

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXI

JULIO - AGOSTO 1952

Número 7 - 8

HISTOLOGIA TESTICULAR EN AUTOPSIAS POR AFECCIONES DIVERSAS

Por el Dr. MAURICIO FIRSTATER

El testículo, glándula sexual masculina, cumple su cometido desempeñando un doble papel: por una parte, produce los espermatozoides o gametas masculinas; por otra, elabora la secreción interna que condiciona los caracteres sexuales secundarios.

Los espermatozoides se forman en los tubos seminíferos y representan la última etapa de dos procesos: primero, la espermatocitogénesis que conduce por división progresiva, a partir de las espermatogonias basales, a los espermatocitos de primer y segundo orden, y a las espermátides; y 2º, la espermiogénesis, que es la imple transformación de las espermátides en espermatozoides. Entre las distintas capas de células que constituyen el linaje germinal de un tubo, se encuentran además, las llamadas células de Sertolí, que a manera de pilares o columnas nutricias sirven de sostén a los espermatozoides, mientras éstos completan su desarrollo. (Figs. 1, 2 y 3.)

La función endócrina del testículo sería atributo de las células intersticiales o de Leydig, presente ya en forma abundante en el cuarto mes de la vida fetal. Su número es escaso en la infancia, aumenta en la pubertad, se mantiene más o menos constante en la vida sexual y, disminuye a una edad avanzada. La estimación cuantitativa de las células de Leydig, en el testículo humano, ha sido realizada, llegándose a establecer un índice normal para cada edad.

En el hombre, la función testicular presenta una actividad permanente

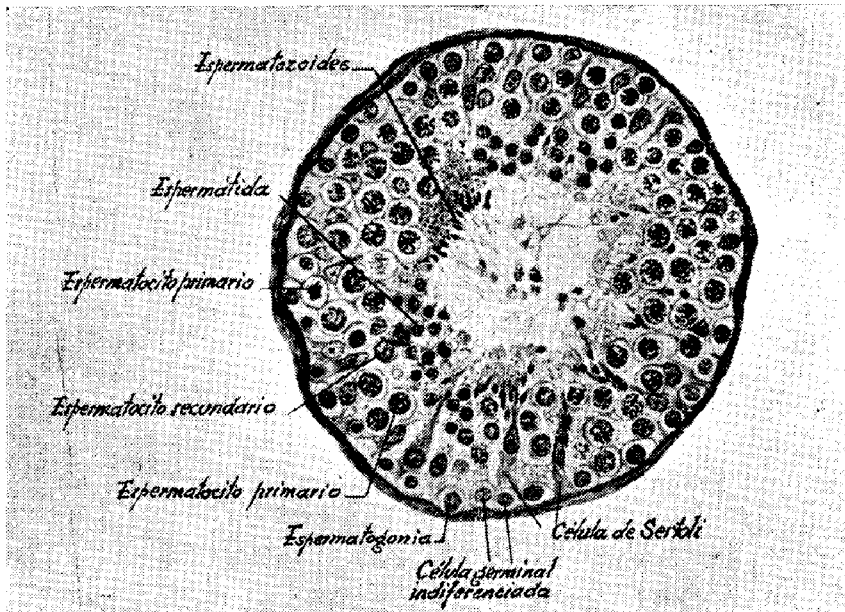


FIG. 1. — Sección transversal de un tubo seminífero (según Store).

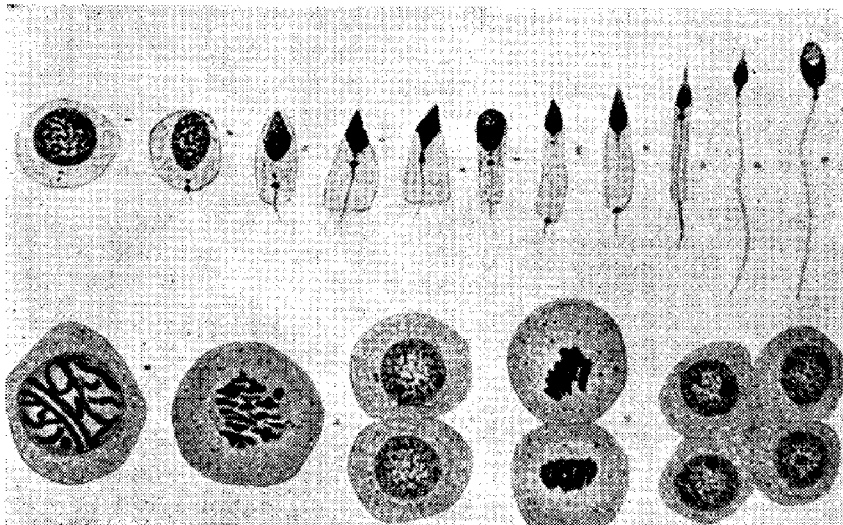


FIG. 2. — Desarrollo de los espermatozoides de las células germinales indiferenciadas. Transformación de espermátidas en espermatozoides (según Store).

y la espermatogénesis, una vez comenzada, se prolonga en forma continua hasta los 50-70 años y a veces, aún más.

El cuadro histológico testicular normal, sufre en el curso del desarrollo ontogénico muy frecuentes variaciones, unas pasajeras y otras definitivas, que son la expresión de su estrecha dependencia con los múltiples procesos patológicos y factores etiopatogénicos, que inciden sobre la salud del individuo. El conocimiento de estas alteraciones, se ha ido adquiriendo especialmente en los últimos años, merced al estudio sistemático de la glándula testicular, por medio de la biopsia, en la investigación de los factores de esterilidad.

Se ha determinado así la presencia de: 1) Alteraciones del desarrollo:

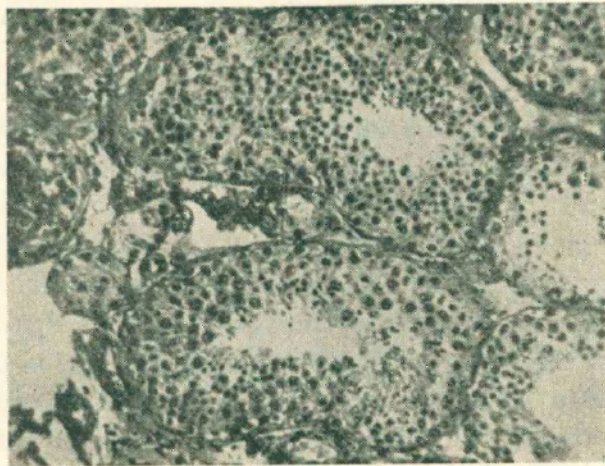


Figura 3

2) Lesiones degenerativas, y 3) Lesiones inflamatorias. Las primeras, abarcan la deficiencia germinal de origen congénito y las que se producen por incitación gonadotrópica insuficiente, o por incapacidad de responder a los estímulos endócrinos. Las lesiones degenerativas se observan en los tubos que han alcanzado la plena madurez y son resultado de múltiples influencias o noxas patógenas. Las inflamatorias se ven también en la glándula que ha alcanzado completa maduración y son consecuencia de procesos patológicos diversos.

Las lesiones congénitas presentan un cuadro histológico bien característico y han sido motivo de importantes estudios, especialmente en nuestro país (Dr. Trabucco).

Según sea la intensidad del daño tubular, las alteraciones degenerativas pueden diferenciarse en tres cuadros esquemáticos:

Degeneración de 1er. grado	}	Cuando sólo falta la espermiogénesis, es decir, la producción de espermatozoides, con conservación del proceso de maduración.
Degeneración de 2º grado		Alteración de la espermatocitogénesis. Se observan sólo espermatogonias y en ocasiones, espermatoцитos de 1er. y 2º orden.
Degeneración de 3er. grado		Ausencia del epitelio germinal o escasos restos del mismo; generalmente tubos vacíos o sólo con células de Sertoli.

Las lesiones inflamatorias se caracterizan por la presencia de polinucleares, células redondas y proliferación del tejido fibroso, tanto en los tubos como en el espacio intertubular.

Una característica de la glándula testicular lesionada, es que los procesos patológicos suelen estar uniformemente distribuidos. Sin embargo, debe señalarse el hallazgo ocasional de pequeños focos alterativos, alternando con zonas de tubos relativamente normales.

La observación histológica de testículos, en el material de biopsia, para el estudio del factor masculino en la esterilidad matrimonial, nos ha acostumbrado al reconocimiento de aspectos muy diversos. El deseo de alcanzar un conocimiento cabal de todos los procesos patológicos que es capaz de sufrir el tejido germinal, bajo las influencias de factores etiopatogénicos, ha orientado nuestro propósito de registrar, en material de autopsia, por afecciones diversas, el cuadro histológico testicular.

La investigación histológica de los testículos, en relación a las afecciones sistemáticas y extragenitales, ha sido objeto de preocupación aislada por parte de algunos autores. En 1919 Fr. W. Mott refiere los resultados obtenidos en el examen de sujetos normales y patológicos, proviniendo la mayoría de sus observaciones de autopsias practicadas en los asilos de alienados. Comprueba atrofia de los tubos seminales en la mayoría de los casos de demencia precoz, imbecilidad e idiotez.

En 1929 Botle y Robinson publican un interesante trabajo sobre las modificaciones histológicas que encuentran en testículos de autopsia.

Nuestro material pertenece en su mayoría al Hospital Nacional de Clínicas y ha sido obtenido de las autopsias realizadas en el Instituto de Anatomía Patológica de nuestra Facultad; parte del mismo, corresponde al Hospital Tránsito Cáceres de Allende. La recolección ha sido realizada sin discriminación alguna, acumulándose la mayor parte de los casos de que se pudo disponer en los tres últimos años.

La causa de muerte es muy variada, y la lista de las enfermedades que condicionaron el éxitus, es larga. Por ello nos permitimos, procediendo con criterio práctico, y conscientes de las limitaciones que esto implica, el agrupamiento de los casos bajo los siguientes encabezamientos:

1. — Afecciones cardiovasculares.
2. — Afecciones tumorales (neoplasias malignas).
3. — Afecciones hepáticas.
4. — Afecciones hemáticas.
5. — Afecciones tuberculosas.
6. — Misceláneas.

TABLA I

	No. de casos
Afecciones cardiovasculares	21
Afecciones tumorales (neoplasias malignas)	26
Afecciones hepáticas	4
Afecciones hemáticas	4
Afecciones tuberculosas	22
Misceláneas	12

La edad de los individuos a quienes pertenece el material de estudio ha fluctuado de 17 a 76 años.

En la Tabla 2, hemos distribuído por décadas las edades de los casos de autopsia.

TABLA II

2	11	10	17	25	20	4
10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80

Nuestro trabajo muestra la frecuencia, intensidad y variedad de las lesiones alterativas en la glándula testicular, de sujetos fallecidos por causas diversas.

Nos hemos concretado especialmente a registrar el aspecto del tubo y a consignar la presencia más o menos frecuente, de las células de Leydig, así como el estado o aspecto del espacio intersticial. No anotamos la determinación numérica de dichas células, índice de Sargent-McDonald, objeto de otro trabajo.

Se muestran sólo las alteraciones morfológicas, en su posible conexión con la causa más ostensible del deceso. Aquí debemos insistir sobre todas las causas que pueden viciar ese criterio de relación de causa y efecto. En primer

lugar hay que recordar la posibilidad de que las lesiones alterativas hayan sido producidas por afecciones anteriores y ajenas a la causa de la muerte; así en nuestros casos tenemos registrados algunos en que con toda seguridad, los cuadros histológicos serían debidos a fallas congénitas, esclerosis urliana, etc., etc. (Fig. 112, 26 y 64).

En segundo lugar, la incidencia de factores toxi-infecciosos, alimenticios, avitaminósicos, etc., representan elementos de morbilidad glandular importantes que actúan en forma paralela, predominante o no, a la causa que motivó el fallecimiento. Y por último, las alteraciones condicionadas por la edad y la duración del proceso patológico.

No obstante estas limitaciones para la interpretación etiopatogénica de los cuadros histológicos, creemos útil un ensayo de sistematización, como trabajo inicial. El ordenamiento definitivo será el resultado de numerosos estudios acumulativos, y del cotejo cuidadoso entre el historial clínico del sujeto fallecido y el cuadro histológico que se encuentre en el estudio post-mortem. En este sentido creemos necesario la obtención de material de la glándula testicular, en todas las necropsias, y su prolijo estudio histológico.

Por ahora sólo mostramos, como en un rápido film, el polimorfismo extraordinario de los aspectos histológicos del material que hemos controlado. Casi todos evidencian un daño, más o menos acentuado, del epitelio germinal, reflejo o respuesta a los estados patológicos que padecieron.

Este estudio simplemente morfológico, deberá ser completado con otros de orden histoquímico, de tanta importancia en la actualidad, para alcanzar un conocimiento más exacto de la histofisiopatología testicular.

Para cada caso anotamos el presunto diagnóstico clínico (que pertenece al Servicio correspondiente) y el anátomo-patológico: informe de la autopsia. El material testicular para estudio ha sido fijado con líquido de Bouin y coloreado con Hematoxilina-Eosina. Las microfotografías, se tomaron con aumentos 230x y 400x.

AFECCIONES CARDIOVASCULARES

Nº de casos: 21	}	Patológicos:	20 (95 %)
(Figs. 4-45)		Aparentemente normales:	1 (5 %)

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca.

Diagnóstico anátomo-patológico: Las más diversas causas cardiovasculares capaces de producir insuficiencia cardíaca.

Cuadro histológico: Lesiones degenerativas de 1º a 3er. grado con presencia variable de edema, hemorragia, sobrecarga de pigmentos en las células de Leydig, reacción histiocitaria y alteraciones vasculares. Lesiones que serían expresión del éstasis circulatorio y de la correspondiente anoxia.

Figuras 4 y 5. — Nombre: G. Z. Edad: 65 años, Fecha fallec.: 24-6-49.
Sala: 9.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca total.



Figura 4



Figura 5

Diagnóstico anátomo-patológico: Pancarditis y ateroma. Estasis polivisceral (Inf. Nº 47/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Epitelio germinal conservado pero con pocos espermatozoides. Paredes tubulares espesadas por numerosas capas superpuestas de tejido conjuntivo, aunque sin llegar a la hialinización.

Tejido intersticial: Venas dilatadas. Capilaritis y arteritis hipertrófica.
Células de Leydig en cantidad normal.

Figuras 6 y 7. — Nombre: P. A. A. Edad: 53 años. Fecha fallec.: 1-7-49.
Sala: 7.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca.

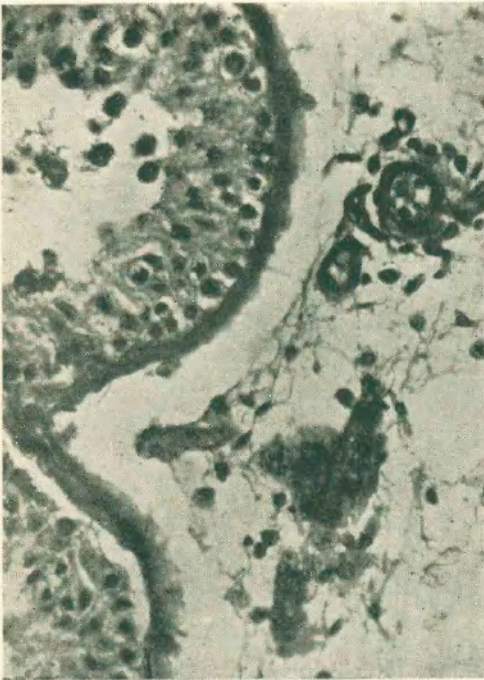


Figura 6

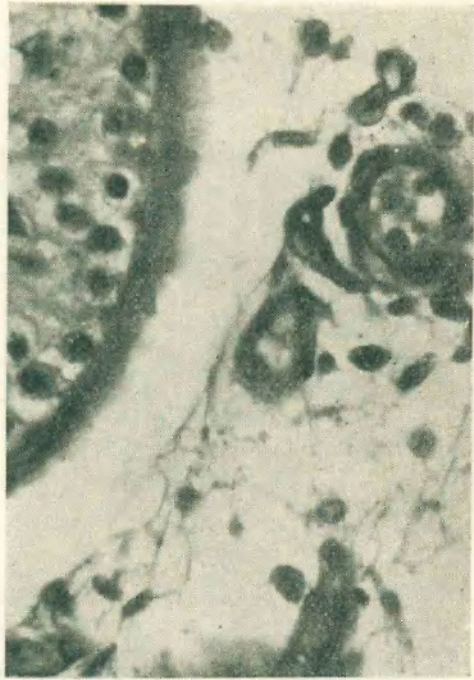


Figura 7

Diagnóstico anátomo-patológico: Cardio-esclerosis. Enfisema pulmonar
(Inf. Nº 50/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Pared espesada, edematosa. Epitelio germinal en degeneración de 2º y 3er. grado en la mayor parte de ellos; total en algunos otros. En estas zonas hay edema en el epitelio germinal.

Tejido intersticial: Derrame sero-hemático, intertubular. Arterias de paredes espesadas con edema interfibrilar.

Células de Leydig disgregadas y escasas.

Figuras 8 y 9. — Nombre: J. P. Edad: 76 años. Fecha fallec.: 30-6-49. Sala: 9.

Diagnóstico clínico: Arteritis generalizada. Aneurisma de aorta.

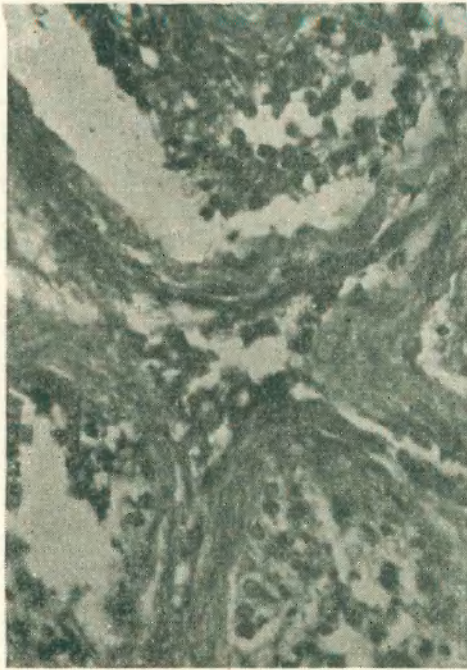


Figura 8



Figura 9

Diagnóstico anátomo-patológico: Aneurisma de aorta torácica. Ateroma. Cardiosclerosis (Inf. N° 51/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Paredes espesadas, edematosas. Epitelio germinal en degeneración de 2º y 3er. grado.

Tejido intersticial: Marcado espesamiento de la pared arteriolar. Algunos pequeños vasos obliterados. Células de Leydig, normales.

Figuras 10 y 11. — Nombre: M. E. O. Edad: 25 años. Fecha fallec. 3-8-49. Sala 7. Cama 12.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca, Corazón pulmonar terminal.

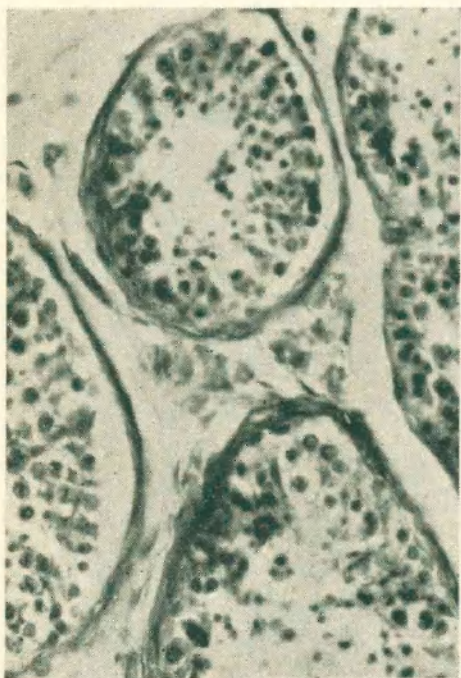


Figura 10

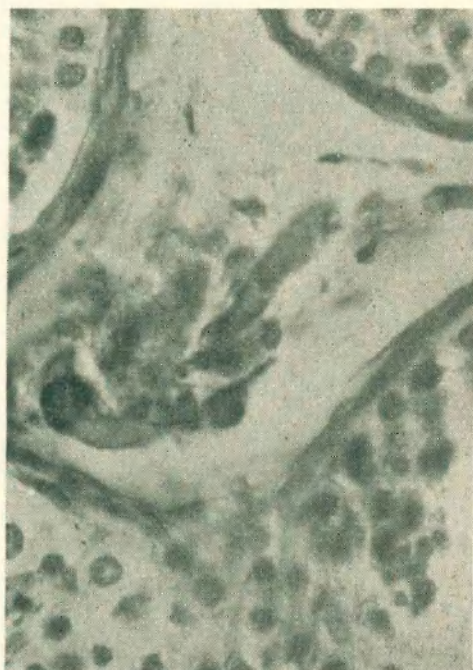


Figura 11

Diagnóstico anátomo-patológico: Miocarditis crónica intersticial, Infarto hemorrágico de pulmón (Inf. N° 53/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Paredes normales. Epitelio germinal; degeneración de 1er. grado. Desprendimiento de grandes masas de células al interior del tubo. En algunos puntos hay espermatocitos desprendidos. Poca proliferación de espermatozoides.

Tejido intersticial: Conectivo laxo. Arterias normales.

Células de Leydig: Con protoplasma bien teñido. Cantidad normal.

Figuras 12 y 13. — Nombre: R. B. Edad: 64 años. Fecha fallec.: 16-7-49. Sala 9. Cama 9.

Diagnóstico clínico: Angio nefro-esclerosis.



Figura 12

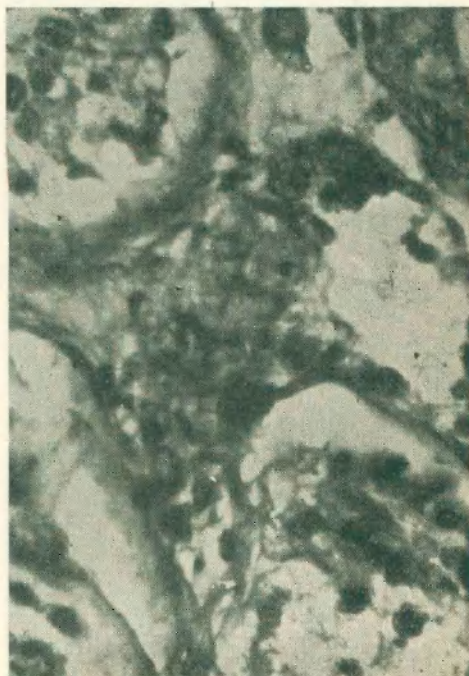


Figura 13

Diagnóstico anátomo-patológico: Arterioesclerosis generalizada. Miocarditis crónica. Nefroesclerosis (Inf. N° 56/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2º grado. Paredes espesadas, observándose en la parte interna de la pared una zona hialinizada, prácticamente sin elementos nucleares.

Tejido intersticial: normal.

Figuras 14 y 15. — Nombre: J. S. B. Edad: 30 años. Fecha fallec.: 7-9-49. Sala 7. Cama 1.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca.



Figura 14



Figura 15

Diagnóstico anátomo-patológico: Miocarditis crónica intersticial. Edema pulmonar e infarto hemorrágico (Inf. N° 67/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 1er. y 2º grados con alteración total de la arquitectura del epitelio germinal.

Tejido intersticial: Edema y hemorragia. Estasis vascular. Células de Leydig conservadas.

Figuras 16 y 17. — Nombre: L. A. Edad: 40 años. Fecha fallec.: 10-9-49. Sala 9. Cama 15.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca. Hemiplejía.

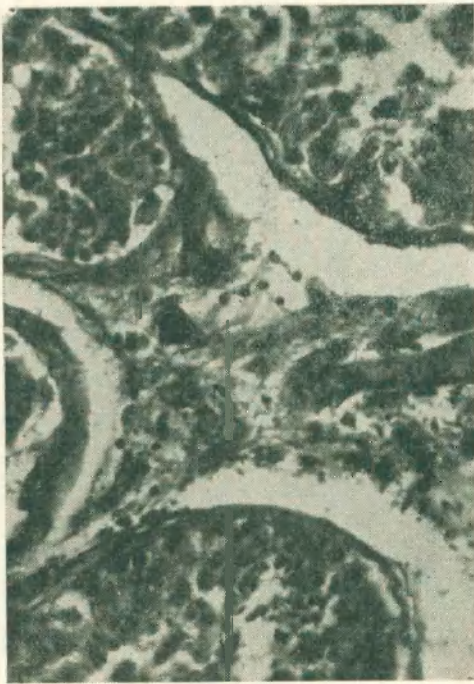


Figura 16

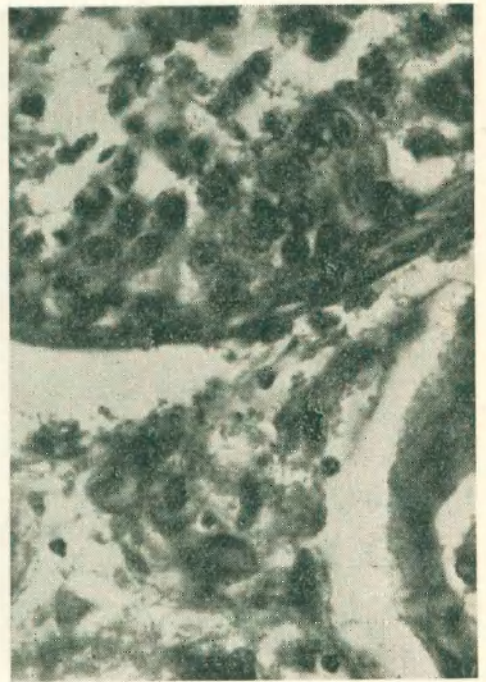


Figura 17

Diagnóstico anátomo-patológico: Miocarditis crónica. Reblandecimiento cerebral (Inf. N° 69/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Con alteración de la disposición normal de la arquitectura del epitelio germinal. Desprendimiento de grandes masas celulares en el interior del tubo. Muy escasos espermatozoides. Estado degenerativo de 2º grado.

