

Por el Doctor

RICARDO BERNARDI

EL CONCEPTO ANATOMICO DE IVANISSEVICH EN LA CURA DEL VARICOCELE (MODIFICACIONES A SU TECNICA)

EL estudio de la anatomía de las venas espermáticas realizado por Ivanissevich en los años 1918 y 1923, es fundamental en la etiopatogenia del varicocele y debe constituir para nosotros, urólogos, la base racional del tratamiento quirúrgico del mismo.

Expondré en forma sucinta estas experiencias y comprobaciones clínicas, quirúrgicas y radiográficas, por haberme ocupado extensamente en mi trabajo de adscripción al 4º año de Clínica Urológica titulado: "Tratamiento quirúrgico del varicocele. Conceptos y Algunas modificaciones a su técnica".

Ivanissevich demostró, por primera vez, contrariamente a los estudios clásicos de Morgagni, Petit, Sappey y Perier, especialmente, la existencia *dentro* del cordón espermático, de 2 paquetes venosos: (Esquema de Amesti y Wainstein).

a) *principal o espermático* propiamente dicho, tributario de la vena renal y

b) *accesorio o deferencial*, tributario de la vena ilíaca interna o sus afluentes.

... y *por fuera*, de otro grupo venoso llamado *paquete posterior extrafunicular*, vena funicular de otros autores, que desemboca en la vena epigástrica. El primero o paquete espermático, es el más importante porque resume casi toda la circulación testicular, encontrándose en el 90 % de los casos; en cuanto al posterior, extrafunicular, se halla en el 10 %.

Mientras que los estudios clásicos (Poirier, Testut: Anatomía Humana, T. II, Pág. 433), sobre el recorrido y desembocadura de

las venas espermáticas sostenían lo siguiente: "las venas del cordón nacidas en el testículo y epidídimo convergen en el cuerpo de Higmoro, formando el plexo espermático y luego, a medida que ascienden, se dividen en 2 grupos:

"a) anterior, preespermático y predeferencial, el más importante por estar constituido por 5 ó 6 venas; y

"b) posterior, retroespermático intrafunicular, integrado por 2 ó 3. Según estos autores, el paquete anterior desemboca en la vena espermática y el posterior en la epigástrica".

Vale decir, y aquí reside el error anatómico fundamental, que de acuerdo al concepto clásico, la circulación venosa testicular, *intrafunicular*, se volcaba en 2 sistemas: a) el grupo anterior o espermático, en la espermática y de allí en la renal y el grupo posterior o retroespermático, también dentro del cordón, en la vena epigástrica.

Esto no es exacto; Ivanissevich fué el primero en observarlo, y los estudios anatómicos y comprobaciones quirúrgicas y radiográficas de Amesti y Wainstein, Goulart, Surraco, Hautz, Castillo Odena, etc., corroborados por nosotros (Dres. Bernardi y Reggiani) en 10 disecciones anatómicas y en muchos de los operados, como lo certifican las historias clínicas. Según ellos, la circulación venosa testicular intrafunicular se resume en un solo y único sistema, el de la espermática, y en el 10 % de los casos en otro accesorio, de valor muy secundario, el grupo retroespermático extrafunicular que coexiste con el otro, según lo pudimos comprobar.

Esta base anatómica es fundamental en la etiopatogenia y curación del varicocele y basta su interrupción en cualquier porción de su recorrido para hacerlo desaparecer; y como es lógico, se prefiere realizarlo donde sea menos numeroso y más accesible.

De allí, las varias incisiones propuestas últimamente, para curar el varicocele, con ligaduras de los troncos venosos a distintas alturas, pero todas ellas basadas en los conocimientos actuales, sobre la circulación venosa testicular, que son indispensables.

Para nosotros, después de haber operado, seguido y comprobado los resultados con toda meticulosidad, en 48 enfermos de varicocele, durante más de 2 años, consideramos que el valor de los estudios de Ivanissevich reside más en su descubrimiento anatómico, que en el método quirúrgico que propuso últimamente.

Nuestras investigaciones anatómicas nos permitieron corroborar estos estudios, a la vez que observar otros datos que referiré a continuación y que completan las observaciones realizadas por el autor y otros investigadores, facilitando la interpretación de ciertos hechos y el tratamiento quirúrgico del varicocele.

1º) Si después de abierto el conducto inguinal (Dibujo 2 a) hasta su orificio interno, traccionamos la fibrosa del cordón, con 2

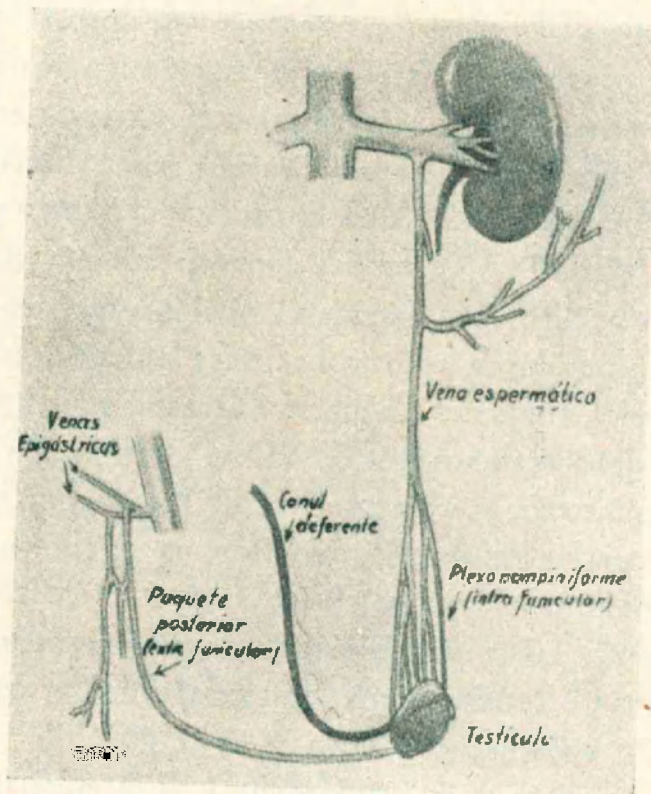


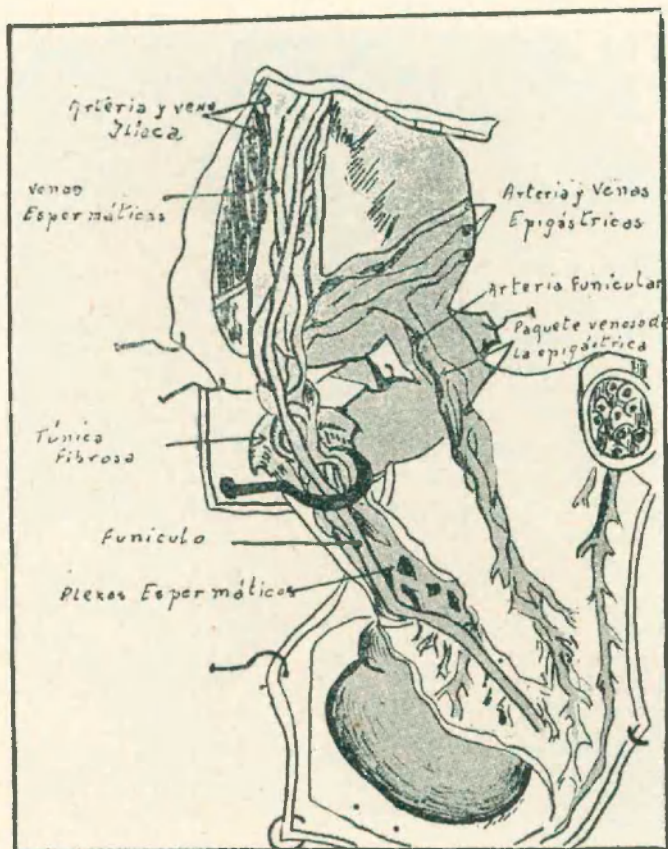
Figura 1

Esquema para mostrar los dos grupos venosos principales que drenan la sangre del testículo izquierdo. El grupo de la vena espermática es intrafuncular. El otro, el tributario de las venas epigástricas, es extrafuncular.

pinzas de Kocker, previa separación de la fibrosa del cremaster, obtendremos un desplazamiento de los vasos espermáticos en una extensión de 1 cm. por arriba del mismo.

