

VARICOCELE. RESULTADOS OBTENIDOS EN 500 CASOS CON UN PROCEDIMIENTO PERSONAL

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

Después de unos años me permito ocupar brevemente la atención de los estimados colegas de esta Sociedad, con el objeto de reseñar los resultados logrados con nuestra técnica para la operación del varicocele basada, por otra parte, en los conceptos anatómicos, semiológicos, flebográficos y quirúrgicos que describimos en numerosos trabajos sobre el tema y en un libro que publiqué en 1946 (Varicocele-Semiología y Cirugía) que significa hasta la fecha el aporte más completo al estudio de esta afección.

La estadística que verán a continuación con las fotografías adjuntas de algunos de los 500 casos operados por el que habla, en su Servicio del Hospital Pedro Fiorito y en la clínica privada, resume sus preferentes esfuerzos por el estudio del varicocele en una larga etapa de casi 20 años.

Nuestros resultados con el estudio y tratamiento de esta afección se han visto corroborados plenamente por los trabajos de numerosos colegas argentinos y extranjeros entre los que figuran Astraldi, Rubí, Grimaldi, Elizalde, Urriburu, Sánchez Sañudo, Mackintosh, etc., etc., numerosos Servicios de Cirugía de la Capital e Interior del país; Gayé y Hughes de Uruguay; Vargas Zalazar, Cantín, Escribano, Vicuña, de Chile; Higginson, del Perú; Calle Uribe, de Colombia, para no citar más que algunos, a quienes agradezco la atención prestada al mismo y sus encomiables conceptos hacia el procedimiento.

Consideramos, por otra parte, que faltan aclarar algunos conceptos sobre la etiopatogenia, así como la explicación satisfactoria de ciertos fracasos imputables más a defectos de técnica que a supuestas anomalías venosas, que nosotros no hemos encontrado en nuestras numerosas flebografías y operaciones, pero que sin embargo, nuestros modestos estudios han significado el mayor aporte al tema realizado hasta el presente, circunstancia a la que moralmente estaba obligada la urología ya que ésta es una afección muy propia de nuestra especialidad.

Desde el punto de vista anatómico y fisiopatológico, los estudios realizados por Ivanissevich en 1919 y 1922, marcan la primera etapa en el conocimiento del varicocele, al mostrar que la vena funicular no es intrafunicular, sino extrafunicular y *que el grupo espermático es el responsable del varicocele*. Estudios posteriores en el cadáver y el vivo, ejecutados por Castillo Odena, Goulart, Surraco, Branco Riveiro, Souza Cotrim y los distinguidos cirujanos chilenos Amesti y Wainstein, entre algunos otros contribuyeron grandemente al estudio y tratamiento de esta frecuente afección.

Basados en estas brillantes observaciones enfrentamos, como urólogos el problema del varicocele con algunos puntos oscuros todavía que comprometían

seriamente el éxito quirúrgico: era tanta la cantidad de métodos existentes, que después de una larga práctica el cirujano se hallaba completamente desorientado, sin saber cuál era el más seguro o el más aconsejable.

En esta modesta contribución al tema nos referiremos a hechos concretos, con exclusión de la abundante bibliografía existente sobre el mismo, en los que impera el desconcepto más absoluto sobre parte de la anatomía, la fisiopatología y el tratamiento del varicocele: decíamos a este propósito en nuestro libro: "Los autores se repiten con tanta insistencia, que basta leer a uno de ellos para conocerlos a todos".

Con este criterio eminentemente práctico, haremos una exposición, lo más breve posible, de los conceptos que a nuestro juicio tienen valor con el objeto de referir hechos concretos y no agotar la paciencia y benevolencia de ustedes.

1º) *Etiología*: poco se sabe. Para nosotros no se trata, por lo general de una enfermedad venosa general con expresión local: las várices y hemorroides son excepcionales a la edad del varicocele; los jóvenes gozan de un sistema vascular perfecto, de un tonismo neuro-muscular absolutamente equilibrado.

Consideramos al varicocele como una afección constitucional de origen neuro-endócrino (hipotonía venosa glandular) que repercute preponderantemente en el grupo espermático, en virtud de su especial disposición topográfica superficial y profunda a la vez, único sistema en el organismo, sujeto por lo tanto a repetidas variaciones en la presión abdominal por la bipedestación, defecación, esfuerzos, etc., etc.

No hemos visto un solo varicocele esencial (enfermedad) en los viejos: la dilatación varicosa no tratada se atrofia por esclerosis vascular a esta edad.

2º) *Fisiopatología*. Las numerosas teorías emitidas no satisfacen plenamente: desembocadura en ángulo recto del tronco espermático en la renal (Fagarasanu): compresión por el ángulo aórtico-mesentérico (B. Riveiro), etc.

Establecida la hiperpresión venosa en el sistema espermático con su cortejo sintomático de dilatación vascular, insuficiencia valvular y *reflujo*, *signo clínico esencial para establecer el diagnóstico de varicocele*, la corriente de retorno dilatará paulatinamente las venas del cordón, las supraepididimarias, las de la cola del epidídimo, deferenciales, funiculares y a través del ligamento escrotal las de la bolsa ("cirsocele de Surraco") formando un verdadero "collar venoso" espermático-funicular ántero-posterior, con sus derivaciones, que se inicia en la vena renal y termina en la hipogástrica.

Los pequeños vasos venosos comunicantes entre estos dos sistemas, negados por la mayoría de los autores, se dilatan por acción del reflujo, haciéndose visibles, como lo pudimos observar y demostrar con nuestras flebografías realizadas en el enfermo en distintas direcciones y posiciones.

Conclusión fisiopatológica práctica: *el varicocele es siempre espermático o anterior con o sin participación del grupo correspondiente al plexo venoso de la cola del epidídimo y funicular al que hemos encontrado dilatado en el 70 % de los casos.*

3º) *Síntomas*. Además de los conocidos (peso, tironeamiento, etc.) importa más que nada destacar "el daño testicular" por atrofia y esclerosis tubular inferido por la rémora circulatoria a la glándula, como lo demostraron nuestras punciones y biopsias.

Este concepto capital nos induce pues a realizar una intervención precoz, fisiológica, más científica en suma, acorde con el progreso alcanzado por la medicina.

Ausencia de síntomas no significa ausencia de enfermedad: El reflujo debe ser sistemáticamente investigado y el enfermo sometido a la operación, cuando se comprueben signos de lesión testicular (disminución de tamaño o consistencia).

