

TRABAJO ORIGINAL

Hospital Rawson, Servicio del  
Profesor Dr. B. MARAINI

Instituto de Medicina Experimental  
Director: Profesor Dr. A. ROFFO

Por el Doctor

GUILLERMO IACCAPRARO

DIAGNOSTICO CLINICO PRECOZ  
EN LOS TUMORES DE TESTICULO.  
SU IMPORTANCIA

**C**REO de sumo interés recopilar en un capítulo breve, los distintos elementos que poseemos hoy para poder llegar en materia de tumores de testículo, a un diagnóstico precoz, teniendo presente la extrema gravedad que esta localización neoplásica significa y lo inútil de toda terapéutica por más radical que ella sea cuando la lesión se halla clínicamente en su período de estado.

Todo neoplasma de testículo, presenta en su desarrollo, un primer período durante el cual pasa en absoluto desapercibido.

Esta primera faz insidiosa, puede en su duración ser larga, a veces muy larga; el testículo estar totalmente invadido, sin que el enfermo halla sentido molestia alguna.

Podemos casi afirmar que este período insidioso tan largo, asintomático es el que hace desesperante el pronóstico de los tumores de testículo.

Desesperante por su silencio, el enfermo no sufre, no se percibe del aumento lento, casi insensible del testículo, no lo nota ni se queja. Ya durante este tiempo las vías linfáticas abiertas pueden haber permitido la invasión ganglionar lumbar haciendo ya inútil toda tentativa de curación.

Por dos síntomas vienen los enfermos a consultarnos: el tumor o el dolor.

El tumor a veces voluminoso, un huevo de gallina o más, que durante meses ha sido tratado por un farmacéutico o idóneo con suspensor y pomadas por tratarse de un presunto "hidrocele".

El dolor no muy frecuente, se manifiesta en general en forma de "inquietud escrotal" sensación de peso: En ocasiones el dolor puede ser intenso irradiado a la región inguinal y lumbar.

Al período insidioso sigue el período de estado: la sintomatología es simple y sencilla.

Testículo tumoral: la inspección muestra un escroto flexible, elástico, coloración normal; la mano que toma al tumor nota sensación de pesantez, tumor liso ovoide, regular, de tamaño variable. La cavidad vaginal es libre, sin adherencias, a veces contiene poco líquido. Consistencia del tumor en general uniforme, firme, en ocasiones elástico, blando, muchas veces fluctuante.

El examen manual del testículo tumoral a veces doloroso, en general es apenas sensible. La sensibilidad propia testicular ha desaparecido o persiste en ciertas zonas donde existe aún albuginea y tejido glandular respetado.

El tumor es opaco a la diafanoscopia.

El cordón aparentemente sano, flexible, elástico, un poco más grueso que el del lado opuesto, explicable por el simple aumento de la circulación testicular y por esto que las venas ectasiadas originan un discreto varicocele, y la arteria espermática late entre los dedos en forma más neta que normalmente.

El examen urinario es en este período negativo. La palpación abdominal no denota nada anormal en la región de los ganglios lumbo aórticos.

El estado del enfermo excelente.

En consecuencia en la primera faz del período de estado, únicamente llama la atención el testículo tumoral. Sin embargo, ya la lesión no está localizada simplemente a la glándula, a través de las vías linfáticas, la embolia neoplásica maligna gana la vaina ganglionar lumbo aórtica.

La extensión local del tumor, se traduce por aumento progresivo del volumen del testículo, el epidídimo se alarga, se aplica íntimamente sobre él, se hace imperceptible, salvo a nivel de su cabeza, sitio donde resulta relativamente fácil reconocerlo.

La extensión a distancia se realiza sordamente, sin que el enfermo sienta nada a nivel de la región lumbar, sin embargo, la palpación profunda a este nivel denota una resistencia especial, vaga, producto de gruesas masas neoplásicas ganglionares.

El cordón también invadido, se engrosa, pierde su flexibilidad, no se deja traccionar como normalmente y a su nivel pueden palpase núcleos duros.

Los elementos que lo constituyen es difícil individualizarlos, el deferente normal llega a palpase en la parte posterior del cordón, pero en la porción anterior del mismo los vasos se hallan envainados en un empastamiento mal limitado, con zonas duras, infiltrativas.

El cordón invadido especialmente en su porción inferior, escrotal, constituye una masa que continúa sin límites formando cuerpo con el polo superior del tumor testicular.

La infiltración del cordón puede llegar al orificio inguinal, y aun sobrepasarlo en pleno trayecto inguinal, queda así el tumor escrotal como implantado en la pared del abdomen, por pedículo semi-rígido que le limita o anula toda movilidad.

Siguiendo su evolución espontánea, el tumor invade la albugínea, se forman adherencias en la vaginal, se fusionan ambas hojas, la piel se adhiere ligeramente, sobre todo adelante y abajo, se enrojece y se ulcera.

La ulceración se observa excepcionalmente, en tumores de larga evolución, muy voluminosos, y no debemos ni recordar esta especie de "fungus maligno" de bordes evertidos duros y fondo sanioso sangrante y esfacelado.

Los ganglios inguinales, tributarios sólo del tegumento escrotal, se invaden, forman masas que no se ulceran.

El tumor abdominal ganglionar enorme, saliente, a veces visible a la simple inspección abdominal ocupa gran parte o todo el abdomen superior, en general muy duro, inmóvil, de superficie francamente irregular y retrointestinal.

Los enfermos mueren en caquexia profunda, sin que el tumor testicular llegue a ulcerarse. La generalización es posible en cualquier órgano, frecuentemente pulmonar; agregándose al cuadro la intensa disnea y expectoración hemorrágica.

Esta descripción somera se aplica a la generalidad de los tumores de testículo librados en su curso a la evolución espontánea.

Existen, sin embargo, ciertas formas clínicas bien individualizadas a saber: forma inflamatoria, hidrocele sintomático, ganglionar, ectópica.

Forma inflamatoria: Monod y Terrillon, Lagrange y otros han visto formas agudas de cáncer testicular en el cual la marcha rápida simulaba una orquitis aguda.

En general se observa rara vez, y lejos de ser frecuente, se ve más a menudo, en el curso de la evolución habitual de un neo testicular, "poussés" netamente inflamatorias, dolorosas, agudas, con edema y enrojecimiento de tegumentos. Estos "accidentes" agudos obedecen probablemente a procesos infecciosos agregados, se disipan con terapéutica habitual y el tumor sigue su marcha clínica más o menos tórpida.

El tumor de testículo a forma inflamatoria aguda es pues muy raro de observar y obedece casi siempre a un proceso flogístico agudo agregado.

Forma hidrocele sintomática: En general en los tumores de testículo la vaginal está libre, tabicada o adherida, y cuando existe líquido es tan poco que no llega a ocultar nunca en la palpación al tumor subyacente.

Pero en esta forma clínica, es el hidrocele que domina el cuadro, y al respecto es interesante recordar el caso presentado por Heydenreich al Congreso de Cirugía de París del año 1895, en el cual la vaginal de un testículo neoplásico contenía 10 litros de líquido.

En medio de tal derrame el tumor pasaba desapercibido.

Sin embargo, siempre un hidrocele que crece rápido y no existe sensibilidad testicular donde la glándula debe encontrarse, debe hacer sospechar la probable existencia de un neo que ha reemplazado a la glándula.