Tejido intersticial: Capilaritis (capilares rígidos de paredes endoteliales muy firmes).

Células de Leydig, conservadas.

Figuras 22 y 23. — Nombre: M. N. P. Edad: 42 años. Fecha fallec.: 19-6-50. Sala 9. Cama 9.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca. Miocarditis crónica.



Figura 22

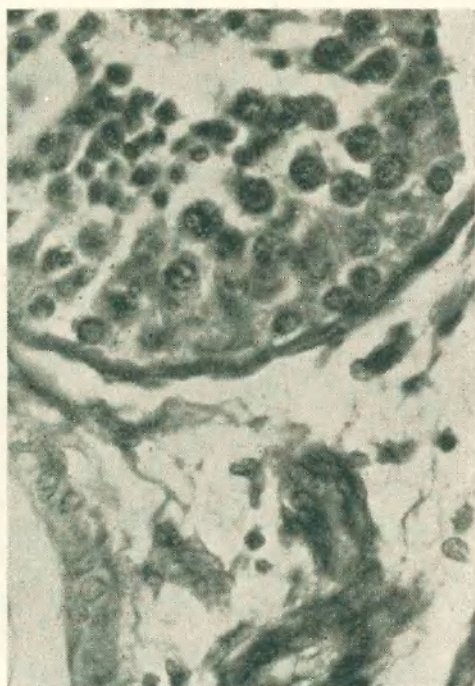


Figura 23

Diagnóstico anátomo-patológico: Miocarditis crónica (Inf. N° 32/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 1er. grado. Otros aparentemente normales (linaje germinal conservado).

Tejido intersticial: Normal.

Figuras 24 y 25. — Nombre: R. Ch. Edad: 64 años. Fecha. fallec.: 20-8-50. Sala 7.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca.

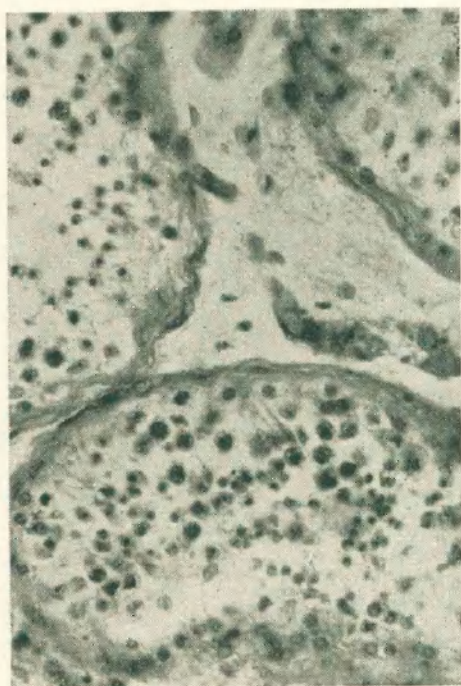


Figura 24

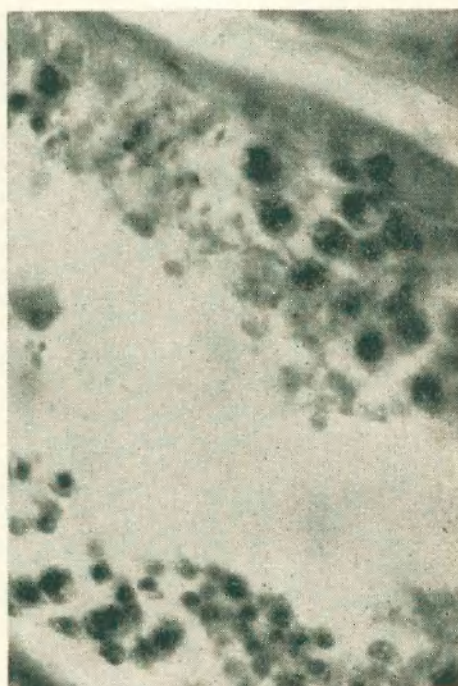


Figura 25

Diagnóstico anátomo-patológico: Cirrosis cardíaca. Éstasis polivisceral (Inf. N° 40/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 1er. y 2º grados.

Tejido intersticial: Células de Leydig en cantidad normal.

Figuras 26 y 27. — Nombre: M.B. Edad 52 años. Fecha fallec.: 8-9-50. Sala 9. Cama 24.

Diagnóstico clínico: Miocarditis.



Figura 26

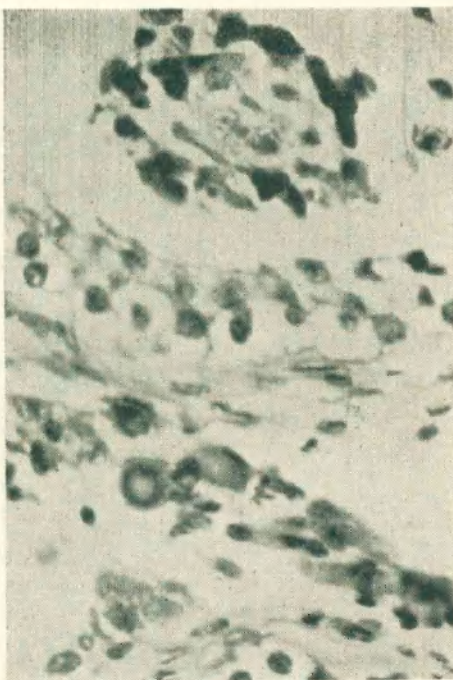


Figura 27

Diagnóstico anátomo-patológico: Miocarditis crónica (Inf. N° 24/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Zonas con estado degenerativo de 3er. grado. En otras, se presentan vacíos, en degeneración total.

Tejido intersticial: Vasos de éstasis con hemoglobina. No se diferencian islotes de células intersticiales.

Figuras 28 y 29. — Nombre: A. P. Edad: 54 años. Fecha fallec.: 14-9-50. Sala 6. Cama 22.

Diagnóstico clínico: Infarto de miocardio.

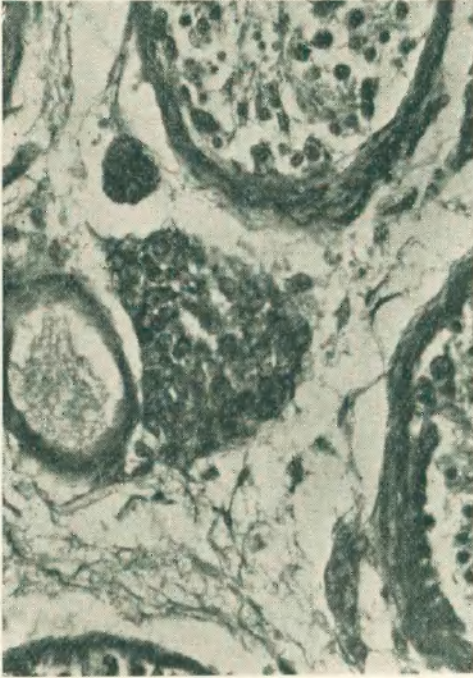


Figura 28



Figura 29

Diagnóstico patológico: Infarto de miocardio (Inf. N° 43/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 1er. y 2º grados.

Tejido intersticial: Prácticamente normal.

Figuras 30 y 31. — Nombre: F. J. M. Edad 40 años. Fecha fallec.: 26-9-50. Sala 9. Cama 21.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca.

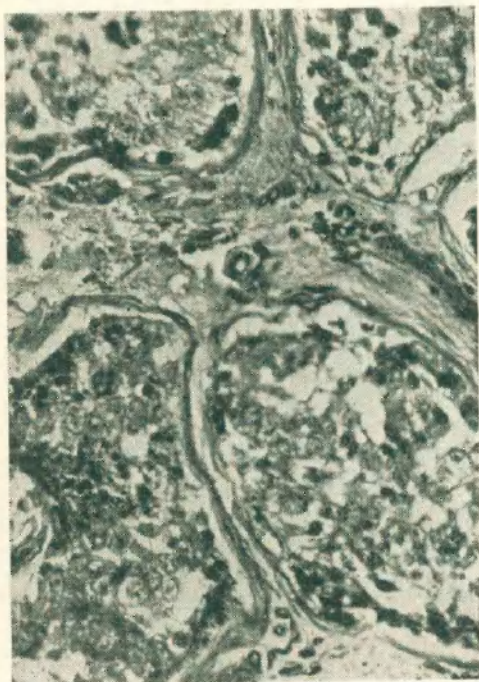


Figura 30

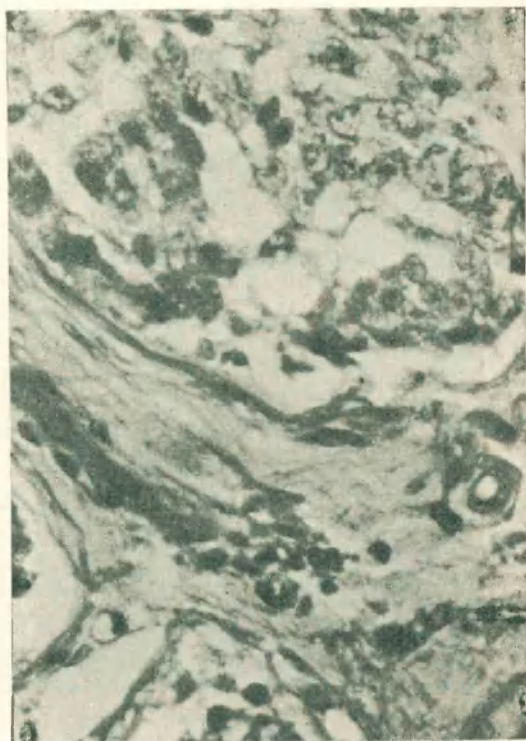


Figura 31

Diagnóstico anátomo-patológico: Miocarditis crónica. Trombosis cardíaca. Infarto hemorrágico de pulmón. Hígado cardíaco (Inf. N° 47/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Los elementos germinativos, sin arquitectura, están dispersos y entremezclados dentro de los tubos.

Tejido intersticial: Células de Leydig normales, cargadas de pigmentos.

Figuras 32 y 33. — Nombre: R. F. Edad: 57 años. Fecha fallec.: 27-9-50.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca. Nefroesclerosis.

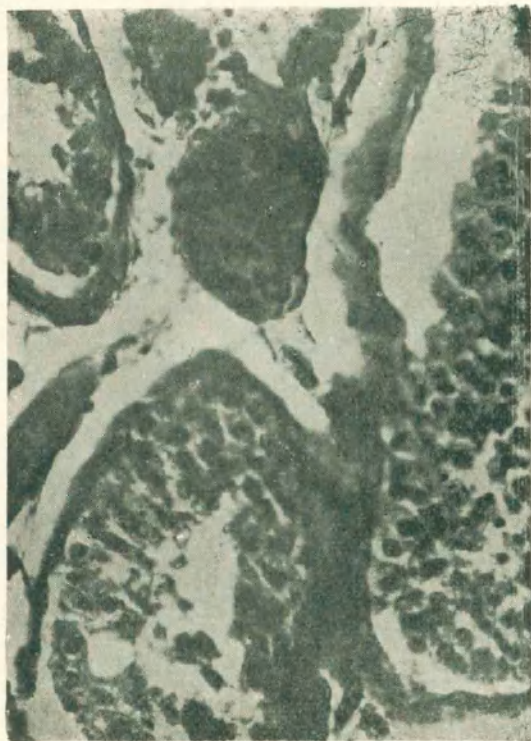


Figura 32

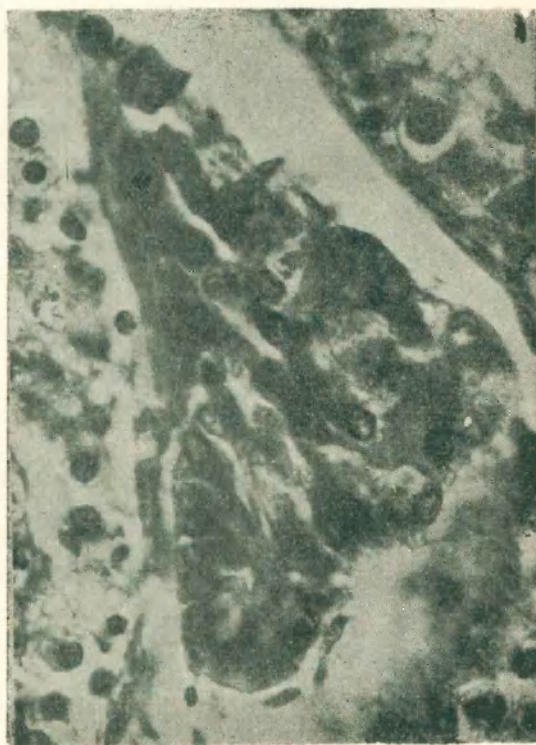


Figura 33

Diagnóstico anátomo-patológico: Miocarditis crónica. Arterioesclerosis. Aneurisma aórtico. Endocarditis verrugosa (Inf. N° 49/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Epitelio germinal: apelmazado, sin arquitectura, en necrobiosis.
Tejido intersticial: Congestión y hemorragia marcada. Abundantes células de Leydig, cargadas de pigmentos.

Figuras 34 y 35. — Nombre: S. E. F. Edad: 39 años. Fecha fallec.: 4-11-50. Sala 7. Cama 7.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca.



Figura 34

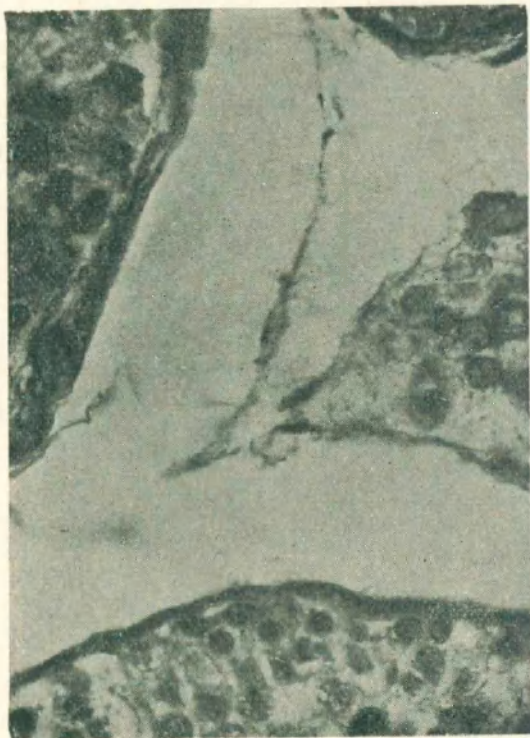


Figura 35

Diagnóstico anátomo-patológico: Miocarditis subaguda. Congestión polivisceral (Inf. Nº 61/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Esclerosis tubular. Degeneración de 1er. grado. Congestión y edema.

Tejido intersticial: Células de Leydig agrupadas en cantidad normal.

Figuras 36 y 37. — Nombre: I. A. Edad: 70 años. Fecha fallec.: 23-12-50. Sala 7. Cama 11.

Diagnóstico clínico: Síndrome de insuficiencia cardiopulmonar.

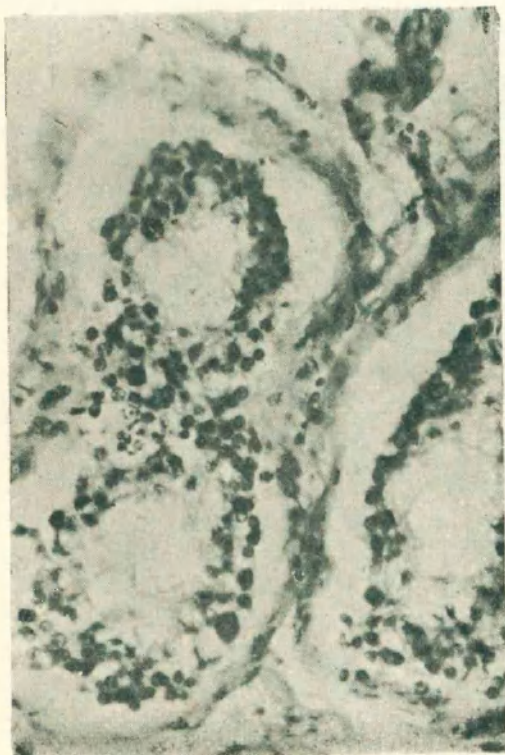


Figura 36



Figura 37

Diagnóstico anátomo-patológico: Infarto de cara anterior del ventrículo izquierdo (Inf. N° 73/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: En esclerosis total; paredes marcadamente espesadas. Algunos tubos en estado degenerativo de 3er. grado.

Tejido intersticial: Con edema y hemorragia. Algunos islotes de células secretantes.

Figuras 38 y 39. — Nombre: F. L. Edad: 51 años. Fecha fallec.: 21-6-51 Sala 9. Cama 16.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca.

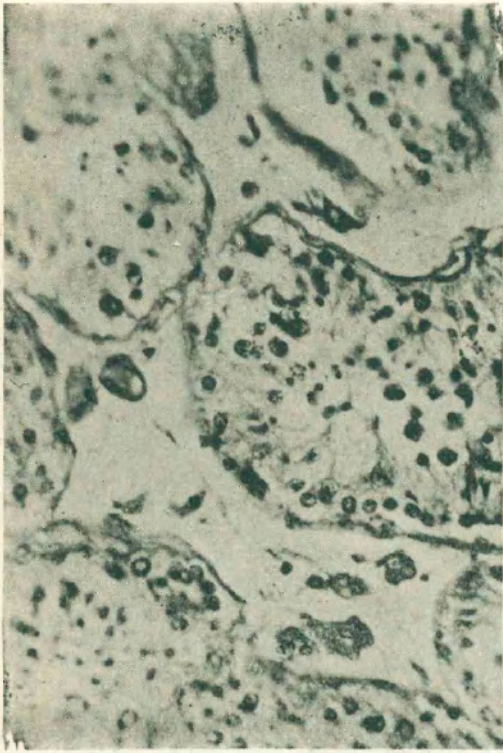


Figura 38



Figura 39

Diagnóstico anátomo-patológico: Miocarditis crónica. Hidrotórax bilateral. Ascitis (Inf. N° 24/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Linaje germinal conservado. Tubos en estado degenerativo de 1er. grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig conservadas. Discreto edema y congestión.

Figuras 40 y 41. — Nombre: M. A. I. Edad: 57 años. Fecha fallec.: 4-7-51. Sala 9. Cama 24.

Diagnóstico clínico: Síncope cardíaco.

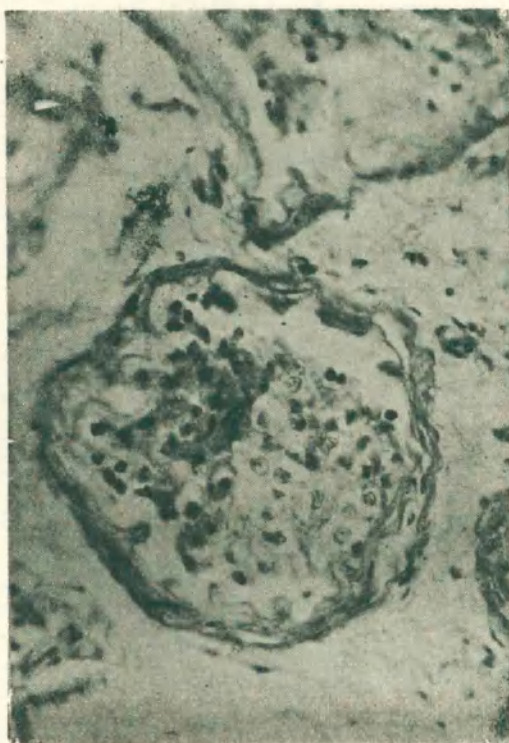


Figura 40

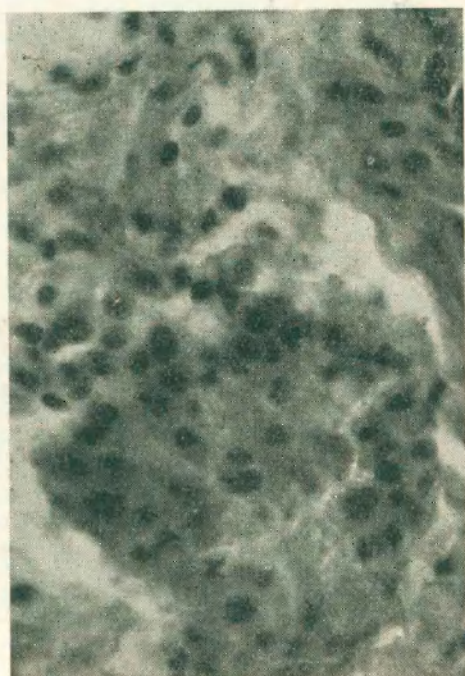


Figura 41

Diagnóstico: anátomo-patológico: Infarto de miocardio (Inf. Nº 27/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Paredes engrosadas por fibrosis intensa. Alteración de la estructura del epitelio germinal (estado degenerativo de 2º grado).

Tejido intersticial: Gran proliferación histiodesa del intersticial, donde se diferencian difícilmente las células de Leydig.

Figuras 42 y 43. — Nombre: J. L. P. Edad: 41 años. Fecha fallec.: 8-11-51.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia cardíaca.

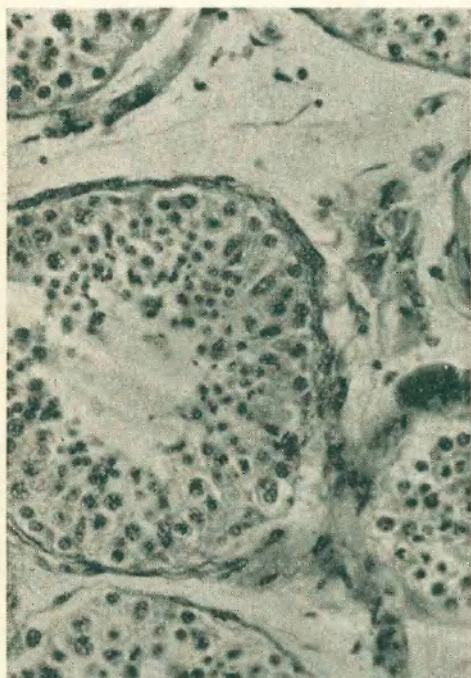


Figura 42

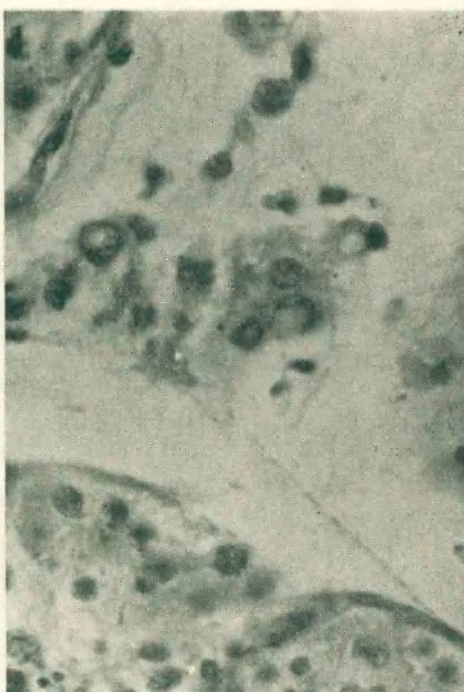


Figura 43

Diagnóstico anátomo-patológico: Miocarditis crónica intersticial. Estasis circulatorio generalizado (Inf. Nº 43/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Epitelio germinal. Espermatogénesis y espermiogénesis conservada en la mayor parte de los tubos. Algunos en estado degenerativo de 1er. grado.

Tejido intersticial: Gran edema.

Células de Leydig en cantidad normal y cargadas de pigmentos.

Figuras 44 y 45. — Nombre: F. C. Edad: 58 años. Fecha fallec.: 8-10-50. Sala 9. Cama 27.

Diagnóstico clínico: Aortitis luética. Insuficiencia cardíaca.

