de los hospitales corresponde á esta afección, sin exageración alguna : Cuando no es sintomático es raramente bilateral ; la edad que con más frecuencia se encuentra es de veinticinco á treinta y cinco años ; Le Dentú y Delbet presentan una estadística de cuarenta á cincuenta años.

La vaginalitis serosa crónica se encuentra en todos los países ; ella es más espandida en Egipto,

Indias y Brasil, aunque no se trata de hidrocele ordinario, sino de una manifestación de la filariosis genital.

Cuando clínicamente la causa productora del hidrocele escapa á nuestra observación, se dice que es idiopático ó esencial por cuanto las lesiones de la vaginal no son provocadas por los órganos vecinos.

Son realmente denteropáticos y consecutivos á las perturbaciones del aparato funículo testicular, dividiéndose en dos grupos, uno comprende los hidroceles anatómicamente y clínicamente sintomático (cancer, tuberculosis, sífilis, epididimo testicular); el otro comprende la vaginalitis que son anatómicamente sintomáticos, pero clínicamente esencial, en la cual la enfermedad original desaparece por su benignidad ante las manifestaciones inflamatorias (pequeños quistes del epididimo).

Son aparentemente heriopáticos, pero realmente denteropáticos; probar esto último es algo imposible, por cuanto las lesiones epididimo testiculares pueden ser tan pequeñas que no dejan trazas de ellas, como el hidrocele de los viejos, que sin duda es debido á la transformación esclerosa del epidi-

dimo. En lenguaje corriente decimos hidrocele sintomático cuando palpando reconocemos bajo las bolsas una lesión del testículo, epididimo ó cordón ó idiopático en todos los otros casos, la persistencia del canal vagino peritoneal da lugar á los hidroceles congénitos.

En las llamadas golatoceles ó hidroceles lechosas son producidas por un embrión de un nemátode la filaria sanguinis hóminis, muy común como anteriormente hemos mencionado, Egipto, Indias y Brasil.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Empezaremos su estudio siguiendo el orden siguiente :

1°—El líquido que contiene la bolsa.

2°—La bolsa y la estructura de sus paredes.

3°—El testículo y epididimo que se encuentra en medio del derrame.

4°—Los órganos que pueden en ciertos casos ponerse en relación con dicho derrame.

I

El líquido que contiene un derrame—Varía muchísimo la cantidad que puede tener un hidrocele : existen casos en que la cantidad es tan pequeña é insignificante que clínicamente se hace difícil su

apreciación ; en otros, por el contrario, llega á una cantidad elevada, llegando hasta litros, se citan casos de tres, seis, nueve, veintiuno y veintiseis litros ; es cierto que será excepcional encontrar derrames que alcancen á dichas cifras, pero por regla general varía entre cien y quinientos gramos ; he dicho que son excepcionales esos hidroceles monstruosos por antiguos que sean, pues cada túnica vaginal tiene un límite de elasticidad, llegando después de un tiempo á un equilibrio estable entre la relajación de las paredes y la tención del líquido.

Un hecho de observación diaria es que en los hidroceles jóvenes existe poco líquido porque la cubierta fibrosa de la vaginal se opone á su distención, pero lentamente es vencida y ceden sus paredes, relajándose y acumulándose por consiguiente, una gran cantidad de líquido.

Haciendo un examen físico del líquido del hidrocele se puede comprobar que tiene todos los caracteres de los líquidos de los derrames serosos, de un color amarillento ó mejor dicho, de un amarillo citrino, á veces se colorean de verde cuando existe un trastorno en la economía que da lugar á una retención de bilis en el organismo ; en algu-

nos casos suele tomar una coloración morena debido probablemente, á la presencia de colesterina en su interior. Existen y se describen casos publicados como curiosidades clínicas de hidroceles gelatiniformes, cuyo líquido tiene la consistencia de la gelatina, como ella transparente y densa, adhiriéndose á las paredes, su masa se hace temblorosa al palparse. La consistencia en general del líquido de los hidroceles es fluída.

Los caracteres microscópicos del líquido del hidrocele es el siguiente: En el líquido no se encuentran generalmente elementos figurados, y si existen, es en mínima proporción, como ser: algunos leucocitos, raras células endoteliales y escasas hematies.

En ciertos y determinados casos se suele encontrar con espermatozoideos, explicándose su presencia ya por la ruptura de un quiste espermático que hace irrupción de su contenido en el hidrocele, ó ya por una comunicación entre dicha cavidad y un vaso aberrante del epididimo.

Se han hecho en estos últimos tiempos pacientes estudios y constantes observaciones para demostrar que en el líquido del hidrocele se encuentra una

flora microbiana determinada. Muy poca luz han arrojado sobre el particular dichos observadores, algunos como Poncet, Tuffier y Jousset han publicado casos en que han encontrado bacilos de Koch en el líquido.

En estos últimos tiempos se han valido de la centrifugación para concentrar los escasos elementos anatómicos contenidos en el líquido para hacer el cito-diagnóstico, importante por la determinación de la naturaleza del derrame; asi ha venido á auxiliar el diagnóstico clínico. En los hidroceles esenciales el líquido centrifugado muestra rarísimas células endoteliales de la túnica vaginal; en los hidroceles que acompañan á la tuberculosis del testículo son los linfocitos que constituye la mayoría; en los hidroceles blenorrágicos constituye el elemento predominante de una manera manifiesta los leucocitos polinucleares.