2º) Si retraemos con un separador de Farabeuf el O.I.C.I., alcanzamos otro centímetro, igualmente que Ivanissevich.

3°) Si ligamos los vasos espermáticos a nivel del O.I.C.I. y luego con la incisión transversal bi-iliaca de Ivanissevich, buscamos y ligamos los mismos vasos, según su técnica. veremos que al realizar una tracción de mediana intensidad con los cabos del primer nudo, aparecerá el segundo por el O.I.C.I., o muy próximo a él, sin sufrir



Esquema de Amesti y Wainstein

Figura 2

los vasos mayor elongación, por la gran laxitud del tejido que los envuelve.

4°) La distancia entre una y otra ligadura es de 3 y 1/2 cm. aproximadamente.

5°) La distancia entre el O.I.C.I. y la espina iliaca anterior y superior es, aproximadamente, de 7 a 8 cm. en su trayecto oblicuo, pero como los vasos espermáticos se ligan en la parte media de la incisión transversal y en el labio más inferior, en una dirección casi

vertical al O.I.C.I., la distancia es la que figura en el párrafo anterior (3 y 1/2 cm.).

5°) La arteria espermática se encuentra, casi siempre, inmediatamente por detrás y adentro de la vena más anterior, en una fascia de envoltura, común en íntima relación con ella, y tanto más oculta cuanto más dilatada se halle ésta (varicocele).



Figura 3

Es ésta una relación anatómica de gran valor, que deseamos señalar por el peligro de incluirla en la ligadura venosa, debido a su pequeño volumen.

7°) Las venas espermáticas forman un acúmulo de vasos a nivel del conducto inguinal y raíz del escroto ("plexo pampiniforme", de Ivanissevich), tanto más bifurcado, cuanto más próximo al testículo y en el que es imposible distinguir los clásicos paquetes venosos, anterior y posterior, "así como la arteria espermática", de acuerdo a lo que ya sostenía Testut.

En ocasiones, la división de la vena espermática es tan precoz que, apenas a 1 cm. por debajo o a nivel del O.I.C.I., se encuentran muchas venas; de allí la razón para traccionar y ligarlas más arriba, como aconsejamos nosotros.

8") Al paquete posterior o funicular, de algunos autores, (Amesti y Wainstein y Surraco) lo hemos encontrado, cuando exis-



Figura 4

te, siempre por fuera del cordón espermático, perifunicular, como lo sostiene Ivanissevich, generalmente muy delgado, naciendo mediante pequeños ramúsculos sobre la cara externa de la vaginal parietal, a la altura de la cola del epidídimo y ligamento escrotal y en ocasiones, comunicarse con el anterior por vasos supraepididimarios; siguiendo luego por el tejido perifunicular y terminando un poco por arriba del O.I.C.I., en la vena epigástrica.

La comunicación anatómica entre los 2 sistemas, que habría sido negada por la mayoría de los autores, quienes sostenían la más absoluta independencia entre ambos, incluso por Ivanissevich, fué

hallada sin embargo en una ocasión por Amesti y Wainstein y descrita también por Surraco, cuyo estudio anatómico de las venas del cordón, es el que más está de acuerdo con la realidad, según nuestras observaciones.

Nosotros habíamos constatado esta comunicación a través de finísimas venas situadas en la cola y cuerpo del epidídimo, a la vez que con los vasos de las cubiertas y tabique escrotal, permitiendo

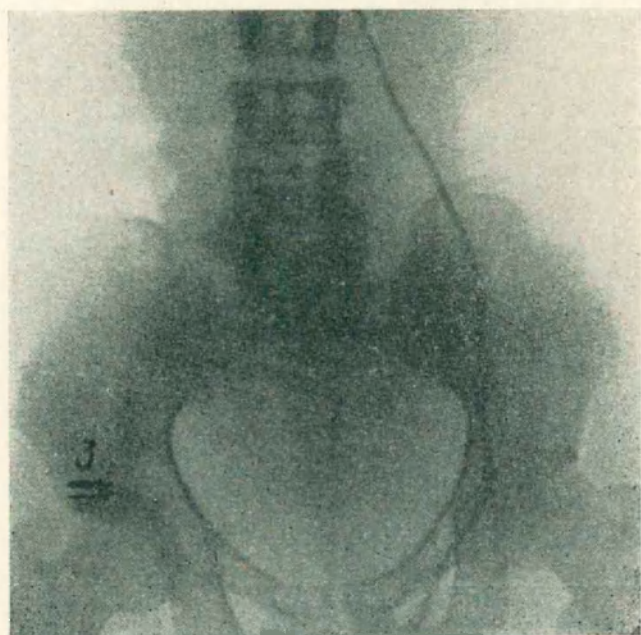


Figura 5

así la circulación venosa con el otro lado, en caso de ligadura del paquete posterior.

Fué por esta razón que al principio ligamos los 2 paquetes, anterior y posterior, con el propósito de hacer desaparecer más rápidamente el tumor venoso, basados en la *independencia* que afirmaban la mayoría de los autores, como verán en algunas de las historias clínicas de los enfermos aquí presentes. Suponíamos entonces, que al ingurgitarse los 2 sistemas, por la contracción de la "prensa abdominal", se debía lógicamente a la existencia de un doble reflujo. Pero posteriormente, con el hallazgo anatómico de la comunicación, el examen semiológico más detenido y la interesantísima flebografía N° 5 (Historia N° 38) que pude obtener en el Instituto de Clínica

Quirúrgica, gracias a la gentileza del Dr. Ivanissevich, nos permitió conocer claramente la relación entre los 2 sistemas.

