

Clinica chirurgicală (cond.: conf. Zoltan Pápai) și Catedra de medicina operatorie
(cond.: conf. Tibor Maros) Tg. Mureș

EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CRIPTORHIDIEI

Mátyás Mátyás Tibor Maros

Deși tratamentul conservativ și cel chirurgical rezolvă cu mai mult sau mai puțin succes criptorhidia, afecțiune care din punct de vedere etio-patogenic nici azi nu e pe deplin lămurită, rezolvarea unei serii de probleme din acest domeniu necesită în viitor un profund studiu clinic și experimental.

Dacă înaintea perioadei de maturitate sexuală, structura microscopică a testicolului nu se deosebește de aspectul celui normal, după pubertate testicolul criptorhidic prezintă semne regresive de atrofie tisulară (*Henke—Lubarsch*). În asemenea condiții — cu excepția unor cazuri sporadice — până la vârsta de 20 de ani, atrofia testiculară devine completă (*Peace—Cabot*).

Deși capacitatea de fecundare este păstrată uneori, readucerea testicolului în condiții optime de dezvoltare se impune cu necesitate. Oricât de pronunțată e atrofia testiculară, ea nu justifică nicidecum castrarea, conduita greșit adoptată de unii autori.

Din acest punct de vedere este semnificativă comunicarea lui *Stähli* care relatează cazul unui tânăr de 19 ani, la care s-a pus problema extirpării testicolului atrofic în urma unei criptorhidii.

Bolnavul fiind împotriva acestei intervenții, testicolul a fost readus în serot. După 9 ani de la intervenție, s-a constatat că testicolul operat prezintă aceeași mărime și consistență ca și cel de partea opusă.

În criptorhidie — mai ales în forma inghinală a acestei afecțiuni — testicolul, pe lângă că predispuie la torsiuni, întreține dureri spontane, care silesc bolnavul să consulte medicul, chiar dacă n-ar atribui importanța cuvenită afecțiunii însăși.

Argumentele unora care susțin că testicolul atrofic trebuie extirpat datorită faptului că ar predispuie la malignizare, conform părerii noastre sînt neîntemeiate.

Experiența noastră arată că semnoamele operate de noi în anii precedenți s-au grefat aproape exclusiv pe testicole de mărime normală sau aproape normală și niciodată pe testicole atrofice.

Accentuarea problemelor practice ale criptorhidiei este cu atât mai imperioasă, cu cît sînd vorba de o afecțiune care, interesînd diferitele domenii de specialitate clinică și chirurgicală, nu i se atribuie atenția cuvenită.

Lucrarea de față al cărei scop este acela de a împărtăși experiența noastră practică în privința tratamentului chirurgical al criptorhidiei, nu poate avea pretenția de a formula considerații critice în legătură cu multiplele și variatele opinii ale etio-patogenezei acestei boli.

Este clar că în caz de criptorhidie, aflându-ne în fața unei anomalii anatomice bine conturate, este greu să găsim o legătură cauzală între factorul determinant și afecțiunea propriu-zisă și să aplicăm ca atare un tratament cauzal.

Tratamentul criptorhidiei poate fi activ sau chirurgical și conservativ sau endocrin. În timp ce tratamentul chirurgical tinde să mobilizeze și să readucă testiculul în scrot prin manevre mecanice, tratamentul endocrin caută să influențeze întregul sistem neuro-endocrin, apelând la acei factori hormonal care vor înlesni coborîrea spontană a testicolului.

Tratamentul operator este format din trei etape succesive, dintre care prima are scopul de a mobiliza testiculul și de a mări lungimea cordonului hipoplazic în limita posibilităților.

Etapa a doua tinde să readucă testiculul pe cât posibil în scrot, pentru că în fața a treia — care de altfel se mai numește și orhidopexie — testiculul redus să fie fixat în scrot.

Acest scop se poate realiza prin diferite procedee tehnice care în esență se bazează pe aceleași principii generale.

Părerea noastră este că între coborîrea spontană sau cea consecutivă tratamentului hormonal pe de o parte și readucerea chirurgicală a testicolului ectopic pe de altă parte este o diferență substanțială, fapt căruia i se acordă însemnătatea cuvenită în procedeul operator pe care-l preconizăm.

Se știe că în cursul vieții embrionare testiculul formează în jurul său prin invaginare un dublu înveliș peritoneal, sudându-se cu foia care-i aderă. După coborîrea testicolului în scrot, această prelungire a peritoneului — care la început comunică cu marea cavitate peritoneală — se închide, rămânând în jurul testicolului doar o mică cavitate izolată, care conține puțin lichid gălbui și transparent.

