

Hosp. Rawson, Serv. de Urología;  
Jefe: Profesor Dr. B. MARÁINI

Por los Doctores

ARMANDO TRABUCCO

y A. GORODNER

## ALGIA CRONICA LUMBO INGUINO ESCROTAL

EL caso que a continuación presentamos es bajo varios aspectos interesante, por su poca frecuencia, por la cronicidad que presentó y la múltiple terapéutica utilizada previa al tratamiento instituido por nosotros con objeto de poner fin a un estado que, lenta pero seguramente, conducía al paciente a procesos psíquicos de importancia.

### HISTORIA CLINICA

S. S., de 32 años de edad, carrero.

*Antecedentes hereditarios y personales.* — Sin importancia.

*Enfermedad actual* — Comenzó hace diez años con una gonorrea aguda que trató con lavajes de permanganato de potasio. Dos meses después fué dado de alta. Pero, a consecuencia de la reiniciación de la práctica del coito, así como de sus tareas habituales que le exigían grandes esfuerzos físicos, recayó con una epididimitis aguda bilateral que evolucionó en 20 días.

Después de este incidente, la secreción uretral se instaló nuevamente durante unos cinco meses, reduciéndose a una gota matinal blanzuca, humedad del meato y filamentos pesados en el primer vaso de orinas.

Más adelante comenzó a experimentar trastornos prostáticos consistentes en pesadez a nivel de la región perineal, dolores lumbar y sacros y prostatorrea durante la defecación. Sus erecciones continuaron normales, pero la eyaculación desapareció o quedó reducida a una pequeña cantidad de secreción. Al año y medio de iniciada su enfermedad, nuevas molestias se presentan al enfermo, y estas son: dolores en el epidídimo y trayecto del conducto deferente izquierdos, propagados a la fosa iliaca y región lumbar correspondientes. Tales dolores eran continuos, no cambiando con la marcha ni el reposo, ni con las distintas actitudes del cuerpo; de intensidad variada, con crisis de reagudización discreta que se prolongaban varios días, atenuándose sin desaparecer, llegando a constituir un es-

tado doloroso permanente que hacía penosa su existencia arrastrándolo hacia una marcada astenia psíquica.

