

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

Nº 26.

TUBERCULOSIS
DEL TESTÍCULO

TÉSIS

QUE

PARA EL EXAMEN DE MEDICINA Y CIRUGIA

PRESENTA AL JURADO DE CALIFICACION

BENJAMIN CASTILLO

ALUMNO DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA
Y DE LA ESCUELA PRÁCTICA MÉDICO-MILITAR,
ASPIRANTE DEL CUERPO DE SANIDAD DEL EJÉRCITO
MEXICANO.



MEXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE
BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1884



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEB. TESTICULO

T. P. 12

WILLIAM BASTIAN



WILLIAM BASTIAN

A mi Madre.

A la memoria

De mi Padre.

A mi querido tío

Crescencio Reyna

PEQUEÑA DEMOSTRACION DE APRECIO Y GRATITUD.

Al Sr. Doctor
Grat. Francisco Montes de Oca.

Al Estado de Morelos

ETERNA GRATITUD.

A los Sres. Doctores
Ramon Macias, Felipe Larios
y
Fernando López

PROFESORES DE LA ESCUELA PRÁCTICA MÉDICO-MILITAR.

BAJO muchos puntos de vista importa al cirujano conocer bien las enfermedades del testículo, y su estudio ha sido siempre objeto de investigaciones muy concienzudas.

En las enfermedades del testículo hay aún muchos puntos oscuros, y nada tiene esto de extraño, cuando faltan aún por investigar muchos detalles de anatomía y fisiología. Aun se discute si el testículo es una glándula, si el espermatozoide es la transformación directa del epitelio de los canalículos, etc. Se ignora absolutamente el modo de producirse de ciertas enfermedades del testículo que se consideran como metastáticas, la orquitis urleana, por ejemplo.

Hasta hace cuatro años han empezado á hacerse investigaciones minuciosas sobre la espermatogenesis de los animales (Brisseaud, Archivos de Fisiología de 1880), y en el hombre este estudio está todavía incompleto.

Hay dos enfermedades que tienen entre sí una relacion casi constante, pero entre las cuales se ignora la clase de parentesco que las une: *la Epididimites tuberculosa y la Epididimitis blenorragica*. La segunda es una enfermedad grave, porque compromete una funcion importantísima, como es la reproduccion.

La tuberculosis del epidídimo ha sido poco estudiada bajo el punto de vista anatómico, quizá por las dificultades que hay para conseguir piezas de estudio. Cubriendo esta falta Mr. Brisseaud, emprendió una serie de experiencias ligando el canal deferente y buscando las analogías que hay entre las consecuencias de las li-

gaduras ú obturaciones de otros canales excretores. La segunda serie de experiencias de Mr. Malassez fué haciendo inyecciones de líquidos fuertemente irritantes por el canal deferente, con objeto de provocar epididimitis, que á veces se hacian crónicas unas, y otras nos han servido para confirmar nuestras apreciaciones.

Nosotros, gracias al tratamiento que emplea el Sr. Montes de Oca en la tuberculosis del testículo, la castracion, hemos podido hacer un estudio anatomo-patológico directo: el artículo de anatomía patológica son dos lecciones dadas por el Sr. Felipe Larios en la Escuela Práctica Médico-Militar, á quien ayudé en todas las operaciones.

Como esta enfermedad no es rara en el ejército, hemos tenido ocasion de estudiar varios casos: de ellos he sacado mi estudio clínico, teniendo ocasion de observar estos enfermos algun tiempo despues.

Para un estudio de tanta trascendencia es aún reducido el número de mis observaciones, pero mis compañeros lo seguirán, sin duda, con más acierto que yo.

ANATOMIA PATOLOGICA.

CREEMOS conveniente que ántes de entrar en consideraciones de anatomía patológica, digamos, aunque sea á grandes rasgos, la historia del enfermo que nos ha suministrado las piezas para su estudio.

El soldado Tranquilino Reyes, de 40 años de edad, de oficio jornalero, nos dice que no ha padecido anteriormente ninguna enfermedad, que solo á la edad de diez años tuvo viruelas; nos niega tambien haber tenido algun escurrimiento blenorragico, y ni siquiera se sospecha que fuera sifilítico.

Anteriormente á esta fecha habia estado en una sala de sífilis curándose del mismo testículo.

En esa vez, nos refiere, que un dia, limpiando su equipaje, y quién sabe cómo, se dió un ligero golpe con una correa en su testículo, y que al dia siguiente comenzó á sentir dolores y á hinchársele.

En la sala que estuvo, como no habia nada que hiciera sospechar la naturaleza de la afeccion, se le trató por una orquitis traumática, teniendo en cuenta, sin duda, el ligero traumatismo que acusaba. Despues de un mes, y sin que presentara ningun otro signo que el aumento de volúmen del epidídimo y dolores más intensos cuando se comprimia su testículo enfermo, se le dió de alta y se fué.

Sólo iban trascurridos cinco dias cuando volvió á sentir molestias más grandes; el dolor se exacerbó, el hinchamiento fué aumentando, al grado que le era imposible continuar en el servicio, y el 12 de Febrero de este año entraba á ocupar el número 41 de la 3ª sala de Medicina.

Esta segunda vez fué cuando tuvimos oportunidad de verlo,

pues por fortuna sirvió para el estudio de la clínica en este Hospital.

Palpando la region enferma, se encontraba que el aumento de volúmen era debido exclusivamente al epidídimo, sin participar para nada la glándula; las cubiertas escrotales contribuian á aumentarlo, porque en la parte posterior é inferior del escroto se sentia con toda claridad la fluctuacion, indicando la presencia de la supuracion.

El epidídimo era grande, duro, con abolladuras claras y cubria como la mitad del testículo. El absceso fué abierto, dando salida á una gran cantidad de supuracion.

El alumno á quien tocó hacer el estudio de su afeccion, despues de haber hecho el diagnóstico de testículo tuberculoso, optó por el tratamiento clásico, la extirpacion del testículo.

Se exploraron los órganos profundos, prostata y vesículas seminales, y el Sr. Montes de Oca, sin reprobear la conducta del alumno, propuso, despues de hacernos ver las ventajas que resultarian, comenzar por intentar la raspa de la pared del foco.

Se dispuso así la operacion; pero en medio de ella, y para enseñar al discípulo dónde debia dirigir el instrumento, sintió hundírsele repentinamente, cambiando desde ese momento el tratamiento de la raspa por el de la castracion.

La operacion se practicó como sigue: introdujeron una sonda en la fístula é hicieron una incision amplia, encontrando una cavidad anfractuosa, con trabéculas pasando de un lado á otro del absceso, sumamente blandas, y las paredes de éste cubiertas de vegetaciones de un color gris rojizo, tapizadas de pus y conservando ese aspecto despues de lavado el foco.

En un punto del absceso se encontró abierta la membrana albugínea y la masa de la glándula comunicando en este punto con el absceso. La cavidad vaginal adheria sólo en este punto; lo cual hizo temer que si no se extirpaba la glándula, este pequeño foco seria suficiente para invadirla toda, y se decidió, como dijimos, á su extirpacion.

La operacion nos dió para examinar las piezas siguientes:

1º Un fragmento de piel que formaba parte de la pared del absceso y que presenta los caracteres que ya describimos.

2º El testículo envuelto en su membrana serosa muy vascularizada; presentaba en su parte superior y posterior los restos de las paredes del absceso y en la parte anterior del mismo borde el cordon cortado.

Abierta la serosa, la encontramos adherida en todo su tercio posterior, y la membrana parietal llena de puntos transparentes de dimension variable, de 0.^m001 á 0.^m005 de diámetro, redondos, parecidos á las granulaciones que se encuentran á veces en otras serosas tuberculosas. A nivel de las adherencias, la membrana tenia un aspecto lardáceo y estaba muy gruesa.

La mayor parte de la glándula está aparentemente sana, excepto en el punto de union con la cabeza del epidídimo, en cuyo punto es muy difícil decir adónde termina la glándula y empieza el epidídimo.

En este punto se encontraba una masa caseosa de 0.^m01 de diámetro, rodeada de pequeñas granulaciones que se notan en todo el trayecto del epidídimo.

Los vasos estaban un poquito dilatados, los linfáticos bien aparentes, y el cordon parecia encontrarse sano.

El Sr. Felipe Larios, para el estudio histológico, tomó las piezas siguientes:¹

1º El testículo mismo, sano, que puso en alcohol.

2º La cabeza del epidídimo, con su foco caseoso dividido por la mitad, tambien en alcohol.

3º La piel que cubria el absceso, en alcohol.

4º Un pedazo de cordon disecado, en alcohol.

5º Un pedacito de testículo en ácido ósmico á $\frac{1}{100}$

6º Un pedacito de canal deferente, en ácido ósmico, al $\frac{1}{100}$

¹ Comienza desde aquí la parte tomada de las lecciones que dijimos en la introduccion.

1°

Las piezas impregnadas en ácido ósmico: un pedazo de testículo y un pedazo de canal deferente quedaron en este reactivo 24 horas y luego los pusimos en alcohol otras 24 horas.

1°—El canal deferente, enteramente negro y duro, lo montamos en médula de sauco y en el microtomo, é hicimos cortes delgados, que montamos, sin más coloracion, en glicerina.

Con el objetivo 2 y el ocular 1 de Verik se encontró el epitelio formando repliegues que casi obstruian la cavidad del canal, más bien los canales, porque en el mismo espesor de tejido muscular, con la misma envoltura fibrosa, habia dos canales, quizá por haberlo tomado enteramente en el nacimiento del cordón.

Afuera de la mucosa que tapiza el canal, un poco de tejido conjuntivo laxo y de tejido fibroso, que pertenece más que á la pared, á la mucosa.

Las paredes del canal están formadas, casi enteramente, de tejido muscular, liso, en capas trasversa y longitudinal, mal separada una de otra y envueltos en una nueva capa fibrosa: más afuera se ve un poco de tejido conjuntivo laxo, conteniendo cortes de vasos y nervios.

El epitelio es cilíndrico, siguiendo todas las sinuosidades de la cavidad, con sus núcleos dispuestos á la misma altura, sus celdillas muy largas, en algunos puntos invadidas por una multiplicacion anormal de las celdillas basales, que forman como una especie de vegetacion en la superficie del epitelio. Una de ellas completamente organizada, porque el corte enseña en su interior un vaso muy claro lleno de glóbulos rojos.

En el tejido conjuntivo y en el tejido muscular no encontramos nada extraordinario.

No olviden Vdes. que el corte está hecho en el trayecto del cordón, cerca del testículo, pero en un lugar aparentemente sano.

2º

La 2ª pieza que examinamos es un corte de testículo, impregnada de ácido ósmico, tomada en un lugar en que la glándula me pareció sana.

Como los resultados de este exámen están enteramente de acuerdo con los que nos dió el estudio de un corte de testículo endurecido por el método clásico, sólo describiré la 2ª preparación, en que son visibles los detalles de estructura.

Recuerden Vdes. que el método que les he descrito y que han visto aplicar, consiste en poner las piezas en alcohol por 1 ó 2 días, sustituir despues, durante 24 horas, el alcohol por una solución saturada de ácido pícrico; luego poner la pieza otras 24 horas en una solución de goma no muy espesa, y por último, 24 horas en alcohol fuerte.

Se monta la pieza así endurecida, en un cilindro hueco de médula de sauco, se coloca éste en el microtomo, y se hacen cortes delgados que se dejan algún tiempo en agua para descargarlos de la goma y del ácido pícrico y montarlos en preparaciones permanentes, despues de haber sido coloridos por el pierocarminato de amoniaco.

Por este método han sido preparadas todas las piezas que vamos á examinar.

Nos ocuparemos primero sólo del testículo.

El corte (Lám. I, Fig. 1ª) examinado en su conjunto con un aumento de 60 diámetros (Ocu. 1 y obj. 2, Verik), nos presenta una multitud de canalículos seminíferos cortados en todos sentidos, la mayor parte trasversalmente.—Se ven también cortes longitudinales y oblícuos.—Todos con una cavidad

en el centro, con la pared muy gruesa y separados por un tejido fibroso más abundante en unos puntos que en otros.

La cavidad de los canalículos no existe al estado normal, pues se encuentran enteramente llenos por su epitelio y el esperma en gran parte aun al estado celular. La pared de los canalículos es también mucho más delgada al estado normal, y el tejido conjuntivo intersticial mucho menos abundante.

1º—El epitelio de los canalículos (Lám. I, Fig. 2ª), vista con un aumento de 500 diámetros, nos enseña que está formado de celdillas redondas dispuestas en 2, en 3, y hasta en 4 capas, y separadas de la pared fibrosa por una membrana basal muy gruesa; en algunos puntos queda un espacio entre la membrana basal y las celdillas, lo que no es más que un accidente de preparación.

La 1ª capa de celdillas (núm. 3), está formada de celdillas redondas con núcleos grandes que se coloran perfectamente por el picrocarminato, pero menos que las de la 2ª y 3ª. Su aspecto es uniforme ó ligeramente granuloso.

La 2ª capa de celdillas (núm. 4), está compuesta de dos especies de elementos; celdillas redondas con su núcleo enteramente granuloso, que es lo que, según Brisseaud (Archivos de Fisiología, 1880, pág. 147), caracteriza el segundo período de la espermatogenesis. Encontramos además otras celdillas (número 5) muy grandes, transparentes y globulosas, con su núcleo repelido hácia un lado, como si se hubieran transformado en celdillas caliciformes, ó más bien celdillas mucosas, de las que unas se ven al principio de su transformación y otras próximas á reventarse y dejar el núcleo nadando en el líquido que llena el canalículo ó adherido por una fragmentación de protoplasma.

En todas las preparaciones que he hecho no he visto un solo espermatozoide, y las diferentes fases porque se ve pasar el epitelio, nos indica que á pesar de conservarse la actividad de las celdillas para formar espermatozoides, se quedan en el 2º

período de su evolucion, sufriendo una trasformacion mucosa, y dando lugar á un líquido absorbible.

No podemos aún generalizar este procesus á todos los casos en que haya obstruccion de las vías espermáticas, porque aun no tenemos observaciones, y este estudio no se ha hecho aún en el hombre, pues los únicos que se han ocupado de él, Mr. Malassez y Terrillon, han hecho todas sus experiencias en perros, á quienes provocaban una epididimitis por la inyeccion de nitrato de plata en el canal deferente, y estudiaban el testículo muy pocos dias despues de la obstruccion (Archivos de Fisiología de 1880, pág. 738). Estos señores encontraron los testículos que examinaron con su epitelio en los tres períodos de la espermatogenesis y espermatozoides libres y en gran cantidad. Como nuestro enfermo tenia ya varios meses de obstruccion, quizá la retencion de su esperma detenia la formacion de nueva, quedando su actividad, por decirlo así, en su estado latente.

2º—La pared de los canalículos está formada de una membrana basal (Lám. I, Fig. 2ª, núm. 2), gruesa, cubierta de celdillas aplastadas en su cara externa y de una capa fibrosa más gruesa que al estado normal, con pocas celdillas conjuntivas, excepto á nivel de la parte posterior del epidídimo, en donde el testículo está inflamado y las celdillas conjuntivas, enormemente multiplicadas, pero separadas siempre de las celdillas epiteliales, por la membrana basal, multiplicadas tambien por la inflamacion. Las primeras de estas celdillas resultan de la multiplicacion de las celdillas plásmicas de que vamos á hablar.

3º—Los espacios (Lám. I, Fig. 1ª, núms. 2, 3 y 4, y Fig. 2ª, 1-6) que dejan entre sí los canalículos, están llenos de tejido conjuntivo, laxo en unos puntos y fibroso en otros: en medio de este tejido conjuntivo, caminan los vasos y los capilares, estos últimos rodeados de una ó más capas de celdillas grandes, poliédricas, de protoplasma granuloso, que los autores llaman celdillas *plásmicas* (Lám. I, Fig. 1ª, núm. 3; y Fig. 2ª,

núm. 6), y que en las cavidades que dejan formando éstas, están tapizadas del endotelio que forma la pared propiamente dicha del capilar.

No se conoce la significacion fisiológica de estas celdillas, que sólo se encuentran en el testículo, siendo más abundantes cerca del antro de Higmore, y que en una de nuestras preparaciones, debajo de la cola del epidídimo, se han multiplicado de un modo exagerado.

Examinados el canal deferente y el testículo, nos ocupamos luego del estudio del epidídimo endurecido del mismo modo que el testículo.

Hicimos tres cortes perpendiculares á la direccion del epidídimo, uno en la parte anterior, uno en la parte media y otro en la parte posterior. Para la inteligencia de los resultados de estos cortes, recordaremos de paso la relacion del epidídimo con la terminacion del canal y del testículo por medio de una figura de conjunto, en que A, representa el canal deferente, hasta la terminacion del cordón: de B á C, el mismo canal desde que se bifurca y se hace flexuoso: de C á D, el epidídimo: E, los conos eferentes: F, el antro de Higmore, y G, el testículo.—Los cortes fueron practicados á nivel de las líneas rojas 1, 2, 3 y 4.

La última indica el corte del testículo de que nos ocupamos ya.

Las preparaciones 1, 2 y 3 que resultaron de los cortes 1, 2 y 3, están representados en la Lám. II, vistas con un aumento de cuatro diámetros.

