



Tratamiento de la Esterilidad Masculina

Dr. FRANCISCO BAQUERO GONZALEZ (*)

Del Departamento de Urología del Hospital Universitario de Caracas

GENERALIDADES: (24)

Si bien es verdad, grandes han sido los progresos en relación a la etiología y al diagnóstico de la esterilidad masculina, no podemos decir lo mismo con respecto al tratamiento, el cual la mayor parte de las veces, es ineficaz.

Contamos con una serie de factores en nuestra contra y el primero de ellos, es la falta de colaboración, de la mayor parte de los maridos infértiles por consultar al especialista. A veces son llevados a la fuerza por sus esposas, pero en cuanto logran zafarse del yugo conyugal, no vuelven a la consulta, perdiéndose todas nuestras exploraciones.

Otras veces las lesiones determinantes de la esterilidad son definitivas, irreversibles, de allí que el tratamiento debe ser en primer lugar preventivo, comenzando en la infancia y es el pediatra quien debe realizarlo.

Pero la prevención supone un conocimiento exacto de la etiología y desgraciadamente tenemos que convenir que esta etiología es aún oscura y otras veces hipotética.

Entre las causas más frecuentes de azoospermia tenemos las orquitis, a la cabeza de las cuales mencionaremos las urlianas. No hemos visto orquitis urlianas antes de la pubertad.

Tanto los pediatras como las mamás les tienen terror a las enfermedades infecciosas y cuando hay epidemia de parotiditis aíslan a sus hijos o les inyectan gamma-globulina para que no les de. ¡Grave error! Evitan que contraigan la enfermedad en la primera infancia, cuando no corren ningún peligro y en cambio los dejan expuestos en la edad adulta a la complicación testicular, que si es bilateral los dejará la mayor parte de las veces definitivamente estériles.

Otro factor que debemos de tomar en cuenta es el de los testículos ectópicos. Hay que luchar para que sean operados antes de que se inicie la pubertad.

La mayoría de las veces nos envían criptorquídicos de 10 o más años después que el pediatra o el médico de la familia los ha inyectado con toda una

(*) Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Urológica de la Universidad Central de Venezuela. M.T.S.V.C., M.T.S.V.U.

gama de hormonas sin lograr que el testículo descienda, cuando ya desde el punto de vista de fertilidad no hay nada que hacer.

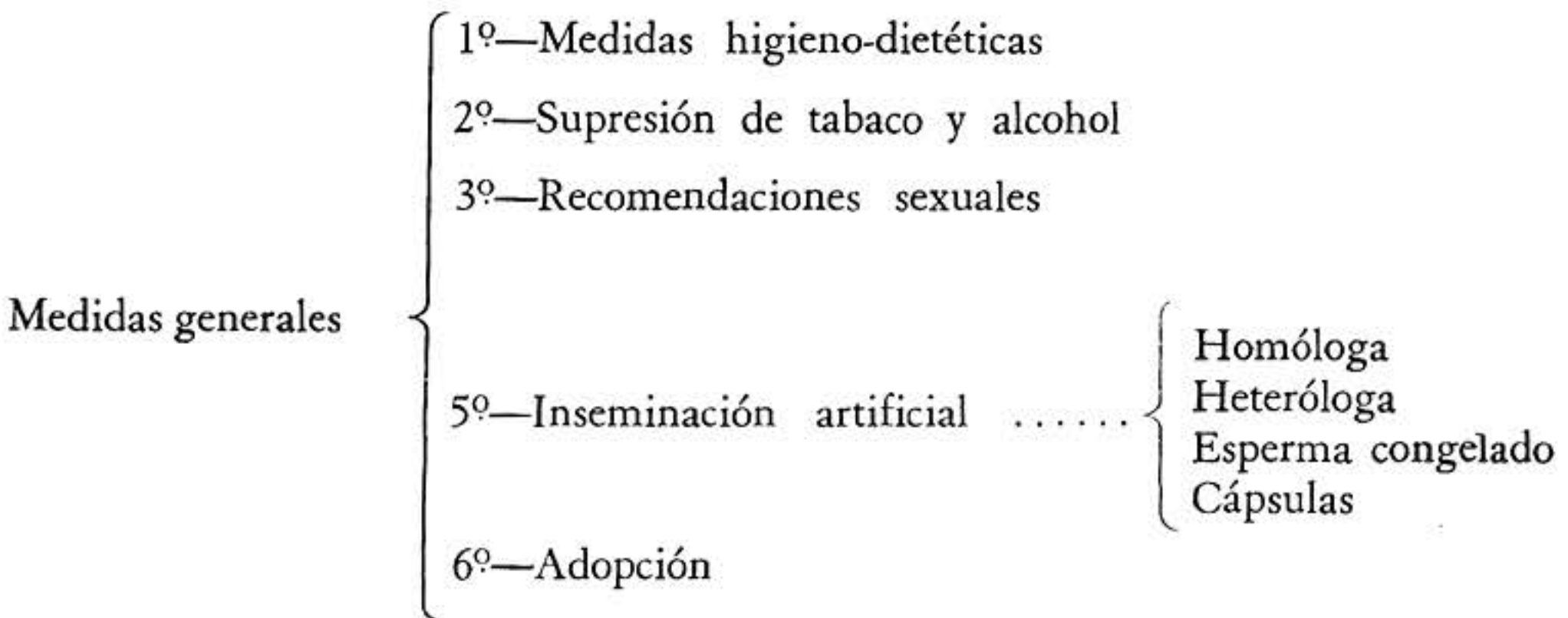
Hay otro punto sobre el que quiero insistir refiriéndome todavía a la prevención de la esterilidad y es a la del certificado médico prenupcial.

La mayor parte de los certificados médicos prenupciales contemplan el estado general de salud de los contrayentes y en especial la del varón, sin considerar el fin primordial del matrimonio que es el de tener hijos.

Filosóficamente hablando el matrimonio es la unión de un hombre y una mujer con el fin de tener, criar y educar hijos y si bien no podemos impedirles a un hombre o a una mujer estériles que se casen, por lo menos que si lo hacen, lo hagan a sabiendas de que no podrán tener hijos, para que no vayan después de médico en médico haciéndose tratamientos que posiblemente no les van a dar ningún resultado.

Entrando en materia y para tener una orientación, dividiremos el tratamiento de la esterilidad masculina en dos partes, en la primera vamos a considerar una serie de medidas generales aplicables a casi todos los casos de esterilidad y en la segunda hablaremos del tratamiento propiamente dicho.

TRATAMIENTOS DE LA ESTERILIDAD MASCULINA



1º. — MEDIDAS HIGIENO-DIETÉTICAS: (17)

Entre las cuales podemos considerar:

La regulación de las horas de trabajo.

Evitar la fatiga y el esfuerzo tanto físico como mental.

Mejorar el programa de recreación y ejercicios al aire libre.

Procurar que los pacientes duerman de 7 a 8 horas diarias y aún si es posible un reposo suplementario.

Una alimentación adecuada, rica en proteínas y con todo el abecedario vitamínico especialmente de A, B, C, E, y complejo vitamínico T.