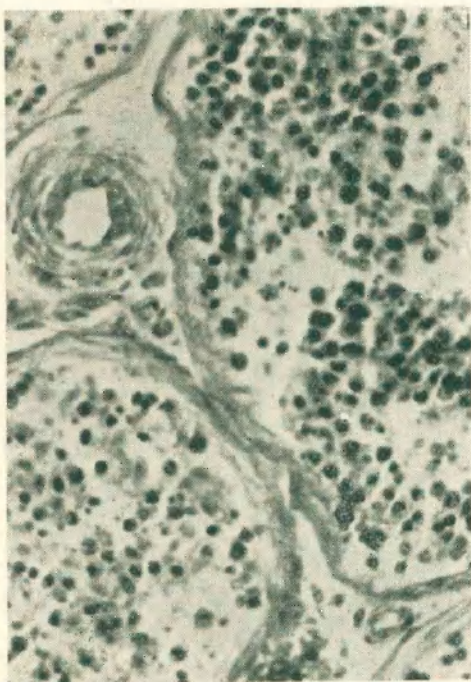


Figura 44

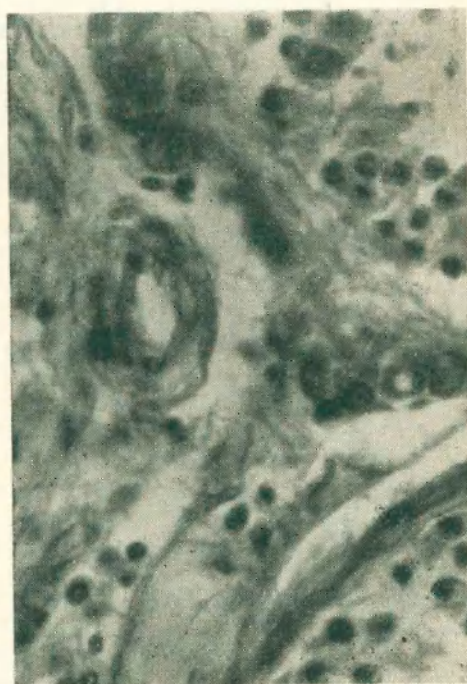


Figura 45

Diagnóstico anátomo-patológico: Miocarditis crónica. Endocarditis crónica. Trombosis de arteria pulmonar. Glomerulonefritis crónica (Inf. N° 54/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: De paredes algo engrosadas. Estado degenerativo de 1er. grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig en cantidad normal poco teñidas. Ligeró edema.

AFECCIONES TUMORALES (Neoplasias Malignas)

Nº de casos: 26	}	Patológicos:	17 (65 %)
(Figs. 46-99)		Aparentemente normales:	9 (35 %)

Diagnóstico clínico: Condicionado por la localización neoplásica.



Figura 46

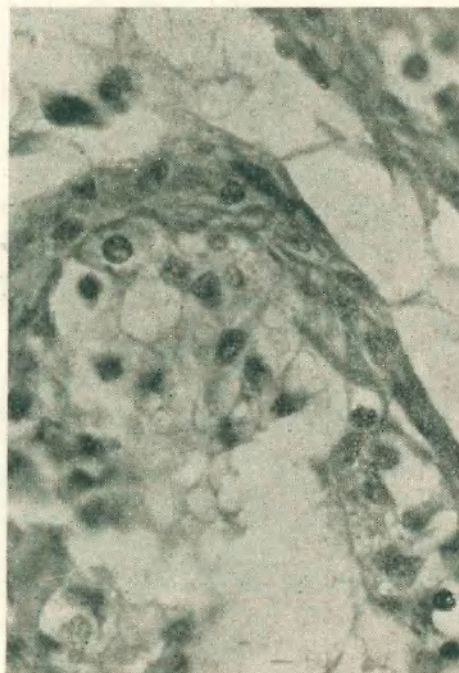


Figura 47

Diagnóstico anátomo-patológico: Neoplasias malignas del tubo digestivo (y de sus glándulas anexas), y de las vías respiratorias.

Cuando histológico: Lesiones degenerativas de 1er. a 3er. grados.

Figuras 46 y 47. — Nombre: A. C. L. Edad: 50 años. Fecha fallec.: 14-7-49. Sala 9. Cama 2.

Diagnóstico clínico: (?)

Diagnóstico: anátomo-patológico: Adenocarcinoma escirroso de páncreas con metástasis en hígado (Inf. Nº 54/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 3er. grado.

Tejido intersticial: Escasas células de Leydig aisladas.

Figuras 48 y 49. — Nombre: S. O. Edad: 50 años. Fecha fallec.: 28-7-49. Sala 7. Cama 22.

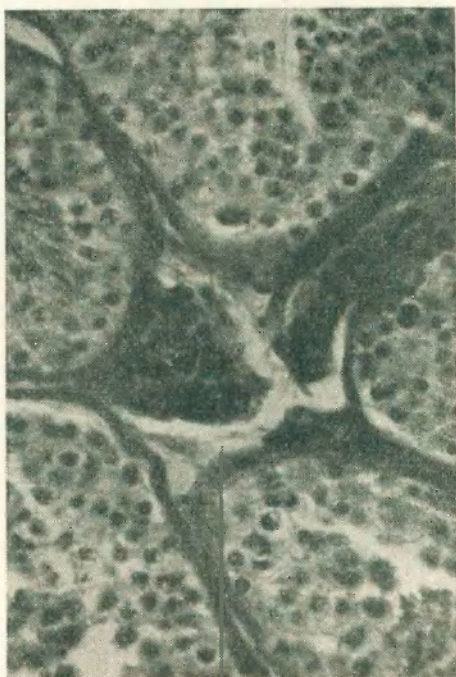


Figura 48



Figura 49

Diagnóstico clínico: Cáncer de hígado?

Diagnóstico anátomo-patológico: Adenocarcinoma cilindro-celular, con iniciación probable en el origen del bronquio del lóbulo superior. Metástasis en ganglios paratraqueales izquierdos, bazo, adrenales, hígado (Inf. N° 59/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Espermatogénesis y espermiogénesis conservadas.

Tejido intersticial: Normal.

Figuras 50 y 51. — Nombre: J. A. Edad: 55 años. Fecha fallec.: 31-7-49. Sala 7. Cama 15.

Diagnóstico clínico: Cáncer de estómago.

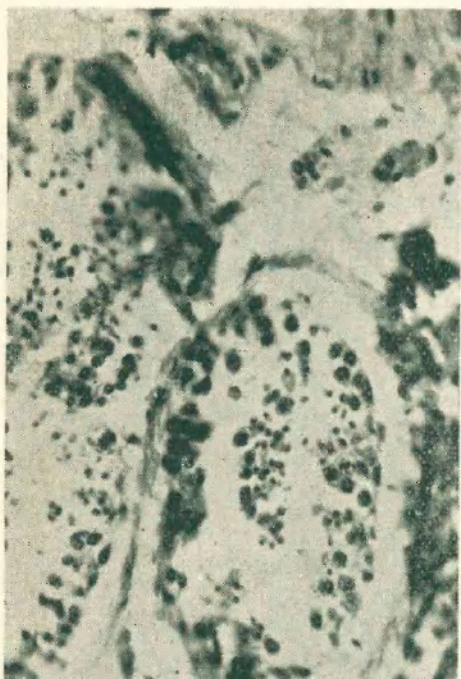


Figura 50



Figura 51

Diagnóstico anátomo-patológico: Cáncer de estómago (Inf. N° 62/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 1er. y 2º grados.

Tejido intersticial: Células de Leydig normales en cantidad.

Figuras 52 y 53. — Nombre: A. J. M. Edad: 57 años. Fecha fallec.: 15-8-49. Sala 9. Cama 9.

Diagnóstico clínico: Cáncer de pulmón.

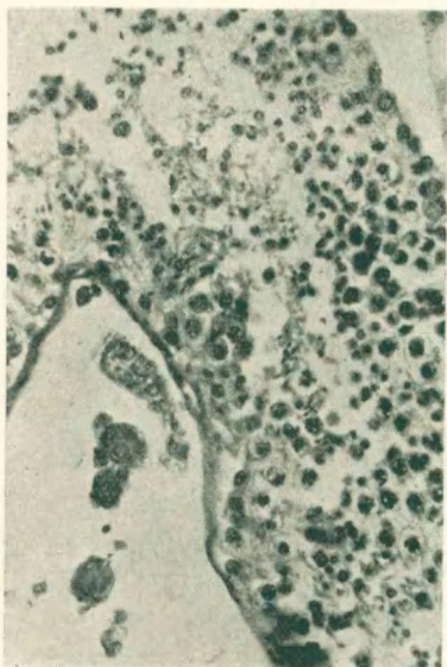


Figura 52

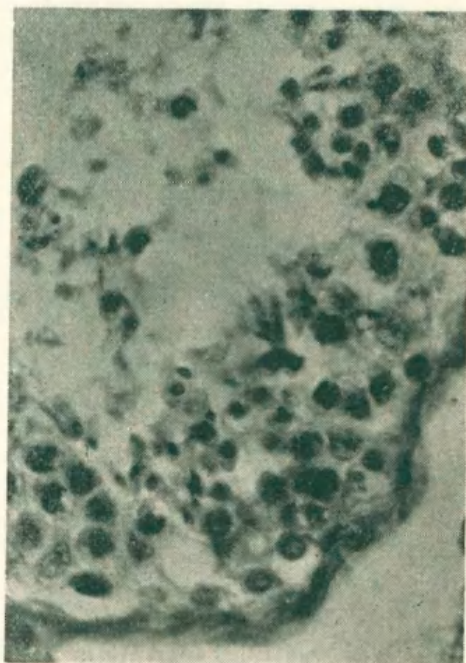


Figura 53

Diagnóstico anátomo-patológico: Adenocarcinoma bronco-pulmonar difuso del lóbulo inferior izquierdo. Metástasis en ambos pulmones, bronquios principales, tráquea, ganglios hiliares y paratraqueales. Metástasis en hígado, adrenales y riñones (Inf. N° 64/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Linaje germinal conservado.

Tejido intersticial: Células de Leydig normales. Edema y congestión vascular.

Figuras 54 y 55. — Nombre: S. M. Edad: 66 años. Fecha fallec.: 14-10-49. Sala 7. Cama 19.

Diagnóstico clínico: Neoplasia gastro-hepática.

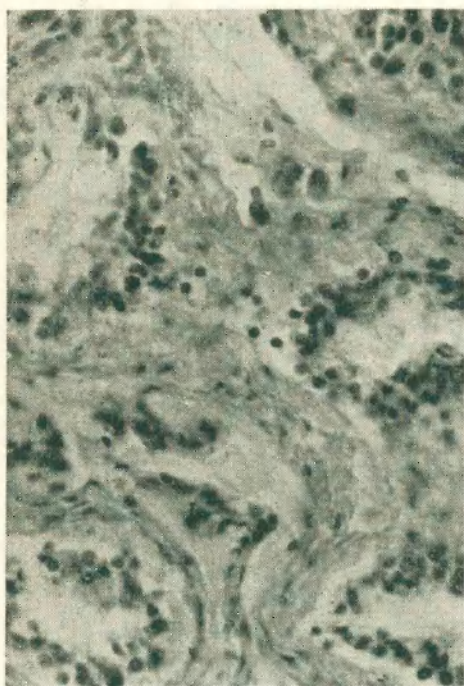


Figura 54

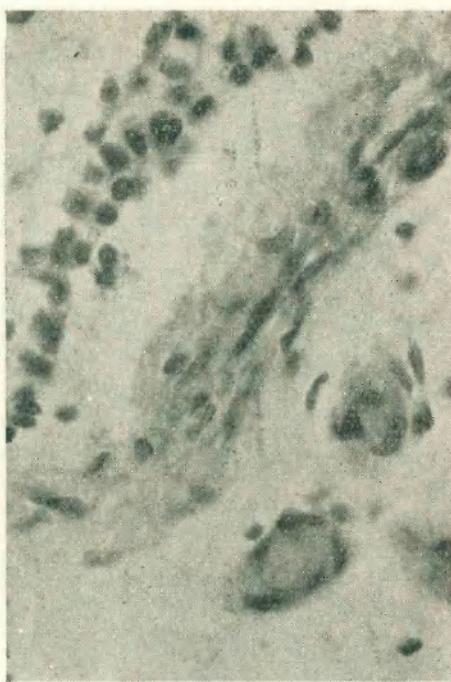


Figura 55

Diagnóstico anátomo-patológico: Adenocarcinoma de estómago. Metástasis en hígado (Inf. Nº 75/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: De paredes muy espesadas y con tendencia a la hialinosis. Degeneración de 3er. grado.

Tejido intersticial: Reacción esclerógena del intersticio, donde no se distinguen células de Leydig.

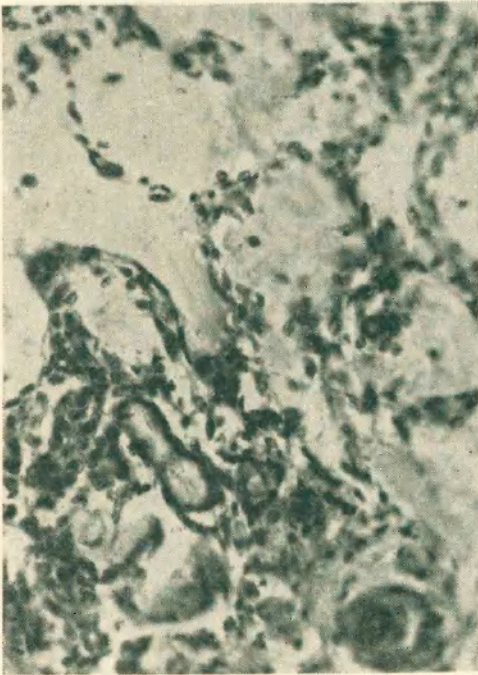


Figura 56

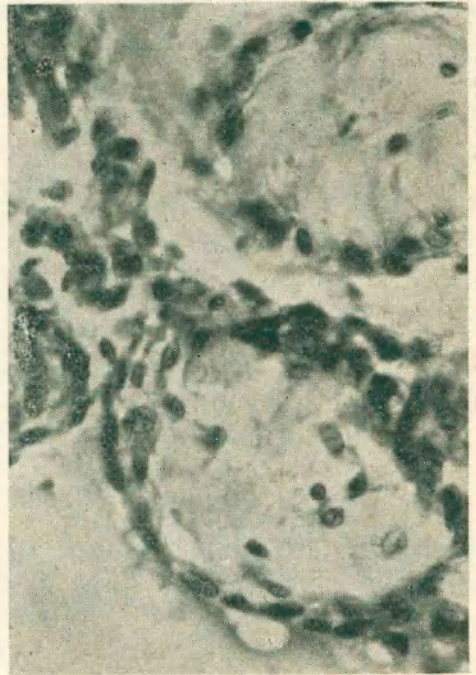


Figura 57

Figuras 56, 57, 58 y 59. — Nombre: J. A. C. Edad: 69 años. Fecha fallec.: 21-9-49. Sala 7. Cama 27.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia hepática.

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma de pulmón con metástasis en hígado (Inf. N° 78/49).

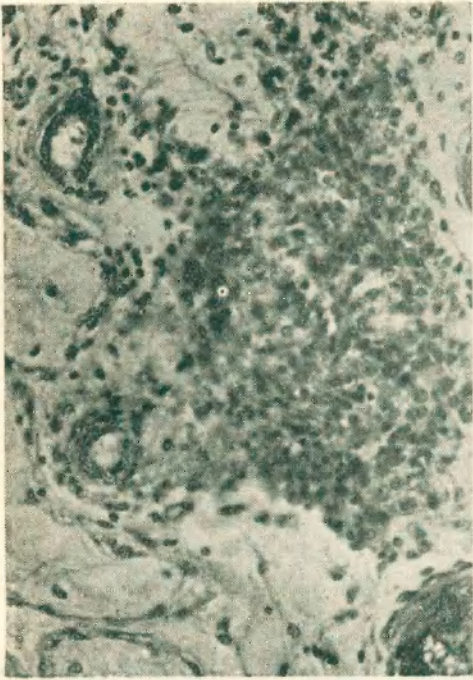


Figura 58

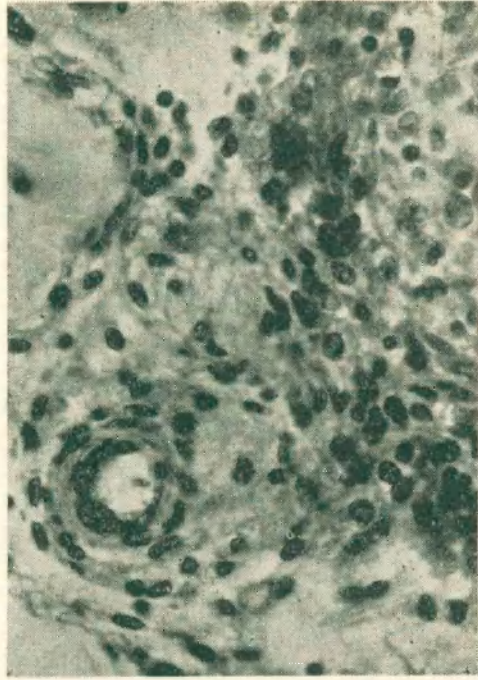


Figura 59

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Esclerosis tubular. Degeneración total.

Tejido intersticial: Grandes macizos de células de Leydig.

Figuras 60 y 61. — Nombre: H. R. T. Edad: 48 años. Fecha fallec.: 2-12-49. Sala 7. Cama 5.

Diagnóstico clínico: Insuficiencia hepática.



Figura 60



Figura 61

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma de vesícula biliar (Inf. N° 81/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2º y 3er. grado.

Tejido intersticial: Edema y congestión. Células de Leydig: conservadas.

Figuras 62 y 63. — Nombre: A. B. Edad: 44 años. Fecha fallec.: 3-1-50. Sala 7. Cama 21.

Diagnóstico clínico: Neoplasia de pulmón.



Figura 62

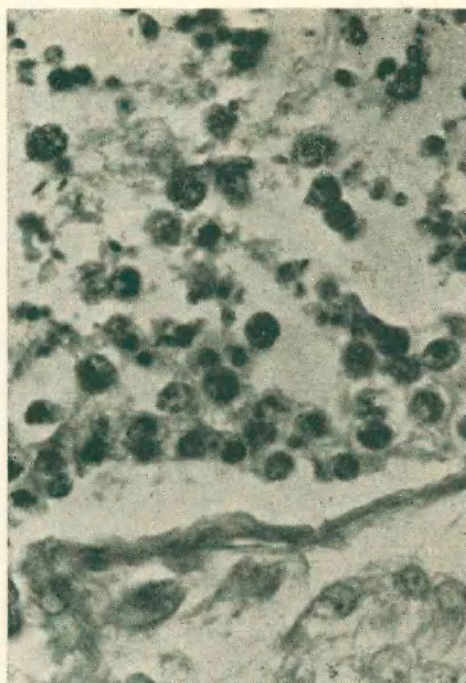


Figura 63

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma cilindro celular sólido de pulmón (Inf. Nº 2/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Prácticamente normales. Linaje germinal conservado.

Tejido intersticial: Células de Leydig: En el intersticio hay acúmulos de células que están en cantidad normal.

Figuras 64 y 65. — Nombre: J. N. Edad: 54 años. Fecha fallec.: 27-2-50. Sala 9. Cama 9.

Diagnóstico clínico: Neo de hígado.

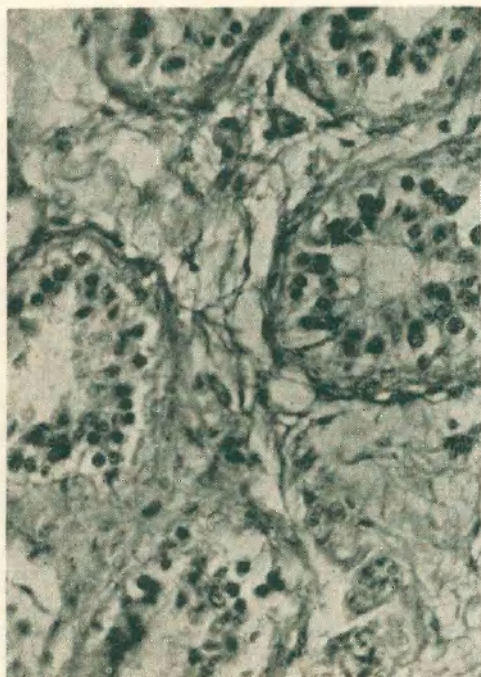


Figura 64

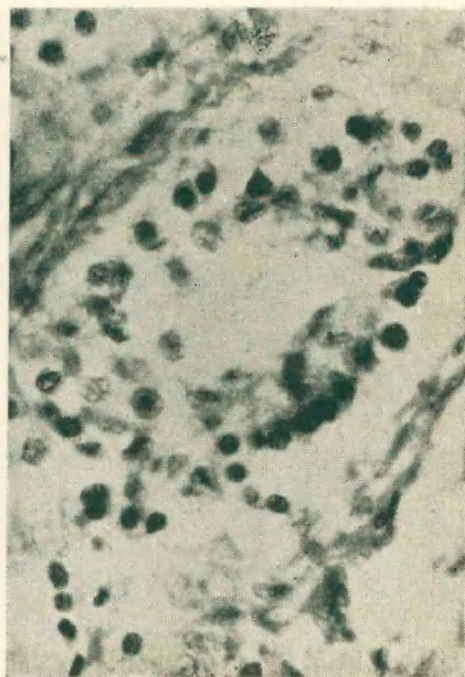


Figura 65

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma de epitelio plano de tipo espino-celular de vesícula biliar, con metástasis en hígado (Inf. N° 15/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: En ciertos sectores esclerosis total. En los tubos que quedan, estado degenerativo de 2° grado.

Tejido intersticial: Aparentemente normal, con tendencia al edema y esclerosis. Células de Leydig, presentes.

Figuras 66 y 67. — Nombre: J. Ch. Edad: 41 años. Fecha fallec.: 19-5-50. Sala 9. Cama 2.

Diagnóstico clínico: Diabetes insípida.



Figura 66

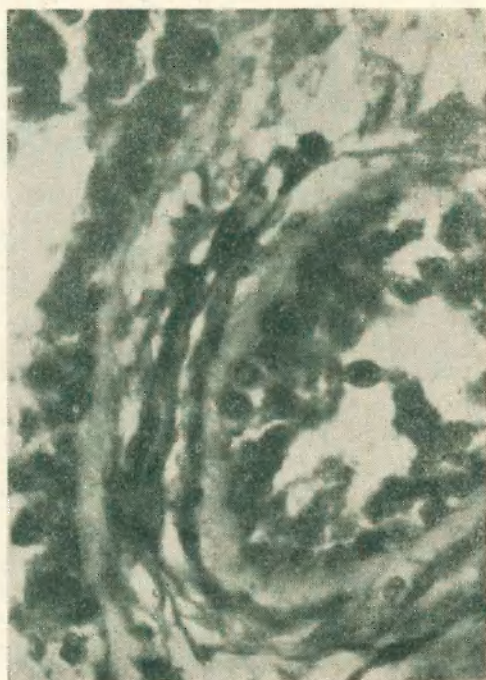


Figura 67

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma bronco-pulmonar sólido. Metástasis en ganglios paratraqueales (Inf. Nº 26/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 3er. grado. Paredes espesadas y hialinos.

Tejido intersticial: Hemorragia y edema muy marcados. Células no bien individualizadas y algunas en aparente necrobiosis, cargadas de pigmentos.

Figuras 68 y 69. — Nombre: S. C. Edad: 66 años. Fecha fallec.: 13-6-50. Sala 9. Cama 13.

Diagnóstico clínico: Neo de pulmón.

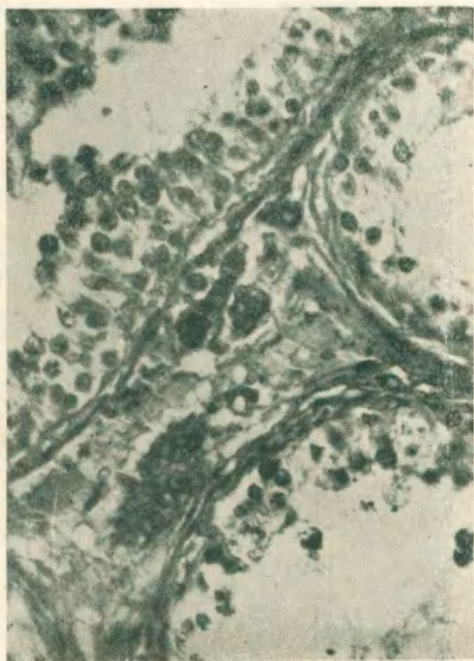


Figura 68



Figura 69

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma cilindro celular sólido del lóbulo inferior derecho. Metástasis en hígado, costillas y riñón.

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estados degenerativo de 2º grado.

Tejido intersticial: Células bien agrupadas en islotes y cargadas de pigmentos. Hemorragia y edema.

Figura 70 y 71. — Nombre: C. M. Edad: 74 años. Fecha fallec.: 15-9-50. Sala 12. Cama 20.

Diagnóstico clínico: Sarcoma de laringe.

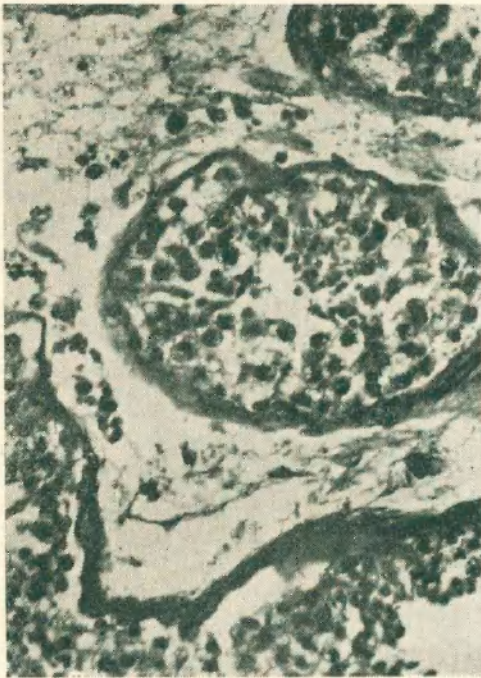


Figura 70



Figura 71

Diagnóstico anátomo-patológico: Sarcoma de laringe (Inf. N° 44/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Degeneración de 2° grado, avanzada.

