Año 1902 **N.° 1269**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

VARICOCELE

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DOMINGO S. CUNEO

Ex-interno del Hospital Rawson.— Ex-interno del Hospital Nacional de Clínicas.

BUENOS AIRES

IMPRENTA Y CASA EDITORA DE AGUSTIN ETCHEPAREBORDA

Calle Tacuarí 359

1902

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vicedecano

DR. D. JOSÉ T. BACA.

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
„ „ JOSÉ T. BACA.
„ „ RAFAEL HERRERA VEGAS.
„ „ JACOB DE TEZANOS PINTO.
„ „ EUFEMIO UBALLES.
„ „ JUAN R. FERNÁNDEZ.
„ „ ENRIQUE E. DEL ARCA
„ „ PEDRO N. ARATA.
„ „ MANUEL BLANCAS.
„ „ ROBERTO WERNICKE.
„ „ PEDRO LAGLEYZE.
„ „ JOSÉ PENNA.
„ „ LUIS GUEMES.
„ „ ELISEO CANTÓN.
„ „ GREGORIO N. CHAVES.

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG.
„ „ EDUARDO WILDE.
„ „ MARTÍN SPUCH.
„ „ TELÉMACO SUSINI.
„ „ EDMUND NOCARD.
„ „ EMILIO R. CONI.
„ „ OLYNTHO DE MAGALHAES.

Secretario Titular

DR. D. ZENÓN AGUILAR.

Prosecretario

DR. D. CARLOS ROBERTSON.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Zoología médica	Doctor	Pedro Lacavera
Física médica	»	Jaime R. Costa.
Química médica	»	Atanasio Quiroga.
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Anatomía descriptiva	»	Juan José Naon.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	»	M. González del Solar.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Obdulio Hernández
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Clínica ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
» Oto-rino-Laringológica	»	Eduardo Ovejero.
» Dermatológica y sifilográfica	»	Baldomero Sommer.
» Epidemiológica	»	José Penna.
» Quirúrgica	»	Julián Aguilar.
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía.
» Médica	»	Luis Güemes.
» Médica	»	Francisco A. Sicardi.
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
Clínica oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo.
» Médica	»	Gregorio N. Chaves.
» Obstétrica	»	Samuel Molina.
Toxicología experimental	»	Juan B. Señorans.
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
» Médica	»	Abel Ayerza.
» Genito urinaria (hombre)	»	Federico Texo.
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred.
» Quirúrgica	»	Alejandro Castro.
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Zoología Médica	Doctor	D. J. Greenway (en ej.)
Física médica	»	Juan José Galiano
Química médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica médica	»	R. S. Kolbe
Química aplicada á la medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero / J. López Figueroa
Patología general y ejercicios clínicos	»	G. Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez / Francisco Llobet
Fisiología general y humana	»	Horacio G. Piñero
	»	Mariano Alurralde
Anatomía patológica	»	José Badía
	»	Marcelo Viñas
Bacteriología		Vacante
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla (en ej.)
Materia médica y terapéutica	»	Enrique E. del Arca / Angel M. Centeno
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto
Clínica ginecológica	»	Alfredo Lagarde / José F. Molinari
Clínica Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello / E. V Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica	«	M. Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma / Daniel J. Cranwell
Patología interna	»	Vacante
Clínica oftalmológica	»	Francisco C. Barraza. / Teófilo A. Moret
Clínica médica	»	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	»	Vacante
Clínica quirúrgica	»	Juan B. Justo / Enrique Corbellini
Clínica neurológica	»	José A. Esteves / José R. Semprum
Clínica médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia
	»	Pedro Barbieri
Clínica quirúrgica	»	Diógenes Decoud / Alejandro Posadas
Clínica médica	»	Julio Méndez / Ignacio Allende
Clínica obstétrica	»	Fanor Velarde
Toxicología experimental	»	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	»	Antonio F. Piñero / Facundo Larguía
Clínica médica	»	Vacante
Clínica genito urinaria (hombre)	»	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari
Clínica quirúrgica	»	Vacante
Clínica obstétrica	»	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Dr.	Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	»	Miguel Puiggari
Farmacognosia vegetal y animal	»	Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia	»	Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	»	J. Manuel Irizar
Higiene	»	Ricardo Schatz
Química analítica toxicológica	»	Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	»	J. Manuel Irizar

Asignaturas	Cated. substitutos	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia		Vacante
Química inorgánica aplicada		Vacante
Farmacognósia vegetal y animal	Sr.	Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la farmacia		Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica		Vacante
Higiene		Vacante
Química analítica y toxicológica		Vacante
Ensayo y determinación de drogas		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Juan R. Fernández

Asignaturas	Cated. substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica	M. Z. O'Farrell (en ej.)
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares	
Anatomía, fisiología, patología	Dr.	León Pereira
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	»	N. Etchepareborda

Asignaturas	Cated. substitutos
Anatomía, fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DR. LUÍS GÜEMES

Á LA MEMORIA DE MIS

QUERIDOS É INOLVIDABLES PADRES

Y DE MI QUERIDA É INOLVIDABLE HERMANA

PANCHITA

Á LOS MÍOS

Señores académicos:

Señores profesores:

Desde mis primeros pasos en la escuela de medicina, he sido atraído poderosamente, por el resultado inmediato y las más de las veces alejado de la cirugía moderna, de aquella que requiere de parte del que la ejerce, el conocimiento profundo, científico, lógico y ordenado de la clínica, al par que la ejecución metódica, segura, sencilla y elegante del acto operatorio. Es por eso que presento á vuestra alta consideración, este trabajo sobre *Varicocele.*

Yo no hubiera podido terminarlo felizmente, si no hubiera sido por la ayuda eficaz de mi distinguido maestro, el profesor doctor Alejandro Posadas, al cual debo estarle doblemente agradecido, no sólo por haberme facilitado mucho del material que encierra este trabajo, sino también por

las sabias lecciones y los consejos recibidos en la cabecera del enfermo y en la sala de operaciones, durante mi internado en el Hospital de Clínicas. Igualmente agradecido al doctor José A. Viale, jefe de clínica por aquel entonces del doctor Posadas. Mi gratitud, al profesor de clínica médica doctor Abel Ayerza y á su jefe de clínica, doctor Legrizamón; de los cuales he sido objeto de toda clase de consideraciones durante el provechoso internado en su servicio.

Al profesor doctor Diógenes Découd, al doctor Lorenzo Inurrigarro y al doctor Delio Aguilar, mi más sincero agradecimiento.

Al profesor doctor Luis Güemes mi reconocimiento, por hacerme el alto honor de apadrinar esta tesis.

CAPÍTULO I

—

Anatomía de los grupos venosos. - Variedades. — Formas comunes.

Anatomía de los grupos venosos

Se llama región del cordón espermático, esa especie de pedículo que se extiende desde el testículo al anillo inguinal. En ella se encuentran tres grupos de venas, que desde que Perier las estudió en 1864, se describen en esta forma:

El primer grupo, el más importante, el espermático ó anterior, está situado por delante del canal deferente y está formado por dos haces venosos: uno, nacido en la glándula testicular y el otro, en la cabeza del epididimo.

El haz que nace en el testículo, que es el más voluminoso de los dos que forman este grupo, se origina en el interior de la glándula testicular, por una cantidad de vénulas que recorren los tabiques interlobulares y que se unen á los que nacen en la albugínea, convergiendo todas al híleo del órgano, denominado antro de Higmore y forman á ese nivel un intrincado plexo, el plexo espermático.

El otro haz, el que nace en la cabeza del epi-

didimo y que es el menos voluminoso; lo hace, por una serie de vénulas que toman nacimiento allí y se reunen en dos ó tres, las que á su vez, no tardan en entremezclarse con las que provienen del testículo.

Nacidos así los dos haces que forman este grupo venoso anterior, se anastomosan entre ellos, á una altura variable de su origen y de su fusión solo quedan unos ocho ó diez troncos venosos, que se dirigen verticalmente hacia arriba, siempre por delante del canal deferente.

Una vez que llegan al canal inguinal, estos troncos venosos, lo recorren en toda su extensión y penetran al abdomen, por detrás de la hoja posterior del peritoneo parietal y una vez en la fosa ilíaca interna, forman un nuevo plexo, el plexo pampiniforme. De este plexo, parten dos venas, las cuales después de un corto trayecto, se unen para formar una vena única, la vena espermática, la cual cruza al uréter por delante del músculo psoas y acompaña á la arteria del mismo nombre; terminando la del lado izquierdo, en ángulo recto en la vena renal izquierda y la del lado derecho en la vena cava inferior, al nivel de la terminación del intestino delgado.

El grupo venoso medio ó deferencial es el menos importante; está formado por dos ó tres venas de pequeñas dimensiones, que toman nacimiento en el cuerpo y la cola del epididimo, juntamente con

el grupo posterior, ó bien nacen muchas veces de venas que provienen del grupo anterior y posterior. De cualquier manera que nazcan, estas venas se colocan inmediatamente de su nacimiento alrededor del canal deferente, acompañando á la arteria deferencial y yendo á terminar en la vena vesical inferior.

El grupo venoso posterior ó funicular es el que está situado por detrás del canal deferente y se origina por una serie de vénulas en el cuerpo y en la cola del epididimo, vénulas que se anastomosan varias veces entre sí, para formar dos ó tres troncos venosos, los cuales, en el interior del canal inguinal, se fusionan en uno solo, formando así la vena funicular, que va á desembocar en la vena epigástrica.

Variedades — Formas comunes

Con el objeto de estudiar la disposición más frecuente que adoptan las venas del cordón, hemos inyectado una cantidad de cadáveres tomados al azar y hemos tenido oportunidad de observar que, si bien se podía tomar como tipo la descripción clásica anatómica, existían algunas formas y variedades que eran más comunes y que se alejaban de la susodicha descripción, considerada como normal. Estas formas comunes son las que detallamos en las piezas que van á continuación, seleccionadas entre un gran número de piezas disecadas.

Para facilitar este estudio es necesario inyectar las venas del cordón. Para esto se puede proceder de dos maneras. O bien por el interior del abdomen, buscando la vena espermática y adaptándole una cánula, por la cual se inyecta el sebo, coloreado con azul de Prusia. O si no, sacando del cadáver los órganos genitales externos y buscando el cordón, adaptar la cánula á cualquier vena de

cualquiera de los grupos venosos, pues la inyección penetra fácilmente en todas las venas, por las anastomosis que existen entre los diversos grupos venosos y porque estas venas desde su nacimiento hasta su terminación, no poseen válvulas, ó si existen, son insuficientes y para vencerlas basta desplegar un poco de fuerza ó sumergir las piezas á inyectar en agua caliente.

PIEZA I

En esta pieza, figura 1, no se ven sino dos grupos venosos: el grupo medio y el grupo posterior.

El grupo posterior está formado por dos haces venosos: uno, que se origina en la cola del epididimo y el otro, nacido en la cabeza y en el cuerpo de dicho órgano. Uno y otro, después de replegarse varias veces sobre sí mismos, detrás del canal deferente, se reunen para formar un solo grueso tronco venoso, que remonta verticalmente hacia arriba, por detrás del canal deferente.

El grupo medio ó deferencial está formado por dos venas que acompañan al canal deferente y que nacen: una, de la parte media del hileo del testículo y la otra, del grupo venoso posterior.

El cuerpo del epididimo es apenas visible, por hallarse oculto por un gran número de venas helicinas, que son el punto de partida del grupo pos-

terior y de donde sale una de las ramas del grupo medio.

Como se ve pues, el grupo posterior nace en este caso de la cabeza del epididimo, alejándose así de la disposición normal, que quiere que este grupo nazca únicamente del cuerpo y de la cola del epididimo.

El grupo medio nace en este caso por una de las ramas del hileo del testículo, debiendo hacerlo de la cola del epididimo.

Todas estas venas, no sólo presentan dilataciones cilindroideas, sino que también se observan algunas dilataciones ampulares.

