

Hosp. Rawson. Sala Cát. Clín. Urológica  
Prof.: Doctor BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores  
BERNARDINO MARAINI y  
GUILLERMO IACAPRARO

## EL ALMOSCLERAN EN EL TRATAMIENTO DEL HIDROCELE

**P**ROPONEMOS el tratamiento del hidrocele por las inyecciones modificadoras de clorhidro lactato de quinina y úrea (Almoscleran).

Conceptuamos el procedimiento muy ventajoso y sumamente eficaz y nuestra experiencia se basa hasta hoy en 10 enfermos tratados todos con excelente resultado. A título de conclusión decimos:

- 1º El tratamiento absolutamente inocuo.
- 2º Es de una eficacia indiscutible. Bien realizado los enfermos curan.
- 3º Es completamente indoloro; durante la inyección y durante la evolución del proceso reaccional.
- 4º La técnica es sumamente sencilla.
- 5º Tratamiento ambulatorio.

El mecanismo de curación es la esclerosis completa de la vaginal.

La patogenia del hidrocele es en realidad desconocida. Bien lo ha establecido Delrez, el líquido que lo constituye es del tipo del transudado; es en realidad el simple plasma diluído proveniente de la sangre, a través de filtraciones de la serosa vaginal. Contiene en consecuencia en su constitución todos los elementos del plasma san-

guíneo, incluso los determinantes de la coagulación: fibrinógeno, protrombina, trombozina y antitrombina.

Ese líquido, verdadero plasma contenido en la cavidad vaginal, sufre lentamente una degradación progresiva, se empobrece de protrombina y fibrinógeno y se enriquece en antitrombina; es decir, pierde lentamente su poder coagulante y llega a adquirir cierto poder anticoagulante, como ocurre en ciertos líquidos de hidrocele de vieja evolución.

En otras palabras, el líquido de un hidrocele muy joven es frecuentemente coagulable espontáneamente, como si fuera plasma sanguíneo, el líquido de un hidrocele de larga evolución no lo es.

Si por punción evacuamos un hidrocele; el líquido nuevo que se reproduce inevitablemente, tiene nuevamente condiciones o poder de coagulación, en consecuencia; por la serosa vaginal a filtrado de nuevo plasma sanguíneo biológicamente idéntico al del hidrocele joven. El mecanismo de esa filtración en lo que respecta a la patogenia no es desconocida y no es la finalidad de este trabajo entrar en su discusión.

La transudación del líquido a través de la serosa vaginal, su regeneración previa punción es decir la recidiva, es lo que debemos evitar tratando de conseguirlo si es posible sin llegar al tratamiento quirúrgico. Modificar el poder de filtración de la serosa vaginal por procedimientos biológicos sería el ideal; desgraciadamente aun no se ha conseguido, sólo tenemos a nuestro alcance modificarla por intermedio de soluciones químicas puestas directamente en contacto con la serosa vaginal previa evacuación total o parcial del tumor líquido.

No entraremos a citar los líquidos o soluciones en concentraciones variadas, propuestas para este fin, sólo queremos comunicar nuestros resultados obtenidos con solución al 25 y 30 % de clorhidrolactato doble de quinina y úrea (Almoscleran) en suero glicerinado; sustancias por demás conocidas en el empleo del tratamiento de las varices y de las hemorroides. Fuimos inducidos en el ensayo de este procedimiento por los interesantes resultados obtenidos por L. Blavier.

Debemos preferir la inyección de líquidos modificadores, al tratamiento quirúrgico cuando reunimos con ellos las siguientes condiciones:

- 1° Absoluta inocuidad.
- 2° Resultado radical: curativo.
- 3° Absoluta o relativa tolerancia en lo que respecta al dolor durante y después del tratamiento.
- 4° No lesionar la integridad anatómica y funcional de los órganos contenidos en el escroto, en esencia el testículo.
- 5° Técnica sencilla.

Y bien, todo ello se realiza con el tratamiento que proponemos, con el agregado importante de ser ambulatorio y permitir al enfermo proseguir en sus actividades cotidianas.