Tejido intersticial: Edema. Células bien agrupadas.

Figuras 72 y 73. — Nombre: R. A. Edad: 51 años. Fecha fallec.: 2-10-50. Sala 7.

Diagnóstico clínico: (?).

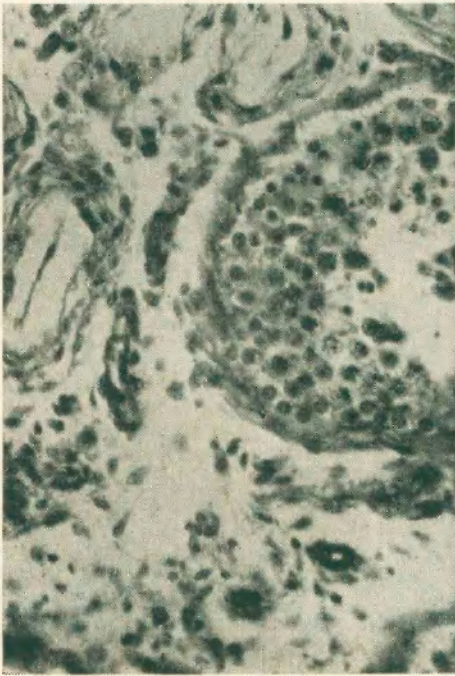


Figura 72

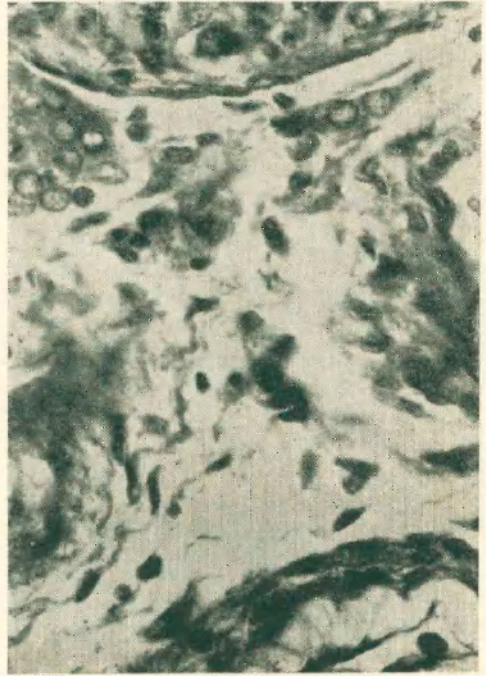


Figura 73

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma de pulmón (Informe Nº 51/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Unos, en esclerosis marcada sin epitelio germinal ni células de ninguna especie.

Otros, en estados degenerativos diversos.

Algunos normales.

Tejido intersticial: Células de Leydig, en cantidad normal cargadas de pigmentos.

Figuras 74 y 75. — Nombre: J. P. P. Edad: 38 años. Fecha fallec.: 28-10-50.

Diagnóstico clínico: (?).

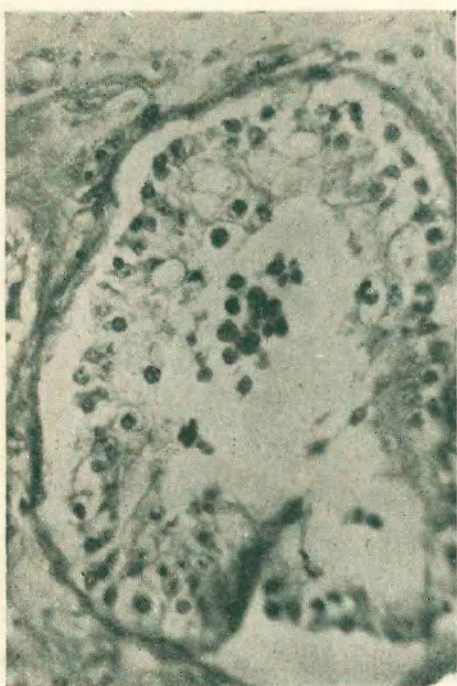


Figura 74

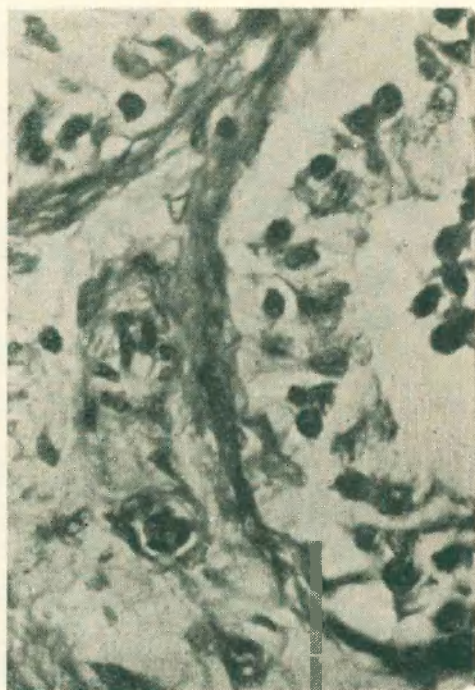


Figura 75

Diagnóstico anátomo-patológico: Adenocarcinoma de estómago (Inf. Nº 59/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2º grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig aisladas. Edema.

Figuras 76 y 77. — Nombre: B. P. Edad: 63 años. Fecha fallec.: 11-11-50. Sala 9. Cama 7.

Diagnóstico clínico: Cáncer de pulmón.

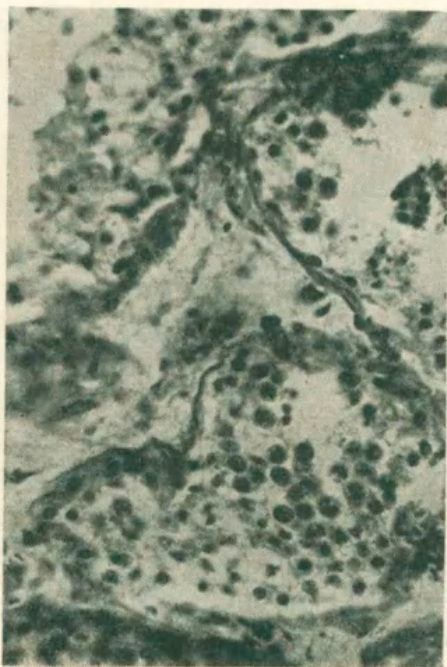


Figura 76

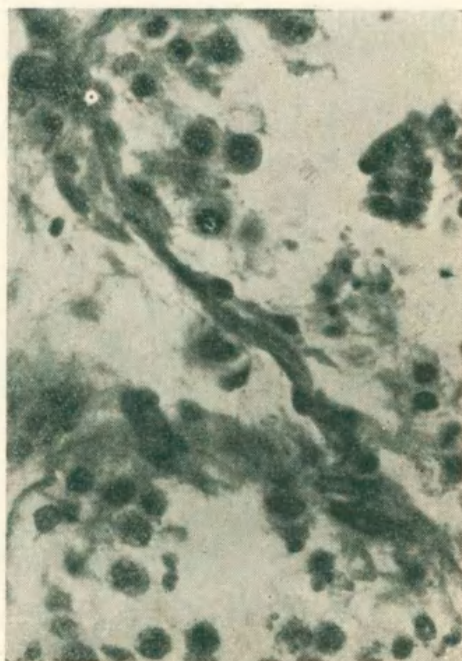


Figura 77

Diagnóstico anátomo-patológico: Cáncer de pulmón (Inf. N° 63/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 1er. grado. Espermatocitogénesis presente. Falta de espermiogénesis.

Tejido intersticial: Congestión vascular. Células de Leydig en cantidad normal.

Figuras 78 y 79. — Nombre: B. P. Edad: 61 años. Fecha fallec.: 15-11-50. Sala 6. Cama 26.

Diagnóstico clínico: Neo de esófago

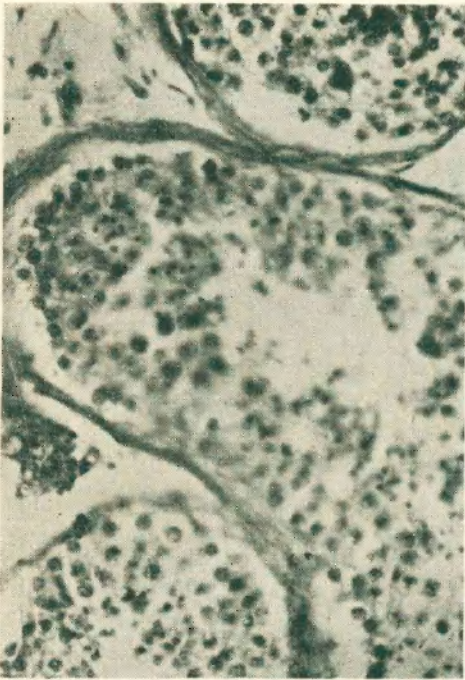


Figura 78

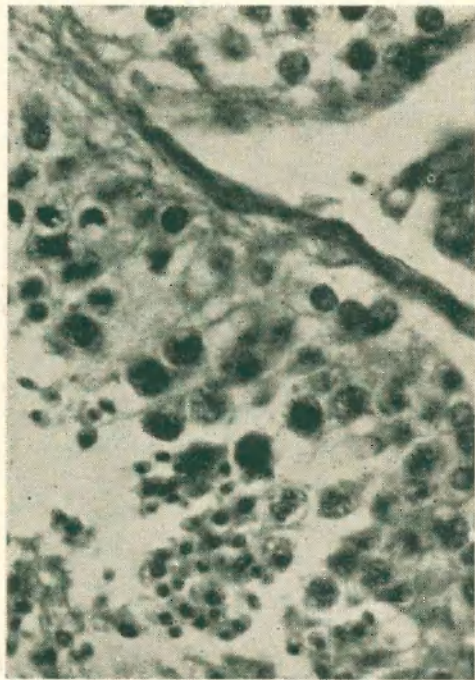


Figura 79

Diagnóstico anátomo-patológico: Neo de esófago (Inf. N° 64/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: epitelio germinal normal.

Tejido intersticial: normal.

Figuras 80 y 81 — Nombre. J. L. V. Edad: Fecha fallec.: 13-12-50. Sala 6. Cama 5.

Diagnóstico clínico: Cáncer de cardias.



Figura 80

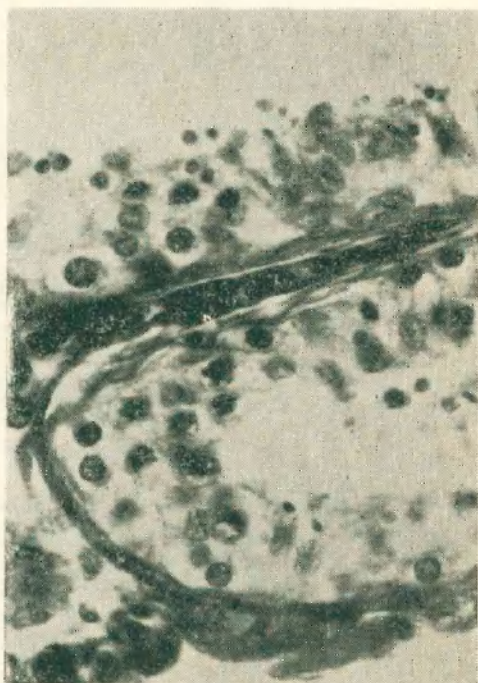


Figura 81

Diagnóstico anátomo-patológico: Cáncer de cardias (Inf. Nº 68/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Paredes algo engrosadas, con tendencia a la esclerosis. Arquitectura alterada. No hay degeneración, pero sí una modificación en la disposición del epitelio (Alteración reciente aguda).

Tejido intersticial: normal.

Figuras 82 y 83. — Nombre: A. H. M. Edad: 53 años. Fecha fallec.: 19-12-50. Sala 12. Cama 29.

Diagnóstico clínico: Cáncer de lengua

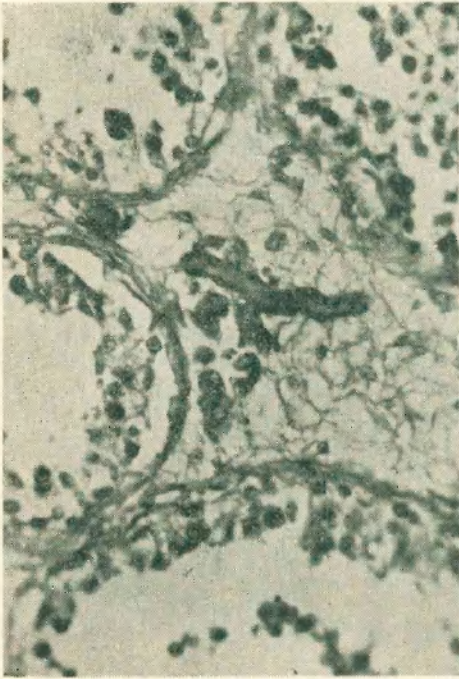


Figura 82

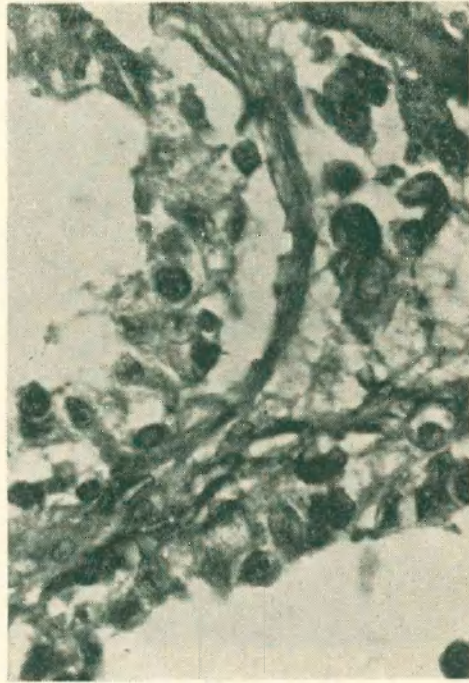


Figura 83

Diagnóstico anátomo-patológico: Cáncer de lengua (Inf. Nº 71/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Degeneración de 2º grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig dispersas, en cantidad normal. Hemólisis y congestión (vasos llenos de sangre).

Figuras 84 y 85. — Nombre: M. B. V. Edad: 64 años. Fecha fallec.: 16-3-51. Sala 9. Cama 4.

Diagnóstico clínico: Neo de esófago.

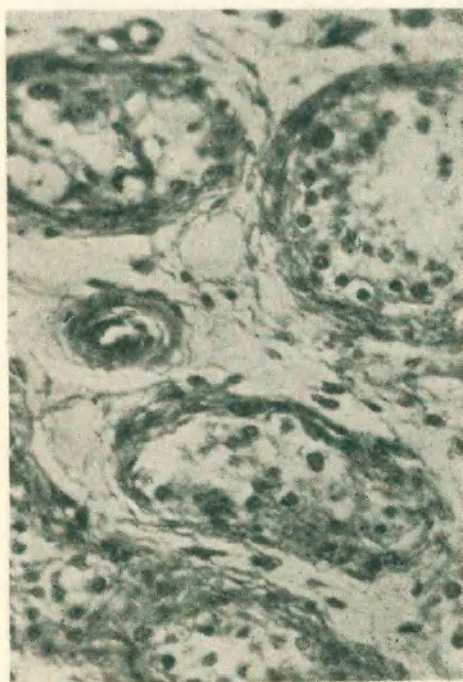


Figura 84

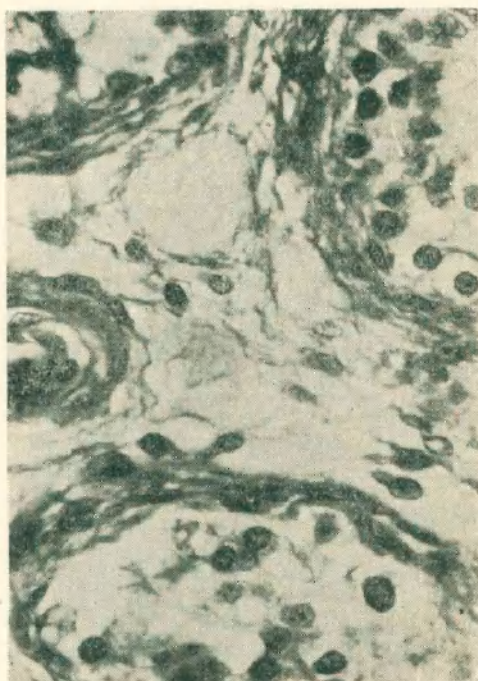


Figura 85

Diagnóstico anátomo-patológico: Neo de esófago ulcerado y perforado (Inf. N° 8/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Pared tubular engrosada.

La mayoría en degeneración de 1er. grado.

Algunos: en estado degenerativo de 2º grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig separadas por edema. Tendencia a la proliferación histiocitaria.

Figuras 86 y 87. — Nombre: B. C. Edad: 45 años. Fecha fallec.: 25-3-51. Sala 5. Cama 8.

Diagnóstico clínico: Carcinoma gástrico con metástasis peritoneal.

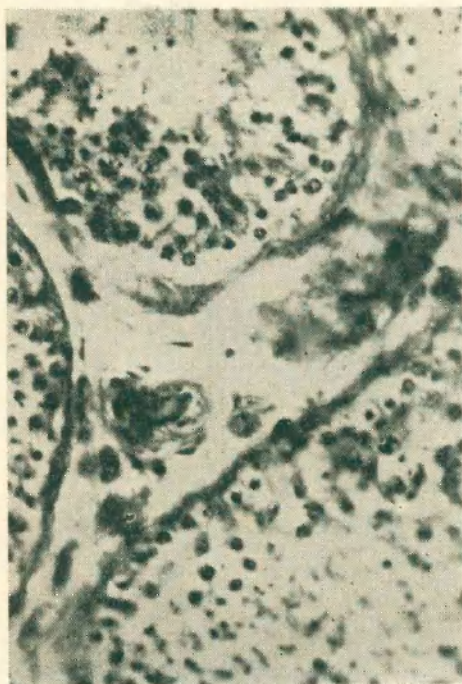


Figura 86

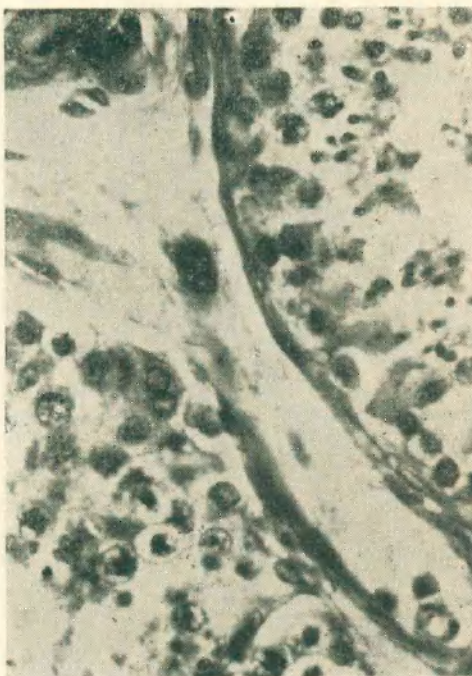


Figura 87

Diagnóstico anátomo-patológico: úlcera cancerificada de curvatura menor de estómago (Inf. Nº 9/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Linaje germinal conservado.

Tejido intersticial: Células de Leydig: normales.

Figuras 88 y 89. — Nombre: F. G. Edad: 70 años. Fecha fallec.: 16-4-51. Sala 9. Cama 30.

Diagnóstico clínico: Pleuresía purulenta.

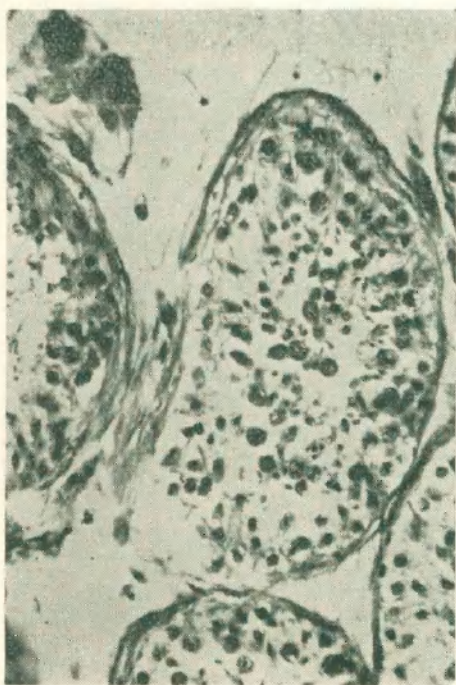


Figura 88



Figura 89

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma de pulmón derecho. Metástasis en el otro pulmón, ganglios del mediastino y en la hoja parietal del pericardio. Pleuresía purulenta del lado derecho. (Inf. N° 11/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Prácticamente normales. Espermatocitogénesis y espermiogénesis presentes.

Tejido intersticial: Ligero edema.

Células de Leydig, conservadas.

Figuras 90 y 91. — Nombre: A. B. Edad: 65 años. Fecha fallec.: 26-4-51. Sala 9, Cama 1.

Diagnóstico clínico: Neo de pulmón.



Figura 90.



Figura 91

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma espino celular inmaduro del pulmón derecho con probable iniciación en el bronquio del lóbulo superior. Metástasis en los ganglios regionales y en suprarrenal derecha. Pleuresía fibrino purulenta. Pericarditis del mismo tipo. Infarto de corazón (cara posterior). Infartos renales (Inf. Nº 13/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Marcada alteración del epitelio germinal.

Degeneración de 2do. y 3er. grados; en parte, desprendido dentro de los tubos. Tejido intersticial: Células de Leydig aisladas y disminuídas.

Figuras 92 y 93. — Nombre: M. A. V. Edad: 57 años. Fecha fallec.: 21-8-51. Sala 9. Cama 19.

Diagnóstico clínico: Cáncer de mediastino.

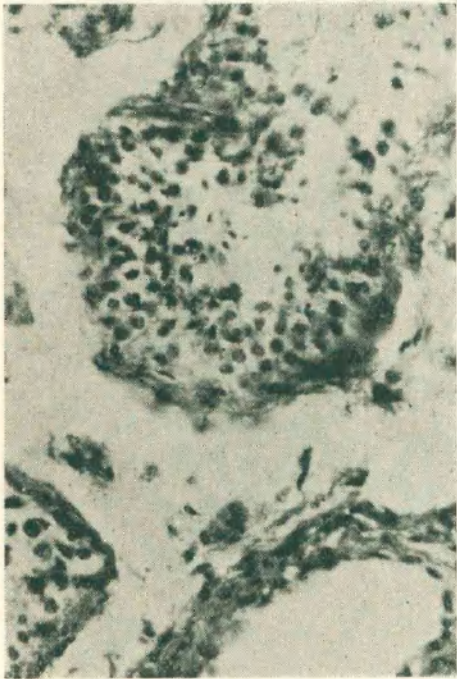


Figura 92

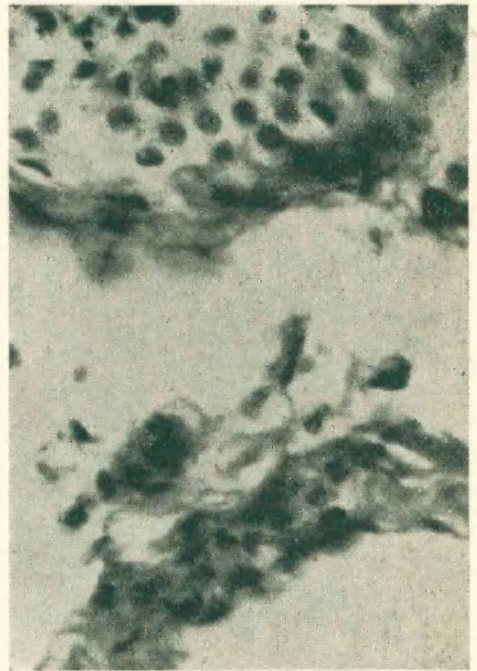


Figura 93

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma broncopulmonar. Metástasis en diversos órganos. (Inf. N° 32/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Alternando con escasos tubos, donde el epitelio germinal se encuentra conservado, la mayoría presenta marcado estado degenerativo; algunos en esclerosis total.

Tejido intersticial: Escasas células de Leydig, dispersas.

Figuras 94 y 95. — Nombre: J. R. Edad: 67 años. Fecha fallec.: 21-8-51. Sala 5. Cama 31.

Diagnóstico clínico: Carcinoma gástrico.