La 1ª (Lám. II, Fig. 2ª), nos presenta en su parte superior el canal deferente dividido en seis tubos, rodeado de tejido conjuntivo inflamado, y en su parte inferior el epidídimo reemplazado por una masa de tubérculos con varios focos de reblandecimiento, de los cuales dos presentan ya una pequeña cavidad.

Examinada esta preparacion con un aumento mayor (Ocu. 1 y Obj. 4, Verik, 130 diámetros), encontramos en el canal de-

ferente, su epitelio en unos puntos casi intacto, compuesto de celdillas cilíndricas, conservando aún su epitelio, pero sin pestañas vibrátiles, con las celdillas basales en gran número. En otros puntos el epitelio cilíndrico es reemplazado por una masa de celdillas redondas, resultado de la proliferación de las celdillas basales, pero sin faltar en ningún punto una cubierta epitelial.

En el espesor mismo del canal deferente encontramos granulaciones tuberculosas perfectamente constituidas con su zona de celdillas redondas bien coloridas por el carmin. Otra zona concéntrica é interior, formada de celdillas teñidas aun más fuertemente, y el centro ocupado por una celdilla gigante, cuyos núcleos en gran número forman un círculo en su periferia y cuyo centro está ocupado por una masa naranjada, trasparente, á cuyo aspecto se ha dado el nombre de transformación vítrea.

Partiendo de este nódulo tuberculoso y de los otros que se encuentran en la misma posición, la abundancia de celdillas va disminuyéndose de un modo uniforme, excepto á nivel de los vasos, en donde su número aumenta bruscamente. Los vasos examinados con cuidado y con el objetivo núm. 7, se encuentran todos con su endotelio inflamado y una infiltración de celdillas á su alrededor, tanto mayor cuanto más cerca se examina del lugar ocupado por el epidídimo.

La endarteritis tuberculosa, perfectamente estudiada por Kierner y por Cornill, presenta en nuestra preparación caracteres brillantes.

Los núcleos del endotelio casi obstruyen en algunos puntos la abertura del vaso; las paredes están completamente infiltradas de celdillas, el contorno del vaso y los tejidos del alrededor lo están igualmente; los vasos que aun conservan una cavidad están llenos por una masa amarillenta. A esto se ha dado también el nombre de degeneración vítrea.

Kierner establece la analogía que existe entre este aspecto

de un vaso inflamado y el corte de una granulacion tuberculosa con su celdilla gigante en el centro.

En uno y otro se encuentra una masa trasparente (degeneracion vítrea), rodeada de una corona de núcleos aparentemente libres, bastante teñidos por el carmin, y luego las dos zonas de celdillas que hemos descrito anteriormente.

Sólo con un gran esfuerzo de imaginacion se puede encontrar la justicia de esta opinion; pero en un corte suficientemente fino, se ve con toda claridad que es ciertamente una cavidad celular el contenido de los núcleos, algunas veces aglomerados hácia un lado, quedando el opuesto casi libre, como se aglomera un puñado de nueces en el fondo de un saco.

Recorriendo la preparacion, se pueden observar arterias cortadas en todos sentidos y estudiar los diversos períodos de su inflamacion.

Examinada la region ocupada por el epidídimo, encontramos una masa compacta de celdillas redondas, interrumpidas de trecho en trecho por celdillas gigantes visibles á un pequeño aumento y por focos de reblandecimiento amarillos, cargados de grasa en unos puntos y formando una cavidad en otros.

El punto de union entre estas masas tuberculosas y el tejido sano no es enteramente limitado; la infiltracion celular va disminuyendo progresivamente, y la endarteritis se propaga mucho más allá de las granulaciones tuberculosas.

La 2ª preparacion (Lám. II, fig. 3ª), el corte hecho en medio del epidídimo, nos presentó éste casi sano, el canal deferente con cuatro tubos, conservando su epitelio sin otra alteracion que la caída de las pestañas vibrátiles y la proliferacion de las celdillas basales. Las paredes del canal y el tejido conjuntivo que los separa del epidídimo, sanos.

En todas las experiencias emprendidas por Malassez y Terrillon inyectando nitrato de plata en el canal deferente, la caída del epitelio era inmediata y la inflamacion consecutiva del canal persistente por mucho tiempo. (Archiv. de Fisiolog.)

El epidídimo en esta preparacion lo encontramos afectado de una inflamacion parenquimatosa muy moderada y limitada á la mitad que está más cerca de las granulaciones tuberculosas, formadas en el tejido celular vecino á su pared.

Esta inflamacion consiste: 1º (Lám. I, figs. 4ª y 5ª, nº 2.), en la caída de las pestañas vibrátiles; 2º, en la caída en algunos puntos del platillo que las sostiene; 3º, en la proliferacion de las celdillas basales que, pasando entre las celdillas cilíndricas, vienen á presentarse en la superficie del epitelio, formando salientes muy irregulares, poco coloridas por el carmin y que Malassez describe con el nombre de *cellules en massue* (Lám. I, fig. 5ª, núm. 1); 4º, la sustitucion completa en algunos canales del epitelio normal, por una masa de tejido embrionario, resultando de la proliferacion de las celdillas basales. En estos puntos se encuentra la pared misma del canal y el tejido celular intersticial inundados de celdillas redondas (Lám. I, fig. 3ª, núm. 2).

Las granulaciones tuberculosas vecinas al epidídimo, presentan los mismos caractéres que las que describimos en la preparacion anterior. No olvidemos que este corte fué hecho en la parte media del epidídimo.

La 3ª preparacion, resultado del corte hecho en la parte posterior del epidídimo, nos presentó éste sustituido por una masa tuberculosa con cavernitas que al disecar la pieza extirpada, vimos que comunicaban con el absceso subcutáneo. De los tubos epididimarios nada queda absolutamente. Abajo del epidídimo está el testículo inflamado en este punto y que ya describimos.

En resúmen, encontramos las partes anterior y posterior del epidídimo tuberculizadas, su parte media sin tubérculos, y granulaciones tuberculosas fuera del epidídimo á este nivel, estableciendo sin duda la comunicacion entre las masas tuberculosas de la cabeza y las de la cola del epidídimo. El canal deferente sólo contenia tubérculos en su terminacion y el testículo debajo de la parte posterior del epidídimo.

De todos estos estudios parece resultar que la propagacion de los tubérculos no se hace por el interior de los canales, sino por los vasos irrigadores de estos órganos, puesto que hay puntos en que se conserva el epitelio intacto, á pesar de estar levantado por una granulacion tuberculosa y encontrarse las arterias inflamadas cerca de estas granulaciones. Quién sabe si las granulaciones tuberculosas sean, como las cree Mr. Martin, focos de endarteritis.

ETIOLOGIA.

Es comun que el tubérculo del testículo se presente con predileccion en la época de la vida que más funciona; así, es raro ántes de la pubertad; pero no faltan autores que lo señalen aun en los primeros años de la vida. Bryant cita un caso de dos años, Dufour otro de diez y ocho meses, y Lannelongue habla de otro de seis años; sin embargo, es cosa excepcional; lo general es, que la enfermedad se desarrolle cuando la glándula está en su mayor actividad. Por término medio señalan los autores el período comprendido entre veinte y treinta y cinco años. Yo, por mi parte, en los pocos casos en que he sabido la edad, como puede verse en el cuadro de mis observaciones, siete han estado comprendidos entre veinte y treinta, tres entre treinta y cuarenta, y uno de setenta y dos. Si acaso no la he observado en otros casos, puede explicarse, porque segun la ley, nuestros soldados deben estar comprendidos, poco más ó ménos, en esta edad. Es de advertirse que, mientras más se aleja de este período, más rara tambien parece hacerse la enfermedad. Hay cierta predileccion de las lesiones testiculares por la edad. La orquitis de los masturbadores, el hidrocele, la epididimitis blenorragica y el varicocele, son enfermedades de

la adolescencia; la tuberculosis, la sífilis y el cáncer, son de la edad adulta.

De una manera contraria á lo que pasa en la tuberculosis pulmonar, que siempre ataca á individuos debilitados, minados por la miseria ó agobiados por enfermedades anteriores, la tuberculosis genital, haciendo excepcion á esta ley, se desarrolla generalmente en individuos de la mejor constitucion, jóvenes, robustos, y que no tienen la menor apariencia de llevar en su organismo la miserable neoplasia, que se habia creido capaz sólo de desarrollarse en personas de mala constitucion. El Dr. Montes de Oca, en sus lecciones clínicas, hace mucho tiempo que insiste sobre este hecho, y los estudios modernos no han hecho sino comprobarlo, demostrando tambien que la tuberculosis huesosa del tejido celular subcutáneo, ganglionar, etc., se desarrolla generalmente en individuos de buena constitucion.

Salleron indica, y quizá tenga razon, la frecuencia en el ejército, de la epididimitis tuberculosa; nuestros soldados, ántes de ingresar á las filas, están acostumbrados á trabajos rudos, á una vida más activa que la que generalmente llevan en el cuartel; si á esto añadimos la insuficiencia de su alimentacion y la influencia que la moral debe sufrir en el cambio repentino de sus costumbres, coartando casi radicalmente la libertad de sus actos, sujetos á vivir en comunidad, y por lo mismo á las influencias de ella, tendrémós al ménos motivos para creer que su constitucion sufrirá, y sufrirá tanto más, cuanto estas causas tiendan á hacerse más notables.

Los hábitos del individuo contribuyen, indudablemente, á la localizacion de la diátesis; los excesos venéreos y la masturbacion tienen una doble influencia, por una parte debilitando al organismo entero, por otra debilitando el aparato genital, y principalmente el aparato glandular, que se vuelve un terreno propicio para el desarrollo de la granulacion tuberculosa.

La regla general es, que la tuberculosis testicular sea primitiva, es decir, que el epidídimo sea invadido desde luego, y de allí se propague al resto del aparato excretor (canal deferente, prostata, etc.) y se generalice al resto del organismo. La tuberculosis testicular hace, pues, excepcion á la ley de Louis, como él mismo lo habia hecho notar. De paso dirémos que la Histología moderna ha venido á aumentar el número de excepciones á esta ley, demostrando la presencia del tubérculo en los huesos, en los ganglios, en el tejido celular, (abscesos frios), etc., ántes de que aparezca en el pulmon. La tuberculosis genital consecutiva es rara; sin embargo, se observa uno que otro caso en la tuberculosis pulmonar; en los que llevan tubérculos huesosos es más rara todavía, porque, como se sabe, esta enfermedad es propia de los niños, y ya dijimos que la tuberculosis genital es una enfermedad de la edad adulta. Lannelongue, en 75 observaciones de tubérculos huesosos, sólo encontró un caso de epidídimo tuberculoso.

Natural es que buscando la etiología de esta lesion, se ocurra escudriñar los antecedentes hereditarios. En efecto, se sabe que la diátesis tuberculosa se trasmite de esta manera de una generacion á otra, y no porque los padres hayan llevado la diátesis irremisiblemente los hijos serán tuberculosos; pero sabido es tambien que nacen en tal decaimiento, en tal estado de debilidad constitucional, que si la higiene no interviene con sus consejos modificando ese organismo, alejando las influencias que pudieran encaminarlo en el sentido más favorable á su desarrollo y crecimiento, en poco tiempo serán portadores de otra enfermedad, la escrófula, que indudablemente no es más que el paso, la transicion á la tuberculosis. Difícil y prolijo seria entrar aquí en pormenores sobre si hay un parentesco entre la escrófula y la granulacion, si ésta es la más alta manifestacion de la escrófula ó si las liga la sola co-existencia; pues la ciencia sobre este punto no ha dicho aún su última palabra; tampoco es ese nuestro propósito; pero tal

vez los progresos de la Histología moderna nos harán conocer la anatomía íntima, el proceso patológico verdadero, y cesarán las confusiones actuales arrancando una vez más á la naturaleza sus secretos. En vano hemos apelado á los antecedentes de familia para explicarnos la tuberculosis testicular; los casos en número relativamente cortos que se nos han presentado, todos han sido negativos; la mayor parte en sentido inverso, ó tan dudosos, que de ninguna manera tendríamos derecho de deducir alguna relación de causa á efecto entre las enfermedades de sus antecesores y sus padecimientos actuales.

No podemos, pues, hasta ahora sentar una relacion entre un individuo que lleve esta lesion y los antecedentes hereditarios de las padres. Otro tanto nos pasa cuando se trata de los otros órganos: si un pulmon está afectado, no aseguramos sin temor de equivocarnos, que buscando esos antecedentes, irremisiblemente los encontraremos. La diátesis al nacer no pasa de ser una disposicion de fácil tendencia á la tuberculizacion de cualquier órgano; unas veces será el pulmon, otras las meninges, el peritoneo, el testículo, etc.; pero nunca, dado un caso, sostendríamos que tal ó cual órgano seria de preferencia atacado.—No lo negamos, pero sí lo dudamos. Un hijo de un tuberculoso, como otro de un escrofuloso ó simplemente debilitado por otras causas, está predispuesto á tuberculizarse: si un dia por una causa enteramente particular, un tejido, un órgano, un aparato pierde su fuerza habitual, hallará el gérmen las condiciones para su desarrollo.

Las causas que hemos estudiado se pueden considerar como predisponentes; vamos á ver ahora las ocasionales.

Un buen número de enfermos refieren el origen de su padecimiento á un golpe ó á una compresion de sus bolsas. En efecto, el testículo por su situacion está expuesto á ser contundido fácilmente, ¿pero quién no ha recibido una contusion en sus bolsas? Viene una cuestion de fácil resolucion si se

atiende á las circunstancias en que se ha verificado. Una persona recibe un traumatismo, poco despues presenta los síntomas de una orquitis aguda ó sub-aguda; ésta termina por un foco que supura y se abre camino al exterior, pasa el período inflamatorio y deja por huella una fístula inagotable: examinando con cuidado la glándula, se tendrán datos para diagnosticar el tubérculo. Otra persona señala una contusion, se le desarrolla una orquitis aguda, aun más, sobreaguda; pero no supura; pasados unos dias la inflamacion se detiene, el testículo vuelve á su volúmen normal y sigue funcionando sin señal ninguna de perturbacion. ¿Qué pasa aquí? ¿Por qué uno ha visto hacerse su testículo tuberculoso y otro no? Puede muy bien suceder que anteriormente al traumatismo existiese el gérmen al estado latente bajo forma de granulacion, y entónces la inflamacion no ha hecho más que apresurar su marcha, solo ha sido el pretexto para verificar su completa evolucion. —Puede ser tambien que, sin existir las granulaciones, pero sí las condiciones generales, no haya hecho más que llamar hácia aquel órgano la determinacion, como lo hubiera hecho en otro cualquiera si la ocasion le hubiese sido favorable. (*Locus minoris resistentiæ.*)

Algunos autores opinan de otro modo: Cruveilhier dice así: ¿Acaso no pudiera haber tuberculizaciones localizadas debidas á causas locales, como hay tuberculizaciones generalizadas debidas á causas generales? En este caso sucederia lo que á decir de algunos sucede en el pulmon, que son causas de la afeccion que nos ocupa, la constante introduccion de gases, de vapores, de polvos que manteniendo una irritacion continúa, acaban por determinar la enfermedad.

La blenorragia trae con mucha frecuencia, como complicacion, la epididimitis que, bien sea desatendida por el enfermo mismo, bien por un tratamiento mal dirigido, no ha permitido á la inflamacion llegar á su franca resolucion.—Entónces ese estado crónico de la epididimitis mal resuelta, obra allí como

una espina, manteniendo una especie de irritacion constante, que á la causa más fútil, más pequeña, hará estallar el tubérculo, quizá será por lo frecuente que es la blenorragia en nuestros soldados; pero el hecho es que la he encontrado en varios casos.

Creo, á mi humilde juicio, que si la epididimitis no se debe tomar en alta consideracion, al ménos no se desechará por completo de la etiología. Otro tanto dirémos del bubon cuando es de larga duracion. Un individuo de la 3ª Sala de Sífilis que ocupa la cama núm. 8, nos presenta un ejemplo de este caso. Si es cierto que ha llevado su blenorragia mucho tiempo, entónces no tuvo nada en su testículo; pero sí nos consta que ha tardado más de seis meses para cicatrizarle un bubon; y este enfermo nos presenta un caso tipo de epididimitis tuberculosa.

SINTOMATOLOGIA.

La afeccion que nos ocupa no tiene un modo de principio que le sea peculiar, pues puede aparecer bajo dos formas: bien es una orquitis, al parecer franca, y solo es la manifestacion aguda de la tuberculosis, ó bien pasa desapercibido ese período y solo la marcha eminentemente crónica nos la revela, y entónces tenemos la forma crónica, el tipo ordinario del testículo tuberculoso.

Verémos la 1ª forma:

Dividirémos los datos que pudiéramos recoger, en anamnésticos, racionales ó subjetivos, y en físicos ú objetivos.

De los primeros no nos ocuparémos, por pertenecer en gran parte á lo que hemos referido en la etiología, buscando los antecedentes.

