

15-1 Dr. Ruchel Herrera Dr. Hünig

Contribución al estudio de los tumores del
testículo.

Los tumores testiculares del tipo epitelial.

81-2A-w^o11

N^o 1529

Tesis del Doctorado
de
Ricardo Cid Oterino

Co. 2425
(1529)

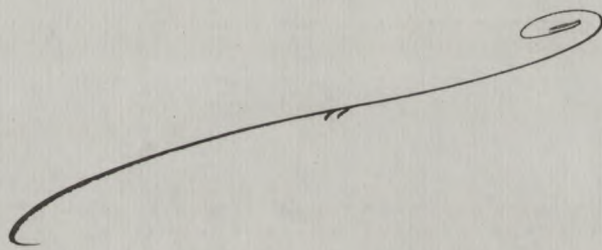


Excmo Sr:

Señores:

Solamente el cumplimiento de un deber reglamentario, puede disculpar á los que aspiran á la alta investidura del Doctorado, el presentarse ante los sabios profesores de la Facultad de Medicina de esta Universidad, para exponer un tema de la Ciencia médica, careciendo, cual á mi me ocurre, de las con-

diciones indispensables para tan difícil empresa. Pero el conocimiento íntimo que tengo de la ilustración del Tribunal que ha de juzgarme es lo bastante para que abrigue la esperanza de toda su benevolencia al concepto que me he formado del tema que he elegido para mi obligado discurso en este solemne acto.



3

Contribución al estudio de los tumores del
testículo.

Los tumores testiculares de tipo epitelial.

Introducción.

Habiendo tenido ocasión de examinar un tumor quitado por la castración á un hombre de 55 años y diagnosticado por el examen macroscópico: sarcoma del testículo; me llamó la atención encontrar en un parenquima fibroso, formando una red muy floja, casi imperceptible en ciertos puntos,

dos órdenes de elementos celulares, unos grandes y otros pequeños.

Los elementos celulares pequeños, redondos, tenían un aspecto idéntico á los elementos globo-celulares de los sarcomas; se encontraban en las mallas del tejido mesenquimatoso y las llenaban completamente. En ciertos puntos la colocación de estas células parecía más considerable.



Estos puntos correspondían por lo demás á una red mesenquimatosa más ajustada del mismo modo. Estas colocaciones ó posicio-

nes celulares al ser considerables se detenian
bruscamente segun una linea circunferencial,
dejando asi una cavidad limitada en todas
partes por estos elementos nuevos. Las cavi-
dades no estaban vacias, sino llenas de celu-
las bien esfericas o poligonales de 20 a 30 μ .
de diametro, oprimidas unas contra otras,
con algunas figuras kariokineticas en su in-
terior. Ya estas cavidades eran redondea-
das, ya mas o menos alargadas, y en el
corte presentaban tubos epiteliales mas o menos
sinuosos, metidos en la masa general del tu-



mor.

Pero estas cavidades revestidas de un epiteli-
 um no se asemejan en nada al de los tu-
 bos seminíferos normales; la explicación de
 esto la perseguimos. El trabajo de Pilliet
 y Costes que apareció el año 1895 nos per-
 mitió encontrar el valor de los elementos
 que teníamos á la vista; sin duda alguna
 se trataba de un epiteloma seminífero; las
 grandes células redondas de fuerte núcleo
 eran óvulos machos y la estructura celu-
 lar periférica no era otra cosa que un tejido

sarcomatoso. Apoyado en esto consulté en vano los autores para encontrar la descripción histológica ó al menos la indicación de estos epitelomas típicos.

En efecto, la lectura de autores recientes, de grandes tratados, inclina á creer que, en el testículo, los tumores del tipo epitelial son todos atípicos; que no hay más que escirros y encefaloides, es decir, carcinomas. Sin embargo los epitelomas típicos del testículo existen. No ignorados por completo por los antiguos tratadistas, bajo otros nombres, (fun-

gas, quistes testiculares), han sido estudiadas histológicamente, en 1895, por Pilliet y Costes.

Según nuestro parecer se pueden describir al lado del carcinoma, epitelioma atípico, epiteliomas típicos ó mejor dicho metatípicos. Este es el fin que nos proponemos con el auxilio del examen microscópico de los tumores del testículo de una parte, y el estudio del desenvolvimiento de la glándula genital de otra.

Ensayaremos, pues, mostrar en el curso de este estudio que para el testículo, como



para la mama, el estómago, el útero, el cuerpo hioideo se pueden describir anatómicamente las neoformaciones de esta glándula, formas típicas pseudo-adenomatosas o epiteliomatosas verdaderas (típicas o metatípicas) y otras formas (atípicas) carcinomatosas; y aun mas lejos de esta disección histológica y de hecho embriológica deducir la posibilidad de dos epitelomas testiculares, uno de origen secretorio y otro de origen secretorio genital el uno al principio y otro de origen wolffiano.

Patogenia.

Consideraciones generales sobre el origen de los tumores epiteliales.

Las teorías sobre la formación de los neoplasmas pueden hoy distribuirse en dos grupos: 1.º la infección; 2.º la evolución celular.

Las teorías infecciosas o mejor dicho parasitarias (puesto que en el caso que nos ocupa serian protozoarias, más o menos cercanos de los coecideos, gregarinos y aún blastomicetos, que serian su causa) cuentan con grandes autoridades en su favor. Pero el desacuerdo

comienza con la descripción del parásito hasta el punto que Fabre-Domergue en su tratado "De los cánceres epiteliales" agrupa estas formas parasitarias en cuatro tipos que denomina así: 1.º tipo de Bazier; 2.º tipo de Albarrán; 3.º tipo de Comás de Nils Sjöbring; 4.º tipo de Russel.

Las teorías evolutivas, presinden de la acción parasitaria e intentan buscar en la vida de las células solamente su actividad neoplásica.

Ya se adopte una u otra de estas dos

maneras de comprender el desenvolvimiento de los tumores epiteliales, en todo caso lo que en ellos hay de cierto es que el tumor resulta de un exceso de actividad celular?

¿Cómo se hace esta multiplicación celular? La proliferación neoplásica es indiferente o específica?

Según una primera concepción, (la de Virchow), las células del tejido conectivo pueden engendrar todos los tumores. Están en la teoría de la indiferencia de las células. +
Cornil y Ranvier, sin rechazar por com-

pleto la teoría de Virchow, admiten una res-
 tricción; un elemento celular diferenciado no
 puede producir más que tejidos semejante-
 mente constituidos; en una palabra, para que
 la indiferencia celular se manifieste, hace fal-
 ta por lo menos la vuelta al estado embriona-
 rio de la célula; es, en una palabra, la indife-
rencia celular reversiva.

Bard lleva más lejos aún la especia-
 lización evolutiva de la célula, y concluye
 así: una célula, aún siendo embrionaria,
 ó al principio de su evolución normal, no

puede dar otra cosa más que células semejantes a ella bajo el punto de vista histológico y fisiológico; es la teoría de la especificidad celular.

Esta especificidad celular cuenta hoy con la mayoría de los tratadistas; jamás, en efecto han observado los histólogos transformaciones de células profundamente diferenciadas; nunca las células epiteliales de revestimiento son capaces de volver al estado embrionario, pero sufren la fusión necrobiótica, nunca la célula muscular hace otra cosa que degenerar

y la célula conjuntiva, si vuelve al estado embrionario, durante cierto tiempo, se hace bien pronto célula adulta de tejido conjuntivo para formar con las fibras conjuntivas el tejido de cicatriz.

La especificidad celular siendo pues admitida en la evolución inflamatoria o neoplásica, vemos que el testículo normal, no contiene histológicamente nada, (bajo el punto de vista celular), que parezca o pueda constituir la trama del carcinoma, las masas condroideas. Por otra parte las células de

revestimiento de los tubos testiculares secretores y excretores están profundamente diferenciadas. Estas células se mortifican en los tubos excretores; producen espermatozoides, se eliminan en los tubos secretores, pero no vuelven al estado embrionario.

Es preciso, pues, que existan en el testículo, centros celulares distintos de los que constituyen los tejidos adultos, centros celulares capaces de reproducirse, tarde o temprano, para producir la neoplasia epitelial.

¿Qué son estos centros celulares, de donde vienen; cómo y en qué época se han englobado

en el testículo; en qué sentido la proliferación celular se produce; cuales son sus consecuencias futuras? Cales son las diferentes cuestiones que nos proponemos resolver sucesivamente.

Los focos de proliferación celular intratesticulares (su origen, su valor en las neoplasias testiculares.)

De los hechos aducidos en el capítulo precedente podemos concluir: las neoplasias testiculares, no pueden tener por origen el epitelium de los canalillos glandulares



que han completado su evolución histológica. Birsch-Hirschfeld habiendo podido seguir los canalillos espermáticos, que desde las partes sanas del testículo se hundían después de algunas sinuosidades en el neoplasma y se pierden allí en la trama general, creyó en este origen epitelial canalicular.

Waldayer, Langhans, Kocher, adoptaron esta idea con Calavera que describe la evolución celular en tres fases: 1.^a proliferación celular en un tubo seminífero normal; 2.^a

aparición de la pared propia; 3.^a tendiendo á la difusión celular en el estroma fibroso de la glándula.

Monod y Cerrillón se preguntaron si es-
tos tubos epiteliales que habia visto Hirsch-
feld eran canaliculos seminiferos normales,
en via de proliferación epitelial y si se en-
contraban en presencia de gérmenes embrio-
narios con proliferación secundaria.

Existen, en efecto en el testículo, los gér-
menes embrionarios que la histología y la em-
briología nos permiten encontrar.

1.º El enclavamiento y la teoría de Cohnheim:

Digamos algo de la teoría de Cohnheim; para este autor todos los tumores son congénitales, en cuanto a su origen, porque solamente los tejidos del embrión son capaces de adquirir un poder suficiente de proliferación, para constituir más tarde un neoplasma. La teoría de Cohnheim es pues la teoría de la inclusión fetal de gérmenes embriónarios, y se puede entonces, partiendo de este punto teórico, insistir sobre el hecho de que los neoplasmas se producirán tanto más fa-

cilmente al nivel del testículo, por cuando esta glándula, por su origen, está localizada allí donde las tres hojitas del embrión se diferencian más tarde, donde el cierre blastodémico sea menos rápido, y, por lo tanto donde las proliferaciones celulares puedan ser lo más desordenadas posible.

