

TRABAJO ORIGINAL

Trabajo de adscripción a la Cátedra de Clínica  
Génito - Urinaria. del Prof. Dr. B. MARAINI.

Por el Doctor:

ROBERTO A. RUBI

## EPIDIDIMITIS SIFILITICA TERCIARIA

EL epidídimo según Joseph (1) "toma parte en el proceso sifilítico, no sólomente de un modo secundario, a consecuencia de la propagación de las lesiones del testículo, sino también de un modo primitivo". Y es de este tipo de lesión: *Epididimitis Sifilítica Terciaria, primitiva*, sin participación clínica de la glándula espermática, de la que nos vamos a ocupar.

La epididimitis sifilítica terciaria confundida durante mucho tiempo con afecciones similares a otra etiología (tuberculosa, blenorragica, etc.) fué descripta en 1840 por Ricord, quien retomando los trabajos de Bell y de Cooper, precisa magistralmente la sintomatología del sarcocele sifilítico — la albuginitis de entonces — e involucra en su descripción el goma del testículo y las lesiones epididimiarias.

Recién en 1863, Dron describe la Epididimitis Sifilítica Terciaria "es decir el sífiloma localizado del epidídimo, lesión unilateral, invadiendo, a veces, el órgano, provocando dolores y retrocediendo rápidamente por un tratamiento iodurado o mixto".

Desde entonces Rollet, Allen, Jonnart, Delahaye, Pedersen, Lebreton, Nickelson y Marcel, se ocupan del tema, debiendo destacar especialmente la tesis de este último, que constituye por su documentación y extensa bibliografía, el libro de consulta obligado al respecto.

Entre nosotros, Grimaldi (2) publica la primera observación con el estudio anátomo-patológico de la pieza, realizado por Vivoli. Le siguen luego la observación de Marano y Mathis (3), el segundo caso de Grimaldi (4) y el de Grimaldi y Rubi (5). A estos cuatro casos agregamos dos más, cuyas historias podrán verse al final, con el resumen de las anteriores.

ETIOLOGÍA.

Si bien la localización epididimiaria de la sífilis es el resultado directo de la invasión del órgano por el treponema, no es menos cierto que determinados factores pueden favorecer esa localización. "Por alguna razón, decía Fournier (6), algunas sífilis se manifiestan por accidentes terciarios y otras no". Y a continuación estudia "in extenso" esos factores ocasionales, que resumiremos en la forma siguiente:

1º, influencia del genio mórbido: refiriéndose a las sífilis malignas y benignas.

2º, influencia del terreno: vale decir de las condiciones particulares del enfermo (edad, constitución, temperamento, herencia patológica, etc.).

3º, influencia de las condiciones defectuosas de higiene: enfermedades anteriores, alcoholismo, surmenage — en este caso de orden venéreo, etc.

4º, influencia de la falta de tratamiento o de la irregularidad e insuficiencia del mismo.

A estos factores de *orden general* Fournier agrega otros de *orden local*, "sobre todo la lesión o tara de un órgano inferiorizado en lo que respecta a su propia vitalidad puede atraer el terciarismo".

Y Marcel (7) que ha observado "la importancia capital de las lesiones, a veces traumáticas, más a menudo inflamatorias, que preceden de cerca o de lejos, el desarrollo de la orquioepididimitis sífilítica, tiene la impresión de que en el testículo la blenorragia prepara el nido a la sífilis, como prepara el de la tuberculosis (*y algunas veces el de la sífilis también*) en el epidídimo.

Sin embargo, dista mucho de haber acuerdo entre los autores sobre el valor de estas nociones etiológicas. Para Sébilleau (8) "la mayor parte de los sífilógrafos actuales, retomando las ideas de Dupuytren, considera la invasión del testículo, y por ende la del epidídimo, como un fenómeno ordinariamente espontáneo o en el que, las más de las veces, la causa escapa". Otros, entre ellos Forge (9) son eclécticos; aceptan los factores ocasionales citados, pero creen que comúnmente la localización es espontánea. Este autor se inclina, sobre todo, en aceptar como causa favorecedora, el aislamiento del testículo y del epidídimo, suspendido de un largo pedículo vascular, que lo transforma, por éstasis circulatorio, en un

lugar de elección para la fijación de las toxinas o de los microbios acarreados por la sangre.

#### FRECUENCIA.

Resulta muy difícil establecerla por falta de estadísticas. Más aun, muchos autores no la mencionan o la suponen indefectiblemente unida a la infección testicular.

Rostaine <sup>(10)</sup> al ocuparse de la sífilis terciaria del epidídimo y del testículo, la considera como la manifestación más frecuente de la sífilis de los órganos genitales, para él la lesión interesa primitivamente el testículo y cuando se extiende al epidídimo lo hace secundariamente. Cita, luego, el trabajo de Delahaye, sobre una forma excepcional de sífilis terciaria del epidídimo.

Cottenseau <sup>(11)</sup> en su tesis describe la orquitis sifilítica; cita tres casos de epididimitis sifilítica secundaria de Fournier, pero no dice una palabra de la variedad de epididimitis en estudio. Para Le Fur <sup>(12)</sup> "el epidídimo estaría tomado a menudo al mismo tiempo que el testículo y podría presentar gomas". Jeanbrau <sup>(13)</sup> si bien acepta la epididimitis secundaria, no hace sino mencionar la forma terciaria, sin describir sus lesiones. En cambio, Augagneur y Carle <sup>(14)</sup> al describirla la colocan entre los accidentes secundo-terciarios: ("retarda su aparición hasta el 2º o 3er. año y aun más tarde").

Por su parte, Marcel en su tesis cita la estadística de Jonnart: 4 casos sobre 2.000 sifilíticos, la de Resle (157 casos sobre 4.363 sifilíticos) y la Giovanni Mele (4 observaciones sobre 38). Augagneur y Carle mencionan la de Dron (16 casos sobre 300 enfermos). ¿Pueden darse cifras más dispares? Y la razón de esa disparidad a nuestro modo de ver, estribaría

1º en que la mayor parte de las epididimitis sifilíticas son examinadas por el urólogo. Escapan pues a las estadísticas de los sifilógrafos, y

2º, que si bien la afección es rara, lo resulta más aún, porque, a menudo se desconoce su verdadera etiología, confundiéndola con otras epididimitis (sobre todo con la tuberculosa).

Tan imprecisas resultan las relaciones entre la forma evolutiva de la enfermedad (sífilis benigna o maligna) y la localización de ésta en el epidídimo.

Las mismas dificultades existen para establecer en que época de la evolución de la enfermedad aparecen las lesiones del epidídimo.

Descartada la epididimitis del período secundario (tres o cinco meses después del chancro) concomitante con las lesiones cutáneo-mucosas, la forma terciaria de la epididimitis puede ser precoz (2 o 3 años para Augagneur) o tardía; "en general, según Marcel se coloca en el límite entre los períodos secundario y terciario. Trataríase de un accidente secundo-terciario. De acuerdo con nuestras observaciones, su aparición es más tardía (varios años en la 1ª; 3 años en la 2ª obs.; 11 años en la 4ª obs.; 7 años en la 5ª obs.).

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Cuando se realiza el estudio anátomo-patológico se demuestra, según Sébileau (loc. cit. pág. 491), la identidad de lesiones testiculares y epididimarias: el mismo proceso de esclerosis intersticial en uno y otro órgano lleva a la oclusión los tubos secretores del esperma y los tubos epididimarios.

En la observación de Dufour (cit. de Marcel, pág. 87) la necropsia reveló la existencia de un goma en la cabeza del epidídimo, con integridad macro y microscópica del testículo.

He ahí descritas las dos tendencias evolutivas extremas de la epididimitis terciaria, formas esclerosas o gomosas, a las que cabe agregar las formas mixtas esclero-gomosas. Y esa división a nuestro modo de ver, debe conservarse desde el cuádruple punto de vista: anatómico, fisio-patológico, clínico y terapéutico.