Entre los segundos, el dolor es el primero que llama la aten-

cion del enfermo, y presenta varios caractéres: á veces lancinante, fijo, desgarrador, no deja al enfermo un solo instante de reposo, comienza al mismo tiempo que el hinchamiento y crece con él; otras contusivo, como si las bolsas estuviesen comprimidas por un agente exterior; finalmente, otras vago, situado en la glándula ó en el epidídimo, soportable, mucho más si la primera no es el sitio principal de la inflamacion. No tiene tampoco, como signo distintivo, manifestarse sólo en el lugar de su nacimiento, se irradia de allí á lo largo del cordon, á la region prostática, á la fosa iliaca, y en ocasiones, hasta los riñones. Se exacerba cada vez que el enfermo intenta cambiar de posicion, sentarse, pararse ó andar, y solo lo alivia el decúbito dorsal; así se les ve estar condenados, durante este período, á guardar esta posicion con los muslos doblados y abiertos, porque, como deciamos, el menor contacto, el más ligero frotamiento lo exacerba, si por el reposo se habia hecho tolerable.

Así es como pasa en la orquitis aguda; en la sub-aguda, está indudablemente en relacion con la marcha de la afeccion. Sin embargo, hay una de naturaleza blenorragica que "Gosslin" denomina "neurálgica," en la cual el síntoma dolor es esencialmente predominante; pero se comprende que no hay razon en aceptarla, solamente cuando sea específica, pues la inflamacion en los dos casos es la misma; el dolor no está en proporcion con el hinchamiento ni con la vaginalitis que constantemente le acompaña, ni con el estrangulamiento de la sustancia seminífera sufrido por la poca inextensibilidad de la albugínea. Esa intensidad se explica por una susceptibilidad mayor, una especie de predisposicion inusitada de los nervios inflamados, semejante á la neuralgia del 5º par, cuando hay caries dentaria. Como quiera que sea, y de hecho lo vemos, hay casos en que el dolor algunas veces no es proporcional al grado de la inflamacion; miéntras ésta sigue su marcha ascensional, siempre es contínuo y progresivo.

Entre los signos racionales, sólo el dolor ocupa un lugar definido, pues el malestar, la reaccion febril y los demás síntomas son concomitantes de las flegmasías, y ya sabemos que el síndrome no siempre es completo; puede haber náuseas, cefalalgia, etc., etc., pero tambien pueden faltar.

Entre los signos objetivos contamos el hinchamiento: se manifiesta casi siempre acompañando al dolor, caminan juntos, cuando éste aparece, ya aquel es notable. Durante los primeros 4 ó 5 dias sigue aumentando, hasta llegar algunas veces á dimensiones relativamente grandes, como el puño de un adulto; pero en otras es más brusco, más rápido y no parece sino que la flegmasía invade la glándula por asalto. Tal pasó en la observacion del enfermo Rufino Damian, cuya historia haré rápidamente, por ser, á mi humilde juicio, un caso verdaderamente tipo de la tuberculosis testicular, comenzando por la forma aguda hasta su forma crónica.

Entró al hospital el mes de Abril del año pasado, quejándose de que su testículo derecho estaba grande y doloroso, que no habia habido ningun motivo para la aparicion de su enfermedad; tampoco acusaba traumatismo en ninguno de esos dias, ni anteriormente, sólo, sí, se acordaba haber recibido unos golpes en la region trocanteriana, pero sin participar en nada las bolsas. Tampoco daba antecedentes blenorragicos, ni siquiera se sospechaba la diátesis sifilítica.

El hinchamiento era bastante considerable, la bolsa del lado correspondiente estaba enteramente dilatada, los pliegues del escroto habian desaparecido, la fluctuacion se sentia con toda claridad; no habia, pues, duda, existia una vaginalitis con derrame, pero como era muy abundante, no fué posible hacer la palpacion del testículo: poco á poco, y bajo la influencia de un tratamiento adecuado, el derrame fué reabsorbiéndose hasta desaparecer por completo y con él todos los síntomas agudos que se habian presentado (dolor, reaccion, etc.); entónces fué posible hacer la palpacion del órgano enfermo; se encontró el

epidídimo abultado y endurecido, pero sin abolladuras; el teste ligeramente crecido. Como el enfermo no sentia ya ningunas molestias, pidió su alta, que le fué concedida en vista de la poca importancia que se dió á la afeccion testicular.

Apénas habian pasado unos quince dias, cuando de repente sintió de nuevo los síntomas de la primera vez, en grado casi igual de intensidad; el hinchamiento, en lugar de ser general á la bolsa, notó solamente que un punto era doloroso y punzante; la piel se enrojeció, el tumor maduró, como él decia, y estando todavía en el cuartel, se abrió y dió paso á un pus espeso, amarillento y mezclado con sangre. En este estado entró de nuevo al hospital.

No cabe duda que allí no habia terminado la regresion de la inflamacion; si la resolucion en gran parte se efectuó, quedó algun punto al nivel del epidídimo, donde la marcha se detuvo; por otra parte nos hacia notar la espontaneidad de su afeccion. No era blenorragica, porque nunca habia padecido ningun escurrimiento, y además, es sumamente raro ver supurar esa clase de epididimitis; hasta hoy, en el número considerable de enfermos que yo he visto, no he encontrado un solo caso: traumática tampoco, porque jamás pasa desapercibido áun el más insignificante traumatismo.

Los masturbadores y los que abusan del coito, suelen presentar alguna vez una variedad de orquitis, determinada sin duda por un exceso de funcionamiento de la glándula; variedad que no se ha visto hasta hoy terminar por supuracion, como aquella de que nos ocupamos: lo que es más frecuente, comprendiendo la traumática, es su terminacion por atrofia, pero no por supuracion.

Tilleaux habla de otra que denomina orquitis por esfuerzo, porque segun él, el cremaster (cubierta muscular que envuelve al testículo) en los grandes esfuerzos es capaz de contraerse tan fuertemente, que aplica el testículo contra la pared, determinando una especie de contusion ó una brusca compresion.

Pues bien; nuestro enfermo no habia sido blenorragico, no se acordaba haber recibido ningun traumatismo, no se habia entregado á las degradantes costumbres de la masturbacion ni se habia ocupado tampoco en algo por lo cual hubiera tenido necesidad de ejecutar un gran esfuerzo.

Antes de la inflamacion, vista la ausencia de su causa, es probable que existiera ya, de una manera latente, el tubérculo, que en su evolucion llegaba al momento de manifestárse-nos. Una vez así, sea porque el terreno estaba preparado ó por algo que no conocemos todavía, porque es imposible conocer los actos fisiológicos íntimos de los tejidos, el tubérculo, bien bajo forma de granulacion, ó al estado de crudez, sostuvo en el órgano la irritacion suficiente para determinar la flegmasía.

Despues de formado y abierto el absceso, la abertura no cicatrizó, quedó un trayecto fistuloso que daba paso á una supuracion sero-purulenta. Permaneció así mucho tiempo, sujeto á todos los tratamientos locales conocidos, para conseguir su cicatrizacion y evitar la intervencion quirúrgica. Convencido el médico que lo trataba, de su rebeldía, y fastidiado por su parte el enfermo, de las molestias, se le propuso la extirpacion: consintió, y el 27 de Diciembre de 1883 hacíamos la autopsía de su testículo.

Entre esta forma aguda y la que veremos despues, existen otras en que la enfermedad se muestra insidiosa.

Algunas veces se nota simplemente un pequeño dolor sordo, con hinchamiento moderado del testículo y la reacciou general poco intensa. En otras, la tumefaccion es desde el principio muy rápida y considerable, triple ó cuadruplicada de volúmen, enteramente indolente, y los progresos lentos y de larga duracion.

La participacion de la glándula en la flegmasía no es tan constante como la del epidídimo. Por mi parte, en los casos que he observado, sólo en Briseño y en Blancarte eran ver-

daderamente notables; miéntras que el epidídimo siempre ha predominado en todos, excepto en el segundo, cuyo padecimiento estaba limitado al testículo solo.

A propósito de la participacion que toma el parenquima, recordarémos que hay una variedad caracterizada, sobre todo, por la intensidad del dolor.

Fácil es comprender que estando el testículo envuelto en una cubierta fibrosa, resistente y poco inextensible, miéntras la glándula tenga mayor participio en la inflamacion, miéntras la sustancia seminífera sea más fuertemente comprimida, mayores serán á su vez los dolores, que guardan una relacion casi constante. Lo que decimos de la orquitis tuberculosa no es peculiar á ella. La urleana y la traumática se caracterizan precisamente por el dolor agudísimo que determinan y la directa participacion de la glándula.

Es de observacion que casi siempre el hinchamiento es debido, más que al aumento de la glándula misma, al del epidídimo, ó las dos á la vez: otro tanto que á la participacion de las tónicas escrotales, es debido, decia, al derrame producido por la vaginalitis que constantemente acompaña á la orquitis tuberculosa aguda: en consecuencia, la forma de las bolsas dependerá de la cantidad de líquido derramada; si éste es poco, será piriforme; si es considerable, tomará la forma esferoidal; pero lo más comun es la participacion de todas á la vez.

Si estudiamos ahora los resultados de la palpacion, encontramos que el epidídimo está aumentado de volúmen, endurecido en toda su extension, de una forma alargada, formando una especie de casquete al testículo y rodeándolo muchas veces hasta sus dos terceras partes; además, y esto lo señalan como característico, no se encuentran las abolladuras, las desigualdades de la afeccion crónica. Si la inflamacion tiende á supurar, sea en la cabeza, lo que es más frecuente, sea en el cuerpo ó en la cola, se sienten tumores pequeños, más blandos, fluctuantes, que tarde ó temprano adhieren á la piel, la

adelgazan y se abren camino al exterior; no son, pues, sino abscesos que, ántes de perforar las cubiertas escrotales, hacen relieve sobre el epidídimo, dando la sensacion de pequeños tumorcitos.

La orquitis tuberculosa, caracterizada esencialmente por su aparicion muchas veces insidiosa y espontánea, tiene tendencia á terminarse siempre por supuracion; miéntras que las otras, raras son las que tienen este fin.

De los datos obtenidos por la palpacion del testículo, propiamente dicho, no podemos sacar nada seguro ó importante: como lo hemos dicho, pocas veces está comprometido, y cuando lo está, es tan predominante el derrame, que es imposible deducir algo de la palpacion.

El cordon generalmente no tiene participio, si no es, especialmente, en los casos que la lesion comience por allí; cosa poco frecuente y fuera del órden comun.

Vamos á estudiar el otro estado patológico que los autores designan con el nombre de tubérculos del testículo, pero que más bien debia decirse tuberculosis crónica del testículo, pues esto ya indica de un modo más claro y general, la marcha, el carácter y la naturaleza de la enfermedad.

En esta forma de la enfermedad el principio comunmente es diferente del que ofrece la orquitis tuberculosa; muchas veces ni el enfermo mismo sospecha que va á ser invadido su teste por un mal de trascendentales consecuencias, y esta es la causa de que multitud de veces, aun cuando sea un poco ilustrado y dé sus conmemorativos y responda con cierta veracidad, el cirujano no puede formarse un juicio exacto sobre el padecimiento. Es cierto que en algunos casos se presentan fenómenos agudos que hacen, por lo ménos, sospechar de qué se trata; pero en su mayoría, cuando el enfermo implora sus cuidados en el hospital, solo presenta alguno que otro fenómeno, que no siempre llama la atencion de quien lo atiende.

Es sabido que la forma crónica puede presentarse así desde

su principio, ó suceder á una manifestacion franca de orquitis tuberculosa. El primer modo es más frecuente, y los autores están de acuerdo, miéntras que el segundo está en relacion muy inferior. Por nuestra parte, en los casos observados, solo la encontramos en Rufino Damian.

Comience de una ú otra manera, ó suceda á una intermedia, la afeccion presenta un tipo característico, que es fácil distinguir de las otras lesiones testiculares.

Generalmente es unilateral, raras veces es doble desde el principio, y entónces siempre es más avanzada en cualquier lado. Señalan como predominante la lesion del testículo izquierdo. *A priori* se podria pensar en lo erróneo de esa opinion, pues no hay una razon plausible; porque si bien es cierto que existen algunas diferencias en su disposicion anatómica, sobre todo en su circulacion, son tan ligeras y de tan poca importancia, que no merecen la pena ni tenerlas en consideracion. La vena espermática izquierda encuentra la corriente venosa de la vena renal bajo un ángulo recto, miéntras que á la derecha la corriente venosa sigue en el mismo sentido la corriente de la vena cava inferior. Por esa disposicion anatómica fácilmente se comprende la frecuencia de la varicocele en el lado izquierdo. Que sea en uno ú otro lado, poco importa; no es dato que nos pueda servir para el diagnóstico de la lesion.

De los 11 casos de observaciones recogidas personalmente, cuento 2 del lado izquierdo, 6 del derecho y 3 dobles.—Como se ve, no es competente el número para formular una opinion más ó ménos fundada; al contrario, si así fuera, tendríamos 4 casos más del lado derecho.

Haciendo la inspeccion de la region, se nota, en primer lugar, el abultamiento predominante del testículo afectado; abultamiento dependiente de la reunion de los factores que contribuyen á producirlo, escroto, epidídimo, glándula y líquido derramado cuando existe, segun lo dijimos á propósito de la orquitis aguda.

El escroto, si es atravesado por varios trayectos fistulosos, y participa en la inflamacion del órgano para la formacion de los abscesos, en lugar de ser blando y suave como al estado fisiológico, se engruesa, es áspero y se amolda con dificultad sobre las partes subyacentes. El contacto de los líquidos irritantes y la cronicidad de la flegmasía, determina sobre la piel una pigmentacion más oscura que la del lado opuesto.

Los orificios fistulosos son en número variable: 1, 2 ó más, ocupan un lugar en relacion con la parte del órgano afectado. Por eso los encontramos con cierta frecuencia en la parte inferior y posterior del escroto, porque es tambien adonde se dirigen los abscesos, que es el sitio del epidídimo, por la disposicion anatómica de los tejidos y por la accion de la pesantez. No obstante, si el epidídimo no guarda su situacion normal y está invertido, ocupando la parte anterior y superior, siguen una direccion inversa y se abren en la cara anterior.— A pesar de todo, hay casos en que sin presentar ninguna anomalía, hemos visto los trayectos fistulosos y sus orificios colocados indistintamente en la region, sin obedecer más que á la proximidad de los focos á la piel y al sitio de la inflamacion.

El número de los orificios depende indudablemente del tiempo de la lesion. En sus primeros tiempos un solo absceso se forma; despues, ó bien nuevos focos se producen en el órgano, y de la misma naturaleza que el inicial; ó bien en la vecindad de los trayectos fistulosos se forman nuevos abscesos, sin desviarse en nada de la marcha de los anteriores.

No tiene, pues, su sitio el valor semeiótico que le señalan algunos; sin embargo, si la observacion lo sanciona, lo tendremos presente, pero no para olvidar las veces en que por circunstancias excepcionales se abren en otro lugar.

Miéntas que persiste la supuracion del foco, en tanto que éste no cicatriza, la fístula persiste; el orificio, que al principio es cortado como con sacabocado, se rodea de yemas exube-

rantes, hacen saliente sobre la piel y puede permanecer indefinidamente.

La palpacion nos enseña que el epidídimo está aumentado de volúmen, puede tocarse endurecido en toda su extension, y recordar, siguiendo su trayecto, cuál es su disposicion anatómica.

El epidídimo puede estar invadido parcial ó totalmente. Si la invasion es de la primera manera, se encuentran núcleos de dimensiones diferentes, desde el de una lenteja, un pequeño chícharo, hasta el de una avellana; son duros y ménos elásticos que el tejido sano, sobre el cual descansan; se limitan unos perfectamente y otros se desvanecen imperceptiblemente sin limitarse de una manera clara.

Cuando es total, se siente una masa alargada, formando una especie de casquete al testículo, envolviéndole hasta sus dos terceras partes: además, y es muy de tenerse en cuenta, se palpan multitud de desigualdades y depresiones, verdaderas abolladuras, como se les llama de ordinario, indicando que el terrible neoplasma ha sentado allí sus reales y que el ataque es formal, pues cuando con esos signos tenemos los que vamos estudiando, no cabe duda que el epidídimo es presa de la tuberculosis, y que nuestros recursos terapéuticos se estrellan allí, sin que sea posible hacer retrogradar un paso al proceso, que traerá lo que los patologistas nos enseñan con el nombre de tisis testicular.

Si el testículo está igualmente afectado, no da á la palpacion nada característico, pero sí se encuentra aumentado de volúmen y con una testura más firme que la que posee cuando está sano.

Las abolladuras, que nunca faltan en el epidídimo, no se sienten ó son difíciles de sentir aquí. En el caso de Blancarte, como dijimos, por excepcion, el epidídimo estaba ileso, pero en el testículo, cuando suavemente y con cuidado se pasaba el dedo por su cara ántero-interna, se sentian solamente dos ó tres desigualdades, abolladuras ó eminencias, más resistentes

y elásticas que el resto del tejido; no cabia duda que su sitio era la glándula, porque se desalojaban con ella, y las cubiertas escrotales pasaban fácilmente sobre ellas. Si la lesion es profunda y no superficial, se corre el riesgo de no encontrarlas: en el caso que refiero, muchos de nosotros no hubiéramos logrado sentir las si nuestro maestro, el Sr. Montes de Oca, no hubiera conducido nuestros dedos haciéndonos notar las diferentes sensaciones experimentadas, cuando al mismo tiempo que se comprimian se deslizaban los dedos.

La exploracion que hemos descrito de la glándula seminífera, no siempre es tan fácil de realizar á causa del hidrocele, que á veces acompaña á la afeccion. No harémos aquí repeticiones inútiles, y solo recordarémos que las dimensiones y forma que puede tomar la region, segun su mayor ó menor distension por el derrame efectuado en la túnica vaginal, son muy variables.

