

HIDROCELUL

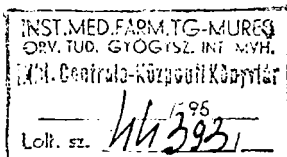
STUDIU CLINIC ȘI TERAPEUTIC

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI
CHIRURGIE, PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ
ÎN ZIUA DE 20 OCT. 1938

DE

VINCENTIU DÂMBOIU.



16 MAY 2005

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
Facultatea de Medicină

Decan: Domnul Prof. Dr. STURZA M.

Profesori:

Clinica stomatologică	---	---	DI. Prof. Dr.	Aleman I.
Fizica Medicală	---	---	Conferențiar	Bărbulescu N.
Microbiologia	---	---	DI. Prof. Dr.	Baroni V.
Fiziologia umană	---	---	"	Benetato Gr.
Istoria medicinei	---	---	"	Bologa V.
Patologia gen. și experimentală	---	---	"	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	---	---	"	Buzoianu G.
Istologia și embriologia umană	---	---	"	Drăgoiu I.
Semiologie medicală	---	---	"	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetr.	---	---	"	Grigoriu Cr.
Clinica medicală	---	---	"	Hațieganu I.
Medicina legală	---	---	"	Kernbach M.
Chimia biologică	---	---	"	Manta I.
Clinica Oftalmologică	---	---	"	Michail D.
Clinica neurologică	---	---	"	Minea I.
Igienă și igienă socială	---	---	"	Moldovăni I.
Radiologia medicală	---	---	"	Negru D.
Anatomia descriptivă și topogr.	---	---	"	Pașilian V.
Clinica chirurgicală	}	---	"	Pop A.
Medicina operatoare				
Clinica infantilă	---	---	"	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	---	---	"	Popoviciu Gh.
Chimie	---	---	DI.	Secăreanu S.
Balneologie	---	---	"	Sturza M.
Clinica dermato-venerică	---	---	"	Tătaru C.
Clinica urologică	---	---	"	Țeposu E.
Clinica psihiatrică	---	---	"	Urechia C.
Anatomia patologică	---	---	"	Vasiliu T.
Igiena generală	---	---	Agr.	Zolog M.

JURIUL DE PROMOTIE

Președinte: DI. Prof. Dr. AL. POP

Membrii { Domnul Prof. Dr. E. Țeposu
" " " I. Aleman
" " " Gr. Benetato
" " " V. Bologa

Supleant: Domnul Doc. Dr. M. Nichita

Mamei mele:

dedic aceasta teză inaugurală care încheie activitatea mea școlărească și pentru care s'a strădui să fie un îndrumător și o pildă de muncă; pentru sacrificiile ei, îi dedic toate gândurile mele de mâine.



Dlui Prof. Dr. Al. Pop,

Președintele juriului de promoție și maestrul noșunilor mele chirurgicale, pentru timpul de când lucrez sub oblăduirea Dsale, și pentru cinstea ce mi-a făcut a-mi încredința subiectul tezei, îi aduc și păstrez recunoștința mea sinceră.



INTRODUCERE

Patologia Chirurgicală a vaginalei testicolului și a organelor învecinate trebuie privită sub aspectul elementului inflamator, de natură acută și a celui de natură cronică.

Din capul locului afecțiunile acute ale vaginalei, prin aspectul și debutul lor brutal, în care durerea nu lipsește niciodată, trebuiesc net diferențiate de afecțiunile cronice, cu debutul și aspectul lor evolutiv benign și care constituiesc uneori greșelile practice de diagnostic.

Astăzi hidrocelul se încadrează ca o entitate patologică bine diferențiată din punct de vedere al simptomatologiei și al aspectului clinic, noțiuni clarificate în parte și de noțiunile embriologice. Asupra etiologiei domnește încă incertitudinea, din care cauză și tratamentul a fost multă vreme nesatisfăcător. Este natural, conform percepțelor moderne de terapeutică, că idealul să-l constituie tratamentul etiologic, cauzal; tocmai aici este punctul obscur și în terapia hidrocelului a cărui etiologie nu este încă pusă la punct.

Acest din urmă lucru este întărit și de faptul că atât astăzi cât și în trecut, metodele de terapeutică medico-chirurgicală cât și procedeele chirurgicale pure, au variat dela timp la timp.

Astăzi numărul destul de mare al metodelor de terapeutică chirurgicală, vin să confirme tocmai insuficiența lor. Subiectul tezei de față se inspiră

tocmai din aceste inconveniente care vor fi trecute rînd pe rînd în revistă. Voi descrie deasemenea un procedeu nou terapeutic fără a avea pretențiunea că el soluționează toate inconvenientele terapiei chirurgicale ale hidrocelului, ci doar să-i arătăm avantajile în anumite cazuri clinice. Procedeu este imaginat de Profesorul Dr. Alexandru Pop și practicat în Clinica Chirurgicală din Cluj în ultima vreme. Concluziunile ce le vom trage din cazuistica clinică a acestui procedeu ne va arăta sub ce raport trebuesc privite avantajile sale.



Hidrocelul

Studiu clinic și terapeutic

ISTORIC

Prin aspectul lui clinic frapant, natural că trebuie să admitem că a fost cunoscut încă din cele mai vechi timpuri.

Însuși părintele medicinei, Hipocrate îl descrie ca o „tumoră apoasă”, transparentă, a scrotului. Hipocrate a sesizat chiar influența dăunătoare a acestei „tumori apoase” asupra testicolului, atât din punct de vedere fiziologic cât și morfologic. Aceste noțiuni destul de elementare, însă de bază, s'au perpetuat până în zilele noastre.

Între timp, prin deschiderea unui nou capitol în patologia curentă, cel al sifilisului, se introduce un punct etiologic nou, cel specific sifilitic crezându-se că s'ar fi lămurit odată cu etiologia și tratamentul hidrocelului. Practica curentă însă a cauzat deziluzii.

Se cunosc nenumărate cazuri de hidrocel a căror lichid cu o reacție Wassermann pozitivă au rămas refractare tratamentului specific. Astăzi suntem trecuți de perioada când consideram orice hidrocel de natură specifică și instituim pentru cazurile ca atare, odată cu tratamentul adjuvant antisifilitic, pe cel curativ chirurgical.

Anatomia și Embriologia testicolului

Hidrocelul este o afecțiune foarte frecventă pe care o întâlnim la orice vârstă, uneori chiar și la noii născuți.

Pentru o cât mai perfectă documentare și orientare chirurgicală, cum și pentru înțelegerea noțiunilor anatomo-

patologice, este cazul, să redau foarte succint anatomia scrotului, insistând ceva mai mult asupra anatomiei și embriologiei vaginalei, elementul anatomic direct interesat în aceasta afecțiune.

Bursele ca entitate anatomică, se compun din 6 tunici, suprapuse dar perfect diferențiate și etajate pe straturi, cari plecând dinafară înăuntru sunt următoarele: *pielea*, care ia aici numele de scrot, *tunica musculară* care alcătuiește dartosul, o *tunică celuloasă*, o *tunică musculară profundă* dispusă sub formă de evantai și care conturează de jur împrejur cordonul și testicolul, alcătuind mușchiul cremaster sau tunica eritroidă, o *tunică seroasă* sau *vaginala testiculară*. Dintre toate aceste tunici singura tunică comună ambelor testicule este scrotul, celelalte tunici sunt individualizate pentru fiecare testicol aparte. Tunica scrotală, nu este altceva, atât embriologic cât și histologic, decât țesut tegumentar pielos. Este foarte subțire, aproape semitransparentă, de colorație mai mult sau mai puțin închisă. O particularitate a acestei formațiuni o alcătuiește marea sa elasticitate. Din punct de vedere histologic scrotul prezintă structura fundamentală a tegumentului extern, având o oarecare particularitate constând într'o abundență mare de glande sudoripare și sebacee, precum și în prezența mai mare, a granulațiilor pigmentare.

Dartosul constituit dintr'o lamă fină roșietică cu aspect fibrilar este aplicat pe toată suprafața feții interne a scrotului de care aderă intim. E format din fibre musculare netede, la care se mai adaogă fibre conjunctive și elastice. Fibrele acestea sunt dispuse mai mult longitudinal, deci paralel cu ridurile scrotale. Prin inserțiunea lor pe ramurile ischio-pubiene pe de o parte prin continuarea anterioară cu dartosul penian, și posterioară prin dartosul perineal formează un fel de suspensor, care după Sapey poartă numele de ligamentul suspensor al scrotului.

Tunica celuloasă tapetează fața internă a tunicii precedente, nefiind la fel de bine reprezentată pe toată întinderea ci numai pe fețele interne, în scrot e aproape

dispărută. E alcătuită din țesut celular lax, fără țesut grăsos.