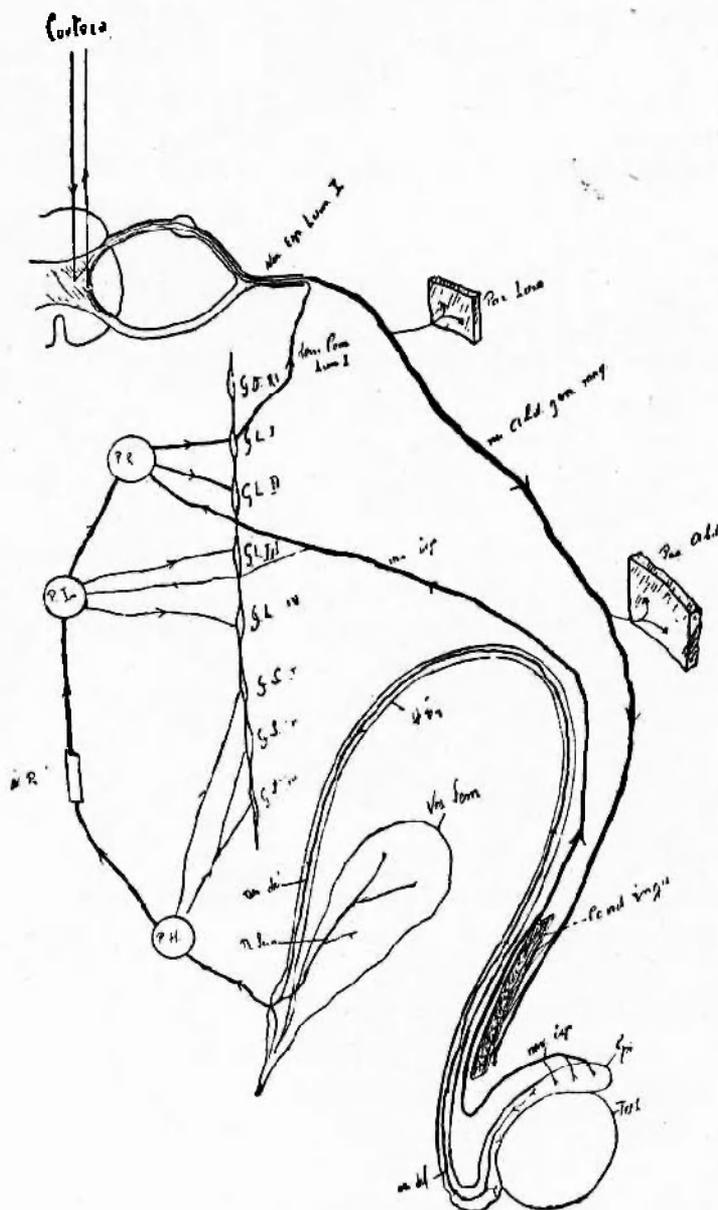


Figura 1

Par. Lum.: pared lumbar. Par. Abd.: pared abdominal. Cond. ingu.: conducto inguinal. Epi.: Epidídimo. Test.: testículo. Defer.: deferente. Ves. Sem.: vesícula seminal. P. R.: plexo renal. P. In.: plexo intermesentérico. N. Pr.: nervio presacro. P. H.: plexo hipogástrico. G. D. L. S.: ganglios simpáticos. Ner. Esp. Lum. 1º: nervio espinal lumbar 1º. Ner. Abd.-Gen. May.: nervio abdómino-genital mayor. Ner. Esp.: nervio espermático. Ner. def.: nervio deferencial. Pl. Sem.: plexo seminal. Ram. Com. Lum. 1º: rama comunicante lumbar 1º.

Se le instituyó una serie variada de tratamientos, desde los analgésicos locales a los generales, balsámicos, vacunas. Sobre su próstata y uretra se le prac-

tizaron una serie numerosa de masajes, dilataciones, electrocoagulaciones de la uretra posterior, instilaciones de nitrato de plata, etc. Todo lo cual no hizo desaparecer su secreción ni sus dolores, y acentuaron su depresión psíquica, hasta que en noviembre 27 de 1934, se presentó al consultorio de uno de nosotros con el siguiente:

*Estado actual.* — Aspecto somático general bueno.

Examen urológico: pequeña secreción blanquizca que contiene algunos leucocitos; escasas células epiteliales y ausencia de gérmenes; chorro grueso y proyección normal. Primer vaso de orinas con algunos filamentos pesados y claro. Segundo vaso límpido. Ambos epidídimos muestran la existencia de nódulos en sus colas y engrosamiento en sus cuerpos, siendo más grande el izquierdo. La próstata presenta su lóbulo izquierdo agrandado, con algunos núcleos; el lóbulo derecho es más pequeño, también irregular. Ambos son bien delimitados, dolorosos a la presión; la mucosa rectal normal. La vesícula seminal izquierda se palpa en forma de un cordón rígido y duro, doloroso al tacto. Presenta su prostatitis a la defecación y los dolores se han agudizado últimamente.

Se le instituye un tratamiento a base de supositorios con extracto de tebaico, belladona e ictiol; baños de asiento, bolsa caliente y pomada analgésica sobre las regiones dolorosas; diatermia prostática así como en el hemiescrotos izquierdo; tónicos generales.

En diciembre 10 de 1934, después de seis aplicaciones de diatermia, su próstata se redujo casi al tamaño normal, sus orinas claras, la secreción escasa, pero los dolores no han calmado. Se prosigue con igual tratamiento añadiéndole 20 gotas de Kalmesán por día. Enero 7 de 1935: lleva ya 10 aplicaciones de diatermia. Los dolores son fuertes y presenta ardores durante la micción. Se le prescribe cápsulas balsámicas, instilaciones débiles de nitrato de plata, pequeñas enemas de aceite ictiolado al 3% y expresiones de la vesícula enferma.

Febrero 15 de 1935: el paciente se halla algo mejor de sus molestias. En febrero 18 sus dolores locales y propagados reaparecen intensos. Se resuelve cateterizar su conducto eyaculador izquierdo, lo que se ejecuta con el Panendoscopio de Mc. Carthy; se logra penetrar en dicho conducto tan sólo un centímetro. Se observa la uretra posterior ligeramente infiltrada. Se continúa con la expresión de la vesícula y de la próstata. Febrero 28: nuevo cateterismo que no permite avanzar sino 2 y  $\frac{1}{2}$  cms. Los dolores continúan igual. Se le somete a reposo. Mayo 15: tercer cateterismo, se penetra 4 cms. Se le ordena tomar cápsulas de hexyl-resorcinol durante un mes: 4 cápsulas por día durante 4 días, interrumpidos por períodos de 3 días libres de medicación.