Caracteres químicos del líquido del hidrocele— Es un líquido fluído de reacción alcalina, de mil veinticinco de densidad, tiene una gran cantidad de albúmina que se coagula inmediatamente bajo la acción del calor y del ácido nítrico, tiene fibrina en

disolución, cloruro de sodio y carbonatos. Los trabajos de Mehu y las recientes investigaciones del profesor Reclus comprueban la aseverado hace mucho por Virchow, de que el líquido del hidrocele es de naturaleza inflamatoria, pues se aparta mucho de su composición de los líquidos de las hidropecias, y, por el contrario se asemeja muchísimo por su composición al plasmas sanguineo y á los líquidos inflamatorios. Se ha puesto en duda el origen inflamatorio del líquido del hidrocele y se apoyan algunos en la observación que la sangre y los líquidos inflamatorios inmediatamente que se los extrae se coagulan expontáneamente, mientras que la coagulación del líquido del hidrocele se hace muy lentamente, explicándose este fenómeno de lentitud de coagulación diciendo: que en sus intimidades se produce poco á poco transformaciones moleculares que aumentan su fluidez y que hacen desaparecer paulatinamente los fermentos capaces de engendrar su coagulación expontanea.

Túnica vaginal—Estudiaremos primero la forma de la bolsa y luego su estructura.

Forma de la bolsa—La mayoría de los hidroceles jóvenes tienen nau forma ovoidea casi redonda, su eje mayor dirigido hacia adelante ´y hacia abajo su superficie es lisa y regular.

Los hidroceles viejos son por regla general de forma piriforme, su gran eje en sentido vertical y su extremidad inferior engrosada. En determinados casos, en ciertos sitios, las paredes de las bolsas son resistentes y se presentan bajo forma de abolladuras, hasta puede suceder que la serosa se infiltre á través de las endiduras de las capas fibrosas ; forma bajo los tegumentos dilataciones ampulares blandas, de color transparente ; si se exagera dicha dilatación se forma el hidrocele descripto por Beraud, que se caracteriza por la existencia de una bolsa superficial blanda y deprecible, fluctuante, transparente, que comunica con la cavidad vaginal por un orificio estrecho ó por un canal más ó menos largo ; se produce un verdadero quiste en forma de botón de camisa.

Beraud trata de demostrar la formación de la ampolla superficial de la manera siguiente : Existen en las superficies de ciertas vaginales, un fondo de saco de dirección vertical, de paredes delgadas, de

un centímetro de longitud y de dos á tres milímetros de anchura, las cuales se dejarían distender bajo la influencia de la acumulación del líquido, con más facilidad que la vaginal, porque no tiene sostén, como ésta por la túnica fibrosa.

Existen autores que aceptan la explicación dada por Beraud, entre ellos citaremos á Monod y Terrillon y lo denominan hidrocele diverticular.

Estructura de la bolsa—Son muy diversas las constituciones de la lesión de la vaginalitis crónica, á veces es lisa, blanca, no existe neomembranas en su superficie, y por el contrario, en vez de estar engrozada está adelgazada por la distención que na experimentado, quedando reducida á una capa fina y á fenómenos inflamatorios leves ; pero por regla general la serosa da síntomas de inflamación de mayor intensidad variando los límites desde casos de inflamación débiles demostrado por la falta de pulimento de la serosa por la eliminación de su endotelio, hasta los casos intensísimos de inflamación como los de paquivaginalitis en que las lesiones son visibles á la distancia.

En los casos citados de inflamación suave ó leve la vaginal presenta de trecho en trecho manchas de aspecto inflamatorio de color rojizo que se producen en su superficie neoformaciones celulares, constituyendo una capa de esclerosis, en otros casos las lesiones son más marcadas, existen formaciones de bridas, de adherencias que forman tabiques, etc. Estas diversas lesiones conjuntivas toman múltiples formas, ya en superficie ya en bridas. Existen casos llamados vaginalitis vegetantes ó hiperplásicos cuyas paredes engrosan total ó parcialmente, dando lugar á placas calcáreas ó cartilaginosas ; en estos segmentos está la proliferación que se forman pedículos en forma de apéndice suspendido en la pared : en determinados casos estos pedículos caen en la cavidad, desprendiéndose de la pared y nadan en el líquido bajo forma de un cuerpo extraño.

Se encuentran casos que la vaginalitis crónica da lugar á la formación de bridas ó en forma de láminas que hacen el papel de verdaderos tabiques, independizándose cada pequeña cavidad de la gran cavidad más ó menos completamente, según sea el tabique completo ó incompleto ; el número de pequeños departamentos puede ser numeroso ; á estos

hidroceles se llaman hidroceles multiloculares. Estos pequeños departamentos ó vesículas pueden tener localizaciones, formas y dimensiones variadísimas, dando lugar á veces á observaciones curiosas, como la descripta por Brausunt bajo el nombre de hidrocele á doble fondo ; el hidrocele sub-epidinario, producido este último porque en el borde externo del epididimo se forman adherencias que cierran y aislan esta parte de la vaginal que se encaja en el surco interepididimario-testicular, produciéndose un fondo de saco más ó menos profundo.

Topografía del epididimo y testículo con relación al derrame—De una manera general se puede decir que el testículo y epididimo se encuentran englobados por el derrame, quedando una pequeña parte libre, el segmento póstero inferior é interno, pero existen ciertas disposiciones anatómicas que hacen variar la topografía clásica del testículo y epididimo con relación al derrame. Uno de los que han estudiado y señalado estas particularidades clínicas es el profesor Le Dentú, así tenemos casos : 1º como el de la vaginal que tapiza parcialmente la cara

interna del testículo, y sobre la cara externa, llegando apenas al epididimo, si se tiene un hidrocele grande hace saliencia libremente hacia el exterior, quedando como si se hubiese enucleado del tumor.

2° En estos casos la vaginal recubre la cara externa del testículo hacia atrás del epidimo y la cara interna, quedando el testículo inaccesible á la exploración y perdido por decir así en el tumor.

3° En otro sujeto se ha visto que el polo inferior del testículo está libre de la cavidad vaginal; por lo tanto, si existiera un derrame se puede movilizar y sentir el testículo, imprimiéndole movimiento por su polo inferior.

