

# 143

1897.



11444

# Curación radical del Hidrocele

Tesis presentada por José G.  
Lávarez para optar el grado  
de Bachiller en Medicina

1897.

J. Lávarez

J. Lávarez

J. Lávarez

A



Señor Decano,

Señores Catedráticos.

Sencillez en el procedimiento  
y seguridad en los resultados he  
allí reasumidos en breves palabras -  
el elogio del procedimiento Volkmann  
Juilliard para la curación radical  
del hidrocele. Será ese procedimien-  
to objeto del trabajo que someto á  
nuestra consideración para optar el  
grado de Bachiller en esta Facul-  
tad.

La incisión de la vaginal  
para obtener la curación del hidro-  
cele es uno de los métodos mas pri-  
mitivos que consigna la ciencia. En  
esa época la abertura de la vaginal  
estaba sembrada de peligros. Los pro-  
cesos inflamatorios á que daba lu-  
gar, las supuraciones inagotables

y las mil complicaciones que originaba eran el habitual cortijo y el obligado. Corolario de esa intervención; no así hoy que la asepsia y las antisépsis - alejando esos peligros - lo han elevado del rango de un tratamiento violento y barbaro, al primer lugar - entre los diversos - que hasta el presente se ha propuesto.

A pesar de las dificultades con que tropezaban los cirujanos de aquellos tiempos, era la incisión un recurso al que se apelaba en las recidivas frecuentes y en las mejoras dudosas. y era siempre un último recurso no por que se descubriera sus ventajas. Sino por que se convenía en lo casi impracticable de esta operación; no obstante - desde su origen hasta nuestros días - eminentes profesores defienden la incisión. Así Ambroso Faro, dice hablando de ella que: "habiéndoselle presentado en una idea hidrocela intratáble por todos

los resolutivos conocidos de aquella época, se vió obligado a intervenir incendiando la vaginal, único procedimiento por el que seguía él. Se hubiera logrado la cura radical

En 1733, Samuel Hart tuvo también ocasión de apreciar los benéficos resultados de un procedimiento que sus antecesores habían relegado al olvido

No se conocen los resultados obtenidos por esta terapéutica del hidrocele desde Hart hasta 1783 en que la Academia de Cirugía de París la acepta pero todavía con algunas restricciones. La reservaba únicamente para los casos en que el líquido del hidrocele fuera rojo, rojo bruno, pálido o descolorado.

En 1824 Scarpia publicó casos de hidrocele enquistado del cordón tratados por el procedimiento que sostengo. Los magníficos éxitos obtenidos le permitieron declarar la excelencia de este método.

do y levantar las graves acusaciones que algunos autores habían formulado contra él.

Mas reservado, Boyer solo aconsejaba la incisión cuando el desarrollo y volumen del hidrocele eran un obstáculo para que el enfermo pudiera entregarse á sus ocupaciones.

En 1831 intervienen Ricci curando radicalmente tres casos de hidrocele por el procedimiento Volkman y Fullard.

Regnolli de Tiba publicó en 1834 la interesante historia de una curación de hidrocele en menos de veinte días, sucedida a la incisión y resección de la liníca vaginal del testículo.

Aparte de esta época se generaliza la incisión como lo prueban las intervenciones en ese sentido realizadas por Roux, Breuchet, Delafosse, Fergusson; pero la gloria de haber convertido este procedimiento tan lleno de objeciones en una inter-

5

versión racional y verdaderamente terapéutica'. Correspondió a los profesores Klemann y Fullard que son taron las bases del procedimiento actual.

Entre monólogos parece ser - segun mis averiaciones personales - el Dr. Ernesto Odrizola el primero que lo haya puesto en práctica con éxito en Lima (13 de feb. de 1896.)<sup>(1)</sup>

El Dr. V. Fernández Concha la ha practicado después con éxito análogo.

(1) Véase Historia N. 1. pág.

(2) Véase Historia N. 2. pág.