Tunica musculară sau **cremasterul** care provine din canalul inghinal, coboară odată cu cordonul spermatic, și se împarte în două fascicule bine distincte unul intern sau pubian celălalt mult mai bine distinct, fascicolul iliac. Cremasterul ajungând la nivelul testicolului respectiv se desface sub formă de evantai, pe toată suprafața testiculară, dar nefăcând niciodată o tunică completă. Cremasterul este format din fibre striate. Con tracțiunea lor bruscă și instantanee, ridică și apropie testicoli de canalul inghinal. Acest aparat elevator al testicolului, care de altfel nu este decât o dependență a musculaturii late a abdomenului, se va contracta într'una când această musculatură abdominală va intra în funcțiune; tuse, efort, etc.

Tunica fibroasă este imediat aplicată sub prece-denta formând un sac complet și comun atât cordonului cât și testicolului. Dar spre deosebire de porțiunea funiculară, cea testiculară este mult mai groasă. În porțiunea superioară această tunică este aderentă de epididim, în cea inferioară de scrot prin intermediul unei formațiuni care poartă numele de ligament scrotal al testicolului. Prin acest ligament vin vase cari fac legătura între vascularizația superficială și cea profundă. Din punct de vedere histologic această tunică este formată din fibre conjunctive și elastice, pe fața externă a acestei tunici se găsește o rețea importantă de formațiuni vasculare.

Tunica vaginală de fapt singura care are o corela-ție directă cu afecțiunea pe care o tratez, este o membrană seroasă, în care se invaginează testicolul și epididimul. Ca orice membrană seroasă și vaginala testiculară are două foițe una parietală și una viscerală, cari interceptează între ele o cavitate virtuală, cavitatea vaginală. Foița parietală e ceva mai groasă și tapetează cavitatea în care se găsește testicolul. Foița internă răspunde cavității vaginale prin intermediul căreia vine în mod natural în contigui-

tate cu foița viscerală. Fața externă e separată de tunica celuloasă printr'un ușor strat celular alcătuind țesutul celular sub vaginal. Foița viscerală, învelește complet marginea inferioară a testicolului pe toată întinderea lui, la fel fața internă și externă a testicolului. La nivelul epididimului această foiță se comportă deosebit pe diferitele segmente. Înăuntru foița viscerală a vaginalei atinge pachetul vascular. Înăuntru se angajează între testicol și epididim se reflectează iarăși pe epididim pe care-l înconjoară, apoi trece spre foița parietală cu care se continuă.

Cavitatea vaginală este formată astfel de o cavitate virtuală în mod normal, și se termină în sus acolo unde cele două foițe, parietală și viscerală se continuă una pe alta, formând un fund de sac circular, care înconjoară originile cordonului spermatic. În condițiuni normale și într'o stare fiziologică nealterată cavitatea, cum am anunțat mai sus este virtuală, iar cele două foițe prin intermediul acestei cavități, alunecă perfect una peste alta; aceasta alunecare fiind ajutată de prezența unui lichid clar filant asemănător limfei, este așa numitul lichid vaginal.

Semnificare morfologică. În ce privește semnificarea morfologică a acestei tunici vaginale, nu este altceva decât peritoneul, care în urma evoluției embriologice a descins în sacul scrotal, odată cu migrația testicolului din regiunea lombară. Această migrație testiculară se face prin intermediul unui canal, numit conductul peritoneo-vaginal și care în mod normal după descinderea testicolului în burse, trebuie să se închidă nelăsând în urma lui decât un cordon fibros, alcătuind așa numitul ligament peritoneo vaginal. Această obliterare în mod normal trebuie să fie efectuată în decurs de 15—20 zile după naștere. Dar de multe ori această închidere nu se face, și atunci avem așa zisa perzistența peritoneo-vaginală.

Din punct de vedere histologic această tunică, ca orișice seroasă, se compune din: o tunică profundă, alcătuită din fibre conjunctive, elastice, vase și nervi. O tunică superficială sau endotelială, formată dintr'un singur rând de celule plate cu contur poligonal.

Geneza canalului peritoneo-vaginal s'a încercat să se explice prin mai multe teorii.

1. **Teoria lui Hyrtl**: după care testicolul duce înaintea sa peretele abdominal și peritoneul parietal, așa că formarea sacului peritoneo-vaginal este o urmare imediată a migrațiunii testiculare și că ambele fenomene sunt simultane.

2. **Teoria lui Köllikher** susținută de Henle, Bazy, Broca, etc., după care canalul peritoneo-vaginal se formează independent de migrațiunea testiculară și preexistă acestei migrațiuni, așa că acest canal s'ar găsi chiar în caz de ectopie testiculară.

3. **Teoria lui Bramann**, care contrar părerii lui Köllikher, susține că: a) acest canal peritoneo-vaginal nu există înainte ca testicolul să fi coborât în burse; b) el se formează în timpul migrației extra abdominale a glandei sexuale; c) migrațiunea testicolului prin peretele abdominal și formarea canalului peritoneo-vaginal ce se petrec simultan, par a fi provocate de acelaș agent.

După Bramann canalul peritoneo-vaginal se formează astfel: apare întâi o mică depresiune peritoneală în punctul unde gubernaculum ese din abdomen. La începutul lunei a 7-a fundul fosetei atinge tendonul aponevrotic al mușchiului marele oblic apoi testicolul începe migrația dealungul peretelui abdominal. El e precedat de fundul de sac peritoneal care e mai avansat decât polul inferior al glandei, dar separat de aceasta printr'un spațiu mic. Canalul se alungește pe măsură ce scoboară glanda. Agentul care scoboară glanda în fundul burselor, atrage în acelaș timp și fundul de sac așezat înaintea ei. Un obstacol ce ar împiedeca scoborîrea testicolului, ar împiedica și progresiunea fundului de sac. Deci diverticolul peritoneal nu poate fi considerat ca rezultatul unei împingeri a peritoneului parietal de către testicol.

Etiologie

Etiologia hidrocelului nefiind încă definitiv rezolvată s'a căutat ca în urma cercetărilor clinice, biologice sau anatomo-patologice să explice cauza lui. Din punct de vedere etiologic, clasicii împărțiau hidrocelul în: *hidrocel secundar* sau *simptomatic* și în *hidrocel esențial* sau *primitiv*. Este o diviziune, dacă nu etiologică, cel puțin didactică și care să păstrează și azi, evidențiind punctele obscure din domeniul etiologiei acestei afecțiuni.

Hidrocelele secundare sunt destul de frecvente și sunt de cele mai multe ori consecința leziunilor epididimare: epididimitele tuberculoase, sifilistice, blenoregice, tumorale, chistice, și traumatice; mult mai rar leziunea cauzală este atașată testicolului în sensul unei orchite sifilistice sau unei tumori testiculare. Tocmai din cauza acestor puncte etiologice, aceste hidrocele poartă cu drept cuvânt numele de hidrocele simptomice.

Hidrocelele esențiale, adică independente de alterațiunea organelor vecine, au format motivele de aprigă controversă care se perpetuiază încă și astăzi. În adevăr, foarte deseori suntem în situațiunea de a deschide vaginala atinsă de această afecțiune și putem observa că chiar acolo unde lichidul părea să se fi format fără o cauză aparentă, putem să descoperim totuși la o explorare minuțioasă a testicolului și mai ales a epididimului, leziuni într'adevăr minime, dar probabil suficiente pentru a irita această seroasă.

Putem încadra aici micro-noduli tuberculoși nedepistabili din punct de vedere clinic sau micro-chistele epididimului.

Printre altele se admite că chiar leziunile scleroase ale epididimului prin comprimarea vaselor pot produce această exudație seroasă. În altă ordine de idei, există totuși cazuri unde cea mai atentă și minuțioasă examinare nu poate descoperi chiar cele mai minime leziuni cari să explice afecțiunea. Din acest punct de vedere, termenul de hidrocele esențiale rămâne un termen clinic fie chiar provizor pentru aceste vaginalite de etiologie necunoscută.

În ultima vreme grupa acestor hidrocele esențiale tinde să se restrângă din ce în ce, datorită cercetărilor lui Tuffier și Milian, Poncet și elevii săi, Duc și Horand cari arată natura tuberculoasă a câtorva cazuri de hidrocel cu localizarea primitivă a bacilului Koch chiar pe suprafața seroasei vaginale.

Din acest punct de vedere deci, această vaginalită seroasă specifică este în măsură comparabilă cu pleoro-tuberculoza lui Landouzy. În adevăr ambele se traduc din punct de vedere anatomo-patologic printr'o abundentă revărsare sero-fibrinoasă bogată în limfocite și care-și traduce originea prin faptul că tuberculizează cobaiul inoculat. Iată deci un punct etiologic câștigat în ultima vreme, în dauna hidrocelelor esențiale.