En las once observaciones que hemos recogido, solamente dos casos se han presentado de hidrocele concomitante.

El exámen del cordón espermático puede dar resultados negativos, pero con frecuencia está tambien afectado ya en todo su trayecto, ya en su nacimiento y terminacion, estando ileso en la parte intermedia.

Cuando se ha tuberculizado el canal deferente, aumenta de volúmen, principalmente en su primera parte, que puede llegar á tener hasta un centímetro de diámetro; allí se tocan, como en los demás órganos á que hemos hecho referencia, desigualdades, depresiones continuadas para darle el aspecto de un rosario.

La exploracion de la prostata y las vesículas seminales nos suministran datos interesantes para completar el diagnóstico y fundar un tratamiento racional.

Vaciando y lavando el recto, la exploracion se hace de dos modos.—Uno, el aconsejado por Tilleaux, consiste en poner al enfermo sobre los codos y las rodillas.—En el otro, se co-

loca al enfermo en el decúbito supino con los muslos doblados sobre la pélvis y suficientemente separados para no estorbar al cirujano y relajar los músculos perineales.—La introduccion del dedo varía, pues, para uno y para otro procedimiento: en el 1º, como se va en busca de la cara posterior de la prostata, se introduce con la yema hácia abajo; el 2º en sentido inverso. Por nuestra parte dirémos, que hemos preferido el 2º, porque si es cierto que de todos modos es molesta al enfermo, le es ménos desagradable quedar en el decúbito, que ponerse sobre sus cuatro miembros; además, puesto que no se tiene ninguna ventaja real por el otro, aun en las primeras veces que se practica, las apreciaciones serán en los dos casos las mismas.

Se compara la prostata á una castaña, tanto en la forma como en el volúmen.—Este último varía con la edad.—Apénas aparente en el niño, la prostata aumenta en el adulto, para adquirir su mayor desarrollo en el anciano.

Al estado normal es blanda y elástica, lisa y regular; es, al contrario, dura, grande, gibosa y desigual, si está afectada de tubérculos y éstos predominan en su cara posterior, pues si solo existen en la anterior, escapan á nuestra investigacion.—Puede, además, ser más saliente, blanda y depresible cuando está abscedada ó que la porcion uretral correspondiente está dilatada atrás de un estrechamiento.

En las primeras veces que se toca la prostata, es difícil darse cuenta de su tamaño: no basta el conocimiento de sus dimensiones; es necesario, para reconocer una prostata enferma, tener ántes nociones precisas de su estado fisiológico.

Reclus dice que la prostata está sana cuando casi se confunde con los tejidos vecinos, y aún así, sus límites no se trazan fácilmente.—Al contrario, estará enferma, cuando en un adulto se sienta claramente que el dedo pueda determinar sus contornos y por su resistencia aislarla de las partes vecinas.—Richet comparaba la sensacion de una prostata enferma á otra inyectada de sebo.

Lo general es, que á la vez que se notan las abolladuras en su cara posterior, sea tambien más grande; pero en muchos casos su tamaño es normal; el aumento se hace en todas sus partes, sobre un lóbulo, y con frecuencia sobre el correspondiente al testículo enfermo, sin ser, no obstante, una regla absoluta.—Otras veces sus dimensiones son menores, es más chica: creemos, con Cruveilhier, que es la huella del proceso; se forma un absceso, se abre por la uretra ó por el recto, el foco cicatriza, el tejido inodular, dotado de cierta retractilidad, por su elasticidad atrofia la glándula.

Las masas tuberculosas invaden cualquiera parte de la glándula, la base, el vértice, su cara posterior como su cara anterior: sin embargo, Vidal de Casis cree, que la tuberculizacion comienza casi siempre por su cara uretral; ésta puede estar profundamente alterada por tubérculos reblandecidos, en tanto que la rectal no presente todavía lesiones apreciables al tacto.—Thompson contradice esta asercion, y dice que los depósitos tuberculosos parecen afectar de preferencia el exterior, más bien que las partes centrales de la glándula, y sobre todo, los lóbulos laterales. Segun nuestro juicio, pensamos que la lesion no tiene sitio de predileccion; pero si optamos por la propagacion, cuando tiene lugar, del testículo por el canal deferente hasta la prostata y las vesículas, natural es creer que la afeccion principia por aquellas partes más en contacto con los productos tuberculosos. Durante el período de reblandecimiento es sumamente variable el camino seguido por las fistulas; unas se abren paso por la uretra, otras llegan hasta el perineo, y nada más frecuente que la presencia de las fistulas rectales en los tuberculosos coincidiendo con su lesion prostática.

Si practicando el tacto rectal introducimos un poco más el dedo, deprimiendo el perineo, llegamos, aunque con más dificultad, á sentir las vesículas seminales. Estos son dos receptores del esperma como es al hígado la vesícula biliar. Al estado normal son piriformes, de base dirigida hácia arriba y

atrás, de 5 centímetros de longitud y de $1\frac{1}{2}$ á 2 centímetros en su mayor anchura: forman con la prostata una V cuyo ángulo está dirigido hácia adelante.

La tuberculosis de las vesículas y de la prostata está tan íntimamente unida á la del testículo, que algunos autores, entre otros Cruveilhier, la reunen en una misma descripción. Sin embargo, hay casos, á la verdad, en que no pasa así, y se localiza á la prostata como puede localizarse en otra parte cualquiera.

Cuanto hemos dicho á propósito de la alteracion de la prostata, pudiéramos decir de las vesículas, pues están ligadas entre sí con relaciones fisiológicas tan estrechas, que sus lesiones, tratándose de la tuberculosis, caminan siempre juntas.

Vamos á tocar ahora un punto que, á nuestro humilde juicio, es muy discutible, no porque lo creamos desprovisto de verdad, sino porque las utilidades que presenta para el diagnóstico no son siempre fáciles de apreciar; y las conclusiones que de ciertas manifestaciones, que despues dirémos, sacan los autores, no parece, en ciertos casos, que sea cuestion de una manera obvia de resolver.

Queremos hablar de ciertos signos que á veces sirven para extraviar al cirujano, y otras para que el práctico eminente comprenda á la primera ojeada y aun diagnostique y pronostique, como se cuenta de Dolbeau.

Los escurrimientos uretrales, ya purulentos, ya verdaderas hematurias, que á veces se observan, ¿tienen toda la significacion que se les ha querido dar?

¿Debemos tomar esos escurrimientos que tienen tal ó cual carácter, y que Ricord denomina blenorrea tuberculosa, como indicio cierto del padecimiento, ó como signo que puede equivocarnos?

Los autores que se ocupan de esto los dividen en prodrómicos y sintomáticos; asignan á los primeros, como carácter, parecerse á una blenorrea rebelde; creen que ella puede ser el prin-

cipio de la afeccion tuberculosa, que el enfermo puede presentar mejoras y recaídas de su blenorrea; se muestra ésta, cede, y despues, alguna circunstancia, por ligera que sea, basta para hacerla apreciable. Una de las opiniones que sobre este asunto se han emitido, es que esa blenorrea irrita constantemente los órganos genitales, que obra permanentemente para alterar la naturaleza y testura de esos órganos, y termina por traer una perturbacion en su circulacion y vitalidad, debilitándolos; y en consecuencia, predisponiendo al testículo para que sea presa del tubérculo.

Aquí encontramos cierta analogía con los datos etiológicos de los patologistas respecto de la tuberculizacion pulmonar. Los polvos irritantes, las bronquitis repetidas, neumonías mal resueltas, en una palabra, todo aquello que tiende á mantener cierta irritacion en el pulmon, ¿se puede comparar á lo que se efectúa en el testículo? Es probable, porque si la observacion es digna de fe, la explicacion del fenómeno no presenta dificultades.

La otra opinion es, que esas blenorreas no son sino la manifestacion de la tuberculosis genital, que aún no es apreciable por otros medios de exploracion, y han dicho los autores pueden preceder algunos años á la manifestacion franca de la tuberculosis, sea que ésta comience por el teste mismo, ó por órganos profundos como la prostata.

Sea de ello lo que fuere, en nuestra opinion es más verosímil la primera hipótesis, y pudiéramos decir aquí lo que tanto se pregona en medicina y que por desgracia solo indica nuestra ignorancia en diversas cuestiones, y es: que se necesita la predisposicion, ó bien que la parte más débil es la que primero sufre cuando algun proceso patológico ataca al organismo (*locus minoris resistentiæ*).

Como se ve, varía la significacion de los escurrimientos uretrales aun cuando sean concomitantes.

Respecto de las hematurias, no se ha dado una explicacion

satisfactoria sobre ellas, y lo único que parece averiguado, es que cuando se presenta, es como signo prodrómico solamente.

Hay, además de lo ya mencionado, ciertas particularidades señaladas por algunos autores, como son los dolores en la uretra, dificultad algunas veces para la emision de la orina, y signos más ó ménos parecidos á los de un catarro vesical, tenesmo, etc., etc., y al pasar una sonda, sensibilidad exagerada en el cuello del receptáculo urinario: por este solo dato ha sido posible á Dolbeau hacer el diagnóstico de la tuberculizacion crónica del testículo.

Se dice tambien, que el individuo portador de esa afeccion, puede algunas veces repetir el coito con cierta facilidad, tener poluciones nocturnas, en suma, excitaciones genésicas que se han explicado más ó ménos satisfactoriamente por la irritacion constante que produce en la glándula espermática la presencia de la neoplasia tuberculosa.

DIAGNOSTICO.

Nos ocuparémos ahora de diferenciar la afeccion tuberculosa del testículo, de las demás con que pudiera confundirse; pero para ello dividiremos el estudio en dos partes, comprendiendo la primera el diagnóstico en la forma aguda, y la segunda el de la forma crónica.

Son en realidad en corto número las enfermedades con que pudiera equivocarse la afeccion aguda, y creemos que pueden reducirse á tres, la orquitis urleana, la traumática y la epididimitis blenorragica.

Todas tienen entre sí ciertos puntos de contacto, todas tienen algun carácter que las hace semejantes, y esto, como se comprende, presenta alguna vez sus dificultades; pero en cambio, ya sea por datos anamnésticos, ya por la manera con que los proporciona el enfermo, y tambien por ciertos signos físicos, podemos diagnosticar la lesion.

Indudablemente la orquitis urleana es la que proporciona la mejor manera de evitar la equivocacion.

En primer lugar, la orquitis urleana, y le llamaremos orquitis, únicamente por haberse convenido en la práctica el designar con esa palabra estas afecciones testiculares; pero en realidad no es una orquitis en el sentido verdadero de la frase; porque no es nunca una inflamacion y no se citan hechos de ninguna clase que vengan en apoyo de la opinion de que ese padecimiento es flegmático: harémos otra aclaracion; decimos orquitis, porque de preferencia ese infarto, esa fluxion, ó llámese como se quiera, ataca á la glándula misma, y es raro ver que el epidídimo sea el sitio de la manifestacion de la metastasis de los orejones. Sin embargo, hace pocos dias hemos tenido ocasion de examinar un caso, en el cual, despues de los orejones, con una exacerbacion del estado general, vino un infarto urleano del testículo izquierdo, en donde el epidídimo estaba un poco más abultado que lo es en esa lesion.

Lo anterior toma, sobre todo, su apoyo en los antecedentes: encontramos al hacer el interrogatorio, que el individuo ha llevado pocos dias ántes unos orejones, que su malestar se acentuó más, lo mismo que su reaccion febril al desaparecer los infartos parotídeos y comenzar el testicular.

Como sabemos, esas pequeñas epidemias de orejones hacen sus manifestaciones frecuentes, no en individuos aislados, sino en los que viven en comunidad; esto lo vemos claramente en nuestros soldados, pues multitud de ellos, que duermen en la misma cuadra, por ejemplo, con un caso que haya, hay despues bastantes atacados: ahora bien, aun cuando los orejones

no hagan sufrir mucho al individuo, en cambio es para él un fenómeno que le llama mucho la atención y que siempre tiene en cuenta al ver aparecer su orquitis urleana, y ese dato, del cual tal vez ignora la importancia, lo da espontáneamente al médico.

Lo más común es ver aparecer esta orquitis coincidiendo con la desaparición de los orejones, y en tal caso la duda pocas veces será posible: además, casi siempre, como ya hemos dicho, se hace más notable el estado general, el individuo pierde el apetito, y la temperatura se eleva: recordamos, á propósito de esto, que en la tesis del Dr. Aguirre se encuentra un caso en el cual el enfermo presentó un aspecto tifóideo.

Puede venir la orquitis urleana, bien después de terminados los orejones, cosa más frecuente, y sin aparato de ninguna clase, ó bien antes que aquellos desaparezcan por completo.

Como se ve, no es fácil aquí equivocarse, y solo cabría la duda, cuando apareciera la fluxión urleana en el testículo sin ser precedida de la fluxión parotídea. En tal caso, casi siempre es fácil saber que hay una epidemia de orejones, que el enfermo vive con personas que los llevan, etc., etc.; en esta pequeña epidemia, del 24º Batallón hemos visto un caso de este género; dirémos de paso, que en este enfermo estaba invadido á la vez el epidídimo y el cordón, aunque en pequeña parte.

Dos cosas nos sirven bastante para el diagnóstico, son la exploración y la marcha de la enfermedad.

La primera nos enseña que casi nunca es doble la orquitis urleana, que raras veces presenta hidrocele, que la testura está muy poco cambiada, y solo es aparente el volumen de la glándula; que el dolor no es muy intenso, que aun cuando esté afectado el epidídimo, su forma es normal; su aumento de volumen jamás toma proporciones dignas de llamar la atención; no tiene abolladuras, si acaso solo más grande que en su estado normal; rara vez está atacado el cordón, y tampoco, co-

mo es de suponerse, más rara todavía, la prostata y las vesículas seminales; además, las bolsas están flácidas, el testículo rueda perfectamente bajo de ellas, dando una sensación de empastamiento muy distinta de la que da la flegmasía.

Como se ve, todo lo enunciado son signos negativos de la orquitis urleana, y de gran valor para la tuberculosa aguda.

Supongamos que por un verdadero error no se hubiera podido diagnosticar; la marcha nos diría que fué pasajero el equívoco, porque en pocos días recorre la urleana su evolución, mientras que la tuberculosa comienza.

Pasemos á examinar la manera de distinguir la orquitis traumática de la tuberculosa.

En algunos casos es difícil decidirse por una ó por otra; en efecto, en ambas la etiología aparente puede ser la misma; en tal individuo, una contusión es la causa de la orquitis franca, y en tal otra, será el principio de la manifestación tuberculosa. En el primer caso se encuentra que el individuo tiene un dolor intensísimo, tanto espontáneo como provocado por la presión; el exámen se dificulta bastante por esto, y el enfermo no encuentra de qué manera estar para evitar aun el contacto de las ropas de su cama; la exploración física hace ver el aumento considerable de la región escrotal, ya por el de la glándula misma, ó ya porque la participación de la vaginal se nos manifiesta por un derrame más ó ménos considerable.

Al tocar el testículo, es bastante doloroso, como ya dijimos, y este es uno de los caracteres principales; por la palpación se nota, que su forma aun cuando sea normal, no sucede lo mismo con su resistencia, pues el tejido está estrangulado, por decirlo así, en su corteza fibrosa, esto es, en la albugínea; de allí dolores tan intensos provocados por la compresión de las terminaciones nerviosas; da á la mano la sensación de un cuerpo duro, no elástico, que justamente se compara á la de una bola de billar, y así nos lo hace notar nuestro maestro el Dr. Montes de Oca.

No hay limitacion posible entre el teste y el epidídimo, como sucede con la epididimitis tuberculosa, en donde aun cuando sufran todos los elementos del aparato seminal, hay caracteres propios al epidídimo, segun lo hicimos notar en la sintomatología, y que inútil seria repetir.

El hidrocele es comun en las dos orquitis que tratamos de diferenciar, y entónces es mayor la dificultad; pero si llamamos en nuestro auxilio á los antecedentes y á la marcha, la vacilacion no subsistirá por mucho tiempo.

Averiguarémos si es la primera vez que el individuo sufre de ese testículo, si ha tenido algunas manifestaciones en otras ocasiones, si no hay tubérculos en los demás órganos próximos ó lejanos, por más que su presencia no sea necesaria para que existan en el órgano seminífero; saber si los individuos de la familia no han presentado alguna enfermedad que nos haga sospechar que han llevado tubérculos en alguna parte: por último, investigar las condiciones sociales en que vive nuestro enfermo, y de todo aquello calcular aproximativamente si la contusion se limita á producir lo que en la actualidad se ofrece á nuestra consideracion, ó si aquel testículo llevará el gérmen de la tuberculosis.

La marcha en todos casos, será el justo criterio, la que decida la cuestion, comprobando ó no nuestro juicio.

En la declinacion de la enfermedad, el epidídimo no presenta los caracteres asignados cuando está invadido por los tubérculos; la palpacion, tanto de él como de la glándula, nos servirán bastante: comprobaremos, además, que si la orquitis puede llamarse verdaderamente traumática, no se alterarán las cubiertas escrotales, no encontraremos adherencia primero, ni despues fístulas aquí ó allí; el epidídimo, en el trascurso de la afeccion no ofrecerá nada notable, lo mismo que el resto del aparato genital.