Debe suministrarse un aporte adecuado de amino-ácidos habiéndose demostrado que las deficiencias de algunos de éstos como la Argininalcucina,

Fenilalanina e Histicina disminuye la espermatogénesis en el hombre y por otra parte amino-ácidos lipotróficos del tipo de la betaína, colina y metionina aumentan y mejoran la espermatogénesis.

Por otra parte la dieta debe ser baja en hidratos de carbono y pobre en grasas para que no aumente el peso. Evitar la obesidad ya que los esteroides solubles en las grasas podrían quedar almacenados en ellas.

Levantar la moral, evitar toda intoxicación, suprimir todo calor excesivo especialmente a nivel del escroto, evitar el uso frecuente del suspensorio que traería un aumento del calor local e impide la libre circulación en el testículo.

2º. — SUPRESION DE TABACO Y ALCOHOL:

La influencia del alcohol es adversa, a pequeñas dosis actúa como afrodisíaco, pero cuando se consume en grandes cantidades disminuye el deseo sexual.

El fumar en exceso también atenúa el deseo sexual y disminuye la potencia viril, especialmente cuando se fuman cigarrillos mentolados.

La mayoría de las veces, el fumar excesivamente va asociado a un estado de ansiedad y posiblemente a esta ansiedad más que al tabaco se deba la disminución de la potencia sexual.

3º. — RECOMENDACIONES SEXUALES:

Evitar el exceso de coitos.

Realizar éste en las proximidades de la ovulación, especialmente 12 horas después; que la mujer permanezca acostada y que no utilice duchas después de la realización del coito.

Cuando el paciente tiene un contaje espermático bajo puede recomendársele, si es posible, que tenga relaciones cada 8 ó 12 horas después del momento de la ovulación. Debe de igual manera recomendársele restringir los coitos 4 ó 5 días antes del día de la ovulación, el cual de una manera aproximada, debe haber sido ya previamente establecido.

4º. — ELIMINACION DE INFECCIONES:

Los trastornos de la actividad del epitelio germinal pueden ser determinados por enfermedades crónicas generales que actúan directa o indirectamente sobre los testículos, tales como la sífilis, la tuberculosis, el paludismo, etc., afortunadamente estos trastornos no son necesariamente irreversibles y un tratamiento apropiado puede restablecer la espermatogénesis.

Así mismo los focos sépticos deben ser eliminados.

La presencia de piocitos en el líquido espermático debe llevarnos a investigar su exacto origen, ya que él disminuye la capacidad fertilizante del esperma.

5º. — INSEMINACION ARTIFICIAL:

La inseminación artificial es el proceso por el cual se deposita el semen de una manera instrumental dentro de la vagina, del cuello o de la cavidad uterina.

Se denomina **homóloga** cuando el semen utilizado es el del marido y **heteróloga** cuando el semen proviene de un donante.

La Iglesia Católica condena de una manera categórica la inseminación artificial heteróloga y por tal motivo no la recomendamos.

Con respecto a la inseminación artificial homóloga creo que debe ser más del dominio del ginecólogo o del obstetra y que no deba ser el urólogo quien la realice.

En relación a la inseminación artificial homóloga dos nuevos aportes han venido a enriquecerla, el primero es la utilización de **cápsulas de material plástico** en el cuello uterino conteniendo un concentrado de espermatozoides o del eyaculado total después de 4 ó 5 días de abstinencia. (58, 68).

El segundo es la utilización del **esperma congelado**, lo cual ha sido posible gracias al descubrimiento de Jean Rostand (1946) que ha permitido a los autores americanos de Iowa (1954) congelar el esperma humano a una temperatura de -79°C en la nieve carbónica mezclando una parte de glicerina con 9 partes de esperma liquidificado. Tyler, de Los Angeles, ha obtenido por acumulación en los oligospermicos una concentración de espermatozoides necesarios para la fecundación, colocándolos luego en un cuello uterino por medio de una cápsula de material plástico.

Esto abre nuevos horizontes sobre todo para la inseminación artificial homóloga.

Se ha podido observar en el microscopio una gran movilidad después de 7 semanas de haber sido congelado el esperma humano.

En los mamíferos el esperma congelado se conserva activo por años.

En la práctica se le pide al marido 3 ó 4 muestras con intervalos de 4 días comenzando preferentemente durante el período menstrual de la mujer, y finalmente 2 semanas después, en el día de la inseminación y se le agrega una última muestra reciente, de la primera porción del eyaculado.

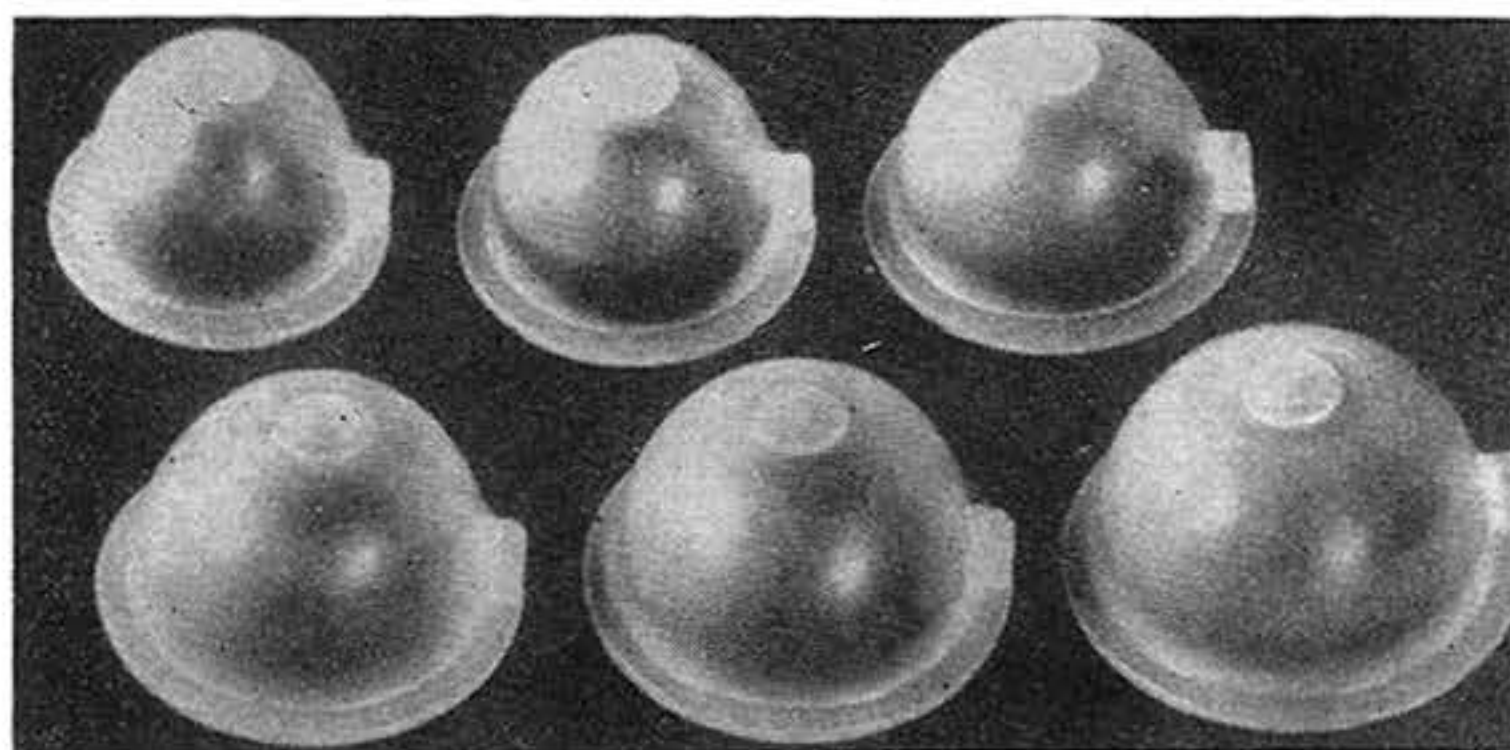


Figura No. 1.—Cápsulas de material plástico. (Polietileno)

6º. — LA ADOPCION:

En virtud de los principios morales que predominan actualmente, el único camino del hombre estéril deseoso de la paternidad es la adopción.

