

# Varicocele

Anni fa successe che qualche paziente cui era stato diagnosticato un varicocele ed era stato, per questo, operato, mise incinta la moglie. Per la proprietà transitiva delle notizie si ipotizzò che operare il varicocele facesse bene alla fertilità. Ora, il varicocele, che altro non è che una vena varicosa più o meno vicino al testicolo sinistro esattamente come le emorroidi stanno vicino al sedere, ce l'ha un terzo abbondante della popolazione maschile.

Persino gli americani, i quali per pragmatismo non sono secondi a nessuno, scrissero e tuttora scrivono: il varicocele è la prima causa di infertilità maschile. Salvo poi aggiungere, che, sfortunatamente, non esistono studi che dimostrino in maniera incontrovertibile la relazione tra tale patologia (il varicocele) e la condizione di infertilità.

Schiere di chirurghi si cimentarono nella cura del varicocele tanto che, oggi, esistono varie e valide tecniche di approccio sulle quali nulla si può obiettare. Poi, gli stessi, pubblicarono montagne di lavori scientifici nei quali si affermava che gli operati ingravidavano le consorti in percentuali varie.

Tuttora, se ad un paziente viene diagnosticato il varicocele immediatamente viene operato, prima ancora di aver capito cosa succede. Verrebbe lecito domandarsi come abbia fatto il genere umano ad arrivare ai giorni nostri senza tale operazione. In teoria il fatto della sistematicità dell'intervento avrebbe dovuto far calare almeno un pò le percentuali di sterilità della popolazione...che invece, guarda guarda, aumentano.

Il fatto è che quando di una cosa se ne sa tanto si finisce per saperne, in realtà, poco o niente.

Vediamo i dati di fatto e quali conclusioni possiamo trarre.

Il varicocele è una vena varicosa, ovvero una vena che si è dilatata e non funziona più bene facendo ristagnare il sangue. Il ristagno e il calore che il sangue si porta appresso sarebbero alla base del danno al testicolo che progressivamente smette di funzionare. Lecito pensare al fatto che di testicoli se ne hanno due. E l'altro? Molti sono concordi nel ritenere che il calore si propaghi anche all'altro testicolo e che il testicolo affetto produca sostanze tossiche che impediscono all'altro di funzionare. Tuttavia, misurazioni della temperatura scrotale smentiscono l'ipotesi così come non sono mai state dimostrate le sostanze tossiche che, oltretutto, non si capisce come possano far del male solo all'altro testicolo e non, per esempio, al pancreas e alle parotidi che hanno una struttura micidialmente simile.

Il varicocele, non dimentichiamolo, è una vena varicosa attaccata ad una persona. Questa persona, se si va a cercare un po', risulta essere quasi immancabilmente affetta da una sindrome varicosa generale e figlio di soggetti che le vene varicose ce l'hanno eccome. Ora se la mamma ce l'ha, vabbè. Ma se è il padre ad averle come ha fatto a procreare?

Già, dimenticavo di far notare che moltissima gente col varicocele procrea lo stesso.

Così come tanta gente senza varicocele non ci riesce.

E tanta gente operata non migliora affatto se non, addirittura, peggiora sensibilmente. Specialmente coloro i quali sono affetti da oligospermia severa.

Ad alcuni, poi, il varicocele operato, dopo uno o due anni, recidiva. Ovvero torna come era prima.

Eppure la tecnica operatoria è perfetta. Il problema sta nel fatto che operare un varicocele significa chiudere una o più vene dilatate e costringere il sangue a passare per vene che sono sane le quali, proprio perché sono vene di un individuo che tende a fare le vene varicose, dopo un po' si sfiancano e

il varicocele torna da capo.

E allora?

Cominciamo a pensare che il varicocele non è una faccenda a sé stante ma fa parte di una sindrome disgenetica. Tradotto in termini comprensibili: il soggetto infertile ha una serie di patologie, di per sé lievi e non invalidanti, ma che messe tutte insieme creano una situazione che finisce per alterare sensibilmente le proprie capacità procreative.

Un esempio: soggetto oligospermico di 35 anni con moglie sana di 28, soprappeso, stressato dal lavoro, lieve tendenza alla iperglicemia da alimentazione incongrua, prostatovescicolite abatterica, cariotipo nella norma, dosaggi ormonali nei limiti, varicocele di 2° grado. Niente di grave se prese da sole, nell'insieme portano ad alterazione seminale.

Un soggetto di questo tipo se viene operato peggiora nel 90 % dei casi.