Despues de afeitar y aseptizar convenientemente la region se coloca al enfermo en la posición decúbito dorsal y sobre la cara anterior en la parte mas declive se practica una incisión cuya longitud varia segun los autores, asi para algunos su longitud debe ser grande, al pass que para otros debe ser pequena.

Ces y con sobrada fundamento que la incisión no debe ser tan grande que no tenga importancia, ni tan pequena que impida el examen de la cavidad vaginal.

Algunos cirujanos aconsejan abrir de un solo golpe las diversas capas del escroto y penetrar directamente en la cavidad vaginal, otros y estos se encuentran en mayor numero practican la incisión en dos tiempos, en el primero solo llegan á dividir la piel, el tejido celular, el dartos, la capa celulosa, el cremaster y la túnica fibrosa comun; al llegar a este punto abandonan el bisturi y procuran hacer la hemostasis lo

mas completa posible. Conseguido esto se divide la hoja paristal de la serosa vaginal sobre la sonda amalgada, como resultado de esta abertura se obtiene la evacuación del líquido hidrocélico. Este tiempo de la operación permite además reconocer las alteraciones que puedan existir en esta cavidad.

En mi concepto este segundo método operatorio es preferible. Pues si la hemostaxis no se hace antes que se incinde la vaginal, la sangre proveniente de los vasos divididos penetra en esta cavidad y al practicarse las suturas quedaria dentro de ella una cantidad de coágulos que obrarian como cuerpos extraños determinando así su inmediata reproducción. Finalmente despues de los lavados antisépticos se da principio a las suturas ó segun otros al drenaje.

Por mi parte estimo mas convenientemente el uso de las suturas puestas que de esta manera la cicatrización de la herida operatoria se

verificaria, con mayor celeridad. Si al  
igual complicación se presentara tal  
como la reproducción del líquido ma-  
da sería más fácil que cortar las  
fisturas; por el contrario con el dren  
que se conseguiría? Demorar la  
curación, puesto que si la antisepsis  
sia ha sido rigurosa como debe serla,  
no tememos que tener accidente alguno.

La colocación de un apósito  
conveniente sobre la herida completa  
el método operatorio.

El profesor Reclus en una de sus lecciones de Clínica dictada en el hospital de la Ciudad se expresa en los siguientes términos: "Deseo insistir ante vosotros sobre el tratamiento del hidrocele vaginal y explicaros como mi práctica actual no está acorde con las conclusiones de las lecciones y memorias que he publicado á este respecto." En el tratado de Cirugía, en la clínica del Hotel Dieu, en nuestra Clínica práctica quirúrgica se lee: la punición seguida de inyección iodada es una operación excelente y el procedimiento de elección y recuerdo á propósito de esto que en 21 vaginalitis crónica operadas en ocho meses he tratado 19 por inyección iodada y 2 solamente por la resección de la vaginal. Ahora bien. Como muchos de mis colegas he invertido por decir así la proposición y desde el principio del año en curso (1893) me habeis visto en 11 casos de hidrocele recurrir 10 veces á la incisión antiséptica y una sola á la inyección iodada".

Como se ve por el pá-  
piter anterior que transcribo del N.  
de la Gaceta de Hospitalas la incisión  
es un procedimiento que cada dia tie-  
ne mayor número de prosélitos. Los  
más ardientes defensores de la pion-  
erio, como Reclés se declaran los  
partidarios de la incisión.

Los cirujanos están a-  
cordes para practicar la incisión en  
los casos en que los hidroceles se pre-  
senten con cavidades múltiples, en  
que falsas membranas se encuentren  
flotando en la cavidad vaginal, cuan-  
do existan alteraciones glandulares  
de diagnóstico dudoso, cuando las  
cavidades peritoneal y vaginal estén  
en comunicación. No sucede lo  
mismo en los casos en que se trate  
de aplicar la incisión para la cura-  
ción del hidrocele simple.

