

# La transiluminación y los signos de Wietzel y de Umansky

Saúl Umansky,<sup>1</sup> Miguel Umansky F<sup>†2</sup>

1. Fundador Responsable y Presidente Honorario de la SAFyL. Miembro de Honor de la AMA. Miembro de honor de la Sociedad Francesa de Flebología. Miembro de Honor de La Unión Internacional de Flebología. Miembro de la Academia Francesa de Patología Vascular.

2. Médico de planta del Hospital Castex. Fundador de la Asociación Española de Flebología.

*Flebología* 2017;43:18-21

## Resumen

*Los resultados de esta técnica durante los últimos 40 años han sido excelentes como se puede apreciar en la muestra que acompañamos. Lo que debe destacarse es que el procedimiento especial que se describe y que se realiza a través de las venas es el único que transfiere transiluminación en flebología; este procedimiento se describe con el nombre de Signo U.*

**Palabras claves.** Signo U.

## Transillumination and the signs of Wietzel and Umansky

### Summary

*The results of this technique during the last 40 years have been excellent as can be seen in the sample that we accompany. What should be noted is that the special procedure described is performed through the veins and is the only one that transfers transillumination in phlebology. The procedure is called signe U.*

**Key words.** Signe U.

---

**Correspondencia:** Saúl Umansky

## Objetivo y material: Signo de Watzel

La transiluminación es un procedimiento que elige la luz para iluminar a través de un medio opaco.

Se basa en una forma de energía radiante que procede de las radiaciones electromagnéticas existentes en el medio ambiente capaz de excitar la retina del ser humano.

La energía radiante fluye en forma de ondas en cualquier medio con una dirección determinada (propagación ondulante) y lo hace imperceptible (invisible) cuando activa con la materia que permite su absorción. Se utiliza para visualizar un espacio o cavidad invisible.<sup>1</sup>

## Objetivo y material: Signo de Watzel

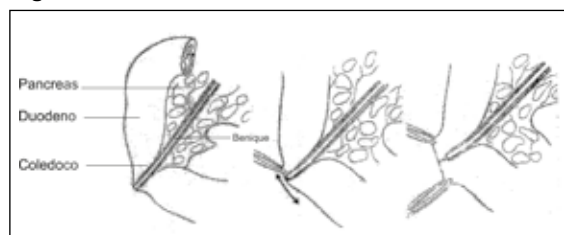
A tal efecto contamos con dos procedimientos que lo pueden desarrollar: el de Watzel y Umansky.

Watzel (1928) lo obtuvo mediante una operación de vías biliares y lo consiguió introduciendo un catéter en el colédoco (Figura 1), con una maniobra suave a los fines de mostrar que éste estaba permeable y sin cálculos en su interior.

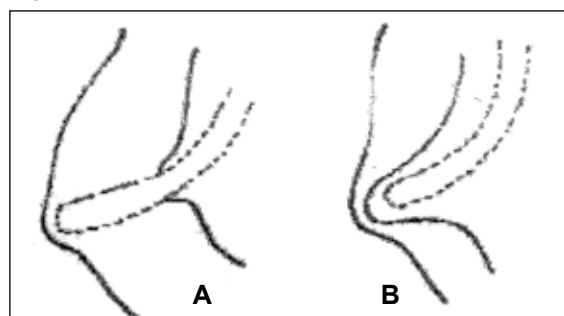
Al atravesar la papila sintió el pasaje de un bultoma (Figura 2), pero también sorpresivamente allí en la pared posterior del intestino, donde se apoyaba la punta del benique había una luz brillante correspondiente a la punta metálica de este instrumento (Figura 3).