Contrariamente a la hétéro-inseminación, la adopción en su principio no trae ninguna crisis de conciencia.

Al considerar las indicaciones para la adopción debemos pensar en dos condiciones, a saber:

a) Condición absoluta, sólo hay una: la esterilidad de la mujer. La esterilidad del hombre no es una condición absoluta, para la adopción, ya que esta dificultad podría vencerse por la inseminación artificial de donante, la cual no recomendamos.

b) Condiciones relativas. Pueden ser médicas o eugenésicas:

Esterilidad relativa por aborto habitual, por ciertas condiciones de la madre, bien sean ginecológicas o de carácter médico general que produzcan un embarazo peligroso, casos de extrema eritroblastosis, y otras enfermedades hereditarias como la hemofilia, retinitis pigmentosa, ataxia cerebelar, etc.

CONTRADICCIONES DE LA ADOPCION:

Al considerar la adopción, debemos pensar en la felicidad y en el porvenir del niño, y las mejores condiciones son llenadas cuando todavía la pareja es joven, síquicamente bien equilibrada y en buenas condiciones de salud.

Desaconsejamos la adopción:

a) En los solteros.

La presencia del padre al lado de la madre es indispensable en la construcción de una familia idéntica a las familias normales. La parte masculina es necesaria, pero cuando es aislada debe ser rechazada. La solicitud de adopción de un hombre o por un hombre soltero es rara y debe hacer sospechar un estado neurótico y de tendencias homosexuales.

b) En las parejas de edad avanzada.

Las estadísticas han demostrado el fracaso en las adopciones en parejas que pasan de los 50 años. Al principio puede que todo marche bien, pero a medida que el niño crece y llega a la edad de la turbulencia se convierte en una verdadera tragedia al encontrar unos padres inadaptados, viejos y egocentristas. La edad más aconsejable para la adopción es cuando el marido tiene 35 años y después que hayan pasado 10 años sin descendencia.

c) Inestabilidad síquica. Constituye otra contraindicación de la adopción.

No hay que olvidar que la adopción de un niño siempre debe hacerse llenando todos los trámites legales, ya que muchas veces se ha prestado al chantaje por parte de los donantes.

Otro factor muy importante a considerar con relación a la adopción es la **fertilidad de la pareja estéril después de la adopción**, muchos son los casos citados en la literatura y en mi práctica profesional tengo varios de matrimonios estériles sin causa aparente, que después que adoptaron un niño o que pensaron o hicieron los trámites, la esposa salió embarazada (12).

Muchas hipótesis han tratado de explicar este hecho, tales como: Que el subconsciente de la mujer puede afectar la fisiología de la ovulación o de la implanta-

ción de tal manera que impide la concepción, la segunda hipótesis es que la mujer por un temor inconsciente evita el coito durante el período de la evolución, una tercera hipótesis trata de explicarlo diciendo que los conflictos emocionales producen trastornos hormonales trayendo como consecuencia un aumento de la viscosidad del moco cervical y vaginal disminuyendo por lo tanto la movilidad espermática.

Pero indiscutiblemente al adoptar un niño una pareja estéril, desaparecen una serie de tensiones síquicas que posiblemente eran la causa de la esterilidad.

La mente humana es sumamente compleja y a pesar de todos nuestros progresos y adelantos es muy poco lo que sabemos de ella y por lo tanto cuál es su repercusión en nuestra economía.

TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD MASCULINA

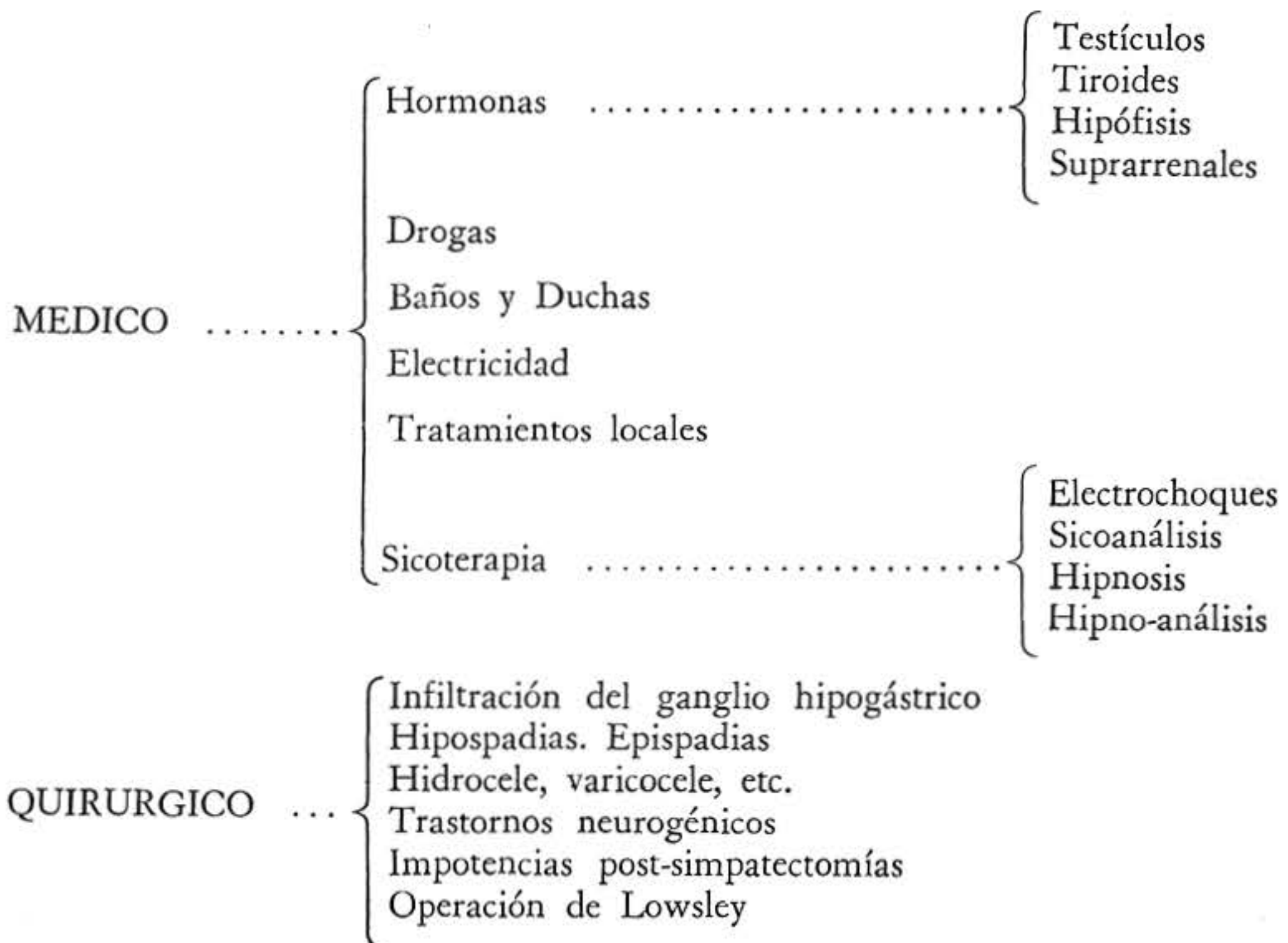
El tratamiento de la esterilidad masculina, podemos dividirlo a su vez en dos, el tratamiento de la impotencia coeundi y el tratamiento de la impotencia generandi.