A veces la diafanoscopia puede permitir sospecharlo, viendo a través de la masa líquida translúcida la opacidad correspondiente a un testículo mucho más grande que lo normal.

Forma ectópica: La ectopía testicular ya sea inguinal o abdominal favorece la evolución de un neoplasma.

Burgaud, en 1904, se ha ocupado especialmente de las ectopías inguinales y reconoce que en ellas es frecuente el desarrollo de un tumor.

En general llama la atención del enfermo, que nota que su glándula inguinal aumenta de volumen, es más dolorosa, pierde su

movilidad en la "loge" en la cual se aloja. Siempre desconfiar de glándulas ectópicas que aumentan de volumen.

La ectopía abdominal y la asociación con neoplasia han sido bien estudiadas por Kaepplun en 1902.

En este caso el aumento de volumen de la glándula se anuncia por dolores vagos, luego poco a poco el tumor se hace perceptible, suprapúbico, redondo, liso, duro y poco móvil, desaparece bajo la contracción de la pared abdominal y se prestaría a diagnósticos varios si no fuera elocuente la ausencia de un testículo en el escroto. A veces el primer síntoma es una crisis de oclusión intestinal aguda.

Chevassu insiste en las adherencias que rápidamente unen el testículo en ectopía abdominal a las ansas intestinales, epiplón, vejiga, adherencias que facilitan la propagación neoplásica, y hacen penosa la intervención. Todo tumor abdominal que aparece en un monorquítico o criptorquítico debe hacernos pensar en una probable lesión neoplásica del testículo ausente.

Forma ganglionar: La metástasis ganglionar puede a veces simular un tumor originado en un órgano de la mitad superior del abdomen (riñón, bazo, estómago) sin que llame la atención del médico a examinar la glándula testicular. Y eso ocurre cuando la lesión primitiva glandular es insignificante y pasa desapercibida, comparada con la enorme metástasis ganglionar que por su sintomatología domina el cuadro.

Ocurre algo similar a la enorme metástasis hepática consecutiva a ciertos pequeños neoplasmas de estómago.

Chevassu relata el caso de un enfermo con diagnóstico de esplenomegalia, y que la ureterografía retrógrada demostró que la masa tumoral comprimía al uréter distendiendo la cavidad pélvica y permitiendo eso asegurar que dicho tumor era de origen ganglionar retroperitoneal y cuya lesión primitiva estaba en el testículo.

La evolución habitual de los tumores de testículo es la que hemos referido, insistiendo sobre ciertas formas clínicas que si bien no son muy frecuentes es indudable que pueden ser observadas.

No es, sin embargo, la finalidad de este trabajo semejante cuestión. Por otra parte, nada podríamos nosotros agregar de novedoso o importante a tema tan bien estudiado y documentado.

Pretendemos si, insistir y detallar algo sobre el diagnóstico precoz del neo de testículo.

Bien dice Chevassu que en muchos casos, el diagnóstico clínico de cáncer de testículo se impone: tumor voluminoso intraescrotal, coexistiendo con infiltración del cordón, al mismo tiempo que un gran tumor ocupa la región supra umbilical y que el estado general declina. En estos casos el diagnóstico no tiene ninguna dificultad y desgraciadamente ningún interés.

Es necesario diagnosticar al tumor cuando aún se está a tiempo de intervenir con éxito y salvar al enfermo.

Para ello el diagnóstico de tumor exige como primordial su precocidad, y debemos siempre realizar un examen metódico del contenido escrotal.

Debe comenzar el examen por el lado sano y luego recién explorar el testículo presuntamente enfermo.

Una idea debe guiar la mano que palpa; encontrar en el tumor que se examina los diferentes elementos contenidos normalmente en el escroto: el epidídimo, el testículo, los elementos del cordón, el estado de la vaginal, el escroto; recién entonces puede uno interpretar las sensaciones recogidas por la palpación.

La exploración del cordón es la más simple, debe comenzarse por ella. Dos elementos en él son fáciles de reconocer: el canal deferente y la arteria espermática.

Se los reconoce, se los toma entre el índice y el pulgar y se los recorre de arriba abajo. El deferente se individualiza fácilmente por su consistencia característica, la arteria espermática se la reconoce por sus latidos; (no olvidar al contar la pulsación de la espermática, tomar nuestro propio pulso para estar seguros de no confundir el latido arterial con la simple pulsación de nuestra pulpa digital mutuamente comprimida).

La exploración del epidídimo es capital y casi puede afirmarse que su pinzamiento es esencial para ratificar el diagnóstico de tumor de testículo.

Este signo debido a Chevassu se basa en la constatación anatómica que los tumores de testículos respetan durante mucho tiempo la perfecta integridad del epidídimo.

A medida que el tumor de testículo crece, el epidídimo se alarga, se estira, pero su extremo superior, su cabeza conserva durante mucho tiempo su aspecto y caracteres casi normales.

Las envolturas del testículo son salvo excepción, suficientemente suaves como para permitirnos dar exacta cuenta del contenido escrotal.

Cuando el epidídimo está conservado no hay motivo alguno para que no sea clínicamente perceptible.

Para realizar el pinzamiento del epidídimo o signo de Chevassu su autor aconseja lo siguiente: Mientras la mano izquierda inmoviliza al tumor y lo tracciona hacia abajo lo más que sea posible, el índice de la mano derecha se "encapuchona" sobre la piel fina que recubre las partes laterales del pene, por delante del punto donde se continúa con la piel del escroto. Se hunden los dedos en la parte superior del tumor, mientras el pulgar de la misma mano (derecha) lo acompaña para colocarlo en la superficie del escroto; así los elementos del cordón se encuentran pinzados entre el pulgar extraescrotal y el índice que se ha hecho por decirlo así intraescrotal y que percibe finamente todos los detalles de la profundidad. La mano derecha es la que explora el testículo izquierdo, la mano izquierda explora el testículo derecho. El pulgar y el índice siguen de arriba abajo al cordón, examinan sus elementos, y alcanzan así el polo superior del testículo; si entonces ambos dedos tratan de juntarse se encuentran separados por un cordón transversal a veces duro, ordinariamente algo blando; es el epidídimo.

De su existencia se tiene la seguridad traccionándolo hacia arriba, se deja llevar un poco, después escapa bruscamente de los dedos, para ocupar su lugar primitivo. Si no se tiene la precaución de traccionar el tumor bien hacia abajo con la mano opuesta a la que palpa, de manera de poner en tensión los elementos del cordón, algunos de estos elementos se "recuestan" sobre el polo superior del testículo y dan la impresión de un relieve horizontal que no es en realidad el epidídimo.

Estando el cordón tenso esa sensación únicamente puede darla el epidídimo.

Puede la cabeza no estar exactamente colocada en el polo superior del testículo, a veces se desliza hacia afuera y atrás. La exploración metódica de toda la zona superior del tumor y no sólo de su punto culminante permitirá darse exacta cuenta de su ubicación.

La exploración de la vaginal es fácil cuando tiene poco líquido; se busca esa pequeña cantidad como en la hidrartrosis de rodilla: las dos manos toman al testículo rechazan el líquido adelante, los índices libres pueden así fácilmente constatar la fluctuación.