Así hemos comprobado el pasaje de la luz (ilu-

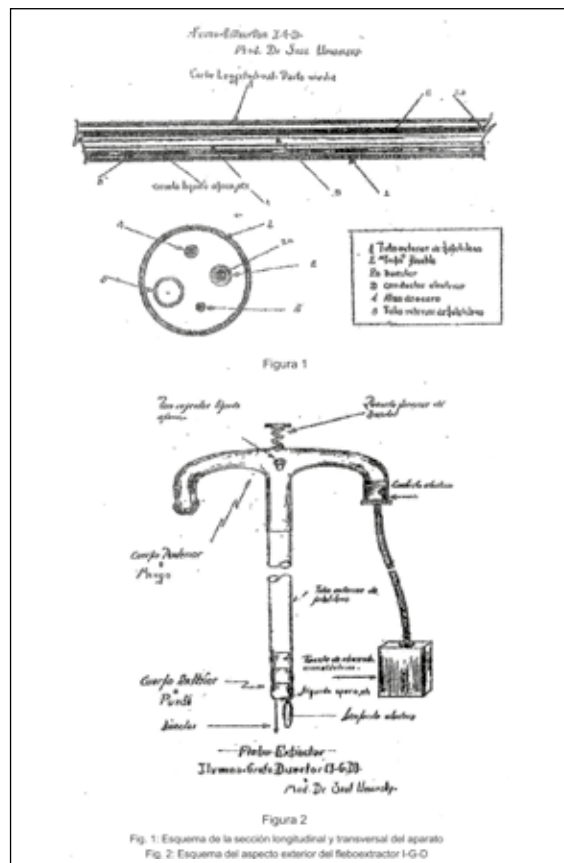
**Figura 1.**



**Figura 2. Exploración de la papila. A) Signo de Waltzer: observación del brillo matálico y palpación del extremo del beniqué. B) Falso signo de Waltzel.**



**Figura 3.**



minación) a través (trans) de la pared posterior del intestino, la transluminación.

A este fenómeno se lo denomina "signo de Watzel" (I) + que procede de fuera a adentro y a través de la pared posterior del intestino.

Existen otras dos Waltzel (-) que corresponden al deslizamiento del instrumento sobre la pared o al deslizamiento del instrumento y de la pared anterior sobre la posterior. Estos dos Watzel (-) porque no atraviesan la papila se pueden corregir por cirugías, pero esto no nos interesa en este momento.

En resumen, aquí se produjo lo que se llamó "El signo de Watzel" o transluminación de fuera a dentro. *Signo Umansky.*

**Material y método**

El segundo método aparece en el año 1955 (Figuras 4 y 5) a raíz de la presentación y publicación en los boletines de la Sociedad Argentina de Cirujanos (septiembre de 1955) con motivo de la presentación del Fleboextractor Ilumino Grafo Disector por el que suscribe, considerando esta presentación, como un nuevo signo de U correspondiente a esta observación de "dentro a fuera" del instrumental utilizado para su realización.

El FE.I.G.D, instrumento que fue descrito en tal oportunidad y discutido en asambleas, comprende un tubo (Figura 4) de polietileno en el que, en forma escalonada para reducir la punta a 2,5 ml, se agregan varios elementos para tratar endoscópicamente problemas de la luz y pared de la vena (Figura 5) que lo contiene. También se agregan otros varios elementos como un cable

**Figura 4.**

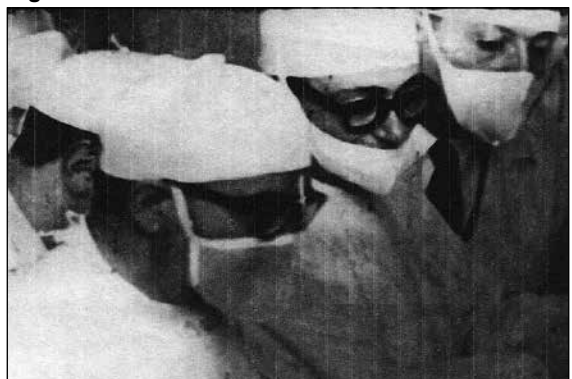
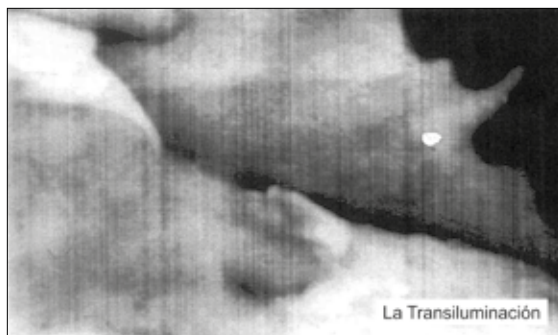


Figura 5.



para electrocoagulación, un pequeño tubo hueco y especialmente una pequeña lamparita (como la punta de un escarbadientes) correspondiente al broncoscopio de Chevalier Jackson, la que más tarde fue reemplazada por la fibra óptica. En esta misma rosca se puede aplicar una campana si corresponde una fleboextracción. Al otro extremo del aparato puede anexarse un endoscopio o un aparato fotográfico o de televisión, lo que sucedió posteriormente.<sup>2</sup>

La pequeña lamparita o la fibra óptica envían luz (de bengala) a la pared de la vena pero sorprendentemente, como sucedió con el signo de Watzel, apareció mucha luz que atravesó sangre venosa y pared de la vena enviando su luz (trans) a la piel (iluminación) iluminando de dentro a afuera dicha zona, la que a su vez se puede movilizar dentro de la vena marcando su trayectoria, y su halo para visualizar alguna vena, telangestacia o algún otro proceso venoso en su trayecto subdérmico de transluminación (Figuras 6 y 7). (Demostración por invitación del profesor Wibert. Hospital de Clínicas 09- 1955).