El trastorno psicopático del varicocele es sólo una rara coexistencia de afecciones (varicocele más neurastenia) que nada tiene que ver con la enfermedad espermática: se trata por cierto de un varicocele desarrollado en un enfermo mental, debiéndose rechazar en forma absoluta el viejo concepto de Ambrosio Paré que atribuía la afección a un "acúmulo de sangre melancólica". *En nuestros 500 casos no observamos un solo enfermo con trastorno psicopático, tratándose por lo general de jóvenes fuertes y sanos con un equilibrio mental corriente.*

4º) *Semiología.* Los enfermos deben ser examinados preferentemente de pie, siguiendo en líneas generales el siguiente cuadro semiológico personal:

1ª Inspección	I) Pliegues escrotales	}	a) en estado normal
			b) en el varicocele
			c) después del varicocele
	II) Rafe escrotal	}	a) en el varicocele
	III) Cirsocele		b) después del varicocele
	2ª Palpación	IV) Elongación escrotal	}
		b) escroto hipotónico	
		c) escroto atónico	
V) Medición escrotal		}	a) pequeño
			b) mediano
VI) Clasificación palpatoria			c) grande
			d) gigante
VII) Reconocimiento de la ectasia venosa posterior		}	a) inspección
			b) palpación
VIII) Maniobra del reflujo espermático			
IX) Maniobra palpatoria de la comunicación venosa antero-posterior			
X) Palpación del latido espermático			
XI) Tamaño y consistencia del testículo			
XII) Biopsia del testículo (facultativa)			

En la práctica, frente a un varicocele reconocemos los 6 puntos capitales de nuestra semiología:

- 1º) *Tipo de escroto* (tónico, hipotónico y atónico).
- 2º) *Medición* (desde la raíz del pene al extremo inferior de la bolsa).
- 3º) *Varicocele* con o sin participación del grupo funicular y venas de la cola del epidídimo.
- 4º) *Reflujo* (grado).
- 5º) *Estado del testículo* (tamaño y consistencia).
- 6º) *Latido espermático* (pre y post-operatorio).

La *flebografía* de los troncos espermáticos realizada por primera vez, por Souza Cotrim, en 1937, por Castillo Odena, en el cadáver, Ivanissevich, Fernández y luego nosotros, ha permitido corroborar plenamente el valor del grupo espermático en el desarrollo del varicocele.

Nuestras flebogrfías en el sentido del reflujo desde la espermática a la funicular y desde esta última a la anterior, permitieron establecer clara y objetivamente la comunicación entre los dos sistemas y la relación fisiopatológica entre ambos, negadas por muchos autores.

Se emplean las mismas sustancias que para la urografía excretoria (Uroselectan, Nitason, etc.) y de cuyos detalles técnicos nos hemos ocupado repetidas veces. Las flebogrfías adjuntas nos eximirán de mayores comentarios: mediante la inyección opaca es posible observar el tamaño, forma, número, tonismo, dirección, etc., de los troncos venosos: el rol fisiopatológico del grupo espermático en el desarrollo del varicocele, así como la comunicación entre los distintos sistemas mediante comunicaciones vasculares, que solamente la hiperpresión sanguínea pudo poner de relieve.

Por primera vez pudimos nosotros lograr la *flebografía del cirsocele* objetivando la comunicación de las venas de la bolsa con la funicular, por un lado, y la safena interna y femoral, por el otro, a través de las pudendas externas.

En algunas ocasiones hemos podido certificar la causa de nuestro fracaso operatorio (*pseudo-recidiva*) mediante la flebografía al observar el vaso causante, irreconocible durante el acto quirúrgico; la reintervención con la ligadura del mismo, curó sistemáticamente a los enfermos.

Tratamiento quirúrgico: La extraordinaria cantidad de procedimientos existentes para tratar esta afección, que pasa por cierto del centenar, según consta en nuestro libro, explica la desorientación reinante entre los cirujanos, circunstancia que llevó a restarle valor como entidad patológica, o a no indicarle tratamiento por no saber cuál adoptar.

En síntesis los numerosos métodos pueden dividirse en:

- a) *Directos*, sobre las venas o troncos espermáticos, como el nuestro.
- b) *Indirectos* (resección escrotal, colgajo vaginal, plicatura del cremáster, etc.).
- c) *Combinados*.

El fracaso operatorio (*pseudo-recidiva*) es frecuente con la mayoría de estos métodos en los enfermos concientemente seguidos, habiéndose señalado

además trombo-flebitis, embolias, edemas, hematomas intraescrotales, hidrocele y atrofas testiculares (7 a 21 %).

En 500 casos operados hasta la fecha, hemos obtenido 24 fracasos o pseudo-recidivas (4,80 %) de los cuales fueron reintervenidos con buen resultado 15 enfermos y el resto, 9, rechazó la 2ª operación, lo que da un porcentaje final de 98,20 % de éxitos.

Estadística personal

500 casos	}	476 éxitos (95,20 %)
1ª Intervención		24 fracasos (4,80 %)
24 fracasos	}	15 reintervenidos con éxito (98,20 %)
		9 no aceptaron (1,80)
Resultado final	}	98,20 % (éxitos)
		1,80 % (fracasos)

Nuestro criterio quirúrgico

Después de casi 20 años de preferente atención al tema a través de 500 casos operados y seguidos hasta la fecha, algunas de cuyas flebogrfías comparativas exhibimos, hemos podido arribar a ciertas conclusiones que creemos de valor.

Nuestra posición es pues la siguiente:

Frente a un varicocele (reflujo) con o sin manifestación clínica ostensible, pero con lesión testicular, aconsejamos su intervención *mediante la ligadura y sección exclusiva de los troncos espermáticos a cualquier altura de su recorrido reno-inguinal.*

De esta manera obtenemos:

- 1º) El restablecimiento inmediato del equilibrio circulatorio con mejoramiento de la nutrición testicular (cirugía fisiológica).
- 2º) La abolición o reducción franca de las várices escrotales por atrofia o esclerosis.
- 3º) La desaparición de los trastornos subjetivos y objetivos.

Nuestra conducta es pues francamente intervencionista, preocupados como siempre por el "daño testicular" anatómico y fisiológico: la franca recuperación obtenida en el estado de la glándula nos confirma a diario este criterio.

El método que preconizamos, simple, seguro e inocuo, cuando es realizado por un urólogo experto, permite obtener la desaparición de la afección con un post-operatorio satisfactorio por lo indoloro y exento de complicaciones.

Nuestra incisión

Repetiremos lo que dijimos en uno de nuestros trabajos sobre el tema: "La pequeña incisión que proponemos representa una verdadera investigación anatómica de los troncos espermáticos a nivel del conducto inguinal, 1er. punto de contacto parieto-vascular, como lo dijimos en varias ocasiones".