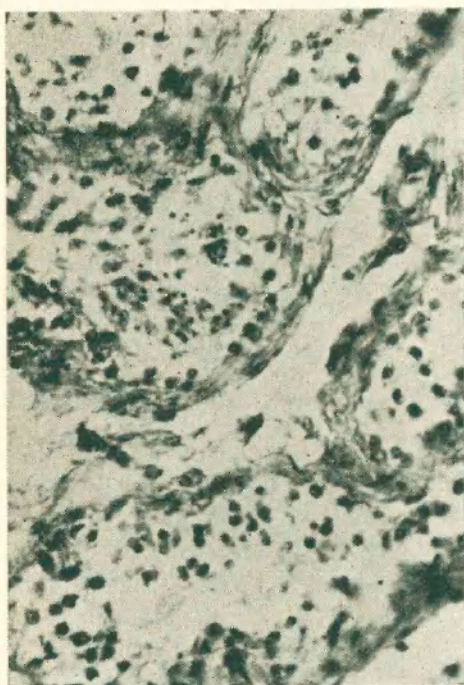


Figura 94

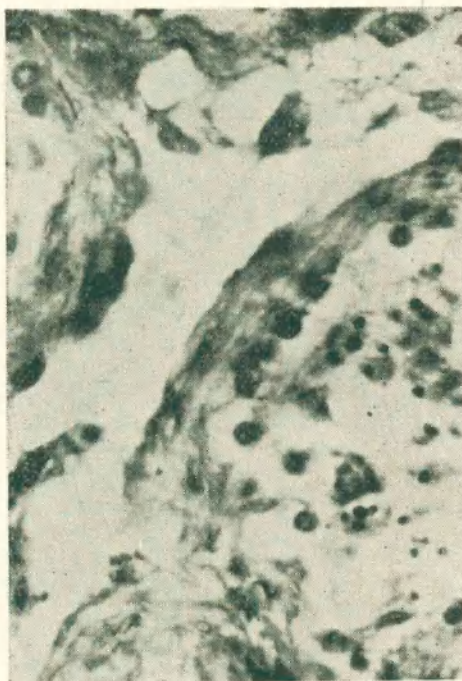


Figura 95

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma estenosante de píloro con metástasis en hígado (Inf. Nº 34/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Paredes engrosadas, con tendencia a la esclerosis. Linaje germinal conservado. Algunos, en estado degenerativo de 1er. grado.

Tejido intersticial: Edema. Células de Leydig, aisladas.

Figuras 96 y 97. — Nombre: S. G. Edad: 53 años. Fecha fallec.: 16-11-51. Diagnóstico clínico: Cáncer de estómago.

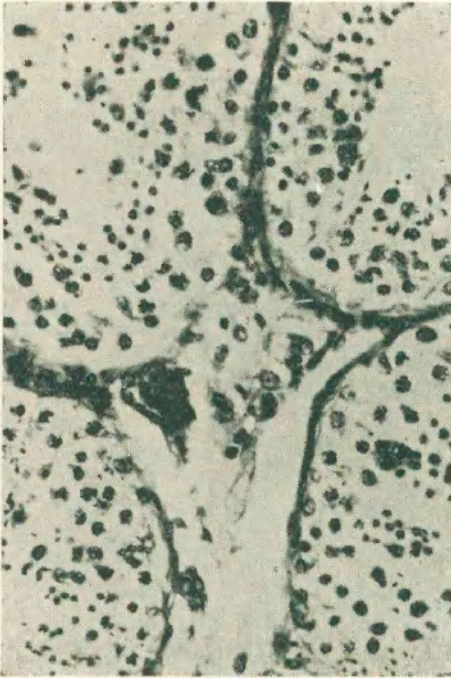


Figura 96



Figura 97

Diagnóstico anátomo-patológico: Adenocarcinoma de estómago. (Inf. Nº 45/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Normales.

Tejido intersticial: normal.

Figuras 98 y 99. — Nombre: C. C. Edad: 73 años. Fecha fallec.: 14-12-50. Sala 9. Cama 1.

Diagnóstico clínico: Lues. Anemia grave.

Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma espino-celular que infiltra la base del cráneo (Inf. Nº 69/50).

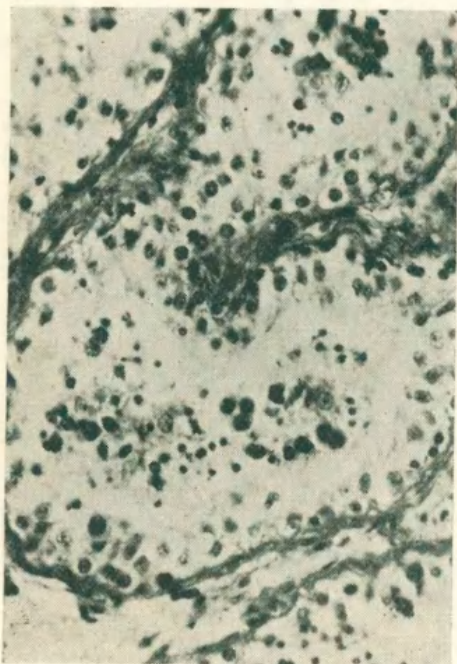


Figura 98

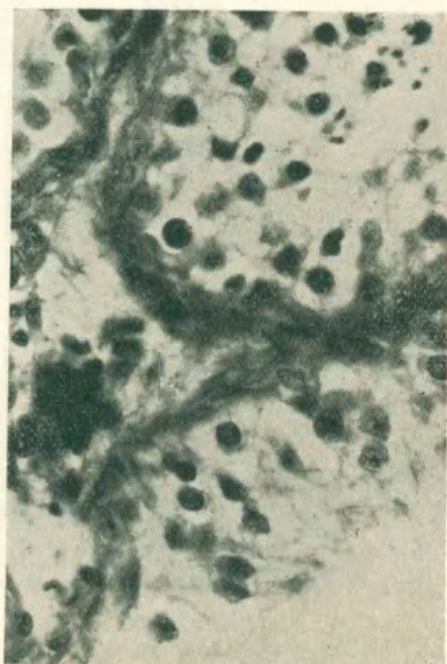


Figura 99

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Linaje germinal conservado, aunque en algunos falta la espermiogénesis (Estado degenerativo de 1er. grado).

Tejido intersticial: Células de Leydig, normales.

AFECCIONES HEPATICAS

Nº de casos: 4 | Patológicos: 3 (75 %).
 (Figs. 100-107) | Aparentemente normales: 1 (25 %)

Diagnóstico clínico: Cirrosis hepática.



Figura 100

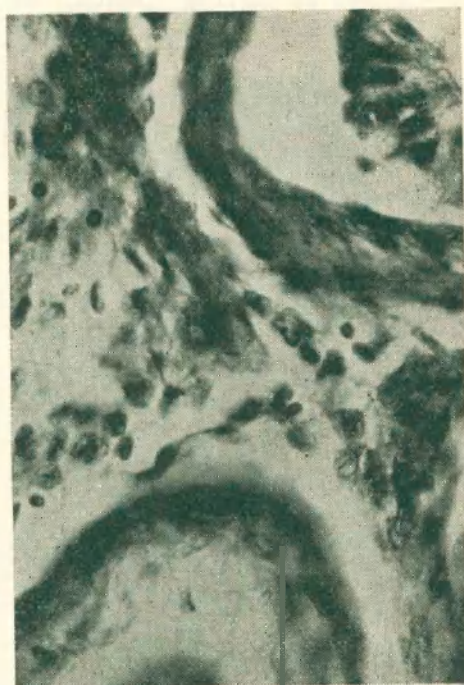


Figura 101

Diagnóstico anátomo-patológico: En dos casos, cirrosis hepática; en uno, litiasis biliar y en el 4º, hepatitis intersticial crónica.

Cuadro histológico: En tres casos, lesiones degenerativas, llamando la atención la intensa reacción fibroide, en los dos casos de cirrosis.

Figuras 100 y 101. — Nombre: J. R. Edad: 38 años. Fecha fallec.: 29-6-49. Sala 7.

Diagnóstico clínico: Cirrosis hepática. Insuficiencia hepática.

Diagnóstico anátomo-patológico: Cirrosis de Laenec (Inf. N° 49/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: De paredes muy espesadas de tipo fibroide. Epitelio germinal en estado degenerativo de 2º grado. Topográficamente los tubos son pequeños.

Tejido intersticial: Gran edema con disgregación del tejido conjuntivo. Células de Leydig, pálidas, de núcleos poco coloreados, apelmazadas.

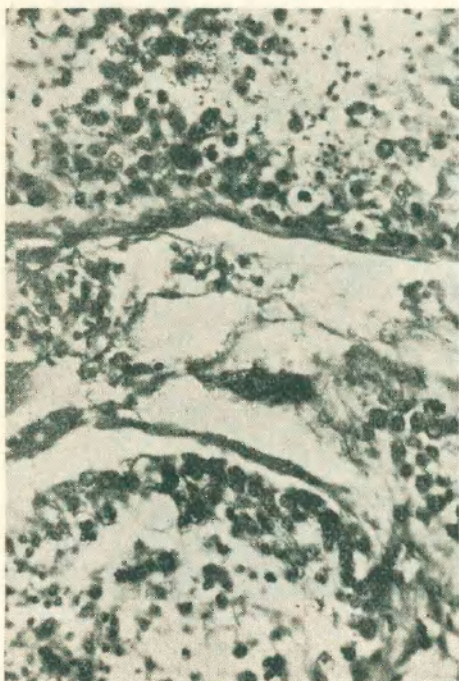


Figura 102



Figura 103

Figuras 102 y 103. — Nombre: V. M. A. Edad: 62 años. Fecha fallec.: 26-12-49. Sala 7. Cama 5.

Diagnóstico clínico: Cirrosis hepática.

Diagnóstico anátomo-patológico: Litiasis biliar y del colédoco terminal. Pancreatitis aguda hemorrágica. (Inf. N° 85/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Rellenos con el epitelio germinal activo y en distintas etapas de evolución. No se observa luz, prácticamente dentro del tubo.

Tejido intersticial: Hemorragia. Células de Leydig, normales.

Figuras 104 y 105. — Nombre: P. F. Edad: 66 años. Fecha fallec.: 23-1-51. Sala 9. Cama 6.

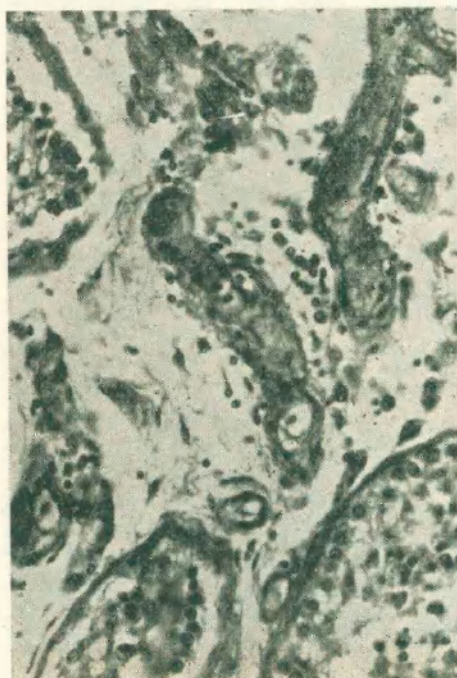


Figura 104

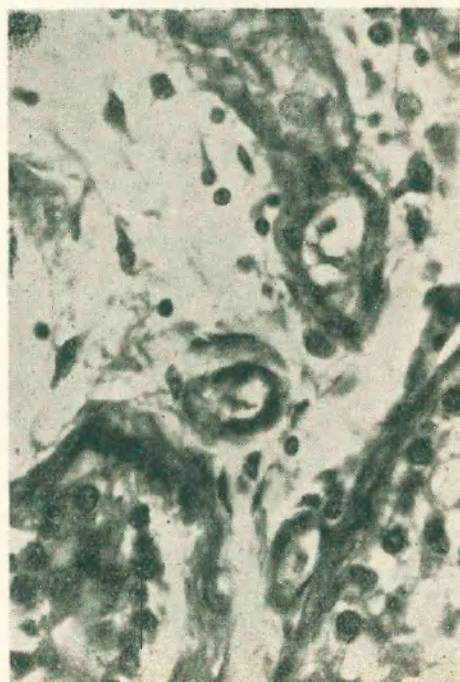


Figura 105

Diagnóstico clínico: (?).

Diagnóstico anátomo-patológico: Hepatitis intersticial crónica (Inf. número 4/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 1er. y 2do. grado.

Tejido intersticial: Edema e infiltrado linfoplasmocitario. Proliferación histiocitaria. Células de Leydig escasas y aisladas.

Figuras 106 y 107. — Nombre: B. G. Edad: 40 años. Fecha fallec.: 25-4-51. Sala 7. Cama 20.

Diagnóstico clínico: Cirrosis de hígado.

Diagnóstico anátomo-patológico: Cirrosis atrófica (Inf. N° 12/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Esclerosados, y algunos hialinizados.

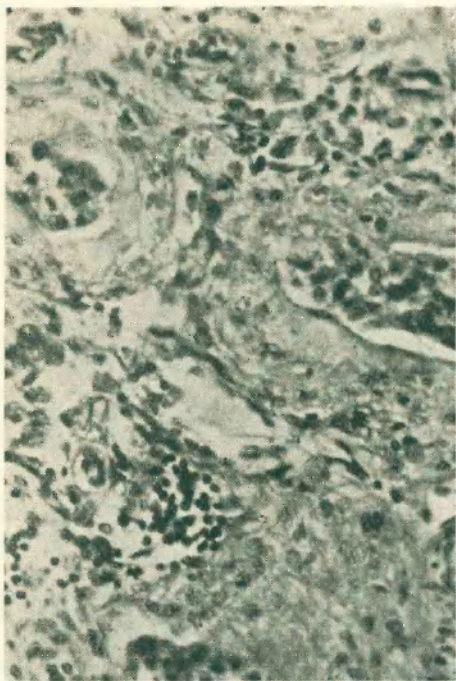


Figura 106

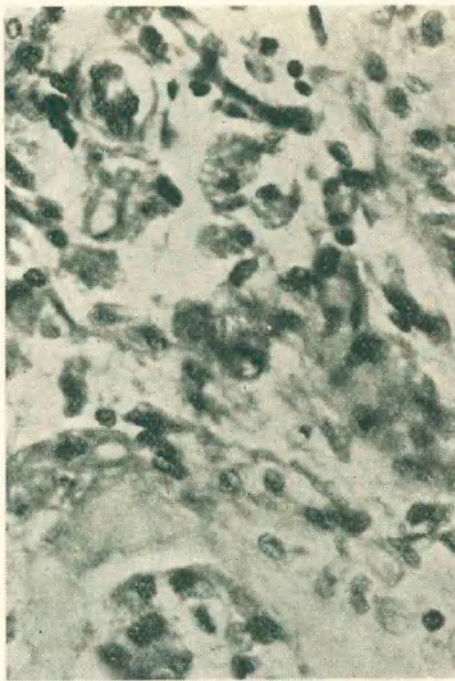


Figura 107

Tejido intersticial: Marcada proliferación histiocitaria y desarrollo colágeno del intersticio. No se reconocen células de Leydig. Vasos de paredes hialinas y esclerososis. Zonas de infiltración linfoplasmocitaria perivascular.

AFECCIONES HEMATICAS

N° de casos: 4	}	Patológicos: 3 (75 %)
(Figs. 108-115)		Aparentemente normales: 1 (25 %)

Diagnóstico clínico: Leucemia en tres casos; linfosarcomatosis en el 4°.

Diagnóstico anátomo-patológico: Idem.

Cuadro histológico: Además de las lesiones degenerativas, debe destacarse la intensa infiltración leucémica en dos casos.

Figuras 108 y 109. — Nombre: J. J. Edad: 62 años, Fecha fallec.: 27-9-49. Sala 7. Cama 2.

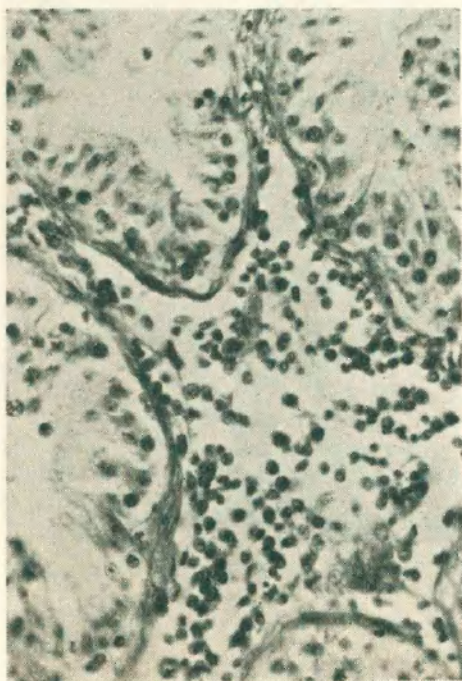


Figura 108

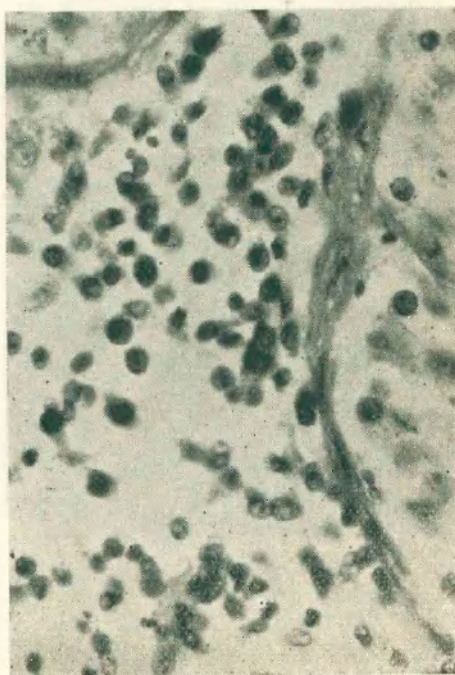


Figura 109

Diagnóstico clínico: Leucemia.

Diagnóstico anátomo-patológico: Leucemia mieloidea aguda (Inf. número 72/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: En degeneración de 2do. y 3er. grado de paredes edematosas y engrosadas, cuyas fibras se presentan con núcleos claros de tipo histiocitario.

Tejido intersticial: Cargado con elementos mielógenos. Obsérvanse además, células de Leydig.

Figuras 110 y 111. — Nombre: W. T. Edad: 46 años. Fecha fallec.: 19-9-50. Sala 7. Cama 23.

Diagnóstico clínico: Leucemia aguda.

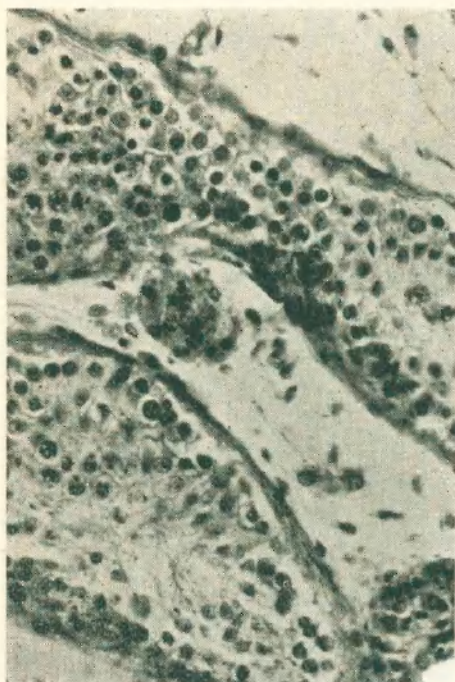


Figura 110

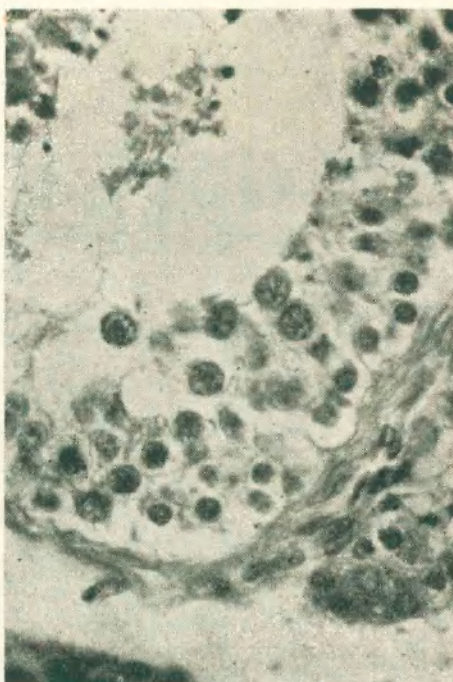


Figura 111

Diagnóstico anátomo patológico: Leucemia aguda (Inf. N° 46/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Epitelio germinal, prácticamente normal.

Tejido intersticial: normal.

Figuras 112 y 113. — Nombre: V. T. Edad: 26 años. Fecha fallec.: 28-9-50. Sala 7. Cama 20.

Diagnóstico clínico: Leucemia linfoidea.



Figura 112

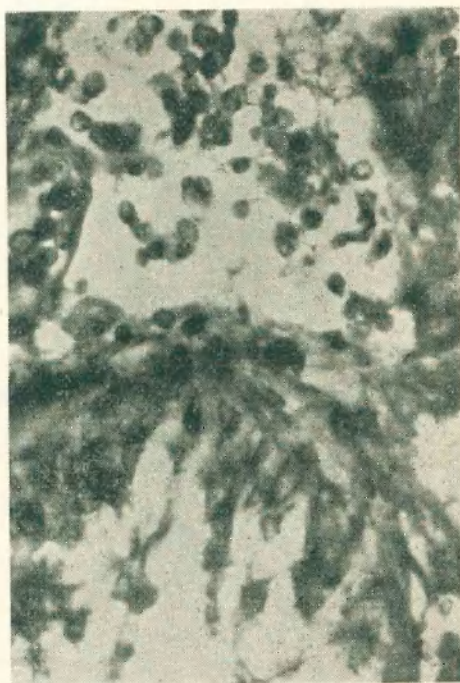


Figura 113

Diagnóstico anátomo-patológico: Leucemia linfoidea (Inf. Nº 50/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Sin linaje germinal. Células de Sertoli, algunas en sincisio y otras aisladas.

Tejido intersticial: Infiltración linfocitaria. Vasos cargados de linfocitos. Infiltración linfocitaria vascular y extravascular.

Figuras 114 y 115. — Nombre J. N. N. Edad: 60 años. Fecha fallec.: 20-11-51. Sala 9. Cama 22.

Diagnóstico clínico: Linfosarcomatosis (Inf. Nº 46/51).

Diagnóstico anatómo-patológico: Linfosarcomatosis (Inf. Nº 46/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2do. y 3er. grado.

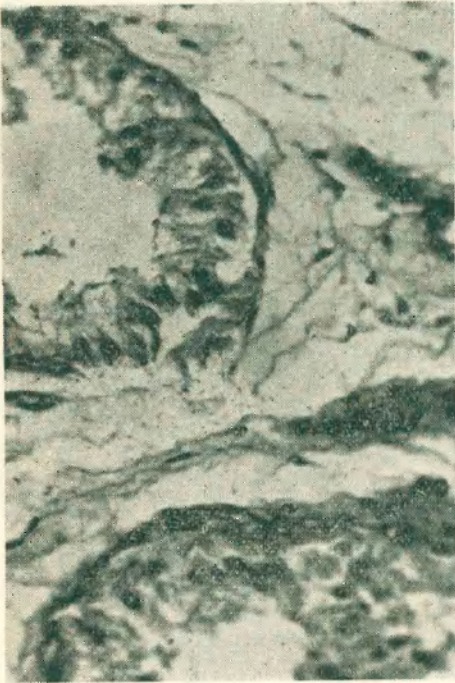


Figura 114



Figura 115

Tejido intersticial: Edema y proliferación histiodesa. Células de Leydig, normales.

AFECCIONES TUBERCULOSAS

Nº de casos: 22	}	Patológicos: 17 (78 %)
(Figs. 116-159)		Aparentemente normales: 5 (22 %)

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar con o sin otras localizaciones (No genitales).

Diagnóstico anátomo-patológico: Idem.

Cuadro histológico: Estados degenerativos de 1ro. a 3er. grado.

Figuras 116 y 117. — Nombre: R. O. Edad: 21 años. Fecha fallec.:
Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.



Figura 116

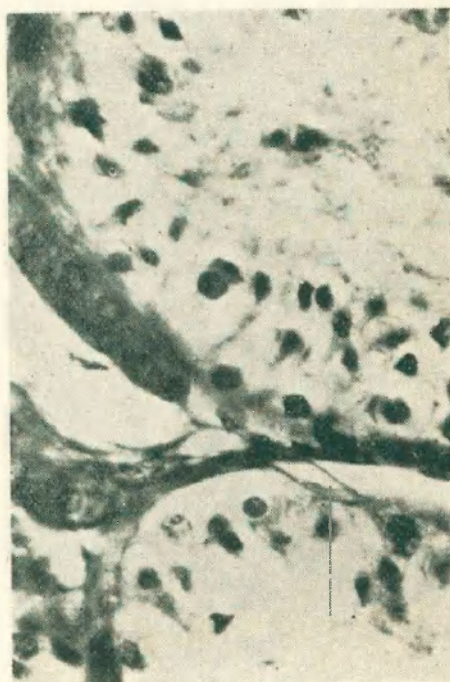


Figura 117

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar evolutiva úlce-ro-caseosa. Tuberculosis miliar de hígado. Post-operatorio de una lobectomía del lado derecho (Inf. N° 35/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2do. grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig, conservadas.

Figuras 118 y 119. — Nombre: J. D. Q. Edad: 53 años. Fecha fallec.: 21-1-51. Sala 9. Cama 4.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis miliar.