Si hay mayor cantidad de líquido en la vaginal, el dedo que palpa, deprimiendo bruscamente la masa, rechaza el líquido y se encuentra detenido de golpe por la resistencia del tumor profundo; maniobra ésta que lleva el nombre de signo de Gosselin. Cuando la vaginal es normal y no existe líquido: su exploración es mas difícil, puede confundirse en este caso una vaginal normal, con una vaginal en la cual las dos hojas están completamente adheridas. Un solo signo puede diferenciarlas: el pinzamiento de la vaginal que se obtiene cuando las hojas pueden deslizarse una sobre otra.

En consecuencia, es imposible pinzar una vaginal ya esté distendida por líquido ya estén adheridas sus hojas.

Sebileau describió magistralmente el pinzamiento vaginal que lleva su nombre: Al estado normal, cuando uno trata de tomar entre el pulgar y el índice la parte anterior del testículo, éste escapa ante la presión de los dedos, y uno no conserva entre ellos sino las capas escrotales entre las cuales está la hoja parietal de la vaginal, que tomada y plegada entre los mismos dan la neta sensación de una membrana que se separa del testículo, y se dobla, haciendo un pliegue cuyo relieve impresiona evidentemente a los dedos que palpan. Si se continúa la presión el pliegue se escapa, huye delante del apretón en forma de pequeño sobresalto neto.

Sebileau y Chevassu asignan a la positividad de este signo gran valor diagnóstico en pro del cáncer: es muy frecuente encontrarlo, y se explica dado que los tumores de testículo no se acompañan en general de reacción vaginal, mientras quedan limitados por debajo de la capa albugínea.

La cavidad libre sin adherencias no tiene líquido o es tan pequeña su cantidad, insuficiente para impedir el pinzamiento. A veces este signo es susceptible de 2 errores a saber: 1º En sujetos de escroto espeso, edematizado, por aplicaciones medicamentosas no se consigue pinzar la vaginal y sin embargo está libre. 2º Inversamente se puede tener la impresión de pinzar la vaginal cuando ella es completamente adherente o distendida por un derrame: se pinzan

en ese caso en realidad fibras del cremáster o la capa fibrosa del escroto.

Hecha la exploración del cordón, epidídimo y vaginal se explora el testículo, examen que debe ser dirigido minuciosamente sobre los distintos caracteres del mismo; tamaño, situación, superficie, forma, consistencia, sensibilidad.

El examen metódico del contenido escrotal conduce a un primer diagnóstico importante: el de localización; es decir, permite afirmar: tal tumor de bolsas es un epidídimo enfermo, es una vaginal distendida, es un testículo tumoral.

1º Grueso epidídimo. El diagnóstico del epidídimo enfermo es lógicamente el más fácil de hacer: el desarrollo crónico de una lesión de epidídimo prácticamente se debe siempre a la tuberculosis, a veces a la sífilis.

Puede en ocasiones el diagnóstico ser difícil, Chevassu relata un caso en el que se tomó por tuberculosis una lesión que operada resultó neoplásica. Ello se debe a que a veces en los tumores de testículo la parte superoposterior del tumor presenta una consistencia un poco más dura que el resto, y puede creerse a veces que esa masa es el epidídimo, pero se trata siempre de una induración mal limitada, que no hace sobre el testículo la "cimera de casco" de las tuberculosis epididimarias y es la diferencia de forma y no de consistencia la que hacen el diagnóstico de gran o grueso epidídimo. La forma banal de núcleo asentando en la cola es muy fácil diagnosticarla. En los casos de tuberculosis epidídimo testicular masiva el diagnóstico es más difícil.

A veces un surco profundo hace pensar si la masa dura e irregular situada por detrás del mismo es epidídimo o testículo. El pinzamiento del epidídimo aclara el diagnóstico. La integridad absoluta de la cabeza no puede coincidir con monstruosas lesiones del resto del epidídimo y en consecuencia constatando la cabeza normal, la lesión es testicular tumoral y no epididimaria bacilar.

En la tuberculosis la vaginal no está libre, la piel ha perdido su elasticidad y suavidad normal, el cordón grueso y espesado, clásicas lesiones de deferentitis moniliforme y región prostato-vesicular enferma.

La epididimitis pura sifilítica del período terciario puede prestarse a confusión en su forma esclero hipertrófica o esclero gomosa.

La vaginal participa del proceso en forma de vaginalitis serosa. El epidídimo interesado en parte o totalidad presenta nudosidades duras intercaladas con zonas de reblandecimiento. El epidídimo se halla adherido al testículo por la periepididimitis concomitante. El cordón en su parte posterior y el deferente casi siempre están respetados, en cambio la parte anterior engrosada, reúne todos los elementos restantes en un block de funiculitis anterior, resultado de una linfangitis perivascular y de una dilatación ectásica de muchas venas. La bilateralidad de la lesión es casi constante, hecho que igualmente se observa en las lesiones específicas de testículo.

El pinzamiento del epidídimo aclara de inmediato el diagnóstico, demostrando ya sea la integridad del mismo en caso de tumor testicular o su principal participación en caso de epididimitis específica.

Lógicamente no entran en el diagnóstico diferencial ni las epididimitis agudas, ni los núcleos de epididimitis crónica; es muy fácil y sencillo el diagnóstico y ni siquiera deben comentarse las diferencias con las lesiones neoplásicas de testículo.

Vaginal distendida: El diagnóstico diferencial resulta ya más difícil. Lógicamente se supone que nos referimos al hematocele por paquivaginalitis.

El simple hidrocele o vaginalitis serosa, fluctuante o renitente, diafanoscópicamente translúcido o transparente no tiene ninguna dificultad diagnóstica. Son muy excepcionales como para prestarse a confusión los casos citados de tumores de testículo completamente transparentes en los cuales predominaban en forma exclusiva el tejido mucoso y el cartílago joven.

El diagnóstico diferencial entre tumor y hematocele puede a veces ser dificultoso.

El hematocele no tiene los caracteres de tumor líquido, no es fluctuante, a veces ni es renitente, es opaco a la transluminación y su capa dura de vaginalitis plástica y los coágulos fibrinosos estratificados le dan consistencia de un tumor sólido. Es en general más duro que un neoplasma, aunque en este sentido no puede existir regla absoluta. Duplay es muy elocuente cuando dice: "el tumor de testículo resiste bajo el dedo por la masa; el hematocele resiste por la cáscara". Pero es indudable que se necesita gran educación

táctil para apreciar las diferencias. En cuanto a la superficie del tumor los clásicos dicen que el hematocele es regular y liso, mientras el tumor es abollado.

Demon y Bégouin han descripto hematoceles diverticulares, lobulados y abollados, pero fuera de ellos son en general lisos y regulares.

En el hematocele teóricamente debería hallarse el testículo abajo y atrás y encontrar por lo menos allí la sensibilidad característica del mismo. Pero en esos casos el testículo está tan atrofiado, que su sensibilidad desaparece, y además en ciertos casos de tumor testicular, ciertas partes de la superficie glandular se conservan intactas y durante mucho tiempo dan la sensación dolorosa del testículo sano.

Signos físicos de sensibilidad, consistencia, superficie, no son suficientes para hacer el diagnóstico, en todos estos detalles puede simular un cáncer testicular.