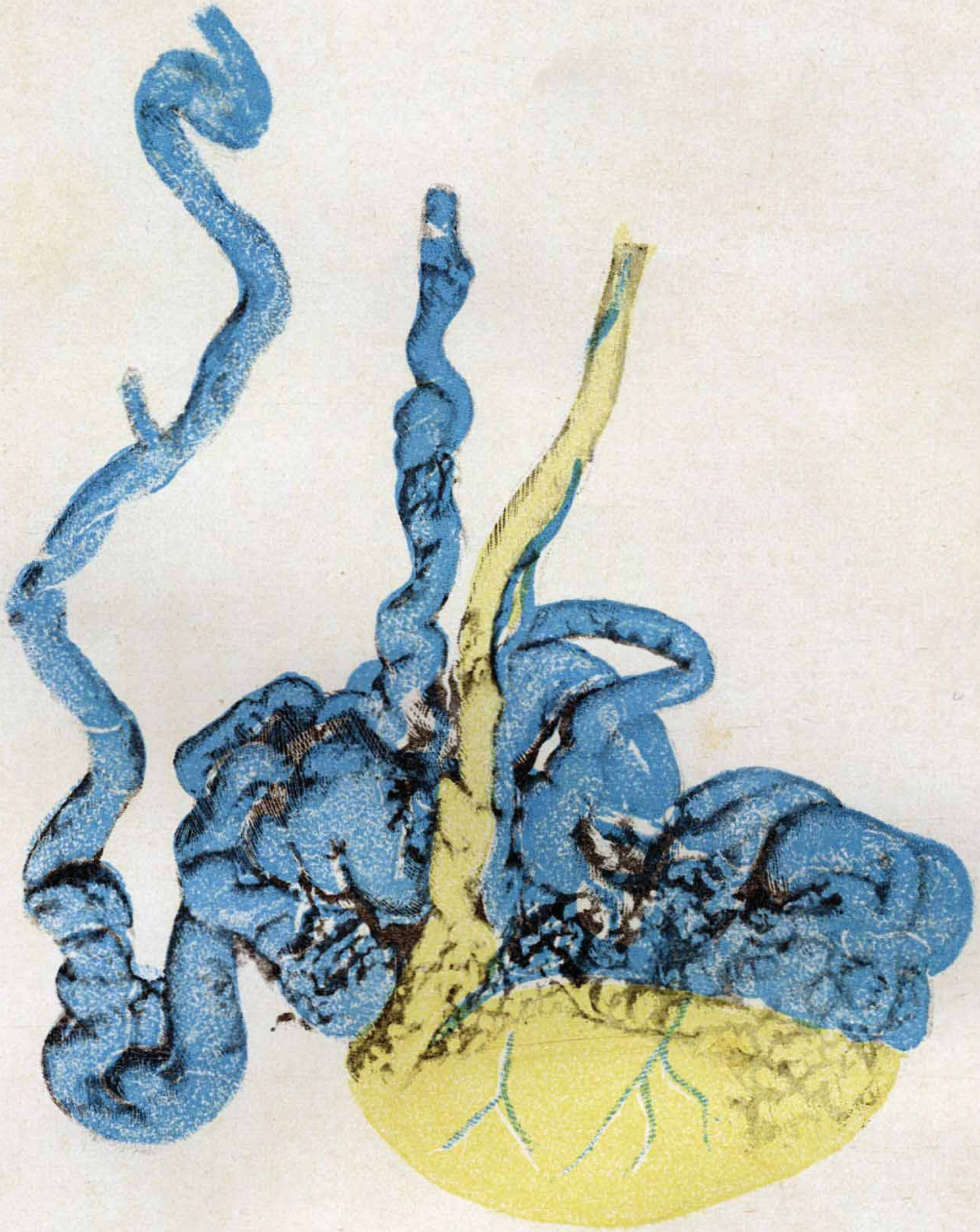

FIG. I

PIEZA II

Como se ve en la figura II, el único grupo inyectado es el anterior ó espermático.

En esta pieza, el grupo venoso anterior está formado por dos haces venosos. Uno, que nace como normalmente de la parte media del híleo del testículo y que es el más voluminoso. El otro haz está formado por un tronco venoso grueso, serpentino y muy sinuoso, que nace por un grupo de tres venas de la cola del epididimo y por otro grupo de tres venas que toman nacimiento en la cabeza del epididimo y este haz que así resulta se agrega anastomosándose al que proviene del híleo del testículo á una altura de seis centímetros por encima del epididimo.

Cuando se recuerda que el grupo anterior nace normalmente en el híleo del testículo y en la cabeza del epididimo y comparamos con el estudio de esta pieza, observamos que esta nueva forma se aleja también de la disposición normal, por el tronco venoso agregado que nace de la cola del epididimo.

La dilatación venosa es aquí puramente cilindroidea.

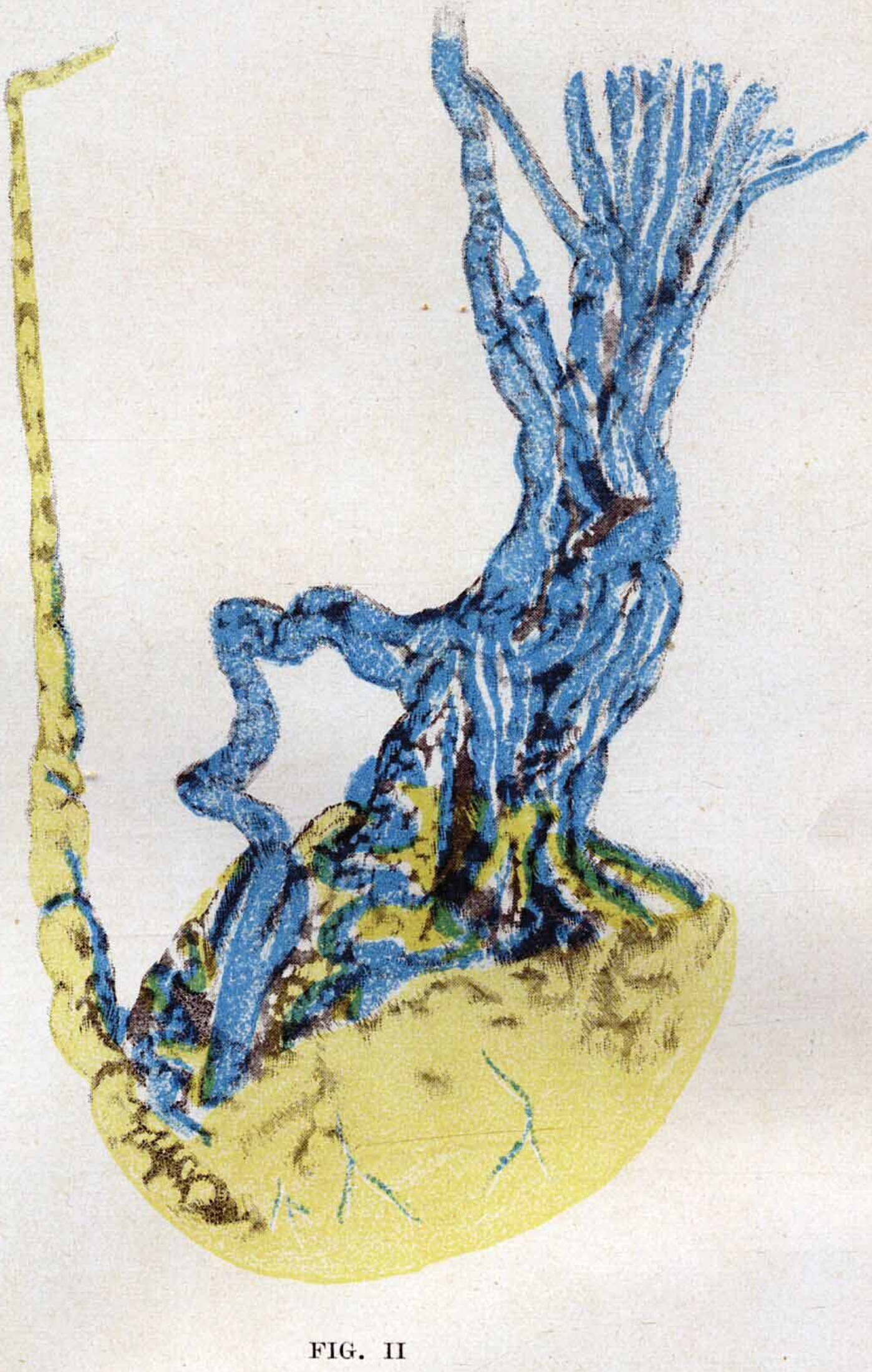

FIG. II

PIEZA III

El haz más voluminoso del grupo anterior, figura III, es el que sale de la parte media del hílco del testículo. Este haz, que es generalmente el principal de este grupo, es reforzado por tres troncos venosos que provienen de la cabeza, del cuerpo y de la cola del epididimo; troncos que se reunen en un haz, á unos tres centímetros de la cabeza epididimiaria y se agregan luego á las que vienen del hílco, formando en total el grupo anterior.

El grupo posterior está formado por dos troncos venosos: uno que sale de la parte anterior de la glándula testicular y de la cola del epididimo y otro que nace en el hílco del testículo y pasa entre el conducto deferente y la cola del epididimo. Estos dos troncos venosos se reunen en uno solo, al nivel de la cola del epididimo y este tronco venoso se subdivide, á su vez, constituyendo por detrás del canal deferente el grupo posterior.

El grupo medio es insignificante y está formado por dos venas que se originan en el grupo posterior, á unos cinco centímetros encima de la cola del epididimo.

Observamos aquí que el grupo anterior nace, como sucede normalmente, del hílco del testículo y de la cabeza del epididimo; pero además él está

reforzado por venas que nacen del cuerpo y de la cola del epididimo, venas estas qüe según la descripción normal de este grupo venoso, debieran pertenecer al grupo posterior.

En el grupo posterior, al haz normal que se origina en la cola del epididimo, se le agrega uno que viene del híleo del testículo y que debía pertenecer al grupo anterior.

El grupo medio es normal, pues nace del grupo posterior.

Como en la pieza anterior, son cilindroideas las ectasias venosas.

FIG. III

PIEZA IV

En esta pieza, figura IV, el grupo venoso anterior se revela formado más por venas epididimiarias, que por venas hilearias que son más bien accesorias. Tres troncos nacen del hileo y á unos seis centímetros encima de la cabeza del epididimo se reunen en un solo haz, con seis troncos nacidos del cuerpo y cola del epididimo y al que recorren en todo su borde convexo, el último de estos troncos, originado en la cola, es muy grueso y se anastomosa á pleno canal con el grupo posterior. Debajo de la albugínea, se ven varios tronquitos venosos verticales que van á echarse en los troncos epididimiarios.

El grupo posterior está formado por dos troncos: uno, que nace de la parte anterior, de la cola del e ididimo y otro, en el hileo del testículo, pasando detrás del canal deferente. A unos tres centímetros de la cola del epididimo salen tres vénulas que colocándose alrededor del canal deferente, forman el grupo venoso medio.

Así, pues, en esta pieza, el haz principal del grupo anterior está formado por venas que nacen en la cabeza, en el cuerpo y en la cola del epididimo, mientras que el haz secundario es el que proviene del hileo del testículo, alejándose totalmente de la disposición considerada como normal.

En el grupo posterior, uno de los troncos venosos se origina en el híleo del testículo, debiendo pertenecer este tronco venoso al grupo anterior.

El grupo medio es normal, pues nace del grupo posterior.

En esta pieza, las dilataciones venosas no sólo son cilindroideas, sino que también se observan algunas ectasias ampulares.

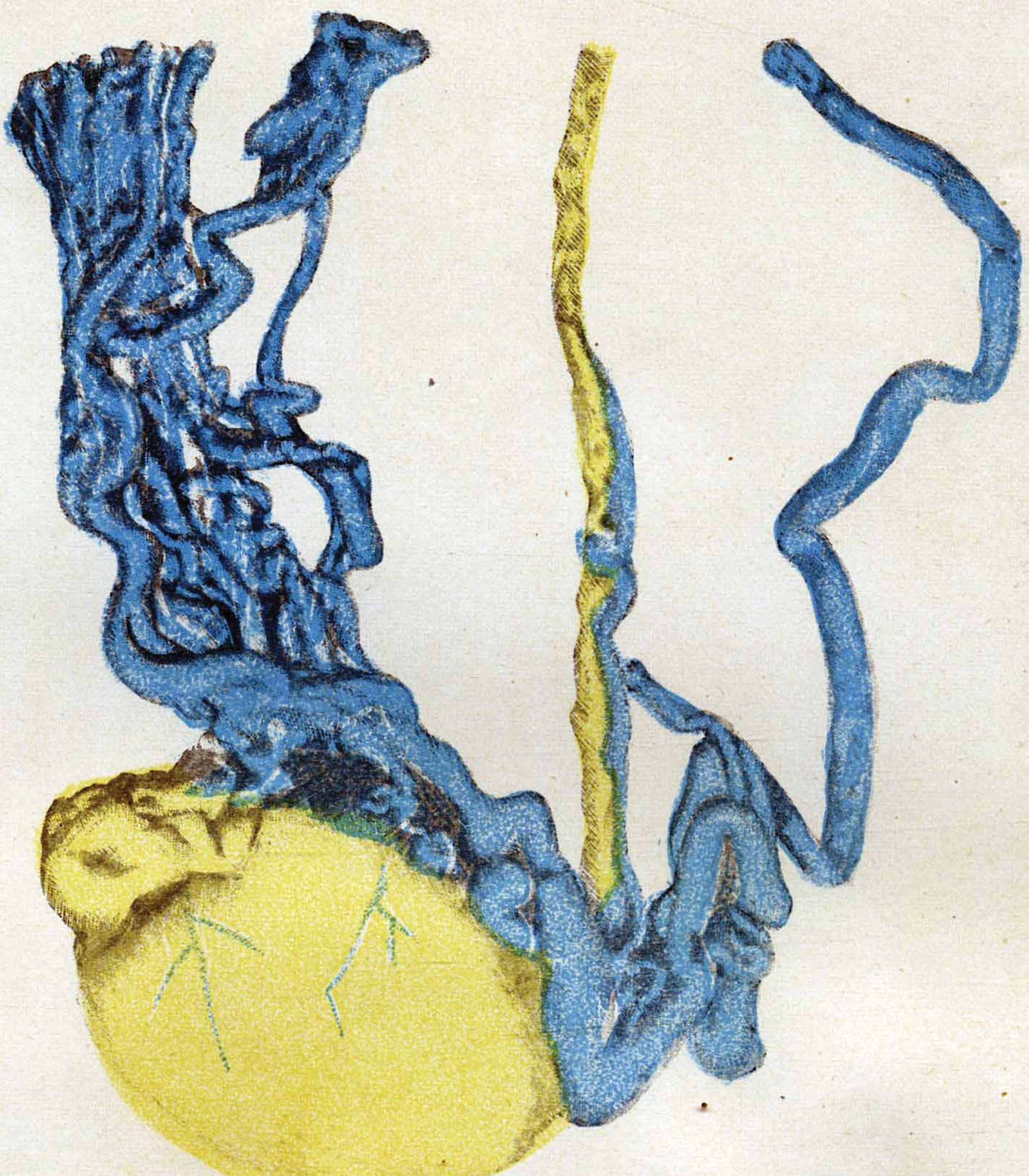

FIG. IV

PIEZA V

El único grupo inyectado es el anterior, (figura V).

