

Hidrocelul esențial și sifilitic

TEZĂ

pentru doctorat în Medicină și Chirurgie

Prezentată și susținută în ziua de.....

de

TEODOR I. RĂDULESCU





★440004093★

Biblioteca UMFST

CV 2356

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ

No. 240

Hidrocelul esențial și sifilitic

TEZĂ

pentru doctorat în Medicină și Chirurgie

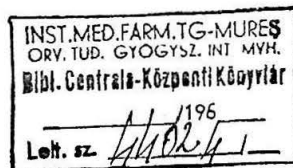
Prezentată și susținută în ziua de

de

TEODOR I. RĂDULESCU



24 MAY 2005



Institutul de arte grafice „Dacia” — Cluj

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FRAMACIE DIN CULJ.

Decan: *DI Prof.*

Dr. Ioan Nițescu

Profesori titulari:

Clinica Stomatologică	DI Dr. Bilașcu Gh.
Patologia generală și experimentală	" " Botez M.
Istologia și embriologia umană	" " Drăgoiu I.
Clinica infantilă	" " Gane T.
Clinica gynecologică și obstetrică	" " Grigoriu Cr.
Istoria medicinei	" " Guiart J.
Clinica medicală	" " Hațiegan I.
Clinica chirurgicală	" " Iacobovici I.
Medicina operatoare	" " Michail D.
Clinica oftalmologică	" " Minea I.
Clinica neurologică	" " Minovici N.
Medicina legală	" " Moldovan I.
Igiena și igiena socială	" " Negru D.
Radiologia medicală	" " Nițescu I.
Fizica medicală	" " Ostrogovici A.
Fiziologia umană	" " Panfil Gh.
Chimia medicală	" " Papilian V.
Farmacia chimică și galenică	" " Tataru C.
Anatomia descriptivă și topografică	" " Thomas P.
Clinica dermato-venerică	" " Urechia C.
Chimia biologică	" " Vasiliu T.
Clinica psihiatrică	" " Martinescu Gh.
Anatomia patologică	" " Martinescu Gh.
Farmacologia și farmacognozia	" " Martinescu Gh.

Profesori agregați:

Clinica oto-rino-laringologică

" " Predescu I. R.

JURIUL DE PROMOTIUNE

Președinte: *DI Prof. Dr. I. Iacobovici*

Suplinitor: *DI Docent Dr. Țeposu.*

Membri: { *DI Prof. Dr. C. Tataru*
 " " " *I. Hatiegan*
 " " " *I. Drăgoiu*
 " " " *T. Vasiliu*

D-lui Prof. Dr. I. IACOBOVICI, care a binevoit a primi să fie președintele comisiunii pentru susținerea tezei mele și în clinica căruia am avut posibilitatea să studiez cazurile subiectului meu sub îndrumările d-sale, nu pot decât să-i aduc toate mulțumirile alături de recunoștiința nemărginită ce-mi va trezi veșnic în memorie sufletul atât de părintesc, apropierea între profesor și student, mai ales acolo unde era interes și râvnă de muncă. Voi avea ca stimulent de activitate persoana sa. Cuvintele: „Voință, muncă și numai merit!“, dintr'una din lecțiile de școlărit ale d-sale, vor fi o lozincă a vieții mele. Deși aruncat peste altă lume, smuls din câmpul de activitate al Universității, totuș îi voi păstra amintirea și stima, continuând să fiu legat de dânsul cel puțin cu gândul și recunoștiința.

D-lor Profesori, recunoștiință pentru tot ce au sădit mai bun în mintea mea. D-lor General Dr. Antoniu, General Dr. Gh. Bădescu și Colonel Dr. Popovici Vasile le dau asigurarea respectului pentru tot sprijinul material și moral cu care au contribuit la educația mea. Existența mea d-lor le-o datorez. Șefilor mei ierarhici militari, în special d-lui Căpitan Dr. Nichita, șeful serv. chirurgical al spitalului militar Cluj, le mulțumesc pentru îndrumările date la complectarea cazurilor.

Nu pot trece cu vederea de a aduce prinosul de recunoștiință și mulțumiri d-lui Prof. Dr. Tătaru, directorul clinicei dermatologice prin bunăvoința căruia am avut posibilitatea să cercetez în biblioteca clinicii literatura în legătură cu subiectul tezei.

DEDICATĂ SOȚIEI MELE

căreia ca 'ntotdeauna îi alătur iubire și credință din care se țese fericirea. Ea îmi va fi puterea de muncă.

PĂRINȚILOR MEI

le datorez prezentul și voi ști să le răsplătesc iubirea lor, devotamentul și sacrificiile pe care le-au făcut oricând fără șovăire, prin o dragoste și respect ce s'au închegat între mine și dânsii.

FRĂȚILOR ȘI SURORILOR MELE

o dragoste curată. Un cuvânt mai mult pentru una din surorile mele care mi-a fost un părtăș bun și al durerilor și al bucuriilor mele, apoi un sprijin material și moral.

RUDELOR MELE

își au partea de mulțumire pentru tot ce au contribuit în existența mea.

COLEGILOR MEI

din brațele cărora mă smulge începutul unei alte vieți, le păstrez o aducere aminte vie.

HIDROCELUL ESENȚIAL ȘI SIFILITIC

Hidrocelul este cunoscut încă din antichitate de Hipocrate, care-l considera ca o tumoră apoasă transparentă a scrotului, cu repercuziune uneori asupra testiculului din punct de vedere fiziologic, cât și morfologic.

Hidrocelul e o afecțiune foarte frecventă, la orice vârstă, însoțind chiar uneori pe noii născuți — *hirocel congenital*.

El este consecința inflamațiunii vaginalei, constituit dintr'o revărsare de serozitate în cavitatea virtuală a vaginalei. Frecvența acestui hidrocel se poate explica ușor prin aceea că vaginala proprie a testiculului rămâne de regulă ca rest al procesului vaginal peritoneal, prezintă deci ceva fiziologic.

Patogenia. Canalul peritoneo-vaginal este un diverticul al peritoneului, persistând până la a 10—20-a zi a vieții extra-uterine. În stare normală, la adult el e redus la un cordon fibros. Anormal canalul peritoneo-vaginal poate persista în totalitate sau în parte.

Acest canal pătrunde prin peretele abdominal de-asupra arcului — segmentului inițial — al epigasticeii, traversează canalul inghinal și se termină în fund de sac în burse.

Formarea canalului peritoneo-vaginal este explicată de mai multe teorii :

1. *Teoria lui Hyrtl*: după care testiculul 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 Köllicher* 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 Köllicher, sus-

ține că: a) acest canal peritoneo-vaginal nu există înainte ca testiculul să fie scoborât în burse; b) el se formează în timpul migrației extra-abdominale a glandei sexuale; c) migrațiunea testiculului 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 m. marele oblic apoi testiculul începe migrația de-alungul peretelui abdominal. El e precedat de fundul de sac peritoneal care e mai avansat decât polul inferior al glandei, dar separat de acesta 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 scoborârea testiculului ar împiedeca și progresiunea fundului de sac. Deci diverticulul peritoneal nu poate fi considerat ca rezultatul unei împingeri a peritoneului parietal de către testicul.

Obliterația procesului vaginal. Porțiunile inghinale și funiculare ale procesului vaginal se obliterează la naștere. Fundul de sac scrotal persistă și formează vaginala testiculară. Obliterația este un fenomen de alipire începând, după ultimele cercetări, la partea mijlocie. Frankl crede că acest canal se obliterează simultan la nivelul inghinal profund și la mijlocul porțiunii funiculare, dar că fenomenul acesta începe mai des la nivelul inelului. Obliterația s'ar produce mai repede și mai frecvent de partea stângă, ceea ce ar fi în raport cu scoborârea mai tardivă a testiculului drept în bursă. Obliterația se face între a 10—20-a zi a vieții extrauterine după Sachs.

La toate mamiferele canalul peritoneo-vaginal, afară de cimpanzeu, persistă toată viața. Turburări în obliterația canalului peritoneo-vaginal ne dă persistența anormală a procesului vaginal.

Deschiderea procesului vaginal se află la nivelul fosei iliace sub arcada crurală la o distanță de 1 cm. și a orificiului profund al traectului inghinal. Orificiul conduce într'un infundibul ce se găsește între peretele abdominal înainte și o valvă triunghiulară în urmă — *valvula retro-parietală*. Vârful valvei corespunde punctului culminant al infundibului, iar laturele adiacente bazei fixate de perete îl limitează lateral. Baza liberă contribuie a circumscrie

deschiderea abdominală. Plica (valvula) e ridicată median de canalul deferent, lateral de vasele spermatiche care converg spre traectul inghinal. Înfundibulului sau *segmentul abdominal* — îi urmează al 2-lea segment numit *segmentul inghinal*. Ambele comunică printr'un orificiu așezat de-asupra arcului arterei epigastrice. La nivelul orificiului extern al traectului inghinal, canalul își schimbă poziția pentru a 3-a oară, scoborând din direcția sa oblică spre linia mediană, longitudinal până în fundul burselor — *segmentul funicular și vaginal*. Deci procesul are 2 îndoituri sau coturi; 1. una între porțiunea abdominală și cea inghinală; 2. alta între cea inghinală și cea funiculară. Prima la intrarea, a doua la eșirea traectului inghinal. Aceste segmente constituiesc părți dilatate, separate prin puncte strâmtate. (Vezi fig. I.)



Fig. I. Procesul vaginal. 1. primul cot
2. cotul al doilea a) artera epigastrică.
b) porțiunea inghinală, c) porțiunea funiculară, d) porțiunea scrotală.

Când procesul rămâne permeabil, persistent și se umple cu lichid, formează un *hidrocel congenital sau peritoneo-vaginal*.

Alteori persistența canalului e numai parțială, obliterându-se la nivelul porțiunilor strâmtate ale canalului peritoneo-vaginal.

Pellacani explică histologiceste obliterația, ca rezultând din granulara suprafețelor seroase în contact, care se va face mai ușor cu cât seroasele vor fi mai apropiate, în consecință la nivelul porțiunilor strâmtate ale canalului peritoneo-vaginal.

Varietăți. a) *Hidrocele peritoneo-vaginale sau congenitale* în care comunică vaginala cu peritoneul. Camper găsește 56 de ca-

zuri pe 70 de fete. Fără din 62 cazuri găsește 38; Zuckerkandl 37 din 100 cazuri. Deci majoritatea copiilor se nasc cu o comunicație peritoneo-vaginală, dar după primul an post-partem, majoritatea se obliterează. (Vezi fig. II.)

b) *Hidrocel peritoneo-funicular* când obliterația se produce în jos aproape de testicul și canalul rămâne permeabil în sus, aproape de peritoneu. (Vezi fig. III.)