Para nosotros, *nos da esto, la clave de la interpretación etiopatogénica del varicocele de la "cola del epidídimo" no bien explicado todavía, al parecer.*

Si bien esta comunicación no es frecuente en las disecciones practicadas en sujetos normales, en los casos de varicoceles anteriores muy

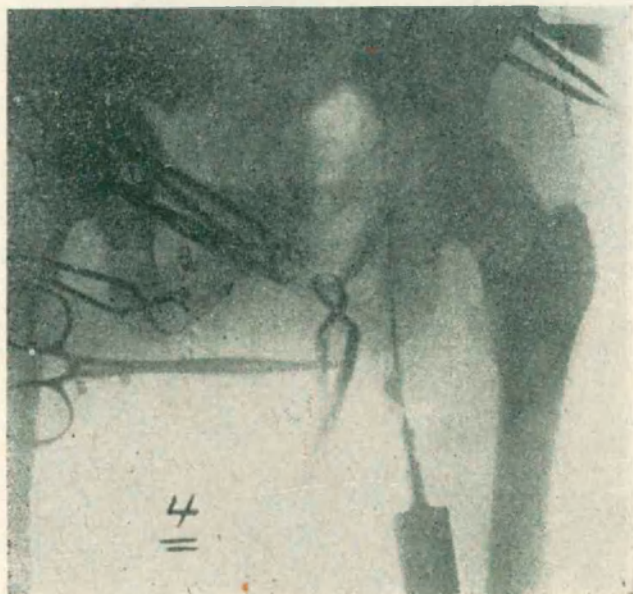


Figura 6

grandes o de largo tiempo, se observa habitualmente el llamado "varicocele de la cola" con dilatación consecutiva del grupo posterior, mediante una maniobra semiológica que, en otra ocasión, describiremos, por acción de la lentitud circulatoria habitual, debido a la esclerosis y dilatación de las paredes venosas, así como al *reflujo* por insuficiencia valvular presente en los múltiples esfuerzos que realizan diariamente los enfermos.

En estas condiciones, por acción del *reflujo*, signo esencial del varicocele, como bien lo sostiene Ivanissevich, *la corriente sanguínea se dirige en sentido contrario, dilatando en primer lugar, el paquete anterior y luego las pequeñísimas ramillas venosas de comunicación con el paquete posterior, que excepcionalmente se hacen evidentes en los sujetos normales.*

Es así que: la corriente venosa se dirige desde el paquete anterior al posterior, estableciendo una relación de dependencia anatómico-clínica que es fundamental en el tratamiento integral del varicocele anterior y del de la cola del epidídimo o posterior.

Este hecho, que anatómicamente negaba Ivanissevich, pero que quirúrgicamente y en forma empírica subsanaba con la ligadura

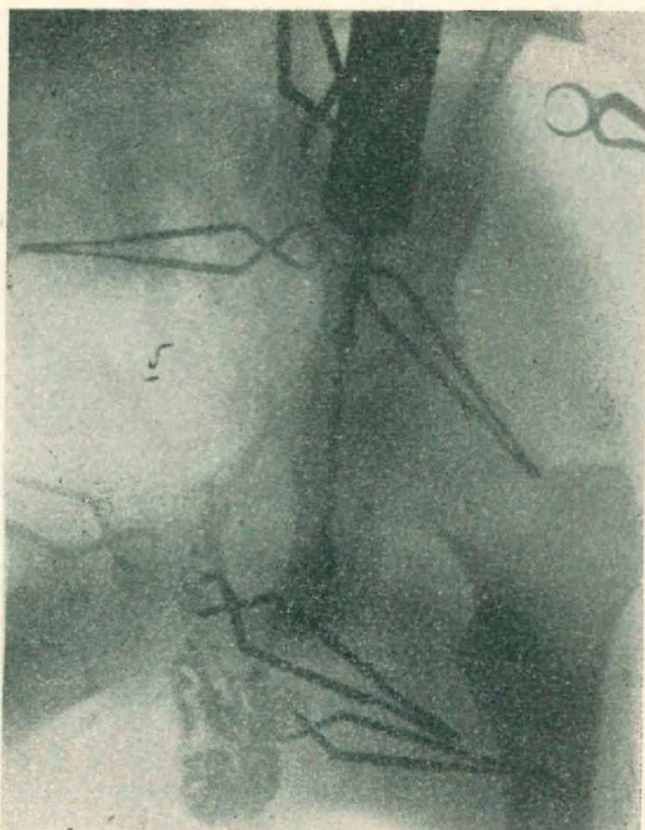


Figura 7

venosa alta del paquete anterior, fué comprobado por nosotros, demostrándonos la inutilidad de la ligadura del paquete posterior, que hacíamos cuando estaba dilatado: *técnica que venimos practicando en los últimos enfermos* y de la que nos ocuparemos en otra reunión.

Esta relación está confirmada también, por los interesantes estudios flebográficos que sobre las venas del cordón espermático realizó Souza Cotrim, últimamente, al comprobar que: "el reflujo en el varicocele se encuentra únicamente en la vena espermática" y que la corriente venosa, "es centrífuga en este vaso y centripeta en los demás".

Además, cuando realizamos la compresión del paquete anterior a través de las bolsas o a cielo abierto, no se observa dilatación del de la cola del epidídimo ni del posterior; y si la practicamos en este último, se ingurgitan los vasos anteriores y los de la cola, indicándonos así con toda claridad, cuál es el sentido de la corriente venosa.

En cuanto a este paquete posterior, preferimos llamarlo *vena funicular* o *vena del cordón posterior*, como otros autores, debido a que no está formado por un grupo de vasos sino que por 1 solo o 2, excepcionalmente.

El estudio radiológico de las venas espermáticas realizado por Ivanissevich y Souza Cotrim, constituyen la confirmación más evidente y objetiva de la circulación venosa testicular y que exhibiremos a continuación.

Desde el punto de vista *operatorio*, diremos que la incisión inguinal que preconizó Hautz, titulada: "Nueva técnica para el tratamiento quirúrgico del varicocele" y publicado en "La Semana Médica" del 23 de marzo de 1938, es similar a la realizada por Ivanissevich a nivel del conducto inguinal desde 1918.

Nosotros, en todos los operados, algunos de los cuales se hallan presentes, realizamos la incisión inguinal con abertura total del conducto, por considerarla más fácil, debido a que se realiza en una zona muy conocida por todos los cirujanos, cualquiera sea su experiencia quirúrgica y en segundo término "porque permite trabajar a una profundidad de 2 a 3 cm. en lugar de 8 a 10, como con la incisión transversal de Ivanissevich", según lo manifiesta con todo acierto el Dr. Hautz.

El procedimiento se realiza de la siguiente manera:

—1º) Incisión inguinal oblicua (dibujo N° 1 a) que comienza a 1 cm. por debajo del O.E.C.I., para individualizar y ligar el paquete posterior si estuviera dilatado.

—2º) Abertura del conducto inguinal hasta el O.I. y separación sin sección, de las fibras del cremaster por su continuidad con la eritroides, verdadero elemento suspensorio de las bolsas.

—3º) Toma de la fibrosa a nivel del O.I.C.I. con 2 pinzas de Kocker, realizándose a continuación *una doble maniobra de tracción* que nosotros ejecutamos sistemáticamente: (Dibujo N° 2 a y b).

a) *tracción de la fibrosa y sección de la misma en una extensión de 2 cm.*; con este tiempo solamente ganamos casi 1 cm., en virtud de que esa túnica no es más que la continuación inguinal de la fascia transvesalis, permitiendo el transporte o deslizamiento de los vasos hacia abajo.

b) *tracción venosa o perivenosa.* (Dibujo N° 2 b), mejor dicho, ejecutada directamente sobre la tenue fascia perivenosa, en la porción más anterior de la vena dilatada con 2 pinzas de Kocker, perfectamente pequeñas, "mosquito", a nivel del O.I.C.I. que el ayudante sostendrá con su mano derecha.