Él está formado por un haz principal, que toma su origen en la cabeza del epididimo y en la parte más anterior del híleo del testículo. A este haz principal, viene á reunirse un grueso tronco venoso muy flexuoso y dilatado, que toma nacimiento en la cola del epididimo y el cual cruzando al canal deferente, va á reunirse al haz principal á siete centímetros de la cabeza del epididimo.

En esta preparación observamos que si bien el haz principal se origina como sucede en la descripción normal en la cabeza del epididimo y en el híleo del testículo, á él viene á agregarse un tronco venoso que debiera pertenecer al grupo posterior.

En esta pieza las dilataciones venosas son cilindroideas y ampulares.

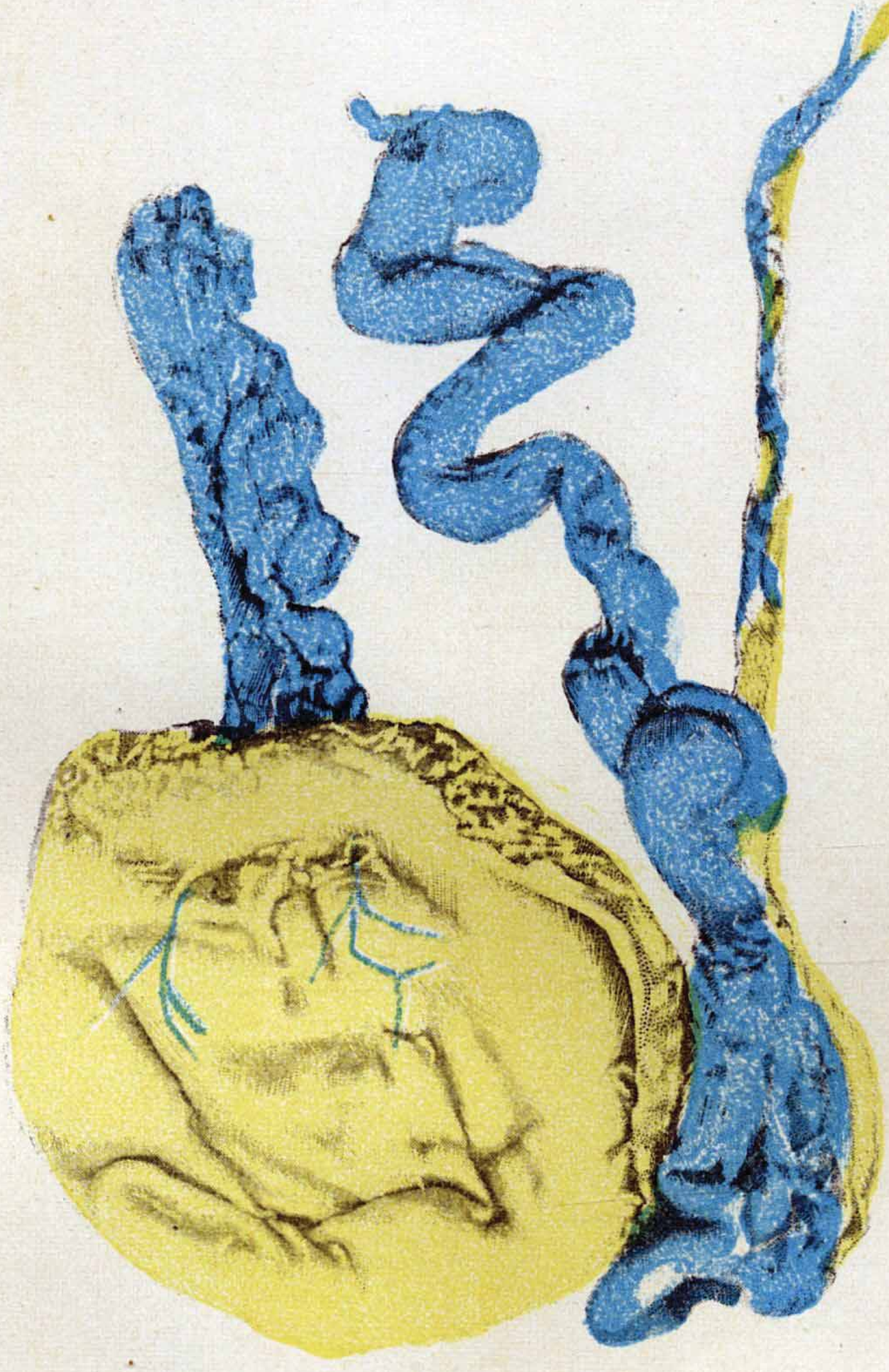

FIG. V

PIEZA VI

El grupo anterior está aquí formado, (figura VI) por dos haces venosos: uno, nacido en la parte más anterior del híleo del testículo y de la cabeza del epididimo, como sucede normalmente y el otro, que toma nacimiento por dos troncos venosos, en el cuerpo y en la cola del epididimo, en esta última parte en su cara anterior y estos dos troncos se fusionan á unos tres centímetros del epididimo, dando lugar á ese nivel á dos venas que, colocándose alrededor del conducto deferente, constituyen el grupo medio.

Aquí, como se ve, el haz principal es normal; pero á él se agrega otro haz nacido en el cuerpo y en la cola del epididimo, alejándose por esto de la descripción normal.

El grupo medio nace exclusivamente en el grupo anterior siendo su origen normal en la cola del epididimo y en el grupo posterior.

Las dilataciones venosas son puramente cilindroideas y serpentinas.

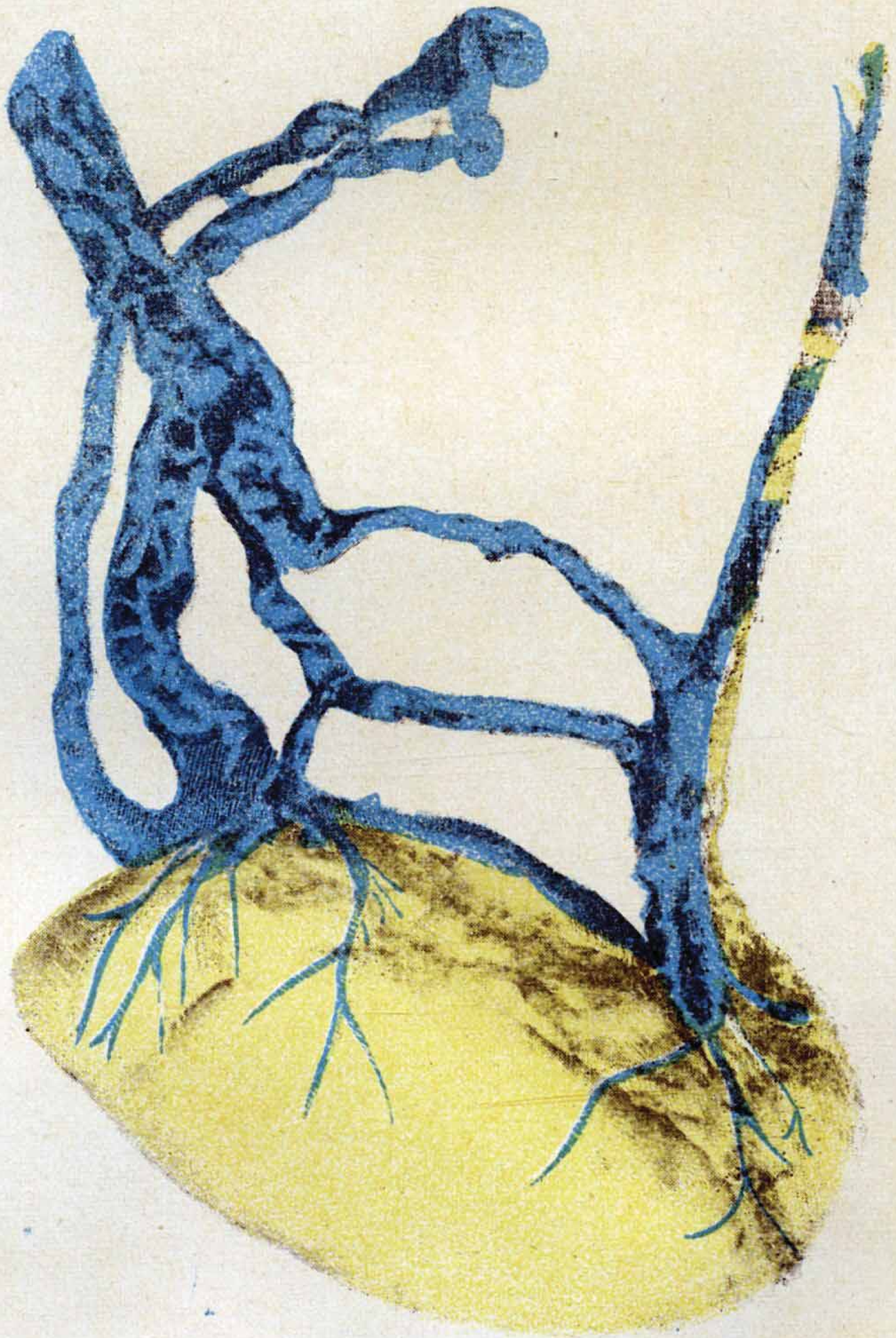

FIG. VI

PIEZA VII

Como se puede observar en la (figura VII), el grupo anterior ó espermático, está formado por tres haces. Uno, el principal, formado por siete troncos venosos que toman nacimiento en toda la extensión del híleo, del testículo. Otro, formado por tres troncos venosos, que se originan en la cabeza y en el cuerpo del epididimo. Y el tercero, bastante dilatado y flexuoso, que nace por dos troncos venosos originado, uno en la cola del epididimo y el otro naciendo á pleno canal del grupo posterior. A ocho centímetros encima de la cabeza del epididimo estos tres haces venosos, se reunen para constituir en total el grupo anterior.

El grupo medio constituído por cuatro venas helicinas, que toman nacimiento en la cara posterior de la cola del epididimo, acompañan al canal deferente y están íntimamente ligadas á él.

El grupo posterior ó funicular, nace por dos troncos venosos: uno, que se origina por una serie de ramúsculas venosas en la cola del epididimo y el otro, que nace á pleno canal del grupo anterior.

Si nos fijamos en la descripción de esta pieza, veremos que excepción hecha del grupo medio que está normal, los otros dos grupos venosos, se alejan de la disposición normal; pues el grupo ante-

rior nace no sólo en el híleo del testículo y en la cabeza del epididimo, sino que también se origina en el cuerpo y en la cola del epididimo. El grupo posterior además del haz venoso normal, posee otro nacido en el grupo anterior.

Las ectasias venosas son cilindroideas y existen algunas dilataciones ampulares.

Reasumiendo todo lo anteriormente descripto se desprende: que en algunos casos las venas del cordón adoptan una disposición que aunque separándose en algunos detalles, se asemejan en general á la descripción normal, que quiere que las venas nacidas en la cabeza del epididimo y en el híleo del testículo, pertenezcan al grupo anterior y las originadas en la cola del epididimo, formen el grupo medio y el posterior.

Que en otros casos, como sucede en las piezas I, II, III, IV, VI y VII, en las cuales vemos que las venas nacidas en la cabeza, en el cuerpo y en la cola del epididimo, vemos que se unen generalmente á las nacidas en el híleo del testículo, para formar en conjunto el grupo anterior; se colocan, formando un arco venoso, alrededor de todo el borde convexo del epididimo. Y que en ciertos casos esta disposición está tan marcada, como sucede en las piezas II y IV; en las cuales las venas

FIG. VII

epididimiarias forman el haz principal del grupo anterior y las venas heliciarias forman el haz secundario, invirtiéndose totalmente la disposición normal.

Y estas consideraciones de orden anatómico son las que nos guiarán más adelante, para sacar ciertas conclusiones, fácilmente aplicables á la anatomía patológica y á la clínica.

Y por fin, que las dilataciones venosas observadas en la generalidad de los casos, son puramente cilindroideas y serpentinas.

CAPÍTULO II

Anatomía patológica del varicocele—Macro y microscópica

Anatomía patológica macroscópica

El estudio de las piezas cuyas fotografías van en el capítulo anterior, juntamente á las que hemos disecado y no figuran en él, por no hacer más largo su detalle, así como el examen de los individuos que son portadores de varicoceles, nos han inducido á considerar dos grandes clases de varicoceles: varicoceles viscerales y varicoceles funiculares.

Los varicoceles viscerales, son aquellos en los cuales la ectasia venosa se hace al nivel del testículo, en las venas que nacen en la cabeza, en el cuerpo y en la cola del epididimo y que forman un arco venoso paralelo al borde convexo del epididimo.

Esta disposición se ve muy bien en las figuras II y IV. Y si en algunos casos vemos que las dilataciones venosas se generalizan á los troncos venosos que ascienden al nivel del cordón espermático, no por eso es menos cierto que estas dilataciones puedan observarse aisladamente, sobre

todo al principio. El varicocele de Doumenage, que es la ectasia venosa del nacimiento del grupo posterior en la cola del epididimo y que se desarrolla en los viejos, no es más que una variedad de estos varicoceles que llamamos viscerales.

Los varicoceles fumiculares, son aquellos en los cuales la dilatación venosa se observa sobre todo al nivel de las venas del cordón espermático en su trayecto funicular. En esta clase es neceeario hacer una subdivisión, pues son tres las variedades de varicoceles á este nivel.

El varicocele del grupo anterior ó espermático, que es una dilatación venosa desarrollada en este grupo, situado por delante del canal deferente.

El varicocele del grupo posterior ó funicular, que se encuentra detrás del conducto deferente.

Y por último el varicocele total, en el cual la dilatación venosa, ha tomado todos los grupos venosos.