Entendemos por impotencia coeundi en el hombre a "La incapacidad completa o parcial para iniciar, mantener y concluir satisfactoriamente el acto sexual", e impotencia generandi a la incapacidad para reproducirse.

La impotencia coeundi puede ser de 2 tipos:

Orgánica, la cual sólo se observa en un 10 por ciento, y la funcional, que representa un 90 por ciento.

TRATAMIENTO DE LA IMPOTENCIA COEUNDI



TRATAMIENTO DE LA IMPOTENCIA COEUNDI: (13, 14)

Al hablar del tratamiento de la impotencia coeundi debemos pensar que la impotencia es un síntoma, más que una enfermedad. Que tratamos a un paciente por un trastorno en el que una de sus manifestaciones es la impotencia.

Lo primero que debemos averiguar es la naturaleza exacta de la impotencia. Ninguna intervención quirúrgica o ningún tratamiento médico dará resultado si antes no suprimimos el temor y la ansiedad de estos pacientes, debemos hacer que el paciente tenga fe en el médico y hacer que sienta que comprendemos su problema.

TRATAMIENTO MEDICO:

La potencia proviene de dos factores, un factor sicosensorial y otro hormonal. La organoterapia se ha utilizado ampliamente en el tratamiento de la impotencia.

HORMONAS MASCULINAS:

El uso está indicado cuando existe una deficiencia testicular, pero hay razones para creer que su uso no debe estar únicamente restringido a las deficiencias, ya que la hormoterapia masculina tiene también cierto efecto sicoterápico y sobre todo si le decimos al paciente que éste es uno de los productos endocrinos más potentes.

EXTRACTO TIROIDEO:

Es bien conocido que el hipotiroidismo está generalmente asociado con pérdida o disminución del deseo sexual y que la potencia y la vida sexual y emocional están íntimamente relacionados con la actividad tiroidea.

Aunque pocos casos de impotencias están asociados a signos clínicos de hipo-tiroidismo, ésto significa que el tiroides sea poco indicado. Es probable que la administración de pequeñas dosis de tiroides repercuta a través de todo el sistema endocrino.

Los pacientes se benefician generalmente tomando pequeñas dosis de tiroides aún sin ningún signo de deficiencia tiroidea. El tiroides puede administrarse conjuntamente con la hormona testicular.

EXTRACTOS DEL LOBULO ANTERIOR DE LA HIPOFISIS:

El animal hipofisectomizado pierde su actividad sexual. Por tal motivo se han utilizado las hormonas pituitarias en el tratamiento de la impotencia, desgraciadamente sus resultados no han sido muy halagadores.

EXTRACTOS SUPRARENALES:

Lo mismo podría decirse de los extractos suprarrenales. La corteza suprarrenal indudablemente ejerce una acción sobre la sexualidad y el tratamiento con la desoxicorticosterona es algunas veces indicado.

DROGAS:

Casi toda la farmacopea ha sido utilizada para la cura de la impotencia y el gran número de drogas indicadas muestra su ineficacia. El empleo de los afrodisíacos no es una particularidad de los tiempos modernos, desde las épocas más remotas se han utilizado. Los filtros del amor de la edad media, píldoras de cuernos de rinoceronte, e infinidad de talismanes vendidos por brujas y astrólogos.

Entre las drogas más comúnmente utilizadas tenemos el fósforo, el opio, la damiana, el arsénico, la ergotamina, la yohimbina, la estriquina, la nuez vómica y el alcohol.

Ninguno de estos medicamentos debemos utilizarlos ya que en vez de favorecer al paciente lo perjudican, excitándolo más.

BAÑOS Y DUCHAS:

Se han utilizado como estimulantes y asociados a otros tratamientos diversas formas de baños, así como duchas alternas frías y calientes en el escroto y genitales.

Creo que aparte del efecto psicológico no sean de gran importancia.

LA ELECTRICIDAD:

La electricidad también ha sido utilizada como tratamiento de la impotencia sin haberse llegado a ningún acuerdo en la manera de aplicarla, se ha recomendado el uso de la corriente galvánica, o farádica colocando el electrodo positivo en el recto o en el periné, también se han utilizado las aplicaciones de corriente galvánica en la columna, la diatermia con electrodo rectal, los baños eléctricos para el mejoramiento general de los sujetos.

Todos estos tratamientos aparte del efecto sicoterapéutico que pudieran tener sobre el paciente, no tienen ningún valor.

TRATAMIENTOS LOCALES:

Las instilaciones o aplicaciones de sales de plata y otros medicamentos sobre la uretra posterior y el verumontanum. Hemos visto pacientes que de tanto fulgurarles el veru les desapareció quedando exactamente iguales. Creo que aparte del efecto sicoterapéutico no tienen ningún otro. Lo mismo podría decirse de los masajes prostáticos o los tratamientos con sondas o beniqués.

SICOTERAPIA:

Considero que es la única manera de tratar la impotencia funcional en el hombre, que representa aproximadamente el 90 por ciento de los casos. No olvidemos que la impotencia la mayor parte de las veces es la expresión específica de un conflicto moral y que el éxito en la terapéutica dependerá de la comprensión y solución del problema moral de la persona y que si no podemos solucionarle su problema tratemos por lo menos de cambiar este síntoma neurótico por otro de menos envergadura.

Por eso la sicoterapia empleada de una o de otra manera debe ser el tratamiento racional de la impotencia funcional en el hombre, así podemos utilizar el psicoanálisis, los electroshocks, la hipnosis, y aquí quiero hacer un paréntesis, no debemos utilizar la hipnosis para dar órdenes post-hipnóticas y decirle al paciente: usted se sentirá una maravilla, estará mejor que nunca, su potencia sexual será como cuando tenía 20 años, porque fracasaremos, debemos emplearla de una manera más racional, debemos utilizar el hipno-análisis para investigar cuál es el problema del paciente y de esta manera realizar una sicoterapia racional, debemos aplicar nuestros conocimientos a través de la hipnosis y no creer que la hipnosis es una panacea que va a solucionar todos nuestros problemas.