El diagnóstico con la epididimitis blenorragica es el que presenta mayores y á veces incomparables dificultades.

Al parecer, á primera vista seria muy fácil distinguir las dos afecciones: la una reconoce por causa la blenorragia, la otra no tiene etiología apreciable; sin embargo, á la cabecera del enfermo no es así: éste, por su corta ilustracion y el poco interés que da á sus enfermedades anteriores, como porque no cree en sus relaciones con sus padecimientos actuales, ó niega los antecedentes, los oculta, ó los da de una manera tan vaga, que es difícil saber de qué se trata. Sin embargo, hay síntomas que ayudan á establecèr el diagnóstico: si se trata de la epididimitis blenorragica, sabrémos que ha venido despues de una blenorragia aguda, generalmente en las dos ó tres semanas de su principio; muy rara vez en su período crónico, y aun entónces porque ha sufrido una exacerbacion; por otra parte, en la aguda nos enseñará, si lo buscamos, que su escurrimiento ha desaparecido, ó por lo ménos ha disminuido notablemente.

En la tuberculosa, hemos visto que puede venir sin causa apreciable, sin que el enfermo haya padecido jamás de las vías génito-urinarias, y tal vez cuando más perfecta sea su salud.

Los signos físicos no nos servirán sino muy poco, pues en las dos es de preferencia invadido el epidídimo; en ambos está aumentado de volúmen, y el hidrocele puede ó no faltar; solo, sí, el cordon nunca ó casi nunca deja de ser atacado en la blenorragica, miéntras que en la otra no es una condicion indispensable.

La marcha, el subterfugio á que apelando en muchos casos, nos aclarará la duda que haya podido haber; si se forma un hidrocele es más tardío y ménos comun en la epididimitis blenorragica que en la tuberculosa: en fin, aun cuando haya tanta semejanza en las dos enfermedades, se ve que en la blenorragica no llegan á alterarse íntimamente los elementos del aparato genital, que las bolsas no se adhieren á los órganos, y faltan las fístulas y los escurrimientos purulentos. Cabria la

incertidumbre cuando la epididimitis blenorragica trajera como final de la escena, la tuberculosis en un individuo predispuesto, como lo referimos en la etiología; ó bien si por excepcion la epididimitis termina por supuracion, cosa rara á la verdad, si es que alguna vez sucede, como nos lo enseña en su Clínica el profesor Gosslin.

Para terminar, y solamente por mencion, dirémos que se ha consignado en los textos que la orquitis aguda tuberculosa puede confundirse alguna vez con una hernia inguinal estrangulada; pero se comprende que el error, dado caso que pueda existir, seria de corta duracion, pues los antecedentes, la facies, los signos actuales, indican inmediatamente de qué padecimientos se trata, y además una persona habituada á ver enfermos no podrá caer en una equivocacion semejante.

El estudio de la forma crónica de la tuberculizacion testicular, presenta interés en cuanto al diagnóstico diferencial á causa de los errores á que puede conducir, y por las dificultades que en ciertos casos presenta, para llegar á un conocimiento perfecto de la afeccion.

Fundándonos en esto, hemos creido conveniente comenzar por exponer á grandes rasgos los caractéres más notables del testículo tuberculoso, aun cuando tengamos que hacer algunas repeticiones, pero es necesario.

Multitud de veces se presentan casos en los cuales á poco de haber recogido uno que otro dato, con la inspeccion de la region escrotal, el tiempo, la marcha, etc., nos inclinamos á pensar en el testículo tuberculoso. En efecto, el tipo, tal cual es en la clínica, tiene algo especial para reconocerlo y distinguirlo de las otras afecciones, cuando se ha visto algunas veces.

Vemos á un individuo que nos refiere que se han contundido sus bolsas de tal ó cual manera, pero sin embargo, el hinchamiento y los dolores han sido pasajeros y moderados, concluyendo todo sin dejar huellas ningunas; otro en sus anteceden-

tes nos hace figurar blenorragias anteriores y repetidas, sin participacion de su testículo: otro de más allá da por origen signos negativos, y dice que sin causa alguna comenzó á notar diferencia en sus dos testículos, dolor, puntos blandos, etc.; pero todos, llegados á cierto período, tienen síntomas comunes, indicando que en un punto del órgano ha habido supuracion, despues adherencia de las tunicas escrotales, su abertura al exterior y por huella del proceso la presencia de las fístulas. La existencia de ellas, su situacion, con frecuencia en la parte posterior de la region; su número variable de una, dos ó más, hasta dar la apariencia de regadera á la region; su rebeldía á los tratamientos locales, el camino recorrido de su superficie á la cabeza del epidídimo, raros, muy raros á la glándula misma, son todas vías que nos conducen al diagnóstico. Si á esto añadimos la exploracion, el exámen físico, encontramos para comprobar nuestras sospechas, que el epidídimo es de preferencia atacado; su testura está cambiada; liso, regular y elástico en su estado normal, se cubre de abolladuras de tamaños diferentes, sobre todo la cabeza; la asa, que al doblarse hace la cola, impalpable en estado fisiológico, se nota perfectamente clara, endurecida solamente, ó desigual como la cabeza, continuándose con el canal deferente; éste á su vez, si la lesion es suficientemente avanzada, lo hallaremos alterado, con un diámetro mayor, doble ó triple, sembrado de granos más ó ménos grandes, moniliforme, como se le designa comunmente. Por último, buscando el estado de los órganos profundos, prostata y vesículas seminales; cuando hallemos tambien las anomalías descritas, además de venir en apoyo de nuestro diagnóstico, y que por otra parte nada prueban si no lo están, son muy útiles para normar nuestra conducta en el tratamiento.

Como complemento debemos, siempre que se crea necesario, hacer la exploracion del pecho.

Se sabe que la aparicion de los tubérculos puede ser general en la economía, ó por lo ménos situarse en varios órganos

á la vez: no es esa afeccion siempre una manifestacion local, sino que indica cierta alteracion profunda, un vicio del organismo, y reúne los caracteres de lo que los patologistas designan con el nombre de diátesis; así, es necesario investigar si los tubérculos del testículo no van acompañados de esas neoformaciones en otra parte del cuerpo.—Louis sentaba su regla general diciendo que, encontrado el tubérculo en cualquier punto de la economía, debia existir en el pulmon; pero él mismo ha hecho ver á su vez, con su experiencia, y nosotros lo confirmamos, que la tuberculosis testicular se desarrolla con frecuencia independientemente de la pulmonar: observaciones recientes vienen á confirmar hoy que lo que en ese tiempo se decia, no es peculiar al testículo, pues lo observamos en otras partes, los huesos, por ejemplo. Hasta ahora no se da una explicacion satisfactoria, pero es el hecho, y con eso basta en la clínica: el Sr. Montes de Oca nos lo recuerda siempre, y por nuestra parte confirmamos la exactitud de la asercion: en consecuencia, cuando diagnosticamos tuberculosis del aparato seminífero y hacemos la exploracion del tórax y sus órganos, no es precisamente para fundar el diagnóstico como dato indispensable, sino más bien como para la prostata, para tenerlo en cuenta bajo el punto de vista terapéutico.

Tenemos que diferenciar la forma crónica de las otras afecciones que tienen la misma marcha y que pueden dar lugar á errores en el diagnóstico.

El estudio que vamos á emprender está lleno de dificultades á causa de la vaguedad en la etiología de las lesiones, así como en la union que puede haber entre esas mismas lesiones.

En efecto, un traumatismo se invoca como causa en una afeccion testicular. ¿Podemos admitir con algunos patologistas que en individuos predispuestos, una contusion hará nacer un tumor maligno, un cáncer, por ejemplo; ó bien nos inclinaremos á juzgar que la enfermedad es de naturaleza tuberculosa, porque ántes ha habido tal vez tubérculos en el

estado latente, tomando un desarrollo apreciable por la lesion ocasionada? ¿Es necesario y fatal que á un individuo sifilítico la lesion que en él se observe ha de ser siempre una manifestacion de aquella diátesis, y en consecuencia, tratarse del epidídimo secundario, el sarcocele escleroso ó el sarcocele gomoso? No, indudablemente; son cuestiones que sobre ellas no se ha dicho su última palabra.

La epididimitis blenorragica cuando pasa al estado crónico, puede confundirse con la tuberculosa, cuando aun no hay otros signos que la cronicidad, el endurecimiento, y alguna vez ligeras abolladuras que suelen observarse en la primera, y son, como sabemos, peculiares á la segunda.

El error puede cometerse si la afeccion tuberculosa se limita al epidídimo, y no hay ulteriormente adherencias y fístulas escrotales, ó bien cuando no sea posible recoger los antecedentes ó que éstos sean negados ó se oculten; pero en la mayoría de los casos es posible averiguar si ha precedido al padecimiento testicular alguna ó varias blenorragias, nunca una blenorrea, como lo hicimos notar: investigaremos la relacion entre el escurrimiento y la aparicion de la enfermedad, la mayor ó menor agudez, y las veces que de alguna manera haya sufrido de sus testículos; la duda persistirá si es la primera vez que padece, ó si los datos anamnésticos no son claros: aun suponiendo todo esto, no tendrá nunca el epidídimo la forma especial que toma en la invasion por los tubérculos, y su localizacion será de preferencia en su parte posterior del epidídimo y el canal deferente, en tanto que la otra es en su parte anterior.

Consignaremos solamente, por no estar plenamente probado, lo que algunos autores dicen de los escurrimientos uretrales crónicos, y es que, segun ellos, pueden engendrar epididimitis crónicas, sin participacion de los tubérculos; se necesitan indudablemente nuevas observaciones para saber hasta qué punto es cierta esta opinion.

De todos los tumores, el que más comunmente afecta el testículo es el cáncer, y se presenta haciendo excepcion á la regla general relativa á la edad, que los tumores malignos se ven de preferencia más allá de los 40 años; pero aquí, y es un hecho bien averiguado, los observamos entre 20 y 30, época de mayor funcionamiento de la glándula; por otra parte, el testículo, el ojo y la mamila sabemos que se separan de esa ley; el cáncer del ojo puede venir en un niño, el cáncer del testículo y de la mamila en los jóvenes. Es decir, que por la edad no podemos tener datos seguros, el sarcocele tuberculoso, como el canceroso, atacan durante el período de actividad de las funciones genitales. En ambas no hay una causa apreciable y bien determinada; un traumatismo, se dice, puede traer la tuberculosis, como tambien originar la formacion de un cáncer.

Por otra parte, el sarcocele canceroso es el que hace tomar mayores dimensiones á la glándula, ya sea que exista solo, ó unido al encondroma, apreciable por las diferentes consistencias, y el tuberculoso nunca llega á las proporciones que el primero. La alteracion comienza por la glándula, y nunca ó raras veces por el epidídimo, tratándose del cáncer, siendo lo contrario, mucho lo hemos repetido, en el tuberculoso; y cuando en aquel se encuentra afectado el epidídimo, es en un período avanzado de la enfermedad, y sin presentar los caractéres asignados al tuberculoso.

La presencia ó ausencia del derrame vaginal nos es poco útil para el caso que nos ocupa, porque sin ser absolutamente necesario en el sarcocele tuberculoso, sí es excepcional en el canceroso; sobre esto insistiremos al tratar del sifilítico, que es más frecuente.

En el cáncer, rara vez se presentan afectados los dos testículos, y cuando llega á suceder, es tambien despues de un tiempo bastante largo, y tal vez por propagacion del tejido canceroso, sea por la vía de los linfáticos, los vasos ó por la

invasión capa á capa del tejido conjuntivo, segun parecen ser las últimas opiniones.

En el principio del desarrollo del cáncer desaparece por completo la sensibilidad normal á la presión, pero en su último período los dolores experimentados son tan atroces á veces, que el mismo enfermo pide se le desembarace, aun con el sacrificio de la pérdida de un órgano tan importante en la vida. El dolor, más variable aquí que en otras ocasiones, es ya lancinante, pungitivo ó pulsátil, como si se tratara de una flegmasía terminada por la supuración. No falta quien diga que en el cáncer los dolores son más fuertes, ó que aparecen durante la noche, cosa que no pasa con la tuberculosis.

Si en las tunicas escrotales encontramos focos que supuran, y hay sarcocele canceroso, lo que solo se verifica en el último período, es porque el tumor se reblandece, y que se ha apropiado, por decirlo así, los tejidos vecinos; pero no encontramos las adherencias de que tanto hemos hablado, ni esas fístulas que conducen al epidídimo, que en la generalidad de los casos son tan distintas de las que se ven en el tuberculoso.

Si el sarcocele es canceroso, los vasos de la region ofrecen los mismos caracteres que cuando se desarrolla en otras partes del organismo: en la piel misma nos son apreciables estas alteraciones; las venas se desarrollan demasiado, toman un aspecto varicoso, y las arterias aumentan visiblemente de diámetro. Curling dice haber encontrado una vez la arteria funicular con el diámetro de la radial. Hechos de esta especie no se encuentran en el sarcocele tuberculoso.

Tenemos que pasar al diagnóstico entre el sarcocele tuberculoso y las afecciones del testículo dependientes de la sífilis constitucional, que si pudiéramos equivocarnos alguna vez teniendo solamente en cuenta los datos anamnésicos referentes simplemente al padecimiento testicular, al estado actual del testículo, nos quedaria otro recurso, buscar cuidadosamente las

huellas de esas manifestaciones, rehacer la enfermedad en todos sus períodos si el enfermo nos la niega.

De los padecimientos testiculares sifilíticos, tres tienen que diferenciarse de los tuberculosos; son: 1º, el epidídimo secundario de Fournier; 2º, el sarcocele escleroso, y 3º, el gomoso.

El epidídimo secundario se observa en el 2º período de la sífilis; es uni ó bilateral, su alteracion se encuentra en la cabeza del epidídimo, pero sin acompañarse de propagacion á la glándula, al cordón ni á los órganos profundos; el hidrocele falta, y la sensacion que da el epidídimo no se confunde con la de la tuberculosis. El endurecimiento no toma grandes dimensiones, llega al tamaño de un chícharo, ó á lo más al de una pequeña avellana; cosa importante, desaparece bajo la influencia del tratamiento especial; además, se señala como peculiar al epidídimo secundario su indolencia relativa, mientras que el endurecimiento tuberculoso es más ó ménos doloroso.

El sarcocele escleroso afecta de preferencia la glándula seminal y secundariamente el epidídimo; comunmente es doble y ataca desde el principio á un teste despues de otro, y no puede establecerse regla respecto de esto, y el hidrocele es una de sus más frecuentes manifestaciones. Dijimos ántes que recordariamos algo sobre la aparicion del hidrocele en las afecciones que venimos recorriendo, y parece que su órden de frecuencia es el siguiente: en primer lugar, en el sarcocele escleroso, en donde falta pocas veces; en segundo, en el canceroso, y finalmente en el tuberculoso, sin que haya una razon satisfactoria para explicarnos esas diferencias.

La exploracion nos enseña que ha cambiado la consistencia del testículo, pero se encuentran dos modos en esta alteracion, y para reconocerla es bueno seguir el consejo de Fournier: fijar el testículo con dos dedos de una mano y recorrerlo con la otra; entónces se encuentra que las partes endurecidas se presentan como fajas ó zonas, ó bien puntos aislados de cierta extension, pero sin formar relieve y confundiéndose con los

tejidos sanos: la otra forma se aproxima un poco más á la sensacion del sarcocele tuberculoso, los endurecimientos forman salientes que á veces son tan pequeños como cabezas de alfiler, y otras, parecen municiones incrustadas en el espesor del parenquima. Por lo dicho se ve que no son los caracteres del tuberculoso; y aun cuando en la segunda forma pudiera creerse que la glándula misma fuera el punto de partida de la tuberculosis, y no el epidídimo, como es lo más frecuente, el estado general del enfermo, los antecedentes, etc., pueden dar bastante luz para el diagnóstico.

Respecto del sarcocele gomoso puede decirse muy poco, porque aun cuando se han descrito dos formas llamadas difusa y circunscrita, es raro verlo solo, comunmente está unido al escleroso, y se confunde con él; pero si se encuentra aislado, su consistencia es blanda, da alguna vez sensacion de fluctuacion, se ulcera, produce fístulas y constituye entónces lo que algunos patologistas describen con el nombre vago de fungos benigno. Como se ve, por la rareza con que se presenta, pocas dudas habria para distinguirlo del tuberculoso.—Tanto el sarcocele escleroso como el gomoso, son manifestaciones terciarias de la sífilis, y entónces es fácil, en la mayoría de los casos, estudiar con ellas otras de la misma diátesis para poder fundar un juicio más exacto.

PRONOSTICO.

