

Servicio de Vías urinarias del Hosp.  
Salaberry. Jefe: Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

A. ASTRALDI y  
J. S. FERNANDEZ

## ORQUI-EPIDIDIMITIS SIFILITICA

EN todo proceso del contenido escrotal, siempre resulta difícil la interpretación etiopatogénica del mismo: es por esta circunstancia que presentamos hoy a la consideración de ustedes, una observación de este género, cuya finalidad no es otra que la de discutirse.

Elementos de orden serológico, así como el resultado del tratamiento instituido, nos han hecho pensar en su naturaleza sifilítica, en cambio, los antecedentes de nuestro enfermo, así como el examen clínico del proceso (en sus comienzos), nos lo han hecho dudar.

Declaramos que estamos inspirados en las consideraciones que haremos al respecto, en Jean Etienne Marcel, quien, en el capítulo de sífilis del testículo, es una autoridad, como lo es Chevascu para el cáncer del mismo órgano.

En base de que, por haber sido discutido y aceptado, no debe ser interpretada por sifilítica una lesión del organismo por el hecho que el enfermo que es su portador, tenga una reacción de Wassermann positiva, tampoco debe ser catalogada por igual por el hecho que el tratamiento anti-específico la cure, pero es el caso también de preguntarse, cómo debe ser clasificado un proceso orqui-epididimario, que no presentando elementos de juicio como para hacer pensar en una sífilis, cura por la acción del tratamiento anti-sifilítico y presentando el enfermo en causa, reacciones serológicas positivas para la sífilis. No hay duda que estas consideraciones podrían ser resueltas por un medio eficaz, cual es el resultado que aportara al respecto el examen histoanatómico como el histobacteriológico de los cortes, pero el mejoramiento sensible que el tratamiento apor-

ta al proceso, hace que no debamos ni hablar de una orquidotomía exploradora (biopsia).

#### HISTORIA CLINICA.

G. C. 51 años. Italiano. viudo.

*Antecedentes hereditarios.* — Padre fallecido a los 41 años, en forma repentina, madre, fallecida a los 77 años ignorando la causa, han sido 6 hermanos, viven 4, uno ha fallecido de neumonía a la edad de 27 años; otro de bronco-pneumonia sarampionosa a los 6 años. Los tres restantes viven y son sanos, casados y sin haber presentado sus respectivas esposas aborto alguno.

*Antecedentes personales.* — Niega en forma absoluta y terminante haber presentado antes de ahora secreción uretral de naturaleza alguna, así como lesión ulcerativa dentro de la esfera genital como extra-genital.

*Colaterales.* — Nuestro enfermo hace 11 años que es viudo, falleciendo su esposa de un proceso pulmonar que evoluciona en un mes. Esta ha tenido 5 hijos sin ningún aborto; uno de los hijos ha fallecido a la edad de 18 años de una bronco-pneumonia. Los cuatro restantes viven y son sanos, una hija casada con 2 hijos y sin abortos.

*Enfermedad actual.* — 11 de Septiembre de 1937. Dice que a los 8 días de un coito, nota por primera vez una pequeña secreción uretral de tipo purulenta, acompañada de ligero ardor durante el acto de las micciones. A los 14 días de esta, observa que el escroto del lado derecho aumenta sensiblemente de volumen, para adquirir al cabo de algunas horas el tamaño de un puño, acompañándole un dolor de intensidad tal que le obliga a abandonar sus obligaciones para guardar reposo. La secreción desaparece y en estas condiciones y época ingresa al servicio no sin antes desaparecer casi en absoluto el dolor.

*Estado actual.* — Apiretico. Micciones — 3 a 4 diurnas, ninguna nocturnas — sin modificaciones.

Orinas de emisión: Ligeramente turbias ambos vasos.

Riñones y ureteres: Nada de particular.

Uretra: No hay secreción. Inspección y palpación, nada de particular. No se practica exploración instrumental.

Vejiga: Inspección y palpación, nada de particular.

Próstata: Semiologicamente normal.

Vesículas seminales: No se palpan.

Bolsas: Lado izquierdo: A la inspección nada de particular; a la palpación testículo con caracteres normales. El epididimo presenta un engrosamiento a nivel de la cola. Cordón normal.

Lado derecho: A expensas de este lado, las bolsas en su conjunto están deformadas por existir una tumoración del tamaño de una naranja. A la inspección nada de particular, excepto una coloración de tipo roja-rosada. Palpación, planos superficiales sin infiltración y sin adherencias a los planos profundos. El testículo y el epididimo forman una masa indivisa, irregular en toda su exten-

sión, excepto en el polo inferior que es liso y ligeramente depresible; la consistencia es dura e indolora, tanto espontáneamente como a la presión marcada.

Cordón: Duro, engrosado del tamaño de un dedo, extendiéndose hasta perderse en el anillo inguinal. El deferente se palpa en la parte posterior. Funiculitis sin diferentitis.

Reacción de Rojo neutro: Negativa.

Reacción de Wasserman: Positiva. (+ + +)

Reacción de Kahn (standard): Positiva (+ +)

Oriña (Exámen del sedimento): Escasos leucocitos granulosos. Escasas células epiteliales y cocos Gram positivos.

Antes de la primera micción matutina, con el ansa de platino se toma la secreción de fosa navicular, es escasa y cuesta trabajo la extensión en el porta objeto. El laboratorio informa: Regular cantidad de leucocitos granulosos, algunos diplococos Gram positivos. No se observan gonococos de Nieser.