4° Existe este otro caso, aunque más raro, en que el líquido del hidrocele llena un enorme fondo de saco posterior y externo y el testículo es entonces rechazado hacia adelante y adentro.

Topografía del epididimo con relación al testículo —Las relaciones topográficas entre dichos órganos experimentan muchas variaciones según la antigüedad de los hidroceles, en determinados casos el fon-

do de saco interepididimo-testicular se distiende mucho bajo la acción de la presión del líquido y da lugar á la formación de una cavidad profunda ; existen casos publicados y estudiados por Reclus, Lannelongue, etc., de hidroceles voluminosos en que la túnica viceral de la vagina era solicitada por la tensión del líquido y cedía llevando consigo el epididimo, tomando la forma de un arco de círculo, mientras que la cavidad epididimo-testicular desaparece, el cordón epididimario se extiende sobre la pared externa en forma de cinta alargada apenas reconocible.

Lesiones del testículo y del epididimo—Dejando de lado las lesiones primitivas del testículo y epididimo que son muchas veces causa del hidrocele, se pregunta : ¿ pueden estos órganos secundariamente presentar lesiones consecutivas al derrame ? Para el epididimo no es cosa dudosa que así pase, los tubos eferentes son alargados y por ende adelgazados, haciéndose de esta manera difícil la comunicación entre la glándula y su aparato excretor, el epididimo entonces es atacado de esclerosis y por consecuencia se atrofia.

Lo que respecta al testículo puede experimentar diversas alteraciones según los casos ; la inmensa mayoría presentan formas, color y dimensiones idénticas á las normales, otras veces está como pálido y anemiado, como dice Gosselin, es debido á la presión que ejerce el líquido sobre el testículo ; en otras personas se presenta pequeño, duro, debido más que á la presión del líquido al tejido conjuntivo que envuelve y lo atrofia por decir así al testículo, produciéndose á la larga la esclerosis del testículo.

Organos en relación con el derrame—El intestino en las hernias afecta relaciones diversas en la bolsa vaginal, pueden existir realmente relaciones de contigüedad más ó menos próxima entre la bolsa vaginal y el saco herniano. Otro caso, la hernia se desarrolla detrás de la vaginal, deprime la pared posterior y viene á hacer saliencia en el interior de ésta, de manera que el intestino se encuentra encerrado en el saco peritoneal, éste se insinúa en la vaginal dando lugar á la formación de la hernia enquistada de la túnica vaginal de Cooper, llamándose también hernia á doble saco .

Existen casos en que el intestino penetra en la cavidad vaginal desnuda completamente ó ya con su saco. La consistencia del hidrocele y de la hernia ha sido interpretada de muchísimos modos por los atuores, alguno entre ellos Reclus, considera á la hernia como el primer accidente que produce el hidrocele irritando la vaginal, y otros consideran como hecho primitivo al hidrocele el que haría tracción sobre los elementos del cordón, deprimiendo la faceta inguinal interna y daría lugar á la formación de la hernia.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas del hidrocele son de los más simples. Es un tumor en que la tensión enmascara á menudo la blandura fluctuante, irreductible y transparente.

El enfermo presenta al nivel de las bolsas y, por lo general, de un solo costado, un tumor ovoideo ligeramente piriforme á extremidad inferior, cuyo gran eje es casi vertical y algunas veces su polo inferior se encuentra enderezado hacia adelante. Su volumen ofrece dimensiones variables, su polo inferior puede llegar hasta el anillo inguinal externo, mientras el inferior puede decender á lo largo del muslo, este tumor se desarrolla tanto merced á la elasticidad de la piel de las regiones vecinas, los tegumentos de la verga son tironeados sobre el escroto, el pene desaparece bajo el prepucio y del ór-

gano copulador no queda más que en apariencia el orificio del opérculo balánico más ó menos deformado, rojizo y escoriado por la orina.

La piel del escroto más ó menos distendida, conserva su coloración normal, es adelgazada, transparente, surcada de pequeñas venas azuladas cuando el tumor es grande y tenso del costado opuesto se apercibe el escroto pequeño, dejando entrever el testículo desviado por el hidrocele.

Palpación—Se engloba con la mano izquierda al escroto derecho (mano opuesta al testículo que se palpa), á mano llena entre el pulgar y los cuatro últimos dedos, de manera que el fondo del escroto repose sobre la palma de la mano y que se limita una especie de pedículo entre pulgar é indice izquierdo.

Luego se nota que el escroto es independiente del tumor y conserva su movilidad normal sobre las capas profundas, no encontrándose ni caliente ni rojo, ni alterado, salvo el caso que no sea asiento el mismo de una afección, luego se procede por presiones digitales hechas con la extremidad del índice ó del medio de la mano derecha, dándonos cuenta

si existe fluctuación, que los contornos del tumor son lisos y regulares, no hay boseladuras ni sólidas, salvo el caso de que el hidrocele hiciera hernia á través de la fibrosa.

Los resultados de la palpación varían según el espesor de las paredes de la bolsa y según la tensión del líquido; si el espesamiento es regular y poco marcado, dará una sensación neta de blandura, de depresión y de fluctuación, cuando los hidroceles son antiguos el espesamiento es notable y tenemos la sensación de resistencia, de elasticidad, de tensión, un espesamiento irregular nos dará también fluctuación, renitencia y á más sensación de dureza; por lo expuesto sacamos que los hidroceles jóvenes tienen todos los caracteres de los tumores líquidos, mientras que los viejos en su evolución á la paquivaginalitis dan poco á poco los síntomas que lo aproximan á los tumores sólidos.

La tensión del líquido en el saco da sensaciones variables, según su cantidad, si es una pequeña cantidad la serocidad, la verdadera fluctuación no será apercibida, hay peloteo testicular; cuando el tumor llena su presión, es blando y fluctuante; cuando es bien lleno es resistente, elástico, fluctuante; cuando

se encuentra en fuerte tensión, la fluctuación desaparece para dar lugar á la renitencia.