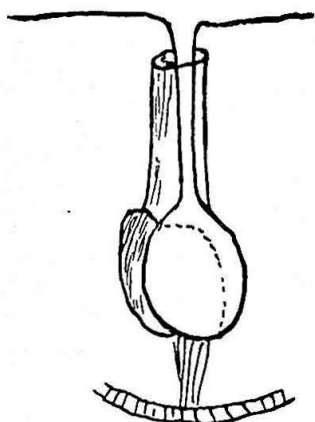


Fig. II. Hidrocel peritoneo-vaginal

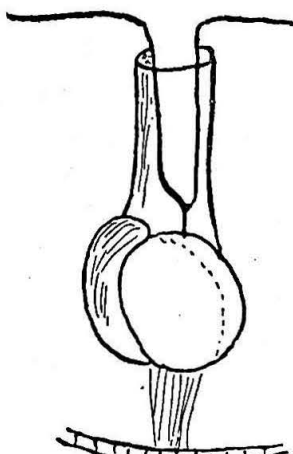


Fig. III. Hidrocel peritoneo-funicular

c) *Hidrocel vagino-funicular* când obliterația se face aproape de canalul inghinal și canalul rămâne permeabil dedesubt. (Vezi fig. IV.)

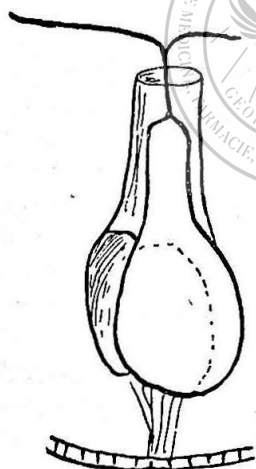


Fig. IV. Hidrocel vagino-funicular.

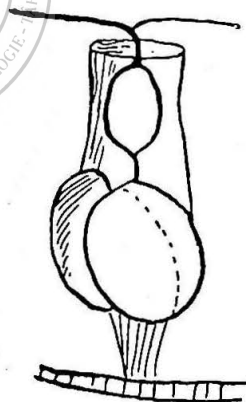


Fig. V. Hidrocel funicular sau închistat al cordonului.

d) *Hidrocel funicular sau chist al cordonului* când canalul e obliterat în sus și în jos, rămânând permeabil la mijloc, sau poate adera în diferite locuri, formând mai multe buzunare. (Vezi fig. V.)

ETIOLOGIE

Sifilisul. Manifestarea unei turburări generale, caracterul inflamator, origina mecanică etc. acestea erau primele teorii ce explicau formarea hidrocelului. Pott în 1762, J. L. Petit în 1774, Hunter și Panas în 1872 refuzau să admită existența hidrocelului idiopatic sau esențial și-l atașau unei leziuni testiculare sau epididimice.

Marimon în 1874, Monod în 1889 susținură că leziunea epididimo-testiculară ar fi cauza mecanică și secundară a hidrocelului. Rechs în 1892 susține energic origina secundară a hidrocelului, neexistând hidrocele esențiale.

Peyrot și Milian consideră hidrocelele esențiale ca periviscerite primitive ca și leziunile cronice ale pericardului, pleurei, peritoneului, ceea ce nu exclude însă rolul sifilisului.

Chestiunea etiologiei hidrocelului este departe de a fi definitiv rezolvată. Paralel însă cu cercetările făcute prin examenul clinic, biologic sau necropsic, hidrocelul esențial își pierde importanța sa, substituindu-i-se acestei noțiuni de hidrocel esențial, aceea a unei etiologii specifice, în urma unor leziuni bine definite, testiculare sau epididimare, izolate sau asociate, adeseori necunoscute pentru că sunt limitate și microscopice. Azi hidrocelul esențial pierde terenul din cadrul nosografic. Tratatele clasice de chirurgie sau Urologie trec foarte superficial asupra capitolului hidrocelului sifilitic, deși tratează suficient aceleași tratate, sarcocelul sifilitic la copil ca și la adult. Domeniul sifilisului a devenit imens.

Aproape nu există în patologie un sindrom mai mare, căruia să nu se admită drept cauză sifilisul. De aceea e o tendință de a se incrimina sifilisul peste tot și când nu vrem să neglijăm o terapie care a dat atâtea succese, se caută sifilisul, sau se presupune, acolo unde nu se poate demonstra.

În 1914 Dufour și Thiers, cu ocazia patogeniei hidrocelului idiopatic al adultului, avură ideea să caute în reacția Wassermann

practicată cu lichidul hidrocelic, o probă a originii sifilitice a leziunii pe care clinica și celelalte examene nu o puteau face. Deci aceste lichide de hidrocel esențial, conțineau în ele eticheta de *sifilis*. Leziunile la adult ca și la copil se explică ușor. Vaginala care-i o cavitate închisă, dependință a peritoneului, reacționează analog celorlalte seroase, în consecință odată cu organul pe care-l protejează.

Testiculul prin situația lui, fiind legat la extremitatea inferioară a pediculului vascular, fiind prea des expus traumatismelor și mai ales infecțiilor veneriene, bogat în stromă conjunctivă care e țesutul simpatizat de infecția sifilitică, constituie unul din cele mai precise și mai frecvente organe pentru fixarea sifilisului, ale cărui leziuni testiculare le dă mai frecvent în terțiarism decât în perioada secundară. Desele localizări sifilitice asupra testiculului mai ales în perioada terțiară, apoi că structura conjunctivo-vasculară se sclerozează și e un element favorizant al formării hidrocelului, sifilisul producând ca primă leziune o orhiță sclero-gomoasă, ne dovedesc că hidrocelul sifilitic trebuie să fie foarte frecvent. Clinicește însă această părere a frecvenței sifilisului în etiologia hidrocelului, pare a fi neargumentată și iată de ce: în fața unui hidrocel, prea puțini se interesează de cauza primitivă dincolo de eticheta de esențial, așa că multe hidrocele sifilitice trec neobservate, ignorate, deși ele ar fi singurul simptom aparent al unui sifilis ocult.

La noi în țară, se cuvine tot meritul, spiritului investigator al d-lui Prof. dr. Iacobovici, care a deschis o nouă problemă asupra factorului — *sifilis* — în etiologia hidrocelului, încă din anul 1917.

Datorită d-sale, am avut prilejul să mă ocup pe cât mi-au permis cazurile culese în clinică și literatură și să insist asupra hidrocelului sifilitic, căutând să desmoștenim din patologie pe cel esențial ca inexistent, pentru că orice efect își are o cauză.

Di prof. Iacobovici în fața unui hidrocel, se gândește la posibilitatea unei etiologii specifice impunându-și ca o datorie, aceea de a căuta cu atenție semnele clinice și humorale, uneori destul de greu de relevat. În cazurile neprecise, face R. W. în sânge și în lichidul din hidrocel, deși rezultatul fiind negativ în sânge, era pozitiv în lichid, așa că instituind tratamentul specific pe baza numai a acestei sero-reacții, avea rezultate surprinzătoare. Deci două principii importante:

1. Căutarea reacții Bordet-Wassermann în lichidul hidrocelic,

2. Importanța semiologică a hidrocelului tot așa de mare ca a unei leucoplachii bucale care ne desvăluie un sifilis latent-ocult.

Insuși Fournier descrie că sifilisul testicular provoacă adesea formarea de hidrocele. Ele apar însă mai puțin frecvente provocate de epididimite sifilitice decât prin orhite sifilitice sau gome ale testiculului deși se pretinde că leziunile epididimului influențează mai ușor vaginala decât leziunile testiculare. Sifilisul poate produce însă și o inflamație adesivă fără epanșament.

Bell în 1793 atrage primul atenția asupra afecțiunilor sifilitice ale testiculului. Ricord nega existența leziunilor epididimice, contrar curentului lui Nélaton, Dron, Fournier etc. care evidențiau posibilitatea afecțiunilor și fac și o clasificare chiar.

Michelson în 1919 crede că afecțiunile sifilitice ale epididimului sau cordonului fără a atinge testiculul, sunt rare; când există, ele pot scăpa investigațiilor infecțiunii sifilitice.

El grupează epididimitele sifilitice în:

a) *Forma acută, difuză, interstițială* ce se produce în luna 2-a a infecției sau după Gosselin după 3 $\frac{1}{2}$ luni. Cele mai multe apar după luna 5-a a infecției. Epididimul se tumefiază, la început uniform, elastic, neted, fără a atinge un volum mare, apoi dacă evoluează, apar indurații distincte, de volumul unui bob de mazăre sau alune. Localizarea nodurilor se face la polul superior, rar la cel inferior. *Evoluție* acută, dureroasă uneori, fiind însoțită de hidrocel în speță sifilitic. După câteva luni vindecarea cu restituție integră. Adesea organul rămâne dur, sensibil, se atrofiază, obstruând canalele sale. În forma aceasta procesul atinge rar testiculul, pe când în stadiul gomos glanda e prima afectată. Rar sunt interesate ambele epididime.

b) *Tipul cronic, difuz, interstițial* e datorit unei modificări a țesutului conjunctiv și poate fi consecința primei forme sau să apară direct. *Evoluție* lentă, insidioasă, cronică, difuză, indolentă. La examen se percep indurații localizate aproape constant la polul superior al organului. Uneori organul întreg e afectat. Indurațiile sunt tari, fiecare părând compuse din mai multe tumefieri reunite de un înveliș indurat. Întreg epididimul e transformat în tumoră, dură, rezistentă, solidă. Canalul deferent este rar interesat. Această formă e însoțită de un ușor hidrocel datorit îngroșării vaginalei și secundar unei turburări circulatorii sau unei congestii cronice pasive. Păreții sacului se pot găsi aderenți și divizați prin membrane îngroșate și organizate, în care înnoață lichidul. Cantitatea uneori

poate ajunge după Michelson la 1000 cc. Wassermann este pozitiv.

c) *Tipul gomos*. Caracterizat prin noduli până la mărimea unei alune, dezvoltându-se independent în capul sau corpul epididimului. *Evoluția* cronică, insidioasă. Nodulii sunt netezi, indoluri. Gomele se extind și se deschid chiar la exterior formând o ulcerăție fungoidă cu margini indurate.

Tumora își are origina în țesutul conjunctivo-vascular, sau într-o membrană conjunctivă, cu caracterul, compoziția gomei.

Deci invadarea sifilitică a epididimului este cu atât mai frecventă cu cât se va cerceta mai mult. E însoțită și această formă de hidrocel.

Dr. Săvescu este de principiul că hidrocelul este mai frecvent în urma leziunilor epididimului. Spre confirmare citează observațiile sale personale.

Sifilisul testicular câșigat e. f. frecvent. Testiculul este sediul leziunilor sifilitice favorizate de un traumatism, surmenaj genital, orhită blenoragică, la acest nivel. La trei sau patru luni după apariția șancrului, survine localizarea pe testicul și îndeosebi pe epididim. Această epididimită precoce este contemporană cu plăcile mucoase și sifilidele cutanate secundare. Sarcocelul sifilitic apare ca accident terțiar, deși uneori apare în perioada secundară, contemporan cu irita.

SIFILISUL HEREDITAR ȘI HIDROCELUL NOILOR NĂSCUȚI

Hidrocelul îl întâlnim frecvent și la copii în special la noii născuți unde tragem concluzii importante.

