

del meato normal, si el miembro está casi recto y no produce molestias por consiguiente la erección, el objeto es puramente genital, es decir, que se refiere exclusivamente al grado de fecundidad; en estos casos creo que también existe la indicación de operar, pero no ofrece carácter absoluto, sino que, por el contrario, hay que resolver si existe ó no la indicación de operar en vista de las circunstancias de cada caso. Por último, aquellos en que la abertura hipospádica se halla inmediatamente detrás del sitio del meato normal, no hay indicación operatoria, pues no sólo no producen ningún sufrimiento moral al enfermo, sino que la fecundación, aunque no tan fácil como cuando el meato ocupa su lugar fisiológico, sí es posible.

2.^a ¿Cuándo debe practicarse la operación? En los primeros años no creo que sea oportuno, porque la delgadez de la piel del pene, por una parte, y la falta de reflexión del niño por otra, son circunstancias que á mi juicio contraindican la operación, porque con la mayor facilidad se rasgan los puntos de sutura y se empeora la disposición de las partes afectas; por consiguiente, debe diferirse la intervención hasta que el niño tenga ocho, diez, doce ó más años, pues el número preciso no es posible fijarlo *à priori*, porque depende del carácter del niño, del volumen del pene, etc.

3.^a ¿Conviene diferir *toda* la operación hasta que el niño tenga cierta edad? Sin dar á mi opinión el carácter de consejo, sino de simple reflexión, diré que cuando el pene esté muy incurvado y no haya ningún inconveniente en efectuar su enderezamiento mediante la incisión transversal de la brida que mantiene la corvadura, en la forma que la practica Duplay en el primer tiempo de su procedimiento, suturando, por supuesto, la herida á continuación, creo sería de gran utilidad; porque libre el miembro de esa especie de freno que probablemente coarta su desarrollo y acentúa su deformidad, podría adquirir su rectitud normal, crecería en condiciones lo más aproximadas al fisiologismo, y de esta suerte los años que transcurrieran hasta que creyéramos llegada la oportunidad de completar la operación, lejos de acrecentar la viciosa disposición del pene, imprimirían á éste un gran impulso en el sentido de su desarrollo normal, con la particularidad de que esta operación previa se podría practicar muchos años antes que la definitiva. Presento esta idea para que los cirujanos la mediten, si bien manifiesto desde luego que lo que primero hay que resolver en cada caso, es si las circunstancias que en él concurren establecen ó no la indicación de esta intervención parcial, exclusiva por de pronto.

Epispadias.

Se denomina *epispadias* á la abertura de la uretra en la cara superior del pene. Esta malformación es sumamente rara.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — Prescindiendo de la herencia, cuya intervención es posible como causa remota pero que no aporta ninguna luz al mecanismo generador del epispadias, el problema patogénico de este vicio de conformación permanece todavía en el misterio.

Según Kauffmann, sería debido á la retención de orina en el feto, la cual ocasionaría la ruptura de la uretra. Esta hipótesis es inadmisibles, entre otras razones porque de romperse la uretra, lo regular es que fuera por la cara inferior del miembro.

La hipótesis que refiere la patogenia á la rotación del pene, en virtud de la cual la cara inferior se convierte en superior, no es tampoco admisible, porque hay muchos casos en los que no existe semejante inversión y porque no hay motivo para que se produzca.

No hay más remedio que invocar como procedimiento patogénico una desviación del mecanismo embriogénico de las partes afectas, y no siempre igual, sino diferente en cada una de las modalidades clínicas que, como veremos, pueden observarse.

PATOGRAFÍA.—Lo mismo que en el hipospadias, refundiré la *anatomía patológica* en el cuadro sintomático. Relativamente á su localización, el epispadias ofrece tres variedades que estudiaré sucesivamente.