Traemos ante ustedes el resultado de 10 observaciones, y en todas ellas hemos conseguido franco éxito.

Llama la atención que todos los enfermos reaccionan más o menos en forma idéntica al tratamiento, como si fuera una clásica evolución cíclica.

La inyección del líquido dentro de la cavidad vaginal no ocasiona ningún dolor; si por inadvertencia o error se hiciera la inyección fuera de ella, en el tejido celular subcutáneo, aparece al día siguiente un pequeña tumefacción sin enrojecimiento, poco o nada dolorosa a la presión; que desaparece después de algunos días dejando un pequeño núcleo fibroso.

Hecha la inyección en la cavidad vaginal, en los días sucesivos se regenera rápidamente el líquido, en forma absolutamente indolora (constatado en todos nuestros enfermos), pero hecho interesante: la palpación de ese nuevo hidrocele presenta características táctiles y auditivas especiales, que se traducen por una serie de frotos semejando al cuero nuevo y una crepitación fácilmente perceptible, hechos ambos elocuentes de una franca reacción inflamatoria de la serosa.

Por otra parte la translucidez del líquido va disminuyendo y a los 4 - 5 u 8 días la diafanoscopia es absolutamente negativa. Casi diríamos no es un hidrocele por transudado, sino un exudado.

La punción del líquido nos confirma su carácter inflamatorio, es siempre rojizo o parduzco, a veces francamente sanguinolento, espumoso, a veces la espuma francamente amarilla, en general turbio y el examen bacteriológico del sedimento denota hematíes y muy abundantes leucocitos en degeneración granulo grasosa y ausencia absoluta de gérmenes. Estamos en presencia de un líquido puriforme.

Este líquido inflamatorio, lentamente, se absorbe y en un lapso de tiempo variado de 15 a 20 - 25 días o un mes desaparece completamente.

*Breves detalles de técnica.* — He aquí cómo procedemos nosotros, guiados en parte por los consejos de L. Blavier, quien en 18 casos tratados han conseguido otras tantas curaciones.

El Almoscleran se utiliza para el tratamiento del hidrocele en solución al 25 ó 30 % en suero glicerinado. La cantidad a inyectar depende del volumen del hidrocele. Blavier aconseja para aquellos que no sobrepasan 75 c.c.<sup>3</sup> inyectar 3 c.c.<sup>3</sup> de la solución. Si el volumen es mayor, se inyecta sistemáticamente 6 c.c.<sup>3</sup>

En esta última reflexión, nosotros nos apartamos de los consejos de Blavier y tomamos como norma por encima de 75 c.c.<sup>3</sup> inyectar 3 c.c.<sup>3</sup> de la solución por cada 100 c.c.<sup>3</sup> de líquido, llegando a utilizar como dosis máxima 12 c.c.<sup>3</sup>

|      |                       |                      |            |                     |
|------|-----------------------|----------------------|------------|---------------------|
| Ej.: | Volumen del hidrocele | 75 c.c. <sup>3</sup> | inyectamos | 3 c.c. <sup>3</sup> |
|      | „ „ „                 | 175 „                | „ „        | 6 „                 |
|      | „ „ „                 | 275 „                | „ „        | 9 „                 |
|      | „ „ „                 | 375 „                | o más „    | 12 „                |

No hemos sobrepasado esa dosis en ninguno de nuestros casos y hemos tratado enfermos con óptimo resultado, portadores de hidroceles de 880 y 1300 gr. de líquido.

Confesamos que para nuestra propia experiencia hemos guiado el tratamiento con las bases y consejos de Blavier modificándolo de acuerdo a reflexiones particulares surgidas por la evolución en cada caso.

