

Por el Doctor

RICARDO BERNARDI

## NUEVA INCISION PARA EL VARICOCELE

Vuelvo, por segunda vez, a ocuparme en el seno de esta Sociedad del tratamiento quirúrgico del varicocele para referirme tan sólo a una *nueva incisión* que, basada en el estudio clínico y operatorio detenido de estos pacientes así como en disecciones anatómicas, he podido emplear con todo éxito.

Los numerosos enfermos operados hasta el presente (50) y el testimonio de los colegas que la realizaron, figurando entre ellos los doctores Hours, Dulevich, Rubinstein, Aguirre y Audisio, del Hospital P. Fiorito, y los Dres. A. Grimaldi y A. Méndez San Martín, del Ramos Mejía, justifica plenamente su técnica precisa y resultados.

En esta oportunidad me referiré solamente a la descripción de los tiempos operatorios de la nueva incisión, por haberme ocupado en forma más extensa en un trabajo a aparecer próximamente en "La Semana Médica" y "Boletines del Instituto de Clínica Quirúrgica" del mes de junio que dirige en la actualidad el profesor Ivanissevich y del que extractamos las siguientes palabras:

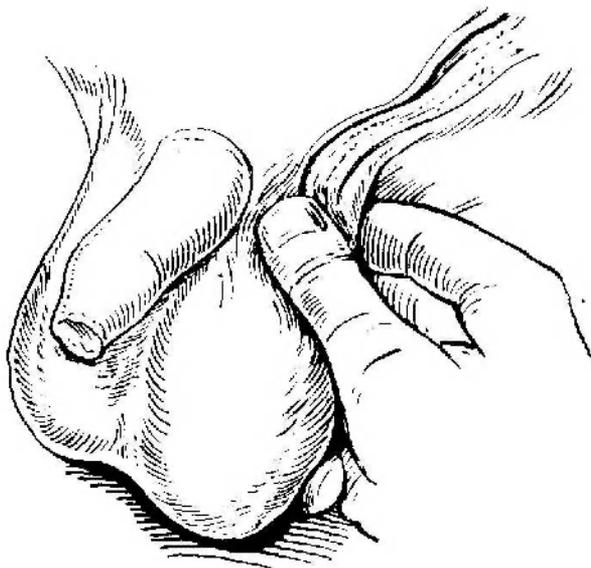
### NUEVA INCISIÓN

Dos razones fundamentales nos decidieron a emplear una nueva incisión en el tratamiento quirúrgico del varicocele: a) anatómica, y b) quirúrgica.

a) *Anatómica*. — Si el primer punto de contacto parieto-vascular entre la pared anterior del abdomen y el grupo espermático, corresponde al orificio interno del conducto inguinal (O. I. C. I.), nada mejor que ir a buscarlo allí lo más exactamente posible,

para ligarlo e incindirlo evitando secciones exageradas y maniobras inútiles.

b) *Quirúrgica.* — Ante la objeción repetidamente formulada por cirujanos generales, sobre la inconveniencia de abrir el conducto inguinal, porque debilita la pared, como lo hacíamos con la primera incisión, decidimos modificarla, basados en algunos jalones anatómicos fácilmente reconocibles.



Dibujo N° 1

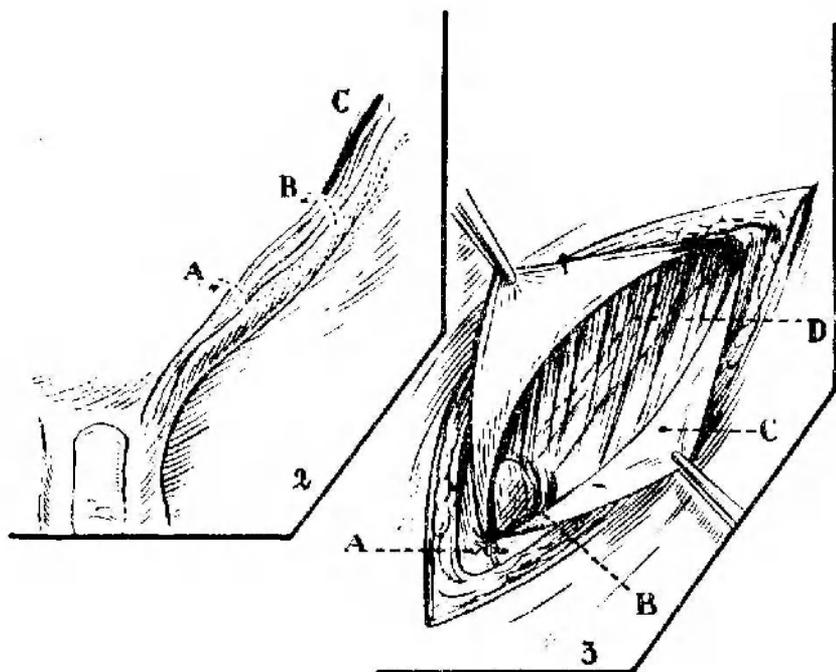
Reconocimiento sistemático en el pre y post-operatorio del latido espermático en la raíz del escroto: 1°), para "familiarizarnos" con su palpación y 2°), para tener la seguridad de no haberla seccionado durante el acto quirúrgico.

*Conceptos anatómicos.* — El trazado de la incisión se basa en 2 hechos anatómicos capitales: el 1°, en la *longitud del conducto inguinal*, y el 2°, en la *situación del O. I. C. I.*

1° *Longitud del conducto inguinal.* — Contrariamente a lo sostenido por Testut (*Tratado de Anatomía Descriptiva*, T. 1, página 1005), el conducto inguinal, vale decir, la porción comprendida entre los 2 orificios inguinales, interno y externo, no tiene 4 a 5 cms. de longitud en el hombre adulto, sino que generalmente de 2 a 4 cms., excediendo en muy raras ocasiones de este tamaño,

como lo hemos podido comprobar en disecciones anatómicas y en las múltiples intervenciones por varicocele.

