

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA, CENTRO AMERICA

## CURA RADICAL DEL VARICOCELE

### TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD  
DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD  
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

RODOLFO AGUILAR GODOY

Ex-interno de los siguientes Servicios: Primero de Cirugía de Mujeres, Segundo de Cirugía de Hombres, Emergencia, Segundo de Medicina de Hombres, Tercero de Medicina de Mujeres, Aislamiento de Enfermedades Infecto-Contagiosas, Ginecología, Oftalmología de Mujeres, Otorrinolaringología de Mujeres, Primero de Maternidad, Hospital San José y Hospital San Vicente.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

## MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, C. A. SEPTIEMBRE DE 1948

# CURA RADICAL DEL VARICOCELE

(OPERACION DE IVANISSEVICH - BERNARDI,  
MODIFICADA POR EL Dr ALEJANDRO PALOMO).

## INTRODUCCION

El Varicocele es una afección que si bien se conceptúa generalmente como de poca importancia y de carácter benigno, puede conducir a dos situaciones graves: a estados verdaderamente psicopáticos en sujetos psíquicamente lábiles, o bien, en otro orden de cosas, a la atrofia testicular, que cuando se presenta en un varicocele bilateral, es de significación nefasta para el que la padece.

La cura del varicocele ha sido un problema para el médico en general y en particular para el urólogo, la abundancia de los métodos de tratamiento habla elocuentemente acerca de la eficacia de los mismos. Todos los tratamientos empleados son fáciles de aplicar o de verificar: desde el simple suspensorio elástico, hasta la resección total del paquete varicoso. Lo difícil está en que curen realmente al varicocele.

En el presente trabajo describimos el tratamiento operatorio seguido por el doctor Alejandro Palomo, en más de un centenar de casos, algunos de los cuales aparecen como ilustración al final.

El epígrafe "Cura Radical del Varicocele" es un tanto atrevido; pero nos lo sugirió el hecho de tener observaciones que datan de más de dos años, de enfermos completamente curados.

Para la mejor comprensión del punto que nos proponemos divulgar, lo expondremos en la forma siguiente:

- 1.—Anatomía de la región.
- 2.—Consideraciones sobre el varicocele.

- a) Definición;
- b) Historia;
- c) Etiología;
- d) Sintomatología;
- e) Diagnóstico;
- f) Pronóstico;
- g) Tratamiento.

- 3.—Técnica de la Operación modificada por el Dr. Alejandro Palomo.
- 4.—Observaciones.
- 5.—Conclusiones.

## ANATOMIA DE LA REGION

Revisaremos el trayecto inguinal en sí, su contenido y los vasos y nervios que constituyen el pedículo testicular.

### TRAYECTO INGUINAL

Está situado inmediatamente por encima de la mitad interna del arco crural, cuya dirección sigue y como él, se dirige oblicuamente de arriba abajo y de afuera adentro. Su longitud en el hombre adulto es de cuatro a cinco centímetros, de anchura tiene la del contenido que lo ocupa.

Describiremos sucesivamente, a propósito del trayecto inguinal:

- a) Sus paredes;
- b) Sus orificios.

Sus paredes se distinguen en anterior, posterior, superior e inferior.

La pared anterior es muy gruesa y resistente, de atrás a delante está formada por: la aponeurosis de inserción del

oblicuo mayor, la aponeurosis de envoltura del mismo músculo y en su parte más superficial por el tejido celular subcutáneo y la piel.

La pared posterior es más delgada y mucha más irregular: está formada por la fascia transversalis reforzada por el peritoneo, la fascia transversalis presenta a este nivel las siguientes condensaciones que llevan el nombre de ligamentos y que son: el ligamento de Hesselbach, el ligamento de Henle y el de Colles, procediendo de dentro a fuera.

La pared superior está formada por el borde libre de los músculos pequeño oblicuo y transverso, cuya reunión, forma el tendón conjunto.

La pared inferior está formada por un canal de concavidad superior que no es otra cosa que la reflexión de la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor.

Sus orificios son dos y se distingue en interno o peritoneal y externo o cutáneo. Las denominaciones de interno y externo no se hacen aquí con relación a la línea media, sino a la profundidad o superficialidad de los planos.

