

Por el Doctor

HECTOR DIAZ CASTRO

ESTALLIDO TRAUMÁTICO DEL TESTÍCULO

EL conjunto de los órganos del contenido escrotal, laxamente suspendidos dentro de las envolturas de la región, que le forman saco, se desplaza en todos sentidos y escapa a la acción vulnerante del exterior con gran facilidad. No obstante ello, el traumatismo de importancia escasa es frecuente. No ocurre lo mismo con las gruesas manifestaciones de tal orden y sobre todo llevadas al grado que expondremos en este trabajo. De ahí que exista interés en analizar las circunstancias de producción y las lesiones determinadas por esta clase de agresiones, sobre todo si se tiene en cuenta que frente a ellas se emplea aún con una frecuencia no completamente justificada, un criterio expectante que sin añadir ningún otro beneficio que lo haga preferible, nos priva de conocer un número mayor de hechos de la clase de los que vamos a referenciar.

Es el criterio intervencionista propiciado por una larga práctica en ese sentido, el que nos ha informado; y los resultados justifican su sustentación aunque ello no fuera más allá del beneficio científico adquirido.

Tres observaciones sirven de base a este trabajo: dos de ellas, consignan circunstancias extremas: rotura total del órgano testicular. La tercera, sin llegar a adquirir tal entidad, nos muestra un considerable hematoma intratesticular.

Observación I.

Sujeto de 16 años, bien conformado. En el curso de una incidencia de "foot-ball association" recibe un rodillazo en la región escrotal. De inmediato dolor violento local e irradiado. No hay pérdida de conocimiento, ni vómito ni

otros trastornos. Continúa jugando hasta la terminación. Luego los dolores aumentan por lo cual guarda reposo; pero es recién al tercer día y según propia manifestación, más obligado por la tumoración, que por el dolor, que consulta médico que indica bolsa de hielo. Recién al cuarto día viene a nuestra observación. Consulta por qué es enviado y viene por sus propios medios. Examen: inspección; hemiescrotro derecho tumefacto de coloración hemática vieja. Pérdida de los pliegues transversales en su región antero-inferior. Hemiescrotro izquierdo

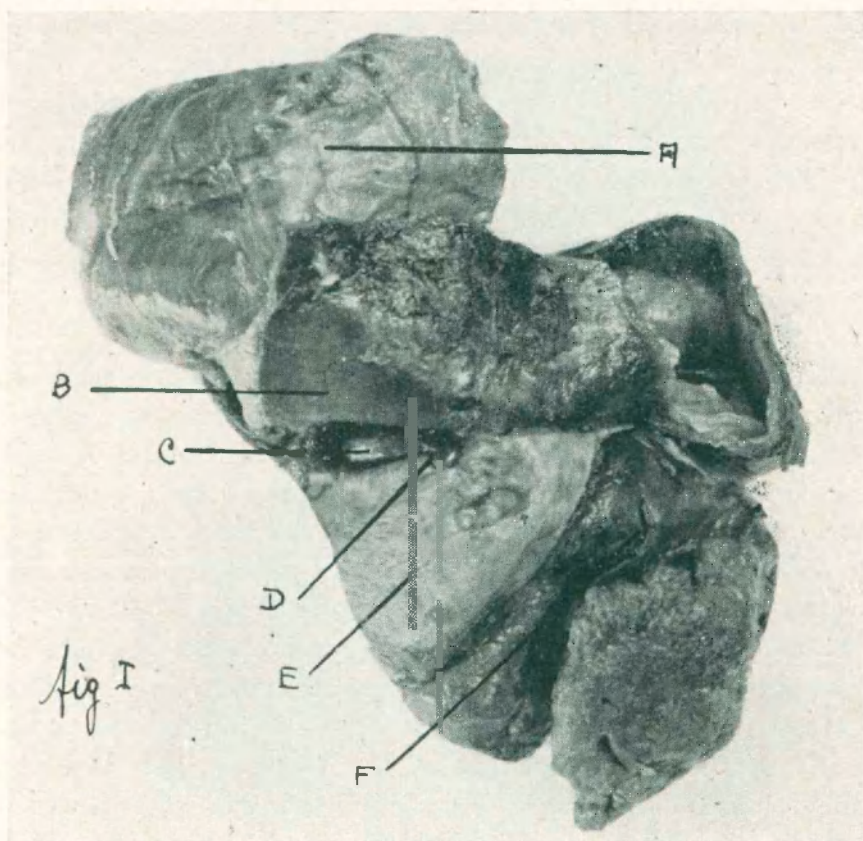


Fig. I. se ven en:

- A. Fibrosa acompañada de elementos del cordón. — B. Cara interna de la vaginal parietal, teñida de pigmento hemático y con coágulos adheridos. — C y D. Epidídimo e hidátida traumatizados. — E. Albugínea. Mitad superior. Se nota la línea de ruptura. — F. Masa de tubos seminíferos y coágulos.

de apariencia normal. A la palpación de la bolsa afectada encontramos los datos siguientes: planos superficiales adherentes a la tumoración profunda al nivel de toda su porción anterior media e inferior, prolongándose esta adherencia sobre la cara externa y hacia adentro sobre la región del tabique mediano de las bolsas, particularmente al nivel de su porción inferior. Zona del ligamento escrotal adherente.