Epispadias balánico.—El balano aparece aplanado y ofrece en su cara superior una canal que no es otra cosa que la cavidad de la uretra; el pene presenta menor longitud que la fisiológica y los cuerpos cavernosos se hallan mutuamente unidos, sin que entre ellos se perciba la uretra.

Epispadias peneano.—En esta variedad, que es la más rara, comprende la fisura, además del glande, cierta extensión de la región esponjosa de la uretra.

Epispadias peno-pubiano.—La hendidura recorre toda la cara dorsal del pene, el cual se halla acortado y dirigido hacia el abdomen, por lo que aparece su cara inferior mirando hacia adelante y en ocasiones ofrece el miembro cierto grado de torsión, perdiéndose la canal por la parte posterior por debajo del arco del pubis. El balano presenta un volumen normal, mientras que los cuerpos cavernosos están atrofiados y el prepucio es á menudo exuberante, formando una planicie triangular por debajo del balano. Este tercer grado, que es el más frecuente, ha sido también denominado *epispadias completo*.

Los desórdenes funcionales se encuentran en relación con el grado del epispadias.

La emisión de orina ofrece dos clases de perturbaciones: unas relativas al impulso voluntario y otras á la modalidad del chorro. En el primer concepto hay epispádicos que verifican voluntariamente la micción, en tanto que otros muchos, probablemente la inmensa mayoría, presentan incontinenencia, ya de una manera continua, ya en una forma que podríamos denominar *en inminencia*, es decir, que se ve el niño obligado á efectuar la micción muy á menudo para que no se le escape la orina, ó bien únicamente le es dado retener ésta cuando se encuentra en posición horizontal. La modalidad del chorro depende de las condiciones de la fisura, pero siempre es desparramado, por lo que tiene el niño que adoptar una actitud especial cuando orina para no mojarse.

La erección es defectuosa, y, por consiguiente, en las edades mayores el coito, así como la fecundación, son difíciles ó imposibles, según los casos.

No me detengo á explicar la fisiología patológica de estas perturbaciones funcionales génito-urinarias, por creerlo innecesario, toda vez que son expresión natural de la disposición que la fisura epispádica y el miembro en conjunto ofrecen en cada uno de los casos; y aún se comprenderá mejor el por qué de estos desórdenes cuando diga que á veces se acompaña el epispadias de otros vicios de conformación, como la separación de los pubis y la extrofia de la vejiga.

El *tratamiento* es puramente quirúrgico y se halla en relación con las circunstancias de cada caso.

Migración incompleta del testículo.

La *migración incompleta del testículo* es la detención de este órgano en un punto determinado del trayecto que tiene que recorrer para descender al escroto. Prefiero esta denominación á la de *ectopia testicular*, porque esta última no expresa más que el cambio de lugar del testículo, mientras que la primera denota este mismo hecho y además la explicación patogénica de ser debido á la falta de realización del descenso fisiológico.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Los testículos se hallan situados durante la vida embrionaria á los lados de las vértebras lumbares; después descienden, penetrando en el conducto inguinal al séptimo mes, y de ordinario al octavo se

sitúan en el escroto, arrastrando al peritoneo en su emigración; y al final del noveno mes, ó poco después del nacimiento, se adhieren mutuamente las superficies peritoneales al nivel del anillo inguinal inferior.

El por qué deja de realizarse esta migración del testículo no está determinado de una manera indudable. La etiología de esta detención de desarrollo es muy obscura. Dice Saint-Germain que, según Curling, son numerosas y variadas, hallándose particularmente representadas por la parálisis del cremáster, por ciertas adherencias, que retienen el testículo en el abdomen ó por la estrechez congénita del anillo inguinal externo. Veamos qué tienen de verosímiles estas causas.

La parálisis del cremáster, á primera vista, parece que debía ser absolutamente inaceptable, porque determinando la contracción de este músculo la elevación del testículo hacia el anillo, como se comprueba en diferentes circunstancias, como, por ejemplo, cuando se contraen los músculos abdominales ó cuando se produce en la piel del muslo una ligera excitación, su aquinesia será más bien influencia negativa favorecedora del descenso de este órgano.

