

## UN CAZ DE ECTOPIE TESTICULARĂ CU TORSIUNE DE CORDON LA UN COPIL DE 8 LUNI\*

dr. R. Lupeanu, dr. A. Martzy

Anomaliile de poziție ale testiculului și torsiunea de cordon spermatic sînt afecțiuni rare în perioada de la 0—1 an; combinarea lor la același organ este și mai rară.

În spitalul municipal Mediaș în 10 ani din 10 227 operații executate în secția de chirurgie, 32 au fost afecțiuni testiculare și anume:

— pentru anomaliile de poziție ale testiculului	18 operații;
— pentru orchite	4 operații;
— tumori testiculare	7 operații
— torsiuni	3 operații.

Nici unul din cazurile respective nu a prezentat cele două afecțiuni (ectopie și torsiune) combinate la același individ ca în cazul pe care îl descriem mai jos.

În luna decembrie 1966 ne-a fost trimis de la policlinica orașului copilul W. H. de 8 luni, cu diagnosticul de ectopie testiculară dreaptă, încarcerare de testicul; în urmă cu 3 zile, boala a debutat brusc cu vărsături, constipație, refuzul alimentării, copilul prezentînd țipete vehemente la unele mișcări și mai ales la atingerea regiunii crurale drepte, unde părinții au observat o tumefiere. La examenul obiectiv constatăm o tumefiere cit o alună situată subinghinal înăuntrul liniei de proiecție a vaselor femurale drepte, de culoare roșie-vioacee, ireductibilă, rezistentă și nemodificată de efort. Scrotul de aceeași parte este lipsit de conținut, iar cel contralateral, normal, cu testiculul prezent. În antecedente eredo-colaterale nimic deosebit, în cele personale doar o diaree și o gripă. Leucocitoză de 18.000. Restul examinărilor sînt normale. Intervenție de urgență cu diagnosticul de „hernie strangulată cu ocizie” la un copil cu ectopie testiculară. Anestezie generală. Incizie inghinală. Găsim o formațiune elipsoidă învelită într-o foiță subțire, semi-transparentă, situată în țesutul celular imediat sub arcadă; la incizia sacului se scurge lichid hemoragic închis, în plagă apărînd testiculul și epididimul, ambele de culoare albastră-vioacee, cu rețea vasculară pe suprafață foarte dilatată. Luxind testiculul, găsim cordonul spermatic însoțit de vasele sale dilatate varicoase, de o formă spirală dar fără răsucire adevărată, ceea ce permite întinderea lor. Sacul se pierde la nivelul orificiului inghinal profund. Infiltrăm cordonul cu novocaină 0,5%, ceea ce reduce puțin cianoza testiculului. Extirpăm o parte din sac cu o ligatură proximală și explorăm scrotul. Constatăm un traiect mai lax în țesutul celular, în care putem face digital o cavitate și în care introducem neofortat testiculul, așezînd cordonul în poziție anatomică inghinală. Punem un fir de susținere la nivelul orificiului superficial, refacem peretele anterior al regiunii, suturăm aponevroza oblicului extern,

\* Lucrare comunicată la subfiliala U.S.S.M. Mediaș în 1968.

apoi stratul celular și pielea. Tratament postoperator cu penicilină, luminalete, supozitoare cu glicerină. Tranzitul revine rapid, evoluție fără incidente, părăsește secția în a 6-a zi vindecat.

Patogenia ectopiei este discutată.

Particularitatea cazului prezentat o constituie complicația supraadăugată: modificarea evidentă circulatorie, staza venoasă și exudatul hemoragic, ca într-o strangulare, dar fără torsiunea de cordon reală.

Simpptomatologia torsiunii de testicul se confundă adesea cu hernia strangulată și orchita: fenomene peritoneale, pareză intestinală cu ocluzie.

Examinările de laborator: după Klingerman, limita superioară atinsă de leucocite este 10.000, dar noi am găsit 18.000.