La operación la realizamos siempre en el consultorio externo, simple antisepsia de la piel con tintura de yodo, o solución alcohólica de ácido pícrico; de acuerdo a la idiosincrasia del enfermo hacemos o no un simple botón de anestesia cutánea, punzamos el hidrocele y tratamos de evacuarlo completamente, recogiendo el líquido en una probeta medida; de acuerdo al volumen extraído inyectamos luego la solución en la dosis y cantidad referida, retiramos la aguja o trócar, colocamos un poco de colodio en el orificio de punción, malaxamos suavemente el escroto unos segundos, quedando el enfermo acostado 5 o 10', pudiendo luego retirarse. Todo ello resulta realizado sin el más mínimo dolor. Puede en general ser suficiente 1 sola inyección, en nuestros casos y para comprobar las características del líquido hemos realizado en algunos una segunda inyección previa evacuación, a los 10 o 12 días, inyectando la cantidad de acuerdo a la regla propuesta. En pocos casos hemos necesitado una tercera inyección.

Para hacer aún más cómoda y sencilla la técnica, hemos ideado un juego de trócar de distintos calibres y mango especial, que adaptándolo a un aspirador de Potain, realiza lenta y fácilmente la evacuación del hidrocele. Será ello presentado en su oportunidad en el trabajo definitivo.

Adjuntamos la historia clínica de 10 observaciones personales, seguidos los enfermos minuciosamente y vigilados en un principio diariamente y luego cada 3 ó 4 días. En todos ellos hemos obtenido franco éxito y a título de conclusiones decimos.

1º Tratamiento absolutamente inocuo, el enfermo no acusa el más mínimo síntoma de intolerancia o de shock.

2º Absoluta eficacia. Reflexión que nos sugieren nuestras observaciones. Bien realizada la inyección, previa evacuación completa del hidrocele, los enfermos curan.

3º Tratamiento indoloro durante la inyección y durante la evolución del proceso reaccional. Constatado en todos nuestros enfermos.

4º Técnica sencilla: el de una simple punción.

5º Tratamiento ambulatorio.

La curación se realiza por esclerosis completa de la vaginal y reabsorción total del líquido.

RESUMEN

| Observaciones | Volumen primitivo del hidrocele | N.º de punciones | Cantidad de líquido extraído por punción                                          | Cantidad de medicamento inyectado en cc <sup>3</sup> y concentraciones. En cada punción            | Resultados |
|---------------|---------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| N.º 1         | 630 grs.                        | 3                | 1a.— 630 cc <sup>3</sup><br>2a.— 80 cc <sup>3</sup><br>3a.— 0 cc <sup>3</sup>     | 1a.— 12 cc <sup>3</sup> al 25%<br>2a.— 3 cc <sup>3</sup> al 25%<br>3a.— 0 cc <sup>3</sup>          | Curación   |
| N.º 2         | 380 „                           | 2                | 1a.— 380 cc <sup>3</sup><br>2a.— 100 cc <sup>3</sup>                              | 1a.— 10 cc <sup>3</sup> al 25%<br>2a.— 4 cc <sup>3</sup> al 25%                                    | Curación   |
| N.º 3         | 180 „                           | 2                | 1a.— 180 cc <sup>3</sup><br>2a.— 70 cc <sup>3</sup>                               | 1a.— 6 cc <sup>3</sup> al 25%<br>2a.— 3 cc <sup>3</sup> al 25%                                     | Curación   |
| N.º 4         | 170 „                           | 1                | 170 cc <sup>3</sup>                                                               | 6 cc <sup>3</sup> al 25%                                                                           | Curación   |
| N.º 5         | 1300 „                          | 3                | 1a.— 1300 cc <sup>3</sup><br>2a.— 750 cc <sup>3</sup><br>3a.— 480 cc <sup>3</sup> | 1a.— 12 cc <sup>3</sup> al 25%<br>2a.— 12 cc <sup>3</sup> al 25%<br>3a.— 12 cc <sup>3</sup> al 25% | Curación   |
| N.º 6         | 390 „                           | 2                | 1a.— 398 cc <sup>3</sup><br>2a.— 100 cc <sup>3</sup>                              | 1a.— 12 cc <sup>3</sup> al 25%<br>2a.— 6 cc <sup>3</sup> al 25%                                    | Curación   |
| N.º 7         | 60 „                            | 1                | 60 cc <sup>3</sup>                                                                | 3 cc <sup>3</sup> al 30%                                                                           | Curación   |
| N.º 8         | 85 „                            | 1                | 85 cc <sup>3</sup>                                                                | 3 cc <sup>3</sup> al 30%                                                                           | Curación   |
| N.º 9         | 60 „                            | 1                | 60 cc <sup>3</sup>                                                                | 3 cc <sup>3</sup> al 30%                                                                           | Curación   |
| N.º 10        | 200 „                           | 2                | 1a.— 200 cc <sup>3</sup><br>2a.— 60 cc <sup>3</sup>                               | 1a.— 7 cc <sup>3</sup> al 30%<br>2a.— 2½ cc <sup>3</sup> al 30%                                    | Curación   |