Acest dublu înveliș peritoneal care izolează testiculul de țesutul scrotal, ferindu-l de factorii mecanici și chimici, are importanță în ocrotirea și dezvoltarea țesutului testicular, atât de friabil și sensibil la agenții nocivi.

Majoritatea procedeelor operatorii, neținând seama de acest factor important, extirpă sau ranversează, după *Winkelmann*, vaginala cordonului, așezînd testiculul în cavitatea scrotală, amenajată prin dilacerarea țesutului celular.

În astfel de condiții testiculul se va cicatriza cu țesutul celular scrotal, fapt care va avea consecințe tardive în ceea ce privește dezvoltarea ulterioară a testicolului.

Dacă în cursul intervenției readucerea testicolului nu reușește, ocluzia ulterioară a cavității scrotale va împiedica coborîrea spontană a testicolului.

Pentru a preveni acest inconvenient, în practica noastră ne folosim de cordonul fibros al lui *Hunter*, rămășița a ligamentului genito-înghinal și de foiele vaginale, pe care — fără a le ranversa după *Winkelmann* — le așezăm împreună cu testiculul în puntea scrotală neformată. Aceste țesuturi vor împiedica ocluzia cicatriceală a cavității scrotale, chiar și în cazul cînd limitele mobilității testicolului sînt prea restrînse și acesta nu poate fi redus decît la nivelul nivelului inghinal extern.

Ligamentul lui *Hunter*, care de multe ori atinge dimensiuni considerabile (într-un caz operat de noi lungime 20 cm și de grosimea inelarului) se va cicatriza treptat, exercitînd asupra testicolului o tracțiune fiziologică la fel ca și ligamentul genito-înghinal în cursul perioadei intrauterine.

Înainte de a trece la expunerea conduitei operatorii pe care am adoptat-o noi, vom schița procedeele tehnice de uz curent, practicate pe scară mai largă.

Metoda lui *Devan* și *Torek* fixeaza testiculul mobilizat de pielea coapsei sau de fascia lată cu un fir trecut prin polul său inferior.

Redwitz suturează gubernaculul testicolului mobilizat de septul scrotal. *Kirschner*, folosind un grefon liber din fascia lată, fixează testiculul de adductorul lung tre-

cînd fișa de iascie cu care a învelit testicolul printr-o breșă a scrotului. După 2—3 săptămîni, prin secționarea punții fasciale, testicolul se eliberează.

Procedeu care fixează testicolul cu un fir lung trecut prin albuginea, de un bandaj gipsat aplicat în jurul genunchiului e identic principal cu metodele de mai sus. Testicolul fixat în felul acesta va rămîne sub tensiune permanentă timp de 14—20 zile. Metoda lui *Katzenstein* constă în plasarea testicolului sub pielea coapsei timp de 3—6 săptămîni, pentru ca după aceea să atașeze scrotului acest lambou pediculat, împreună cu testicolul subjacent.

Walter și *Ombredanne* schimbă poziția celor două testicole printr-o breșă, a septului scrotal, îngustînd în jurul cordonului breșa de trecere.

Secționînd septul scrotal *Graham* suturează testicolul de cel de partea opusă, în speranță că testicolul normal va influența în sens pozitiv dezvoltarea celui atrofic.

Schoemaker plasează testicolul între tunica dartos și pielea scrotului, intenționînd astfel să asigure imobilizarea pe loc a testicolului ectopic.

În sfîrșit *Bevan* preferă secționarea și ligaturarea vaselor spermaticice și a plexului pampiniform pentru a mări lungimea cordonului.

Făcînd o scurtă analiză critică a procedeelor de mai sus putem afirma că majoritatea acestora au consecințe dăunătoare asupra dezvoltării testicolului în creștere.

Diferitele forme de orhidopexie ancorează testicolul timp de mai multe săptămîni sub o tensiune uneori considerabilă, ale căror consecințe grave sînt ușor de înțeles.

Odată ce testicolul se mobilizează în așa măsură încît să ajungă în treimea superioară a coapsei, nu înțelegem rostul procedeuului *Katzenstein*. Socolim că procedeuul lui *Bevan* care secționează vasele cordonului, înseamnă un risc prea mare față de vitalitatea țesutului testicular, care fiind atrofic, are nevoie de o irigație sanguină și de o inervație cit se poate de întregă.

Metoda adoptată de noi pe baza principiilor embriologice și fiziologice enunțate mai sus tînde să corespundă cerințelor chirurgiei restauratoare.

