



Año 1918

Núm. 3452

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**EL PROCEDIMIENTO DEL VALLE**  
**PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**  
**DEL VARICOCELE**

**TESIS**

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**ERNESTO DOWLING**

Ex-ayudante ad-honorem del laboratorio bacteriológico de la A. Pública, 1913-14

Ex-practicante honorario de vacuna del Instituto Jenner, 1915

Ex-practicante externo del Hospital San Roque, 1915

Ex-practicante menor interno por concurso en el Hospital San Roque, 1915

Ex-practicante mayor interno por concurso en el H. San Roque, 1917-18

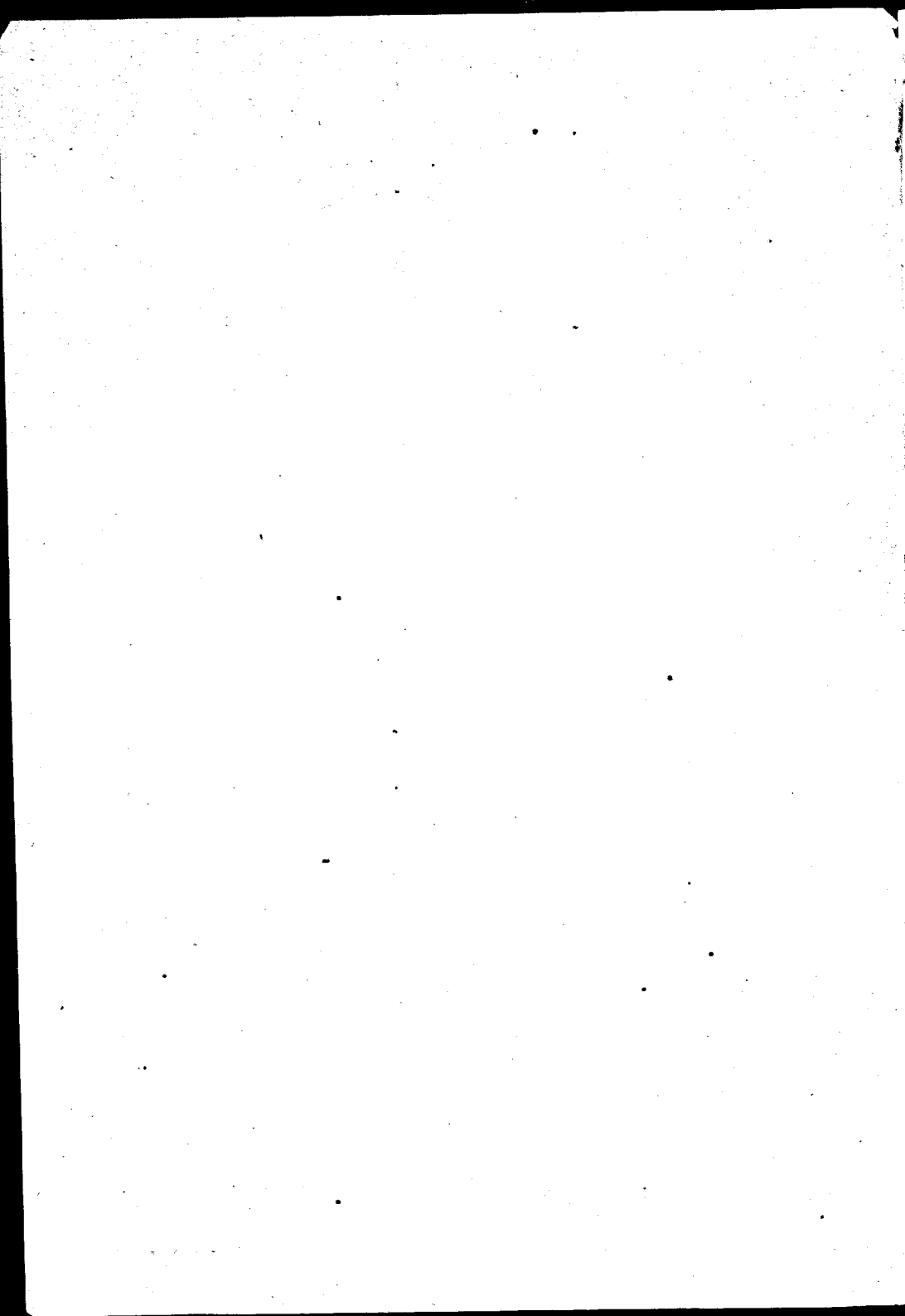
LIBRERIA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI

845, JUNIN, 845 - BUENOS AIRES



*Mr. B. 25.11*



# EL PROCEDIMIENTO DEL VALLE

PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO  
DEL VARICOCELE



Año 1918

Núm. 3452

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

---

EL PROCEDIMIENTO DEL VALLE  
PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO  
DEL VARICOCELE

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO DOWLING

Ex-ayudante ad-honorem del laboratorio bacteriológico de la A. Pública, 1913-14

Ex-practicante honorario de vacuna del Instituto Jenner, 1915

Ex-practicante externo del Hospital San Roque, 1915

Ex-practicante menor interno por concurso en el Hospital San Roque, 1915

Ex-practicante mayor interno por concurso en el H. San Roque, 1917-18

LIBRERIA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI

845, JUNIN, 845 - BUENOS AIRES



La Facultad no se hace solidaria de las  
opiniones vertidas en las tesis.

*Artículo 162 del R. de la F*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

### Miembros titulares

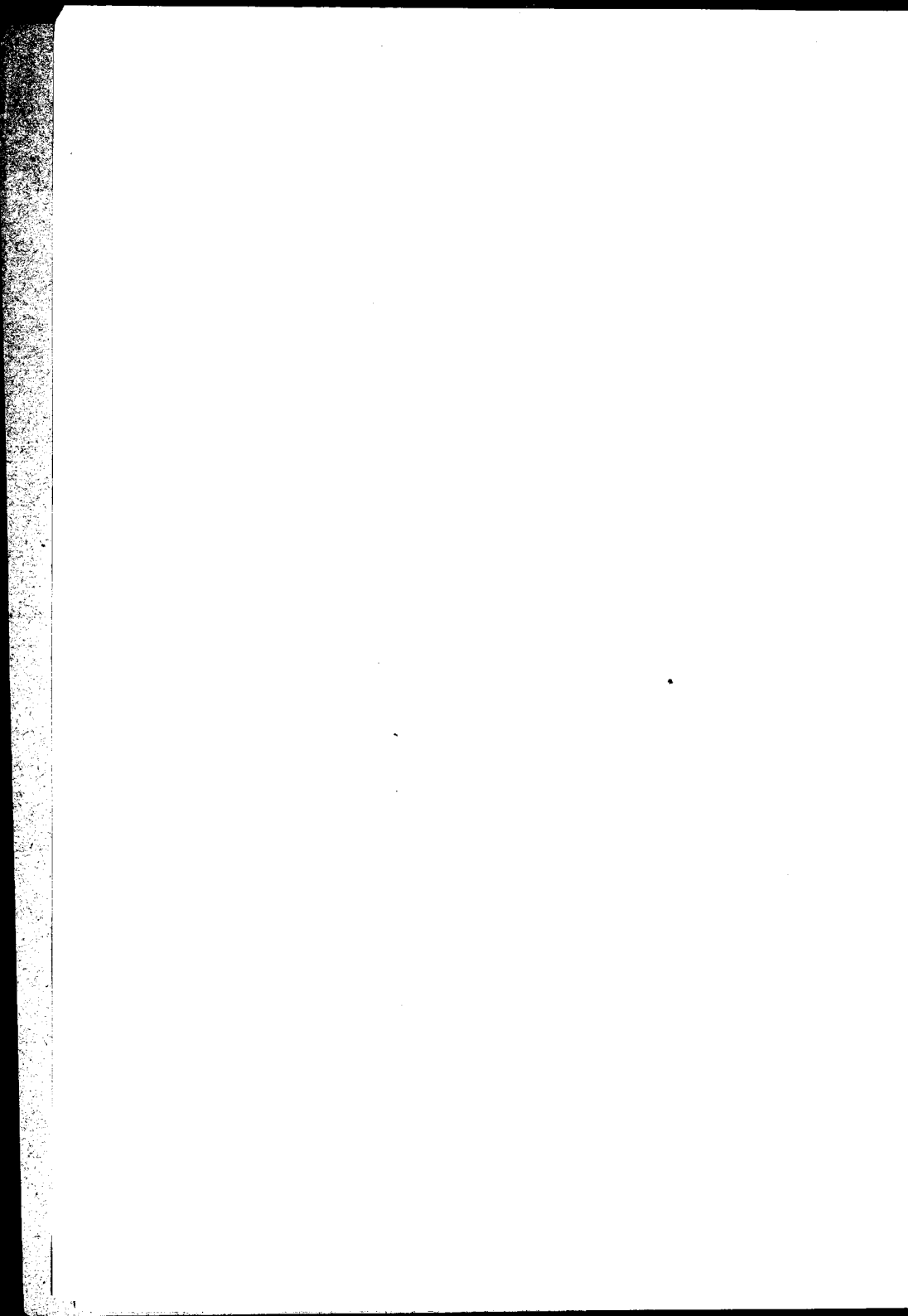
1. Dr. D. EUFEMIO UALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GUEMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZFERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PISERO
11. " " JUAN A. ROERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " DESIDERIO F. DAVEL
19. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. " " DOMINGO CABRED
21. " " ABEL AYERZA
22. " " EDUARDO OBEJERO
23. " " JOSÉ A. ESTEVES
24. " " Vacante

### Secretario general

Vacante

### Secretario

DR. ANTONIO C. GANDOLFO



## FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

### ACADEMIA DE MEDICINA

#### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO
6. " " CARLOS CHAGAS
7. " " MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## CONSEJO DIRECTIVO

---

### Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

### Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

### Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA  
" " ELISEO CANTON  
" " ANGEL M. CENTENO  
" " DOMINGO CABRED  
" " MARCIAL V. QUIROGA  
" " JOSÉ ARCE  
" " EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
" " DANIEL J. CRANWELL  
" " CARLOS MALBRÁN  
" " JOSÉ F. MOLINARI  
" " MIGUEL PUIGGARI  
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)  
" " FANOR VELARDE  
" " IGNACIO ALLENDE  
" " MARCELO VISAS  
" " PASCUAL PALMA

### Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA  
DR. D. JUAN A. GABASTOU



## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE  
.. JUVENCIO Z. ARCE  
.. PEDRO N. ARATA  
.. FRANCISCO DE VEYGA  
.. ELISEO CANTON  
.. JUAN A. BOERI  
.. FRANCISCO A. SICARDI  
.. TELEMACO SUSINI



## ESCUELA DE MEDICINA

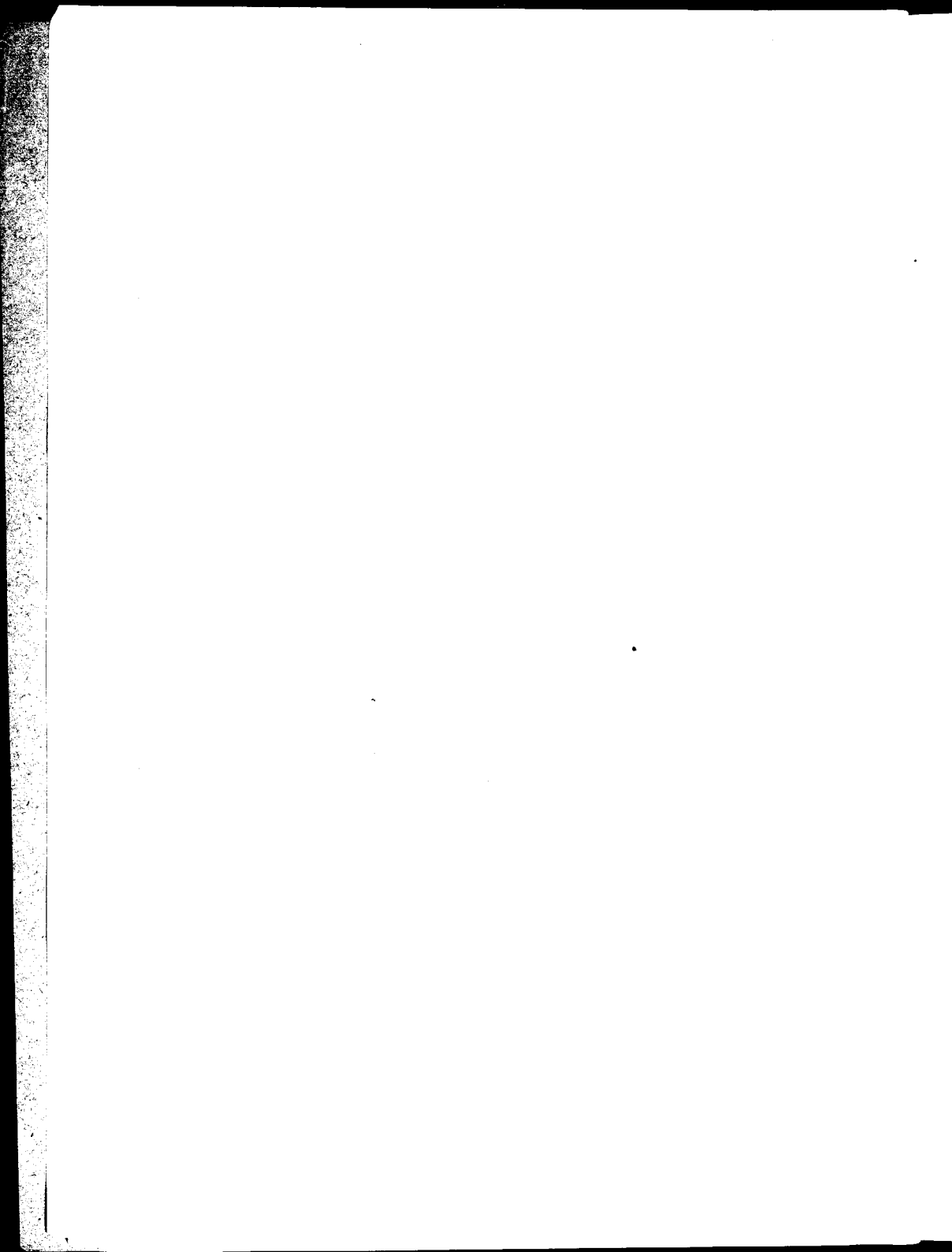
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	" LUCIO DURAÑONA
	" RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva .....	" R. SARMIENTO LASPIUR
	" JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	" PEDRO BELOU
Histología .....	" RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	" ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ....	" HORACIO G. PISERO
Bacteriología .....	" CARLOS MALBRAN
Química Biológica.....	" PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada .....	" RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos ..	" GREGORIO ARAOZ ALFARO
	" DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	" AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica .....	(Vacante)
Materia Médica y Terapéutica ....	" JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	" DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	" LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .....	(Vacante)
" Génito-urinarias .....	" PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental .....	" JUAN B. SESORANS
Clínica Epidemiológica .....	" JOSÉ PENNA
" Oto-rino-laringológica .....	" EDUARDO OBEJERO
Patología Interna .....	" MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica .....	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" LUIS GUEMES
	" LUIS AGOTE
" Médica .....	" IGNACIO ALLENDE
	" ABEL AVERZA
	" PASCUAL PALMA
" Quirúrgica .....	" DIOGENES DECOUD
	" ANTONIO C. GANDOLFO
	" MARCELO T. VISAS
" Neurológica .....	" JOSÉ A. ESTEVES
" Psiquiátrica .....	" DOMINGO CABRED
" Obstétrica .....	" ENRIQUE ZARATE
" Obstétrica .....	" SAMUEL MOLINA
" Pediatría .....	" ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal .....	" DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica .....	" ENRIQUE BAZTERRICA



## ESCUELA DE MEDICINA

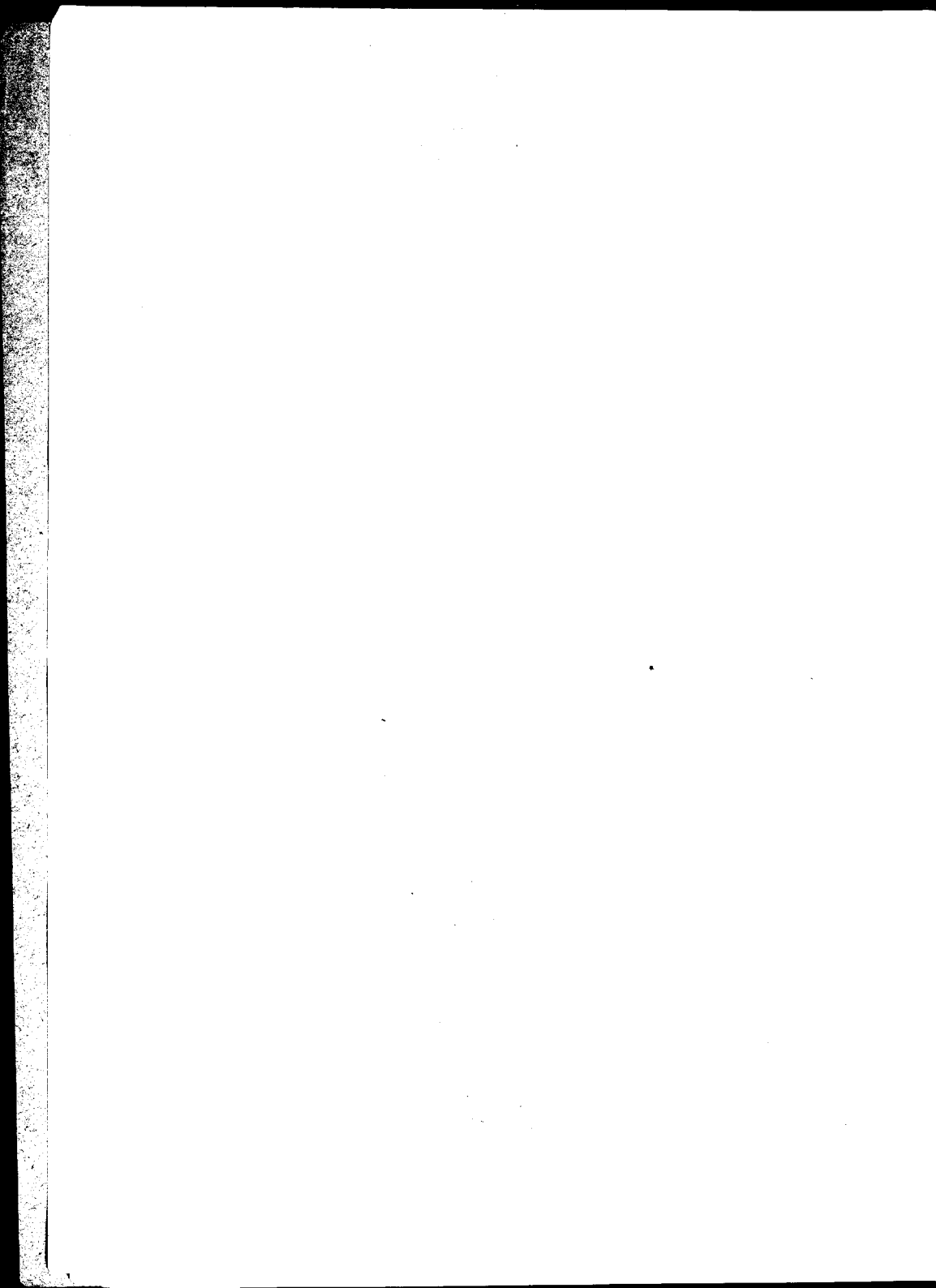
---

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica .....	Dr. D. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica .....	„ DANIEL J. GREENWAY
Histología normal .....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica .....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología .....	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica .....	„ JOSÉ BADIA
Higiene Médica .....	„ FELIPE A. JUSTO
Clinica Dermato-sifilográfica .....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria .....	„ BERNARDINO MARAINI
Patología externa .....	„ CARLOS ROBERTSON LAVALLE
„ interna .....	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica .....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Neurológica .....	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALBURRALDE
	„ ANTONIO F. PISERO
„ Pedfátrica .....	„ MANUEL A. SANTAS
	„ MAMERTO A. CUÑA
	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica .....	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
	„ JOSÉ ARCE
	„ JOSÉ T. BORDA
„ Psiquiátrica .....	„ BENJAMIN T. SOLARI
	„ ARTURO ENRIQUEZ
„ Obstétrica .....	„ ALBERTO PERRALTA RAMOS
„ Ginecológica .....	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica .....	„ PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica .....	" GUILLERMO SEEBER
"	" SILVIO E. PARODI
"	" EUGENIO GALLI
Anatomía Descriptiva .....	" JUAN JOSE CIRIO
"	" FRANCISCO ROPHILLE
"	" FRANK I. SOLER
Fisiología general y humana .....	" BERNARDO JOUSSAY
"	" RODOLFO RIVAROLA
"	" SALVADOR MAZZA
Bacteriología .....	" BENJAMIN GALARCE
Química Biológica .....	" MANUEL V. CARBONELL
Higiene Médica .....	" SANTIAGO M. COSTA
"	" CARLOS BONGRINO UDAONDO
Semiotología y ejercicios clínicos .....	" ALFREDO VITON
"	" PEDRO J. HARDOY
"	" JOAQUIN LLAMBIAS
Anatomía Patológica .....	" ANGEL H. ROFFO
"	" JOSE ELIZALDE
"	" JOSE MORENO
Materia Médica y Terapia .....	" PEDRO CASTRO ESCALADA
Medicina Operatoria .....	" ENRIQUE PINOCCHIETTO
"	" FRANCISCO P. CASTRO
Patología externa .....	" CASTELFORT LUGONES
"	" ENRIQUE M. OLIVIERI
"	" ALEJANDRO CEBALLOS
"	" NICOLAS V. GRECO
Clinica Dermato-sifilográfica .....	" PEDRO L. BALISA
"	" JOAQUIN CERVERA
"	" JOAQUIN NIX POSADAS
"	" FERNANDO B. TORRES
"	" FRANCISCO DESTEFANO
"	" ANTONINO MARCO DEL PONT
"	" DANIEL THAMM
"	" ADOLFO NOCETTI
"	" RAUL ARGANABAZ
"	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
"	" MARTIN CASTRO ESCALADA
"	" FELIPE J. BASAVILBASO
"	" ANTONIO R. ZAMBRINI
"	" ENRIQUE FERREIRA
"	" PEDRO LABAOTTI
Patología Interna .....	" LEONIDAS JORGE FACTO
"	" PABLO M. BARILARO
"	" EDUARDO MARINO
"	" ARMANDO R. MAROTTA
"	" LEIS A. TAMINI
"	" MIGUEL SUSSINI
"	" ROBERTO SOLE
"	" PEDRO CHITRO
"	" JOSE M. JORGE (hijo)
"	" OSCAR COPELLO
"	" ADOLFO E. LANZIVAR
"	" JORGE LEYRO DIAZ
"	" ANTONIO F. CELESIA
"	" TOMAS B. KENNY
"	" GUILLERMO VALEDES (hijo)
Clinica Neurológica .....	" VICENTE DIMITRI
"	" ROMULO H. CHIAPPORI
"	" JUAN JOSE VITON
"	" PABLO J. MORSALINE
"	" RAFAEL A. BELLRICH
"	" IGNACIO IMAZ
"	" PEDRO ESCUDERO
"	" MARIANO R. CASTEN
"	" PEDRO J. GARCIA
"	" JOSE DESTEFANO
"	" JUAN R. GOYENA
"	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
"	" TULLIO MARTINI
"	" CANDIDO PATIÑO MAYER
"	" GENARO SISTO
"	" PEDRO DE ELIZALDE
"	" FERNANDO SCHWEIZER
"	" JUAN CARLOS NAVARRO
"	" JAIME SALVADOR
"	" TORIBIO PICCARDO
"	" CARLOS R. CIRIO
"	" OSVALDO L. BOTTARO
"	" JULIO IRIBARNE
"	" CARLOS ALBERTO CASTAÑO
"	" FAUSTINO J. FRONGE
"	" JUAN B. GONZALEZ
"	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
"	" JUAN A. GABASTOU
"	" ENRIQUE A. ROERO
"	" JOSUE BERUTI
"	" NICANOR PALACIOS COSTA
"	" VICTORIO MONTEVERDE
"	" JOAQUIN V. GNECCO
Medicina Legal .....	" JAVIER BRANDAN
"	" ANTONIO FODESTA
Clinica Psiquiátrica .....	" AMABLE JONES

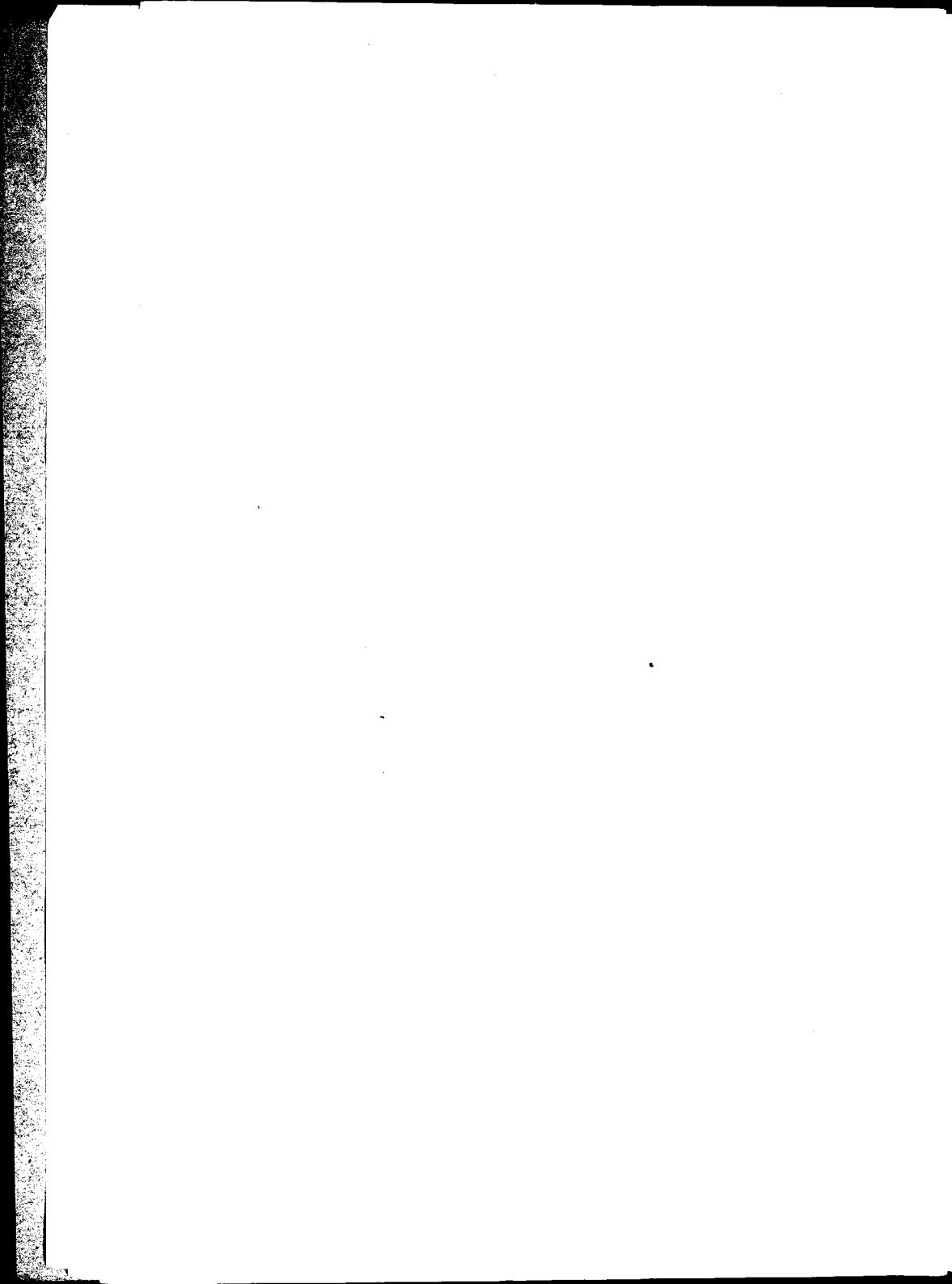


## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc. ....	Dr. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico .....	MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica .....	FANOR VELARDE
Quericultura .....	UBALDO FERNANDEZ

---



## ESCUELA DE FARMACIA

---

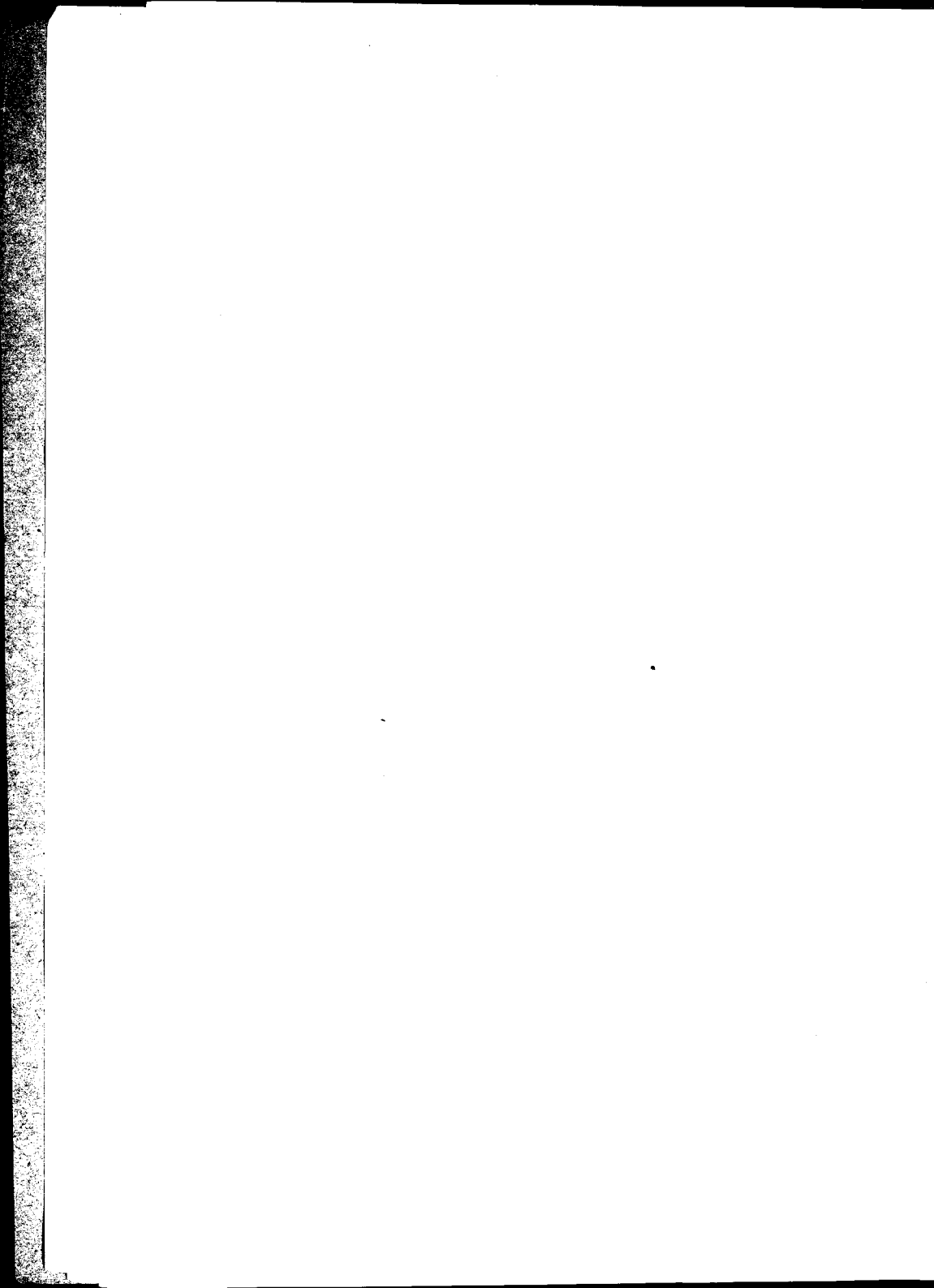
Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas .....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica .....	„ JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica..	„ MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal...	„ ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica ...	(Vacante)
Técnica farmacéutica (1er. curso).	„ J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	„ RICARDO SCHATZ
Química analítica general .....	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial .....	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2.º curso)..	Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general.—Anatomía y fisiologías comparadas.....	Dr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica .....	„ TOMAS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica..	„ ANGEL SABATINI
Botánica y Micrografía vegetal.....	„ EMILIO M. FLORES
Química farmacéutica orgánica....	„ ILDEFONSO C. VATTONE
Técnica farmacéutica .....	Dr. PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica general .....	„ LEIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial .....	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	„ PASCUAL CORTI
	„ OLEOFE CROCCO
	Dr. JUAN A. SANCHEZ
	Sr. OSCAR MALOCK

## DOCTORADO EN FARMACIA

---

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas...	—
Mineralogía y Geología.....	—
Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina .....	—
Química analítica aplicada (Medicamentos) .....	Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejer. )
Química biológica .....	„ PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología) .....	—
Física general .....	—
Bacteriología .....	Dr. CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal.....	„ JUAN B. SENORANS



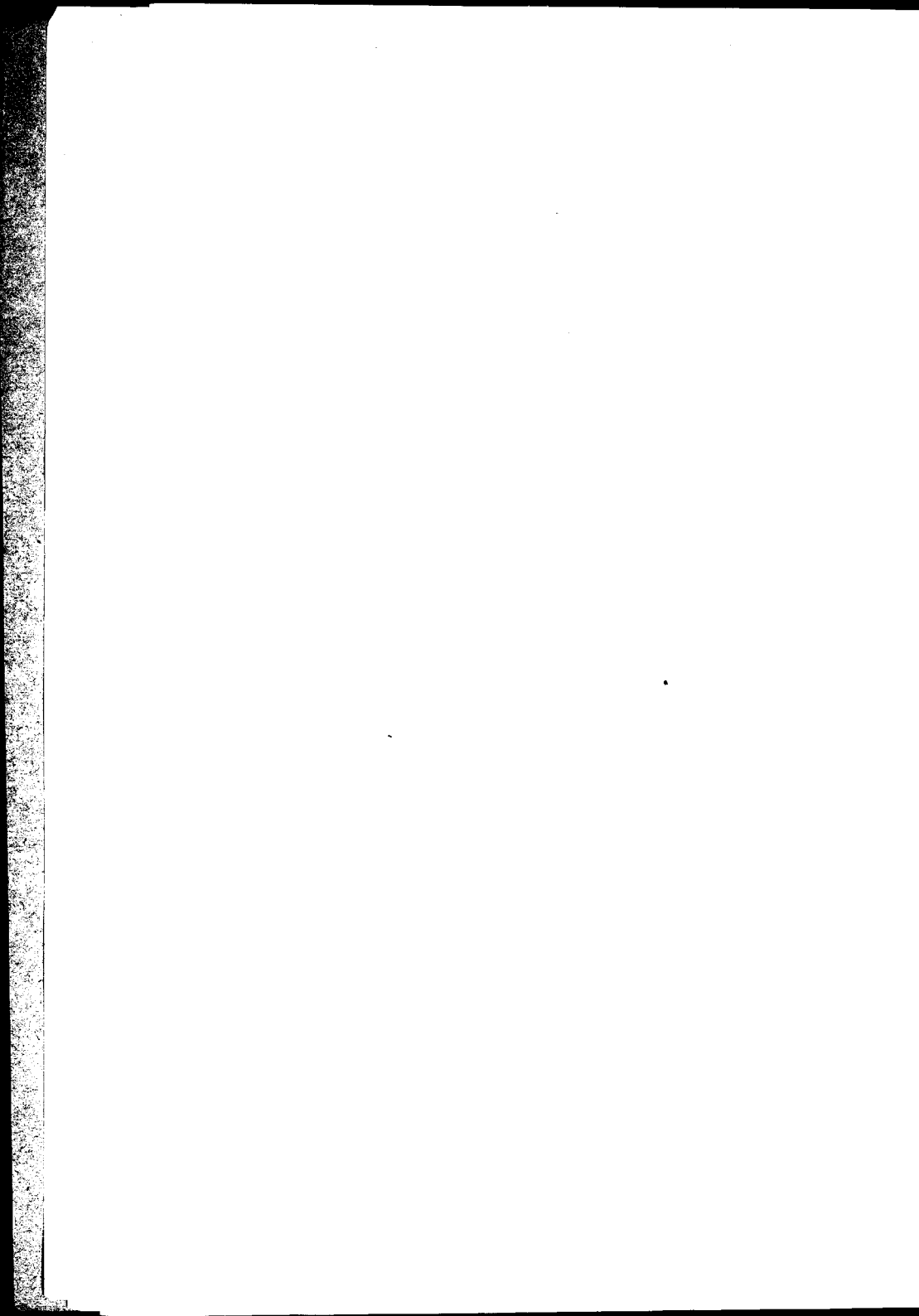
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1er. año .....	DR. RODOLFO BRAUZQUIN
2.º año .....	„ LEON PEREYRA
3er. año .....	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental .....	SR. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos sustitutos**

DR. D. ALEJANDRO CABANNE (3er año)  
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)  
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)  
SR. D. CORIOLANO BREA „  
SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)



**Padrino de tesis:**

**Dr. DELFOR DEL VALLE (hijo)**

Cirujano jefe del Hospital Parmenio Piñero



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Es realmente honroso para mí presentar a vuestro elevado criterio este trabajo, y digo que me es honroso, porque se trata de un procedimiento genuinamente argentino, cuyos satisfactorios resultados he podido apreciar durante mi permanencia en el Servicio de Cirugía del Prof. Decoud.

