

DISCUSIÓN

Dr. Iacapraro. — Felicito al doctor Trabucco por los resultados obtenidos en los casos que ha presentado, y quisiera preguntarle si en las intervenciones realizadas él ha intentado agregar, como tiempo operatorio, la pexia del riñón.

Digo esto porque en el Instituto de Urología, donde tengo el honor de actuar, nosotros, sistemáticamente, en toda cirugía conservadora del riñón, como acto final efectuamos la pexia y hago esta salvedad porque precisamente en el primer caso relatado, la causa probable y presunta de la uronefrosis eran compresiones por bridas conjuntivas y posiblemente venosas que provocaban la obstrucción en la porción proximal del uréter lumbar.

Es claro que el tiempo operatorio complementario obligó a realizar una nefrostomía, probablemente por resultados defectuosos en la evacuación pielo-calicial. No quiero afirmar que la pexia hubiera evitado la nefrostomía en el riñón único, pero nuestra experiencia en ese sentido es de gran aliento, dado que en todos los casos similares, donde hemos practicado la uréterolisis con fines de mejorar la situación, la pexia complementaria ha sido de gran beneficio, lo que ha sido confirmado en los urogramas excretorios realizados a los 3 meses y al año.

Por eso, sistemáticamente, practicamos la pexia, no sólo en este tipo de cirugía conservadora, sino aun en la cirugía conservadora de la litiasis. Es un tiempo que prácticamente lo conceptuamos rápido, sin complicaciones para el enfermo y la urografía confirmatoria permite demostrar la perfecta evacuación y la cómoda situación del riñón en una posición siempre alta y perfecta.

ORCO-EPIDIDIMITIS BRUCELOSA SU IMPORTANCIA

Por el Dr. GUILLERMO IACAPRARO

I. — SU IMPORTANCIA

Cuando en materia de diagnóstico diferencial planteamos con frecuencia la posible etiología de procesos infectivos uréteropielorrenales, uretroprostato-vesicales o epididimotesticulares, insistimos en las etiologías frecuentes o probables y, así hablamos, refiriéndonos a la primera, del problema tuberculoso o colibacilar, agregando las infecciones piógenas comunes (estreptococo o estafilococo) y refiriéndonos a la segunda, destacamos el agente neisseriano como el más frecuente y la etiología bacilosa, específica, colibacilar o piógena banal (estafilococo, estreptococo y otros).

Estos datos, reales sin duda, no hacen sino destacar, cómo, en la mente del urólogo no existe en materia de diagnóstico diferencial, casi nunca, la presunción o previsión de despistar lesiones urinarias y genitales, especialmente estas últimas, como de etiología netamente brucelesa.

El doctor Molinelli ha permitido vincularnos a los problemas de la brucelosis enviándonos una serie de enfermos etiquetados como tales y con manifestaciones genitales (orquiepididimarias), entre los cuales, algunos permitieron por el severo estudio realizado afirmar la etiología brucelesa.

1º) La frecuencia de la brucelosis en nuestro país; 2º) el carácter ambulatorio de los enfermos; 3º) las características clínico-semiológicas de las orquiepididimitis brucelesa; obligan al urólogo en materia de síndromes urogenitales, a tener en cuenta y valorar a los efectos del diagnóstico diferencial su existencia en procesos muchas veces desconocidos, antes de intercalarlas en el erróneo casillero de lesiones post-gonococias, colibacilares, piógenas de tipo embolígeno y especialmente tuberculoso.

Aseverando lo manifestado, nos preguntamos:

1º) Con qué frecuencia los urólogos ante un proceso epididimario, agudo, subagudo o crónico, con un síndrome febril, plantea, en materia de diagnós-

tico diferencial, la posible etiología brucelosa? 2º) cuándo, ante un síndrome uretroprostatocervical de tipo agudo o subagudo de difícil interpretación etiológica, trata de despistar la profesión del enfermo para presumir una presunta brucelosis?

Confesemos honestamente que este factor etiológico está lejos de ser considerado por el urólogo; y si bien no pretendemos afirmar que las manifestaciones urogenitales brucelosas son extraordinariamente frecuentes, lógico es afirmar que deben ser siempre tenidas en cuenta y es muy posible que —en ese sentido— a todos nosotros, me refiero a urólogos, nos haya ocurrido mantener como presunta tuberculosis o posible problema colibacilar, verdaderas manifestaciones genitales de una brucelosis frustra o de un proceso localizado, en el sistema genital en plena convalecencia de esta enfermedad.

Podría argumentarse, que el problema bruceloso poco o nada debe inquietar, siendo bien conocida la característica endémica en ciertas partes del mundo y en lo que respecta a nuestro país en ciertas y determinadas provincias, y que es excepcional su hallazgo en los centros o ciudades, en los cuales sólo por excepción puede encontrarse un bruceloso.

Quiero al respecto, transcribir las reflexiones de Harold Harris, cuando en su libro "Brucellosis", destaca: *"Aunque la infección brucelosa humana ocurre generalmente en mayor número, en enfermos de regiones rurales, que en los de la ciudad, donde siempre los productos de leche son utilizados previa pasteurización, no debe sin embargo olvidarse que los residentes de la ciudad, se acercan a la posibilidad de la infección, en las vacaciones, que gastan en regiones donde la leche cruda es frecuentemente consumida. Este hecho parecería ser siempre ignorado"*.

Conceptos generales sobre Brucelosis: Alberto Ruchelli, refiere en su tesis (1), al hablar de conceptos generales de fiebre ondulante, lo siguiente: "Aunque uno de los agentes de la brucelosis, la *Brucella melitensis* (Bruce) fué recién aislada y descripta por Bruce en 1896, la fiebre ondulante aflige seguramente desde hace siglos a la humanidad. Pero fué en 1893 que Bruce designó *Micrococcus melitensis* al microorganismo por él aislado del bazo de un paciente muerto de un padecimiento que Marston, desde 1859, había designado Fiebre Mediterránea o Fiebre de Malta.

Sólo en 1905, Zamit descubrió que era la leche de cabra la principal y, en esa época, única fuente conocida de infección.

Por otra parte, Bang en 1897 aisló de fetos y membranas fetales de vacas abortadas un germen hoy designado *Brucella Abortus* Bang, agente determinante del aborto epizoótico bovino.

Traum en 1914 aisló la *Brucella suis* de fetos de cerdos.

(1) La Fiebre Ondulante en el N.O. de la Provincia de Catamarca.

Estas tres especies de Brucellas son patógenas para el hombre, a quien pueden infectar por la boca o a través de la piel.

Del hombre, como vemos, fué por primera vez aislada la *Brucella melitensis* (Bruce) por Bruce en 1886; *Brucella abortus* (Bang) que según Huddleson fué recién aislada del hombre por Duncan en 1925, y *Brucella suis* por Kaefer en 1924.

Es recién en 1918 en que Alice Evans identifica los gérmenes aislados por Bruce en 1886 y por Bang en 1897.

En 1920, Meyer y Schow confirman esta entidad y crean el género *Brucella*, en el cual los dos microorganismos quedaron comprendidos, así como el de Traum.