El conocimiento de este detalle tiene gran importancia porque permite evitar la abertura del conducto inguinal con sólo realizar la incisión a un través de dedo (2 cms.) por arriba del orificio externo del conducto inguinal (O. E. C. I.).



Dibujo N° 2

- A. — Orificio externo del conducto inguinal (O.E.C.I.).
- B. — Orificio interno del conducto inguinal (O.I.C.I.).
- C. — Incisión de 3 centímetros de longitud a un través de dedo del O.I.C.I. y a  $\frac{1}{2}$  cm. por arriba del arco crural.

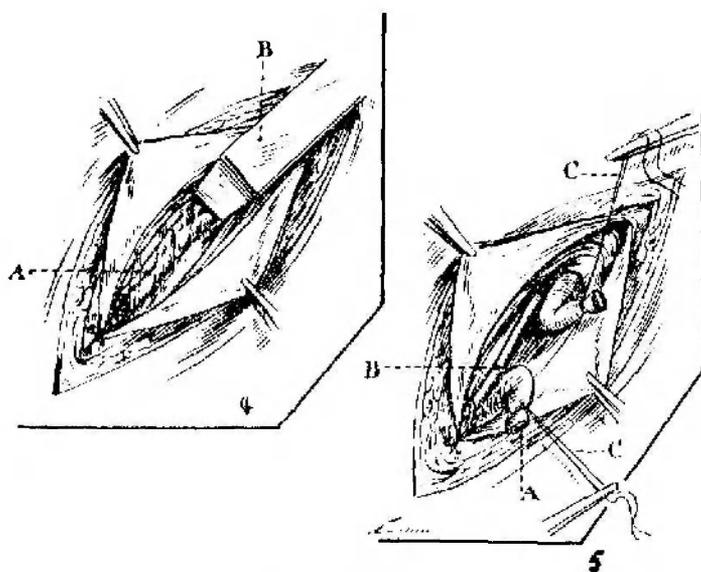
Dibujo N° 3

- A. — "Punto de protección" del conducto inguinal del Dr. A. Grimstei.
- B. — O.I.C.I. con los vasos espermáticos.
- C. — Aponeurosis del oblicuo mayor, abierta por arriba del O.I.C.I.
- D. — Plano muscular formado por el oblicuo menor y transversos.

2° *Situación del O. I. C. I.* — Si la medición precitada tiene valor en el sentido longitudinal, porque establece la distancia entre el O. I. C. I. con respecto al O. E. C. I., *punto de reparo palpable,*

interesa también la situación vertical del O. I., vale decir, la altura que tiene sobre la arcada crural.

En este punto también disentimos con Testut, porque en la mayoría de nuestros casos y disecciones practicadas, el O. I. C. I., lo hallamos a menos de 1 cm. por arriba del arco crural y no a 15



Dibujo N° 4

- A. — Grupo espermático visto a través de la fibrosa y capa lámina-vascular, después de la retracción de los músculos oblicuo y transverso con el separador, para descubrir el paquete.  
B. — Separador de Farabeuf llevando con su rama delgada, los haces musculares del oblicuo menor y transverso.

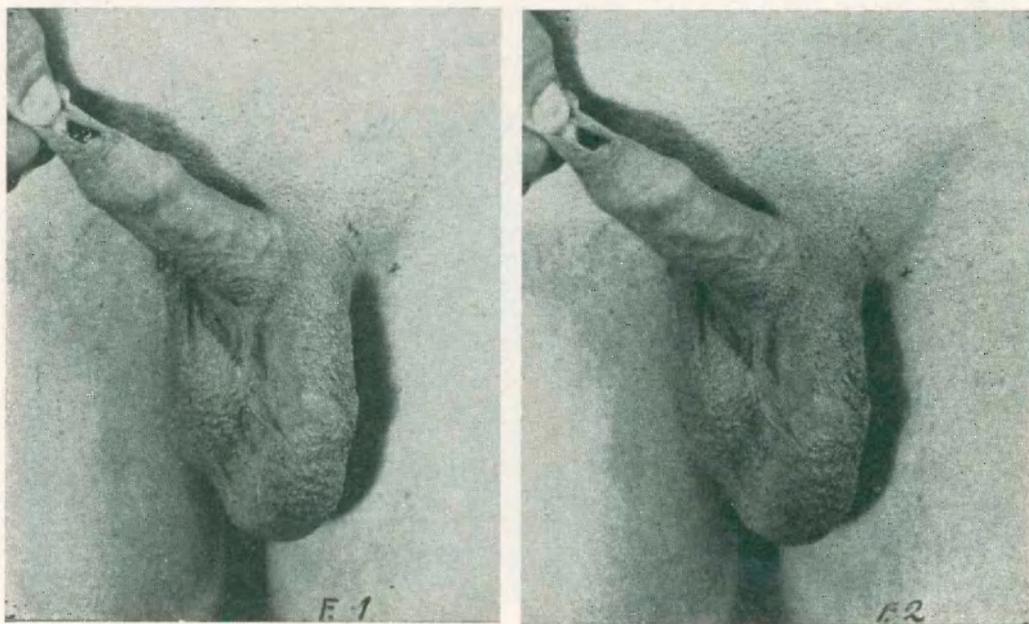
Dibujo N° 5

- A. — Tronco venoso ligado y seccionado.  
B. — Arteria espermática por detrás y por dentro de la vena, en íntimo contacto.  
C. — Hilos traccionados a distancia para abrir el campo operatorio y facilitar la búsqueda de las pequeñas venas.

o 18 mm. por encima de este ligamento, como lo sostenía el gran anatomista francés.

De allí que nuestra incisión la realizamos a  $\frac{1}{2}$  cm. sobre la arcada crural, previamente trazada con regla, para coincidir lo más exactamente posible, con la ubicación del O. I.

Otro detalle digno de señalar es: que el *cordón espermático* a ese nivel se halla siempre reclinado sobre el borde inferior del O. I., situación que tiene valor en los sujetos gruesos, para facilitar su reconocimiento, si se tiene en cuenta que el abundante panículo o la existencia de lipomas preherniarios, dificultan grandemente su hallazgo, en las incisiones pequeñas.