Mas siguiendo la costumbre, que quiere que este prólogo sea la expresión de los sentimientos que se experimenta al abandonar esta casa, quiero manifestar mi gratitud hacia los buenos maestros que supuieron ilustrarme con sus sabias lecciones.

Pero lo que no puedo olvidar, ni olvidaré jamás, porque ello quedó grabado en mi espíritu de un modo indeleble, es mi paso por el viejo y tradicional Hospital San Roque. Allí encontré mis verdaderos maestros, que, frente a la cabecera del enfermo, me enseñaron a amar la medicina, a respetar el dolor, aplicando mis escasos conocimientos de entonces; a ellos mi más sincero agradecimiento.

Al Profesor Diógenes Decoud, el viejo maestro de Clínica Quirúrgica, que ha sabido rodear su cátedra con el prestigio de sus vastos conocimientos, y lo que aún es más difícil, con una aureola de cariño de parte de sus discípulos, mi mayor reconocimiento por sus múltiples atenciones durante el tiempo que estuve en su Servicio y por su gentileza al facilitarme la casi totalidad de los casos que acompañan esta tesis.

Al Dr. Delfor del Valle (hijo) que me dispensa el honor de acompañarme en este trabajo, fuera supérfluo mencionarlo, por cuanto bien sabe él todo lo que le debo y el profundo cariño que le profeso.

Quiero recordar de un modo especial al Profesor Carlos Robertson Lavalle, Director del Hospital, a los jefes de servicio y médicos agregados de las salas en que he sido practicante, y a todos aquellos que me han facilitado la confección de esta tesis con sus observaciones clínicas.

A mis compañeros de internado, les ofrezco mi más sincera amistad en recuerdo de los pasados ratos en épocas que, desgraciadamente, fueron.

## CAPÍTULO I

### HISTORIA Y DESCRIPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN GENERAL

Para poder estudiar la serie de procedimientos que se han ideado para la curación radical del Varicocele, creemos conveniente seguir la clasificación de Del Valle, que tiene la ventaja de agrupar metódicamente todos los métodos conocidos como sigue:

1.° PROCEDIMIENTOS INDIRECTOS, comprendiendo en ellos la resección de escroto, la suspensión por el escroto y el acortamiento del cremaster.

2.° PROCEDIMIENTOS DIRECTOS, comprendiendo todos los que actúan sobre las venas por compresión, ligadura, coagulación electrolisis, atrición, desnudación, resección, etc.

3.° PROCEDIMIENTOS COMBINADOS, que se definen por sí solos.

### PROCEDIMIENTOS INDIRECTOS

**RESECCIÓN ESCROTAL.** — Consiste en la escisión de un pliegue escrotal y que tiene por objeto, reduciendo la cavidad de las bolsas, levantar el testículo y el varicocele, creando así un suspensor natural, que dará apoyo elástico a las venas enfermas de la misma manera que la media de cautehút, lo hace con las venas varicosas del miembro inferior.

La resección del escroto fué practicada por primera vez por Astley Cooper en 1839. Suele practicarse de varias maneras: por escisión simple, con clamps ordinarios, con clamps especiales o sin pinzas.

a) *Procedimiento de escisión simple.*—Championniere, emplea este procedimiento; he aquí como lo ejecuta: Un ayudante rechaza los testículos y los mantiene contra los anillos, se incide la piel y el tejido celular que, bien pronto se retraen, dejando al descubierto las partes subyacentes, se abarcan después las demás tunicas por medio de una sutura en cadena hecha con catgut. Terminada ésta se resecan los tejidos por debajo de ella y se ocluye esta primera sutura profunda, por medio de un segundo plano de suturas superficiales.

b) *Procedimiento de escisión con clamps ordinarios.* — Le Dentu, es el primero que emplea las

pinzas de ligamento ancho para la resección del escroto, pues hasta entonces se habían usado cierto número de modelos, tales como los de Henry, Horteloup, Dardignac, etc. ideados expresamente para la operación que tratamos y de los que hablaremos más abajo. La técnica que aconseja, es muy sencilla: después de rechazar los testículos hacia arriba, se toma un pliegue escrotal por debajo de ellas, por medio de tres pinzas bien reunidas; se ponen una serie de puntos muy apretados de crin por detrás de éstas, se escinde por delante y al rape de las pinzas, el pliegue escrotal, y aflojando sucesivamente cada pinza, se anudan los puntos de sutura.

c) *Procedimiento de escisión con clamps especiales.* — Henry, de Nueva York, reseca una porción de la parte media del escroto utilizando para ello un clamps de su invención y que se compone de dos láminas metálicas fenestradas y encorvadas que se adaptan la una a la otra por medio de tornillos colocados en cada una de sus extremidades. Bazy, usa unas pinzas especiales ideadas por Dardignac, y Baissais emplea una de su invención. Al tratar de los procedimientos combinados describiremos la pinza de M. Horteloup.

d) *Procedimientos de escisión sin pinzas.* — Lejars, hace la resección escrotal, sin usar pinzas. Para ello coloca según una línea curva, pasando por detrás de la futura línea de sección, una serie de

puntos en U. Se seccionan los tejidos, progresivamente delante de los hilos, anudando éstos a medida que se corta. Asegurada la hemostasia, se unen los bordes de la herida por medio de puntos superficiales. Petit, usa el mismo procedimiento. El Profesor Guida Lerda, de Turín, en la "Presse Medicale" de Mayo de 1917, preconiza también la escrotectomía, como uno de los procedimientos menos agresivos para el testículo. La técnica de esta resección consiste en lo siguiente: después de haber trazado un losanje con 4 pinzas de Kocher, en la base del escroto, fijando con dos de ellas el rafe anterior y posterior, se incide la piel siguiendo el perímetro de esta figura geométrica y se hace una resección de escroto trabajando con el bisturí al ras del dermis, dejando intacta la fibrosa. La disección se comienza por los lados, formando dos grandes colgajos laterales de escroto, que quedan prendidos únicamente por sus inserciones dérmicas con el rafe, del cual se desprende en un último tiempo. Esta técnica, que el autor llama escrotectomía conservadora, tiene la ventaja de abrir muy pocos vasos y alejar la posibilidad de un hematoma. Termina la operación, colocando de cada lado, tres puntos en jareta y concéntricos, uno debajo de otro; de tal manera, que al ajustarlos, se produce un fruncimiento de las bolsas fibrosas, (vagina-plegamiento del autor) que tiene por objeto, formar un suspensor natural a los testículos. Se termina la opera-

ción suturando transversalmente el escroto. Esta operación ha sido practicada una sola vez en la clínica del Prof. Decoud, con resultado desfavorable, por cuanto la recidiva completa, se instaló a los seis meses, encontrando como única ventaja, la forma de disección sub-dérmica, muy recomendable para aquellos casos excepcionales, en que es necesario practicar una escrotoectomía complementaria.

SUSPENSIÓN POR EL ESCROTO: a) *Ligadura sub-cutánea en bolsa del escroto*. — Esta operación, descrita por Nimier, consiste en ligar el escroto por debajo de los testículos. He aquí como lo describe Le Dentu y Delbert:

“Con la mano derecha, un ayudante despliega transversalmente el escroto, mientras rechaza hacia el pubis los testículos con la mano izquierda. El cirujano, con una larga aguja de Reverdin, perfora a izquierda, al rape de los dedos del ayudante, el escroto desplegado, hace seguir a la aguja la cara profunda del dermis bajo la pared anterior del escroto y la hace salir del lado opuesto. La aguja carga un hilo de seda y lo conduce a la izquierda. Se vuelve a introducir por el mismo agujero y sigue la pared posterior del escroto, como ella había seguido la pared anterior, para salir por el mismo orificio. Carga el otro cabo del hilo de seda y lo conduce a la izquierda. De esta manera el hilo abraza, bajo la piel, todas las túnicas del escroto, el

cirujano la cierra, la amuda, frunciendo así toda la parte inferior del escroto por debajo de los testículos”.

“El saco escrotal libre, se retrae rápidamente y se forma un núcleo fibroso alrededor del hilo que mantiene la curación.”

b) *Procedimiento de la hamaca*.—En el XXII Congreso de Cirujía de París, en 1909, M. Malherbe, de Nantes, informa sobre un procedimiento nuevo para la cura del varicocele, del cual es autor.

Consiste en hacer una incisión de cinco centímetros que, partiendo de un punto situado un poco por encima del orificio inguinal, descienda paralelamente al cordón hasta el nivel de la raíz de la vena. Estando extendido el escroto por dos pinzas de Kocher, traza dos incisiones; que partiendo de la extremidad inferior de la primera, se separan formando un ángulo de 45° más o menos, de manera a describir una Y invertida, cuyo pie remonta hacia la ingle y sus brazos descienden sobre el escroto. Estas, circunscriben una superficie triangular a vértice superior que se disecciona dejando su base adherente, un poco espesa, para asegurar la nutrición del colgajo. Después de haber resecaado la extremidad afilada de este colgajo y de haber separado los labios de la incisión que forma el pie de la Y, por disección, se fija el vértice romo del colgajo, entre los labios de la incisión inguinal, por medio de unos

puntos de crin. El autor lo denomina con el nombre de Procedimiento de la hamaca y acompaña su informe con tres historias clínicas para demostrar su eficacia.

ACORTAMIENTO DEL CREMASTER. — Por último, debemos colocar también entre los procedimientos indirectos, aquellos que realizan la pexia del testículo a expensas del cremaster.

a) *Plegamiento del Cremaster.* — Osborn y Bonomo, colocan sobre el músculo de arriba hacia abajo, una serie de puntos en U, que al anudarlos consiguen un acortamiento notable del mismo y por ende la ascensión del testículo.

b) *Invaginación del Cremaster.* — Mori obtiene el mismo resultado invaginando el músculo, que luego fija por medio de unos puntos de sutura.

c) *Resección del Cremaster.* — Carta y Vinco resecan el cremaster en cierta extensión, uniendo luego las dos extremidades obtienen una ascensión considerable del testículo.

#### PROCEDIMIENTOS DIRECTOS

Aunque de carácter más bien ortopédico que quirúrgico, el procedimiento de Key-Curling puede ser catalogado dentro del segundo grupo de la

clasificación de Del Valle, desde el momento que actúa sobre las venas, por compresión.

Habiendo notado estos cirujanos que la presión moderada sobre el anillo inguinal, suficiente para disminuir la tensión de la sangre en las venas espermáticas, pero insuficiente para dificultar la circulación, hacía disminuir rápidamente el volumen del varicocele, idearon el procedimiento siguiente: ejercen una presión constante sobre el anillo inguinal por medio de un braguero apropiado, consiguiendo en esta forma el resultado deseado. En su libro sobre enfermedades del testículo, publicado en 1857, describe Curling ampliamente el procedimiento, acompañado de seis historias clínicas para fundar su eficacia.

b) *Ligadura*. — Ella comprende dos variantes: la ligadura a cielo abierto y la ligadura subcutánea.

1.º *Ligadura a cielo abierto*: Celso y Pablo de Egina, actuaban directamente sobre el paquete enfermo, después de incidir la piel del escroto, colocaban una ligadura en masa sobre las venas que luego se eliminaban por escara y supuración. Pero este proceder, como es fácil darse cuenta, hecha en la era preantiséptica, exponía al enfermo a accidentes graves, tales como la flebitis y el flemón de las bolsas, siendo por este motivo, durante largo tiempo, abandonado.

Sin embargo, vuelve a entrar en boga con la aparición de la antisepsia y las ligaduras reabsorbibles de catgut en cirugía, siendo Nicaise su principal defensor, que hace resaltar, además, la importancia de aislar la arteria espermática, antes de colocar la ligadura, por la atrofia testicular que se produciría, si no se tomara esta precaución.

2.º *Ligadura subcutánea*: Indudablemente, antes de la era antiséptica y en vista de las graves complicaciones sépticas que sobrevenían en los enfermos tratados por algunos de los procedimientos que acabamos de pasar en revista, pensaron los cirujanos en las ventajas que ofrecería la ligadura venosa, sin necesidad de seccionar la piel, y en este sentido, numerosos fueron los procedimientos que vieron luz.

Vidal de Cassis separaba las venas, del conducto deferente, por medio de una aguja gruesa que atravesaba el escroto pasando por detrás de los vasos. Luego pasaba por delante de los mismos y por los orificios primitivos, un hilo de plata que envolvía alrededor de las extremidades de la aguja. Bastaba entonces torcer éstos cada día un poco, sobre sus ejes, para producir al mismo tiempo que la ligadura un enroscamiento de estos vasos que aumentaban las probabilidades de su obliteración.

Velpeau pasaba una aguja de 6 a 10 centímetros de longitud entre las venas y el cordón que dejaba hacia atrás, apretando luego el paquete vari-

coso por fuera de la piel, por medio de un hilo de seda dispuesto en ochos de guarismos.

Ricord, después de haber aislado el conducto deferente, liga las venas por medio de dos hilos dobles que, atravesando el escroto por los mismos orificios, pasan, uno por delante y el otro por detrás del paquete enfermo. Al anudar los hilos, quedaba sólidamente ligado el paquete por debajo de la piel.

Todos estos métodos fueron suplantados más tarde por la ligadura venosa con catgut, que se efectuaba de la siguiente manera: el paquete que se deseaba ligar, era separado cuidadosamente del conducto deferente y mantenido entre el pulgar y el índice de la mano izquierda. Con la derecha se introducía una aguja larga y muy curva que cargaba un hilo de catgut a través del escroto, de manera a pasar detrás de las venas sin lesionarlas. Después de haberlas contorneado, la aguja salía del escroto por el agujero primitivo gracias a su gran curvatura. De esta manera, el paquete se encontraba rodeado exactamente por un asa de catgut, que al ser anudado, lo ligaba sólidamente.

Richard - Barwell empleaba este método, pero fijaba los cabos del asa a nivel de la piel por medio de una pequeña placa de metal. |

e) *Coagulación directa.* — Este método consiste en inyectar dentro de las venas espermáticas, ciertas substancias coagulantes con el fin de obte-

ner su obliteración, variando la composición de las mismas según el autor.

Englisch pretende haber obtenido buenos resultados con la inyección de alcohol a 60 % dentro del paquete ectasiado. Otros cirujanos empleaban el percloruro de hierro, el cloral, la tintura de yodo, etc., etc.

d) *Cauterización*. — Puede ser hecha, sea usando cáusticos químicos o por ignición.

1.º *Con cáusticos químicos*: Bonnet, Nelaton y otros cirujanos utilizaban los cáusticos químicos que aplicaban sobre la piel del escroto, cauterizando ésta y el paquete venoso subyacente, provocando así su destrucción y obliteración. La escara, al caer, dejaba una herida que al cicatrizar aseguraba la curación.

2.º *Por ignición*: Richet, con idénticos fines, tomaba un pliegue del escroto, comprendiendo las venas enfermas, entre las ramas de una pinza calentada al rojo, después de haberlas aislado cuidadosamente del conducto deferente, que separaba hacía atrás, lejos de la acción del calor.

Osborn empleaba la iquipuntura para obtener la coagulación de los vasos.

e) *Electrolisis*. — Gould, Bernard y Dubreuil usaron la electrolisis para obtener la coagulación de la sangre dentro de las venas espermáticas.

f) *Denudación venosa*. — Propuesto por Rigaud, de Nancy, y que Del Valle denomina muy acertadamente de exoflebopexia, por las analogías que ofrece con el que se emplea para el tratamiento quirúrgico del bósio, este procedimiento consiste en incidir el escroto, aislar y denudar las venas y colocar debajo de ellas una lámina de cautehut vulcanizado. Bajo la influencia de esta denudación y en contacto del aire, se coagulan y se eliminan en pocos días en forma de escara. Recordemos que este procedimiento presenta todos los inconvenientes de las heridas abiertas y mal protegidas, y como ha mostrado M. Gerin, en su tesis publicada en 1876, sobre once casos observados por él, siete solamente curaron sin accidentes, como ser: flemones y gangrenas de vecindad.

g) *Atrición*. — Procedimiento éste que sólo posee un interés histórico en la actual época de la asepsia y preconizado por Landuzi, Samson y Breschet. Este último autor, después de haber aislado el canal deferente, tomaba con una pinza análoga a la de Dupuytren, un pliegue cutáneo junto con el manajo venoso y apretando gradualmente la pinza, se ejercía compresión hasta obtener la gangrena. Además de ser muy doloroso este procedimiento, estaba expuesto el enfermo a las mismas complicaciones sépticas de que hemos hablado más arriba.

h) *Resección*. — Consiste en la extirpación del

paquete enfremo entre dos ligaduras y fué preconizado y practicado por J. L. Petit y Freund.

En 1900 aparece el procedimiento de Narath, o sea la resección por vía alta o inguinal (publicado en el *Wien. Klin. Woch.*) He aquí como lo describe Le Dentu y Delbet: “Inciisión inguinal oblicua, que a derecha empieza y a izquierda termina a un través de dedo por encima de la parte media de la arcada crural”. Incisión que tiene por fin caer sobre el anillo inguinal interno. “Sección y separación del tendón del gran oblicuo. Reclinación del borde inferior de los músculos pequeño oblicuo y transverso, y de su tendón conjunto. Abertura de la vaina fibrosa del cordón en su parte inguinal puesto así al descubierdo. Resección venosa en una extensión de 2 a 6 centímetros. Refacción de la pared posterior del trayecto inguinal y sutura de la pared anterior.

“Este procedimiento se recomienda por sus efectos físicos sobre la totalidad de la columna espermática y por el aislamiento venoso más fácil, que en los otros métodos.

“Hay más, si se hace remontar la incisión bien alta hasta el orificio profundo, se constata a menudo la existencia de un solo grueso tronco venoso, tronco común de las venas espermáticas. La vena única será aislada fácilmente, separada de la arteria a sonda y bisturí y ligada y seccionada en el ángulo superior de la herida. El cabo inferior se-

rá disecado hacia abajo y luego ligado y seccionado”.

Cheinisse, en la *Semaine Médicale* de 1900, también se ocupa de este procedimiento, y al hacer su descripción señala, entre sus principales ventajas, poder colocar la ligadura muy cerca del anillo inguinal interno y salvar, por consiguiente, la arteria espermática y el sistema venoso deferencial, asegurando de esta manera la circulación de retorno y la nutrición de la glándula. En suma, este procedimiento, que ha sido reeditado con ligeras variantes por los doctores Ivauisevich y Gregorini en la *Semana Médica* de este año, tiene por objeto principal suprimir únicamente el sistema venoso espermático sobre el cual gravita la presión de la columna venosa, buscándolo a nivel del anillo inguinal interno, donde es más fácil su diferenciación, no dándole importancia a la orquidopexia.

#### PROCEDIMIENTOS COMBINADOS

Algunos cirujanos no se contentan con la resección simple del escroto, sino que lo combinan con la ligadura venosa, especialmente en los casos de varicocele con orquidoptosis y gran dilatación venosa, atacando en esta forma dos de los síntomas más culminantes del síndrome varicoceleoso.

Benning, de Filadelfia, y Guyon, de Paris, practican la ligadura y resección de las venas an-

teriores a través de una incisión elíptica a gran diámetro transversal, de la piel de la cara anterior de las bolsas, que les permite así reseca un colgajo escrotal y descubrir el cordón, respetando la vaginal e incidiendo la túnica fibrosa común. Saturan en seguida la pérdida de substancia.

Henry Lee, reseca el escroto y a través de la herida así abierta aislaba y seccionaba las venas con termocauterio, y cauterizaba sus extremidades para asegurar su hemostasia; luego suturaba la herida escrotal.

Horteloup, basándose en que la causa principal del varicocele residía en el paquete venoso posterior, reseca, por medio de una pinza especial, teniendo una curva semejante a la del escroto, un largo colgajo de este último en su línea media y verticalmente. De esta manera, la herida, una vez cicatrizada, reemplazaba al rafe. Pero lo que constituía la originalidad de su procedimiento era que reseca al mismo tiempo que el colgajo escrotal, el paquete venoso posterior.

Brault hace una escisión ovalar póstero-externa del escroto entre dos grandes pinzas curvas. Hace una ligera tracción sobre el cordón, liga las venas y las reseca. El labio inferior de la brecha ovariar es rebatida sobre la parte superior para obtener una línea de sutra en forma de V invertida.

Se puede hacer la resección escrotal y venosa

en dos tiempos distintos y con dos insicciones diferentes, siendo la segunda la vía inguinal.

Gunnar, de Estocolmo, después de haber resecaado el escroto, extirpa las venas entre dos ligaduras, pasa en seguida el cabo inferior de estas últimas, a manera de polea, a través del tendón conjunto, realizando en esta forma la orquidopexia.

Jacobson, reseca el escroto, exterioriza el cordón espermático a través de la brecha así abierta y después de haber aislado el conducto deferente y si es posible la arteria espermática, reseca las venas ectasiadas, entre dos ligaduras, una a nivel del anillo inguinal, la otra cerca del testículo, dejando siempre algunas de ellas junto al canal deferente, para evitar el edema de la glándula y luego junta los dos muñones, utilizando los mismos hilos para efectuar la pexia del testículo.

Parona, realiza la orquidopexia utilizando la vaginal invertida. He aquí como procede: Hace una incisión inguino-escrotal de cinco a seis centímetros, más o menos, que empieza a nivel del anillo inguinal externo y que desciende oblicuamente hacia abajo. Después de descubrir el orificio inguinal, atrae el cordón y el testículo hacia afuera, teniendo cuidado de no herir la túnica vaginal a menudo muy delgada, abre la hoja celulosa que envuelve el cordón y reseca el paquete enfremo entre dos ligaduras. En seguida hace una incisión en la cara anterior de la vaginal, suficientemente amplia

para dejar pasar el testículo. El saco vaginal es invertido y el orificio hecho en él, es fijado a los pilares del anillo inguinal y al tejido fibroso prepubiano por medio de 5 o 6 puntos de sutura.

Posadas, entre nosotros, introdujo en el método anterior una modificación importante, pues notaba que al efectuar la orquidopexia, según el procedimiento de Parona, el testículo no solamente quedaba muy elevado, sino que estaba expuesto a continuas compresiones contra el pubis, modificación que consiste en formar un colgajo con la vaginal, seccionándola según una línea espiral que luego hace pasar entre los pilares del anillo inguinal, llevando el testículo a una altura conveniente, fijando luego el ansa así formada con un punto de catgut.

Longuet, termina la operación de Parona, en la siguiente forma: Después de haber suturado la incisión hecha a la vaginal por medio de un *surget* de catgut, que en su parte superior es fijado al anillo inguinal externo, lleva el testículo hacia arriba y adentro, a un pequeño saco que ha excavado con los índices en la raíz de las bolsas, contra el tabique. Lo fija en seguida en esta nueva posición, haciendo pasar a través del tabique e inmediatamente por debajo del testículo, los cabos inicial y terminal de *surget* de la vaginal y los anuda a este nivel.

Gomoin, de Bucarest, juzgando inócuos los procedimientos que atacan el escroto, y nocivos los que

resecan las venas, propone un procedimiento nuevo del cual es autor. Hace una incisión inguino-pubiana, abre el canal inguinal y después de haber desprendido el peritoneo de la fosa ilíaca, reduce el cordón en bloc por detrás de los vasos epigástricos.

La superficie viva que resulta de la abertura de la vaina del cordón y del desprendimiento del peritoneo, más la retracción cicatricial consecutiva, hace las veces de una flebectomía fisiológica e impide el deslizamiento de las venas, haciendo una verdadera flebopexia. Para asegurar la orquidopexia, sutura la fascia común del cordón al pilar inguinal correspondiente.

Istomin, de Karcow, aísla el cordón después de haber incidido el canal inguinal, reduce dentro del abdomen la cantidad de cordón suficiente para que el testículo quede a una altura conveniente. Cierra el canal, teniendo cuidado de hacer atravesar a los hilos la vaina del cordón. Toma luego un triángulo de la aponeurosis de la fascia lata que mida 10 centímetros de alto por 10 a 12 de ancho en su base y 7 a 8 en su vértice. El vértice de este colgajo se sutura al periostio pubiano, descendiendo envolviendo el cordón hasta fijar su base en la vaginal y albugínea, manteniendo con puntos de sutura esta nueva posición.

## CAPÍTULO II

### SU DIVISIÓN Y CRÍTICA

De acuerdo con lo expuesto en el precedente capítulo, la división de los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento del varicocele, queda establecida en el cuadro sinóptico adjunto de la clasificación de Del Valle.

CRÍTICA. — Los procedimientos operatorios propuestos hasta la fecha, han sido sugeridos teniendo en cuenta uno o varios de los síntomas más ruidosos del síndrome, y en ello estriba, precisamente, sus más serios inconvenientes: unos se dirigen hacia la ptosis del testículo y sus neuralgias consecutivas procurando levantarlo, formándole un suspensor natural; otros tienen en cuenta la lesión anatómica, es decir, el tumor varicoso, tratando de suprimir las venas y sus varicosidades.

Dejaremos a un lado, en esta crítica, los proce-

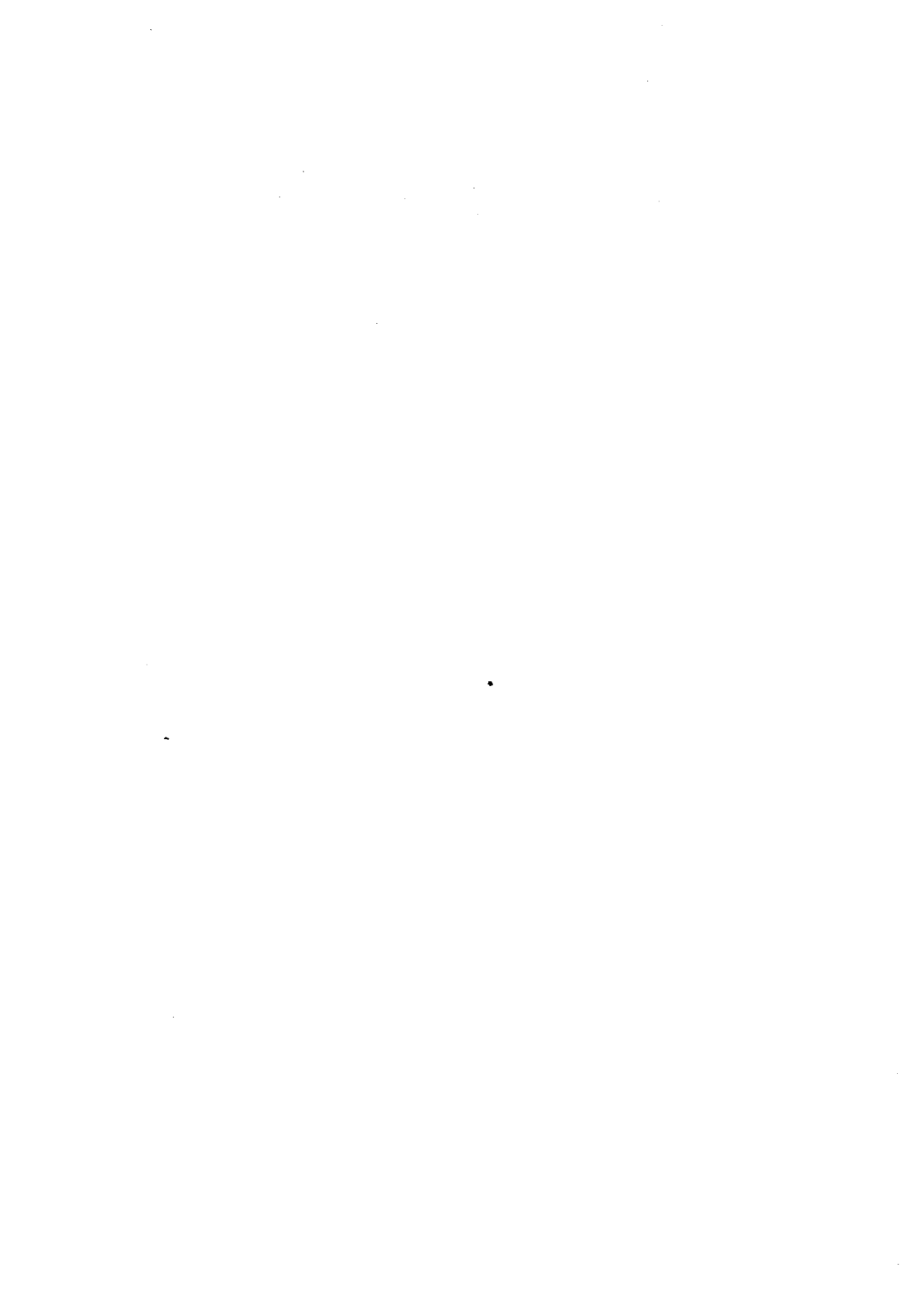
dimientos a nuestro juicio ya anticuados, como son reliquias de la era pre-aséptica (inyecciones coagulantes, denudación venosa, etc.) para extendernos en los métodos verdaderamente quirúrgicos en la acepción más neta y moderna del concepto.

RESECCIÓN DEL ESCROTO. — La ptosis del testículo ha originado un método: el de la resección del escroto, con el cual se pretende, por la supresión más o menos grande de las bolsas, levantarlo como en un suspensor natural, disminuyendo de este modo la ingurgitación venosa y el tironeamiento del cordón.