*Marcha de la enfermedad.* — La marcha de la enfermedad es en absoluto apiretica. Se instituye tratamiento a base de Neosalvarsan y Bicianuro de mercurio.

Después de 1,50 grs. de Neosalvarsán y 0,04 grs. de bicianuro de Hg.; la tumoración ha disminuído sensiblemente de tamaño.

A los 3,30 grs. de neosalvarsán, 0,10 grs. de bicianuro de Hg. y Biyoduro de Hr. (licor de Gilbert) por boca: se nota que el testículo y el epididimo han reducido evidentemente de tamaño, se palpa el plano de clivage testículo-epididimario, siendo la superficie del testículo dura e irregular por la presencia de núcleos profundos, así como placas de albuginitis; es absolutamente indoloro a la fuerte presión. El cordón se palpa muy reducido, el deferente normal; se pellizca el epididimo y ligeramente la vaginal.

## COMENTARIOS

Si examinamos atentamente, como el caso merece, la historia clínica que acabamos de referir, encontramos: entre los antecedentes hereditarios en cualquiera de sus dos ramas —en base a lo que nos refiere el enfermo— no hay elementos de juicio como para sospechar que la sífilis está en juego; en cuanto a los personales, así como en los colaterales, las conclusiones con respecto a la sífilis son iguales, a menos que, esa marcada predisposición, de carácter fatal para todo lo que sea broncopneumónico, tenga alguna concomitancia con la lesión que estamos tratando.

En lo que respecta a la enfermedad actual, lo primero que llama la atención es la forma de iniciarse y de presentarse el proceso. Para lo primero, existe una franca relación entre un coito infectante y su lesión uretral; por otra parte esta misma relación se hace

ver entre la uretritis y la lesión escrotal: para lo segundo es la forma aguda de presentación del síndrome orquiepididimario. Todo esto abogaría para sospechar en su naturaleza gonocócica. Veamos lo que al respecto nos dice el estado actual y los exámenes del laboratorio. El período de incubación, 8 días, no es lo corriente encontrar para una primera invasión Neisseriana de la uretra; el carácter clínico en sus manifestaciones subjetivas y objetivas no corresponde tampoco para el proceso de tal naturaleza; y en cuanto a la evolución y caracteres del proceso tampoco corresponde pensar en la infección a Neisser, pues existe una funiculitis sin deferentitis que no es lo corriente tampoco para la sospecha en juego. En cuanto a los exámenes: del material que hemos dispuesto no son por cierto los más adecuados, pero, a falta de otros mejores, hemos tenido que conformarnos y sacar el mayor provecho posible de los resultados de los mismos. No ha sido posible disponer de espermatozoides para todos los exámenes directos y cultivos de la misma: en cuanto a la reacción de Muller-Oppenheim, a la cual le damos un marcado valor, no fué posible practicarla por carecer de elementos necesarios de laboratorio; no lo lamentamos, por cuanto Gardner y Clowes y A. de Assis sostienen que en un sífilítico la reacción puede ser positiva sin que el enfermo tenga o haya tenido una infección a Neisser. En el mismo orden de ideas está Rubinstein, quien propone siempre practicar la reacción de Wassermann en todo blenorragico que tenga Muller-Oppenheim positiva. Para los primeros autores citados hay un porcentaje de un 30 % en sífilíticos que, teniendo una Wassermann positiva, tienen también una Muller-Oppenheim positiva, sin tener blenorragia.

La tuberculosis en cualquiera de sus dos modalidades, la crónica y la aguda, tampoco debe ser considerada ya que para ello faltan elementos dignos de tenerse presente.

¿Se trata de una orqui-epidimitis sífilítica a forma aguda? Marcel la acepta y dice: "la forma aguda de la sífilis del testículo existe". Claro está que debe ser considerada como una manifestación del terciarismo. Para este mismo autor, de presentarse, aunque sea de extraordinaria rareza, lo hace entre los 40 y 50 años de edad, agregando que: el período de evolución aguda sólo dura de 8 a 15 días para entrar de lleno a la forma tipo de orqui-epidimitis crónica.

Por qué la hemos considerado sifilítica? por: los resultados de los exámenes serológicos y la presencia en un principio de una funiculitis sin deferentitis, y más tarde, después del tratamiento: los resultados de éste y el examen semiológico de la masa o contenido escrotal, de donde se recoje la presencia de núcleos profundos de gomas, seguramente, y de placas de albuginitis persistiendo la funiculitis —es pleno regresión—, pero sin participar el deferente.

#### CONCLUSIONES

1º, nuestro enfermo niega en forma absoluta manifestaciones sifilíticas adquiridas; 2º, no existe en sus antecedentes signos de sífilis hereditaria; 3º, se inicia en forma aguda con fenómenos dolorosos y flegmáticos, no existiendo al ingreso al servicio, en lo que se refiere a su proceso escrotal, sino un solo elemento de orden semiológico para pensar en la naturaleza sifilítica, y es la funiculitis sin deferentitis; 4º, lo catalogamos en su comienzo dentro de la sífilis por las reacciones serológicas que lo confirmó el resultado del tratamiento; 5º, es durante el período regresivo que encontramos elementos semiológicos que nos induce a incluirlo en el capítulo de la sífilis, como tipo de orquiepidimitis sifilítica terciaria a forma subaguda hasta tanto no se nos demuestre lo contrario.