Fotografía N° 1

C. T. — (Historia N° 48, 2ª estadística).

Antes de la operación (13 de mayo de 1942), sin contracción de la prensa abdominal.

- Escroto hipotónico (12 cms. de longitud).
- Enorme varicocele anterior con dilatación del posterior.
- Intenso reflujo.
- Testículo 1/3 más pequeño que el derecho.
- (Obsérvese el engrosamiento *ántero-posterior* de la raíz del escroto por el desarrollo venoso).

Fotografía N° 2

C. T. — (El mismo enfermo).

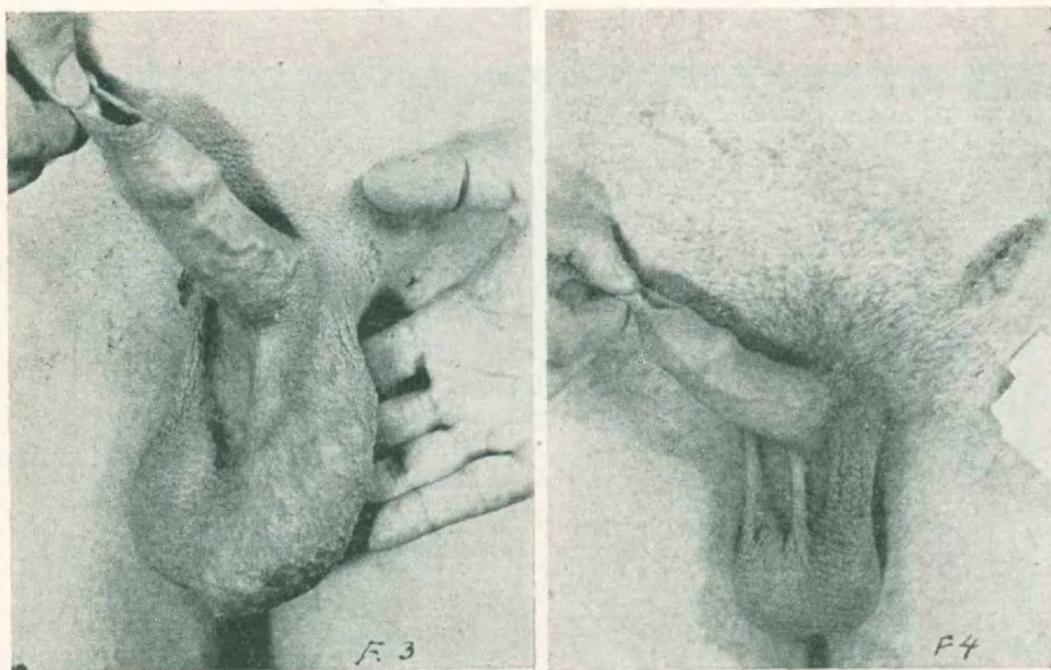
Antes de la operación con contracción de la prensa abdominal.

- Escroto más ensanchado por la contracción del abdomen (reflujo).

En síntesis: sobre estos dos detalles anatómicos, a) longitud del conducto inguinal, y b) situación del O. I. C. I., basamos nuestra incisión.

*Nueva incisión.* — La ejecutamos de la siguiente manera:

1° *Anestesia local* como para la hernia inguinal, con novocaína al 1 % previa inyección de 0.02 grs. de morfina, intramuscular, 30 minutos antes de la intervención, si no existe contraindicación.



Fotografía N° 3

*Antes de la operación (el mismo enfermo), 13 mayo, 1942.*  
—Escroto izquierdo visto por su cara anterior, con contracción de la prensa abdominal.  
—(Obsérvese su tamaño y el ancho pedículo escrotal).

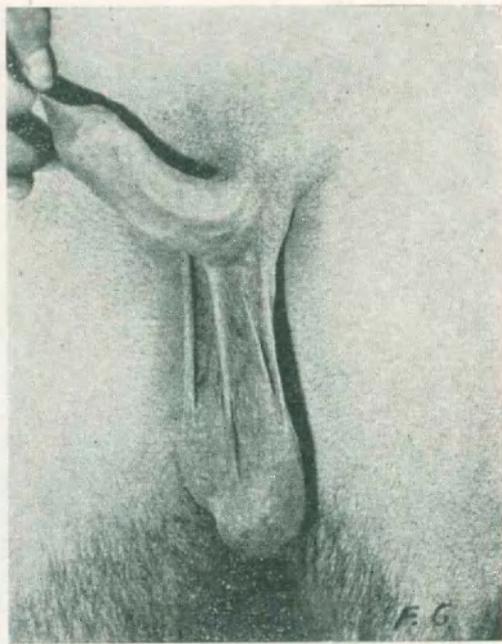
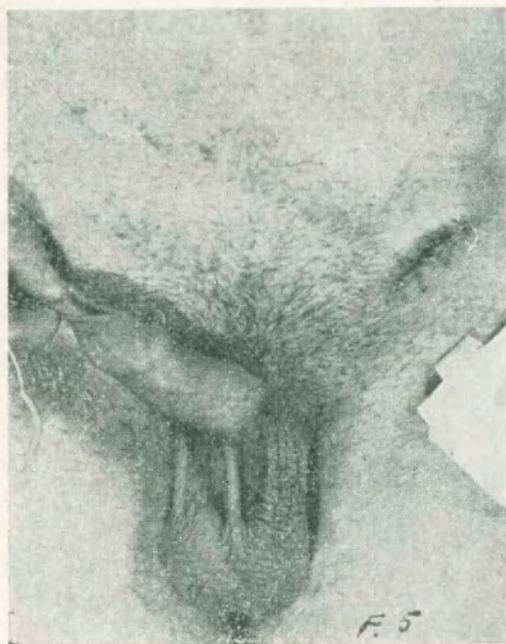
Fotografía N° 4

—9 días después de la reintervención, (13 de junio de 1942, por olvido de un pequeño tronco; con el mismo procedimiento.  
—Sin contracción de la prensa abdominal.  
—(Compárese este estado con el de las fotografías anteriores).