Es interesante observar con qué facilidad "surge" todo el paquete espermático de la profundidad del O.I.C.I., en una extensión de 1 a 2 cm., con la sola tracción de esta fascia, teniendo el operador la absoluta certeza de que los *vasos no sufren* con esta maniobra, la más mínima elongación ni traumatismo. Mientras el ayudante mantiene la tracción, cuya intensidad dependerá de la amplitud de la "toma" realizada y el espesor de la fascia perivenosa, el cirujano aprovecha para reconocer y aislar la arteria espermática, *siempre por detrás y por dentro, en íntimo contacto con ella.* (Dibujo N° 2 d), ayudado por una pinza anatómica y sonda acanalada.

Una vez ligada y seccionada la vena más anterior, que es siempre la más voluminosa, puede realizarse *otra tracción sobre el cabo superior.* (Dibujo N° 2 c), mucho más sólido, si se desea asegurarse de la existencia de otros vasos.

El objeto de las tracciones que proponemos, es el de aislar los vasos, venas y arterias, más arriba, en una zona en que por su mayor tamaño se hacen más fácilmente reconocibles, desplazamiento factible merced a la "lámina vascular del abdomen", descrita por Farabeuf, Belbet, Ombredanne, Truffert y Albanese, entre otros.

Queremos insistir en detalles muy importantes referentes a la arteria espermática:

1° es necesario conocer sus relaciones con gran exactitud para poder individualizarla y evitar su ligadura conjuntamente con la primera vena.

2° es un vaso sumamente fino, aun aislado en la porción superior mediante las *tracciones* que realizamos; es este un detalle digno de tener muy en cuenta y llama la atención cuando se piensa que

muchos cirujanos que practican ligaduras o secciones de las venas a nivel de la raíz del escroto, afirman haberlo reconocido perfectamente en ese intrincado plexo.

3° las maniobras de aislamiento producen inmediatamente el espasmo de la arteria, cuyo latido era francamente visible al principio a través de la fascia perivenosa, dificultando así su reconocimiento; de allí, la necesidad de conocer exactamente sus relaciones, para ir directamente a su encuentro, evitando además el manoseo o la ruptura de los vasos.

4° la ligadura o sección de la arteria espermática es más peligrosa que la del deferente, contrariamente a lo sostenido por algunos autores clásicos y 1 de nuestros enfermos de hospital así como otro visto en consulta con el profesor Grimaldi, sirven para atestiguarlo, por la atrofia testicular consecutiva.

Sobre los resultados operatorios, referiré algunos datos estadísticos que demuestran la *seguridad, facilidad e inocuidad* de las intervenciones que, basadas en el descubrimiento anatómico de Ivanissevich, se practican en la línea bi-ilíaca (2ª intervención de este autor) o en la región inguinal (1ª del mismo Ivanissevich, Hautz, etc): Ivanissevich: Amesti y Wainstein: de los 37 operados, siguieron 25 durante 7 años, habiendo curado 23 (92 %); los 2 fracasos fueron *reintervenidos* con excelentes resultados, siendo médico uno de ellos.

Goulart: 62 operados, observados algunos de ellos, durante 8 años: 56 éxitos (90,32 %).

Sostiene este autor, que la glándula no sufrió ningún trastorno y que, por el contrario, mejoró considerablemente, en algunos casos.

El mismo Goulart, afirmaba que en Río de Janeiro se habían realizado 300 intervenciones hasta la publicación de su trabajo.

Oliveira, en 5 años, operó 158 casos con 93 % de curaciones.

Maurity Santos, 11 intervenciones con 2 fracasos. Hautz, 50 casos.

Nuestra estadística consta en la actualidad de 48 casos operados, la mayoría por el que habla y los restantes por los doctores A. Grimaldi, del Hospital Ramos Mejía; Hours, Dulevich y Rubinstein, del Hospital P. Fiorito, pero bajo un cuidadoso control post-operatorio común.

En ninguno de los 48 enfermos observamos varicocele bilateral, ni del grupo posterior, exclusivamente, y en todos reflujo del paquete anterior con dilatación del posterior, en numerosos casos.

De acuerdo a nuestras observaciones nos parece más lógico, asignar un 100 % de frecuencia al anterior y un 68 % de *coexistencia* al posterior (33 casos en 48 varicoceles y 26 en los 37 que presentamos actualmente).

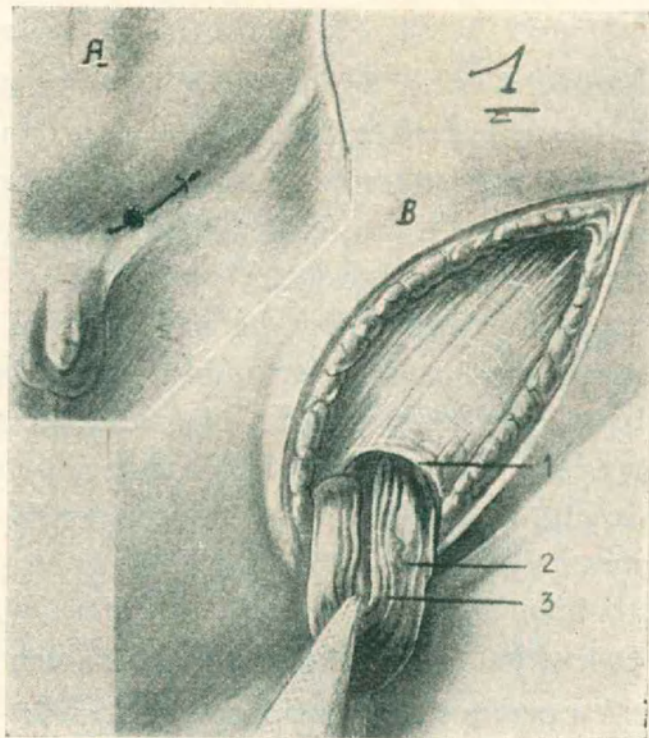


Figura 8

Me referiré a los 37 casos operados con la abertura del conducto inguinal, incluyendo el enfermo intervenido últimamente con el profesor Ivanissevich (historia clínica N° 45, de nuestra estadística). De los 37, tuvimos 3 fracasos, *por olvido de 1 vena*: 2 de ellos, fueron *reoperados* y curados hace tiempo y el 3° en los últimos días, por lo que no figura en nuestro trabajo de adscripción.

En resumen, de 37 enfermos operados tuvimos 34 curados con 1 sola intervención y 3 con una segunda, lo que hace un *porcentaje* de 100 % de curaciones.

Un hecho digno de señalar es, el de que en ningún enfermo nos vimos obligados a resecar el escroto, debido a que la reducción espontánea se realizó a los pocos días, en forma notable, como lo demuestran las fotografías del N° 45 (II, III, IV y V).