Dos signos tienen un valor absoluto y diferencial:

1º El pinzamiento o pellizcamiento de la vaginal o signo de Sebilleau. 2º El pellizcamiento del epidídimo o signo de Chevassu.

Repito que ambos tienen valor categórico y absoluto. Si en la superficie de un tumor escrotal de diagnóstico dudoso, es posible pinzar la vaginal, es lógicamente seguro que no se trata de un hematocele, dado que en ellos la vaginal distendida es imposible plegarla o pinzarla.

Igualmente en un hematocele es imposible tomar entre los dedos el epidídimo, pues él se encuentra oculto dentro de la cavidad que contiene sangre y coágulos. Ambos pellizcamientos constituyen elementos capitales de diagnóstico y su positividad aseguran que el tumor en cuestión no es una vaginal distendida sino un testículo tumoral.

En el polo superior de los tumores de testículo está la clave del diagnóstico, pues la constatación de un epidídimo que se pinza a su nivel permite eliminar toda idea de hematocele o paquivaginitis. Es bueno, por otra parte, recordar que el hematocele es infinitamente más raro que el cáncer de testículo. Muy a menudo se tiene la tendencia a admitir diagnósticos benignos y a rechazar el diagnóstico de malignidad, como si ello eliminara o modificara la gra-

vedad de las lesiones. Entre el diagnóstico de hematocele y cáncer, bien dice Chevassu, hay 90 probabilidades sobre 100 que el diagnóstico de neoplasia sea exacto.

Eliminado el hematocele, es decir, lesión ubicada en una vaginal distendida, el cáncer testicular no está aún diagnosticado, sólo tenemos el informe topográfico que nos dice que lo que estamos examinando, lo que tenemos en la mano es un testículo tumoral.

Testículo tumoral: Descartados los diagnósticos anteriores y en presencia de un proceso glandular tumoral se impone la siguiente reflexión: es un cáncer de testículo o es una lesión sifilítica.

Las lesiones específicas sobre todo las de tipo hipertrófico pueden simular exactamente un neo.

Reclus, ha hecho clásicos los elementos del diagnóstico diferencial y encuentra como más llamativos los siguientes: la bilateralidad, insensibilidad de la glándula, su forma de galleta aplanada, lesiones de albuginitis, vaginalitis y funiculitis, representadas, por las clásicas nudosidades, en forma de granos de plomo diseminadas en su superficie, las placas de "blindaje" y el líquido seroso de la cavidad vaginal.

La indolencia es completa en las lesiones sifilíticas, porque el testículo está reducido a simple tejido cicatricial y los clásicos granos de plomo que acabamos de referir responden a lesiones antiguas de albuginitis específica.

Pero existe como digo, una forma hipertrófica pura de sífilis testicular, que simula completamente un neoplasma, adquiere la glándula a veces el tamaño de un huevo de pava o más aún, su forma está conservada, superficie absolutamente lisa y regular, el epidídimo sano lo cubre en la misma forma que en las neoplasias.

Ese testículo específico, absolutamente idéntico a un neo, resulta muchas veces con la pieza en la mano difícil de diferenciar, y el microscopio es el único capaz de hacer el diagnóstico. Ello se debe a que anatómopatológicamente está constituido por lesiones de endo y peri-arteritis, infiltración difusa de pequeñas células y gran número de gomas microscópicas netamente peri-arteriales.

Al corte no se encuentra trazos de testículo normal, toda la masa es firme, consistencia homogénea, cierta traslucidez del tejido como si fuera edematoso, coloración rosada o grisácea. No se ob-

servan zonas gomosas ni de necrosis. El diagnóstico en esos casos es en extremo difícil.

El testículo del lado opuesto puede estar absolutamente sano, a pesar que la bilateralidad es casi la regla en la sífilis testicular. El cordón puede estar aumentado de volumen e infiltrado como en los neoplasmas, y se siente el latido espermático como en los testículos tumorales.

Chevassu, sin embargo, insiste sobre un signo de importancia: cuando la vaginal tiene un poco de líquido puede observarse depresiones circulares en la cual se hunde el pulpejo del dedo, ocasionado esto por adelgazamiento de la hoja serosa vaginal cavada como con "saca bocado".

Resumiendo: en presencia de un testículo tumoral la prueba del tratamiento antisifilítico es de rigor; es la clave del diagnóstico si se hace correctamente.

Verneuil, ya lo decía en la Sociedad de Cirugía de París por el año 1878: el mercurio a dosis intensivas actúa rápidamente sobre el testículo sifilítico. De cualquier manera el tratamiento ultra rápido polimedamentoso intenso que no modifica visiblemente la lesión en 10 días, permite afirmar que no es específico.

La positividad de la R. de Wassermann y Kahn no invalidan nunca el diagnóstico de tumor; sabemos bien que el terreno sifilítico es admirable para el desarrollo del cáncer.

La tuberculosis hipertrófica o masiva testículo epididimaria puede en ocasiones ser confundida con un neo.

Hemos dejado este comentario aparte porque es una forma clínica muy poco frecuente y es preferible no tenerla muy presente en el diagnóstico clínico del testículo tumoral.

El diagnóstico descansa en poder comprobar la indemnidad o no del epidídimo.

Un epidídimo sano, normal, cuyo pellizcamiento revela la cabeza en óptimas condiciones autoriza a descartar en absoluto la posibilidad de una bacilosis hipertrófica.

Por otra parte, es difícil encontrar lesiones tuberculosas de testículos con escroto sano, sin funiculitis, sin deferentitis, y sin lesiones prostatovesiculares.

Pero de cualquier manera, nuevamente insistimos diciendo que

en el polo superior del tumor escrotal se halla la clave del diagnóstico.

El epidídimo normalmente se halla fijo al testículo por sus dos polos: cabeza y cola. Cuando la glándula crece, aumenta de tamaño, el epidídimo se estira progresivamente, sobre la superficie del tumor. Pero la cuerda tensa que forma el cuerpo del epidídimo, recostado sobre la cara externa del testículo puede bien oponerse al desarrollo de la faz externa del tumor.

El cuerpo del epidídimo queda entonces en forma de cuerda tensa desbordada hacia adelante y atrás por la exuberancia del tumor, y resulta ocupando entonces un profundo surco. Es eso lo que puede inducir a error pensando que la lesión posterior al surco es un epidídimo enfermo, hipertrófico y rotulando a la lesión como bacilosa.

Para evitar esto, al no poder palpar el cuerpo del epidídimo tratamos de hallar la cabeza del mismo, que ocupa el polo superior en los tumores de testículo poco aumentados de volumen; pero cuando el neo es realmente voluminoso, el epidídimo traccionado hacia abajo atrás y afuera, obliga a reconocer la cabeza sobre la cara externa del testículo que es donde debe buscarse. Repetimos, pues, que es en la cara externa de la implantación del cordón sobre el tumor, donde hay que buscar la cabeza del epidídimo y tratar de reconocer sus caracteres.

Dos palabras quiero decir del valor de la punción exploradora como elemento de diagnóstico.

En general debe rechazarse pues da resultados equívocos y no está exenta de peligros.

Le Dentú decía: que el valor de la punción dependía de las sensaciones táctiles recogidas por la extremidad del trocar.