2° *Reconocimiento del O. E. C. I.*, sujeto en decúbito dorsal, con la mesa ligeramente quebrada para exponer mejor la región ínguino-abdominal y facilitar la localización, mediante la introducción del índice en el O. E. C. I. y su trazado vertical con regla (primer punto de reparo), que constituirá el extremo inferior de nuestro campo operatorio.

3° Palpación y trazado con regla, de la arcada crural (2° punto de reparo), que constituirá el lado inferior de nuestro campo operatorio.

4° *Incisión cutánea de 3 a 4 cms. de longitud, según el pánículo del sujeto, que comenzará a un través de dedo, por arriba*



Fotografía N° 5

C. T. — 9 días después de la reintervención; el mismo enfermo, con contracción de la prensa abdominal.

—No se observa la más mínima diferencia entre esta fotografía y la anterior.

—(Compárese con la fotografía N° 2 obtenida antes de la intervención, con contracción de la prensa abdominal).

—Longitud del escroto: 12 cms. antes de la operación: en ésta es de 6 cms.

Fotografía N° 6

A. L. — (Historia N° 50, de nuestra 2ª estadística).

Antes de la operación (sin contracción de la prensa abdominal), 5 de junio de 1942.

—Escroto atónico (15 cms. de longitud).

—Varicocele enorme anterior con dilatación del grupo posterior.

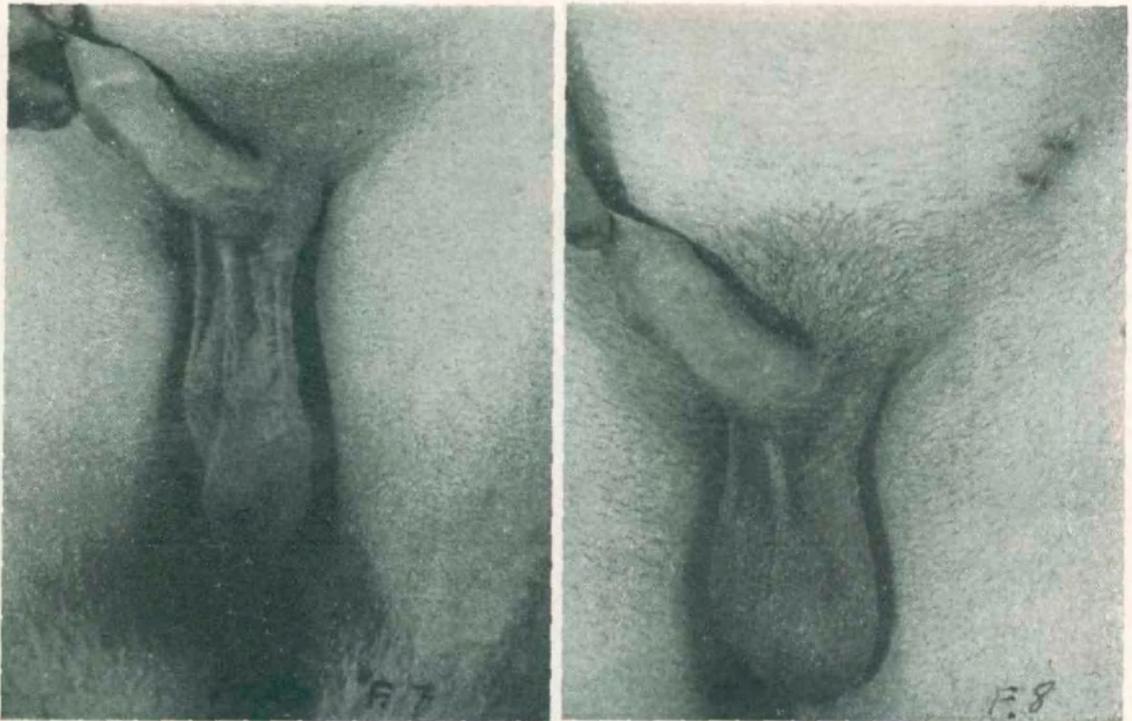
—Intenso reflujo.

—Testículo la mitad del opuesto.

del O. E. C. I. y a  $\frac{1}{2}$  cm. aproximadamente, de la arcada por las razones anatómicas mencionadas.

No debemos olvidar que la elasticidad de la piel aumentará en 1 cm. la longitud de la incisión, hecho que por otra parte no tiene ninguna importancia, pero que conviene recordar cuando se desea ser más exactos, en el trazado de la herida.

5° *Abertura de la aponeurosis del oblicuo mayor (ojal apo-*



Fotografía N° 7

A. L. — (El mismo enfermo).

*Antes de la operación con contracción de la prensa abdominal, 5 de junio de 1942.*

—Obsérvese la marcada dilatación de los vasos espermáticos por el intenso reflujo, a la vez que el engrosamiento en sentido antero-posterior de la raíz de las bolsas.

Fotografía N° 8

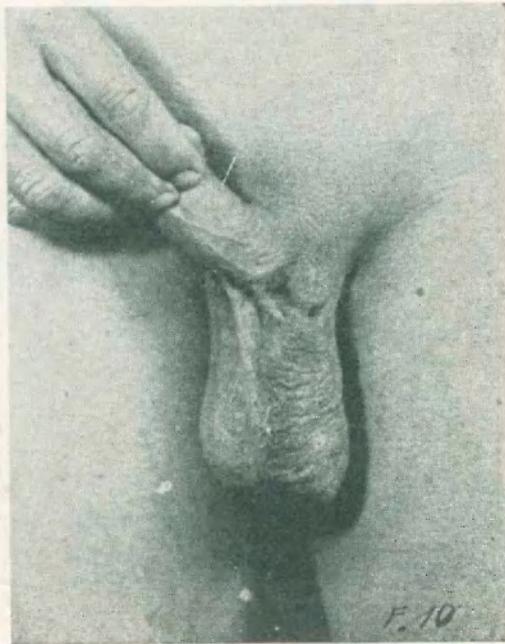
*—9 días después de la operación; sin contracción de la prensa abdominal.*

—Obsérvese la marcada reducción del escroto: de 15 a 20, con todos sus pliegues en sentido transversal, así como de los vasos

*neurótico).* — Puesta la aponeurosis del oblicuo mayor bien al descubierto y antes de abrirla, practicamos en el extremo inferior de la herida, un punto con catgut N° 1 o 2, punto de protección del doctor A. Grimaldi, que comprenderá 1 buen cm. de la misma, con el

propósito de evitar la abertura del conducto inguinal al realizar la incisión según la dirección de sus fibras.

La incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor u ojal aponeurótico, no será mayor de 2 cm. por lo general, debido a que su perfecta coincidencia en casi todas las ocasiones, con el O. I. C. I. o



Fotografía N° 9

—9 días después de la operación con contracción de la prensa abdominal.

—No se observa la más mínima dilatación de los paquetes venosos, a pesar de la contracción intensa y prolongada del abdomen.

—Obsérvese la pequeña cicatriz.

Fotografía N° 10

P. M. — (Historia N° 26, de nuestra 2ª estadística.

—Antes de la operación (13 de noviembre de 1941).

—Sin contracción de la prensa abdominal.

—Escroto hipotónico (9 y  $\frac{1}{2}$  cmts.).

—Varicocele enorme anterior con dilatación del posterior.

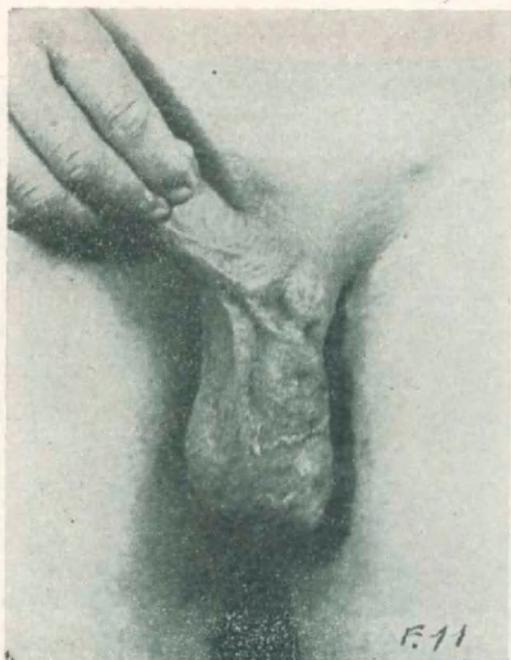
—Intenso reflujo.

—Testículo, la 3ª parte del derecho y mucho más blando.

a unos pocos milímetros por arriba de él hace innecesaria su prolongación y ofrece un campo suficiente para trabajar con comodidad; de todas maneras, su extensión hacia arriba no debilita en

lo más mínimo la pared abdominal por la protección que le ofrece el músculo oblicuo menor y transverso.

6º *Reconocimiento y tracción del O.I.C.I.* — Se toman los bordes aponeuróticos respectivamente, con una pinza de Kocker



Fotografía N° 11

P. M. — (El mismo enfermo).

—*Antes de la operación, con contracción de la prensa abdominal.* (13 de noviembre de 1941).

—Obsérvese el gran desarrollo venoso, evidenciado aún más por el reflujo.

—Varicosidades superficiales de las cubiertas escrotales pertenecientes a ramas de la pudenda externa (*Cirsocele de Surraco*), que desaparecen por sí solas con nuestra intervención, sin necesidad de otras más complicadas.

Fotografía N° 12

P. M. — (El mismo enfermo).

—*Antes de la operación con contracción de la prensa abdominal.* (13 de noviembre de 1941).

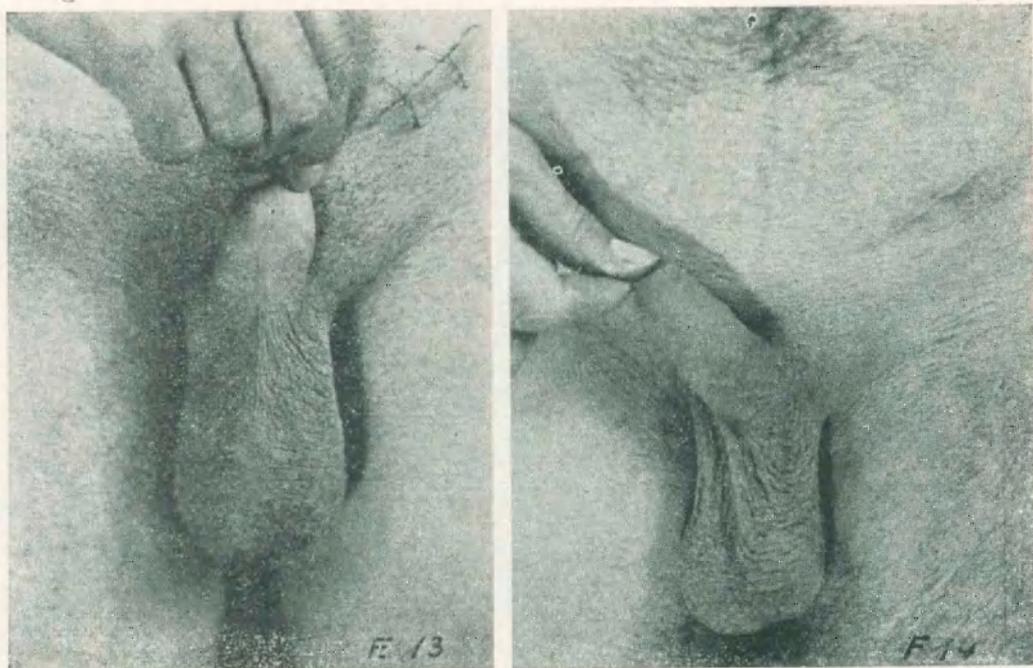
—Obsérvese el considerable aumento de la raíz del escroto en el sentido ántero-posterior, por el gran desarrollo venoso.