Tal procedimiento es una terapéutica aplicada contra un solo síntoma, que ha tenido su origen, tal vez, en el concepto antiguo de que varicocele y várices del escroto eran términos equivalentes; pero hoy, que la Anatomía Patológica ha establecido la residencia principal de la lesión en el paquete venoso anterior o posterior, no puede servir de fundamento tal razón. Además, la orquidoptosis es producida por una relajación, más aparente que real, del escroto. En efecto: la experiencia demuestra que en las personas jóvenes, y nuestra estadística lo confirma ampliamente, es donde se producen la mayoría de los varicoceles; en ellos, el escroto soporta el peso de un tumor varicoso abundante, y a pesar de ello, si se excita por un estímulo apropiado (frío, excitación de la piel, etc.) el dartos se con-

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE

<i>Procedimientos indirectos</i> .....	Resección de escroto.....	{ Cooper, Petit, Champommier, Le Dentu, Henry, Bazy, Legars, Guida Lareda.
	Suspensión por el escroto.....	Niagar, Malherbe.
	Acertamiento del cremaster.....	{ Por punto en E (Osborn, Romano). { Por resección (Garrá Vinet). { Por invaginación (Mori).
	Ligadura venosa.....	{ A cielo abierto..... — (Cliso, Pablo de Egna, Nriense. { Subcutánea..... { Vidal de Cassis, Kieord, Valjean, Richard-Barwell.
<i>Procedimientos directos</i> .....	Autotrización.....	{ Por cáusticos químicos..... — Bannet, de Yallet, Niaton. { Por ignición..... — Riédel. { Congelación directa..... — English { Por ignipuntura..... — Osborn. { Por electrofisis..... — (Gould, Dubreuil, Bernard.
	Dematización venosa.....	— Rigand, Genin.
	Atrición de venas.....	— Landuzzi, Samson, Br seket.
	Resección venosa.....	— J. L. Petit, Freund, Naxath.
	Resección de venas y escroto.....	— Deanning, Guyon, Hortelomp, Braule.
	Resección de vena vaginal.....	{ Guinard, Jacobson. {
<i>Procedimientos combinados</i> .....	Resección de venas y orquidopexia vaginal.....	{ Parvna, Posadas, Longuet. {
	Reducción inguinal de venas.....	— Giannoni, Estomín.



trae enérgicamente, restableciendo las arrugas transversales características; existe, pues, en estas condiciones una integridad funcional del músculo. Ahora bien, ¿por qué entonces el escroto está relajado, si existe una integridad funcional del dartos? Caben dos explicaciones: o bien es debido al exceso de carga de origina la ingurgitación venosa que trae como consecuencia una pérdida en la tonicidad habitual del músculo sometido a una extensión continua, en lo que no hace otra cosa que obedecer a la ley general por la cual todo músculo sometido a un exceso de trabajo se relaja sin sufrir lesión anatómica primero; o bien por un mecanismo de arco reflejo, en donde el papel de excitante es desempeñado por la congestión venosa, determinando, de este modo, la inhibición sobre el dartos y el cremaster. Sea ya por una causa u otra, lo cierto es que la mayoría de los varicocecelosos, y lo prueban las observaciones clínicas que acompañan este trabajo, conservan la tonicidad y contractilidad del dartos, porque si bien hay una lesión funcional, no existe una lesión orgánica, pudiendo decirse, si se permite la expresión, que se trata de un verdadero caso de hiposistolia escrotal. Con el tiempo, ese disturbio en el funcionalismo del órgano, puede llegar a hacerse orgánico por degeneración del músculo. Salta inmediatamente a la vista, que esto es un caso que en ningún modo puede servir para sentar una regla general, ya que la relajación del escroto con

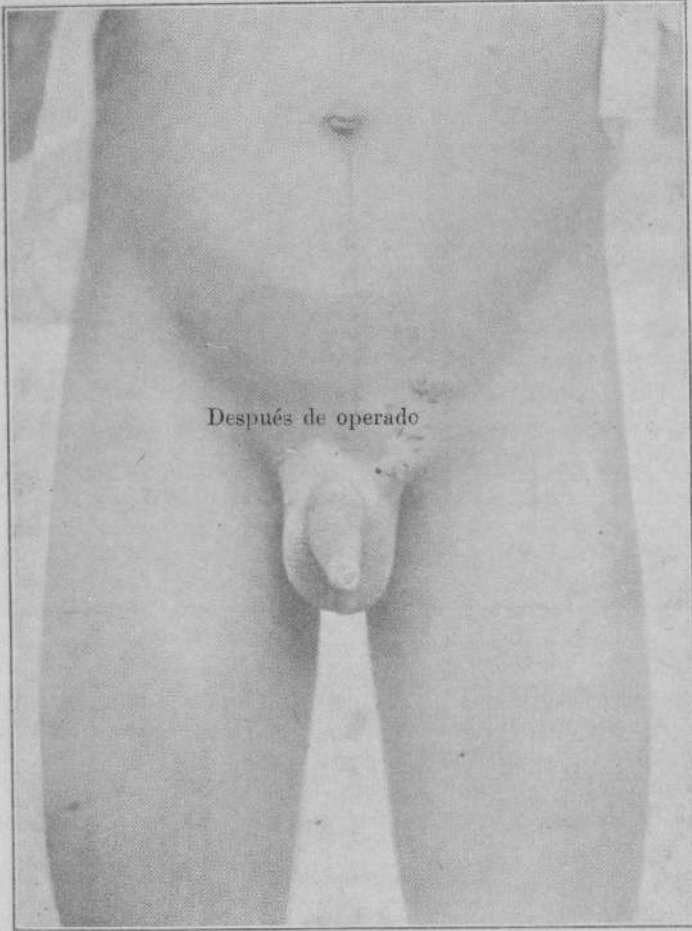
lesión funcional y anatómica, es un episodio tardío en la evolución del varicocele, y que excepcionalmente se produce antes de 4 ó 5 años de comenzado el proceso, y aún para mayor abundamiento, citaremos la frecuencia con que se observan tumores varicosos considerables, sostenidos por un escroto tónico y contráctil, en niños, apenas llegados a la pubertad, de desarrollo y constitución normales, como lo demuestra el caso de la lámina I.

Por otra parte, existe un gran número de individuos que no han tenido jamás síntomas anatómicos o funcionales de varicocele y que, sin embargo, presentan un escroto exuberante y flácido.

De modo, pues, que si la resección escrotal se justifica, ello es a título de procedimiento complementario de una operación anterior cualquiera, pero antes de decidirse a practicarlo, se debe estudiar previa y prolijamente el estado funcional del dartos.

Con la resección escrotal suprimimos un órgano cuyo funcionalismo es normal, y no hay ninguna razón para ello. Es nuestra opinión que cuando se mantenga la tonicidad y contractilidad del dartos, no se le debe tocar, porque en enfermos operados por un procedimiento racional, como el de Del Valle, por ejemplo, en que no se reseca este órgano, se observa la regresión más o menos completa del escroto a su estado normal (véanse las láminas I y II). Únicamente, intervenir en las condiciones anteriores, si existiera una gran exuberancia que

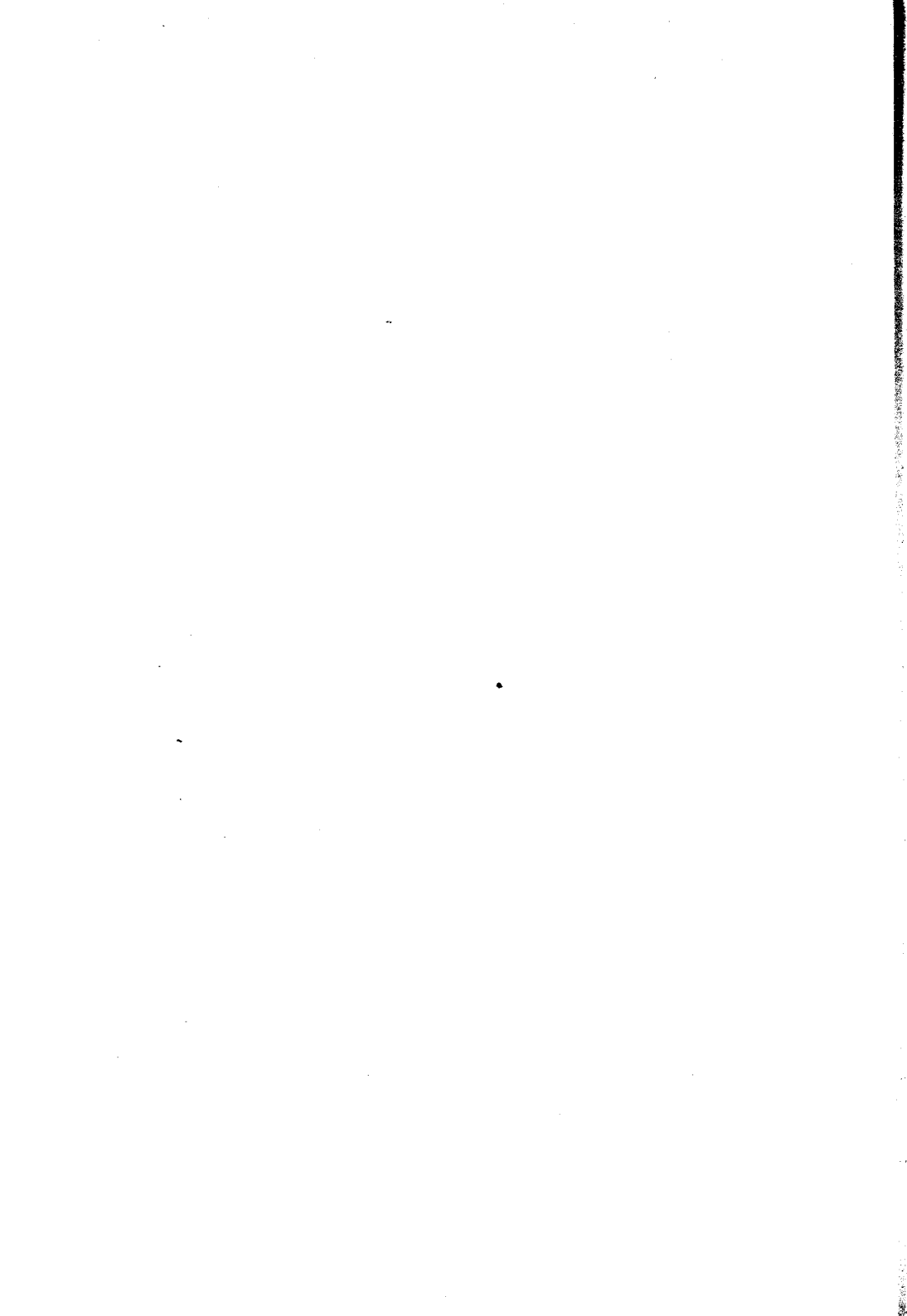
LÁMINA I



Después de operado







así lo hiciera necesario. Suponiendo que el escroto esté relajado, la resección sólo proporcionaría un alivio transitorio y antes del año se habrá producido la recidiva, como ocurre en la mayoría de los casos así operados.

Es que la resección escrotal no combate la causa productora, sino el efecto producido, y como la causa persiste, es lógico esperar que pueda generar de nuevo el efecto.

Por las consideraciones apuntadas, nos parece que la resección escrotal es un mal procedimiento para el tratamiento quirúrgico del varicocele, por las siguientes causas: porque es monosintomático, porque no es de aplicación general, porque su acción terapéutica es fugaz, porque sólo debe aplicarse como tiempo complementario en determinados casos.

La única ventaja sería el ser relativamente inócuo para la glándula.

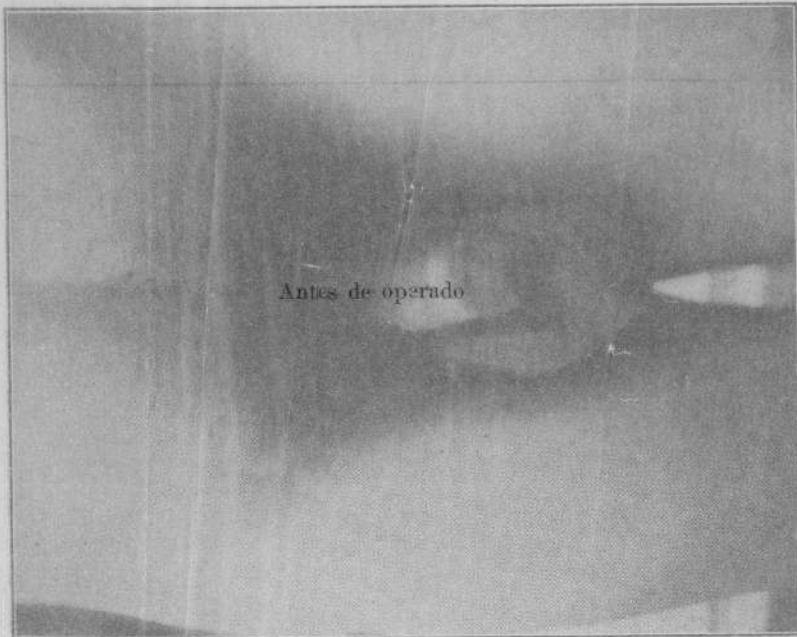
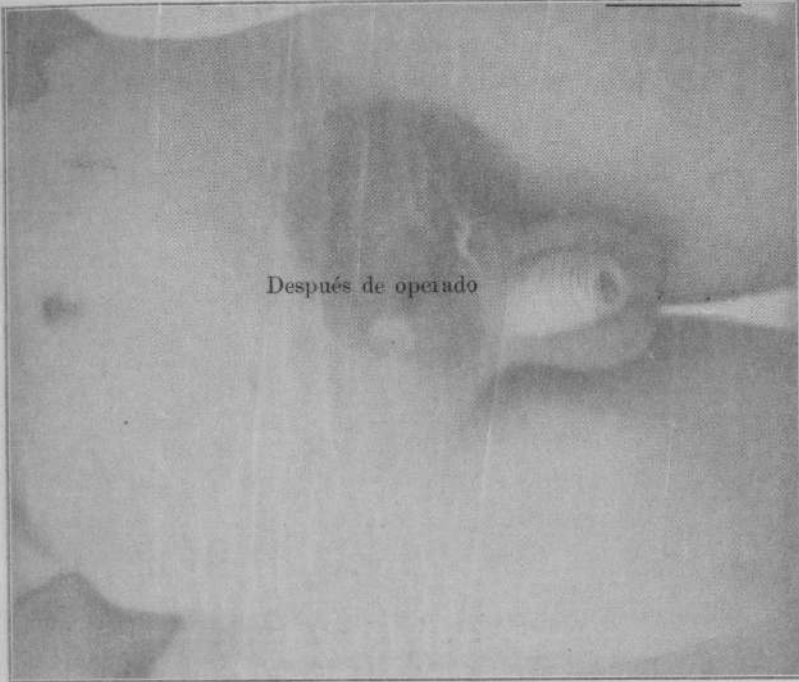
RESECCIÓN VENOSA Y PEXIA TESTICULAR. — Los procedimientos que tienen por fin suprimir el paquete ectasiado y levantar el testículo, son muy superiores al antes mencionado e inobjetables, siempre que la evolución post-operatoria de los enfermos no acuse alteraciones tróficas de la glándula. Al combatir dos síntomas de primer orden, la dilatación venosa y la ptosis testicular, suprimen la

ectasis sanguínea y la elongación del cremaster y tironeamiento del cordón.

Sin embargo, presentan serios inconvenientes; en efecto, en la mayor parte de los casos, el paquete anterior es el varicoso, corriendo confundido con él, la arteria espermática, rama de la aorta abdominal y que es la principal arteria nutricia del testículo. En el paquete posterior se encuentran a su vez, la arteria deferencial, rama de la vesical inferior y la funicular, rama de la epigástrica; ambas arterias son de calibre e importancia muy secundarias.

Al hacer la ligadura en masa o la extirpación del paquete, se suprime conjuntamente la arteria espermática confiando la nutrición de la glándula a las arterias funicular y deferencial. Ahora bien, esta función vicariante, se establece muchas veces sin inconveniente alguno; pero en otros casos no ocurre lo mismo, con graves consecuencias para el paciente, ya que estas arterias, funicular y deferencial, están sujetas a frecuentes anomalías, propias o de sus troncos generadores y aun faltar, o ser de un calibre tan exiguo, que no sea suficiente para la nutrición testicular, produciéndose entonces, la atrofia, como ha demostrado Esmonet, experimentalmente en perros, a quienes ligaba la arteria espermática; en estas condiciones se observaba un edema difuso y doloroso con subfusiones sanguíneas

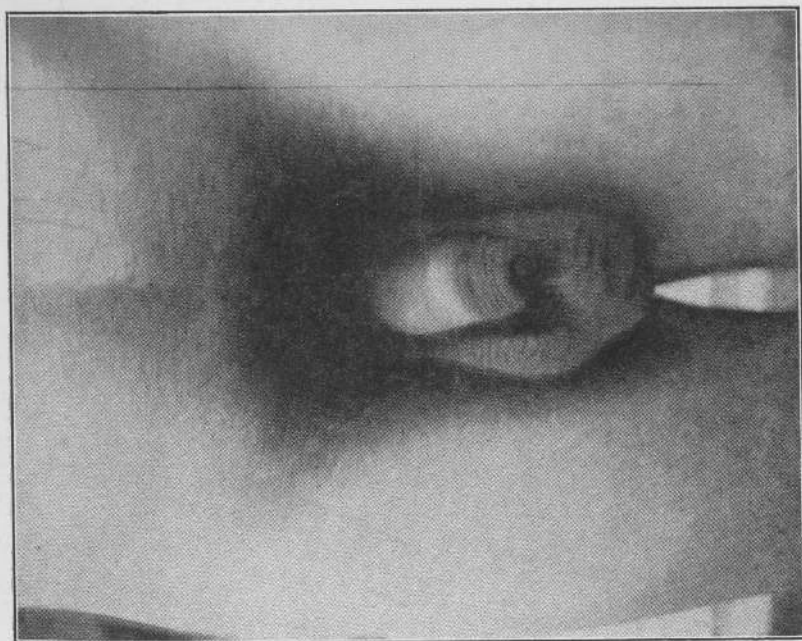
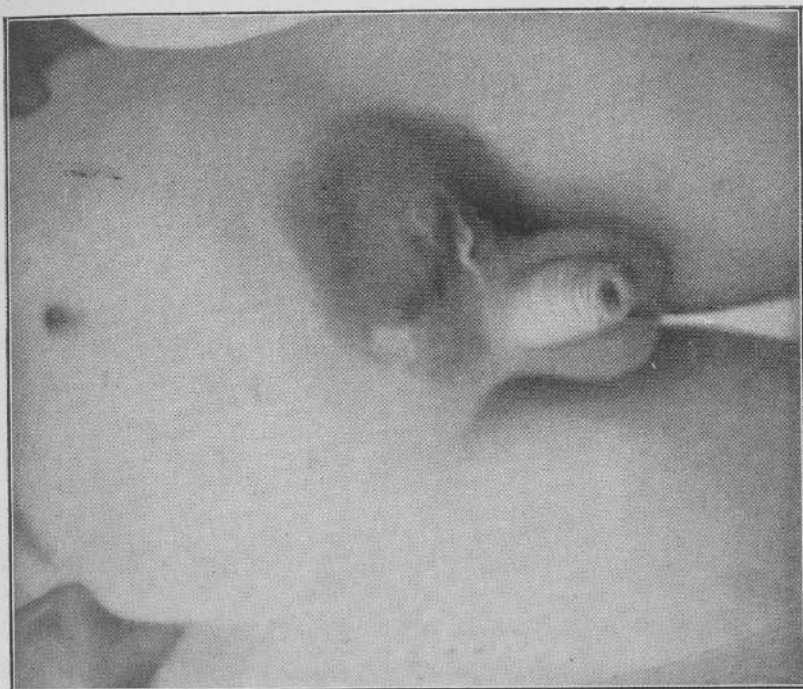
LÁMINA II



ectasis sanguínea y la elongación del cremaster y tironeamiento del cordón.

Sin embargo, presentan serios inconvenientes; en efecto, en la mayor parte de los casos, el paquete anterior es el varicoso, corriendo confundido con él, la arteria espermática, <sup>obsorgo, de sngro</sup> rama de la aorta abdominal y que es la principal arteria nutricia del testículo. En el paquete posterior se encuentran a su vez, la arteria deferencial, rama de la vesical inferior y la funicular, rama de la epigástrica; ambas arterias son de calibre e importancia muy secundarias.

Al hacer la ligadura en masa o la extirpación del paquete, se suprime conjuntamente la arteria espermática con toda la nutrición de la glándula y las arterias funicular y deferencial. Ahora bien, esta función vascular se establece muchas veces sin inconveniente alguno; pero en otros casos no ocurre lo mismo, con graves consecuencias para el paciente, ya que estas arterias, funicular y deferencial, están sujetas a frecuentes anomalías, propias o de sus troncos generadores y aun faltar, o ser de un calibre tan exigente <sup>que no basta</sup> suficiente para la nutrición testicular, produciéndose entonces, la atrofia, como ha demostrado Eschscholtz, experimentalmente en perros, a quienes ligaba la arteria espermática; en estas condiciones se observaba un edema difuso y doloroso con subfusiones sanguíneas





en el tejido intersticial y alteraciones degenerativas del epitelio glandular.

Además, la brusca supresión del paquete anterior obliga a la sangre a buscar su derivación por el posterior, que transporta desde ese momento, una cantidad mucho mayor de sangre que la normal; de aquí una rémora en la circulación de retorno del cordón, congestión pasiva y edema del testículo que se traduce en los primeros meses que siguen a la operación por un aumento de volumen de la glándula, acompañada de consistencia renitente.

El procedimiento de Narath, si bien tiene la ventaja de respetar la arteria espermática y parcialmente la circulación de retorno, no se ocupa de la orquidopexia. Nosotros pensamos que la ptosis testicular, es un síntoma que aunque adquirido, toma una vez instalado, un carácter anátomo-patológico estable, agregándose a la lesión inicial (várices) para complicar tanto el cortejo sintomático, como la fisiopatología de la lesión. Hay que tener presente, por otra parte, que la estación bípeda es una de las causas predisponentes de varicocele, y como todo el mundo lo ha constatado, el sujeto en decúbito no siente su lesión que se manifiesta al pararse; primero: por la gravitación de la columna sanguínea; y segundo, porque se ha agregado como modalidad anatómica, la caída del órgano. De tal modo, pues, que para nosotros, las bases de todo tratamiento serio para la curación de varicocele, de-

ben consistir en la disminución o supresión de las causas de extasis venosa y en la corrección o mejor, en la hipercorrección de la orquidoptosis.

En cuanto a la forma de realizar la pexia testicular, el procedimiento de Parona-Posadas, es susceptible de dos serias objeciones.

En primer término, la vaginal es una serosa que al estado normal, ofrece una estructura delicada e impropia para dar un buen suspensor, que es lo que se pretende; en segundo término son frecuentes los casos en que, debido a un proceso flegmático antiguo, las dos hojas de la vaginal han contraído tales adherencias, que hacen imposible su empleo. La orquiepididimitis blenorragica, la sífilis y las vaginalitis en general, dejan como reliquias estas sinequias vaginales, adversas al procedimiento en cuestión.

De modo que, los procedimientos que extirpan las venas del paquete lesionado y hacen la pexia testicular, son más radicales que la resección del escroto, pero no exentos de peligros, porque pueden provocar la atrofia del testículo o su congestión crónica. No son pues procedimientos ideales.

**REDUCCIÓN INGUINAL DE VENAS.** — El procedimiento de Gomoü, es bueno en principio, porque es eminentemente conservador y de maniobras muy simples; sin embargo, tiene el inconveniente de seccionar la pared anterior del canal inguinal, deter-

minando su debilitamiento futuro y la posible aparición de una hernia. Además confía demasiado a una cicatrización laxa, como es la del tejido subperitoneal, la función de comprimir las venas dilatadas y disminuir así la congestión y el extasis.

En cuanto al procedimiento de Istomin, pueden hacerse las mismas objeciones que al anterior, puesto que también secciona el canal inguinal y en segundo término, nos resulta complicado puesto que recurre a plásticas con trasplantes de aponeurosis, para reforzar la suspensión testicular.



### CAPÍTULO III

## EL VARICOCELE

### ETIO-PATOGENIA — ANATOMÍA PATOLÓGICA SINTOMATOLOGÍA — DIAGNÓSTICO

No vamos a entrar en una descripción de la etio-patogenia, anatomía patológica, sintomatología y diagnóstico del varicocele, por cuanto ella está perfectamente tratada y vulgarizada por todos los textos clásicos de Patología Quirúrgica.

Simplemente, nos referiremos, en esta breve reseña, a los puntos que tengan atinencia con nuestra manera de encarar la cuestión.

**ETIOLOGÍA.** — Respecto de la etiología, nosotros, consideramos al enfermo portador de un varicocele, como un fleboescleroso localizado en el sistema venoso testicular, pero que en muchos casos, con un examen atento, se descubren esclerosis extendidas a otros sistemas (varicocele doble, varices de la safena). Estos casos considerados por los clásicos, como neuro-artríticos, que dicho sea de paso,

son los más rebeldes a todo tratamiento, son a nuestro juicio esclerosos constitucionales que, de acuerdo con los conceptos modernos sobre la degeneración del tejido conjuntivo adulto, debemos aceptarlos como producidos por una causa tóxica o infección crónica. En tal orden de ideas, invocaremos en primer término la sífilis, siguiendo en otros, el paludismo, tuberculosis, alcoholismo, etc.

De todas ellas, la sífilis es la que debe principalmente preocuparnos, especialmente en su forma hereditaria, por cuanto hemos tenido oportunidad de operar algunos enfermos estigmatizados por un antecedente familiar, o por lesión trófica de dientes, huesos, pupilas, etc.

Estando en preparación esta tesis, se ha operado en la Clínica del Dr. Del Valle, en el Hospital Piñero, un enfermo con un voluminoso varicocele, sobre el cual se hizo constar previamente en la historia, claros estigmas heredo-luéticos. Habiéndose empleado como anestesia la raquietovainización, se comprobó al tercer día de operado, una meningocauditis que cedió progresivamente en pocos días al tratamiento yodo-mercurial.

PATOGENIA. — En la patogenia de esta lesión, entra indudablemente como factor de primer grado, la estación bípeda y la disposición anatómica peculiar invocada por todos los clásicos, constituida por la desembocadura en ángulo recto de la vena

espermática izquierda en la vena renal, donde confluyen en sentido opuesto dos corrientes, en tanto que a la derecha, el plexo entra en la vena cava paralelamente al eje de la misma, lo que determina la mayor frecuencia de la lesión a izquierda que a derecha.

De toda la estadística, no hemos observado un solo caso puramente a derecha, encontrándose como una concomitancia de la lesión izquierda (varicocele doble).

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La anatomía patológica demasiado conocida para describirla, tiene como característica fundamental, la transformación conjuntiva y la hiperplasia de la túnica media de las venas del cordón, seguida de dilataciones ampulosas y sacciformes, que dan a la lesión, la característica visual y táctil de vermes enroscados en espiral. Esta alteración, si bien hace perder al vaso su función noble, de elasticidad y contractilidad, en cambio, la transforma en un elemento o cordón de sosten nada despreciable, lo que ha inducido a Del Valle a utilizarlo como suspensor para la pexia.

SÍNDROME VALOR DE LOS SIGNOS. — *Várices.* — Las várices de los paquetes venosos anteriores, ántero-externos, de los anatomistas, es el síntoma que revela la lesión al enfermo. No obstante, suele pasar desapercibido para el paciente en

muchos casos, siendo frecuente su descubrimiento por un examen médico accidental (reclutamiento) o más precisamente, por la mujer en las primeras relaciones sexuales. Esto sucede en los primeros períodos de la enfermedad, cuando el varicocele todavía no se ha hecho doloroso, o en aquellos otros casos, poco frecuentes, en que el síntoma dolor (flebitis, neuralgias del cordón), no aparece nunca.

El paquete posterior, en la mayoría de los casos, se encuentra indemne; pero existen un buen número de casos, en los que se constatan varices incipientes y en otros, tan grandes o mayores que en el anterior. En presencia de un enfermo de esta naturaleza, debemos sospechar de inmediato la existencia de varices del lado opuesto, así como también en los sistemas safenos, y si el examen resulta positivo podemos afirmar que se trata de un fleboescleroso en el cual, si buscamos estigmas heredo-luéticos, seguramente los encontraremos.

Otro tanto significa la presencia de un grupo de dilataciones varicosas, pequeñas, abigarradas, que clínicamente podemos diferenciarlas, con la designación de periepididimarias, por tener la característica de agruparse sobre este órgano, tomar forma de casquete y pertenecer anatómicamente a las venas del cordón en el momento en que, en un rico plexo, se fusionan en el cuerpo de Hignoro, para formar troncos mayores. Aisladamente, su existen-

cia no tiene mayor importancia, pero cuando las encontramos asociadas a grandes dilataciones del paquete anterior y posterior, estaremos en condiciones de sospechar una etiología heredo-luética y sobre todo formular un pronóstico muy reservado sobre el resultado de cualquier operación.

Es sobre este grupo de venas, donde, en los tipos varicocelosos rebeldes, hacen sus *pussés* congestivas dolorosas, a raíz de esfuerzos; tratándose en estos casos, de verdaderas flebitis mecánicas, que mejoran con la suspensión del órgano y el reposo; pero que dejan induraciones nodulares a nivel del epididimo y van estableciendo jalones degenerativos para el testículo.

Por último, podemos encontrar várices en el mismo escroto que son de pronóstico benigno y que desaparecen a raíz de una operación racional, como constatamos en varias observaciones.

*Ptosis*. — La caída de la glándula con la elongación consecutiva del escroto y el cordón, es un síntoma que nunca falta y que, adquiriendo fisionomía propia y estable, cierra el círculo vicioso de dilatación venosa, éxtasis sanguínea, orquidoptosis, distrofia glandular; a nuestro juicio es un síntoma que debe preocupar preferentemente la atención del clínico y del cirujano: al primero, porque casi siempre su menor o mayor grado, está en relación directa con el desarrollo de la lesión, al segundo por-

que le indicará el largo necesario de suspensor para el testículo, vale decir, la altura conveniente a que debe ser colocado durante la operación, empleando cualquier procedimiento de los que se preocupan de este síntoma. Como ya hemos dicho precedentemente al criticar el procedimiento de Nath, somos decididos partidarios, en tesis general, de todo procedimiento que se ocupe de la pexia, sin querer decir con ésto, que debemos descuidar en absoluto, los recursos que tiendan a modificar los trastornos circulatorios del cordón que son, precisamente, los más importantes.

*Dolor.* -- Es determinado por la elongación y tironcamiento del cordón y por la flebitis crónica, con *pussés* agudas y neuritis consecutivas de las terminaciones de los abdómino-genitales.

El dolor del tironcamiento o elongación del cordón, se caracteriza por una sensación de peso en las bolsas y una sensación dolorosa que, naciendo en el canal inguinal, más o menos a nivel del orificio externo, irradia hacia los lomos, provocado en el enfermo una sensación de cansancio y necesidad de reposo.

El dolor causado por la flebitis y las neuralgias de las terminaciones de los abdómino-genitales, se caracteriza y se diferencia del anterior por localizarse en el cordón extracanalicular y con preferencia sobre el grupo enfermo y a nivel del epidi-

dimo, cuando existe desarrollado el grupo periepididimario, tal como lo hemos descripto al ocuparnos de las várices en general.

La posición de pie y la marcha, aumentan este síntoma; así como el decúbito y el reposo lo disminuyen. Idéntico resultado, se consigue con el uso de suspensores ortopédicos, lo que demuestra palmariamente los beneficios indiscutibles de la orquidopexia.

*Distrofia glandular.* — Las alteraciones degenerativas de la glándula, se manifiestan de inmediato a todo trastorno circulatorio no compensado, del cordón, y en términos generales puede afirmarse que para que ella aparezca clara y manifiesta a la observación del enfermo, debe pasar por lo menos un par de años en la evolución de la enfermedad; bien que ella pueda presentarse con más precocidad.

Estas alteraciones distróficas de la glándula, se deben al espacio de tiempo transcurrido desde que se inició la afección, hasta la época en que, molestados por ella y la disminución consiguiente de la potencia genital, se presentan los enfermos a consultar al médico.

La atrofia del testículo, caracterizada por la pérdida de consistencia y la disminución de su volumen, es un síntoma que nunca falta, ni aún en aquellos casos en que el enfermo no sufre de su lesión, nos referimos a los varicoceles indoloros e ig-

norados, lo que prueba que la rémora en la circulación de retorno tiene tanta importancia para la integridad del órgano como la circulación arterial.

*Escroto.* — Al ocuparnos de la crítica de los procedimientos de escrotolectomía, hemos establecido el verdadero valor de la dilatación o la elongación del escroto.

Para no incurrir en repeticiones, recordaremos que, en la inmensa mayoría de los casos, este órgano, mejor dicho, su músculo dartos, se encuentra simplemente relajado en su tonicidad. De todos modos, conviene siempre en el examen de estos enfermos, establecer su grado de tonicidad, porque ello nos servirá de indicación, para ejecutar o no, la escrotolectomía complementaria y formular pronóstico sobre la retracción de las bolsas, consecutiva a la intervención.

**DIAGNÓSTICO.** — Con los síntomas que hemos pasado en revista, estaremos en condiciones, no solo de establecer el diagnóstico, de suyo fácil sino también, lo que es más importante, descubrir una etiología insospechada y también formular pronóstico sobre los resultados de una intervención.

Por otra parte, conviene siempre, como complemento, investigar la existencia de una hernia inguinal o de un hidrocele concomitante, para su tratamiento simultáneo en el acto operatorio, puesto que estas asociaciones, no son raras.

## CAPÍTULO IV

### ANATOMÍA QUIRÚRGICA DEL CORDÓN

#### (ANOMALÍAS VENOSAS)

ARTERIAS. — La circulación arterial que contiene el cordón con destino al testículo está representada por las arterias espermática, funicular y deferencial.

La primera, rama de la aorta abdominal, acompaña a los elementos desde el orificio inguinal interno, confundida con las venas del paquete anterior, lo que hace muy difícil, en la práctica, su aislamiento. Tres o cuatro centímetros por debajo del anillo inguinal externo, se bifurca en dos ramas terminales: una epididimaria destinada al epididimo; otra, testicular que se ramifica en el propio testículo y ambas emiten pequeñas ramas colaterales, anastomosadas entre sí capilarmente y que nutren en esta forma las venas, la fibrosa común de envoltura y la glándula. Es el tronco principal que nun-

ca falta y que conviene conservar para garantizar la nutrición del órgano.