El orificio externo o cutáneo, está situado inmediatamente por dentro de la espina del pubis y está formado por dos pilares: el externo hacia afuera y el interno hacia adentro, hacia arriba por las fibras arciformes y hacia abajo por el ligamento de Colles, este orificio da salida al pedículo del testículo.

El orificio interno o peritoneal, corresponde a la parte media del arco crural, estando exactamente situado a unos 18 milímetros de distancia y por encima de la arcada crural, y a cinco centímetros por fuera de la espina del pubis y a siete centímetros hacia afuera de la línea media. Da entrada a los vasos que forman el contenido del trayecto inguinal y al conducto deferente.

El contenido del trayecto inguinal está integrado por los siguientes elementos: conducto deferente acompañado íntimamente por la arteria deferencial, arteria espermática, arteria funicular, paquetes venosos anterior y posterior y

finalmente por los vasos linfáticos y los plexos pertenecientes al gran simpático y las ramas correspondientes de los nervios abdómino-genitales mayor y menor y la rama genital del génito-crural.

El conducto espermático se extiende desde las vesículas seminales, hasta el epidídimo, haciendo un largo y complicado recorrido que se puede dividir en tres porciones: pélvica, inguinal y escrotal. Describiremos las dos últimas porciones por ser las únicas que interesan al fin que nos proponemos.

En la porción inguinal se encuentra el conducto deferente acompañado de todos los demás elementos del cordón, escoltado por los paquetes venosos que se distinguen en anterior, medio y posterior, para algunos autores, y en anterior y posterior solamente, para otros.

En la porción escrotal que se extiende desde la cola del epidídimo hasta el orificio cutáneo del trayecto inguinal, se dirige desde el órgano epididimario verticalmente hacia arriba, penetrando en el orificio mencionado, en esta porción el conducto deferente entra en relación con las formaciones siguientes: por delante con la arteria espermática y el grupo venoso anterior acompañado del vestigio anatómico del conducto peritoneo vaginal. Por detrás entra en relación con el grupo venoso posterior y las arterias deferencial, (que como ya dijimos se adhiere íntimamente a él) y funicular.

Es interesante hacer notar que el profesor Testut, indica al tratar este punto que es suficiente la conservación de la arteria deferencial para asegurar la irrigación del testículo, siendo por tanto de poca significación fisiológica para esa glándula, la ligadura de la arteria espermática. Dice textualmente el célebre maestro de Lyon: "Esto es tanto más importante de conocer, cuanto que en el curso de estas intervenciones —se refiere a la del varicocele— especialmente en la resección de los paquetes venosos, nunca se está seguro de no lesionar la arteria espermática, entonces la con-

servación de la arteria deferencial permite la irrigación del testículo".

Las arterias que irrigan el testículo son tres: la espermática, la deferencial y la funicular.

La arteria espermática, la más voluminosa de las tres, es rama directa de la aorta abdominal. Después de un largo recorrido subperitoneal, penetra en el trayecto inguinal primero y en la bolsa correspondiente después, junto con los demás elementos del cordón. De este modo alcanza el lado interno del epidídimo, rodeando el testículo hasta llegar a su polo posterior en donde se divide en sus dos ramas terminales, que se distribuyen por la glándula; antes de dividirse en sus dos ramas finales, la arteria espermática da dos colaterales: la epididimaria anterior y la epididimaria posterior, anastomosándose esta última con la arteria deferencial. Esta anastomosis nos explica por qué el testículo puede conservarse después de la ligadura de la arteria espermática, siempre que la deferencial se mantenga intacta.

La arteria deferencial es rama de la vesical inferior o de la hemorroidal media, acompaña al conducto deferente hasta su origen, se adhiere íntimamente a él, se anastomosa con la epididimaria posterior, rama de la espermática, como ya lo hicimos notar.

La arteria funicular, rama de la epigástrica, nace de ésta en el punto en que la arteria cruza al conducto deferente, se dirige hacia el testículo con todos los elementos del cordón y al llegar a dicha glándula, se anastomosa ampliamente con la terminación de las dos arterias anteriormente descritas. De modo que el testículo está rodeado por un verdadero arco arterial que le asegura la irrigación a pesar de la ligadura individual de cualquiera de las arterias que contribuyen a formar dicho arco.