Tot din grupa hidrocelelor esențiale în jurul anului 1900 prin cercetările frumoase ale lui Vidal și Ravaut, Bayon și Cade să desprinde faptul că, unele hidrocele din aceasta grupă sunt consecutive rupturii micilor chiste de spermatozoizi în cavitatea seroasă prin iritațiunea că-rora se poate ajunge la formarea unei revărsări. În sfârșit prin cercetările lui Dufour și Thiers din 1914 se verifică și natura sifilică a unora din hidrocelele idiopatice.

Problema acestui grup de hidrocele esențiale rămâne încă apanajul cercetărilor viitoare, unde se presupune că studiul biologic al răvărsatului va putea descoperi și alte cauze declanșatoare, restrângând și mai mult cadrul acestui necunoscut. Pentru confirmare amintesc că în 1931 Pierre Delbet și Cartier au studiat problema din punct de vedere bacteriologic al lichidelor diferitelor hidrocele. Pe un număr de 86 hidrocele, acești autori au găsit: de

24 ori bacilul Koch, de 6 ori diplococul, de 2 ori gonococul, de 2 ori bacili neidentificați și de 52 ori n'au putut depista nici un microb. Remarcăm deasemenea pentru clasificare că din 24 lichide cari conțineau bacilul Koch numai 8 au tuberculizat cobaiul la inoculare.

Capitolul hidrocelelor esențiale, restrâns deci prin ultimele cercetări, rămâne totuși în picioare până la noui clarificări etiologice.

Anatomia patologică. Voi căuta să dezvolt în acest capitol anatomia patologică a diferitelor elemente cari se înglobează la declanșarea hidrocelului. Vom studia în ordine:

1. Punga formată de seroasă;
2. Lichidul conținut;
3. Starea testicolului și epididimului ca elemente de vecinătate.

1. **Punga.** Aceasta este constituită din seroasa vaginală distinsă mai mult sau mai puțin de către conținutul ei lichid, prezintă aspectul piriform cu extremitatea cea mare situată inferior. Ea poate prezenta însă și aspectul bilobat datorită faptului că poate fi strangulată în porțiunea sa mijlocie, de o bandăletă fibroasă, rezistentă, care nu este altceva decât îngroșarea fibroasei constituind așa zisa bandăleta lui Béraud. Putem avea și un aspect diverticular al pungii prin unul sau mai mulți diverticuli, cari nu sunt altceva decât hernierea foitei parietale a seroasei distinse prin diferitele zone slabe ale fibroasei.

În regulă generală aspectul vaginalei este mult subțiat cu fața sa endotelială albă, uneori însă seroasa poate fi foarte îngroșată cu fața internă acoperită de false membrane, putem găsi toate nuanțele patologice, între vaginalita cronică ușoară și adevărata pachivaginalită care poate merge până la calcificarea seroasei. Ca o urmare a acestui fapt se poate forma între cele două foite ale seroasei, hidrocele multiloculare sau parțiale, dintre care cităm cele două forme interesante; hidrocelul subepididimar și hidrocelul cu dublu fund a lui Brault.

2. Lichidul conținut se găsește deobicei în mare

cantitate, deci sub o mare tensiune. Este un lichid seros foarte fluid de culoare citrină. Din punct de vedere al compoziției este foarte albuminos, bogat în fibrinogen fără însă a coagula la aer, din cauza lipsei agentului activ al coagulării. Uneori poate avea aspectul albicios ușor murdar în care caz Bayon și Cade susțin că ar conține și spermatozoizi. S'au descris și hidrocele chiloase, lăptoase sau grăsoase datorită obstruării vaselor limfatice prin microfilarii ale sângelui sau prin ouăle acestui parazit; avea deci de a face în acest caz cu un hidrocel filarian. Formula etiologică a lichidului variază cu natura agentului cauzal.

Din punct de vedere al examenului microscopic al lichidului, hidrocelele se clasifică în trei grupe:

Grupa I-a, a hidrocelor esențiale, cu placarde endoteliale, uneori amestecate cu hematii și câteva leucocite. Această formulă citologică pledează în favoarea unei origini mecanice a conținutului.

Grupa a II-a conține multe polinucleare ca o urmare a unei epididimite gonococice.

Grupa a III-a conține numai limfocite corespunzând hidrocelor tuberculoase primitive sau secundare.

3. Testicolul și epididimul. Aceste două elemente fixate de ligamentul scrotal sunt împinse în partea postero-inferioară a tumorii, cu timpul pot fi atinse de leziuni scleroase cari nu trebuiesc interpretate drept cauza primitivă a leziunii cauzele a revărsatului. Uneori când procesul de scleroză se accentuează funcțiunea acestor elemente pot fi compromise. De multeori asociat hidrocelului putem găsi și o hernie, mai ales în cazurile de hidrocele congenitale.

Simptomatologia

Pentru afecțiunea pe care o tratăm, căutarea simptomelor după criteriu clasic utilizând metodele clasice, sunt de o reală valoare. Adesea este necesar ca pentru o precizare etiologică să recurgem la examinări sero-biologice de verificare.

Simptome obiective

Inspecția: acest examen este unori în măsură să ne furnizeze singur diagnosticul. În adevăr hidrocelul se exteriorizează ca o tumoră a burselor unilaterală mai rar bilaterală piriformă cu extremitatea mare situată inferior. Volumul variază cu vechimea, fără a fi însă o legătură strânsă între volum și vechime, totul pare că ține mai mult de puterea secretorie a vaginalei bolnave.

În literatură găsim hidrocele atât de mari ca volum încât cu fundul lor atingeau pământul. În asemenea cazuri penisul este complet înglobat în tumoră.

Palparea: ne evidențiază că pielea scrotului alunecă pe planurile subjacente chiar în cazurile de hidrocele gigante. Suprafața este netedă regulată, tumora fiind de consistență moale și fluctuantă pentru hidrocelele ce nu se găsesc în tensiune și de consistență renitentă când lichidul se află în tensiune mare iar dacă se adaogă și un proces de vaginalită cronică putem remarca la palpare consistență dură și fermă, caracteristică. Un caracter de diferențiere îl constituie faptul că aceste tumori dau pe suprafața lor întreagă senzația palpatorie a elementelor de mai sus, este vorba de o consistență omogenă.

Pentru depistarea acestor elemente, este necesar ca palparea să se facă metodic încadrând cu ambele mâini tumora, căutând a o cuprinde în mod alternativ în ambele ei diametre. Prin palpare vom căuta deasemenea și semnul fluctuațiunii care rămâne valabil ca interpretare numai pentru hidrocelele cari nu se găsesc în tensiune; pentru hidrocelele în tensiune mare, semnul valului este negativ. În mod palpator va trebui să ne dăm seama de situația testicolului și al cordonului. Normal la polul superior vom simți cordonul totdeauna de volum și consistență aproape normală; la partea postero-inferioară a polului vom putea evidenția prin presiunea exercitată la acest nivel testicolul.

Sunt cazuri însă de inversiuni ale glandei testiculare care va fi palpată tot la polul superior. Tot prin palpare evidențiem două semne caracteristice pentru hidrocel:

pensarea vaginalei și pensarea epididimului, ambele negative din următoarele motive: nu putem pensa foița parietală a seroasei vaginale din motivul că ea se găsește distinsă de lichidul în tensiune; nu putem pensa epididimul deoarece tot din cauza tensiunii el se găsește împrăștiat pe suprafața vaginalei.

Pentru diagnosticul diferențial trebuie totdeauna să recurgem și la examenul diafanoscopic. În adevăr transluciditate este un simptom caracteristic, patognomonic, ce trebuie căutat întotdeauna. Se practică de obicei într-o cameră obscură utilizând o sursă de lumină pe care o plasăm la partea opusă din care privim tumora. Pentru delimitarea câmpului, utilizăm pe cât e posibil, o sursă de lumină concentrică și privim printr'un tub strâmtat, stetoscop sau alt instrument adecuat. Accentuăm asupra faptului că acest examen al translucidității atunci când seroasa este foarte îngroșată (proces de pachivaginalită hemoragică) diafanoscopia este negativă.

Simptome subiective

Cadrul acestor simptome este redus la minimum, deoarece hidrocelul rămâne indolor și nu jenează decât prin volumul său, la mers și în special în timpul coitului. Am remarcat uneori dureri vagi, datorită tracțiunii ce exercită prin volumul său mare la rădăcina coapsei respective. Un simptom funcțional care e bine să fie căutat cât mai des, deoarece el poate clarifica uneori conduita operatorie, este azoospermie, adică absența spermatozoizilor din lichidul spermatic de partea bolnavă. Ea este consecința tracțiunii și lățirii tubului epididimar. Poate dispărea după evacuarea lichidului din punga vaginalei, în cazul când leziunile de scleroză testiculară și epididimară nu sunt avansate.

Complicațiunile

Hidrocelul lăsat să evolueze dela sine, poate să dea naștere la o serie de complicațiuni. Excepând cazul că el creiază uneori prin volumul său mare o infirmitate

pentru purtător atât prin prezența sa, cât și prin exemele și excoriațiunile cronice al căror sedii poate fi tegumentul burselor și al coapselor, distingem trei grupe de complicațiuni.