Testiculul ectopic se torsionează frecvent. (L. Leape, Volpian, Burghele).

Deoarece o torsiune reală de cordon n-a fost prezentă în cazul nostru, trebuie să admitem ipoteza clinică, anatomo-patologică și experimentală a lui Volpian, care explică tulburările dintr-o afecțiune și mai rară a testiculului (infarctul testicular) prin tulburări funcționale de iritație ale cordonului spermatic, mecanism neurovascular dat de spasme constrictive ce provoacă tromboze, infarcte și scleroze testiculare, mai ales în cazurile care au fost afectate anterior de diateze hemoragice, avitaminoze C, difterie, la care vom adăuga diareea și gripa din cazul nostru.

Tratamentul acestor afecțiuni este numai chirurgical. Se recomandă explorarea chirurgicală, chiar și în cazurile cu diagnostic insuficient argumentat, — după S. Howard și C. Larkin. De altfel confuzia cu hernia strangulată duce oricum bolnavul la operație.

Tratamentul chirurgical al anomaliilor de poziție testiculară are drept scop așezarea organului în scrot, unde are condiții optime de dezvoltare, vascularizație și temperatură.

Ectopia complicată cu torsiune are un tratament diferențiat. În caz de urgență, R. Allan și B. Brown, găseseră intervenții ce s-au făcut după 24 de ore de la debut, trăgând concluzia că este vorba de un procent mic de medici avizați (asupra posibilităților chirurgicale).

Detorsiunea cordonului, repunerea testiculului și orchidopexia vor fi încercate totdeauna, testiculul trebuind să fie păstrat la copii mici și prepuberi, deoarece multe din elementele organului rămân funcționale o perioadă de timp, după cum constată experimental Smith. Klingerman constată posibilă salvarea organului între 5 pînă la 48 de ore; după 2 zile de la debut, nici un testicul nu a mai fost viabil după statisticile americane; iar după I. Roșianu și V. Fufezan la 5 zile de la debut.

Dacă intervenția se face în limita admisă de timp, în cazuri asemănătoare cu al nostru, deși aspectul este impresionant, infarctiform, posibilitatea păstrării unei funcții normale și ameliorarea sau chiar vindecarea sînt aproape sigure după infiltrația cu novocaină a cordonului spermatic descoperit chirurgical, manevre cît mai atraumatice introoperator, urmate de tratament cu antibiotice.

Rămîne valabilă necesitatea diagnosticului precoce, considerarea afecțiunii ca o urgență chirurgicală și cunoașterea acestor posibilități terapeutice de către toți medicii.

Sosit la redacție: 13 iunie 1969.

#### Bibliografie

1. ALLAN W. R.: Brit. med. journ. (1966), 1, 5500, 1396; 2. BERTRAND M.: Press. méd. (1961), 96, 23; 3. BURGHELE T.: Urgențele în urologie, Ed. Med. București 1956, 261; 4. FANCONI G.: Manual de pediatrie, Ed. Med. București, 1965; 5. FRONȘTEIN R.: Manual de urologie, Ed. de stat pentru literatură științifică, București 1952, 212; 6. JOHNSON J.: Brit. Journ. urol. (1960), 32, 6; 7. KLINGERMAN J.: J.A.M.A. (1967), 200, 8, 637; 8. LEAPE L.: J.A.M.A. (1967), 200, 8, 669; 9. MARTINET D.: Journ. d'urol. (1967), 63, 10—11, 768; 10. NESBIT R.: The Journ. of urol. (1960), 83, 4, 445; 11. ROȘIANU I.: Chirurgia (1967), 16, 4; 12. \* \* \* Societate de chirurgie de Bordeaux, Press. Méd. (1962), 70, 4; 13. TERNOWSKI S. D.: Manual de chirurgie infantilă, Ed. de stat pentru literatură științifică, București, 1953, 252; 14. VEREANU D.: Chirurgie infantilă de urgență, Ed. Med. București 1958, 345; 15. VOLPIAN N.: Urologhia (1958), 3, 64.