Mayo 6 de 1935: La próstata está casi normal. Los dolores continúan. Indicamos supositorios de papaverina y belladona e inyecciones de iodaseprine (iodurotropina) en número de 15.

Cuatro meses después, en setiembre de 1935, vemos nuevamente al enfermo, quien presenta un estado casi normal en su aparato genito-urinario, salvo las lesiones definitivas de sus epidídimos y vesícula seminal. Pero sus molestias continúan en igual estado.

Estos dolores se hallan localizados en todo el epidídimo izquierdo, se propagan a lo largo del cordón espermático, luego continúan por la fosa ilíaca iz-

quierda, haciéndose más intensos en su punto terminal lumbo-costal. Volvemos a hacer constar que las algias eran continuas, de variada intensidad, en forma de verdadero estado de "mal doloroso permanente" que impide el desempeño normal del trabajo, originando al paciente una psicastenia grave.

Por todo lo cual proponemos al enfermo practicarle la enervación del conducto deferente en su trayecto inguino-escrotal, cosa que aceptada, efectuamos de inmediato. Con anestesia local, se exterioriza el funículo izquierdo, se aísla y se denuda el conducto en una extensión de 7 cms. fenolizando toda esa superficie con una solución de ácido carbólico al 5 % a objeto de destruir los más pequeños filetes simpáticos que no hubieran sido seccionados durante la denudación.

*Post-operatorio:* el enfermo experimenta de inmediato una gran mejoría de sus dolores epidídimo-funículo-inguinales que desaparecen por completo a los 10 días, quedando los dolores lumbares sin variación y los ilíacos algo atenuados.

Dos meses después observamos al enfermo, verificando que la mejoría anterior persiste y que sus dolores altos no han variado. Somáticamente se constata una ligera dilatación de los vasos sanguíneos del funículo.

Recurriendo a distintos tratamientos antiálgicos con objeto de hacer desaparecer el dolor lumbar irradiado y no obteniendo éxito, es que decidimos hacer la anestesia local del abdómino genital mayor bajo cuya dependencia se halla la zona dolorosa, para lo cual inyectamos profundamente a nivel del borde inferior de la apófisis costiforme de la primera vértebra lumbar en su parte interna, 4 cms. cúbicos de novocaina al 2% con vasopresina, continuando la inyección al retirar la aguja hacia la piel. A los 5 minutos de practicada la inyección cesa el dolor; este hecho persiste 24 horas, por primera vez en 8 años. Dos días después el dolor reaparece atenuado; reiteramos la inyección en igual forma. En conjunto le aplicamos 4 inyecciones con intervalos de 2 a 4 días, con lo que se logra la curación de sus dolores reintegrándose el enfermo a sus actividades en forma normal.

Hemos vuelto a ver al paciente 6 meses después, manifestando que se ha hallado en óptimas condiciones. Sólo experimenta una vaga sensación de pesadez en la región lumbar que no lo afecta mayormente.

Conceptuamos de sumo interés el caso así detallado, por tratarse de una complicación muy rara de la blenorragia y ésta es, el dolor continuo e intenso, de 8 años de duración, que impedía al enfermo una vida normal. Es, además, interesante por la forma como reaccionó a nuestro tratamiento.

Para la explicación patogénica de estos trastornos debemos hacer un estudio previo de la inervación del epidídimo, del conducto deferente, de la vesícula seminal y de sus relaciones con el sistema cerebro-espinal, propagador de la sensación dolorosa conciente.

La cabeza del epidídimo y el conducto deferente están inervados por el nervio espermático de origen simpático, que toma naci-

miento por dos raíces: la superior, proveniente del plexo renal y la inferior, del plexo inter-mesentérico, bien estudiado por Petit-Dutaillis y Flandrin. Siguiendo al nervio en forma retrógrada desde su terminación hasta su origen, vemos que corre por el cordón, vasos espermáticos, plexo renal y plexo inter-mesentérico, 1º, 2º y 3º ganglios lumbares del simpático, ramicomunicantes de los mismos, penetrando en la médula hasta su cordón ántero-lateral.