Determinada la enfermedad en el hombre por cualquiera de las tres especies, con los síntomas clínicos análogos, es difícil o imposible establecer la especie infectante, sino que la misma brucelosis en general es en ciertos casos sólo posible diagnosticarla con recursos esenciales de laboratorios: hemocultivo, poder aglutinante del suero, intradermorreacción.

Las fuentes de infección son múltiples: Los productos crudos de lechería (leche, manteca, crema, cuajada, quesos frescos) de varias especies de animales (cabra, oveja, vaca) son los principales propagadores de la enfermedad y a ello se une el contacto con los animales infectados y sus excreciones.

Sin entrar en consideraciones de orden bacteriológico o epidemiológico que para el caso no interesan y a los efectos de facilitar el recuerdo indispensable para nuestra finalidad destacamos: que las Brucellas, término genérico que incluye tres tipos de organismos microbianos distintos, la *Brucella abortus*, la *Brucella melitensis* y la *Brucella suis*, son organismos muy pequeños, habitualmente inmóviles. Gram negativos, de tipo bacilar o cocobacilar, que crecen penosamente en los medios de cultivos ordinarios y muy lentamente cuando son aislados de los tejidos. Su tamaño aproximado es: 0,6 a 1,5 micrones de largo por 0,5 a 0,7 micrones de ancho. Fijan débilmente los colores de anilina. No toman el Gram. *El germen se halla extendido en todo el organismo del hombre o animal enfermo: sangre, bazo, hígado, riñón y muy frecuentemente en la orina aún de convaleciente.*

Si bien resultarían interesantes más datos sobre el aspecto bacteriológico, morfológico, cultural, crecimiento, resistencia, propiedades antigénicas y demás, no justifica mayor abundamiento de detalles dada la finalidad de nuestro trabajo.

Estudio clínico. — Recordemos que la "Fiebre Ondulante" se presenta con sintomatología tan variada que muchas veces su diagnóstico clínico se torna casi imposible; por esta razón siempre debe recurrirse al laboratorio, el cual nos pondrá en la pista del verdadero diagnóstico.

La sintomatología puede sintetizarse:

- a) *Síntomas cardinales: fiebre, sudores, dolores o algias, astenia, esplenomegalia, constipación.*
- b) *Síntomas accesorios: anemia, hepatomegalia, orquiepididimitis, adenitis.*
- c) *La sintomatología puede prevalecer: en aparato digestivo, respiratorio, circulatorio, urinario, nervioso o en la piel.*

Evolución de la enfermedad: 1º Un periodo de incubación, muy variable: cifras extremas de 7 a 30 días. No hay predilección por un sexo determinado. El hombre resulta afectado más frecuentemente, porque está más en contacto con las causas de contaminación en ciertas profesiones. Entre los 15 y 48 años prevalece la frecuencia.

2º Un período de comienzo. Insidioso, empiezan los enfermos por sentirse decaídos, febricantes, la temperatura se eleva lentamente, en un principio no guardan cama, hasta que llegan a su período de estado con la sintomatología clásica de esta enfermedad.

3º Un período de estado: La pequeña elevación térmica con que se inicia la enfermedad, se acentúa. El decaimiento se hace más intenso; a los pocos días aparece la transpiración, que puede llegar a ser tan copiosa que justifica el calificativo de algunos para la enfermedad, de "fiebre sudoral". La constipación se establece y ya hay congestión de bazo e hígado denunciada clínicamente. Después de algunos días, la temperatura comienza a declinar. El cotejo sintomático se atenúa; el sujeto llega a la apirexia completa, quedando solamente una gran astenia física. El enfermo acaba de soportar una ondulación febril. Esta mejoría es transitoria: después de unos días, el sujeto comienza nuevamente a sentir fiebre; los síntomas aparecen de nuevo, la transpiración se hace más intensa; aparecen dolores (artralgias); esta onda febril, en general, es más corta que la anterior. Los enfermos pueden soportar desde 1 hasta 8 ó más ondulaciones térmicas, separadas cada una por períodos de apirexia de larga duración, dejando al sujeto cada vez más debilitado y anemiado. Es la forma común algica sudoral.

Convalecencia y curación: Cuando la enfermedad evoluciona favorablemente, los síntomas retrogradan en forma paulatina; la temperatura desaparece. Los sudores disminuyen de intensidad; el bazo y el hígado recobran su tamaño normal; la anemia se detiene; los dolores disminuyen de intensidad y el individuo entra en convalecencia, que puede durar varios meses, especialmente cuando el enfermo ha soportado una infección de largo duración. El último síntoma en

desaparecer es la adinamia. El individuo puede curar completamente sin que la enfermedad deje secuelas.

Duración: La Fiebre Ondulante es de muy larga duración; las ondas febriles pueden sucederse en forma desesperante, sin que nada haga prever cuál será la final, hasta colocar al organismo en una situación precaria de resistencia que cualquier enfermedad intercurrente puede vencer, 20 días es de rara observación, el mínimo observado por Ruchelli ha sido de 60 días. El resto ha oscilado entre 3 meses y más de un año. La duración frecuente media es de 5 a 6 meses; cuenta la duración de la enfermedad desde su iniciación hasta 8 días después de su última onda febril.

Formas atenuadas ambulatorias. Portadores: Corresponde a enfermos que sufren una infección tan benigna que muy difícilmente puede hacerse en ellos un diagnóstico clínico por cuanto faltan los síntomas clásicos de la enfermedad: son las llamadas formas atenuadas o benignas. Las formas ambulatorias en grado más benigno aún, se caracterizan porque los sujetos toleran admirablemente su enfermedad sin acusar mayores molestias a pesar de poder despistarse con un prolijo examen los síntomas clásicos de la enfermedad.

Muerte: La brucelosis es una enfermedad de mortalidad mediana, promedio parecido a la tifoidea. La muerte depende de múltiples factores: virulencia del germen, tiempo de duración de la enfermedad, estado previo de los órganos donde actúa la brucelosis.

Formas clínicas: El síntoma, síndrome u órgano que prevalece en la fenomenología de una afección, cualquiera sea su factor etiológico, justifica las formas clínicas, por ser bien conocidas en las distintas entidades nosológicas de nuestra especialidad.

En la brucelosis las formas clínicas más frecuentemente observadas son:

- 1°) Forma hemorrágica.
- 2°) Forma pulmonar seudotuberculosa.
- 3°) Forma hepática.
- 4°) Forma nerviosa (central, medular o neurorradicular).
- 5°) *Forma urogenital.*

Es el predominio de esas manifestaciones lo que justifica la determinación de la forma clínica correspondiente.

Diagnóstico: El diagnóstico de certitud de la brucelosis es netamente biológico. Exige la investigación de las reacciones biológicas específicas o el hallazgo directo del germen productor.

El estudio de la alergia, las reacciones de aglutinación y la hemocultura son las pruebas imprescindibles para el diagnóstico afirmativo.