No consideramos el varicocele del grupo medio ó deferencial, porque jamás se ectasia aisladamente, porque sabemos que este grupo se origina en el grupo posterior ó en el grupo anterior y posterior al mismo tiempo. Así es que las veces que vemos á este grupo medio dilatado, lo es secundariamente por contragolpe, por el hecho de estar dilatado el grupo posterior ó el anterior.

En estos varicoceles funiculares, existe divergencia en las opiniones de los autores, en cuanto

al grupo venoso que más generalmente se dilata. Así la mayoría creen con Curling que es el grupo anterior el comúnmente ectasiado. Otros con Horteloup, creen en cambio que la dilatación venosa se produce once veces sobre dieciocho, en el grupo posterior.

Nosotros creemos que generalmente el varicocele se desarrolla en el grupo anterior.

Pero cualquier clase ó variedad de varicocele que se trate, las ectasias venosas adoptan la misma forma. En un principio las dilataciones son puramente cilindroideas y así permanecen por mucho tiempo, hasta que la alteración de las paredes venosas avanza y entonces se producen algunas dilataciones ampulares ó sacciformes. Estas ectasias venosas no se extienden sino hasta el anillo inguinal interno; rara vez llegan á dilatarse el plexo pampiniforme y la vena espermática.

Cuando la esclerosis de las venas es bastante avanzada, es que sentimos las paredes venosas sumamente espesadas y cortándolas tansversalmente quedan beantes, haciéndonos la impresión de vasos arteriales seccionados.

En las ectasias venosas viejas, se suelen observar también en las dilataciones ampulares, plebositos que se sienten bien por su dureza especial.

El tejido celular que rodea á las venas del cordón, muy rara vez se inflama. Pero cuando se producen celulitis funiculares, el tejido conjun-

tivo que se forma á su consecuencia, engloba los vasos venosos y forma una masa fibrosa dura, que aprisiona á muchos de los vasos ectasiados. Observaciones de Escallier.

En la generalidad de los casos, hemos encontrado el testículo perfectamente normal.

Anatomía patológica microscópica

Hemos practicado cortes histológicos de varios paquetes venosos resecados en distintas ocasiones al hacer la cura radical del varicocele.

Primera pieza.— Observado con un aumento de 100 D. el corte de esta pieza, lo primero que llama la atención es el espesor considerable de la pared de las venas, así como su dilatación en la mayor parte de ellas.

Esta dilatación no es uniforme en todos los puntos, de manera pues que las venas están lejos de presentar toda la forma de un tubo dilatado, sino que también se observan algunas dilataciones ampulares. Todas la venas que hay en el corte histológico, se encuentran atacadas.

Pasando á estudiar las lesiones de las paredes venosas, notamos de una manera general que el proceso patológico de espesamiento se hace á expensas de la túnica media. Pero las lesiones no se limitan á esta capa únicamente, sino que también la túnica interna forma parte de los tejidos lesionados.

En esta pieza, la túnica interna está conservada en todas las venas menos en una, donde se observa un proceso de proliferación bastante estendido, que ocupa una tercera parte de la luz del vaso, (figura VIII). Esta proliferación conjuntiva de la capa interna, hace una prominencia ligeramente mameloneada en la luz de la vena.

En las preparaciones se observa un contraste muy marcado entre la proliferación endoplebítica y la capa subyacente: es decir la túnica media. El endotelio ha desaparecido en esta parte proliferada. La capa más superficial, la que está en relación con la luz de la vena, está formada por un tejido amorfo, observándose uno que otro núcleo, correspondientes á células conjuntivas de reciente formación. A medida que se va más profundamente los núcleos y por lo tanto las células conjuntivas se van haciendo más numerosas y en la parte más alejada, se observan ya unos cuantos hacecillos conjuntivos que se insinúan en la restante masa, que aparece amorfa al microscopio. Esta estructura recuerda inmediatamente la de un coágulo que se va organizando.

Habíamos adelantado que las lesiones más profundas se observaban en la túnica media. Efectivamente el espesor de estas, es tan considerable en algunas venas, que alcanzan hasta diez y doce veces su tamaño normal. Pero debemos hacer notar que este espesamiento no se hace circular y

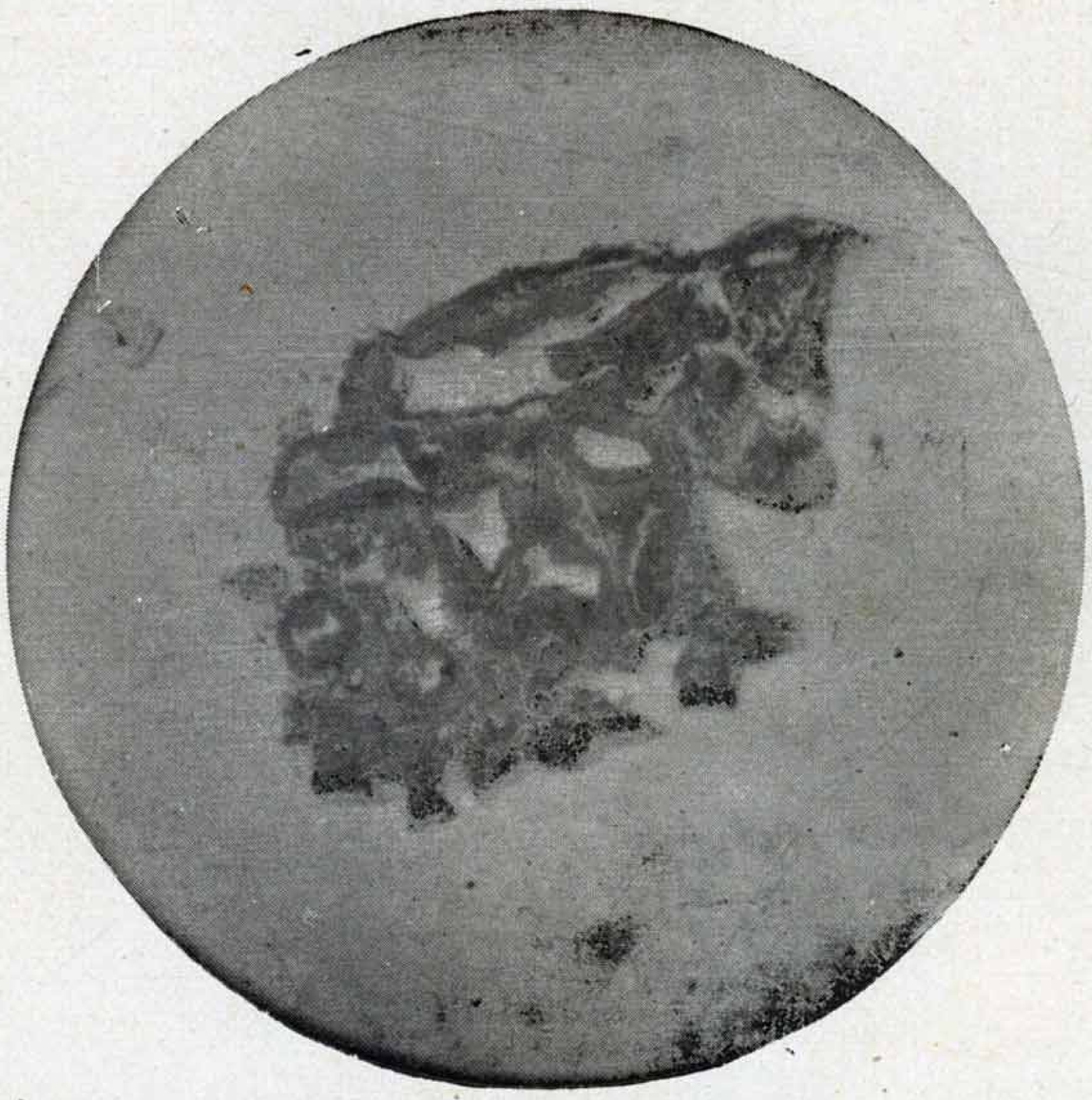

FIG. VIII

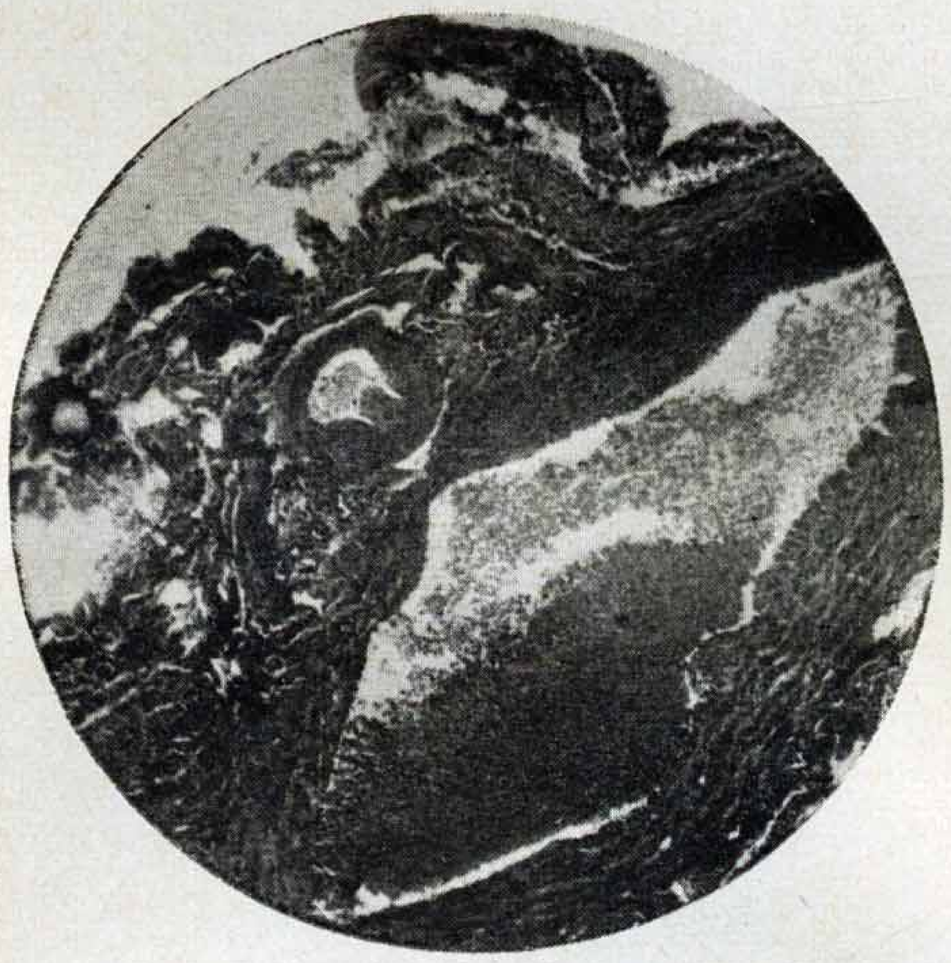

FIG. IX

uniformemente en toda la pared vasal, sino que hay puntos en los cuales el aumento de volumen es casi nulo y otros por el contrario que alcanzan un espesor considerable. La lesión se hace, parece, á expensas de las fibras musculares lisas. Se ve algunas de estas fibras en un estado de atrofia muy considerable, con núcleos que se colorean mal ó que han desaparecido. Así vemos algunas venas, en las cuales la desaparición de las fibras musculares es mínima, y otras en las cuales la desaparición es completa.

Los espacios dejados por los hacecillos musculares desaparecidos, están ocupados todos ellos por tejido conjuntivo adulto, observándose fibras elásticas en gran cantidad que se tiñen en amarillo por el ácido pícrico. Donde la dilatación venosa se ha hecho de una manera uniforme los hacecillos conjuntivos y las fibras elásticas están dispuestas circularmente, guardando la disposición de los hacecillos musculares; pero en los puntos donde la proliferación es parcial y se hace proeminente en la luz del vaso, el tejido conjuntivo y las fibras elásticas están dispuestas circulamente á la pared.

La túnica externa ó adventicia está formada por tejido conjuntivo adulto, que se continúa con el que ocupa los espacios intervenosos.

Las lesiones no están sólamente limitadas á la pared venosa, sino que tambien los vasa-vasorum

están atados. Se observa en ellos también una dilatación y sobre todo un espesamiento uniforme y considerable de su pared. Al mismo tiempo existe una multiplicación de estos vasa-vasorum.

Pieza II.—Observamos lo mismo que en la anterior, siendo en esta la dilatación venosa mucho mayor; dilatación que es uniforme en todos los vasos grandes. Solamente en un vaso pequeño, de segunda magnitud, (ver figura IX), se observa una proliferación de la túnica interna, que recuerda la forma de un dedal.

El espesor de la túnica media es tan grande como en la pieza anterior, observándose en esta un proceso de esclerosis, hecho á expensas de las fibras musculares desaparecidas.

Las lesiones de los vaso-vasorum son iguales á las anteriormente descriptas.

Pieza III.—En esta pieza hemos hecho un corte longitudinal de un paquete venoso.

Las lesiones son las mismas que en las dos piezas anteriores; pero es en esta donde las lesiones proliferativas, tanto de la íntima como de la túnica media, se observan en el más alto grado. Llama la atención la dilatación sacciforme de la luz de las venas, al punto que al corte longitudinal aparecen las paredes venosas serpenteadas y ondulantes. En efecto, hay partes estrechas que hacen continación á partes dilatadas y partes lisas colocadas al lado de partes proliferadas.