Además, contrariamente a lo que podría suponerse, en ningún enfermo observamos atrofia testicular a pesar de la ligadura de am-

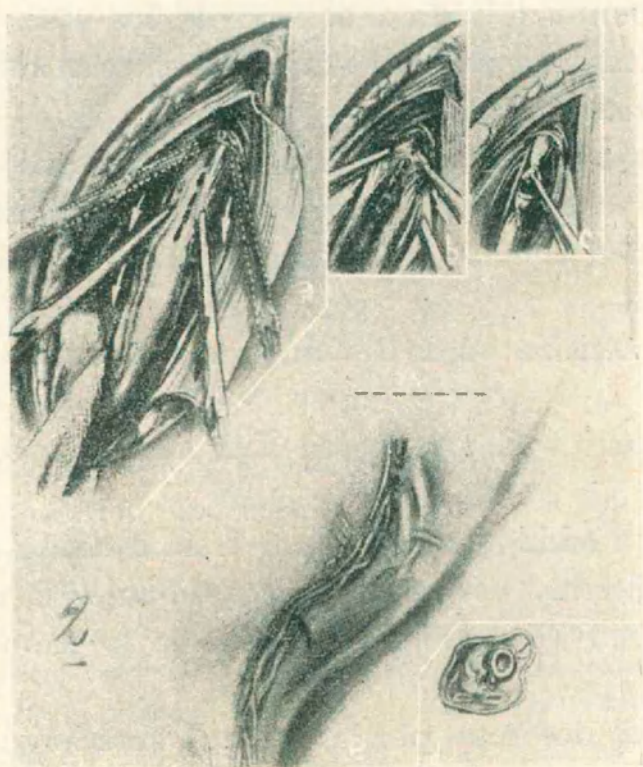


Figura 9

bos paquetes, lo que demuestra también que la circulación venosa compensadora se realizó por las comunicaciones, hacia el otro lado.

La certeza de ello, podría obtenerse con la biopsia testicular como la practican algunos autores yanquis, pero la consideramos innecesaria.

Creemos sinceramente que ningún otro procedimiento puede dar un porcentaje tan alto de curaciones y reunir a la vez mayor simpleza y seguridad con absoluta integridad de la arteria espermática y la glándula, que el que proponemos. Los enfermos aquí pre-

sentes. tomados al azar, constituyen la prueba más evidente de lo que sostenemos.

1º) La ligadura y sección de los troncos espermáticos a la altura del O. I. C. I., o más arriba, constituye el tratamiento *directo* o *causal* del varicocele, de acuerdo a los estudios anatómicos de Ivanissevich.

2º) La ligadura produce una reducción paulatina y progresiva, desde el punto de vista anatómico de los vasos y desaparición absoluta del reflujo, signo clínico capital a tener en cuenta en el diagnóstico y resultado operatorio.

Si el reflujo existe, el enfermo habrá mejorado de su varicocele, pero nunca curado en el estricto sentido médico del vocablo, resultado que obtenemos, sin excepción, cuando la ligadura venosa ha sido total.

3º) La incisión inginal reúne para nosotros las siguientes ventajas:

a) se practica en una región vastamente conocida por todos los cirujanos.

b) es de rápida ejecución, por el fácil acceso a los vasos situados a unos 2 ctms. de profundidad y la ausencia de "manoseo", dependiendo el tiempo, como es lógico, de la habilidad del cirujano.

c) es poco dolorosa, por las razones anteriores, bastando una simple anestesia local. salvo sujetos pusilánimes, etc.

d) *ausencia absoluta de hematomas en todos los enfermos*, hecho frecuente en los procedimientos inguino-escrotales o escrotales que obligan a una hemostasia cuidadosa, prolongada y a vendajes comprensivos especiales.

e) *reconocimiento perfecto de la arteria espermática*, cuya situación y valor hemos precisado.

f) asegurar, por el hecho anterior, el respeto a la integridad de la glándula, demostrado por la ausencia de atrofia testicular en todos los casos y el mejoramiento de la misma, en algunos de ellos.

g) reducción franca y estética del escroto por perfecta adaptación del contenido al continente en los primeros días: aspecto que no hemos observado en otros procedimientos.

h) *post-operatorio excelente*: herida cubierta por un simple apósito, sin hematomas y en buenas condiciones de cicatrización.

HISTORIA Nº 1. — Hospital Pedro Fiorito. S. I. C. 15. O. S. *Varicocele grande. Operación:* (13-V-1939). 2 venas espermáticas. No se busca el paquete posterior. *Resultado:* malo.

HISTORIA Nº 2. — Hospital Pedro Fiorito. S. VIII. C. 18. L. C. *Varicocele mediano. Operación:* (20-VI-1939). 3 venas espermáticas. No se busca el paquete posterior. *Resultado:* bueno.

HISTORIA Nº 3. — Hospital Pedro Fiorito. S. VIII. C. 35. L. C. *Varicocele grande. Operación:* (10-VII-1939). 2 venas espermáticas. No se busca el paquete posterior. *Resultado:* bueno.

HISTORIA Nº 4. — Hospital Pedro Fiorito. S. I. C. 16. J. M. *Varicocele mediano. Operación:* (19-X-1939). *Se liga el paquete posterior muy dilatado, el que se inicia en un rico plexo a nivel de la cola del epidídimo, anastomosándose con las espermáticas. Resultado:* bueno.

HISTORIA Nº 5. — Hospital Ramos Mejía. S. X. C. 59. O. A. *Gran varicocele. Primera intervención:* (20-XI-1939). Se ligan 2 venas espermáticas, no así el grupo posterior por no estar dilatado. *Resultado:* fracaso. *Segunda intervención:* (28-VIII-1940). Se encuentran otras 2 venas espermáticas y una del grupo posterior muy gruesa, que en la primera operación estaba normal; (durante esta intervención no pudimos identificar la arteria espermática, estando en la duda de haberla respetado). *Resultado:*
varicocele: bueno
testículo: atrofia.

HISTORIA Nº 6. — Hospital Ramos Mejía. S. X. C. 51. L. B. *Varicocele grande. Operación.* 2 venas espermáticas. Se liga y secciona el grupo posterior. *Resultados* bueno.

HISTORIA Nº 7. — Hospital Pedro Fiorito. S. VII. C. 35. M. G. *Varicocele mediano. Primera operación:* (6-XI-1939). Se liga una vena espermática. Se liga una posterior muy gruesa. *Resultado:* nulo. *Segunda operación:* (7-X-1940). Apertura de la fibrosa del cordón sobre el O.I.C.I.; con la maniobra que aconsejamos viene fácilmente el cordón espermático, sin preocuparnos de su porción más inferior, adherida y esclerosada, en la que reconocemos 2 venas espermáticas (ligadura y sección). *Resultado:* bueno.

HISTORIA Nº 8. — Hospital Pedro Fiorito. S. VIII. C. 50 J. C. A. *Varicocele grande. Operación:* (7-V-1940). Se ligan y seccionan 2 venas espermáticas. No existe el grupo posterior. *Resultado:* bueno.

HISTORIA Nº 9. — *Hospital Pedro Fiorito*. S. VIII. C. 36. A. G. Varicocele mediano. *Operación*: (17-VI-1940). Se liga y secciona 1 vena espermática. Vena del grupo posterior muy grande; ligadura y sección; se comunica con venas del epidídimo. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 10. — *Hospital Ramos Mejía*. S. X. C. 52. U. S. Varicocele grande. *Operación*: (8-VIII-1940). Bolsa muy elongada. 2 venas espermáticas. 1 vena posterior gruesa (ligadura y sección). *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 11. — *Hospital Ramos Mejía*. S. X. C. 15. A. B. Varicocele grande y doloroso (seudorrecidiva debida al fracaso de otro procedimiento). Escroto elongado. *Operación*: (13-VIII-1940). 1 vena espermática. No existe el grupo posterior. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 12. — *Hospital Pedro Fiorito*. S. I. C. 15. M. K. Varicocele grande. *Operación*: (23-IX-1940). 2 venas espermáticas. Vena del grupo posterior muy gruesa y tensa, con franco reflujo (ligadura y sección). Testículo más pequeño que el otro. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 13. — *Hospital Pedro Fiorito*. S. I. C. 16. J. C. Varicocele grande. Escroto elongado, testículo más pequeño. *Operación*: (28-IX-1940). 3 venas espermáticas. Vena posterior gruesa, flexuosa que se sigue perfectamente hasta su anastomosis en la "cola del epidídimo" con los demás vasos. *Resultado*: bueno (no hay reflujo; reducción paulatina de los vasos).

