

SOCIEDAD DE UROLOGIA

(Sesión del 23 de Noviembre)

HOSPITAL RAWSON. — SERVICIO DE VIAS URINARIAS. — Jefe: Prof. Dr. B. MARAINI

LA AUTOHEMOTERAPIA ESCROTAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS EPIDIDIMITIS AGUDAS

Por los Dres. G. IACAPRARO y R. ROLON

Muy numerosos y variados son los procedimientos preconizados para el tratamiento de la epididimitis blenorragica aguda.

Es posible a veces satisfacer las tendencias abstencionistas o intervencionistas; la terapeutica negativa de la simple expectación (reposo en cama con suspensión del escroto) hasta las intervenciones sangrantes (punción y epididimotomía) pasando por la inyección local de sueros y vacunas, es posible encontrar, repetimos, una gama extensa de elementos terapeuticos médico quirúrgicos más o menos eficaces según la evolución de la afección y la oportunidad de su aplicación.

Es indudable que en materia de epididimitis aguda los diversos tratamientos propuestos tienen por fin principal: 1° la sedación más o menos inmediata del dolor; 2° la reabsorción lo más completa posible de la infiltración epididimaria con el retorno del órgano a su función completa; en otras palabras "la restitución ad integrum".

La epididimotomía y la punción del epidídimo, tratamiento preconizado desde 1906 casi simultáneamente en Francia por *Escat* y en América por *Belfied*, *Bazet* y *Hagner*, han tenido por finalidad el drenaje de focos supurados del epidídimo cuya reabsorción a veces es muy lenta y envueltos en capas fibrosas inextensibles hacen su diagnóstico difícil y resultan por otra parte intensamente dolorosos.

La incisión del epidídimo es patrimonio exclusivo de las epididimitis agudas con gran reacción flogística con dolores intensos, a veces intolerables, y con estado general grave. Tal es así que atendiéndonos a las estadísticas hospitalarias vemos que escasamente en el 1 % de los casos es justificable la epididimotomía.

Hamon preconiza en 1907 la inyección in situ de electrargol como procedimiento eficaz para combatir el dolor y abreviar la evolución de la inflamación.

Doré y *Asch*, más tarde, en 1911, reconocen grandes ventajas al procedimiento en cuestión advirtiendo que si la sedación del dolor es muchas veces completa, siempre va precedida por un recrudecimiento del mismo, que puede durar en ocasiones algunas horas.

Los tratamientos biológicos, vacunoterapia y seroterapia específica, que pretenden conferir inmunidad activa y pasiva respectivamente tienen un valor muy relativo en la evolución de la epididimitis y en cuanto al dolor se refiere, si su acción no es nula por lo menos es muy lenta.

La inyección de líquido de calidad variada en la región escrotal y del cordón parece haber dado buenos resultados como agente de sedación del dolor.

Saudek en 1918 preconiza para el tratamiento de esta complicación blenorragica la autosueroterapia; 5 a 10 cc. cúbicos del propio suero del enfermo son inyectados en la región escrotal lo más profundamente posible, fuera de la vaginal y bien cerca del foco máximo de inflamación. Con esta terapéutica consigue mitigar el dolor en forma admirable.

Inyecciones escrotales de soluciones de yoduro de potasio en concentraciones que oscilan del 1 al 5 % las utiliza para acelerar la reabsorción del proceso infiltrativo que en forma de núcleos queda como secuela de la afección.

Las inyecciones subescrotales de suero de convalecientes de epididimitis parecen dar muy buenos resultados como sedante del dolor local y facilita la curación.

Zirn es ferviente partidario de este procedimiento, aconsejando inyecciones de cantidades grandes de suero, 40 a 60 c.c. cúbicos. Los mismos buenos resultados ha obtenido el autor precitado haciendo una inyección con el suero del mismo enfermo o con simples soluciones de cloruro de sodio al 1 %.

Según *Hitzelberger* los dolores locales e irradiados de la epididimitis cesan de inmediato haciendo inyecciones escrotales de 5 a 10 c.c. cúbicos de Rivanol al 1 x 4.000. *Hamada* en el Japón trata desde 1927 sistemáticamente a todo enfermo afecto de epididimitis con inyecciones escrotales de solución fisiológica y parece obtener muy buenos resultados.

Hace escasamente 2 meses tuvimos el alto honor de escuchar en nuestra cátedra de Urología de la Facultad de Medicina, la palabra autorizada del Dr. *Luis A. Surraco*, Profesor de Clínica Urológica de la Facultad de Montevideo. Titulaba la conferencia: "La sedación inmediata del dolor en las orqui-epididimitis blenorragicas.

Después de considerar las condiciones patogénicas que rige el dolor local e irradiado en las epididimitis y siempre de acuerdo con la patogenia de ese dolor, aconseja inyectar en la parte anterior de la vaina del cordón (vaina rígida e inextensible, donde corren los filletes nerviosos de la doble inervación simpática y raquídea) una solución de suero fisiológico en cantidad que oscila alrededor de 10 c.c. cúbicos. Previa una faz de corta duración durante la cual el dolor se exagera, se observa sedación inmediata del mismo que muchas veces es definitiva y permite la perfecta ambulacion del enfermo. El proceso flogístico gonocócico también se acelera, y muchas veces, según el Profesor *Surraco*, no quedan ni núcleos epididimarios.