A título excepcional mencionaremos que cuando el derrame es muy pequeño y permite el contacto de las dos paredes, se obtiene un frote, una crepitación debido á las superficies despulidas.

El hidrocele forma un tumor transparente ; esta transparencia se reconoce, distendiendo el escroto y pediculizando el quiste, y si la piel es fina, y las paredes de la vaginal poco espesadas, basta mirar al través del tumor con la simple luz solar difusa para ver aparecer la transparencia, pero por lo general tenemos que recurrir á la luz de una bujía colocada en la parte posterior, estando el enfermo en decúbito dorsal, se toma con la mano izquierda el tumor, se le pedícula, aplicando la superficie plana al estetóscopo sobre la cara anterior del tumor el borde cubital de la mano derecha del operador se apoya sobre el escrotón con el fin de servir de pantalla y se mira por la otra extremidad del estetóscopo. Por este medio es fácil darse cuenta aproximada de los diferentes grados de transparencia en las distintas zonas del bloc-líquido.

La opacidad no tan solo revela la situación del

testículo, sino también los sitios en que la serosa vaginal está espesada.

Algunas veces existen causas de error por falta de cuidado al apoyar el estetóscopo sobre la pared, pues no se hace íntimamente y se filtran rayos luminosos entre la piel y la placa del instrumento, haciendo creer en una transparencia que no existe. Hay casos en que la vaginal serosa es opaca entre la prueba del estetóscopo y tenemos que recurrir á la cámara obscura haciendo una rigurosa aplicación y los resultados son los mismos, pero con todo no debemos negar el derrame, pues se trata de un saco espesado en que el hidrocele evoluciona á una poquivaginalitis, ó el líquido ha perdido su limpidez por un derrame de sangre, etc.

En algunos enfermos la transparencia es total. Curling, Marcellini, Dural y Tedenat, han hecho notar, especialmente este último, que la mancha opaca bajo la fauna en que se proyecta el testículo es inferior á la superficie que mide dicho órgano y es debido á refracciones que sufren los rayos tangentes á los bordes de la glándula; por lo que es bueno siempre practicar la exploración digital para el caso en que el testículo estuviera en inversión

colocado hacia adelante, hacia abajo y hacia adentro del tumor.

Síntomas funcionales—Muy poca cosa hay que decir de los síntomas funcionales, la vaginalitis serosa no provoca dolor fuera de los pousses congestivos, lo cual es excepcional; el peso del tumor provoca tiramientos penosos del escroto, ingle, etc., incomoda en la marcha por su peso y volumen, la limpieza se hace difícil y facilita la formación del intertrigo, trae trastornos en la micción y el coito se hace imposible.

Por lo que se refiere á las perturbaciones funcionales acarreadas por el hidrocele á la glándula testicular, aún no se ha dilucidado; según Curling en la minoría hay ausencia de espermatozoides, mientras que para Joselen sería la mayoría, siendo la glándula del lado enfermo la que comprimida por el derrame traería las perturbaciones espermatógenas; Lannelongue y Marimón atribuyen al aplastamiento de los canales eferentes y del canal epidinario por la elongación sufrida en los grandes hidroceles, la falta de circulación en dichas cavidades del líquido espermático. Lo que sí parece cierto es

que la azoospermicosis no es una perturbación definitiva, como lo prueban las dos publicaciones de Bouband y Dermarousex, en que un hombre estando afectado de un doble hidrocele era infecundo, su esperma no contenía espermatozoides, se punciona el saco ; las células vibratiles aparecieron, la serosidad al tiempo llena de nuevo la vaginal, los espermatozoides desaparecen, se hace nueva punción con inyección de iodo, cura el enfermo y vuelve la fecundidad. De todo lo expuesto se deduce que la vaginalitis serosa no provoca á lo menos por largo tiempo en el parenquima testicular lesiones irreparables y que las lesiones esclerosas centrípetas desenvueltas en el parenquima del testículo en el curso de una vaginalitis crónica tienen una evolución muy lenta, llevando á la glándula genital á una degeneración fibrosa total y atrófica (Pillet y F. Regnault).

DIAGNÓSTICO

Ya la vaginalitis serosa es blanda, fluctuante, transparente, ó ya es dura, renitente y opaca.

En el segundo caso puede ser confundida con una paquivaginalitis, cuya importancia es pequeña como ya hemos visto anteriormente, pues es una continuación del hidrocele. Una sola afección puede ser confundida con el hidrocele y es el quiste del epididimo, pero acá el tumor se superpone al testículo y da al escroto la forma de una pera invertida, donde la base miraría arriba y su cima abajo en contacto con la glándula genital que está independiente, libre y movible, mientras que en el hidrocele la base mira abajo y el testículo se encuentra englobado por el líquido, haciendo cuerpo con él y quedando fijo en la parte póstero-inferior aún en el caso de que la glándula testicular en vez de bañarse en el líquido hidropido se encontrara

incluído en él y no pudiéramos palparlo, la punción nos encaminaría al diagnóstico exacto, pues en el quiste espermático nos daría un líquido, lechoso, jabonoso y claro ó blanco, con espermatozoides en general, en la vaginalitis serosa sería citrino.

Puede coexistir el hidrocele con el espermatocele, lo que llama la atención es la forma anormal del tumor y la dificultad para circunscribir el testículo, el único medio de diagnóstico es la punción de un saco y la coexistencia del otro.

Los quistes serosos del cordón se diferencian por su forma alargada y porque raramente llega su límite inferior al testículo.

Los hidroceles de los viejos sacos herniarios deshabitados se distinguen por su situación, su forma y la relación con el trayecto inguinal.