În pediatrie clasicii descriu 2 feluri de hidrocele:

a) *Hidrocelul congenital* datorit persistenței canalului peritoneo-vaginal normal obliterat la naștere, fiind însoțit uneori și de hernii congenitale. În general e *unilateral, reductibil* și apare în general după naștere; cuvântul *congenital* vizând nu hidrocelul ci malformația care-l produce. Prezintă două varietăți: 1. *hidrocelul comunicant, unilateral, reductibil*; 2. *hidrocelul închisat uni sau bilateral, nereductibil, voluminos*. Cele congenitale au tendința puțină de a se vindeca spontan, nu au nici un raport cu sifilisul. Dacă persistă peste un an se intervine chirurgical.

b) *Hidrocelul crizei genitale ale noilor născuți* este foarte frecvent, apărând la câteva zile după naștere la copiii viguroși care

nu prezintă nici o anomalie, indemni de orice sifilis, constituind un semn al „*pubertății în miniatură*” al „*crizei genitale*”, și ar fi datorit unei tumefieri testiculare în raport cu un puseu spermatogenetic analog cu scurgerea sanghină vulvară la noile născute. Acest hidrocel coincide însă cu alte simptome: tumefierea mamelei, lanugo și milium naso-facial. Testiculele sunt tumefiate, elastice, dar nu dure. Acest hidrocel e *bilateral, ireductibil, de volum variabil, durată scurtă. Se resoarbe spontan, fără modificări testiculare sau epididimare.*

Alături de aceste hidrocele clasice, mai există o altă formă asupra căruia Marfan a atras atenția, clasându-l printre semnele probabile ale heredo-sifilisului. Acesta-i:

3. *Hidrocelul unilateral ireductibil și persistent.* El este mai puțin frecvent, mai important din cauza simptomelor și a deducerilor terapeutice ce le tragem. Acest hidrocel ce succede câteodată varietăților precedente cu durată de luni de zile, nu pare a avea aceeași cauză. Nu trebuie să mai admitem existența hidrocelilor idiopatice sau esențiale. Aceeași lege care determină pleura să reacționeze unei leziuni pulmonare, forțează și vaginala să reacționeze în mod identic la o leziune testiculară sau epididimară. El e sub dependența unei leziuni cronice a testiculului sau epididimului. Ori, într-o epocă a vieții (în primele luni după naștere) se poate exclude cu certitudine tuberculoza, traumatismul, infecția uretrală sau oreillonul, nu există decât o maladie care produce o leziune cronică testiculară — *Sifilisul*. Această considerație îndreptățește pe Marfan de a considera acest soi de hidrocel ca o *presumpție de sifilis congenital*. Cercetările anatomo-patologice, serologice demonstrează că leziunile testiculare sau epididimare, adeseori necunoscute pentru că sunt limitate și microscopice, ar explica suficient formarea acestor hidrocele la copiii tineri, ce conțin în ele diagnosticul de sifilitice. Leziunile testiculare în heredo-sifilisul precoce, sunt semnalate în 1878 de Hutinel, sub formă de orhite interstițiale ale heredo-sifilisului, găsind leziuni testiculare în $\frac{1}{3}$ din cazurile studiate. Aceste leziuni microscopice constau din alterații difuze ale țesutului interstițial, predominând în jurul vaselor, formând alocurea noduli gomoși microscopici. În tratatul său de maladii ale copiilor, Hutinel susține că orhi-epididimita sifilitică se însoțește de hidrocel vaginal în foarte multe cazuri. Bumstead și Taylor în 1883 au găsit pe lângă orhite și hidrocel, leziuni epididimare și ale cordonului. În 1893 Taylor spune că în sifilisul here-

ditar, hidrocelul e o complicație mai frecventă decât se crede. Existența sa la copil ar trebui să ne atragă atenția că derivă dela sifilis sau tuberculoză. Seringe ridică numărul la 25% de hidrocele sifilitice la copilul nou născut. De 5 ori epanșamentul era bilateral, de 20 ori unilateral, din care 15 ori la dreapta 5 ori la stânga. În 1914 se caută de către Dufour și Thiers în reacția Wassermann practică cu lichidul hidrocelic, o probă a originii sifilitice a leziunii pe care clinica și examenele nu o puteau face.

Vaglio publică după 3 ani rezultatul cercetărilor asupra hidrocelului vaginal, fiind surprins de frecvența hidroceluli în heredo-sifilis. Sub inspirația lui Dufour, în 1922 M. J. Gouez, ocupându-se de această problemă concludă că: „există cazuri unde etiologia sifilitică trebuie invocată, mai ales în cazuri de hidrocele congenitale persistente, nereductibile, și că se poate găsi proba prin R. W. în lichidul hidrocelic.

În etiologia hidrocelelor simptomatice mai cităm:

II. *Tuberculoza*. Seroasa vaginală e afectată în caz de epididimită bacilară dând: a) *vaginalită plastică* (îngroșare, vascularizație, pigmentație); b) *vaginalită adesivă totală* (simfiza vaginală); c) *vaginalită adesivă parțială* areolată; d) *vaginalită forma seroasă* sau hidrocelul vaginal. Din lichid se poate cultiva și inocula bacilul dând tuberculoză la cobai. Delbet și Carties în 1904 sunt primii care stabilesc la cobai acest lucru. Nici un caracter însă al epanșamentului nu ne permite să diferențiem hidrocelul tuberculos de cel sifilitic. Serozitatea nu conține bacilul Koch decât dacă vaginala prezintă vre-o leziune tuberculoasă sau dacă vre-o gomă și-a golit conținutul în cavitatea vaginală.

III. *Tumorele testiculare*. Boursiër raportează câteva cazuri, Reclus le observă numai în 4% din cazuri.

IV. *Tumorele epididimului* ca fibro-miome care-s foarte rare, angiomele și chistele care-s frecvente, produc hidrocele.

V. *Tumorele cordonului* mai ales cele maligne dacă se dezvoltă în regiunea funiculară inferioară, aproape de vaginală, provoacă o inflamație a vaginalei ce se traduce prin epanșament.

VI. *Blenoragia*. Consecutiv epididimitei blenoragice uneori se dezvoltă hidrocelul inflamator, epididimul fiind tumefiat, dureri iradiante, senzație de greutate de Pb. în testicul, febră.

VII. *Traumatismele* joacă fără îndoială un rol foarte mare în producerea hidrocelului simptomatic, fiind mai frecvent la lucrători.

Morestin citează un caz de mărimea unui cap de copil în urma unui tramatism.

Anatomia patologică.

Pielea burselor e deplisată, întinsă lucioasă, straturile subiacente destinse, subțiate, exprimând vascularizația capilară și venoasă și câteodată plăci echimotice rezultate din ruptura vasculară interstițială.

Vaginala destinsă de lichid, formează o pungă de formă ovalară sau de cele mai dese ori piriformă, cu extremitatea mare îndreptată în jos. Poate fi strangulată de bande fibroase în urma îngroșării neregulate a vaginale — *bandele lui Berand* — producând *hidrocelul bilobat sau în ceasornic de nisip*. Destinderea diverticulelor unice sau multiple ale vaginalei produce — *hidrocelele diverticulare*. Când se formează aderențe între foițele vaginalei se produce — *hidrocelul multilocular*.

Vaginala uneori e subțiată, de cele mai multe ori îngroșată, cu un aspect rugos, de culoare alburie, prezentând false membrane și o hiperemie.

Microscopic găsim o scleroză. Se poate întâmpla ca să se formeze și depozitare calcaroasă la nivelul vaginalei, mai ales la bătrâni. Astfel citează Williams Yost la un individ de 52 ani, la care după deschiderea vaginalei, se constată existența unui depozit de calcar pe toată întinderea sacului, dându-i aspectul unei cochilii de ou. În același timp se găsește și o concreșcență fosfatică liberă în cavitatea hidrocelului.

De obicei, dacă leziunea e recentă, suprafața tunicii vaginale este netedă, deși țesutul conjunctiv ar fi sporit. În hidrocelele vechi, seroasa e îngroșată cum am spus, putând lua o consistență cartilaginoasă sau osoasă și ea e sediul producțiilor fibroase al membranelor și excrescențelor. Se constată stratificări de neomembrane sau neohimene cu vase, cu degenerescență grăsoasă. Altă dată găsim plăci, ridicături mamelonare sau verucoase, sesile sau pediculate. Când aceste producții se desfac, constituiesc corpi străini liberi în seroasa vaginală, sau se găsesc încrustate cu săruri de calcar.

Lichidul epanșat: a) *Cantitatea* e variabilă. În unele cazuri ea este neglijabilă, în alte cazuri ajunge până la 3—7 și chiar 21 litri în cazul citat de Maisonneuve. Buisson a găsit 16 litri de lichid. De regulă oscilează între 50—500 gr. lichid. În hidrocelele recente nu-i lichid mult din cauza rezistenței ce o opune disten-

siunei dublura fibroasă a vaginalei, însă încetul cu încetul elasticitatea membranei cedează, pereții se relaxează, se dilată și lichidul se acumulează în buzunar. După câteva luni se stabilește un echilibru definitiv între relaxarea pereților și tensiunea lichidului.

Caractere fizice. Lichidul hidrocelic are toate caracterele lichidului epanșamentelor seroase. E o serozitate transparentă, colorată în galben-citrin, fluidă. Ca și toate umoarele organismului, se colorează în verde sub influența retenției bilei în economia organismului. Câteodată poate conține colesterolă mai ales în hidrocelele bătrânilor. S'a observat într'un caz de hidrocel gelatinos, că lichidul era gelificat într'o masă transparentă, aderentă pereților sacului.

Caractere microscopice. Forgue, Tuffier, Widal după centrifugarea lichidului din vaginală găsesc celule endoteliale identice cu cele ale tunicii vaginale, sau leucocite polinucleare în hidrocelul blenoragic, foarte multe limfocite în cel tuberculos. Câteodată se află hematii și globule albe la un loc când lichidul ia o colorație roză, roșie, brună, neagră, datorită hemoragiilor produse prin ruptura vaselor peretelui ce se petrec în vaginalitele cu tip proliferant.

Arnoldo Vecchio în hidrocelele simptomatice tuberculoase a găsit multe limfocite, pe când în cel sintomatic blenoragic formula leucocitară era net polinucleoză. Contrar lui, Ravaut și Widal nu au găsit spermatozoizi.

Lichidele hidrocelice câteodată conțin spermatozoizi ex: în caz de ruptura vre-unui chist spermatic în cavitatea vaginală sau în caz de comunicarea între această cavitate și un vas aberant al epididimului, sau în urma unei perforații prin puncție. Spermatozoizii însă introduși prin traumatism, după cum afirmă Widal și Ravaut sunt digerați, fagocitați de elementele endoteliale ale vaginalei.

Caractere chimice. Densitatea lichidului variază între 1,017—1.025. Reacția alcalină. El e remarcabil prin bogăția sa în albumină, se prinde într'un cuagul gros sub influența căldurii sau acidului nitric. Conține: fibrină desvoltată sau o substanță albuminoidă-plasmina — substanță fibrinogenă — care se transformă în fibrina concretă, apoi carbonați alcalini și clorur de Na. Compoziția lui deci se apropie de a sângelui, putând cuagula spontan după extragere, deci trebuie cules într'o soluție de citrat de Na. Astfel a fost într'un caz personal când după puncție la 1½ oră lichidul era cuagulat complet.

Nolf, admite în plasma sanghină 3 coloizi: fibrinogen, trombogen și trombozima, care toate contribuiesc la cuagularea plasmei. Sub influența agenților tromboplaști acești coloizi se unesc pentru a forma produse de adițiune din care o parte se precipită sub formă de fibrină solidă, o parte stă în soluțiune și formează fibrina disolvată. Un al 4-lea coloid exercită o acțiune anticuagulantă.