În privința indicației și a momentului intervenției, împărțîșim opinia generală, conform căreia intervenim chirurgical totdeauna înaintea perioadei de maturitate sexuală, cu preferință între vîrsta de 8—12 ani. În fragedă copilărie este interzis atît tratamentul chirurgical, cit și cel medical al criptorhidiei, nu numai datorită faptului că coborîrea testicolului se poate realiza și de la sine ci și din cauză că tulburarea echilibrului hormonal al organismului în plină creștere, poate atrage după sine consecințe tardive cu repercusiuni asupra întregului organism în această perioadă a copilăriei, numai încarcerarea herniei inghinale de obicei coexistente, sau torziunea testicolului constituie unica indicație operatorie de urgență.

La vîrsta de 6—8 ani instituim hormono-terapia și numai în caz de eșec recurgem la operație, totdeauna înaintea vîrstei pubertății.

Cura operatorie, dacă e cazul, se completează cu administrarea extractelor de hipofiză anterioară și preparate de testosteron.

Dacă la examenul clinic și de laborator se constată semne generale de disfuncție endocrină, vom pune accentul pe tratamentul medical. Astfel, în cazul unei hipoplazii testiculare primare asociată cu o criptorhidie, tratamentul causal trebuie aplicat ca atare.

Pe lingă o indicație operatorie bine chibzuită, rezultatul tratamentului chirurgical depinde de tehnica delicată ce se aplică și de maximă cruțare.

Criptorhidia asociindu-se în majoritatea cazurilor cu o hernie inghinală congenitală, aceasta din urmă trebuie tratată după normele terapeutice bine cunoscute ale herniei inghinale congenitale.

Relativ sînt puține cazurile, unde nu se constată prezența unei hernii congenitale, sau unde sacul herniar este etajat. Descoperirea canalului inghinal se face sub anestezie locală, printr-o incizie oblică, corespunzînd celor două treimi interne ale plicii inghinale. După secționarea aponevrozei oblicului mare, ridi

căm cordonul spermatic împreună cu testicolul, de la al cărui pol inferior descinde spre scrot un cordon fibros bine limitat, cu dimensiuni uneori considerabile. (Vezi fig. nr. 1.)

Sacul herniar se disecă, se închide, iar bontul se infundă în mod obișnuit la nivelul coletului său. Restul sacului herniar — fără a se răsfrînge după metoda *Winkelmann* — se lasă pe loc și se alătură ligamentului lui Hunter, pentru ca după amenajarea cavității scrotale, împreună cu aceasta să se infunde în punga scrotală neformată. (Vezi fig. nr. 2.)

Prin acest procedeu se poate realiza o alungire suficientă a cordonului spermatic, fără ca această manevră să traumatizeze vasele spermatiche.

În cursul mobilizării testicolului vom evita orice manevră brutală sau forțată spre a conserva pe cât posibil canalul deferent, vasele și nervii cordonului, care ar merge în dauna troficității țesutului testicular. Dacă mobilizarea testicolului prin metoda de mai sus nu e suficientă, vom elibera canalul deferent la nivelul ansei epigastrice, manoperă care va înlesni readucerea testicolului la locul dorit.

Dintre cei 34 de bolnavi operați de noi în ultimii cinci ani prin procedeu de mai sus, la 30 de bolnavi am reușit să mobilizăm testicolul în așa măsură, încît acesta să poată fi repus în scrot fără să fie sub tensiune.

Mobilizarea și fixarea forțată a testicolului — cu alte cuvinte diferitele forme de orhidopexie — le considerăm manevre dăunătoare, mai cu seamă prin consecințele lor tardive.

De altfel în metoda adoptată de noi, orhidopexia devine o manevră cu totul inutilă, care poate fi abandonată chiar și în cazul cînd nu reușim să mobilizăm testicolul în măsură suficientă pentru a-l cobori în scrot. Practica noastră arată că în astfel de cazuri e deajuns să așezăm în cavitatea scrotală ligamentul lui Hunter și rămășițele fundului de sac peritoneal, pentru ca sub influența unor preparate hormonale administrate după intervenție, coborîrea testicolului să devină completă.

Printre cei 40 de bolnavi operați prin procedeu nostru nu se află nici-unul la care coborîrea testicolului să nu se fi realizat fie în momentul intervenției, fie după aceasta, în urma tratamentului medical.

Una dintre cele mai importante etape ale operației o constituie amenajarea cavității scrotale.

Deși majoritatea procedeelor operatorii nu atribuie acestei etape o atenție deosebită, totuși ea condiționează deplina reușită a intervenției. Această problemă tehnică, în aparență lipsită de importanță, merită să ne preocupe prin faptul că readucerea testicolului în scrot este o problemă generală în chirurgia testicolului, cauzînd uneori dificultăți chiar și chirurgului cu suficientă experiență.