Pero esto es cuando el testículo se halla en el escroto, mas no es lo mismo antes de haber descendido á él, pues entonces el *gubernaculum testis*, del cual origina probablemente el cremáster, y no de la parte inferior del oblicuo menor y del transversal, es tal vez el que determina el descenso testicular. Sin embargo, digo tal vez, porque dista mucho de ser indudable. Efectivamente, el *gubernaculum testis* de Hunter es un cordón cónico, simple en su parte superior, por la que se adhiere á la extremidad inferior del testículo, al epididimo y al conducto deferente, y dividido en tres haces en su parte inferior, de los cuales el interno se fija á la espina del pubis, el medio al fondo del escroto y el externo al arco crural. Según Curling y Godard, el manajo externo atrae el testículo hacia el orificio superior del conducto inguinal; el interno le hace recorrer este conducto para transportarle al exterior de la cavidad abdominal, y el medio le lleva al fondo del escroto. Pero en opinión de Robín y Rouget, el manajo medio no es muscular, sino celular, y por consiguiente el descenso del testículo al fondo del escroto se verificaría merced á diferentes causas: su peso, la presión visceral, la contracción de los músculos de la pared abdominal ó la retracción del manajo medio (Tillaux).

No obstante esta discrepancia de opiniones, creo que la acción del *gubernaculum testis* puede explicar la génesis de la migración del testículo; porque aun suponiendo que el manajo medio no sea muscular y no deba, por lo tanto, referirse á su contracción el descenso del órgano al fondo del escroto, esto no es óbice para que el manajo externo le atraiga hacia el orificio superior del conducto inguinal y el interno le haga recorrer este conducto, pues con estas dos influencias se hallaría conducido el testículo fuera de la cavidad del abdomen, y su caída á la parte inferior del escroto podría ya explicarse fácilmente por la acción de la gravedad, y muy especialmente por la presión intraabdominal, sobre todo cuando el niño llora y cuando hace esfuerzos de defecación.

Las otras dos causas indicadas por Curling las conceptúo muy admisibles, pues las adherencias pueden realmente surgir por cualquier circunstancia, así como la estrechez congénita del anillo inguinal externo, la cual podría ser muy bien expresión de un aresistencia anormal de los tejidos; y digo más: cuando radique el obstáculo en el orificio inferior del conducto inguinal, creo que debe atribuirse, no á estrechez, sino á resistencia exagerada de los tejidos, porque se puede decir que no existe este orificio en caso de migración incompleta del testículo, toda vez que no le han atravesado ni este órgano ni el cordón.

PATOGRAFÍA.—La detención de desarrollo que estudiamos puede presentar dos formas, la *monorquidia* y la *criptorquidia*, hallándose la primera representada por la presencia de un solo testículo en el escroto, y la segunda por la ausencia de ambos testículos.

Lo primero que se advierte es el síntoma negativo de la falta de uno ó de los dos testículos, lo que se conoce fácilmente palpando con precaución el escroto. Además, en el supuesto de que los testículos no se encuentren en la cavidad abdominal, pues si aún estuvieran en ella serían completamente inaccesibles á la exploración, sino que hayan franqueado el orificio superior del conducto inguinal, hallaremos en la ingle un tumorcito ovoídeo que, aunque siempre es pequeño, varían, sin embargo, sus dimensiones en cada caso, movable y sensible á la presión.