1. Infecțiunea și supurațiunea, care deși constituie o eventualitate excepțională, totuși în anumite sări de debilitate organică, de epuizarea organismului, hidrocelul poate deveni locul de inoculare al altor focare existente în organism.

2. Ruptura vaginalei poate rezulta de pe urma unui șoc traumatic prin corp străin care acționează la exterior, prin o apropiere bruscă a coapselor, care comprimă brusc tumora.

Ne place să atribuim o bună parte în etiologia acestor rupturi și alterațiunilor pungii vaginale.

3. Transformațiunea în hematocel, ce rezultă de pe urma îngroșerii progresive a vaginalei cu neoformațiuni vasculare și ruptura lor cu ocazia puseurilor congestive, este o complicațiune destul de frecventă pe care o întâlnim și după tentativele de tratament prin puncțiuni evacuatoare.

Diagnosticul hidrocelului

Deoarece diagnosticul hidrocelului nu este totdeauna ușor, constituie uneori chiar erori de diagnostic destul de frecvente, voi căuta să ușurez în mod didactic posibilitatea diagnosticului, înfățișându-l din punct de vedere clinic, anatomic, etiologic. Tot aci voi păstra aceeași conduită pentru hematocel sau pachivaginalită, ca fiind o formă mult apropiată prin aspectul său clinic, de hidrocel.

O revărsare în tunică vaginalei, de altfel ca în toate seroasele organismului, nu poate fi compus decât de unul din cele trei lichide cu cari suntem obișnuiți să ne întâlnim în clinică: *puroiul*, *serozitatea*, *sângele*. Puroiul este ușor de recunoscut datorită simptomelor de inflamațiune care însoțesc formarea sa. Prezența puroiului de altfel în tunică vaginală, este un accident rar și nu constituie de

altminteria o entitate patologică definită, ci o complicațiune intercurentă.

Prezența serozității este aceea pe care o întâlnim și care constituie hidrocelul. Prezența sângelui în această seroasă constituie hematocelul și pachivaginalita care spre deosebire de hidrocel este opacă la diafanoscopie.

Diagnosticul clinic al hidrocelului

Hidrocelul tip se prezintă în felul următor: la diafanoscopie transparența înconjoară complectamente testicolul, ocupă deci tumora aproape în totalitate. Glanda apare ca o umbră situată la partea posterioară, inferioară și internă a tumefacțiunii. În unele cazuri din contră, transparența este situată înapoi, iar opacitatea înainte. În acest caz trebuie să bănuim o inversiune testiculară și e bine să examinăm și testicolul de partea opusă pentru verificare, deoarece poate fi vorba de o anomalie, care de obicei este simetrică.

La unii bolnavi se petrece din punct de vedere diafanoscopic un fenomen pe care țin să-l relev: transparența este perfectă de toate părțile tumorii, înglobând și testicolul, lucru care s'ar explica după Nélaton printr'un fenomen de refracție, lichidul acționând ca o lentilă. În asemenea cazuri este suficient să ne reperăm porțiunea cea mai bine luminată dacă dorim să facem o puncție evacuatoare. Pentru reperarea testicolului ne folosim de palpare, descoperind sensibilitatea testiculară în diferite regiuni în care s'ar afla.

Există alte colecțiuni seroase cu punct de plecare dela nivelul epididimului sau a cordonului care prin mărirea lor de volum, pot să coboare în scrot și să simuleze un hidrocel al tunicii vaginale propriu zise. Aceste chiste însă când aparțin cordonului sunt ușor de recunoscut datorită formei lor alungite și a limitelor inferioare care foarte rar prinde regiunea testiculară. Problema este mai dificilă în cazurile de chist ale epididimului, (spermatocel) deoarece în unele cazuri punga chistică atinge o așa dimen-

siune că ea acopere în totalitate testicolul și diagnosticul diferențial nu va putea fi făcut decât prin puncție. Afară de aceste condițiuni excepționale, spermatocelul se mai poate recunoaște prin caracterele următoare: tumora este de regulă bilobată, consistența nu este omogenă deoarece revărsarea seroasă se află la partea superioară dând naștere unei fluctuațiuni nete, în timp ce testicolul se găsește la partea inferioară, la palpare dând senzația unei renitențe normale.

Puncția poate clarifica diagnosticul prin căutarea la microscop a spermatozoizilor, deși uneori ei pot lipsi. În unele cazuri serozitatea poate fi opalescentă, albicioasă lucru care poate altera transparența lichidului față de razele luminoase, uneori până la opacitate. Uneori suntem puși în situația de a ne gândi la coexistența posibilă a unui hidrocel vaginal și a unui chist epididimar. Cazurile sunt excepționale dar semnalate în literatură (Profesorul Duplay relatează trei asemenea cazuri). Diagnosticul în aceste împrejurări este aproape imposibil și singurul simptom care ne-ar putea atrage atenția ar fi forma anormală a tumorii și dificultatea de delimitare a testicolului; puncția ne va arăta că nu se goleşte decât o singură pungă.

Unele sacuri herniare sunt susceptibile de a se umple de lichid și de a da naștere la chiste saculare sau pseudo-chiste saculare care prin raporturile intime ce le pot avea cu testicolul pot fi confundate cu hidrocelul tunicii vaginale. Situația lor, forma lor, independența față de testicol și relațiunea cu traectul inghinal în sensul reductibilității, clarifică diagnosticul. Tot de hidro-epiploon trebuie să atașem cazurile extrem de rare de hernie închistată a tunicii vaginale, care nu este altceva decât o hernie ce coboară într'un hidrocel, împingând înaintea ei vaginala. În aceste cazuri sacul herniar se găsește în plin lichid.

Diagnosticul anatomic al hidrocelului

Hidrocelul tunicii vaginale poate prezenta din punct de vedere anatomic mai multe aspecte. Majoritatea lor

sunt condiționate de rezistența mai mult sau mai puțin complete a conductului peritoneo-vaginal. Astfel avem :

1) **hidrocel congenital** în care comunicarea dintre cavitatea peritoneală și seroasa testiculară este completă. În acest caz tumora are forma alungită și pătrunde în canalul inghinal. Reductibilitatea lichidului în aceste hidrocele, este un semn patognomonic. În adevăr cuprinzând hidrocelul în întregime și exercitând asupra sa o presiune lentă și progresivă serozitatea dispare în abdomen iar tumora va dispare și ea. La ortostatism tumora se reface.

2) **Hidrocelul infantil** care nu este decât o varietate a primului cu deosebirea că comunicația cu abdomenul este întreruptă și deci reducerea sa este imposibilă.

3) **Hidrocelul în bisac sau bilocular** este format din două pungi ce comunică între ele. Prima pungă se dezvoltă pe socoteala vaginalei propriu zise, iar a doua pe partea superioară a conductului peritoneo-vaginal, obturat la orificiul intern. Volumul acestor hidrocele uneori este foarte mare.

4) **Hidrocelul multilocular** ea naștere prin diferite aderențe ale vaginalei produse de procesul unei vaginite anterioare, având aspectul boselat.

5) **Hidrocelul dublu** este fie apanajul tuberculozei care prinde de cele mai deseori cele două epididime sau a sifilisului care prinde ambii testicoli și ambele vaginale. Trebuie știut deasemenea că hidrocelele duble pot însoți la oameni în vârstă, orchiepididimită bilaterală de aliură cronică, în raport cu o suferință a prostatei (Panas). Mai rar o poate fi în cauză o epididimită blenoragică bilaterală cronică.

6) **Hidrocelul grăsos** e o formă rară întâlnită în Europa. Caracterele ei clinice au fost schițate de Le Dentu. Tumora este deseori dublă și însoțită uneori de alterațiuni elefantiazice ale scrotului și membrilor. Testicolii pot fi și ei prinși, în care caz sunt mult măriți de volum. Culoa-

rea lichidului este lăptăoasă sau chiloasă. Această variație se întâlnește la indivizii cari au trăit în ținuturile tropicale. Puncția singură ne va pune pe calea diagnosticului. În lichid depistăm deobicei filaria sangvinis ominis, cauza esențială a boalei.

Diagnosticul etiologic al hidrocelului

Acum după ce cunoaștem etiologia ne putem da seama că nu e ușor să stabilim din punct de vedere clinic cauza hidrocelului. Am văzut că s'a creiat din această cauză grupa hidrocelelor simptomatice. Pentru primele rămânând o serie de întrebări. E vorba de o vaginalită sifilitică?

Trebue să incriminăm în unele cazuri artoro-scleroza, maladia lui Bright? Ruptura chistelor cu spermatozoizi pot irita într'adevăr vaginala?