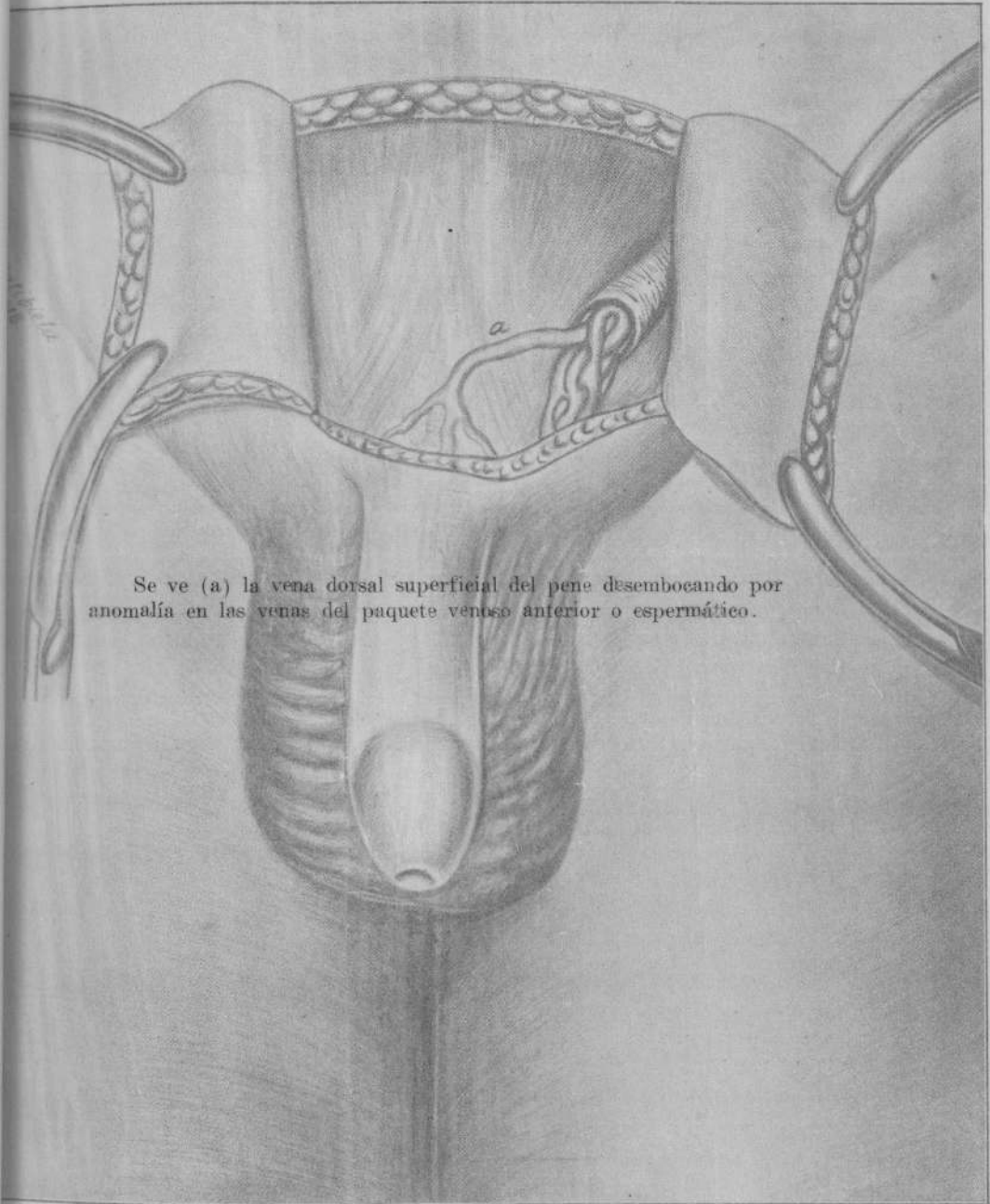
Luego veremos, al describir la técnica del procedimiento de Del Valle, como se trata en él, por ligaduras alternadas, de eludir el tronco único, en vista de las dificultades materiales que ocasiona su aislamiento por disección (láminas XIII y XVI).

La arteria deferencial, rama de la vesical inferior, corre próxima al canal deferente y termina sobre el epididimo anastomosándose con la epididimaria posterior, rama de la espermática, para formar un arco vascular que dá ramas a su vez al epididimo y al polo posterior del testículo.

La materia funicular, rama de la epigástrica, nace de esta última en el momento que la cruza el canal deferente, lo acompaña nutriendo las envolturas del cordón y según Jahriseth y Colle, llega hasta la cola del epididimo, donde se anastomosa ampliamente con la espermática y deferencial.

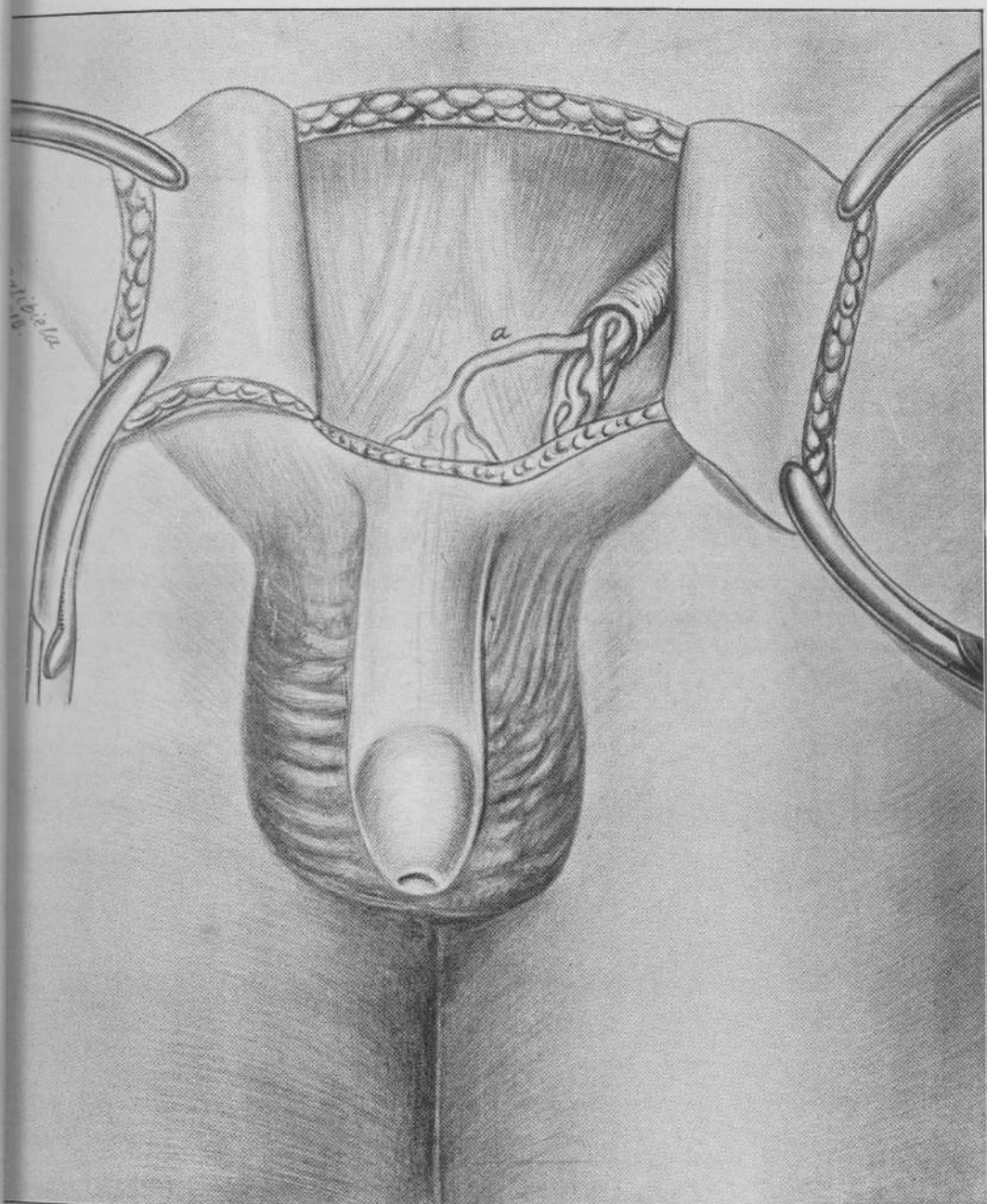
Las anastomosis de la funicular y de la deferencial con la principal o espermática, aseguran, en cierto modo, la nutrición arterial del testículo, cuando se liga ésta, como sería el caso de los procedimientos que ligan en masa el paquete anterior. No obstante, debemos oponer nuestras reservas, por cuanto, se tratan de arterias de segundo orden, sujetas a anomalías de distribución y calibre. En algunos casos, hemos podido comprobar que la arteria deferencial, es muy voluminosa y fácilmente vi-

LÁMINA III



Se ve (a) la vena dorsal superficial del pene desembocando por anomalía en las venas del paquete venoso anterior o espermático.

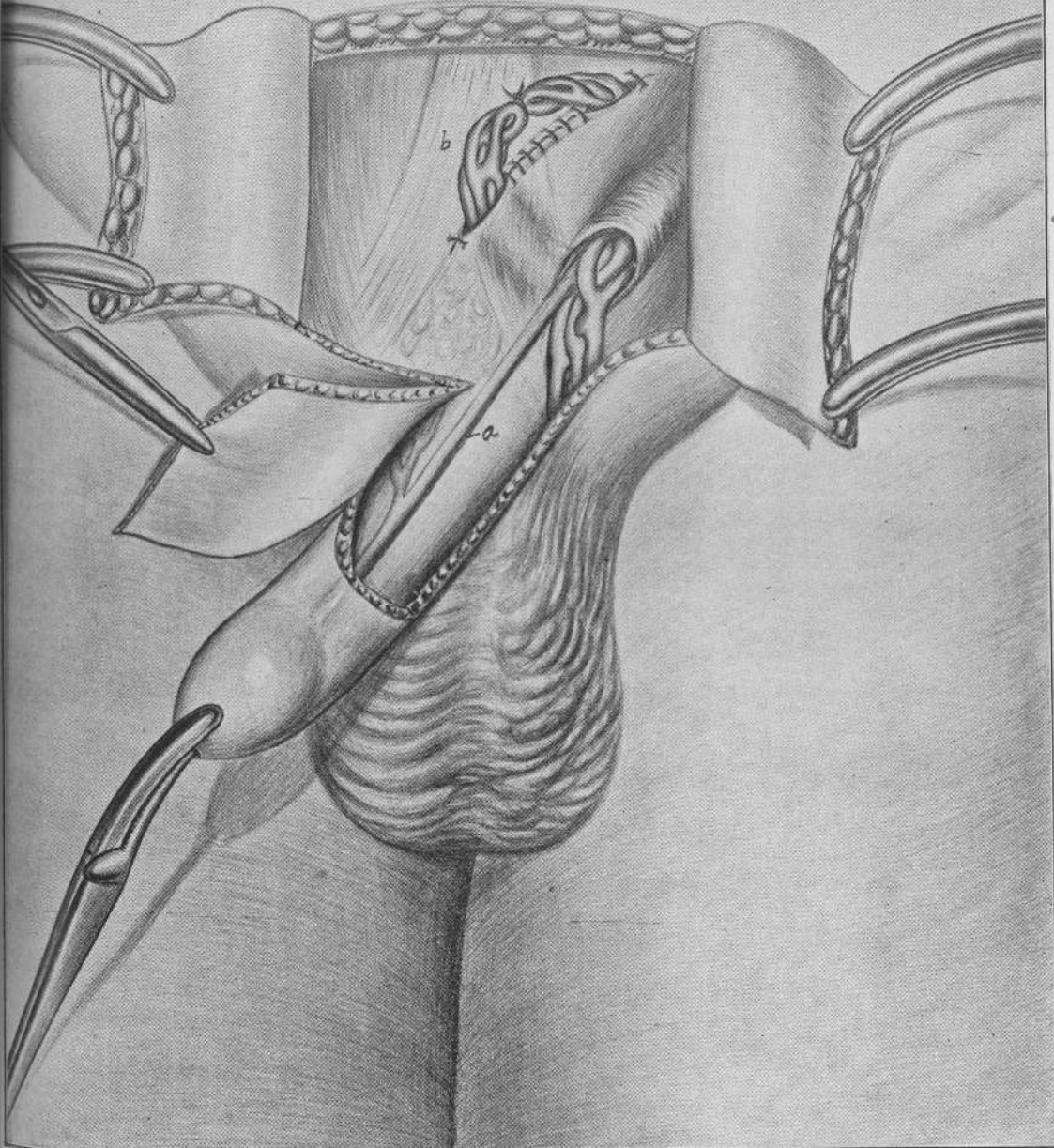


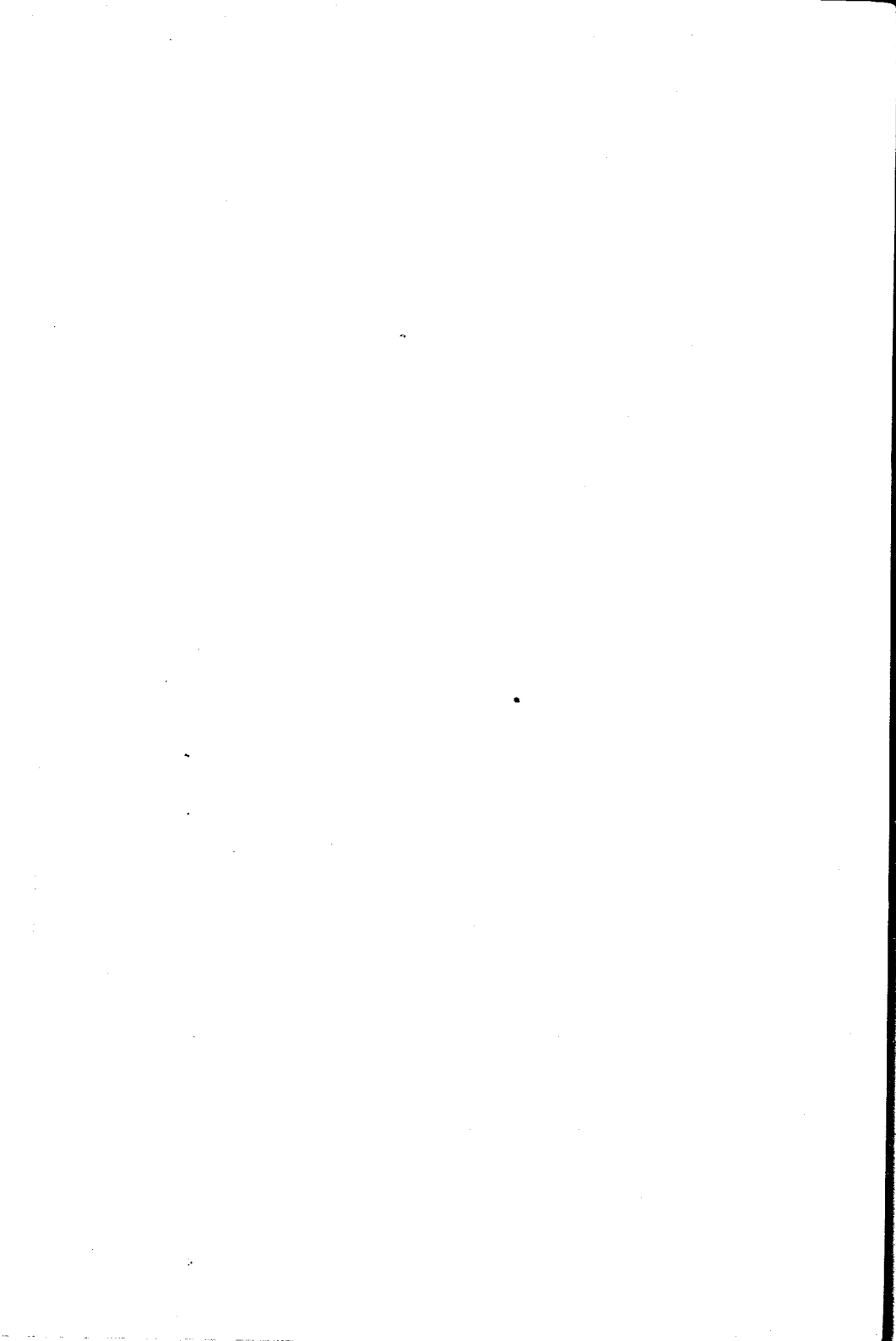


## VI ANIMÀJ

Representa la operaci3n terminada y como queda la zona dorsal superficial del pene en la anomalia mencionada. (a) Vista dorsal y suspensi3n (b) del padrete anterior.

P.M. Catibola  
1928





sible, por cuanto corre adosada a la cara posterior del canal deferente. Sin embargo, en la mayoría, es necesario buscarlo con empeño, dado su pequeño calibre, y en otros, relativamente escasos, la arteria no se ha hecho visible a pesar de haber aislado el canal.

VENAS. — Las venas del cordón nacen del testículo y del epididimo en un rico plexo y luego se colectan en tres grupos: uno anterior, otro lateral y uno posterior. Prácticamente el anterior y el lateral, marchan confundidos formando cinco o seis troncos y envolviendo entre sus ramas la arteria espermática, ascienden en el canal inguinal, cruzan su orificio interno formando un solo tronco que constituye la vena espermática, la que desemboca en la vena cava inferior, a la derecha; en la vena renal izquierda, a la izquierda.

Este paquete anterior o espermático, propiamente dicho es el que preferentemente es atacado por el varicocelo, y por disposición dentro de la atmósfera celulosa-grasosa común de los elementos del cordón, es fácil su aislamiento quirúrgico del canal deferente y del paquete posterior, sobre todo si se recurre a un simple *truc*, que describiremos luego al ocuparnos de la fibrosa común. Los troncos colectores de este grupo, están unidos por numerosas anastomosis laterales, que disminuyen progresiva-

mente en número a medida que se asciende en el canal inguinal.

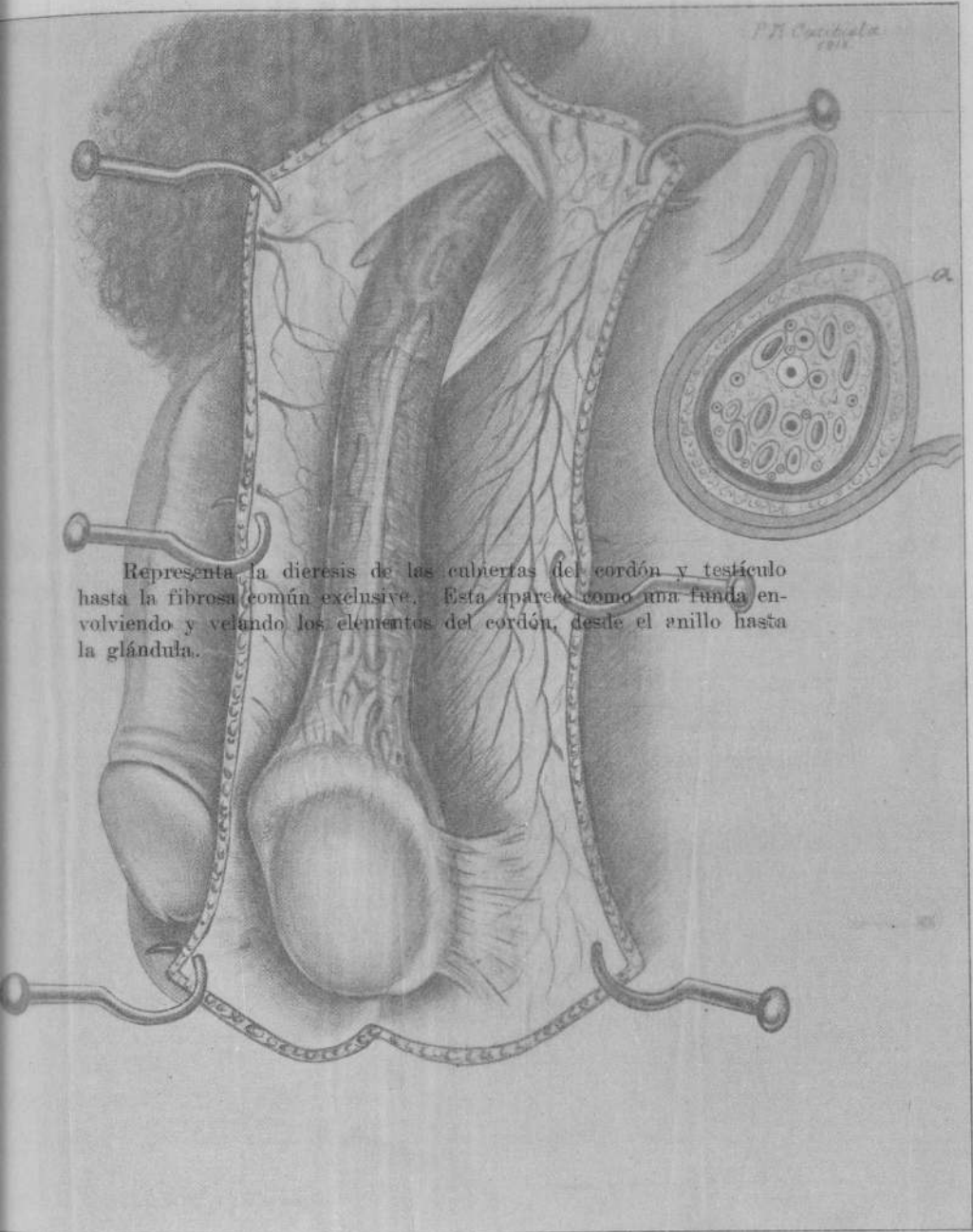
El paquete posterior o deferencial, formado por tres o cuatro troncos desemboca en la vena epigástrica y va acompañado por la arteria deferencial.

Ambos sistemas corren independientemente uno de otro, y solo por excepción se encuentran anastomosados entre sí.

Bajo el punto de vista quirúrgico, conviene tener presente una anomalía venosa, poco común, que ha sido encontrada dos veces por Del Valle al efectuar su procedimiento: consiste en la desembocadura de la vena dorsal superficial del pene en el grupo venoso anterior, tal como lo representa la lámina III (a).

En el primer enfermo, esta circunstancia pasó desapercibida y solo al ser dado de alta, y al efectuar sus funciones genésicas, notó un cordón fibroso que tirando sobre la cara dorsal del pene, hacia el anillo inguinal, desviaba el miembro hacia la izquierda y dificultaba el coito. Examinado nuevamente, se constató la existencia de dicha anomalía y la trombosis del vaso, producida sin duda, por la tracción que había experimentado al levantar el paquete anterior, en el último tiempo de la operación (ver (a) lámina IV). A pesar de ello, al cabo de un mes y sin necesidad de recurrir a una nueva intervención, el cordón fibroso y los trastornos habían

LÁMINA V



Representa la diéresis de las cubiertas del cordón y testículo hasta la fibrosa (común exclusiva). Esta aparece como una funda envolviendo y velando los elementos del cordón, desde el anillo hasta la glándula.

mente en número a medida que se asciende en el canal inguinal.

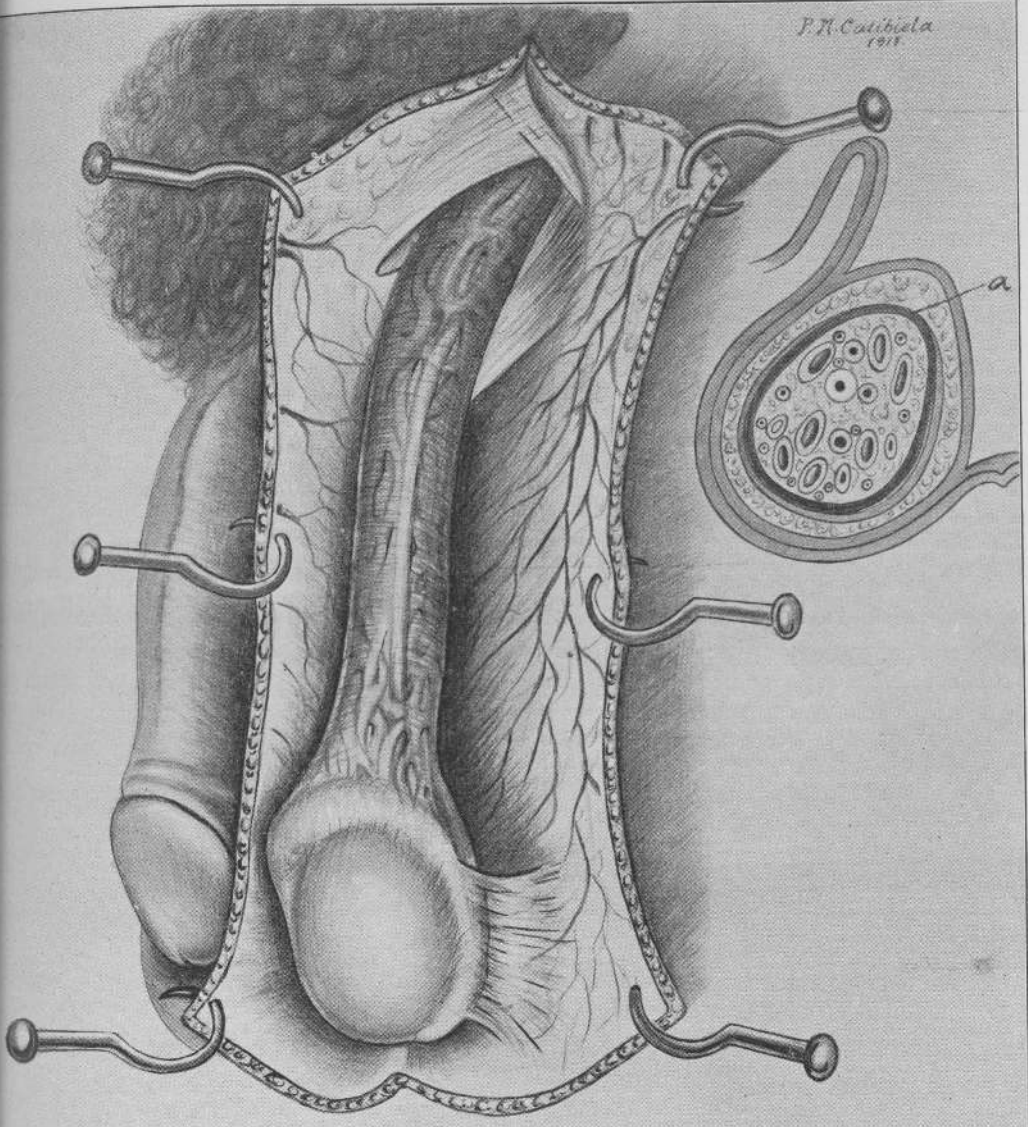
El paquete posterior o deferencial, formado por tres o cuatro troncos desemboca en la vena epigástrica y va acompañado por la arteria deferencial.

Ambos sistemas corren independientemente uno de otro, y solo por excepción se encuentran anastomosados entre sí.

Bajo el punto de vista quirúrgico, conviene tener presente una anomalía venosa, poco común, que ha sido encontrada dos veces por Del Valle al efectuar su procedimiento: consiste en la desembocadura de la vena dorsal superficial del pene en el

En el primer enfermo, esta circunstancia pasó desapercibida y solo al ser dado de alta, y al efectuar sus funciones genésicas, notó un cordón fibroso que tirado sobre la cara dorsal del pene, hacia el anillo inguinal, desviaba el miembro hacia la izquierda y dificultaba el coito. Examinado nuevamente, se constató la existencia de dicha anomalía y la trombosis del vaso, producida sin duda, por la tracción que había experimentado al levantar el paquete anterior, en el último tiempo de la operación (ver (a) lamina IV). A pesar de ello, al cabo de un mes y sin necesidad de recurrir a una nueva intervención, el cordón fibroso y los trastornos habían

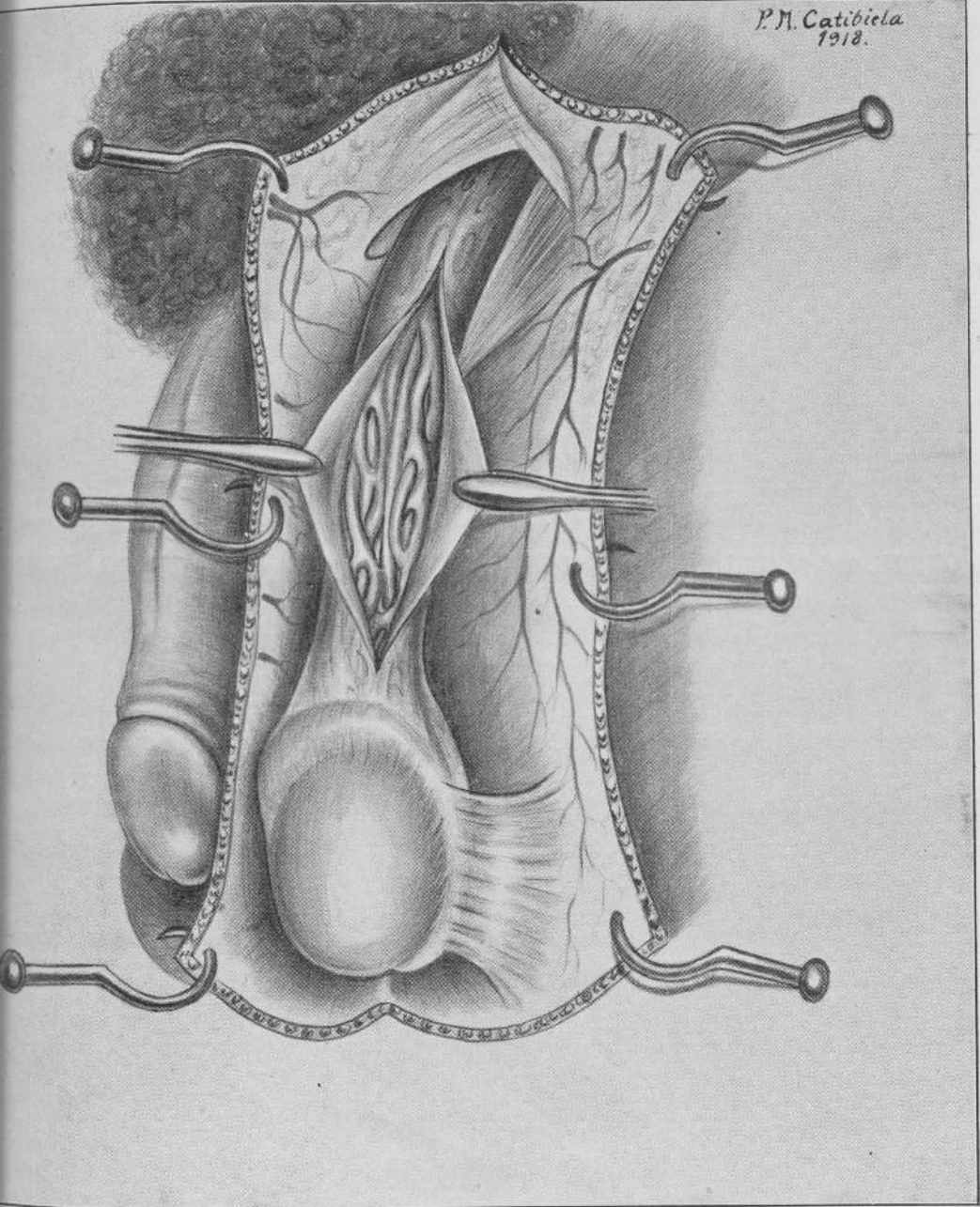
F.A. Catibiala  
1918

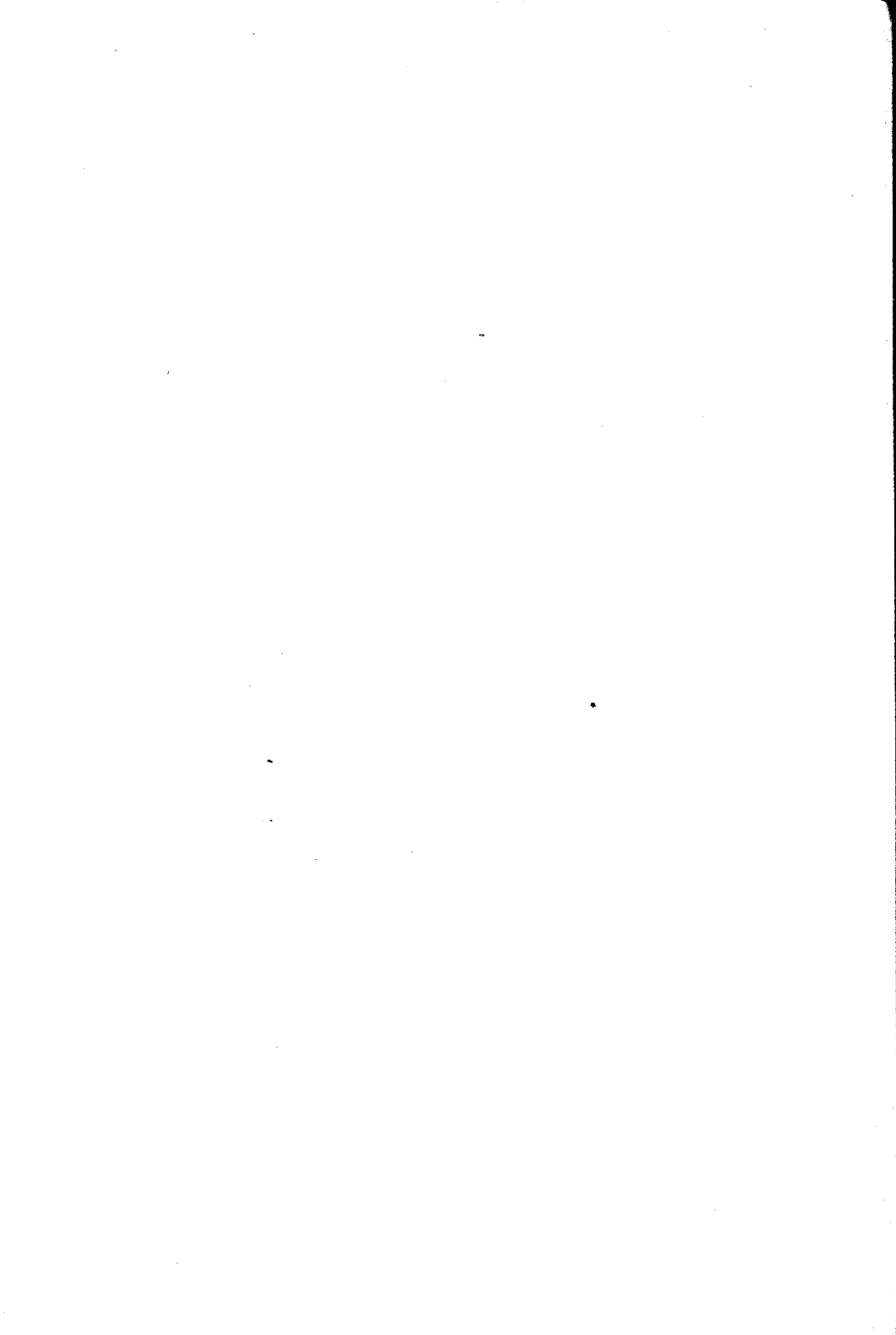


IV ANIMĂ

Reprezenta la fibrosă albită por un egl vertical que pora diaz  
viallos las zonas del colorat que, con l'animă Z de la operaci6n.