PATOCRONIA.—El testículo detenido en el conducto inguinal se encuentra evidentemente en condiciones anormales, y tanto él como las partes circunyacentes pueden experimentar perturbaciones de diversa naturaleza, tales son: un estado más ó menos *atrófico*, ya sea por deficiencias nutritivas ó por dificultades al crecimiento; dolores ocasionados por las compresiones que sufre; la *orquitis*, á consecuencia de golpes ó violencias de cualquier género, ofreciendo esta complicación una gravedad excepcional, especialmente porque suelen desarrollarse fenómenos de peritonitis; *hernia inguino-intersticial*, cuya causa es la dilatación del orificio superior del conducto inguinal á consecuencia de la proximidad del testículo ó del paso de éste de cuando en cuando, desde el conducto inguinal á la cavidad abdominal y viceversa, cuya hernia, cuando aumenta de volumen, da lugar á la desunión de los tejidos que constituyen la pared abdominal; *sarcoma*; y por último, el testículo ectopiado es tal vez impropio para la fecundación.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—Es casi siempre fácil, sobre todo por la falta del testículo en el escroto. Hay que tener muy presente, sin embargo, que en algunos niños son los testículos muy pequeños y blandos, lo que los hace de límites muy borrosos, pues hay casos en los que apenas se puede apreciar su forma ovoídea, por ofrecer al tacto la apariencia de grumos algo aplastados; y si agregamos á esto que con mucha frecuencia se halla el escroto en los niños pequeños arrugado y endurecido, lo que aumenta su consistencia, se comprenderá que los que no tienen bastante práctica pudieran formar un juicio erróneo si no estuvieran prevenidos respecto de estas circunstancias.

Un *quiste del cordón* dará lugar al tumor inguinal, pero se le diferenciará de la ectopia del testículo en que se encontrará este órgano en el escroto.

Se cita algún caso en el que, á consecuencia sin duda de una intensa contracción del cremáster, atravesó el testículo el conducto inguinal, dando lugar á una *monorquidia accidental*; el diagnóstico se funda en este caso en el vivo dolor que generalmente acompaña á la realización de esta ectopia testicular, y muy particularmente en la anamnesia, pues los padres se habrán fijado tiempos atrás en que el niño tenía los dos testículos en el escroto.

Hay que tener también mucho cuidado con lo que yo llamo *pseudo-monorquidia* y *pseudo-criptorquidia*, las cuales se observan muy frecuentemente en el estado fisiológico, y consisten en la elevación del testículo, el cual se aloja en los alrededores del orificio inferior del conducto inguinal; la vacuidad del escroto da realmente la apariencia de una monorquidia; pero basta comprimir muy suavemente, *no sobre el testículo*, sino por encima de él, es decir, pasar los dedos por el lado de la raíz del miembro haciéndoles seguir de arriba á abajo la trayectoria que recorre el conducto inguinal, para hacer descender el testículo al escroto, donde se comprueba su presencia.

PRONÓSTICO.—Está en relación con las contingencias que he indicado al ocuparme de la patocronia.

TRATAMIENTO.—Ofrece un objeto preciso: obtener el descenso del testículo al escroto, en el caso de que haya transcurrido un tiempo prudencial sin que se haya realizado este hecho espontáneamente.

El único recurso que conceptúo aceptable por de pronto, son las pre-

siones ejercidas en la forma que he dicho al ocuparme del diagnóstico de lo que yo denomino *pseudo-monorquidia*.