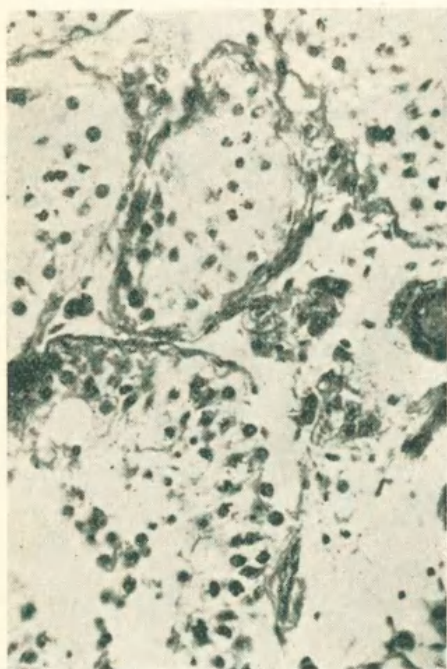


Figura 118

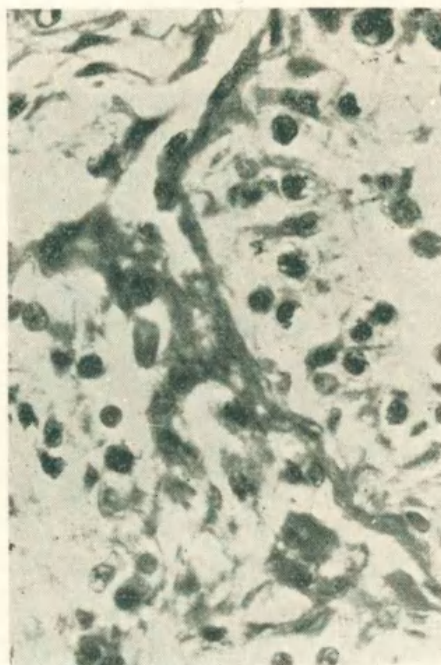


Figura 119

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis miliar generalizada (Inf. Nº 7/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: En algunos, el linaje germinal está conservado. En la mayoría, existe un estado degenerativo de 2do. grado. En algunos pocos, degeneración de 3er. grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig conservadas. Congestión vascular.

Figuras 120 y 121. — Nombre: A. O. Edad: 46 años. Fecha fallec.: 19-11-50. Sala 7. Cama 30.

Diagnóstico clínico: ?

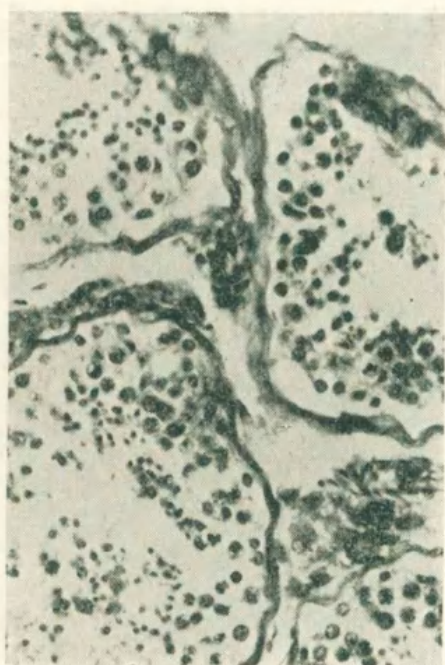


Figura 120.

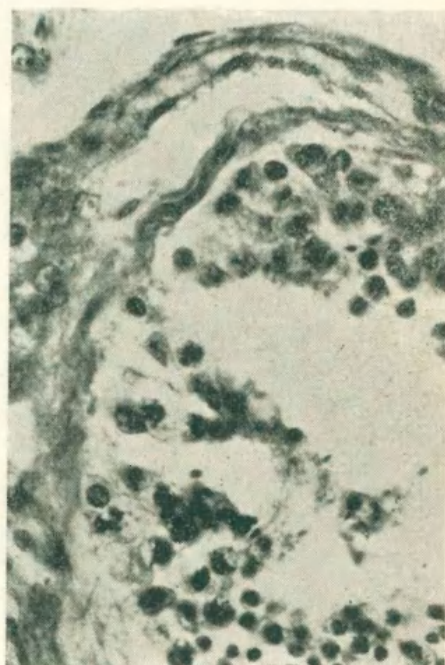


Figura 121

Diagnóstico anátomo-patológico: Neumotórax valvular. Neumonía intersticial crónica. Tuberculosis crónica de pulmón (Inf. N° 65/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Unos normales; en otros el tejido germinal tiene su estructura o arquitectura alterada, en su disposición normal; células entre mezcladas entre sí. Tejido intratesticular: normal, salvo su sobrecarga de pigmentos.

Figuras 122 y 123. — Nombre: E. G. Edad: 43 años. Fecha fallec.: 26-5-50. Sala 9. Cama 14.

Diagnóstico clínico: ?

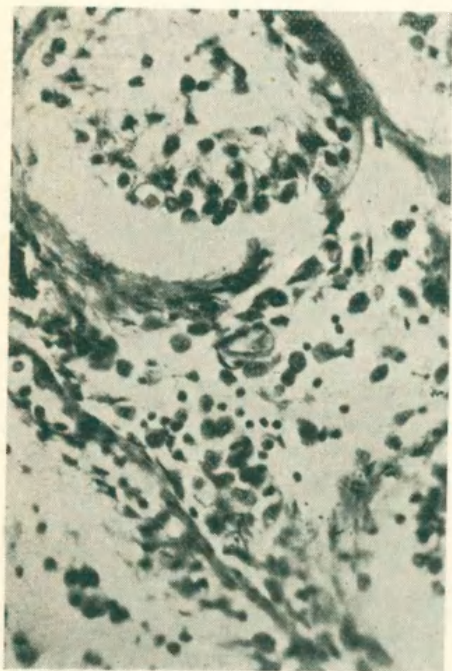


Figura 122

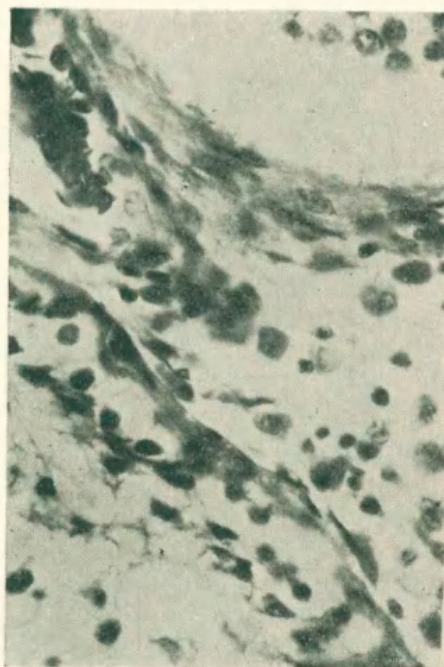


Figura 123

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis miliar generalizada, predominantemente exudativa (Inf. Nº 28/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2do. grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig, aisladas y en cantidad normal.

Figuras 124 y 125. — Nombre: E. P. D. Edad: 17 años. Fecha fallec.: 10-7-49. Sala 6.

Diagnóstico clínico: Neumctórax por traumatismo ?



Figura 124



Figura 125

Diagnóstico anátomo-patológico: Poliserositis tuberculosa (Inf. N° 40/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Espermatocitogénesis conservada. Falta espermiogénesis. Estado degenerativo de 1er. grado: pocos espermátides y ningún espermatozoide.

Tejido intersticial: Vasos normales. Células de Leydig en número conservado.

Figuras 126 y 127. — Nombre: S. T. Edad: 45 años. Fecha fallec.: H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.

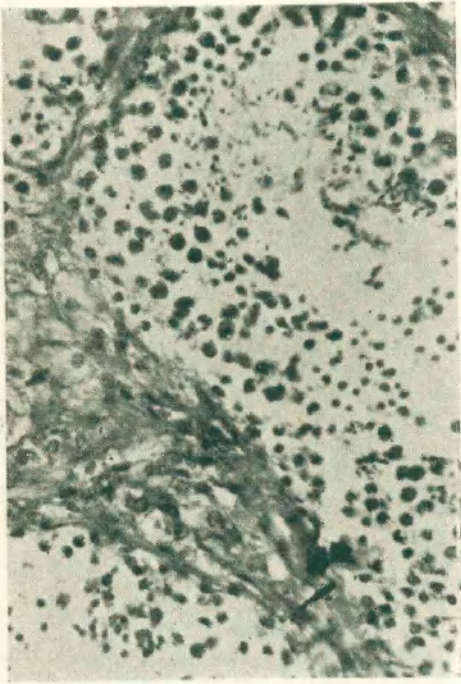


Figura 126

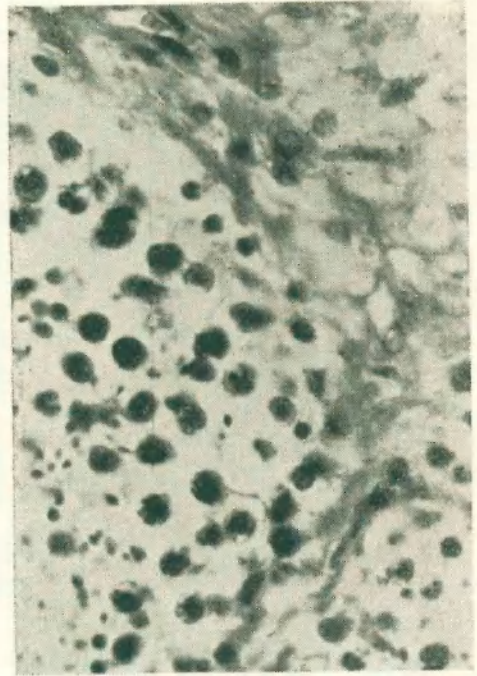


Figura 127

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrosa cavitaria bilateral. Tuberculosis laríngea, intestinal y miliar de hígado y bazo (Inf. Nº 24/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Espermatocitogénesis y espermiogénesis, conservadas.

Tejido intersticial: Células de Leydig en cantidad normal. Tendencia a la fibrosis.

Figuras 128 y 129. — Nombre: A. V. Edad: 27 años. Fecha fallec.
H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.

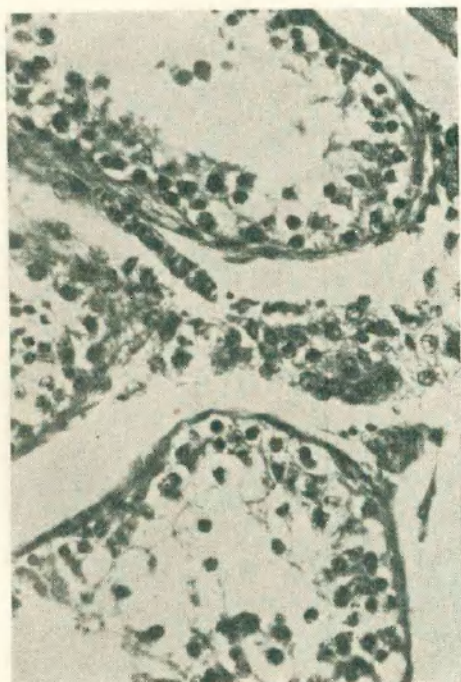


Figura 128

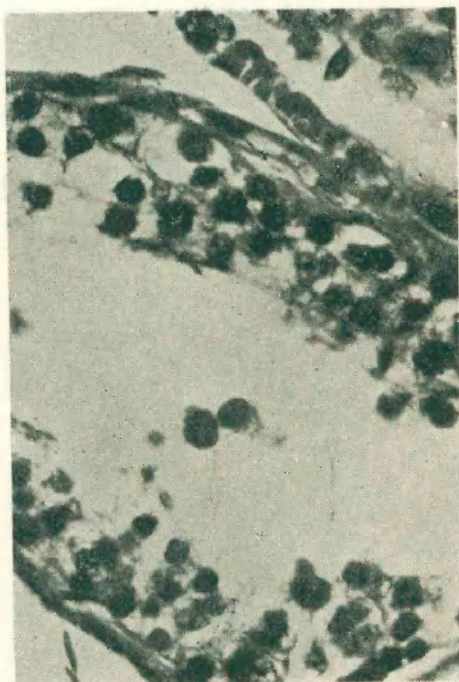


Figura 129

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar úlcero-caseosa en ambos vértices. Sinfisis pleural izquierda. Siembra miliar (Inf. N° 68/48).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2do. grado.

Tejido intersticial: Congestión y edema. Células de Leydig conservadas.

Figuras 130 y 131. — Nombre: A. T. Edad: 22 años. Fecha fallec.
H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.

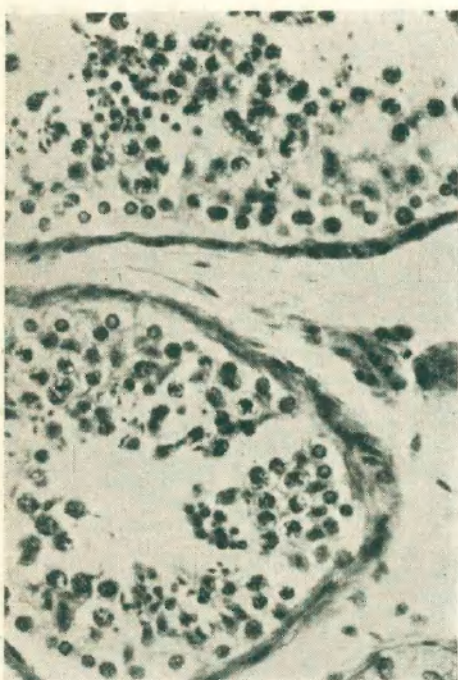


Figura 130

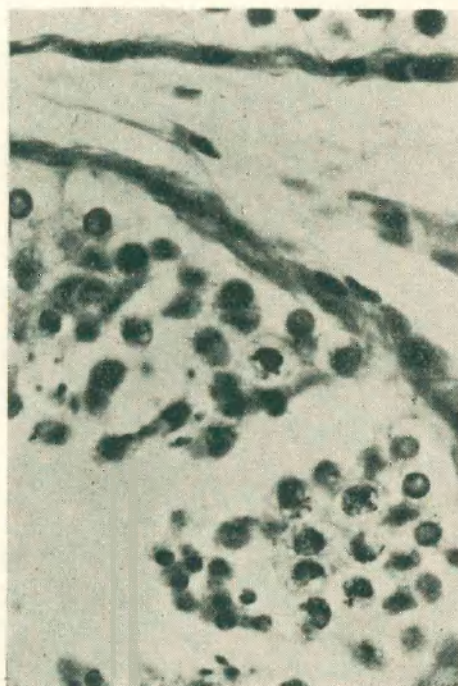


Figura 131

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrocásica bilateral. Empiema pleural perforado de pulmón (Inf. Nº 73/48).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Linaje germinal conservado. Espermatocitogénesis y espermiogénesis normal.

Tejido intersticial: Células de Leydig, normales.

Figuras 132 y 133. Nombre: A. D. Edad: 23 años. Fecha fallec.: 15-4-50. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.

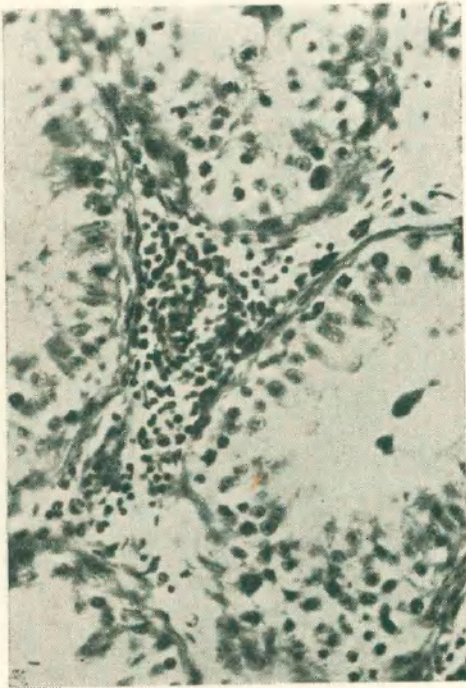


Figura 132

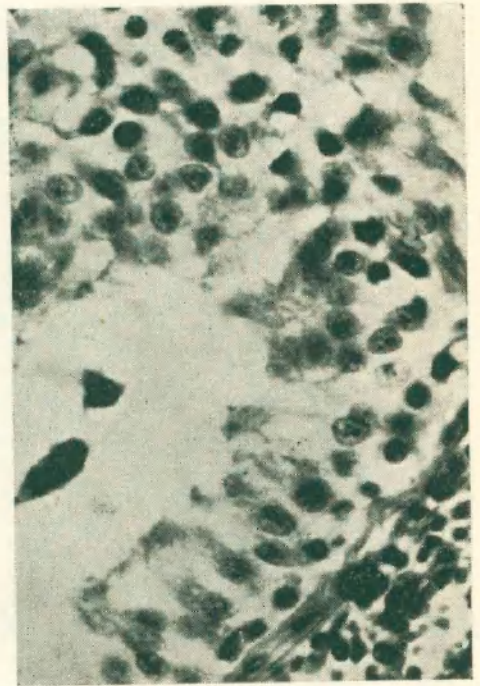


Figura 133

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrocásica ulcerada a gran predominio derecho. Sínfisis pleural bilateral.

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2do. grado.

Tejido intersticial: Marcada infiltración linfoplasmocitaria. Células de Leydig conservadas.

Figuras 134 y 135. — Nombre: R. B. Edad: 44 años. Fecha fallec.: 30-3-50. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.

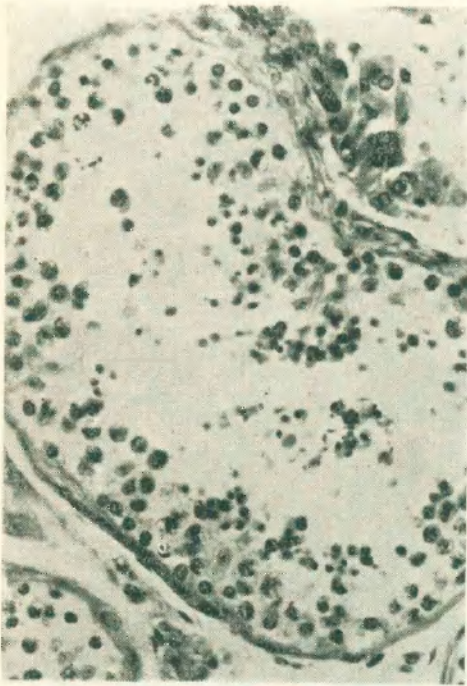


Figura 134

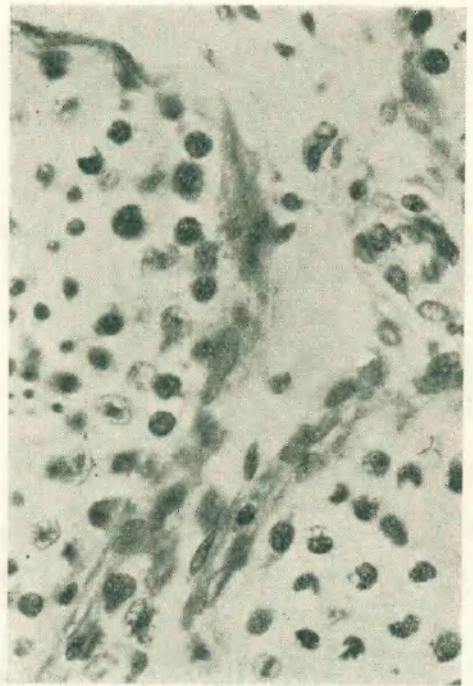


Figura 135

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrosa cavitaria. Siembra miliar, Perivisceritis crónica (Inf. N° 21/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Linaje germinal conservado. En algunos, estado degenerativo de 1er. grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig normales.

Figuras 136 y 137. — Nombre: I. L. Edad: 56 años. Fecha fallec.: 27-3-50. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar

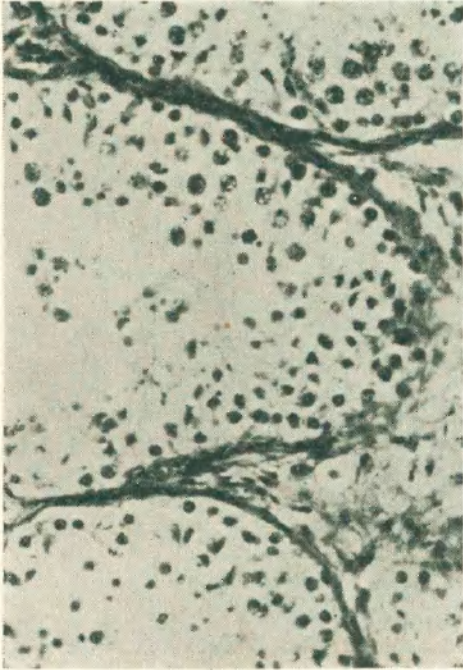


Figura 136

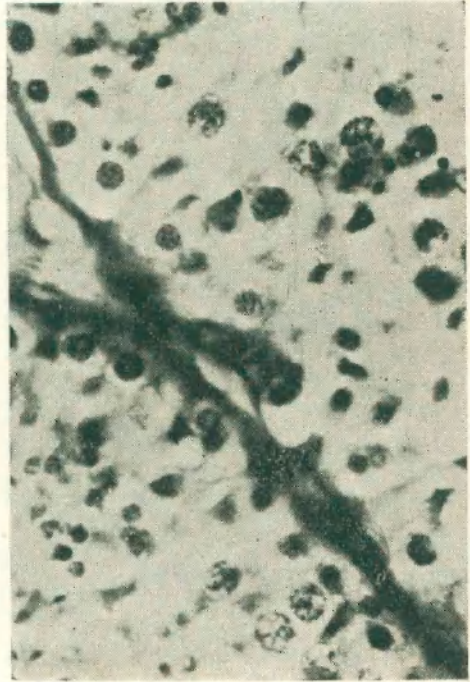


Figura 137

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar con enfisema y antracosis. Evolución exudativa terminal. Perforación de pulmón izquierdo y pleuresía purulenta izquierda tabicada. Tuberculosis miliar (Inf. N° 20/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Linaje germinal conservado; en algunos estado degenerativo de 1er. grado. Tejido intersticial: Células de Leydig, aisladas.

Figuras 138 y 139. — Nombre: O. C. Edad: 34 años. Fecha fallec.: 23-3-50. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.

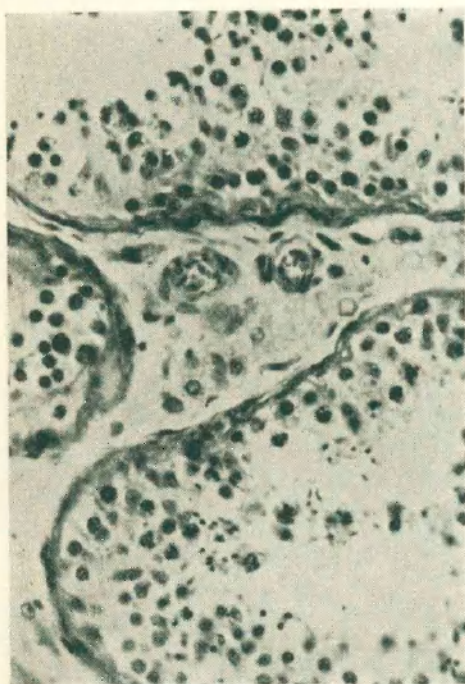


Figura 138

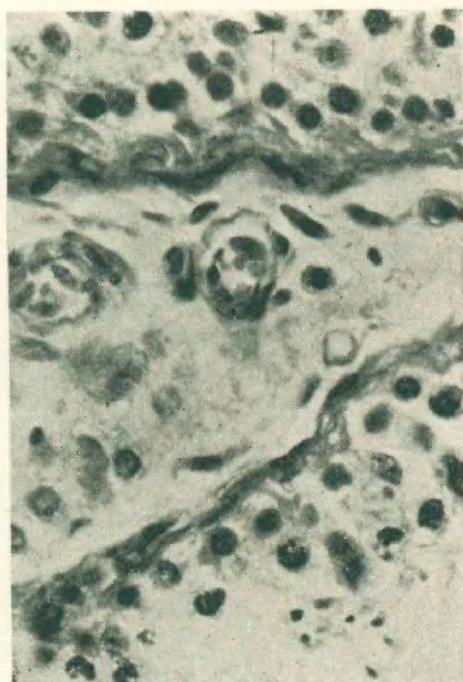


Figura 139

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrocásica cavitaria derecha ulcerada. Siembra broncogena bilateral, con infiltración hemorrágica. Tuberculosis intestinal discreta (Inf. N° 19/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: La mayoría normales. En algunos, estado degenerativo deler. grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig, normales.

Figuras 140 y 141. — Nombre: A. N. Edad: 43 años. Fecha fallec.: 23-2-50. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.



Figura 140

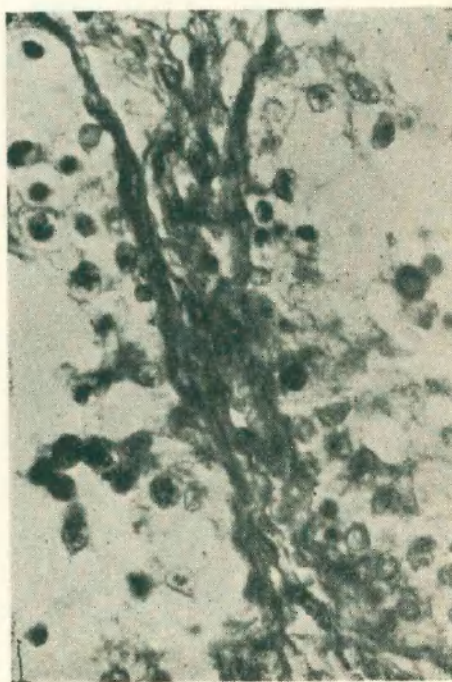


Figura 141

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrosa cavitaria con evolución exudativa tumoral. Tuberculosis laríngea casquete pleural apical derecha y pleuresía izquierda. Tuberculosis intestinal. Tuberculosis miliar de hígado y bazo.