En el resto de la bolsa afectada el deslizamiento normal: esta zona comprende el tercio superior del hemiescrotro. Es por la palpación a través de esta

región que se toma conocimiento de los datos siguientes a propósito del contenido. Este aparece como una tumoración piriforme con gruesa extremidad inferior y pedículo superior; de consistencia generalmente renitente; renitencia como de pared espesa sobre un contenido a cierta tensión. NO SE DIFERENCIAN PARTES. La sensibilidad dolorosa es generalizada sin puntos destacables a señalar. La intensidad del dolor tampoco es digna de mención particular soportando el examen con facilidad. En su extremidad superior, la masa se adelgaza progresivamente hasta — perderse sin límite neto— sobre el funículo. Este aparece algo infiltrado, no obstante lo cual pueden diferenciarse sus partes con facilidad. En vista de este cuadro decidimos la intervención.

Anestesia Eter - CO₂. Incisión sobre la parte mediana anterior de la bolsa afectada. Aspecto acartonado de los planos superficiales que aparecen de color amarillento-grisáceo como de pigmento sanguíneo transformado. Imposibilitados de penetrar por las regiones interiores adherentes, lo hacemos por la parte alta de la bolsa merced a la celuosa no infiltrada. Decortizando desde allí la tumefacción profunda llegamos a la región del ligamento escrotal en donde asienta una infiltración hemática, pero no un verdadero hematoma.

Aislada la tumoración, infiltrada de pigmento sanguíneo, tampoco se puede encontrar en ella colección sanguínea apreciable, que ocupe sus planos de recubrimiento, se exceptúa una que ocupa la región del funículo, inmediatamente supraepididimaria, y que es de relativa importancia. Este hematoma es capitalmente pre-funicular; su presencia da razón del aspecto que describíamos por la palpación. Volviendo a la parte anterior de la masa, ya directamente sobre la túnica vaginal espesada, la incidimos y por esa abertura salen a presión gran cantidad de coágulos. Ampliada la incisión nos encontramos frente a una masa de color vinoso que llena la cavidad vaginal, constituida por coágulos y parénquima testicular saliendo completamente a través de una rotura de la albugínea del órgano, que abarca todo el pequeño eje transversal (Ver Fig. 1). La masa ha quedado solamente adherida a la región del cuerpo de Higmore. Llama la atención la manera cómo se ha desprendido el parénquima de la albugínea, la cual ha quedado reducida a una simple cáscara. Al nivel del polo superior del testículo se encuentra una cabeza epididimaria turgesciente, de color vinoso, con su albugínea entera. El cuerpo epididimario que la continúa tiene el mismo aspecto. La región del ansa con sus vertientes de cola y deferente se hallan intactas. En el surco testículo-epididimario se implanta una hidátida también traumatizada, turgesciente y de color hemático (Ver Fig. 1).

La intervención se termina por castración típica. Post-operatorio sin particularidades.

Observación II.

Sujeto de 27 años, Jugando al "foot-ball association" recibe fuerte golpe en la región escrotal. Experimenta intenso dolor, no obstante lo cual continúa jugando hasta el término reglamentario, sin trastornos mayores. Unas tres horas después de producido el trauma, el dolor se intensifica y toma sus irradiaciones habituales. Lo vemos a 5 horas de producido el accidente. Inspección. Equímo-

sis de la región escrotal, tomando en su totalidad la bolsa derecha y gran parte de la izquierda. Además sube hasta la raíz del pene. A derecha; bolsa tumefacta, aspecto luciente, pérdida de los pliegues transversales y rafe desplazado a izquierda. La bolsa opuesta, muestra sobre la cara anterior, una flictena ancha, temblona, llena de líquido sanguinolento. Palpación. A derecha: planos superficiales espesados, pero blandos como ocupados por un edema de substancia siruposa. Desli-

