

LA DILATACION DE LOS CONDUCTOS EYACULADORES COMO TRATAMIENTO EN LAS ESPERMATOCISTITIS CRONICAS

Por el Dr. ARMANDO TRABUCCO

La patología quirúrgica nos enseña que el libre drenaje de una cavidad infectada, significa curación, y en cambio, el mal drenaje de ella significa cronicidad de infección.

La dilatación de los conductos eyaculadores, como tratamiento de las espermatoquistitis crónicas, ha sido preconizado desde tiempo atrás y cábele a **Luys** la prioridad en cuanto a técnica se refiere; en efecto, este autor ya en el año 1913 regló y fundó los principios de cateterismo de los eyaculadores que hasta la fecha se practican; cateterismos hechos con instrumentos rígidos o al menos ligeramente flexibles, pero siempre peligroso y es factible únicamente en eyaculadores no sólo normales, sino con ciertas características particulares que lo desvían de la forma anatómica común.

Recordemos su anatomía aunque sea en forma suscita. Los conductos eyaculadores comienzan en la ámpula diferencial y terminan en un meato situado generalmente en el veru-montanum.

Estos conductos labrados en pleno tejido prostático, con epitelio propio del tipo cilíndrico, pero sin capas musculares especialmente de su pertenencia que lo circunden, como sucede en los conductos deferentes, son fácilmente distendibles y ofrecen tan sólo una resis-

tencia pasiva a la presión, permitiendo de esta manera evacuar el contenido vesicular, no solo normal, sino también el patológico, en forma de moldes vesiculares de cierta consistencia. Careciendo de fibras musculares propias, el conducto eyaculador vuelve a su forma primitiva, gracias a la elasticidad del tejido intersticial de la próstata, que lo rodea en toda su extensión.

¿Qué dirección llevan? Estos conductos no observan de ninguna manera la forma de una línea recta, por el contrario, desde su comienzo hasta su terminación, describen una franca curva, mas centuada en su terminación, es decir en su desembocadura uretral; esta curva está orientada con su concavidad mirando hacia adelante y afuera.

Por estas razones, el cateterismo de los conductos eyaculadores con instrumentos rígidos, es sumamente peligroso y por mas hábil que sea el operador, le será, la mayor parte de las veces, sumamente difícil caracterizarlos en toda su extensión, su acción se limitará en introducir el estilete, tan sólo pocos centímetros desde su desembocadura y todo intento de progresión llevaría aparejada la realización de un traumatismo o de una falsa vía sobre todo si tenemos en cuenta que actuamos en tejidos inflamados, por lo tanto con paredes menos elásticas y más friables que normalmente.

En vista de la peligrosidad de la dilatación con los catéteres metálicos de Luys, nosotros empleamos bujías filiformes y sondas ureterales, llevadas a uretra posterior con el Panendoscopio de Mc. Carthy y su adaptador especial para esta clase de trabajos.

Con este parato se trabaja en medio líquido, con las paredes de la úretra separadas y con un apreciable aumento de la zona que está bajo la vista; de esta manera se simplifica bastante el hallazgo de los meatos eyaculadores; una vez hallados éstos, el cateterismo es simple y no ofrece mas dificultades que el de los uréteres. La bujía filiforme es suficientemente blanda para dejarse conducir por la luz del conducto, sin producir desgarros ni falsas vías.

En cuanto al tamaño del catéter empleado, claro está, depende del grado de estenosis. Nosotros empezamos con bujías filiformes, gene-

ralmente la mas delgada para ir aumentando progresivamente y pasar una o dos del número inmediato superior en la misma sesión.

Repetimos el procedimiento descripto mas arriba, una vez por semana hasta alcanzar el libre pasaje de una sonda uretral N° 8.

Si a pesar de la dilatación de los conductos eyaculadores y de los consabidos masajes evacuadores que le deben seguir, no tenemos una mejoría franca de las vesículas, no sólo al tacto sino también al examen citológico, especialmente la disminución o desaparición del pus en su contenido, recurrimos a un medio que casi siempre es muy eficaz, éste es el lavado o mas bien la *instilación* de productos medicamentosos en el interior de las vesículas seminales.

Para conseguir este fin empleamos el mismo aparato que para la simple dilatación y el uso de sondas ureterales N° 8 o 9 de preferencia a extremo cónico-olivar por ser mas fácil la penetración en el meato y su progresión por el conducto eyaculador. Introducimos la sonda hasta la vesícula efectuando un recorrido de no menos de 3 cms.; algunas veces es necesario empujar la sonda 7 cms. para hallar la cavidad vesicular.

Reconocemos esta situación, por la salida del licor seminal, que fluye por el extremo libre de la sonda; una vez colocada ésta se procede a instilar de una manera bien lenta el liquido elegido.