HISTORIA Nº 14. — *Hospital Pedro Fiorito*. S. I. C. 15. E. R. Gran varicocele. Testículo reducido de tamaño. *Operación*: (8-X-1940). 2 venas espermáticas (ligadura y sección). Vena posterior muy gruesa, que se une a los vasos anteriores a nivel de la "cola del epidídimo"; franca dilatación. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 15. — *Hospital Ramos Mejía*. S. X. C. 52. C. C. Varicocele mediano. *Operación*: (5-X-1940). 1 gruesa espermática. 2 gruesas venas posteriores (ligadura y sección). Testículo ligeramente disminuido de tamaño y consistencia. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 16. — *Hospital Ramos Mejía*. S. X. C. 50. A. S. *Operación*: (7-XI-1940). 1 vena espermática muy gruesa. 1 gruesa vena posterior (ligadura y sección). *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 17. — *Hospital Pedro Fiorito*. S. VIII. C. 35. J. B. *Operación*: (3-XI-1940). 2 venas espermáticas. Vena posterior de calibre normal (no se liga). Testículo 1/4 más pequeño que el otro. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 18. — *Hospital Pedro Fiorito*. S. I. C. 15. L. D. *Operación*: (17-XI-1940). 2 gruesas venas espermáticas. 2 gruesas venas posteriores (ligadura y sección). Testículo izquierdo ligeramente disminuido de tamaño y consistencia. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 19. — *Hospital Ramos Mejía*. S. X. C. 39. M. G. *Operación*: (19-XI-1940). 2 gruesas venas esperáticas, las que al intentar separarlas de la arteria esperática, ocasionan la ruptura de esta última, por lo que se ligan y seccionan. *Testículo* izquierdo de igual tamaño y consistencia. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 20. — *Hospital de Clínicas*. G. S. *Operación*: (Profesor Ivanissevich. 10-XII-1940). 1 gruesa vena del paquete posterior (ligadura y sección); la inyección de esta vena con Uroselectán no permitió obtener ninguna conclusión porque se rompió al disecarla. 1 gruesa vena esperática (ligadura y sección a nivel del O.I.C.I.) que se observa con toda nitidez en la venografía Nº 4. *Resultado*: bueno. *Testículo*: en el preoperatorio ligeramente disminuido de tamaño y consistencia; 3 meses después (11-III-1941) en iguales condiciones.

HISTORIA Nº 21. — *Hospital Pedro Fiorito*. S. I. C. 15. O. M. *Operación*: (8-I-1941). 2 gruesas venas esperáticas. 1 gruesa vena del paquete posterior. *Resultado*: bueno. *Testículo*: se conserva en iguales condiciones.

HISTORIA Nº 22. — *Hospital Pedro Fiorito*. S. I. C. 13. V. T. *Gran varicocele* con escroto muy elongado. *Operación*: (24-I-1941). 1 gruesa vena posterior. 2 gruesas esperáticas. Glándula reducida en 1/5 con respecto a la otra y ligeramente más blanda. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 23. — *Hospital Ramos Mejía*. S. X. C. 54. A. M. No hay dilatación del paquete posterior. *Operación*: (25-I-1941). 3 venas esperáticas. Se reconocen con toda nitidez 2 arterias esperáticas: una por detrás y por dentro, y la otra francamente por debajo, mucho más gruesa, alejada del deferente. *Resultado*: bueno. Glándula en iguales condiciones que antes de la intervención.

HISTORIA Nº 24. — *Hospital Ramos Mejía*. S. X. C. 50. E. M. *Gran varicocele*. *Operación*: (7-II-1941). 1 gruesa vena del paquete (ligadura y sección). 1 gruesa vena esperática (ligadura y sección). *Testículo* ligeramente disminuido de tamaño y consistencia. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 25. — *Hospital Británico*. J. B. *Varicocele* mediano. *Operación*: (20-II-1941). No hay dilatación del paquete posterior. 1 gruesa vena esperática. Ligadura de una vena deferencial, que se hace muy aparente con la contracción de la prensa abdominal. *Testículo* de un tamaño equivalente a la mitad del derecho y mucho más blando. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 26. — *Hospital Ramos Mejía*. S. X. C. 52. J. T. *Primera Operación*: (17-I-1940). *Resultado*: malo (por olvido de 1 vena esperática). *Segunda Operación*: (3-III-1941). una gruesa vena esperática (sección y ligadura); la arteria esperática se reconoce con toda nitidez con la técnica que acon-

sejamos. *Resultado*: bueno. *Testículo* ligeramente disminuído de tamaño y consistencia.

HISTORIA Nº 27. — Hospital Pedro Fiorito, S. I. C. 16. L. B. *Gran varicocele.* Operación: (12-III-1941). 1 gruesa vena posterior (sección y ligadura). 2 gruesas venas espermáticas (sección y ligadura). *Testículo* algo más blando y más pequeño que el derecho. *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 28. — S. M. Operación: (Dr. A. Grimaldi. *Varicocele* mediano. 2 venas espermáticas (sección y ligadura). *Resultado*: bueno; glándula en iguales condiciones que antes de la intervención.

HISTORIA Nº 29. — Hospital Pedro Fiorito, S. 8 C. 35. R. C. *Varicocele* mediano (reflujo anterior con dilatación del posterior varicele de la "cola del epidídimo"). *Testículo* izquierdo aproximadamente 1/3 más pequeño y más blando. Operación: (Dres. Bernardi y Ghiozzi, 13-IV-1941). 1 gruesa vena espermática (ligadura y sección). 1 gruesa vena posterior (ligadura y sección). *Resultado*: bueno. Desaparición completa del reflujo con reducción de las venas. *Testículo* más grande y consistente.

HISTORIA Nº 30. — Hospital Pedro Fiorito, S. VIII. C. 22. A. F. *Varicocele* mediano (reflujo en el grupo anterior, sin dilatación del posterior; ausencia del varicocele de la "cola del epidídimo"). *Testículo* izquierdo aproximadamente 1/3 más pequeño y más blando que el derecho. Operación: (Dres. Bernardi y Ghiozzi, 18-IV-1941). 1 gruesa vena espermática. *Resultado*: bueno. Desaparición completa del reflujo con reducción marcada de las venas. *Testículo* en iguales condiciones.

HISTORIA Nº 33. — Hospital Pedro Fiorito, S. VIII. C. 28. E. P. *Varicocele* grande (reflujo anterior y dilatación del posterior). *Testículo* izquierdo aproximadamente 1/3 más pequeño y más blando que el derecho. Operación: (Dres. Dulevich, 10-IV-1941). 1 gruesa vena espermática (ligadura y sección). 1 gruesa vena posterior (ligadura y sección). *Resultado*: bueno.