Debrez în cercetările a 20 cazuri de hidrocel distinge 4 varietăți principale: A, B, C și D. Când aceste lichide sunt de formație recentă (varietățile A și B), conțin de-odată 3 coloizi de cuagulare și coloid anticuagulant, toate provenind din plasma sanghină prin transudație.

Varietatea A. cuprinde hidrocelele cu puțină substanță anticuagulantă, se cuagulează spontan, dar cuagularea lor e lentă, incompletă. Serul exprimat din chiag conține încă fibrinogen; el prezintă o nouă cuagulare dacă se adăogă extract de splina (cu trombozimă) sau ser proaspăt (trombină). Serul hidrocelic conține puțină trombină.

Varietatea B. Alte lichide relativ recente nu se cuagulează decât după adăogare de substanțe tromboplastice care contrabalansează acțiunea substanței anticuagulante puțin mai abundentă decât în lichidele A.

Varietatea C. Când lichidul hidrocelului e de origină mai veche decât în A și B pare că pierde trombozima și se îmbogățește în substanțe anticuagulante. Nu-i deajuns să adăogăm substanțe tromboplastice, trebuie prezența trombozimei pentru a se cuagula.

Varietatea D. Lichidele mai vechi decât în C cari nu mai conțin fibrinogen. Adițiunea de ser proaspăt (trombină) nu aduce cuagularea, cum era cazul cu lichidele celelalte.

Se crede că în formarea lichidului hidrocelic este un raport continuu de fibrinogen, trombogen, trombozimă și substanța anticuagulantă din plasma sanghină, dar în acelaș timp e și o consumație pe loc a factorilor cuagulanți, începând cu trombozima și sfârșind cu fibrinogenul, pe când factorii anticuagulanți mai rezistenți se strâng și se manifestă singuri în lichidele vechi, așa că un lichid ar trece succesiv prin stadiul A, B, C și D.

Deci compoziția lichidului hidrocelic se apropie, dacă nu se identifică, cu cea a serului sanghin. Se poate găsi și urme de glucoză. Prin prezența substanțelor fibrinogen, a sărurilor sale și

a albumatelor alcaline, lichidul hidrocelului se apropie de plasma sanghină, în timp ce prin prezența albuminei, substanțelor solide disolvate și fibrinogenului el se depărtează de lichidele hidropizice și se aseamănă cu cele inflamatorii.

Starea aparatului epididimo-testicular. El rămâne în general fixat la partea postero-infero-internă. Tubii eferenți ai epididimului sunt alungiți și subțiați, de unde va fi dificilă sau imposibilă comunicația între glandă și aparatul excretor, epididimul se atrofiază. Testicolul uneori se anemiează prin presiunea lichidului. Cavitățile seroase exercită asupra viscerelor ce le închid, o influență trofică. În adevăr, rezecându-se la oi foiața parietală a vaginalei, deci suprimând seroasa, apoi castrând după 8 zile, se observă că testiculul e mic, dur, atrofiat, atrofia tubilor seminiferi, degenerescența grasă a celulelor tubilor și hiperplazia țesutului conjunctiv interstițial și periferic.

De obicei în hidrocelele simptomatice leziunile aparatului epididimo-testicular sunt cronice, invizibile uneori macroscopic ci numai microscopic, datorită cărui fapt se pune cele mai multe diagnostice de hidrocel esențial. Leziunile corespund exact maladiei ce le produc. Astfel în sifilis găsim o scleroză și vascularită.

Testiculul sifilitic în perioada de orhită interstițială, cu hipertrofie, adesea e mai voluminos, conservându-și forma. Albuginea e presărată cu puncte scleroase, de plăci fibroase. Hidrocelul e foarte frecvent. Pe măsură ce orhita se învechește cele 2 foiețe ale seroasei se lipesc, aderă, se îngroașe, încât, testiculul și epididimul, incluse în aceasă pachivaginalită fibroasă devin indistincte. Această orhită scleroasă termină prin o atrofie testiculară. Se produce mai întâiu o hiperplazie a tuturor elementelor conjunctive ale glandei, celulelor stromei și celulele stratului extern ale canaliculelor; apoi îngroșare fibroasă și retracția acestui țesut neoformat care presează tubii seminiferi. Transformarea tubilor seminiferi și vaselor în cordoane fibroase impermeabile. Țesutul testicular evoluează deci către un fibrom adevărat. Organul se micșorează, adică e o adevărată ciroză atrofică testiculară, mai mult sau mai puțin generalizată. Funcțional echivalează după Fournier cu o castrație subalbuginee.

Acest tip de scleroză difuză care e proprie testiculului heredo-sifilitic se observă rar în stare pură. El se combină cu o gomă testiculară așa că sarcocelul sifilitic este o orhită sclerogomoasă. În starea de neoformație goma este cenușie-rozată sau galbenă,

mai târziu e gălbue. În jurul zonei gomoase se formează o altă zonă fibroasă de izolare. Goma sub influența tratamentului specific se vindecă prin rezoluție cicatricială sau se ramolește golindu-se la exterior și va produce fistule. Caverna gomoasă evacuată devine uneori punctul de plecare al unui fungus testicular. Există un *fongus profund sau interstițial* și altul *superficial* născut din albuginee.

Simptomatologie. Hidrocelul are o simptomatologie simplă. Este o tumoră fluctuantă, ireductibilă și translucidă, matitate la percuție. Bolnavul prezintă la nivelul burselor, în general unilateral, o tumoră ovoidă, ușor piriformă, cu extremitatea mare în jos, cu axul mare vertical. Volumul tumorii ia dimensiuni variabile. Vârful său poate ajunge până la nivelul inelului inghinal extern pe când fundul atârână în jos de-alungul coapsei. Pentru a se desvolta, hidrocelul face apel la elasticitatea pielei regiunilor vecine. Tegumentele vergei sunt atrase spre scrot. Pielea scrotului, întinsă după cazuri, conservă colorația sa obicinuită și e transparentă și brăzdată de vene mici când tumoră e voluminoasă.

Scrotul e independent de tumoră, păstrându-și mobilitatea. Dacă se ia masa burselor într-o mână și cu cealaltă se explozează suprafața lor, tumora prezintă contururi netede, regulate. Tumora se lasă deprimată ușor prin deget și dă senzația de fluctuație. Noțiunile trase din examenul obiectiv variază după: grosimea pereților buzunarului și tensiunea lichidului.

Unei îngroșări uniforme și puțin marcate, corespunde o senzație de moliciune, depresiune, fluctuație; unei îngroșări uniforme însemnate (în hidrocelele vechi) corespunde o senzație de renitență, elasticitate, tensiune. Poate exista lichid puțin așa că fluctuația să nu fie apreciată și nu există atunci decât senzație de balotare testiculară. Când conținutul e destul de abundant, sub tensiune mare, fluctuația dispare și masa devine renitentă. Pentru a ne da seama mai bine de tumoră o palpăm în modul clasic: se prinde tumora la rădăcina ei între 4 degete ale mâinei drepte, degetul mare fiind așezat pe fața anterioară și opus celorlalte. Cu mâna stângă apucăm tumora transversal, degetul mare de-o parte, cele 4 degete de cealaltă parte, ținând astfel tumora prin cele 4 puncte cardinale, așa că prin mijlocul acesta nici un punct al suprafeței nu ne scapă. Ne dăm seama că: 1. hidrocelul e nereductibil prin presiune, chiar dacă bolnavul e în decubit dorsal; 2. e nedureros la palpat, afară de partea postero-infero-internă care e sensibilă prin

prezența testiculului; 3. că consistența tumorii, când renitentă și elastică, când tensiunea e foarte mărită; 4. că aspectul e regulat și neted pe suprafața hiorocelului; 5. că tegumentele scrotale sunt normale, numai distinse, fără să adere de tumoră; 6. tumora se lasă traversată de lumina unei lumânări așezată în obscuritate. Transluciditatea sau absența ei sunt suficiente pentru a afirma existența hidrocelului. Această transparență pe care Lücke o descopere, Müller o află și la neoformațiile de țesut conjunctiv ca: lipoame, condroame, sarcoame etc. pe când la cele formate din țesut epitelial nu găsește transparență, deoarece nu permit trecerea luminei. După ce lumina suferă o refracție străbate pielea, stratul muscular reprezentat prin dartos-cremaster, absoarbe aproape complet lumina și stratul de grăsime este cel ce asigură reflexiunea tumorii. Reflexiunea e în raport direct cu grosimea stratului de grăsime. Prin edemațiunea regiunii se stabilesc aceleași condiții ale acestei transparențe ca și la o piele bogată în grăsime.

Cum se constată transparența? chirurgul își alege de preferință o parte laterală a bolnavului ce stă în decubit dorsal. Apucând tumora cu o mână după ce întinde bine tegumentele, o fixează cu policele și indexul mâinei corespunzătoare părții laterale în care s'a așezat. Ridică astfel tumora pensată de-asupra nivelului coapselor. Lumina artificială e așezată într-o cameră obscură vis-à-vis de centrul suprafeții cutanate și cât mai aproape de ea. Cu un stetoscop privim pe suprafața neluminată, apropiind sau depărtând lumina spre a vedea modificările produse. Testiculul se prezintă ca o pată neagră așezat la partea postero-infero-internă a tumorii. Pata opacă sub forma căreia se proiectează testiculul este mai mică decât suprafața testiculului din cauza refracției suferite de razele tangente la marginile glandei.

Transparența depinde: 1. *de cantitatea de lichid*; 2. *situația testiculului*. O găsim constantă la indivizii limfatici unde pielea nu e groasă, ci subțire. Nu o întâlnim când scrotul e gros, vaginala îngroșată, când lichidul e tulbure, când sunt hidrocele multiloculare, când septurile sunt groase. Tulburarea lichidului e dată de revărsări de sânge prin rupturi.

Un avantaj de precizie al transparenței îl oferă întrebuințarea luminei electrice așezată de aceeași parte cu observatorul.

Ea permite depistarea celei mai mici cantități de lichid în vaginală. Prindem tumora între police și indexul ambelor mâini ca tumora să devie fuziformă. Totul se examinează în camera obscură.

Semne funcționale. Indolor prin el însuși, când e voluminos dă o senzație de greutate, tracțiune la nivelul scrotului, uneori dureri iradiind pe traectul cordonului. Jenează bolnavul în mers și poate da naștere unui intertrigo. Uneori turbură micțiunea și coitul care devin dificile sau chiar imposibile. In ceea ce privește turburările în funcțiunea testiculului după Curling la un oarecare număr de bolnavi, după Gosselin la mai mulți, există absența spermatozoidilor în secreția testiculului de partea hidrocelului. Gosselin explică turburarea secreției prin compresiunea exercitată de epanșament asupra glandei genitale. Lannelongue și Marimon din contră o atribuie turtirii canalelor deferente și canalului epididimar care suferă o alungire capabilă să împiedice circulația lichidului spermatic. Această azoospermie nu constituie o turburare definitivă. In adevăr Rouband și Desmaroux expun un caz de hidrocel dublu în care sperma nu conținea spermatozoizi. După colectarea serozității din nou încetează prezența lor. După o puncție urmată cu injectare de T-ra de Iod care aduce vindecarea, spermatozoidii apar în mod definitiv. In caz de vaginalită adesivă Reclus în 11 cazuri constată că în 8 cazuri spermatozoidii existau, în 3 cazuri nu existau, probabil datorită leziunilor epididimare; deci după el obliterația vaginalei nu aduce azoosperma. Chiar medicina experimentală își are cuvântul său prin cercetările lui Perret care provoacă la 4 epuri și 3 câini o vaginalită adesivă după care găsește fecunditatea animalelor, deci nu era vorba de o azoospermie.