En resumen, el diagnóstico de certitud se basa en la determinación de las reacciones biológicas específicas: "test" de aglutinación o intradermorreacción, o en la investigación directa del germen previa cultura. Si bien esta última en general es obtenida e investigada de la sangre, puede intentarse su hallazgo en las heces, *en la orina*, en ciertos tejidos, en los productos de descarga de tipo secretorio, transudados y exudados. El organismo patógeno en esas condiciones debe ser cultivado para su crecimiento en medios especiales bajo condiciones también especiales.

Afirmo y refirmo con la convicción del hecho cierto, de que la brucelosis en materia de problemas urinarios y especialmente genitales, pasa prácticamente inadvertida en la generalidad de los casos, para el urólogo y nunca en la mente del diagnóstico diferencial entra en juego esta posibilidad etiológica.

Quiero repetir a título de honesta declaración que, prácticamente, casi todos los enfermos por nosotros estudiados desde el punto de vista estrictamente urogenital, fueron prolijamente seguidos y referidos bajo la faz epidemiológica clínica y del diagnóstico por el Doctor Ernesto Molinelli. A él casi exclusivamente salvo el aporte de algunos casos aislados, debemos nuestra experiencia; él pudo ser el que me facilitó con comodidad el estudio urogenital de los enfermos con manifestaciones brucelosas, dado que la ficha clínico-semiológica y biológica de los mismos fué llevada con prolijo orden.

II. LOCALIZACION UROGENITAL

Esta localización es conocida desde el comienzo del estudio de la afección. Es así como en el año 1886, Bruce y Huges destacan la relativa frecuencia de lesiones patológicas asentando en las vesículas seminales, en la próstata, en el epidídimo y aún en ocasiones en el testículo. Desde entonces hasta hoy, infinidad de trabajos han confirmado esta afirmación y, como veremos, la localización urogenital de la brucelosis es de importancia tal que para ciertos estudiosos deben ser consideradas las alteraciones de este sistema casi como manifestaciones sintomatológicas del proceso infeccioso.

Durante los últimos años, el tema de la brucelosis urogenitales, ha dividido a los médicos en dos escuelas: en una, aquellos que creen que la brucelosis bien estudiada ya, no se vincula a las manifestaciones urogenitales, y que ellas deben ser consideradas en realidad como complicaciones si no de excepción o rareza, por lo menos de discreta proporción; mientras otros, afirman que desde que Marston en 1859, viviendo en Malta, describiera con el nombre de tal, la enfermedad brucelosa hasta hoy, el germen productor de esta afección no ha sido suficientemente estudiado en las manifestaciones de orden urogenital y que,

sospechar su existencia, confirmarla, despistarla por las manifestaciones de orden urogenital y que, sospechar su existencia, confirmarla, despistarla por las pruebas biológicas, permitirá muchas veces afirmar etiologías de procesos orquiepididimarios de etiología desconocida, que se rotulan erróneamente: epididimitis bacilosa, colibacilar o inespecífica.

El hecho que la brucela ha sido frecuentemente encontrada en la orina de los pacientes afectados de brucelosis, ha sugerido lógicamente la posibilidad de aceptar como relativamente frecuente su localización en el aparato urogenital. Porque en el amplio marco de las variaciones del cuadro clínico de la afección, es indudable que existen muchos, en los cuales la infección se halla en realidad dentro del aparato urinario, siendo ignorado o equivocadamente asignado a otro germen etiológico el síndrome clínico.

Así en 1934, Evans al referirse a la brucelosis, dice: "Es una enfermedad que decepciona; sus síntomas múltiples muchas veces aparentan una enfermedad, muchas veces aparentan otra."

Basset y Smith, allá en 1906 afirmaban que muchos casos de fiebre ondulante habían sido tratados por distintos clínicos como de etiología diversa antes de que el correcto diagnóstico fuera hecho. No es por eso que sorprenda que la localización de la brucela en el aparato urogenital haya sido durante mucho tiempo desconocida. Hardy afirma que la localización urinaria puede muchas veces en ciertos enfermos dar los síntomas iniciales de la enfermedad; y así refiere fenómenos de cistopielitis³ simulando tuberculosis renal en enfermos brucelosos con la confirmación bacteriológica y biológica (gérmenes y reacciones específicas).

Vanwright en 1929 refiere que la orquiepididimitis ocurre en un 20 % de los casos de *Brucella melitensis* y en un 4 % de *Brucella abortus*.

Orr en 1930 dice: "En el 8 % de los brucelosos hay complicaciones genitales confirmadas con culturas positivas en orina y en sangre."

Bierring en 1930 menciona 3 casos de orquiepididimitis. En 1934, Scharp afirma que las prostatitis y vesiculitis muchas veces supurativas son de indudable origen bruceloso; y agrega que en algunos casos de infecciones renales concomitantes, con estados sépticos generales, la insuficiencia renal aguda de etiología brucelosa ha sido la causa determinante de la muerte.

De nuevo en 1934, Simpson destaca "el dolor con hinchazón de los testículos" en el 10 % de los brucelosos.

Herrera Ramos en 1934 observa epididimitis brucelosa en enfermos documentadamente estudiados y confirmados luego por Hormaeche. Cassanello refiere en el mismo año la relativa frecuencia de las epididimitis brucelosas. Piaggio Blanco, Dubourdieu y Lockart refieren últimamente (1940-1941) respectivamente interesantes observaciones de epididimitis brucelosa.

Schuller en 1937 afirma: "Puede haber o no cantidad excesiva de pus en la orina; existir o no dolor en la región renal o vesical concomitante con la existencia de pus, pero es indudable que las complicaciones urogenitales de la brucelosis son frecuentes."

Para Isaac, la epididimitis es frecuente; Harris por el contrario relata dos casos de orquitis en 20 casos de fiebre ondulante y dice: "Rara complicación pero que exige su tratamiento." En una segunda comunicación refiere un estado especial de uretra, con estrechez múltiple, en un enfermo con una vieja gonorrea curada, en el cual el cultivo de la orina y el producto de secreción prostática mostró *Brucella abortus* pura; la clínica, la biología y el laboratorio no permitieron afirmar la existencia de la gonorrea y científicamente la *Brucella abortus* era la responsable de la lesión esclerógena o por lo menos la causante de la exacerbación y exageración del proceso de estrechez.

Buckley en 1938 relata un caso de orquitis debido a *Brucellas* con descargas uretrales en forma de procesos flogísticos subagudos. Boyd en 1938 llama la atención sobre un caso de prostatitis en el que la *Brucella* fué encontrada en la próstata de un hombre que había sufrido 10 años antes una brucelosis y después de la cual el proceso prostático nunca había sido diagnosticado como de la misma etiología; la brucela encontrada en un brote agudo por expresión prostática permitió afirmar el diagnóstico.

"Hoy se afirma que la brucelosis genital masculina, lejos de ser rara es relativamente frecuente y, como decimos, es más un síntoma que una complicación; afirmación concorde con lo aseverado por los veterinarios sobre los frecuentes sufrimientos testiculares en los reproductores atacados de la enfermedad de Bang" (Purriel).

Orquiepididimitis: Dentro del sistema urogenital, son las lesiones del polo genital externo —testículo y epidídimo— las más frecuentemente observadas y es esencialmente la epididimitis brucelosa la complicación genital que para algunos debe considerarse como verdadero síntoma de la enfermedad en estudio.