Peró esta teoría nos explica tal vez el origen de los tumores complejos del testículo.

La teoría de Konheim, verdadera en ciertos casos, debe profundizarse más cuando se dirige ya a los teratomas ya a los tu-



moren de un solo tejido, (los epitelomas en particular.)

Los gérmenes celulares por enclavamiento, existen en el testículo; hay dos hogares de proliferación celular: los óvulos primordiales; los restos de canales wolffianos o genitales.

2.º Los óvulos primordiales

Seremos breves, hablando de estos segundos centros celulares, capaces de producir más tarde, para dar neoplasmas testiculares, porque el resultado final se concibe que no pue-

de ser la producción de un tumor de un sólo elemento celular, sino neoplasmas más complejos, (teratomas, tumores complejos, tan frecuentes en el testículo como en el ovario).

Balbani ha demostrado que existían aun en el adulto, óvulos primordiales en el testículo. Mathias Duval admitió una proliferación celular ovular localizada sin fundación á expensas de estos óvulos, metidos en la masa testicular. Como consecuencia pueden producirse así tumores complejos del testículo, en los cuales las células

lulas del tipo epitelial pueden entrar en mayor ó menor parte.

Estos dos centros celulares que acabamos de citar pueden por lo tanto engendrar, sobre todo, ya teratomas, ya tumores complejos del testículo; un tercer centro celular de proliferación existe aún; es el que verdaderamente da lugar á los epitelomas puros.

3.^o Los centros celulares dependen de la evolución anormal de las porciones excretora

y secretora del testículo.

Un hecho primordial interesante en la estructura del testículo es la polimorfia del epithelium de la rete mirabile testis.

Por otra parte el mayor número de los observadores parecen admitir que las neoplasias del testículo, tienen por origen precisamente, esta región del cuerpo de Higmoso que contiene la rete mirabile testis. Esta polimorfia epithelial; este origen neoplásico localizado en el cuerpo de Higmoso, se van a explicar por el desarrollo.



El testículo comprende una porción excretora y una porción secretora, la una desenvuelta á expensas del aparato urinario wolfiano, la otra á expensas del rodete genital.

El rodete genital al principio está constituido bajo la forma de una franjeita blanca, saliente delante del cuerpo de Wolf y sobre esta franjeita se encuentra un epiteliom; el epiteliom germinativo de Walbaum.

El aparato wolfiano constituye tubos con-
torneados y se hace bien pronto el Epididimo
por una de sus porciones.

El rodete genital constituyese por invaginación de su epitelium de revestimiento en la masa subjacente, tubos completos; los futuros canales seminíferos; por su parte el aparato wolfiano dá al ramificarse en su extremidad distal de tubos más ó menos contorneados huecos, los cuales han de formar los orígenes de las vías excretoras del testículo.

En este momento el espacio comprendido entre la franjeada genital y el cuerpo de Wolf se encomba por la invasión de dos órdenes de mamelones, yendo los unos de fuera á dentro hacia

la franjecita genital y los otros de dentro o fuera. Todas estas tubos se pierden en una ganga celulo-vascular que prolifera, se hace más espesa, reúne bien pronto en una masa las producciones nacidas de la franjecita genital y las procedentes del aparato wolffiano.

En este momento la glándula testicular constituida comprende en su parenquima desde luego todas las porciones secretoras del órgano, y en seguida una porción la más distante de su parte excretora.

Al principio no hay comunicación entre

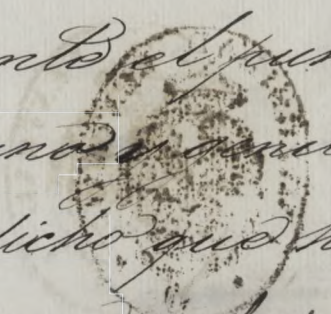
estas dos porciones. Pero en el curso de la evolución, los tubos genitales y wofianos, continuando la proliferación en sentido inverso van al encuentro unos de otros y este encuentro se hace justamente al nivel de la región que será más tarde el cuerpo de Sigmoro.

Normalmente la extremidad de un tubo wofiano, se pone en contacto con la extremidad de un tubo seminífero en presión recíproca, lo hace romperse, su luz aumenta en el punto de contacto, el tubo se llena en ampolla. Bien pronto, el tejido celular intermediario se re-

absorve, la misma pared desaparece, las dos ampollas terminales se fusionan en una cavidad elipsoidal; el aparato de excreción, en una palabra, ha operado en fusión con el aparato de secreción testicular.

Pero de este origen queda siempre alguna cosa en el adulto; esta es la hinchazón descrita por Stieda sobre el trayecto de los canales rectos, la cual representa justamente el punto de coalescencia de dos tubos wolffianos y genital.

En el estado normal hemos dicho que habia tantos mamelones vacios wolffianos, como mamelones llenos



91

espermáticas; por consiguiente cuando el encuentro se haga, todos los tubos secretores tendrían un canal excretor.

Pero supongamos que ciertas tubos no llegaran á la fusión, ya porque hay muchos mamelones wolffianos, ya porque los tubos seminíferos son en cantidad más considerable, ya, en fin, porque ciertas tubos no proliferan, no se dividen suficientemente para ponerse en contacto, y he ahí por qué van á quedarse en la región del cuerpo de Higmore, masas ~~mamelones~~ epiteliales no empleadas. Estas ~~mamelones~~ epiteliales son análogos á los di-

vestículas glandulares y puede concebirse que su hipertrofia tardía, podría crear adenomas; si la hidropenía de estas foliculas se manifiesta tendremos una enfermedad quística adenomatosa; que continúe entonces la proliferación epitelial, ~~mamelonos~~ epiteliales nacerán, se prolongarán por el lado de la menor resistencia, retrocederán, harán desaparecer delante de ellas el elemento noble de la glándula, reemplazándole así poco a poco; el epitelio típico se habrá constituido así. Que las bases celulares se destruyan secundariamente, que la

hipergenesis neoplásica se haga más activa y
 las células modificadas así en su estructura
 histológica van a difluir en los tejidos ambien-
 tes, el carcinoma (epitelioma atípico) se desen-
 volverá entonces. Aquí pues como en la mama,
 como en el útero los residuos embrionarios pue-
 den crear en su evolución, más o menos tardía,
 adenomas, epiteliomas, carcinomas; y para la
 misma fase epiteliomatosa bajo el punto de
 vista histológico, se puede concebir un epiteli-
 ma derivado a expensas de los restos genita-
 les y un epitelioma de origen wolffiano. Ade-

más la evolución puede manifestarse en los dos sentidos, los dos tipos epiteliomatosos pueden constituirse á la vez en la trama de una neoplaxia y he ahí formado un tumor, quístico ó no, en todo caso muy complejo con cavidades ó tubos revestidos de epitelios polimorfos.

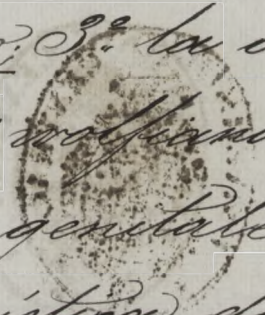
Añadamos, en fin, que esta complejidad anatómica de los tumores del testículo, podemos comprenderla aún más considerable si tenemos en cuenta que el testículo normal contiene ya óvulos primordiales los cuales también pueden proliferar, segmentarse partenó-

genéticamente.

Pero estas nociones patogénicas sobre los orígenes de los epitelomas testiculares, no son simples opiniones subjetivas.

La Anatomía patológica nos va a mostrar:

- 1.º la proliferación de los despojos no empleados del aparato seminífero, que dan un epiteloma seminífero;
- 2.º la proliferación de los despojos del aparato wolffiano un epiteloma wolffiano;
- 3.º la dilatación quística de estos divertículos wolffianos ó genitales ó mejor aún wolffianos y genitales a la vez, creando la enfermedad quística del testi-



culo; 4.^o en fin la difusión celular intraparenquimatosa el carcinoma testicular, el cual será duro ó no, según que la red de su tejido sea ~~apretada~~ ó floja, en estado de proliferación ó no.

Así pues la anatomía del desenvolvimiento permite encontrar en el testículo semejante, normal, tres centros de proliferación celulares, capaces de dar más tarde neoplasias en las cuales entro el tejido epitelial formando parte en más ó menos cantidad; pero bajo qué causas estos centros de las células en reposo entran en

actividad; bajo qué influencias intrínsecas ó extrínsecas, el despertar celular se opera? Aquí se abre el campo de las hipótesis que las teorías del cáncer han querido llenar.

Así hemos podido resumir rápidamente lo que se sabe de la etiología de los neoplasmas epiteliales del testículo.

Etiología.

La etiología de los neoplasmas puede esquemáticamente dividirse en causas predisponentes ocasionales y necesarias.

Las causas predisponentes comprenden aquí la influencia de la herencia y de las diatesis.

Bajo el punto de vista de la herencia ciertos autores han señalado la alternativa que se produce algunas veces en ciertas familias entre las teratomas y los neoplasmas.

Bajo el punto de vista diatésico decimos solamente que se han invocado sucesivamente la diatesis de raza, de individuo, de familia, de sistema, de célula... tantas ideas teóricas entre las cuales es difícil hacer una elección.

Las causas necesarias se las ha querido encon-

trar en la presencia de parásitos intracelulares pe-
ro Fabre-Domergue y antes de él Carnil y otras mu-
chos observadores, insisten en los aspectos tan nume-
rosos que el núcleo de la célula neoplásica pue-
de presentar en el curso de su evolución; en todo
caso las pruebas que pueden exigirse a la teoría
parasitaria no han sido dadas aún.

Si la irritación intracelular por un cuerpo
organizado y vivo no está aún demostrada, no que-
da sin embargo de ella como dudoso que ciertas
irritaciones externas pueden con frecuencia en-
contrarse en la etiología de las neoplasmas tes-

ticulares.

Las causas ocasionales se resumen con frecuencia en este hecho: un testículo anteriormente y fuertemente traumatizado, ya por el estado de vida del sujeto, ya porque hay en él ectopia testicular (Monod y Cerrillon han insistido desde hace mucho tiempo sobre estos hechos.) Añadamos en fin que la edad del enfermo parece tener una influencia sobre la naturaleza de la neoplasia epitelial testicular. Las jóvenes tienen sobre todo teratomas y los viejos carcinomas, pero esta regla tiene muchas excepciones.

Anatomía patológica.