Evoluția. Hidrocelul are mers lent, cronic. Evoluția sa poate fi turburată de 3 accidente: 2. *Infecția.* In urma unui traumatism local care detașează microbii existenți în stare latentă, a unei uretrite ce provoacă deferentita, în urma unei puncții septice a pungii producând o febră, dureri, o hipersecreție sau o supurație, constituindu-se pachivaginalita.

2. *Ruptura.* Survine în urma vre-unui traumatism, efort violent. Ruptura se produce mai des pe fața anterioară a vaginalei după Saint-Martin-Delore și Burdet, însă susțin că ruptura nu are loc de predilecție ci se produce la locul „*minores-rezistentiae*” a seroasei. Morestin citează un caz de ruptură post-traumatică pe o întindere verticală de 6 cm. Această ruptură dădea într-o „*arrière-cavité*” umplută cu chiaguri. Clinicește ruptura vaginalei care-i bogată în firișoare nervoase se traduce prin dureri bruște. Dacă se rupe și fibroasa, lichidul se filtrează sub țesutul celular al burselei, perineului, peritoneului și pereții abdominali. Rezoluția acestui

infiltrat se face după câteva zile, fisura vagino-febroasă se reface cicatrizându-se serozitatea se acumulează în puna hidrocelului.

3. *Transformarea în hematocel* se face încet: a) sub influența micro-traumatismelor repetate care fac să sângereze vasele neomembranelor; b) sub influența unui traumatism violent ce se produce, născând o hemoragie a neocapilarelor vegetațiilor vaginalei; c) prin ruptura pungei. În primul caz se formează un hematocel lent, spontan; în al doilea caz un hematocel brusc închis traumatic; în al treilea caz un hematocel traumatic comunicant. Chiar puncția hidrocelului cu scop terapeutic sau pentru diagnostic, poate constitui un traumatism capabil să realizeze hemarogia născând hematocelul.

Hidrocelul infantil în raport cu criză genitală dispăre spontan după câteva săptămâni, afară de cel persistent ireductibil, unilateral care e unul din semnele heredo-sifilisului.

Hidrocelul câștigat dispăre excepțional. Hidrocelul congenital poate să dispară după o ședere în decubit orizontal, admițându-se că lichidul retrăgându-se în cavitatea abdominală s'a resorbit „in situ” sau nu a fost cantitatea mare necesară să destindă din nou cavitatea vaginală.

Diagnosticul. E mare valoarea unei reacții chimice simple care efectuată asupra lichidelor hidrocelice să ne permită a face o deosebire a naturii hidrocelului. Astfel avem la îndemână o metodă ușoară, extemporană, care se bazează pe *cuagularea cloroformică* a lichidelor hidrocelice. Rezultatele variază, după natura epanșamentului și asupra eficacității în diagnosticul hidrocelului s'a arătat importanța ei la congresul de Urologie din 1920 de către Lisbonne și Jeanbrau.

Technica e simplă: Se toarnă într'un pahar cu suport 20—50 cmc. lichid hidrocelic, *proaspăt*, extras maximum de 3—4 ore. Se adaogă 3—5 cmc. cloroform anestezic. Se agită apoi cu o baghetă de sticlă 2—3 secunde pentru a emulsiona cloroformul în lichidul hidrocelic. Se repetă această operație de 2—3 ori pe rând apoi se lasă în repaus lichidul. El se separă în 2 straturi: 1. *un strat inferior de cloroform*; 2. *un strat superior de lichid hidrocelic*.

În cazul când reacția e pozitivă, lichidul devine opalescent sau se poate produce filamente de fibrină care aderă de agitator. Procesul de cuagulare ia naștere la zona de contact între stratul de cloroform și cel de lichid hidrocelic.

Dacă reacția se petrece mai încet se observă după câteva ore în lichid blocuri de fibrină cuagulată. Nu trebuie să ne aștept-

tăm la o cuagulare în masă ca aceea a sângelui, pentru că există puțin fibrinogen în acest lichid pentru a permite gelificarea.

După comportarea față de cloroform, lichidele hidrocelice se clasează în 3 grupe:

I. *Lichide care nu cuagulează chiar după un contact destul de prelungit cu reactivul;*

II. *Lichide care cuagulează după 5—30 minute dela contactul cu reactivul.*

III. *Lichide care cuagulează lent după 4—6 ore dela contactul cu reactivul, formând blocuri fibrinoase.*

Acestei clasificări de natură chimică i se supraadaugă o altă de natură etiologică și anatomo-patologică.

1. *Lichidele primului grup provin din hidrocele zise esențiale sau primitive la operația cărora nu găsim nici o leziune anatomică a testiculului sau tunicelor.*

2. *Acestui grup de lichide corespund hidrocelele simptomatice unei leziuni sifilitice, tuberculoase sau neoplazice ale testiculului.*

3. *Acestui grup de lichide revin cele ce nasc în urma pachivaginalitei (îngroșarea și vasculizarea accentuată a vaginalei fără leziuni testiculare).*

Aceste rezultate au fost culese după 45 lichide. În 40 de cazuri, operația a permis să se constate starea testiculului și a vaginalei și să le confrunte cu rezultatele reacțiunii cu cloroform. În 37 cazuri rezultatele au fost în acord cu constatarea operatorie adică:

- 22 hidrocele zise esențiale
- 11 pachivaginalite
- 4 tuberculoase
- 2 sifilitice
- 1 seminom

Total: 40

Reacția a lipsit: 1. într'un caz de hidrocel congenital la un copil de 2 ani, unde lipseau leziunile testiculare sau vaginale.

Cuagulară abundentă în 5 minute.

2. într'un caz de hidrocel fără leziune cu prezența unei hidatide voluminoase și congestionate. Cuagulară abundentă în 5 minute;

3. într'un hidrocel simptomatic unui seminom unde cuagulară s'a făcut după 3 ore;

4. într'un caz în care foițele vaginale erau acoperite de granulațiuni roșii și cărnoase. Cuagularea a fost rapidă și voluminoasă;

5. S'a observat și cuagularea spontană a lichidului provenind dintr'un hidrocel paludean.

Care-i modul de reacțiune al cloroformului în această acțiune? Grație cloroformului se afirmă diferența de constituție a lichidelor hidrocelice de natură diferită, pe care analiza clinică nu ar indica-o poate — așa repede. — *Pentru unele cloroformul ar executa acțiunea sa anihilând efectele antitrombinei; pentru altele favorizând interacțiunea trombogenului și cu trombozima.* Oricare ar fi explicația această reacție pare a fi un indiciu important în simptomatologia hidrocelului și va putea fi de sprijin serios clinicianului pentru precizarea, înainte de intervenție operatorie, a unui diagnostic etiologic ezitant.

Diagnosticul de sifilis ușor la adult, este greu de stabilit sau imposibil la un nou născut heredo-sifilitic cu sifilis larvat, latent, evoluând lent, atingând starea generală, fără să se manifeste prin semne. Atunci ne sprijinim pe probabilitate și instituim tratamentul. Reacțiile serologice fiind negative adesea în heredo-sifilis, ne mulțumim pe semne clinice. Marfan dă o valoare importantă grupului de semne pe care le numește *semne de probabilitate* care sunt mai elocvente atunci când sunt grupate decât izolate. Astfel se întâmplă cu hidrocelul noului născut a cărei însemnătate o găsim în heredo-sifilis. Hidrocelul, *un adevărat simptom-semnal* al leziunilor testiculare ori epididimare, are o valoare incontestabilă, pentru că atrage atenția asupra unei leziuni profunde sub-iacente. Lucrurile se petrec identic ca și la pleură, pericard. *Nu există o reacție seroasă esențială ci numai reacțiuni ale unor cauze necunoscute dar existente.*

ELEMENTE DE DIAGNOSTIC ALE HIDROCELELOR HEREDO-SIFILITICE LA UN COPIL

a) *Volumul* uneori ușor, alteori abundent, putând atinge și volume considerabile. *Este indolent.*

b) *Evoluția. Durata lungă* a unui hidrocel e un caracter care trebuie să ne atragă atenția. Hidrocelele banale în raport cu criza genitală la copil, bilaterale și ireductibile, dispar spontan după câteva săptămâni. Din contră cele care durează luni, aproape totdeauna *unilaterale* și *ireductibile* le găsim la heredo-sifilitici. Durata lor poate ajunge 6—10 luni,

c) *Starea testiculului.* Orice hidrocel, în practica chirurgicală impune examenul testiculului, deoarece hidrocelul maschează adesea o leziune subiacentă. Cum cea mai mică cantitate de lichid ne poate induce în eroare asupra stării testiculului, acest examen se recomandă a se face după evacuarea lichidului cu ajutorul unui ac subțire, după ce se iau toate măsurile de asepsie. E posibil uneori chiar după puncția evacuatoare să nu găsim ceva anormal, leziunile macroscopice testiculare fiind rare, însă verificările necropsice și microscopice, relevă leziuni ale țesutului interstițial. Goma în orice caz e rară. Câteodată leziunea testiculară e apreciabilă cliniceste când *testiculul heredo-sifilitic este dur, indolent, mărit de volum, sfârșind cu o atrofie scleroasă. Atunci când la un copil nou născut se găsește dela naștere sau puțin după naștere, testiculele dure ca niște bile, indolare. voluminoase sau atrofiate se poate afirma, după cum susține Hutinel, că e vorba de un heredo-sifilitic.*

Rothschild citează un copil de 15 zile, heredo-sifilitic, cu buză de epure dublă, picior bot varus bilateral, stigmat de fundului de ochi, la care se constată un hidrocel drept, voluminos, cu atrofia și duritatea excesivă a testiculelor. Ne putem da mai bine seama de starea testiculelor, palpând simultan, nu succesiv. Vaginala uneori e îngroșată și se poate simți mici noduli epididimari. *În rezumat starea testiculului se caracterizează înainte de toate prin duritate, apoi prin atrofie care e mai frecventă decât hipertrofia.*

În aceste cazuri se poate considera un astfel de hidrocel ca traducând asupra vaginalei scleroza testiculară care ar întreține această iritație cronică. Ar putea ca un astfel de hidrocel, adesea congenital să fie simptomul cel mai precoce și contimporan al unei leziuni testiculare din epoca foetală. Se poate admite un proces atrofie în utero, o scleroză primitivă totală pentru a explica atrofia testiculului după naștere? Este puțin probabil. Mai curând să credem că evoluția leziunilor este mascată de hidrocel și că evoluția poate fi rapidă pentru că în câteva săptămâni testiculul e atrofiat.

Hidrocelul ar fi astfel o complicație a leziunii testiculare, ceea ce explică insuccesul tratamentului specific, nu din punct de vedere general ci local — hidrocel și testicul — când acesta e aplicat prea târziu, în faza de scleroză.

d) *Hidrocel asociat cu alte simptome suspecte.* Hidrocelul în-

soțeste în general, cu o frecvență mare, alte manifestări de heredo-sifilis pe care trebuie să le depistăm. Nu trebuiesc neglijate antecedentele. Ancheta etiologică asupra părinților și a primelor momente ale vieții copilului are o importanță considerabilă. Se va examina *splina și craniul* cu atenție multă.