En efecto, las seis observaciones que presentamos pueden dividirse en dos grupos:

Las cuatro primeras se caracterizan anatómicamente por: una reacción exudativa vaginal discreta e inconstante (dos veces sobre cuatro casos), aun cuando la hoja parietal vaginal puede estar espesada (obs. I). Epidídimo poco engrosado, no muy voluminoso, irregular, abollonado; lesiones que asientan en todo el órgano de la cabeza a la cola (obs. I y IV) o predominan en la cabeza (obs. III) o asientan exclusivamente en la cola (obs. II). Testículo aparentemente sano, canal deferente está muy engrosado en la obs. II; en cambio, es normal en las restantes; en la obs. I y III, el cordón presenta una funiculitis anterior acentuada y en la obs. IV el canal y el cordón deferente son normales.

Muy distinto es el cuadro en los dos casos restantes V y VI.

Vaginal de paredes gruesas, con gran derrame seroso, formas a hidrocele predominante; el epidídimo muy aumentado de tamaño.

irregular, de consistencia desigual, duro en partes, presenta en la obs. V, verdaderas placas de blindaje, pseudo-cartilaginosas, mientras que en la obs. VI las induraciones nodulares son de consistencia muy desigual: duras algunas, otras son más bien blanduzcas.

Cordón deferente engrosado a expensas de la parte anterior del funículo, rechazando hacia atrás un canal deferente normal en apariencia.

*Resumiendo:* en el primer grupo observamos epidídimos no muy voluminosos, duros e irregulares: epididimitis esclero-atrónica. En el segundo, en cambio, comprobamos la existencia de epidídimos muy voluminosos, esclero-hipertróficos, (obs. V) esclerogomosos (obs. VI), irregulares, de consistencia muy desigual, acompañados de gran hidrocele que es su característica anatómo-clínica más llamativa.

A estas tres formas anatómicas cabe agregar la lesión necrótica de caseificación: el goma.

Puede ocupar cualquier segmento del epidídimo, aun cuando de predilección se localiza en la cabeza. De tamaño variable entre una arveja y una avellana, generalmente redondeada, de límites imprecisos que se continúan con el tejido ambiente; es independiente del testículo al que se fija inmovilizándolo, en los períodos tardíos. Según la etapa de su evolución el goma cambia de coloración: al estado de neoformación es gris, rosado amarillento, con fibras amarinas; al envejecer su tinte amarillo se acentúa, pudiendo reblanecerse en su parte central.

Un ejemplo típico de esta forma lo tenemos en la ya citada observación Dufour, cuyo enfermo sifilítico con un hidrocele, muere por una enfermedad intercurrente y en la necropsia se comprobó la existencia de un goma epididimiario cefálico.

Histológicamente las lesiones han sido descritas por primera vez por Vivoli (15) y no haremos sino transcribirlas: "Tanto los conductos seminíferos de cabeza de epidídimo, como los conductos excretores del cuerpo y el deferente, se observan en todo su trayecto algo ectásicos, pero conservando su estructura normal.

El meso-epidídimo se muestra espesado e infiltrado. La arteria epididimiaria y deferencial, así como sus colaterales, con sus túnicas espesadas por una peri-arteritis productiva que estrecha notablemente su luz (micrf. N<sup>o</sup> 1). El tejido conjuntivo ha proliferado febrilmente, haciéndolo bajo forma de fibroblastos polimorfos, a

blemente su luz (microf. N° 1). El tejido conjuntivo ha proliferado febrilmente, haciéndolo bajo forma de fibroblastos polimorfos, a los que se mezclan linfocitos de todo tamaño, con tendencia a disponerse en acúmulos, ya sea periféricamente a los vasos, a la manera de gomas microscópicas de Hutinel o por fuera de ellos (goma miliar de Darier (microf. N° 2 y 3). A estos elementos se agrega una buena cantidad de plasmacélulas y gran cantidad de células eosinófilas mononucleadas y polinucleadas. Las coloraciones con orceína revelan una pronunciada proliferación de las limitantes elásticas de los vasos, con segmentación de las fibrillas.

*Vaginal.* — Procediendo de la profundidad a la superficie se nos muestra con una delgada capa de fibrina en franca organización y degeneración hialina. Inmediatamente por debajo de ella hay una gruesa capa de tejido fibroso que se dispone en mallas estrechas. En la zona superficial se observan algunos vasos de neoformación ingurgitados de sangre. Las pequeñas arteriolas existentes presentan acúmulos linfocitarios periféricos. En síntesis: *el mesoepidídimo presenta una marcada endoarteritis productiva, con proliferación del tejido conjuntivo representados por fibroblastos polimorfos. Gomas miliares de Darier y microscópicas, marcada eosinofilia; elementos éstos que caracterizan el tejido de granulación provocado por la sífilis*".

#### PATOGENIA.

La patogenia de la epididimitis sífilítica es la misma patogenia de todos los procesos sífilíticos en general, no importa el órgano en que hace su localización.

En los importantes trabajos de P. I. Elizalde (16) y Vivoli (17) sobre sífilis de pulmón, se encuentra una descripción minuciosa de los caracteres del tejido de granulación sífilítico y la manera de comportarse el treponema en estos procesos.

"La toxina o el virus producido por el treponema, dice Vivoli, es de una toxicidad tal que por sí solo no es capaz de producir lesiones necróticas en los tejidos a los cuales impregne". Esto es fácil deducirlo del carácter que presenta la lesión inicial, el chancro en el cual no existen más que lesiones productivas: en la etapa ganglionar de la difusión del germen (adenopatía satélite) y finalmente en la etapa de septicemia, que sólo trae como manifestaciones cutáneas y mucosas, lesiones de carácter inflamatorio, exudativo-pro-

ductivos, y sólo cuando se producen perturbaciones circulatorias, aparecen las ulceraciones; esto nos dice a todos la observación anátomo-clínica. Pero si bien el treponema y su toxina no producen lesiones necróticas, su acción es de una naturaleza tal que es capaz de irritar, estimular la proliferación de los tejidos, especialmente meso-dérmicos, es decir, que es capaz de engendrar lesiones exudativo-productivas. Pero su acción siendo constante, permanente, pues se trata de una enfermedad crónica y general, engendra lesiones de orden general, que sólo producirá lesiones de órganos, cuando una causa determinante cualquiera (traumatismos de la mas diversa naturaleza, que crean un sitio de menor resistencia), determina una localización y colonización del germen en ellos.

Hecha la localización, se inicia una lesión productiva que es solamente productiva, mientras no haya obliteración vascular; y cuando como consecuencia de aquella esta se realiza, entonces aparece la lesión necrótica de caseificación: el *goma*".

En términos generales, podemos decir, siguiendo a estos autores, que el virus sifilítico cuando se localiza en el epidídimo produce dos tipos fundamentales de lesiones:

*Lesiones productivas*, resultado de la irritación de los tejidos mesodérmicos por el treponema y que comprende la epididimitis esclero-hipertrófica y la epididimitis esclero-atrónica, y

*Lesiones necróticas — goma —* consecutivas a una obstrucción vascular, producida por una endo-arteritis obliterante aguda o crónica. Por tratarse de *procesos esencialmente dinámicos* podemos sorprenderlos en distintas fases de su evolución y *este hecho es de suma importancia desde el punto de vista pronóstico y terapéutico*:

Así, por ejemplo, en los casos en que el tejido de granulación está en pleno período de actividad, es susceptible de retrogradar bajo la influencia del tratamiento médico, mientras que al entrar en su faz de reposo o de cicatrización, el tratamiento médico da resultados pobres o nulos y debe aconsejarse la extirpación quirúrgica del epidídimo enfermo. Haciendo una síntesis de estos comentarios podemos dividir la epididimitis sifilítica terciaria en cuatro formas anátomo-clínicas:

- 1º Forma esclero-hipertrófica.
- 2º Forma esclero-atrónica.
- 3º Forma gomosa.
- 4º Forma esclero-gomosa.