Entre los tumores de tipo epitelial, los unos son puros, los otros complejos. Dejaremos a un lado estas últimas que entran en el dominio de los teratomas. Estudiaremos aquí, pues, el epitelio-
ma atípico, lo que los clásicos franceses describen bajo el nombre de carcinoma, y los epitelio-
mas típicos o propiamente dichos.

I. - Carcinoma - Caracteres macroscópicos: El carcinoma se presenta a la simple vista como una trama opaca, blanco-amarillenta dispuesta en focos o islotes separados por tabiques conectivos

o concetivos-granientas de aspecto más trasparente.
D. Cada foco o grano macroscópico consta de
infinidad de nidos microscópicos de corpúscu-
los epiteliales. Quando al seccionar el carcino-
ma se aprietta la superficie del corte con la
navaja, rezuma un líquido blanco lactescente
llamado juco canceroso, que fué considerado co-
mo característico del cáncer por Cruveilhier aun-
que lo presentan tambien ciertas formas de sarco-
ma, (sarcoma encefaloide). La opacidad del lí-
quido procede de los elementos que lleva en sus-
pension que son las mismas células epiteliales

de los nidos cancerosos junto con algunas leucocitas y detritus grasientos.

Caracteres microscópicos - Examinando al microscopio una fina sección de carcinoma, nos llamará la atención dos cosas: el epitelio y el estroma conectivo.

Las partes epiteliales constituyen cordones continuos de tamaño desigual y de forma variadísima. En su mayor parte aparecen ramificados con dilataciones y estrecheces correspondientes a las amplitudes y angosturas de los espacios cavernosos de la trama. La delgadez de los cor-

Les da por resultado que muchos cordones resul-
 ten discontinuas, formando islotes, tan disminu-
 tos á veces, que sólo constan de dos ó tres célu-
 las epiteliales. Pero existen tambien nidas ó
 acumulas cancerosas perfectamente disconti-
 nuas, como ha hecho notar Klebs, que las ha es-
 tudiado por el método de los cortes seriados. Se-
 mejante independenciam parece probar la vir-
 tud emigradora de las células epiteliales.

En torno de los islotes epiteliales no hay mem-
 brana basal ó glandular, ni en zona entricada
 bordeante de la cara tangente al dermis del epi-

Telio canceroides.

La talla de las células epiteliales del carcinoma es relativamente grande por comparación con la de los corpúsculos glandulares de que dimanar pues oscila entre 12 y 30 μ .

En punto á la forma, aunque sumamente varia, cabe afirmar que domina la poliédrica con facetas planas de dimensiones desiguales. Deben mencionarse por frecuentes las formas celulares en huso, pera y particularmente en estrella resultante de las excavaciones que la presión de vecinas elementas determina en las

facetas de alguno de los corpúsculos centrales. Con acusadas se muestran, o' veces, semejantes formas en estrella, que semejan especie de estroma celular, circunscribiendo grupos de corpúsculos poliédricos.

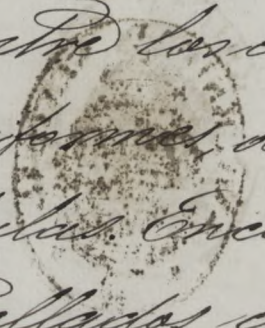
La estructura celular carece de fisonomía propia. El protoplasma es abundante y contiene amenudo vacuolas con gotitas graxientas y hasta con leucocitas englobadas. El núcleo es voluminoso, rico en cromatina, y está provisto de un nucleolo esférico; observasele amenudo ya en curso de kariokinéris ya en camino de segmentación directa.

Las células están completamente sueltas en el ni-
do epitelial, adherentes no más por su viscosidad
y por lo ajustado de sus contactos. Faltan en abso-
luto filamentos comunicantes entre las protoplas-
mas, lo que distingue perfectamente esta neopla-
sia. Explica bien esta particularidad, la facili-
dad con que el plasma canceroso arrastra por
presión las células epiteliales, y la tendencia
invasora de estas, que, libres de las trabas de fila-
mentos anastomóticos y cementos de soldadu-
ra, pueden fácilmente emigrar por las lagunas
conectivas. Certifican dicha independencia tam-

bien los cortes delgados, donde es frecuente ver
nidios epiteliales con huecos considerables cau-
sados por desprendimientos de células duran-
te las maniobras de preparación.

Estroma. Así se llama la trama conectiva
de la forma alveolar donde se alojan los ni-
dos epiteliales.

Esta trama consta de haces de haces de haces
entrecruzadas diversamente, entre las cuales
se albergan células conectivas fusiformes, a veces
larguissimas y semejando fibro-células. Encuen-
transe tambien, corpusculos estrellados celu-



las conectivas embrionarias, y acá y allá tal cual leucocito, característico por su redondez y por la disposición del núcleo. A veces se hallan las células con granulaciones basófilas, tan abundantes en el epitelioma y en las plegmasias crónicas (condiloma, tubérculo).

Los huecos del estroma son ora esferoidales, ora fusiformes y representan lagunas conjuntivas notablemente dilatadas y comunicantes entre sí. Asocianse a este estroma marchando en dirección de las travéculas, algunas capilares sanguíneos.

50

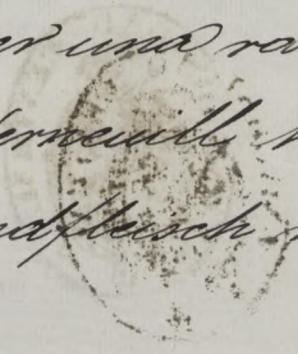
La trama conectiva mencionada no siempre ostenta caracteres de adultez; muy amenudo las haces son delgadas, como granulosas, y la abundancia de elementos fusiformes junto con la presencia de vasos embrionarios, dan á entender se trata de un tejido joven en vías de fibrilación. Allí donde se inicia la neoformación conectiva, adviértense masas considerables de elementos pequeñas embrionarias sin materia fibrilar como en el tejido de granulación de las heridas.

No es posible describir nervios ni vasos linfá-

licos en el estroma canceroso. Pero es verosimil como prueban las inyecciones de las lagunas del estroma, que estas comuniquen indirectamente con los linfáticos de las regiones sanas limítrofes y por ende con los ganglios.

El carcinoma, bajo el punto de vista macroscópico, se nos presenta en dos estados: un cáncer duro y un cáncer blando.

El escirro ó cáncer duro parece ser una rareza en el testículo. Cooper, Curling y Verneuil han hecho observaciones sobre él. Rindfleisch niega por el contrario su existencia.



En todo caso, pronunciarnos por una u otra de estas opiniones, es hoy bastante difícil pues los exámenes histológicos datando de diez a veinte años no son suficientes para permitir un diagnóstico bastante preciso.

Sin embargo, según las descripciones que nos han dado se podrían resumir así los caracteres macroscópicos del tumor.

En el aspecto exterior: bolsa no aumentada de volumen.

Al tacto: imposibilidad de encontrar el epididimo hundido en la masa neoplásica.

50
La vaginal lo más frecuente es que este invade
da por la proliferación celular.

El testículo forma un tumor pequeño, irre-
gular, duro.

Al corte: el cuchillo separa la masa neoplási-
ca con un crujido característico; el corte es ama-
rillento, poco sinuoso, algunas veces con puntas
hemorrágicas; otras veces con vacíos o huecos de
degeneración celular. En esta masa amarillen-
ta se encuentra un epesor considerable (trasfor-
mación del cuerpo de Higueras), epesor fibroso,
unido a la albugínea periférica muy espesa

por tractus los cuales se han hecho así más fuertemente fibrosos. Entre estas masas fibrosas un tejido menos amarillento en el cual aparecen estas vacuolas y este picado hemorrágico que acabamos de citar; es lo que queda en los canales espermáticos. En fin, diseminadas en todas partes masas neoplásicas y, en ciertas puntas, imposibilidad de diferenciar la vaginal, la abluquina, masas intratesticulares. Todo está confundido englobado, destruido por la proliferación epitelial apretada a su vez por la reacción del tejido conjuntivo.

El encefaloides ó cancer blando.

En su aspecto exterior: el escroto está distendido, una redecilla venosa, abundante, se manifiesta en ella, la piel es adherente á los tejidos profundos, lo más frecuente ulcerada y entonces los bordes de la úlcera son gruesos, el fondo grisáceo, hemorrágico.

Al tacto: el testículo y el epididimo están confundidos en un tumor voluminoso, ovoide, irregular, de consistencia muy desigual.

El peso del tumor puede llegar á 300 ó 600 gramos y aún hasta 4 kilogramos (caso de Re-

garces).

Al corte, el cuchillo separa fácilmente el tumor. La vaginal lo más frecuentemente invade por completo, presenta sus dos hojitas soldadas por entace, desviadas en otros sitios, y dejando entre ellas una cavidad que si está interesada por el corte, deja correr un líquido seroso, amarillo, bronceado ó rojo negruzco.

Caracteres microscópicos. Bien se ve en presencia de un cáncer duro ó blando, en los dos casos se encuentra un retículo y células neo-



pláxicas.

El retículo está muy apretado, en el caso del cáncer duro; flojo si se trata de un cáncer blando. Comprende fibras conjuntivas en el estado adulto con ninguna ó con pocas células estrelladas; este es al menos el caso del escirro.

En el encefaloide las células del retículo son más jóvenes y aún algunas veces las travéculas son muy poco abundantes y perdidas entre las células del neoplasma; en este caso el retículo parece ajeno á un escir-

men superficial y las células carcinomatosas redondeadas parecen formar toda la masa de la neoplaxia. Así, ciertos autores intentaron describir bajo el nombre de sarcoma globular verdaderos carcinomas.

Al lado de estas formas típicas, en su estructura francamente epitelial, recordemos que con frecuencia vienen á añadirse islotes de cápsulas cartilaginosas, neoformaciones huecas y vasculares, de donde resultan de aquí los tumores mixtos del testículo.

Por otra parte, las células neoplaxicas,

pudden tambien degenerar en parte, sufrir la fusion necrobiótica. Así se constituyen cavidades ^{que} se llenan de exudaciones serosas, sero-hemorrágicas ó francamente negruscas. Cada estos hechos tienen necesidad de ser conocidas, para que se pueda comprender las variaciones considerables de aspecto macroscópico y microscópico, que pueden presentar las tumores testiculares.

La evolución anatómica de estas neoplasmas testiculares se hace rápidamente, hacia las vías linfáticas y vasculares. A la vez el

carcinoma gana las tunicas superficiales del escroto y los ganglios lumbarcs crean aqui una ulceracion maligna, (el fungus maligno), alli adenomatosis carcinomatosa.