Megalosplenita înainte de 3 luni, adică la o etate unde tuberculoza nu poate fi încă cauză și paludismul nu-și are locul, are o valoare de diagnostic foarte mare. Un craniu dezvoltat cu cranio-tabes și rețeaua venoasă epicraniană dilatată, o anemie intensă, semne de rahitism precoce la un nou născut a cărui greutate e insuficientă, coexistența acestor semne cu hidrocel, fac posibil diagnosticul de heredo-sifilis.

Vaglio împarte cazurile în 4 grupe:

I-ul grup conține cazurile în care anamneza, examenul clinic și reacțiile biologice arată existența evidentă a sifilisului.

II grup conține cazurile în care prin examenul clinic și anamneza se admite infecție sifilitică deși rezultatele reacțiilor biologice sunt dubioase sau negative.

III-a și IV-a grup conține cazurile asupra cărora sifilisul este dubios sau inadmisibil.

Asupra 115 copii heredo-sifilitici, el găsește 20 cazuri de hidrocel, deci mai mult de 17%, ceea ce ar plasa hidrocelul ca un semn de heredo-sifilis (splenomegalie cu anemie, rinită și înfundarea rădăcinii nasului, leziuni cutanate și mucoase, hidrocefalie, apoi hidrocelul și pseudoparalizia lui Parrot.

c) *Examen de laborator.* Se poate găsi și în reacția Wassermann o probă de specificitate a acestei categorii de hidrocele? Deși examenele făcute de unii autori au dat rezultatul R. W. negativ, totuși raritatea acestei reacții pozitive la noii născuți de câteva săptămâni și care nu prezintă leziuni cutanate sau mucoase este un fapt cunoscut care însă nu exclude posibilitatea sifilisului. În hidrocelul sifilitic la adult reacția Wassermann în lichidul extras prin puncție este frecventă și e primul indiciu de diagnostic, după cum afirmă Dl Prof. Iacobovici.

În ceea ce privește reacția Wassermann în transudatele sifilitice, Roger și Săbăreanu arată că la sifilitici este + în serozitatea flictenelor unei vezicături.

Riser s'a ocupat mai de aproape de această chestiune urmărind reacția Wassermann în lichidele edemelor și în transudatele pleurale și cele ascitice la sifilitici vechi care aveau R. W. intens +

în sânge și ale căror epanșamente pleurale și peritoneale sau edemele, erau datorite unor leziuni cardio-renale nesifilitice.

R. W. a fost $\dagger$ în lichidele epanșate aproape în 35% cazuri, iar în 28% cazuri antopsia a arătat absența leziunilor sifilitice în viscere.

Astfel când R. W. este $\dagger$ în sânge, lichidele patologice în raport cu o transudație a plasmiei, prezintă cele mai dese ori dar nu totdeauna, o reacție Wassermann $\dagger$ fără să existe în mod obligator o leziune sifilitică a organului subiacent epanșamentului.

f) *Unilateralitatea și ireductibilitatea hidrocelului.* Cei mai mulți autori, în special Marfan insistă asupra acestor două caractere ca specifice hidrocelului heredo-sifilitic. Ca o afirmație a lui Marfan, Seringe citează din 25 hidrocele, 5 bilaterale iar 20 unilaterale; Vaglio în 18 cazuri din 29, hidrocelul era unilateral; Pierre Vallery și Salis din 11 cazuri, 9 erau unilaterale. Pare a fi mai frecvente în partea dreaptă.

Diagnosticul diferențial îl facem în primul rând: 1. *cu herniile inghino-scrotale sau inghino-vaginale.* Hernia inghino-scrotală însă se diagnosticizează prin consistența sa, sonoritatea, ghiorăiturile, absența translucidității și fluctuații;

2. *Cu tumori și tumefieri circumscrise ale cordonului spermatic.* O tumoră cu caracter moale, impresie de lobulată la palpat, netranslucidă se diagnosticizează ușor ca lipom al cordonului spermatic spre deosebire de alte tumori fluctuente, translucide și elastice care situate independent de aparatul epididimo-testicular se vor considera ca hidrocele funiculare;

3. *Cu tumorile epididimului și testiculului.* În caz de un traumatism vom pune pe primul plan *hematocelul*. Acest diagnostic e ușor de fixat prin colorația neagră-albăstrue cu sediul la baza și fața posterioară a burselor. Puncția decide mai mult. Dacă tumora e mai mică ne gândim la o *epididimită blenoragică* rămânând diagnosticul în picioare dacă la presiunea uretrei obținem gutta purulentă-gonoreică. Dacă însă nu găsim gutta uretrală dar în urină găsim flocoane purulente în urma unui masaj prostatic pe cale rectală, cistita ne pune iară pe calea diagnosticului;

4. *Cu diferite tumefacții testiculare* netede, ovoide sau piri-forme, elastice, arătând o acumulare de lichid în cavitatea vaginală. Testiculul și epididimul se pretează mai ușor sau mai greu la palpat după cantitatea de lichid epanșat. În hidrocelele mari nu

se palpează. Natura conținutului se indică după transluciditate; netă în hidrocel, lipsește când conținutul e tulburat ex.: spermatocele, hematocel, sau când peretele e îngroșat. Puncția decide.

Spermatocelelul se recunoaște în urma unei puncții, găsind microscopicește spermatozoizii.

Hematocelul are un conținut sanghin de culoare roșie când e recent sau brună în hematocelul vechiu.

Odată ce am stabilit diagnosticul, ne rămâne de decis asupra etiologiei pe care o deducem atât din antecedente cât și din examenele de laborator: inoculări la cobai, examenul citologic, serologic mai ales, fără a neglija la orice hidrocel R. W. atât în sânge cât și în lichidul hidrocelic, fiind uneori după cum am spus singurul indiciu al unui sifilis ocult.

Prognosticul. Hidrocelul însuși, nu constituie un caracter de graviditate, epanșamentul rezorbindu-se spontan la hidrocelele noilor născuți afară de cele persistente. O rezervă a prognosticului numai în caz de complicații — rupturi, supurație. —

În caz de hidrocele sifilitice, prognosticul este acela al sifilisului.

Dacă boala nu prezintă un pericol pentru viața individului, trebuie să ne facem rezerve în ce privește funcțiunile genitale și urmarea distrugerii sau atrofiei tisticulului.

Tratamentul. Această afecțiune e de mult cunoscută așa că tratamentul e foarte variat. Procedeele care s'au inaugurat și întrebuințate pentru a vindeca hidrocelul sunt nenumărate. Aceste metode adesea sunt apropiate una de alta nediferând decât prin detalii.

Monod și Terillon reduc aceste metode la 4.

1. Aplicări exterioare;
2. Evacuări prin puncție;
3. Irritația artificială a suprafeții interne a vaginalei;
4. Incizia și deschiderea largă;
5. Auto-sero terapia, metodă mai recentă;
6. Tratamentul antisifilitic.

1. *Aplicări exterioare.* S'a încercat badijonarea scrotului cu T-ra de Iod, aplicări de comprese muiate în soluție concentrată de clorhidrat de amoniac. Breschet recomandă vezicători, Velpeau compresii prin bandage colodionate. Alții recomandă suspensor elastic, Petrequin curenți electrice pe suprafața cutanată scrotală,

Toate sunt ineficace. Ung. cînerei influențează în chip util hidro-celul sifilitic.

2. *Evacuarea prin puncție* este procedeul cei mai vechi, aplicat și de Galien și chiar Dieulafoy. Mult timp chirurgii s'au declarat mulțumiți numai cu rezultatul puncției, evacuând lichidul. În ultimul secol se asociază puncției, injectarea în vaginală a unor lichide cu scop de a modifica suprafața ei. Există 2 feluri de puncții ale vaginalei: *una evacuatoare* și se practică cu trocartul sau cu un ac de seringă și conduce la exterior lichidul conținut în vaginală; alta e o *puncție albă* și se practică cu un ac plin sau cu un tenotom și permite difuzarea lichidului în țesutul celular al burselor care-i așa lax. Acest procedeu constă din:

a) *Acopunctura* făcută prima dată de Glasgow în 1823 constând din a înfige în mai multe puncte în interiorul pungii, un ac plin, fin și a lăsa serozitatea să se resoarbă în țesutul celular în care pătrunde.

b) *Disciziunea subcutanată*, preconizată de Jobert la 1881. Constă din introducerea unui tenotom în tumoră pe la partea superioară împins de jos în sus și de a-l mișca cu scop ca să dividă vaginala dinăuntru înafară fără să intereseze pielea. Toate aceste procedee nu determină nici o modificare în secreția vaginalei și după aplicarea lor, lichidul se reface imediat.

Pentru modificarea vitalității și a secreției vaginale chirurgii au recurs la o mulțime de mijloace ce aveau de scop să provoace o reacție inflamatorie intensă la suprafața internă a vaginalei.

Astfel: 3. *Iritația vaginalei fără evacuare prealabilă a lichidului* prin a) *electropunctură* fără succes;

b) *procedeul lui Monod* prin injectare în cavitatea vaginalei de câteva picături de alcool 90° fără evacuarea lichidului. Dă însă recidive multe.

Iritația vaginalei după evacuare prin mai multe procedee:

a) *Evacuarea cu malaxare* câteva minute. Dă recidive.

b) *Setonul* adoptat pe timpuri de Pott, Schmidt, Forgue, Reclus. Tehnica constă în a introduce în vaginală un corp străin prin prezența căruia să se provoace supurația vaginalei și astfel să se întârzie cicatrizarea. Ca iritante s'au întrebuințat de Chas-saignac canula trocartului, fire de crin de Florență, fire de mătase. Complicațiile acestor procedee constă în supurație, edeme, recidive.

c) *Puncția evacuatoare urmată de iritația vaginalei*. Substanțele introduse în vaginală sunt foarte variate: unele solide, altele

lichide. Printre cele solide citez: aluminiul, catgutul; printre cele lichide: alcoolul, vin cald sau rece în cazurile lui Lambert și Royen, apoi apa caldă de către Gerdy, sulfatul de Zn, apă de var, perclorur de Fe, acidul cromic de către Mililo fără să evacueze lichidul, timp de 5 minute apoi golea cavitatea vaginală. Langhenbeck întrebuința cloroformul, Gerdy alaunul, Chaumet taninul. Richet întrebuința soluția de sublimat corosiv 10/100, obținând vindecarea după 3—4 săptămâni. Cloratul cristalizat dizolvat în părți egale de apă caldă, a fost întrebuințat de Lampugnann. Ergotina întrebuințată de Wolker injectând 3½ gr. ergotină. Clorur de Zn, iodoform, nitratul de Ag, biboratul de Na, adrenalina, formolul asemenea se întrebuințau cu rezultate frumoase. În ultimii ani s'a vorbit mai ales de sublimat, acid fenic, eter iodoformat și nitrat de Ag.

Weir după ce evacuează lichidul, întrebuințează o soluție de acid fenic 1/50—1/15, apoi drenează 3—4 zile. Nu a avut nici o recidivă. Will însă combte acest procedeu ca dezastruos.