—Venas escrotales muy dilatadas (*Cirsocele de Surraco*), vista por la cara externa de la bolsa izquierda.

y previa disección de los mismos, se reconoce con el índice la situación del O.I.C.I., casi siempre al nivel o ligeramente por debajo del extremo inferior del "ojal aponeurótico".

A continuación lo traccionamos hacia arriba con un separador de Farabeuf, de rama delgada, como ya lo hacía Ivanissevich, en su primera incisión, para poner al descubierto el paquete espermático.

7° *Aislamiento de los vasos espermáticos.* — Hallado el pa-



Fotografía N° 13

P. M. — 4 días después de la intervención, con contracción de la prensa abdominal.

—Obsérvese la considerable reducción del escroto y de los vasos.  
—No existe en este enfermo el más mínimo reflujo.

Fotografía N° 14

P. M. — (22 de junio de 1942).

—7 meses después de la operación. (13 de noviembre de 1941).

—Sin contracción de la prensa abdominal.

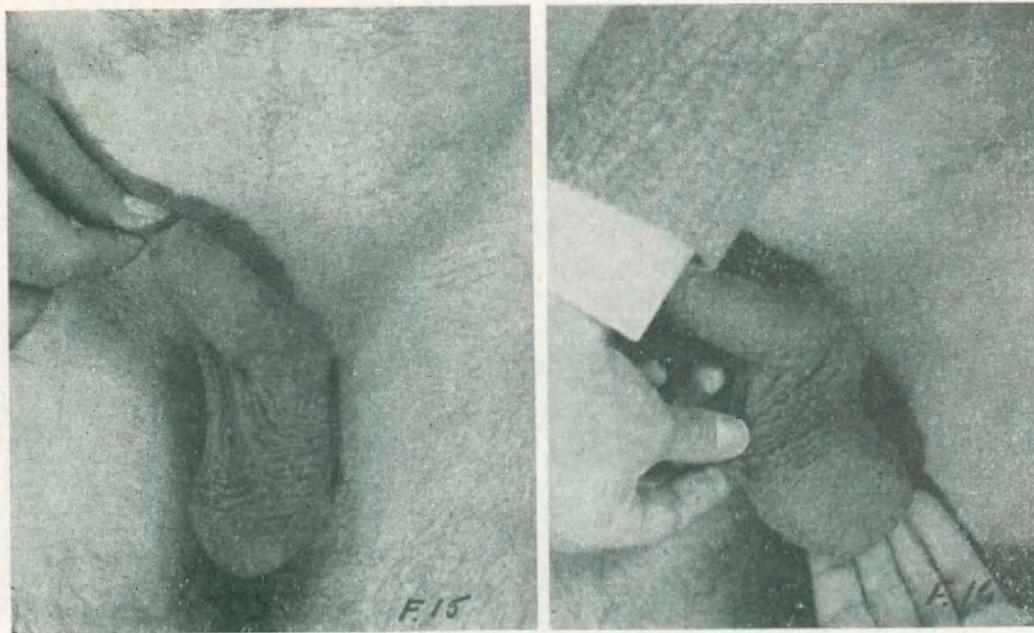
—Reducción franca del escroto con sus pliegues normales y desaparición total de los vasos dilatados.

—No existe el más mínimo reflujo.

quete espermático, realizamos por *divulsión* y no *sección* del cremaster debido a su importante rol en la suspensión testicular, una doble maniobra de tracción: fibrosa y perivenosa, de las que hablamos en el trabajo anterior.

Es interesante observar con qué facilidad surge el paquete arterio venoso de la profundidad del O. I. C. I. en una extensión de 1

a 2 cm. con la sola tracción de la fascia perivenosa, pudiéndose comprobar que a pesar de ello, no sufren los vasos la más mínima elongación, ni traumatismo, dado que el tejido adiposo vecino, en el vivo, tiene una consistencia sumamente laxa, mientras el ayudante mantiene la tracción, cuya intensidad dependerá de la amplitud de



Fotografía N° 15

P. M. — (22 de junio de 1942).

—7 meses después de la intervención.

—Con contracción de la prensa abdominal.

—Obsérvese cómo el escroto se ha retraído por la contracción del cremáster, que se ha conservado con este procedimiento.

—No se observa la más mínima dilatación varicosa, a pesar de la intensa contracción del abdomen.

—(Compárese con la fotografía N° 10).

Fotografía N° 16

P. M. — (22 de junio de 1942).

—7 meses después de la intervención.

—Fotografía de la cara externa del escroto izquierdo, destinada a mostrar *desaparición casi total del Cirsocele de Surraco*, con este procedimiento, exclusivamente.

—(Compárese con la fotografía N° 12, antes de la operación).

la toma realizada y el espesor de la fascia perivenosa, el cirujano reconocerá y aislará, la arteria espermática de la vena, *por detrás y por dentro, en íntimo contacto con ella*, detalle que hemos obser-

vado en nuestras disecciones y operaciones, y que exige la mayor atención para no herir la arteria e incluirla en la ligadura.

*Si no se abre la fascia perivenosa, siempre en la pared más anterior de la vena espermática, será muy difícil reconocer la arteria y casi imposible separarla de la primera, sin producir su ruptura; es pues el único punto de clivaje que se tiene para practicar su aislamiento con relativa facilidad.*

Preferimos hacer la separación de estos vasos con pinza anatómica de Kocker, como lo practica Ivanissevich, en vez de utilizar la sonda acanalada, dado que el extremo romo de la Kocker la convierte en el instrumento más apropiado para la divulsión vascular, alejando el peligro de rupturas. Además, una vez aislada la vena de la fascia y si el aislamiento arterio-venoso es difícil, preferimos tomarla sólidamente en la mitad superior con una pinza de Pean, para asegurar la tracción y evitar los desgarros producidos por repetidos pellizcamientos de la pinza anatómica.

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 calibre o ausencia de división, se hagan más fácilmente reconocibles.

Los jalones anatómicos establecidos en la descripción de esta técnica, permiten *localizar y respetar la arteria espermática*, hecho que, para nosotros y algunos autores, en contra de los conceptos clásicos, tiene gran importancia, no deseando volver a insistir en detalles que ya referimos en otros trabajos.