Figura 6.



Figura 7.



1955 - 1995

Cuarenta y cinco años después (Figuras 6 y 8) en la Sociedad Francesa de Flebología el Dr Choucrom presentó su flebo-extractor reconociendo el nuestro y prometió mencionar esta situación cuando presentara el suyo.

A este procedimiento realizado por nosotros se designa como "El Signo Umansky".<sup>3</sup>

Figura 8.

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLEBOLOGIE**

Président d'Honneur Fondateur : R. TOURNAY+      Secrétaire Général : F. VIN  
 Vice-Président d'Honneur Fondateur : K. SAGLIO+      Secrétaire Général Adjoint : J.J. GUEK, E. GUILLEBERT  
 Président : F. WALLONS      J.P. HENRIET, M. SCHADECK  
 Vice-Présidents : Ph. GRITON, M. PERRIN      Trésorier : Jacques GRUFFAZ  
 Trésorier Adjoint : A. CORNUS-THENARD

**VENDREDI 15 DECEMBRE 1995**  
 20 H 30  
**HOTEL LATITUDES Place René Clair - Boulogne (Porte de Saint-Cloud)**  
 Téléphone : 49 10 49 10

**PROGRAMME**

20H10-20H35 Résultats des élections de vote des membres du Conseil d'Administration et Assemblée Générale

20H35-20H50 Retraitement veineux de cholestérol par le sol à eau et à basse température  
 B. SCALA, P.A. ALLBERT, F. VIN

20H50-21H05 L'événement saphène interne avec cross-section précoce sans angioplastie (C.P.S.A.)  
 M. FORMICH, G. RAYBAUD, E. NIVELLEAU, G. CIOSTI (Marseille)

21H05-21H20 Phlébotomie de la saphène interne (vidéo) J.L. SALOMON (Paris)

21H20-21H35 Un nouveau concept d'extracave - Le ligament-veineux n par translumination - AL. GARDON-MOLLARD (Paris) 35

21H35-21H50 Saphènes internes et accessoires de cuisse. Aspects échographiques et morphologiques (métopiques)  
 Ph. LEBASILE, J.M. BAIRD, M. LEFFEBVRE-VILLARDERO, J.P. UDE. (Paris)

21H50-22H05 Hémé multi-centrique d'un passacantécté inamovible devant les 48 premières heures qui suivent la phlébotomie ambulatoire  
 J.A. DORTU, C. GARDON-MOLLARD, A.A. RAMELET, S. RICCI, Ph. BLANCHERMAISON, P. CHATELARD,  
 N. FAYS-BOUCHON, P.MORI, P. LIPARI, P. LORENZ,  
 P. FANTER SUFFAT, M. RICCI, J.P. VIDAL MICHEL (GRECO)

22H10 Conclusions du Président

**PROCHAINES SEANCES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLEBOLOGIE :**

25 27 février 1996 : Réunion commune avec la Société Nord Américaine de Phlébologie (NASP) à San Diego

Samedi 16 mars 1996 : Traumatisme veineux - anévrysmes veineux (Paris)

Samedi 25 mai 1996 : 5ème réunion franco espagnole (Biarritz)

Frédéric VIN  
 113, av. Charles de Gaulle  
 92100 Neuilly-sur-Seine  
 Tél : 47 45 33 59  
 Fax : 47 45 14 21

Pierre WALLONS  
 105, av. de Suffren  
 75015 Paris  
 Tél : 43 06 99 09  
 Fax : 43 06 95 07

Figura 9.

**MÉTODE**  
**Type de description:** un évineage de la SE et de ses branches (Figures 4, 5, 6). Cette veine est choisie pour exemple car elle est souvent la « matricielle » des plexions, en raison de sa situation profonde au creux poplite, de son trajet sous-ganglionnaire variable, de l'abouchement variable des veines jumelles et enfin des rapports nerveux dangereux: SP dans le fossage poplité, nerf saphène externe à la moitié inférieure de la jambe et dans la gouttière rétro-malléolaire externe.  
 C'est aussi à ce niveau que s'observent plus fréquemment les récidives. Ces récidives sont de traitement difficile. C'est dire l'importance d'un traitement initial complet, non dilatoire et donc « éclairé »...