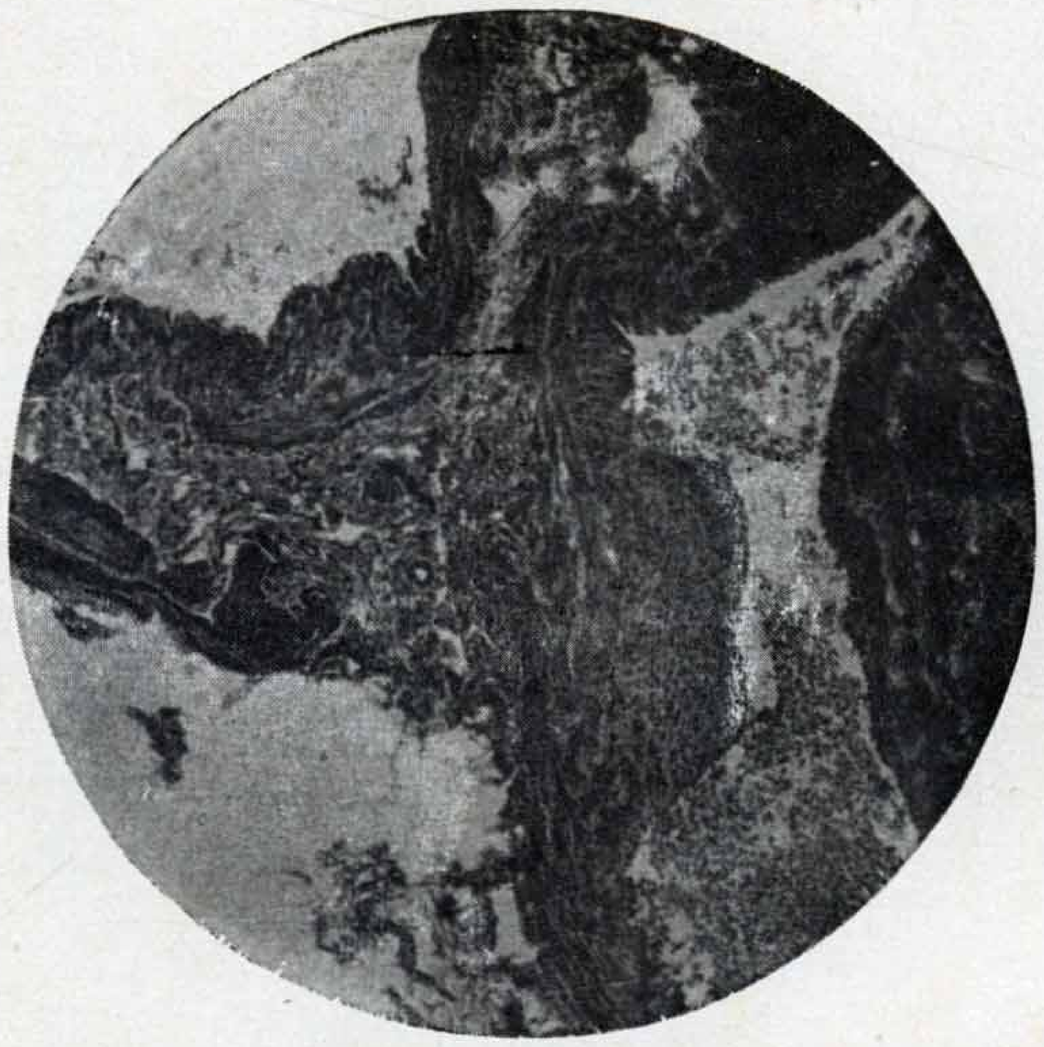

FIG. X

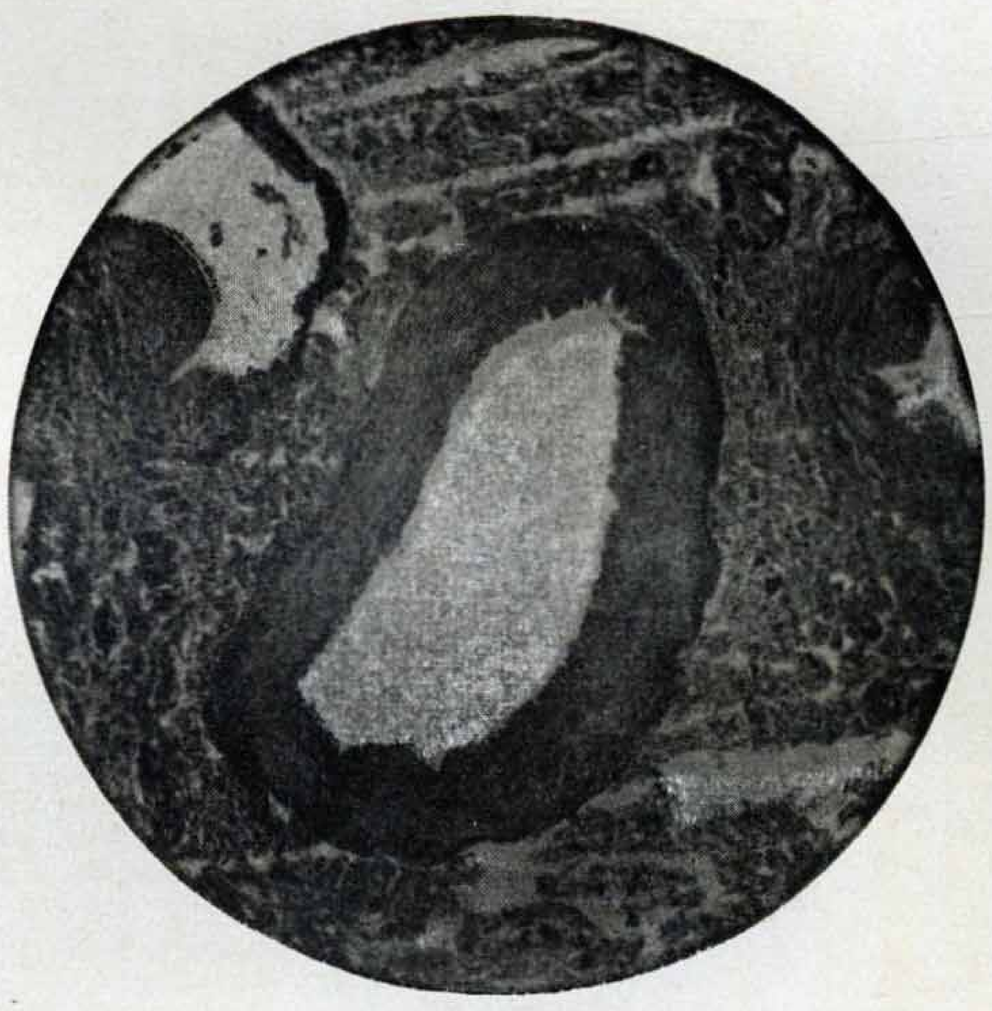

FIG. XI

Reasumiendo, pues, hemos encontrado que el proceso principal está reducido á una esclerosis de la capa media, estando en esto de acuerdo con los trabajos de Cornil, de Soboroff y de Thielferder.

Hemos constatado la existencia, aunque en poca cantidad, de proliferaciones endoplebíticas, que ya Epstein había descripto, diciendo que ellas tenían por objeto compensar la dilatación venosa y de esa manera la luz del vaso no se agrandaba. Llamábales á esas proliferaciones endoplebíticas, *endoplebitis compensatriz*. Creemos, en unión á Janni y á Vignolo, que esta interpretación es errónea, y que la tal proliferación es sencillamente debida á condiciones especiales en que se encuentran las paredes venosas varicosas que permiten este crecimiento.

Por lo que respecta á la túnica media, es necesario distinguir las lesiones de las grandes venas y las de las pequeñas. En las primeras, hemos encontrado atrofia de las fibras musculares lisas y aumento de las fibras elásticas y conjuntivas, contestes en esto con los trabajos de Hodara. Hemos visto también que el proceso de esclerosis es más marcado en la porción que está en contacto con la túnica interna. En las venas de segundo orden, donde la dilatación es menor; allí hemos constatado que la hipertrofia de la túnica media, no sólo es esclerosa, sino que también hay multiplicación de las fibras musculares lisas.

CAPÍTULO III

Etiología y Patogenia

Etiología y Patogenia

En nuestro país debe ser muy frecuente esta afección, á juzgar por el número de operados que se observan cuando se registran los libros de los servicios de cirugía; pero por el hecho de no haberse hecho entre nosotros estadísticas militares completas, es que no podemos saber en qué proporción esta enfermedad se desarrolla aquí.

Hay países, como Inglaterra por ejemplo, á juzgar por los datos estadísticos que nos suministra Curling, donde el varicocele és sumamente frecuente, pues que según él, se eleva la proporción á 70.5 por mil. En Francia las estadísticas dan el tres por mil.

La afección de que tratamos se desarrolla generalmente entre los quince á veinticinco años de la vida; por debajo y encima de esta edad los autores no están de acuerdo. Creemos que debajo de quince años el varicocele es raro; no sucede así por encima de los veinticinco años, en que él es más frecuente, quizás porque se observan indi

viduos en los cuales la afección viene á incomodar recién pasados los veinticinco años de edad, después de una evolución más ó menos larga y latente.

El hecho de instalarse esta afección en esta edad de la vida, que es el summum de la vida viril. El hecho de ser mucho más frecuente el varicocele del lado izquierdo que el del lado derecho, han sido la causa de que la patogenia de este proceso sea hasta hoy muy discutida, sin haber conseguido ponerse de acuerdo sobre las causas que producen esta enfermedad.

Así, algunos creen con Delbet, que las causas de orden mecánico son las que originan el varicocele. Y entre estas se citan la disposición anatómica de las venas del cordón, especialmente del lado izquierdo, sitio más frecuente del varicocele y se dice que estas venas tienen que recorrer un largo trayecto; que poseen válvulas insuficientes y que la espermática del lado izquierdo desemboca en ángulo recto en la renal del mismo lado y que estas son causas más que suficientes para provocar esta afección.

Otros, como Callisen y Petit, atribuyen además á la constipación como causa mecánica, un papel importante en la producción del varicocele.

Igualmente Köenig atribuye á la costumbre que tienen la generalidad de los individuos de cargar las bolsas y el pene del lado izquierdo del

pantalón, de donde se producirían compresiones venosas que mecánicamente llevarían al varicocele.

Y por fin, para terminar con la larga lista de las causas mecánicas, algunos agregan á todas las anteriores, los ejercicios físicos y las profesiones que requieren la estación vertical largo tiempo continuado.

Otros con Perier y Segond, creen que las hiperemias genitales son las que contribuirían á la formación del varicocele.

Nosotros creemos que las causas enumeradas más arriba como productoras del varicocele no resisten á un análisis detenido, porque si bien ellas son capaces de actuar secundariamente, están muy lejos de ser las causas productoras de la afección. Y cuando se practican cortes microscópicos de los paquetes venosos varicosos, se ve que en un principio las lesiones que se observan son meso y endo-plebitis, lesiones inflamatorias, que no se pueden explicar sino por un origen infeccioso; lesiones que conducen á la esclerosis de las paredes venosas. Así, creemos en el origen infeccioso, como causa productora del varicocele. Y por más que la causa primera se nos escape, es bastante racional admitir estas infecciones de las paredes venosas, en un órgano como el testículo, que está, en la edad que se desarrolla esta afección, en pleno período de actividad.

Así, pues, reasumiendo, diremos que las infec-

ciones de las paredes venosas juegan el rol más importante en la producción del varicocele y que las causas de orden mecánico actúan como causantes, que coadyuvan para producir esta enfermedad.

CAPÍTULO IV

Síntomas — Diagnóstico — Pronóstico

Síntomas

Desde luego no nos ocuparemos sino del varicocele idiopático, es él, el que requiere frecuentemente la intervención del cirujano. Pues el varicocele sintomático que es producido por un braguero, por un tumor renal ó por tumores pelvianos, desaparece con la causa que lo produce, cuando ella no está por encima de los recursos del arte, como pasa en los tumores cancerosos del riñón izquierdo.

El modo de principio del varicocele idiopático, ofrece tres modalidades diferentes: ó bien empieza de una manera brusca, ofreciéndonos el cuadro del *varicocele agudo* de Curling; ó evoluciona lenta y progresivamente, constituyendo el *varicocele crónico;* ú observamos la tercera forma, constituída por esos varicoceles, que apesar de su desarrollo progresivo, es entrecortado este, por empujes que sobrevienen con motivo de excitaciones venéreas, esfuerzos y marchas prolongadas, tc.

La primera forma, que es generalmente la más dolorosa y que sobreviene bruscamente, es la que se observa en los jóvenes de quince á veinte años y se revela con frecuencia por primera vez en el ejército; donde las marchas forzadas son sumamente frecuentes; donde se sobrecarga de un trabajo físico excesivo á los conscriptos recién venidos, que no estaban acostumbrados á esas duras faenas. Estos varicoceles agudos, que se desarrollan así de golpe, no son verdaderamente tan agudos, como pareciera indicarlo su evolución rápida, lo que sucede en estos casos, es que se trata de varicocelosos latentes, que con motivo de una causa ocasional se han manifestado en esa forma dramática de que nos habla tan bien Landouzy en sus observaciones. Y si por acaso coincide esta evolución rápida en un sujeto nervioso, que ve desarrollarse repentinamente su tumor varicoso, acompañado de fuertes y violentos dolores, haciendo el tormento de estos desgraciados enfermos, en los cuales el menor ejercicio físico, las influencias climatéricas, las excitaciones genésicas, la palpación aun delicadamente practicada, exasperan dichos dolores hasta el punto de hacerlos insoportables; no es extraño pues, que veamos á estos sujetos tristes y eternamente preocupados, llegar hasta el suicidio para poner de una vez término á tantos sufrimientos físicos y morales.

La segunda forma, en la cual el varicocele evo-

luciona lenta y progresivamente, es aquella en la cual la afección se instala sin grandes fenómenos, apenas si el enfermo se queja de sensaciones vagas de tironeamientos y de peso al nivel del cordón, fenómenos producidos más que todo por el desarrollo inmenso que puede adquirir en esta forma el tumor varicoso, al punto de llegar hasta la mitad del muslo y revestir las excesivas proporciones de una cabeza de feto á término.