Por su parte los ganglios inguinales reciben sus células neoplásicas injertadas sobre los tejidos de las envolturas del testículo; siendo entonces su consecuencia una adenopatía inguinal.

Despues, poco á poco, las cadenas ganglionares se siguen sucesivamente y los metastasis hepáticas, mesentéricas, torácicas, pleuro-pul-

monares acaban por aparecer.

II- Epiteliomas típicos. - La embriología nos ha mostrado la posibilidad de dos formas: una de origen wolffiano, otra al principio genital. Las estudiaremos sucesivamente.

Epitelioma de origen wolffiano. - Hagamos entrar en este grupo una gran parte de los que Malassez, Monod y otras agrupan bajo el nombre ^{de} enfermedad quística del testículo.

En efecto, la presencia de quistes en un tumor puede tener muchos orígenes: ya es la fusión necrobiótica de ciertas elementos celulares

que crean las cavidades; ya es por consecuencia de una evolución no degeneradora de células que los quistes se establecen. Los primeros, en ciertos casos no tienen pared propia, simplemente del tejido conjuntivo forma sus límites y otras veces es un epitelium polimorfo, sin caracteres claros; tales son los quistes de degeneración en los carcinomas. Pero, otras veces, y estas son los casos que queremos separar de las enfermedades llamadas quísticas de los testículos, la pared de los quistes está revestida de células claramente semejantes á aquellas que se encuentran en

los canales excretorios del testículo, el epididimo, por ejemplo.

La embriología nos enseña en efecto que en el aparato excretor wolffiano el *epithelium* es cilindrico.

Però entre las enfermedades quísticas del testículo, algunas presentan histológicamente cavidades provistas de un revestimiento idéntico.

La observación publicada en un trabajo de Pilliet y Costes es característica, bajo este particular.

Por otra parte cuando se leen los autores se nota que describen en la enfermedad quística, epi-

Celias extremadamente variados; células planas,
 poligonales, cilindricas y aun caliciformes. Pero
 esta complejidad de estructura histológica pare-
 ceria hacer creer en los tumores complejos en
 cuanto á su origen.

Pero si se quiere tener en cuenta que los epi-
 telios antes de degenerar se transforman de cilin-
 dricos en pavimentosos como se ha descrito para
 la tráquea; de aplanados en poligonales ó cilin-
 dricos, como esto se ve frecuentemente en las foli-
 culas de Graff; no se extrañará nada al ver un
 tumor de origen marcadamente epitelial cilin-

drico presentar en su masa quistes con revestimiento de otro tipo.

Caracteres macroscópicos. — El volumen de estos tumores puede ser considerable; su peso (peso) puede llegar de 500. a 1.000 gramos; en su forma general son ovoides con la extremidad inferior gruesa.

Al corte se ven travéculas fibrosas que parten del cuerpo de Nigmaro, anastomosadas en todos sentidos y limitando así cavidades. Estas cavidades contienen los quistes. Su contenido es ya transparente ya lúcido y algunas veces

está formado de una substancia negra ó broncea-
da (en este caso, es probable que no represente un
epitelionia típico, sino una degeneración se-
cundaria).

Al microscopio se ven en la periferia del tu-
mor, el tejido propio del testículo, comprimido,
más ó menos degenerado. El estroma del tumor
puede presentar además fibras conjuntivas, algu-
nas fibras elásticas y aún tejido muscular. Los
vasitos rastrean en el sentido de su largu-
ra en las cadenas linfáticas perivasculares, to-
cando con células redondas en mayor ó menor

abundancia. La región de los quistes nos presenta, en fin, un *epithelium* y una capa subepitelial.

La capa subepitelial parece ser exclusivamente el estroma del tumor densificado en este punto.

En cuanto al *epithelium* varía con el punto del corte examinado con el quiste estudiado: aquí es claramente cilíndrico, vibrante, allí poligonal, elevado y más lejos aplastado. Algunas veces un solo folículo presenta un revestimiento polimorfo, al cual se añade con fre-

cuencia el elemento celular caliciforme.

En cuanto al contenido de los quistes, es un liquido que tiene en suspension elementos celulares más ó menos degenerados, desgarrados de la pared.

Epitelioma seminifero.— El epitelioma seminifero, sobre el cual Billiet ha hecho cinco observaciones, es tambien muy interesante.

Macroscópicamente. En el primer caso el tumor es absolutamente idéntico á un sarcoma; es, en general un tumor ovoide, regular, grueso como el puño, blando en su conjunto.

La red venosa de las envolturas del ovario está siempre dibujada muy claramente.

En un segundo orden de hechos el tumor presenta el carácter de un carcinoma. Este es un cuerpo pequeño, duro, esclerosado, epididimo poco diferenciable de los tejidos venosos; el tumor es de un modo general leñoso, abollado, irregular.

Microscópicamente. - El error puede aún persistir para un observador no prevenido. En efecto dos elementos, células redondas y espermatozoos se representan en él en cantidad más o me-

nas considerable.

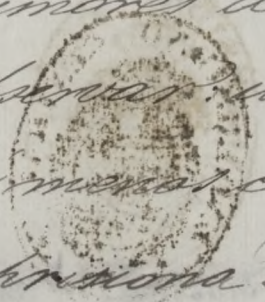
Las células redondas invaden la trama de la neoplaxia, la cual está constituida esencialmente por el elemento espermatozoico.

Normalmente en los nuevos embriones humanos, ó mejor aún en los mamíferos en la época del celo ó algún tiempo antes, se pueden ver las tubas seminíferas llenas de gruesas células redondas con grueso núcleo; los colores de anilina ponen en evidencia en este núcleo una red cromática siempre abundante.

Son células que constituyen los espermato-

poros y que poco á poco por su evolución ulter-
 rior darán las espermatozooides. Al principio, pues,
 todo el tubo testicular en ciertas mamíferas no
 se comprende como revestimiento, más que célu-
 las esféricas. Ellas son las que representan el ele-
 mento noble de los ^{mamelones} genitales, pues las célu-
 las intersticiales tienen una misión distinta.

Peró en ciertos casos de tumores del testí-
 culo, he ahí lo que se puede observar: un estró-
 ma más ó menos denso, más ó menos cargado
 de células redondas, el cual aprisiona en sus
 mallas divertículos llenos de gruesas células re-



dondas con gruesos núcleos de red cromática abundante; son los espermatoforos y el divestículo que estas elementos celulares llenan; ~~tenen~~ pues el valor de un tubo seminífero.

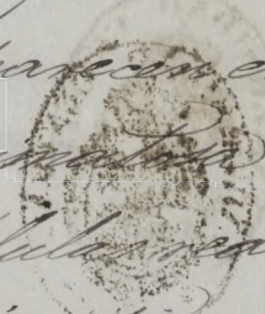
Pero el espermatoforo representa el elemento joven que dará más tarde el espermatozoide y los tubos que le contienen son proliferaciones de tubos embrionarios; y estos no pueden ser por lo tanto más que restos de canales seminíferos que no han operado en union con los canales wolffianos.

Estos epitelomas seminíferos para los cuales

Pilliet y Costes habian podido reunir cinco observaciones, son probablemente mucho más frecuentes; pero para un observador no prevenido pueden referirse ya al carcinoma, ya al sarcoma.

Al carcinoma cuando los tubos que contienen células gruesas (espermatozoides) han estallado en el estroma ambiente y perdiendo su formación tubular original parecen entonces ahogados en la masa mesenquimatosa del tumor.

Al sarcoma cuando las células redondas que se infiltran en el tejido conjuntivo y llenan las



mallas de la red mesenquimatosa obligan á
 este á dilatarse; resulta de aquí la compresión
 de las tubos seminíferas en proliferación neoplá-
 sica, su división, su sección en cavidades más
 ó menos reducidas, de suerte que lo que, en últi-
 mo término, sorprende al observador son grandes
 aglomeraciones de células redondas, pequeñas,
 aprisionadas en una red conjuntiva tan delica-
 da que parece imperceptible, punto que está ocul-
 ta por la abundancia de células redondas.

Antes de terminar la histología de los túnu-
 ros del testículo, recordemos para eliminarlas de

este estudio un cierto número de formaciones epiteliales, que sólo tienen de epitelioma el nombre diferente de él por su origen y su evolución. "Las tumores perlados de Cruveiller, los colesteatomas de Muller, los ateromas perlados de Billroth.

Concluamos, pues, de este estudio histológico de los tumores del testículo de naturaleza epitelial, diciendo: en el testículo hay formas típicas y formas atípicas de neoplasias epiteliales. Las formas atípicas corresponden al carcinoma de los clásicos; las formas típicas son dos: el epitelioma wolffiano que comprende una parte de lo

que los autores describen bajo el nombre de enfermedad quística del testículo; y el epitelionia seminifero cuyos tipos clinicos se confunden con mucha frecuencia con los sarcomas o carcinomas del testículo.

Síntomas y marcha.

Sólo nos ocuparemos aquí de los síntomas funcionales y de la marcha de las neoplasias del testículo, dejando á un lado los síntomas físicos sobre los cuales nos hemos extendido bastante en el capítulo titulado: "Anatomía patológica".

Seguiremos aquí la misma división que hemos adoptado antes.

I.- Carcinoma.— Entre el escirro y el encefaloide hay una gran diferencia en la rapidéz de la evolución, por esto, en el escirro, las redes linfáticas, están menos abiertas, la esclerosis mesenquimatosa es abundante; mientras que, en el encefaloide, sucede lo contrario, de donde se saca esta conclusión: el escirro evoluciona lentamente y el encefaloide rápidamente.

Excepto de este hecho todo el estudio clínico es el mismo.

Comienzo general insidioso. Es con frecuencia una hidrocele concomitante, pesadez, dolores testiculares con irradiaciones dolorosas lumbares e inguinales que atraen la atención del enfermo. Después cambian de aspecto las bolsas onsequida, el testículo pierde su propiedad física, se hace más grueso o simula atrofiarse. El enfermo asustado se consulta.

Los casos pueden presentarse entonces: las túnicas del exerto estar intactas o bien hay ulceración.

Si el exerto está intacto se observa una tumefacción mas o menos considerable de una de las bolsas, estando en general muy marcada la red venosa sub-

cutánea. El tumor es testicular cuando engloba con frecuencia ya el epididimo y el origen del conducto deferente. Este tumor se adhiere por una superficie más ó menos considerable á los tejidos superficiales.