En el hidroepiplocele el saco está lleno de líquido seroso, el testículo libre en la parte inferior, sintiendo á la palpación el epiplón por la débil tensión del líquido.

En la hernia enquistada de la túnica vaginal el saco herniario está incluído en pleno líquido, presentando todos los caracteres normales del hidrocele.

En la vaginalitis congénita el saco remonta en

el canal inguinal ; la reductibilidad del líquido en la cavidad abdominal cuando existe es el signo patonomónico ; en el niño no existe, pues el conducto vaginoperitoneal ha sufrido la regresión desapareciendo toda comunicación.

El hidrocele bilateral por lo general es una manifestación de la tuberculosis, pues ésta ataca con preferencia á los dos epididimos y serosa ; la sífilis por lo general afecta á ambas glándulas.

Cuando el orificio interno del canal vaginoperitoneal se haya obstruído podemos tener un hidrocele bilocular, donde uno de los sacos está representado por la vaginal, comunicando á su vez con el segundo, que se ha hecho á expensas del canal vaginoperitoneal, el aspecto es notable, contiene varios litros de líquido, á la palpación bimanual podemos hacer refluir el líquido de un saco al otro.

Diagnosticado el hidrocele trataremos de encontrar sus causas ya en el epididimo ó en el testículo, pudiendo ser de causa traumática, uretral, sifilítica, tuberculosa, etc., habiendo mucha tensión en el líquido que nos impida palpar la glándula y anexos, haremos una punción y si no encontramos ningún órgano enfermo estaremos con un hidrocele esencial.

MARCHA,

TERMINACIÓN Y COMPLICACIONES

La vaginalitis serosa tiene una marcha lenta ; á veces llega á cierto desarrollo, donde se detiene y queda estacionaria, ó al contrario sigue su crecimiento, teniendo en este caso cierta importancia por los trastornos funcionales, presentando de tiempo en tiempo ligeros poussés inflamatorios que la conducen á la vaginalitis proliferante, más tarde al hematocele.

No es raro ver pasar al hidrocele por alternativas de hipertensión ó hipotensión de líquido que el mismo enfermo se apercibe ; con varias secciones el hidrocele cura solo, salvo en el niño, donde la reabsorción se hace lentamente.

Las perturbaciones que puede sufrir un hidrocele son : Infección, ruptura y transformación en hematocele.

Infección—Puede aparecer en el transcurso de la grippe, viruela, por un traumatismo local que venga á despertar algunos microbios latentes, en una blenorragia uretral con su diferentitis en una punción séptica.

La inflamación se manifiesta por un ligero aumento de volumen, de dolor, de calor local ; con el reposo todo pasa, y es en estas pequeñas poussés que se han notado las reabsorciones de estos derrames.

Otras veces los síntomas de la infección son más agudos : el tumor aumenta de volumen notablemente, hay fiebre, se hace rojo y caliente, el enfermo sufre, al cabo de algunos días la calma renace, pero el hidrocele queda aumentado, más consistente, más renitente, debido á la hipersecreción del líquido y á la formaión de neomembranas, de este modo va poco á poco á constituir la paquivaginalitis ; en los viejos á veces reviste una forma grave y termina por supuración, como un abseso caliente, debiéndolo tratar como tal.

La ruptura—De la vaginal no es una complicación rara en el hidrocele, puede sobrevenir á consecuencia de un traumatismo, de un esfuerzo más

ó menos violento hasta expontáneamente durante el reposo. La ruptura no tiene lugar de elección cuando es experimental, como lo ha contestado Saint-Martin, se hace sobre la cara anterior, en los casos patológicos, hay que tener en cuenta no solamente las lesiones de la serosa, sino también donde se asienta el traumatismo.

Clínicamente la ruptura se exterioriza por fenómenos dolorosos bruscos ; ahora también los otros síntomas varían según que la fibrosa se haya roto ó no al mismo tiempo que la vaginal ; si ésta está rota el líquido se insinúa en el tejido celular de las bolsas, pene, ingle y pared abdominal análoga á la infiltración de orina por ruptura de la uretra anterior, la sangre se mezcla y da su tinte á los tegumentos, otras veces toman el aspecto de una colección circunscripta ; la resolución se hace en unos días ; si la fibrosa no se ha desgarrado la sangre se mezcla con el líquido y algunas veces forma una colección independiente entre la serosa y la fibrosa, esta forma rara de hematoma paravaginal de las bolsas ha sido observada por J. Brault, Jacques Reverden, Raffroy, etc.

Transformación en hematocele—La vaginalitis hidrocélica no es más que una faz premonitora de la paquivaginalitis ; esta transformación se hace : 1º lentamente, insidiosamente sin violencia, probablemente bajo la influencia de pequeños traumatismos repetidos, de enfriamientos que hacen sangrar los vasos de las neomembranas ; 2º por un traumatismo violento que produce hemorragia brutal de los neocapilares provenientes de las vegetaciones de la vaginal ; 3º por ruptura de la bolsa, formándose una doble hemorragia al nivel de los labios de la vaginal, la una emana de los capilares á las neomembranas desgarradas, la otra de la red de los vasos sub-serosos. En el primer caso tendremos un hematocele expontáneo, en el segundo hay un hematocele traumático cerrado, y en el tercero hay formación brusca de un hematocele traumático, comunicando por lo menos momentáneamente con un hematoma extra-vaginal, es decir, una parte se acumula en la cavidad vaginal y otra entre la serosa y la fibrosa.

TRATAMIENTO

Entre el sinnúmero de operaciones preconizadas para la cura del hidrocele pueden señalarse :

Punción simple seguida de inyección modificante

—Por largo tiempo la simple punción fué el único medio quirúrgico conocido, pero como la reproducción del líquido era casi fatal, exigió otro tratamiento que consultase este vacío y hoy se complementa con una inyección modificatriz. Bien entendido que la cura nunca puede ser radical ; sólo podemos aceptarlo como un simple paliativo ; en los casos en que el enfermo se encuentre muy debilitado y con un gran derrame en su vaginal, ó bien el paciente no puede guardar cama por más de veinticuatro horas y exige ser desembarazado de su tumor.