INFILTRACION DEL GANGLIO HIPOGASTRICO:

La infiltración con novocaína del ganglio hipogástrico ha dado un discreto número de curaciones y su acción es más que todo antiespasmódica. Algunos han utilizado también la infiltración de los ganglios lumbares.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA IMPOTENCIA: (60)

La cirugía tiene un valor muy limitado en el tratamiento de la impotencia a excepción de que exista una incapacidad para realizar el acto sexual por causas mecánicas y una operación adecuada pueda curar al paciente. Pero tampoco hay que olvidar que muchas veces el factor mecánico no es el único responsable de la impotencia y que la operación puede tener un gran efecto sugestivo sobre el paciente. Muchas veces puede justificarse un acto quirúrgico para corregir un pequeño defecto que el paciente considera como responsable de su dificultad, aunque sepamos que la operación no tendrá un efecto directo sobre su condición. El hombre impotente está obsesionado por la idea de que es diferente a los demás, él mismo se examina y encuentra qué tiene ya sea un testículo más grande que el otro, o que el pene es más pequeño que el de los demás, o que padece de varicocele y posiblemente, si le corregimos estos pequeños trastornos, puede que devolvamos al paciente la paz de su mente, tan necesaria para corregir estos defectos.

Enumeraré una serie de condiciones capaces de ser corregidas por el tratamiento quirúrgico, tales como:

1º — **Ausencia de pene, congénita o adquirida:** Congénita es la anomalía más rara, La adquirida es más frecuente y debida a una emasculación o amputación total o parcial del pene por neoplasias o heridas graves de los genitales externos, su tratamiento únicamente podrá ser realizado por la cirugía, o la inseminación artificial homóloga.

2º — **Pene encarcelado:** Se trata de un pene rudimentario y escondido debajo del escroto o en la piel del perine. Se confunde a veces con la malformación anterior, implica cirugía plástica.

3º — **Pene adherente:** El escroto se encuentra adherido a la cara inferior del pene, frecuentemente asociado a una hipospadia, también la cirugía es el único tratamiento indicado.

4.º — **Pene doble:** Es raro. Tratamiento: Cirugía.

5.º — **Hipospadias:** Provoca impotencia en algunos casos, generalmente el pene es pequeño, corto o incurvado, hay impotencia coeundi especialmente en el tipo de hipospadias escrotales. Tratamiento: Cirugía.

6.º — **Epispadias:** Cirugía.

7.º — **Enfermedad de Peyronie:** (Induración plástica de los cuerpos cavernosos del pene). Podemos utilizar la cirugía aunque últimamente hemos tenido muy buenos resultados utilizando la cortisona, hialuronidasa, vitamina E y potaba.

8.º — **Fimosis:** Muchas veces provoca dolor en la erección o en la introducción del miembro. Se tratará por medio de la fimosectomía.

9.º — **Hidrocele:** Provoca muchas veces el encarcelamiento total o parcial del pene, la trataremos con muy buenos resultados, por la hidrocelectomía.

10.º — **Varicocele:** Provoca impotencia coeundi en algunos sujetos, debido a que éstos acusan depresión marcada, nerviosismo, pérdida de la concentración, en algunas ocasiones dolor referido al escroto. Si existe reflujo y dolor, lo trataremos por medio de la intervención quirúrgica, si no, emplearemos medidas sicoterapéuticas.

11.º — **La elefanciasis:** Debida al crecimiento e hipertrofia de la piel penoescrotal imposibilita el coito. Las enfermedades tropicales (filariasis e infecciones crónicas a repetición de los genitales, linfangitis) constituyen la etiología más frecuente. Tratamiento: Cirugía.

12.º — **Orquialgia:** Es una sensibilidad total o parcial del testículo o epidídimo que se aprecia después de un trauma, el tratamiento dependerá de la causa que lo originó.

13.º — **Priapismo:** La erección permanente y dolorosa no acompañada de deseo sexual constituye ya de por sí una patología fuera del alcance de este trabajo.

14.º — **Trastornos neurogénicos:** El mecanismo normal de la erección puede ser interrumpido por un trauma, una infección o un tumor. En pacientes parapléjicos, paraparéticos que tenían trastornos de la erección y de la eyaculación, se apreció que después de un período más o menos largo de impotencia recobraban su poder sexual, porque se establecía un arco reflejo independiente de las conexiones suprasegmentales.

El tratamiento en este caso será de la afección que determinó la interrupción del arco reflejo de la erección.

15.º — **Impotencias post-simpatectomías:** Aparecen en los casos en que se reseca el primer ganglio lumbar de ambos lados.

Para conservar la función sexual, erección y eyaculación debe evitarse la supresión de cualquier ganglio por debajo del primer nervio lumbar de un lado y del 12º dorsal del lado opuesto.

16.º — **Síndrome de Leriche:** Cuadro obstructivo de la aorta terminal con trastornos tróficos y de otra índole en los miembros inferiores y órganos pelvianos, con trastornos de la erección. Un injerto arterial propiamente realizado podría tratar con éxito estos pacientes.

17.º — **Impotencia post-cirugía prostática:** (Especialmente la vía perineal o uretral, post-biopsia prostática perineal).

Debemos tratar en lo posible de no lesionar los filetes nerviosos y tratar de no ser demasiado traumatizantes en nuestras intervenciones.

18.º — **Quistes sebáceos del escroto:** No es una impotencia estrictamente orgánica, ni tampoco funcional, es lo que podría llamarse impotencia emocional porque el paciente, al darse cuenta del desagradable aspecto de sus genitales, evita el coito y termina por acusar impotencia.

OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA: (1)

Indicaciones: Esta operación ha tenido éxito en los casos de impotencia por traumas de la región perineal, impotencias debidas a cirugía perineal o a lesiones inflamatorias del periné con extensa formación de escaras. No está indicada en las impotencias por deficiencias glandulares o de origen neurológico, así como tampoco en las impotencias de origen síquico.

TECNICA

Anestesiado el paciente lo ponemos en posición exagerada de litotomía, colocamos una sonda N.º 18 ó 20 en la uretra y hacemos una incisión vertical en la región bulbar del periné llegando en su parte posterior hasta 10 centímetros del margen anal, esta incisión debe ser de 5 centímetros, luego se completa con dos nuevas incisiones laterales, una de cada lado, semejando una Y invertida. La incisión se profundiza incidiendo la grasa y el tejido celular, hasta llegar a los cuerpos cavernosos, descubriendo éstos y los músculos bulbo-cavernosos de cada lado. Las suturas se hacen con Ribbon Gut provistas de aguja atraumática las cuales se introducen en los bordes laterales de los músculos bulbo-cavernosos tratando de hacer una especie de cincha por debajo de los cuerpos cavernosos, con el objeto de aumentar la presión y reforzar la contracción necesaria que ayuda a producir la erección, pueden colocarse hasta 3 puntos según lo requiera el paciente, la herida se cierra sin drenaje la mayor parte de las veces. Luego se hace una incisión de 3 centímetros de longitud sobre el ligamento suspensorio del pene y una sutura comprensiva es colocada en los dos labios de este ligamento. Esta presión moderada previene el rápido vaciamiento del órgano.