En este momento las ganglias de la ingle pueden aún estar intactas; pero la cadena lumbar es ya voluminosa. Y aún en ciertas formas la neoplasia ganglionar es muy precóz y se deduce entonces que hay poca cosa del lado de las bólsas por fenómenos de compresión; la arcitis, el edema de los miembros inferiores, compresiones de nervios ciáticos ó ramas colaterales del plexo sacro, de donde proceden neuralgias

y nevritis más ó menos graves.

Una vez establecida la ulceración de las túnicas del escroto se está en presencia de lo que los antiguos autores llamaban *fungus malignus*.

Las túnicas de las bolsas presentan entonces una ulceración fungosa, pútrida, saniosa que tiene los caracteres de una ulceración neoplásica. Entonces los ganglios de la ingle no tardan en ulcerarse, los fenómenos de compresión iliaca y lumbar aumentan y el enfermo se encamina así más ó menos rápidamente hacia la caquexia y muere en dos ó 4 años en la variedad escirrosa.

La muerte con frecuencia la producen complicaciones viscerales o ganglionares que son tal vez el resultado de una infección secundaria.

II- Epitelioma wolfiano. - El principio de este epiteloma es igualmente lento e insidioso; los signos funcionales son estos; dolores y sensación de punzadas en los ingles son los únicos que pueden encontrarse.

Pero bien pronto losquistes aumentan de volumen y de número, el excretado se distiende y la tumefacción se hace entonces muy embarazosa para el enfermo. Hasta entonces los ganglios permanecen intactas; pueden algunas veces perma-

necesarios; en este caso el epiteliooma wolfiano a-
parece clínicamente como un adenoma. Langhans,
Cocher, le describían con el nombre de adenoma
quistico?

Pero algunas veces la proliferación se hace
más activa, los tubos se rompen en el extremo del
tumor, el epiteliooma típico se hace atípico, trans-
formándose en carcinoma, decían los antiguos
autores, continuando su evolución decimos noso-
tros hoy.

III- Epiteliooma seminifero.— Según lo que hemos
dicho en la anatomía patológica, deberíamos denomi-

bir aquí dos formas clínicas, refiriéndose la una al sarcoma y la otra a ciertos carcinomas verticales.

El número de exámenes histológicos es aún muy poco numeroso para que se pueda hacer un cuadro clínico. Contentémonos con decir solamente que todas las veces que un tumor tiene el aspecto, la consistencia del sarcoma no parece evolucionar con la gran rapidez propia de esta variedad de neoplasia, se deberá pensar en el epiteloma seminífero, de la misma manera que se podrá pensar aún en esta forma cada

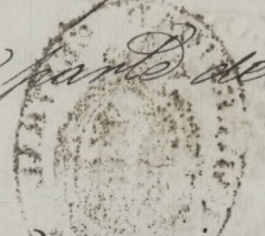
vez que en un carcinoma diagnosticado clínicamente con degeneraciones ganglionares más o menos considerables, se tiene un testículo de poco volumen y un tumor que parece arrancar de la región del cuerpo de Higmore.

En este caso una gran parte de la glándula conserva aún su consistencia y su forma normales.

Complicaciones.— Las complicaciones de los tumores epiteliales del testículo consisten sobre todo en metástasis ganglionares, lesiones de la urétra testicular e invasión de las túnicas del

erecto.

La invasión de las tunicas del erecto constituye el fungus maligno; la ulceración tiene los caracteres de una úlcera neoplásica; úlcera recubierta de granulaciones más ó menos voluminosas; de color amarillento ó grisáceo, sarroso, sanguinolento, con puntitos hemorrágicos negruzcos ó amarillentos y algunas veces placas de esfacelo. Al rededor la piel es espesa haciendo parte del tumor testicular subyacente.



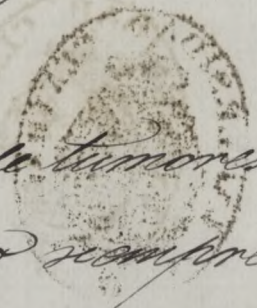
Las lesiones de la túnica vaginal producen en su cavidad el derrame de un líquido más ó me-

nos abundante, seroso, sero-purulento o hemorráigico; algunas veces negruzco o bronceado.

Las metástasis ganglionares, primeramente pelvianas, lumbares y despues inguinales, pueden invadir todas los grupos linfáticos. Los tumores que crean pueden si son subcutaneos invadir la piel y producir una ulceración maligna secundaria.

Diagnóstico.

El testiculo puede ser el asiento de tumores de naturaleza diversa cuyo diagnóstico siempre delicado y difícil implica la resolución de muchas cuestiones.



En presencia de un enfermo cuyo escroto infla-
mado, rojo ó de coloración normal, presente un
aumento de volumen, en presencia de un enfer-
mo en el cual la palpación nos haga encontrar
una tumefacción, una deformación del contenido
del escroto ó la presencia de formaciones anorma-
les en las bolsas en el cual la percusión revele
signos anormales de macidez ó de timpanismo;
en presencia, en fin, de un enfermo que experi-
mente dolores en la región escrotal ó un simple
trastorno producido por perturbaciones en la orina
ó funciones seminales, es preciso pensar en un tu-

mor testicular?

Pero entonces se presentarán sucesivamente estas cuestiones: 1.^a ¿Es un tumor propio del testículo? 2.^a - ¿Es un tumor de las bolsas? 3.^a - ¿Crátase de una variedad en el tumor del testículo? - 4.^a -

Hay ulceración escrotal: cual es el valor clínico de esta ulceración?

1.^a - ¿Es un tumor del testículo? De un modo general se puede decir que:

La inspección permite con frecuencia comprobar un aumento en el volumen del escroto, cambio de color en la piel, ulceración ó no; transpa-

rencia normal ó anormal, de los tejidos recién formados.

La palpación revela una tumefacción del órgano ó la presencia de formaciones anormales sobre la glándula más ó menos modificada. Permite además darse una cuenta si se trata de un tumor gaseoso, líquido ó sólido.

La percusión pondrá en evidencia la macidez ó la sonoridad, la resistencia.

Las signas funcionales revelarán el dolor de carácter especial y de irradiación particular, después la pesadez y las perturbaciones de secreción

de este órgano.

Las síntomas generales que se completan por la anamnesis y el exámen de otros órganos.

Sin embargo, ciertas afecciones pueden simular las tumores testiculares.

Estas son la hernia escrotal, el varicocele, el hidrocele del cordón y los abscesos del cordón.

Haremos la descripción de ellas, para hacer el diagnóstico con más facilidad.

La hernia inguino-escrotal. - El tumor es congénito ó adquirido, reductible blando sonoro, (á menos que se trate de un epiploide).

Cuando es reducido, el dedo se mete en el anillo
inguinal y se puede comprobar su engrandeci-
miento. Haciendo toser al enfermo en constan-
te fenómeno de impulsión.

Con la reducción se tiene el ruido de gli-gli.
El cordón se encuentra detrás y dentro del tumor,
el testículo está debajo y detrás (al menos si no
hay inmersión testicular).

En cuanto á las perturbaciones funcionales
son poco importantes; algunas cólicas con lige-
ras perturbaciones digestivas.

El varicocele. - Antes de los 10 años y parados

Las 35, esta afección se presenta raras vez. Su máximum de frecuencia se encuentra entre las 15 y 30 años: Puede ser unilateral ó bilateral; cuando es unilateral se halla situado casi siempre á la izquierda y cuando es doble el varicocele izquierdo es casi siempre más voluminoso que el derecho. La formación y frecuencia del varicocele se han atribuido á multitud de causas. Una condición predominante consiste en una predisposición individual y a menudo hereditaria, en virtud de la cual las venas están dispuestas á ser varicosas. La talla elevada, una constitución ó un tem-

peramento debil en el cual el escroto y las panderas venosas se relajan, tambien constituyen causas predisponentes. En los individuos de poca musculatura, en particular, la laxitud del cremaster favorece la produccion del varicocele; una debil contraccion de este musculo no resiste suficientemente a la impulsión venosa y a la dificultad de la circulación venosa durante el esfuerzo abdominal, y la sangre se acumula en las varas espermaticas distendiendolas. El color de los tegumentos del escroto es tambien sin duda una causa predisponente; de aqui la frecuen-

cia del varicosele en los países calidos.

Las profesiones en las cuales los individuos tienen que estar mucho tiempo derechos, como los agentes de orden publico, los impresores etc. asi como las que exigen grandes esfuerzos, como los pianaderos, favorecen la dilatacion de las venas espermaticas. Gaujot ha demostrado la frecuencia del varicosele en los reclutas jóvenes, cuya circulacion se halla dificultada por los vestidos y el equipo y que además se hallan expuestas a permanecer frecuentemente y durante mucho tiempo de pie, ejerciendo una serie de

esfuerzos repetidos en una actitud determinada.

Tambien para explicar la produccion del varicocele y su frecuencia a la izquierda se ha recurrido a causas anatomicas; la longitud del trayecto de las venas espermaticas, su posible compresion sobre la rama del pubis, la influencia de las valvulas, la falta de repliegue vascular en la union de la vena espermatica izquierda y de la vena renal, el modo de terminacion diferente de las dos venas espermaticas, son razones mas o menos admitidas y discutidas en todos los tratados clnicos. La misma influencia ejerce la

compresión de la vena iliaca izquierda por las materias fecales acumuladas en la Siliaca en los individuos que sufren constipación; esta es rara en los individuos jóvenes.

Debe admitirse un varicocele automático consecutivo a la presencia de tumores inguinales ó abdominales de toda naturaleza, de hernias inguinales voluminosas mal contenidas.

Por regla general el varicocele, parcial y especialmente localizado en el grupo venoso anterior, es decir, en el haz principal de las venas espermáticas. No obstante, el grupo venoso pos-

97

terior ó haz de las venas funiculares participa
muchas veces de la dilatación varicosa y puede
de dilatarse aún el solo.

Ademas, la dilatación puede radicar de
una manera esclusiva en las venas espermáti-
cas que se encuentran en la cola del epididimo.

Las venas que se han hecho varicosas se dila-
tan, se alargan y hacen flexuosas, dilatándose
no sólo los troncos principales sino también las
venillas. También pueden dilatarse las venas tes-
ticulares y escretales. El paquete varicoso des-
ciende á una distancia variable por debajo del

testículo, que se halla como englobado en el tu-
 mor venoso. Hacia arriba la dilatación vena-
 sa remonta por el trayecto del cordón hasta el
 conducto inguinal y se continúa en la porción
 abdominal de las venas.