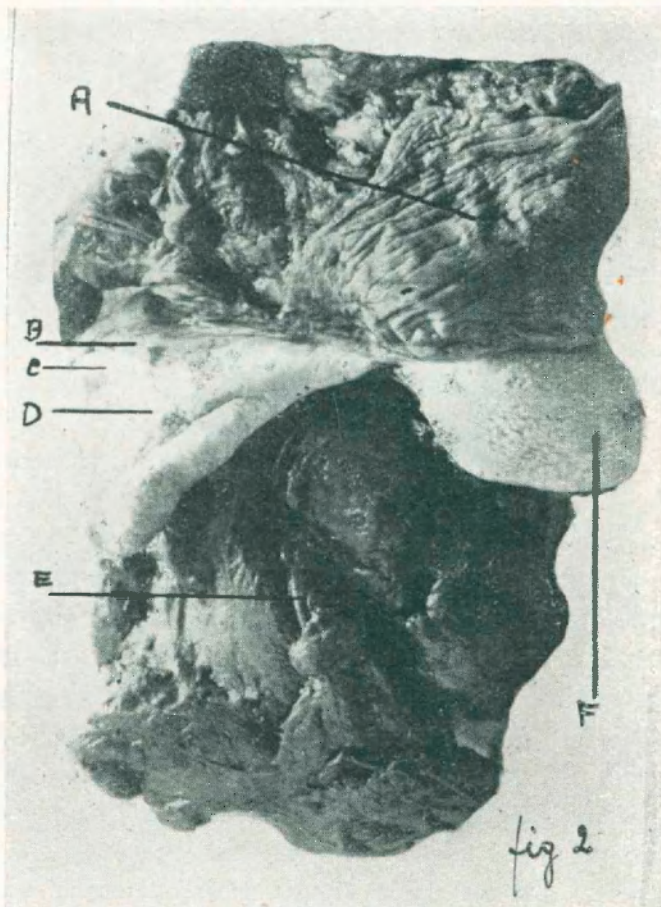


Fig. 2. Se ven en:

- A. Cara interna de la vaginal parietal. — B y C. Hidátida transparente y cabeza de epidídimo ilesa. — D y F. Los dos segmentos de albugínea desgarrada según su diámetro transversal. — E. Masa fungosa de tubos seminíferos y coágulos.

zan aún bien sobre una tumefacción profunda de consistencia pastosa, coherente por las membranas de recubrimiento que hacen de medio continente. Esta, en forma de pera, a gruesa extremidad inferior, tiene un pedículo emanando insensiblemente de su masa, que remonta hasta el orificio inguinal. La palpación de esta masa a través de los planos espesados es aún fácil. EN ELLA NO SE DIFERENCIAN PARTES. Llama sin embargo la atención que en la región postero inferior, en el lugar en que en una ubicación normal debe hallarse el testículo,

hay una falta de resistencia, como si allí, lo que confiere a la masa su consistencia especial faltara. Esta impresión que luego hemos confirmado en el tiempo operatorio con más nitidez: esta ausencia, es lo que hemos llamado "vacío testicular", y que cuando sea posible obtener con precisión, confiere una presunción muy seria de rotura testicular. Desde luego que su percepción requiere una condición de que hemos disfrutado en esta emergencia y que por cierto no se cumple con mucha frecuencia: la precocidad de la observación, cuando aún la sangre que infiltra los tejidos guarda su consistencia líquida apenas modificada.

La palpación despierta dolor intenso, general en la masa, con sus irradiaciones típicas. No hay, ni hubo fenómenos reaccionales de ninguna naturaleza. No hay ni hubo shock. Se decide intervención.

Anestesia Éter - Co₂. Sobre la bolsa izquierda incisión y drenaje de la flictena señalada. Sobre la bolsa afectada: se encuentra en el curso de la intervención infiltración hemática total del plano celuloso sin hematoma verdadero. Se exterioriza la tumoración profunda de aspecto hemático. Con una palpación, ahora más inmediata, se percibe con mayor facilidad la sensación del vacío en la región postero-inferior. Se comienza la disección cuidadosamente. Constatamos grueso hematoma situado entre la fibro-eritroide y la vaginal, abarcando todo el polo inferior de la tumoración. Luego se extiende hacia arriba a lo largo del funículo y decreciendo en volumen a medida que asciende, alcanza el orificio inguinal. Descubierta la vaginal, se abre, y por la abertura, sale una masa sangüinolenta que se hallaba a cierta presión, compuesta por tubos seminíferos y coágulos. Ampliada la brecha se observan las lesiones consistentes en: rotura de la albugínea testicular, según una línea que sigue el diámetro menor, transversal del testículo, que aparece como partido en dos (Ver Fig. 2). A través de esa rotura, la masa de tubos seminíferos se proyecta hacia el exterior suspendida apenas por una débil adherencia de los tubos restantes en la región del cuerpo de Higmoro. Limpia de los coágulos que la ocupan, se vé sangrar abundantemente este pedículo restante. El epidídimo en su totalidad y el canal deferente parecen haber escapado ilesos. Se percibe una hidátida pediculada, turgesciente, pero no traumatizada. (Fig. 2.) Se termina por castración típica. Post-operatorio normal.

Observación III.

Sujeto de 35 años. Mientras está acostado recibe un golpe sobre la región escrotal, de no mucha intensidad. Dolor intenso que fué aumentando hasta hacerse insoportable, con irradiaciones altas y tendencias a la náusea, son los trastornos que lo traen a consultar a las 3 horas de ocurrido el accidente. Examen. Escroto sin particularidades. A la palpación, sobre el hemiescroto izquierdo se encuentra: planos superficiales libres. Conglomerado de órganos profundos: funículo libre; epidídimo libre; testículo de consistencia muy blanda y más pequeño que el opuesto (secuela de orquitis urleana a la edad de 15 años). En el polo superior se percibe una tumoración del tamaño de una avellana exquisitamente dolorosa y que se diferencia con dificultad de la cabeza del epidídimo subrayacente. Se le coloca en reposo, con bolsa de hielo. Al día siguiente se le opera por sus dolores muy intensos.