SINTOMATOLOGÍA.

*Iniciación.* — En general, la invasión del epidídimo en el período terciario, se hace con una lentitud e indoloridad absolutamente características y es la tumefacción que por su volumen, llama la atención del enfermo.

En algunos casos, empero, el comienzo es doloroso y se acompaña de reacciones inflamatorias tan vivas, que Jonnart, por ejemplo, describe una forma aguda de epididimitis terciaria y Chevassu (18) que ha observado las manifestaciones agudas de la sífilis del aparato epididimario, dice: sin ser frecuentes no son excepcionales.

PERÍODO DEL ESTADO.

*Signos físicos: Escroto.* — No presenta, por lo menos al principio y durante la mayor parte de la evolución de la enfermedad, ninguna alteración. Los tegumentos de aspecto normal se deslizan sobre las capas profundas y solamente se infiltran y adhieren en la faz final de reblandecimiento de los gomas. Cuando éstos se abren al exterior lo hacen generalmente en la cara antero-superior, a nivel de la porción cefálica del epidídimo. Desde luego que en las formas a hidrocele predominante (caso V y VI) el escroto está adelgazado, tenue y desplegado.

*La vaginal.* a menudo participa en el proceso (casos I, IV y VI) y lo hace ya sea bajo forma de una vaginalitis serosa, o ya sea espesando su hoja parietal.

*El testículo.* en las formas puras es de forma y volumen normales, con sensibilidad disminuída en algunos casos. A veces (lado derecho de la observación I) participa en el proceso; nótanse entonces, irregularidades en su superficie o pequeñas placas de consistencia dura que traducen la albuginitis concomitante.

*El epidídimo* puede estar interesado en su totalidad (obs. I, IV, V y VI) o parcialmente (más en la porción cefálica en la obs. III, en la región caudal de la II).

En el primer caso se trata de formas esclero-atróficas, esclero-hipertróficas o esclero-gomasas difusas que desde la cabeza se extienden a la porción caudal englobando el asa epidídimo deferencial y el segmento inicial del canal deferente. Formación dura con zonas de reblandecimiento (obs. VI) que puede ser de superficie

más bien regular y lisa, o bien plurinodular o bien presentar placas que contrastan con el resto del órgano por su resistencia, a veces pseudo-cartilaginosa. En estos casos el epidídimo está unido y fijado al testículo por la periepididimitis concomitante. En la forma parcial, trátase generalmente de gomas que con predilección asientan en la cabeza del órgano. Esta es, más o menos voluminosa, irregular, sin adherencias al testículo (Dom) aun cuando para algunos autores, entre ellos Oudard y Jean <sup>(19)</sup> la fusión epidídimo-testicular dista mucho de ser excepcional.

*El cordón y el canal deferente en particular.* dicen Oudard y Jean, son a menudo respetados por la infiltración que interesa el epidídimo. Cuando participan en el proceso, rara vez el canal se engrosa y generalmente se toca de forma y tamaño normales en la parte posterior del cordón. En cambio, la parte anterior de este último, engrosada reúne todos los elementos restantes en un bloque de funiculitis anterior, resultado en parte de una linfangitis perivascular, en parte también de una dilatación ectásica de muchas de sus venas.

Sobre esta funiculitis anterior ha insistido particularmente Michon <sup>(20)</sup> en la discusión de la observación de Lebreton y en la tesis de su discípulo Barraud <sup>(21)</sup>. Constituye, en los casos difíciles, un elemento de juicio importante a favor de la sífilis.

La funiculitis, para Oudard y Jean, no se extendería nunca más allá del canal inguinal, sin embargo, en la observación II ella se continuaba en el trayecto intrainguinal del cordón, hasta perderse en la excavación.

*Tacto rectal.* — No revela nada de particular. la próstata, las vesículas seminales y la porción ampular del deferente presentan todos los caracteres de la normalidad, salvo asociación mórbida. Hace excepción a esta regla el caso II, que al tacto presenta una próstata de tamaño, forma y consistencia normal; vesículas y porción terminal del deferente del tamaño de un pulgar, de consistencia dura, muy dolorosa, que ocupan todo el borde superior de próstata, a uno y otro lado de la línea media.

Una característica que nos ha llamado la atención es la bilateralidad de las lesiones (5 casos sobre 6 observaciones), hecho también señalado como frecuente por Augagneur y Carle (loc. cit.).

SÍNTOMAS FUNCIONALES.

Desde este punto de vista describiremos dos formas clínicas:

1º Una forma tórpida, de evolución crónica indolora, que llama la atención del enfermo por el volumen de las bolsas y que sería la más frecuente para los clásicos, y que para nosotros engloba las epididimitis esclero-hipertróficas (obs. V), esclero-gomosas (obs. VI) y gomosas puras (tipo observación de Dufour) y una

2ª forma, clínicamente ruidosa y muy dolorosa. Dolor a punto de partida epididimiario sigue el trayecto de los nervios génito-crurales irradiado hacia la región inguino-abdominal correspondiente y flanco del mismo lado, llega a abarcar a veces, la región lumbosacra. Sobreviene en forma de crisis fugaces al principio, espaciadas por largos períodos de bienestar aparente: más frecuentes y prolongadas con el andar del tiempo, se hacen al final subintrantes, invalidando al enfermo para su trabajo. La intensidad del dolor es tal que obligó a recurrir a la morfina en la obs. II, y ésta fracasó en el caso de Pinner.

En el grupo de las formas dolorosas se alinean las 4 primeras observaciones; es decir, las epididimitis esclero-atróficas, en las que la retracción del tejido escleroso, a la par que ahoga los tubos epididimarios, determina verdaderos procesos de neuritis local, que explican la intensidad del dolor, su persistencia, a medida que la esclerosis se acentúa y por esta misma razón su indiferencia al tratamiento médico específico mejor instituido, que interviene en el período estático, de reposo de la lesión. Es en tal forma preponderante el síntoma *dolor* en estos casos que no titubeamos en agruparlos bajo la denominación de epididimitis esclero-atróficas dolorosas.

En una y otra forma, la *función sexual* se conserva bien: el deseo es normal y normales también son las erecciones y las eyaculaciones; aun cuando en los enfermos del primer grupo, la sola erección puede desencadenar las crisis dolorosas, siendo particularmente interesante a este respecto la obs. IV.

En cuanto al *líquido espermático* fué estudiado en el IV caso; presentaba una azoospermia anterior a la epididimectomía, que no cedió al tratamiento antisifilítico correcta y enérgicamente seguido.

En la VI observación la azoospermia continuaba al año de iniciado el tratamiento específico, a pesar del franco retroceso de las lesiones epididimarias y la negatividad reiterada de las reacciones

serológicas. Estas dos observaciones van en contra de la afirmación de Le Fur (22) de que en las epididimitis terciarias el tubo epididimario queda permeable.

#### EVOLUCIÓN.

Abandonado el enfermo a su evolución espontánea puede hacerlo hacia la esclero-atrofia y terminar en la forma clínica dolorosa ya descrita o hacia el reblandecimiento y abertura al exterior de los gomas, ya sea al nivel de la cabeza (localización más frecuente según los autores) o a nivel de la cola, originando fístulas interminables como en el caso I de Oudard y Jean o en la observación de Lebreton ya citada; fístulas que obedecen rápidamente a la cura iodurada.

Bajo la influencia del tratamiento antisifilítico las lesiones, en general, retroceden rápidamente en las epididimitis esclero-hipertróficas, gomosas y esclero-gomosas, y lo confirman los casos V y VI.

Desgraciadamente cuando él llega tarde y las lesiones son muy avanzadas, (casos I al IV), ya poco o nada puede modificarse el tratamiento médico.

#### EL PRONÓSTICO

“quoad vitam” excelente. El pronóstico funcional es malo. Afección bilateral con gran frecuencia, lleva a un crecido número de enfermos a la azoospermia por oclusión de los conductos.

#### DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico diferencial se discutirá según la variedad de lesión anátomo-clínica que presente el enfermo. Dos eventualidades son posibles: enfermos con un hidrocele sintomático uni o bilateral o con un epidídimo grande o doloroso.

En el primer caso, a *hidrocele predominante*, el diagnóstico del derrame vaginal es fácil: tumor de las bolsas uni o bilateral, piriforme o gruesa extremidad inferior, de volumen variable (de gran tamaño en las obs. V y VI), tegumentos libres, superficie regular y lisa, de consistencia variable, blanduzco o renitente, según el grado de tensión a que se encuentra el líquido. Es translúcido a la prueba de la diafanoscopia. Establecido el diagnóstico de hidrocele, recordemos su división en sintomáticos y esenciales.

De entre los *hidroceles sintomáticos de una afección epididimaria* caben discutir las dos etiologías más frecuentes: la tuberculosis y la blenorragia.

La *epididimitis tuberculosa*, suele provocar una vaginalitis exudativa serosa, pero el derrame es discreto; la concomitancia de las lesiones prostato-vesículo-deferenciales, facilitarán el diagnóstico.

La *epididimitis blenorragica*, se acompaña más raramente de hidrocele; el antecedente o la coexistencia de una uretritis en actividad, la participación vesicular frecuente en estos casos, serán elementos de juicio a tener en cuenta.

No mencionaremos sino de paso los *tumores primitivos del epidídimo*, por ser muy raros y no determinar reacción líquida abundante de la serosa, sino por excepción. En la estadística de Llambías y Bracchetto-Brian (23) se encuentran dos hidroceles muy discretos sobre 9 casos. En la observación que presentáramos con Marano (24) no había hidrocele.

Quedan, por último, los llamados hidroceles esenciales, cuyo número e importancia disminuye a medida que se estudian mejor. De este grupo, aun cuando las reacciones serológicas, en sangre y en el líquido de punción sean negativas, consideraremos como presumiblemente específicos, y por ende pasibles de beneficiarse con el tratamiento específico, a los hidroceles que reúnen estas dos condiciones: 1º muy abundantes, 2º bilaterales.

La segunda eventualidad es que el enfermo se nos presenta con un *epidídimo aumentado de tamaño*. ¿Qué caracteres presenta la epididimitis sifilítica terciaria?

De forma irregular, de superficie abollonada, de consistencia desigual, con placas o zonas de blindaje; lesiones localizadas de preferencia en la cabeza, que respetan el canal deferente, y provocan una funiculitis anterior cuando interesan el cordón. El tacto rectal es negativo. Agreguemos a todo esto la positividad de las reacciones serológicas.

La confusión es posible, y ocurre con frecuencia en la práctica, con las epididimitis tuberculosas, las de origen urinario y con las neoplasias primitivas del epidídimo.

La tuberculosis provoca en el epidídimo, una infiltración más difusa, de superficie más regular, de consistencia firme, sin tener la dureza de ciertas lesiones específicas; puede ser fluctuante en los sitios de reblandecimiento. Las lesiones se localizan de preferencia en la cola y en el canal deferente que aumenta uniformemente de tamaño o presenta una serie de nudosidades, a manera de rosario;

el resto del cordón es normal. Al tacto rectal se comprueba la participación frecuente de la próstata y de las vesículas. A menudo también se observa la evolución simultánea de otros focos tuberculosos: fístula anal, tuberculosis ósea, articular o pulmonar.

La cuti-reacción a la tuberculina es positiva.

Las epididimitis a punto de partida urinario son dos en la práctica: blenorragica o coli-bacilar. En realidad son de evolución más bien aguda o subaguda y fácilmente se refieren a su verdadero origen, a poco que se examine correctamente al enfermo. Debemos insistir sin embargo, en la asociación frecuente de este tipo de lesión con la sífilis del epidídimo, a la que prepararía el terreno. En las observaciones I y V existe el antecedente de una blenorragia; en la obs. III a ese antecedente se agrega la coli-bacilosis.

Las neoformaciones primitivas del epidídimo son extraordinariamente raras; afección *unilateral* interesa parte o la totalidad del epidídimo, de superficie muy irregular y duro, se continúa hacia arriba con un cordón que frecuentemente participa en el proceso. Este es de evolución eminentemente crónica. En las formas que designamos como esclero-atróficas dolorosas, a los síntomas anteriormente descritos se agrega otro funcional: el dolor, que constituye por su bilateralidad frecuente y sus características otro dato a favor de la sífilis.

Si resulta difícil a veces establecer el diagnóstico etiológico de las epididimitis a evolución crónica, mayores aun, serán las dificultades en los casos, por suerte raros, en que la afección evoluciona en forma aguda o subaguda. En este caso es la observación detenida y prolongada del enfermo, la investigación de las reacciones serológicas de la sífilis y sobre todo el tratamiento de prueba los que decidirán, en última instancia, el diagnóstico.

En lo que respecta a la abertura al exterior de un goma de epidídimo, la localización del trayecto fistuloso, secuela de la evacuación es de importancia práctica, relativa por cierto.

Trayecto fistuloso de la cara antero-superior revela más habitualmente la sífilis por su localización predominante en la porción cefálica del epidídimo.

Trayecto de la cara posterior indica más bien su probable origen tuberculoso, por la localización electiva de estos procesos en la región del epidídimo.

TRATAMIENTO.

Debe iniciarse siempre con el empleo de los medicamentos habitualmente utilizados en el tratamiento de la sífilis, eligiendo la sal según la edad del paciente y su estado orgánico. Para Marcel, cuya autoridad al respecto es indiscutida, "poseemos tres medicamentos. el mejor, el Neosalvarsan, uno bueno, el bismuto, y un tercero menos bueno, el mercurio; todos ellos asociados, si es posible, al ioduro de potasio".

Y agrega: "como en las otras localizaciones de la sífilis, el tratamiento debe ser intensivo, regular y prolongado.

*Intensivo*, es decir, seguir a dosis crecientes y elevadas.

*Regular*, a fin de evitar el peligro de la reactivación y diseminación de las lesiones.

*Prolongado*, porque si bien el enfermo cura rápidamente su lesión testicular y epididimiaria, no por eso deja de ser un sífilítico.

En cuanto a los resultados obtenidos, si recordamos la fisiopatología de la enfermedad, podemos decir que:

1º En las formas esclero-hipertróficas, gomosas y esclerogomosas, el tratamiento médico da resultados sorprendentes tanto más brillantes cuanto más precoz sea el mismo, y la "restitutio ad integrum" es no solamente posible, sino frecuente.

2º En las formas esclero-atróficas dolorosas, los resultados son malos y debe proponerse la intervención quirúrgica (epididimectomía) sin olvidar que se trata de pacientes portadores de una enfermedad crónica general.

CONCLUSIONES

1º — "La epididimitis sífilítica terciaria, considerada como excepcional debe ser estudiada clásicamente, porque dista mucho de constituir una rareza" (Marcel).

2º — Confundida a menudo con epididimitis de otro origen, generalmente con las tuberculosas, aconsejamos el estudio anatómo-patológico sistemático de todos los epidídimos extirpados, a fin de referirlos a su verdadera etiología.

3º — Comprende las cuatro formas anatómo-clínicas siguientes:

- 1) epididimitis esclero-hipertróficas
- 2) " esclero-atróficas dolorosas
- 3) " gomosas
- 4) " esclero-gomosas.

4º — El tratamiento médico debe indicarse siempre y sus resultados son excelentes en las epididimitis esclero-hipertróficas, gomosas y esclero-gomosas.

5º — El tratamiento quirúrgico, epididimectomía, debe reservarse para las epididimitis esclero-atróficas dolorosas.

#### HISTORIAS CLÍNICAS.

*Observación I* (Grimaldi (2) Vivoli).