Tuvimos la suerte de verle practicar esta operación al propio Dr. Lowsley en el New York Hospital y lo que provoca es un estado como de semi-erección permanente, que no se hasta qué punto pueda ser considerado como una curación de la impotencia.



Figura No. 2.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA. 1) Incisión en Y invertida en la zona bulbar del periné. 2), 3) y 4) Profundización de la incisión, incindiendo la grasa y el tejido celular hasta llegar a los cuerpos cavernosos, así como los músculos bulbo e isquio-cavernosos de cada lado. 5) Músculo isquio-cavernoso relajado.

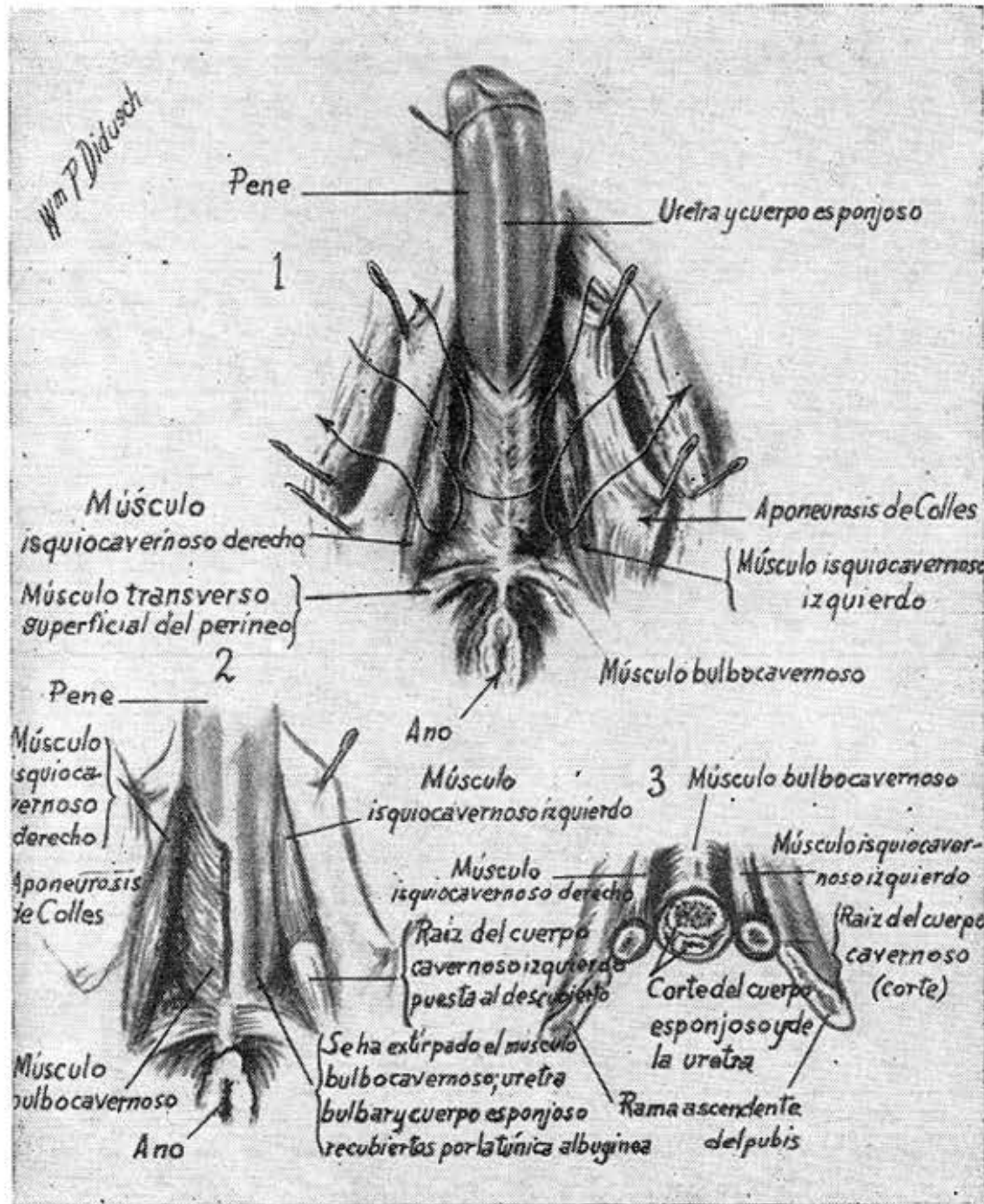


Figura No. 3.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA. 1) Anatomía del periné y de los músculos comprendidos en el procedimiento. Manera de colocar las suturas. 2) Parte del músculo bulbo-cavernoso y del isquio-cavernoso izquierdo, estirpados para exponer el bulbo y cuerpo esponjoso 3) Sección transversal mostrando la relación entre los músculos, el cuerpo esponjoso y la uretra.