Anestesia local. Novocaína $\frac{1}{2}$ %. Incisión de los planos superficiales y exteriorización del complejo profundo. Abierta la vaginal testicular se halla un pequeño testículo, muy blando, en cuyo polo superior se destaca a través de la albugínea, una tumoración del tamaño ya indicado, de color violáceo. Practicada una orquidotomía se encuentra un hematoma a presión (Fig. 3), ocupando todo el polo. Teniendo en cuenta la atrofia testicular constatada y el proceso actual, con el consentimiento del enfermo, se procede a la castración. El epidí-

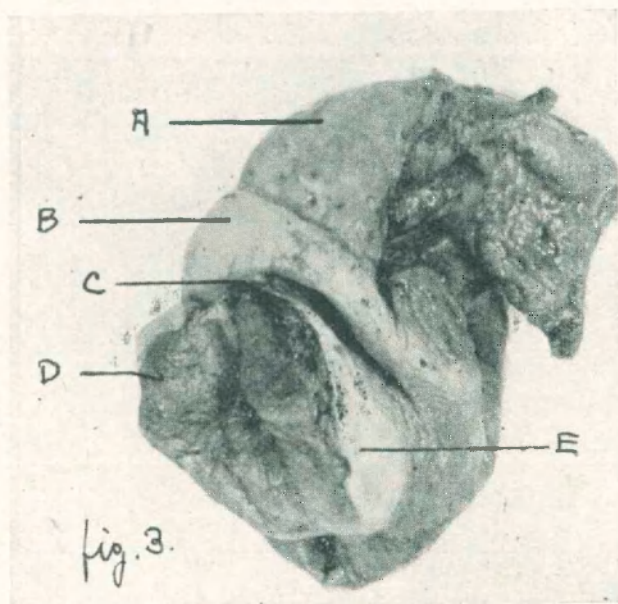


Fig. 3. El testículo abierto según su eje mayor por la orquidotomía. — se vé en: A. Cara interna de la serosa parietal. — B. Epidídimo íleso. — C. Hidátida. — D. El hematoma del tamaño de una avellana ocupando el polo superior. Han sido evacuados los coágulos y parte de la sangre. — E. Albugínea y serosa visceral.

dimo y la hidátida no han sufrido la acción traumática al parecer. Post-operatorio sin particularidades.

COMENTARIOS

De todas las variedades que se describen dentro del capítulo complejo y a menudo confusamente expuesto de los traumatismos de la región escrotal, las que corresponden al testículo, son sin duda las menos referidas. No tanto por la localización, que debe acompañar más a menudo que lo que se describe, a las otras manifestaciones de trauma regional, sino que por la falta de comproba-

ción operatoria no es posible valorarlas en toda su intensidad. Por eso pensamos que los hechos de la naturaleza de los que aquí exponemos no pueden ser tan excepcionales como parecería indicarlo la rareza con que han sido puestos de manifiesto en la clínica humana.

Vemos en esto la razón por la cual los autores han recurrido con frecuencia a los medios experimentales, como la manera accesible de informarse sobre las lesiones originadas en el traumatismo. Con esta base han surgido los trabajos de Monod y Terrillon (Bull. et. Mem. de la Soc. de Chir. de París. 1881) de Franceschi (Arch. de Necker. 1923). En ellos se estudian las lesiones con extensión a todas las tunicas y órganos. Pero el hecho de haber tenido que recurrir a un artificio de fijación del testículo, factor a su vez de traumatismo, obliga a examinar las lesiones con una prevención explicable y a admitirlas con el beneficio de una confrontación realizada con las que a través de las descripciones de los autores nos suministra la clínica humana. Descartamos del estudio que va a seguir, todo lo referente a la llamada orquitis de esfuerzo y al problema de las torsiones que erróneamente se ha hecho incidir sobre el tema del traumatismo con cierta frecuencia. Con ello sólo se ha obtenido la complicación y la obscuridad.

En consecuencia, tomaremos como base de comparación los tres casos que hemos relatado.

Estudiaremos las lesiones:

- 1° Al nivel del órgano testicular.
- 2° Repercusión sobre la cavidad vaginal .
- 3° Al nivel del epidídimo y del deferente.
- 4° Lesiones de los anexos testículo-epididimarios (hidátida sesil o pediculada).
- 5° Lesiones del funículo.
- 6° Lesiones de las tunicas envolventes externas e internas.

Luego estudiaremos el cuadro clínico ofrecido como más frecuente comparándolo con los datos obtenidos por nosotros,

1° Lesiones al nivel del testículo.

En primer término, todos los autores destacan la condición sine-qua-nón del trauma testicular: la fijación del órgano. Según Kocher, aun empleando fuerzas elevadas, no le ha sido posible originar lesiones apreciables, en ausencia de aquella condición. Todos los autores estiman en 50 kilos el mínimo de poder necesario para romper la albugínea testicular. Monod y Terrillos han recurrido a la fijación del testículo mediante pinzas, lo cual debe originar traumatismos secundarios inevitables. Actuando de esta manera han obtenido lesiones que clasifican en dos tipos: 1° lesiones con albugínea intacta. Consisten en: primer grado: sufusiones sanguíneas capilares en las trabéculas conjuntivas que van del cuerpo de Hígmoro a la albugínea. Segundo grado: pequeños hematomas múltiples. Para ellos los gruesos hematomas provendrían de un error de apreciación. Una observación, publicada en el "J. d'urologie" en 1936, por Viollet (de Limoges), sobre un grueso hematoma intratesticular, contestaría en la clínica humana su aseveración. Nuestro tercer caso de hematoma único, aunque no de un tamaño considerable, tampoco confirmaría su manera de ver. — 2° Lesiones con Al. desgarrada. Configura el estallido testicular con hernia de los tubos seminíferos a través de la membrana, y su caída dentro de la cavidad vaginal acompañados por la sangre derramada en el interior del parénquima y de la luz de la serosa.