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2do. y 3er. grado.
Tejido intersticial: Fibrosis. Células de Leydig aisladas.

Figuras 142 y 143. — Nombre: I. R. Edad: 45 años. Fecha fallec.: 28-2-47. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.

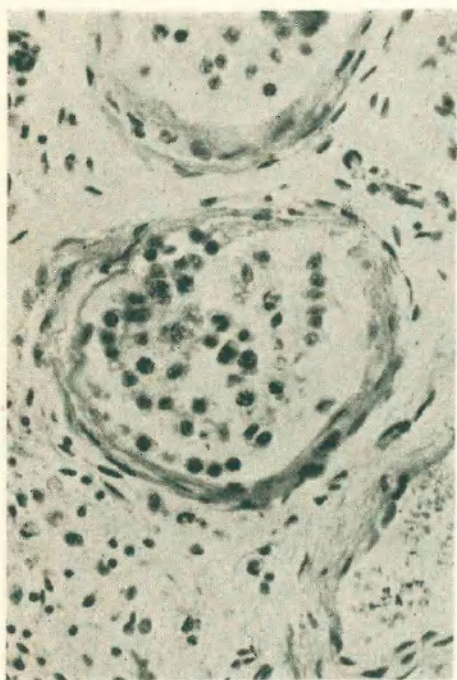


Figura 142

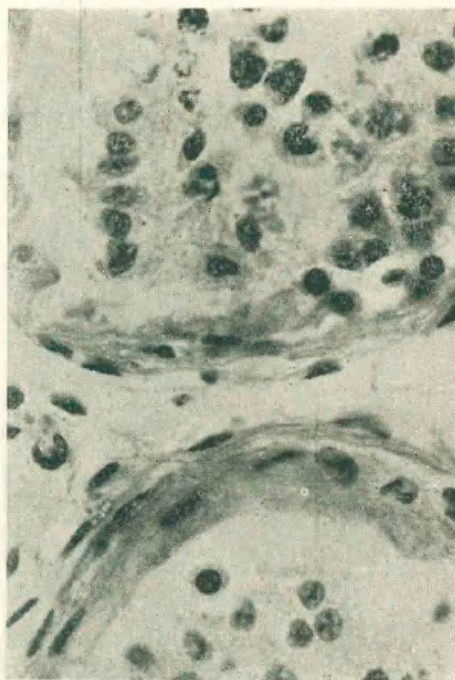


Figura 143

Diagnóstico anátomo-patológico:

Tuberculosis pulmonar úlcero-fibrosa a gran predominio izquierdo. Síntesis pleural. Tuberculosis miliar (Inf. N° 106).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Paredes engrosadas, fibrosas, con tendencia a la hialinosis. Estado degenerativo de 2do. y 3er. grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig aisladas separadas por infiltración plasmolinocitaria.

Figuras 144 y 145. — Nombre: P. M. Edad: 32 años. Fecha fallec.: 9-9-48. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.

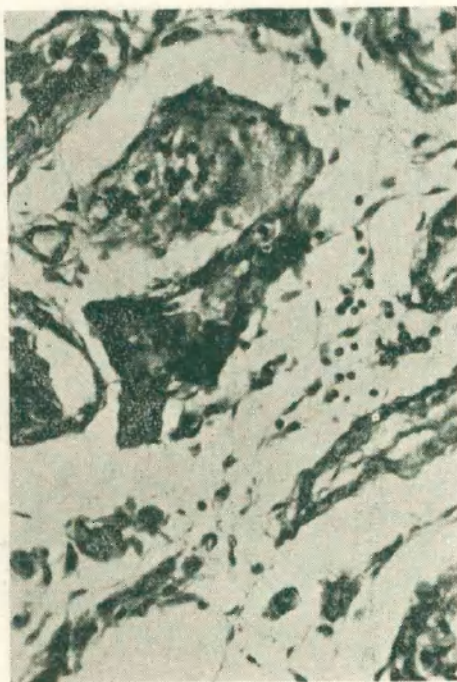


Figura 144

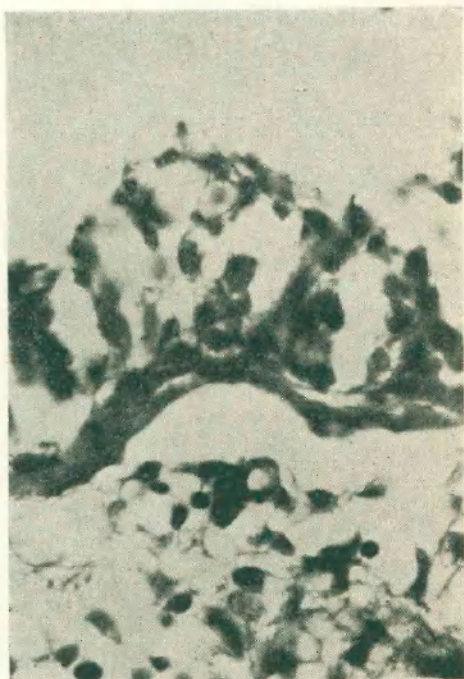


Figura 145

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrosa cavitaria. Siembra bronconeumónica derecha. Tuberculosis laringo-traqueal. Tuberculosis caseosa renoureteral derecha y vesical.

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2do. y 3er. grado.

Tejido intersticial: Fibrosis intertubular con infiltración linfoplasmocitaria. Células de Leydig, conservadas.

Figuras 146 y 147. — Nombre: R. C. Edad: 23 años. Fecha fallec.: 11-1-49. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.



Figura 146



Figura 147

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrocásica cavitaria bilateral. Siembra broncogena. Tuberculosis bronquial. Tuberculosis pleural derecha y sínfisis pleural izquierda. Tuberculosis ósea. Tuberculosis miliar (Inf. N° 2).

Cuadro histológico testicular:

Tabos: Estado degenerativo de 2do. y 3er. grado.

Tejido intersticial: Marcada infiltración linfoplasmocitaria, siendo no reconocidas las células de Leydig.

Figuras 148 y 149. — Nombre: P. C. Edad: 46 años. Fecha fallec.: 19-12-49. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.

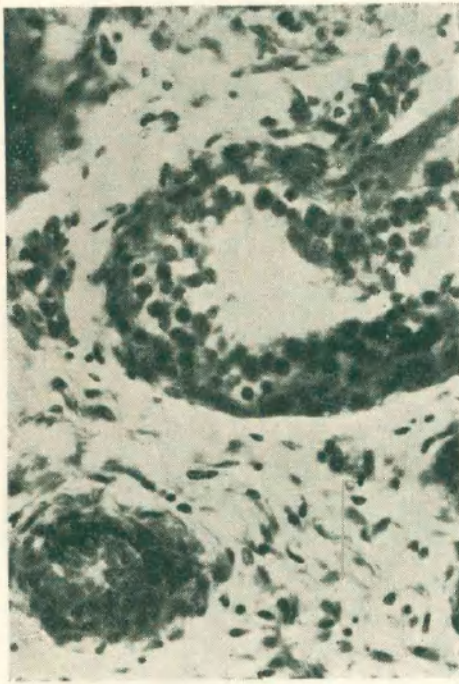


Figura 148



Figura 149

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar úlcero-caseosa izquierda. Siembra broncogena bilateral. Tuberculosis laríngea e intestinal (Inf. N° 59).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2do. grado. Marcada fibrosis tubular.

Tejido intersticial: Fibrosis intertubular. Células de Leydig: no se reconocen.

Figuras 150 y 151. — Nombre: A. Z. Edad: 18 años. Fecha fallec.: 23-12-49. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.

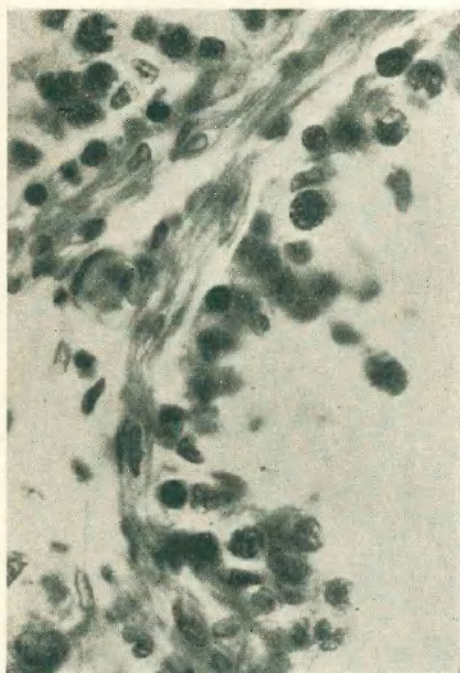


Figura 150

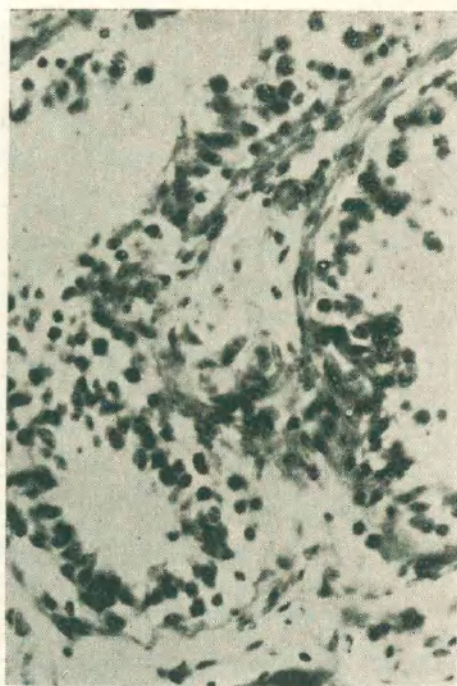


Figura 151

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar úlcero cirrótica derecha. Siembra excavada controlateral, Tuberculosis intestinal ceco-ascendente (Inf. N° 60).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2° y 3er. grados. Paredes engrosadas, fibrosas, con tendencia a la hialinosis.

Tejido intersticial: Fibrosis intertubular. Infiltración linfoplasmocitaria, que hace imposible la diferenciación de las células de Leydig.

Figuras 152 y 153. — Nombre: R. M. Edad: 66 años, Fecha fallec.: 10-1-50. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar

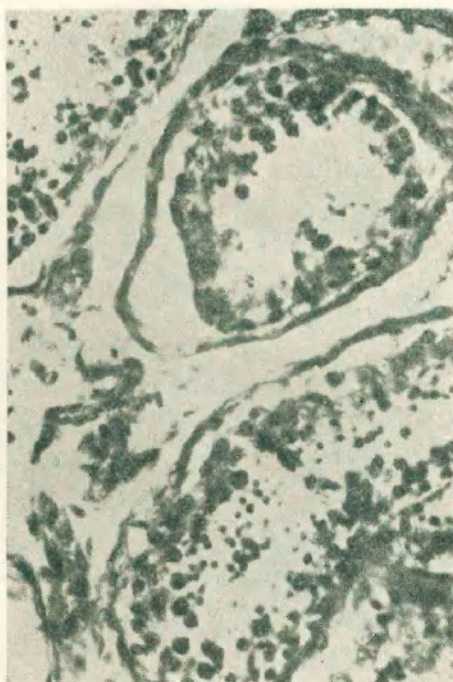


Figura 152



Figura 153

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrocásea cavitaria. Siembra mixta. Tuberculosis laringo-traqueal (Inf. Nº 3).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 1º y 2º grado.

Tejido intersticial: Edema. Dificil diferenciación de las células de Leydig: las que se observan son escasas y tienen el protoplasma muy claro. Hemorragia y dilatación vascular.

Figuras 154 y 155. — Nombre: J. F. Edad: 71 años. Fecha fallec.: 3-2-50. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar.



Figura 154

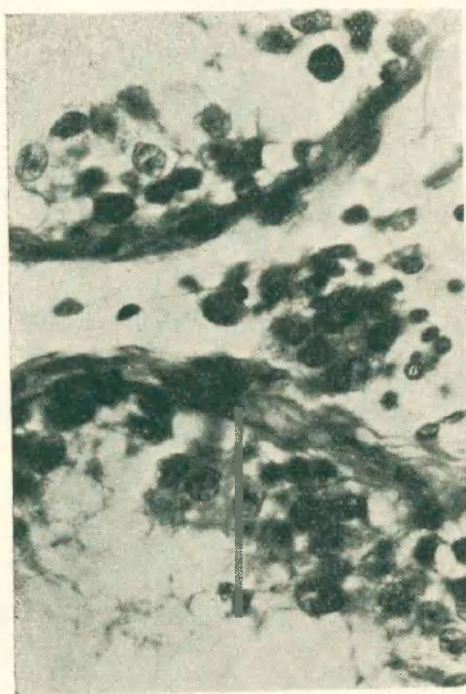


Figura 155

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrosa cavitaria. Siembra miliar. (Inf. N° 9).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Degeneración de 2º y 3er. grado. Edema de la pared.
Tejido intersticial: Edema, células de Leydig normales.

Figuras 156 y 157. — Nombre: E. B. Edad: 40 años. Fecha fallec.: 10-2-50. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar de reinfección fibrocáseosa cavitaria bilateral.

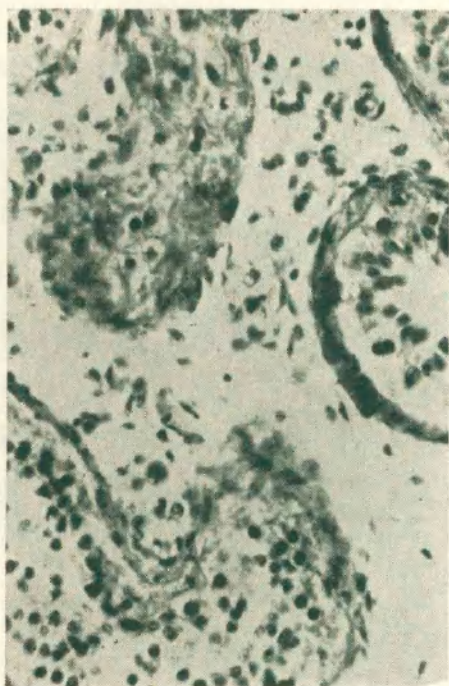


Figura 156

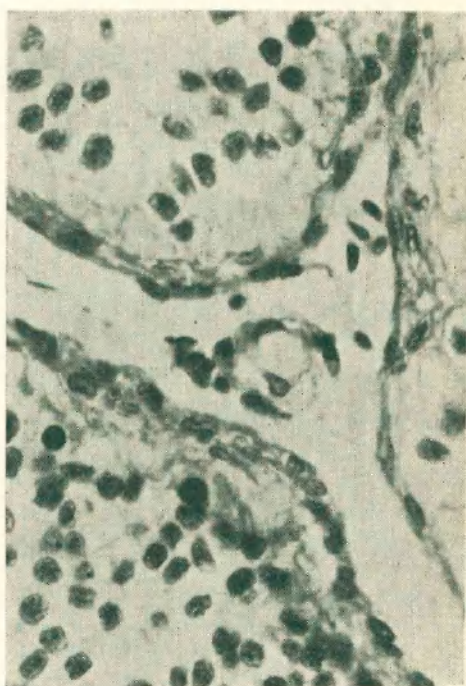


Figura 157

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrocáseosa cavitaria bilateral. Sínfisis pleural bilateral. (Inf. N° 11).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Degeneración de 2° grado ;paredes edematosas.

Tejido intersticial: Edematoso. Células de Leydig escasas, pálidas. Infiltración linfoplasmocitaria.

Figuras 158 y 159. — Nombre: A. N. Edad: 30 años. Fecha fallec.: 15-2-50. H. T. C. de A.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar

Diagnóstico anátomo-patológico: Tuberculosis pulmonar fibrosa-cavitaria bilateral. Tuberculosis laríngea. Pleuresía purulenta izquierda fistulizada. (Inf. N° 14).



Figura 158

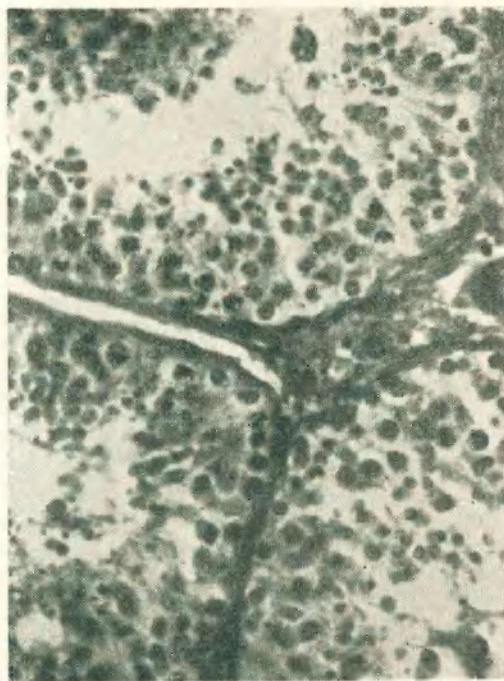


Figura 159

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Linaje germinal conservado, con solo muy discreta desorganización en su arquitectura.

Tejido intersticial: Células de Leydig, conservadas.

MISCELANEAS

N° de casos: 12 (Patológicos: 10 (83 %)
(Figs. 160-183)) Aparentemente normales: 2 (17 %)

Diagnóstico clínico: Afecciones neurológicas, blastomycosis, sepsis, peritonitis, anemia aguda, etc.

Diagnóstico anátomo-patológico: Idem.

Cuadro histológico: Estados degenerativos de 1º a 3er. grado.

Figuras 160 y 161. — Nombre: P. T. Edad: 52 años. Fecha fallec.: 27-7-49. Sala 10, Cama 2.

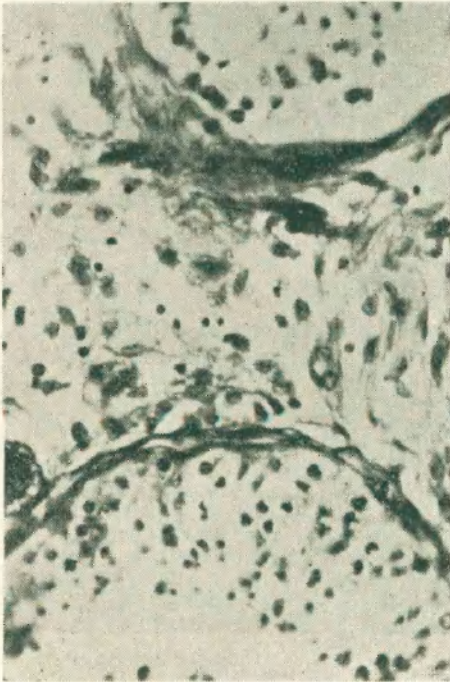


Figura 160

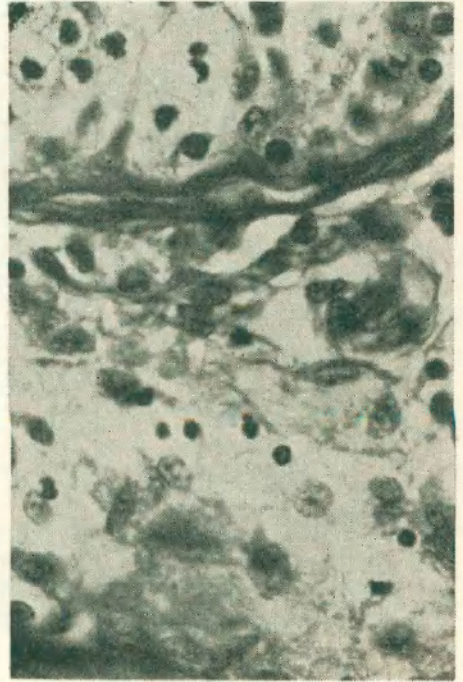


Figura 161

Diagnóstico clínico: Parálisis del 3er. par derecho 4º, 9º y 12º izquierdo. Bronquiectasia. Lues (?).

Diagnóstico anátomo-patológico: Abscesos bronquiectásicos. Miocarditis crónica. Degeneración grasa del hígado. Reacción meníngea de base. (Inf. N° 61/49).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Paredes ligeramente espesadas. Degeneración de 1º y 2º grados.

Tejido intersticial: Edema, infiltración linfoplasmocitaria, sobre todo perivascular. Células de Leydig normales.

Figuras 162 y 163. — Nombre: R. S. M. Edad: 22 años. Fecha fallec.: 23-2-50. Sala 9. Cama 17.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar. Artritis bacilar.

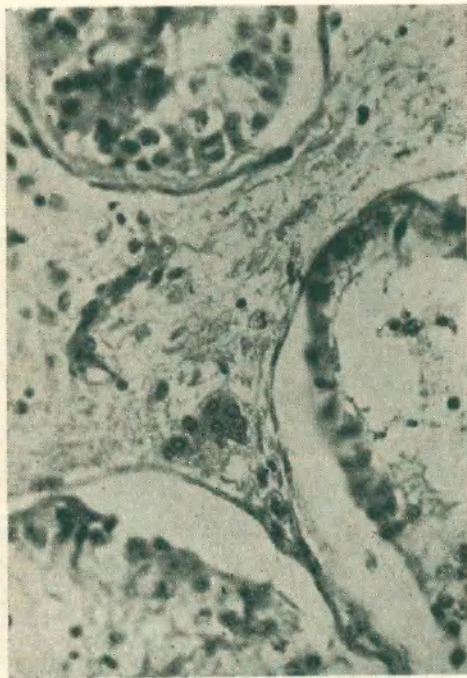


Figura 162

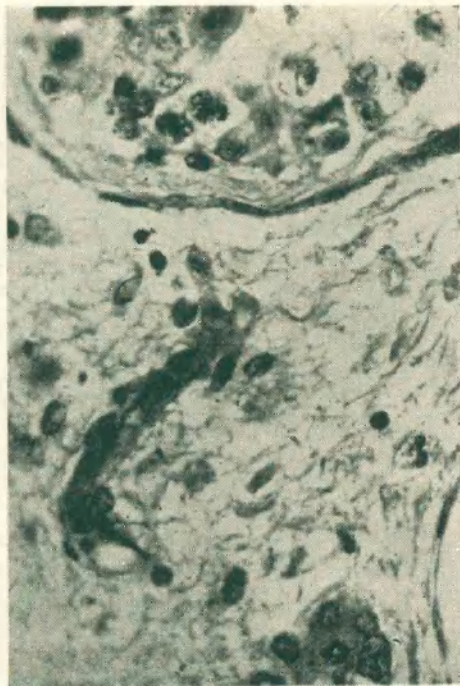


Figura 163

Diagnóstico anátomo-patológico: Blastomicosis (Inf. N° 13|50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2º grado.

Tejido intersticial que disloca las células intersticiales. Infiltración linfoplasmocitaria.

Figuras 164 y 165. — Nombre: F. K. Edad: 45 años. Fecha fallec. 25-3-50. Sala 9.

Diagnóstico clínico: Neo de pulmón abscesado. ¿Absceso de pulmón?



Figura 164

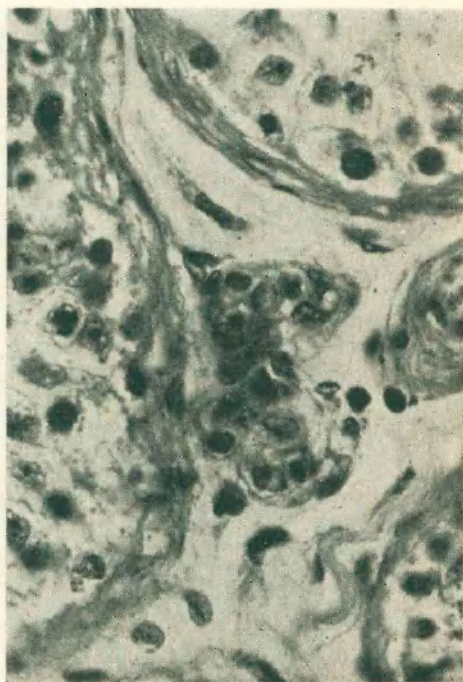


Figura 165

Diagnóstico anátomo-patológico: Absceso de pulmón izquierdo, con focos de aspiración en distintos campos del derecho. Empiema pleural izquierda. (Inf. Nº 16/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Epitelio germinal, prácticamente normal.

Tejido intersticial: De apariencia normal.

Figuras 166 y 167. — Nombre: T. V. Edad: 51 años. Fecha fallec.: 22-5-50. Sala 7. Cama 2.

Diagnóstico clínico: Ictus cerebral.



Figura 166

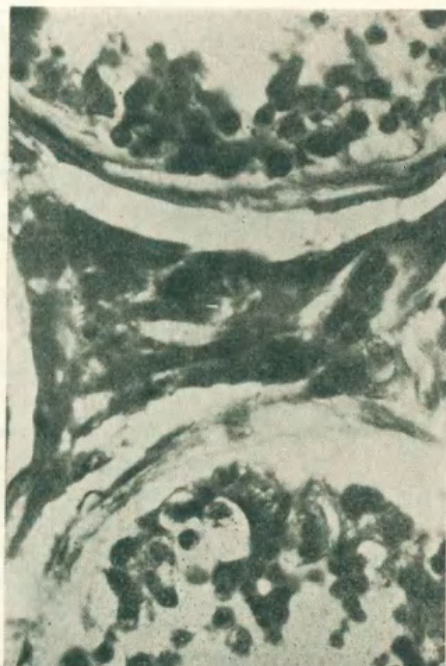


Figura 167

Diagnóstico anátomo-patológico: Hemorragia ventricular (Inf. número 27/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Epitelio germinal en estado degenerativo de 2° grado.