**EN PRÉOPÉRATOIRE**  
 La cartographie et l'écho-marquage extériorisoprotéoriques sont toujours essentielles.  
 - Repérage du point de jonction saphène externe - veine profonde (veine poplitée ou flexoriale). Quantification du reflux par la croise et les perforantes.  
 - Collège de la croise de la SE.  
 - Repérage éventuel des veines jumelles actuelles.  
 - Marquage des perforantes et numérotation des éléments points de micro-incisions.  
 - Dessins des collatérales incidentes.  
 - Repérage enfin de la SE si un évineage long est décidé dans la gouttière rétro-malléolaire externe, et même souvent jusqu'au niveau du pied: repérage et dessin de la veine marginale externe. Nous sommes très attachés à l'idée que les évineages ne doivent pas forcément s'arrêter aux chevilles mais valent mieux insister les veines distales du pied.

**L'INTERVENTION**  
 Patient en décubitus ventral, table en léger Trendelenburg.  
 - Elle peut être parfaitement exécutée sous anesthésie locale, en ambulatoire.  
 - Indication de l'hydrocortisone de trajet selon le repérage préopératoire. Elle pourra être complétée sélectivement lorsque le trajet n'est pas identifié par le LEC, permettant une anesthésie précise en surface et en profondeur.  
 - Courte incision verticale (3 à 5 mm) rétro-malléolaire externe et identification de la SE. Il faut veiller à ce niveau au rapport dangereux de voisinage du nerf saphène externe, généralement en peu plus profond. La veine est plus blanche, le nerf plus jaune chamois.

**BIBLIOGRAPHIE**  
 Drery A. Anatomie de la veine saphène. 178-184 de la Société Européenne de Phlébologie. L'Année. 1953. 20-5. 2095.  
 Chava M. Les techniques extérieures de la veine saphène. Phlébologie 1953; 4(1): 139-41.  
 Wietzel R. Cartographie de la circulation veineuse superficielle et dans la fosse poplitée. Phlébologie 1953; 4(1): 101-3.  
 Querey R. Cartographie et LEC. Phlébologie 1953; 4(1): 101-3.  
 Vignatelli R. Trachéisme LEC. Phlébologie 1953; 4(1): 101-3.  
 Mait E. et Chava M. Les techniques extérieures de la veine saphène. Phlébologie 1953; 4(1): 101-3.

Fig. 2-3. - Deux variantes de LEC. Encastrement de la lumière. Soins et évineage.

3) Pour les lésions de stripping classiques, une agne fendue en plastique (3) de 8 mm de diamètre est occupable par un système de cliquetage ou lumino-éveineur permettant un excévineage.  
 4) Il existe une version simplifiée du LEC sans cano opératoire.  
 Le lumino-éveineur peut aider à la localisation des injections d'anesthésiques locaux qui seront administrés exactement dans la site utile, à la profondeur voulue et donc en quantité récidive.

**Conclusión**

Los resultados fueron excelentes, perdurables las telangestacias, y tratados por flebodestrucción o esclerosis. Y con el tratamiento posterior de la micropuntura cromática (Figura 6) *la piel más tensa nueva zona de telangestacias* (III).

Esta técnica fue mencionada por el Dr Roberto Venesia este año en la Sociedad Nuestra de Flebología, reconociendo nuestra técnica por transiluminación (Figura 7) y otras en el exterior (IV).

Figura 10.



Dr.P.Walzel 1928

Figura 11.



Dr.S.Umansky 1955

Figura 12.



Dr.Miguel E.Umansky†

Y el futuro está en manos de nuestros hijos hipocráticos y los demás. Espero que podamos comprender la evolución de este signo reconocido por primera vez en flebología y la evolución de la mancha blanca de la transiluminación y su beneficio en el futuro que promete acompañarnos a mis 97 años, dentro de mis posibilidades.<sup>5</sup>

**Referencias**

1. Hernández, Narciso. Doble maniobra para investigar el paso de la bujía exploradora por la papila de Vater-Sar, Soc de Cirugía de Buenos Aires. Sesiones del 04 de septiembre del 1953.
2. Umansky, Saul. Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Argentina año XVI- N° 17. Sesión del 05 de septiembre de 1955.
3. Umansky, Saul. Microcirugías de telangestacias, farmacología del E de los componentes del FPT. Congresos internacionales de la UIP, Nisa 1987. Montreal 1992. Prada 2011
4. Venesia, Roberto. Asociación de Flebología y Linfología de Rosario. Soc Argentina de Flebología. Sección del 84 de XVI.