Trebuie să amintim pentru toate acestea, coagularea cloroformică a diverselor lichide de hidrocel care a permis lui Jeanbrau și Lisbonne (XX Congr. franc. de Urologie, Paris 1920) de a preciza natura lichidului. Agitând lichidul evacuat din vaginală, cu 10—15 picături de cloroform, acești autori au constatat următoarele: 1. Nu se obține nici un coagul în cazuri de hidrocele esențiale. În hidrocelele simptomatice (sifilis și tuberculoză) se produce un coagul fie imediat, fie în primele 6 ore. În hidrocelele însoțite de un oarecare grad de pachivaginalită, coagulul se formează tardiv după 24 ore.

Diagnosticul clinic al hematocelului sau a pachivaginalitei.

Afecțiunea mult asemănătoare din punct de vedere clinic, diferențiată însă ca anatomie patologică, o formează pachivaginalita sau hematocelul vaginalei, care de multeori este un epifenomen patologic al hidrocelelor vechi. Pentru aceste motive expunem diagnosticul său în cele ce urmează.

Hematocelul se poate prezenta sub două forme: sub

forma unei tumori net fluctuente cu pereții moi și ușori depresibil, sau sub forma unei tumori foarte renitentă de o formă și greutate atât de accentuată în cât ia aspectul tumorilor solide.

În primul caz diagnosticul este foarte ușor, dacă ținem seama mai ales și de faptul că transluminația este negativă. În al doilea caz diagnosticul pachivaginalitei de tumorile solide este mai delicat.

În aeevăr ambele afecțiuni prezintă caractere comune: tumoră unilaterală, destul de mare, grea și indoloră. Ceace ajută diagnosticul este faptul că hematocelul este extrem de rar, mult mai rar decât cancerul. În plus consistența unui hematocel este mult mai regulată ca a unei tumori canceroase și un lucru caracteristic este că hematocelul este mult mai dur decât tumora malignă. Sensibilitatea testiculară în hematocel are un sediu fix; în jos și înapoi. În caz de tumori maligne găsim pe întreaga lor suprafață puncte sensibile.

Pensarea vaginalei așa cum a indicat-o Sebileau este imposibilă în hematocel și posibilă în cancer, la fel pensarea epididimului.

Puncția ca diagnostic diferențial este contraindicată deoarece conținutul unui hematocel este atât de gros încât nu se poate scurge, în plus el crează posibilități de complicațiuni inflamatorii pentru hematocel și de generalizare în cazuri de tumori maligne. Ganglionii lombari deși dificili de evidențiat însoțesc totdeauna tumorile maligne.

Diagnosticul anatomic al hematocelului sau pachivaginalitei

Profesorul Duplay insistă asupra faptului că testicolul în hematocel face parte integrantă din peretele său și este foarte deficil de izolat. Evidențierea sa se face căutând sensibilitatea testiculară care însă adesea este foarte atenuată din cauza alterațiunilor ce le prezintă glanda. Pereții pungii sunt extrem de îngroșați și pot pre-

zenta concrețiuni calcare și plăci cartilaginoase ce se evidențiază la palpare. Toate aceste elemente sunt în strânsă legătură cu vechimea cazurilor.

Natura lichidului prezintă diferite aspecte. Poate fi clar, gros sau să conție chiaguri, conținutul acesta se poate infecta în urma traumatismelor sau puncțiilor și să supureze transformând hematocelul într-o tumoră durosă cu pielea scrotului roșie și edemațiată.

Diagnosticul etiologic al hematocelului și al pachivaginalitei

Dela cercetările lui Gosselin se știe că în producerea unei pachivaginalite avem ca factor inițial și fundamental inflamația vaginalei, iar revărsatul sanghin nu este decât consecutiv și cu caracter înconstant. Cari sunt cauzele cari produc inflamația vaginalei?

De cele mai dese ori pachivaginalita este independentă de orice leziune apreciabilă a testicolului și a epididimului. Să susține că un traumatism ar interveni și ar da naștere revărsatului sanghin. Tot în aceasă geneză s'a mai încriminat ca rol etiologic tuberculoza, infecțiunile în general acute și cronice. De cele mai multe ori însă nu putem evidenția cauza primitivă a hematocelului. În cazul de hematocel secundar, acestea ar fi datorite propagării inflamațiunii testiculo-epididimare, tuberculozii, sifilisului sau chiar blenoragiei.

Diagnosticul diferențial

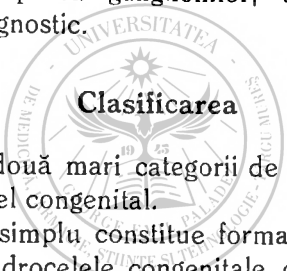
Când ne găsim în fața unei tumori ovoide, piriformă cu extremitatea mare situată inferior și de dimensiuni apreciabile, prima precauțiune ce trebuie luată este de a elimina hernia ce vine din traectul canalului inghinal. În cazuri de hernie putem remarca un pedicol ce pătrunde în orificiul inghinal profund, pe câtă vreme în cazuri de hidrocel limita sa superioară în spre inel se poate bine evidenția. Consistența tumorii ne pune deasemenea pe calea diagnosticului unde reductibilitatea sa joacă un rol

important în diferențierea hernii de hidrocel. Diafanoscopia negativă în toate herniile și pozitivă în majoritatea hidrocelului constituie deasemenea un factor prețios. Pensarea vaginală și epididimului negative în hidrocel vin să diferențieze de celelalte afecțiuni tumorale dela acest nivel.

Diagnosticul diferențial va trebui făcut cu leziunile funiculare și cu vericocelul care este destul de ușor. Situațiunea anatomo-topografică superioară în primul caz și prezența cordonului varicos în al doilea caz clarifică diagnosticul.

Leziunile inflamatorii acute ale testicolului și epididimului prin caracterul lor dureros vor fi deci eliminate.

Pentru afecțiunile lor tumorale, debutul, etatea bolnavilor și participarea ganglionilor, constituie elemente prețioase de diagnostic.



Clasificarea

Distingem două mari categorii de hidrocele : hidrocel simplu și hidrocel congenital.

Hidrocelul simplu constituie forma descrisă mai sus. În ce privește hidrocelele congenitale ele sunt încadrate în următoarele noțiuni: lichidul în loc de a se revârsa într'o vaginală constituită în mod normal, închisă deci de toate părțile, se produce deci în canalul peritoneovaginal obliterat în mod vicios, prezintă deci caractere patogenice de natură embriologică. În mod normal canalul peritoneovaginal se transformă într'un cordon fibros pierdut printre elementele cordonului dela nivelul orificiului inghinal până la testicul, constituind ligamentul vaginal a lui Croquet. La 10 zile după naștere $\frac{2}{3}$ din noii născuți au acest canal obliterat. La alții această obliterare nu se face, sau se face, târziu, fie parțial fie total. La adult un procent de 10% prezintă o anomalie peritoneo vaginală, ceea ce explică frecvența herniilor numite din acest motiv congenitale. Legat de aceasta anomalie avem diferite aspecte ale hidrocelului, unele din ele destul de interesante prin aspectul și posibilitatea diagnosticării lor, I-au naștere în felul acesta

următoarele varietăți de hidrocele congenitale: 1) hidrocele dezvoltate într'un canal peritoneo-vaginal rămas permeabil în totalitate, *hidrocelele comunicate*. 2) Hidrocele formate într'un canal peritoneo-vaginal închis la partea sa superioară. 3) Hidrocelele închistate sau *chistele cordonului*. 4) *Hidrocelele biloculare* datorită diverticulelor sau punctelor slabe. 5) Hidrocele complicate cu hernie. 6) *Hidrocelele abdominale*.

1) Hidrocelele comunicante

În cazul unei leziuni epididimo-testiculare care determină o revărsare de lichid în seroasa vaginalei, canalul peritoneo-vaginal fiind complet permeabil, lichidul va destinde vaginala și va putea trece fără nici un obstacol în cavitatea peritoneală atunci când comprimăm hemiscrotul afectat. Acesta este deci un hidrocel peritoneo-vaginal comunicant. Din aspectul său anatomo-patologic trebuie să deducem că este însoțită totdeauna și de hernii, intestinul coborând în burse la cel mai mic efort. Deseori lichidul vaginalei poate proveni de la nivelul peritoneului care reacționează la infecție, putând grefa o infecție baculară la acest nivel.

2) Hidrocelul format într'un canal peritoneo-vaginal închis la partea sa superioară

Canalul peritoneo-vaginal în aceste cazuri este închis la nivelul orificiului inghinal profund. Lichidul va destinde în aceste cazuri segmentul inghinal și funicular al canalului precum și seroasa testiculului. Se formează în felul acesta un hidrocel inghino-funiculo-vaginal. În cazul când și segmentul inghinal al canalului peritoneo-vaginal este obliterat nu va putea lua naștere decât hidrocelul funiculo-vaginal. Aspectul acestor hidrocele este totdeauna bilobat ca o urmare a unei strangulări cu sediul la unirea porțiunii funiculare cu vaginala. În naștere în felul acesta termenul clinic de hidrocel în bisac.