Y por último, la tercera forma, que es como un lazo de unión entre las dos precedentes, es aquella en la cual la enfermedad, apesar de su desarrollo lento y progresivo, ofrece en su evolución empujes sucesivos que se producen, no sólo en cuanto al aumento del tumor, sino también en sus fenómenos dolorosos, con motivo de las influencias térmicas, de los excesos venéreos, de las fatigas físicas, de las profesiones que requieren la estación vertical largo tiempo prolongada.

Pero, sea cual fuere la forma como empiece el varicocele, llega un momento en que el enfermo se decide á consultar un cirujano y este puede constatar todos los síntomas, ya sean físicos ó funcionales.

Síntomas físicos. Inspección.—A la inspección lo primero que se nota en los sujetos normales, es que una de las bolsas desciende más que la otra y si generalmente el testículo izquierdo desciende dos centímetros más que el derecho, muy raras

veces sobrepasa en su descenso la punta de la verga. Pues nosotros hemos practicado una serie de medidas en sujetos bien conformados y en un total de unos doscientos individuos, hemos podido comprobar que en un sesenta y cinco por ciento, el polo posterior del testículo izquierdo, estaba situado al nivel de la punta de la verga; que en veinticinco por ciento no alcanzaba á la punta de la verga, y que en los diez por ciento restantes, sobrepasaba de uno á dos centímetros la extremidad del pene. El polo posterior del testículo derecho en igualdad de condiciones, estaba situado en un setenta por ciento á dos centímetros por encima de la extremidad del pene; en veinte por ciento al nivel de la punta de la verga y en los diez por ciento restantes, de uno á dos centímetros por debajo de la extremidád de la verga. De lo que resulta que en tesis general, podemos decir que el polo posterior del testículo izquierdo, está situado al nivel de la punta de la verga y que el del testículo derecho está situado á dos centímetros por encima de la extremidad del pene. Y esto de tomar la verga como punto de reparo, no debe ser criticado, puesto que en la generalidad de los individuos bien conformados, coinciden casi todas nuestras mediciones, y sobre todo que para las necesidades de la práctica, basta y sobra.

En cambio en el varicocele, vemos á la inspección, el testículo izquierdo, que es el general-

mente atacado, descender seis, siete, diez y más centímetros, y algunas veces más, como en un caso que hemos tenido oportunidad de observar, en el cual el polo posterior del testículo izquierdo, había descendido á dieciocho centímetros por debajo de la punta de la verga. Esta ptosis del testículo atacado de varicocele, se explica porque el dartos y el cremaster no juegan ya el rol de suspensores del testículo. Claro está que cuando el varicocele está situado en el lado derecho, el testículo derecho desciende mucho más que el izquierdo y la ptosis testicular debe medirse empezando á dos centímetros por encima de la extremidad del pene hasta el polo posterior de dicho testículo.

Mirando atentamente, para darnos cuenta de la causa que produce esta ptosis del testículo, vemos que ella responde á un tumor de forma piramidal, alargado en el sentido vertical; cuyo vértice está situado en el anillo inguinal y la base al nivel del testículo, sobre todo cuando el tumor adquiere ciertas proporciones, sin que por esto importe que sea considerable. Este tumor aumenta ó disminuye, según que hagamos acostar ó levantar al enfermo; lo mismo que aumenta ó disminuye, según que apliquemos compresas calientes ó frías, para relajar ó contraer los vasos, el dartos y el cremaster.

En la piel de las bolsas, que se nos presenta

delicada y fina, se observan arborizaciones venosas que, cuando se trata de varicoceles gigantescos, se convierten en vasos de gran tamaño y sumamente flexuosos. Además la piel suele presentarse rubicunda y con escoriaciones debidas al gratage y al exema intértrigo, producidos á su vez, por la exageración á ese nivel, de la secreción sudoral.

A veces se observa un estado elefantiásico del escroto, adquiriendo este excesivas proporciones.

Palpación.—A la palpación se notan los vasos venosos sumamente dilatados y flexuosos, produciendo esa sensación que se repite por todos, de lombrices entrelazadas ó de intestinos de pollo.

Cuando nos encontramos con uno de esos varicoceles que llamamos viscerales, las ectasias venosas se palpan en la cabeza, en el cuerpo y en la cola del epididimo; estas dilataciones venosas están situadas en todo el borde ántero-superior del testículo y nosotros sentimos las flexuosidades venosas cabalgando en todo el borde convexo del epididimo.

Cuando estamos en presencia de un varicocele funicular, entonces es necesario buscar el canal deferente, cuyas paredes nos dan una impresión táctil de una resistencia especial y él nos revela que se trata de un varicocele anterior ó posterior, según que el grupo venoso que se palpe dilatado, esté por delante ó por detrás de dicho ca-

nal. En el caso que se trate de un varicocele total, sentimos el conducto deferente rodeado de todas partes por los vasos venosos ectasiados.

El testículo, cambia de relación según se trate de un varicocele anterior ó posterior. Así cuando el grupo anterior es el dilatado, la base del tumor varicoso está cabalgando en el polo anterior del testículo y lo rechaza de arriba abajo y de delante hacia atrás, aproximándolo á la horizontalidad. Cuando el varicocele es posterior, la base del tumor se encuentra en el polo posterior del testículo y rechaza á este, de atrás hacia adelante y de abajo hacia arriba, aproximándolo á la vertical.

Tomando con la mano izquierda el testículo correspondiente al lado enfermo, tratando de replegarlo hacia el pubis, al mismo tiempo que con la mano que ha quedado libre, tratamos de exprimir el cordón, por medio de presiones suaves, dirigidas desde el testículo hacia el anillo inguinal y comprimimos á ese nivel fuertemente con el dedo, observamos que el tumor sin reducirse, ha disminuído de volumen, porque se ha vaciado de la sangre que contenían los vasos ectasiados; pero si disminuímos la compresión que ejerciamos en el anillo inguinal, lo suficiente únicamente para obstaculizar la circulación venosa, dejando por el hecho de la menor presión la circulación arterial libre, entonces vemos lentamente desarrollarse el tumor varicoso, de abajo hacia arriba.

Si examinamos uno de esos varicoceles, que datan de mucho tiempo y en el cual la alteración de las paredes venosas, está muy avanzada, entonces sentimos al través de la piel estas paredes venosas sumamente espesadas, como si fueran paredes arteriales. En estos mismos casos, suelen formarse en las expansiones laterales venosas, coágulos que al organizarse, forman plebolitos, los que percibimos por esa sensación dura ebúrnea especial.

Y si en el tejido celular que rodea á los vasos, se han producido fenómenos inflamatorios, que conducen á su transformación fibrosa, entonces se palpan las venas dilatadas y flexuosas en medio de un tejido fibroso duro, que podría imponerse á un examen poco atento, por un neoplasma. (Observaciones de Escallier).

Síntomas funcionales. — En cuanto á los síntomas funcionales, el varicocele puede revestir dos formas clínicas.

En una, los fenómenos dolorosos son muy poco ó nada marcados; es en esta forma que solemos observar esos varicoceles gigantescos, que no molestan á los enfermos que los llevan, más que por su volumen ó por la sensación de peso, que suelen producir al nivel del cordón.

La segunda forma, aquella que es intensamente dolorosa y en la cual los dolores se exasperan, con motivo de cualquier trabajo físico, aunque no sea

ni muy sostenido ni muy prolongado; dolores que influyen desfavorablemente las inclemencias del tiempo, como sucede en el verano ó en los días húmedos y calurosos, que sobrevienen á consecuencia del contacto con las mujeres, llegando al summum del dolor en ese instante de voluptuosidad; que precede y acompaña al coito. En cambio el reposo y el reposo en la situación horizontal, así como el frío actúan favorablemente, suprimiendo este síntoma dolor. Algunos enfermos recurren al coito, practicado este, tres y cuatro veces seguidas, consiguiendo de esta manera extinguir sus fenómenos dolorosos.

Entre los síntomas funcionales debemos mencionar, la espermatorrea. La atrofia del testículo y aunque nosotros no hayamos constatado, todas las estadísticas dan un porcentaje más ó menos subido. La ausencia de erección ó una erección incompleta, que es fuente de preocupación constante por parte del enfermo, que se cree impotente. Es el lugar de citar aquí la observación de Jaccoud, que se ha hecho clásica y en la cual nos da cuenta de un individuo en quien, la reducción de un varicocele provocaba violentos ataques de gastralgia.

Por último con todos los síntomas anteriormente expuestos, reunidos ó aislados, vemos frecuentemente enfermos que se nos presentan con una depresión moral intensa, con ideas de suicidio; estos

son los que forman la gran lista de los degenerados. Los enfermos de esta clase son tan numerosos, que no habíanse escapado á la observación sagaz de esos talentos como A. Paré, cuando definía el varicocele como «un pelotoneamiento de vasos, llenos de sangre melancólica». En efecto, cuántas veces en esa práctica fructífera y llena de enseñanzas del hospital, hemos visto llegar al consultorio, decepcionados y llenos de pueriles preocupaciones, haciéndonos una larga y completa historia de sus males, aun en sus menores detalles; esos enfermos que vienen á requerir un consejo, algo así como la última esperanza que pueden ya abrigar, pidiéndonos con voces llenas de melancolía, un tratamiento que calme todas sus preocupaciones, todos sus dolores, todos sus largos y prolongados desvelos.

Diagnóstico

Cuando se trata del diagnóstico del varicocele, se ve en la mayor parte de los tratados clásicos, una serie de diagnósticos diferenciales, entre esta afección y la mayor parte de las del cordón y del testículo. Creemos que cuando se interroga detenidamente al enfermo; cuando se practica una exploración física completa, al par que se conoce toda la sintomatología de la enfermedad que tratamos; el error de diagnóstico es difícil porque las impresiones que recibimos son sumamente características.

Sin embargo se ha dicho que podía confundirse muy bien con la hernia epiplóica.

Bástenos recordar que la hernia epiplóica es reductible, que si una vez practicada la reducción, ejercemos una presión al nivel del anillo inguinal, el tumor no se reproduce. Suspendiendo la presión y haciendo ejecutar un esfuerzo al enfermo vemos inmediatamente aparece el tumor de arriba hacia abajo. En el caso que la hernia epiplóica

fuera irreductible, los dedos que palpan el tumor, sienten la sensación de una masa blanda, pastosa, con falta absoluta de elasticidad. Todo lo contrario sucede en el varicocele que jamás es reductible: que aumenta de abajo hacia arriba, cuando tratando de reducir hacemos una compresión suave al nivel del anillo inguinal: que aumenta ó disminuye con el cambio de posición del enfermo: que igual cosa acontece, cuando hacemos aplicaciones de compresas calientes ó frías, al nivel de la piel de las bolsas: que la palpación nos da, esa sensación de elasticidad que nos comunican los vasos venosos ectasiados y los cuales los sentimos replegados sobre sí mismos, como intestinos de pollo.

Pronóstico

El pronóstico del varicocele, es benigno ó grave.

Benigno, en esa forma banal, en la cual la afección se instala sin producir fenómenos funcionales realmente inquietantes.

Grave, cuando se trata de esa forma muy dolorosa: cuando en esos sujetos nerviosos, crea esos estados hipocondríacos que hemos llamado anteriormente la atención: cuando esta afección se instala en sujetos que son obligados á cambiar de profesión ó que tienen que renunciar á una carrera, á la cual pensaban dedicar toda su actividad.

Es igualmente grave cuando el varicocele provoca atrofias testiculares, que volvemos á repetir deben ser sumamente raras ó cuando como acontece en algunos enfermos, esta afección ofrece entre sus disturbios funcionales, la ausencia de erección ó una erección incompleta.

Además en el varicocele suelen presentarse complicaciones que pueden revestir mayor ó menor

gravedad. Así se suelen observar rupturas venosas, produciéndose en el interior del cordón, hematomas, que no sólo son una complicación muy rara, sino también muy benigna.

Forgue y Reclus, han llamado la atención sobre este hecho; que la blenorragia, cuando sobreviene en individuos atacados de varicoceles, presentan como complicación frecuente, orqui-epididimitis que se producen del lado correspondiente á la ectasia venosa y lo que hace más molesta esta última complicación de la blenorrogia, en estas condiciones, es que lejos de curar francamente, presenta una tendencia mortificante á las recidivas.

Por fin la trombo-plebitis funicular, accidente sumamente grave, que puede terminar con la vida del enfermo y que felizmente es una complicación muy rara.

CAPÍTULO V

Tratamiento

Tratamiento

Si para hacer el diagnóstico y el pronóstico de una afección cualquiera, no sólo se requiere el conocimiento de la sintomatología completa del proceso, sino también esa perspicacia especial, el buen sentido y la potencia de deducción que hacen del médico, un buen médico. Así también en materia de tratamientos, no nos debemos limitar únicamente en conocer una multitud, de medios á poner en práctica, sino lo que es más esencial: saber seleccionarlos, aprender á llenar bien las indicaciones.

Así por ejemplo: esos varicoceles banales, en los cuales apenas se observa una pequeña ectasia venosa, sin ser acompañados de gran ptosis testicular, sin fenómenos funcionales, varicoceles que son casi normales podríamos decir, en muchísimos sujetos; no se le ocurrirá á nadie operarlos, ya que digamóslo de una vez, es el tratamiento quirúrgico el único realmente radical; porque en estos casos por el hecho mismo de su benignidad, no nos autorizan á emplear un tratamiento cruento;

porque volvemos á repetir no ocasionan malestar ninguno, cuanto más dolores bastantes tolerables, que sobrevienen algunas veces con motivo de excesos físicos ó venéreos, dolores que el reposo ó un suspensor, bastan para calmarlos.