Fig. 1. — *Flebografía de una "Pseudorecidiva"*. Inyección en la región escrotal por disección venosa en una pseudorecidiva del varicocele por fracaso de la primera operación, al olvidarse 2 pequeñas venas. Se observa un enorme tronco espermiático en su porción lumbar que por su intenso reflujo hacia el nacimiento de la vena renal izquierda, simula una urétero-pielografía ascendente. La operación sobre la misma incisión curó totalmente al enfermo.

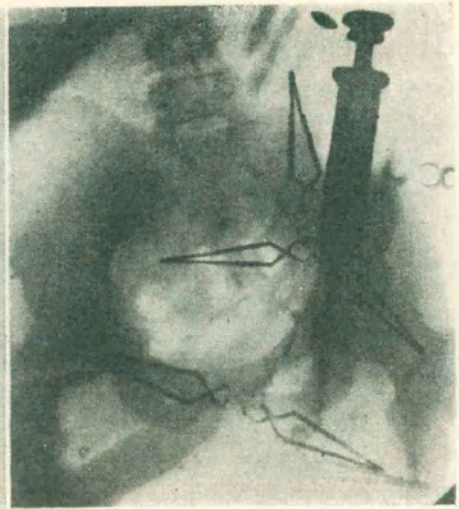


Fig. 2. — *Flebografía operatoria*. Mediante una gran incisión inguino-abdominal, se practicó la flebografía a cielo abierto en la mesa operatoria. Obsérvese cómo el líquido de contraste, inyectado hacia el testículo, rellena el tronco espermiático inferior, el plexo escrotal y la gruesa vena funicular, para desembocar en la epigástrica, siguiendo el curso del reflujo.

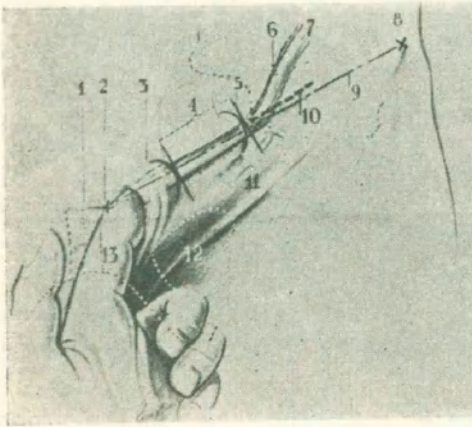


Fig. 3. — *Trazado de la incisión con sus puntos de reparo*. 1) Sínfisis del pubis; 2) espina del pubis; 3) orificio externo del conducto inguinal; 4) conducto inguinal; 5) orificio interno del conducto inguinal; 6) arteria espermiática; 7) tronco espermiático; 8) espina iliaca anterior y superior; 9) arcada crural; 10) trazado de la incisión; 11) pliegue inguinal; 12) agujero obturador; 13) índice izquierdo introducido en la raíz del hemiescrotal, para localizar el orificio externo del conducto inguinal (O.E.C.I.).

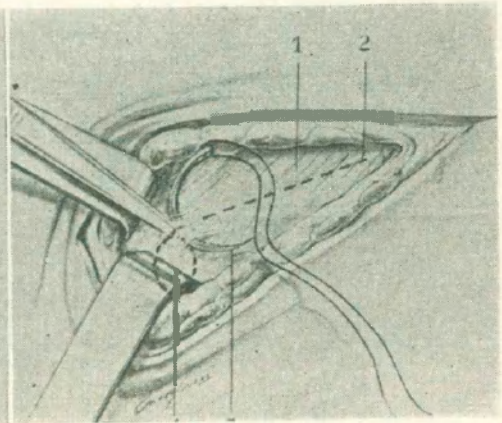


Fig. 4. — *Sección de la aponeurosis del oblicuo mayor con el punto de protección del conducto inguinal de A. Grimaldi*. 1) Aponeurosis del oblicuo mayor; 2) trazado de la sección aponeurótica; 3) punto de protección del conducto inguinal; 4) orificio interno del conducto inguinal (O.I.C.I.) por debajo y por delante del punto anterior.

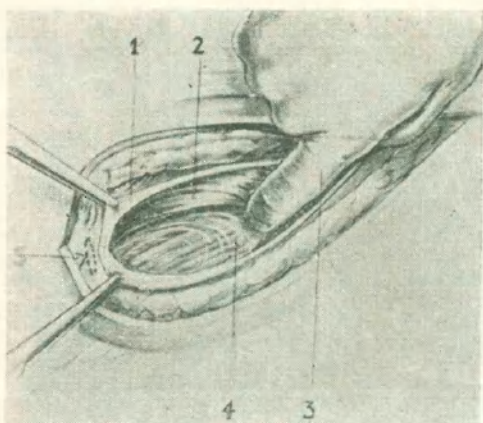


Fig. 5. — Aponeurosis del oblicuo mayor seccionada y separada por 2 pinzas de Kocher colocadas en las proximidades del extremo inferior para facilitar la investigación del O.I.C.I. 1) Aponeurosis del oblicuo mayor abierta; 2) fibras del músculo oblicuo menor y transversus, que constituyen el O.I.C.I., levantadas por el dedo índice de la mano derecha; 3) índice derecho en gancho traccionando hacia arriba el O.I.C.I., para poner al descubierto el paquete espermático; 4) paquete espermático cubierto por el cremáster; 5) "punto de protección" de A. Grimaldi.

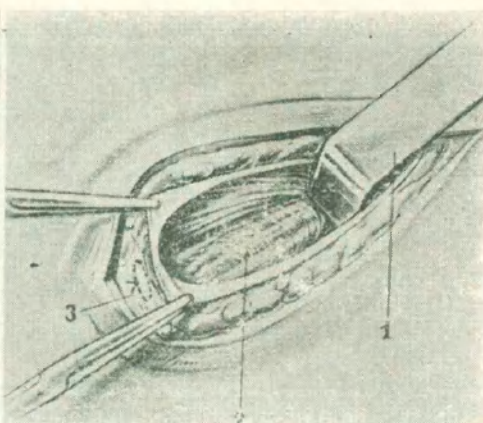


Fig. 6. — Separador de Farabeuf que reemplaza al índice una vez reconocido y traccionado el O.I.C.I. El separador se retira definitivamente después de levantado el cordón por la tracción de la fibrosa; 1) separador de Farabeuf; 2) cremáster cubriendo el cordón espermático; 3) punto de protección.