3) Hidrocelul închistat sau chistul cordonului

Canalul peritoneo-vaginal se poate oblitera în porțiunea sa superioară și inferioară rămânând permeabilă în porțiunea mijlocie. În felul acesta la naștere ceea ce autorii vechi au numit hidrocel închistat al cordonului. Denumirea sa mai exactă căci ea clarifică patogenia, este de chist al cordonului sau chist peritoneo-vaginal. Aceste chiste pot fi solitare sau multiple înșirate ca mătăniile uneori comunicând între ele prin adevărate diafragme.

4) Hidrocelul bilocular

Datorit diverticulilor sau punctelor slabe, acest soi de hidrocel este format dintr'o pungă scrotală și din alta abdominală și după Pierre Delbet găsim trei varietăți: hidrocel bilocular properitoneal, interstițial și superficial.

5) Hidrocelul complicat cu hernie

În asemenea cazuri nu găsim decât un hidrocel simplu la care se află un canal peritoneo-vaginal rămas permeabil dar închis în porțiunea sa inferioară. Prin porțiunea aceasta permeabilă la naștere o hernie care treptat treptat va atinge și punga vaginală, o va împinge înainte creind hernia închistată a vaginalei cum a fost numită de A. Cowper.

6) Hidrocelul abdominal

Nu este decât o varietate ce s'ar încadra în grupa celor biloculare, cu deosebirea că punga abdominală poate lua o independență topografică abdominală deși ea este însoțită totdeauna de un hidrocel vaginal. Asemenea cazuri sunt destul de rare; abia găsim în literatură aproximativ 40 de cazuri. Am ținut să le amintesc ca o grupă separată deoarece pot fi etichetate foarte adesea de tumori abdominale legate de organe intraabdominale. Cum ele coexistă totdeauna și cu o tumoră chistică scrotală

ne ușurează până la un punct diagnosticul diferențial. Amintim că hidrocelul abdominal poate fi uneori într'un hemiabdomen complet opus hidrocelului scrotal. În aceste cazuri diagnosticul este și mai dificil cum a fost descris în cazurile lui A. D. Charters în revista (British Medical Jurnal din 1935 No. 3870).



Tratamentul Hidrocelului

În tratamentul hidrocelului s'au experimentat o mulțime de metode dintre care unele eficace iar altele mai puțin eficace. Dintre aceste metode cea mai veche a fost evacuarea lichidului prin puncție. Technica acestei puncțiuni este următoarea: se pune în evidență prin palpare, precis situația testicolului în raport cu tumora. De cele mai multeori, testicolul se găsește situat înapoi, în apropierea polului inferior al sacului hidrocelului. Printr'o manevră fină se împinge în sus și înapoi testicolul, după-aceea se procedează la asepsia riguroasă a scrotului și se anesteziază pe o zonă de câțiva cm. pielea scrotului prin novocaină. Cu mâna stângă se fixează scrotul și se ridică puțin, apoi în partea superioară a tumorii se face o plică cutanată în care se înfițe acul de puncție, dându-i o direcție oblică de sus în jos, din apropierea polului superior al hidrocelului, în spre profunzime și apoi se extrage lichidul. Orificiul de puncție datorită marei elasticități a pielii scrotului, se închide spontan și repede, iar pentru a preveni, orice infecție, se poate aplica un pansament simplu.

Pels Leusden a preconizat o tehnică foarte practică după o prealabilă anestezie locală a pielii scrotului, puncționează și lasă să se scurgă sau extrage toată cantitatea de lichid, apoi pe acelaș ac injectează o cantitate de 2—20 cmc. de 1% novocaină + adrenalină și lasă astfel 5 minute, în acest timp se institue o anestezie perfectă putându-se injecta fără nici o durere o soluție de 10% tinctură de iod 10 cmc. Acțiunea tincturii de iod în primele zile produce o puternică reacțiune care duce apoi la o puternică

acolare a foițelor vaginale. În primele două zile bolnavul stă la pat iar la ridicare va purta un suspensor. Rareori după acest procedeu se observă recidive.

Autoseroterapia a constituit și ea o metodă în decursul evoluției tratamentului. Se lua aproximativ 10—20 cmc. din serozitatea vaginală care se injecta subcutanat. Riscurile de infecțiune ale pungii vaginalei, riscurile de transformare a unei vaginalite simple într'o pachivaginalită au făcut din acest procedeu, cu rezultate incerte, un punct istoric.

Tratamentul chirurgical operator

Prima încercare de terapie radicală a hidrocelului a fost aceea a lui Volkmann în 1876. După acest procedeu se face o incizie longitudinală pe rafeul median, deschide astfel bursa hidrocelului și apoi spală cavitatea cu o soluție de 3% carbol. După aceasta suturează marginile secționate ale pielii scrotului, drenează apoi cavitatea, cu meșe iodoformată, aplicând apoi un pansament compresiv, în așa fel ca să apropie una de alta cele două foițe vaginale. De cele mai multe ori prin acest procedeu se obține o vindecare în decurs de 2—3 săptămâni.

Pentru a preveni recidivele, care oricum tot sunt destul de frecvente, prin procedeele expuse mai sus, Bergmann a imaginat un procedeu care până azi este unul dintre cele mai sigure. Acesta distruge tunica proprie și mai radical dând minimul procent de recidive. După această metodă punga hidrocelului se desface prin secționarea largă a sacului scrotal în așa fel încât să se deschidă și spațiile răslețe ale testicolului. După îndepărtarea lichidului se desface tunica proprie vaginală de cea comună cu ajutorul unor două pense anatomice sau unor tampoane. Dacă există o adeziune între cele două foițe, atunci ne folosim de foarfecă și besturiu. Desfacerea e ușoară dacă se întinde orizontal partea interioară în sus a sacului hidrocelului. Extirparea tunicii proprii trebuie să se întindă până la continuarea seroasei, până la testicol și epididim.

Totuși se recomandă să se lase cel mult atât ca să se poată opri hemoragia cu pensele, se poate secționa învelișul testicolul pas cu pas până la sacul hidrocelului și se îndepărtează împingând punga hidrocelului formată de tunica proprie a vaginalei. Dacă nu a reușit aceasta să deschid chistele și la locul ei de răsfrângere pe testicol și epididim se distruge pe fața sângerândă a vaginalei comune, se observă adeseori un uumăr de puncte sângerânde pe cari să le prindem și să le ligaturăm. Trebuie să avem ceva mai mare grijă față de vasele cele mai mici sângerânde dela locul de răsfrângere a tunicii proprii a vaginalei pe testicol și epididim pentru ca să micșorăm pe cât posibil hematoamele destul de des observate în operația lui Bergmann, cari favorizează infecția și întârzie vindecarea. Dacă se face operația cu anestezie locală cu adaos de adrenalină cu atât mai mult trebuie să avem grijă de hemoragie căci după ce dispăre acțiunea adrenalinei chiar punctele cele mai mici a vaselor sângerânde apar și se produce hemorogie. Testicolul și epididimul trebuie bine observat la cea mai mică schimbare patologică. Este indicat să se distrugă chistele mici (spermatocele între testicol și epididim, orice ecreșcențe a foiței viscerale a tunicii vaginale în testicolul și hidatidele Morganice situate mai la depărtare. După scoborîrea testicolului se închide complet tunica vaginală comună și cremasterul în suturi de catgut și se introduc în plagă drenuri de cauciuc sau sticlă cari se îndepărtează după două zile. Suturarea pielii scrotului sfârșește operația. Pansamentul plăgii să fie în acelaș timp și pansament compresiv pentru a putea împiedica formare hematomului. Acelaș scop îl joacă într'o poziție ridicată scrotul în pat și în unele împrejurări și o pungă cu gheață pentru a preîntâmpina hiperemia.

Decursul vindecării poate să fie tulburat prin formarea unui hematom în plaga mare care se manifestă prin ridicarea temperaturii fără a fi însă o infecție. În cazul formării unor hematoame mai mari se face o puncție. În unele împrejurări vine în discuție o redeschidere

și o evidare a hematoamelor. Parzelt face următoarea recomandatie pentru a scădea numărul hematoamelor postoperative: pornind dela ideea că pentru formarea hematomului rolul covârșitor nu-l joacă plaga formată prin extirparea tunicii vaginale proprii, ci mai mult momentul diferențierii de presiune ce survine prin golirea bruscă a hidrocelului, de aceea propune să se micșoreze tensiunea peretilor și presiunea lichidului prin punctia unei părți a lichidului hidrocelului cu 2—4 zile înaintea operației. În cazul operației radicale este aceeaș situație ca în cazul hidrocelului cu sacurile deschise la cari nu survine hematoame postoperative. Dacă se face hemostază bună, punctia preoperatorie n'are nici un rost în cazul hidrocelului vechi și cu sacul îngroșat.