OBSERVACIONES CLINICAS:

Observación N.º 1. — J. D. A. 54 años. Italiano. Domicilio Pedriel N.º 176. Hidrocele izquierdo. Diafanoscopia positiva.

Agosto 25: 1ª Punción 630 grs. de líquido citrino límpido. Inyección de 12 c. c.<sup>3</sup> de almoscleran al 25 %. Indoloro. Agosto 27: Franca reacción infla-

matoria. Indolora. Agosto 31: Disminuye la reacción Diafanoscopia negativa. Septiembre 4: 2ª Punción líquido turbio, rojizo. Se extraen 80 grs. Se inyectan 3 c. c.<sup>3</sup> al 25 %. Septiembre 6: Reacción inflamatoria indolora. Septiembre 14: 3ª Punción. Se obtiene 30 c. c.<sup>3</sup> de líquido parduzco y muy denso. No se hace inyección alguna. Octubre 2: Franca reacción esclerosa. Enfermo curado. Noviembre 1: Sigue en perfectas condiciones.

*Observación N° 2.* — V. O. 53 años. Español. Domicilio Ruiz Díaz N° 211. Hidrocele derecho. Diafanoscopia positiva.

Agosto 25: 1ª Punción 380 grs. de líquido. Se inyectan 10 c. c.<sup>3</sup> de la solución de Almoscleran al 25 %. Indolora. Agosto 27: Franca reacción inflamatoria. Diafanoscopia positiva. Agosto 29: Sigue muy bien. decrece visiblemente el volumen del hidrocele. Diafanoscopia negativa. Agosto 31: Sigue muy bien. Indoloro. Septiembre 4: 2ª Punción. Se sacan 100 c. c.<sup>3</sup> de líquido turbio, tipo biliar, parduzco. Se inyectan 4 c. c.<sup>3</sup> de solución al 25 %. Septiembre 12: Sigue muy bien. Septiembre 18: El hidrocele ha desaparecido. Reacción inflamatoria casi nula. Septiembre 25: Enfermo en perfectas condiciones.

*Observación N° 3.* — R. C. 21 años. Argentino. Domicilio E. Garzón N° 3441. Hidrocele derecho. Agosto 26: 1ª Punción 180 grs. Se inyectan 6 c. c.<sup>3</sup> de solución al 25 % de Almoscleran. Agosto 28: Reacción inflamatoria franca indolora. Agosto 31: Sigue muy bien. Diafanoscopia negativa. Septiembre 11: 2ª Punción. Se retiran 70 c. c.<sup>3</sup> de líquido. Se inyectan 3 c. c.<sup>3</sup> de Almoscleran. Octubre 2: Enfermo curado. Indoloro.

*Observación N° 4.* — C. J. 27. Inglés. Domicilio Dock Sur. Hidrocele derecho. Diafanoscopia positiva.

Agosto 27: 1ª Punción 170 grs. Se inyectan 6 c. c.<sup>3</sup> de Almoscleran al 25 %. Agosto 30: Reacción inflamatoria indolora. Hidrocele discreto. Diafanoscopia negativa. Septiembre 3: Sigue muy bien. Septiembre 12: Reabsorción completa del líquido. Curado. Pese a la citación el enfermo no concurre más a la sala.