P. M. Catibicla  
1918.





desaparecido. Este enfermo ha sido visto en perfectas condiciones, dos años más tarde.

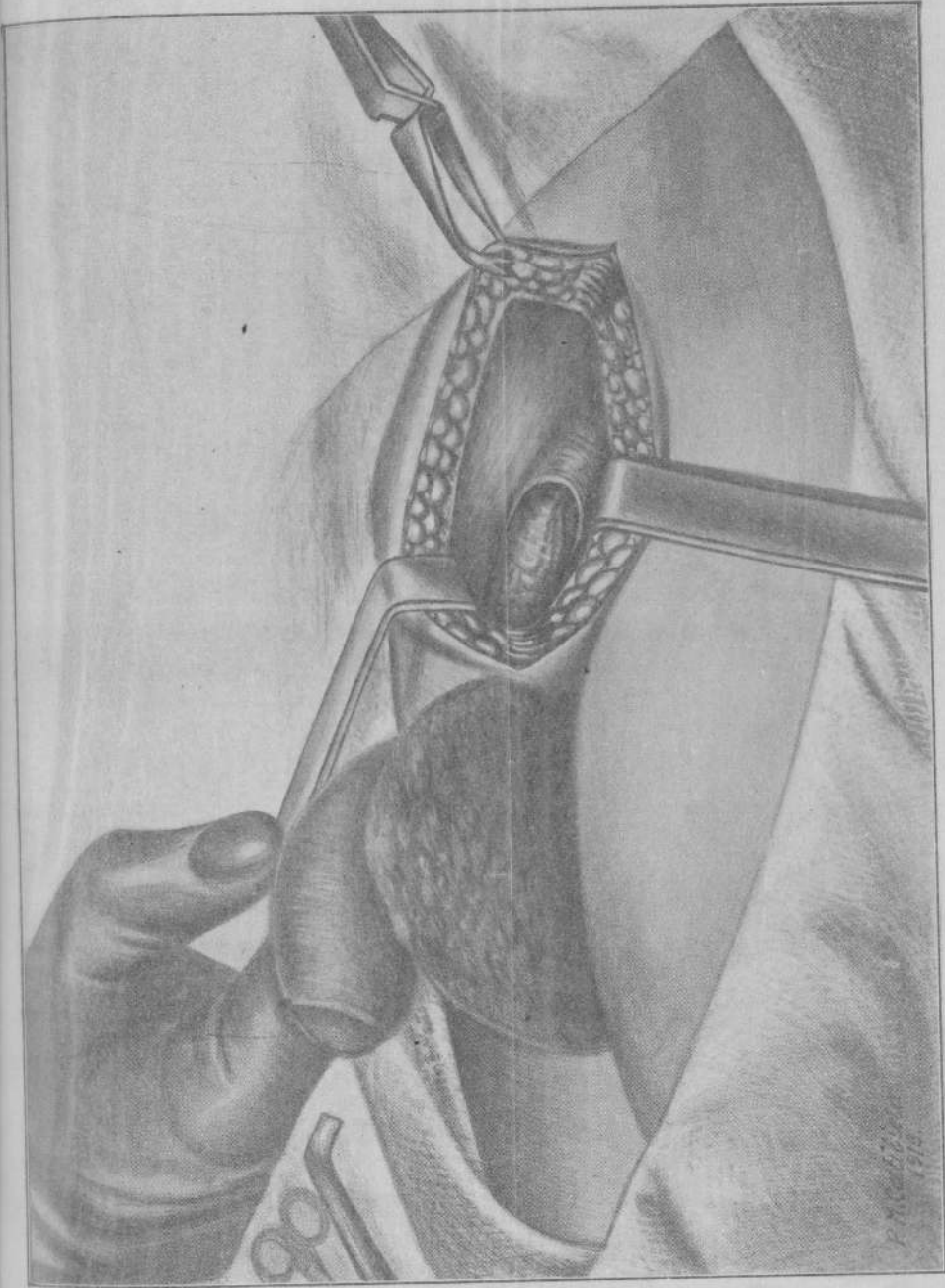
En un segundo caso, en que se observó la repetición de esta anomalía, se pudo evitar estos inconvenientes, seccionando la vena dorsal superficial del pene, entre dos ligaduras próximas a su anastomosis. Esta anomalía cuya frecuencia no excede de 1 a 2 %, es fácil reconocerla, si se tiene la precaución de individualizar bien claramente el paquete venoso anterior, desde su nacimiento en el testículo, hasta su entrada en el canal inguinal.

FIBROSA COMÚN. — El conjunto de los elementos descritos, está contenido en la fibrosa común, especie de funda conjuntiva que se hace visible en el anillo inguinal y acompaña a los elementos hasta confundirse abajo con la del testículo (lámina V).

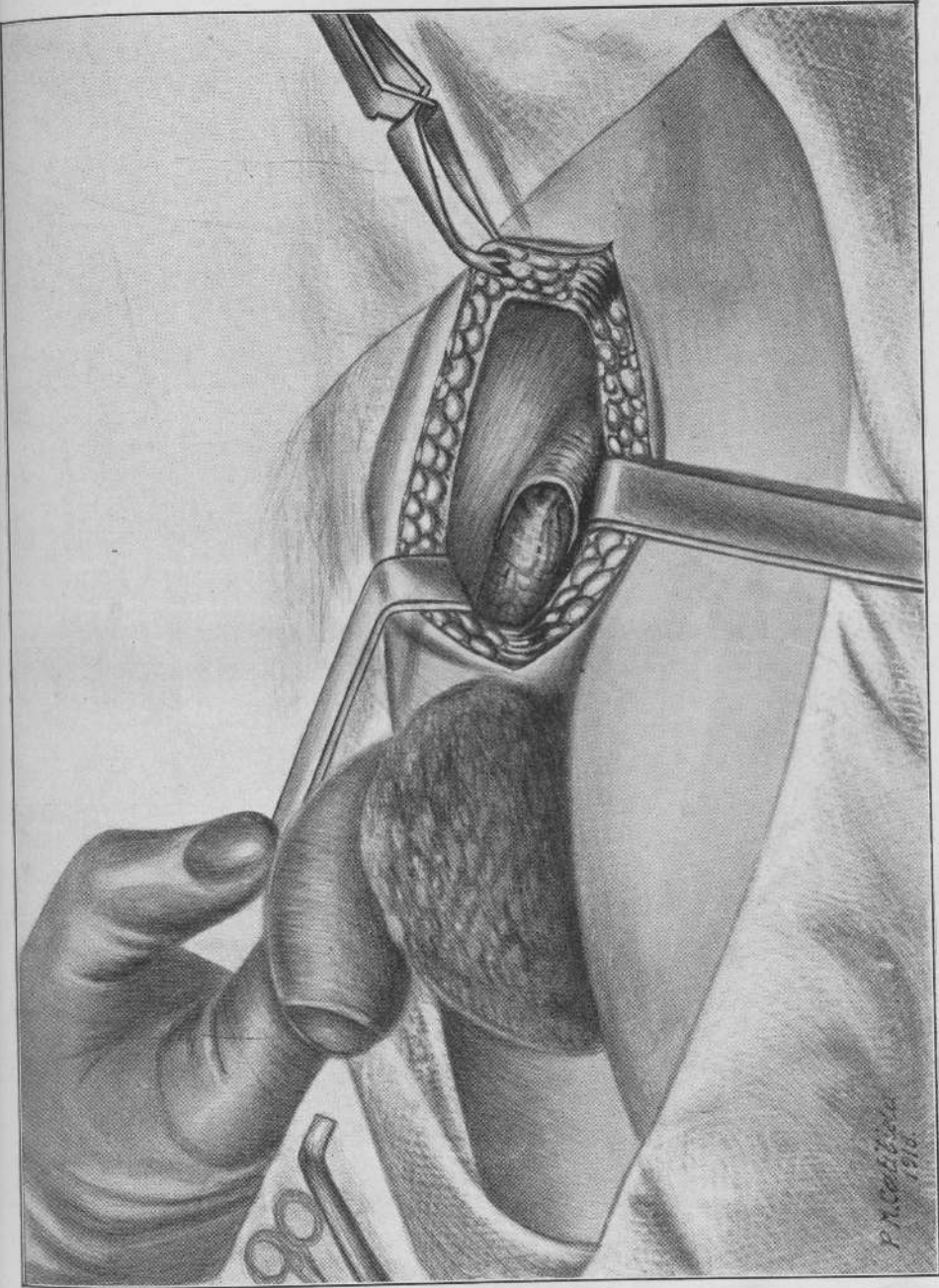
Desde el punto de vista quirúrgico, esta vaina tiene suma importancia, por cuanto, si el operador la toma entre pinzas a su salida del anillo y abre en ella un ojal (ver láminas VI y X) caerá en la atmósfera celular, a expensas de la cual, deslizan los elementos del cordón entre sí, la que toma por su aspecto brillante y uniforme, la fisonomía de una verdadera scrosa en forma de velo muy ténue, debajo del cual aparecen de inmediato y se ven por transparencia, las varicocidades azuladas del paquete anterior. Agrandando el ojal hacia abajo, tomando sus bordes con pinzas Kocher, se pone al

descubierto dicho paquete en cierta extensión y es muy fácil entonces, tomándolo con los dedos o, mejor aún, con pinzas de disección, aislarlo del resto de los elementos. El paquete se presenta solo, por decirlo así, y se puede seguir hasta su inserción en el testículo, desgarrando unos débiles tractus en su porción más inferior. En esta forma, los otros elementos casi ni se ven y la operación resulta sencilla, exagüe y elegante. Insistimos sobre esto, porque hemos visto algunos operadores, que se preocupan de aislar todo el funículo como se hace para la hernia y querían entrar por disección obtusa, a través de la fibrosa, en busca del paquete. En esta forma a la inversa del anterior, la operación resulta dificultosa, sangrienta y deslucida.

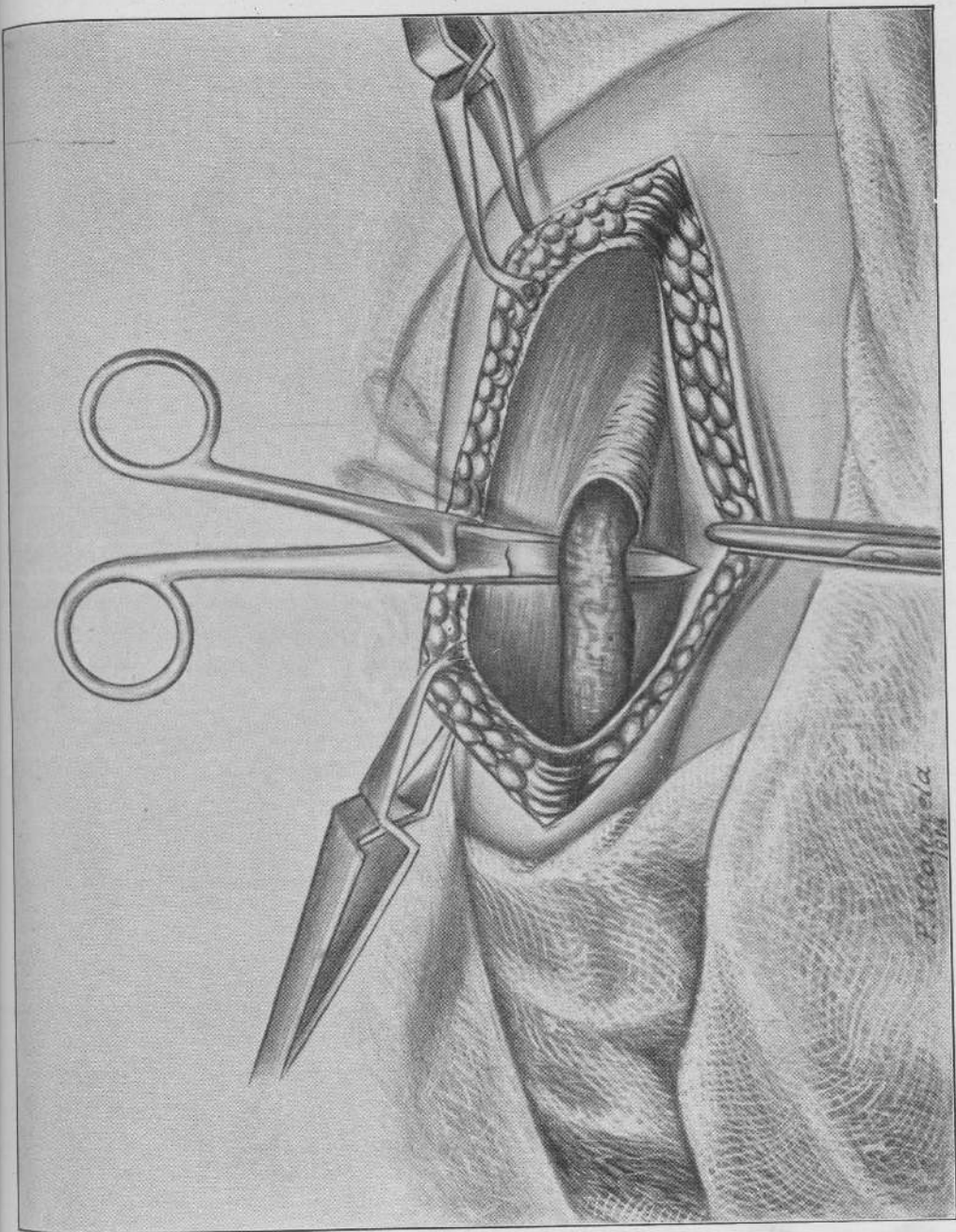
LÁMINA VII



descubierto dicho paquete en cierta extensión y es muy fácil entonces, tomándolo con los dedos o, mejor aún, con pinzas de disección, aislarlo del resto de los elementos. El paquete se presenta solo, por decirlo así, y se puede seguir hasta su inserción en el testículo, desgarrando unos débiles traemas en su porción más inferior. En esta forma, los otros elementos casi ni se ven y la operación resulta sencilla, exágit e elegante. Insistimos sobre esto, porque hemos visto algunos operadores, que se preocupan de aislar todo el funículo como se hace para la hernia y querían entrar por disección obnusa, a través de la fibrosa, en busca del paquete. En esta forma a la inversa del anterior, la operación resulta difícilosa, sangrienta y deslucida.

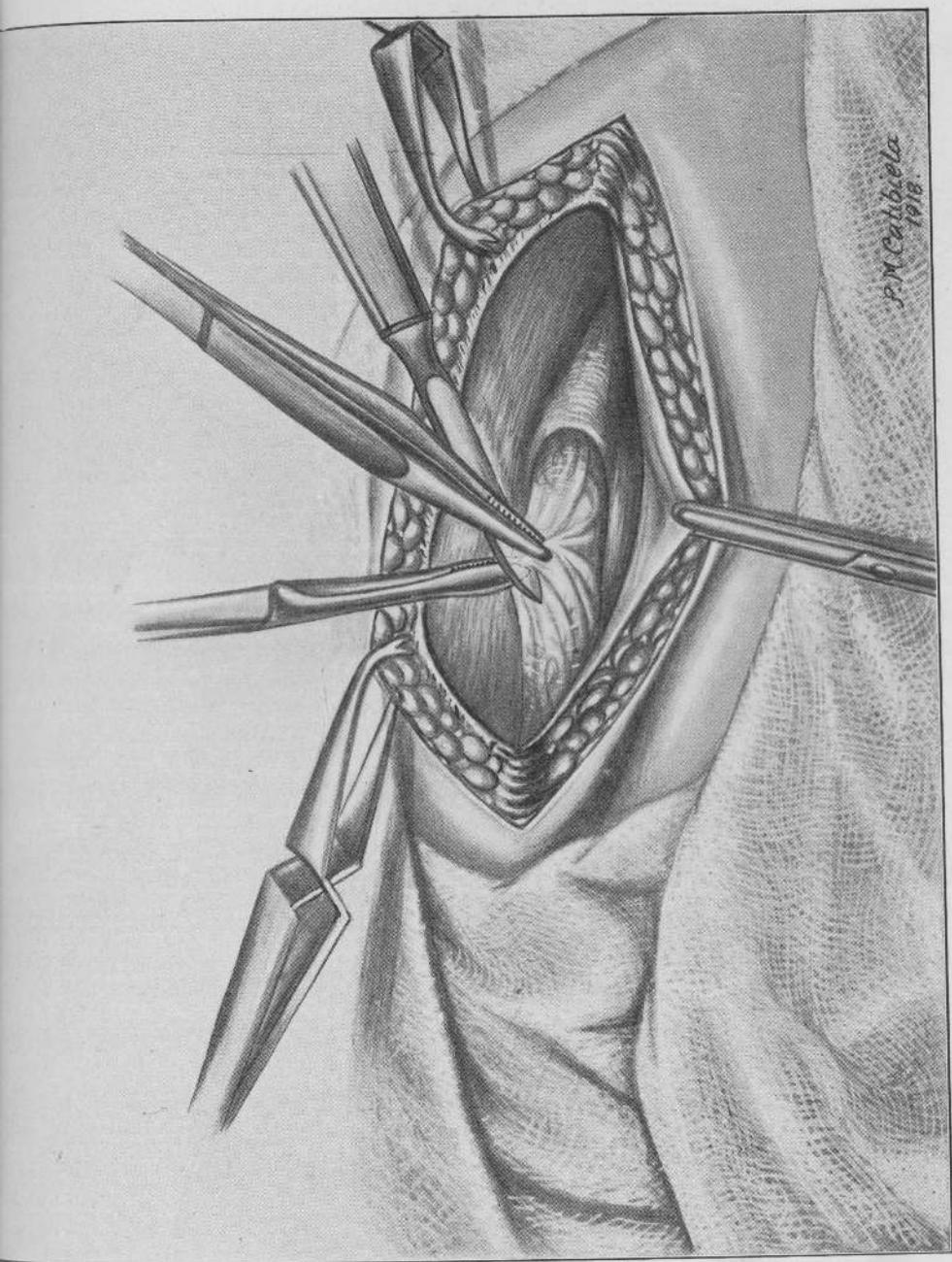


III V ANIMĀJ



F. C. Campbell  
1914

XI ANIMAJ





## CAPÍTULO V

### PROCEDIMIENTO DEL VALLE

#### (SU TÉCNICA)

La técnica operatoria del procedimiento Del Valle, se describe clara y sucintamente en las láminas que ilustran el siguiente trabajo (VII al XV). Es una técnica sencilla y rápida, cuya duración no excede de 12 a 15 minutos, cuando lo ejecutan manos entrenadas, tal como lo hemos visto practicado por el autor y por los médicos agregados al servicio del Profesor Decoud.

No obstante, vamos a hacer su descripción circunstanciada para poner, al lector, al corriente de las maniobras que la facilitan y que evitan errores de técnica, haciendo su división por tiempos para metodizar la exposición.

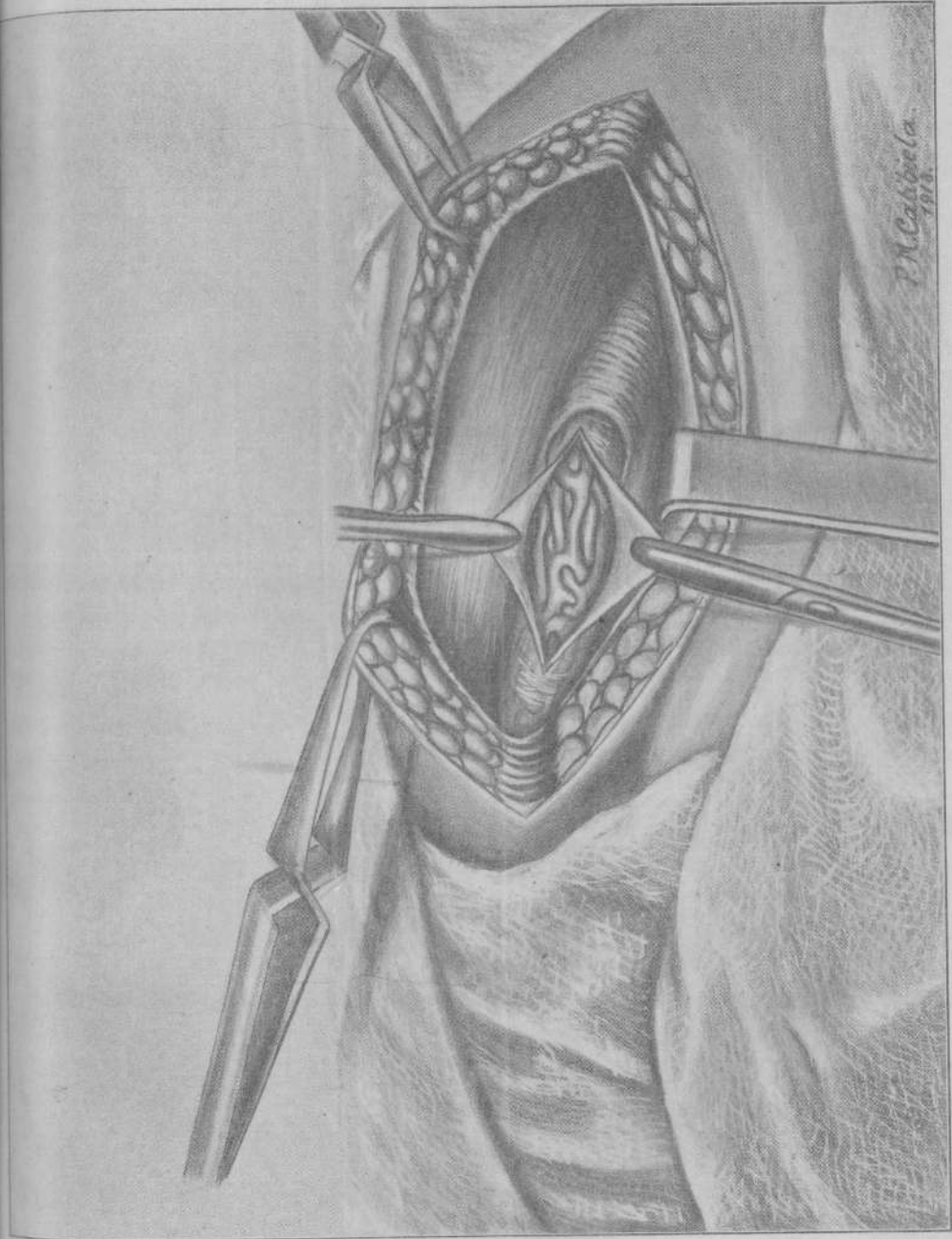
*1er. Tiempo:* Determinar por palpación el anillo; practicar una incisión de 5 a 6 centímetros sobre el mismo y que se extienda oblicuamente hacia arriba, siguiendo la dirección de la bisectriz del án-

gulo formado por el borde externo del recto del abdomen y la arcada crural.

Seccionar piel, tejido celular y fascia superficial, de modo a descubrir netamente el anillo inguinal, dando salida al cordón espermático envuelto por la fibrosa común. Movilizar el labio superior de la piel para descubrir, en una extensión moderada, la aponeurosis del gran oblicuo (ver láminas VII y VIII).

2.º *Tiempo*: Con dos pinzas, tomar la fibrosa común haciendo un pliegue transversal a la dirección de los elementos; seccionar a bisturí prudentemente como indica la lámina IX. Esto tiene por objeto caer directamente sobre el paquete anterior, envuelto en un tejido celular laxo con aspecto de serosa, que constituye un excelente plano de élvaje para aislarlo del canal deferente y del paquete posterior (lámina X). Abierto el ojal en esta forma, se sigue seccionando, a tijeras, la fibrosa común en dirección hacia el testículo. Al mismo tiempo se exterioriza el paquete venoso anterior, traccionándolo suavemente, entre el pulgar y el índice (lámina XI). Se debe seguir el aislamiento del paquete venoso, hasta su nacimiento en el testículo; seccionando a tijeras, los tractus fibrosos que se presenta a esta altura entre los troncos venosos, de modo de evidenciar bien sus orígenes. Esta maniobra exige la evisceración del testículo en la herida, recubierto por la vaginal que no se debe abrir, sino en el caso

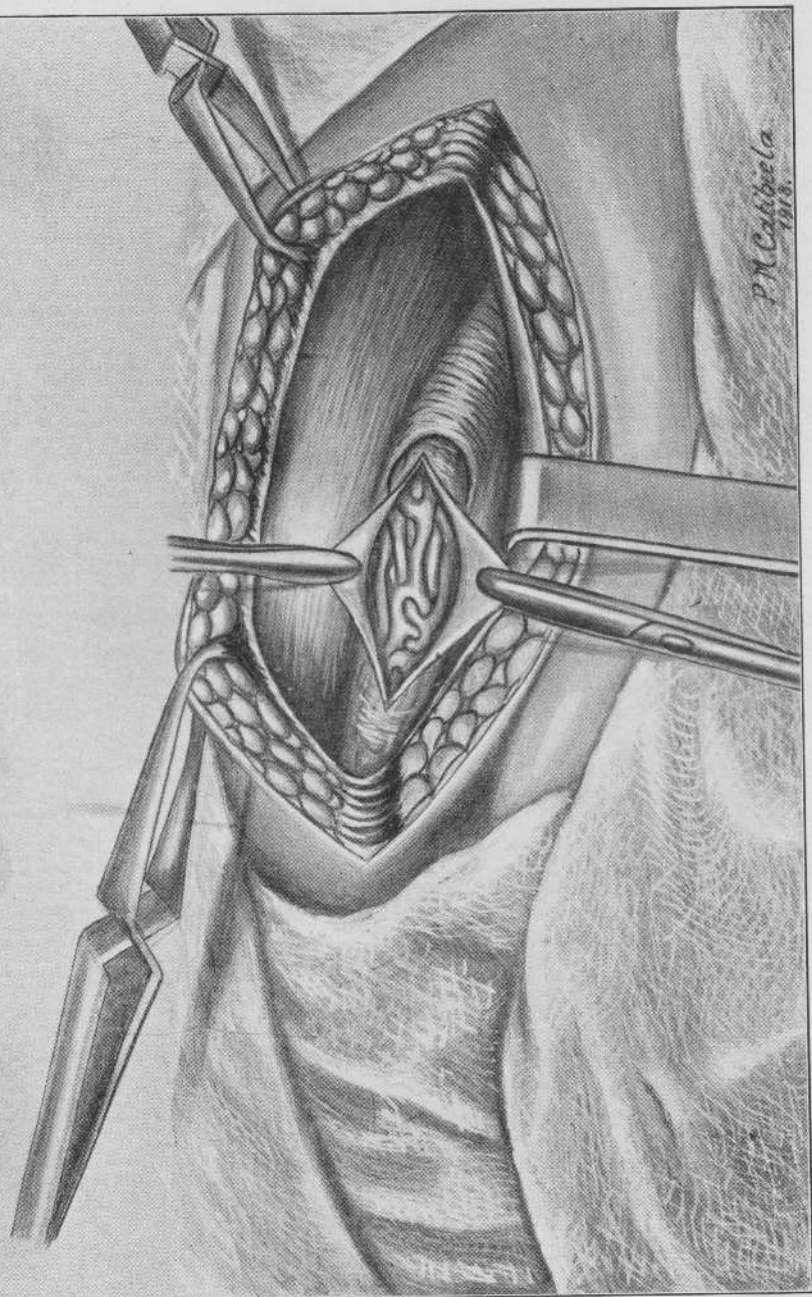
LÁMINA X



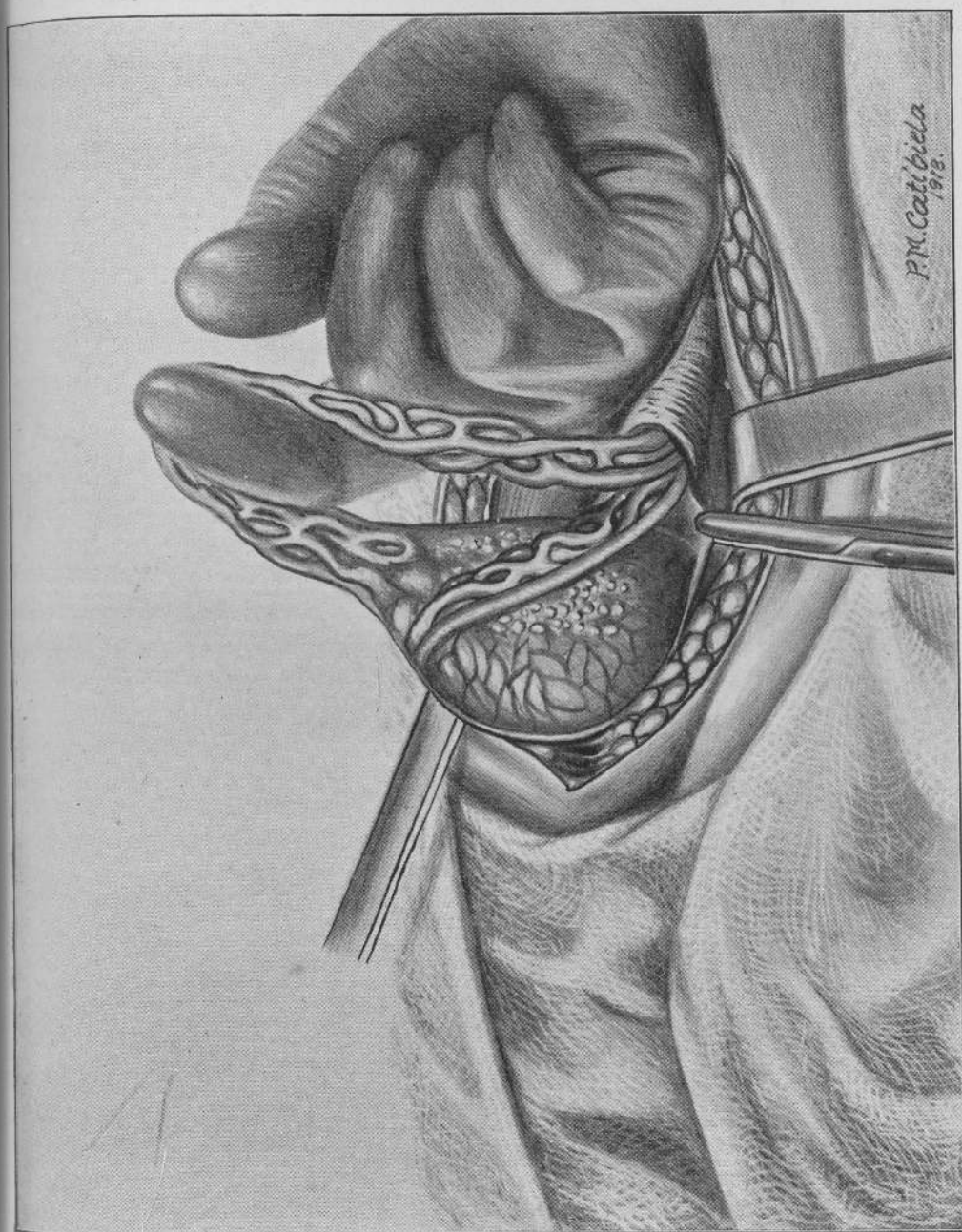
gulo formado por el borde externo del recto del abdomen y la arcada crural.

Seccionar piel, tejido celular y fascia superficial, de modo a descubrir netamente el anillo inguinal, dando salida al cordón espermático envuelto por la fibrosa común. Movilizar el labio superior de la piel para descubrir, en una extensión moderada, la aponeurosis del gran oblicuo (ver láminas VII y VIII).