Si lejos de aceptarse como complicación, se considera como síntoma, no hay acuerdo de opiniones sobre la frecuencia de esta localización y ello es debido en parte como bien afirman Purriel y Rissó a que es necesario tener en cuenta para ello las 3 variedades de *brucellas*: *Melitensis*, *Suis* y *Abortus*.

En efecto, es en la *Brucella melitensis* donde la localización genital ha sido más frecuentemente observada, siendo prácticamente desconocida la epididimitis ocasionada por la variedad *Suis* y relativamente raros los afectados de localización genital por *Brucella abortus*.

Otro hecho, también destacado por los autores anteriormente citados, explica el diferente porcentaje aceptado sobre la localización genital; y es el cri-

terio distinto que se tiene de agrupar los síntomas y considerarlos como tales. Así, mientras algunos sólo aceptan como manifestaciones genitales de la brucelosis las orquiepididimitis auténticas clínica y semiológicamente confirmadas, otros incluyen manifestaciones de menor intensidad en el proceso flogístico, tales como las algias testiculares, espermatorreas, estados de impotencia o anafredisía, agudos y pasajeros accidentes congestivos de la glándula, algias del deferente y prestatovesiculitis congestiva. Es lógico aceptar, que los que incluyen, de acuerdo a su concepto, estas manifestaciones como síndromes genitales, encuentran un porcentaje mayor de brucelosis urogenital que los que aceptan el primer criterio.

El porcentaje de brucelosis urogenital es diverso según los autores: Para Huddleson la brucelosis urogenital es observable en un 5 %. Mitchell y Becher, aceptan la frecuencia de un 20 % a un 22 %. Roger considera que la *Brucella melitensis* es capaz de provocar complicaciones genitales en más de un 35 % (30-40 %). Para el profesor Mazza, maestro en el estudio de la brucelosis, la frecuencia de la localización testicular oscila entre el 8 y el 10 %. Ruchelli, quien entre nosotros es con el profesor Mazza uno de los que más se ha ocupado del tema considera que si se incluyen las manifestaciones testiculares banales tales como las simples algias del testículoepidídimo, el porcentaje de complicaciones testiculares asciende a un 25 %, mientras que si se considera las orquiepididimitis auténticas exclusivamente, el porcentaje medio no es superior a un 8 ó 9 %.

Scharp, en un documentado trabajo, cita el porcentaje del 10 %, observado, de orquiepididimitis de tipo frustró, que aparecen durante el período de estado o en la convalecencia de la enfermedad.

Harris afirma no haber observado complicaciones genitales más que en un 1,3 % a pesar de incluir en su importante trabajo 250 enfermos estudiados con rigurosos centralores biológicos.

Purriel, Risso y Espasandín aceptan que la orquiepididimitis brucelosa se observa escasamente en un 11 %, mientras que el conjunto de síntomas genitales, elevaría la frecuencia a más de un 20 %; el porcentaje referido es considerado sobre un total de 50 enfermos estudiados.

CONSIDERACIONES GENERALES

Edad: La orquiepididimitis brucelosa ha sido observada en cualquier edad. Ello coincide con que la enfermedad misma, puede aparecer lo mismo en el adulto que en el joven, como en el viejo y en el niño y aún están descriptas las manifestaciones de este padecimiento en los lactantes (Mazza y Caro). "Sin embargo, los sufrimientos genitales son frecuentes en la edad adulta, cuando se

ha llevado a cabo el proceso de maduración sexual" (Pluriel). Nosotros, sólo referimos adultos jóvenes portadores de epididimitis confirmando lo aseverado por Purriel. Sin embargo, la orquiepididimitis brucelesa en niños ha sido perfectamente estudiada y cabe destacar los documentados trabajos de los Profesores Mazza y Caro, quienes refieren una localización genital en un niño de escasamente dos años y pocos meses, en que la infección brucelesa databa de casi el primer mes de vida.

Al enunciar Mazza y Caro las características semiológicas de un niño de dos años con epididimitis brucelesa, dicen: "Testículo derecho sin particularidades; el escroto aumentado considerablemente de tamaño, participando el epidídimo en el proceso. La presión de éste determina el llanto del niño, no así la del testículo. La piel del escroto de ese lado es roja, distendida y edematosa. El cordón no duele ni está engrosado; no se aprecia supuración uretral ni enrojecimiento del meato."

Transcribo las reflexiones de los autores, porque, de acuerdo a ellas, parecería deducirse que el proceso más bien que de franca localización testicular corresponde a procesos epididimarios, lo que coincidente con afirmaciones que haremos en el curso del trabajo, estaría en franco acuerdo con todas nuestras observaciones.

Mazza también en un trabajo del año 34, al referir la orquitis tardía en un niño bruceleso, comenta ya en la postconvalecencia de una brucelesis aparentemente curada, la aparición de una orquitis doble, en la cual las reacciones biológicas de aglutinación permitieron sospechar y afirmar después, que eran de la etiología supuesta.

En este trabajo, el autor no destaca las características semiológicas del polo genital externo, no permitiendo en consecuencia poder afirmar si en realidad se trataba del estado flogístico exclusivo de la glándula, o de su órgano excretor (epidídimo).

Epoca de aparición: ¿En qué momento de la evolución brucelesa hacen su aparición las complicaciones genitales, consideradas como tal por algunos, o los síntomas genitales así aceptados por otros? Difieren los autores:

Mientras existen algunas observaciones en las cuales las epididimitis serían características o posibles en el 2º, 3º ó 4º empuje febril de la afección, otros las habrían visto casi exclusivamente en la convalecencia o en un periodo de aparente curación del proceso.

Contrariamente, otros habrían observado el proceso genital como primera manifestación de una sepsis general que luego fuera confirmada como brucelesa.

Estos simples detalles, permiten afirmar que la orquiepididimitis brucelesa puede aparecer en cualquier periodo de la evolución de la infección y es así cómo debe aceptarse:

1° Epididimitis de aparición en el comienzo (Brucelosis a forma clínica genital).

2° Epididimitis en el curso de un brote febril (Período de estado).

3° Epididimitis en pleno período asintomático o en la convalecencia.

Es muy posible, como afirma Purriel, que "las formas de orquiepididimitis de comienzo, estén de acuerdo con el período septicémico de iniciación de la enfermedad, mientras que aquellas de aparición en el período de estado o en la convalecencia, sean en realidad determinadas por verdaderos brotes o empujes de causa hematógena, que fuera de toda duda, sobrevienen en ésta como en cualquier otra infección de propagación sanguínea".

Nuestra experiencia en este sentido es cómoda en afirmaciones. La mayoría de los enfermos observados han manifestado este proceso orquiepididimario en pleno período evolutivo de la afección, considerando como tal el curso de una curva febril. En 3, coincidió la epididimitis crónica, con la convalecencia, lo que hizo sospechar de que pudiera tratarse de procesos infecciosos ajenos a la manifestación brucelosa anterior posiblemente curada o desaparecida.

En un caso, el proceso genital se inició coincidiendo con las características clínicas de la brucelosis en su iniciación.