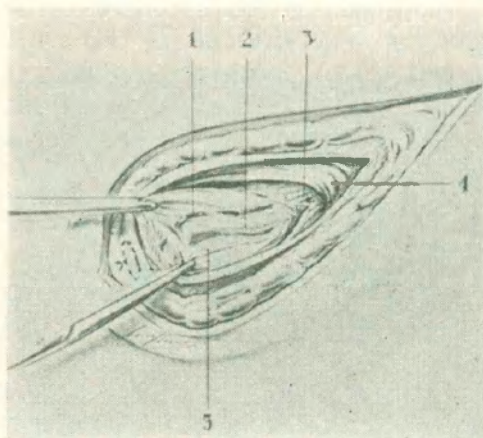


Fig. 7. — Después de separar las fibras del cremáster, la fibrosa es traccionada hacia abajo y adentro ("1ª maniobra de tracción") para producir el desplazamiento de los vasos espermáticos. 1) Arteria espermática íntimamente adherida al tronco espermático más anterior, cubierta por la fibrosa y lámina vascular del abdomen; 2) tronco espermático; 3) fibras del cremáster separadas, sin seccionar; 4) O.I.C.I.; 5) fibrosa traccionada y levantada por 2 pinzas de Kocher.

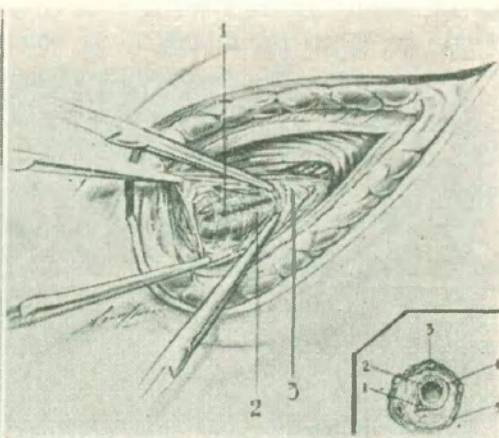


Fig. 8. — Fibrosa del cordón seccionada mostrando el paquete espermático, cubierto por la lámina vascular del abdomen. 1) Arteria espermática; 2) tronco espermático; 3) lámina vascular traccionada hacia abajo y adentro ("2ª maniobra de tracción"). a) Corte transversal esquemático del cordón espermático a nivel del O.I.C.I., mostrando las relaciones entre los vasos y las cubiertas: 1) arteria espermática por debajo y por dentro del tronco; 2) tronco espermático; 3) lámina vascular del abdomen o fascia perivenosa; 4) fibrosa del cordón; 5) cremáster.

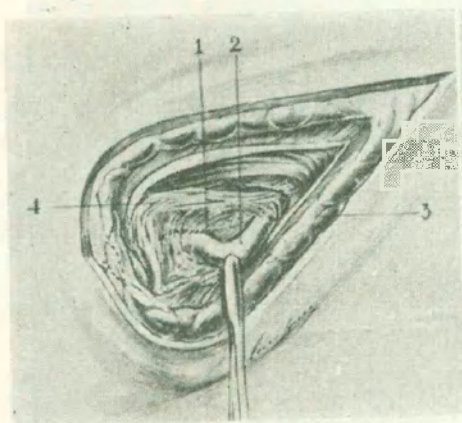


Fig. 9. — Tronco venoso espermático tomado con una pinza de Pean en su mitad anterior después de abierta y separada la lámina vascular del abdomen, único plano de clivaje existente para poder aislar la arteria. 1) Arteria espermática; 2) tronco venoso espermático; 3) lámina vascular del abdomen; 4) fibrosa del cordón.

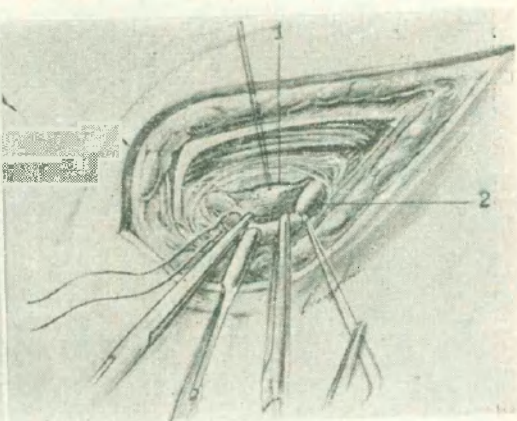


Fig. 10. — Arteria espermática reconocida y separada inmediatamente del tronco venoso por una hebra de hilo para evitar su lesión o inclusión en alguna ligadura. El tronco venoso se liga y secciona. 1) Arteria espermática; 2) tronco venoso.

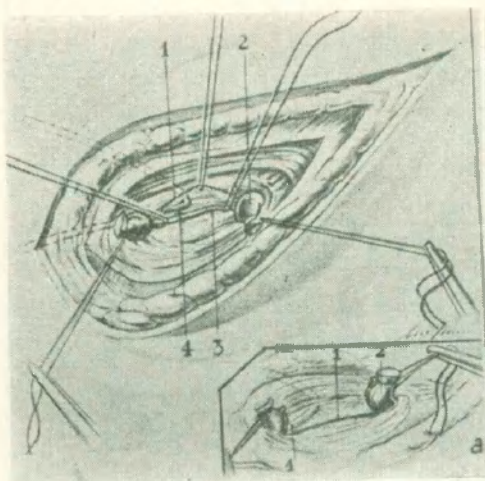


Fig. 11. — Ligadura de un pequeño tronco venoso. El conducto deferente está por debajo y formando su codo para dirigirse a la pelvis: constituye el último punto de reparo para la investigación de los troncos espermáticos. 1) Arteria espermática; 2) tronco venoso; 3) pequeña vena; 4) conducto deferente. a) Esquema mostrando la doble ligadura venosa y la arteria formando puente.

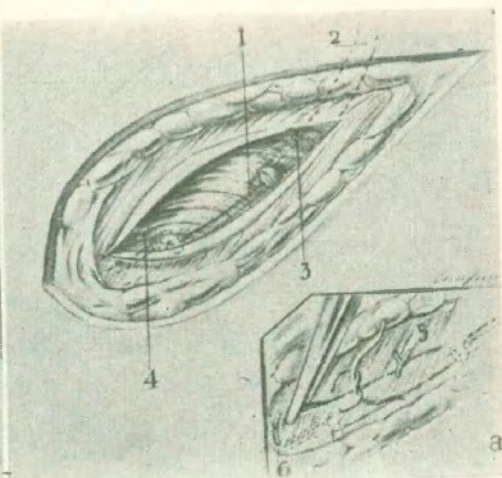


Fig. 12. — Después de la ligadura y sección de los vasos, el O.I.C.I. vuelve espontáneamente a su primitiva posición, cubriendo el fondo de la herida con un resistente plano muscular. 1) Arteria espermática; 2) tronco venoso; 3) pequeña vena; 4) pared muscular. a) Cierre de la aponeurosis con 2 puntos de hilo de algodón; 5) punto para el cierre de la aponeurosis; 6) punto de protección del conducto inguinal.