Libre y móvil como hundida en cavidad llena de sangre en casos de hematocele, inmóvil y fija en casos de estar en pleno tejido tumoral.

Humbert demuestra lo inexacto de esta afirmación, pues existen epiteliomas blandos, fluctuantes, que el trocar al atravesarlos da la impresión de caer en plena cavidad.

No solamente es inútil, sino que es dañosa la punción pues como dice Chevassu, las aberturas vasculares por ella ocasionada, favorecen la generalización embólica y la inoculación neoplásica so-

bre el trayecto del trocar. Duplay decía: "Mínimum de exámenes y maniobras; las punciones actúan como latigazos en el desarrollo de los tumores".

Podríamos resumir cual es el valor diagnóstico de los diferentes síntomas del cáncer testicular:

1º La caquexia. El tumor adenopático supra umbilical, la infiltración del cordón, son signos del cáncer en su período terminal, o mejor dicho, son elementos de juicio para afirmar muerte próxima. Es por eso preferible no esperar estos síntomas para fundar el diagnóstico.

2º Si por el contrario la caquexia cancerosa no existe, no hay adenopatía lumbo aórtica palpable, ni infiltración del cordón, el valor de los diferentes signos de neo testicular es el siguiente:

a) El volumen: No tiene en absoluto importancia alguna. Pueden encontrarse tumores de todas dimensiones.

En su comienzo el neo no aumenta casi el tamaño de la glándula.

b) La forma: Habitualmente ovoidea; puede ser ligeramente piriforme. Este detalle tampoco tiene nada de característico.

c) Superficie: Puede ser lisa y regular, a veces lobulada. La presencia de abolladuras habla en favor de cáncer, mientras su ausencia no tiene ningún valor contra ese diagnóstico.

d) Consistencia: Puede ser duro, blando, muy a menudo de consistencia elástica o francamente fluctuante. La gran irregularidad de consistencia en distintas partes del tumor habla en favor de sífilis.

e) Sensibilidad: Los tumores de testículos son indoloros como sensibles, y a veces francamente dolorosos. La exploración puede permitir encontrar sitios a nivel de los cuales persiste la sensibilidad testicular; ello responde a zonas de parénquima glandular conservado.

f) El peso: Se admite que el tumor canceroso es particularmente pesado. Esta creencia no responde a nada real. Nelaton demostró que el peso específico de estos tumores es apenas superior al peso de igual cantidad de agua. Chevassu sostiene que todas las tumoraciones intraescrotales parecen ser pesadas, dado que el tumor se aloja en el fondo del escroto flexible, sin tomar punto de apoyo

sobre el pubis por su extremidad superior, como lo hacen los tumores líquidos (hidrocele) que se hallan en realidad "suspendidos" y dando la impresión de ser livianos.

g) Volumen del cordón: En casi todos los neoplasmas testiculares el cordón es más grueso que el del lado sano. Ello se debe a un aumento de los vasos, ligado a la vasculización más activa necesaria para el desarrollo del tumor.

h) Latidos de la arteria espermática. Es un corolario de lo dicho anteriormente. Los latidos son más nítidos que en el cordón normal.

i) Flexibilidad del cordón: En cierto número de neoplasias el cordón sin estar francamente invadido es menos flexible y elástico que el del lado opuesto; el testículo enfermo se deja traccionar menos fácilmente hacia abajo que el sano. Este signo aparentemente funcional de la linfangitis troncular, es tardío y se encuentra también en la sífilis y a veces en el hematocele.

Vemos, pues, qué inconsistentes son los signos invocados en favor del cáncer, todos sujetos a error, ninguno da certidumbre, muchos de aparición tardía, y por eso se explica como los enfermos durante meses pasan de un diagnóstico a otro arriesgando en esa forma las probabilidades de salvar la vida, con un diagnóstico exacto y la terapéutica radical precoz.

Es necesario saber en materia de diagnóstico del cáncer que tratamos, que la lesión en principio es exclusivamente intraglandular, y respeta los anexos de la glándula y los ganglios. Existen casos en los cuales la lesión testicular en su comienzo se halla representada por un simple núcleo más o menos duro, sensible, que resalta por su consistencia del resto de la glándula, que se halla normal en todos sus caracteres. Es necesario recordar y conocer bien esa faz de comienzo, idéntica en todas las neoplasias de testículo; que lejos de ser excepcional su existencia es frecuente, y desconfiar de la aparente benignidad local de ese núcleo glandular, pensando en la gravedad extrema que él encierra.

Ese núcleo duro intratesticular puede ser neoplásico o sifilítico. Si el tratamiento de prueba intenso realizado en no más de 8 a 10 días no lo modifica visiblemente, no debemos esperar más y debemos convencer de inmediato al enfermo que acepte una exploración quirúrgica de inmediato.

En la precocidad de este acto operatorio sencillo, radica el secreto de poder salvar la vida del enfermo. Poco más tarde y todo es inútil, la invasión ganglionar embólica si bien clínicamente no es perceptible ya existe, y el enfermo fatalmente está destinado a sucumbir.

No me cansaré de repetir que cuando se sospeche que un simple núcleo testicular puede ser neoplásico, debe de inmediato ese mismo día operarse al enfermo y no dilatar la operación por más de 24 horas.

Aún en el caso de duda diagnóstica, se trate de un hematocele, o de sífilis glandular que no regresa a un tratamiento intensivo y rápido, debe operarse.

Para qué postergar un acto quirúrgico, corriendo el riesgo de transformar un neoplasma curable, en un cáncer generalizado.

Cualquier enfermo acepta una pequeña incisión escrotal para exteriorizar el testículo a fin de poder ver mejor, a condición de explicarle bien el riesgo que corre por su lesión testicular y prometiéndolo operar sin anestesia general y sin sufrimientos.

El acto quirúrgico es por demás sencillo: anestesia del funículo tomado entre el pulgar y el índice. Incisión pequeña, inguinal, se libera el cordón, se tracciona suavemente para hacer aparecer el testículo envuelto en su vaginal.

Se incinde con precaución la vaginal y desde ese momento puede imponerse el diagnóstico.

En caso de neoplasia, la vaginal es normal, libre, sin adherencias, sin líquido o muy poco, pero la albugínea testicular aparece surcada de gran número de vasos a desarrollo francamente anormal.

Esa vascularización anormal de la superficie del testículo canceroso, es patognomónica, garantiza el diagnóstico e impone, no lo olvidemos, sin titubear la castración inmediata.

Los grandes vasos que surcan la albugínea en los neoplasmas testiculares, no pueden ser confundidos con los finos pinceles o redes vasculares, que se desarrollan en las hojas de la vaginal y provocada por una inflamación sub-aguda o crónica de cualquier etiología (sífilis, tuberculosis).

Si al abrir la vaginal faltan la vascularización especial que hemos detallado, pero el testículo fuere grande, pese al tratamiento

específico previo sin éxito, debemos igualmente practicar la castración. Si no se ha hecho tratamiento previo, es prudente antes que la castración, la orquidotomía exploradora, de la cual es tan partidario Michon.

Si se trata de una zona necrosada, no tumoral, sacar biopsia y suturar; la orquidotomía no tiene ningún inconveniente ni el testículo corre mayor riesgo y puede suturarse si la lesión fuera específica (goma). Podríamos entonces, resumiendo, seguir la siguiente norma de conducta cada vez que estemos en presencia al examinar un enfermo, de una hipótesis factible: ¿será un cáncer de testículo?