Localización genital: Deliberadamente, no hemos especificado ni aclarado si la complicación genital de la brucelosis, es en realidad una epididimitis, una orquitis o una orquiepididimitis.

Si referimos, serenamente, el estudio clínico y semiológico de los casos documentados y bien estudiados y agregamos los nuestros, estamos autorizados a afirmar que en realidad la complicación genital frecuente y casi diríamos exclusiva, es la epididimitis brucelosa y cuando el proceso engloba todo el contenido escrotal, constituye en realidad una orquiepididimitis cuya propagación ha sido posiblemente del epidídimo a la glándula y no de la glándula al epidídimo.

Todos nuestros enfermos con localización genital han respondido a epididimitis puras.

Afirmamos con la categoría del prolijo estudio semiológico, que en ningún caso hemos constatado inflamación de la glándula con integridad del epidídimo, hecho que desde el punto de vista patogénico, tiene, como veremos, fundamental importancia.

Huges nos acompaña al no creer en la existencia de la orquitis brucelosa sin epididimitis, encontrando en dos ocasiones Brucella abortus en el líquido de drenaje de una epididimitis supurada fistulizada.

Patogenia: El hecho de la posible localización epididimaria del proceso en su iniciación, tiene gran valor desde el punto de vista patogénico. No estamos

por supuesto, autorizados para afirmar, pero sí recordar, que todas las manifestaciones que por vía sanguínea se embolizan en el polo genital externo (testículo epidídimo), como son las complicaciones genitales infecciosas, afectan esencialmente la glándula, principal o exclusivamente.

Así como la orquitis reconoce siempre o casi siempre una infección de tipo embolígeno, por el contrario la epididimitis, cualquiera sea su etiología, reconoce siempre una vía de propagación canalicular o linfática pericanalicular (deferencial) y es por ello que cuando hablamos o enseñamos la propagación de un proceso epididimario en la blenorragia o en la tuberculosis para referirnos a las más importantes y frecuentes, siempre destacamos la investigación de los focos prostatovesiculares como iniciales del proceso y la deferentitis (vía canalicular y perideferencial) como trámite y vía aceptada de propagación.

Y ello ha tenido en nuestros enfermos con respecto al proceso bruceloso genital, amplia confirmación. En efecto, en varios hemos podido constatar manifestaciones clínicas de uretroprostatocervicitis, coincidentes con el proceso epididimario inflamatorio. *El examen semiológico de la micción y del "carrefour uretropróstatocervical" (tacto rectal), ha permitido confirmar la existencia de lesiones próstatovesiculares.*

Por eso, asimilando unos hechos a otros podemos, sin pretender afirmarlo, porque nos falta la serena observación de muchos casos más, sospechar que la epididimitis brucelosa no es más que la manifestación de propagación en el polo genital externo de un proceso inicial existente en el polo genital interno (próstata o vesícula). Y, si aceptamos que, según su aparición en el período inicial, de estado o de convalecencia, la infección genital se hace por brotes, empujes o embolias de tipo hematógeno, es lógico presumir como vía patogénica del proceso:

1º *Embolia sanguínea al sistema próstatovesicular, primitivamente.*

2º *Propagación epididimaria por vía deferencial y perideferencial (canalicular y linfática), secundariamente.*

Confirmaríamos en la patogenia del proceso, lo que acontece en la propagación de las complicaciones genitales de la tuberculosis y de la gonococcia. *Hecho que se ratifica al afirmar que las lesiones epididimarias brucelosas, son predominantes o exclusivas en la cola del epidídimo.*

Esta afirmación patogénica tiene un factor que la certifica. No podemos aceptar como embolización sanguínea directa la localización epididimaria; lógicamente la irrigación sanguínea del testículo mucho más rica e importante está más vinculada al sistema circulatorio general que la del epidídimo que constituye un simple vector de los productos de secreción externa de la glándula.

Estas reflexiones, de cierto carácter original, las hemos podido traslucir en los comentarios de casos clínicos aislados, sin referir el trámite patogénico. Ello no invalida la posibilidad de la orquitis brucelosa primitiva en casos auténticos hoy referidos: todo proceso infeccioso general puede provocarla con carácter de frecuencia o excepción de acuerdo al agente microbiano, siendo la orquitis más que la epididimitis una complicación embolígena directa de una sepsis cualquiera.

Así refieren Lowsley, Hinman, Smith y Gutiérrez en su cuadro estadístico al destacar los factores etiológicos de las orquitis infecciosas: tifoidea, sífilis, viruela, escarlatina, sarampión, difteria, tonsilitis, malaria y "fiebre mediterránea".

Formas clínicas: La epididimitis u orquiepididimitis brucelosa de acuerdo al tipo clínico, puede evolucionar en forma similar a procesos de otra etiología: aguda, subaguda y crónica.

Las formas aguda y subaguda, corresponden en su aparición a manifestaciones genitales de un proceso que se inicia en enfermos en estado de sepsis aguda, en pleno período de brote febril.

La epididimitis crónica, parecería corresponder a manifestaciones genitales en estados de convalecencia brucelosa o apareciendo en intervalos de brotes febriles en períodos evolutivos. Este hecho afirmado por muchos, hemos podido también confirmarlo.

Epididimitis aguda: "Se presenta en general, con empujes intensos de tipo general en sujetos vigorosos que han contraído recientemente la infección, o que actúan en medios propicios al contagio bruceliano. Se inicia en relación con un cuadro infeccioso general característico de infección bruceliana y cuya sintomatología clínica hemos recordado en los primeros apartados del trabajo.

Su primera manifestación es funcional: dolor funicular a nivel de las raíces de los plexos o en la intimidad del complejo noble escrotal. Rápidamente, en pocas horas, aparece la tumefacción epididimaria de tipo agudo, caliente, con intenso dolor, impotencia funcional, en ocasiones con enrojecimiento de los planos superficiales, los cuales no obstante, *quedan siempre libres, como lo destacan todas las observaciones.*

En efecto, el ligamento escrotal está libre en todos los casos. Como consecuencia de esta característica, los órganos genitales propiamente dichos son siempre fácilmente accesibles, si se obvian las causas derivadas del dolor propio de la flogosis en el momento de la exploración.

Dentro del complejo formado por ellos, se diferencian las partes con nitidez en todos los casos, lo cual supone la posibilidad de hacer una exploración de la

localización específica del proceso e implícitamente demuestra ausencia de lesión de vaginalitis muy intensa en cuanto a derrame.

"La palpación permite decir que se trata siempre de epididimitis solamente. El órgano testicular es siempre o casi siempre normal en su forma, tamaño, consistencia y sensibilidad. Esta última es la única que en ocasiones puede alterar la semiología normal de la glándula, encontrándose ligeramente acrecida" (Purriel, Risso).

El epidídimo por el contrario, aumentado en su totalidad, señala sin embargo diferencias ostensibles en sus diversas regiones: cola, cuerpo o cabeza. En efecto, la cola aparece siempre tomada en forma de un nódulo más grueso, de superficie lisa, en ocasiones irregular y de tipo nodular en otros, de tamaño variable, pudiendo oscilar desde una pequeña aceituna al de una ciruela.