L'alternativa sta nel compensare i vari fattori: dieta ipocalorica con mezz'ora di attività fisica giornaliera, terapia a basso dosaggio con oxicami e antiossidanti. Nel giro di pochi mesi ha il 75% di probabilità di migliorare le proprie chance di fertilità.

Se il lettore avesse dei dubbi in proposito è pregato di verificare le pubblicazioni relative sulle medline.

---

## **Eiaculazione**

## **Precoce,**

# un'opinione

E' la dannazione del maschio. Non esiste al momento una definizione migliore.

In fin dei conti il maschio , però, se l'è voluta.

Provate ad intervistare un qualsiasi signore di circa settanta-settantacinque anni e chiedetegli se sa cos'è. Nella maggioranza dei casi vi guarderà sbigottito non dalla propria ignoranza ma dalla vostra ingenuità: non solo non sa cos'è ma neanche gliene importa niente. Per la sua generazione e per tutte quelle che l'hanno preceduta, il problema non si è, mai, semplicemente, posto: la donna è la donna, ha un suo ruolo nella coppia e nella società che nessuno ha mai messo in discussione e anche quando lo avesse fatto la cosa non metteva alla prova, più di tanto. Bastava ribadire un attimo le identità di ruolo sessuale e finiva lì.

Ricordo un proverbio, per fortuna poco noto, di un geometra toscano, del secolo scorso, del quale non intendo fare il nome: "Il legno di punta e la donna di piano reggono qualsiasi carico". Scienza delle costruzioni? Miti del passato? Saggezza popolare?

Invece erano situazioni di fatto, da millenni: "Caro maschio il tuo ruolo è definito da cos'hai lì, se ce l'hai si fa così, se no si fa cosà e, se il cielo non ci cade sulla testa, sul chi siamo e che facciamo in questo mondo non avremo mai dubbi". Poi, però, il cielo non è caduto sulla testa ma sul pisello del malcapitato: l'uomo moderno.

Vi ricordate di Cleopatra e di Messalina? Provate a rimestare un po' nella memoria e vediamo se vi viene in mente come mai sono passate alla storia: Cleopatra per la vipera e Messalina per il latte d'asina? Sbagliato. Sono passate alla Storia perché avevano orgasmi a ripetizione, sapevano di poterli fare e, scandalo degli scandali, pretendevano che i loro uomini

glieli procurassero.

Di quei tempi faceva notizia. E' stato l'inizio della fine.

Il fatto è che l'uomo certe cose le aveva sempre sapute e per di più sentire la donna che gode ha sempre aggiunto qualità al rapporto sessuale ma era una cosa da tenere chiusa intorno al focolare, per tanti motivi, dalla riservatezza alla paura del confronto.

Anche la ricerca spasmodica degli afrodisiaci che ha accompagnato la storia dell'uomo da che se ne ha memoria non è estranea a questo discorso: migliorare la performance maschile poteva significare ottenere dei risultati in termini di soddisfazione personale altrimenti irraggiungibili ed ogni cultura, sia europea che orientale, propose e propagandò i più svariati, ed a volte pericolosissimi, rimedi come la famosa mosca spagnola.

Si ha memoria nella Perugia del tre-quattrocento di un personaggio Romano venuto in città per affari di stato al quale, oltre la compagnia una giovane fanciulla, venne – per sua richiesta – somministrato il velenoso beverone. Alla soddisfazione per l'efficacia della pozione subentrò il dolore per la priapica situazione. Le cronache del tempo riportano che fu sottoposto a varie terapie, una più tossica dell'altra, e fu finito a forza di salassi dai cerusici. Curioso, perché se i salassi li avessero fatti lì invece che al braccio, il malcapitato sarebbe velocemente guarito. Senno di poi.

Insomma, ai giorni nostri, ci si trova a doversi confrontare con una realtà: abbiamo fortemente voluto l'emancipazione della donna e siamo rimasti indietro. Il sorpasso c'è già stato e non abbiamo, per dote, un apparato riproduttivo sufficiente alla bisogna. Non tutti, perlomeno.

Se la condizione nei secoli, anzi nei millenni, per la riproduzione fosse stato l'orgasmo femminile e non la semplice eiaculazione in loco la selezione della specie avrebbe fatto

il suo corso e prodotto un maschio adeguato. Invece ha, al massimo, selezionato tra chi eiaculava fuori e non dentro, indipendentemente dal tempo impiegato per la funzione.

Sicché abbiamo una popolazione maschile che, da questo punto di vista, è estremamente eterogenea e non potrebbe essere diversamente.