8" *Sección y ligadura de las venas.* — Aislada la vena más anterior que es siempre la más gruesa, de la arteria espermática en una extensión de 2 cm., aproximadamente, se acciona y se liga en sus dos extremos. En cuanto a los 4 hilos, preferimos tomarlos 2 a 2 con pinzas de Kocker y seccionarlos a distancias para *que sirvan de tractores y abran "en abanico" el pequeño campo operatorio*, facilitando la búsqueda de las venas restantes más profundas; la arteria formará entonces un delicado puente de unión entre los 2 extremos venosos.

*Es éste un tiempo importante que exige el mayor cuidado y paciencia de parte del operador, para no olvidar ningún vaso, por*

pequeño que sea; de lo contrario fracasaría la intervención. En este momento se debe ordenar la contracción de la "prensa abdominal", para visualizar mejor, con el reflujo, las pequeñas venas.

No debemos cerrar la herida hasta tener la más absoluta seguridad de haber ligado todas las venas; vale decir, que fuera del cremaster, la arteria espermática y algún filete nervioso, debemos seccionar todos los elementos intrafuniculares que encontremos.

De hallarnos ocasionalmente, algo por debajo del O. I. C. I., debemos reconocer el deferente, sin preocuparnos de ligar sus venas, ni el grupo posterior o vena funicular, porque no participan del reflujo, según ha sido plenamente demostrado.

*Cierre de la pared.* Al abandonar la tracción del orificio interno, con el separador de Farebeuf, veremos cómo el borde muscular ocluye casi siempre por completo el fondo de la herida, quedando el ojal aponeurótico por arriba del conducto inguinal y totalmente protegido por el sólido plano muscular formado por el oblicuo menor y el transverso. Cierre de la aponeurosis con dos puntos de catgut N° 2 y la piel con otros 2 de crin. (En la actualidad suturamos todo con hilo de algodón, según lo practica el Prof. Dr. R. Finocchietto).

La incisión que practicamos, si bien tiene cierta similitud con la inguinal realizada por Ivanissevich, (Tribuna Médica Argentina, octubre-enero 1922-1923), difiere de ella en sus reparos anatómicos que son esenciales para la exacta coincidencia con la entrada de los vasos espermáticos, en el conducto inguinal.

a) Comienza la incisión paralela a la arcada, pero a 3 cm., por encima, es decir muy por arriba de la verdadera situación del O. I., inferior a 1 cm.

b) Incisión algo mayor: 5 cm. en lugar de 3.

c) Abertura del conducto inguinal, al decir textualmente: incisión de la piel según la dirección del trayecto inguinal colocando la parte media de la incisión a nivel del O. I. C. I., etc., agregando poco después: cortamos la aponeurosis del oblicuo mayor dejando así al descubierto el cordón con todos sus elementos, etc.

## CONSIDERACIONES

El entusiasmo que pusimos y la creciente experiencia adquirida con la ejecución repetida del procedimiento nos ha permitido observar algunos detalles quirúrgicos que creemos de valor en el tratamiento del varicocele.

a) Consideramos que la extracción de la vaginal realizada en los distintos métodos empleados, para curar el varicocele, es un mal procedimiento, dado que expone a frecuentes hematomas intraescrotales, por la ruptura de los pequeños vasos que circulan entre la cara externa de esa serosa y las cubiertas más superficiales.

b) Asimismo, deben rechazarse los procedimientos que emplean colgajos vaginales, exclusivamente o no, para realizar la pexia testicular: 1º) porque el escroto permanece inmodificable, al no actuarse sobre la enfermedad causal (venas); 2º) porque realizan una mala y antiestética suspensión de la glándula, muy alta, por lo general, y 3º) porque abren innecesariamente la cavidad vaginal, no existiendo para ello, razón anatómica ni quirúrgica justificables.

c) En cuanto al hidrocele secundario, vale decir el que acompaña al varicocele no nos ha llamado nunca la atención por su volumen en ninguno de nuestros casos, a pesar de palpar sistemáticamente la glándula en procura de sus dimensiones, consistencia, etc.; en otras ocasiones ha sido tan pequeño que lo consideramos despreciable, clínicamente, como lo pudimos comprobar cuando realizábamos algunos de los procedimientos que abrían la serosa.

Por lo tanto se debe contraindicar, formalmente, la abertura de la vaginal en el varicocele, a menos que el derrame adquiera, por su volumen, los caracteres de una verdadera enfermedad y en cuya etiología, muy poca o ninguna participación, tiene el primero; esto es pues lo que enseña la experiencia.

Por otra parte, el respeto sistemático de la cavidad vaginal como lo hacemos nosotros, no nos ha mostrado hasta el presente, ni un solo caso de hidrocele, en todos los operados seguidos durante más de 3 años.

d) La resección del escroto no ha sido necesaria en ninguno de nuestros enfermos, por 2 razones esenciales: 1ª) porque la liga-

dura y sección venosa, al interrumpir totalmente la corriente sanguínea y el reflujo, constituye el único y verdadero tratamiento causal de la elongación escrotal, salvo casos excepcionales de escroto profundamente atónicos (Historia N° 10); y 2ª) porque al respetar el cremaster como lo hacemos nosotros, dejamos indemne al verdadero ligamento suspensorio de las bolsas.

Es notable la reducción escrotal obtenida dentro de los primeros días, en todos los tipos de escroto y muy especialmente en el hipotónico, debido a que las fibras musculares conservan todavía gran capacidad de recuperación.

La elongación escrotal es producida, pura y exclusivamente, por el varicocele y desaparece total o en gran parte, con éste, en contra de lo sostenido por Marión, quien consideraba a la resección del escroto como tiempo esencial en la curación de esta enfermedad.