Pero no siempre sucede así, á veces se nos presentan y con bastante frecuencia, individuos con varicoceles acompañados de ptosis testicular; de intensísimos dolores, que son casi continuos y que las fatigas exasperan de tal manera, que es un deber intervenir. Sin embargo aun en estos casos, podemos adoptar dos temperamentos distintos.

En unos, en los cuales por su profesión ó su posición social, pueden llevar una vida reposada, exentos de fatigas y de excesos, al mismo tiempo que puedan proporcionarse buenos suspensores testiculares, indicaremos: reposo, suspensor, hidrastis canadiensis á alta dosis y largo tiempo continuado al interior y por fin una serie de buenos consejos, demostrándoles, cómo la constipación, los abusos venéreos, los ejercicios físicos sostenidos, influyen desfavorablemente sobre su afección. Este tratamiento será creemos eficaz, si tenemos la suerte de encontrar sujetos que se resignen á cumplir todas nuestras indicaciones.

En otros, que son la mayoría, los que forman la gran clientela de los hospitales, en esos que por el hecho de su profesión y de su posición, nos exigen un tratamiento que sea no sólo seguro,

sino que en poco tiempo lo ponga al abrigo de todas sus molestias, para continuar en la eterna lucha por la existencia. En estos casos, decíamos, es necesario recurrir á un tratamiento quirúrgico bien dirigido, que nos permita poner en buenas condiciones y en un lapso corto de tiempo, á nuestro enfermo.

Y por último quedan aquellos individuos, en los cuales el varicocele produce trastornos funcionales intensos, provocando una depresión moral inmensa con ideas de suicidio. Estos, son pobres neurasténicos que beneficiarán más de la medicina, que de la cirugía.

Muchos tratamientos operatorios han sido puestos en práctica para curar el varicocele, hasta hoy tres eran los procedimientos que estaban más en boga y estos eran: la resección de los paquetes venosos varicosos: la resección del escroto y por fin un método mixto, en el cual se empleaban los dos procedimientos anteriores, á la vez.

Los que operaban por el primer método, es decir la resección venosa, no atacaban sino á una de las causas de la afección; la ptosis testicular persistía y se observaban frecuentemente recidivas.

Cuando se empleaba la resección del escroto únicamente, se tenía oportunidad de ver formarse grandes hematomas, que solían supurar y á los cuales era debida muchas veces la falta de unión de los bordes de la herida y por esta causa se

veía el testículo salir por la herida y originarse necrosis testiculares. Y cuando ninguno de los inconvenientes anteriores se producían, se observaban asimismo recidivas, porque en realidad, como en el método anterior no se atacaban sino á otra de las causas del proceso y resultaba que la dilatación venosa que se había dejado intacta, unido á la relajación del escroto que se producía por esta causa en un tiempo más ó menos lejano, volvían á producir los mismos trastornos.

Es por eso que se recurrió al tercer procedimiento, donde los dos anteriores se aunaban para suprimir todas las molestias. Y seguramente que así resultaba un tratamiento más eficaz; pero con todo era pasible él también, de algunas de las objeciones que hemos hecho anteriormente.

Sin embargo, no porque un procedimiento operatorio sea más ó menos suceptible de algunas objeciones, se ha de desechar en absoluto. Muy al contrario, hay varicoceles, sin que por esto vayan acompañados de gran ptosis testicular y en casos de esta naturaleza, suprimiendo los paquetes ó el paquete venoso varicoso, conseguiremos seguramente curar á nuestro enfermo y habremos adoptado el primer procedimiento descripto.

Así también cuando tenemos que tratar varicoceles que, á su dilatación venosa, se agrega un estado elefantiásico del escroto, claro está que de-

bemos en interés del enfermo, emplear el segundo método, resecando el escroto exuberante.

Bien, pues; poco á poco se fué aprendiendo de los resultados de la práctica diaria, que es la que perdura al través de todas las obsesiones y se convino que en esta afección era necesario seleccionar los casos y adoptar diversos métodos operatorios y que había varicoceles que beneficiaban de la resección venosa; otros, de la resección del escroto y otros en los cuales era necesario recurrir al método combinado, para resecar las venas ectasiadas y corregir la ptosis del testículo.

Cuando la luz se había hecho sobre este punto, apareció en *El Policlínico*, del 15 de enero de 1899, y en *La Semaine Médicale*, del 1.° de febrero de 1899, un nuevo procedimiento para la cura radical del varicocele, por el profesor Parona, el cual lo ejecuta en esta forma: «Se hace á la piel una incisión, que empezando un poco por encima del orificio exterior del canal inguinal y que desciende oblicuamente hacia abajo, en una extensión de cinco ó seis centímetros. Se descubre la embocadura del canal inguinal, se atrae el testículo y se le aisla de los tejidos que lo rodean, cuidando de no herir la túnica vaginal. Elevando el testículo y el cordón, se hace en la parte anterior de la túnica vaginal una botonera suficientemente amplia para dar pasaje al testículo y para permitir enseguida invertir la cavidad hacia arriba, de ma-

nera que la abertura por la cual ha salido el testículo, vaya á adaptarse al orificio exterior del canal inguinal; el cordón espermático y las venas varicosas quedan en el saco así formado. Se fija entonces, por medio de cinco ó seis puntos de sutura, los labios de la incisión de la túnica vaginal á los bordes del anillo inguinal externo, después de haberse asegurado que el cordón espermático no ha sufrido torsión; si los paquetes venosos son muy gruesos, antes de invertir la vaginal, se aisla en la parte superior del cordón, las venas más voluminosas, se las incinde entre dos ligaduras, y se aproximan los muñones».

El procedimiento de Parona, que como se ve es bastante racional, pues él es causal, no llenaba en absoluto las condiciones de un procedimiento del todo ideal; adolecía de ciertas deficiencias, que vamos á enunciar; pues la vaginal, sabido es que no tiene la misma extensión en todos los sujetos y así, cuando uno se encuentra con uno de esos individuos de túnica vaginal pequeña, al suturar el borde de la vaginal invertida al orificio externo del canal inguinal, resulta que el testículo por el hecho de esta suspensión defectuosa, queda muy arriba y está sujeto continuamente á compresiones perjudiciales. En estos mismos casos, es imposible que en el cordón no se produzcan torsiones de él, que tienen que ser sumamente peligrosas.

Además, en este procedimiento, por más cui-

dado que se ponga en hacer el ojal de la vaginal, resulta que en muchos casos, por este inconveniente, el testículo al ser fijado en el orificio externo del canal inguinal, no queda en la posición normal, que quiere que el gran eje del testículo esté inclinado de 45° sobre la horizontal. También no se puede graduar á voluntad la suspensión del testículo, pues es muy raro que la vaginal, una vez invertida, sea suficientemente larga, para que una vez fijada al orificio exterior del canal inguinal, el polo posterior del testículo izquierdo, sitio más frecuente del varicocele, quede al nivel de la punta de la verga, como resulta de una serie de mediciones practicadas por nosotros, en sujetos bien conformados. Y por último, fijar el borde de la túnica vaginal invertida, al orificio exterior del canal inguinal por medio de cinco ó seis puntos de sutura, que se emplee para ello, hilos reabsorbibles ó no; ya sabemos como son poco estables las fijaciones en esta forma.

Es por todas estas razones, que el profesor A. Posadas ha ideado su procedimiento para aquellos varicoceles en los cuales á la ectasia venosa se agrega una ptosis testicular más ó menos marcada. El consiste: en resecar el paquete ó los paquetes venosos varicosos y en formar á expensas de la vaginal invertida un colgajo que se hace pasar por entre los pilares del anillo inguinal externo y que luego que se ha graduado la altura

normal del testículo, no queda más que atar el anza así formada, por medio de un nudo simple. Estos son los lineamientos generales del procedimiento operatorio. He aquí su detalle:

Primer tiempo. Incisión de la piel.—Debe hacerse á la piel una incisión de ocho centímetros, más ó menos; incisión transversal que se incurve hacia arriba, en su parte más externa y cuyo medio se encuentre al nivel del anillo inguinal externo. Se corta al mismo tiempo el tejido celular subcutáneo y se pone bien al descubierto el anillo inguinal y sus pilares.

Segundo tiempo. Luxación del testículo y cordón afuera de la herida.—Por la herida se introduce el índice, abriéndose camino con el dedo, se consigue con mucha facilidad luxar el testículo y el cordón, por fuera de la herida.

Tercer tiempo. Resección venosa.—Una vez luxado el testículo y el cordón, se desgarra la hoja celulosa que envuelve los elementos del cordón y tomando como guía el canal deferente, que se reconoce por el tacto, por su coloración rosada especial y porque á él va íntimamente unida y serpenteando á su alrededor la arteria deferencial; se trata de resecar el grupo venoso dilatado, que será el anterior ó el posterior, según que esté por delante ó por detrás de dicho canal. En el caso que se tratase de un varicocele total, se hará una resección venosa doble.

Para practicar esta resección una vez aislado el grupo venoso ectasiado, no hay más que colocar dos ligaduras: una, cerca del anillo inguinal; la otra, no muy lejos del testículo y se secciona la porción intermedia á estas ligaduras; las cuales deberán ser hechas con catgut que es reabsorbible. No nos debemos de preocupar, con el objeto de prevenir la atrofia testicular, en aislar la arteria espermática ó la funicular; porque sería una tarea difícil, por tratarse de arteriolas pequeñas, que no se ven latir y porque además es inútil, pues para la irrigación del testículo, es suficiente la arteria deferencial.

Cuarto tiempo. Inversión de la vaginal.—Resecadas las venas ectasiadas, tomamos el testículo y con una pinza hacemos un pliegue á la vaginal, en el medio del borde ántero-inferior del testículo, con un golpe de tijera se hace un ojal que sea lo suficiente para dejar pasar al testículo y entonces llevando hacia arriba los bordes de la vaginal la habremos invertido como un dedo de guante, exactamente igual, cuando procedemos á hacer la cura del hidrocele, por inversión de la vaginal.

Quinto tiempo. Formación de un suspensor al testículo, por medio de un colgajo hecho á la vaginal invertida.—Para ejecutar este tiempo, se toma un bisturí y con él se talla un colgajo circular á la vaginal invertida, que tendrá un centímetro de

ancho y cuya base se colocará de manera que prolongada de ella una línea vertical corresponda á la cabeza del epididimo, con el objeto de que una vez suspendido el testículo á la altura que se desee, guarde la posición que normalmente tiene.

Una vez hecho el colgajo no queda más que atarlo á los pilares del anillo inguinal; para lo cual se introduce el índice por el anillo inguinal, para protejer las partes profundas; se efectúa entonces con un bisturí, un ojal al nivel del pilar interno y otro al nivel del pilar externo de dicho anillo. E introduciendo una pinza de Péan, por el ojal hecho al pilar externo, se continúa con ella por el interior del canal inguinal, haciéndola salir por el ojal hecho al pilar interno y se toma entonces con la pinza la extremidad del colgajo, recorriendo en sentido inverso el camino anterior. Se reduce el testículo y lo que ha quedado del cordón en el interior de las bolsas y una vez que se ha graduado la altura á que debe quedar suspendido el testículo, teniendo presente que este, normalmente está situado á la altura de la punta de la verga; no queda más que dejar estable esta posición, atravesando con una aguja con catgut, las dos ramas formadas por el anza del colgajo vaginal y hacer un nudo simple.

Para comprender bien este tiempo, (véase la figura XII), que vale más que cualquier descripción, por detallada que ella sea.

Sexto tiempo. Sutura de la piel. Curación.—La

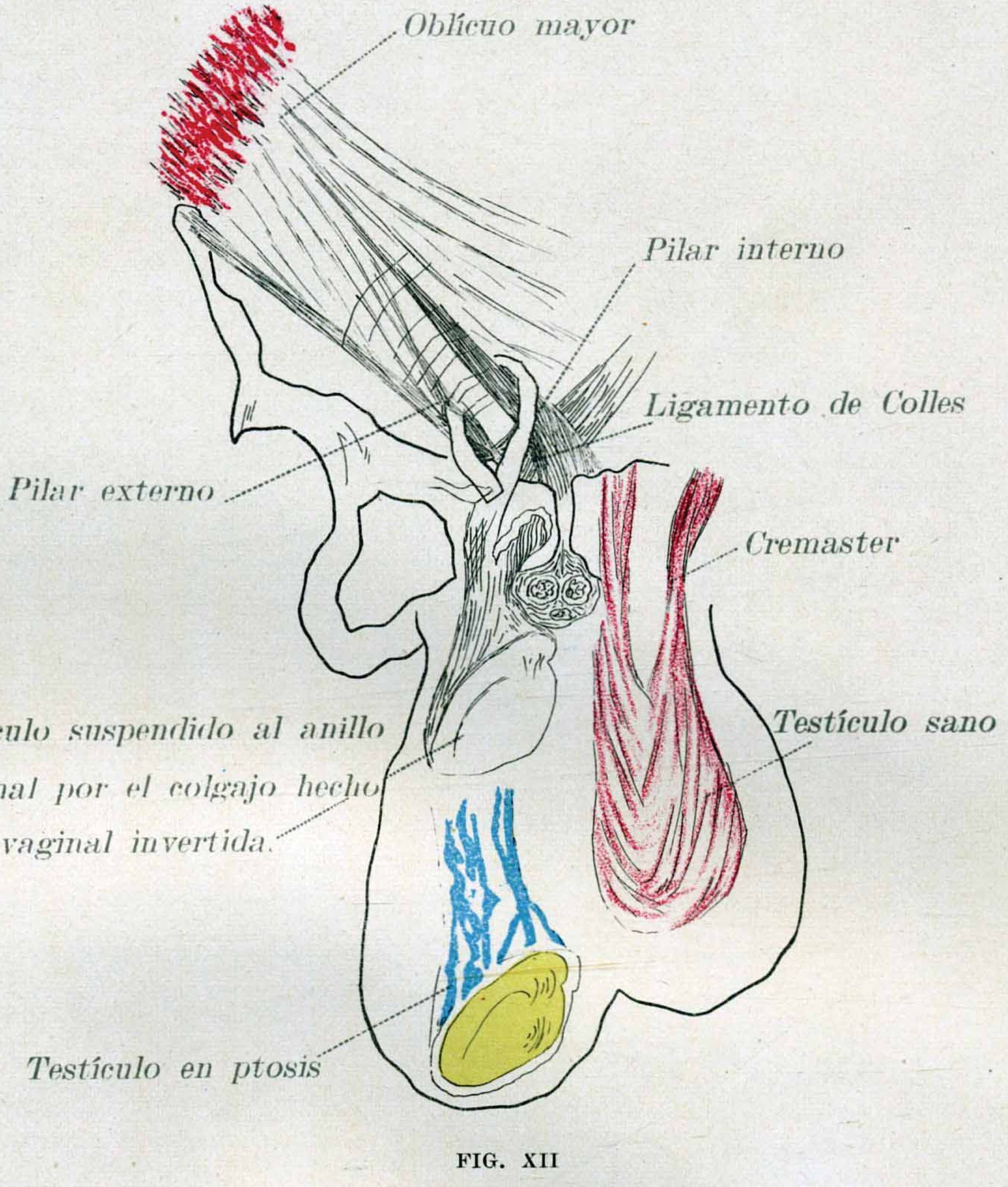

FIG. XII

Esquema demostrando el procedimiento operatorio del profesor A. Posadas.

operación terminada, se sutura la piel con crin de Florencia y se hace una curación ampliamente algodonada, que abarque desde el tercio inferior del muslo, hasta la mitad del pecho, teniendo la precaución de suspender las bolsas, cuando se hace el vendaje.