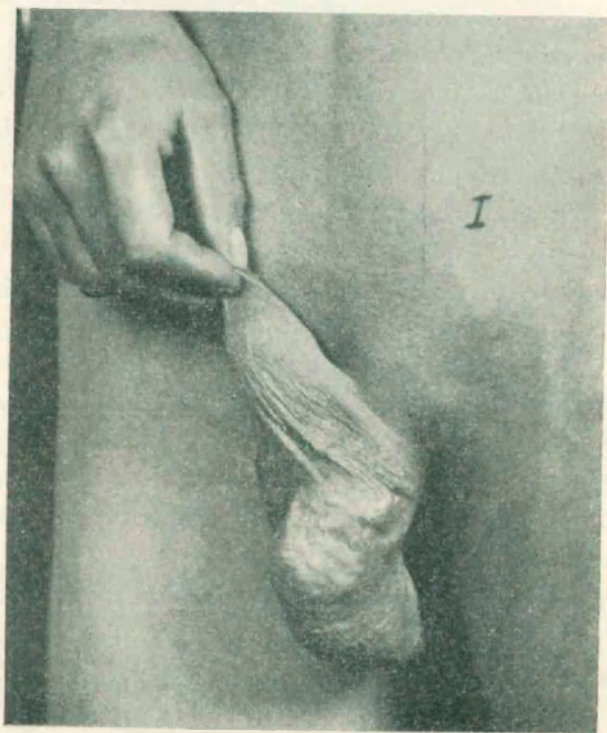
HISTORIA Nº 34. — Hospital Pedro Fiorito, S. VIII. C. 35. D. T. *Varicocele* grande (anterior y posterior). *Testículo* izquierdo aproximadamente 1/3 más pequeño y más blando que el opuesto. Operación: (Dres. Dulevich, 12-IV-1941). 1 gruesa vena espermática (ligadura y sección). 1 gruesa vena posterior (ligadura y sección). *Resultado*: bueno.

HISTORIA Nº 38. — Hospital de Clínicas, J. N. *Enorme varicocele*; el más grande de los operados por el gran desarrollo venoso anterior y posterior y la elongación del escroto (fotografía Nº 8). *Testículo* izquierdo la mitad más pequeño y blando. Operación: (Profesor Ivanissevich y Dr. Bernardi, 17-VI-1941). Incisión inguino-escrotal, con amplia abertura del conducto inguinal.

Extracción del contenido escrotal, disección cuidadosa de las venas, lo que permite hacer un reconocimiento de ambos paquetes observándose que el posterior

era muy grueso, sinuoso, confirmando en un todo el examen semiológico realizado previamente. Este paquete fué seguido en todo su recorrido «extrafunicular» hasta su desembocadura en la vena epigástrica.

Se observa, además, un gran varicocele de la "cola del epidídimo", que se extiende sobre la cara externa de la vaginal parietal y que comunica mediante algunos ramos venosos supraepididimarios de difícil disección, con el paquete anterior: *relación que la flebografía permitirá observar con toda nitidez*. Realizamos luego la siguientes maniobra:



Fotografía I

1º) contracción de la "prensa abdominal", se observa la dilatación de ambos paquetes.

2º) la compresión a cielo abierto del paquete anterior impide la dilatación del posterior.

3º) al abandonar la presión se ingurgitan nuevamente los paquetes.

4º) *contraprueba* para demostrar el sentido de la corriente venosa: la compresión del grupo posterior *no impide la ingurgitación de las venas de la "cola del epidídimo"*.

A continuación se liga y secciona, a la altura del O.I.C.I., 1 gruesa vena espermática, reconociéndose muy bien la arteria con las relaciones señaladas.

A 5 cm., por abajo se inyecta en una vena del paquete anterior, 15 c.c. de Uroselectán con el extremo de la aguja dirigido hacia abajo, obteniéndose luego la primera flebografía.

Se inyectan luego, 5 c. c. más (20 c. c.) y se obtiene la segunda flebografía, que Vds. verán.

A raíz de esta punción venosa se produjo un gran hematoma que todavía, a los 20 días, tiene apreciable volumen.

La fotografía Nº I que mostramos a continuación, pertenecen al enfermo antes de la intervención.

Resultado: bueno, a pesar del hematoma, porque la venografía muestra un solo tronco venoso, que corresponde al ligado previamente.

Historia Nº 40. — Hospital Pedro Fiorito. — S. VIII. C. 20. L. P. Varicocele mediano, anterior y posterior.

Testículo izquierdo 1/3 más pequeño y más blando que el derecho.

Operación: (Dr. Dulevich, 2-III-941). 1 gruesa vena del paquete posterior (ligadura y sección). 1 gruesa vena espermática (ligadura y sección).

Manifiesta el doctor Dulevich haber reconocido con toda nitidez la arteria espermática, de acuerdo con nuestras indicaciones.

Resultado: bueno. (Controlado personalmente por el cirujano y el Dr. Bernardi).

Historia Nº 41. — Hospital Pedro Fiorito. S. I. C. 11. E. P. Varicoceles mediano (paquete anterior y posterior, varicocele de la "cola del epididimo").

Testículo izquierdo 1/3 más pequeño y más blando que el derecho. *Operación* (Dr. Bernardi, 13-IV-941). 1 gruesa vena posterior (ligadura y sección). 1 gruesa vena espermática.

Hace el Dr. Dulevich la misma manifestación sobre reconocimiento de la arteria espermática.

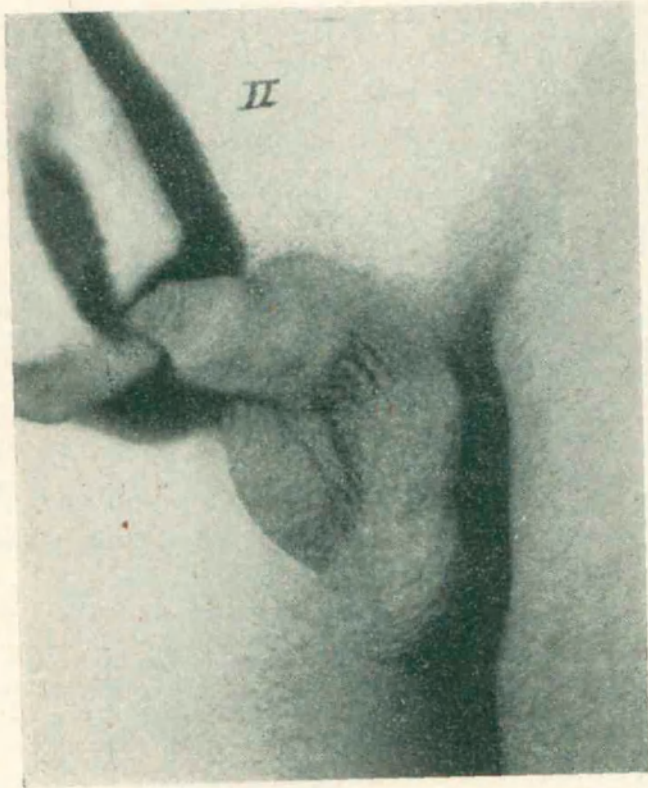
Resultado: bueno.

Historia Nº 42. — Hospital Pedro Fiorito. S. I. C. 13. D. T. Gran varicocele, de tipo tumoral (tamaño de un huevo de gallina); anterior y posterior. Testículo ligeramente disminuído de tamaño y consistencia. Operación (Dr. Dulevich, 18-IV-941). 1 gruesa vena posterior (ligadura y sección). 1 gruesa vena espermática ("calibre de una vena del pliegue del codo", según manifiesta en su historia el Dr. Dulevich). 2ª vena espermática mucho más delgada.