Las lesiones de las venas espermáticas son
 las mismas que las de las varices de los miembros
 inferiores; si el varicocele es antiguo, el engrosa-
 miento de las paredes venosas es considerable y
 los vasos quedan abiertos al seccionarles. Este
 engrosamiento permanece uniforme durante
 mucho tiempo y únicamente al cabo de tiem-

pod se observan en algunas puntas dilataciones
 ampulares, con ó sin flebolitas en el interior
 de ellas. La sangre algunas veces es fluida y
 otras coagulada en distintas vitas, segun la
 antigüedad y complejidad de las venones.

Histológicamente, las venones del varicocele
 son las mismas que las de las varices en gene-
 ral.

El tejido celular peri-venoso, en general
 blando y laxo, puede engrasar ó endurecerse has-
 ta el punto de adquirir una consistencia lar-
 dácea y simular un neoplasmia añadido en las al-

Teraciones varicosas, puras y simples.

En casos bastante raros, sobre todo en los soldados jóvenes, el varicocele puede desarrollarse de una manera rápida ó mejor aguda, en seis meses, un año ó más.

De ordinario es siempre indoloso en sus comienzos, lento en su evolución y más bien molesto por su volumen que verdaderamente doloroso. Muchas veces se reconoce por casualidad, pues los enfermos no se quejan; en algunos casos, bajo la influencia de un esfuerzo ó de un ejercicio violento y prolongado adquiere rápida-

mente proporciones muy considerables.

El volumen de las bolsas aumenta, el testículo se alarga en sentido vertical, es de forma irregular y más ó menos abollado en su superficie; hacia arriba se pierde en el anillo inguinal, hacia abajo descendiendo hasta el fondo de las bolsas y puede ocasionar un descenso considerable de la bolsa izquierda y alargamiento á veces considerable del escroto que descendiendo hasta la mitad del muslo; por regla general es del tamaño de un huevo pequeño, pero puede adquirir el volumen de un puño ó el de la ca-

beza de un feto; se le ha visto descender hasta la mitad del muslo. La piel se encuentra distendida en mayor ó menor grado, segun las dimensiones del tumor, algunas veces surcada de venas dilatadas; por transparencia se percibe la coloración de las venas turgentes que recubre.

Por la palpación á través del escroto se percibe una masa de cordones venosos, voluminosos, repletos de sangre y más ó menos entrelazados. La sensación que produce el tacto de estos tumores se ha comparado á la de un

paquete de cuerdas o una mano de guanas,
o intestinos de gallinas, introducidos en el es-
croto.

Por la presión en la posición horizontal el
tumor se vacía de su sangre y desaparece; pero
si no tarda, a pesar de la aplicación del dedo
sobre el orificio del conducto inguinal, se repro-
duce de abajo o arriba y adquiere otra vez sus
dimensiones primitivas.

Por el frío y la posición horizontal disminu-
ye y en cambio aumenta en condiciones inver-
sas.

Los síntomas funcionales no guardan ninguna relación con las dimensiones del tumor; existen enormes varicoceles que no ocasionan ninguna molestia, mientras que otros de pequeño volumen, ocasionan intensos sufrimientos, cuya causa se desconoce.

Comunmente, cuando el tumor es algo voluminoso, no existe más que una ligera molestia y pesadez á lo largo del cordón hasta los riñones; en un grado mayor existen verdaderos dolores, que casi siempre afectan el carácter neuralgico y se irradian á lo largo

del cordón.

La molestia, la pesadez y el dolor acostumbran a desaparecer bajo la influencia del reposo y se exacerban bajo la influencia de los actos ó posiciones que tienden á aumentar el volumen del varicocele. La gravedad de los trastornos funcionales á veces es tan grande que imposibilita todo trabajo activo.

Las funciones genitales, en la inmensa mayoría de los casos, son normales. Algunos individuos afectados de varicocele se alivian en el acto del coito, pero inmediatamente se exacer-

ban todos los síntomas: la actividad de la circulación y la depleción venosa durante el orgasmo venéreo, favorecida por la contracción del dartos y del cremaster, después el relajamiento y el éxtasis, aparecen consecutivamente a esta excitación; explicarán estos dos fenómenos distintos, el alivio y la exacerbación de los dolores.

Por último Jaccoud cita la producción de accesos gastrálgicos de gran intensidad por reducción de la sangre contenida en las venas espermáticas, y, sin duda, por la compresión consecutiva del plexo solar y del

simpático abdominal.

El varicocele de la cola del epididimo se descubre casi siempre por casualidad en los viejos y al examen no se manifiesta más que por la dureza y el aumento de volumen de la cola del epididimo.

El hidrocele del cordón.— Se presenta en dos variedades; en la primera variedad el líquido se infiltra en las mallas del tejido celular del cordón y el hidrocele es difuso; en la segunda variedad, se colecciona en una cavidad preexistente normal o accidental y el hidrocele es enquistado.

El hidrocele difuso, se presenta bajo la forma de un tumor alargado en forma de morcilla, en el trayecto del cordón en su porción escrotal ó tambien en el conducto inguinal y está separado del testículo por un anco. Es indoloro, de consistencia blanda y pastosa y algunas veces fluctuante. Puede disminuir ejerciendo una suave presión de abajo arriba ó por el decúbito dorsal; algunas veces, estando de pie se situa en la parte inferior. Se han dado casos en que esta tumefacción ha adquirido enormes proporciones. Algunas veces es muy difícil distinguirlo del epi-

plotele irreductible, no pudiendo formularse el diagnóstico de una manera precisa.

Hidrocele enquistado. — En casos excepcionales, el tumor puede desarrollarse rápidamente, con todo el cuadro sintomático de la hernia estrangulada; por regla general, su evolución es lenta y silenciosa. Cuando se halla situado en el trayecto inguinal, forma un tumor redondeado, móvil pudiendo ser rechazado por la presión y algunas veces parece que se reduce por el decúbito.

En el escroto constituye una abolladura si-

tuada á distancia del anillo inguinal exterior y del testículo, lizo, resistente, traslucido, algo móvil á lo largo del cordón, independiente de los tegumentos, no sufriendo impulso alguno por la tos ni por los esfuerzos. Por encima y debajo se percibe perfectamente el cordón. El tumor puede ser bilobulado cuando una parte asienta en el trayecto inguinal y la otra en el escroto; algunas veces si es monoliforme se compone de varios quistes superpuestos.

Su volumen, que en general es el de una nuez, ó de un huevo pequeño, puede ser muy considera-

ble; el quiste cubre el testiculo y hace creer que se trata de un hidrocele vaginal.

La transparencia se percibe bien cogiendo el cordón por encima y debajo del quiste y haciendolo sobresalir y colocandolo en el lado opuesto a una luz; este signo puede faltar cuando la pared es gruesa o el liquido esta muy coloreado por la sangre.

El tumor es indoloro y ordinariamente no ocasiona más que ligera molestia en la marcha y en la estación de pie.

Dicho tumor puede complicarse con una

hernia cuyo saco puede tomar distintas posiciones respecto al quiste.

Por último, en algunos casos existe al mismo tiempo un hidrocele vaginal y en otros el hidrocele del cordón puede transformarse en hematocele o más bien en hidro-hematocele por la rotura brusca de los vasos de la pared o por transformación lenta de esta pared.

Los abscesos del cordón son bien limitados y fuera del testículo y del epididimo.

II.- Tratase de un tumor de las bolsas. - Los tumores de las bolsas pueden simular una neo-

plaxia testicular, pueden ser gaseosos, líquidos o sólidos.

Gaseosos. - Entre estos tumores eliminaremos rápidamente los tumores raros caracterizados por la crepitación y la sonoridad. Son en general enfisemas simples del escroto, acompañados o no de enfisemas generalizados.

Líquidos. - Se caracterizan por la resitencia unida o no a la fluctuación.

El hidrocele se presenta formando un tumor ovoideo, piriforme, con la extremidad mayor dirigida hacia abajo, regular, liso, elástico,

y fluctuante; es irreductible por la presión o la elevación de las bolsas.

Es transparente dejando pasar la luz; es además indolente a la presión, determinando tan solo por su volumen cierta sensación de tirantez en el cordón o en la región lumbar.

En el hidrocele voluminoso la piel del pene es atraída hacia el escroto, quedando el miembro englobado dentro del tumor, su orificio se presenta bajo la forma de una depresión umbilicada que deja pasar la orina con dificultad.

En ciertas variedades excepcionales de hidrocele, como el hidrocele bibuloso y el en doble saco, se encuentra modificada la forma del tumor. En este último caso se transmite fácilmente la fluctuación desde la bolsa escrotal a la bolsa inguinal o abdominal, indicando su continuidad y su fácil comunicación. La bolsa inguinal aumenta con el decúbito dorsal y disminuye estando de pie; lo contrario ocurre con la bolsa escrotal.

La transparencia signo patognomónico de la presencia de un líquido seroso en la túnica

vaginal, se nota colocando el enfermo a plena luz y mirando a través de un estétoscopio aplicado exactamente sobre el escroto. Algunas veces es tal la transparencia que ninguna necesidad hay de usar el estétoscopio, sobre todo si se coge bien el tumor y se tira bien de los tegumentos. En este caso se observa una opacidad muy pequeña por detrás y abajo, que nos indica claramente el sitio del testículo. Esta opacidad testicular falta algunas veces y está situada por delante y arriba cuando existe inversión testicular.

En la mayoría de los casos se descubre la

presencia del testículo por la presión, que despierta una sensibilidad especial acusada por el enfermo.

De ordinario se investiga la transparencia colocando una luz a un lado del escroto y mirando por el otro con el estetoscopio, teniendo la precaución de cubrir, con la mano, la parte que se examina con objeto de impedir la difusión de la luz.

Falta la transparencia cuando el líquido no es límpido, está mezclado con sangre ó cuando son muy gruesas las paredes de la bolsa.

Por última se observa un fenómeno raro, especialmente en el hidrocele bilobulado, que consiste en una sensación de crepitación provocada al apretar el tumor, análoga a la de los quistes, con granas viciformes, y que puede ser debida a la presencia de cuerpos móviles en la túnica vaginal.