Tejido intersticial: Hemorragia y edema. Células de Leydig cargadas de pigmentos.

Figuras 168 y 169. — Nombre: A. G. Edad: 71 años. Fecha fallec.: 2-7-50. Salas 9. Cama 1.

Diagnóstico clínico: Infarto del miocardio.

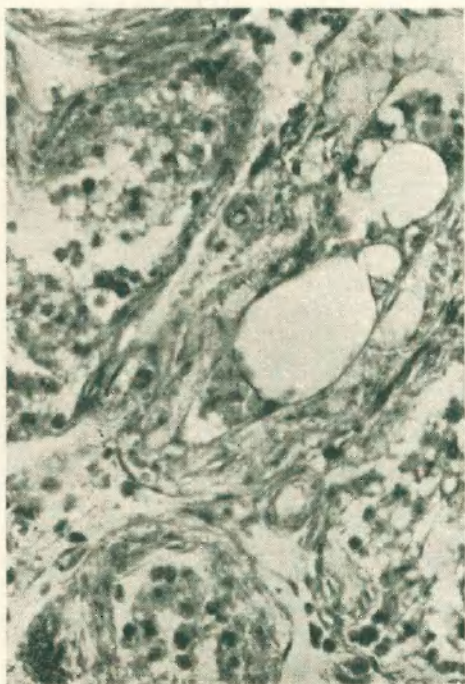


Figura 168

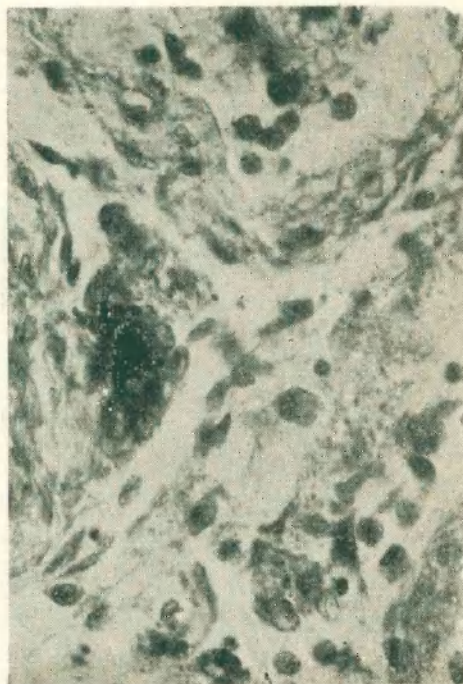


Figura 169

Diagnóstico anátomo-patológico: Sepsis generalizada con localización en miocardio y pulmón. Absceso en miocardio (calcificado). Absceso en pulmón. Infarto hemorrágico en pulmón. Infartos anémicos en bazo. Degeneración grasa de hígado. Degeneración de las fibras del miocardio (Inf. N° 35/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Caída total de la estructura del testículo (en necrobiosis; infarto del testículo). Otros, vacíos en esclerosis (pequeños infartos anteriores).

Tejido intersticial: Células de Leydig en número normal.

Figuras 170 y 171. — Nombre: A. S. Edad: 56 años. Fecha fallec.: 28-7-50. Sala 12.

Diagnóstico clínico: Absceso de mediastino posterior.



Figura 170

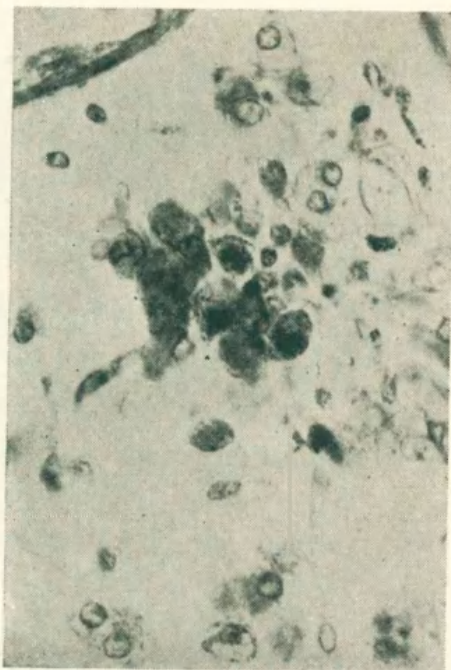


Figura 171

Diagnóstico anátomo-patológico: Mediastinitis aguda por cuerpo extraño (Inf. N° 38/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2° grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig, conservadas cargadas de pigmentos.

Figuras 172 y 173. Nombre: H. A. Edad: Fecha fallec.: 1-2-50.
Sala 6, Cama 37.

Diagnóstico clínico: Uremia.

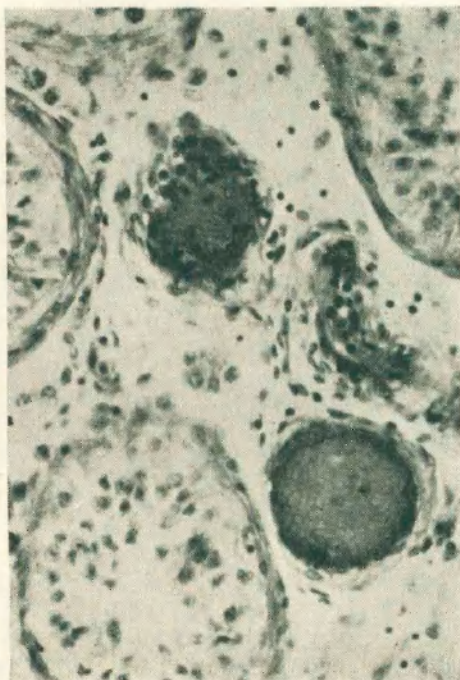


Figura 172

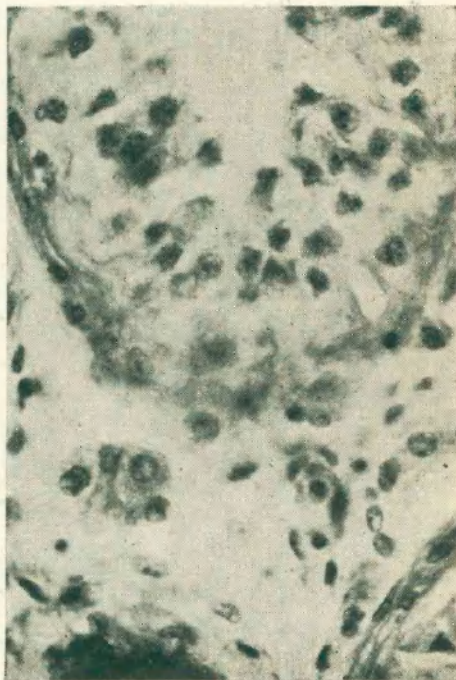


Figura 173

Diagnóstico anátomo-patológico: Uropionefrosis calculosa bilateral. Sepsis. (Inf. N° 10/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2° grado; sólo espermatocitos y espermatogonias; faltan espermatozoides y espermátides.

Tejido intersticial: Células de Leydig conservadas. Infiltrado linfoplasmocitario perivascular. Vasos congestivos.

Figuras 174 y 175. — Nombre: G. L1. Edad: 22 años. Fecha fallec.: 15-11-51.

Diagnóstico clínico: Infarto intestino mesentérico.



Figura 174

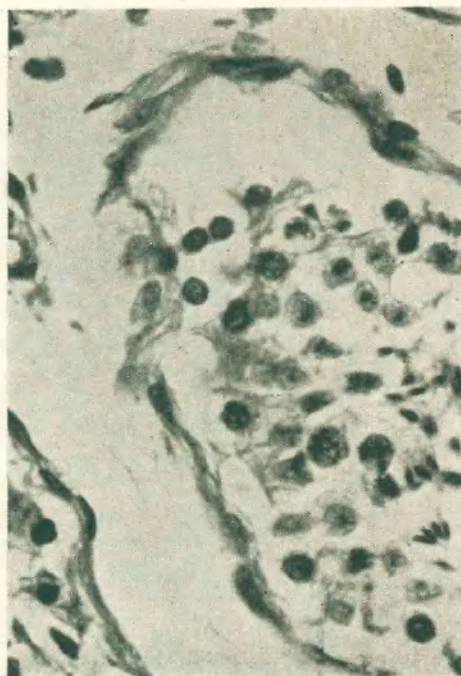


Figura 175

Diagnóstico anátomo-patológico: Estrangulación interna de un divertículo de Meckel. Infarto hemorrágico y necrosis de varias asas intestinales. Peritonitis aguda generalizada (Inf. Nº 44/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Prácticamente normales, aunque se observan algunos en estado degenerativo de 1er. grado.

Tejido intersticial: Células de Leydig, conservadas.

Figuras 176 y 177. — Nombre: C. C. Edad: 58 años. Fecha fallec.: 2-12-51.

Diagnóstico clínico: Peritonitis por oclusión intestinal.

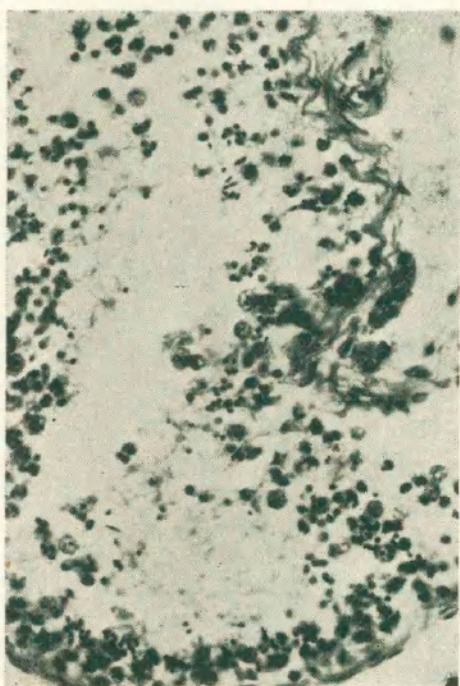


Figura 176

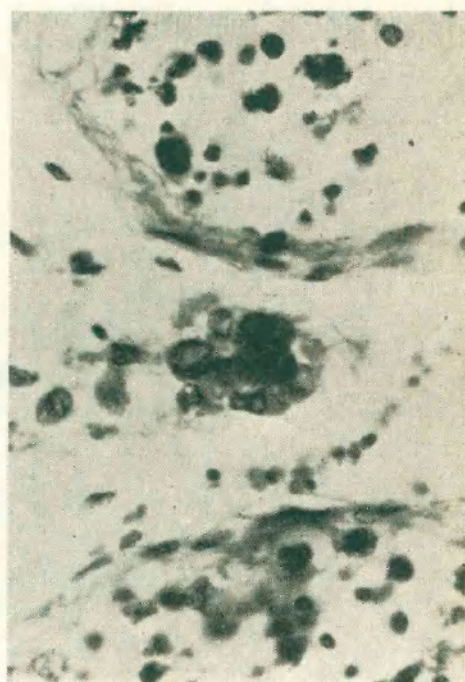


Figura 177

Diagnóstico anátomo-patológico: Megaciego. Tiflitis úlcero-perforada. Peritonitis generalizada (Inf. Nº 48/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Normales: Espermatocitogénesis y espermiogénesis conservadas.
Tejido intersticial: Congestión, edema. Células de Leydig normales.

Figuras 178 y 179. — Nombre: P. F. Edad: 53 años. Fecha fallec.: 4-7-51. Sala 9. Cama 3.

Diagnóstico clínico: Aortitis luética. Hemorragia cerebral.



Figura 178

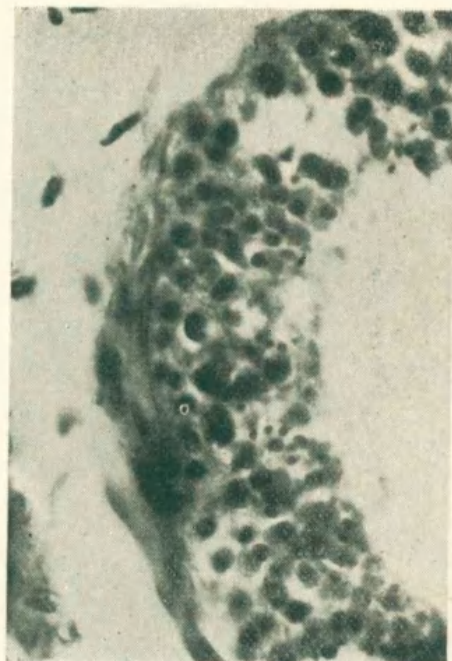


Figura 179

Diagnóstico anátomo-patológico: Inundación. Hemorragia de las cavidades ventriculares del hemisferio derecho con taponamiento del 3er ventrículo (Inf. N° 26/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 1er. grado. Espermatocitogénesis conservada; falta espermiogénesis.

Tejido intersticial: Células de Leydig, normales.

Figuras 180 y 181. — Nombre: G. P. Edad: 37 años. Sala 9. Cama 30.
Diagnóstico clínico: Uremia.

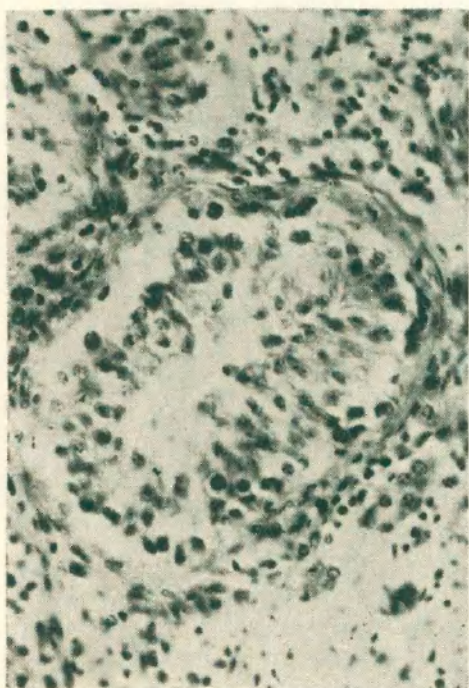


Figura 180

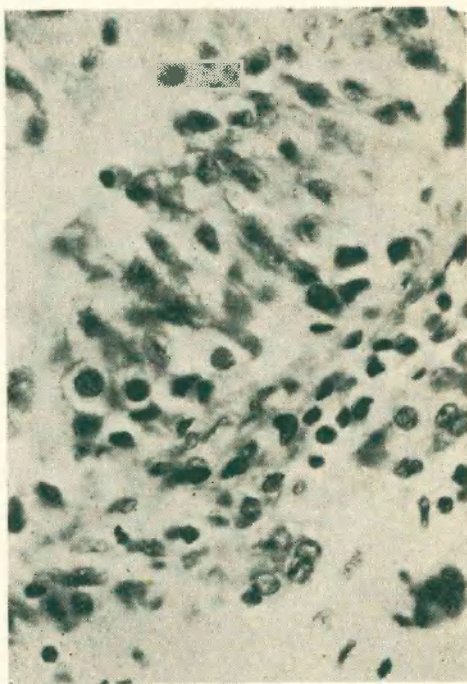


Figura 181

Diagnóstico anátomo-patológico: Glomerulonefritis aguda (Inf. número 31/51).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Estado degenerativo de 2º grado. Paredes engrosadas.

Tejido intersticial: Marcada infiltración linfoplasmocitaria. Células de Leydig, conservadas.

Figuras 182 y 183. — Nombre: A. S. Edad: 48 años. Fecha fallec.: 18-9-50. Sala 6. Cama 5.

Diagnóstico clínico: Hernia ínguino-escrotal operada :aneurisma grave por hemorragia aguda.

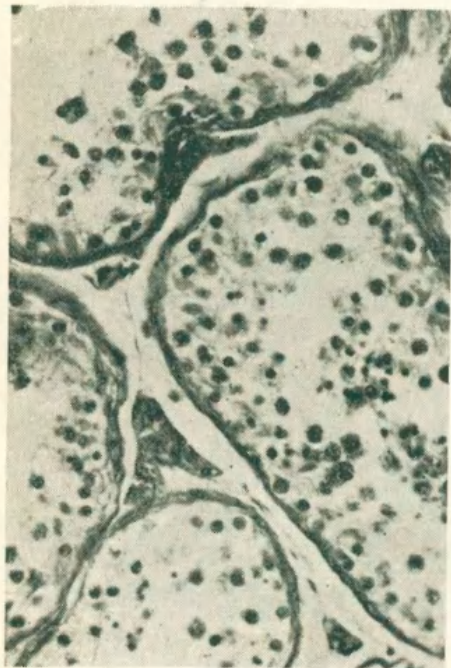


Figura 182

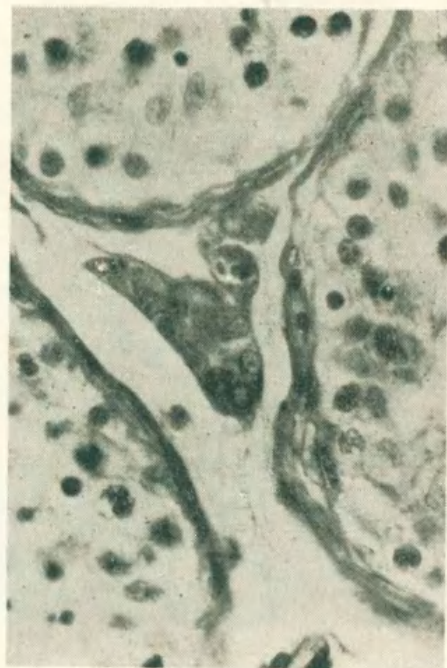


Figura 183

Diagnóstico anátomo-patológico: Ruptura de la arteria duodenal por úlcera perforada en páncreas (Inf. Nº 45/50).

Cuadro histológico testicular:

Tubos: Espesamiento de su pared. Linaje germinal conservado. Estado degenerativo de 1er. grado; escasos espermatozoides.

Tejido intersticial: Vasos muy espesados, sobre todo las arteriolas, con disminución de su luz.

RESUMEN

Se registran los cuadros histológicos testiculares en 89 casos de autopsias por afecciones diversas.

Se muestra la multiplicidad de alteraciones que van desde los muy discretos cambios degenerativos de 1er. grado hasta la destrucción total de los tubos. Surgen así un sinnúmero de interrogantes etiopatogénicos de sumo interés que revelan la existencia de problemas de fisiopatología testicular aún no resueltos.

Se comprueban casos en que el epitelio germinal aparece escasamente dañado, y algunos pocos aparentemente normales. Esto sobre todo, en las afecciones tumorales, y cuando la causa que determinó el deceso ha actuado en forma rápida, sobre una glándula anteriormente no dañada.

Se destaca la necesidad del estudio sistemático de la histología testicular en todos los casos de autopsia, buscando su interpretación a la luz de la historia clínica completa (en vida) y del diagnóstico anátomo-patológico (necropsia). De esta manera se podrá alcanzar un pleno conocimiento, soslayado hasta ahora, de la compleja histopatología de la glándula sexual masculina.

SUMMARY

The histologic testicular pictures in 89 cases of necropsy for various diseases are registered.

Multiple alterations that go from the very slight degenerative changes to the total destruction of the tubes, are shown. Numberless etiopathogenic questions are arisen of great interest which reveal the existence of testicular physiopathologic problems not solved yet.

Cases, in which the germinal epithelium is seen scarcely injured, and a few being apparently normal, are recorded. This especially in the tumoral affections, and when the cause that determined the death has acted rapidly, upon a gland not injured formerly.

We emphasize the necessity of a systematic study of the testicular histology in all cases of autopsy, looking for their interpretation at the light of a complete medical history (during life) and, of the pathologic diagnosis (autopsy). In this way, a complete knowledge will be reached, scarcely seen up to now, of the complex histopathology of the male sexual gland.

DISCUSION

Dr. Rebaudi. — Felicito al doctor Firstater por su interesante trabajo. Posiblemente, hay que llenar todavía muchos claros para extraer conclusiones, pero si continúa trabajando con el mismo entusiasmo de ahora, las sacará. Por ello, lo felicito sinceramente.

Dr. Irazu. — Quiero adherirme a las palabras del doctor Rebaudi en cuanto al trabajo del doctor Firstater, que es un trabajo de empuje, que habrá que completar con el estudio histoquímico del testículo.

Evidentemente, en las fotografías que nos ha mostrado de lesiones histopatológicas no hemos podido apreciar alteraciones fundamentales. Me refiero a la hialinización del testículo, que es una de las lesiones que establece una falta de nexo entre el tubo y el intersticio. Es sin duda, el lugar donde se producen los intercambios de la parte tubular e intersticial, que son los más importantes.

Tiene interés saber si estas autopsias fueron hechas inmediatamente después de la muerte —creo que así lo dijo el doctor Firstater— y si existía anteriormente a la muerte alguna vinculación entre esas lesiones histológicas del testículo y alteraciones de orden sexual.

Dr. Bottini. — Quiero felicitar al doctor Firstater por el interesante trabajo que nos acaba de relatar.

Yo conozco los distintos elementos que ha utilizado el doctor Firstater en su estudio. Ha realizado un estudio del testículo en los cadáveres, sin discriminación de los casos. Ahora, que ha reunido una serie considerable de ellos y ha realizado un estudio anatómopatológico muy interesante y claro, me permitiría hacerle una sugestión en el sentido de efectuar un ordenamiento de los casos que nos ha presentado, haciendo incidir las distintas enfermedades, ya sea de orden general o procesos tóxicos, sépticos, etc. y en ese caso, traernos, no en un trabajo de conjunto, sino en sucesivas comunicaciones, las alteraciones más notables que se encuentran en los distintos elementos de juicio que poseemos del testículo. Aún así, el problema de aclarar en forma definida esta situación, la que es difícil porque todos sabemos la labilidad del epitelio seminífero con respecto a factores al parecer más inocuos.

El que ha trabajado en este sentido se da cuenta que procesos de pequeña envergadura alteran fundamentalmente el epitelio seminífero. Se agregan causas y por más que la biopsia haya sido efectuada inmediatamente a la muerte, se producen fenómenos de desintegración importante, aunque el lapso haya sido breve.

Por otra parte, aunque la discriminación se haya hecho de acuerdo a enfermedades, el desconocimiento del resultado de una biopsia efectuada a ese mismo sujeto, con anterioridad a la enfermedad, hacen imposible poder justificar el proceso que lo llevó a la muerte como causantes de la alteración testicular. Además, el desconocimiento de la parte hormonal hace imposible que se llegue a la averiguación de la causa de la muerte y las alteraciones que se observan en el testículo.

En sujetos sanos, sin trastornos endocrinos, convendría ahondar lo que se refiere a la insuficiencia hepática que juega un papel muy importante por la falta de control sobre tóxicos que se eliminan del organismo y la acción sobre el testículo. Debe tratar de verse si en el cuadro clínico ha predominado una insuficiencia hepática o una atrofia de tipo escleroso, en donde se ejerce la alteración del tubo seminífero. En la preparación que he tenido oportunidad

de ver hay desprendimiento del epitelio seminífero con disminución del número y tñido de las células de Sertoli, que son nutricias.

Sería interesante verificar si en los estados de alteración hepática, la perturbación es en ese sentido. En los estados esclerosos convendría hacer la misma averiguación.

Creo que el doctor Firstater, con el interés que tiene y con el material de que dispone, en sucesivas comunicaciones ha de lograr el éxito que realmente merece por el trabajo que se ha tomado.

Dr. Firstater. — Agradezco la colaboración de los distinguidos consocios cuyas palabras constituyen para mí un estímulo. Comprendo perfectamente que este trabajo es un simple ensayo, que deja en pie una enorme cantidad de problemas.

Respecto a las posibles modificaciones "post-mortem" en el cuadro histológico del testículo, debemos decir que en los casos estudiados no se hacen presentes en forma ostensible. Así parece mostrarlo el 10% de los casos que presentan una histología normal, no obstante que en ellos, como en todos los demás, se ha seguido el mismo procedimiento para obtener el material y las preparaciones histológicas fueron hechas con igual técnica. Como he dicho, nos hacemos cargo de todas las limitaciones de nuestro trabajo. Sólo hemos querido mostrar en forma panorámica la multiplicidad de alteraciones histopatológicas que hemos encontrado en los testículos estudiados y nos hemos referido sólo a los aspectos morfológicos, que deberán completarse con estudios histoquímicos. De este punto de vista debemos señalar los importantes trabajos que en nuestro País han realizado los Dres Mancini y de la Balze, y colaboradores, en la histoquímica de los testículos normales y posteriormente ellos con Iacapraro y Mollinelli en la histoquímica de la brucelosis genital.

Repetimos que nuestro trabajo sólo es una demostración de la diversidad histopatológica testicular y que hemos tenido el valor de presentar aquí estimulados por el profesor Trabucco, quien nos ha instado a que lo hiciéramos. Lo ponemos a consideración de Uds. y lo estimamos de utilidad en el sentido de llamar la atención sobre la necesidad de realizar estos estudios en todas partes para alcanzar de esa manera conclusiones valederas.