Operación—Se determina la situación del test´culo por medio de la transparencia ; se desinfecta prolijamente el lugar de elección para la punción.

El instrumental se reduce á un trócar de hidrocele y una jeringa. Se toma con la mano izquierda el tumor, rechazándolo hacia adelante, reteniendo al mismo tiempo la piel hacia atrás, con el objeto de extenderla lo más posible. El trocar es sostenido por el pulgar y el índice de la mano derecha, insinuándolo en el sitio en que el estroto no presenta vasos. Para evitar toda herida de testículo se limita con el índice una largura de dos ó tres centímetros á partir de la punta del trocar.

Luego de efectuada la penetración, se retira el mandrín con la mano derecha, mientras que con la izquierda se encaja dos ó tres centímetros más la cánula. Se deja evacuar la serosidad citrina, inyectándole cuarenta ó cincuenta gramos de una solución de antipirina al dos por ciento ó cinco cent´gramos de cocaína al uno por ciento, esperamos diez ó quince minutos para que la solución primera anestesie la vaginal, luego se deja salir ; si se elije la segunda se espera dos minutos y se inyecta el líquido modificador (tintura de iodo ó tintura de iodo

y agua, partes iguales, con dos á cuatro gramos de ioduro de potasio para impedir la precipitación del iodo, ácido fénico 3 á 8 por ciento, eter iodoformado 10 por ciento, vino caliente y glicerina fenicada dos gramos por cinco á diez, cloruro de zinc uno por diez, alcohol, cloroformo, etc.). El líquido debe entrar sin encontrar resistencia, que la apercibiríamos en el pistón. De una manera general se inyecta la mitad de la cantidad de líquido retirado por la punción de tintura de iodo, se masagea dulcemente las bolsas para que el líquido bañe toda la vaginal; luego se deja salir, sacamos el trocar, se recubre la picadura con un poco de algodón embebido con un poco de colodión iodoformado y se aplica un suspensor.

Se advierte al enfermo que sus bolsas se harán dolorosas; que el tumor tendrá las mismas dimensiones por algún tiempo para luego decrecer paulatinamente; al cabo de una semana podrá volver á sus ocupaciones.

Accidentes—La picadura del testículo es un accidente sin importancia alguna, salvo el dolor agudo que ocasiona; al retirar el mandrín no aparece

líquido ninguno y los movimientos que se le dan al trocar de lateralidad, lo que hace es aumentar el dolor. En tales casos lo que haremos será retirar suavemente la cánula hasta ver aparecer un líquido citrino que nos indica encontrarnos en plena vaginal.

La inyección del líquido modificador en el tejido celular laxo del escroto es un accidente más grave, puede traer acoplado supuración y hasta gangrena, quedando el testículo descubierto en la eliminación de la escara y la cicatrización no podrá realizarse sino con suma lentitud. Si se reconoce la infiltración hay que incindir anchamente la piel y tejido celular sub-cutáneo, después se exprime por presiones el líquido infiltrado.

Incisión antiséptica—Entrando á los métodos de serio tratamiento, mencionaré haciendo historia por ser punto inicial de todos ellos, la incisión antiséptica de Volkman, practicada en 1873, la que fué abandonada por los que le sucedieron en atención á los *peros* que luego señalaré.

El enfermo era anestesiado (cloroformo), el escroto desinfectado, las bolsas incindidas capa por capa

hasta llegar á la vaginal en una extensión de diez á doce centímetros, para la hemostasia ligaba los vasos, la vaginal era anchamente abierta ; se examinaba su interior para extirpar los quistes ó cuerpos extraños, luego lavaba con una solución de ácido fénico al tres por ciento, suturaba sus labios á la piel con hilo de seda para el solo efecto de evitar toda infiltración en el tejido celular, colocaba un dreno en la parte inferior y recubría todo con una cura antiséptica.

Incisión y excisión parcial—Julliard hizo notar que en los grandes hidroceles á paredes algo espezadas no pueden aproximarse entre ellas y aconsejó resecar una extensión de serosa, lo suficiente para llegarse á sus dimensiones primitivas.

El primer tiempo de esta operación es igual á la anterior ; una vez que la toilette de la vaginal es terminada se reseca la serosa, dejando lo necesario para recubrir al testículo y el cordón. La vaginal se sutura con catgut fino, la piel se cierra por arriba, salvo un punto donde se coloca un pequeño dreno que se saca al cuarto día.

Incisión total de la vaginal—Vergmann la realiza abriendo el hidrocele en una gran extensión, después diseca y extirpa la hoja parietal hasta su punto de reflexión sobre el testículo y epididimo. La hemostasia es hecha con cuidado y la herida suturada dejando un pequeño drenaje en su parte inferior.

Nicaise simplifica la operación sustituyendo á la disección que practica Bergmann, desprendiendo la hoja serosa que separa fácilmente y sin hemorragia de la túnica fibrosa.

Eversión de la vaginal—La eversión de la vaginal descripta y practicada por Jabulay en 1895, aceptada inmediatamente por Doyen, viene á ser publicada en 1898 como un procedimiento nuevo por el aleman Wunkelmann y queda señalado hasta el momento actual como el más bondadoso de los tratamientos conocidos.

Desinfección, cocainización de la piel del escroto ó anestesia general clorofórmica ó raquianestesia; el enfermo acostado en decúbito dorsal, el cirujano se coloca del costado enfermo, su ayudante en frente de él.