1º Saber reconocer el cáncer de testículo en su comienzo, dándole toda la importancia que tiene a una zona pequeña, inducida en un testículo casi normal, sano el epidídimo, cordón, vaginal y escroto.

2º Hacer siempre en presencia de un tumor intraescrotal, el diagnóstico de testículo tumoral por la positividad de 2 signos: pellizcamiento vaginal o signo de Sebileau y pellizcamiento del epidídimo o signo de Chevassu.

3º Confirmar urgentemente el diagnóstico por la exploración quirúrgica bajo anestesia local.

4º Reconocer la neoplasia a la vista por el simple desarrollo exagerado y anormal de los vasos a nivel de la albugínea.

5º De no existir tal desarrollo vascular, hacer una orquidotomía exploradora y obtener fragmentos para biopsia.

6º De existir el desarrollo vascular en la albugínea, practicar de inmediato la castración: con seguridad extirparemos un testículo neoplásico.

7º De no existir la vascularización, y estamos en presencia de un testículo grande, tumoral, y el tratamiento específico de prueba resultó negativo practicar igualmente la castración.

Al hacer el diagnóstico diferencial no hemos hecho mención en nuestros comentarios, de exprofeso, de las distintas variedades anatómopatológicas de tumores de testículo.

Eliminando los teratomas que son tumores congénitos y benignos, es imposible indicar un elemento diagnóstico serio para dife-

renciar los 2 grandes grupos de neoplasias testiculares: seminoma o epiteloma seminal, tumor mixto o embrioma del testículo.

Quizá de todos los elementos de juicio el más valedero sea la edad del enfermo, antes de los 30 años el tumor mixto es mucho más frecuente; entre los 30 y 40 el seminoma se observa más.

Elocuente es la reflexión de Chevassu cuando dice: el diagnóstico anatómopatológico de variedad, únicamente puede hacerse con el tumor en la mano, imposible clínicamente.

Como agregado final a este trabajo, quiero relatar el resultado del tratamiento realizado en los enfermos portadores de neoplasia de testículo en el Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires y en los servicios del profesor Maraini, del Hospital Nacional de Clínicas, sala XII, y Hospital Rawson, pabellón V, sala I.

El resultado del tratamiento será harto elocuente para meditar y tratar de despistar la neoplasia testicular precozmente; en todos nuestros operados el diagnóstico clínico fué de una elocuencia tal, que nada pudo hacerse por salvar al enfermo. En muchos, la lesión ganglionar lumbo-aórtica metastásica era evidente y ratificaba el diagnóstico, en otros, si bien no había clínicamente tal adenopatía, hacía suponer su existencia: 1º el gran desarrollo del testículo tumoral; 2º, el tiempo de evolución de la lesión.

Y cuán elocuente es nuestra presunción clínica cuando después de la castración y pese a la radioterapia profunda lumbo-aórtica, la metástasis ganglionar no se hizo esperar y terminó con el enfermo.

En nuestra estadística presentamos 35 enfermos: de ellos, 27 corresponden al Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires, y 8 a la sala del profesor Maraini.

De todos ellos no tenemos la convicción íntima de haber curado uno solo, pues si bien los enfermos números 32, 33, 34 y 35 fueron operados, el hecho de ignorar su evolución posterior alejada, invalida toda deducción práctica.

En el Instituto de Medicina Experimental la gran mayoría de los enfermos se nos presentan con la metástasis lumbo-aórtica en plena evolución, habiendo sido el enfermo castrado, es decir, se nos remite a los efectos de intentar simple terapéutica paliativa.

La radioterapia profunda, único tratamiento que en este sentido empleamos, no nos da resultados satisfactorios. Reduce, funde

por decirlo así la lesión ganglionar, ella desaparece casi de inmediato, llega a veces a no palpase siquiera, sin embargo, todo en detrimento del estado general, que decae precozmente, fruto de la intensa reabsorción tóxica, muriendo el enfermo en pocos meses.

La reacción de Roffo, que realizamos sistemáticamente en el Instituto de Medicina Experimental, nos da resultados inciertos en esta localización neoplásica (50 % de positividad).

Adjuntamos un cuadro, resumen de nuestra experiencia, tratamiento realizado y resultados.

#### ENFERMOS ASISTIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL

Enfermo N° 1. Ficha N° 10324. F. F., de 26 años. español. Domicilio Humberto 1° 1462. Ingresó el 18 de Octubre de 1926.

*Diagnóstico.* — Seminoma de testículo izquierdo.

Metástasis lumboaórtica pulmonar.

Inoperable. Fallece 5-11-1926.

Enfermo N° 2. Ficha N° 15201. J. D., de 37 años. argentino. Domicilio Agrelo 3289. Ingresó el 9 de Octubre de 1927.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo.

Metástasis lumboaórtica.

*Reacción de Roffo:* negativo. Biopsia obtenida por punción: Seminoma.

Inoperable. Se indica radioterapia profunda.

Fallece 12-2-1928.

Enfermo N° 3. Ficha N° 16260. N. V. B., de 23 años. argentino. Domicilio: Zárate. Ingresó el 16-1-1928.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo.

Metástasis inguinal y lumboaórtica.

*Reacción de Roffo:* positivo. Biopsia: Seminoma.

Inoperable. Radioterapia profunda.

Fallece 1-3-1928.

Enfermo N° 4. Ficha N° 20675. R. S., de 35 años. argentino. Domicilio: Derqui, F. C. P. Ingresó el 28-12-1928.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho.

Metástasis inguinal, iliaca y lumboaórtica.

*Reacción de Roffo:* positivo.

Inoperable. Radioterapia profunda.

Fallece en caquexia, 3-11-1929.

Enfermo N° 5. Ficha 24391. A. T., de 28 años, italiano. Domicilio: Colombres 243. Ingresó 24-8-1929.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho operado (castración).

Metástasis inguinoilíaca y lumboaórtica.

*Reacción de Roffo:* positivo.

Se indica Radioterapia profunda. De alta grave.

Enfermo N° 6. Ficha N° 31044. M. J., de 52 años, español. Domicilio: Bahía Blanca. Ingresó 20-10-1930.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo operado (castración).

Metástasis lumboaórtica e inguinal.

*Reacción de Roffo:* negativo. Inoperable. Radioterapia.

Fallece 12-4-1931.

Enfermo N° 7. Ficha N° 31134. E. M., de 33 años, argentino. Domicilio: La Madrid 365. Ingresó 22-10-1930.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho operado (castración).

Vaciamiento ganglionar (lumbo aórtica).

Recidiva ganglionar.

*Reacción de Roffo:* positivo. Biopsia ganglionar: Seminoma.

Inoperable. Radioterapia profunda.

Enfermo N° 8. Ficha 40920. P. A., de 36 años, argentino. Domicilio: Gu-ruchaga N° 1177. Ingresó 11-6-1932.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo operado (castración).

Metástasis lumboaórtica.

*Reacción de Roffo:* negativo. Inoperable. Radioterapia profunda.

Enfermo N° 9. Ficha N° 41454. B. M., de 30 años, italiano. Domicilio: Chacabuco 823. Ingresó 17-10-1932.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo operado (castración).