Se ha dicho y es verdad  
que hidroceles de esta naturaleza han  
curado siempre con la punzón segui-  
da de la inyección rodada. Yo mismo  
en mi práctica limitada he tenido  
ocasión de observar la verdad de esta



ascension, pero si pasar de esto sostengo  
que la incisión es superior a la  
función... Veamos las ranuras que tiene  
go paralelo.

Cedo la palabra al profesor  
Reclus qui dice así: Que ranuras  
tenemos para abandonar en los tejidos  
celos simples la función y la inva-  
ción irritante, si pasar de su largo  
pasado y de los importantes servicios  
que ha prestado para reemplazarlo  
por la incisión, anti-séptica operación  
más delicada y que necesita una edu-  
cación quirúrgica superior? Son  
las siguientes: 1<sup>a</sup> la mayor rapi-  
dez en la curación; 2<sup>a</sup> la disminu-  
ción en el número de recidivas y  
3<sup>a</sup> finalmente un argumento aunque  
del menor fuerza pero que tiene al-  
gun valor es que la curación radical  
no es una intervención si cegas como  
la función.

Por este procedimiento se  
sabrá lo que se hace, se verá los tejidos  
que se dividen; se llega rápidamente a  
descubrir la glándula, se la ins-  
pecciona y si merecido, se le extirpa.

que podrían pasar desapercibidas son diagnosticadas y curadas.

La mayor rapidez en la curación del hidrocele por la incisión está fuera de duda. Efectivamente tomemos las diferentes estadísticas y comparamos el tiempo que demora en curar un hidrocele tratado por la apunción y otro por la incisión. Para este ultimo las estadísticas dan como duración media los siguientes números, según Gelliard 10 días, según Volkmann 12, según Roux 13, según Kruken 14, según Lester 17, según Kocher 18, según Albert 21,

Si se nota tanta discrepancia en el número de días que se necesita para obtener la curación del hidrocele, esto depende de que no todos los autores están acordes acerca de la significación de la palabra curación; pues mientras los primeros consideran la curación como la cicatrización de la herida que se verifica a los 9 días, los segundos por el contrario no solo en el lo anterior sino la llaman

dura del escroto al rededor de un mes  
siendo indoloro y normal.

Para la función los resultados  
son más variados todavía, se  
le ha asignado ~~entre~~ 15, 20, 30 y 60  
días.

Comparando pues las máximas y mínimas de ambos procedi-  
mientos veremos que la incisión ne-  
cesita menos tiempo que la función  
para obtener el resultado apetecido

Del número de recidi-  
vas es menor la incisión que en  
la función lo demuestra las estadís-  
ticas siguientes:

Procedimiento de la función se-  
gún Wendling 15%, Billroth 15%  
Gosselin y esto parece ser la media esac-  
tada. No obstante en una  
estadística de Martín de Galván y  
publicada por Cuirling eran las recidi-  
vas de 1%, pero este autor solo habla  
de las recidivas en las tres primeras  
semanas. Como se sabe que la re-  
producción del hidrocele puede verifi-  
carse despues de varios meses. Se com-  
prende pues que no juzgad esta cla-

La divisa se exacta y por consiguiente  
se nos podrá servir para establecer una consideración.

El número de lecidas obtenido por la incisión son los siguientes: Segun Julliard 2%, Wendlina 1%. Volkmar 3%.

Creo haber probado pues por este medio la verdad de lo que había dicho anteriormente cuando indicaba el fundamento que tenía para preferir la incisión á la función

José Guerrero, natural de Lima, de 40 años de edad, de profesión maestro, ingresó al hospital "Dios de Mayo" el 26 de Marzo de 1896, y ocupó la cama N. 46 de la Sala de San Juan de Dios que estaba entonces a cargo del Dr. Ernesto Otero Rola.

Los antecedentes que se tomaron a este enfermo así como el reconocimiento que se hizo después de la abertura de la vaginal no permitieron descubrir nada que pudiera hacer considerar al hidrocele como una afeción secundaria.