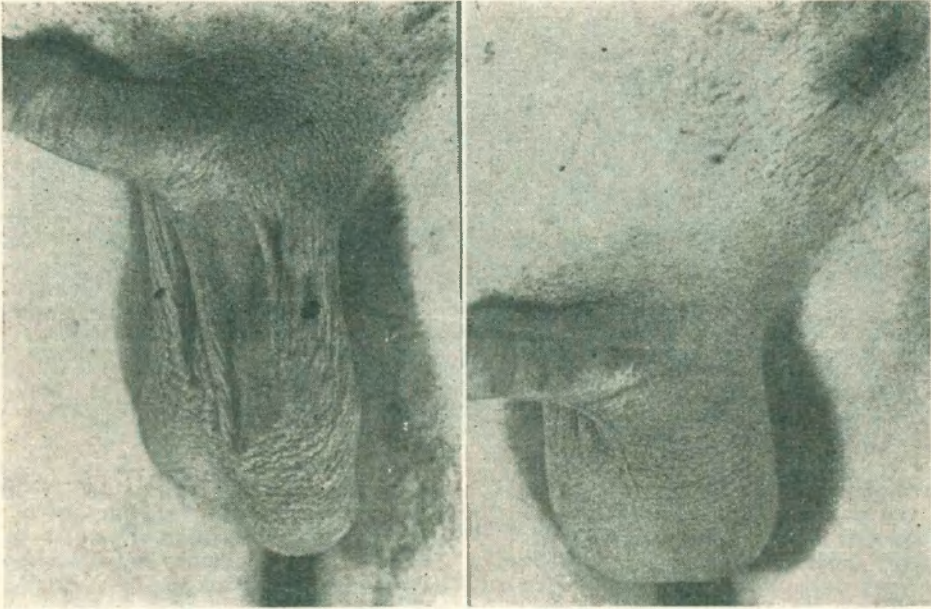


Fig. 13. — *Antes de la operación.* Varicocele grande; escroto hipotónico.

Fig. 14. — *8 días después de la operación.* Obsérvese la herida operatoria y marcada reducción del escroto especialmente del lado izquierdo.

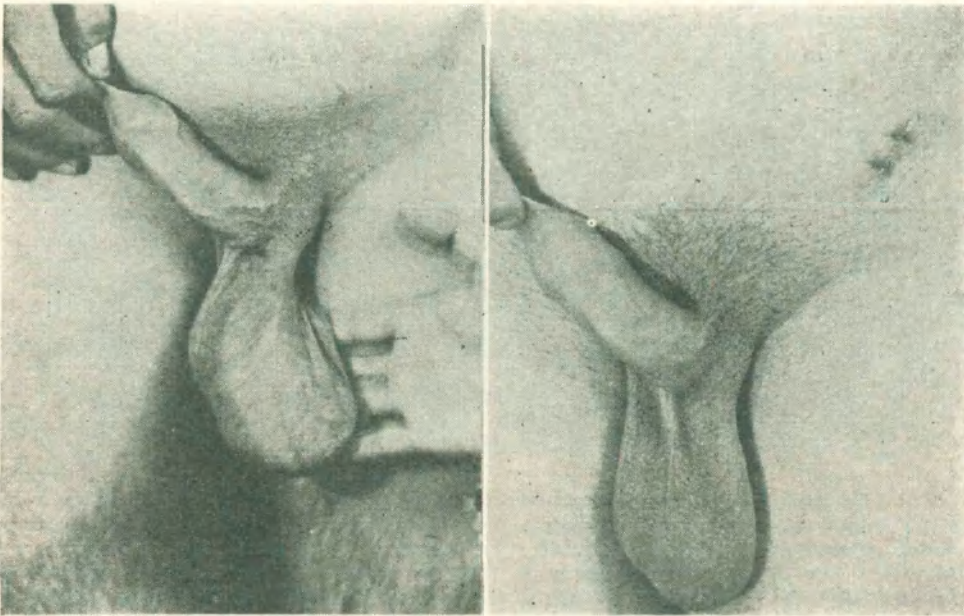


Fig. 15. — *Antes de la operación.* Gran varicocele con escroto de 15 cm. de longitud.

Fig. 16. — *10 días después de la operación.*



Fig. 17. — *Antes de la operación.*

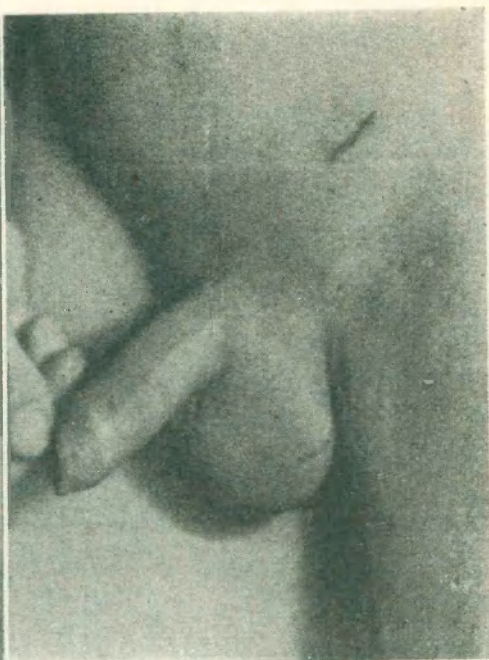


Fig. 18. — *8 días después de la operación.*



Fig. 19. — *3 años después de la operación.*



Fig. 20. — *Antes de la operación.*



Fig. 21. --- 5 años después de la operación.

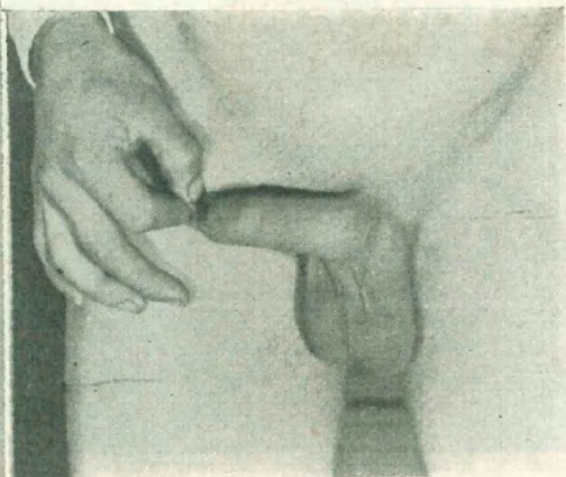


Fig. 22. — Antes de la operación.