Metoda cu T-ra de Iod a fost mai mult practică, diferind diluția după autori. Martin pare a fi practicat la Calcuta prima dată T-ra de Iod, apoi Velpeau a vulgarizat-o în Franța. Martin întrebuința o parte Iod pentru 3 părți apă, Velpeau o parte Iod la 2 părți apă. Duplay întrebuința T-ra de Iod pură. Injecția T-rei de Iod pură în vaginală e dureroasă, deaceia se anesteziează seroasa. Anestezia se face primădată de Burdel apoi de Bazy și Thiéry, apoi se generalizează. Burdel întrebuința o soluție de 1—2% cocaină și injecte 30—40 cc. după evacuarea lichidului, lăsând anestezicul în contact cu seroasa 4—5 minute, apoi îl evacua înainte de a injecta T-ra de Iod. Bazy și Thiéry diferă în procedeul lor. Ei injectează o soluție concentrată de 1/5—1%, înainte de puncție 10—30 ctg. de clorhidrat de cocaină, lasă anestezicul 1/2 oră să lucreze, apoi face puncție evacuatoare și injectează T-ra de Iod. În modul acesta se evitau accidentele provenite din absorbția masivă a cocainei.

Azi în locul cocainei se întrebuințează stovaina, novocaina ca anestezice mai sigure. În 1914 Varella face puncția evacuatoare apoi injectează adrenalina. E o metodă pe cât de simplă atât de puțin dureroasă, eficientă și rapidă. Recidive puține și chiar dacă survin sunt tardive. El injectează 1 cc. din soluție de adrenalină 1/5000. După 2—3 zile lichidul hidrocelic se resoarbe. Vindecare după 2—3 săptămâni.

Morestin în 1915 întrebuințează după evacuarea lichidului cu trocarul, 2—3 cmc. dintr'un amestec de părți egale de formol-glicerină și alcool. Se malaxează scrotul ca să pătrundă peste tot lichidul injectat. Testiculul se tumefiază la maximum după 2—3 zile apoi se reduce și lichidul se resoarbe. Vindecare după 12—14 zile.

T-ra de Iod să fie proaspătă pentru a exercita asupra endoteliului o acțiune sigură dar nu caustică. Accidentele de iodism și reacțiile inflamatorii se evită prin lavajul buzunarului de obicei cu ser fiziologic steril, cald.

Această metodă ambulatorie de tratament, e înlocuită aproape peste tot prin operația sângerândă, rămânând ca puncția și injectarea iodată să se facă în cazurile unde operația nu e posibilă. Partizanii curei sângerânde pretind că injectarea cu T-ra de Iod ar fi ineficace, sprijinindu-și afirmațiile pe argumente de ordin teoretic și practic. *Teoreticește* ei afirmă că *hidrocelul este întotdeauna simptomatic* și că simpla puncție nu permite de a vindeca cauza maladiei. *Practic*, ei susțin că hidrocelul tratat prin T-ră de Iod recidivează la un număr mare de cazuri.

După statistica lui Duplay, Martin, recidivele după injectare de T-ra de Iod ar fi de 0% sau 1% iar pentru Wendling 33%. Această diferență s'ar motiva prin faptul că unii știu să practice injectia, alții nu, sau că unii știu să distingă cazurile justițiabile de această injectare, ceea ce nu fac alții.

Monod, Terillon, Reclus au observat că nici cura sângerândă nu-i la adăpostul recidivelor deși sunt mai rare.

Terapeutică cu T-ra de Iod e acceptabilă pentru o categorie socială de bolnavi, căci ei își pot relua ocupațiile după 1—2 zile, pe când metoda sângerândă obligă bolnavul de a sta la pat. Acțiunea T-rei de Iod constă în producerea unei inflamațiuni reactive (reacție inflamatorie), care duce la o mare exudație cu resorbție, apoi o aderare a ambelor foițe a tunicii vaginale. De-aceea vom face atent pe bolnav că în primele zile după operație (puncție) tumefierea se va accentua, după aceea va scade treptat.

Orice puncție evacuatoare va fi precedată de desinfecția cutanată cu T-ra de Iod dedublată, urmând apoi o fricție cu alcool sau eter. Ne asigurăm apoi de poziția testiculului care va sta în urmă în jos și înăuntru. Puncția o facem de preferință pe fața anterioară a bursei. Pentru a căuta situația exactă a testiculului, palpația directă cu vârful degetelor, ne dă indicații precise, mai ales

dacă combinăm cu iluminatul. Se întinde bine tegumentele scrotului enucleind tumora. Vaginala și tegumentele întinse la maximum sunt ușor traversate de instrumentul ascuțit-trocort sau acul siringei, care trebuie introdus dintr-o singură mișcare. Vom evita venele superficiale care brăzdează suprafața scrotului, căci lezarea lor ar putea provoca formarea unui hematocel. Este în uz de a se puncționa de jos în sus. E mai bine a se puncționa de sus în jos. E mai bine a se puncționa de sus în jos, pentru că evităm ca nu cumva canula sau acul să pătrundă tunică vaginală după puncție. Ne punem astfel la adăpostul retracției vaginalei, ce se întâlnește des la tineri. Trocartul sau acul se înfundă până la adâncime marcată dinainte cu indexul, variind după volumul tumorii, apoi ne dăm seama dacă suntem în pungă, și se trage mandrinul, evacuându-se lichidul. După operație se masează plaga între 2 degete pentru a distruge traectul regulat creat de trocart în burse dela piele până la vaginală. Plaga se acopere cu vată colodionată iar bolnavul stă în pat 1—2 zile cu un suspensor compresiv sau bandaj ce imobilizează și ridică bursele.

4. *Autoseroterapia*. Cercetările moderne ne dau o altă metodă prin autoseroterapie. *Tehnica*: Se ia cu un ac 2—20 cc. lichid hidrocelic prin puncție apoi se injectează lichidul sub piele la rădăcina membrului. În regulă generală această injecție aduce o diminuare a hidrocelului și în unele cazuri dispariția completă aducând în contact cele 2 foițe, parietală și viscerală, ale vaginalei.

Zdanowicz citează 5 cazuri de hidrocel tratate prin acest procedeu. 2 cazuri sau vindecat complet după o singură injecție subcutanată a exudatului seros. Pe un alt bolnav exdatul a trebuit injectat de 4 ori, la alți 2 după dispariția temporară se observă o recidivă.

5. *Tratamentul antisifilitic*. Când bănuim sifilisul în etiologia hidrocelului simptomatic, mai ales după reacția serologică în lichidul hidrocelic, tratamentul suveran este cel antisifilitic, care grăbește vindecarea hidrocelului. Acest tratament nu tinde atât la resorbția epanșamentului, ci mai mult pentru a lupta și combate infecția luetică generalizată.

6. *Cura radicală*: *Incizia și deschiderea largă a vaginalei* a fost practică de Paré 1739, Pott 1831 și Volkmann la 1876 o modifică.

Se poate clasa în modul următor procedeele în care incizia constituie timpul fundamental:

- a) Incizia simplă
- b) „ cu rezecție parțială a vaginalei
- c) „ „ „ totală „ „
- d) „ „ eversiunea vaginalei cu sau fără rezecție.

a) *Incizia simplă.* Modul de a opera al lui Volkmann era următorul: incizarea tuturor învelișurilor testiculului chiar și a seroasei, apoi lavajul pungei cu soluție fenicată 3%, examenul și toaleta seroasei, sutură cu catgut a seroasei și pielei și pansament compresiv, drenaj cu meșă. Kermorgant găsește un procedeu de a opera analog chiar la indigenii insulelor Samoa. Ei secționau punga cu tăișul unei sticle iar drenajul îl fac cu un os mic de aripă de pasăre, pe care-l introduc în cavitatea vaginală. Reuniunea se face per secundam intenționem. În caz de recidivă fac castrații. Recidivele prin acest procedeu s'ar ridica la 7,69%. O modificare a acestui procedeu o face Reverdin, constând în scoaterea, examinarea și repunerea testiculului în loja sa, apoi se introduce în cavitate sol fenicată 5%. Dacă vaginala e bolnavă se raclează. Drenajul plăgii se face prin o contra-incizie la partea inferioară a scrotului.

b) *Incizia cu rezecția parțială a vaginalei sau procedeul lui Juillard.* După toaleta cavității vaginale se face rezecția vaginalei lăsând din ea numai cât să permită acoperirea testiculului și cordonului, apoi suturează vaginala ajustând-o pe testicul și cordon, cu catgut fin. Se obține o lipire a foiței parietale cu cea viscerală. La urmă se face sutura pielei cu, sau fără drenaj și pansament compresiv. Vindecarea în mediu după 12—14 zile. Recidivele 6.3% din cazuri.

c) *Incizia cu rezecția totală a vaginalei sau procedeul von Bergmann.* Se deschide punga apoi după ce se separă de tunica fibroasă foița parietală a vaginalei, se taie aceasta la nivelul epididimului, evitând canalul deferent. Se suprimă deci cavitatea vaginală. Pe deasupra testiculului se suturează fibroasa creind glandei o cavitate fără seroasă care se obliterează prin aderențe. Bergmann drenează această cavitate pe când alții ca Vogt, Iacobson o închid complet.

Storp pentru a evita lezarea epididimului și canalului deferent înlocuește exereza seroasei prin procedeul său care pare mai mult ingenios decât practic, inaplicabil însă când vaginala e îngroșată.

Operatorul incizează strat cu strat până la pungă care e goală, apoi trece fire de mătase sub tunica vaginală din 2 părți,

dela buza inciziei până la testicul și înnoadă cele 2 extemități ale fiecărui fir. Tunica vaginală astfel e plisată, redusă la un volum mic și formează în jurul testiculului un fel de cordon. Face apoi sutura pielii. Storp în 19 cazuri nu a găsit nici o recidivă prin acest procedeu.

Branet a modificat procedeul lui Bergmann făcând hemostaza cu tormocauterul și reconstitue o lojă pentru testicul cu ajutorul fibro-cremasterului ce se suturează cu mătase, iar păturile superficiale le suturează cu crin de Florența. Acest procedeu a fost întrebuințat și la noi de dnii Profesori Toma Ionescu și Demostene nedând nici o recidivă

d) *Incizia cu răsturnarea vaginalei sau operația lui Vautrin.* În 1903 Wickelmann o prezintă ca o metodă nouă, deși o practică din 1898. Ea e superioară rezecției vaginale și mai rapidă și ușoară. Se face sub anestezie locală. Tehnica lui Jaboulay care a practicat-o după Vautrin cuprinde 4 timpi.

1. incizia longitudinală a scrotului ca și în cura radicală;
2. decorticarea foiței fibro-vaginale și a conținutului său ca și cum am face o castratie;
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.

Din statistica făcută asupra rezultatelor obținute prin diverse procedee rezultă că:

Procedeul Bergmann	dă	%	recidive
" Volkman	"	7.69%	"
" Juillard	"	6.9%	"
" Storp	"	%	"
" Vautrin-Jaboulay-Winkelmann	"	2.8%	"

Procedeul Dr. Docent Gomoiu prin cale inghinală.