Astfel în operațiile pentru hidrocel la care ravensarea vaginalei după *Winkelmann* schimbă complet raporturile anatomice, se întîmplă adesea ca testicolul să ajungă sub pielea corineului sau a coapsei, predispunînd la torziuni și traumatisme și pricinuînd bolnavului o senzație de inferioritate.

Pentru a asigura și din acest punct de vedere reușita actului operator, formăm cavitatea scrotală încă la începutul operației, imediat după deschiderea canalului inghinal și ridicarea cordonului spermatic. În acest scop izolăm în cîmpul operator scrotul și penisul badijonat cu tinctură de iod, pe care le acoperim separat cu un cîmp de izolație.

În timpul amenajării cavității scrotale îndepărtăm temporar cîmpul suplimentar, formînd punga scrotală sub controlul direct al vederii. În acest fel vom putea evita orice eroare topografică, testicolul fiind plasat întotdeauna la locul normal.

Amenajarea cavității scrotale se execută după descoperirea canalului inghinal în felul următor:

În timp ce al doilea ajutor ridică cu două ecartoare unghiul inferior al pungi, chirurgul introduce o pensă lungă, hemostatică în planul de clivaj al țesutului celular, până la polul inferior al scrotului.

Deschizând pensa hemostatică, chirurgul dilatarea țesutul celular în sens transversal, pentru ca apoi mîna a doua să execute aceeași manevră cu un alt instrument pe un plan perpendicular pe primul (Vezi fig. nr. 3.) În cavitatea astfel formată, chirurgul introduce o meșă lungă de tifon care se va menține pe toată durata intervenției. (Vezi fig. nr. 4.) Această meșă strîns îndesată, pîlîngă că va opri hemoragiile punctiforme consecutive dilatarea, va contribui la formarea și reliefaea cavității scrotale.

Se trece apoi la mobilizarea testicolului și la amenajarea sacului herniar pentru ca apoi — suprimînd meșă de tifon — testicolul să alunece aproape spontan în punea scrotală neformată.

Cu acest procedeu care exclude de la început posibilitatea oricărei erori topografice am reușit să readucem testicolul la locul normal în toate cazurile.

Iată de ce credem că acest procedeu de amenajare a cavității scrotale poate fi aplicat cu succes nu numai în caz de criptorhidie, ci și în toate cazurile dar mai cu seamă în hidrocel — unde readucerea testicolului în scrot constituie întotdeauna o problemă de rezolvat.

Ultima etapă a intervenției chirurgicale pentru criptorhidie o constituie închiderea porții herniare, pe care o executăm în fiecare caz, independent de prezența sau absența unei hernii inghinale congenitale.

În acest scop preconizăm metoda lui *Girard-Bobrov*, pe care o considerăm drept cea mai potrivită. Aplicăm acest procedeu ori de cîte ori cordonul spermatic e hipoplazic, deoarece această metodă reduce cel mai puțin lungimea cordonului, atît de necesară readucerii testicolului la nivelul dorit.

Sintem importiva procedeele tehnice care închid poarta herniară prin suturarea retrofuniculară a tendonului conjunct, prescurtînd cordonul pricinuindu o curură de prisos.

Pentru a înlătura acest inconvenient suturăm oblicul mic și transversul adominal de arcada crurală, înaintea cordonului spermatic, spre a-i asigura astfel un pasaj rectilin prin spațiul musculo-aponevrotic, cuprîns între arcada crurală și marginea liberă a oblicului mic.

La refacerea succesivă a planurilor, vom atribui o deosebită atenție suturilor subcutanate.

Aceste suturi se vor practica în așa fel, încît ele să îngusteze de-a lungul cordonului spermatic spațiul celular deasupra punții scrotale. Acest procedeu suplînește orhidopexia asigurînd rămînera în loc a testicolului și permițîndu totodată o alunecare în limite fiziologice.

Procedeu nostru operator, eliminînd pe cît posibil factorul traumatizant și bazîndu-se pe considerente embriologice și morfo-funcționale, tinde să satisfacă cerințele chirurgiei restauratoare.

Socotim că rezultatele încurajatoare de pînă acum ar putea justifica o aplicare practică mai largă a acestui procedeu.

Sosit la redacție: 23 mai 1958.