Las venas provenientes del testículo y del epidídimo son las llamadas genéricamente espermáticas, nacen del testículo y del epidídimo y no tardan en diferenciarse, para algunos autores, en tres grupos: anterior, medio y posterior y para

otros sólo en dos grupos: anterior y posterior, denominados, el anterior espermático y el posterior deferencial. Las várices del grupo anterior, son habitualmente las responsables del varicocele. Ampliamente anastomosados los grupos venosos, desembocan, el posterior directamente en la vena epigástrica y el anterior o espermático forma el plexo pampiniforme el cual constituye después un solo tronco venoso que acompañado de la arteria espermática, desemboca, para el lado derecho, en la vena cava inferior y para el lado izquierdo en la vena renal correspondiente.

Los nervios proceden del simpático y están representados por los plexos deferencial y espermático que corren junto con las arterias nombradas.

Como dato anatómico digno de consignarse está el siguiente: al desembocar los paquetes venosos de manera diferente según el lado de que se trate, ya que el del lado derecho lo hace directamente en la vena cava inferior y formando con ella un ángulo agudo abierto hacia abajo, en tanto que la del lado izquierdo desemboca en la vena renal correspondiente y formando con dicho vaso un ángulo recto, es lógico pensar que la circulación de retorno será más fácil en el lado derecho que en el izquierdo, esta disposición anatómica ha hecho pensar a algunos autores en la causa de la mayor incidencia del varicocele en el lado izquierdo. Relación a favor del lado izquierdo de 30 x 1.

### CONSIDERACIONES SOBRE EL VARICOCELE

*Definición.*—Es el tumor formado por las várices de las venas del testículo.

*Historia.*—En la antigüedad, Celso y Pablo de Egina, seccionaban entre dos ligaduras las várices del cordón, no fueron sino Callisen, Morgagni y Juan Luis Petit los que dieron las primeras bases para el estudio del varicocele. Fué en esta época cuando por primera vez se trató de explicar

por las disposiciones anatómicas de las venas, el desarrollo del varicocele en el lado izquierdo.

A fines del siglo XVIII, se vieron accidentes graves debidos a las intervenciones sobre las venas varicosas, como consecuencia del desconocimiento de la asepsia, tales como la tromboflebitis, los flegmones difusos y hasta las septicemias, siendo por otra parte, estas dos últimas complicaciones el funesto cortejo de casi todas las intervenciones de la era pre-aseptica. Estos resultados conducen a la abstención quirúrgica y hay que esperar al genio de Luis Pasteur y al de Lister para que la rehabilitación de los métodos antiguos sea un hecho y para que se creen algunos: desde la incisión con bisturí, las ligaduras sucesivas y obliterantes, las estrangulaciones y la cauterización, hasta las resecciones venosas y escrotales.

Contemporáneamente Ricardo Bernardi, cirujano argentino, en 1942, ideó una nueva incisión que evita abrir el trayecto inguinal, pero que manipula el orificio peritoneal del mismo; este autor liga todas las venas que vienen del testículo, respetando la arteria espermática.

Por último el Dr. Alejandro Palomo, siguiendo la técnica de Bernardi, introduce una modificación consistente esencialmente en dos puntos: liga juntamente con las venas espermáticas a la arteria homónima y lo hace lejos del trayecto inguinal, sin tocar siquiera ni el orificio peritoneal de dicho trayecto.

### ETIOLOGIA

Existen dos clases de varicocele: el sintomático o secundario que es la excepción y el primitivo o idiopático, que es la regla.

El sintomático de Guyon es aquel que aparece como consecuencia a algún obstáculo que encuentra la circulación de retorno, en algún punto de su recorrido y puede ser este obstáculo desde un tumor renal, hasta el estreñimiento cró-

nico. Tiene más valor el del lado derecho por ser el menos frecuente.

El varicocele idiopático es mucho más frecuente que el anterior, se le atribuye a diversas causas: insuficiencia de las venas del cordón en lo que a válvulas se refiere, lesiones de las paredes venosas, relajamiento del cremáster, estación prolongada de pie que favorece la estasis sanguínea, etc.