Desde el punto de vista microscópico, Montigny (Tesis de París, 1907) cita el estudio realizado por Cornil sobre dos testículos contusos removidos por Schwartz y dice a este respecto:

"Macroscópicamente el órgano era firme a la sección y se podían hacer salir los tubos seminíferos como de costumbre. Es necesario destacar esta constatación porque cuando ella es negativa, indica una inflamación del tejido intersticial. A la sección se observa un nódulo, cuyo centro es de aspecto mate, amarillo caseoso, pero firme y no granuloso, alrededor una zona más transparente y luego una tercera periférica, casi normal de aspecto". Microscópicamente encuentra. En el nódulo central: luz de los canales seminíferos llena de un conglomerado de células blancas, polinucleares, linfocitos, con finas granulaciones grasosas, y nucleares. La pared propia del tubo es fina e infiltrada de leucocitos, degene-

rados y en cromatolisis. Restos de tubos atrofiados muy espaciados. Tejido intersticial necrosado con infiltración leucocitaria en degeneración. En el tejido caseoso se ven aún vasos con paredes infiltradas de leucocitos y la luz llena de restos globulares. En la zona media. Polinucleares numerosos, células conjuntivas de proliferación; todo separado por fibrillas conjuntivas y vasos. Estos tienen el endotelio intacto, pero su pared a veces espesada está rodeada de tejido fibroso abundante en el que se ven células conjuntivas y elementos blancos poli y mononucleares. Tubos seminíferos de pared más neta, con células de Sertoli y pavimentasas. No hay trazas de espermatogénesis. Pared propia es más espesa que la normal. Entre las células de Sertoli, filamentos mucosos. Zona exterior. Se ven menos aspectos de alteración que en la zona anterior pero tampoco hay trazas de espermatogénesis.

Es evidente que leyendo tal descripción se ve que el examen ha sido efectuado sobre órganos que además del proceso traumático han sufrido durante un tiempo la reacción del organismo, razón por la cual se vé su valor disminuído como documento histológico de contribución al estudio del trauma en sí mismo. Nuestras preparaciones sobre el órgano extirpado no se hallan aún terminadas, razón por la cual es imposible agregarlas en este estudio.

Franceschi por su parte deseando evitar las lesiones ajenas al estudio que se propuso, fijaba el órgano con los dedos, aplicándolo contra un plano resistente y golpeándolo, evitando en lo posible las heridas de las tónicas exteriores. Las lesiones que observó eran de este orden: Hernia de los tubos seminíferos a través de la albugínea desgarrada parcialmente o simplemente fisurada. De lo observado por F, estos desgarros se pueden producir en cualquier lugar del órgano, excepto el cuerpo de Higmoro. Piensa que el estallido se produciría de preferencia al nivel de los polos por ser allí mucho más fina la envoltura. Esta manera de ver no está de acuerdo con lo observado por nosotros. En nuestros casos los polos se hallan siempre intactos y la ruptura se ha producido (Figs. 1 y 2) siempre de igual manera, es decir, siguiendo el eje transversal de la glándula, y no en forma de estrella ni de fisura, sino como un trazo lineal que reúne por sus extremidades dos puntos opuestos del cuerpo de Higmoro en el cual se detienen.

La ruptura de la albugínea va seguida del derrame en la cavidad vaginal de los tubos seminíferos y la sangre, determinando en la cavidad serosa la formación del hematoma intravaginal. La producción de este aspecto de las lesiones ha sido discutida y aún negada por algunos autores. Kocher la considera rara. A Surraco lo hemos oído dudar de su existencia. Estos testimonios nos confirman en la rareza de tal lesión, ya que autores de tanta experiencia, opinan en ese sentido por no haberlo observado nunca. Para Bergmann, podría producirse sin que el testículo se encontrara lesionado. En los casos vistos en la clínica de Surraco o en los nuestros personales, nunca existía el hematoma intravaginal con el testículo intacto, aún en el caso de gruesas lesiones extravaginales.

Kocher y Rigal dicen que aún después de un trauma intenso, el testículo puede no sufrir en su parénquima, o sus lesiones ser insignificantes. Que el derrame puede quedar limitado al interior del órgano ya lo hemos señalado. Confirma esto, la opinión de Esquiba y Beraud. Hemos ya visto al citar el caso de Viollet, como este hematoma puede ser muy considerable en su tamaño (volumen de una mandarina). Sin embargo antiguos autores habían desconocido o negado esta posibilidad. Velpeau, P. Pott, A. Cooper se hallan entre estos. Reclus y Lapointe, a propósito de un caso lo destacan como una eventualidad rara.