*Observación N° 5.* — M. A. T. 50 años. Argentina. Domicilio Provincia de Córdoba. Hidrocele derecho. Diafanoscopia positiva.

Septiembre 2: 1ª Punción 1300 grs. Se inyectan 12 c. c.<sup>3</sup> de Almoscleran al 25 %. Indoloro. Septiembre 5: Franca reacción inflamatoria. Nuevo hidrocele voluminoso. Septiembre 12: 2ª Punción 750 grs. de líquido turbio y parduzco. Inyección de 12 c. c.<sup>3</sup> de Almoscleran. Septiembre 20: 3ª Punción 400 grs. de líquido. Inyección de 12 c. c.<sup>3</sup> de Almoscleran. Septiembre 28: Franca regresión del hidrocele. Encontrándose el enfermo muy bien decide ausentarse a Córdoba por requerirlo sus obligaciones.

*Observación N° 6.* — M. D. R. 62 años. Español. Domicilio Piedrabuena N° 4670. Hidrocele derecho. Diafanoscopia positiva.

Octubre 5: 1ª Punción 390 grs. Inyección de Almoscleran 12 c. c.<sup>3</sup> al 25 %. Octubre 12: Sigue muy bien. Diafanoscopia negativa. Octubre 14: 2ª Punción 100 grs. Inyección 6 c. c.<sup>3</sup> al 25 %. Octubre 18: Sigue muy bien. Noviembre 2: Reabsorción completa. Enfermo curado.

*Observación N° 7.* — L. P. 29 años. Argentino. Domicilio Azul, F.C.S. Hidrocele izquierdo.

Octubre 5: 1ª Punción 60 grs. líquido citrino límpido. Inyección de 3 c. c.<sup>3</sup> de Almoscleran al 30 % (nuevo envase de solución ya preparada en el medio de dilución). Octubre 14: Sigue muy bien. Escasa reacción líquida. Octubre 30: Enfermo en perfectas condiciones.

*Observación N° 8.* — N. R. 39 años. Español. Domicilio Darwin 2214. Hidrocele derecho.

Octubre 7: 1ª Punción 85 grs. Inyección de 3 c. c.<sup>3</sup> de Almoscleran al 30 %. Octubre 9: El enfermo sigue muy bien. Octubre 12: Reacción líquida inflamatoria indolora. Diafanoscopia negativa. Octubre 16: Reabsorción casi completa del líquido. Octubre 28: Enfermo en perfectas condiciones. Curado.

*Observación N° 9* (De mi clientela particular). — R. S. 36 años. Argentino. Domicilio Pampa 2211. Hidrocele derecho.

Octubre 6: 1ª Punción 60 grs. Inyección de 3 c. c.<sup>3</sup> de Almoscleran al 30 %. Octubre 8: Sigue muy bien. Escasa reacción líquida. Octubre 12: Sigue en perfectas condiciones. Octubre 16: Reabsorción casi completa del líquido. Octubre 30: Enfermo curado. Queda la esclerosis en franca reabsorción. Noviembre 12: Enfermo en perfectas condiciones. No ha sentido la más mínima molestia.

*Observación N° 10.* — En tratamiento aun. R. K. de 58 años. Argentino. Domicilio Defferrari F.C.S. Hidrocele izquierdo.

Octubre 21: 1ª Punción 200 grs. Diafanoscopia positiva. Inyección de 7 c. c.<sup>3</sup> de Almoscleran al 30 %. Octubre 26: Reacción inflamatoria. Diafanoscopia negativa. Octubre 30: 2ª Punción. Se extraen 60 grs. de líquido parduzco. Inyección de 2½ c. c.<sup>3</sup> de Almoscleran al 30 %. Indolora. Noviembre 2: Escasa reacción inflamatoria. Noviembre 6: Se reabsorbe el líquido visiblemente. Noviembre 11: Reabsorción casi completa del líquido. Noviembre 16: Aun el enfermo no ha vuelto a consultarnos.