1º—Incisión vertical sobre la línea mediana an-

terior del tumor, acercándose más al anillo inguinal, no interesando más que piel y dartros, llegando á la hoja azulada y transparente de la vaginal.

2º—Desbridar el tumor de las partes blandas, si existen adherencias, siendo más frecuentes hacia la parte posterior ; este desprendimiento será á dedo.

3º—Se hernia el tumor líquido á través de la incisión escrotal.

4º—Asegurada previamente la situación del testículo, se incinde anchamente la vaginal en toda su altura.

5º—Evacuar el líquido y examinar su cavidad, de manera de poder sacar los cuerpos extraños, quiste, etc., y desgarrar las bridas que tabican la cavidad, sobre todo al nivel de los fondos de saco.

6º—Invertir la vaginal alrededor de la parte inferior del epididimo y cordón, como dedo de guante, enucleando el testículo de adentro hacia afuera.

7º—Para evitar que vuelva á su posición primitiva se fija la serosa invertida por algunos puntos de catgut ; á los elementos del cordón moderadamente sin comprimirlos.

8º—Se reintegra el testículo dentro del escroto.

9º—Sutura cutánea sin drenaje.

10º—Curación compresiva.

11º—Se levantan los hilos al séptimo día.

La reacción es insignificante ; á los ocho d'as es completamente curado.

Indicaciones operatorias—El tratamiento por la punción es hoy casi abandonado en comparación con los otros.

La exición total es especialmente aplicable á los hidroceles voluminosos con paredes espezadas.

Si el hidrocele es doble se puede operar en una misma sección de los dos costados ; si el hidrocele es más voluminoso de un costado que del otro, se opera el más grande, que por lo general el pequeño se cura expontáneamente.

En todos los casos antes de operar hay que buscar si existe una lesión testicular principalmente en los hidroceles dobles, donde un gran número de casos son sintomáticos (tuberculosis, sífilis).

En los niños el hidrocele cede á la inyección de algunas gotas de alcohol á noventa grados, en el tumor ó simplemente á la aplicación sobre las bolsas de compresas impregnada en una solución de acetato de amoniaco.

La exición de la vaginal la he visto practicar en varios casos, necesitando el paciente ser cloroformizado, trayendo algunas veces pequeñas hemorragias, dando lugar á hematomas.

Los casos operados en el servicio del doctor Emina han sido intervenidos siguiendo el método de la eversión, dando unos resultados satisfactorios, siendo una operación sencilla, requiriendo una anestesia local con la cocaina.

OBSERVACION I

Antonio T., paraguayo, 24 años, soltero, Olazabal 3058.—Entrada: 15 de marzo de 1909.

Diagnóstico—Hidrocele idiopático.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—En la infancia sarampión, á la edad de 17 años gonorrea que curó á los dos meses con tratamiento médico, tuvo chancro blando al mismo tiempo.

Enfermedad actual—Hace tres años que el enfermo se apercibió que su testículo derecho aumentaba de volumen, sin dolor ni mayores molestias, pero que de ocho meses á esta parte al caminar

se siente incómodo por su peso y volumen, lo que le deciden entrar al servicio.

Estado actual—Sujeto de regular constitución, poco panículo adiposo, buen esqueleto óseo, regular masa muscular.

Aparatos digestivo y anexos, circulatorio, pulmonar y nervioso normales.

El enfermo presenta al nivel de las bolsas y en el costado derecho un tumor de forma piriforme, á gruesa extremidad hacia abajo, su polo superior llega hasta el anillo inguinal externo, la piel del escroto se encuentra distendida con su coloración normal.

A la palpación se nota que el tumor es liso y regular, tenso y renitente, el testículo se encuentra en la parte póstero-inferior, puesto en relieve á más de la exploración digital, por la transparencia del contenido líquido. El testículo izquierdo como su epididimo en estado normal.

Tratamiento—Eversión de la vaginal, anestesia á cocaina, cura por primera intención. Se da de alta á los ocho días.

OBSERVACION II

Andrés P., 32 años, francés, casado, San Isidro, mecánico.—Entrada : julio 30 de 1910.

Diagnóstico—Varicocele é hidrocele.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales — Dice haber sido un hombre sano y no recuerda en su niñez haber estado enfermo. A los 25 años se casó ; su mujer no ha tenido familia.

Enfermedad actual—Hace ocho años que padece de la enfermedad actual, explicándola dice que sin causa aparente ninguna, al lado del testículo izquierdo apercibió una especie de bolita dolorosa á la pre-

sión, la que aumentó de abajo hacia arriba de volumen insidiosamente ; hace como tres á cuatro años que el dolor casi ha desaparecido, pero el tumor ha envuelto al testículo, no pudiéndolo palpar ; dice haber tenido tiramientos dolorosos del escrotón y aún en la ingle ; el pronio ha ido haciendo cada vez más dificultosa la marcha, se fatiga al estar en pie, lo que lo decide entrar al servicio.

Estado actual—Hombre de buena constitución, regular panículo adiposo, buena masa muscular, buen tejido óseo.

Aparato digestivo y anexos normales, como así también el respiratorio, circulatorio y nervioso.

El enfermo presenta al nivel izquierdo de las bolsas un tumor ovoideo, de regulares dimensiones, la piel es distendida, color normal.

El tumor tomado entre los dedos nos da una sensación de resistencia ó renitencia y en la cara anterior se palpa bajo el escrotón unas masas como lumbricoideas, lardaceas, á la luz transparencia.

Tratamiento—Anestesia á cloroformo, eversión de la vaginal, resección de varices, cura por primera intención ; á los diez días dado de alta.

OBSERVACION III

Miguel M., español, 35 años, Australia 217, casado, carrero.—Entrada : agosto 28 de 1910.