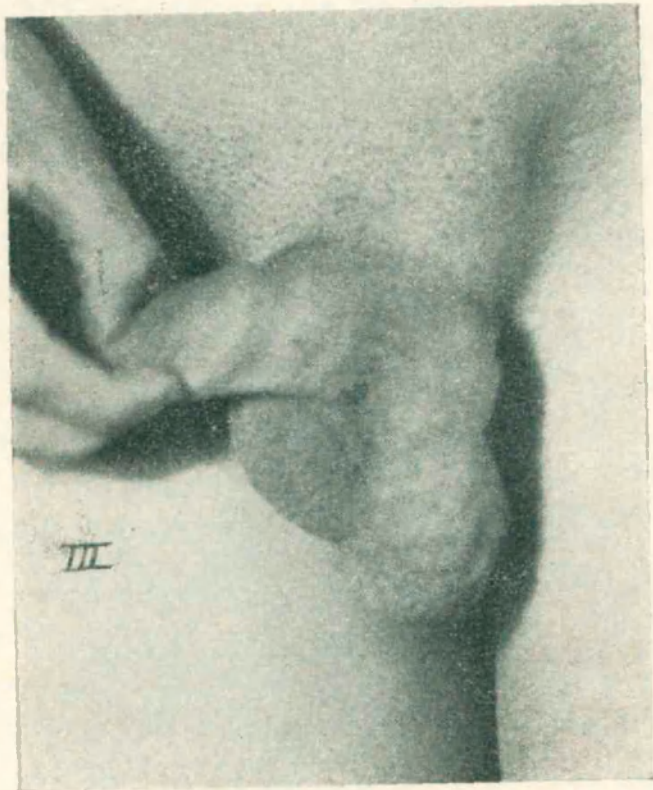
Resultado: bueno. (Controlado por el autor y el Dr. Bernardi).

Historia No. 45. — Hospital de Clínicas. S. II. C. 24. A. C. Varicocele enorme (como el caso Nº 38) gran dilatación y reflujo del paquete anterior y posterior que se reconocen con la maniobra semiológica que describimos.

Fotografía Nos. II y III *antes de la operación:* en posición de pie, sin y con contracción de la prensa abdominal para observar el reflujo y la dilatación venosa, detalle que se puede ver perfectamente bien. *Operación* (Profesor Ivanisovich y Dr. Bernardi, 28-IV-941).



Fotografía II



Fotografía III



Fotografía IV



Fotografía V

Incisión inguino-abdominal oblicua, por arriba del O. I. C. I., se abre la aponeurosis del oblicuo mayor y por divulsión se reconoce el paquete espermático como a 4 cms. de profundidad: se levanta y mantiene con sonda acanalada, aunque las maniobras se ven dificultadas por la contracción de las fibras del oblicuo menor. 1 gruesa vena espermática y otra más pequeña (ligadura y sección).

Resultado: bueno.

Fotografía Nos IV y V (14-VII-941) a los 15 días de operado: enfermo en posición de pie sin contracción de la prensa abdominal (Nº IV) y con contracción (Nº V).

En ellas se puede observar sin ninguna duda los excelentes resultados obtenidos:

1º) por la notable reducción del escroto, habiéndose igualado en longitud, e inmodificable, con la contracción abdominal.

2º) en actitud de relajación y contracción de la "prensa abdominal", no se observa dilación varicosa alguna.

El testículo no ha sufrido hasta ahora modificación apreciable.

Ausencia absoluta de reflujo venoso.

DISCUSION

Dr. Trabucco. — *Pido la palabra. Yo me pregunto si al cortar el reflujo venoso, ya sea a la altura que indica el Dr. Bernardi o a la que indica el Dr. Ivanissevich, que lleva forzosamente a esas venas a la insuficiencia venosa, ofrece en realidad, una ventaja evidente con la resección del paquete, que al mismo tiempo, uno saca el tumor venoso y deja indudablemente, el escroto libre de ese tumor venoso y de esos procesos dolorosos que ocasiona el tumor venoso.*

He visto intervenciones de Ivanissevich y he podido comprobar también en la hermosa demostración del Dr. Bernardi, que queda en realidad, ese tumor venoso, indudablemente sin reflujo, pero permanece y en muchos enfermos que yo he observado y que hubo que hacer a posteriori la resección de ese tumor venoso, los fenómenos dolorosos persistían.

Por eso, me hago esta pregunta: ¿es ventajoso hacer el corte del reflujo venoso o no será más ventajoso hacer la resección del paquete directamente, puesto que la resección del paquete tiene aparen-

temente los mismos inconvenientes en cuanto a la vitalidad de esas venas? La resección del paquete es igual que el corte del tumor venoso. Es decir, llevan a la no función.

Dr. Bernardi. — Yo le diría al Dr. Trabucco que en primer lugar, los casos que hemos tenido de sección de la arteria espermática —aun en algunos de los intervenidos— ha sido la causa de la atrofia testicular. Uno de los dos casos, ha sido visto por el profesor Grimaldi —era enfermo operado en un sanatorio— y desgraciadamente, tuvo a los 15 o 20 días una atrofia testicular y tan franca que hizo una verdadera psico-patía.

De ahí la importancia de la sección de la arteria espermática, y si consideramos que esa arteria es la principal arteria del sistema, y después de las intervenciones que hemos practicado, la vemos tan pequeña, debemos ser sumamente conservadores.

Además, considero que la sección de los vasos espermáticos a la altura de la raíz del escroto en el 90 % de los casos, tiene que seccionar la arteria espermática y eso daría siempre una atrofia o inconvenientes muy grandes en las glándulas.

En segundo lugar, en lo que se refiere al tumor venoso, son venas que se van reduciendo paulatinamente. Yo no he observado en ninguno de los 48 enfermos, ninguna sensación dolorosa. Al contrario, a ellos les ha desaparecido por completo y se encuentran muy satisfechos.

Puedo asegurar con la mayor honestidad —por eso traje uno de los enfermos con reflujo— que a ese enfermo con reflujo en un solo paquete, lo voy a reintervenir si él lo permite.

Los tres reintervenidos fueron enfermos que se encontraban perfectamente satisfechos. Se les había reducido el paquete en una gran proporción, pero yo no estaba satisfecho. Los reintervine y se curaron bien.

Cuando tenemos un procedimiento como éste, tan simple, que no expone a hematoma, tan rápido, que permite un reconocimiento perfecto de la arteria espermática, no creo que nosotros debamos practicar ningún otro procedimiento. Nosotros conocemos el valor de la glándula testicular, sobre todo en sujetos jóvenes. Por eso, debemos ser conservadores de la mejor manera posible.

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urologia

Condiciones de suscripción por un año:

Capital e Interior	\$ 15.00
Exterior	„ 20.00
Número suelto (para el país).....	„ 3.00
„ atrasado (para el país)	„ 3.50

A los Autores y Casas Editoras

Anunciamos todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares o la índole de la obra lo requiere.

Tous les ouvrages dont nous recevons un exemplaire seront annoncés dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

Von allen eingesandten Werken wir werden Referate in unserer Monatschrift veröffentlichen. Bei Erhalt von zwei Exemplaren bringen wir eine Besprechung, jedoch auch, mit nur ein Exemplar, wenn das Werk von grösserer Bedeutung ist.

Tutte le pubblicazione che riceveremo, saranno annunciate nella nostra rivista, ma quando ci si rimette due esemplari, o il carattere dell'opera lo richiede, scriveremo un articolo de critica.