El cuerpo, que siempre participa del proceso en general, se manifiesta menos percutido por la inflamación. La cabeza del epidídimo que en ocasiones se halla francamente engrosada con las características de la cola, en otras es posible constatar su completa indemnidad.

La semiología del epidídimo bruceloso nos permite afirmar y confirmar hechos destacados por otros. La cola es el sitio de predilección y, si bien las lesiones pueden difundirse en todo el órgano, ella es asiento principal y primordial. Tiene las mismas características que el proceso gonocócico y el tuberculoso, afirmando con ello la vía patogénica: vesícula seminal, deferente y cola de epidídimo.

Se identifica así en su proceso de propagación canalicular y deferencial, con la gonococcia y la tuberculosis del epidídimo.

La vaginal invadida en ocasiones denuncia su estado inflamatorio por un derrame, que en general nunca es muy abundante, por lo cual su pinzamiento es siempre fácil de practicar. En una observación nuestra, la vaginalitis aguda (transiluminación negativa) era de discreto desarrollo, lo que exigió para el prolijo estudio semiológico del epidídimo: la punción y evacuación.

Afirmamos que en los dos casos constatados de vaginalitis, las características del líquido contenido correspondían a los exudados (proceso inflamatorio), confirmado por las reacciones químicas y previsto por la diafanoscopia negativa.

El estudio del funículo también tiene su importancia. En ocasiones tiene caracteres de absoluta normalidad, en otros hallamos un franco deferente alterado y en uno hemos tenido la certidumbre de que podía, semiológicamente, homologarse a la deferentitis moniliforme o en rosario que caracteriza al proceso baciloso.

El ligamento escrotal siempre libre

El examen del polo genital interno en los casos de epididimitis aguda ha permitido confirmar la supuesta patogenia de la vía deferencial. En efecto, a veces el síndrome del enfermo por un lado y las manifestaciones constatadas por otro, permitieron despistar la existencia de una próstatovesiculitis en general de discreta intensidad.

Dato importante confirmado es la aparente contradicción entre el síndrome relatado por el paciente y el aspecto de la orina. Es así como enfermos con ardores, exacerbados al final de la micción, con discreta polaquiuria, con tenesmo vesical y vesicorrectal, con alteraciones de próstata y de las vesículas seminales denunciadas al tacto, mostraban orinas macroscópicamente claras, límpidas, cuyo examen bacteriológico afirmaba la ausencia de pus.

Evolución: La epididimitis aguda brucelosa en general es de evolución favorable. "El retroceso del cuadro agudo de la bolsa es de regla en el curso de una o dos semanas y coincide la mejoría de la complicación genital con la mejoría de los síntomas generales del brote agudo febril, con el cual, hemos dicho, coincide.

Sin embargo, las manifestaciones subjetivas del enfermo no están de acuerdo con la facilidad del retroceso del cuadro local, el cual se ha manifestado siempre mucho más lento en la regresión del estado inflamatorio para alcanzar la recuperación normal anatómica de los órganos (Purriel).

En efecto, es un hecho importante, casi diríamos diferencial entre el proceso en cuestión y los gonocócicos y tuberculosos: la posibilidad de obtener en un tiempo más o menos largo, la regresión del proceso inflamatorio hasta obtener después de 1, 2, 3, 4 ó 5 meses, epidídimos con todas las características semiológicas de la normalidad, dejando en ocasiones como recuerdo del proceso flogístico, muy pequeños nódulos diseminados.

Lo mismo acontece con el deferente y la vaginal cuando están incluidos en el proceso inflamatorio, regresando a la normalidad.

Dicen Purriel y Risso, que en general "coincidente con la epididimitis aguda, los problemas de apetito sexual, la erección y la impotencia aparecen muy comprometidos durante la época del empuje genital y durante la época subsiguiente e inmediata".

Estos hechos han sido comprobados solamente en algunos de nuestros enfermos.

Epididimitis crónica: "Se ha presentado en sujetos que arrastran estados febriles discretos, acompañados de astenia, mialgias desde un tiempo anterior, variable, pero siempre bastante prolongado. En ocasiones han tenido acentuación de la sensibilidad del escroto, sea de un solo lado o de los dos, pero sin que ello

haya dificultado las tareas habituales del sujeto, limitándose a las molestias en los movimientos o en la estación de pie.

Cuando el enfermo se decide a consultar, sea en razón de los dolores temporariamente o de una tumefacción discreta, ya existe el cuadro constituido con todas sus piezas: planos superficiales libres con las características semiológicas a la inspección y palpación de absoluta normalidad, deslizándose libremente sobre el complejo de órganos nobles en forma normal.

El epidídimo, apenas engrosado presenta en su superficie una serie de nódulos pequeños como cabeza de clavo, muy parecidos a los de albuginitis sífilítica o tuberculosa, diseminados, indolores y de aspecto diverso.

Estos nódulos, en ocasiones, se extienden a lo largo del funículo y así como en ocasiones parecen rodear al deferente, dándole un aspecto francamente moniliforme, en otros ascienden en el trayecto de la porción anterior del funículo rodeando los vasos que constituyen el paquete anterior.

Esas nudosidades pueden ser observadas también a nivel de la superficie del testículo y en el surco de separación de la glándula con el epidídimo.

Estas características semiológicas de tipo nodular parecerían corresponder evidentemente a un proceso limitado de franca albuginitis.

El ligamento escrotal libre, el funículo con las características nodulares denunciadas, el deferente ligeramente engrosado o rodeado de los mismos nódulos, incluido en un funículo normal o a veces de tipo nodular.

El pelo genital interno próstatovesicular sin lesiones llamativas a la exploración semiológica fundamental (tacto rectal). Las orinas claras, en ocasiones límpidas. Síndrome semiológico de tipo urinario, negativo: el enfermo no siente ardores ni dolores miccionales.

Estas manifestaciones de epididimitis crónica, por cuyas características no se piensa en la posible etiología brucelosa, impiden muchas veces llegar al diagnóstico y hacen compleja la certificación de su etiología y ello se exagera con el carácter inespecífico de su estudio anatomopatológico. En efecto, si los exámenes biológicos, las reacciones de hemocultura, aglutinación y de alergia resultaran francamente negativas, no sería la histología la que podría dilucidar o develar la etiología del proceso. El protocolo anatomohistológico referido por Hardao en un enfermo operado por el Profesor L. A. Surraco, dice: *“La lesión y el proceso, ocurre íntimamente en el epidídimo: proceso inflamatorio inespecífico, subagudo, con ciertas particularidades a señalar: en primer término pequeño absceso microscópico central de contornos irregulares. Contenido formado por grupos necróticos, leucocitos, piocitos y trama fibrinosa marcada. El todo, rodeado por un tejido de granulación joven, en forma de cápsula envolvente, con abundantísima infiltración linfocitaria y leucocitaria. Esta infiltración se extiende alrededor*

de los vasos sanguíneos. El tejido tubular epididimario sólo muestra infiltración linfocitaria".