Metástasis lumboaórtica.

*Reacción de Roffo:* negativo. Inoperable. Radioterapia.

Enfermo N° 10. Ficha N° 42485. P. V., de 76 años, italiano. Zapiola 1541. Ingresó 28-10-1932.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo ulcerada.

Metástasis inguinal y lumbar.

*Reacción de Roffo:* positivo. Biopsia Seminoma.

Inoperable. Radioterapia. Fallece 5-11-1932.

Enfermo N° 11. Ficha N° 42666. J. R., 32 años, italiano. Domicilio: Jujuy 1512. Ingresó 15-10-1932.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho.

Metástasis lumbar e inguinal.

*Reacción de Roffo:* negativo. Inoperable. Radioterapia profunda.

Enfermo N° 12. Ficha N° 43386. A. A. R., 40 años, argentino. Domicilio: Alberti, F. C. O. Ingresó 30-12-1932.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho operado (castración).

Metástasis lumbar e iliaca. Recidiva en el muñón.

*Reacción de Roffo:* negativo. Inoperable. Fallece en caquexia, 6-3-1933.

Enfermo N° 13. Ficha N° 43921. B. J., 43 años de edad, argentino. Domicilio: Luque, F. C. C. A. Ingresó 4-3-1933.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo operado (castración).

Metástasis lumboiliaca.

*Reacción de Roffo:* negativo. Inoperable. Radioterapia profunda.

Enfermo N° 14. Ficha N° 45280. A. F., de 21 años de edad, argentino. Domicilio: Río Cuarto. Ingresó 9-5-1933.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho operado (castración).

Metástasis lumbar y pulmonar.

Inoperable. Radioterapia profunda.

Enfermo N° 15. Ficha 36691. J. C., de 39 años de edad, griego. Domicilio: Quilmes, F. C. C. A. Ingresó 30-9-1933.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo operado (castración).

Metástasis lumbar.

Inoperable. Fallece en caquexia, 3-10-1933.

Enfermo N° 16. Ficha N° 47745. G. P., de 33 años de edad, italiano. Domicilio: Humboldt 1547. Ingresó 5-10-1933.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo.

Enorme metástasis lumboaórtica.

*Reacción de Roffo:* positivo. Operación: castración.

*Biopsia:* Seminoma. Radioterapia profunda.

Fallece 4-3-1934.

Enfermo N° 17. Ficha N° 48043. A. K., de 43 años de edad, griego. Domicilio: Tandil, F. C. S. Ingresó 3-12-1933.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo operado (castración).

Metástasis lumboaórtica.

*Reacción de Roffo:* negativo. Inoperable. Radioterapia profunda.

Fallece 9-12-1933.

Enfermo N° 18. Ficha N° 48315. A. D. M., de 31 años de edad, italiano. Domicilio: Agrelo 4047. Ingresó 22-12-1933.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho.

Metástasis lumbar e inguinal.

*Reacción de Roffo:* positivo. Inoperable. Radioterapia profunda.

Fallece 16-3-1935.

Enfermo N° 19. Ficha N° 49738. Ingresó 9-4-1934.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo operada (castración).

Metástasis lumbar y pulmonar.

*Reacción de Roffo:* positivo. Inoperable. Radioterapia profunda.  
Fallece 10-12-1934.

Enfermo N° 20. Ficha N° 52638. H. P., de 29 años de edad. Domicilio:  
Bolívar 1498. Ingresada 26-10-1934.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho.  
Metástasis iliaca y lumbar.

Enfermo N° 21. Ficha N° 53658. M. A., de 25 años de edad, argentino.  
Domicilio: Carlos Tejedor, F. C. O. Ingresada 24-12-1934.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho.  
Metástasis lumboiliaca.

*Reacción de Roffo:* negativo. Inoperable. Radioterapia profunda.

Enfermo N° 22. Ficha N° 54835. M. G., de 26 años de edad, español. Do-  
micilio: Fraga 1001. Ingresada 11-3-1935.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho operado (castración).  
*Metástasis lumbar.* Recidiva en el muñón.

*Reacción de Roffo:* negativo. Inoperable. Radioterapia profunda.

Enfermo N° 23. Ficha N° 54911. J. S., de 33 años de edad, argentino.  
Domicilio: Ituziangó 2659. (Pro. de Mendoza). Ingresada 15-3-1935.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo operado (castración).  
Metástasis lumboaórtica.

*Reacción de Roffo:* positivo. Inoperable. Radioterapia profunda.

Enfermo N° 24. Ficha N° 56473. J. D., 28 años de edad, argentino. Do-  
micilio: Nazca 1991. Ingresada 21-6-1935.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo operado (castración).  
Metástasis lumbar, iliaca e inguinal.

*Reacción de Roffo:* negativo. Inoperable. Radioterapia profunda.

Enfermo N° 25. Ficha N° 56631. E. J. O., de 46 años de edad, argentino.  
Domicilio: Los Andes 2. Ingresada 3-7-1935.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho.  
Enorme metástasis lumboaórtica.

*Reacción de Roffo:* positivo. Inoperable. Radioterapia profunda.

Enfermo N° 26. Ficha N° 57286. C. M., 26 años de edad, argentino. Do-  
micilio: San Martín 1144 (Mendoza). Ingresada 16-8-1935.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho operado (castración).  
Metástasis lumbar e iliaca.

*Reacción de Roffo:* negativa. Inoperable. Fallece 29-11-1935.

Enfermo N° 27. Ficha N° 57907. S. W., de 34 años de edad, polaco. Do-  
micilio: Alvarez 554. Ingresada 28-10-1935.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo operado (castración).  
Metástasis lumboaórtica y pulmonar.

*Reacción de Roffo:* positivo. Inoperable. Se indica Radioterapia profunda.  
Fallece 14-12-1935.

ENFERMOS ASISTIDOS EN LAS SALAS DEL PROFESOR B. MARIANI

Enfermo N° 28. Z. C., de 40 años de edad, argentino. Domicilio: Villaguay (Entre Ríos). Ingresó al Servicio el 2 de Mayo de 1925.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho.

Metástasis lumboaórtica. Inoperable.

Se indica radioterapia profunda. Fallece en caquexia en Agosto del mismo año.

Enfermo N° 29. C. L., argentino, de 26 años de edad. Domicilio: Salom 447. Ingresó al Servicio el 25 de Agosto de 1925.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo.

Metástasis lumboaórtica. Inoperable.

Se indica Radioterapia. Fallece en caquexia.

Enfermo N° 30. A. A. C., argentino, 31 años de edad. Domicilio: Lagos 2945. Ingresó al Servicio el 3 de Agosto de 1926.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo.

Metástasis inguinal, ilíaca y lumboaórtica.

*Biopsia inguinal:* Sarcoma.

Se indica Radioterapia. Se da de alta en caquexia.

Enfermo N° 31. J. R., argentino, de 39 años de edad. Domicilio: Oro 2704. Ingresó al Servicio el 8 de Enero de 1931.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo.

No hay metástasis ganglionar clínicamente palpable.

Se opone a ser operado. Es dado de alta.

Enfermo N° 32. R. M., de 38 años de edad. Domicilio: Alvarado 2357, Capital. Ingresó al Servicio el 15 de Enero de 1932.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho.