Sólo las presiones manuales verificadas con suavidad é inteligencia son capaces de hacer recorrer al órgano, con inocuidad, el itinerario fisiológico; pues los bragueros, sean cualesquiera sus condiciones, los creo probablemente inútiles y además muy peligrosos, y por consiguiente los rechazo en absoluto, aun cuando no sea esta la opinión de respetables autores; y me fundo para pensar así, en que no concibo que en un niño — y no digo que tampoco en un adulto, porque no quiero hablar más que de los niños — se pueda confiar jamás en que la inmovilidad de un bragero sea tal que ofrezca garantía de inocuidad; lo considero sencillamente imposible. Un niño que es todo irreflexión y movimiento; que hace durante el día multitud de flexiones con el tronco y con los miembros inferiores, las cuales han de determinar necesariamente el deslizamiento de la pelota compresora; teniendo además en cuenta las pequeñas dimensiones del testículo en la infancia y lo borrroso de sus contornos, toda vez que la piel y demás partes blandas que le cubren en su anormal situación en el conducto inguinal lo hacen subiendo en plano inclinado desde la zona periférica á lo alto del relieve testicular, plano inclinado que ha de facilitar inevitablemente el deslizamiento del aparato, no es posible que el bragero conserve la indispensable fijeza en el punto preciso en que habría de estar colocado, sino que facilísimamente se resbalaría y comprimiría al testículo. Claro que en esta absoluta reprobación comprendo también á los bragueros de pelota en forma de horquilla, pues este detalle, aunque muy ingenioso, es completamente inútil, pues aparte de que ofrece el mismo peligro de deslizamiento que si la pelota no tuviera hendidura alguna, basta pensar un instante en lo suave y ligero de la prominencia que el testículo de un niño forma en la ingle, para persuadirse de que es imposible que la pelota permanezca, no ya días, ni horas siquiera, en el punto preciso en que habría de estar colocada.

Pero aún digo más: no sólo considero á toda clase de bragueros inútiles *de hecho* y peligrosos para el vicio de conformación que ahora estudio, sino que los creo totalmente ineficaces desde el punto de vista de su *mecanismo curativo*, por dos razones: primera, porque la presión de la pelota no implicaría influencia impulsiva sobre el testículo, sino que éste permanecería indiferente á la vecindad de la pelota; y segunda, porque la presión de ésta se ejercería inevitablemente sobre el cordón espermático al que convertiría en freno del testículo, impidiéndole,

por consiguiente, descender al escroto; esta última reflexión demuestra que los bragueros serían, además de ineficaces, contraproducentes.

Las *presiones manuales* se repetirán diariamente, pero cuidando mucho de no hacerlas sobre el testículo, sino *sólo* sobre los tejidos colocados detrás de él, para que éstos sean los que le empujen suavemente. Cada sesión de estas manipulaciones será muy breve, unos cuantos segundos, ó lo que es lo mismo, seis ú ocho presiones sucesivas nada más, y se suspenderán durante los días ó semanas que fuera necesario en el momento en que se advirtiera que el niño sentía el más ligero dolor ó que se enrojecían ó ponían algo tumefactos los tejidos peritesticulares; no volviendo á practicar las presiones hasta que hubieran transcurrido unos días después que los tejidos hubieran recuperado su normalidad. Si se notara que las presiones hechas diariamente provocaban un estímulo inconveniente en la región, se alejarían más, practicándolas cada cuatro, seis, ocho ó más días, según la observación aconsejara.

En el caso de que las presiones manuales resultaran ineficaces, no queda más recurso que la operación cruenta; y si bien su indicación se subordinará á las circunstancias de cada caso, debo decir que en principio la considero completamente aceptable.

Hidropesía del testículo.

Voy á ocuparme brevemente de una enfermedad que he observado con mucha frecuencia, á la que denomino *hidropesía del testículo*, no sé si con propiedad anatómo-patológica, pero sí creo que clínica; por lo menos expresa con exactitud la impresión que á mí me produce este proceso siempre que examino á un niño que le sufre, y desde luego revela el concepto nosológico que me merece. No es hematocele, ni quistes del testículo, ni hidrocele enquistado de éste, ni ninguno de esos procesos de naturaleza especial, como testículo sifilítico, tuberculoso, etc., ni, por último, hidrocele, sino un estado morboso constituido, en mi opinión, por una extravasación serosa en el testículo, y cuyos síntomas, según mi observación personal, son los siguientes:

Uno ó los dos testículos, más á menudo uno sólo, está aumentado de volumen, sin que su forma se haya alterado visiblemente; pues si bien, como ahora indicaré, no es siempre igual, tampoco es siempre idéntica la forma de los testículos del niño en el estado fisiológico, toda vez que