Se pueden emplear todos los antisépticos usuales en urología; personalmente empleamos de preferencia el argirol al 5 %, inyectando aproximadamente de 3 a 7 c.c. de elemento. A medida que se llenan las vesículas seminales, algunas veces, el enfermo acusa una sensación de peso que la comparan a la producida por el cilindro fecal antes de su evacuación.

Cuando la vesícula se llena de una manera brusca suele producir dolores muy agudos, tipo cólico, con lipotimia y pérdida de conocimientos.

Dificultades. — El cateterismo de los conductos eyaculadores no siempre se puede efectuar, en nuestras observaciones solamente un

60 % de casos se presentan de tal manera que en la primera sesión nos permiten un cateterismo hasta las vesículas seminales.

En un 30 % de casos la dificultad mayor estriba en que el verumontanum se halla tan inflamado y edematoso, que la visión de los conductos eyaculadores se hace imposible. En estos casos se requiere un tratamiento especial, atacando primero a la mucosa verumontanal, hasta que su curación sea suficiente para permitir ver los meatos; empleamos para este fin el Nitrato de Plata al 5 o al 10 % en aplicaciones tópicos semanales.

Y por fin en el 10 % restante el cateterismo es realmente impracticable debido, 1° a que la desembocadura de los conductos eyaculadores se hace, ya sea en el interior del utrículo, ya sea en la vertiente posterior del verumontanum o ya sea en otra parte impracticable de la uretra posterior, 2° a la ausencia de luz del conducto eyaculador, motivado por la reacción cicatricial de procesos inflamatorios proliferativos sumamente intensos que ocluyen su luz, aislando de esta manera las vesículas seminales.

Relatamos algunas historias clínicas, sacadas entre las más típicas.

HISTORIAS CLINICAS

I. T. 37 años, soltero, conductor.

Antecedentes.

Blenorragia desde hace 3 años, tratándose con lavages de Permanganato de K O, 25 ‰/00, oxicianuro de Hgo. 0.25 ‰/00 dilatación con Beniques hasta el N° 60, masajes prostáticos, instilaciones, etc., dándosele muchas veces por curado. Relata el enfermo que después de algún exceso genital vuelve a notar pus en la uretra a pesar de la profilaxis especial que hace.

Estado actual.

Pus blanquocino que asoma por meato después de estar 7 horas sin orinar. El examen microscópico de este pus nos muestran gérmenes banales. Se hace un cultivo de esperma que da positivo para el gonococo.

En el examen de su aparato genital encontramos las vesículas de ambos lados palpables, consistencia ligeramente aumentada y dolorosas.

El examen uretroscopio nos muestra un verumontanum irregular y congestivo pero que permite ver los meatos de los conductos eyaculadores en condición de poder ser cateterizados.

Tratamiento.

En vista de estar agotada la terapéutica clásica nos dedicamos a la dilatación de los eyaculadores usando bujías filiformes por intermedio del Panendoscopio de Mc. Carthy.

Repetimos nuevamente el cateterismo a los 10 días con una sonda uretral Nº 8 e inyectamos Neo-Silvol al 5 %.

Recomendamos el coito fisiológico 3 veces por semana.

Resultado.

A los pocos días del primer cateterismo cesó el pus uretral. Después del segundo cateterismo se aclaran completamente las orinas persistiendo uno que otro filamento a base de mucus.

Dos espermocultivos han sido negativos con respecto al Gonococo.

J. P. Italiano, 26 años, jornalero.

Blenorragia, hace dos años fué tratado en un comienzo en uno de los tantos curatorios donde al mes de iniciada su infección le pasaron un Beniqué, como resultado de ello tuvo una epididimitis del lado derecho que, a decir del enfermo, le duró alrededor de un mes.

Estado actual.

Como anormal en su aparato genital se observa un núcleo en cola de epididimo derecho del tamaño de un poroto.

Se palpa vesícula derecha, llena, de paredes blandas y depreciables, el vaciamiento de esa vesícula nos da un molde vesicular típico que muestra al microscopio abundante pus.

Tratamiento.

Se cateteriza vesícula derecha, dilatando el conducto eyaculador con una bujía filiforme Nº 4: A la semana se vuelve a cateterizar con una sonda ureteral Nº 8.

Resultados.

Aclaramiento de las orinas, desaparición del pus en el molde vesicular, al mer del último cateterismo

J. C., 32 años, penquero, italiano, 14 de marzo de 1934.

Antecedentes.

Blenorragia hace 5 años.

Enfermedad actual.

Relata el enfermo que desde que tuvo su infección blenorragica hace 5 años, no volvió a encontrarse bien a pesar de que sus cultivos en orinas fueron repetidamente negativos con respecto al gonococo, motivo por el cual le permitieron el casamiento.

Actualmente nos dice el enfermo que después de algún exceso de colitis nota a los pocos días la aparición de una secreción uretral, especialmente matutina; que no desaparece sino al cabo de varias semanas de lavages.

Estado actual.