## SINTOMATOLOGIA

Es de lo más variado, desde pasar inadvertido, hasta constituir un verdadero impedimento, ya sea por la profesión del paciente o por tratarse de una personalidad psíquicamente predispuesta, que reaccione creando un verdadero estado obsesivo. Algunos veces una impotencia o una disminución de la virilidad son el motivo de la consulta, el examen clínico revela la presencia del varicocele.

Al examen físico a la inspección, se nota la presencia de los paquetes varicosos, el descenso de la bolsa correspondiente, o ambas están descendidas si es bilateral. Algunas veces la presencia de lesiones cutáneas secundarias complican al varicocele. En algunos casos la inspección no da ningún dato.

Si se palpa la región se percibe una masa blanda, compresible, indolora o dolorosa y comparable a una masa de gusanos, algunos autores dicen haber percibido en casos extraordinariamente desarrollados, sensación de trill.

## DIAGNOSTICO

Generalmente, palpar un varicocele es hacer el diagnóstico; pero no todas las veces es así, el varicocele en algunos casos es menos fácil de diagnosticarse, prestándose a discusión con las hernias inguino-escrotales, especialmente. Hay algunos signos dignos de anotarse en favor del varicocele: el aumento del varicocele con el esfuerzo es mínimo, si se

ocluye el pedículo venoso al nivel del anillo inguinal, el varicocele una vez vaciado no se llena a pesar de los esfuerzos que haga el paciente, el varicocele se llena de arriba abajo cuando hay reflujo sanguíneo. La hernia y el varicocele coinciden con alguna frecuencia.

Se recomienda hacer una maniobra semejante a la de Trendelenburg, en las várices de las piernas: consiste en vaciar el varicocele y después ocluir la entrada de la sangre venosa. En caso de que la prueba sea negativa, el varicocele se llena, de consiguiente la circulación venosa es normal. Cuando es positiva, el varicocele se llena hasta dejar de oprimir la entrada de las venas: hay reflujo. Para Chutro, sólo en este último caso se justifica la ligadura de las venas espermiáticas.

## PRONOSTICO

Generalmente es benigno. Se ensombrece cuando se instala en neuróticos y cuando acarrea la atrofia testicular. Cuando es secundario tiene naturalmente el de la afección causal.

## TRATAMIENTO

En el tratamiento del varicocele, la intervención quirúrgica está indicada únicamente cuando el tratamiento médico abstencionista ha fracasado.

La larga serie de tratamientos que se han enumerado son todos eficaces o todos ineficaces según el caso de que se trate en particular. Todos tienen con más o con menos la misma probabilidad de éxito o de fracaso: desde las medidas higiénicas consistentes en evitar la estación de pie, el ejercicio moderado, las ablusiones frías perineales, el uso de suspensorio elástico bien colocado, la administración de hidratis canadiensis, hasta las más cruentas intervenciones quirúrgicas.

Haremos una revisión breve de las operaciones que se han ideado para el tratamiento del varicocele, para luego describir con detalle la que forma el objeto de esta tesis.

Existen tres clases de procedimientos:

- a) Procedimientos que son conservadores: Operación de Del Valle; Operación de Posadas.
- b) Procedimientos sobre el escroto: resección del mismo;
- c) Procedimientos sobre los vasos del testículo: Operación de Ivanissevich, Operación de Bernardi, resección de paquetes varicosos.

### PROCEDIMIENTOS CONSERVADORES

Operación de Del Valle: Consiste en colocar ligaduras escalonadas en el paquete venoso anterior para interrumpir la circulación de reflujo y suspender el testículo a expensas del cordón venoso ligado, transfijando el mismo a través de las fibras del oblicuo mayor. Como puede verse, esta operación llena dos finalidades: primero evita el reflujo venoso como ya se dijo y segundo eleva el testículo reduciendo así la longitud y el peso de la columna sanguínea.

Operación de Posadas: En esta operación lo que se logra es suspender el testículo del anillo inguinal a expensas de un colgajo tallado en la vaginal.

### PROCEDIMIENTOS SOBRE EL ESCROTO

Están indicados en principio cuando existe flacidez del cremaster y por lo tanto un exceso de bolsa y tienen por finalidad reducir al minimum la capacidad continente del escroto. Su técnica es sencilla, pero según el decir del gran cirujano argentino Chutro, es una operación "mala e irracional", pues si logra su objeto, el testículo queda comprimido contra el perineo o contra el pubis y si no lo logra, no llena su objeto.