Esta curación no se moverá hasta el quinto día después de la intervención.

Como se verá en el capítulo que sigue, los resultados post-operatorios no pueden ser más halagüeños. 1.° Porque la herida se cura siempre por primera intención, porque en ella no se producen hematomas y porque es hecha en una región de muy fácil asepsia. 2.° Porque los fenómenos funcionales desaparecen inmediatamente, para no reaparecer más. 3.° Porque la ptosis testicular desaparece rápidamente, tanto que á los cinco días de la operación, cuando se sacan los puntos de la herida, vemos que el escroto ha tomado nuevamente la contratilidad, que parecía perdida antes de la intervención. 4.° Porque no hemos visto recidivar nungún varicocele, adoptando este procedimiento en individuos en los cuales la indicación operatoria era bien neta. 5.° Porque el testículo conserva su volumen y no se observa nunca atrofia de él, por más que le hayamos invertido la vaginal. 6.° Y por último, que el testículo así suspendido por medio del colgajo vaginal, se conserva indefinidamente, en la posición que se le dejó el primer día de la intervención.

CAPÍTULO VI

Observaciones

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Operador: Doctor Alejandro Posadas

Sala 6. *Cama 6.*

V. R., español, 21 años, soltero, repartidor de pan.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: dice haber sido siempre sano.

La enfermedad actual data, según el enfermo, desde que tenía 14 años y la relata en esta forma.

En esa época con motivo de un violento esfuerzo que tuvo que hacer, sintió un fuerte dolor que se irradiaba al pene, al anillo inguinal y á la región lumbar; al mismo tiempo notó que su testículo izquierdo, no sólo había aumentado mucho de volumen, sino que había descendido unos cinco ó seis centímetros, por debajo de la punta de la verga. El dolor, era continuo, exasperándose por la marcha pues cuando caminaba el pantalón rozaba el testículo y los dolores se hacían muy violentos. Igual cosa le sucedía cuando ejecutaba cualquier trabajo físico.

Estos fenómenos dolorosos, persistieron por unos quince ó veinte días y se apaciguaron, para no reaparecer sino cuando el enfermo hacía un esfuerzo, aunque no fuese muy prolongado.

Sigue así, hasta hacen dos meses que, con motivo de un nuevo esfuerzo se repitieron, con toda intensidad los fenómenos dolorosos, al mismo tiempo que el testículo izquierdo había descendido mucho más en las bolsas. En estas condiciones se presenta al servicio, requiriendo un tratamiento.

Estado actual. Inspección.—Se nota una ptosis testicular izquierda muy marcada, pues el polo posterior del testículo está situado á doce centímetros por debajo de la punta de la verga.

La piel de las bolsas es fina y surcada por flexuosidades venosas bastantes desarrolladas.

Palpación.—Se nota á la palpación un tumor piramidal cuya base está en el testículo y la cima en el anillo inguinal. El tumor está constituído por vasos venosos ectasiados, que se palpan por delante y por detrás del canal deferente.

Diagnóstico.—Varicocele izquierdo total.

Tratamiento y observaciones.—Lo opera el doctor Posadas, el 3 de julio de 1902, resecándole el grupo venoso anterior y el posterior y formando un colgajo á expensas de la vaginal invertida, que lo ata á los pilares del anillo inguinal.

A los cinco días se le sacan los puntos, la herida se ha curado por primera.

Observado algunos días después de la intervención, los fenómenos dolorosos han desaparecido totalmente; la ptosis testicular también ha desaparecido y con ella la red venosa de la piel de las bolsas, al punto de observarse flexuosidades apenas perceptibles. El testículo se mantiene en la posición que se dejó durante la operación.

HOSPITAL TEODORO ÁLVAREZ

Operador: Doctor Alejandro Posadas

Sala 8. *Cama 20.*

D. T., argentino, 24 años. soltero, estudiante de medicina.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: siempre ha sido sano. Nos dice que su afección la siente desde que tenía 17 años, en que notó que el testículo izquierdo era mucho más grande que el derecho y que al mismo tiempo sobrepasaba unos cuatro centímetros debajo de la punta de la verga. Cuando tenía excitaciones genésicas, sentía fuertes dolores que desaparecían cuando se efectuaba el coito.

Paulatinamente los fenómenos dolorosos se hicieron más intensos y sobrevenían no ya sólamente con motivo de excitaciones genésicas, sino también con motivo de cualquier fatiga ó trabajo físico que ejecutaba. Al mismo tiempo notó que el testículo izquierdo había descendido lentamente en las bolsas, hasta diez centímetros debajo de la extremidad de la verga. Se decide á hacerse operar, apesar

de haber llevado un suspensor, que no era suficiente para calmar sus dolores.

Estado actual. Inspección.—Se nota una ptosis testicular izquierda muy marcada, el polo posterior del testículo está á diez centímetros debajo de la punta de la verga.

En la piel de las bolsas que es fina, se notan arborizaciones venosas desarrolladas.

Palpación.—Se palpan los vasos venosos ectasiados, por delante del canal deferente.

Diagnóstico.—Varicocele izquierdo anterior.

Tratamiento y observaciones.—Lo opera el doctor Posadas por su procedimiento, el 23 de febrero de 1902. Se reseca el grupo venoso anterior; se invierte la vaginal y se hace á sus expensas un colgajo que se ata á los pilares del anillo inguinal exterior. A los cinco días se sacan los puntos, la herida se ha curado por primera.

Observado el enfermo después de cinco meses de la intervención, se constata que la ptosis testicular ha desaparecido, así como las arborizaciones venosas de la piel de las bolsas. Han desaparecido totalmente todos los fenómenos funcionales. El testículo se mantiene en la misma posición que se lo dejó durante la intervención.

HOSPITAL TEODORO ÁLVAREZ

Operador: Dr. A. Posadas

Sala 8. *Cama 11.*

J. S., español, 30 años, soltero, mucamo.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: este enfermo nota su afección, desde la edad de 24 años. En esa época él había notado que su testículo izquierdo era mucho más grande que el derecho y que descendía unos cinco centímetros por debajo de la punta de la verga. Paulatinamente él ha visto aumentarse el volumen del testículo y su descenso, al punto que llega á ocho centímetros debajo de la extremidad del pene.

Desde hacen seis meses, empezó á sentir dolores al nivel del testículo izquierdo; dolores que se fueron haciendo más violentos y que se producían con motivo de cualquier trabajo físico, dificultando de esta manera sus tareas diarias.

Es por esto que entra al servicio.

Estado actual. Inspección.—Ptosis testicular izquierda de ocho centímetros.

Palpación.—Vasos venosos dilatados, situados por detrás del canal deferente.

Diagnóstico.—Varicocele izquierdo posterior.

Tratamiento y observaciones.—Es operado por el doctor Posadas, el 9 de marzo de 1902. Se le reseca el grupo venoso posterior dilatado. Se invierte la vaginal y se hace el colgajo que se ata á los pilares del anillo inguinal. A los cinco días se sacan los puntos; herida curada por primera.

Este enfermo, es observado después de cuatro meses de la intervención y se constata que la ptosis testicular ha desaparecido, así como los fenómenos funcionales. El testículo se mantiene en la posición que quedó el día de la intervención.

CONCLUSIONES

Conclusiones

I.—Que existen formas comunes anatómicas, en las cuales la disposición que adoptan las venas del cordón, se alejan totalmente de la descripción normal.

II.—Que el polo posterior del testículo izquierdo, en la generalidad de los individuos bien conformados, está situado al nivel de la punta de la verga y que el del derecho, está situado á dos centímetros por encima de la extremidad del pene.

III.—Que las ectasias venosas, son en la generalidad de los casos, puramente cilindroideas.

IV.—Que las lesiones microscópicas, se reducen á una meso y endoplebitis; lesiones que conducen á la esclerosis de las paredes venosas.

V.—Que las causas de origen infeccioso, unidas á la superactividad funcional del testículo, juegan el rol más importante en la producción del varicocele.

VI.—Que hay lugar de distinguir dos grandes clases de varicoceles: varicoceles viscerales y varicoceles funiculares.

VII.—Que en los varicoceles, acompañados de ptosis testicular, el procedimiento del Profesor A. Posadas, debe ser el método de elección.

DOMINGO S. CÚNEO.

Buenos Aires, julio 30 de 1902.

Agosto 2, de 1902.

Nómbrase á los señores: académico, doctor Leopoldo Montes de Oca; profesor titular, doctor Federico Texo, y profesor suplente, doctor Pascual Palma para que, constituídos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

UBALLES.
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, agosto 14 de 1902.

Señor decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de esta tesis.

«En el local de la Facultad, á 13 de agosto de 1902, reunida la comisión que subscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad

de la tesis del ex-alumno Domingo S. Cúneo que versa sobre « Varicocele, » resolvió admitirla. Con lo que terminó el acto. (Firmado) *Leopoldo Montes de Oca.* — *Federico Texo.* — *Pascual Palma.* — *Carlos Robertson*, prosecretario.

ZENÓN AGUILAR.

Buenos Aires, agosto 14 de 1902.

Entréguese esta tesis al autor para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

UBALLES.

Zenón Aguilar.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografia

Albert Edouard, *Traité de Chirurgie Clinique*, t. iv.

Barwell, *The Lancet*, 1885.

Cornil, *Sur l'anatomie pathologique des veines variqueuses* (Arch. de physiologie), 1872.

Dardignac, *Revue de Chirurgie*, pág. 721, 1895.

Duplay et Reclus, *Traité de Chirurgie*, t. viii.

Eric Erichsen John, *Patologia y Clínica quirúrgica*, t. v.

Epstein, *Ueber die structur normaler und ectatischer veneri.*— Virchow, archiv. Heft., t. i, 1898.

Escallier, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1851, t. ii.

Follin E. et Duplay Simon, *Pathologie Externe*, t. vii.

Forgue et Reclus, *Dictionnaire encyclop. de Dechambre*, tomo xcix, pág. 465.

Henry, *New York med. Journal*, 1885.

Hodara, *Istologia delle varici.— Revue des Sciences*, 1890.

Horteloup, *Union méd.*, 1892, pág. 137.

Janni, *Istologia delle varici.— XIII Congreso della S. I. de Chirurgia*, 1898.

Kœnig Franz, *Traité de Pathologie Chirurgicale Spéciale*, t. ii.

Le Dentu et Delbet, *Traité de Chirurgie*, t. ix, 1901.

Lambret, *Varicocéles chez les hypochondriaques* (Bulletin médical), 1900, pág. 294.

Lejars, *Cure du varicocele* (Bulletin médical, 1899, página 718).

Parona F., *Policlinico*, 15 enero de 1899.

Parona F., *Semaine médicale*, febrero 1.º de 1899.

Périer, *Thése de Paris*, 1864.

Reclus, *Cliniques chirurgicales de la Pitié.*

Richet, *Anatomie médico-chirurgicale*, 1877.

Segond Paul, *Ditionnaire de Médicine et Chirurgie*, tomo xxxviii.

Soboroff, *Untersuchuurgen über den Ban normaler und zur ectatischer Veneri.*—Virchow, arch. Bd., 54.

Swartz, *Encyclopédie internationale de Chirurgie*, tomo viii, 1898.

Sappey P., *Anatomie descriptive*, t. ii.

Testut, *Traité d'anatomie humaine*, t. iii. 1895.

Tuffier, *Presse médicale*, 1899.

Tillaux, *Anatomie Topografique*, 1895.

Treves, *Traité d'anatomie*, 1900.

Vignolo, *Contributo alla fisio-patologia delle varici*, Milano, 1900.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

En los varicoceles, acompañados de ptosis testicular, el procedimiento del Profesor A. Posadas debe ser el método de elección.

II

En los niños retardatarios, es conveniente acompañar la medicación arsenical á la medicación tiroidea.

III

Un buen tratamiento de los abscesos consecutivos al mal de Pott, es la punción del absceso, la aspiración del pus y la inyección de igual cantidad de agua oxigenada al 5 por 100.