Los caracteres del tumor eran los de todos los hidroceles, razón por la cual no me detengo en señalarlos, solo si haré constar que se trataba de un hidrocele doble, y que antes había sido tratado por el Dr. Carvallo por el procedimiento de la fijación.

Teniendo en consideración el ningún éxito del procedimiento

á que anteriormente se había sometido al enfermo, el Dr. Odriozola resolvió poner en práctica el procedimiento para la cura radical del hidrocele.

Se procedió así: Anestesiada la región por medio de las pulverizaciones de éter se dividieron las diversas capas del escroto en dos tramos; después de la abertura de la vaginal se hizo una embrocación del iodo tanto en la hoja parietal como en la vaginal del testículo y finalmente se practicaron las suturas. A los nueve días el enfermo quedó curado.

Decidida la operación del segundo hidrocele que se practicó quince días después y por el mismo procedimiento el Dr. Odriozola tuvo ocasión de ver que el éxito en este caso no fue tan feliz como en el anterior pues al siguiente día se notó un aumento considerable del escroto y del pene debido á una infiltración sanguínea y que reconoció como causa la abertura de una arteria que había sido torcida durante

La operación. En vista de este accidente se procedió á quitar las suturas, se ligó el vaso con catgut y se practicaron los lavados antisépticos.

Tres días después se suturó nuevamente y a partir de este día todo marchó de una manera rápida y feliz hacia la curación.

Esta historia clínica confirma lo que durante el curso de esta tesis he dicho, esto es la necesidad de practicar la hemostasis de la manera más completa y segura, así como también lo indispensable que se hace el empleo de las suturas.

Santiago Pimentel natural de Lima, de 58 años de edad, profesión carpintero ingresó al hospital "Dos de Mayo" el dia 2 de junio de 1896 y ocupó la cama n.º 30 de la sala de San Andrés.

Antecedentes. Este enfermo sufrió una caída sobre el testículo el año de 1892; dicha caída produjo en él un dolor agudísimo pero a los cuatro días desapareció completamente y creyéndose ya curado se entregó nuevamente a sus ocupaciones.

Trascurrió un espacio de dos años durante los cuales Pimentel no acusaba ninguna molestia en sus testículos hasta que a fines del año 1894 notó un aumento en uno de ellos. Alarmado se resolvió a ingresar al hospital, a fin de librarse de una enfermedad que si bien es cierto no le proporcionaba dolores, sin embargo le impedía el ejercicio de su profesión. Entonces ocupó la cama N.º 27 en la sala del Sto Domingo.

Reconocido y diagnosticado el caso ordenó el Dr. Marco una punición seguida de la inyección yodo yodurada clásica. Los caracteres del líquido que se extrajo en esta primera punición eran los siguientes: inodoro, color amarillo citrino, cantidad proximamente 150 gramos. A los cuatro días de practicada esta primera punición, viendo que el líquido se había reproducido nuevamente se practicó una segunda y que tuvo el mismo resultado que la anterior, esto es sin inmediata recidiva. En estas condiciones el enfermo pidió su alta.

Fernández así algunos meses en la calle hasta que se vio obligado a ingresar al hospital donde ocupó la cama N° 30 de la Sala de S. Andrés.

Los caracteres que presentaba el tumor eran los siguientes: forma bilobal es decir con una depresión que era probablemente debida a las adherencias que produce el trabajo inflamatorio causado por la inyección

ijodada. Volumen poco mas ó menos el de un puño, paredes espesas y tan fuertes que la transparencia que es un signo importantísimo para el diagnóstico del hidrocele no existía. Color del líquido amarillo rojizo, coloración que como sabemos es frecuente en los hidroceles recidivados y cuya causa se explica por la existencia en el líquido del hidrocele de una cierta cantidad de glóbulos rojos.