No hay metástasis ganglionar clínicamente palpable.

*Operación:* castración. *Postoperatorio:* normal.

Se indica Radioterapia profunda lumboaórtica.

No tenemos noticias del enfermo.

Enfermo N° 33. M. S., de 21 años de edad. Domicilio: Rauch (Prov. de Buenos Aires). Ingresó al Servicio el 26 de Mayo de 1932.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo izquierdo.

No hay metástasis ganglionar clínicamente palpable.

*Operación:* castración. *Postoperatorio:* normal.

*Biopsia:* carcinoma.

No tenemos noticias del enfermo.

Cuadro demostrativo de los enfermos portadores de neoplasias de testículo  
Tratamiento y resultados

Número	Ficha (*)	R. Roffo (*)	Tratamiento	Metástasis ganglionares clínicamente palpables	Inoperabilidad	Operados en otro servicio. Vienen por su metástasis visceral o ganglionar	Tratamiento fisioterápico (Radioterapia)	Resultados
1	10324	?	No	Si	Si	—	Si	Fallece
2	15201	Negativo	No	Si	Si	—	Si	Fallece
3	16260	Positivo	No	Si	Si	—	Si	Fallece
4	20675	Positivo	No	Si	Si	—	Si	Fallece
5	24391	Positivo	No	Si	Si	Si castración	Si	Se retira grave
6	31044	Negativo	No	Si	Si	Si castración	Si	Fallece
7	31134	Positivo	No	Si	Si	Si castración	Si	Se retira grave
8	40920	Negativo	No	Si	Si	Si castración	Si	Se retira grave
9	41454	Negativo	No	Si	Si	Si castración	Si	Se retira grave
10	42435	Positivo	No	Si	Si	—	Si	Fallece
11	42666	Negativo	No	Si	Si	—	Si	Se retira grave
12	43386	Negativo	No	Si	Si	Si castración	Si	Fallece
13	43921	Negativo	No	Si	Si	Si castración	Si	Se retira grave
14	45280	?	No	Si	Si	Si castración	Si	Se retira grave
15	46691	?	No	Si	Si	Si castración	Si	Fallece
16	47745	Positivo	Castración	Si	—	—	Si	Fallece
17	48043	Negativo	No	Si	Si	Si castración	Si	Fallece
18	48315	Positivo	No	Si	Si	—	Si	Fallece
19	49738	Positivo	No	Si	Si	Si castración	Si	Fallece
20	52638	Positivo	No	Si	Si	—	Si	Se retira grave
21	53658	Negativo	No	Si	Si	—	Si	Se retira grave
22	54835	Negativo	No	Si	Si	Si castración	Si	Se retira grave
23	54911	Positivo	No	Si	Si	Si castración	Si	Se retira grave
24	56473	Negativo	No	Si	Si	Si castración	Si	Se retira grave
25	56631	Positivo	No	Si	Si	—	Si	Se retira grave
26	57286	Negativo	No	Si	Si	Si castración	Si	Fallece
27	57907	Positivo	No	Si	Si	Si castración	Si	Fallece
28	—	—	No	Si	Si	—	Si	Fallece
29	—	—	No	Si	Si	—	Si	Fallece
30	—	—	No	Si	Si	—	Si	Se retira grave
31	—	—	Se niega	No	—	—	Si	?
32	—	—	Castración	No	—	—	Si	Se ignora
33	—	—	Castración	No	—	—	Si	Se ignora
34	—	—	Castración	No	—	—	Si	Se ignora
35	—	—	Castración	No	—	—	Si	Se ignora

(\*) Corresponde unicamente a enfermos del Instituto de Medicina Experimental.

Enfermo N° 34. D. S., de 29 años de edad, italiano. Domicilio: Salguero 1295. Ingresó al Servicio el 14 de Junio de 1935.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho.

No hay metástasis clínicamente palpable.

*Operación:* castración. *Postoperatorio:* normal.

*Examen histológico:* seminoma.

Se indica Radioterapia profunda.

Se da de alta. No tenemos noticias del enfermo.

Enfermo N° 35. C. V., de 33 años de edad, argentino. Domicilio: Colman, F. C. S. Ingresó al Servicio el 10 de Septiembre de 1935.

*Diagnóstico.* — Neoplasia de testículo derecho.

No se aprecia metástasis lumboaórtica clínicamente palpable.

*Operación:* castración. *Postoperatorio:* normal.

*Biopsia:* Seminoma.

Se indica Radioterapia profunda. No tenemos noticias del enfermo.

## Sociedad Argentina de Urología

### COMISION DIRECTIVA, 1936

<i>Presidente</i> . . . . .	Dr. UBALDO ISNARDI
<i>Vice-Presidente</i> . . . . .	Dr. ADOLFO MARTIN LOPEZ
<i>Secretario</i> . . . . .	Dr. ALBERTO E. GARCIA
<i>Tesoreto</i> . . . . .	Dr. ALFONSO VON DER BECKE

2ª. Sesión científica — 28 de Mayo de 1936

Trabajos científicos presentados:

**A. Serantes, J. L. Monserrat y A. E. García :**

"Quiste calcificado paraepididimario".

**C. Cacciatore y F. O. Garate :**

"Fístula ureteral derecha después de una nefrectomía de 23 años atrás"

**I. Gálvez y R. O. Tettamanti :**

"La gonorreacción de Müller-Oppenheim. Müller-Oppenheim y reacción de Wassermann".

**Ubaldo Isnardi :**

"Edema ocasionado por compresión de causa urinaria (retención)".

**Leónidas Rebaudi :**

"Una fuente poco tratada de contagio venéreo".

**A. Astraldi y R. L. Repetto :**

"Hidronefrosis doble por vasos polares inferiores y calculosis bilateral".

**Natalio Cartelli :**

"El control pielográfico en el diagnóstico de la litiasis renal".

**Enrique Castaño :**

"Sobre un caso interesante de dilatación quística de la extremidad inferior del uréter".

**L. D. Arrues :**

"Litiasis vesical gigante".

ASISTENCIA:

*Miembros Titulares:* Alvarez Colodrero J. W., Astraldi A., Isnardi U., Salleras J., Spurr R., Schiappapietra T., Rebaudi L., Grimaldi F. E., Gálvez I., Iacapraro G., Monserrat J. L., Vilar G., Dante J. N., Arrués L., Surra Canard R. de, Castaño E., y García A. E.

*Socios Adherentes:* Garate O., Rubi R. A., Comotto C., Cartelli N., Pujol C., Albronz. Granara Costa A. y N. N.

3ª. Sesión científica — 25 de Junio de 1936

Trabajos científicos presentados:

**F. E. Grimaldi :**

"Quiste hidatídico retrovesical".

**A. Trabucco y A. Gorodner :**

"Algia lumbo-inguino-escrotal crónica".

ASISTENCIA:

*Miembros Titulares:* Astraldi, von der Becke, Castaño, García, Isnardi, Salleras, Schiappapietra, Rebaudi, Gálvez, Serantes Lasserre, Iacapraro, Monserrat, Vilar, Serantes, Dante, Arrues, Gaudino y Pagliere.

*Socios Adherentes:* Garate, Rubí, Comotto, Pujol, Albornoz y Granara Costa.