A. G. — Antecedentes blenorragicos y sífilíticos francos. La sífilis ha sido tratada sistemáticamente por el clínico que somete a nuestra consideración el caso, por su afección epidídimo-testicular.

Esta última se manifiesta por una epididimitis derecha a repetición, que data



Figura Nº 1

de hace dos años; confiesa el enfermo haber padecido una sola vez de su epidídimo izquierdo.

En el momento de nuestro primer examen (marzo 10 de 1930) el enfermo presenta sus dos vasos de orina claros, pero con gruesos filamentos. El epidídimo derecho irregular, ligeramente aumentado de volumen, nodular, duro, con gran núcleo cefálico. Han pasado varias semanas del último ataque inflamatorio que el enfermo calificada de atroz (como todos los que ha sufrido, por otra parte), en lo que se refiere al síntoma dolor.

El tacto rectal muestra una próstata con algunas pequeñas zonas induradas. No apreciamos nada de particular en vesículas seminales.

Por relato del paciente, sabemos que se ha agotado ya la terapéutica en lo que se refiere a vacunas, lavajes, instilaciones, etc. Con esos antecedentes proponemos la epididimectomía, que el enfermo rechaza.

Al año y medio lo volvemos a ver. Ha tenido varias crisis en ese lapso de

tiempo. Está ya decidido a operarse, esperando terminar una serie de tratamiento bismútico que le practica su médico.

Se interna en un Sanatorio, pero en pleno nuevo ataque que obliga, va sin decir, a dilatar la intervención. En esa ocasión, única en que lo vemos en una "poussée", el cuadro es el de una epididimitis aguda típica, con reacción vaginal y perideferencial.

Enfriado el proceso, lo intervenimos. Nos hallamos con una vaginal enormemente engrosada. Abierta, muestra un pequeño derrame citrino y gran cantidad de fibrina adherida a la visceral. La zona vecina al epidídimo despulida y más engrosada que el resto, pero el epidídimo en sí, poco engrosado, aunque lige-



Figura Nº 2

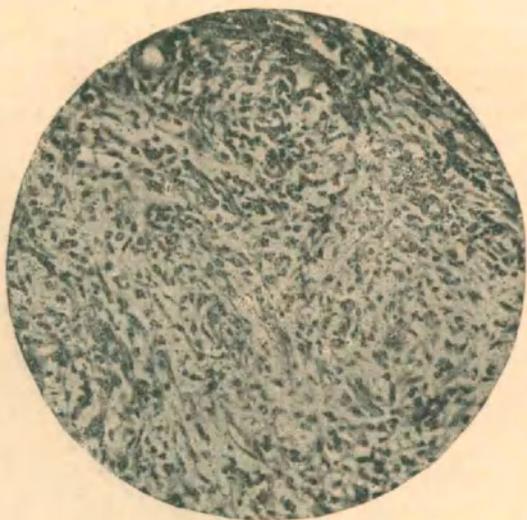


Figura Nº 3

ramente abollonado. Absolutamente distinto a lo que nos había mostrado la semiología hecha a través de las bolsas.

Practicamos la epididimectomía, con gran resección de vaginal. Esa es la pieza que enviamos al Dr. Vivoli, cuyo informe hemos tomado como modelo para la descripción histológica y que no repetiremos aquí.

Diagnóstico histopatológico: Meso epididimitis y paquivaginalitis crónica sifilítica. (Fig. Nº 1, 2 y 3). A esta designación: *meso-epididimitis*, inexacta anatómicamente, preferimos la de epididimitis sifilítica terciaria que encabeza nuestro trabajo.

*Observación II* (Mathis-Marano (8)).

J. S. — 35 años. Hist. Nº 1330, 3/V/933.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Ignora enfermedades de la infancia. Niega blenorragia. En el año 1930 chancro duro que trató con inyecciones, dejándole una cicatriz deformante en el glande. Regular fumador y bebedor. No es constipado. Conserva su peso.

*Enfermedad actual.* — Comienza hace algo más de un año, con dolores en la región hipogástrica, que se localizan después en la región inguino-abdominal derecha, con propagación a la región lumbar del mismo lado. En un principio, después de un comienzo solapado, las crisis duraban 2 o 3 horas. Al mes después tiene los mismos síntomas a la izquierda. Y desde entonces, cada 15 días a un mes, se repite el ataque, cada vez con mayor duración (hasta 24 horas), unas



Figura 4

veces a la izquierda, otras a la derecha, a la par que los intervalos de descanso se acortan, repitiéndose los ataques casi a diario.

*Estado actual.* — Orinas límpidas en los dos vasos, sin filamentos.

Meato deformado por una cicatriz que ha reducido el glande a un muñón de la mitad de su tamaño normal. Uretra da fácil paso a un explorador N° 14, sin anillos esclerosos.

*Testículos:* de tamaño, forma y consistencia normales. Ambos epidídimos engrosados, irregulares en toda su extensión, continuándose con un deferente en tubo de pipa, duro y muy doloroso, que con esos caracteres llega hasta el orificio cutáneo del conducto inguinal. Todas las maniobras resultan dolorosas y el dolor así despertado es análogo al percibido por el enfermo en sus ataques.

*Tacto rectal:* próstata de tamaño, forma y consistencia normales. Vesículas y deferentes del tamaño de un pulgar, de consistencia dura y muy dolorosos, a un y otro lado de la línea media.

Abdomen: depresible; en fosas lumbares no se palpan riñones. El resto del examen somático no presenta nada digno de mención.

22/4/933. — Reacción de Wassermann: negativa.

Polinucleares neutrófilos . . .	59 %
„ eosinófilos . . .	2 %
Mononucleares . . . . .	5 %
Linfocitos . . . . .	33 %

Examen bacteriológico del sedimento urinario: no se observan bacilos de Koch.



Figura 5

En la misma fecha se efectúa el examen completo de la orina que no revela nada de particular.

2/5/933. — Previa reactivación se obtiene el siguiente resultado:

Reacción de Wassermann:	negativa
„ „ Kahn stand:	+ + +
„ „ „ presuntiva:	+ + + +

6/7/933. — Anestesia etérea. Incisión inguino-abdominal oblicua; se abre el canal inguinal; se exterioriza el testículo y abierta la vaginal se efectúa una epididimectomía típica. El epidídimo tiene su cabeza y cuerpo aparentemente sanos; la cola forma un nódulo como una nuez del que sale el ligamento escrotal, que se secciona previa ligadura. Se disecciona el deferente hasta el orificio interno del conducto inguinal, se le encuentra sumamente grueso, formado por un tejido lar-dáceo, frágil, que hace imposible fijarlo a la pared.

Reconstrucción de la pared. Piel con crín, con drenaje filiforme.

Lado derecho: se realiza la misma intervención.

Post-operatorio normal. Se retiran los puntos a los 8 días; cierre por primera. El enfermo no ha vuelto a presentar nuevas crisis dolorosas, seguido con toda regularidad hasta la fecha (15/9/935) por las necesidades de su tratamiento específico.

Examen anátomo-patológico: (Dr. Amadeo Marano). Inclusión N° 1704, Fig. 4, 5 y 6. Intenso proceso de panarteritis obliterante (Fig. 4). El meso-epidídimo espesado e infiltrado por un tejido de necformación inflamatorio con los

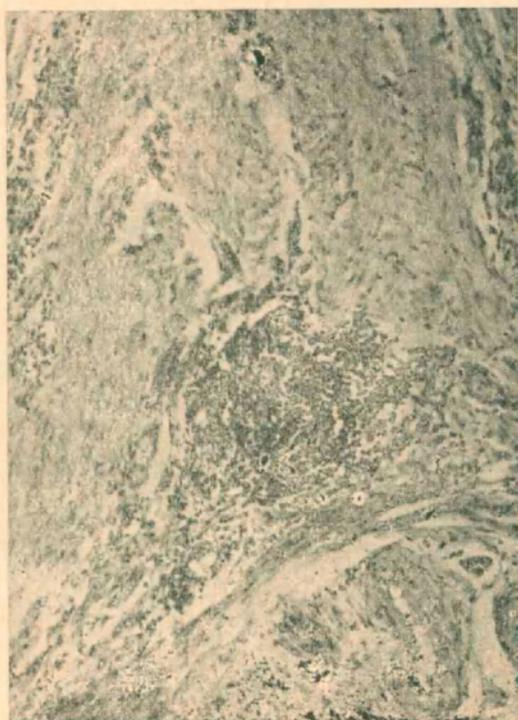


Figura 6

caracteres del tejido de granulación específico (Fig. 5), con acúmulos linfocitarios dispuestos a la manera de gomas de Hutinel y de Darier (Fig. 5 y 6).