En el consultorio externo de la Sala Cátedra del Profesor *Mairani*, en el Hospital Rawson, hemos ensayado desde hace unos meses un tratamiento sencillo y rápido que honestamente confesamos nos ha dado en muchos casos brillantes resultados: la autohemoterapia subescrotal.

No podemos ni pretendemos atribuirnos la paternidad del procedimiento, dado que desde hace tiempo ha sido por muchos empleado.

Por otra parte, en medicina estamos acostumbrados a constatar que muchas cosas que creemos nuevas y originales han sido tiempo atrás referidas y se hallan perfectamente descritas.

En el mismo consultorio externo del Hospital Rawson, años atrás, ha sido empleada la autohemoterapia escrotal con resultados halagüeños. Sin embargo, es muy posible que a pesar de haberla empleado no se le haya encontrado el verdadero valor que ella tiene y que es precisamente por lo cual distraemos la atención de ustedes con esta breve comunicación.

En el Tercer Congreso Nacional de Medicina el Profesor *Salleras*, en colaboración con el Doctor *Von der Becke*, llama la atención sobre el valor de la autohemoterapia en las epididimitis agudas blenorragicas.

5 a 10 c.c. cúbicos de sangre en inyección glútea es suficiente para provocar sedación del dolor en un lapso de tiempo que va de 2 a 24 horas observándose en general a las 4 o 5 horas.

Permite este tratamiento la ambulación del enfermo y la evolución de la afección se observa muy abreviada. Según el Profesor *Salleras* los enfermos guardan cama a lo sumo durante 24 horas.

En los enfermos que nosotros hemos tratado, portadores en su mayor parte de epididimitis aguda blenorragica, y otros, los menos, afectos de la clásica epididimitis por sonda permanente de los prostáticos, hemos observado lo siguiente:

Efecto analgésico inmediato, muchas veces instantáneo, el enfermo que pocos minutos antes no podía casi ambular, nota rápida-

mente que el dolor espontáneo desaparece. Muchas veces baja el enfermo de la cama de examen y ante su propia sorpresa nota que el dolor no existe y que la marcha puede realizarse con facilidad. El dolor al contacto de inmediato muy disminuido y la presión digital del epididimo puede en muchos enfermos realizarse sin provocar mayor dolor. A muchos de ellos en los cuales la epididimitis era extraordinariamente dolorosa y no permitía soportar una palpación a veces ligera puede al poco rato explorarse minuciosamente el epididimo sin provocar mayor dolor.

Además de su acción analgésica, la autohemoterapia regional muchas veces actúa sobre los fenómenos flegmáticos en forma neta.

Los fenómenos inflamatorios agudos y el edema superficial desaparecen muchas veces en 24 o 48 horas, en otros casos disminuyen visiblemente.

El escroto rojo y edematoso pierde en 1 o 2 días su aspecto inflamatorio.

Como consecuencia de esto, el volumen total de la tumefacción se reduce a veces en pocos días a una tercera o cuarta parte.

La infiltración del epididimo retrograda visiblemente y al lado de ello los fenómenos flogísticos vecinos, la funiculitis, la reacción vaginal, revelada en ocasiones por un pequeño hidrocele, son rápidamente influenciados favorablemente por el tratamiento.

Si nos atenemos a los resultados inmediatos secundarios, es decir a los 10 o 20 días de la última inyección que como luego veremos hemos realizado, una, dos o como máximo tres en el intervalo de una semana, constatamos que en muchos enfermos queda desde ese entonces como secuela de su afección un núcleo indoloro, el resto del epididimo normal o casi normal.

Respecto a los resultados alejados, poco terminantes podemos ser. La "restitutu ad integrum" con desaparición de todo núcleo ha sido observada por nosotros en algunos casos; en la mayoría quedan núcleos pequeños indoloros, que visiblemente van retrogradando y que dado el tiempo de observación que llevan nuestros enfermos no podemos ser terminantes en ese sentido.

La técnica que empleamos es en extremo sencilla. Previa extracción de 10 a 15 cc³ de sangre de una vena del pliegue del codo hacemos la inyección de la misma en el escroto en la zona vecina al ligamento escrotal y en el tejido celular subcutáneo.

En muchos de nuestros enfermos hemos practicado una sola inyección; únicamente realizamos una segunda inyección si a las 48 horas los resultados no nos hubieran satisfecho y en muy contados enfermos practicamos una tercera inyección a las 48 horas de la segunda.

Agregado al tratamiento hemoterápico regional, aconsejamos al enfermo el tratamiento de su uretritis, continuar con los lavajes, régimen higiénico dietético habitual y permitimos al enfermo la ambulación.

En los casos que a continuación referimos van consignados el tratamiento realizado, el número de inyecciones practicadas, y los resultados obtenidos.

No hemos querido con esto, repetimos, indicar nada nuevo, pero eso sí, insistir y llamar la atención por algo que quizá no hubiera sido atentamente observado, y que en muchos casos de epididimitis agudas muy dolorosas un tratamiento tan simple y sencillo como es el relatado, consigue de inmediato, instantáneamente la sedación absoluta del dolor espontáneo. No son pocos los casos que en el Consultorio Externo del Hospital Rawson ante los ojos del colega y de los mismos enfermos que allí se asisten, enfermos que quedan sorprendidos cuando a los pocos minutos de finalizada la inyección el dolor espontáneo ya no existe y pueden caminar con bastante facilidad.

A esto debemos agregar que la inyección escrotal resulta absolutamente indolora.

DISCUSION:

A pedido del Dr. Astraldi, se posterga para la comunicación siguiente por tratarse de temas afines.
