

**Dr. D. Lamas.**—Hago el mismo procedimiento que el Dr. Bado y obtengo los mismos resultados. Tengo un porcentaje de esfacelo superior al 10 % de que habla Bellot y los doctores Bado y Vázquez. Aconsejo insistir en el clorhidrato básico de quinina, porque el biclorhidrato puede causar accidentes. Lo he usado en un caso de fisura anal con brillantes resultados.

**Dr. Capurro.**—He usado las inyecciones esclerosantes con resultados mediocres: actualmente hago las ligaduras de los paquetes con buenos resultados.

**Dr. Carnelli.**—Creo que no debemos abandonar el tratamiento quirúrgico, la ligadura de los paquetes es muy simple y sin inconvenientes.

**Dr. Prat.**—No hago las inyecciones esclerosantes, hace tiempo que he abandonado el Whitehead, para hacer la resección aislada de los pedículos.

**Dr. Bado.**—Hay casos en que el tratamiento quirúrgico está contraindicado (viejos, tarados, etc.). Además, las inyecciones combaten el prolapso, cosa que no se consigue con la ligadura de los paquetes.

---

Presentado en la Sesión del 19 de Agosto de 1931

Preside el Dr. Stajano

### *Torción de testículo ectópico*

por el Dr. R. CAPURRO

**Historia clínica.**—O. S., 22 años de edad.

**Antecedentes.**—Testículo ectópico, derecho, inguino intersticial.

Blenorragia hace dos años, tratada con lavajes y vacuna. Desde hace un año no tiene corrimiento.

El 20 de Abril del año corriente, en ocasión de un traumatismo, al entrar al cuarto de baño se golpea la región inguinal contra el borde de una palangana.

Inmediatamente acusa un dolor bastante considerable. El dolor persiste y le hace dificultosa la marcha.

Continúa en esa situación cuatro días, al cabo de los cuales consulta médico.

**Examen.**—Tumefacción canal inguinal derecho del volumen de un huevo, muy dolorosa a la palpación. Temperatura 37° 2/5. Orina clara, sin filamentos. Vientre blando, depresible. No hay náuseas ni vómitos. Descartamos, pues, diagnóstico de estrangulamiento herniario.

Descartamos también, diagnóstico de adenitis, — por la localización, — porque la tumefacción corresponde evidentemente al testículo ectópico.

Pensamos en una epididimitis en testículo ectópico, pues hay temperatura. ¿Pero, qué clase de epididimitis?

¿Epididimitis de origen blenorragico? Pero la orina no tiene filamentos y el enfermo no acusa corrimiento alguno. Naturalmente que todo esto tiene un valor relativo.

¿Epididimitis a colibacilo de origen extragenital?

¿Tuberculosis a debut inflamatorio? (Duplay).

¿Contusión simple del testículo?

Pero los síntomas parecen aumentar en vez de disminuir a los cuatro días del traumatismo.

¿Torsión del cordón? Era otro diagnóstico posible.

Decidimos esperar y prescribimos cama y bolsa de hielo.

Al otro día, el enfermo manifiesta que ha pasado mala noche, el cuadro clínico no ha cambiado.

Proponemos la intervención con diagnóstico de epididimitis o de torsión del cordón. La familia no acepta. Pasan dos días, la tumefacción persiste, el dolor se hace más intenso, se decide entonces la operación.

**Operación.**—Anestesia general, éter. Incisión sobre el canal, aparece la vaginal tensa y de color vinoso, al decollarla se rompe, sale abundante líquido sanguinolento. Aparece el testículo color rojinegro y con una torsión sobre el cordón de 360 grados, se trata de un volvulus del testículo. Destorcemos el cordón, examinamos de nuevo el testículo que permanece sin variación en la coloración. Decidimos la extirpación. Sección y ligadura por separado del deferente y del paquete vascular. Un par de puntos de catgut del pequeño oblicuo y transversal a la arcada. Cierre de la aponeurosis del gran oblicuo. Drenaje en tubo. Postoperatorio normal.

Se trataba, pues, de una torsión intraigunal (volvulus del testículo), a marcha subaguda en testículo ectópico de canal peritoneo vaginal cerrado.

Consideramos que dado las complicaciones graves peritoneales que pueden resultar de la epididimitis o de la torsión del cordón en un testículo ectópico, no debe perderse tiempo en diagnósticos, más o menos precisos, y que se debe ir a la intervención, intervención benigna por otra parte. En los casos en que entre en lisa el diagnóstico de estrangulamiento herniario la indicación todavía es más categórica.

¿Pudo haberse conservado el testículo? Si se hubiera aceptado una intervención precoz probablemente. Es ésta, otra razón más a favor de la intervención inmediata en las lesiones del testículo ectópico aun cuando se traten de complicaciones de marcha subaguda como en el caso en cuestión.

Dr. Prat.—Cita un caso de torsión de testículo ectópico, con la particularidad de que el niño tenía en un medio con paperas, habiendo tenido el chico dolor parotideo.