*Observación III (Grimaldi (4)).*

G. H. B. — 46 años. Hist. N° 1930. Entrada: 13/7/934.

*Antecedentes personales:* A los 17 años chancro blando; a los 28 contrae una blenorragia que curó bien sin complicaciones. Fué tratado por trastornos genitales, que desaparecieron con la electro-coagulación de un pólipo de uretra posterior.

Orinas turbias desde hace muchos años, en las que nunca se encontró bacilos de Koch; los cultivos de orina desarrollaron colibacilos puros.

Fué intervenido por varicocele hace 27 años y dos años después por hernia inguinal izquierda y recidiva de aquel.

*Enfermedad actual.* — Hace 20 años epididimitis aguda izquierda, con un predominio evidente del síndrome doloroso, que le postra en cama por varios meses. Al levantarse, dos semanas después, se reactiva el proceso, coincidiendo con una mayor turbidez de sus orinas y persistiendo el dolor en crisis paroxísticas (se inicia en testículo izquierdo y se irradia hacia la región inguino-abdominal, flanco y fosa lumbar del mismo lado).

*Estado actual.* — Orina: primer vaso turbio, con abundante sedimento de pus y sales. Segundo vaso turbio.

En la región inguino-abdominal y en las bolsas, obsérvanse las cicatrices de sus intervenciones anteriores.

Hemi-escroto derecho con su contenido no presenta nada anormal.

Hemi-escroto izquierdo: testículo normal. Epidídimo aumentado de volu-



Figura 7

men, duro y doloroso: la cabeza es del tamaño de una avellana y de superficie muy irregular; continúan el cuerpo y la cola engrosados unidos a un cordón deferente también grueso y muy doloroso.

*Tacto rectal:* negativo.

*Cistoscopia:* capacidad vesical 200 c. c. Cistitis difusa a predominio trigonal, con edema bulloso, sin presentar lesión ulcerativa o específica. Eyaculaciones opalescentes a través de ambos meatos.

I. C.: D' 8' e I.: 6'.

Examen químico de la orina no revela nada de particular, fuera de la piuria, y en el cultivo de su sedimento se encuentra el colibacilo al estado de pureza.

14/7/934. — Con el diagnóstico de epididimitis colibacilar dolorosa, se interviene con anestesia local (novocaina 0.50 %).

Incisión escrotal, seguida de una epididimectomía atípica por las sólidas

adherencias contraídas entre las dos hojas de la vaginal. Cierre y hemostasia perfecta del escroto, dejando un drenaje capilar del tejido celular.

21/7/934. — Se retiran los puntos. Cierre por primera.

23/7/934. — Dado de alta: curado.

*Examen anátomo-patológico:* (Dr. Amadeo Marano, Inclusión N° 1780). — El examen histológico de los preparados acusa un intenso proceso de endoarteritis obliterante de la mayoría de los vasos (fig. 7). Al mismo tiempo se observan procesos de arteritis y panarteritis (fig. 8). Predomina una gran movilización de un tejido de granulación con abundantes mononucleares, eosinófilos, plasmazellen y fibroblatos poliformos o poliblastos (fig. 9 y 10).

Numerosos acúmulos linfoideos se disponen en forma de creciente o de

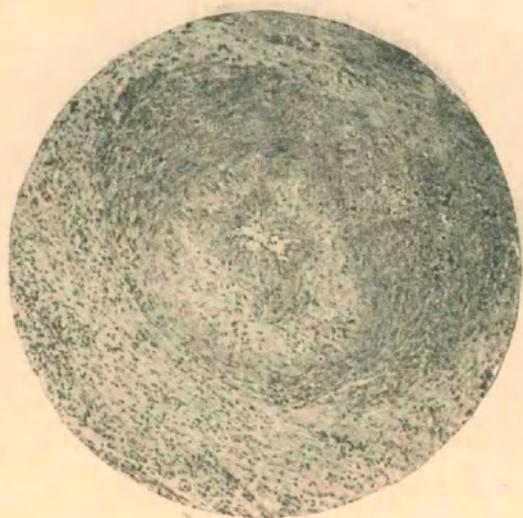


Figura 8

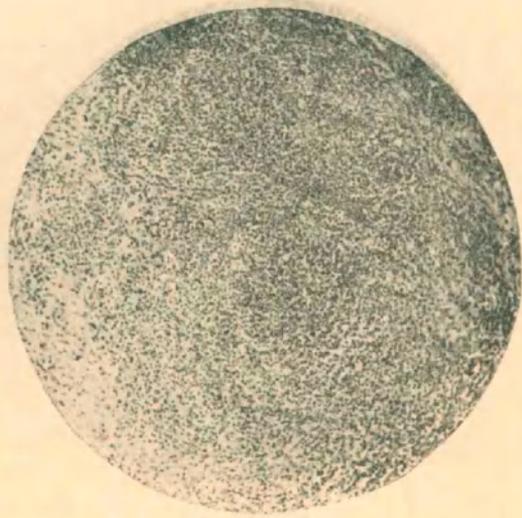


Figura 9

“manchón” alrededor de los vasos. El conducto deferente con sus paredes ligeramente espesadas.

El epidídimo con su aspecto glandular normal, sus tubos glandulares llenos de elementos espermáticos (fig. 11).

Por los caracteres señalados anteriormente nos hallamos en presencia de una neoformación inflamatoria sífilítica.

Examinado un año después el enfermo que continúa con su colibaciluria, no ha vuelto a quejarse de sus molestias anteriores.

*Observación IV* (Grimaldi-Rubi (5)).

J. P. — 33 años. Hist. N° 1887. Entrada: 2/8/934.

*Antecedentes personales:* Siempre sano. No hay antecedentes blenorragicos ni uretral ninguno. Chancro, sin bubón, a los 22 años; en aquel entonces las reacciones serológicas eran negativas, según manifestaciones del enfermo.

*Enfermedad actual.* — Se inició hace 5 años atrás con dolor a nivel del testículo izquierdo, que aumentó gradualmente de una naranja grande y le pos-

tró en cama durante 15 días; bajo la influencia del tratamiento instituido disminuye de volumen, se hace menos doloroso y entra en un período de acalmia de año y medio, transcurrido el cual comienza a sufrir de tarde en tarde, crisis dolorosas de tipo cólico, que iniciadas a nivel del testículo enfermo e irradiadas hacia las regiones inguino-abdominal y flanco del mismo lado, abarcando a veces la región lumbo-sacra; sintomatología ésta que no se acompaña de modificación de las micciones, ni del aspecto de la orina.

Las radiografías directas no revelan sombras anormales algunas.