2.º *Tiempo*: Con dos pinzas, tomar la fibrosa común haciendo un pliegue transversal a la dirección de los elementos; seccionar a bisturí prudentemente como indica la lámina IX. Esto tiene por objeto caer directamente sobre el paquete anterior, envuelto en un tejido celular laxo con aspecto de serosa, que constituye un excelente plano de clivaje para aislarlo del canal deferente y del paquete posterior (lámina X). Abierto el ojal en esta forma, se sigue seccionando, a tijeras, la fibrosa común en dirección hacia el testículo. Al mismo tiempo se exterioriza el paquete venoso anterior, traccionándolo suavemente, entre el pulgar y el índice (lámina XI). Se debe seguir el aislamiento del paquete venoso, hasta su nacimiento en el testículo; seccionando a tijeras, los tractus fibrosos que se presenta a esta altura entre los troncos venosos, de modo de evidenciar bien sus orígenes. Esta maniobra exige la evisceración del testículo en la herida, recubierto por la vaginal que no se debe abrir, sino en el caso

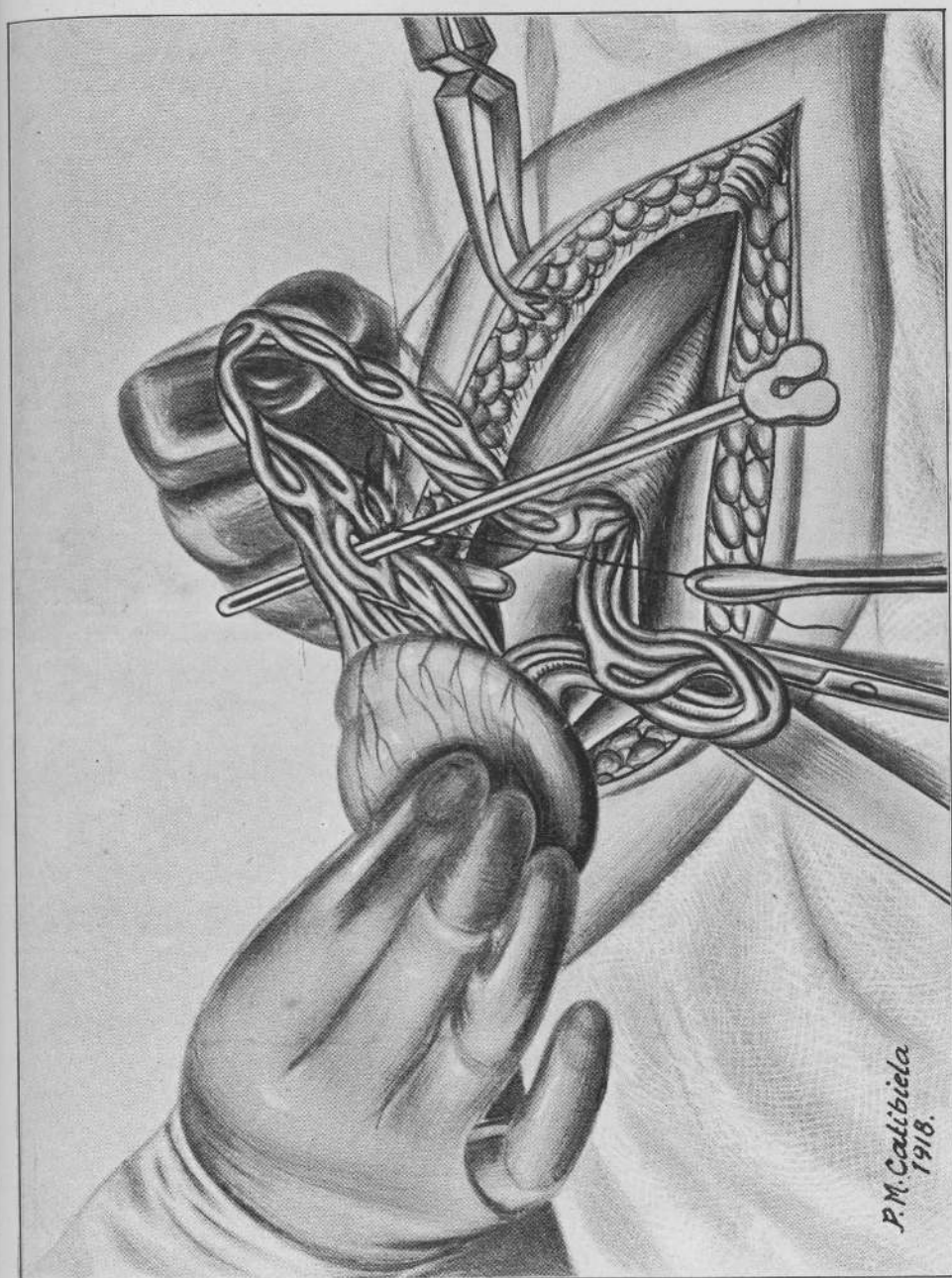


IX ANIMĂJ

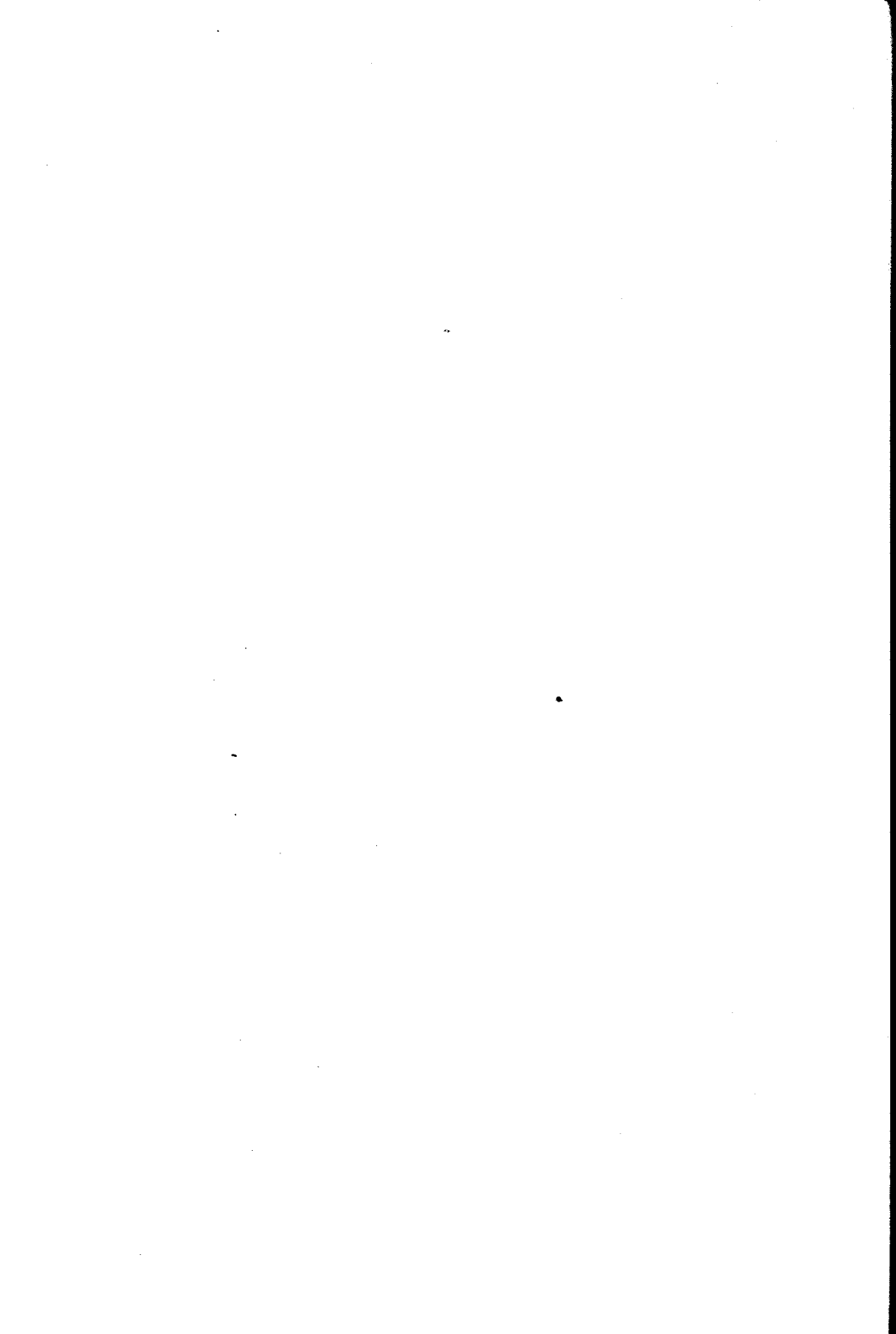


P.M. Castibiel  
1912.

IX ANIMA



P. M. Calbiola  
1918.



de un hidrocele concomitante. Es conveniente, aunque no indispensable, seccionar el ligamento escrotal. *No es necesario preocuparse en este tiempo ni en los sucesivos del canal deferente y del paquete venoso posterior, sino para rechazarlos y reclinarlos hacia el fondo de la herida.*

*3er. Tiempo:* Aislado así el paquete, se entrega al ayudante quien lo mantendrá tendido, para conservar su dirección normal (ver lámina XII) hasta la colocación de las dos ligaduras. Esto tiene por objeto, evitar la rotación del paquete, que traería como consecuencia dos ligaduras superpuestas sobre un mismo subgrupo de venas, en vez de hacerlo alternativamente como es su finalidad.

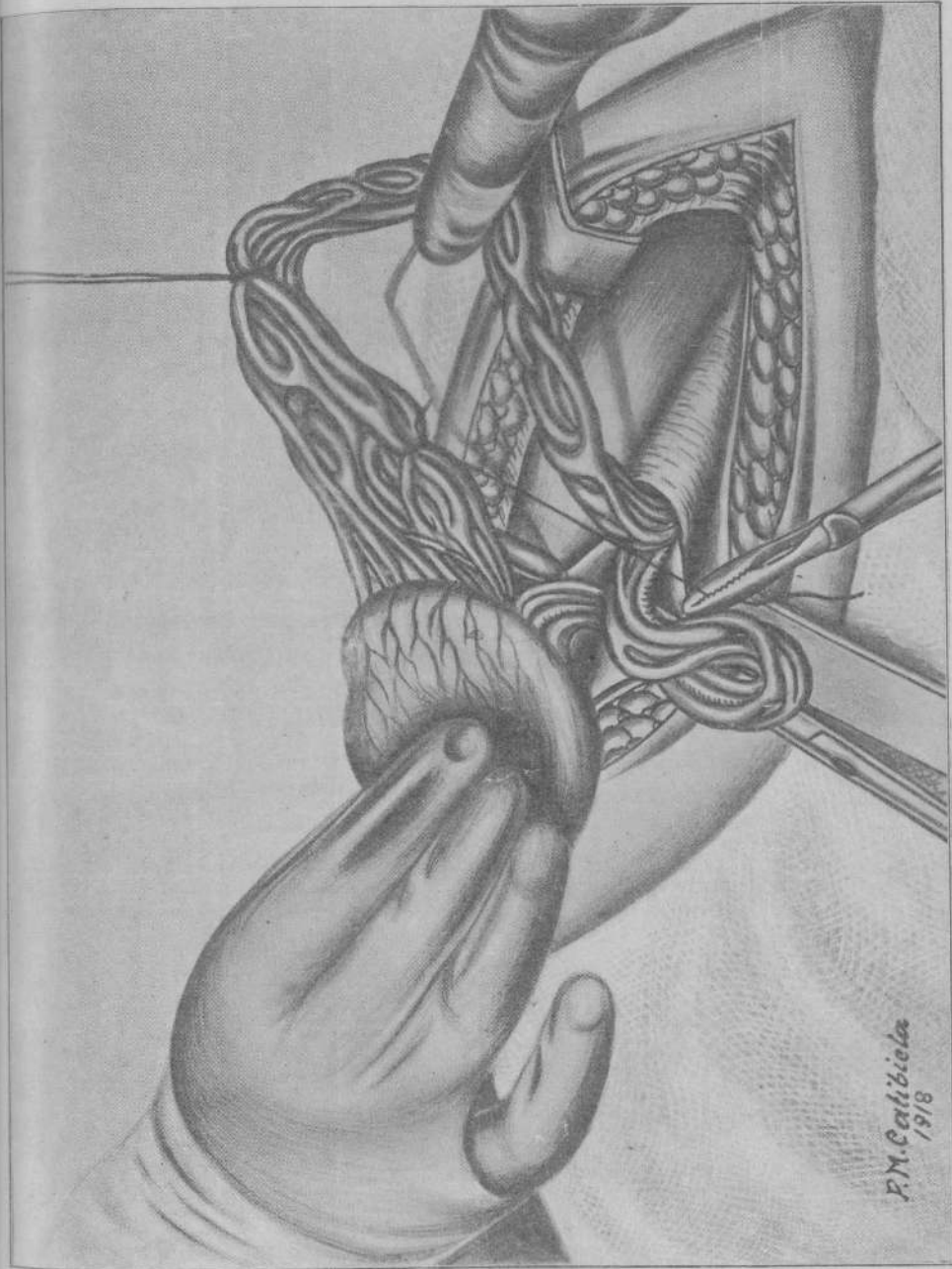
*4.º Tiempo:* Con una sonda acanalada o instrumento como cualquiera transfixar a un través de dedo del borde superior del testículo (ver lámina XII) el paquete anterior, de manera a dividirlo en dos partes iguales; colocar, aprovechando este ojal, una ligadura de catgut que comprenda la mitad posterior de dicho paquete; dos traveses de dedo por encima de esta primera ligadura repetir la maniobra de transfixión con la sonda y colocar una segunda ligadura que comprenda la mitad anterior, dejando sus cabos largos, como lo indica la lámina XIII. Se reintegra el testículo a las bolsas. Tomando a grosso modo las medidas consignadas, quedará un suspensor para la pexia, en los tiempos subsiguientes, de 3 dedos o sea de 6 a 7 centímetros, más

o menos, largo adecuado para una corrección conveniente.

5.° *Tiempo*: Un grueso través de dedo por encima y por dentro del anillo inguinal, incidir la aponeurosis del oblicuo mayor, en la dirección de sus fibras y en una extensión de 4 centímetros más o menos. Pasar a través de ésta brecha, una pinza, disociando el gran oblicuo del tendón conjunto que subyace, la que saliendo por el anillo inguinal externo, tome los cabos de la ligadura superior (lámina XIV) y recorriendo su camino inversamente haga salir por la brecha aponeurótica, el paquete venoso así ligado. Por esta maniobra el testículo asciende en las bolsas.

6.° *Tiempo*: Cargando el paquete con un separador, se sutura por un *surget* la brecha aponeurótica del oblicuo mayor, dejando dos orificios en sus extremos, suficientes para no estrangular las venas que cabalgarán en polea sobre esta sutura (lámina XV). Decidir la altura definitiva a que conviene dejar el testículo, por la inspección del escroto, separando las compresas que lo tapan. Con los cabos largos de la segunda ligadura, hacer la fijación a la aponeurosis del gran oblicuo (lámina XV).

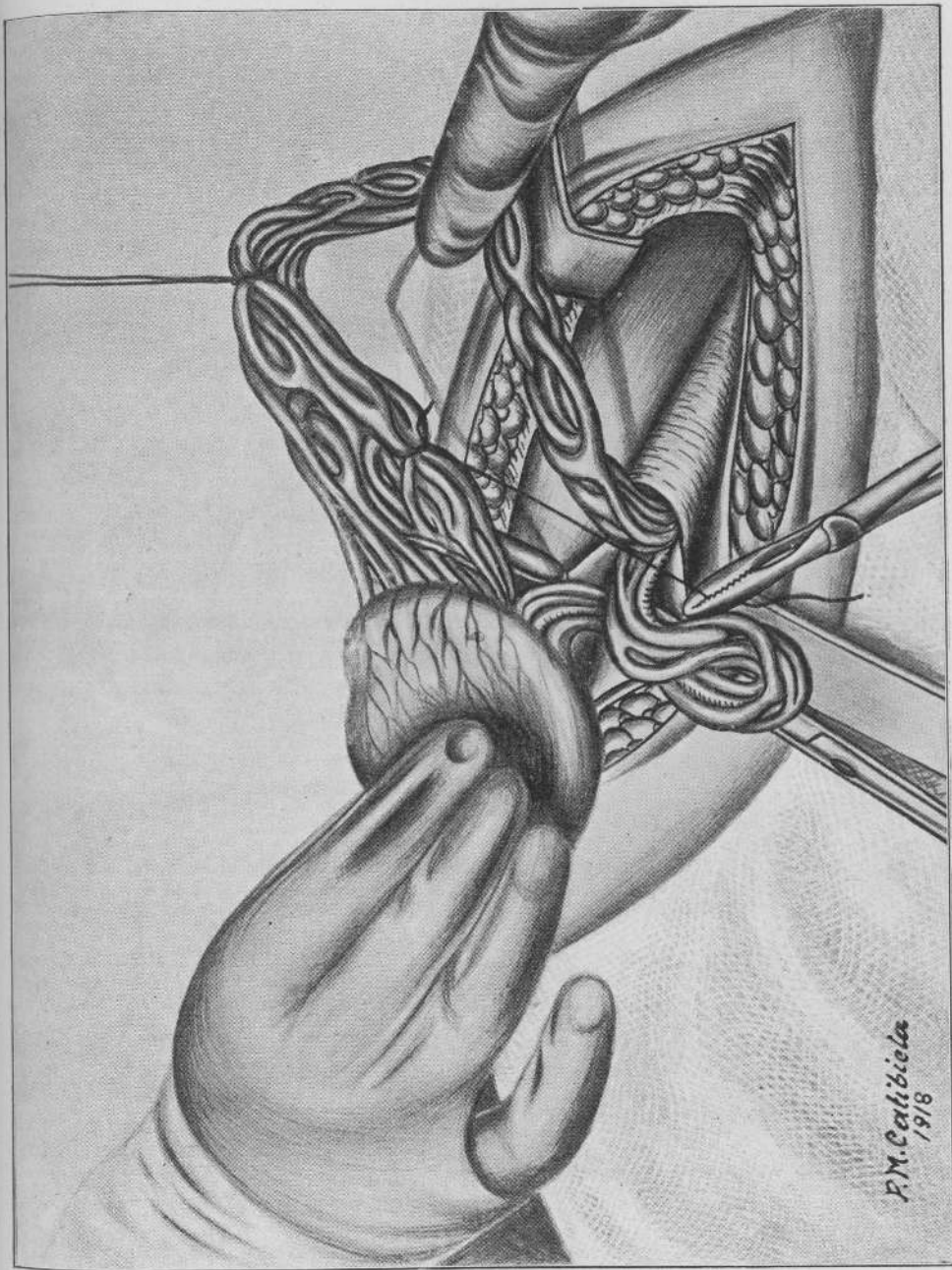
LÁMINA XIII



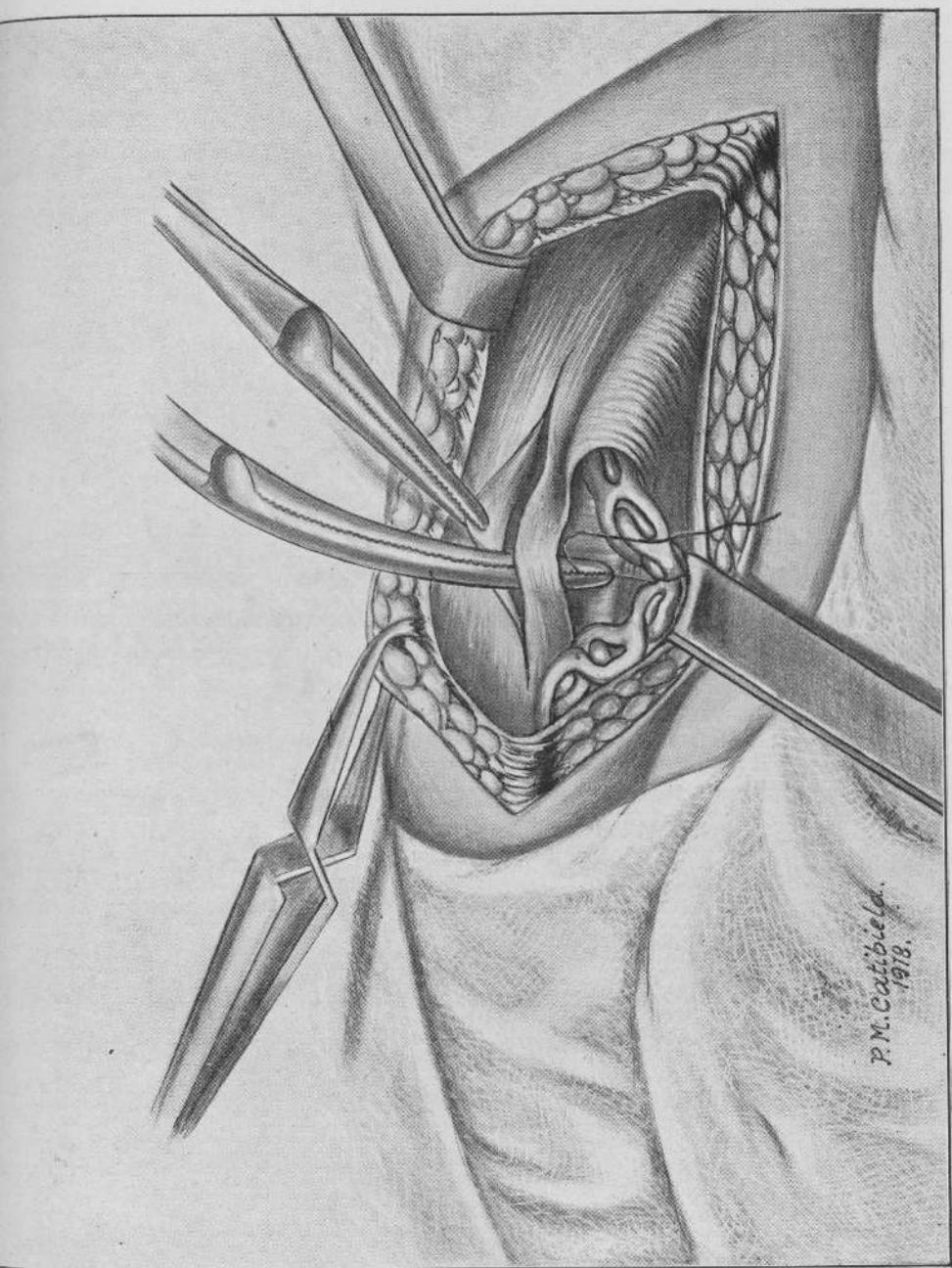
o menos, largo adecuado para una corrección conveniente.

5.º *Tiempo*: Un grueso través de dedo por encima y por dentro del anillo inguinal, incidir la aponeurosis del oblicuo mayor, en la dirección de sus fibras y en una extensión de 4 centímetros más o menos. Pasar a través de ésta brecha, una piuzza, disecando el gran oblicuo del tendón conjunto que subyace, la que saliendo por el anillo inguinal externo, tome los cabos de la ligadura superior (lámina XIV) y recorriendo su camino inversamente haga salir por la brecha aponeurótica, el paquete venoso así ligado. Por esta maniobra el testículo asciende en las bolsas.

6.º *Tiempo*: Cargando el paquete con un separador, se sutura por un *surgel* la brecha aponeurótica del oblicuo mayor, dejando dos orificios en sus extremos, suficientes para no estrangular las venas que cabalgarán en ella sobre esta sutura (lámina XV). Decidir la altura definitiva a que conviene dejar el testículo, por la inspección del escroto, separando las compresas que lo tapan. Con los cabos largos de la segunda ligadura, hacer la fijación a la aponeurosis del gran oblicuo (lámina XV).

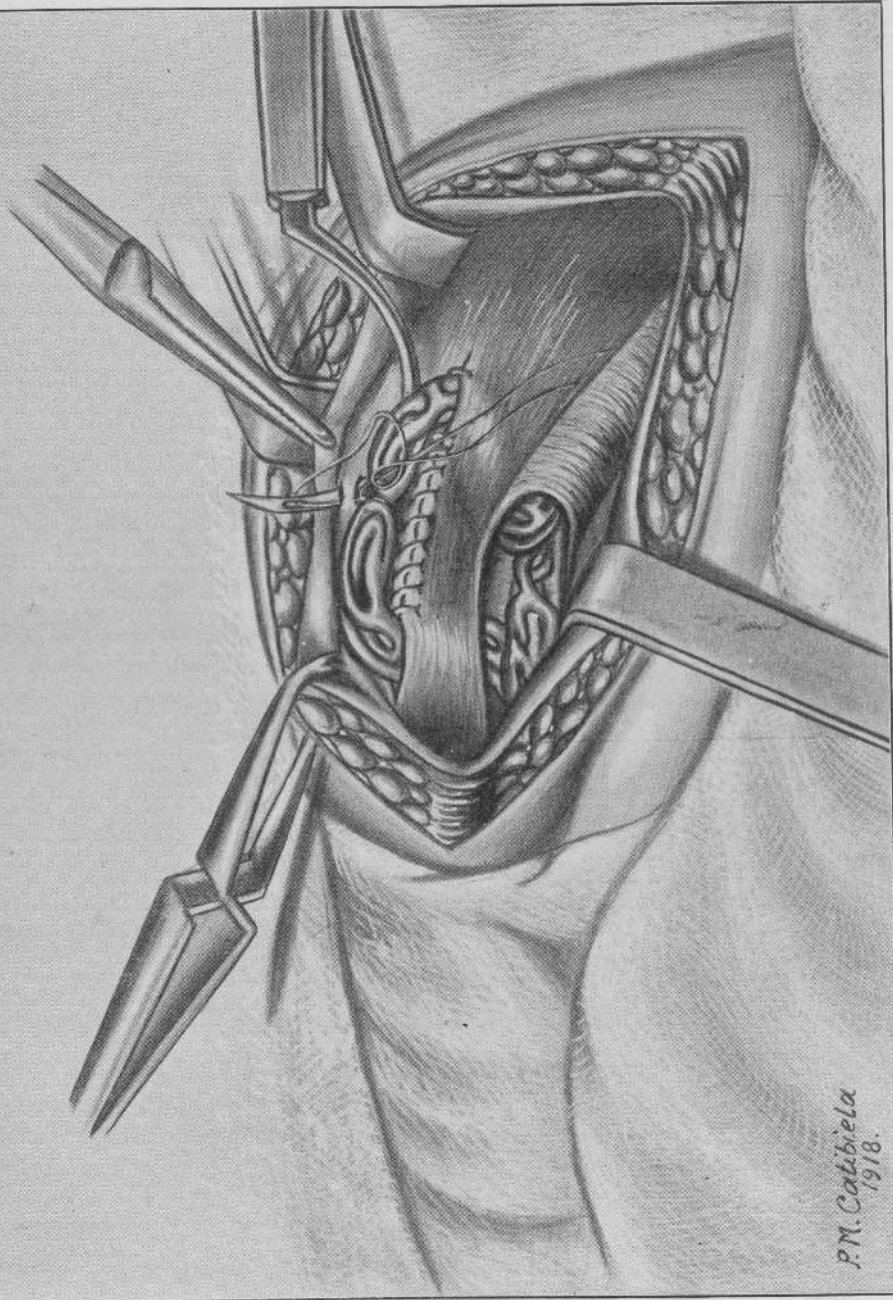


VIX ANIMAL



P. M. Catibield.  
1918.

VX ANIMÄJ



P.M. Catbiela  
1918.



## CAPÍTULO VI

### FUNDAMENTOS

Con el objeto de interpretar fielmente las ideas del autor, prefiero atenerme a los fundamentos expresados en su trabajo presentado a la Academia de Medicina, en el año 1914.

Dice Del Valle: "...los distintos procedimientos conocidos hasta la fecha para el tratamiento quirúrgico del varicocele, todos sin excepción, descansan sobre fundamentos patogénicos y sintomáticos exclusivamente.

"El procedimiento propuesto recae en lo mismo que los anteriores, pero en cambio, reúne en forma más general y solidaria, todos los factores terapéuticos que han servido para justificar el tratamiento operatorio de dicha afección, sumando en último término a todos ellos, la superioridad de ser *eminentemente conservador*.

"Con fines didácticos dividiré sus fundamentos en anatómicos, fisiológicos y anátomo-patológicos.

FUNDAMENTOS ANATÓMICOS. — “Las venas del cordón forman prácticamente dos grupos o paquetes con relación al canal deferente. Algunos anatomistas consideran tres, pero el tercero, o lateral-mediano se confunden en la práctica con el anterior. El paquete anterior está constituido por 5 ó 6 venas, unidas entre sí por numerosas anastomosis, que comienzan 2 ó 3 centímetros por debajo del anillo inguinal, las que discretas en un principio, se convierten por su abundancia en las proximidades del testículo, en un verdadero plexo. Junto con ellas corre la arteria espermática, arteria principal del testículo.

“El paquete posterior, compuesto por cuatro o cinco venas, tiene las mismas características que el anterior, estando acompañado por las arterias deferencial y funicular, arterias de segundo orden en la nutrición del testículo.

“Bien, estas anastomosis permiten, ligando de una manera alternada y a diferentes alturas los troncos principales, suprimir parcialmente la circulación sanguínea en ellos, y obligar a la sangre a seguir el trayecto tortuoso que le ofrecen la dirección irregular y oblicua de las colaterales (anastomosis)” esquemas XVI y XVII.

Veamos este último: “sean las 4 venas principales A, B, C, D, saliendo del testículo, con sus anastomosis colaterales a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o. Coloquemos una primera ligadura en S, com-

prendiendo los troncos C y D, y otra segunda ligadura en S'', comprendiendo los troncos A y B.

Las dos columnas sanguíneas de C y D, encontrando obstáculo en S, buscarán desagüe por las colaterales o y n, describiendo un trayecto angular, para echarse en los troncos A y B.

“A su vez las columnas sanguíneas A y B, al llegar a la segunda ligadura en S'', hallarán el segundo obstáculo y buscarán desagüe por las colaterales subyacentes d y e, para echarse a su vez en los troncos C y D.

“Sobre esta experiencia esquemática, reposa de una manera absoluta, el fundamento fisiopatológico siguiente:

ELEMENTOS TOMADOS DE LA FISIOLÓGIA PATOLÓGICA. — “La fisiología patológica de un sistema (venoso troncular) cualquiera, como el de la vena cava y sus afluentes por ejemplo, está regido por análogas leyes, a las que se observan en hidráulica, cuando se trata de sistemas de tubos comunicantes a contenido líquido en circulación.

“Comparando el sistema de venas espermáticas, ya el grupo anterior, ya el posterior, a un sistema de tubos hidráulicos, tendremos asimilándolo al esquema XVII.

“Cuatro o cinco tubos paralelos de un calibre determinado, que emergen del testículo y se pierden debajo del anillo inguinal (representados por las

venas principales), unidos en su trayecto por tubos de calibre menor (representados por las colaterales), formando con el eje de los primeros ángulos más o menos agudos.

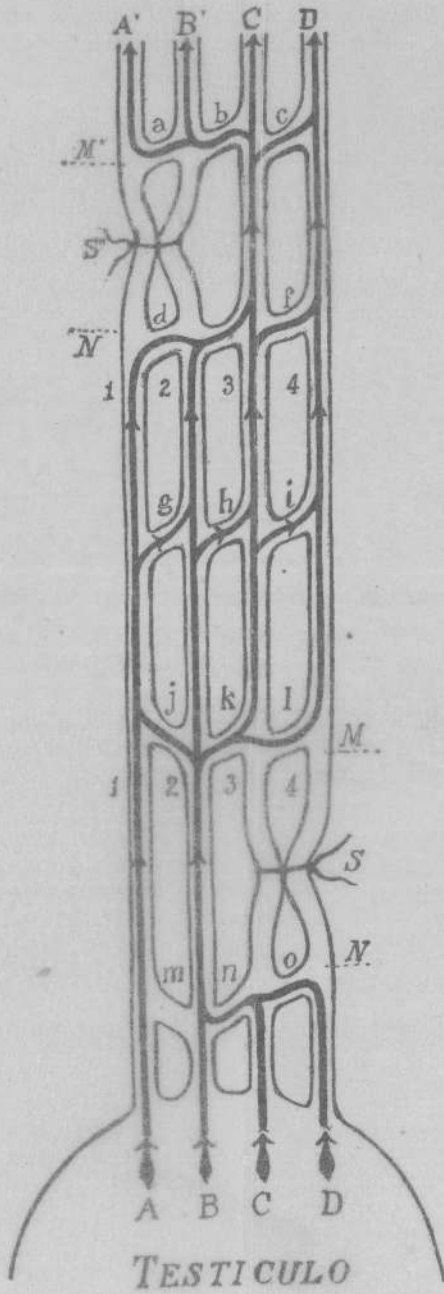
“En este sistema de tubos, pasa al estado normal una cantidad de sangre más o menos constante, cantidad que en un tiempo dado, por segundo por ejemplo, constituye su caudal normal, que para fijar ideas le asignaremos un valor de 2 unidades.

“Al estado patológico (varicocele), por el aumento excesivo del calibre de los tubos y por la falta de tonicidad de sus paredes, se produce la rémora, aumentando también la cantidad de sangre en 4 ó 5 veces su volumen normal, en la misma unidad de tiempo. Consecuencia: crecimiento del caudal, desde 2 unidades, a 8 o a 10.

“Es en realidad lo que se observa al examen clínico, comparando por la inspección y el tacto la ingurgitación del paquete enfermo con el sano, al que excede, en 4 o 5 veces su volúmen.

“Ahora bien; coloquemos en este sistema de tubos, ya sea al estado normal o patológico, dos ligaduras o interrupciones S y S” del esquema XVII y se cumplirá exactamente el enunciado con valor de ley, que en hidráulica establece.

*“En un sistema de tubos paralelos colectores, unidos entre sí por colaterales de calibre menor, si se obliga a seguir al líquido un trayecto tortuoso (el de las colaterales), por obstáculos colocados como*



venas principales), unidos en su trayecto por tubos de calibre menor (representados por las colaterales), formando con el eje de los primeros ángulos más o menos agudos.

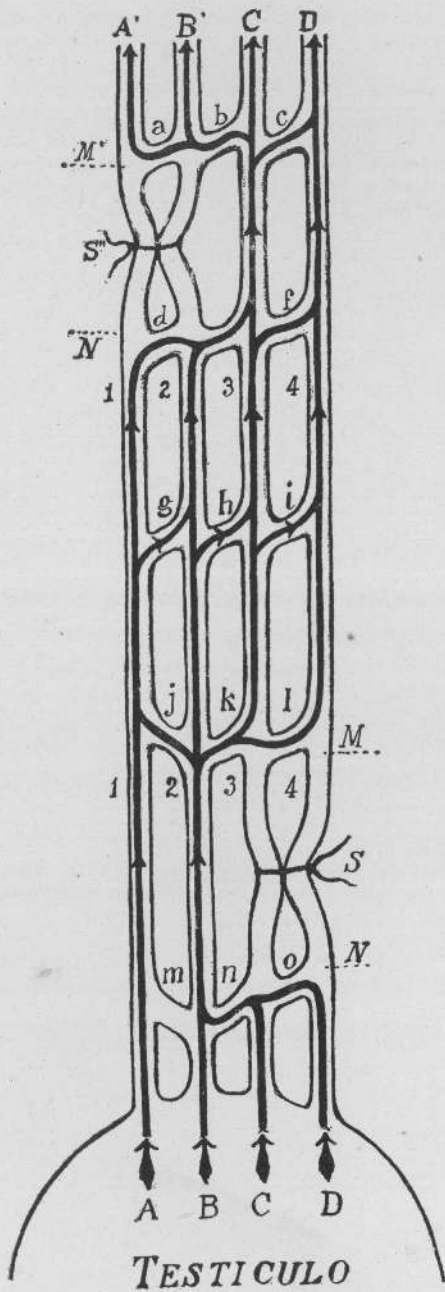
“En este sistema de tubos, pasa al estado normal una cantidad de sangre más o menos constante, cantidad que en un tiempo dado, por segundo por ejemplo, constituye su caudal normal, que para fijar ideas le asignaremos un valor de 2 unidades.