La consecuencia de tales lesiones, puesta a parte la posibilidad de supuración, siempre mencionada, pero nunca descripta con casos en apoyo (al menos en la literatura a nuestro alcance, bien incompleta por cierto) es única y definitiva. Previo un período reaccional de los tejidos alcanzados, se establece un proceso de fibrosis que da al órgano en plano no muy alejado, el aspecto atrófico bien conocido.

Como documento proveniente de la bibliografía, deseamos citar el caso de Osgood, (citado por M. Campbell en *Pediatric Urology*) referente a un niño de ocho años en el cual la intervención propiciada por un traumatismo escrotal, reveló un testículo casi partido en dos. No obstante esta circunstancia poco alentadora, el cirujano pudo reducir los tubos testiculares, coser la albugínea, y cerrar el escroto. Siete años después el testículo así reparado, fué encontrado de tamaño normal con respecto a la edad y ligeramente más pequeño que el del lado opuesto. Es una observación excepcional.

LESIONES AL NIVEL DEL EPIDIDIMO

Clínicamente, Velpeau había descripto ya hace mucho tiempo, una reacción epididimaria siguiendo al traumatismo. Es indudable que ésta como otras lesiones, debe ser tomada con serias reservas. Es muy difícil, y con frecuencia imposible determinar en el complejo testículo-epididimario traumatizado lo que corresponde a cada una de las partes. Sería necesario tamizar seriamente lo que correspondería a las epididimitis, en esa afirmación de Velpeau.

Experimentalmente, Rigal ya notaba la frecuencia con que el epidídimo escapa a la acción vulnerante. En esta manera de ver lo siguen la mayoría de los autores que se ocupan del tema. En nuestros casos es evidente la contusión del epidídimo en la porción cefálica y cuerpo en el primer caso. En los otros dos este órgano aparece íntacto.

De hecho las observaciones de traumatismo del epidídimo son también raras, debido a la misma causa que provoca la penuria de documentos que se nota con respecto a este tema. Franceschi, toma de Motz, una observación debida a Batut, en la cual el epidídimo al nivel de la cola es el sitio de un hematoma considerable.

El mismo autor (Franceschi) en el orden experimental (en el perro) ha observado roturas de la albugínea epididimaria con salida consiguiente de tubos en la cavidad vaginal. En acciones de menor intensidad describe hematomas intraepididimarios, como los que hemos visto en las lesiones de nuestro caso N° 1. Además ha podido encontrar una lesión de localización especial, que llama hematoma inter-testículo-epidídimo-funicular, en el cual la sangre extravasada al nivel del meso-epidídimo o espacio sub-vaginal, se vé forzada a tomar el camino del funículo como vía de menor resistencia. Es una lesión hasta ahora, del dominio experimental. En clínica humana nunca ha sido descripta. No obstante, ante la posibilidad de su producción debe tenerse en cuenta,

LESIONES DEL DEFERENTE

Este órgano escapa en general a la acción del traumatismo. Ya lo había determinado Monod por la experimentación. Nuestros casos confirman esta opinión. El deferente se hallaba libre no sólo

al nivel del funículo, sino también en las regiones más cercanas al órgano destruido: ansa del deferente y región de sus flexuosidades.

LESIONES DE LOS ANEXOS TESTICULO-EPIDIDIMARIOS

Son muy poco mencionados en las observaciones.

En nuestros casos hemos hallado una hidátida pediculada francamente contusionada, en la cual asienta un hematoma, y dos hidátidas más, turgescientes, pero translúcidas, indemnes al parecer desde el punto de vista macroscópico (Figs. 1, 2 y 3).

LESIONES DEL FUNICULO

Los gruesos vasos parecen evitar la acción exterior con cierta facilidad. Su rotura es poco señalada. En cambio los pequeños vasos, que rodean las envolturas y caminan entre ellas irrigándolas, al nivel del cordón y sobre todo los que están situados entre la fibrosa y la vaginal parecen sufrir (quizás porque experimentan más directamente la acción destructora tomados entre los planos resistentes del cuerpo contundente afuera y del testículo adentro) más intensamente y ser los responsables de las colecciones que han sido bien estudiadas por Lemichez y Voiturier y denominadas hematomas para-vaginales. No insistiremos a su respecto por salir del cuadro de nuestro asunto.

LESIONES DE LAS ENVOLTURAS

Todas ellas, piel, dartos y capa celulosa son infiltradas por la sangre derramada y el sitio de hematomas bien estudiados.

En cuanto a las internas, siempre infiltradas y conteniendo la sangre derramada, son difíciles de individualizar, si se exceptúan las capas fundamentales, fibrosa y vaginal. El cremaster resulta imposible de ver, y las laminillas conjuntivas que se extienden forrando por dentro la capa más externa y resistente de la fibrosa, desaparecen con sus mallas ocupadas por la sangre.