Ogni maschio ha un suo tempo per l'ottenimento del "risultato" che è la risultante del caso e delle caratteristiche ereditate da padri e madri. Si obietterà che il controllo dell'eiaculazione si acquisisce... Magari. Schiere di medici, psicologi e sessuologi, pressati dalla domanda, si sono dati allo studio e alla terapia del fenomeno con i risultati più strani, perennemente insoddisfacenti, almeno fino a poco tempo fa. Che diavolo sarà mai successo? Un paio di cose, entrambe notevoli.

La prima è una migliore comprensione del fenomeno eiaculatorio, la seconda la presenza sul mercato di alcuni farmaci che, nati per tutt'altro scopo, si sono rivelato utili, anzi, utilissimi.

La scoperta del secolo è che l'eiaculazione è un riflesso. Il riflesso è un meccanismo di risposta automatica di cui è dotato il corpo umano che si realizza quando uno stimolo, interno o esterno all'organismo, è efficace nel far partire la risposta che è programmata: se si realizza l'evento A allora si realizza l'evento B. Siamo al sole e fa caldo? Sudiamo e smaltiamo calore con l'evaporazione del sudore. Fa freddo?

Rabbriviamo per produrre più calore. Ci scottiamo al fuoco? La mano si ritira prima ancora di aver realizzato cosa è successo. Siamo abituati a questo, no?

Ora, il punto è: se è vero che l'eiaculazione è un riflesso perché pretendiamo di acquisire un controllo su di esso? Sarebbe come pretendere di imporre al nostro corpo di non sudare o sudare più tardi se sentiamo caldo: semplicemente

impossibile. Tuttavia: se sentiamo caldo possiamo spostarci all'ombra e accendere il ventilatore il che non è altro che una strategia dovuta all'elaborazione critica del fenomeno e all'esperienza.

La cosa è applicabile anche al rapporto sessuale con risultati che vanno dal disastroso al ridicolo. Il "fermarsi ogni tanto", il "pensare a un'altra cosa" servono solo a non godersi il rapporto, intenti come saremmo ad "ascoltare cosa succede" e a dire alla compagna di letto "per carità fermati!".

Le manovre, poi, che prevedono la produzione di dolore al pene per posticipare l'evento sono solo da provare per credere quanto sono assurde, in pratica.

Esperimenti condotti su volontari sani da persone degne di fede scientifica hanno determinato che se si applica al pene uno stimolo vibratorio continuo (efficace nel determinare il riflesso eiaculatorio indipendentemente da tutto il resto) si verifica l'eiaculazione nel 98% dei casi entro al massimo sei minuti. L'altro due per cento aveva venduto l'anima al demonio e poteva dominare il riflesso con strategie personali, ma non fanno testo.

E allora? Vediamo di capire un po' meglio come si produce l'evento A, ovvero lo stimolo efficace: semplificando al massimo un sistema che non lo è per nulla potremmo definire che l'eiaculazione si verifica quando la somma degli stimoli efficaci fa scattare un relais che determina la fuoriuscita dello sperma. Il relais si trova lungo la colonna vertebrale, più o meno all'altezza dei lombi.

A questo arrivano stimoli da due fonti: una è, ovviamente, il pene e, per la precisione, il glande; l'altra è la testa, nel senso che l'insieme dei numerosissimi fattori esterni che vanno dalla vista all'udito al tatto alla situazione e all'ambiente passando per il tipo di donna che la sorte ci ha

assegnato, finiscono tutti in un unico imbuto finale che sono le aree associative del cervello le quali, essendo collegate da sistemi neurali al relais di cui sopra contribuiscono alla somma degli stimoli di cui stiamo parlando. Nel momento in cui tale somma raggiunge la cifra che determina la risposta l'evento B diventa ineluttabile.

Quello che la medicina può fare è molto interessante: si può, usando delle creme anestetiche in un certo modo ed in certe quantità diminuire l'intensità dello stimolo che viene dal glande. Con farmaci di altro tipo si può rallentare lo stimolo che arriva dal cervello. Il risultato, personalizzando dosi e metodi persona per persona, è che si può far felice se stessi e la propria donna.

D'altra parte l'unico parametro di una buona sessualità non sono i modelli culturali precostituiti ma la l'armonia di quella determinata coppia per cui è lecito tutto quello che può migliorare la situazione e portare sé stessi e la propria compagna alla soddisfazione nei tempi e coi metodi che più ci aggradano. Ovviamente a condizione di non far danni.