Juliard și Kocher fac o modificare a operației lui Bergmann cu extriparea totală a tunicii vaginale proprii, pornind dela convingerea că prin îndepărtarea foitei viscerale a testicolului este primejduită hrănirea lui (testicolul). Deoarece se extirpă numai atât din sacul foitei viscerale încât să reușească ca restul bine închis peste testicol să-l sutureze cu ajutorul unor suturi fine de mătase, astfel că după operație să nu existe un spațiu interstițial între testicol și tunica vaginală. Însă cum în acest caz rămâne pe loc suprafața superioară a seroasei nu sunt îndepărtate predispozițiile formării unui nou hidrocel.

Walsberg tinde să distrugă fața internă a sacului hidrocelului secționând și întinzând foia viscerală și racând-o cu băgare de seamă până dispăre luciul. Tot așa este tratată și fața superioară a testicolului sacul fiind format din aceste două foițe se suturează așa ca foițele raclate să se atingă ajungându-se astfel la obliterarea spațiului.

Operația lui Winkelmann. Constă din aceea că se secționează seroasa hidrocelului pe o întindere de 3—4 cm. și apoi se răsfânge și se suturează în așa fel ca fața seroasă a tunicii vaginale proprii să formeze fața externă, în timp ce fața internă este formată de tunica vaginală comună. Mintz propune să nu se despartă tunica proprie

de cea comună și să se secționeze împreună direct și să se răstrângă după ce s'a tras înafară testicolul. Dacă sacul hidrocelului este foarte mare și se secționează atât din el ca fiind răstrâns și suturat să nu fie prea întins deasupra testicolului. Sunt cazuri cu tunica îngroșată unde ectropionarea face greutăți ori nu-i posibilă (Klaussner). Și în această metodă a lui Winkelmann trebuie să se facă o hemostază riguroasă deși pericolul formării hematoamelor este mai mic ca în operația lui Bergmann. Nu se face drenaj ci se suturează complet scrotul. Urmările ce nu se pot înlătura ale actului operator sunt: edemul scrotului și o ușoară sensibilitate la presiune a testicolului cari dispar în primele săptămâni după operație. Recidivele sunt rare după o statistică a lui Klapp sunt de 2.4% și în operația lui Klapp se desparte amândouă foițele vaginale și se extirpă tunica proprie iar distrugerea spațiului seros se face prin încrețirea sacului hidrocelului deschis cu ajutorul unor suturi radiale (Roffnălte) astfel că sacul este transformat într-o îngroșare care înconjoară testicolul. În această metodă se exclud hematoamele postoperative însă rămâne o îngroșare în jurul testicolului.

Principiul Raffing a fost întrebuințat deja de Storp care însă pentru acelaș scop întrebuințează numai tunica vaginală proprie nu ca Klapp care a întrebuințat mai târziu sacul hidrocelului. Deslipirea tunicii vaginale proprii de cea comună nu evită în operația lui Storp pericolurile, de unde nu este evitată nici hemoragia tardivă. Mai nou Ahrens propune în operația hidrocelului: să se prepare pielea scrotului pe o întindere destul de mare de tunica musculară (ceeace se obține ușor printr-o întindere bună) apoi se formează din tunica musculară un lambou în formă de limbă cu baza în partea superioară și se prepară astfel de tunica vaginală proprie. În acest caz se deschide sacul hidrocelului pe o întindere mare. Lambourile tunicii scrotului se așează în spațiul eliberat de lichid și marginile lor se suturează precis cu vaginalele sacului așa că acum foia iniernă a sacului hidrocelulei este acoperită complet de tunica dartosului apoi se face sutura pielii.

O inovație a adus Wederhake și Kirschner împreună, în tratamentul operativ al hidrocelului prin care caută să mijlocească o scurgere durabilă a lichidului hidrocelului din țesuturile tunicii dartosului de unde să se poată face rezorbiția lui. Așa numita metodă cu fereastră a lui Wederhake constă din aceea că se secționează o bucată rotundă din tunica vaginală proprie și comună și marginile se suturează cu suturi de catgut astfel că se formează un orificiu rotund în cele două tunici. După scoborîrea testicolului urmează sutura pielii secționate din regiunea inghinală. În primile zile după operație se produce un edem al pielii scrotului care după spusele lui Wederhake dispare în zece zile. Operația lui Kirschner se face astfel: se împinge cu mâna stângă polul inferior al testicolului spre canalul inghinal și spre fața anterioară a sacului testicolului, și se secționează pielea astfel întinsă în direcție longitudinală pe o așa întindere încât ea prin secțiune să poată împinge înafară polul inferior al hidrocelului pe o a 4-a parte din secțiunea totală astfel făcută, se secționează apoi în formă de cruce toată această față boltită, după scurgerea lichidului se face o hemostază riguroasă cu multă atențiune față de testicol care este foarte vulnerabil, dacă nu există nici un mod de îndepărtare atunci se prinde cu ață fiecare vârf a celor patru lambouri formate prin secționarea cruciformă, Fiecare fir este dus în direcție posterioară sub supravegherea ochilor, în anumite puncte ale feței interne a sacului hidrocelului golit, în așa mod ca vârfurile lambourilor la înodarea firului să se îndoiască spre baza lor înăutru și fețele lor peritoneale să vină spre fața peritoneală a sacului hidrocelului, prin acest fel sacul hidrocelului capătă o deschidere mare boltită spre polul său inferior. Se pune apoi hidrocelul în scrot, urmând suturarea riguroasă a pielii. În primele zile după operație se formează în părțile declive a secțiunii scrotului un edem care dispare după câteva zile. Bolnavii după 9 zile se pot scula. După datele lui Kirschner nu s'a mai produs recidive și hematoame postoperative. Rumpel face răspunzător după observațiile lui în recidive,

repunerea incompletă a testicolului ceea ce se prescrie riguros în această metodă. În cazul hidrocelului mari pentru a se putea face o repunere precisă, el recomandă, după secționarea pielii, să se golească în parte hidrocelul prin puncție. Am enumerat până aici procedeele de tratament chirurgical utilizate mai ales de școala germană. Facem o remarcă în sensul că procedeul Winkelmann prezentat ca atare în anul 1903 și-a găsit inspirația la chirurgul Vautrin care o practică încă din anul 1898; precizarea tehnicii a fost făcută de Jaboulay. Din aceste motive se utilizează denumirea, cari trebuiește împărtășită de toate școlile chirurgicale de procedeul Vautrin-Jaboulay-Winkelmann.

Școala franceză rămâne fidelă procedului Vautrin precizată prin tehnica în patru timpi a lui Jaboulay și o practică pe o scară foarte întinsă. Timpii operatori fixați de Jaboulay sunt:

1) Incizie longitudinală a scrotului ca și în cura radicală;

2) Decorticarea foței fibro-vaginale și a conținutului său ca și cum am face o castrație;

3) Incizia vaginalei decorticate evacuarea lichidului și răsturnarea acestui înveliș împrejurul părții inferioare a cordonului și epididimului, fixarea în noua poziție prin suturi slabe de catgut;

4) Reintegrarea organelor și puna scrotală, sutura cutanată, drenaj.

Majoritatea procedeele până în jurul anului 1910 se rezumau în a aborda tumora prin incizia longitudinală a scrotului.

Gomoiu introduce calea inghinală cu real folos chirurgical și aplicând cura radicală a foței vaginale după Vautrin sau Bergmann.

Această metodă deși nu inspiră decât abordarea tumorii pe cale inghinală a fost însă de așa mare folos, îmbunătățind posibilitatea evitării infecțiunilor și o coaptare bună a buzelor plăgii cu o cicatrizare perfectă care lăsau

de dorit la incizia scrotală. Cu drept cuvânt Profesorul Iacobovici s'a exprimat cândva în felul următor: „Am găsit atât de avantajoasă incizia pe cale inghinală în locul celei scrotale, încât acum mi s'ar părea curios să mai fac o incizie pe scrot. Țin să mai remarc că în chirurgia infantilă incizia pe scrot este impracticabilă și în toate cazurile de hidrocel, chiste, tumori, n'am întrebuințat decât incizia pur inghinală. Incizia inghinală permite în toate afecțiunile testicolului epididimului și cordonului, explorarea regiunii inghinale, care este atât de folositoare, căci adeseori găsim alături de hidrocele simple scrotale, sacuri herniare, funiculite bacilare, slăbiri ale pereților și după vindecarea afecțiunei din scrot începe evoluția celei inghinale. Incizia pe scrot nu o rezerv decât pentru supurațiunile acesteia ori ale organelor conținute”.

Oricare ar fi procedeul pe care-l vom alege pentru cura radicală a unui hidrocel, inconvenientele pot surveni uneori destul de frecvent. Recidivele, hematoamele, infecțiunile secundare acolo unde metoda cere un drenaj sunt accidentele celea mai frecvente.