Lasnier sobre un corte de pieza epididimaria operatoria, informa: "Proceso purulento a predominio de polinucleares y mononucleares, circundado por tejido de esclerosis difusa, limitando el proceso. Escasos nódulos con células gigantes y epitelioides que podrían hacer pensar en etiología tuberculosa o sifilítica si no existiera Wassermann negativa e involución espontánea. El pus del epidídimo ha desaparecido en toda la altura del proceso".

Estos escasos documentos, son de los pocos hallados en lo que respecta al estudio anatomopatológico en la manifestación epididimaria de determinación bruceliana, pues siempre en general evoluciona favorablemente.

Sólo el error en la interpretación del factor etiológico justificaría una epididimectomía en una epididimitis crónica brucelosa no fistulizada, rotulada como bacilosa.

COMENTARIOS

El estudio de las epididimitis no específicas es evidente que se ve enriquecido con el aporte de esta etiología. En efecto, si serenamente pensamos en las reflexiones que hacemos, ante los procesos epididimarios de tipo flogístico, a fuerza de honestidad, diremos que ante una epididimitis auténticamente no gonocócica, nuestro recuerdo siempre o casi siempre se limita a la etiología bacilosa o colibacilar y excepcionalmente piógena vulgar (estafilococo, estreptococo). Sin embargo, es muy posible que a muchos de nosotros, la etiología bruceliana de una epididimitis nos haya pasado por alto sin haberla sospechado, ni siquiera supuesto. Para poder despistar y diagnosticar una enfermedad es imprescindible conocer su existencia: viejo adagio médico. La mayoría de los trabajos sobre epididimitis u orquiepididimitis como manifestación bruceliana, señalados por los autores como proceso flogístico del complejo noble de la bolsa, no dan características semiológicas en detalle ni revelan la evolución de las mismas.

Ello es bien explicable: como síntoma o complicación, la epididimitis y orquiepididimitis bruceliana es vista y asistida por epidemiólogos que refieren vagamente las características semiológicas del proceso como por ejemplo, las complicaciones genitales en el curso de una enfermedad urliana, escarlatina o tifoidea. Los urólogos por excepción, somos llamados a vincularnos con esas complicaciones de enfermedades infecciosas, agudas, no ocurriendo lo mismo con la brucelosis, la que en su complicación genital de tipo crónico especialmente, sorprende a los enfermos en franco estado ambulatorio y pueden ellos más que por su enfermedad originaria, por sus complicaciones genitales concurrir a los consultorios de urinarias donde al ignorar la posible etiología, desconocemos el valor preponderante de su estudio y tratamiento.

Es lógico pensar que, dentro del terreno afectado por la brucelosis, las manifestaciones genitales, como complicación pueden aparecer en:

1º *Brucelosos en los que aparecen complicaciones del polo genital externo vinculados exclusivamente a la infección brucelosa.*

2º *Brucelosos en los que aparecen complicaciones del polo externo, en relación con otras infecciones, ya estén situadas en el sistema genital (uretroprostatovesicular) o fuera de él (aparato urinario alto), sean ellas de naturaleza piógena vulgar o específica (colibacilar o bacilosa).*

3º *Brucelosos en los cuales la complicación del polo genital externo obedece a una causa mixta, la brucelosis, más el agregado de una complicación por una infección ajena simultánea o intercurrente situada en el sistema urinario.*

El problema, de por sí complejo para la primera categoría de enfermos, se exagera para la segunda, y se hace prácticamente imposible de dilucidar para el tercer grupo; si bien desde el punto de vista teórico y estrictamente científico debemos tenerlas presentes.

NUESTRA EXPERIENCIA Y OBSERVACIONES

De 16 brucelosos asistidos con lesiones urogenitales, 13 corresponden a enfermos seguidos con el Doctor Molinelli, por él enviados y en los cuales *la ficha de brucelosis está documentada por el minucioso estudio clínico y la confirmatoria prueba biológica*: 13 de los 16 han manifestado su proceso genital en pleno período de estadod e la brucelosis (brote febril), 3 en la convalecencia.

Las manifestaciones urogenitales observadas, han exigido el prolijo estudio para deslindar:

- 1º La etiología brucelosa del proceso genital.
- 2º La etiología no brucelosa de un proceso genital en un bruceloso.
- 3º Lesión urogenital en un bruceloso con antecedentes genitales de etiología diversa en general gonocócica.

No todos los problemas planteados han podido ser resueltos satisfactoriamente; 7 de nuestros enfermos con lesiones urogenitales brucelosas destacaron la negatividad de todo antecedente venéreo: en los restantes la confirmación de brucelosis, fué afirmada porque *todos los exámenes de investigación biológica y de laboratorio resultaron negativos para las distintas etiologías conocidas.*

Los 16 enfermos, hombres de edad media, adultos jóvenes entre 21 y 55 años, todos sin excepción vinculados: 1º, por la profesión al posible contagio (obreros de frigoríficos y mataderos, veterinarios (2)), dos de ellos del Matadero

Municipal): 2º. provenientes de zonas de provincias donde la afección es endémica.

Insistimos que 13 enfermos presentaron su síndrome urogenital en pleno período de estado de una brucelosis confirmada biológicamente.

El detalle de nuestros enfermos es:

- 10 epididimitis:
- 3 próstato-vesiculitis:
- 2 uretro-próstato-cistitis:
- 1 vesiculitis y funiculitis.

En 7, la etiología brucelosa fué exclusiva: no existía en los antecedentes lesión venérea alguna ni proceso baciloso, personal ni hereditario y con reacciones negativas (Wassermann y Kahn).

De los restantes, en 8, antecedentes venéreos francos y en 1 pasado pleuro-pulmonar de supuesta etiología tuberculosa.

Sin embargo, al insistir y rotular a los 16 enfermos como brucelosos, lo hacemos en base: 1º A haber comprobado que en el momento del examen las pruebas del diagnóstico bacteriológico vinculadas a la gonococcia y a la tuberculosis eran negativas; 2º La complicación urogenital en plena brucelosis evolutiva (síndrome infeccioso general).

Epididimitis: 10 enfermos: la evolución clínica corresponde:

- 5 de evolución subaguda:
- 4 de evolución crónica:
- 1 de evolución aguda.

En todos, la lesión era unilateral, detalle en nuestro concepto de importancia para el diagnóstico diferencial con la tuberculosis. Del lado opuesto, normalidad en el contenido escrotal, excepto en dos, donde existían reliquias de un epidídimo enfermo de etiología gonocócica. Corresponden estos últimos, a dos de los enfermos citados con antecedentes venéreos: 7 epididimitis izquierdas: 3 derechas, es el porcentaje de lado.

Referido el síndrome genital al período evolutivo de la brucelosis tenemos que:

- 7 aparecen en franco período de estado de la enfermedad:
- 2 durante el período de la convalecencia y posible curación:
- 1 coincidiendo casi con el período inicial de la brucelosis: diríamos: forma genital de brucelosis.

Relacionando la variedad clínica con el período de brucelosis, corresponden: al período de estado los 5 subagudos, 1 agudo y 1 crónico, las 3 epididimitis crónicas restantes, observadas en la convalecencia.