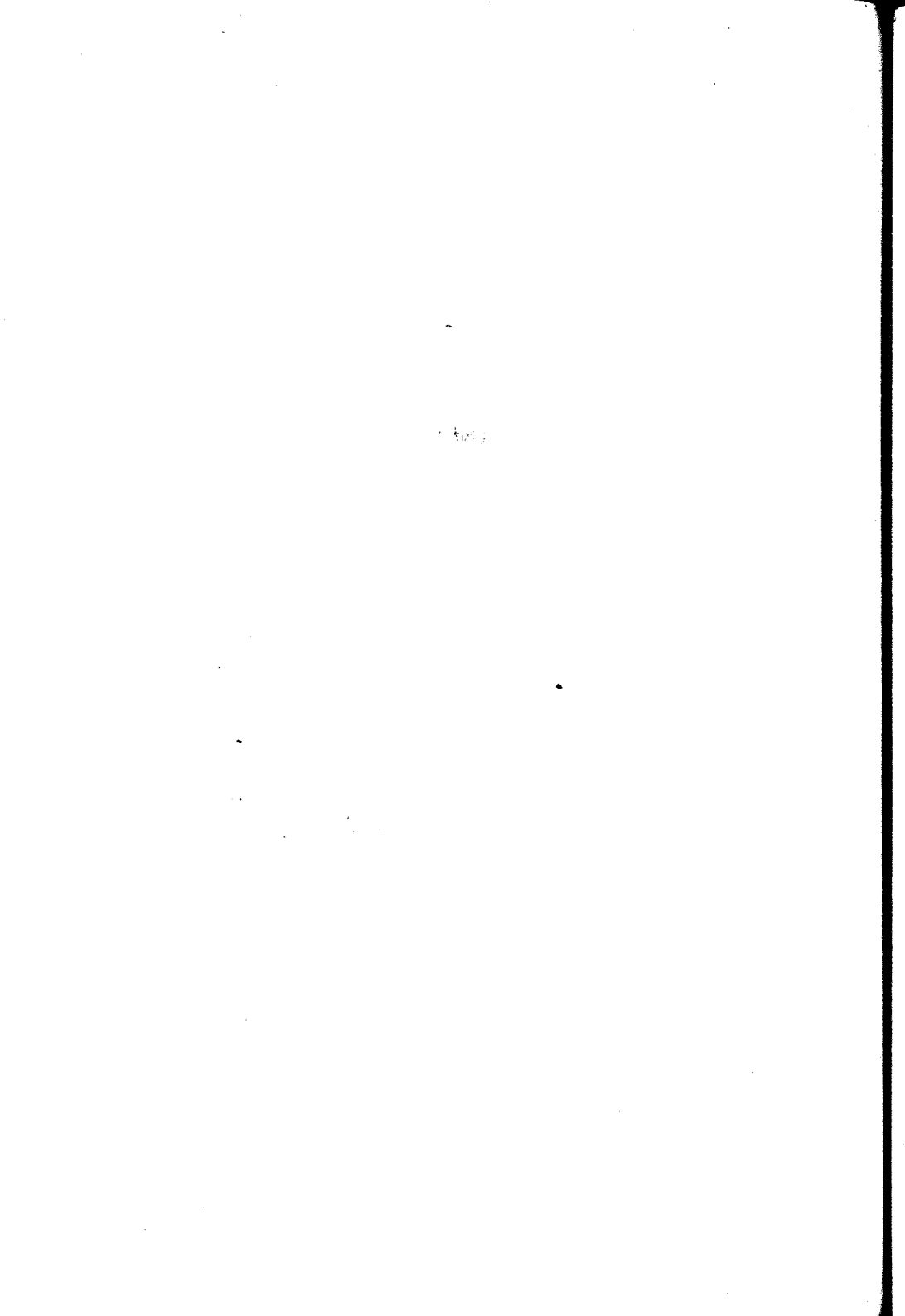
“Al estado patológico (variacele), por el aumento excesivo del calibre de los tubos y por la falta de tonicidad de sus paredes, se produce la rémora, aumentando también la cantidad de sangre en 4 ó 5 veces su volumen normal en la misma unidad de tiempo. Consecuencia: crecimiento del caudal, desde 2 unidades, a 8 o a 10.

“Es en realidad lo que se observa al examen clínico, comparando por la inspección y el tacto la ingurgitación del paquete enfermo con el sano, al que excede, en 4 o 5 veces su volúmen.

“Ahora bien; coloquemos en este sistema de tubos, ya sea al estado normal o patológico, dos ligaduras o interrupciones S y S” del esquema XVII y se cumplirá exactamente el enunciado con valor de ley, que en hidráulica establece.

“*En un sistema de tubos paralelos colectores, unidos entre sí por colaterales de calibre menor, si se obliga a seguir al líquido un trayecto tortuoso (el de las colaterales), por obstáculos colocados como*





*en el esquema XVII, se producirá una pérdida de carga para la corriente líquida y por consiguiente la cantidad en un tiempo dado o caudal será menor que si los obstáculos S S' no existieran*".

“Aplicando este principio, al sistema venoso del paquete anterior en el 4.º tiempo de la operación, obtendremos: 1.º una disminución notable de su caudal, y por consiguiente de la ectasia sanguínea, aliviando al enfermo de los síntomas concomitantes (atrofia del testículo, ptosis y neuralgias del cordón), fenómenos todos que se agravan con la estación de pie. 2.º que la circulación de la espermática solo será interrumpida alternadamente a distintas alturas en sus dos ramas de bifurcación, permaneciendo íntegra la corriente total por intermedio de sus anastómosis. 3.º Que ambas ligaduras, segmentan el peso de la columna líquida transmitida por la renal y cava a las venas espermáticas; análogamente a lo que sucede en el sistema safeno interno en la operación de Trendelenburg.

ELEMENTOS TOMADOS DE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA. — “El estudio de la anatomía patológica, nada extraordinario por una parte y muy bien agotado por Cornil por otra, establece que las dilataciones varicosas, afectan los troncos principalmente y en segundo término las colaterales, adquiriendo ambas, proporciones desmesuradas, con relación al calibre normal.

“En efecto, en el cadáver sin inyectar, la disección de las venas no es tarea fácil, sobre todo si se quieren conservar las colaterales que son sumamente delgadas. En el vivo, las dificultades disminuyen, pero es en el varicoecloso sobre todo, donde la disección se realiza con la mayor facilidad debido al considerable calibre alcanzado por las venas y también a la ingurgitación excesiva. Los troncos principales adquieren el volumen de una cefálica o de una basílica, las colaterales el volumen de los troncos o más.

“Esta peculiaridad anatomopatológica, torna sencillísimas las ligaduras venosas alternadas del 4.º tiempo de la operación. Tan es así, que no es necesario conocer la anatomía para realizarla; entendido esto de una manera relativa, pues no se concibe un cirujano que desconozca en absoluto la región en que opera.

“Por otra parte, la observación de la histología patológica nos proporciona otro elemento más en pro de nuestro procedimiento.

“El proceso histológico se traduce, en una hiperplasia conjuntivo-muscular de la túnica media de las venas (meso-flebitis crónica), que a pesar de ser la causa patogénica de la afección, y establecer la *degeneración funcional* del vaso; hace de una pared delgada y débil como es la de la vena normal, una pared espesa, rígida y consistente. De manera tal, que el conjunto de venas que forman el paquete

varicoso, llegan a constituir por tal circunstancia un cordón espeso y sólido, capaz de servir de excelente suspensor para el testículo en ptosis, en el 6.º tiempo de la operación.

“En realidad, aunque de muy distinta manera, aplico para realizar la pexia del testículo, el mismo principio de la operación de Jacobson, con la fundamental ventaja de ser infinitamente más conservador y no comprometer por una extirpación de venas, la suerte ulterior del testículo.

“Por último, el estudio morfológico del tumor varicoso, como ya lo ha demostrado Perier, hecho que se comprueba a diario, nos enseña que ofrece el aspecto de un cono, cuya base corresponde al testículo y el vértice al anillo inguinal.

“Este carácter tan simple en apariencia, tiene un significado esencial, porque demuestra claramente, que las várices desaparecen o disminuyen desde el comienzo del canal inguinal. ¿A qué obedece la transición? Sin duda alguna, a que el paquete venoso en su trayecto intracanalicular, se encuentra reforzado por la compresión elástica del túnel musculo-aponeurótico, tonificado en su debilidad y contenido en su tendencia aneurismática.

“Esta modalidad inspiró a Narath su procedimiento, proponiendo la ligadura intra-inguinal del paquete venoso (véase página 41). Tiene el grave inconveniente, no de respetar las anastómosis como

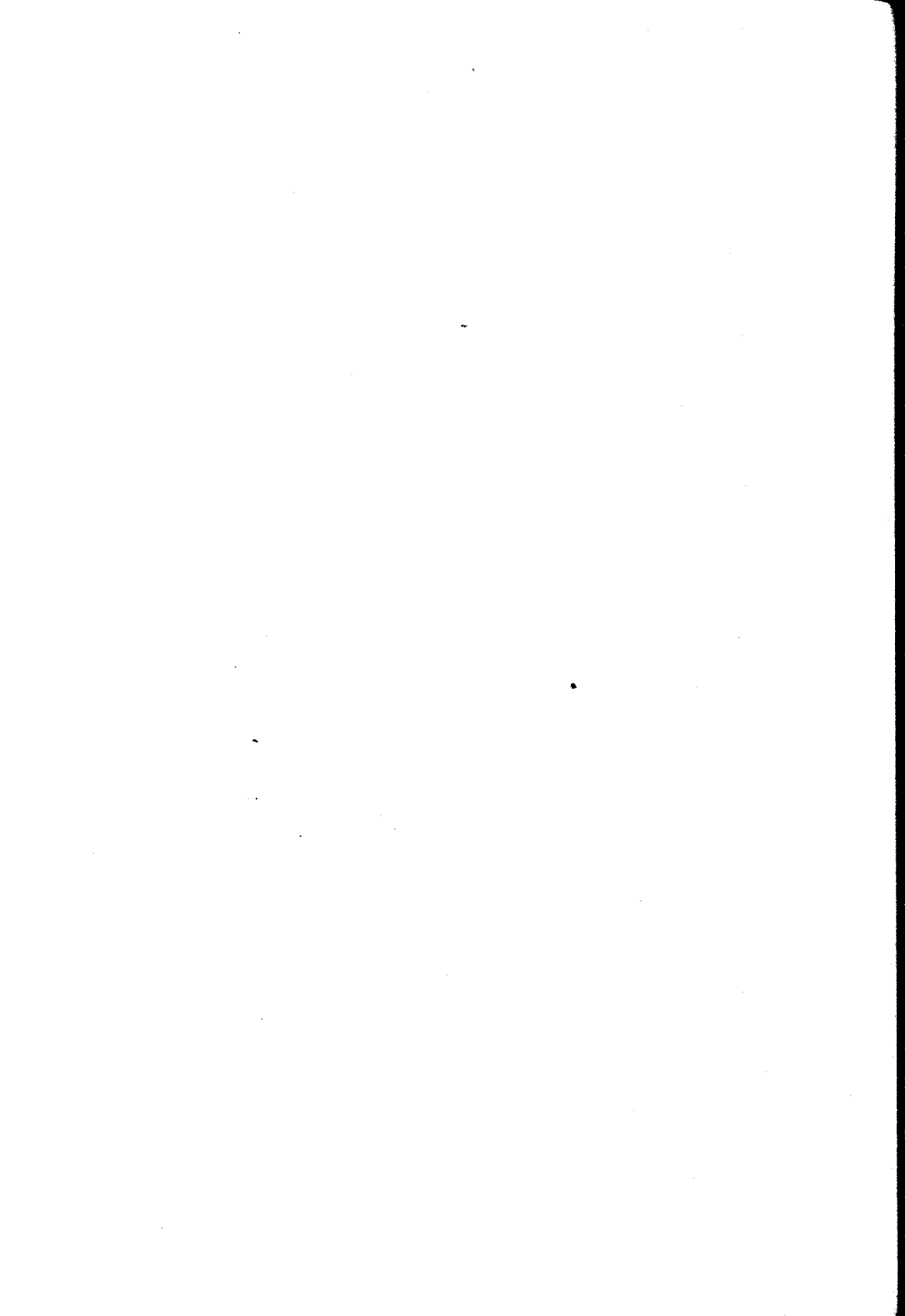
le inculminaba Poirier, sino de eliminar por completo de sus funciones a todo el paquete venoso.

“Mi procedimiento se ha inspirado como el de Narath en idénticos motivos, pero recurriendo a medios más naturales y conservadores.

“Así, con el fin de colocar el máximo de paquete enfermo, bajo una presión constante que lo *tonifique en su debilidad y lo contenga en su tendencia aneurismática*, en el 5.º tiempo de la operación, hago deslizar el paquete entre dos planos músculo-aponeuróticos formados: el superficial, por el gran oblicuo y el profundo, por el tendón conjunto y sus músculos generadores: pequeño oblicuo y transverso.

“Es más, en vez de practicar una ligadura completa y definitiva, como Narath, que inutiliza totalmente el paquete enfermo, realizo por medio del puente aponeurótico, que la sutura de la insición del gran oblicuo le forma, en 6.º tiempo de la operación *dos ligaduras vivas*, de acción intermitente, que interrumpirán la circulación venosa en las contracciones del músculo. En esta forma se consigue especialmente en la estación de pie, y la marcha, suprimir temporariamente la función del paquete, pues los anillos dejados en la extremidad de la brecha aponeurótica se obliterarán, realizando una verdadera *flebotomía fisiológica*.”

## OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACIÓN I

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

José Bianchi, 24 años, italiano. Ingresa al servicio en Noviembre de 1912.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Sufre de su lesión testicular desde hace un año y medio, impidiéndole trabajar por los dolores que le causa.

*Síndrome actual:*

Várices del paquete anterior: muy acentuadas.

Ptosis testicular: incipiente.

Testículo: atrofia incipiente.

Dolor: neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada.

Hernia concomitante: no existe.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Visto nuevamente en Junio de 1914, se constata la persistencia de su curación. El testículo está más levantado que el del lado opuesto, las várices han disminuído notablemente, aunque conservándose algunas moderadas en la vecindad del testículo. No hay dolores y el enfermo trabaja sin inconveniente como peón de cosecha.

OBSERVACIÓN II

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Juan Paklepovic, 21 años, austriaco. Ingresa al servicio en enero de 1913.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Tiene un primo hermano que padece de la misma afección.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Desde hace dos años experimenta dolores en el testículo izquierdo, con irradiaciones al cordón, tan intensas, a veces, que le obligan a tomar la cama.

*Síndrome actual:*

Várices del paquete anterior: muy acentuadas.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: ligera atrofia, blando con relación al opuesto.

Dolor: existen neuralgias del cordón, intensas con el ejercicio.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: abolida desde hace 3 meses, lo que alarma mucho al enfermo y lo decide a la intervención.

Hernia concomitante: no existe.

*Operación:* Procedimiento Del Valle. Al mes de la operación han desaparecido todas las pertur-

baciones subjetivas, como dolor, impotencia genital, etc. El testículo ha quedado más alto que el opuesto. En la estación de pie, se palpan algunas venas del paquete anterior un poco más voluminosas que las del posterior. En el decúbito dorsal desaparecen, lo que demuestra la función del paquete.

En Marzo de 1914 se mantiene la curación radical, no siente la menor molestia y llena cumplidamente sus funciones genitales. Visto nuevamente en 1917, persiste la curación.

OBSERVACIÓN III

*Hospital San Roqu —Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Manuel Pepito, 40 años, español. Ingresa al servicio en Marzo de 1913.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Lleva su varicocele desde hace más de 4 años.

*Síndrome actual:*

Várices considerables del paquete anterior.

Ptois testicular: escasa.

Testículo: atrofia acentuada.

Dolor: no existe.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada:

Neurastenia manifiesta, razón por la cual es enviado por el Profesor Segura para tratar su lesión varicosa.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Visto 5 meses después se mantiene la curación, habiendo modificado favorablemente su estado psíquico.

OBSERVACIÓN IV

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

P. Versalovich, 25 años, austriaco. Ingresa al servicio en Marzo de 1914.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Primo hermano del enfermo de la observación II.

*Antecedentes personales:* Bleenorragia sin complicaciones.

*Enfermedad actual:* Desde hace 2 años nota su testículo izquierdo aumentado de volumen y dolores en el cordón y cintura cuando trabaja.

*Síndrome actual:*

Várices considerables del paquete anterior y moderadas del escroto.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: ligera atrofia.

Dolor: neuralgias del cordón, propagadas a la cintura.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Se va de alta con hipercorrección de la ptosis y desaparición de todos los trastornos subjetivos.

Hasta la fecha se mantiene la curación radi-

cal, las várices del escroto han desaparecido por completo. Visto nuevamente en 1917, se mantiene la curación.

OBSERVACIÓN V

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Enrique Florido, 12 años, argentino. Ingresa al servicio en Abril de 1914.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Desde hace varios meses nota su bolsa izquierda más aumentada de volumen que la derecha. Tiene algunos dolores intermitentes, especialmente después de los esfuerzos.

*Síndrome actual:*

Várices acentuadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: neuralgias del cordón, aparecen en la estación de pie y la marcha.

Dartos: tonicidad conservada.

Hernia concomitante: existe del mismo lado.

*Operación:* Se opera por el procedimiento Del Valle, tratando al mismo tiempo la hernia por el procedimiento argentino.

Visto en 1917, mantiene su curación con carácter definitivo, habiendo desaparecido sus várices y molestias.

OBSERVACIÓN VI

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Pedro Gómez, 14 años, argentino, estudiante, Agrelo, 3272. Ingresa al servicio en Mayo de 1914.

*Diagnóstico:* Varicocelo izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Desde hace 5 meses nota que su bolsa izquierda se hincha y molesta en la estación de pie.

*Síndrome actual:*

Várices considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: no existe.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: neuralgias del cordón en la estación de pie y la marcha.

Dartos: tonicidad conservada.

Hernia concomitante: no existe.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

En la actualidad se mantiene el excelente resultado terapéutico del primer momento.

OBSERVACIÓN VII.

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Manuel Martínez, español, peón de almacén, San Juan 3899. Ingresó al servicio en mayo de 1914.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Desde hace tres años nota su testículo caído y gruesas venas en el cordón.

*Síndrome actual:*

Várices voluminosas del paquete anterior.

Ptosis testicular: considerable.

Testículo: atrofiado,  $1\frac{1}{3}$  más pequeño que el derecho.

Dolor: existen neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

Hernia concomitante: del lado derecho recidivada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle, tratándose al mismo tiempo la hernia del lado opuesto.

Actualmente mantiene su curación trabajando sin inconveniente alguno.

Ingresó nuevamente al servicio, en Marzo de 1918, con apendicitis perforada, y se constata la curación radical de su varicocele.

OBSERVACIÓN VIII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Tomás Saad, 28 años, turco, soltero, comerciante, Temperley. Ingresó al servicio en Junio de 1914.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Nota desde hace dos años su testículo caído, sufriendo en el trabajo frecuentes dolores a la cintura.

*Síndrome actual:*

Várices considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: manifiesta.

Testículo: atrofia incipiente.

Dolores: neuralgias del cordón, con irradiaciones a la cintura.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: disminuída.

Neurastenia: acentuada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Mejoría de todos sus trastornos. El enfermo es visto tres años después, manteniéndose la curación.

OBSERVACIÓN IX

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Carmelo Marino, 23 años, argentino, soltero, fundidor, Pichincha 1041. Ingresó al servicio en Julio de 1914.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Hace dos años que notó que su testículo izquierdo caía más que el derecho. Viene a este servicio, donde se le diagnostica su afección.

*Síndrome actual:*

Várices moderadas del paquete anterior y posterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: atrofia incipiente.

Dolores: no existen.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Mejoría de todos los síntomas.

OBSERVACIÓN X

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Serafín Fernández, 16 años, español, carnicero, Nueva Pompeya. Ingresó al servicio en Septiembre de 1914.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Hace varios años que sufre de su varicocele.

*Síndrome actual:*

Várices acentuadas del paquete anterior y epididimarias.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: no hay atrofia glandular.

Dolor: existen neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Vuelve al mes, persistiendo la curación.

Visto un año después, persiste la curación.

OBSERVACIÓN XI

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Víctor P. Volpe, 25 años, argentino, casado, empleado, Chile 1327. Ingresó al servicio en Octubre de 1914.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Hemorragia con orquitis derecha.

*Enfermedad actual:* Hace ocho años notó en la región inguinal un pequeño tumor no doloroso. Al ser examinado por médicos militares (reclutamiento) se le diagnostica su enfermedad.

*Síndrome actual:*

Várices considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada:

Testículo: no hay atrofia.

Dartos: tonicidad conservada.

Escroto: elongado y flácido.

Hernia concomitante: existe hernia inguinal derecha.

Hemorroides: existen.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XII.

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Diógenes Decoud.—Sala XIV*

Heriberto Mositerio, 22 años, argentino, soltero, Constitución 3037. Consultorio de la Sala XIV, Octubre de 1914.

*Diagnóstico:* Varicocela izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* No precisa el enfermo cuando empezó su enfermedad actual.

*Síndrome actual:*

Várices enormes del paquete anterior.

Ptosis testicular: exagerada.

Testículo: atrofia incipiente.

Dolor: neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

El enfermo sale del hospital la tarde de la operación.

Visto el 10 de Junio de 1918 se constata: hiper-corrección de la ptosis, las várices han desaparecido completamente, glándula normal, y el enfermo no siente dolor alguno.

OBSERVACIÓN XIII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Bautista Forlino, 22 años, italiano, lavador de automóviles, Basavillbaso 1248. Ingresó al servicio en Noviembre de 1914.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Hace 4 años que nota que su testículo izquierdo cae más que el derecho.

*Síndrome actual:*

Várices del paquete anterior como plumas de ganso.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: atrofia incipiente.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: tonicidad conservada.

Escroto: elongado y flácido.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XIV

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Alfredo B. Planes, argentino, soltero, empleado, Sarmiento 643. Ingresa al servicio en Diciembre de 1914.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Tres años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices considerables del paquete anterior y del escroto.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: ligera atrofia.

• Dolor: existen neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

• *Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

En 1918 persiste la curación radical.

OBSERVACIÓN XV

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Francisco Blirs, 20 años, argentino, soltero, albañil. Ingresa al servicio en Enero de 1915.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Un año de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: atrofia incompleta.

Dolor: existen neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XVI

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Angel Espinillo, 15 años, argentino, Senillosa 1497. Ingresa al servicio en Marzo de 1915.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Padre muerto, ignora la causa; madre vive y es sana; hermanos sanos.

*Antecedentes personales:* Siempre ha sido sano.

*Enfermedad actual:* Hace un año que tiene ligeros dolores en el testículo izquierdo. Habiéndose presentado a la Escuela de Mecánicos de la Armada, es rechazado, pues se le diagnostica un varicocele.

*Síndrome actual:*

Várices considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: neuralgias del cordón, propagadas a la cintura.

Dartos: contráctil.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Salte de alta con mejoría de todos los síntomas.

OBSERVACIÓN XVII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Santiago Calotto, 20 años, argentino, soltero, carnicero, San Juan 2139. Ingresó al servicio en Abril de 1915.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Hemorragia hace 5 años, complicada con orquitis; pues hace tres años, no se ha tratado.

*Enfermedad actual:* Cuatro años de evolución.

*Síndrome actual:*

Varices considerables del paquete anterior y moderadas del escroto.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: atrofia glandular acentuada.

Dolor: neuralgias del cordón propagadas a la región lumbar.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Mejoría de todos los síntomas.

OBSERVACIÓN XVIII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Hércules Gambarrotta, 19 años, argentino, soltero, empleado. Ingresó al servicio en Mayo de 1915.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* No ha tenido enfermedades venéreas.

*Enfermedad actual:* Hace dos años notó que su bolsa izquierda aumentaba de volumen en la estación de pie, ahora le incomoda.

*Síndrome actual:*

Várices considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: neuralgias del cordón en la estación de pie.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XIX

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Nicolás Montana, 41 años, italiano, casado, carpintero. Ingresó al servicio en Julio de 1915.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Al ser examinado en este servicio se diagnostica su enfermedad.

*Síndrome actual:*

Várices moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XX

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Rocco Quindamo, 34 años, italiano, casado, sereno. Ingresa al servicio en Septiembre de 1915.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Traumatismo a los 32 años con vómito de sangre.

*Enfermedad actual:* Desde hace 5 años siente dolores en la región inguinal izquierda que irradian hacia el testículo; hace 2 años recibe un puntapie en el escroto que contribuye a aumentar sus dolores.

*Síndrome actual:*

Várices considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: aumentado de volumen, consistencia blanda con relación al opuesto.

Dolor: existen intensas neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: disminuída.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXI

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Antonio Cabral, 23 años, argentino, soltero, contador. Ingresa al servicio en Septiembre de 1915.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* En el examen médico del Departamento Nacional de Higiene le diagnostican su afección y le aconsejan operarse.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: normal.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Cándido Rodríguez, 26 años, español, soltero, jornalero, Rondeau 3280. Ingresa al servicio en Octubre de 1915.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Padre sufre de una tos crónica; madre sana, 6 hermanos sanos.

*Antecedentes personales:* No ha tenido enfermedades venéreas; buen fumador.

*Enfermedad actual:* Seis años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices acentuadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: neuralgias del cordón en la estación de pie, propagadas a la cintura.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXIII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Gregorio de la Fuente, 17 años, argentino, soltero, estudiante. Ingresó al servicio en Marzo de 1916.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Un año de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: nulo.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXIV

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Alfredo Carlevarino, 21 años, argentino, soltero, empleado, Seguí 1991. Ingresó al servicio en Marzo de 1916.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Cinco años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: acentuadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Dolor: existen intensas neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: disminuída.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Mejoría de todos los síntomas.

Visto al año se mantiene la curación.

Visto el 12 de junio de 1918 se constata la hipercorrección de la ptosis, las várices han desaparecido completamente, no hay dolores y el escroto está tónico y contráctil.

OBSERVACIÓN XXV

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Gregorio Castillo, 18 años, soltero, empleado, argentino, Lomas, (F.C.S.). Ingresó al servicio en Mayo de 1916.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Se diagnostica su enfermedad al ser examinado por médicos de la Armada.

*Síndrome actual:*

Varices: moderadas del paquete anterior.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXVI

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Ernesto Cazzolio, 17 años, argentino, soltero, dependiente, Matheu 24. Ingresó al servicio en Mayo de 1916.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Un año de evolución.

*Síndrome actual:*

Varices: considerables del paquete anterior.

Ptoxis testicular: moderada.

Testículo: atrofia glandular incipiente.

Dolor: existen de la región inguinal propagados a la cintura.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXVII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Alejandro Bottero, 21 años, argentino, soltero, colchonero. Ingresa al servicio en Mayo de 1916.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Padres sanos, un hermano muerto, no sabe de que.

*Antecedentes personales:* Adenitis inguinal izquierda consecutiva a un impétigo; es constipado.

*Enfermedad actual:* Seis años de evolución, hace algunos meses se ha vuelto muy doloroso.

*Síndrome actual:*

Várices: acentuadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: muy acentuada.

Testículo: atrofia glandular incipiente.

Dolor: neuralgias del cordón, propagadas a la región lumbar.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXVIII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Juan E. González, 19 años, argentino, empleado. Guatemala 2949. Ingresó al servicio en Mayo de 1916.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sarampión en la infancia; en estos últimos meses ha adelgazado mucho.

*Enfermedad actual:* Desde hace 3 años nota que su testículo izquierdo cae más que el derecho, lo molesta al trabajar y en días calurosos.

*Síndrome actual:*

Varices: moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXIX

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Feliciano Canto, 22 años, español, soltero confitero. Ingresó al servicio en Junio de 1916.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* No ha tenido enfermedades venéreas, buen fumador.

*Enfermedad actual:* Cuatro años de evolución, al principio indoloro, vuelto doloroso últimamente lo que le obligaba usar suspensor.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paque anterior y posterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: existen neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXX

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Juan Barrios, 24 años, español, soltero, carpintero. Ingresó al servicio en Junio de 1916.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sarampión a los 4 años.

*Enfermedad actual:* Cuatro años de evolución con sensación de peso y dolores en el testículo.

*Síndrome actual:*

Várices: exageradas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: atrofia glandular incipiente.

Dolor: existen neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXXI

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Saturnino Costigliolo, 23 años, argentino, soltero, pintor. Ingresó al servicio en Septiembre de 1916.

*Diagnóstico:* Varicela izquierda.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Tres años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: acentuadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: neuralgias del cordón propagadas a la región lumbar.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

Visto nuevamente a los 6 meses persiste la curación, el enfermo manifiesta que han desaparecido completamente los dolores.

OBSERVACIÓN XXXII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Ramón Pérez, 21 años, español, soltero, jornalero. Garay 949. Ingresa al servicio en Enero de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* No conoció a nadie de su familia.

*Antecedentes personales:* A los 16 años reumatismo articular agudo.

*Enfermedad actual:* Hace 6 años un facultativo diagnosticó su enfermedad, aconsejándole la operación y como se ha vuelto muy doloroso desde hace 6 meses, se decide por la intervención quirúrgica.

*Síndrome actual:*

Varices: moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: atrofia glandular incipiente.

Dolor: neuralgias del cordón propagadas a la región lumbar y a la extremidad del pene.

Dartos: tonicidad conservada.

Hernia concomitante: hay punta de hernia del mismo lado.

*Operación:* Procedimiento Del Valle. La hernia por el procedimiento de Aguilar.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXXIII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Francisco Castro, 32 años, argentino, soltero, agente de Policía. Ingresó al servicio en Febrero de 1917.

*Diagnóstico:* Varicela izquierda.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Lues hace 8 años, cefalalgias, no ha habido manifestaciones secundarias.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: neuralgias del cordón en la estación de pie.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXXIV

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Salomón Elías, 23 años, turco, soltero. Ingresó al servicio en Marzo de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales.* No ha tenido enfermedades venéreas.

*Enfermedad actual:* No puede precisar cuando empezó su enfermedad actual.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: no hay atrofia.\*

Dolor: no hay dolores.

Dartos: tonicidad conservada.

Hernia concomitante: hay puntas de hernia de ambos lados.

Hemorroides: existen paquetes hemorroidarios.

*Operación:* Procedimiento Del Valle. La hernia por el procedimiento argentino.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXXV

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Nicolás Donadio, 23 años, italiano, soltero, sastre. Ingresó al servicio en Marzo de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Desde hace algunos meses nota que su testículo izquierdo desciende más que el otro y que es doloroso.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: neuralgias del cordón propagadas a la cintura.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXXVI

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Eugedro Bero, 28 años, italiano, soltero, herrero S. Ignacio 3680. Ingresó al servicio en Marzo de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Blenorragia como única afección venérea.

*Enfermedad actual:* Hace 6 meses que nota que su testículo izquierdo desciende más que el derecho y que este descenso se acentúa cada vez más.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: sensación de peso escrotal al hacer esfuerzos.

**Dartos: tonicidad conservada.**

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXXVII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Manuel López, 20 años, español, soltero, peón.  
Saenz Peña 152. Ingresa al servicio en Abril de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Blenorragia como única afección venérea.

*Enfermedad actual:* Desde hace 3 años nota que su testículo izquierdo cae más que el derecho, ocasionándole bastante dolor.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paquete anterior y del casquete epididimario.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor existen neurálgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXXVIII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Juan Guindica, 25 años, argentino, casado, jornalero. Monteagudo 460. Ingresa al servicio en Abril de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Desde hace cuatro años nota una tumoración en el testículo izquierdo, que ha ido aumentando de volumen.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: blando con relación al opuesto.

Dolor: neuralgias del cordón durante los esfuerzos.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XXXIX

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Emilio Aguilera, 16 años, argentino, soltero, cartonero. Ingresó al servicio en Abril de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Hace un mes que nota una tumorción dolorosa en su ingle izquierda.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: muy acentuada.

Testículo: blando con relación al opuesto.

Dolor: neuralgias del cordón, propagadas a la cintura.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XL

*Hospital San Roque:—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

José Cordal, 22 años, español, soltero, peón. Moreno (F.C.O.). Ingresa al servicio en Junio de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Padres muertos, ignora la causa, el abuelo ha tenido eezema desde la más tierna edad.

*Antecedentes personales:* Blenorragia hace un año.

*Enfermedad actual:* Un año de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: aumentado de volumen, más blando que el opuesto.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: contractil.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XLI

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Luis Radagnati, 24 años, argentino, soltero, cbanista. Ingresa al servicio en Junio de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Hace 4 años fué dado de baja en el ejército por varicocele.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: contractil.

Hay hernia oblicua externa y ectopia testicular derecha.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XLII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Francisco Ruggiero, 21 años, argentino, soltero, agente de policía. Ingresa al servicio en Julio de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Padre muerto de un derrame cerebral. Madre sufre de cólicos hepáticos.

*Antecedentes personales:* Niega sífilis, ha padecido de eczema crónico de la cara.

*Enfermedad actual:* Cuatro meses de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: ligera atrofia.

Dartos: tonicidad conservada.

Anillos inguinales: normales.

Hay ganglios inguinales.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XLIII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

José Thompson, 25 años, argentino, empleado.  
Paraná. Ingresa al servicio en Agosto de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Hemorragia hace dos años que se hizo crónica.