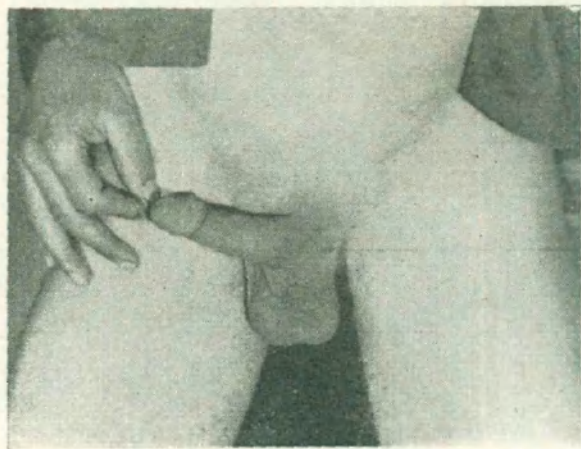


Fig. 23. — 8 días después de la operación.



Fig. 24. — 6 años después de la operación.



Fig. 25. — Antes de la operación.

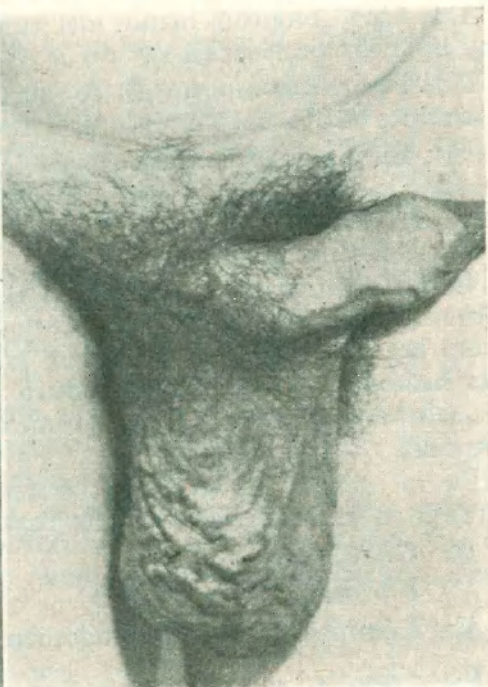


Fig. 26. — 3 años después de la operación.



Fig. 27. — Antes de la operación

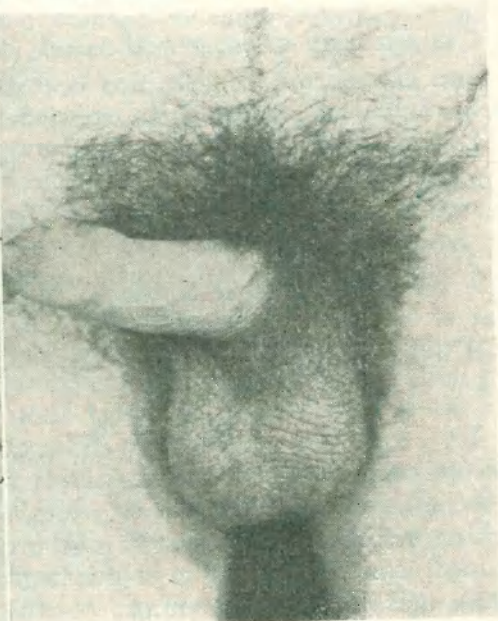


Fig. 28. — 8 años después de la operación.

Para realizarla nos hemos basado en 3 conceptos anatómicos personales que nos demostraron:

1º) Una longitud menor del conducto inguinal que lo asignado (2 a 3 cm. en lugar de 4 a 5).

2º) El orificio interno del conducto inguinal (O.I.C.I.) situado a menos de 1 cm. por arriba del arco crural y no a 15 ó 18 mm. como afirma Testut.

3º) El gran desplazamiento de los vasos espermáticos logrado mediante la tracción de la fibrosa y lámina vascular del abdomen a nivel del O.I.C.I. permite ligarlos a una mayor altura sin necesidad de recurrir a procedimientos más altos, difíciles y peligrosos.

Importa destacar la presencia de la lámina vascular del abdomen, delgada membrana que envuelve directamente los vasos por debajo de la fibrosa y cuya abertura permitirá hallar el *verdadero plano* del clivaje para la separación de la arteria íntimamente adherida al tronco venoso más anterior.

Insistimos en este detalle anatómico fundamental para la separación arterio-venosa.

De tal manera pues, que a la altura del O.I.C.I. el paquete espermático presenta 3 envolturas perfectamente reconocibles:

1º) Cremáster.

2º) Fibrosa.

3º) Lámina vascular del abdomen.

Estos detalles anatómicos nos han permitido realizar una pequeña incisión que reconoce directamente los vasos espermáticos, respeta la integridad del conducto inguinal (punto débil del abdomen inferior) y *logra la deambulación inmediata del paciente*, cuando se realiza con material irreabsorbible.

Trazado de la incisión

1º) *Trazado de la arcada crural* ("1er. punto de reparo").

Con el enfermo en decúbito dorsal, trazamos con regla y tinta la arcada crural, previa demarcación de la espina del pubis e iliaca externa ántero-superior.

2º) *Reconocimiento del O.E.C.I.* (orificio externo del conducto inguinal: "2º punto de reparo").

3º) *Localización del O.I.C.I.* (orificio interno del conducto inguinal: "3er. punto de reparo").

Si estimamos que el conducto inguinal no tiene más que 3 cm., bastará señalar el O.I. con un grueso través de dedo a partir del anterior y con una vertical que corte a la línea de la arcada.

4º) *Trazado de la incisión.*

A $\frac{1}{2}$ cm. por arriba de la línea correspondiente a la arcada y a partir del jalón anterior como lo muestra la figura, se traza con regla y tinta una línea de 2 a 4 cm. de longitud en relación con el panículo adiposo del paciente.

Una vez dibujada la incisión se procede a la sección cutánea previa anestesia local con novocaína al 1%; llegado a la aponeurosis se coloca en el extremo más inferior un punto con algodón ("punto de Grimaldi") y se procede a la sección aponeurótica ("ojal aponeurótico").

A continuación se reconoce el O.I.C.I. en forma de un borde muscular, que es levantado con un separador de Farabeuff.

En el fondo se observa al grupo espermático cubierto por el *cremáster* cuyas fibras son separadas, sin seccionarlas con el propósito de mantener la suspensión testicular.