În tratamentul hidrocelului putem enumera deci o serie întreagă de procedee, care însă toate urmăreau acelaș scop, adică principiul de a împiedica exudațiunea endoteliului mucoasei vaginale.

Injectiunile primitive cu substanțe caustice și badijonările de mai târziu formau mijloace drastice, cari puteau cauza inflamațiuni grave secundare, deci acestea azi numai au decât o valoare istorică. Procedeul cel mai utilizat în prezent este operațiunea lui Vautrin-Jaboulay-Winkelmann care dă rezultate bune, însă în acelaș timp, în urma procesului de cicatrizare, poate da naștere la accidente uneori destul de penibile.

Și anume răsturnarea vaginalei în jurul cordonului spermatic prin strangularea cicatricială poate să provoace tulburări serioase circulatorii, la nivelul cordonului, cu consecințe grave asupra existenței epididimului și al testicolului.

Deasemenea aderențele dintre seroase vaginalei răs-

turnate și celelalte învelișuri scrotala pot să dea naștere la turburări similare.

Având aceste inconveniente în vedere Profesorul Al. Pop, a imaginat un procedeu prin care distruge endoteliul seroasei vaginale, evitând strangularea cicatricială a cordonului spermatic și reduce pericolul aderențelor postoperatorii.

În acest scop s'a servit de electrocauter, urmând tehnica de mai jos: După exteriorizarea chistului sau a hidrocelului facem prin puncție o vidare a lichidului cu ajutorul unui trocar, deschidem sacul în întregime pe partea opusă a traectului canalului deferent și a vaselor spermatic. Ținem continu în evidență prin transparență aceste elemente, electrocoagulăm foarte superficial seroasa pe toată întinderea — evitând din calea cauterului canalul deferent și vasele mari — până ce seroasa va avea un aspect albicios, opac.

Facem o hemostază minuțioasă și pe urmă reinversăm, cu ajutorul a două pense hemostatice, pereții chistului sau hidrocelului cu suprafața internă înlăuntru și o fixăm cu fire întrerupte de catgut în această poziție, în formă de cordon, ținând seama ca vasele și canalul deferent să nu fie angajate în sutură.

Inchidem plaga operatorie complet fără drenaj. Prin electrocoagularea superficială obținem suspendarea funcțiunii și sterilizarea seroasei vaginalei, iar prin inversarea vaginalei cu seroasa înlăuntru reducem pereții sacului la dimensiunile unui cordon, fără ca să atingem vasele spermatic și astfel să provocăm tulburări de circulațiune.

Suprafața internă a vaginalei prin inversiune este acoperită, deci se reduc la minimum aderențele, cari la prodeceul de răsturnare a vaginalei a lui Vautrin-Jaboulay-Winkelmann, de exemplu sunt inevitabile cauzând tulburări penibile.

În faza postoperatorie în primele 24 de ore se produce un edem al hemiscrotului operat. Edemul este dur sticlos la hidrocel și cu totul redus în cazuri de chist al cordonului. Aplicăm comprese cu Burow, după care, în

decurs de 3—4 zile edemul dispare. În ziua a 7-a a 8-a bolnavul poate părăsi pstul vindecat perprimam.

Primul caz s'a operat în anul 1932.

S'au revizuit bolnavii operați înainte cu trei ani deasemenea și bolnavii operați mai recent fără să fi constatat vre-un fenomen de recidivă. Testicolul se înfățișează în condițiuni anatomice normale, iar cordonul spermatic prezintă o îngroșare cu totul neînsemnată, care nu-i cauzează bolnavului nici un fenomen subiectiv.

Avantajele procedului sunt date de excluderea recidivelor, de evitarea tulburărilor circulatorii și aderențelor ce survin destul de des după procedeele clasice.



Statistica clinică

Din anul 1919 până în anul 1938 au fost operate 187 cazuri de hidrocel și 21 cazuri de chiste ale cordonului. Dintre care :

- 1) 86 cazuri hidrocele simple.
- 2) 101 cazuri cu afecțiuni asociate.
- 3) 21 „ cu chiste ale cordonului.

Dintre care :

- 1) 93 hidrocele drepte.
- 2) 87 „ stângi.
- 3) 7 bilaterale.
- 4) 18 cazuri de chiste a cordonului drept.
- 5) 3 „ asociate cu hidrocel.

Clasificarea etiologică a cazurilor :

- 1) 86 hidrocele esențiale
- 2) 80 „ simptomatice. Dintre care :
 - a) Un caz post tumoră testiculară.
 - b) 9 cazuri sifilitice.
 - c) 2 „ cu leziuni bacilare testiculare.
 - d) 36 „ traumatice.
 - e) 13 „ concomitente sau consecutive infecțiilor sau leziunilor sau leziunilor gonococice.
 - f) 19 cazuri congenitale.

Clasificarea anatomo-patologică a cazurilor :

- 1) 86 hidrocele simple.
- 2) 18 chiste ale cordonului :
 - a) 17 chiste ale cordonului drept.
 - b) 1 chist al cordonului stâng
- 3) 3 chiste ale cordonului asociate cu hidrocel :
 - a) 1 chist al cordonului drept cu hidrocel drept.
 - b) 2 chiste ale cordonului stâng cu hidrocel stâng.

- 4) 14 hernii inghinale cu hidrocel :
 - a) 8 hernii inghinale cu hidrocel drept.
 - b) 6 hernii inghinale cu hidrocel stâng.
- 5) 4 cazuri heterotipice cu hernie la dreapta și hidrocel la stânga

Clasificarea după procedeele operatorii :

- 1) 143 cazuri hidrocele operate după procedeul Vautrin-Jaboulay.
- 2) 4 " " " " " Winkelmann.
- 3) 3 " " " " " Gomoiu.
- 4) 5 " " " " " Storp.
- 5) 23 " " " " " Bergmann.
- 6) 9 castrații. Prof. Al. Pop.
- 7) 5 cazuri cu extirparea chistului.
- 8) 16 " după procedul Prof. Al. Pop.



CONCLUZIUNI

1. Hidrocelul este o afecțiune ce o întâlnim la toate vârstele, mai frecvent însă în primele trei decade.
2. Ca aspect clinic, afecțiunea se caracterizează prin elemente anatomice bine definite care dau din această maladie o entitate bine izolată de restul afecțiunilor organice de vecinătate.
3. Fiziopatologia acestei afecțiuni rămâne încă ne-explicată în procesul ei intim.
4. Clasificarea hidrocelor după criteriul etiologic ușurează mult studiul didactic al afecțiunii; rămâne însă în grupa hidrocelor esențiale puncte pe cari viitorul urmează să le clarifice datorită faptului că în ultima vreme aceste cadre al hidrocelor esențiale se restrânge din ce în ce mai mult datorită examenelor anatomo-patologice și biologice.
5. Tratamentul afecțiunii oscilează încă, fiind uneori insuficient chiar și pentru cazurile cu etiologie cunoscută; recidivele variază în strânsă legătură cu procedeul aplicat, la fel și complicațiunile sale.
6. Procedeul Bergmann-Vautrin-Jaboulay-Winkelmann sunt cele mai utilizate până acum.
7. Noul procedeu al electrocoagulării vaginalei testicolului imaginat de Prof. Al. Pop soluționează până în prezent toate inconvenientele care survin în urma celorlalte metode radicale, și este singurul indicat pentru cazurile tinere.

Văzut și bun de imprimat.

Decanul Facultății de Medicină:

ss. M. STURZA

Președintele tezei:

ss. AL. POP



Bibliografie

1. TESTUT—IACOB: *Anatomie descriptive.*
 2. MAURICE LETULL: *Anatomie pathologique* 1931.
 3. KIRSCHNER NORDMANN: *Chirurgie* VI. 1 Teil.
 4. SAIEFF: *Autosérothérapie comme nouveau procédé de traitement de l'hydrocèle.*
 5. ZDANOWICZ: *L'emploi de l'authosérothérapie dans les hydrocèles.*
 6. POSTNER: *Zur Pathologie und Therapie der hydrocele.*
 7. Dr IOAN POPA: *Chistele cordonului spermatic.* Clujul Medical Nr. 10—1935.
 8. ROCHARD et STERN: *Traité de Diagnostique chirurgicale.*
 9. E. JAMBRAU—P. BÉGOUIN—PAPIN: *Précis de Pathologie Chirurgicale.* Tomme V.
 10. E. FORGUE: *Précis de Pathologie externe.* Tomme II.
 11. Prof. AL. POP: *Un nou procedeu în tratamentul chirurgical al hidrocelului și al chistului cordonului.* Revista de Chirurgie Buc. Sept.-Dec. 1935.
 12. CHARTERS A. D.: *Abdominal hydrocele.* British Medical Jurnal Nr. 3870—1935.
 13. TEODOR RĂDULESCU: *Hidrocelul esențial și sifilitic.* Teză.
-