*Enfermedad actual:* Tres años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: voluminosas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: atrofia glandular.

Dolor: existen neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

Canal inguinal: libre.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XLIV

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Carlos Osorio, 18 años, argentino, estudiante. Colegio Internacional de Olivos. Ingresa al servicio en Agosto de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* No ha tenido enfermedades venéreas.

*Enfermedad actual:* Cuatro años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: voluminosas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: contractil.

Canal inguinal: libre.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Visto nuevamente al mes persiste la curación.

OBSERVACIÓN XLV

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Samuel Barinoski, 19 años, ruso, soltero, empleado. Chielana 3239. Ingresó al servicio en Octubre de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* No ha tenido enfermedades venéreas.

*Enfermedad actual:* Cuatro años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: ligera atrofia glandular.

Dolor: neuralgias del cordón en la estación de pie.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XLVI

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Juan Menéndez, 25 años, argentino, soltero, tipógrafo. Ingresó al servicio en Noviembre de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* No ha tenido enfermedades venéreas.

*Enfermedad actual:* Nueve años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: voluminosas del paquete anterior y del epididimo.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: atrofia glandular.

Dolor: existen neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: disminuida.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: mejorado.

OBSERVACIÓN XLVII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Ramón Martínez, 32 años, argentino (naturalizado), soltero, agente de policía. Ingresa al servicio en Diciembre de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* No precisa cuando empezó su afección.

*Síndrome actual:*

Várices: acentuadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: neuralgias del cordón propagadas a la cintura.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XLVIII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Mariano Birligni, 40 años, español, casado, jornalero. Ingresó al servicio en Febrero de 1918.

*Diagnósticos* Varicocele doble.

*Antecedentes hereditarios*: Sin importancia

*Antecedentes personales*: No ha tenido enfermedades venéreas.

*Enfermedad actual*: Al hacer un esfuerzo siente un dolor brusco en la ingle izquierda, a los 4 o 5 días nota sus bolsas hinchadas por lo cual ingresa al servicio.

*Síndrome actual*:

Várices: moderadas de los paquetes anteriores, derecho e izquierdo.

Ptosis testicular: ambos ptosados.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: existen neuralgias de los cordones.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación*: Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN XLIX

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Carlos Pacher, 16 años, argentino, estudiante.  
Paraná. Ingresó al servicio en Marzo de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Tres años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: normal.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN L

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

José Cori, 25 años, argentino, soltero, empleado, San Luis. Ingresó al servicio en Marzo de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia

*Antecedentes personales:* Sarampión en la infancia, blenorragia a los 20 años.

*Enfermedad actual:* Desde hace 5 años nota dolor en la bolsa izquierda, irradiado a la cintura, en la estación de pie.

*Síndrome actual:*

Várices: acentuadas del paquete anterior y del escroto.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: normal.

Dolor: neuralgias del cordón irradiadas a la cintura.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada.

Hernia concomitante: punta de hernia derecha.

*Operación:* Procedimiento Del Valle. La hernia por el procedimiento de Aguilar.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LI

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Victoriano García, 24 años, argentino, soltero, agricultor. Lobos (F.C.S.). Ingresó al servicio en Marzo de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Padre muerto, ignora la causa, madre vive y es sana, tiene 5 hermanos sanos.

*Antecedentes personales:* Niega venéreas, siempre ha sido constipado.

*Enfermedad actual:* Un mes de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: normal.

Canal inguinal: anillo algo grande, cabe el dedo medio, no hay hernia, pared posterior normal.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Angel Coccaro, 15 años, argentino, soltero, Convención 265. Ingresó al servicio en Marzo de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia

*Antecedentes personales:* Siempre ha sido sano.

*Enfermedad actual:* En el examen médico de la Escuela de Mecánicos de la Armada le diagnostican su enfermedad.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paquete anterior y del escroto.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: atrofia incipiente.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: contractil.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LIII

*Hospital San Rogus—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

César Colombo, 46 años, italiano, casado, peón. Olivos (F.C.C.A.). Ingresó al servicio en Abril de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia

*Antecedentes personales:* Blenorragia como única afección venérea.

*Enfermedad actual:* Hace 15 días empezó a sentir dolor en su testículo izquierdo que le impedía trabajar.

*Síndrome actual:*

Várices: acentuadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: muy moderada.

Testículo: ligera atrofia glandular.

Dolor: neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada.

Anillo inguinal: deja pasar el dedo meñique, hace tres años fué operado de hernia inguinal.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LIV

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Diógenes Decoud—Sala XIV*

Antonio Morey, 15 años, argentino, estudiante. Gral. Villegas (F.C.O.). Ingresó al servicio en Abril de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia

*Antecedentes personales:* Siempre ha sido sano.

*Enfermedad actual:* Al ingresar a la Escuela de Mecánicos de la Armada le diagnostican su enfermedad.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: muy acentuada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: no hay dolores.

Dartos: tonicidad conservada.

Anillo inguinal: libre.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

Visto nuevamente el 5 de Junio de 1918 se constata que las várices han disminuído considerablemente, el testículo ha quedado más alto que el opuesto y el enfermo se siente muy bien.

OBSERVACIÓN LV

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Marcelo Viñas.—Sala XIII*

Manuel Lagos, 28 años, español, casado, jornalero. Venezuela 4145. Ingres a al servicio en Noviembre de 1915.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Madre muerta ignora la causa, tiene dos hermanos sanos.

*Antecedentes personales:* Sarampión en la infancia, a los 21 años blenorragia.

*Enfermedad actual:* Hace 3 años que al trabajar nota que se agrandan las bolsas, consulta a un médico que le aconseja usar suspensor; como lo siguiera molestando, se decide hacerse operar.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior que disminuyen de tamaño al acostar al enfermo.

Ptosis testicular: acentuada.

Dolor: existen dolores.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LVI

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Marcelo Viñas.—Sala XIII*

Vicente Veginato, 31 años, italiano, casado.  
Ingresa al servicio en Febrero de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia

*Antecedentes personales:* Siempre ha sido sano, no ha tenido enfermedades venéreas, no es bebedor.

*Enfermedad actual:* 4 años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia glandular.

Dolor: no hay dolores.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LVII

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Marcelo Viñas.—Sala XIII*

Andrés Vigo, 46 años, español, casado, carnicero. Ingresó al servicio en Abril de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia

*Antecedentes personales:* Sarampión en la infancia, a los 20 años reumatismo articular agudo, ha tenido lues.

*Enfermedad actual:* 24 años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: acentuadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: atrofia incipiente.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LVIII

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Marcelo Viñas.—Sala XIII*

Bernardo Fardoy, 16 años, argentino, soltero, peón. Ingresa al servicio en Julio de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia

*Antecedentes personales:* Sarampión en la infancia.

*Enfermedad actual:* Hace tres años nota la presencia de un tumor doloroso en la ingle izquierda, obligándolo a usar suspensor.

*Síndrome actual:*

Várices: acentuadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: normal.

Dolor: neuralgias del cordón irradiadas a la cintura.

Anillos inguinales: normales.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LIX

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Marcelo Viñas.—Sala XIII*

Horacio Abel Cárdenas, 14 años, argentino, soltero, estudiante. Ingresa al servicio en Agosto de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia

*Antecedentes personales:* Viruela a los 4 años.

*Enfermedad actual:* Al ingresar a la Escuela de Mecánicos de la Armada, le diagnostican su afección.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior y del escroto.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: atrofia incipiente.

Dolor: no hay dolores.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LX

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Marcelo Viñas.—Sala XIII*

Saúl Dominguez, 20 años, español, soltero, empleado. Ingresó al servicio en Diciembre de 1917.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia

*Antecedentes personales:* Sarampión en la infancia, no ha tenido enfermedades venéreas.

*Enfermedad actual:* Dos años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: acentuadas del paquete anterior y del escroto.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia glandular.

Dolor: neuralgias del cordón.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LXI

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Marcelo Viñas.—Sala XIII*

Matías Tatone, 33 años, italiano, casado. Ingresa al servicio en Abril de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Paludismo a los 18 años de edad, a los 22 fiebre tifoidea.

*Enfermedad actual:* Cinco años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior y del escroto.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay. atrofia.

Dolor: no hay dolores.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LXII

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Marcelo Viñas.—Sala XIII*

José Avinceto, 17 años, argentino, soltero, telegrafista. Ingresó al servicio en Mayo de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sarampión a los 5 años de edad.

*Enfermedad actual:* Desde hace cuatro meses nota un tumor doloroso en su ingle izquierda.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: normal.

Dolor: existen neuralgias del cordón.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LXIII

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Marcelo Viñas.—Sala XIII*

Teodoro Herreros, 29 años, español, soltero, agricultor. Ingresa al servicio en Mayo de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Dos meses y medio de evolución; no habiendo experimentado alivio con varios tratamientos médicos, decide hacerse operar.

*Síndrome actual:*

Várices: acentuadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: ligera atrofia.

Dolor: neuralgias del cordón irradiadas a la cintura.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: disminuída.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LXIV

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Carlos Robertson Lavalle  
Sala IV*

Marcos Isaval, 20 años, argentino, soltero. Urquiza 776. Ingresa al servicio en Marzo de 1918.

*Diagnóstico:* Varicoccele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* A los 18 años tuvo un chanero que curó en poco tiempo, regular bebedor y fumador.

*Enfermedad actual:* Dos años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior y del escroto.

Ptosis testicular: accentuada.

Testículo: atrofia incipiente.

Dolor: neuralgias intensas del cordón.

Potencia genital: disminuída.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

Visto nuevamente el 8 de Junio de 1918, se constata que el testículo se mantiene en hipercorrección, las várices han desaparecido por completo, no hay dolores y el enfermo cumple perfectamente sus funciones genitales.

OBSERVACIÓN LXV

*Hospital San Roque.—Servicio del Prof. Carlos Robertson Lavalle  
Sala IV*

Alamos Sacnz, 22 años, español, soltero, Loria  
539. Ingresó al servicio en Mayo de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Hace 6 años que nota que su bolsa izquierda aumenta de volumen y que es doloroso en la estación de pie.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior y del escroto.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: atrofia incipiente.

Dolor: neuralgias intensas del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

Visto nuevamente a los 20 días persisten aún algunos dolores en la glándula por lo cual se recomienda al enfermo, usar durante algún tiempo, un suspensor.

OBSERVACIÓN LXVI

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Daniel J. Cranwell—Sala XI*

Rafael Carmine, 20 años, Brasil 2956. Ingresó al servicio en Enero de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Al hacer un esfuerzo siente un dolor brusco en el testículo izquierdo, que irradia hacia la región lumbar—

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: normal.

Dolores: existen dolores al caminar y al hacer esfuerzos.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LXVII

*Hospital San Roque—Servicio del Prof. Daniel J. Crawwell—Sala XI*

Heleno Cadiemo, 24 años, argentino. Ingresa al servicio en Abril de 1917.

*Diagnóstico:* Varicelle izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sarampión en la infancia, ha tenido fiebre tifoidea, blenorragia hace 8 meses, no tratado.

*Enfermedad actual:* Cuatro meses de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: acentuadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: normal.

Dolor: neuralgias del cordón que irradian a la cintura.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LXVIII

*Hospital San Roque.—Servicio del Dr. Alberto Castaño.—Sala VII*

Angel Ros, 17 años, argentino, soltero, Piedras  
1243. Ingresó al servicio en 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* No ha tenido enfermedades venéreas.

*Enfermedad actual:* Un mes de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: moderadas del paquete anterior.

Ptosis testicular: moderada.

Testículo: atrofia incipiente.

Dolor: existen neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LXIX

*Hospital San Roque.—Servicio del Dr. Alberto Castaño.—Sala VII*

Luis Arrosio, 22 años, argentino, soltero. Quito 2838. Ingresa al servicio en Abril de 1917.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Hace 10 días que le han diagnosticado su afección, que nunca le ha molestado.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: nulo.

Testículo: normal.

Dolor: no hay dolores.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LXX

*Hospital San Roque.—Servicio del Dr. Alberto Castaño.—Sala VII*

Félix Maturana, 25 años, argentino, soltero, Tucumán 2033. Ingresa al servicio en Mayo de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Ocho años de evolución.

*Síndrome actual:*

Várices: considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: no hay atrofia.

Dolor: existen neuralgias del cordón.

*Operación:* Procedimiento Del Valle.

Estado a la salida: curado.

OBSERVACIÓN LXXI

*Hospital Parmenio Piñero.—Servicio del Dr. Delfor del Valle (hijo)*

Juan Uhalde, 35 años, francés, soltero, tamblero. Ingresa al servicio en Mayo de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele izquierdo, hernia intra-inguinal derecha.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — A los 7 años de edad tuvo un abceso en la región inguinal derecha que le dejó una cicatriz; a los pocos días le salieron otros abcesos más pequeños, que también han dejado cicatriz en el muslo derecho. •Blenorragia hace tres años. Hace dos años sufre de dolores osteoscopos, no recuerdan haber tenido chanero.

*Enfermedad actual:* Dos años de evolución.

*Estado actual:* Nada de particular al examen de los aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo, etc. Se constata anisocorea e irregularidad pupilar.

*Síndrome actual:*

Penis: normal.

Várices considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículo: atrofia incipiente.

Dolor: ligeras neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada.

Canal inguinal (izquierdo): normal.

Hernia concomitante: existe hernia intra-inguinal derecha.

Hemorroides: no existen.

Sistemas safenos: nada de particular.

*Operación:* El varicocele por el procedimiento Del Valle, la hernia por el procedimiento argentino.

Estado a la salida: curado.

Se le indica al enfermo volver al mes y se instituye tratamiento iodo-mercurial.

OBSERVACIÓN LXXII

*Hospital Parmenio Piñero.—Servicio del Dr. Deifor del Valle (hijo)*

Francisco Sibciti, 25 años, italiano, soltero, barbero. Ingresa al servicio en Mayo de 1918.

*Diagnóstico:* Varicocele total izquierdo, incipiente derecho, ¿heredo-lues?

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* A los 20 años bleonorragia complicado con orquitis y cistitis, durando su afección 4 años. Hace dos años, en ocasión de un esfuerzo al defecar tiene dolor y una ligera hemorragia por hemorroides.

*Enfermedad actual:* Tiene su varicocele desde la edad de 10 años, habiéndose acentuado con motivo de su orquitis.

*Estado actual:* Nada de particular al examen general de los aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo, etc. Se constata anisocorea e irregularidad pupilar, bóveda palatina ojival, dientes mal implantados y en mal estado de conservación, crestas tibiales rugosas, etc.

*Síndrome actual:*

Pene: regular desarrollo.

Várices considerables del paquete anterior.

Ptosis testicular: acentuada.

Testículos: el izquierdo algo atrofiado, el derecho normal.

Dolor: neuralgias del cordón.

Dartos: tonicidad conservada.

Potencia genital: conservada.

Canales inguinales: libres.

Hemorroides: existen algunos paquetes internos.

Sistemas safenos: Várices incipientes de la safena interna izquierda.

*Operación:* Procedimiento Del Valle. Anestesia intra-raquídea 0,07 centigramos de stovaina.

A los cuatro días de operado se queja el enfermo de dolores en el trayecto de los ciáticos y en las pantorrillas. Hay impotencia muscular por paresia y dolor (caulitis), fenómenos que se atribuyen a la intraraquídea por tratarse de un sujeto con estigmas claros de heredo-lues. A los 10 días el enfermo se levanta. Los fenómenos motores desaparecen lentamente. A los 12 días sale de alta y se le da tratamiento ido-mercurial. Tiene que volver dentro de un mes.

CAPÍTULO VIII

ESTADÍSTICA - RESULTADOS - COMENTARIOS  
FINALES

La estadística de los casos operados por el procedimiento Del Valle, que hemos podido reunir, asciende a 84, distribuídos en la siguiente forma:

HOSPITAL	SERVICIO	OPERADORES	CASOS
San Roque.....	Prof. Decoud	Prof. Decoud Del Valle Bosch - Arana Centenaro Vilar Buzzi Dónovan Thompson Pr et. mayor Dowling	64
San Roque.....	Prof. Viñas	Dres. Kenny Jáuregui Bacigalupi	9
San Roque.....	Prof. Robertson Lavalle	Dr. D. Cassati	2
San Roque.....	Prof. Cranwell	Pract. Tapela	2
San Roque.....	Prof. Castaño	Dr. De Biussi	3
Pírovano.....	Dr. Pirovano	Dr. Pirovano	1
Píñero.....	Dr. Del Valle	Dr. Del Valle	3
			84

**RESULTADO.** — Los casos operados por este procedimiento, y que se han podido seguir durante un tiempo prudencial, lo suficiente como para poder sacar una conclusión sobre sus resultados terapéuticos, nos permiten afirmar que este nuevo método es altamente satisfactorio, y tal es la opinión de los distintos cirujanos que lo han empleado.

Por nuestra parte, hemos podido seguir algunas observaciones durante 1, 2, 3, 4 y 5 años con curación radical, demostrada por la corrección de la ptosis, la disminución notable o desaparición total de las várices, por las modificaciones regenerativas experimentadas por el testículo en vías de atrofia antes de la operación, por la retracción del escroto a sus dimensiones normales y como consecuencia de todo esto, la desaparición de todas las perturbaciones subjetivas (neuralgias, impotencia, etc.)

Respecto a recidivas, pensamos con Del Valle, que ellas deben existir en algún porcentaje (aunque escaso), como ocurre en todas las afecciones con los procedimientos de curación, por cuanto sabemos que existen enfermos y no enfermedades. En este orden de ideas, podemos colocar a aquellos enfermos de los cuales hemos hablado en capítulos precedentes, con flebo-esclerosis generalizadas a los distintos sistemas: espermio-defenciales, safenos, etc., etc.

Del Valle sólo registra en su experiencia un caso de su clientela particular, en el cual se instaló,

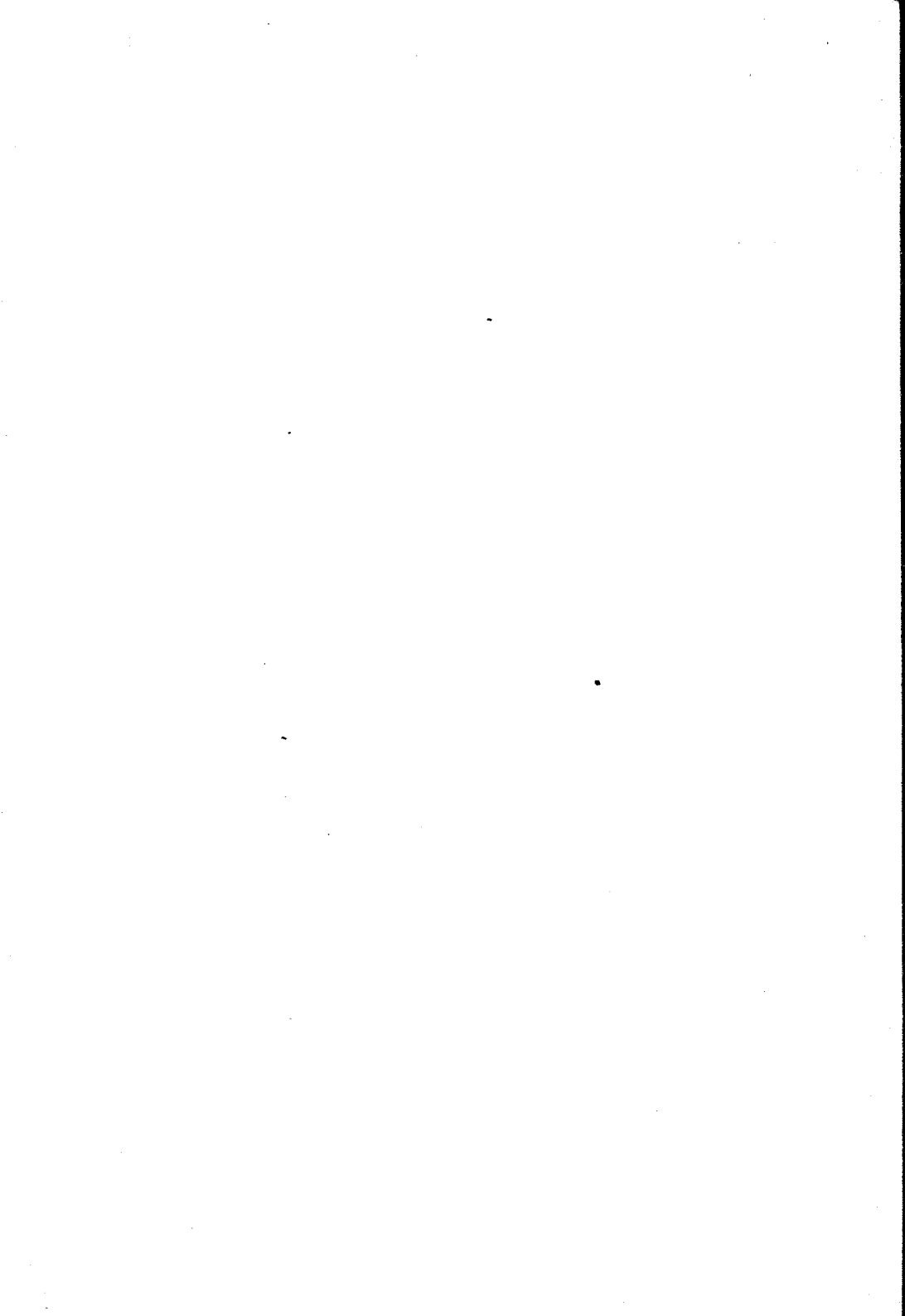
a los pocos meses de operado, una recidiva parcial con ingurgitación venosa, dolores y *pussés* flebíticas a raíz de esfuerzos; se trataba de un joven con varicocele doble y várices incipientes de las safenas.

CONCLUSIONES. — Resumiendo lo expuesto en esta tesis, sacamos las siguientes conclusiones:

- 1.º Se trata de un procedimiento conservador.
- 2.º Respetar las circulaciones arterial y venosa de retorno.
- 3.º Consigue una buena suspensión de la glándula en ptosis.
- 4.º Su técnica es sencilla y rápida, pues no necesita más de 15 a 20 minutos para su realización.
- 5.º No se abren vasos del cordón, evitando en esta forma los hematomas tan comunes en esta clase de operaciones.
- 6.º La vía de acceso empleada permite explorar el canal inguinal y el testículo y tratar la concomitancia de una hernia o de un hidrocele.

ERNESTO DOWLING



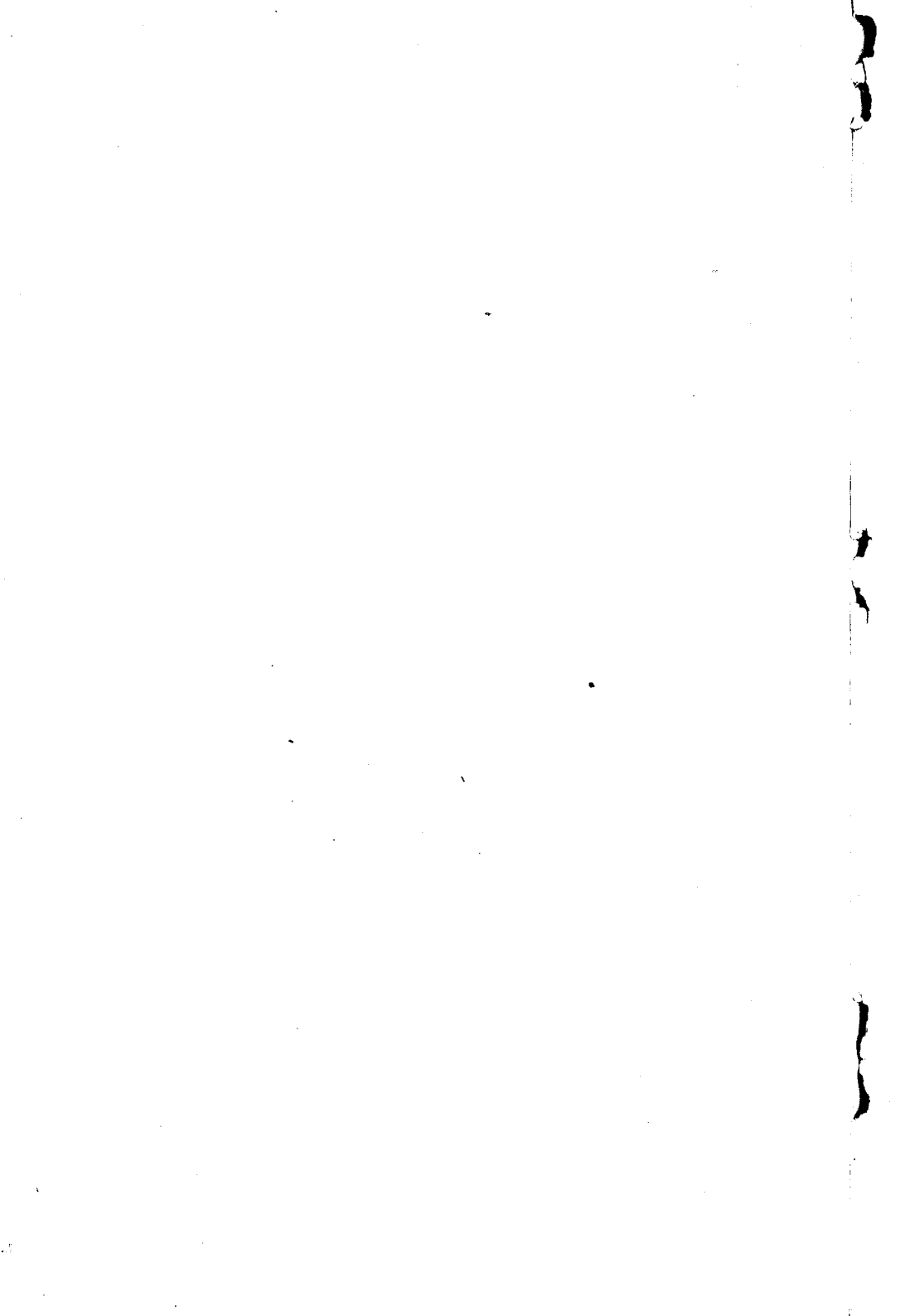


## BIBLIOGRAFÍA

- Barney J. D.* — Varicocele. — Boston Med. and Surg., March, 17 1910.
- Bergman, Bruns, Mikulicz* — Cirugía clínica y operatoria, V, p. 706.
- Chalot-Cestan* — Cirugía y técnica operatoria.
- Cunco D.* — Varicocele. — Tesis, Buenos Aires 1902.
- Curling T. B.* — Traité des maladies du testicle, Paris 1857.
- Delageneste* — Varicocele et traitement. — Thèse, Paris 1896.
- Del Valle D.* (h.) — Nuevo procedimiento conservador para el tratamiento quirúrgico del varicocele. — Trabajo presentado a la Academia de Medicina de Buenos Aires, 30 Julio 1914.
- Dubreil* — Sur une modification de l'opération du varicocele. — Gaz. de Hôp., p. 385, 1870.
- Esmonét C.* — Contribution à l'étude du testicle dans quelques infections. — Thèse, Paris 1903.
- Ferrer F.* — Varicocele. — Tesis, Buenos Aires 1905.
- Forgue* — Patologie externe, II, p. 1093, 1917.
- Freixas* — Tratamiento del varicocele. — Independ. Méd., 1885.

- García A. V.* — Varicocele. — Tesis, Buenos Aires 1913.
- Genin* — Cure radicale du varicocele. — Thèse, Paris 1876.
- Gomoiu V.* — Riv. de Chir., p. 65-86, Bucarest 1913.
- Gunnar N.* — Nord. Med. Ark., XLV, p. 116, 1912.
- Guyon* — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1881.
- Hartman* — Organes genito-urinaires de l'homme, 1904.
- Helet* — Du varicocele et de sa cure radicale. — Arch. Gen. de Med., VI, p. 1, 1844.
- Herteloup* — Ann. d. mal. d. org. genito-urin., 1884.
- Istomin E.* — Zur Frage der operativen Behandlung der Varicocele. — Zentralbl. f. Chir., p. 93, 1914.
- Ivanisevich y Gregorini* — Una nueva operación para curar el varicocele. — La Semana Médica, I, p. 575, 1918.
- Kéén's Surgery*, vol. IV, p. 610.
- L. Dentu* — La cure radicale du varicocele. — Ann. mal. org. gen.-urin., p. 99, 1887.
- Malherbe A.* — Nouvelle méthode pour la cure du varicocele. Relevé du scrotum. Procédé du hémic. — Congrès de Chir. Paris, 1909.
- Marion* — Technique chirurgicale, p. 849, Paris 1917.
- Masera* — Su di una particolarità di tecnica nella cura radicale del varicocele. — Gazz. degli Osped. e delle Clin., n.º. 70, 1910.
- Monod et Terrillon* — Affections du testicle, Paris 1889.
- Montané* — Du traitement curatif du varicocele. — Thèse, Strasburg 1868.
- Mori A.* — Metodi e processi operatori per la cura del varicocele. — Clinica Chirurgica, n.º. 10, 1907.

- Narath A.* — Zur Radicaloperation der Varikocele. —  
Wiener Klin. Woch., p. 73, 1900 et Sém. Méd.,  
p. 60, 1900.  
— Zur operativen Therapie der Varikocelen. — Zen-  
tralblatt f. Chir., p. 825, 1911.
- Nilson* — Zur operativen Therapie der Varikocelen. —  
Zentralblatt f. Chir., p. 597, 1911.
- Richard-Barwell* — Lancet, I, p. 711, 1869 ; I, p. 820,  
1875.
- Testut* — Anatomie descriptive.
- Testut et Jacob* — Anatomie topographique.



Buenos Aires, Junio 15 de 1918.

Nómbrese al señor Consejero doctor Antonio C. Gandolfo, al profesor titular doctor Leandro J. Valle y al profesor suplente doctor José M. Jorge, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

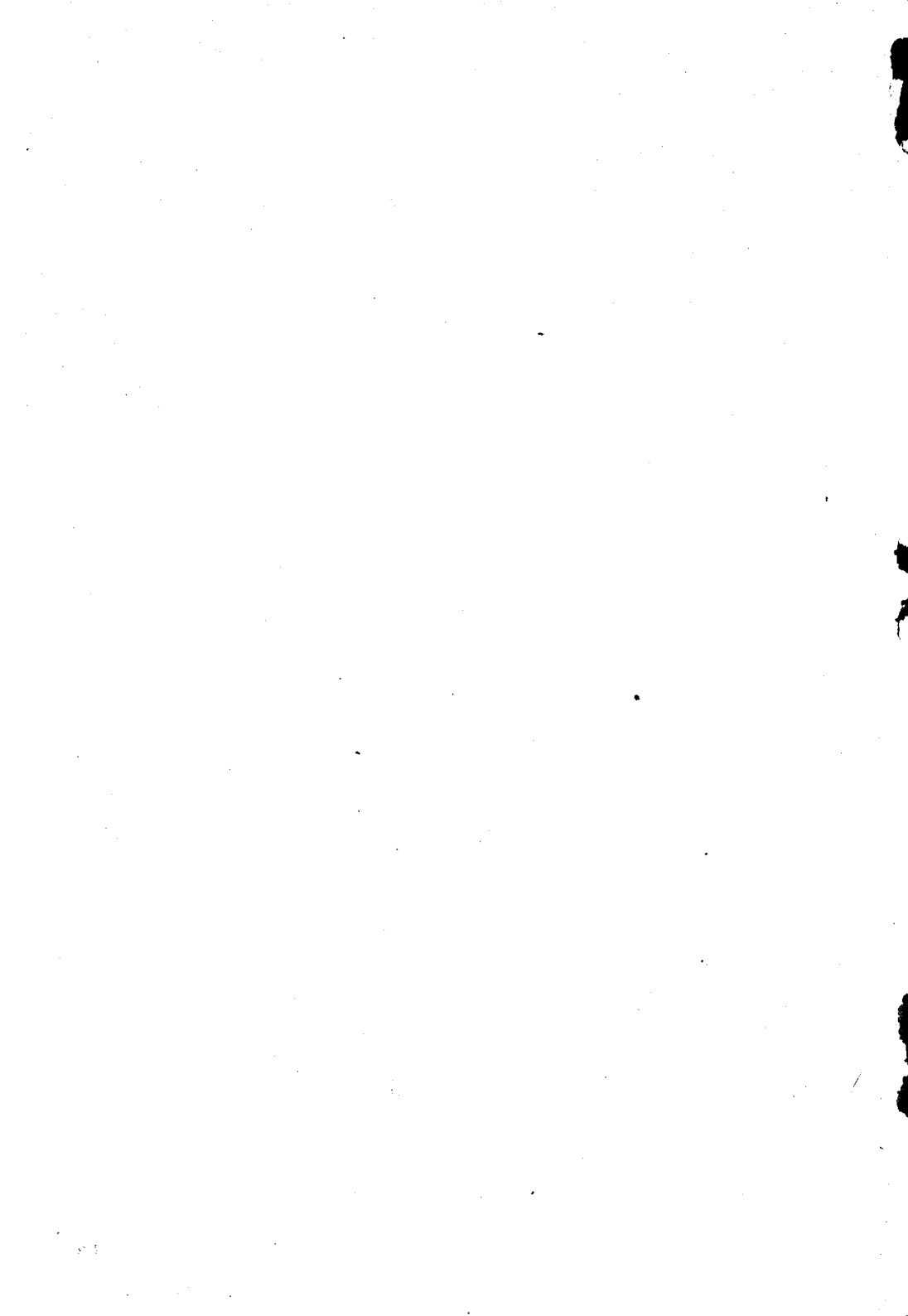
*J. A. Gabastou*  
Secretario

Buenos Aires, Junio 26 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3452 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou*  
Secretario



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Varicoceles y neurastenia.

*Gandolfo.*

### II

Indicaciones y eficacia de los otros métodos de tratamiento del varicocele.

*Leandro Valle.*

### III

Várices linfáticas del pene en las resecciones altas del paquete venoso anterior.

*J. M. Jorge.*

30474