El examen urológico muestra tan solo las vesículas agrandadas con paredes blandas y depresibles, su expresión da salida a sustancia bien moldeada que revela abundante pus al examen microscópico.

El cultivo del semen revela algunas colonias de gonococos.

Tratamiento.

Cateterismo de ambas vesículas. El conducto eyaculador derecho admite bien una sonda N° 8 Pasteran, en cambio el izquierdo abliga la dilatación con una filiforme. A los 7 días nueva dilatación admitiendo la izquierda, esta vez, una sonda N° 8. Lavado con Argyrol al 5 %.

Al mes del último cateterismo el masaje daba molde vesicular pero su cultivo era negativo.

J. C., 33 años, soltero, 26 de febrero de 1934.

Antecedente personales: Sin importancia.

Enfermedad actual.

Blenorragia hace un año, tratada de la manera habitual. Uretritis posterior al mes de iniciado su proceso.

Estado actual.

Relata el enfermo que cuando pasa mas de 6 horas sin orinar, nota la presencia de estafilos, estreptos y diplococos Gram positivos.

El examen del aparato urinario nos da solamente: Próstata ligeramente indurada pero de bordes y superficie sin particularidades. Vesículas nominales induradas, pudiéndose palpar en toda su extensión, su masaje nos da contenido vesicular moldeado y purulento.

El cultivo del semen es positivo al Gonococo.

Uretroscopia posterior, muestra un verumontanum edematoso y congestionado.

Se hace una aplicación tópica con Nitrato de Plata al 10 %.

A la semana se practica la dilatación de los conductos eyaculadores necesitando cuatro sesiones para poder llegar al Nº 8 Pasteau se lava con Argylol 5 %.

Cultivo de semen el 20 de abril, negativo al Gonococo.

DISCUSION

Astraldi A.:

Yo desearia preguntar al comunicante lo siguiente: 1º Saber si antes de realizar las instilaciones en el interior de las vesículas por vía endo-ureteral practica previamente las vesiculografías de las respectivas vesículas. Esto por cuanto me parece excesiva la cantidad de líquido que inyecta en forma como acaba de mencionar. Dada las variedades anatómicas de vesículas seminales existentes de acuerdo a la clasificación de Benfield y de LUYS no creo que siempre tenga la suerte de encontrarse frente a vesículas cuya capacidad permitan introducir los 5 a 7 cc. 2º Saber si ha tenido epididimitis en el transcurso de semejante tratamiento. Pues dado que el líquido que inyecta si es excesivo, la lógica indica que éste debe posiblemente, tomar la vía descendente. Esto me ha acontecido una vez ntre las que practique los lavajes de las vesículas por vía deferencial. La radiografía que tome de inmediato me permitió ver no solamente el reflujo hacia la vejiga sino que también la perfecta visión del epididimo hasta el del cuerpo de Higmore. 3º saber si ha visto el líquido refluir entre

el orificio del eyaculador y la sonda. A mí me ha acontecido que siempre que la cantidad pasaba por arriba de tres centímetros cúbicos de líquido inyectado por vía deferencial lo encontraba siempre en restos en la vejiga por reflujo eyáculo-uretro-vesical.

Trabucco A.:

En el año 1931, presenté a esta Sociedad algunas Radiografías de Vesículas Seminales sacadas por vías naturales y como se puede leer en él, en cuanto a capacidad, las vesículas toleran desde 5 a 7 cc. de líquido. En cuanto a las epididimitis, las he observado más de una vez después de las vesiculografías; se tratan solamente de epididimitis químicas siempre benignas que duraban de 2 a 3 días nada más y atribuyo a que el catéter se colocaba más bien en ampula del deferente que en vesícula seminal.

El Dr. Astraldi, veía refluir mucho líquido a vejiga, sencillamente porque hace penetrar el líquido a vesícula por vasopuntura dejando expedito el camino a vejiga; de esta manera es fácil pensar que estando llena la vesícula con substancia propia, no permite que se introduzca en ella más de 3 c.c. de líquido. Esto es un inconveniente importante, para el tratamiento de las vesiculitis por inyección a través del deferente en escroto que se subsana perfectamente con el cateterismo de las vesículas seminales.

Cuando la sonda está bien colocada no refluye líquido sino una vez llena la vesícula.

NOTICIAS DE LA SOCIEDAD DE UROLOGIA

La Sociedad de Urología, en Asamblea Extraordinaria, procedió a la elección de Presidente y Vicepresidente para el período de 1934, resultando electos el Prof. Bernardino Maraini para Presidente, y el Dr. Luis Pagliere para Vicepresidente.

Sesión del 26 de Abril)

En la sesión científica ordinaria realizada, se dió lectura por Secretaría a una carta del Prof Maraini presentando la renuncia como Presidente.

Luego de un cambio de opiniones, la Sociedad resolvió, por unanimidad, insistir ante el Dr. Maraini para que retire su renuncia, encomendando al Dr. Montenegro de esta misión.