Desde hace seis meses, el mismo cuadro se instala a la derecha, con caracteres idénticos y desde entonces se repiten, unas veces del lado derecho, otras del izquierdo, con frecuencia cada vez mayor, a la par que la duración de las crisis

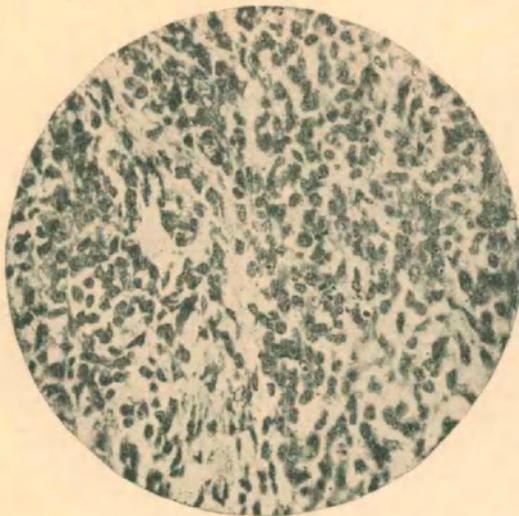


Figura 10

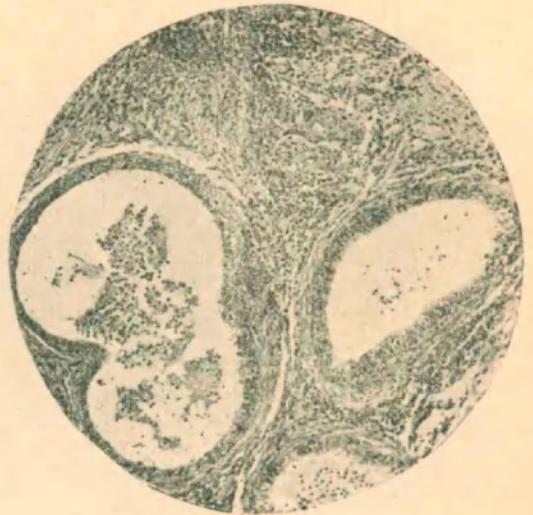


Figura 11

dolorosas aumentan también, haciéndole la vida imposible e inhabilitándole para el ejercicio de su trabajo.

*Estado actual.* — Orina: primer vaso límpido, con escaso mucus y filamentos pequeños; el segundo vaso es claro. Uretra permeable a un explorador N° 18.

Testículo y epidídimo derecho: la glándula del tamaño y formas normales; el epidídimo discretamente engrosado de volumen, con un nódulo caudal que engloba la porción inicial del deferente, es doloroso espontáneamente y a la presión.

Testículo y epidídimo izquierdo: El testículo es normal. El epidídimo con caracteres semejantes al de la derecha.

Tacto rectal: próstata más bien chica, regular, lisa e indolora. Por arriba pálpase dos cordones muy poco consistentes, que huyen delante del dedo (vesículas, porción ampular del deferente?).

Las reacciones serológicas son negativas, a pesar de lo cual se instituye un tratamiento de prueba (As. y Br. y ioduros a grandes dosis); a la quinta inyec-

ción de bicianuro de mercurio; se efectúa una nueva reacción de Wassermann también negativa. No obstante se continúa con el tratamiento mixto asociándolo a aplicaciones "loco dolenti" de diatermia.

El examen de la secreción obtenida por masaje prostático no revela la presencia de gonococos. El análisis del líquido espermático revela: azoospermia.

En vista de la repetición de las crisis se propone al enfermo una epididimectomía del lado más afectado.

11/8/934. — Anestesia local, novocaína 0,50 %. Se realiza una epididimectomía

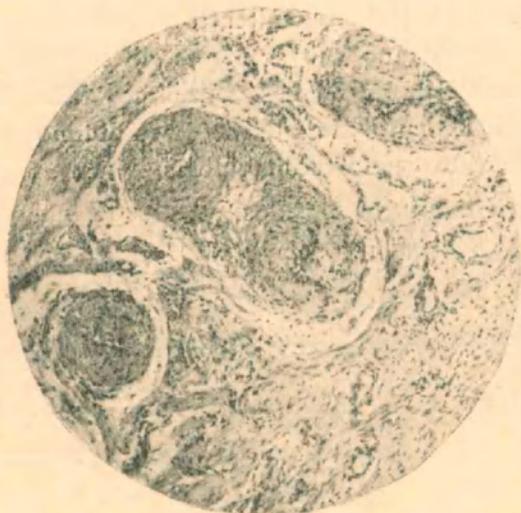


Figura 2



Figura 13

dimectomía derecha típica, previa abertura y eversión de la vaginal, que se reseca en parte.

Post-operatorio excelente; desaparición inmediata del dolor.

19/8/934. — Se retiran los puntos.

20/8/934. — Alta: curado.

*Examen anátomo-patológico* (Dr. A. Marano) Inclusión N° 1801. — Endoarteritis obliterante intensa; arteritis y panarteritis (fig. 12). Abundantes mononucleares eosinófilos, plasmazellen y fibroblastos polimorfos o poliblastos. Gomas microscópicas de Hütinel y miliars de Darier (fig. 13).

*Observación V* (personal).

M. V. — 36 años. Hist. N° 287. Ingresó: 3/12/929. Alta: 29/3/930.

*Antecedentes hereditarios*: Sin importancia.

*Antecedentes personales*: Siempre sano, hasta los 22 años en que contrae una blenorragia, tratada regularmente con lavajes; chancro a los 29 años, no acompañado de bubones inguinales. Muy fumador, no es bebedor. Su mujer le ha dado un hijo sano y ha tenido un aborto.

*Enfermedad actual.* — Hace un año y 4 meses sintió por primera vez que el lado derecho de las bolsas aumenta de volumen, tumefacción extendida a la mitad izquierda pocos días después; en forma indolora, molesta por dificultar la marcha solamente por su tamaño. Con la medicación (?) instituída mejora mucho, hasta hace dos meses en que vuelve a presentar los mismos síntomas, no yugulados esta vez por el tratamiento.

*Estado actual.* — Dejando de lado el examen de los demás aparatos, nos ocuparemos directamente del uro-genital.

Las bolsas muy voluminosas presentan dos tumoraciones piriformes, siendo mayor la izquierda. Ambas son de consistencia blanda, renitentes a gran tensión e indoloras. A la izquierda la palpación del órgano subyacente es difícil: parece de tamaño mayor que el normal, con placas induradas en el epidídimo. A la derecha existe un derrame vaginal menor, el testículo muy duro, el epidídimo engrosado y duro presenta placas de infiltración pseudo-cardilaginosas.

*Orina algo turbia*, presenta algunos filamentos delgados.

*Uretra libre*, permeable a un explorador N° 18.

*Tacto rectal*: próstata de tamaño y consistencia normales, ligeramente globulosa, surco mediano conservado; se delimita bien el borde superior.

Nada en región vesicular.

Reacción de Wassermann: (Dr. Biot) + + + +

Se instituye tratamiento antisifilítico, a base de mercuriales y bismuto, complementado con una punción evacuatriz.

Mejora paulatinamente, el tamaño de las tumoraciones disminuye hasta adquirir casi el normal, persistiendo a pesar de todo las induraciones de ambos epidídimos, cuyo volumen es algo mayor que los normales.

#### *Observación VI (personal).*

M. S. — 46 años.

Nos es enviado el 15 de octubre del año ppdo. por nuestro distinguido colega y amigo Dr. Virgilio Carrero, por una tumoración de las bolsas.

*Antecedentes personales*: Blenorragia a los 20 años, regularmente tratada con lavajes de permanganato de potasio durante 3 meses, al parecer curado sin complicaciones y sin dejar rastros hasta la fecha. No recuerda otro antecedente; siempre sano.

*Enfermedad actual.* — Desde hace ya varios años, no precisa el número. llamábale la atención el volumen anormal de las bolsas, cuyo tamaño en los últimos tiempos constituía una verdadera molestia.

*Estado actual.* — Examen somático general negativo.

*Orina ambar.* Uretra permeable a un explorador N° 21, libre. Sin residuo.

Llama la atención el tamaño y la asimetría de las bolsas: la mitad derecha del tamaño de una toronja, la izquierda de una naranja chica; para resumir, ambas tienen los caracteres semiológicos del hidrocele. A la izquierda del líquido contenido a débil tensión, permite palpar una glándula de volumen, forma y

consistencia normales. El epidídimo engrosado en toda su extensión del grosor del pulgar, tiene una superficie irregular y presenta una serie de nudosidades de volumen y consistencia muy desiguales: algunas son duras mientras otras son blanduzcas.

