

## TUMOARE BENIGNĂ A CORDONULUI SPERMATIC

I. Huszár

După cum reiese din datele literaturii de specialitate, tumorile cordonului spermatic sînt rare. Deosebim tumori care se formează în cordonul spermatic și tumorile canalului deferent. Ambele pot fi benigne sau maligne (*Hinman și Gibson*). Cele care se formează în partea inferioară a cordonului spermatic aparțin grupei de tumori paratesticulare (*Ashby și McGillivray*).

Prima descriere a unei tumori a cordonului spermatic aparține lui *Cloquet* în 1819. *Patel și Charlier* pînă în 1909 au adunat 110 cazuri din literatură. *Makenzie* pînă în anul 1932 anunță 199 de cazuri. Pînă în anul 1939 au fost publicate 247 cazuri de tumori primare ale cordonului spermatic (*Schulte și colab.*). Apoi numărul cazurilor se ridică la 288 în anul 1958 (*Fitzpatrick și colab.*) — din care 70% benigne. După datele literaturii actuale numărul cazurilor de tumori ale cordonului spermatic publicate se ridică la 300—310 (*Quernoan, Diaconescu și colab.*). La noi *Diaconescu și colab.* publică un caz de limfangiofibrom. Numărul tumorilor paratesticulare e cu mult mai redus.

Luînd în considerare raritatea tumorilor cordonului spermatic și unele greutăți de diagnostic, găsim interesantă publicarea cazului nostru.

Sz. I., bărbat în vîrstă de 63 de ani (F. O. nr. 105/1966). Cu cca. 10 ani înainte de internare a observat în regiunea inghinală stîngă o formațiune tumorală, cît un bob de mazăre, nedureroasă, dură la palpare care cu timpul a crescut. O

I HUSZÁR: TUMOARE BENIGNĂ A CORDONULUI SPERMATIC



Fig. nr. 1



Fig. nr. 2



Fig. nr. 3



Fig. nr. 4



nouă formațiune tumorală apare cu doi ani în urmă în partea stîngă a scrotului, fiind moale nedureroasă, dar care a crescut mai repede ca precedenta.

În partea stîngă a scrotului constatăm o formațiune tumorală de mărimea unui pumn, bine delimitată cu suprafața netedă, translucidă, fluctuantă, cu sonoritate mată—semne evidente de hidrocel. Deasupra acestei formațiuni, medial de orificiul inghinal extern, găsim o formațiune tumorală de mărimea unei nuci, bine delimitată, ușor mobilă, cu suprafața noduroasă, puțin sensibilă, de consistență cartilaginoasă. Intervenție în anestezie locală. Incizie inghinoscrotală oblică stîngă. Preparăm un sac hidrocelic. Deasupra hidrocelului cu 2 cm, proximal din polul superior, între elementele cordonului spermatic găsim formațiunea sus-descriasă. După disecarea elementelor cordonului spermatic preparăm formațiunea tumorală și o îndepărtăm (fig. 1). Formațiunea tumorală prezintă o mărime de 4×3 cm și greutatea de 32 grame (fig. 2). La secțiunea tumorii constatăm o capsulă de 3 mm albicioasă, iar în interior un țesut gălbui, spumos-mucinos, care este întretăiat de fibre și împărțit de țesuturi albe în formă de semilună (fig. 3). Sacul hidrocelic îl sanăm după procedeul *Winkelmann*. Evoluție postoperatorie — obișnuită.

Examen histologic (buletin nr. 94698699): fibre de țesut conjunctiv care se colorează mai închis (metoda Van-Gieson) spre interior elemente mai deschise. În zonele de colorație deschise se văd insule de țesut adipos, adică un proces de degenerare mucoidă a țesutului conjunctiv (fig. 4). Diagnostic: fibro-lipom-mucinos al cordonului spermatic.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut față de: hernii inghinale și femorale, chist al cordonului, hernii incarcerate, ectopii testiculare, sinistro sau dextro poziție testiculară, limfoganglioni inghinali măriți, limfogranulomatoză inghinală în faza de debut, adenopatii tuberculoase, limfoganglioni măriți în urma bolilor venerice, anevrisme și ectazii ale venei sau arterei cordonului, de tumori maligne primare sau secundare.

Punerea diagnosticului se bazează pe examenul general și local, dar din cauza rarității, mulți nu se gîndesc la o tumoare benignă și din această cauză de cele mai multe ori numai intervenția chirurgicală clarifică situația.

După cei mai mulți autori, tumorile paratesticulare nici intraoperator nu se pot deosebi de tumorile maligne, de aceea se consideră justificată o castrare imediată unilaterală (*Diaconescu* și colab., *Ertner* și *Gergely*).

În concluzie: descrierea unui caz de fibro-lipom-mucinos al cordonului spermatic situat paratesticular poate fi utilă datorită rarității cu care survine.

Sosit la redacție: 24 februarie 1967.

#### Bibliografie

1. ASHBY B. S., GILLIVRAY J. B.: Brit. J. Surg. (1966), 53, 828; 2. DIACONESCU N., PARIAN I., PAMPA I.: Timișoara Med. (1965), 3, 301; 3. ERTNER I., GERGELY M.: Orv. Hetil. (1969), 8, 424; 4. GERGELY M., KONDRAI G.: Magyar Seb. (1965), 3, 185; 5. HORÁNYI J., MAGYARI Z.: Magyar Seb. (1962), 1, 78; 6. MIRABET M. J., PIOCARD D.: Journ. Urolog. Néphro. (1961), 7—8, 548; 7. TELEKI J., LAKY L.: Magyar Seb. (1961), 2, 138; 8. TRUC M. E., HENRIET R., GRASSET: Journ. Urolog. Néphro. (1961), 7—8, 529.