Con 2 pinzas de Kocher se tracciona la fibrosa hacia abajo ("1ª maniobra de tracción") y una vez abierta esta hoja se hace lo mismo con la *lámina vascular* ("2ª maniobra de tracción"). Esta tracción permitirá aflorar los vasos en una longitud de 2 a 3 cm. lo suficiente como para realizar la ligadura y sección *más arriba*, en troncos más gruesos y menos divididos.

A continuación se abre la lámina vascular con el propósito de separar la arteria del tronco venoso anterior cuya relación es a veces, tan íntima, que se llega a romper la vena en la maniobra de desprendimiento.

La arteria espermática a esta altura es muy pequeña y debe ser reconocida con cuidado para no seccionarla o incluirla en alguna ligadura.

Las dificultades aumentan porque el manoseo quirúrgico desencadena un rápido espasmo que la hace prácticamente invisible; es por ello que debe tratarse de reconocerla inmediatamente y separarla con un asa de hilo, para poder continuar la sección venosa sin preocupaciones.

Si no es posible observar la arteria, se procederá por *exclusión* dejándola entre los restos de la fibrosa, fascia perivenosa, linfáticos y nervios, sin preocuparse de investigarla siempre que se tenga la absoluta seguridad de haber seccionado venas.

La ligadura arterial expone a la atrofia del testículo que observamos en dos ocasiones solamente con nuestro método.

Las venas deben ser *ligadas en su totalidad*, sin olvidar el más *pequeño ramúsculo*, porque de lo contrario la enfermedad reaparecerá con todas sus características (*pseudo-recidiva*).

Inyección operatoria de Índigo Carmin. Con el propósito de reconocer las venas más pequeñas y para los cirujanos que no tengan suficiente experiencia con el método aconsejamos la inyección operatoria de índigo carmín. Una vez seccionado el primer tronco y entre la pinza de Kocher y una ligadura, sin ajustar, se inyecta en el cabo inferior, hacia el testículo, 20 c.c. de una solución de índigo carmín (0,050 gr. en 20 c.c. de agua destilada) a los pocos minutos la circulación de retorno, teñirá de azul fuerte a los restantes vasos venosos, aún los más pequeños, facilitando extraordinariamente la búsqueda.

Seccionamos a continuación todos los troncos hasta el *conducto deferente*, último elemento extrafunicular; si el vaso venoso deferencial está muy desarrollado se secciona, de lo contrario no se liga, en virtud de que si bien participa del proceso vascular no es el responsable del varicocele.

La vena *funicular*, extrafunicular, situada contra el borde anterior del hueso ilíaco, no debe ser seccionada cualquiera sea su calibre; su dilatación, como ya dijimos, es secundaria al varicocele espermático reduciéndose de volumen en cuanto se actúa sobre los otros vasos.

La operación termina una vez reconocido el deferente: *si todas las venas predeferenciales han sido ligadas se suspende la intervención inmediatamente.*

La pared se cierra por planos con hilo de algodón observándose como el orificio interno del conducto inguinal muscular cubre el fondo de la herida protegiendo el ojal aponeurótico. Por estas 2 razones: a) empleo de material irreabsorbible y b) protección muscular de la incisión es que *damos de alta inmediatamente a todos nuestros enfermos* sin haber observado hematomas ni eventración post-operatoria hasta el presente.

Los excelentes resultados obtenidos con este procedimiento después de una casi *veintena de años* de experiencia, en más de 500 enfermos operados, algunos de los cuales han sido examinados y fotografiados con el propósito de observar su estado después de varios años, demuestra la verdad de nuestras conclusiones.

Es por ello que rechazamos toda técnica que no realice la ligadura de los troncos espermáticos en su recorrido reno-inguinal, por estar basado en un concepto fisiopatológico y quirúrgico absolutamente erróneo. La anatomía, la semiología y la flebografía, demuestran el rol etiopatogénico, fundamental del grupo espermático, cuya sección de la manera simple que nosotros proponemos termina con la afección.

Nuestra experiencia lo demuestra indiscutiblemente.

BIBLIOGRAFÍA

- Abalerón, F.* — Etiopatogenia y tratamiento del varicocele. Córdoba 1919.
Aginaldo, X. — O tratamento cirúrgico da varicocele escrotal izquierda. (La Semana Médica Bs. As. 1934, 377).
Albanese, A. — (La Prensa Médica. Bs. As. 24-VII-40).
Aloise, L. — Tratado de Fisiología.
Alonso, A. A. — (Rev. Española de Med. y Cir. de guerra - nov. 1943 - 15).
Amesti y Wainstein, A. — (La Semana Médica Bs. As. 18-VIII-1938).
Bernardi, R. — (Soc. Arg. de Urología - 24-VII-42).
Bernardi, R. — (La Semana Médica - 9-X-41).
Bernardi, R. — (Soc. Arg. de Urología - 25-VII-42).
Bernardi, R. — (La Prensa Médica de Bolivia - 1945).
Bernardi, R. — (Soc. Arg. de Urología - 28-IX-44).
Bernardi, R. — (Congreso Chileno de Urología - 4, 5 y 6 de diciembre de 1952).
Boletines, R. y Ghiozzi, J. C. — (Soc. Arg. de Urología - 17-XII-42).
Boletines del Instituto de Clínica Quirúrgica. — La operación de Ivanissevich en el tratamiento del varicocele.
Bonner, L. — (Bol. San. Militar - T. III - 1893).
Branco Ribeiro, E. — (J. of Intert. Coll. of Surgeons - 1956 - Vol. XXV - 179).
Camille, G. — (T. Paris - 1876).
Campbell, M. — Pediatric Urology.
Casinelli, A. — Tesis doctorado en Medicina - Bs. As. 1927.
Casinelli, A. — (Rev. Med. Lat. Amer. - T. 12 - 139 - 1927-985).
Castaño y Astraldi. — (Rev. Espec. 1926 - 950).
Castillo Odena, I. — (La Semana Médica - 1938 - 24).
Cattáneo, L. — (Archivos de Medicina Legal - 1940 - 274).
Contardi, M. — (La Semana Médica, Bs. As. 1955 - 941).
Corguera Echavarría, J. M. — (Boletines del Inst. de Clínica Quir. 1938).
Costa, A. — (Trab. Adscripción - Bs. As. 1926 - 3526).
Costa, A. — (Bol. de la Soc. de Med. de Montevideo - 1932).
Casas Figueroa, A. — (Bol. de la Soc. Cir. de Rosario - 1940 - 99).
Cranwell, D. — (Arg. de Medic. - 1907 - 781).
Cúneo, D. — (Varicocele - 1902).
Curación del varicocele — Rev. Arg. de Med. T. II - 1912).
Charny, Ch. — (J.A.M.A. - V. 115 - N° 17 - 1429).
Chutro, P. — (Revista de Cirugía - 1926 - 289).
Delgado — (Bol. Soc. Cir. Bs. As. - 1940 - 98).
Dell Oro, B. — (Bol. Soc. Cir. Rosario - 1940 - 95).
Dell Valle (h.). — (Soc. Cir. Bs. As. T. II - 1918 - 19).
Del Valle (h.). — (Congreso Nac. de Med. - 1922).
Dos Santos, R. — (J. d'Urologie - 1935 - 586).
Dos Santos, R. — (J. Inst. Chirurgie - 3-6-1938).
Dos Santos, R. — Arteriographie des membres et de l'aorte abdominale.
Dougherty, J. y Homas, J. — (S. G. and O. - 1940 - 71-697-702).
Dowlin, E. — (Tesis - 1918).
Elizalde A.; Grimaldi, A. y Adler Atucha, J. — (Publicaciones Médicas - abril 1944 - 2).
Fernández Blanco, M. — Varicocele - Bs. As. 1919.