El cordón y el canal deferente normales.

A la derecha, el líquido contenido a gran tensión dificulta la palpación; se realiza una punción evacuadora y se retiran cómodamente 350 c. c. de líquido citrino. El testículo subyacente es normal; el epidídimo más voluminoso e irregular que el de la izquierda, en toda su extensión se continúa con un cordón muy aumentado de tamaño, a expensas de la parte anterior que presenta abollonaduras semejantes a las del epidídimo, hasta perderse en el orificio cutáneo del conducto inguinal; nódulos de volumen variable, los mayores alcanzan el tamaño de una avellana, de consistencia desigual, algunos muy duros.

Canal deferente normal.

*Tacto rectal*: no revela nada de particular; región vesicular libre.

Por todos los caracteres citados, a pesar de la falta de antecedentes, solicitamos una reacción de Wassermann y el 8 de noviembre, los Dres. Jachesky y Bosq nos envían el resultado. Las reacciones de Wassermann, Kahn St. y Kahn presuntiva dan resultado positivo intenso.

El enfermo ratifica ese resultado con las reacciones realizadas en otro laboratorio, cuyo protocolo no obra en nuestro poder.

Bajo la influencia del tratamiento específico (Neosalvarsan y Bi.) las lesiones retroceden rápidamente, el líquido se reabsorbe en gran parte y los nódulos epididimarios disminuyen de volumen, llegando a desaparecer primero los nódulos que, a la derecha, acompañaban al deferente.

Hemos seguido muy de cerca al enfermo. Al año de iniciado el tratamiento, el lado izquierdo de las bolsas es normal si se exceptúa el engrosamiento uniforme del epidídimo. A la derecha persiste un derrame muy discreto y el epidídimo también grueso es más irregular y más duro que el del lado opuesto.

Interesado el enfermo sobre su capacidad fecundante se comprueba la falta de espermatozoides; las funciones sexuales y el deseo genésico son normales.

#### BIBLIOGRAFIA

1. JOSEPH. — Trat. de las enf. venéreas y sif. 1912, pág. 297.
2. GRIMALDI. — Meso epididimitis sífilítica. Día Médico, 23 de enero 1933, pág. 548.
3. MARANO y MATHIS. — Meso epididimitis sífil. Ateneo de Urología. Primera reunión, 4º ciclo. Prensa Méd. Arg. año 1935, T. XXII, Nº 18, pág. 883.
4. GRIMALDI. — Meso epididimitis sífilítica. Ateneo de Urología. Ses. 3ª, 4º ciclo. Sem. Méd. 1934, pág. 356.
5. GRIMALDI y RUBI. — Epididimitis crónica dolorosa. Soc. de Urol.

6. FOURNIER. — *Traité de la Syph.* 1901. T. II, pág. 8.
7. MARCEL. — *Syphilis du testicule.* Tesis de París, 1926, pág. 39 y 40.
8. SEBILEAU y DESCOMPS. — *Mal. des Org. gen. de l'homme.* 1916, pág. 486.
9. FORGUE. — *Précis de Path. Ext.* 1917, pág. 1073.
10. ROSTAINE. — *Syph. des Org. Gen.* 1921, pág. 409.
11. COTTENSEAU. — *Contr. a l'étude des Orch. Blen. Syph. et Tub.* Thèse de París 1903, pág. 24.
12. LE FUR. — *Mal. des Org. Gen. Urin. de l'homme.* 1924, pág. 302.
13. JEANBRAU. — *Trait. de Pathol. quirurg.* 1934, pág. 94 y sig.
14. AUGAGNEUR y CARLE. — *Précis des Mal. Ven.* 1927, pág. 405.
15. VIVOLI. — *Meso epididimitis y paqui-vaginalitis crónica síf. F. E. Grimaldi.* Biopsia. *Día Médico*, año V, N° 26, pág. 548.
16. P. I. ELIZALDE. — *Anat. patol. y patogenia de la sífilis pulmonar.* 1919.
17. VIVOLI. — *Formas anátomo-clínicas de la sífilis pulmonar del adulto,* pág. 7, 8, y 9, 1935.
18. CHEVASSU. — *Asoc. Franç. d'Urol.* año 1919, T. XIX, pág. 300.
19. OUDARD y JEAN. — *Epidym. syph. tert.* *Presse Méd.* 23 Dec. 1925.
20. MICHON. — *Asoc. Franç. d'Urol.* Año 1919, T. XIX, pág. 300.
21. BASSAUD. — *Trait. de la Syph. par le 606 et le 914.* Thèse de París, 1913.
22. LE FUR. — *Loc. cit.* pág. 301.
23. LLAMBÍAS, BRACHETO-BRIAN. — *Contr. al estudio de los tumores ept. malig. del epidídimo.* *Sem. Méd.* 27 agosto 1931, pág. 636.
24. MARANO-RUBI. — *Epitelioma de epidídimo.* *Atenco de Urología.* 2ª reunión, 4º ciclo. *Sem. Méd.* 1934, pág. 356.
- x 25. PAROUNAGUAN-WITTENBERG. — *Med. J. and Record.* 19 mayo 1926.
- x 25. GREDITZER. — *Syph. of epididymis.* *Am. J. of Syph.* Abril 1927.
- x 27. MASIE. — *Orq. epid. síf. terc. con goma epit.* *Dermosyphilograph.* Dic. 1927.
- x 28. PERRIN. — *Mars. Medical.* 5 Dic. 1928.
- x 29. MARCEL. — *Orq. epid. síf.* *An. de Mnal. Ven.* Marzo 1928.
- x 30. LE FUR. — *Epyd. chron. probabl. syph.* *Bull. Soc. Fr. d'urol.* Mayo 1931.
- x 31. VON FISHER. — *Epid. síf. gomosa en un tabético.* *Schweiser Mediz. Wochensch.* Set. de 1931.
- x 32. RONCHESI. — *Syph. epididym.* *Urol. and. But. Rev.* Abril 1932.
- x 33. BASCH. — *Orq. epid. síf. consec. a un traumat. test. como manifest. tardía de una síf. cong.* *Presse méd.* 22 Set. 1934.

# Sociedad Argentina de Urología

---

## COMISION DIRECTIVA, 1935

<i>Vice-Presidente</i> . . . . .	Dr. BERNARDINO MARAINI
<i>Presidente</i> . . . . .	Dr. UBALDO ISNARDI
<i>Secretario</i> . . . . .	Dr. ALBERTO E. GARCIA
<i>Tesorero</i> . . . . .	Dr. ALFONSO VON DER BECKE

---

6<sup>a</sup>. Sesión científica — 31 de Octubre de 1935

Trabajos científicos presentados:

**Tomás Schiappapietra :**

"La curva ponderal en la preparación quirúrgica de los prostáticos".

**Luis E. Pagliere :**

"Nefrectomía retroperitoneal en una pionefrosis con ectopía pelviana".

**Isidoro Gálvez y R. O. Tettamanti :**

"La gono-reacción de Muller-Oppenheim". — Nota previa.

**Guillermo Iacapraro y Armando Trabucco :**

"Consideraciones sobre un caso de tumor de testículo".

**Enrique Castaño y R. de Surra Canard :**

"Divertículo de vejiga y enfermedad de cuello".

**Luis Figueroa Alcorta y Armando Trabucco :**

"Tuberculoma del cordón espermático".

**Miguel A. Llanos :**

"Cuatro casos de cálculos renales apreciables a la palpación".

### ASISTENCIA:

*Miembros Titulares:*

Astraldi, von der Becke, Castaño, García, Galvez, Isnardi, Iacapraro, Llanos, Maraini, Montenegro, Monserrat, Pagliere, Rebaudi, Salleras, Surra Canard y Vilar.

*Socios Adherentes:*

Albornoz, Cartelli, Garate y Pujol.