Una de las cuestiones más difíciles de resolver en el ejercicio de la medicina, es indudablemente la del pronóstico, aventurando muchas veces un juicio que la naturaleza puede venir á echar por tierra; y sin embargo, es lo que más se exige,

ya por el enfermo mismo, por los deudos, ó en los estudios hospitalarios por nuestros profesores á la cabecera de los enfermos. Siendo esta asercion bastante cierta, como es fácil comprender, no podemos presentar un cuadro completo, ni siquiera teórico, para pronosticar la lesion que nos ocupa, porque varía con un conjunto de circunstancias difíciles de prever: solo dirémos, porque la clínica nos lo enseña, que si se interviene oportunamente, y se tiene la fortuna de que la lesion todavía sea unilateral, y el cordón y la prostata no estén alterados, la lesion curará, quedando el enfermo únicamente sujeto á los accidentes de la operacion, pero nunca á la gravedad misma de ella; pues sabemos por los adelantos de la cirugía antiséptica, que teniendo todos los cuidados necesarios, la operacion tendrá muchas probabilidades de éxito; por eso, y ya otra vez se ha dicho con justicia, que la castracion es casi inocente. Hasta hoy, el Sr. Montes de Oca, que tan larga práctica lleva en esta clase de operaciones, y por otra parte en las que hemos visto hacer, no ha habido que lamentar una sola desgracia. No digamos, hoy que la curacion de Lister está en boga, y se practica en grande escala por sus brillantes resultados en todas las operaciones en general, que á ella se deba todo; baste recordar que hace diez años no se conocia ese modo de curar las heridas, y sin embargo, los resultados han sido en todos los casos verdaderamente notables; en ménos de un mes ó poco más, todos han recobrado su salud.

Hay veces que, la tuberculosis aun cuando sea localizada, y donde quiera que el tubérculo se aloje, tiene tendencia á hacer más tarde ó más temprano su terrible manifestacion, atacando poco á poco los tejidos, ó invadiendo rápidamente y por asalto al organismo entero.

Cuando la tuberculizacion se encuentra en ese período que hemos designado con el nombre de latente, á causa de que sus manifestaciones no son bien apreciables, sino que se revela por la enseñanza que da la palpacion, puede decirse que

el pronóstico es ménos grave, y aun benigno si se quiere, entendiéndose por esto que ni hace sufrir, ni agota al individuo y ni le ocasiona grandes ni pequeñas molestias; y si no está invadido el epidídimo de tal manera que se sospeche la obliteracion de los canales seminíferos, las funciones genitales se conservan en su estado fisiológico, y la enfermedad pasa desapercibida hasta por el enfermo mismo.

Para evitar confusiones, dirémos, que al hablar de benignidad en la afeccion que nos ocupa, es solamente haciendo referencia á nuestro punto, pues sabemos que la tuberculosis es una diátesis, y en consecuencia, sus manifestaciones pueden ser múltiples, y sobre todo, no siempre es posible obtener la curacion, siendo en ciertos casos bien determinados, donde la localizacion de la enfermedad permite á los recursos de que dispone la ciencia lograr éxitos completos.

Puede conservarse ese estado, y lo comun es que alguna causa ocasional haga aparente la enfermedad, presentando otros síntomas; pero como de esto nos ocuparémos al hablar de la marcha, ahora solo hablarémos de lo que se pronostique en otros estados de la afeccion.

Si la manifestacion es aguda, acompañándose de los síntomas ya enumerados y termina pronto por supuracion, ó bien que pasado el período agudo sea manifiestamente crónica, su pronóstico se confunde con la última forma; en este caso tendrémos que distinguir si hay un solo testículo afectado, si lo están el epidídimo y la glándula, si se conservan ó no ilesos los otros órganos de la generacion, y finalmente, si en el pulmon ú otro punto del organismo no han aparecido los tubérculos.

En la forma aguda, si la irrupcion, por decirlo así, de tubérculos es general, estando atacadas las vísceras y órganos importantes, el pronóstico es muy grave, comunmente mortal.

Pasado el período agudo, si el epidídimo está todo alterado, es de suponerse que en la funcion de la generacion no tome

ya parte, principalmente si la glándula está también enferma, perdiendo por completo la facultad genérica si los dos testículos padecen: pero si es uno, y la lesión no ha traído profundos trastornos en la salud del individuo, si aún no está agotado por la supuración, la calentura, etc., el pronóstico es menos grave; pues si no podemos detener ni hacer marchar en sentido retrógrado el proceso tuberculoso, sí disponemos de medios quirúrgicos que en multitud de casos salvan al paciente.

En los casos que examinamos hemos supuesto que solo el testículo y el epidídimo están enfermos; pero cuando la alteración se extiende á la próstata y las vesículas seminales, cuando los dos testículos están en estado patológico, las fístulas formadas y en plena supuración, que hay verdaderas cavernas en los testículos, la glándula prostática, etc., entonces el pronóstico es grave, gravísimo, porque estando contraindicada toda intervención, somos impotentes para curar la enfermedad.

Una circunstancia es de tenerse en cuenta para pronosticar, y es el estado en que se encuentran los pulmones; en efecto, no es común ni necesaria, como lo dijo el mismo Louis, que haya tuberculosis pulmonar cuando la hay testicular, pero cuando coexistan, variará el pronóstico y será más grave que cuando el padecimiento del aparato seminal esté aislado, porque como en el caso anterior, aun la terapéutica quirúrgica á que con tantas esperanzas se apela, no puede ponerse en práctica.

MARCHA, DURACION Y TERMINACION.

La orquitis tuberculosa nos ofrece un cuadro clínico en relación con lo que sabemos en general de las flegmasías, y en particular del testículo; y sería entrar en inútiles repeticiones volver á referir lo ya dicho en la sintomatología y diagnóstico;

solo dirémos que la marcha es aguda, recorre los tres períodos de toda flegmasía y termina por supuracion.

La duracion es muy variable, se considera de tres semanas á dos meses por término medio.—No es difícil que las observaciones recogidas, en las cuales ese período ha pasado de dos meses ó más, se hayan confundido con alguna exacerbacion de la forma crónica, ó su primera manifestacion por un absceso, que de ninguna manera se parece á la verdadera orquitis.—Tambien es muy probable que en muchos casos no se hace rápidamente; pasado el período agudo, viene otro en el cual hay cierta vacilacion por la franca supuracion. En el caso de la observacion que nos es personal, la supuracion tuvo lugar en ménos de un mes, para seguir despues el tipo crónico de la enfermedad.

La calentura es compañera habitual de la orquitis en los primeros dias, despues puede ó no faltar, pero en la formacion del absceso suele exacerbarse.

El hinchamiento, los dolores, etc., siguen en toda su evolucion á la enfermedad, y todo lo que pudiéramos decir seria repeticion.

La cronicidad de la enfermedad ofrece algunos caractéres que necesitan recordarse, pues en ella comprenderémos la que hemos designado con el nombre de latente, y la marcha que sigue una vez pasado el período agudo.

En realidad la forma latente es una forma crónica, porque sus manifestaciones aparentes son casi nulas en infinidad de casos: ya hemos tenido oportunidad de verlo, sólo se revela por una circunstancia casual: una violencia exterior, por ejemplo, hace aparecer el período agudo; una erupcion en el escroto, ú otra lesion cualquiera que haga fijar la atencion hácia esa region, basta para que el paciente casi instintivamente lleve por casualidad su mano sobre el testículo, y sea por comparacion palpando el uno enfermo y el otro sano, si la lesion es unilateral, ó simplemente por lo que la mano aprecia, cuando es

suficientemente avanzada, basta, decíamos, para llamar la atención al médico, y éste á su vez reconozca la enfermedad.

A propósito recordaremos la historia de Antonio Estrada, que entró al hospital á curarse de un chancro y un bubon el 9 de Julio de 1883.—Su constitucion no era de lo mejor, más bien era mala, no daba antecedentes hereditarios de los padres, ni habia padecido ninguna enfermedad séria; solo, sí, decia, haber tenido bronquitis repetidas, y aun en algunas, ligeras hemoptisis. Hasta entónces habia llevado tres blenorragias: la primera á la edad de 10 años (cosa increíble, pero insistia en ello y la daba por cierta); la segunda á la de 20, y la tercera databa de un año. Sea por su mala constitucion ó por la forma que haya tomado el bubon, el hecho fué que curó del chancro, pero la cicatrizacion del bubon se hizo esperar mucho: un dia, sin causa determinada y por mera casualidad, y no sin sorpresa para él, hizo el descubrimiento de su afeccion haciéndonos notar las abolladuras que todos pudimos comprobar.

Como en ese tiempo se verificaban los exámenes de clínica en este hospital, tuvimos lugar de ver apoyada nuestra opinion con la respetable del Dr. Montes de Oca y la de otros profesores, quienes opinaron por la tuberculosis del testículo.

Unánimemente se aprobó por tratamiento la castracion, pero resistiéndose con obstinacion el enfermo, se recurrió á instituirle un tratamiento general: se le dió yoduro de potasio, extracto de nogal, aceite de bacalao, vino de quina, una alimentacion reparadora, ejercicios, hidroterapia, etc., etc., y despues de dos ó tres meses, se vió ceder notablemente la enfermedad, disminuyendo las abolladuras. El enfermo salió del hospital y hasta hoy no ha vuelto. Una de las veces que lo he visto refiere que de cuando en cuando siente dolores ligeros en su testículo, sin que sean acompañados de ningun otro síntoma.

Volviendo al estudio latente de la enfermedad, si hay ma-

nifestacion aguda, hemos visto su marcha, duracion y el modo como se termina. Pasaremos al período crónico, cuando la supuracion, las fístulas y los demás síntomas nos ponen de manifiesto la cronicidad de la enfermedad.

Constituida así la afeccion, sigue una marcha invasora, digámoslo así, porque del epidídimo pasa, ó bien al testículo, ó bien al cordón espermático, ó á los dos á la vez, y de allí continúa extendiéndose hasta llegar á atacar los órganos profundos, prostata y vesículas seminales.

Si el reblandecimiento de los tubérculos se efectúa en el epidídimo ó la glándula, ya hemos dicho dónde se encuentran las fístulas, que dependen del número de abscesos formados, y que cuando son muchos los orificios fistulosos, llegarán hasta formar una especie de regadera.

En la propagacion tuberculosa encontramos signos semejantes, y no es raro ver formarse fístulas en el perineo, en el hueco isquio-rectal, y otros que se abren en el recto segun sea el camino recorrido por la inflamacion. Alguna vez, aunque rara, se han visto aparecer en el trayecto del cordón, dependiendo indudablemente de lo avanzado de la lesion.

En otro punto nos ocupamos de la relacion que hay entre la invasion de la prostata y de las vesículas con el testículo afectado, y fácilmente se concibe que pueda haber cierta predileccion por el lóbulo hácia el lado del cual la afeccion tiene lugar. Formadas las colecciones, tienden naturalmente á seguir la vía por la cual la propagacion sea más fácil y por donde los tejidos presenten menor resistencia. Si es hácia delante, se abrirán por la uretra, y si por su cara posterior, en el recto mismo ó en el hueco isquio-rectal.

El tiempo que tarda para invadir el otro testículo, si al principio es unilateral, no es posible fijarlo ni aun aproximativamente, pues es demasiado variable. La terminacion por supuracion, como es de suponerse, fatal en esos casos, es irremediable; el arte se agota allí y el cirujano tiene que limitarse

única y exclusivamente á paliativos, sabiendo que un caso de esa naturaleza es perdido, por desgracia.

Pero lo que no es fatal, es que las cosas marchan como se ha visto, y á veces se refieren casos en los cuales la caverna ó cavernas agotan su supuracion, ya espontáneamente, ya por medios terapéuticos, pueden curar por interposicion de tejido cicatricial y sin que se propague á otros órganos: algunas veces, pues, la enfermedad se limita y es susceptible de curacion.

Si á ese modo de terminacion agregamos que una intervencion prudente y oportuna, principalmente quirúrgica, puede librar al paciente de un órgano que en vez de serle útil le perjudica, comprenderémos que la marcha se detendrá, la duracion será menor y la terminacion más favorable.

En ciertos casos, despues de la tisis testicular, pueden observarse las granulaciones en órganos lejanos, como las meninges por ejemplo, y de esto recordarémos un caso que tuvimos ocasion de estudiar.—Francisco Crespo llevaba una tuberculizacion del testículo izquierdo, y en el curso de su enfermedad demostró la propagacion al otro: en seguida la sintomatología de la tuberculizacion meningea desarrolló su cuadro formidable, y el enfermo murió.

La necroscopia comprobó el diagnóstico múltiple: el testículo izquierdo totalmente invadido, el epidídimo igualmente alterado, el derecho en un grado ménos avanzado y sin las cavernitas que ofreció el del otro lado; la prostata y las vesículas seminales lo estaban tambien.

En los pulmones se encontraron granulaciones tuberculosas, principalmente en los vértices, y adherencias pleurales en el pulmon izquierdo. Abierta la cavidad craneana, se encontró un exudado fibrinoso en la convexidad de los hemisferios, congestion ligera de éstos y grupos de granulaciones en las meninges; y la aracnoide de un color opalino; las granulaciones en mayor número y más aparentes á lo largo de las cisuras de Sylvius y las ramificaciones vasculares importantes.

Abierta la cavidad abdominal y examinada con todo cuidado, no se encontró nada digno de llamar la atención.

Si la enfermedad no se detiene y no se tiene la fortuna de intervenir oportunamente, la invasión á los demás órganos sigue progresando, y del epidídimo pasa al canal deferente, la prostata, las vesículas seminales, á las meninges y el pulmon. Entre estas complicaciones la más comun es la pulmonar.

A propósito de esto citaremos la historia siguiente:

Camilo García, soldado del 5º Batallon de línea, de 35 años de edad, de oficio jornalero, entró al hospital el dia 9 de Diciembre del año pasado, y nos dice que hace once años tuvo, segun nuestra interpretacion, una orquitis aguda; entónces no tenia ni habia tenido blenorragia, y no recuerda ninguna causa que le haya motivado su enfermedad. Despues de unos quince ó veinte dias, la inflamacion cedió, los síntomas agudos desaparecieron, pero en lugar de quedar el testículo en su estado normal, notó que seguia progresando en su disminucion, hasta llegar al volúmen de un huevo de pichon.

Pasó hasta hoy el resto de su vida sin experimentar absolutamente ninguna perturbacion en sus funciones genitales, y el mes de Noviembre del mismo año de su entrada, tiempo en el cual, un dia de tantos, percibió que en el escroto se le desarrolló un tumorcito del tamaño de un garbanzo, primero duro y resistente, despues blando y fluctuante, que abierto espontáneamente, dió salida á una pequeña cantidad de supuracion; siguió supurando hasta el dia que lo examinamos.

Entre sus otros antecedentes, los hereditarios, por ejemplo, nada notable nos dió; sus padres murieron en una edad avanzada sin padecer del pecho; tuvo un hermano bueno y sano; él hasta su entrada al hospital no habia tenido ninguna enfermedad; únicamente, hace ocho años, tres despues de su orquitis, padeció una blenorragia complicada de hematuria, pero que poco despues desapareció completamente.

Explorándolo, encontramos el teste enfermo del tamaño ci-

tado, duro y adherido á la piel, con una fístula situada en la parte anterior y superior del escroto y cerca del pene; el cordón, en esa vez que lo exploramos, rodaba bien debajo de la piel, y su calibre era normal. El orificio fistuloso era un poco fungoso, y salía por él una supuración cerosa. No había, al parecer, causa ninguna para la aparición de ese abscesito.

Las vesículas seminales y la próstata nos parecieron en buen estado.

Un día, el 14 de Enero de este año, nos hizo notar que había sentido el día anterior una ligera calentura; como en esos días tenía su bronquitis, nos la explicamos por ello, y se le prescribieron unas cucharadas expectorantes. La temperatura no bajó, el termómetro no pasaba de 38°0 á 38°5, todas las tardes. Sospechando entonces que su calentura estuviera ligada con la aparición y el desarrollo de tubérculos en el pulmón, se le dió calomel con belladona á dosis refracta tres días, y dieta de leche por único alimento. Cosa notable: la temperatura bajó á 37°0 ó 37°5, unos cinco ó seis días, para exacerbarse de nuevo y llegar á los mismos grados que al principio. Durante cierto tiempo estuvo sujeto al yoduro de potasio, emulsión de Scott, vino de quina, y su alimentación era lo mejor que se pudo.

Desde entonces, y día á día y á nuestra vista, pues pertenecía al servicio que se me encomendó, lo hemos visto minarse paulatinamente, presentar los signos claros de tubérculos pulmonares y elevarse la temperatura á 39° y 39°5 algunos días.

Como un mes después del primer exámen volvimos á practicar el tacto rectal, y ya encontramos la próstata crecida y más dura que en lo normal.

Apareció la diarrea, el enflaquecimiento era notable, la caquexia se marcó, la temperatura bajó en tres ó cuatro días á 36°5, el pulso se hizo pequeño y filiforme, sus dientes se cubrieron de fuliginosidades, y murió el 30 de Marzo del presente.

Abriendo la cavidad abdominal al día siguiente, y cortando el pubis, quitamos en una sola pieza la vejiga, la prostata, una parte de la uretra, los dos cordones espermáticos y los dos testículos. Sacamos la orina de la vejiga, hicimos una incision en su cara posterior hasta el cuello y la prostata, y extendimos la pieza en una mesa para examinarla.

Nada más instructivo que las lesiones que teniamos á la vista.

Las vesículas seminales, duras y crecidas. La prostata de 0,06 de diámetro, estaba destruida casi completamente y ocupada por una gran caverna ampliamente abierta en el canal, tapizada de un pus gris verdoso, como el de un foco gangrenoso, y rodeada de una superficie ulcerada que se extendia á la tercera parte inferior de la vejiga. La orilla de esta ulceracion era muy irregular y rodeada de ulceraciones pequeñas, redondas, grises, rodeadas á su vez de una zona de granulaciones tuberculosas. La mucosa vesical muy vascularizada, y con una multitud de manchitas equimóticas hácia su parte superior.