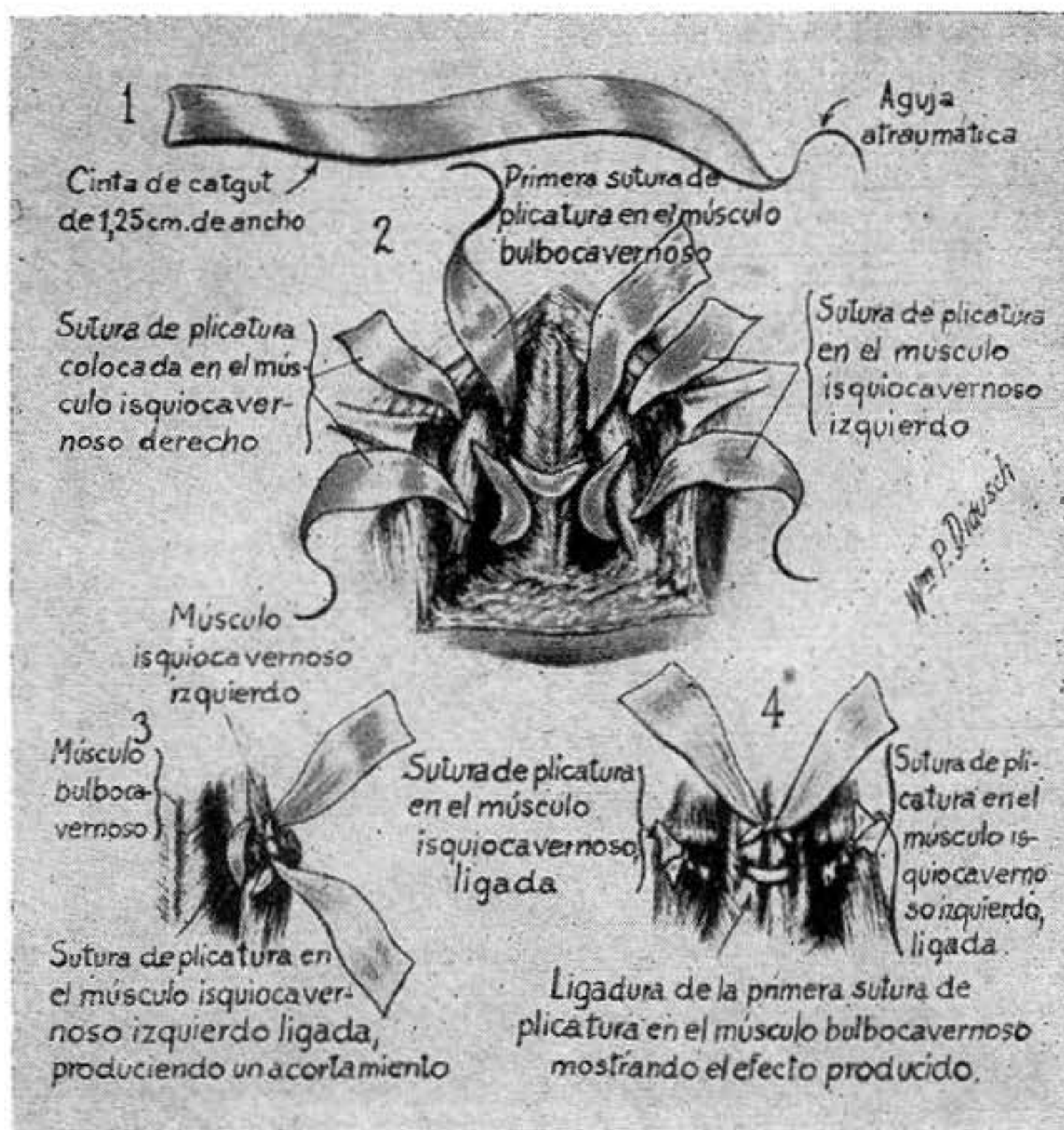


Figura No. 4.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA. 1) Ribbon Gut enhebrado con aguja atraumática usado en el procedimiento. 2) Muestra la manera de colocar la sutura de Ribbon Gut en los músculos bulbo-cavernosos e ischio-cavernosos. 3) Efecto de acortamiento determinado por la ligadura del músculo isquio-cavernoso izquierdo. 4) Suturas de acortamiento colocadas a derecha e izquierda en los músculos isquio-cavernosos y el engrosamiento producido por las suturas de acortamiento en el músculo bulbo-cavernoso.

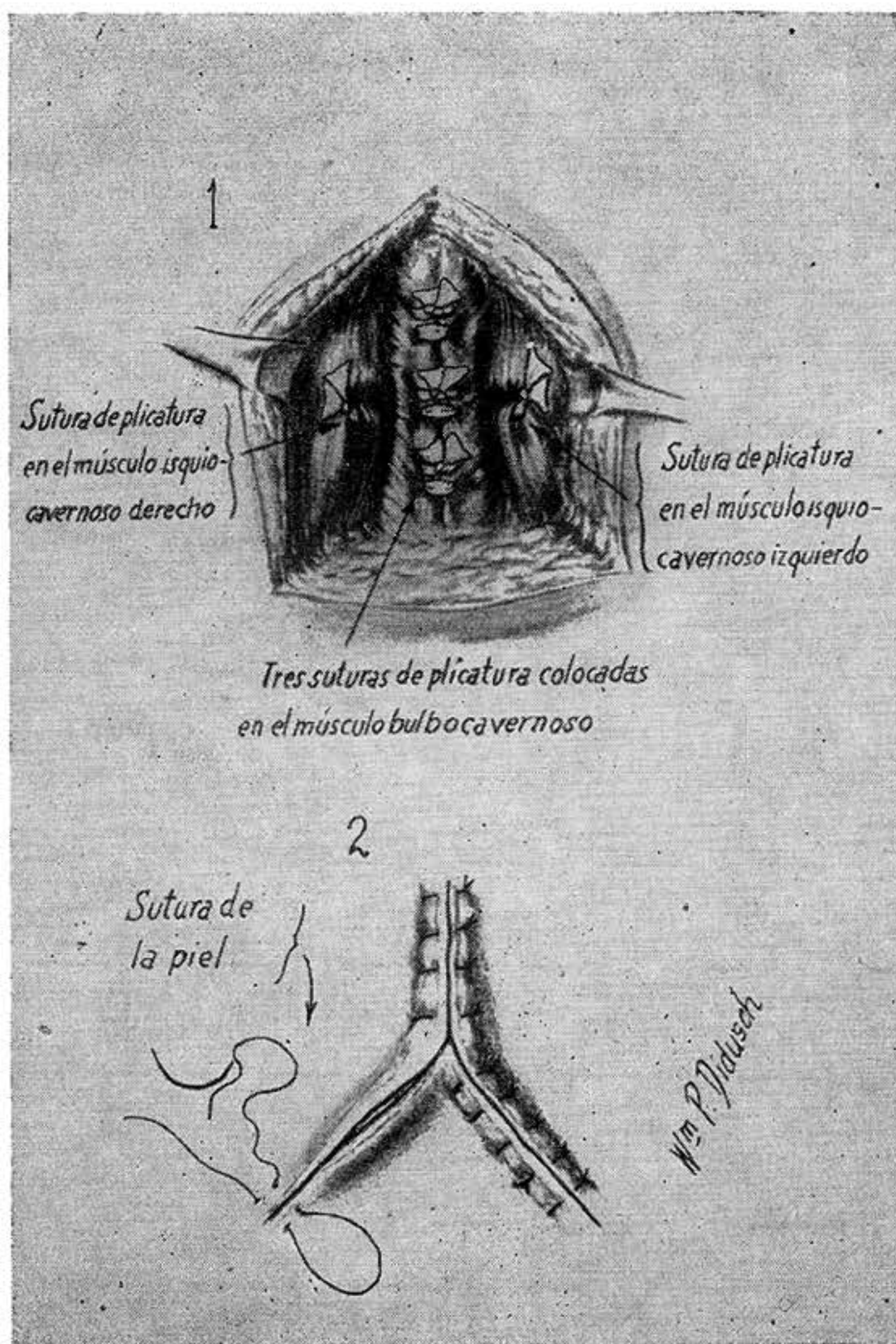


Figura No. 5.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA. 1) Todas las suturas de acortamiento colocadas y anudadas. 2) Cierre de la pared.