EL CUADRO CLINICO

Examinaremos el elemento subjetivo: Dolor. Cronológicamente se distingue el inmediato y el alejado. El consenso unánime le asigna al trauma testicular un cuadro doloroso inmediato de gran entidad, dramático en su desarrollo. Dolor intenso espontá-

neo y provocado, local e irradiado a la ingle, flanco y lomos del lado afectado, acompañado de lipotimias o estados sincopales de variable intensidad, pero que en ciertos casos como los de Curling y Fischer han podido conducir a la muerte inmediata o a las pocas horas del accidente. Para Bergmann, sólo en el caso de gran cuadro sería presumible la lesión grave testicular. Hemos visto en el estudio de las historias clínicas de las observaciones realizadas por nosotros, que esto no siempre es así. En los dos primeros casos, los sujetos afectados continuaron en sus actividades, por cierto de gran movimiento e intensidad, sin ser molestados por otra cosa que por un dolor local compatible con ellas. En el primero además, la atenuación fué grande, a tal punto que, consultó obligado por su médico y no por sus trastornos. En el segundo, el dolor recién se hizo violento después de varias horas. De manera que surge como consecuencia la variabilidad y la falta absoluta de relación entre la intensidad del cuadro doloroso y la importancia de las lesiones y no se podría sostener el criterio ya expresado por Bergmann, sin incurrir en grueso error. Contrasta con los anteriores, el tercer caso. En él, el dolor era de una intensidad notable. Semejaba el bien conocido de los quistes de la hidátida o del epidídimo en crisis de hipertensión o de torsión. Exquisito al nivel del hematoma, obligó la intervención a las pocas horas. La impresión que resaltaría de la comparación es la siguiente: cuando la acumulación sanguínea se produce dentro de la albugínea intacta que aumenta y decrece solamente cuando el proceso degenerativo destruye los elementos sensibles. En cambio cuando por intensidad del trauma el derrame se hace con albugínea abierta el dolor inmediato debido a la presión interior es menos intenso y sólo se acentúa cuando distendiendo la capa parietal de la vaginal entra a su vez en un régimen de presión interna superior, bridado por esta fuerte envoltura. Este concepto contradice en una medida tan grande todo lo establecido hasta el momento en esta materia que sólo lo estampo como una incitación a nuevas comprobaciones.

El shock. Confrontando los mismos elementos, vemos la variabilidad de su manifestación. En ese sentido también los casos que presentamos son de una pobreza destacable, y desvirtúan el concepto clásico. Lo mismo ocurre con los fenómenos reflejos que

acompañan en las descripciones ordinarias al cuadro del trauma: vómitos, diarreas y aún síntomas de repercusión peritoneal más intensa.

SINTOMATOLOGIA FISICA

Precoz. Poco es lo que en las descripciones habituales se establece a este respecto. Si algo puede adelantarse en ese sentido, es dado en especial por la palpación, y para que ella sea fructífera, en el sentido de hallar síntomas positivos que permitan una diferenciación de partes nobles, la precocidad de la ejecución es condición ineludible. La razón se halla en la diferencia de consistencia del derrame sanguíneo y la rápida organización de los hematomas, con el transcurso de las horas. Luego, la reacción de las diversas partes afectadas, hace imposible toda maniobra. Actuando en el sentido indicado hemos podido poner de manifiesto la modalidad del "vacío testicular". Ella puede ser de utilidad, siempre que su determinación sea físicamente posible.

Tardía. Cuando la organización tisural ha tomado ya su sitio, es difícil poder determinar ninguna característica física de presunción. La masa en la que no se diferencian partes, adherente ya a los planos superficiales del escroto, no permite diferenciación. En ese caso su confusión con otros procesos de bolsa, inflamatorios a marcha sub-aguda puede ser de extraordinaria dificultad. Pero sobre todo es necesario no hacer su confusión con las torsiones intravaginales, no tanto por lo que ello importa como conducta a seguir, pues en los dos casos ya sea interponiendo la intervención o abandonándolos a sí mismos el final será idéntico, sino por el interés científico de un mejor conocimiento de las lesiones. Las manifestaciones inflamatorias, casi en su totalidad a cargo del epidídimo, serán más fácilmente diferenciadas, sea por la existencia del antecedente inflamatorio de origen urinario o genital con su sello al nivel del polo interno o por la sintomatología positiva del cuadro de bolsa. Teniendo en cuenta nuestro caso N° 1, en el cual el diagnóstico con una torsión se nos planteó como eventualidad posible destacaremos como signo de diferenciación, (con las torsiones intravaginales, pues el bistournage no lo conocemos en clínica humana) la manera de entrada o abordaje del funículo a la masa tumoral.

En efecto, en la torsión, aquel entra bruscamente en ésta, sin transición; en cambio en el traumatismo que comentamos la continuación entre el funículo y la masa se hacía insensiblemente, sin punto que permitiera decir cuándo empezaba o terminaba uno u otro. Ello es debido a la presencia del hematoma que ocupaba el funículo, y que no tiene razón de existencia en la torsión.

EVOLUCION

Abandonado a sí mismo el proceso traumático, no puede, en caso de haber adquirido alguna importancia escapar al proceso de atrofia, que en plazo relativamente breve es su terminación. Cuando ella es bilateral y alcanza al sujeto en edad temprana, las consecuencias sobre el desarrollo o los caracteres secundarios del masculinismo parecen estar bien establecidos aunque no con frecuencia.