Por otra parte, la vesícula seminal, la ampolla del deferente y el deferente mismo, presentan una inervación simpática y parasimpática cuyo recorrido es el siguiente: El nervio deferencial ramículo del uretérico va al plexo hipogástrico, penetrando por su parte pósterointerna. Los nervios de la ampolla deferencial y de las vesículas seminales han formado una rica red perivisceral. Fränkel ha descrito numerosos ganglios en distintas partes de dicha malla; uno de nosotros ha encontrado, especialmente en el feto a término y en el niño, gran cantidad de ganglios simpáticos en el tejido celular peri-ampulo-vesicular, sobre todo en la parte anterior de las vesículas seminales, entre éstas y en el fondo vesical, sin haber podido confirmar el hallazgo de Fränkel en el adulto. Desde las vesículas y la ampolla del deferente se desprenden unas ramas que van al plexo hipogástrico, penetrando en él por su parte interna; otra pequeña rama que viene especialmente de la ampolla deferencial, se dirige al nervio uretérico, proveniente también del plexo hipogástrico. De este plexo parten fibras anastomóticas a los 1º, 2º y 3º ganglios simpáticos sacros, de donde, por intermedio de sus ramicomunicantes, se relacionan con el sistema cerebro-espinal. Además, del borde superior del plexo hipogástrico parten fibras que se dirigen al nervio presacro o plexo hipogástrico superior de Hovelacque, de donde, yendo hacia arriba entran a relacionarse con el sistema nervioso central por intermedio de los 1º, 2º y 3º ganglios simpáticos lumbares y sus respectivos ramicomunicantes.

La descripción que hacemos más arriba sobre la inervación simpática de las vesículas seminales y el deferente, nos permitirá establecer las relaciones que tienen con el sistema nervioso cerebro-espinal tanto central como periférico.

Podemos, por lo tanto, determinar la patogenia de esta algia y el mecanismo de su curación.

Es evidente, y numerosos autores lo han demostrado sin dejar lugar a discusión, que el simpático se relaciona en forma estrecha con el sistema cerebro-espinal. Ross y Mc Kenzie, entre otros, pusieron de manifiesto que, excitaciones originadas en el dominio exclusivo del sistema autónomo reflejaban dolores en la piel, o, por lo menos, en las partes externas del organismo, v. gr.: dolor de la angina de pecho, localización de ciertas algias intercostales, etc. Mc Kenzie, especialmente, explicó por medio de su hipótesis del "dolor transmitido", cual era el mecanismo del dolor de estas algias.

Ross, Head y Mc Kenzie, para explicar el "dolor transmitido", consideran que el simpático es el indispensable vínculo de unión entre las vísceras y el sistema cerebro-espinal, ya sea como elemento de conducción de ciertas excitaciones particulares o como elemento a sensibilidad propia.

En el sujeto normal, las sensaciones viscerales se hacen en el más completo estado de inconciencia y sus necesidades son llenadas por el sistema autónomo de cada víscera o por la correlación de movimientos absolutamente reflejos que las ligan entre ellas. Para que se haga conciente una sensación visceral es necesaria la intervención del cerebro, mediante la unión de una neurona simpática con otra neurona espinal que conduzca la sensación al encéfalo. Detengámonos aquí a fin de explicar cuales son las necesidades para que se establezca la participación cerebral. Es condición precisa que el punto origen de la excitación cambie de estado, es decir, que de normal se haga anormal; en tal forma, los filetes acostumbrados a sensaciones habituales, al percibir una no habitual reaccionan diferentemente. Se necesita, a decir de Lichtwitz, la "incitación adecuada". Esta viene a ser el origen de todo dolor visceral; si no existe esa incitación capaz de despertar o de transmitir al cerebro la anomalía que se desarrolla en una víscera, no habrá conciencia de ese dolor.

No se ha podido establecer hasta el presente y en forma absoluta, cual es la excitación capaz de obrar como adecuada. Se ha hablado de hiperemia, de isquemia, etc., pero el papel más importante debe ser el de la inflamación, no sólo como agente excitador mecánico (compresión de filetes), sino también como modificador de la fisio-química celular. También se demostró que el equilibrio

ácido-básico celular varía hacia la acidosis, habiendo un Ph bajo en las inflamaciones que producen dolor. Para Gaza y Brandi, el dolor inflamatorio es debido a una acidosis local, basándose en que al inyectar una solución ácida se produce un dolor local intenso, mientras que una solución ligeramente alcalina produce sedación instantánea del dolor.

Gaza y Brandi han aplicado con éxito tales conceptos en la cura del dolor de los flemones y forúnculos.