Bibliografie

1. J. B. CHASTAIN, L. K. NEWLIN: *Arizona Med.* 11:323—326, 1954.; 2. C. B. DRAKE: *J.A.M.A.* 102, 759—761, 1934.; 3. C. B. DRAKE: *J.A.M.A.*, 163:626—629, 1957.; 4. M. GRAUHAN: *Arch. klin. Chir.* 177: 685, 1933; 5. R. E. GROSS, T. C. JEWETT: *J.A.M.A.* 160: 634—641, 1956; 6. T. S. HANSEN: *Proc Roy. Soc. Med.* 42: 645—651, 1949; 7. HENKE—LUBARSCH: *Hdb. d. spez. path. Anat. u. Hist.* VI/3; 8. R. HOFSTATTER: *Klin. Jahrb.* 1911, Fischer Jena; 9. C. E. KOOP: *M. Clin. North. Amer.* 36: 1779—1785, 1952; 10. L. G. LEWIS: *J. Urol.* 60: 345—356, 1948; 11. E. LIEBENOW: *Inaug.—Diss.* Berlin, 1939; 12. D. W. MC. COLLUM: *Arch. Surg.* 31: 290—300, 1935; 13. M. PEACE, H. CABOT: *Ref. Zbl. Chir.* 3: 2223, 1947; 14. C. E.

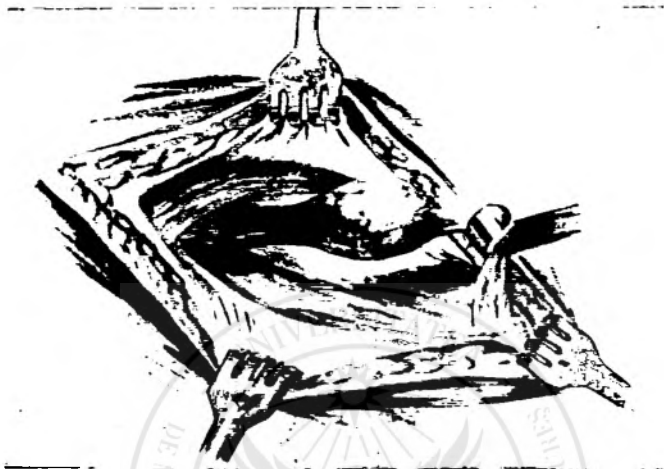


Fig. Nr. 1.

După descoperirea canalului inghinal, ridicăm cordonul spermatic. Din polul inferior al testicolului atrofiat descinde spre scrot un cordon fibros.



Fig. Nr. 2.

Foițele seroase din jurul cordonului spermatic le preparăm în direcția polului inferior al testicolului. Partea superioară a prelungirii peritoneale o amenajăm ca și în herniile congenitale.



Fig. Nr. 3.

Țesutul conjunctiv al scrotului îl
preparăm prin dilacerare, cu aju-
torul unor pense hemostatice.

Fig. Nr. 4.

După dilacerarea țesutului conjunc-
tiv umplem cu o fișie de tifon
punga scrotală neoformată. Această
manevră se execută în scop hemo-
static și pentru modelarea pungii
scrotale.

REA: Arch. Surg. 36: 1054—1107, 1939; 15. B. SCHAPIRO: Schw. med. Wschr. 1: 718, 1931; 16. W. STAHLI: Schw. med. Wschr. 43: 1119—1126, 1947; 17. O. H. WANGENSTEEN: Ann. Surg. 102: 875—904, 1935.

ОПЫТЫ И ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПО ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КРИПТОРХИЗМА

М. Матяш, Т. Марош

После критических анализов часто применяемых методов хирургического лечения крипторхизма, авторы знакомят нас со своими методами операций, при помощи которых 40 случаев получили удовлетворительные результаты.

По мнению авторов орхидопексия - грубый способ, который по возможности, надо избегать, а также надо избегать и перерезку сосудов для предупреждения трофических расстройств.

Авторы рекомендуют специальный метод для изготовления кармана машонки который во всех случаях оправдался.

Выработанный авторами способ основывается на принципе восстановительной хирургии.

EXPERIENCES CONCERNANT LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA CRIPTORCHIDIE

Matyas Matyas, Tibor Maros

Les auteurs font une analyse critique des procédés les plus fréquents utilisés dans le traitement chirurgical de la cryptorchidie. Ils exposent leur propre procédé à l'aide duquel ont obtenu des résultats satisfaisants dans les 40 cas traités chirurgicalement. On considère que l'orchidopexie est un procédé dur qu'on doit éviter, si cela est possible. Il faut aussi éviter la section des artères, afin de pouvoir prévenir les troubles trophiques. Les auteurs recommandent leur procédé chirurgical de préparer le sac du scrotum. Celui là s'est avéré applicable dans tous les cas.

Le procédé élaboré par les auteurs repose sur les principes de la chirurgie réparatrice