El hidrocele sigue una marcha esencialmente lenta y crónica; el tumor crece con lentitud durante años, de un modo progresivo. En los niños puede desaparecer espontáneamente o gracias a un tratamiento de los más simples; en el adul-

Lo es excepcional esta resolución. Algunas veces
 se rompe el quiste, ya sea á consecuencia de
 un esfuerzo ó de una contusión, ya sin causa
 apreciable, desapareciendo durante cierto tiempo,
 después de la difusión y absorción del líquido
 en las mallas celulares del escroto. Puede
 acompañarse esta rotura de un derrame san-
 guineo en la cavidad vaginal ó en las bolsas,
 transformándose el hidrocele simple en hidro-
 hematocel.

La forma de pera ó de habichuela del tu-
 mor, su resistencia, fluctuación y sobre todo

su transparencia, son signos que permiten distinguir con facilidad el hidrocele. La transparencia que falta algunas veces al primer examen, puede hacerse aparente poniendo fuertemente tirante la piel y cogiendo entre los dedos el tumor para que sobresalga. Se distingue el hidrocele de la hernia escrotal, por el modo como se desarrolla el tumor, que en la hernia lo hace de arriba abajo, mientras que se efectúa de abajo arriba en el hidrocele. La hernia además deja el testículo bastante independiente formando eminencia por debajo de ella, ex-

cepto cuando la hernia es congénita; recibe la
impulsión de la tos y es sonora á la percusión
por papirotazo y amenudo reductible con gor-
goteo.

El hematocoele, se presenta bajo la forma
de un tumor de rápido desarrollo que general-
mente es esférico, liso, algunas veces piriforme,
con la extremidad mayor hacia abajo resisten-
te y fluctuante en los primeros días.

Más tarde solo se reconoce por la palpación
una fluctuación oscura, con algunas partes induradas
á trochos sugiriendo la idea de cuerpos sólidos.

Es difícil encontrar el testículo en medio del derrame, reconociéndose tan sólo muchas veces, por el dolor característico que se provoca por la presión. Cuando se produce el hematocele en un hidrocele preexistente, se observa un crecimiento súbito del tumor y la producción de un dolor violento, por la distensión rápida de la bolsa.

En el caso de ser complicación de una operación del hidrocele, sale por la cánula una cantidad variable de sangre o de líquido sanguinolento durante los últimos tiempos de la ope-

ración, reproduciéndose el tumor con rapidéz
 y haciéndose más denso y opaco. El hematacele
 termina generalmente por resolución, con reab-
 sorción lenta del líquido; algunas veces va se-
 guido de una vaginitis crónica que produce
 aumento progresivo del tumor, haciéndose más
 duro y resistente.

Sólidos. - Los tumores del exoceto pue-
 den ser lipomas, fibromas, epitelomas ectoder-
 micos por consiguiente pavimentosos estratifica-
 dos, representando propagaciones de epitelomas
 de otras regiones del pene ó de la región anal.

III.- Crías de un tumor del testículo. ¿Qué es?

De un modo general el tumor puede parecer-
nos líquido o sólido.

Tumores líquidos.— Eliminaremos aquí los quistes del testículo pues tienen el valor de teratomas peritesticulares, que hemos procurado explicar en la ocasión de la anatomía patológica y que pueden ser pequeñas o grandes.

Si son pequeños, carecen de importancia clínica, no incomodan a los enfermos y pasan mucho tiempo desapercibidos.

Si son grandes, se asemejan en el comienzo a

un grano de uva, bien distinto del testículo; pero adherente é inmóvil con él. Más tarde el tumor crece y se parece á un hidrocele vaginal.

Eliminados estos quistes puede hallarse uno en presencia de un teratoma testicular, de un espermatocele, de un epitelionia wolffiano, de un encefaloide ablandado.

El teratoma que es un quiste dermoideo, es frecuentemente enorme, irregular, abollado, en general, raramente llo. Se encuentran en el partes duras huesosas, al lado de colecciones líquidas, aisladas ó repartidas irregularmente

en la masa. La ulceración de las túnicas del escroto, rápida ó lenta, deja una fistula que dá paso á despojos fetales; pelos, huesos característicos del teratoma.

El espermatocele se presenta bajo la forma de un tumor muy doloroso, que se produce en el acto del coito ó por el simple manoseo de las bolsas ó aparece en individuos continentales ocho ó diez veces al año durante tres ó cuatro días cada vez.

El encefalocide ablandado, aparte de sus caracteres neoplásicos, sus degeneraciones ganglio-

nares, se reconoce difícilmente.

El epitelioma wolfiano, tal como lo conocemos, tiene para él un comienzo insidioso, el tumor es insensible. El estado general permanece bueno durante mucho tiempo. Se distingue fácilmente, con mucha frecuencia del Hidrocele vaginal, por su depresibilidad, más que su fluctuación, su ausencia de transparencia, la forma del testículo, el estado varicoso del cordón, y se distingue del encefaloide por su marcha.

Recordemos aquí las transformaciones malignas de la enfermedad quística que la anatomía pa-

lógica nos explicó.

Quimores sólidos. - Los tumores sólidos pueden ó no estar acompañados de una ulceración de las túnicas de las bolsas.

En el caso de los tumores testiculares sin ulceraciones del escroto, hay que considerar dos aspectos, que el tumor sea ó no marcadamente inflamatorio.

El tumor es inflamatorio: la marcha es aguda. Se eliminarán rápidamente todas las orquitis infecciosas, sobre las cuales no tenemos necesidad de insistir.

Si la marcha de la afección es crónica, el diag-

nostico se hará más delicado.

Así estaremos obligados á eliminar rápidamente la epididimitis crónica simple y la orquitis crónica simple, cuyo valor clínico es bien discutible hoy; pero sobre todo el testículo tuberculoso.

El testículo tuberculoso; por regla general el principio de esta afección es insidioso; sin embargo, en algunos casos la epididimitis comienza con toda la intensidad de la epididimitis aguda blenorragica; en pocos días, en medio de los fenómenos inflamatorios, el epididimo duro y muy do-

Soroso á la presión, forma detrás del testículo una especie de rodete, como un semicilindro que lo rodea en forma de media luna. Duplay ha descrito esta forma con el nombre de tuberculización galopante del testículo. La induración persiste; las abolladuras se reblandecen y se produce un absceso que se evacua al exterior y se hace fistuloso.

En la forma común la tumefacción se produce de una manera mucho más lenta y la supuración no se produce hasta cierto tiempo después, y algunas veces ni se presenta.

La tuberculosis testicular va precedida algunas veces de un derrame uretral crónico indicando la afección de la próstata o por hematurias sintomáticas de la tuberculosis del riñón o de la vejiga.

En todos los casos las bolsas se hallan sanas o distendidas por un hidrocele que se encuentra en la tercera parte de los casos; por la palpación se perciben núcleos duros, redondeados regulares, situados en el cuerpo del epididimo o más generalmente a nivel de la cabeza o de la cola y casi siempre una induración del conducto. El testículo se halla cubierto en su parte postero-superior

por una masa dura irregular, abollada, hinchada en las extremidades.

Las lesiones del testículo poco acentuadas son difíciles de reconocer; si el testículo y el epidididimo se lesionan simultáneamente, las bolsas encierran un tumor más ó menos voluminoso cuya distinción entre las partes genitales es difícil. El testículo es muy liso y redondeado, el epidididimo se abolla y se alarga.

El conducto deferente presenta a menudo abolladuras fáciles de apreciar ó una induración en su masa que aumenta su volumen; el tacto

rectal revela al mismo tiempo, en muchos casos, los signos de la prostatitis o de la vesiculitis tuberculosa.

Las masas caseosas pueden permanecer mucho tiempo estacionarias y pueden acabar por retraerse y disminuir de volumen. En un momento dado en un punto del orocoto se forma una tumefaccion más blanda; la piel enrojecida se adelgaza y ulcera dando salida al pus, primero espeso y bien ligado, despues seroso y grumoso. La abertura por regla general, queda siendo fistulosa; en la mayoría de los casos

la fistula orienta en la parte postero-inferior al nivel de la cola del epididimo. Cuando se cicatriza se reemplaza por un cordón fibroso que se dirige más ó menos oblicuamente hacia la profundidad y por una cicatriz deprimida.

La afección puede seguir una marcha aguda ó subaguda en los individuos jóvenes y supura al cabo de dos meses: en los adultos y en los viejos es crónica, sufriendo de tiempo en tiempo brotes agudos que terminan por la supuración de un punto.

El testículo puede hallarse completamente

destruido por la supuración y queda reducido a una masa fibrosa, dura e irregular o bien contiene una serie de masas caseosas que han sufrido la transformación caseosa. El epididimo es duro, abollado y obliterado; esta es la forma ordinaria de curación que puede durar muchos años y aun, a veces hasta una edad avanzada.

Amenudo la tuberculosis testicular se complica de manifestaciones tuberculosas en la proximidad o a distancia y el enfermo sucumbe a consecuencia de los accidentes reñiticos o de la

cistitis tuberculosa, o por los progresos de la Tuberculosis pulmonar.

La forma aguda de tuberculosis sólo puede sospecharse al principio; únicamente se reconoce por la persistencia de la induración y sobre todo por la formación de un absceso.

En la forma común, los caracteres del epididimo, respecto de los cuales hemos insistido extensamente, casi no permiten dudar de la naturaleza de la afección; el diagnóstico es difícil en los casos de induraciones persistentes consecutivas a la blenorragia. La duda es imposible.

desde el momento que existe un absceso ó una fistula. En la sífilis el testículo es medianamente voluminoso, indurado en distintas sitios ó granuloso en la superficie, insensible á la presión, y el epididimo, generalmente está sano; en la Tuberculosis el epididimo es voluminoso y abollado, el testículo está sano ó bien enfermo y forma con el epididimo una masa irregular, dolorosa á la presión.

Testículo sífilítico.— Esta afección se desarrolla de una manera lenta é insidiosa, algunas veces sin conocimiento del enfermo, y el tumor

no determina ni molestia ni ligero dolor sino cuando adquiere cierto volumen. Sin embargo, según Reclus, la orquitis sería algunas veces aguda en el primer momento.

Las bolsas no presentan ninguna alteración; la túnica vaginal encierra, aproximadamente en la mitad de los casos, cierta cantidad de líquido; el testículo es fácil de explorar; es grueso; no obstante este aumento de volumen no es mayor que un huevo pequeño o un limón; el tumor, por regla general ovoideo, algunas veces es aplastado por los lados en forma de quijarro.