En cuanto a las neuralgias testiculares de origen no bien establecido como consecuencia de esta clase de procesos, aparecen en su etiología, como confusas.

TRATAMIENTO

Frente al tratamiento de cierta entidad, la conducta más lógica es la intervención precoz. En lo que hemos aprendido en la clínica de Surraco, abundantemente demostrado por los casos de la práctica. La imposibilidad material, tan frecuente, de establecer por los sólo medios de la clínica, el alcance de las lesiones, no puede ser sino un argumento favorable a esta tesis. El criterio de expectación, sin resolver la cuestión y abriendo camino de las manifestaciones atróficas (sea ello por las lesiones que alcanzan la glándula propiamente dicha o porque el derrame sanguíneo, de primera intención por su masa o posteriormente por su organización comprimen los vasos nutricios), impide además el conocimiento adecuado de las lesiones y resta documentación sin ningún otro beneficio que lo haga preferible. La intervención únicamente es capaz de resolver la situación de la glándula comprometida por la compresión. Quedaría siempre una duda en el caso de glándula exteriormente intacta, si su traumatización interior irreconocible, no la llevaría lo mismo a la atrofia; esta eventualidad es superior a nuestros medios de previsión.

A esta conducta hemos ajustado nuestra acción. Ella nos permite traer al conocimiento de ustedes estos casos que de otra manera, hubiéramos perdido, sin ningún beneficio. Es lo que ocurre probablemente con más frecuencia de lo que sospechamos.

DISCUSION

Dr. Bernardi. — *Quisiera referir un caso sumamente interesante que observamos en el Hospital Fiorito. Se trataba de un joven asaltante de 22 años de edad. A raíz de una fuga, este hombre fué herido con bala de máuser, la que le produce una perforación de la cadera y la misma bala, una castración de testículo derecho con rotura del pene. Ingresado el enfermo a la guardia, se le amputó el pene y se le castró de un testículo. En el otro testículo había una herida, la que a los pocos días empezó a supurar, lo que obligó a la castración del otro lado. En esa situación, tiene una retención; hay una infección consecutiva de la herida, de la misma uretra.*

Entonces, le completé el tratamiento con una talla. El porvenir de esa uretra era desastoso, proponiéndole entonces hacer una uretrotomía perineal con el propósito de salvar ese trance difícil. El enfermo accede y a los pocos días se transforma el estado físico y moral del paciente. Este, para orinar, tenía que agacharse como lo hacen las mujeres.

Lo interesante del caso fué que, además de la herida que presentaba el enfermo, fué digno de observarse la evolución de sus caracteres sexuales secundarios. El enfermo, poco a poco, fué aumentando de peso en forma considerable; su piel se hizo tersa, rosada; sus manos y sus piernas engordaron y este enfermo, visto sobre todo desde atrás, tenía todo el aspecto de una mujer.

Dr. Schappapietra. — *Considero que en este capítulo del traumatismo de las glándulas sexuales del hombre, el tratamiento debe ser conservador, máxime cuando se hace un injerto que estará menos vascularizado que aquello que puede haber en un testículo traumatizado.*

Recuerdo un caso que he visto en el Museo de Clínica Quirúrgica del profesor Jorge, en el que estaba expuesto un enfermo que asistí en las horas de guardia, de urgencia. Era un conductor de ómnibus que por querer salvar la vida de un transeunte quedó debajo de las ruedas traseras del coche que él debía cuidar. La rueda le produjo la amputación del pene, una hemi-castración y el magullamiento del único testículo que le quedaba. Cuando el accidentado bajó de la ambulancia, ya estaba amputado del pene, ya estaba hemi-castrado y lo que quedaba del único testículo que tenía, era insignificante. Cualquiera hubiese dicho que allí no quedaba por conservar absolutamente nada; aun los canales inguinales estaban destruidos en parte.

Sin embargo, hice una plástica en el mismo momento con piel de la parte interna del muslo en la parte que quedaba del escroto. Traté de limpiar eso lo mejor posible, de poner un pedículo vascular en forma que no quedase en torsión y ponerlo ahí adentro. Aquello fué extraordinario; lo único que podía conservar lo conserva.

Dr. García. — A mi juicio, lo interesante de la comunicación del doctor Díaz Castro, es la indicación precisa de la intervención de lo que se llamaba vulgarmente orquitis traumática, indicación que no está sancionada ni generalizada en su hábito corriente.

Habitualmente, en un testículo sin lesión cutánea, que es el caso que nos ocupa, evidentemente el problema es el porvenir de la orquitis traumática. En un órgano que se aborda sin inconveniente de ninguna clase, cuyo riesgo operatorio es mínimo o casi nulo, es natural que se cuide inmediatamente el porvenir de una glándula, cuando ya sabemos que un hematoma, un derrame o una simple contusión de la misma, puede mejorar con un drenaje de la glándula.

Repito, que lo interesante de esta comunicación es la indicación precisa de la intervención.