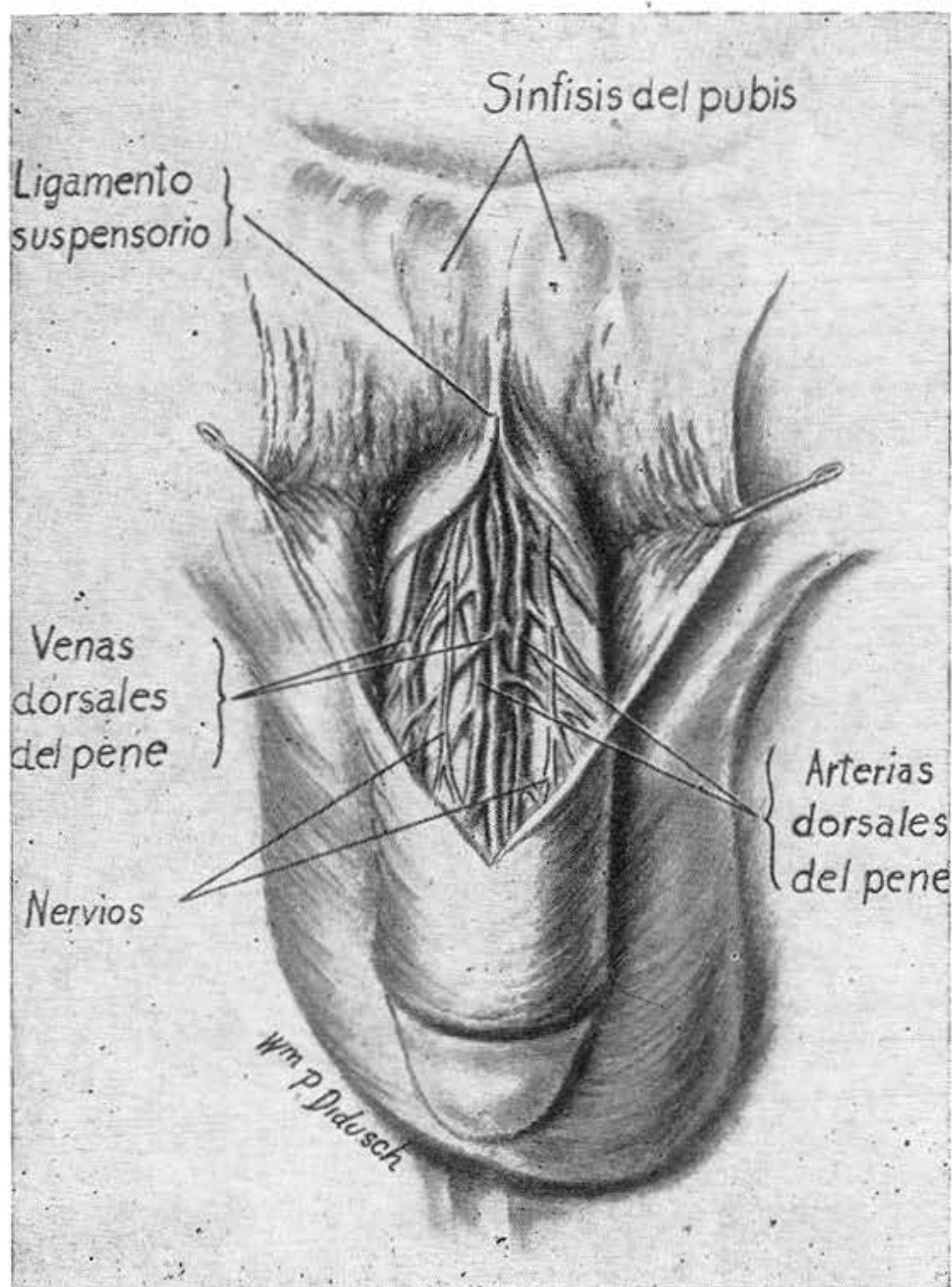


Figura No. 6.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPO-
TENCIA. 1) Mostrando el ligamento suspensorio del pene,
arteria, venas y nervios.

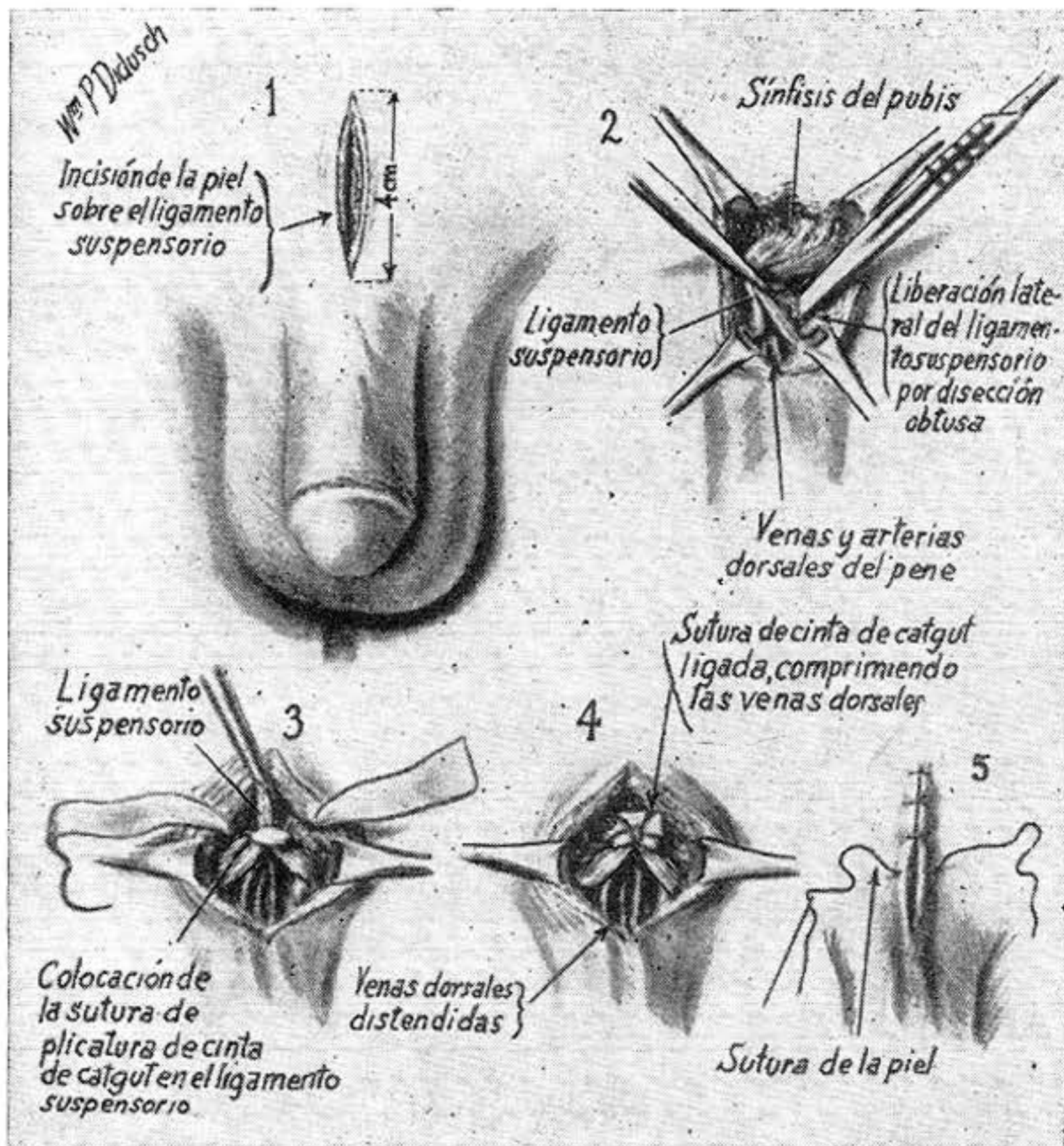


Figura No. 7.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA.—Colocando suturas de compresión en el ligamento suspensorio del pene. 1) Incisión de la piel. 2) Disección del ligamento suspensorio. 3) Colocación de ligaduras constrictivas en el ligamento suspensorio del pene, alrededor de los vasos. 4) El Ribbon Gut es anudado comprimiendo la vena dorsal del pene. 5) Sutura de la piel.

Debido a la extensión de este trabajo, la segunda parte o sea el tratamiento de la impotencia generandi o tratamiento de la esterilidad masculina propiamente dicha saldrá en el siguiente número de esta misma revista "Centro Médico".