Además del concepto de "excitación adecuada", debemos recordar el del "reflejo víscero-sensitivo" de Mc Kenzie. Es indispensable para la interpretación de nuestro caso. Este autor se refiere a dicho reflejo, expresándolo como un complejo que nace a nivel de una víscera, sigue por la vía simpática, atraviesa los diferentes grupos ganglionares viscerales y prevertebrales, llegando a los ramos comunicantes y empalmando con el sistema cerebro-espinal sea a nivel del ganglio espinal o al nivel del cuerno posterior. A partir de esos puntos gana la corteza por la vía sensitiva. Llegado al "córtex" se transforma en conciente y es proyectado, no a nivel de la víscera que ha originado la excitación, sino al territorio cutáneo correspondiente.

La argumentación antedicha comprobada por autores de indiscutible seriedad, nos permitirá interpretar ajustadamente la patogenia del dolor en el presente caso.

Como "incitación adecuada" tenemos la inflamación de la vesícula seminal, del conducto deferente y del epidídimo izquierdos. Hace 8 años que nuestro enfermo, cierto tiempo después de su epididimitis, siente dolores intensos; hay en esto una relación evidente. Teniendo la excitación adecuada bien manifiesta, nos es fácil demostrar el reflejo víscero-sensitivo. En efecto, la incitación producida en el epidídimo, vesícula seminal y deferente, sigue dos vías simpáticas distintas: Primero, la vía alta a través del nervio espermático, plexos intermesentéricos de Petit-Dutailis y Flandrin y plexo renal; de allí a los ganglios 1º, 2º, 3º y 4º de la cadena simpático-lumbar, relacionándose con la médula por sus ramicomunicantes en su porción antero-lateral. La segunda vía, dependiente del deferente y de la vesícula seminal, puede seguirse a través del nervio deferencial y plexo de las vesículas seminales y de la ampolla de-

ferencial; de allí, por el nervio uretérico inferior, al plexo hipogástrico y de éste, o bien a los 1º, 2º y 3º ganglios sacros cuando existen, o bien al nervio presacro y 2º, 3º y 4º ganglios simpáticos lumbares.

Los ganglios simpáticos mencionados se dirigen a la médula, uniéndose previamente a las neuronas del nervio espermático hasta alcanzar la corteza.

De ésta son proyectadas las sensaciones por los cuernos posteriores hasta el primer par lumbar y por su intermedio al abdómino genital mayor del lado izquierdo, que hace experimentar al individuo un dolor en la pared lumbo-abdominal, que es en realidad de origen interno. Tal cual ocurre en el "angor pectoris" en el que se experimenta en la parte anterior de la jaula torácica, un dolor nacido en el corazón.

El mecanismo de la cesación del dolor en nuestro caso, es claro y debemos dividirlo en dos períodos delimitados por la terapéutica cruenta a que hemos sometido al enfermo. El primer período, en el momento de hacer la simpatectomía del conducto deferente en su trayecto funículo-escrotal, y el segundo, al practicar la interrupción anestésica del abdómino genital mayor.

Al hacer la simpatectomía perideferencial hemos destruído todos los filetes nerviosos del epidídimo y de la porción original del deferente, es decir, hemos interrumpido violentamente los filetes de conducción de la "incitación adecuada" nacida en esos órganos, sin tocar para nada la vesícula seminal ni la ampolla deferencial; por eso que la cesación del dolor fué sólo parcial y quedó limitada solamente al epidídimo, escroto e ingle. Las vesículas seminales seguían enviando incitaciones simpáticas que eran percibidas por el sistema central y proyectadas a la pared lumbo-abdominal por el abdómino-genital mayor. Esto explica por qué, cuando fué efectuada la interrupción química de la proyección del dolor lumbar seguida por dicho nervio, pudimos recién conseguir la desaparición del mismo en todo el territorio que desde 8 años atrás era asiento de algias tan rebeldes.