Ante este conjunto de síntomas el Dr. Fernández Concha diagnosticó un hidrocele y practicó una 3<sup>a</sup> punición obteniendo el mismo resultado negativo que en las puniciones anteriores. A los quince días el humor había recobrado su volumen primitivo, se practicó entonces una cuarta punición y cuando se inyectaba la solución Iodo yodurada se notó que el yodo se había precipitado en la vaginal rápidamente por lo cual se vio el Dr. Fernández precisado a abrir esta cavidad. Fue de este modo como se introdujo en ese servicio la inici-

sión con el objeto de curar los hidroceles.

Abierta la vaginal se practicaron lavados adecuados al caso se colocó sobre la herida una curación antiséptica y al cabo de 20 días el enfermo quedó completamente curado.

En el presente caso no se hizo uso absolutamente de las suturas; la incisión fue de 3 centímetros.

Después de un año he tenido ocasión de ver al Pimentel y se encuentra tan bien que nadie me hace tener mala recidiva.

Este caso comprueba una vez más la superioridad del procedimiento que defiendo. Hé demostrado la rápida eficacia de la incisión en un hidrocele que había resistido a cuatro fumigaciones verificadas con todas las precauciones que la técnica obliga en estas circunstancias.

El 6 de Setiembre del año pasado, ingresó al hospital "Dos de Mayo" el enfermo Lucas Lerama, natural de Chota de 62 años de edad y ocupó la cama N. 14 de la sala de S. Antonis perteneciente al servicio del Dr. N. Fernández Concha.

Sometido al interrogatorio que debe hacerse en estos casos se vino en conocimiento de la existencia de un tumor líquido que se encontraba situado en la cavidad vaginal derecha. Sus caracteres eran los siguientes: a la inspección la piel del escroto se notaba tensa e hinchada, los vasos sanguíneos dilatados, su forma piriforme, poco accentuada; su transparencia se dejaba perfectamente percibir. A la palpación, la fluctuación era manifiesta. A la percusión era sonido mate.

Por los antecedentes, así como por los caracteres que he indicado más arriba, se diagnosticó un hidrocele idiopático.

El cinciam del servicio en vista del magnífico resultado obtenido en el caso de Timenely resolví practicar la incisión antiséptica

Operado el dia 8 de set<sup>o</sup>, doce días después quedó completamente curado; durante este espacio de tiempo, ningún accidente operatorio. Sobrevino tal enfermo.

Andrés Wilson, chileno, de  
misticos, de 27 años de edad, ingresó  
al hospital "Los de Mayo", el 20  
de abril de 1897, y ocupó la cama  
Nº 36 de la sala de San Andrés.

El hidrocele cuya historia  
clínica pase á describir es de na-  
ralista traumática (fumatacé) reci-  
bido en la región escrotal derecha.) Así  
lo manifestaron los antecedentes que  
se tomaron al enfermo.

Cuando hice el examen  
clínico del caso en cuestión pude ob-  
servar que la piel tenía una colora-  
ción roja intensa; los vasos sanguí-  
neos dilatados, un equimosis en  
la parte antero-lateral derecha del es-  
coto. Ejerciendo una ligera presión  
en la parte correspondiente á la glándu-  
la espermatíca el enfermo accusaba  
un dolor intensísimo. La forma era pa-  
de una pera.

Colocando el finot entre el  
ojo del observador y una vela encendi-  
do el síntoma (trasparencia) era cla-  
ro.

Cuatro días después de su ingreso, el médico practicó la incisión de la vaginal y por este procedimiento quince días después quedó curado

Lima Octubre 26 de 1897  
José G Cáceres

V. B.

A. Velero

Lima, a 28 de Octubre de 1897.  
 De conformidad con lo dispuesto en el artículo 308 del Reglamento General de Instrucción Pública: nombrase ya para comprender el jurado que deberá examinar al graduando D. José G. Cáceres, a los Dns. Alarcón, Dosa y Fernández Concha.

V. B.

A. Velero

Folio	11444
No. de acta	11444

**UNMSM - FM - UBHCD**



**010000072653**