### PROCEDIMIENTOS SOBRE LOS VASOS DEL TESTICULO

Operación de Ivanissevich: consiste en ligar las venas espermáticas al nivel de su penetración en el orificio peritoneal del trayecto inguinal, respetando la arteria espermática.

Operación de Bernardi: se incinde, al nivel del orificio inguinal peritoneal del trayecto del mismo nombre, al llegar a dicho orificio se ligan las venas espermáticas, respetando la arteria homónima.

Resección de las venas del cordón: el solo título la describe.

### TECNICA DE LA OPERACION MODIFICADA POR EL DOCTOR PALOMO

Las indicaciones de la operación son las siguientes:

- 1.—En los casos que no ceden al tratamiento médico, como ya se dijo.
- 2.—Cuando representa un obstáculo al desempeño de la profesión del paciente.
- 3.—Cuando el testículo tiende a atrofiarse.
- 4.—Cuando hay perturbaciones de las funciones genitales.
- 5.—Si existe una perturbación ligera del psiquis del enfermo, que el cirujano considere que se beneficie con la operación.
- 6.—En los casos en que una hernia complica el varicocele.

### ANESTESIA

La anestesia a usar es la local. El material que se requiere para la anestesia es el siguiente: una jeringa hipodérmica de 10 c. c. de capacidad y agujas de tres y seis cen-

tímetros de longitud. La solución que se ha usado es la de novocaína al 1 por ciento en cantidades que oscilan alrededor de 60 c. c. agregándole de medio a un miligramo de adrenalina en solución al uno por mil.

Se hacen dos botones dérmicos, el primero situado a dos traveses de dedo hacia adentro y por arriba de la espina ilíaca antero-superior; el segundo corresponde al pubis (espina) al nivel del orificio inguinal externo o cutáneo. Desde el botón que se hizo primero se hace una infiltración en abanico del tejido celular subcutáneo primero y de los planos profundos después. Desde el botón que se hizo después junto a la espina del pubis, se inyecta también en abanico hacia afuera y hacia adentro, de manera de cerrar los dos lados del losange iniciado por las ramas más exteriores del abanico anterior. Es aconsejable dibujar con botones dérmicos sucesivos la futura línea de incisión.

#### OPERACION:

#### MATERIAL NECESARIO:

Antiséptico local. Campos estériles. Bisturí. Un par de tijeras rectas y uno de curvas. Pinzas de Backhaus. Dos separadores de Farabeuf. Cuatro pinzas de Kocher. Una aguja de Doyen. Una aguja curva mediana de punta redonda. Porta-agujas. Una aguja recta de punta de trocar. Un tubo de catgut simple número cero. Un tubo de catgut crómico N° 0. Hilo de algodón y una curación.

#### PROCEDIMIENTO:

- a) Incisión de cuatro a seis centímetros de longitud, según el grosor del tejido adiposo, paralela a la arcada crural y a un través de dedo por encima de ella, comenzando su extremo externo a un través de dedo hacia adentro de la espina ilíaca antero-

superior. Esta incisión interesa la piel el tejido celular subcutáneo;

- b) Incisión de la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor, en la dirección de sus fibras. Separación con retractores de Farabeuf;
- c) Separación de las fibras de los músculos oblicuo menor y transverso con las tijeras rectas, a expensas de sus bordes romos. Introducción de los separadores profundamente hasta el fondo de la herida;
- d) Incisión de la fascia transversalis sobre los vasos espermáticos, que hacen hernia en el fondo de la herida, este tiempo puede ser substituído por la dilaceración de las fibras de la fascia transversalis con un instrumento romo, por encima de los vasos;
- e) Se disecciona el paquete arteriovenoso compuesto por la arteria espermática y por las venas que la escoltan, que son las espermáticas;
- f) Se cargan los vasos así disecados, con la aguja de Doyen;
- g) Se seccionan los vasos así cargados, entre dos pinzas de Kocher colocadas a unos dos o tres centímetros de distancia la una de la otra, resecaando la porción comprendida entre ambas pinzas;
- h) Colocación de dos puntos de catgut cromizado N° 0 para cerrar la incisión sobre la fascia; y
- i) Cierre de la herida cutánea con puntos separados de crin o de hilo de algodón.