Las vías urinarias y biliares  
se desinfectan eficazmente con la

# CYLOTROPINA

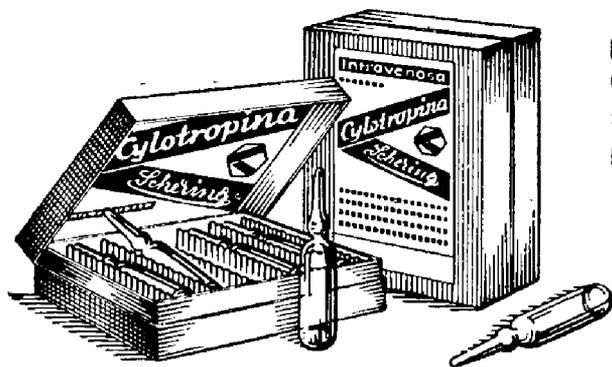
preparado inyectable a base de Urotropina,  
salicilato de sodio y de cafeína

① *Acción desinfectante y anti-  
infecciosa intensísima debida a  
la combinación de Urotropina y salicilato de sodio*

② *Efecto diurético y estimulante  
producido por el salicilato de cafeína*

③ *Acción omnifelular y desinfectante general ejercida por la Urotropina*

Indicada especialmente en la pielitis,  
cistitis, colecistitis, etc.



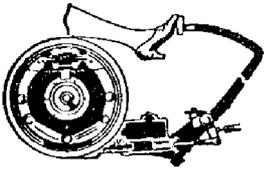
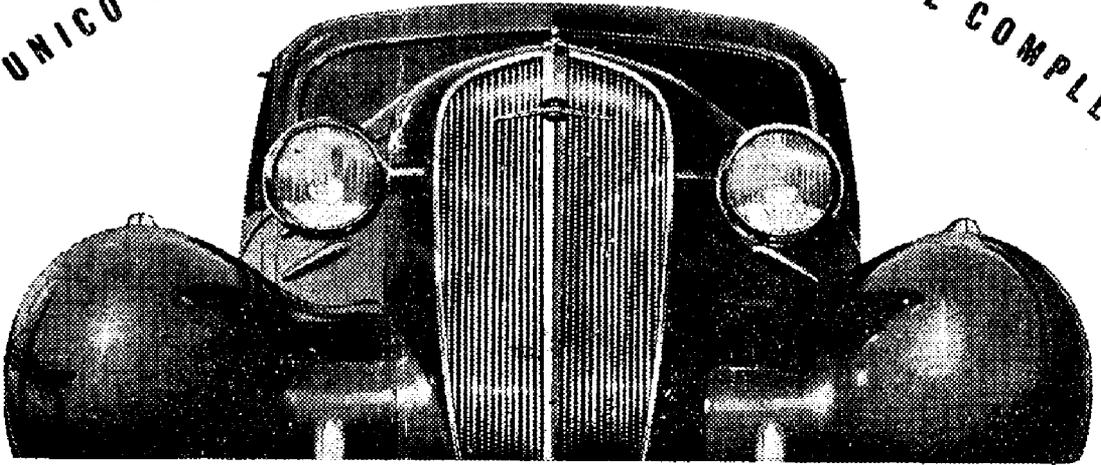
ENVASES ORIGINALES:  
Cajas con 6 ampollas de 5c.c.  
sin anestésico | con anestésico  
para inyección | para inyección  
intravenosa | intramuscular

*Schering*

**SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN**

Nuestros Representantes:  
QUIMICA SCHERING, S. A. - Perú 722 - Bs As.

EL UNICO COCHE DE BAJO PRECIO REALMENTE COMPLETO

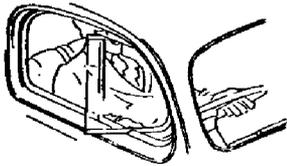


**FRENOS  
HIDRAULICOS**

•

**RUEDAS  
ARTICULADAS**

•

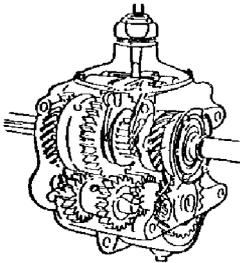


**VENTILACION  
FISHER**

•

**CARROCERIAS  
FISHER**

•

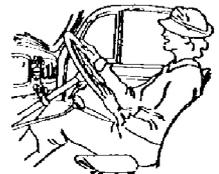


**CAMBIOS  
SINCROZADOS**

•

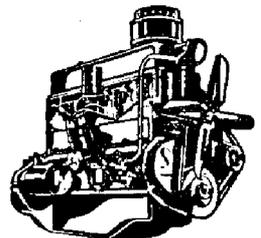
**DIRECCION  
SIN SACUDIDAS**

•



**TECHO TIPO  
TORRE  
ACORAZADA**

**MOTOR DE  
ALTA  
COMPRESION**



# CHEVROLET 1936

CONCESIONARIOS EN TODOS LOS PUNTOS IMPORTANTES DE LA REPUBLICA