CARACTERES SEMIOLÓGICOS

Epididimitis aguda: No tiene caracteres semiológicos específicos. Corresponden a las características de la epididimitis aguda común, esencialmente, como ejemplo, a la gonocócica.

Epididimitis aguda en un infeccioso general con el diagnóstico de brucelosis son las características salientes. Como dato urológico importante: la vesícula correspondiente palpable, orinas claras y negatividad de toda sintomatología miccional patológica.

La lesión, a predominio en cola, abarcaba todo el órgano. Discreta reacción vaginal. Deferente, engrosado y doloroso.

Epididimitis subaguda: 5 son las observaciones. En 3, franca localización en cola: 2 lado derecho; 1 izquierdo. Epididimo engrosado, superficie irregular, doloroso, planos superficiales libres, igualmente el ligamento escrotal. Ligero aumento de la sensibilidad testicular. En 1, próstata ligeramente aumentada de volumen, dolorosa, orinas claras, ligero ardor y tenesmo vesical. En los dos restantes, izquierdos también, la alteración incluye: cola, cuerpo y cabeza, con franco predominio de la cola. En 2, evidente deferentitis y reacción vaginal discreta. En todos, testículos sanos con caracteres normales.

Epididimitis crónica: En número de 4, todas en la cola: 2 izquierdos y 2 derechos. En 2 franco proceso de discreta deferentitis, en 1 tendencia moniliforme. Exceptuada la ausencia de fistulización y la no adherencia a los planos superficiales, se diría que presenta las características de la epididimitis tuberculosa o colibacilar crónica común.

En los 4, la vesícula seminal correspondiente palpable, sin características semiológicas llamativas ni dignas de mención. Ausencia de otro síntoma urinario o alteración miccional. Orinas claras. Antecedentes blenorragicos en 3 que databan de tiempo, clínicamente curados, no habiendo tenido en su proceso anterior complicación epididimaria alguna. En el momento del examen, las pruebas de laboratorio y la investigación microbiana negativa para la gonococcia.

Como síntesis referimos:

- 1º Factores que fundamentan la base del diagnóstico de brucelosis urogenital.
- 2º Caracteres y diagnóstico diferencial de la brucelosis con la tuberculosis urogenital en su forma clínica, subaguda y crónica, remitiendo en los hechos que destacamos nuestra experiencia.

Orquiepididimitis brucelosa. Bases para diagnóstico

1º Criterio epidemiológico: De valor fundamental. La profesión o el trabajo contaminante es factor determinante en las posibilidades de contagio.

Nuestra experiencia dice: 10 enfermos, factor epidemiológico confirmado en todos.

2º Edad: Adulto joven el más frecuentemente afectado. El lactante, el niño, el viejo y el enciano pueden presentarla. *Nuestra experiencia dice: 10 enfermos. Todos adultos jóvenes de 21 a 55 años.*

3º Epoca de aparición: 1º El período de estado de la infección coincidente con un brote febril. 2º Precoz. Como primera localización del síndrome infeccioso (Forma genital del a brucelosis). 3º Tardía. En la convalecencia o después. *Nuestra experiencia dice: 10 enfermos: 6 en período de estado, 1 precoz, 3 tardío.*

Forma clínica: Aguda, subaguda y crónica. Cada una, con las características comunes al proceso flogístico genital de cualquier otra etiología. *Nuestra experiencia dice: 10 enfermos: 5 subagudos, 4 crónicos, 1 agudo.*

Diagnóstico diferencial: No existe carácter semiológico específico de lesión brucelosa. La forma subaguda y crónica exige fundamentalmente diferenciarla de la tuberculosis.

Nuestra experiencia permite dar originalidad al siguiente esquema diferencial:

BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS DEL EPIDIDIMO

(F. subaguda y crónica)

Caracteres y diagnóstico diferencial. Esquema personal (1)

BACILOSIS

BRUCELOSIS

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1º Lesión bilateral (frecuentemente). | 1º Lesión unilateral. |
| 2º Poco dolorosa. | 2º Poco dolorosa. |
| 3º Tendencia a propagarse al testículo. | 3º No se propaga al testículo. |
| 4º Tendencia a la abscedación. | 4º Tendencia a la curación. |
| 5º Fistulización. | 5º Ausencia de fístulas escrotales. |
| 6º Ligamento escrotal adherido y englobado. | 6º Ligamento escrotal libre. |
| 7º Discreta vaginalitis. | 7º Discreta vaginalitis. |
| 8º Nódulos prostatovesiculares. | 8º Nódulos prostatovesiculares. |
| 9º Deferentitis moniliforme. | 9º Deferentitis. |
| 10º Evolución muy lenta y torpida. | 10º Evolución en general rápida. |

(1) Caracteres diferenciales sugeridos por propia experiencia.

| | | | |
|--|----------------------------|------------------------------|---|
| Diagnós- tico | } Antecedente baciloso. | Diagnós- tico | } Coincide período estado de bru- celosis. |
| | | | |
| } Hemocultura. | | | |
| | | } Aglutinación. | |
| | | } Intradermorreacción | |
| | | } Índice opsónico. | |
| Tratamiento: Muchas veces quirúrgico: <i>Epidididectomía.</i> | | Tratamiento: Siempre médico. | |

EVOLUCION

Nuestra observación de brucelosis genitales data de más de dos años y medio: en este lapso, algunos de los enfermos han sido seguidos regularmente en forma periódica.

Epididimitis: Los procesos subagudos y agudos evolucionaron con la rapidez habitual con que ceden estas manifestaciones genitales, cuando oportunamente tratadas no acrecen en complicaciones. La regresión mucho más rápida en la sintomatología subjetiva y dolor, fué más lenta en la regresión somática. los núcleos persistieron durante algún tiempo casi comparable a la evolución de una epididimitis gonocócica. *La regresión a la normalidad es más evidente.*

En 2, el epidídimo, después de 1½ mes, tenía casi caracteres semiológicos normales, pequeñísimo núcleo residual en cola.

La epididimitis crónica, de cómodo tratamiento ambulatorio, exigió pocas indicaciones terapéuticas. Lenta pero segura regresión, no manifestó en dos de los enfermos sino escaso núcleo residual al cabo de dos meses y medio. Los otros dos no volvimos a verlos.

TRATAMIENTO

El Doctor Molinelli siguió el tratamiento general de los pacientes con ficha de brucelosis, en los cuales la parte genital era desde el punto de vista clínico-semiológico de interés primordial y la parte terapéutica subordinada al tratamiento de orden general agregando la medicación sintomática conveniente en cada caso.

1º Tratamiento general.

2º Tratamiento sintomático.

3º Tratamiento químioterápico (colorantes, tripaflavina, *salvarsánicos* y *sulfamidas*).

4º Tratamiento específico } Vacunoterapia.
 } Seroterapia.

La brucelosis tratada hoy con muchos medicamentos, certifica que todavía ninguno es eficaz para asignarle carácter de específico-curativo.

Al proceso genital se instituyó la medicación sintomática habitual, a toda flogosis orquiepípidimaria agregándole, como medicación de relativo poder específico, los *salvarsánicos* y las *sulfamidas*.