El canal deferente del lado izquierdo, como tres veces más grueso que el derecho, y haciendo un corte trasversal, en cualquier punto de su trayecto, se encontraba á la simple vista su tejido muscular sustituido por una masa caseosa.

El lugar ocupado ántes por el canal deferente flexuoso, el epidídimo, sustituido por una caverna y el testículo enteramente atrofiado y de apariencia fibrosa.

Recogimos piezas de cada porcion de estas, que juzgamos interesantes, y las pusimos en alcohol para hacer su exámen histológico.

Los ganglios inguinales, pelvianos y los abdominales los encontramos con degeneracion caseosa; uno de los inguinales profundos del lado derecho estaba supurado.

El bazo de un tamaño tres veces mayor; el hígado no parecia estar alterado. Los vértices de los dos pulmones presenta-

ban adherencias pleurales, y en la base del pulmon izquierdo habia una hemorragia intersticial con derrame en la cavidad pleural. En el espesor de los dos pulmones habia granulaciones tuberculosas.

Hablando del diagnóstico dijimos las dificultades que se tienen para apreciar con toda exactitud el grado de alteracion de la prostata y las vesículas, órganos que con mucha frecuencia son los primeros que se afectan y que tan buen guía son para establecer el tratamiento; así sucede, que despues de la operacion, y muy á pesar nuestro, vemos desatarse sobre el pobre enfermo la tuberculosis pulmonar hasta conducirlo á la muerte. Indudablemente en estos casos el inéxito de la operacion no debia ser atribuido á la impericia del cirujano: nosotros apreciamos las alteraciones por el tacto cuando son perceptibles á nuestros sentidos; cuando palpando, sentimos los lóbulos prostáticos y las vesículas más grandes y cubiertas de desigualdades; pero ántes, y de cualquier modo que se explique la propagacion, hay un período en el cual solo el microscopio seria capaz de enseñar esas alteraciones. Entónces ni la mano más ejercitada podria enseñarnos nada tampoco.

Aquí, como en otros casos de tuberculosis local (del tejido celular, ganglios, huesos, etc.), si no se interviene á tiempo, más tarde ó más temprano la generalizacion de los tubérculos es irremediable y segura, si ántes no sucumbe el enfermo á cualquiera otra enfermedad.

Relativamente al modo de la propagacion de los tubérculos á la prostata y los demás órganos, como es una cuestion demasiado delicada y de trascendentales consecuencias, he preferido no ocuparme de ella ni siquiera de un modo general.

TRATAMIENTO.

Fácilmente se comprende, segun lo que hemos venido considerando, que la manera de aliviar ó de curar á un enfermo que esté afectado de la tuberculizacion de sus órganos genitales, variará segun las circunstancias en que se encuentre colocado y los recursos de que se pueda disponer.

Desde luego formaremos nuestro plan terapéutico, segun la marcha de la afeccion, segun su localizacion y segun la ausencia ó coexistencia de complicaciones.

Cuando tratamos una orquitis aguda tuberculosa, tenemos en cuenta que el padecimiento es flegmático, y en vista de ello procedemos como si se tratara de una orquitis aguda simple.

Los medios, como sabemos, son variados; pero sobre todo, empleamos los locales, aplicamos unguento doble como antiflogístico, sólo ó asociado á otros agentes resolutivos; apelamos á los emolientes, harina de malva ó linaza, á la masa anodina, asociados á la cicuta, la belladona ó la atropina; y si se considera prudente, se recurre á las emisiones sanguíneas, ventosas escarificadas, ó lo que más se usa, las sanguijuelas en el trayecto del cordón espermático.

Pero no nos limitamos á esos medios, y á menudo se apela á la acción derivativa de los purgantes, y algunos autores recomiendan el tártaro emético, que tambien se usa en la orquitis blenorragica.

En el caso en que la marcha sea crónica desde el principio, es decir, la forma latente, ó bien despues del período agudo, el tratamiento varía con las circunstancias.

Si puede hacerse un diagnóstico, lo más exacto posible, de tuberculizacion latente del testículo, si el cirujano llega á te-

ner esa convicción, indudablemente que puede sentarse como regla general para la conducta que debe observar, que nunca debe retardar su intervención quirúrgica, sobre todo, en el caso en que la afección sea unilateral.

Exponer al enfermo los inminentes riesgos que corre dejando ese foco de mal que tarde ó temprano hará sentir sus efectos en todo el organismo; convencerlo de la necesidad de la operación, haciéndole ver que no perderá por esto sus funciones sexuales, puesto que el otro testículo funcionará convenientemente, es la obligación de nosotros al encargarnos de un enfermo de estos, y casi sin vacilación se debe proceder á la extirpación de aquella glándula, que solo servirá más tarde para ocasionar molestias y más enfermedades. Por supuesto que esto lo decimos contando con que la salud del enfermo no está alterada, en que el otro teste no sufra simultáneamente, los órganos profundos se encuentren sanos, y que el pulmón no revele nada que indique su invasión.

Si no se resuelve el enfermo á operarse, á pesar de las razones que se le expongan, tenemos que recurrir al tratamiento médico, aun cuando no se tenga plena confianza en su resultado; otro tanto harémos cuando el caso sea dudoso, y ántes de proponer la operación.

Llamamos á la higiene en nuestro auxilio; aconsejarémos al enfermo la sobriedad, sobre todo, en las bebidas alcohólicas, que evite los esfuerzos y las marchas penosas, los excesos en el coito; le dirémos también la utilidad que puede sacar de los paseos al aire libre y puro, asociando esto con la hidroterapia y una alimentación tónica y reparadora.

Las medicinas que pueden administrársele serán las que se aconsejan comunmente para enfermedades de esta clase, ya sea que se manifieste en el pulmón ú otro punto del organismo.

Se da la preferencia al aceite de hígado de bacalao, emulsión de Scott, solo, ó bien ayudado de las preparaciones ioda-

das, ferruginosas y arsenicales, al nogal y los medicamentos tónicos; el yoduro de potasio á dosis gradualmente creciente; las preparaciones marciales solo cuando no haya amenaza por parte del pulmon, pues sabemos que en este caso no son convenientes, como lo enseña Trousseau, y si las empleamos, serán de preferencia las solubles, para no fatigar las vias digestivas, ó producir la constipacion; daremos el protocloruro de fierro, grajeas de Rabuteau, el citrato, etc.: en cuanto al arsénico, usaremos los licores de Fowler, Pearson, etc., el nogal lo asociamos casi siempre al yoduro de potasio.

Los vinos generosos ó bien el de quina, el vino de Vivien, el de fierro, el extracto de quina y la alimentacion reparadora forman el complemento del tratamiento.

En el caso de que la supuracion se haya establecido, y se vea que no hay esperanza de conservar ni sanar aquel testículo, no trataremos solamente de convencer al enfermo á que se opere, sino que se le deberá casi obligar con el objeto de salvar su vida. Si los dos testículos están enfermos al mismo tiempo, diferirá tambien nuestra conducta, y de ello nos ocuparemos despues.

Los autores se han dividido respecto á la conveniencia ó desventaja de la castracion; pero procuraremos resumir las razones que se han dado y emitiremos nuestra opinion.

Se dice que es inútil y peligrosa la operacion; inútil, porque siendo la tuberculosis una diátesis, la operacion no da el resultado que se desea, puesto que se manifiesta la enfermedad en otros puntos; peligrosa, porque es grave, y además, porque el enfermo se vuelve hipocondriaco, y aun se dice que algunos se suicidan; otros opinan que es conveniente operar, si el tubérculo tiene por punto de partida el teste, y es solo una manifestacion local, lo racional es intervenir, teniendo como poco fundada la frecuencia de la hipocondría, y hacer ver al enfermo que es inútil conservar ese testículo (*moral*, como le llamó Verneuil), y que no es nada halagador ver constan-

temente curaciones sobre el escroto; pero hay otra razon más apremiante para operar, y es la que nos parece de más peso, que el enfermo se agota con la supuracion y la reaccion febril; sus fuerzas naturalmente decaen, y si ese estado se prolonga, si viene entónces á hacerse realmente hipocondriaco, si se ve obligado á cambiar por completo de género de vida; y la diarrea, la falta de apetito, de sueño, ú otro motivo cualquiera, viene á añadirse á lo dicho, no será raro entónces que si no habia otra manifestacion tuberculosa que la del testículo, se haga ésta en otro lugar de más entidad, como el pulmon, por ejemplo, y aquel enfermo se pierda por negligencia del cirujano. Nada se aventaja con retardar la operacion; al contrario, se puede detener la marcha de la enfermedad, que sin ella seguirá fatalmente su curso, y si en su oportunidad podiamos suprimir un órgano pernicioso para la salud, cuando sea demasiado tarde, la invasion general á todo el organismo será inevitable.

Tenemos que suponer tambien que el enfermo rehuse enteramente la operacion á pesar de cuanto haga el cirujano: entónces, ó recurrimos al tratamiento médico ya dicho, ó se intenta una pequeña operacion que se ha llamado "*reseccion*," y se practica en el tejido enfermo, ó bien se hace la raspa de las cavernas que motivan la supuracion y las fistulas.

Antes de decir cómo se practica esa operacion, darémos una ligera ojeada á las indicaciones que pueden presentarse.

De un modo general puede decirse que la reseccion propuesta por Malgaigne el año de 1851, está casi abolida, y se comprende la razon; queria que se limitaran con cortes de bisturí las partes enfermas y se extirparan; esto, como se ve, presenta dificultades algunas veces insuperables; porque no es tan sencillo como parece á primera vista, cortar con seguridad las partes enfermas y dejar las sanas, y además, porque si hay que extirpar grandes masas ó partes diversas del testículo, es indudable que será preferible la castracion, con la cual no hay

temor de dejar partes, que irritadas tal vez por el traumatismo quirúrgico, reproduzcan los tubérculos con mayor actividad; y se sustituye con una sola herida las muchas que pudieran hacerse al practicar la resección de Malgaigne.

En cuanto á la raspa del foco, diremos que le sería aplicable esa objeción; pero creemos que es de mayor utilidad en algunos casos, y tal vez presenta más claras indicaciones. Con la raspa nos proponemos barrer, por decirlo así, todos los tejidos que forman las masas tuberculosas, y la operación se lleva hasta que se ve aparecer el tejido sano: con la cucharilla de Sims no hacemos los destrozos que con el escalpelo, ni se forma una gran herida cuyos peligros sean más próximos.

Creemos que tiene más indicaciones la raspa, porque si el foco es único, ó si los que hay son pequeños y están próximos, puede quitarse la materia tuberculosa, y tener cierta esperanza en que al llenar de tejido fibroso y cicatricial aquel vacío, venga la curación.

El resultado de estas operaciones no es infalible, porque nada nos asegura que no aparecerán tubérculos en otro punto, ya del testículo, ya de otro órgano, ni tampoco que no se reproducirán en el lugar mismo de donde se extirparon; y tal vez con la raspa de su caverna no tenga una curación completa.

Tenemos un caso en favor de la raspa, y es el de un joven estudiante, en quien estando sus dos testículos tuberculosos, no era posible hacer la doble castración, operación que hubiera sido terrible para un hombre de su edad y que le privara de ese atributo que constituye verdaderamente al hombre: el Dr. Montes de Oca, en vista de esa razón y de que los focos eran pequeños, la lesión poco extensa y los demás órganos, comprendido el pulmón, estaban sanos, se decidió á practicar la raspa en los dos lados, y la operación tuvo un éxito brillante.

El joven á que aludimos vió desaparecer su enfermedad y

sus molestias, su vida fué la comun, y se supo que sus funciones sexuales se verificaban perfectamente bien.

Se trataba una vez en la Clínica del Hospital Militar de resolver cuál seria la conducta que debia observarse con un enfermo, que á no dudarlo tenia un testículo tuberculoso, y se opinó por hacer la raspa del foco, que á primera vista era pequeño: así fué; pero en el momento en que nuestro maestro tomó el instrumento para indicar á uno de nuestros compañeros que era el operador, cierto detalle, se hundió bruscamente el instrumento, y encontró que no solo el epidídimo era el enfermo, sino tambien la glándula espermática. En tal situacion ¿qué era conveniente? Hacer lo que aconsejó el Dr. Montes de Oca, y fué la castracion: el exámen á la simple vista y al microscopio, del cual hemos tomado las adjuntas figuras, hicieron ver la exactitud del diagnóstico y lo prudente del tratamiento.

El caso más difícil de resolver es aquel en que los dos testículos estén afectados, ya sea que presenten la forma latente, ó bien que los tubérculos se hayan reblandecido y las fístulas estén constituidas dando constantemente supuracion: entónces no podemos decidirnos á hacer la doble operacion, ni tampoco á dejar aquellos órganos nocivos que más tarde ocasionarian la muerte.

Las consideraciones varían; porque ¿tenemos derecho de privar á un hombre de los órganos que lo hacen serlo? ¿Si es un jóven, estamos autorizados para privarle para siempre del signo distintivo de su sexo? No, seguramente; pero como tampoco podemos abandonarlo á su suerte, está en nuestra obligacion hacerle ver todo lo grave de su situacion, y sin escoger los colores más negros, pintarle el cuadro de la existencia triste que le espera, y el resultado fatal á que su enfermedad lo conducirá más tarde ó más temprano.

En el caso de que no se opere, ya sabemos la fatal terminacion: si se practica la castracion, tendrédos en cuenta, en primer lugar, el estado de los demás órganos de la generacion

y del pulmon, la edad del enfermo, su estado general, y le diremos que la operacion no carece de riesgo.

La operacion está indicada, si la prostata y las vesículas seminales están sanas; en el caso contrario todo será inútil.

Se dice que cuando se practica la castracion, el desarrollo de tubérculos pulmonares es la consecuencia; pero esto no está probado, y en los casos que hemos observado encontramos la confirmacion de su poca exactitud; pero si el pulmon está ya enfermo, si la tuberculizacion, aun cuando sea incipiente, se manifiesta, es indudable que no debemos operar, porque, como lo hace notar con bastante justicia nuestro maestro el Doctor Eduardo Licéaga, un traumatismo ya casual, ya quirúrgico, presenta gravedad en un tísico, el organismo no está en aptitud para reparar lo que pierde y comunmente no es satisfactorio el resultado de una operacion: no tendríamos, tal vez, accidentes por parte de la region operada, pero sí, casi sin excepcion, la marcha más rápida de la tuberculosis pulmonar y el fin desastroso.

Es esta tambien la razon por la que investigamos el estado general de nuestro enfermo, pues el alcohólico inveterado, el ateromatoso, el diabético, el albuminúrico, etc., etc., ¿darán las mismas probabilidades de éxito que un hombre de buena constitucion? No, seguramente, y todo ello lo debemos tener presente al operar; porque además de los peligros de la castracion en sí, pueden venir los de las complicaciones. Hay que hacer ver que el cirujano no ha sido el culpable, sobre todo cuando ha tenido el buen tino de poner de manifiesto aun los peligros remotos.

Sentadas las anteriores consideraciones, demos por hecho que el enfermo resuelve operarse; se nos presentan dos casos: 1º, si los dos testículos están enfermos, pero que la edad del padecimiento sea distinto; y 2º, cuando la alteracion marcha á la par en los dos lados.

Si un testículo lo encontramos casi ó totalmente destruido,

de tal modo, que fuera imposible esperar la curacion, en tanto que en el del otro lado la tuberculosis apénas es incipiente, la conducta que debemos seguir es extirpar el que se encuentra en peores condiciones, y conservar el segundo. La razon es, porque aun cuando pudiera creerse que el traumatismo quirúrgico haria apresurar la marcha de la enfermedad en el que queda, no es esto exacto, y tenemos casos en los cuales el proceso tuberculoso ha detenido su marcha: por otra parte, de este modo el enfermo conserva lo que Verneuil llamaba testículo moral, la ilusion consolante de Robert.

En el segundo caso, cuando la alteracion marcha igualmente en los dos lados, será el enfermo el que decida de la operacion. Si tiene familia ó un interes cualquiera por conservar por más tiempo, con más probabilidades, su vida, aceptará la doble extirpacion; nuestra obligacion en ese caso es pintarle con naturalidad los peligros que corre.

Cuando la indicacion neta es hacer la doble extirpacion, se practica ésta en una sola sesion, por no haber inconveniente alguno y no traer al enfermo la molestia de dos operaciones y los peligros, aunque remotos, de someterlo dos veces á la anestesia.

Creemos conveniente ahora decir algunas palabras sobre la manera de ejecutar esa operacion, y no pasarémos revista á los procedimientos que se han propuesto y practicado con más ó ménos éxito; solo nos ocuparémos del que se pone en práctica en el Hospital Militar, y pertenece al Dr. Montes de Oca. Copiarémos á la letra la descripcion que hace su autor en su tesis de oposicion á la cátedra de adjunto á Clínica externa:

“Si el tumor es libre en la túnica vaginal, se hace una incision que, viniendo de la parte superior del escroto y á la altura del cordon espermático, venga á terminar hasta el límite inferior del tumor: se procura de un solo golpe dividir las cubiertas del teste, de manera que despues de esta incision, el tumor sale libremente fuera del escroto; se reconoce inmedia-

tamente el estado del cordón, y si se considera en buen estado, se aplica una ligadura sobre él, como á un centímetro del testículo, despues se pasa la cadena del conductor de Chassaignac inmediatamente arriba de la ligadura, y se hace la seccion haciendo mover muy lentamente la palanca ó el tornillo del instrumento.—Como siempre opero con el constrictor de dos barras dentadas, hago pasar un solo diente de cada barra á cada medio minuto.—Una vez terminada la seccion del cordón, se lava cuidadosamente la herida y el interior de la túnica vaginal, despues se hace una última locion con alcohol rectificado y se cierra la herida exterior por algunos puntos de sutura entrecortada; algunas veces pueden ponerse vendotes de tela emplástica para perfeccionar el afrontamiento de los labios de la solucion de continuidad, y para terminar la curacion se aplica una compresion con espica, cuyas vueltas se cruzan en el lugar en que pasa el cordón sobre el arco del púbis. Se coloca además un suspensorio, que se acodina con algodón, y la operacion y curacion está terminada.”