Todas las ligaduras que sea necesario hacer, incluyendo la de los vasos espermáticos, se hacen con catgut simple N° 0.

El tratamiento post-operatorio se reduce a quitar los puntos superficiales a los siete días y al uso de suspensorio elástico durante diez días. No hay que guardar cama. Aparece un edema de las bolsas que tarda unos cinco días.

## OBSERVACIONES

Nº 1.—J. C., de 22 años de edad, operado el día 20 de marzo de 1945; se le quitan puntos el 27 de marzo. Resultado: bueno.

Nº 2.—A. C., de 19 años de edad, operado el día 25 de marzo de 1945; se le quitan puntos el 2 de abril. Resultado: bueno.

Nº 3.—F. M., de 21 años de edad, operado el 4 de mayo de 1945; se le quitan puntos el 11 de mayo. Resultado: bueno.

Nº 4.—J. F., de 25 años de edad, operado el 13 de junio de 1945; se le quitan puntos el 20 de junio. Resultado: bueno.

Nº 5.—J. G., de 23 años de edad, operado el día 4 de septiembre de 1945; se le quitan puntos el 11 de septiembre. Resultado: bueno.

Nº 6.—F. H., de 19 años de edad, operado el día 17 de septiembre de 1945; se le quitan puntos el 24 de septiembre. Resultado: bueno:

Nº 7.—H. Z., de 20 años de edad, operado el 5 de enero de 1946; se le quitan puntos el 12 de enero. Resultado: bueno.

Nº 8.—S. F., de 24 años de edad, operado el 7 de enero de 1946; se le quitan puntos el 14 de enero. Resultado: bueno.

Nº 9.—E. G., de 18 de edad, operado el 22 de enero de 1946; se le quitan puntos el 29 de enero. Resultado: bueno.

Nº 10.—A. R., de 20 años de edad, operado el 4 de febrero de 1946; se le quitan puntos el 11 de febrero. Resultado: bueno.

Nº 11.—F. J., de 22 años de edad, operado el 10 de abril de 1946; se le quitan puntos el 17 de abril. Resultado: bueno.

Nº 12.—A. Z., de 20 años de edad, operado el 8 de julio de 1946; se le quitan puntos el 15 de julio. Resultado: bueno.

Nº 13.—J. E., de 18 años de edad, operado el 12 de julio de 1946; se le quitan puntos el 19 de julio. Resultado: bueno.

Nº 14.—F. M., de 19 años de edad, operado el 17 de julio de 1946; se le quitan puntos el 24 de julio. Resultado: bueno.

Nº 15.—J. L. E., de 24 años de edad, operado el 24 de agosto de 1946; se le quitan puntos el 30 del mismo mes. Resultado: bueno.

Nº 16.—A. M., de 46 años de edad, operado el 14 de junio de 1946; se le quitan puntos el 21 de junio; Resultado: bueno.

Nº 17.—M. S., de 21 años de edad, operado el 10 de julio de 1946; se le quitan puntos el 17 de julio. Resultado: bueno.

Nº 18.—J. L. B., de 16 años de edad, operado el 28 de febrero de 1947; se le quitan puntos el 4 de marzo. Resultado: bueno.

Nº 19.—A. C., de 35 años de edad, operado el 13 de marzo de 1947; se le quitan puntos el 21 de marzo. Resultado: bueno.

Nº 20.—C. de la R., de 24 años de edad, operado el 14 de enero de 1948; se le quitan puntos el 21 de enero. Resultado: bueno.

Nº 21.—J. L. P., de 25 años de edad, operado el 10 de septiembre de 1948; no se le han quitado los puntos, encontrándose aún en observación.

Nº 22.—J. O., de 21 años de edad, operado el 22 de julio de 1946; se le quitan puntos el 29 de julio. Resultado: bueno.

Nº 23.—T. L., de 23 años de edad, operado el 5 de octubre de 1946; se le quitan puntos el 12 de octubre. Resultado: bueno.

Nº 24.—E. P., de 21 años de edad, operado el 6 de diciembre de 1946; se le quitan puntos el 13 de diciembre. Resultado: bueno.