Algunas de nuestras fotos lo demuestran claramente.

e) *La arteria espermática*, puede verse también a trasluz, después de ligada la vena más anterior, en el caso de tener que seccionar otras más pequeñas y que por su reducido tamaño, puedan confundirse con la primera.

f) *El fondo de saco peritoneal*, que a veces aparece por arriba y por dentro de los vasos espermáticos, cuando traccionamos la fibrosa, debe ser rechazado para evitar su abertura.

g) *El estado de la glándula*, no se ha afectado en ningún caso, salvo cuando ha sido ligada y seccionada la arteria espermática (85 por ciento de atrofia, según Mixter) habiendo observado, en algunos enfermos, un discreto aumento de su tamaño y consistencia.

h) *El grupo posterior*, ha sido hallado, por nosotros, en una proporción mucho mayor que la asignada por otros autores, en razón de haberle dedicado preferente atención en la investigación clínica y quirúrgica de todos los casos operados.

La investigación sistemática de este grupo, al practicar su ligadura en la primera incisión o su reconocimiento semiológico con la maniobra descrita en la nueva técnica, nos ha permitido comprobar una frecuencia de 72.97 por ciento.

*No lo hemos hallado nunca aisladamente, y siempre coexistiendo con el grupo anterior, en una relación de dependencia absoluta.*

El grupo o vena posterior, mejor dicho, puede presentarse en los varicoceles recientes, muy voluminosos y con gran reflujo, aunque es característica, por lo general de los de larga evolución; la presión lenta y prolongada del reflujo sanguíneo, termina por dilatar los 2 sistemas.

1) En los grandes varicoceles, consideramos, a veces, conveniente el inmediato levantamiento del escroto, con un suspensor o vendaje, para facilitar, la evacuación hacia el grupo posterior, especialmente y las venas parietales, de la sangre retenida en el tronco espermático inferior y sus ramas; *por esta razón, proscribimos absolutamente, la ligadura del tronco posterior, salvo ruptura para evitar el estancamiento sanguíneo.*

En caso contrario, las venas quedarán ectasiadas y tensas por la sangre retenida dando la impresión de haber fracasado; sin embargo, la ausencia absoluta del reflujo nos tranquilizará; los vasos se reducirán en forma mucho más lenta, pero más intensa, *como nos ocurrió en el caso N° 30.*

En cuanto a los resultados, debemos decir, que tuvimos 5 fracasos en 50 enfermos, el último de ellos hace 1 mes, aproximadamente (caso N° 48 de nuestra 2ª estadística), *de los cuales, 4 curaron con la reintervención,* y el restante, que se negó a una 2ª operación presenta un pequeño reflujo y se halla muy satisfecho con el resultado obtenido. En todos los operados la reducción de los vasos fué progresiva, pero evidente y total; el reflujo desapareció en forma absoluta, condición "sine qua non" para aceptar la curación y la reducción escrotal fué tan franca, que a los pocos días alcanzaba, aproximadamente, los límites del opuesto, como se puede observar en las fotografías y en algunos de los enfermos presentes.

Para terminar, deseamos añadir que los últimos enfermos han sido *levantados o dados de alta, a las 24 horas,* sistemáticamente, sin haber tenido hasta el presente ningún accidente embólico que lamentar y al que consideramos por otra parte improbable, debido a que la persistencia del reflujo con estancamiento sanguíneo consecutivo en el cabo superior, impide toda vehiculización celular y da

tiempo suficiente para la constitución de un trombo muy sólido y adherente.

DISCUSION

Dr. Irazu. — Quiero referirme a 3 observaciones, una de las cuales la voy a presentar esta noche, de hidrocele quirúrgico como complicación de una operación de varicocele. Posiblemente, he tenido más suerte que el Dr. Bernardi, en el sentido de que estos casos que he observado, no son míos sino de otros colegas.

En cuanto a la complicación que el Dr. Bernardi no ha notado o no le ha dado importancia, tendríamos que ver si ese es el mismo concepto del enfermo. Los casos en que intervine eran de 3 enfermos que reclamaban la operación por un hidrocele concomitante como resultado de una operación de varicocele y justamente, el último de los casos, es después de una operación de Ivanissevich, que tiene una similitud muy grande con el procedimiento del Dr. Bernardi, pues creo que la única variante está en la incisión que es más accesible.

Dr. Bernardi. — Quiero insistir en ciertos detalles. Me parece que la del Dr. Irazu es una observación excepcional porque en los 92 enfermos que llevo operados hasta el momento, no he visto ningún hidrocele. Al contrario; considero que la operación de Ivanissevich o sus variantes basadas en sus estudios anatómicos, tiene que prevenir el hidrocele.

Dr. Irazu. — Quiero hacer constar de que, a raíz de ese cambio circulatorio que se produce en el pedículo proximal al testículo, debe haber algún trastorno vaso-motor o alteración de las paredes, que producen ese trasudado, que da lugar al hidrocele.

# Suero glucosado hipertónico "Merck"



Solución glucosada hipertónica  
de singular prestigio mundial

estrechamente vinculada al éxito grandioso de la

terapéutica intravenosa con glucosa  
ofrece al médico:

máxima garantía de preparación  
cristalina incolora  
esterilización perfectísima  
asepsia absoluta

en la cirugía de urgencia  
en las operaciones grandes  
en las afecciones circulatorias graves

cuando más pelagra la vida del paciente, con más razón y  
exclusivamente:

ampollas originales de 25 c. c. del  
Suero glucosado hipertónico "Merck"

al 12½%, 25% y 50%  
Cajas de 2 y 5 ampollas



Merck Química Argentina S. A.

Casilla Correo 1442

Buenos Aires



# ALBUCID

sulfanilacetilamida

atóxica,

para la quimioterapia de la

**Gonococcia**

**Coli y Coco infecciones**

**Meningitis epidémica**

Siendo inofensivo y, por lo tanto, de excelente tolerancia, se administra una elevada dosis inicial, logrando con ello una rápida e intensa acción curativa.

**ALBUCID**

Tubo con 20 Tabletas de 0,5 gr.

**ALBUCID INYECTABLE**

Caja con 5 ampollas de 5 c. c. de solución al 30 % (1,5 gr.)

Por Muestras y Literatura  
**QUIMICA SCHERING S. A.**  
MONROE 1378 - BUENOS AIRES