Diagnóstico—Hidrocele sintomático de una epididimitis blenorrágica.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—En su infancia sarampión. A los 15 años viruela, tuvo una erucción en la piel, que él la atribuye á contagio en el vapor al llegar á Buenos Aires, contando con 22 años, dice que desapareció dicha enfermedad al poco tiempo después de unos baños con azufre en polvo ; á los 26 años gonorrea que cura con prescripción médica.

Enfermedad actual—A principios de abril del corrient eaño, nueva gonorrea, que al cabo de dos semanas, siente sin causa apreciable, creyendo que es de un esfuerzo, un dolor en la región inguinal que al segundo día al tocarse el testículo lo encontró doloroso y en la parte inferior nudoso ; dice que las bolsas se incharon ; no pudiendo caminar tuvo que guardar cama ; al séptimo día, La más ligera presión ó desplazamiento de las bolsas le hacían gritar, pues el dolor era intensísimo, irradiándose en el muslo y cintura ; á los pocos días después de haber curado de su orquitis notó que la bolsa correspondiente empezaba á aumentar de volumen, pero sin dolor, no molestándole en su trabajo, mas teniendo miedo á las consecuencias que podrían sobrevenir, se decide entrar al servicio.

Estado actual—Hombre musculoso, bien desarrollado, buen esqueleto, presentando en la bolsa derecha un tumor del grandor de una cabeza y de forma ovoidea, la piel es tendida, color normal, surcada de venas, palpando se nota el escrotón libre de las partes profundas ; hay fluctuación y transparen-

cia ; en la parte póstero-inferior del tumor al ser comprimido acusa dolor.

Tratamiento—Anestesia, cocaina, eversión vaginal, cura por primera intención, á los 7 días dado de alta.

OBSERVACION IV

Antonio T., 34 años, español, Martín García 668. —Entrada al servicio : 28 de enero 1909.

Diagnóstico—Hidrocele idiopático.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Sarampión á los 4 años, fiebre amarilla á los 28 años en la Habana, fué operado hace ocho años de hidrocele.

Enfermedad actual—El enfermo dice que hace como nueve meses el testículo izquierdo empezó á aumentar de volumen y crecía de abajo para arriba, que no le dolía, que solamente le incomodaba por el tamaño que iba tomando ; hace tres meses

que ha empezado á aumentar enormemente y muy rápido ; sin dolerle resuelve venir á operarse por la molestia que experimenta con el tumor.

Estado actual—Buen esqueleto, buen estado de nutrición ; los órganos y aparatos no tienen nada de anormal ; sólo el testículo izquierdo se encuentra muy aumentado ed volumen, del tamaño de una naranja. A la palpación liso, indoloro, renitente ; el examen á la luz comprueba que es transparente y la parte ocupada por el testículo opaca.

Tratamiento—Anestesia, cocaina, eversión de la vaginal, cura por primera intención, á los 8 días es dado de alta.

OBSERVACION V

Gregorio P., 48 años, español, soltero, General Paz 1786.—Entrada : el 5 de febrero 1909.

Diagnóstico—Varicocele é hidrocele.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Ha tenido reumatismo poliarticular agudo á los 29 años, una blenorragia que duró un año, á consecuencias tuvo una estrechez, renunciando al sondaje y sufriendo algo de la vejiga.

Enfermedad actual—Desde el 30 de marzo de 1908 empezó á sentir una incomodidad en el testículo izquierdo que le impedía andar ligero ; notó

al mismo tiempo que las venas del testículo se le ponían gruesas.

Estado actual—Sujeto de buena constitución de tejido óseo y muscular, buen estado de nutrición. Los órganos no presentan nada de anormal; sólo el testículo izquierdo se encuentra un poco aumentado de volumen, fluctuante á la palpación, liso, y las venas se notan gruesas, apelotonadas.

Tratamiento—Anestesia clorofórmica, eversión de la vaginal y extirpación de los paquetes varicosos, cura por primera intención, á los ocho días dado de alta.

OBSERVACION VI

Carlos C., argentino, 58 años, empleado, soltero.
—Entrada : noviembre 10 de 1908.

Antecedentes hereditarios — Madre tuberculosa (falleció).

Antecedentes personales—En la infancia sarampión y escarlatina ; á los dieciocho años fiebre tifoidea ; de veintidos á veinticuatro años sífilis, siguiendo un tratamiento enérgico de fricciones é inyecciones por varios años ; ha tenido también dos gonorreas.

Enfermedad actual—Hace cuatro años que vió aparecer un tumor en la bolsa derecha, indoloro, que fué aumentando progresivamente hasta llegar al

tamaño de una naranja ; de cuando en cuando el tumor tenía pousse dolorosa que le hacía guardar cama ; hace un año, tuvo uno de estos ataques dolorosos, quedando desde entonces aumentado mucho en volumen y más duro.

Estado actual—Hombre de regular estatura, poco tejido adiposo, regular tejido óseo, como muscular, aparato digestivo y anexos, respiratorio y circulatorio buenos. Al examinársele comprobamos en la bolsa derecha un gran tumor de forma piriforme, cuya base se encuentra hacia abajo ; el escroto liso, tenso, surcado de venas ; á la palpación el escroto libre de las partes profundas, no hay fluctuación pero sí renitencia, sensación de dureza ; para la transparencia se tiene que recurrir á una fuerte luz y aún no tenemos mucha nitidez.

Tratamiento—Anestesia á cocaina, eversión de la vaginal, cura por primera intención, á los ocho días dado de alta.

A. Viaggio.

Buenos Aires, Diciembre 15 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. E. Zárate, al profesor titular Dr. J. Cranwell y al profesor suplente Dr. M. Viñas, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires. Diciembre 24 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2264 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

—

I

La Azoospermiosis en el hidrocele.

Zârate.

II

¿Existe el hidrocele idropático ?

Cranwell.

III

Valor comparativo de los diversos tratamientos del hidrocele.

Marcelo Viñas.