Por la palpación es duro y de resistencia leñosa en toda su extensión, ó bien puede presentar al lado de los puntos duros otros que recuerdan la blandura normal del testículo. Algunas veces la induración es muy pronunciada en el centro mientras que los dos polos conservan su blandura normal.

Por lo general, el dedo percibe en la superficie de la albuginea la sensación de placas duras, manifiestas, ó bien abolladuras y nudosidades más ó menos salientes. La albuginea, en ciertas vitas, parece blindada de una lámi-

na de cartilago. Las abolladuras dan á su superficie un aspecto granuloso, son poco más ó menos del volumen de una cabeza de alfiler.

La palpación y aun la presión del órgano enfermo, son indoloras; el testículo puede comprimirse entre los dedos sin que se despierte su sensibilidad especial; este fenómeno tiene gran valor bajo el punto de vista del diagnóstico.

En cierto período de la enfermedad el epididimo puede presentar una induración abollada especialmente notable á nivel de la cabeza, llegándose á confundir con el testículo hasta

el punto de no poderlo distinguir.

De ordinario los dos testículos enferman uno despues de otro con algunos meses de intervalo.

Con los progresos de la enfermedad, no tratándola con su medicación específica, el testículo disminuye de volumen, se retrae gracias á la esclerosis del tejido fibroso de nueva formación, y se atrofia hasta el punto de quedar representado en las bolsas, por un pequeño cuerpo duro, irregular, de volumen y consistencia de una habichuela ó de un garbano.

La orquitis xifilitica doble ocasiona la desaparicion de espermatozoides en el esperma, la esterilidad absoluta y algunas veces un estado marcado de feminismo.

En los niños la afección ordinariamente es bilateral y se presenta bajo la forma de un tumor indoloro, extremadamente duro, que se desliza bajo los dedos como una bola de marfil. Puede ser congénito, pero, generalmente, aparece de los dos á los quince meses y termina por atrofia testicular.

El goma del testículo difícilmente puede re-

conocerse antes del reblandecimiento y supuración del foco caseoso. Cuando se reblandece, el erroto se vuelve doloroso, se edematiza, adhiere al testículo, se indura y enrojece; la piel levantada por una colección fluctuante, enrojece y se torna brillante. En este período todavía puede obtenerse la reabsorción por medio de un tratamiento energético, y al tumor sucede una retracción y una adherencia del tegumento a nivel del punto reblandecido. Si el tratamiento es insuficiente se forma una ulceración siempre situada delante del testículo, en la parte anterior del erroto,

por lo cual fluye una materia puriforme, especie de serosidad filamentosa mezclada con grumos blanquecinos. En el fondo de la ulceración, circunscrito por bordes violáceos, desprendidos y cortados a pico, se ve una materia amarillo-blanquecina, parecida al clavo del ántrax. De esta caverna sífilítica pueden salir mamelones carnosos exuberantes y emerger en el orificio bajo la forma de hongos, constituyendo una variedad del fungus.

La epididimitis sífilítica, aislada, observada hace ya mucho tiempo, se admite en la actualidad, después de los trabajos de Cron, Furnier y

otros. Corresponde al periodo secundario y algu-
 nas veces aparece a los cuatro meses de la infec-
 ción. No obstante puede observarse en el periodo
 terciario. La lesión, desconocida casi siempre mer-
 ced a su indolencia, se manifiesta ordinariamente
 por la presencia de un nódulo voluminoso como
 un garbano o una avellana situado en la ca-
 vera del epididimo. Todo el organo puede ser inva-
 dido por abolladuras; la afección se acompaña de
 un derrame abundante en la tunica vaginal.

Son signos de capital importancia para ha-
 cer el diagnóstico de esta afección; la marcha len-

Es insidiosa, su tendencia a invadir los dos testículos, el blindado de la superficie de la glándula y sus nudosidades piriformes características, la pérdida de su sensibilidad normal a la presión, la coexistencia frecuente de otros accidentes sifilíticos y la influencia rápida del tratamiento.

El derrame en la túnica vaginal no tiene la importancia que ha querido atribuírsele; se encuentra con igual frecuencia en el testículo tuberculoso.

En la tuberculosis, el epididimo rodeado de abolladuras esféricas y voluminosas, muchas veces, se lesiona al mismo tiempo que la glándula o

bien simultáneamente con ella; el aumento de volumen y la induración del cordón, la invasión de las vesículas seminales y de la próstata, la supuración frecuente de los focos tuberculosos epididimarios, son elementos de importancia para hacer el diagnóstico diferencial.

Los tumores no inflamatorios del testículo pueden ser benignos o malignos en su evolución, o, mejor dicho, raros o frecuentes, porque la malignidad no es siempre un carácter distintivo.

Entre los tumores raros se encuentran los encondromas, los fibromas, los depósitos calcáreos.

Las encondromas, sobre los cuales insistiremos solamente aquí, son tumores que se desarrollan lentamente en el testículo. El diagnóstico reposa sobre la evolución, el volumen y la dureza de este tumor.

Los tumores verdaderamente malignos son, además de los tumores epiteliales, que nos ocupan ahora, el linfadenoma y el micoma.

El linfadenoma se presenta bajo la forma de un tumor liso, blando, regular, de desenvolvimiento rápido, de consistencia especial. Es muy raro. Hay, en general, degeneraciones ganglionar-

res anteriores.

El micoma es muy raro. Es por el examen histológico, más que por otra cosa, como puede diagnosticarse este tumor testicular.

Quedan entonces, los verdaderos tumores epiteliales del testículo, tumores cuyo diagnóstico es, ó muy fácil ó muy difícil según que se dirija á formas clínicas más ó menos diferenciadas.

Si el tacto nos revela un tumor duro y pequeño se piensa ó se trata de un escirro; si el tumor presenta pequeñas masas endurecidas, esparcidas en el parenquima general se trata de

un encondroma.

Si el tumor es transparente, gelatinoso, esquistico, un epiteloma wolfiano.

El encefaloid tiene caracteres bien definidos; sin embargo, muchas veces, tiene un gran parecido con el sarcoma.

En fin, el diagnóstico de los epitelomas seminíferos, se considera, hasta hoy, imposible en clínica, excepto cuando se trata de un tumor que tiene claramente por origen la región del cuerpo de Sigmoro. Pero entonces sucederá que en los mismos comienzos podrían existir presunciones

para este género de tumor.

IV.- Hay ulceración de las tunicas del escroto.— Cuando la piel del escroto está ulcerada, cuando el fungus maligno de los antiguos autores está constituido, el aspecto de la úlcera es bastante característico para revelar la malignidad del neoplasma subyacente.

Prognóstico.

Lo que hemos dicho de los tumores epiteliales del testículo nos permite ser breves aquí.

Hay tumores epiteliales malignos; los carcinomas. Estas invaden rápidamente las vías linfáticas. Su pronóstico es muy oscuro.

Hay tumores epiteliales espermáticos que difunden más tardíamente sus elementos celulares en el parénquima del testículo. Al principio son simples adenomas pero que se convierten más tarde en epiteliomas. Tienen, por lo tanto, dos fases pronósticas; una relativamente benigna, benignidad de un adenoma, y otra maligna, y tan maligna como el sarcoma.

En fin, los tumores epiteliales de origen eol-

piano, según su evolución, pueden permanecer benignos o ser infectantes, bajo el punto de vista neoplásico, tanto como los carcinomas.

En una palabra, excepto en casos raros, y en éstos en una parte insignificante, de su desenvolvimiento, los tumores epiteliales son malignos y dan siempre el pronóstico muy oscuro, si breve o largo plazo.

Tratamiento.

Según lo que acabamos de decir de la marcha y del pronóstico de los tumores epiteliales

del testículo, se puede concluir de aquí, que el único tratamiento que puede convenir en todos los casos, el único que asegura al enfermo una curación completa, es la castración precoz. Las contraindicaciones serian sacadas de hecho de las metástasis ganglionares, lumbares, inguinales y del estado de debilidad del sujeto, en una palabra, del grado de caquexia del enfermo.

Però las propagaciones neoplásicas linfáticas se hacen más lentamente en el epitelio-ma wolffiano; en este caso es donde más exito se ha tenido por la castración precoz.

Pero si las bolsas estan muy invadidas por la neoplaxia, si se han producido úlceras al nivel del escroto, ó en la region inguinal, entonces, se hace inutil la castración; el cirujano debe contentarse con limpiar las partes escoriadas; la medicación se hace sintomática, se empleará la antiseptia contra la infección, siempre temible; la morfina contra los dolores.

Conclusiones.

1.^a - Los tumores epiteliales del testículo pueden ser puros ó complejos.

2^a - Los tumores puros pueden ser típicos o atípicos.

3^a - Los tumores atípicos constituyen lo que los clásicos estudian bajo el nombre de carcinomas del testículo y pueden reconocerse dos formas: una dura, el excirro, y otra blanda; el encefalocite.

4^a - En los tumores típicos hay dos órdenes.

Los desenvueltos a expensas de los restos de órganos wolffianos: Epitelioma wolffiano.

Y los desenvueltos a expensas de los tubos seminíferos no empleados: Epitelioma seminífero.

5^a - Los epiteliomas wolffianos comprenden una gran parte de los que los autores estudian bajo

el nombre de enfermedad quística.

6.^a - Los epitelomas seminíferos revisten unas veces el aspecto macroscópico e histológico del sarcoma y otras veces el del carcinoma.

7.^a - Todos estos tumores epiteliales del testículo se explican por la ontogenia y bajo el punto de vista más general del estudio del desenvolvimiento de los tumores en el testículo se pueden encontrar allí tres órdenes de centros celulares que la evolución revelará en un momento o en otro.

Merced, Septiembre 20/901. He dicho.
Ricardo E. Oterino

Admisible
J. J. Ferrer Ferrer

Admisible
A. Sanchez Herrera

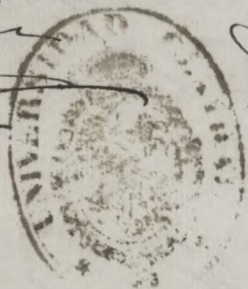
Día 31 de Octubre de 1901
Verificó el ejercicio y fué calificado
de Aprobado

Marían Calleja

Al fin
J. J. Ferrer Ferrer

Manuel Utrero

Manuel Utrero
Utrero



Manuel de Utrero

1850

S

S

V

1850

S