Concluye aquí la descripcion; pero agregaremos algunas modificaciones que, en vista de ciertas circunstancias y de los progresos en las curaciones, hemos visto practicar al autor del procedimiento.

En primer lugar, al hacer la incision de la piel, si presenta aberturas supurantes de los trayectos fistulosos, si son dos ó más próximas unas de otras, hay que hacerlas desaparecer, y entónces la incision deja de ser lineal y se convierte en dos semilunares que circunscriben un colgajo oval de la piel alterada, y la reunion de la herida da siempre el aspecto de la incision lineal.

Al operar, como hemos visto, hay que tener en cuenta el estado del cordón: si está sano, sabemos lo que se hace; si está totalmente enfermo y hay naturalmente sospechas de que continúa enfermo en el resto de su trayecto, llevando á los órganos profundos el gérmen del mal, es una formal contraindi-

cacion para operar; pero si solamente la alteracion llega á cierta altura, se hace entónces la seccion inmediatamente arriba de la parte afectada. La seccion del cordon tambien puede modificarse si se quiere más seguridad, dividiéndolo en dos paquetes, ligándolos separadamente, y por exceso de precaucion, emplear dos constrictores; si no se quiere, puede hacerse uso del bisturí: es conveniente que las ligaduras, como se han de dejar perdidas, se hagan con cat-gut.

Respecto de la curacion, hay que hacer tambien algunas modificaciones, puesto que hoy se usa de preferencia la anti-séptica de Lister; los lavatorios se practican con solucion fenicada fuerte, y la manera de sostener la curacion difiere en que no se pone ya la espica, sino un suspensorio bastante amplio para sostener el apósito.

Procediendo de esa manera, no hemos tenido ya que lamentar la complicacion tan temida de los antiguos, la hemorragia.

La operacion en general tiene un éxito satisfactorio y hasta ahora en los casos obsérvados, no hemos tenido que lamentar ningun accidente de trascendencia, sino pequeñas complicaciones que citarémos.

Lo que puede observarse despues de la castracion es el flegmon de las bolsas, y de esto tuvimos un ejemplo en el enfermo cuya pieza anatómica nos ha servido para el estudio de la anatomía patológica; pero fué un accidente pasajero que en unos cuantos dias terminó favorablemente.

Tambien suele observarse la gangrena del escroto; pero el hecho es raro, porque comunmente queda bien nutrido; sin embargo, en una de nuestras observaciones consta que se esfaceló una pequeña porcion del escroto, pero sin presentar ninguna gravedad; la plaquita gangrenosa fué eliminada y la curacion completa.

Lo que sí tiene importancia es la reproduccion de los tubérculos ó su aparicion en otro órgano; pero esto ya no puede considerarse como consecuencia de la intervencion quirúrgica.

En un caso que observamos se reprodujeron las neoplasias tuberculosas en el escroto; durante algunos dias se reblandecieron, y la supuracion fué constante hasta que se hizo la reseccion de aquel pequeño foco, y el éxito coronó aquella castracion.

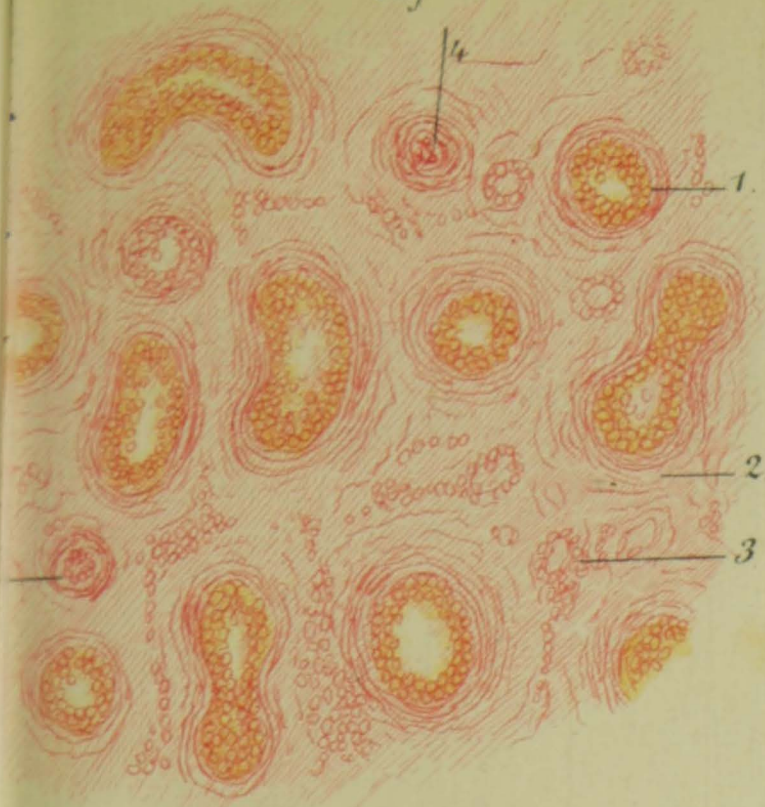
México, Abril de 1884.

Benjamin Castillo.

CUADRO DE OBSERVACIONES.

OMBRES.	CUERPOS.	CLASES.	SALAS.	Edad	Edad	Enfermedades anteriores.	DIAGNOSTICO.	LADO.	Enfermedades actuales.	CAUSAS.	
ardo Briseño.	10º Regimiento.	Cabo.	3ª de Sífilis.	21	27	Bubon y chancro blando.	Testículo tuberculoso.	Derecho.	Ningunas.	Ligero traumatismo.	Operado.
encisco Campos	1º de Artillería.	Cabo.	Cirugía.	21	72	Ningunas.	Id. id.	Doble.	Hidrocele (operado), meningitis aguda tuberculosa.	Ningunas.	Muerto.
no Damian.	20º Batallon.	Soldado.	1ª de Sífilis.	18	24	Ningunas.	Id. id.	Derecho.	Hidrocele.	Traumatismo	Operado.
ilo García.	5º Batallon.	Cabo.	3ª de Sífilis.	6	35	Bubon y blenorragias.	Id. id.	Izquierdo.	Atrofia, teste enfermo, tuberculosis pulmonar, de la prostata y las vesículas.	Ningunas.	Muerto.
ingo Jimenez.	20º Batallon.	Soldado.	1ª de Sífilis.	20	20	Ningunas.	Id. id.	Id.	Ningunas.	Compresion.	Operado.
onio Estrada.	Id.	Id.	3ª de Sífilis.	7	25	Blenorragias y bubones.	Id. id., incipiente.	Doble.	Bronquitis.	Ningunas.	Salió mejorado.
amento Vera.	Id.	Id.	1ª de Sífilis.	19	20	Blenorragias.	Testículo tuberculoso.	Id.	Prostata y vesículas alteradas.	Traumatismo	Salió de baja.
quilino Reyes.	Id.	Id.	3ª Medicina.	41	40	Hemoptisis, fiebre y viruelas	Id. id.	Derecho.	Ningunas.	Id.	Operado.
onio Blancarte.	Zapadores.	Id.	Id.	8	21	Blenorragias.	Id. id.	Id.	Exacerbaciones sub-agudas.	Ningunas.	Id.
Ruiz.	24º Batallon.	Cabo.	3ª de Sífilis.	20	39	Sífilis constitucional, blenorragias.	Id. id.	Id.	Bronquitis, hemoptisis y poluciones.	Id.	Salió mejorado.
ado Escalona.	8º Regimiento.	Soldado.	Id.	21	24	Blenorragia, bubones y pulmonía.	Id. id., incipiente.	Id.	Herpes prepucial.	Traumatismo	Id.

Fig. 1^a



Lám

Fig. 3^a



Fig. 2^a

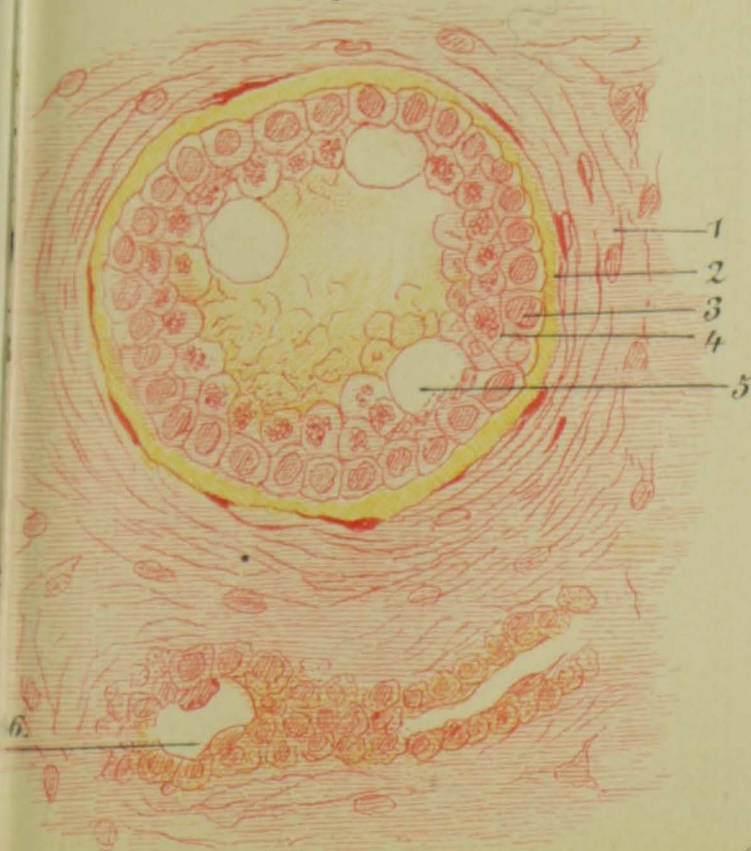


Fig. 4^a

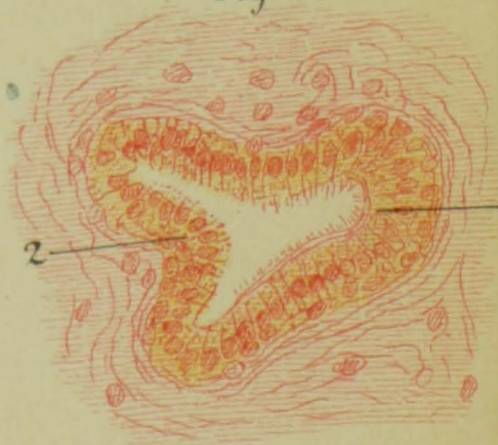


Fig. 5^a



J. Larios

Fig. 1^a

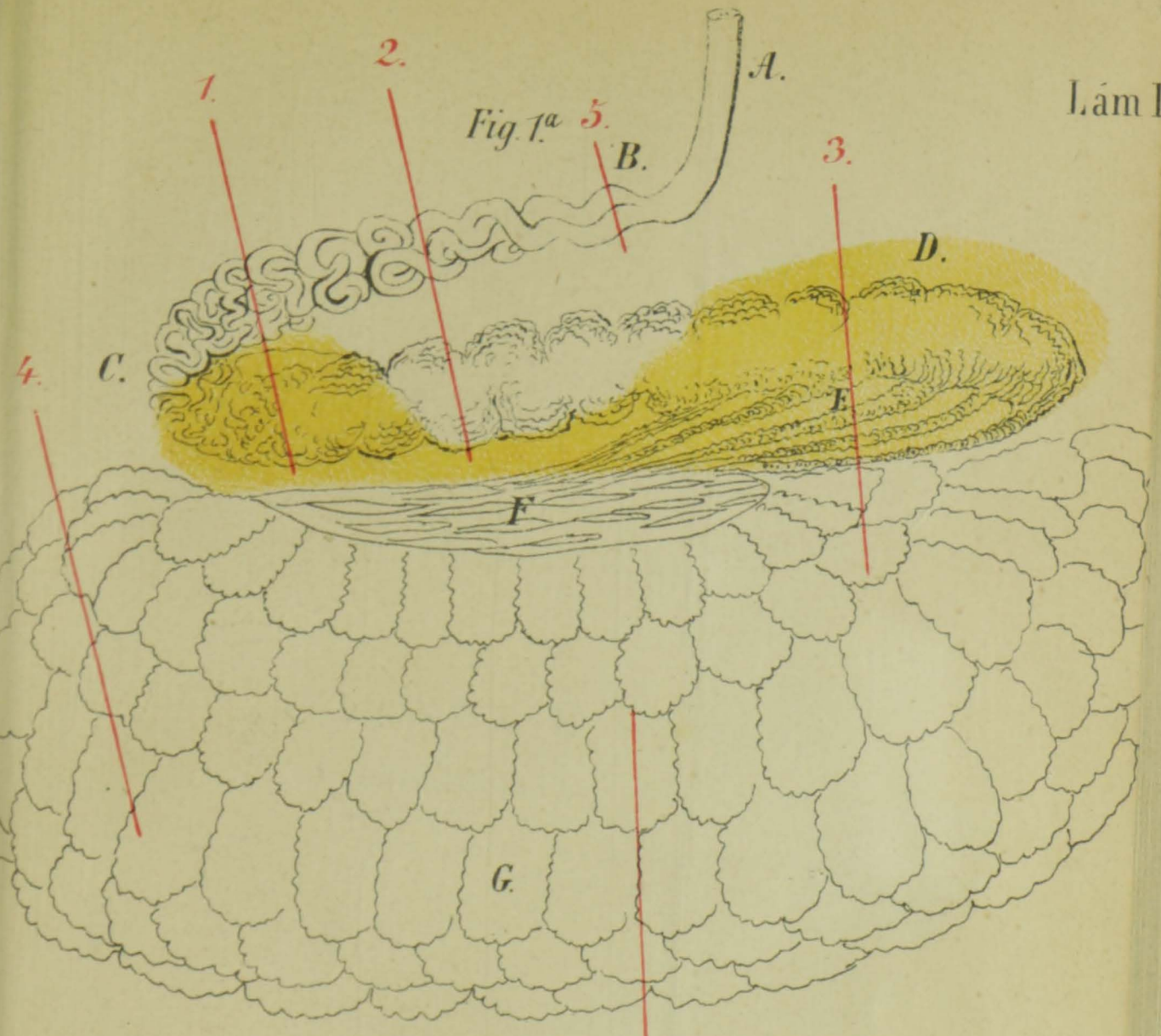


Fig. 2^a

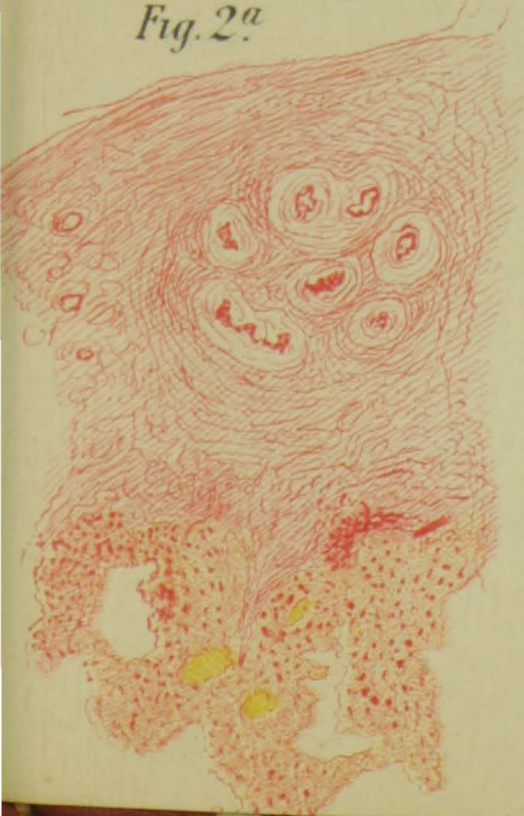
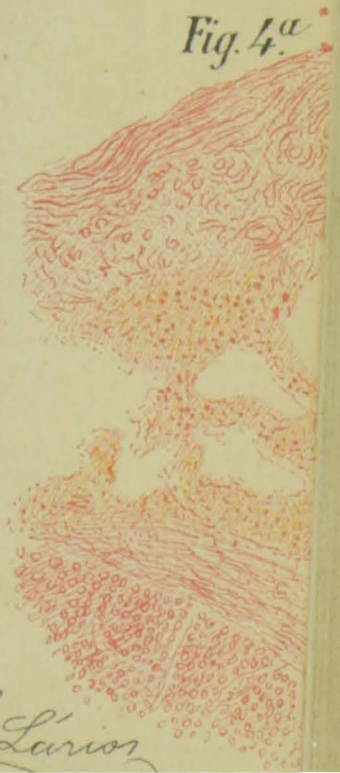


Fig. 3^a



Fig. 4^a



J. Larios