- Ferrando, E.* — La Semana Médica - T. II - 1922.
Ferrari, R. — (Centro Es. Med. - T. XXVII - 1927 - 801).
Ferrer, F. — Varicocele - 1905.
Figueroa Bady, R. — VI Congreso Americano y III Argentino de Urología - Mar del Plata - diciembre 1956).
Finochietto, R. — Tesis Adscripción - 1919.
Finochietto, R. — La Semana Médica - 1919 - 559).
Forge, E. — Patología Externa.
Fortuna, L. — (Cátedra y Clínica - marzo 1943).
García, A. — Varicocele (Tesis).
Gazzolo, J. J. — (Tratado de enfermedades Génito-Urinarias 832).
Giuliani, A. — Varicocele. (Tesis).
Ghiozzi y Macchi. — (El Día Médico - 3-IV-45).
Gonzalez Ruiz, B. — (Paris - 1938 - T. 145 - T. 4866).
Goulart, T. — (La Semana Médica - 27-V-37).
Grimaldi, F. y Mendez, R. — (El Día Médico - 11-XII-1944).
Grosso, E. — Tratamiento de la hernia inguinal y varicocele concomitante. Bs. As. 1906).
Guevara, E. — Varicocele - 1919.
Gerard, G. — Tesis (Lyon - 1921).
Gutiérrez, A. — (Rev. de Cirugía - 1926 - III).
Hamonic, P. — De l'influence du varicocele sur certains symptômes genitourinaires.
Hautz, G. — (La Semana Médica - 27-V-37).
Hinman, F. — Principles and practice of urology.
Iraza, J. — (Rev. Soc. Arg. de Urol. 1943).
Ivanissevich, O. — (2º Congreso Nac. de Med. - 1922).
Ivanissevich, O. — (3er. Congreso Nac. de Med. 1926).
Ivanissevich, O. — (Bol. Acad. Cirugía. T. 38 - 168).
Ivanissevich, O. — (Bol. Soc. de Cirugía Bs. As.) - 28-XI-23).
Ivanissevich, O. y Gregorini H. — (La Semana Médica - 1918 - 575).
Klika, M. — (Urology Internationalis - V. I. - 142).
Knijnik, R. — Varicocele. Contribución a su estudio.
Landívar, A. y Domenech, A. — (Arch. Med. Hosp. Argerich - 1939).
Lassabatie, T. — Tratamiento du varicocele - 367.
Le Dentu. — Examen critique de certains procedes de cure radicale basses sur 8 observations personnelles - 1886 - 400.
Leoni Iparraguirre, C. — (El Día Médico - 1934 - 651).
Lesser, A. y Dantius, G. — (Anales de Cirugía - junio 1944 - 907).
Macone, J. — (La Semana Médica - T. 37 - I - 1930).
Macone, J. — Del tratamiento del varicocele - 3er. Trat. - Buenos Aires - 1930).
Madeira Chinaco, D. — Do varicocele e seu tratamento - R. Janeiro - 1911).
Mahoney, H. — (S. G. and O. - enero 1943).
Malhebe, A. — (Procede du l'amac - 1909 - 831).
Marini, B. — Trastornos vesicales producidos por el varicocele - Bs. As. 1905 - 2114).
Marton, G. — Técnica Quirúrgica - T. II - 302).
Martorell, L. — Tromboflebitis de los miembros inferiores.
Monteiro, R. — (Archivos Brasileiros de Med. 1929-286).
Oliveira, E. O. — (La Semana Médica - 1938 - II - 1019).
Pego de Amorín, A. — (Rio de Janeiro - 1926).
Peña, E. — (Anales de Cirugía Méd. Arg. - 188-83).
Phocas. — Nouveau traitement du varicocele - 1903-749).
Pomeranz, M. y Tunick, T. — (S. G. and C. 1933 - 57-609-695).
Rev. Chirurgie. — N° 4 - 38.
Rolland, H. y Emile, J. — T. Bordeaux - 1913.
Roncoroni, J. — (Bol. Soc. Cir. de Rosario - 1940 - VII - 100).
Rykebusch, G. — Psychopathies et varicocele.
Salema, O. (La Semana Médica - 1938-II-142).
Salleras, J. y Vilar, G. — El dolor en el varicocele. T. IV - Bs. As. 1927 - 622).
Santanelli. — (Bol. Soc. A. Rosario - 1940 - 99).
Silvestre, B. — (Bol. Soc. A. Rosario - 1938 - 98).
Somalo, M. — (La Prensa Médica - T. X. - 1924).
Somalo, M. — (Inst. Clin. Quirúrg. - 1928).
Souza Cotrim, E. — (Empresa Gráfica de Rev. Dos Tribunas - S. Paulo - 1940).
Sugasti. — (Bol. S. C. Rosario - 1940 -VII-99).
Schwartz, E. — (J. de Pract. - T. 9 - 1895).
Tratamiento quirúrgico del varicocele por un nuevo método (J. U. T. 28 - 249).

- Testut, L.* — Anatomía Humana, T. II.
Testut, L. — Anatomía Humana, T. IV.
Testut, L. — Anatomía Topográfica, T. II.
Torres, F. — (Ad. San. y Asist. Pública - 1910).
Torres, H. — (La Crónica Médica de Lima - 1918 - 225).
Uriburu, J. — (La Prensa Médica Argentina - 1945 - 1661).
Vidal, A. — Tratamiento de la curación radical del varicocele - Madrid - 1851).
Vilar, G. — (Rev. Urol. 1935 - VI - 130).
Vilar, J. — (Rev. C. Méd. y C. Est. Med. - 1941-69).
Wainberg, S. — (La Prensa Médica Argentina - 1950 - 2631).