Nº 25.—E. M., de 22 años de edad, operado el 3 de enero de 1947; se le quitan puntos el 10 de enero. Resultado: bueno.

Nº 26.—F. R., de 20 años de edad, operado el 8 de enero de 1947; se le quitan puntos el 15 de enero. Resultado: bueno.

Nº 27.—J. R., de 21 años de edad, operado el 12 de enero de 1947; se le quitan puntos el 19 de enero. Resultado: bueno.

Nº 28.—J. L., de 20 años de edad, operado el 6 de marzo de 1947; se le quitan puntos el 13 de marzo. Resultado: bueno.

Nº 29.—E. P., de 19 años de edad, operado el 10 de marzo de 1947; se le quitan puntos el 17 de marzo. Resultado: bueno.

Nº 30.—A. P., de 30 años de edad, operado el 15 de julio de 1947; se le quitan puntos el 22 de julio. Resultado: bueno.

Nº 31.—M. C., de 18 años de edad, operado el 17 de julio de 1947; se le quitan puntos el 24 de julio. Resultado: bueno.

Nº 32.—S. F., de 19 años de edad, operado el 20 de julio de 1947; se le quitan puntos el 27 de julio. Resultado: bueno.

Nº 33.—A. M., de 21 años de edad, operado el 30 de julio de 1947; se le quitan puntos el 5 de agosto. Resultado: bueno.

*Son auténticas,*

*Dr. ALEJANDRO PALOMO*

## CONCLUSIONES

- La operación que trata de divulgar el presente trabajo cura radicalmente el varicocele, pues suprime la llegada de la sangre a los paquetes espermáticos que son los que forman el paquete varicoso.
- Es de una técnica sencilla y fácil de ejecutar, lo que la pone al alcance del médico general, aunque no sea un especializado.
- El material necesario para llevarla a cabo es mínimo.
- La intervención se hace exclusivamente sobre los vasos espermáticos y por lo tanto ahorra al cirujano y al paciente uno de los tiempos más molestos de la intervención: la disección cuidadosa del tumor varicoso.
- Al no abrirse el trayecto inguinal, se evita la manipulación del conducto deferente, la cual trae como consecuencias, algunas veces, la rotura de la arteria deferencial, la formación de quistes, de hidrocele o de neuralgias rebeldes del testículo.

RODOLFO AGUILAR G.

*Imprimase,*

M. GUZMAN,  
*Decano.*

## PROPOSICIONES

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <i>Anatomía Descriptiva</i> .....   | Arteria espermática.                      |
| <i>Anatomía Topográfica</i> .....   | Trayecto Inguinal.                        |
| <i>Bacteriología</i> .....          | Bacilo de Hansen.                         |
| <i>Biología</i> .....               | Teoría Celular.                           |
| <i>Clínica Quirúrgica</i> .....     | Paracentesis.                             |
| <i>Clínica Médica</i> .....         | Palpación del bazo.                       |
| <i>Clínica Pediátrica</i> .....     | Parálisis Infantil.                       |
| <i>Clínica Psiquiátrica</i> .....   | Esquizofrenia.                            |
| <i>Fisiología</i> .....             | Del estómago.                             |
| <i>Higiene y Medicina</i>           |   |
| <i>Preventiva</i> .....             | Profilaxia de la tos ferina.              |
| <i>Histología y Embriología</i> ... | Tejido óseo.                              |
| <i>Medicina Legal y Toxicología</i> | Intoxicación por Barbitú-<br>ricos.       |
| <i>Obstetricia</i> .....            | Cesárea baja.                             |
| <i>Parasitología</i> .....          | Tricocéfalo.                              |
| <i>Patología Médica</i> .....       | Cáncer de la cabeza del<br>Páncreas.      |
| <i>Patología Quirúrgica</i> .....   | Empiema de la vesícula.                   |
| <i>Patología Tropical</i> .....     | Tifus Exantemático.                       |
| <i>Química Biológica</i> .....      | Investigación de glucosa.<br>en la orina. |
| <i>Técnica Operatoria</i> .....     | Colecistectomía.                          |
| <i>Química Inorgánica</i> .....     | Cloruro de calcio.                        |
| <i>Química Orgánica</i> .....       | Eter sulfúrico.                           |
| <i>Terapéutica Clínica</i> .....    | Antibióticos.                             |