Contrar tradiției celorlalte procedee de a aborda tumora pe cale scrotală, dânsul realizează un nou procedeu pe cale inghinală condus de următoarele inconveniente ale procedeuului pe cale scrotală: dificultatea sterilizării scrotului; retractia și îndoirea buzelor; afrontarea buzelor plăgii e greu de obținut; cicatrizarea se face mai greu.

Tehnica operatorie cuprinde: I. *Inciziunea inghinală* ca și în

cura pentru hernii. II. *Exteriorizarea testiculului* comprimându-se direct fundul burselor. În cazuri de hidrocele voluminoase se ușurează exteriorizarea prin puncția polului superior al tumorii apărut în plagă; III. *Inversiunea sau rezecția vaginalei* prin proc. Vautrin sau Bergmann. IV. *Repoziția testiculului și închiderea plăgii*.

Asupra acestui procedeu Dl Prof. Dr. Iacobovici pe când era docent spunea: „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-ți mai remarc că, în chirurgia infantilă incizia pe scrot este impracticabilă și în toate cazurile de hidrocel, chiste tumori, n'am întebuițat decât incizia pur inghinală. Incizia inghinală permite în toate afecțiunile testiculului, epididimului și cordonului, explorarea regiunii inghinal, care este atât de folositoare, căci adeseori găsim, alături de hidrocele simple scrotale, sacuzi herniare, funiculite bacilare, slăbiri ale pereților și după vindecarea afecțiunii din scrot începe evoluția celei inghinale. Incizia pe scrot nu o rezerv decât pentru supurațiunile acesteia ori ale organelor conținute“.

În toate cazurile operatorii unde se intervine asupra vaginalei având de temut hematocелеle mai ales când vaginala e îngroșată, e și vascularizată și hemostaza e dificilă. Deaceea Jungbluth preconizează o metodă de ligatură care este un fel de ligatură în masă, ce asigură hemostaza tunicii și scurtează timpul cicatrizării. După rezecția tunicii și după fiecare secționare cu foarfeca, el plasează o ligatură continuând a face ligatura progresivă până la secționarea completă a tunicii.



MATERERIAL DEMONSTRATIV

În susținerea că în etiologia hidrocelului simptomatic și mai ales sub eticheta celui esențial întră foarte frecvent, mai ales la copii, sifilisul, citez atât cazuri personale cât și cazuri culese, citate de Dl Prof. Dr. Iacobovici Cluj, Docent Dr. Strominger, Dnii Dr. Căpruciu și Florescu, Dr. Rantzer, Dr. Săvescu, Dr. Vallery-Radot și Salès.

OBSERVAȚII CULESE

I. Observația Dlui Prof. Dr. Iacobovici.

În cursul anului 1916 am avut în căutarea mea un bolnav în vârstă de 35. ani, care suferea de un hidrocel dr. Din cauza împrejurărilor războiului și a situației bolnavului, nu s'a putut face decât puncție. Bolnavul reîntors din Rusia după 2 luni, lichidul se reprodușese. Bănuind posibilitatea unei origini bacilare, s'a făcut examenul lichidului scos prin puncție. Lichidul examinat dădea suficiente indicații pentru natura sifilitică a hidrocelului. Se face o nouă puncție și se face R. W. în lichidul hidrocelului — ca și a sângelui — Wassermann din lichidul hidrocelic a fost *intens* †, cel din sânge negativ. În urma acestei constatări se face un tratament antișifilitic energetic cu Salvarsan. Lichidul hidrocelului se resoarbe foarte repede și s'a constatat că testiculul avea o formă și consistență normală, în schimb epididimul era îngroșat, dur, puțin neregulat. Bolnavul a continuat cu tratamentul antișifilitic, lichidul nu s'a mai produs. Revăzut după 7 ani se constată că testiculul și epididimul de data aceasta au aspectul și consistența absolut normală.

II. Observația Dlui Docent Dr. Strominger.

Hidrocel dublu sifilitic. Stăn... de 36 ani, se prezintă la consultațiile mele în Noembrie 1920 pentru dezvoltarea enormă a scrotului și dureri continue. Nu poate preciza data apariției tumefacției, dar se pare că datează de câteva luni, dezvoltându-se progresiv.

Ant. pers. Blenoragia. Nu-și aduce aminte să fi avut epididimită. A avut sifilis pe care l-a tratat foarte neregulat. Este căsătorit, soția lui nu a avut avorturi.

Examenul obiectiv. Nimic anormal, fiind bine dezvoltat. Scrotul este enorm, cât un cap de copil, greu, cu tegmentele întinse, penisul reTRACTAT în fundul pungii, ca în herniile voluminoase. La

palpație se simte că tumora este renitentă, elastică cu o ușoară senzație de fluctuență. Nu se poate simți testiculul și epididimul. Cordoanele sunt îngroșate și dureroase. Câțiva ganglioni indolenți în regiunea inghinală. Uretra normală, urina limpede fără filamente. Fac o puncție în scrotul drept și scot un lichid citrin, limpede, cam 100 gr. după care se simte epididimul îngroșat mai ales la cap și sensibil la presiune. Testiculul mărit de volun, tare, greu și rezistent. Canalul ușor îngroșat. În scrotul stâng nu s'a putut face puncția opunându-se bolnavul. Bolnavul neîntors după câteva luni, lichidul din scrotul drept se reprodușese în totalitate. Ținând seamă de volumul enorm al testiculului și epididimului cât și de absența vre-unui semn de baciloză, având în vedere antecedentele lui specifice, m'am gândit la origina probabil sifilitică și am făcut reacția Wassermann în sânge, care a fost *intens* $\dagger$. Asemenea și în lichidul hidrocelic. Am instituit tratamentul mercurio-arsenical. Durerile intense din scrotul drept mai ales fiind violente, i-am făcut cura radicală prin eversia vaginalei. Vaginala îngroșată, testiculul enorm mărit, cu formațiuni chistice la suprafață. Epididimul așa mărit, regulat, fără nodozități. Canalul deferent ușor îngroșat și regulat. După 10 zile reunire per-primam. Imediat am instituit un tratament anti-sifilitic constând din injecțiuni de salicilat de Hg. 0.10 cgr. pe săptămână și neosalvarsan la 6 zile. După 2 săptămâni lichidul din vaginala stângă diminuează, testiculul și epididimul se simt bine, un mic nod se percepe la capul epididimului stâng. Epididimul și testiculul dr. normale, indolore. După o lună de tratament scrotul și-a reluat volumul și aspectul normal împreună cu aparatul epididimo-testicular. După 2 luni revenind la tratament, constat că vindecarea se menține. Precum vedem a fost vorba de un *hidrocel dublu sifilitic* confirmat prin R. W. $\dagger$ atât în sânge cât și în lichidul hidrocelic.

III. Observația D-lui Dr. Rantzer.

Hidrocel dublu sifilitic. La un bolnav cu hidrocel dublu, diagnosticat bacilar aiurea, negăsindu-se nimic organic, care să justifice tuberculoza, nimic blenoragic în antecedente, se admite posibilitatea unui hidrocel sifilitic, mai ales că bolnavul avea în trecutul său patologic un *șancru și adenopatie inghinală*. R. W, $\dagger$ în sânge și în lichidul hidrocelic.

Diagnosticul se precizează și se aplică un tratament mixt mercurio-arsenical asociat cu puncție evacuatoare. Lichidul la început s'a refăcut, nemai apărând după 30 injecții cu Cianur de Hg și 3 gr. Neosalvarsan.

IV. Observațiile D-lui Dr. Căpruciu.

a) *Hidrocel dublu sifilitic.* Sold. M. M. Reg. 19 Romanați, intră în spital pe ziua de 22/XII 1922, pentru o afecțiune, ce datează de la vârsta de 12 ani. Atunci, odată cu dureri suportabile,

a observat o creștere treptată, continuă a burselor, care de atunci și până în prezent, au continuat să crească câte puțin, dar neîntrerupt.

Antec. heredo-col. Nimic afară de 3 avorturi ale mamei sale în primele luni ale gestației.

Antec. personale. Neagă afecțiunile dermato-venerice.

Starea prezentă. La examenul general medical nimic. Pupilele rotunde, egale, centrale, reacționează leneș la lumină. Local se constată că punga scrotală e mărită cât 2 pumni de adult, tegumentele destinse. La palpare scrotul atât în dreapta cât și în stânga, e ocupat de câte o tumoră, netedă, regulată, dură, renitentă, elastică, dând impresia unui lichid sub tensiune. Nu se pot palpa prin pereții vaginalei îngroșați nici testiculul și nici epididimul.

Îngroșarea considerabilă a vaginalei pe de o parte, sau de altă parte sensibilitatea testiculului la presiune ca și antecedentele bolnavului, ne fac să ne gândim la un proces specific. *R. W. în sânge este +* (Dr. Nicolin). *Asemenea și în lichidul hidrocelic.*

Cum exigențele serviciului în acel moment nu permiteau o ospitalizare prelungită, la 5/II 1923 se face operația ca prim timp terapeutic, rămânând ca tratamentul specific să fie făcut ulterior.

C. de Op. No. 4963 din 5. II. 1923.

Proc. Gomoiu pe cale inghinală în ambele părți cu eversie și rezecție parțială a vaginalei. După 10 zile vindecat cu indicația „medicul corpului îi va face tratamentul anti-leptic“.

Bolnavul n'a mai fost revăzut.

V. b) *Hidrocel dublu sifilitic.*

Sold. I. O. Reg. 18 Inf. intră în serviciu la 29. VI. 1923 pentru o dublă tumoră scrotală diagnosticată de hidrocel bilateral.

Bolnav de 3 ani boala debutează brusc cu tumefierea ambelor regiuni scrotale, însoțită de dureri ușoare. De atunci și până în prezent tumefierea a mers crescând.

Ant-heredo-col. și pers. Nimic de menționat. Neagă orice afecțiune dermato-venerică sau infacto-contagioasă.

Starea prezentă. Nimic deosebit din partea organelor toraco-abdominale. Pupilele rotunde, centrale, inegale. reacționează leneș la lumină și acomodafie. Reflexe cutanate normale. Osteo-tendinoase diminuate. Local se constată în regiunea scrotală tumoră de volumul unui cap de adult, ireductibilă, indoloră, dilatată, cu pliurile dispărute. Penisul retractat, aproape dispărut sub tegumente.

La palpare se constată că-i formată din două tumori simetrice, egale, ocupând fiecare punga scrotală respectivă, fără să se continue în regiunea inghinală, mobile sub tegumente ca și platurile profunde. Ambele tumori cu pereții îngroșați, netezi, duri, fluctuează. Nu se poate palpa testiculul și epididimul în ambele părți. *R. W. în sânge și lichidul hidrocelic +.*

Se institue un tratament arseno-mercurial, făcându-se în prima serie 4 gr. Neosalvarsan și 040 ctg. Cianură de Hg. La sfârșitul seriei bolnavul ameliorat. Tumorile reduse de volum, considerabil. La palpare se constată o înmuiere apreciabilă a pereților vaginali, care se lasă ușor deprimati. Lichidul împuținat. Se poate simți în mod vag testiculii. Se face o pauză în timpul căreia lichidul se reface. Se decide intervenția.

C. de Op. Np. 115 din 21. VIII 1923.

Cura radicală proc. Gomoiu pe cale inghinală.

Urmărilor post-operatorii obișnuite. După 10 zile părăsește spitalul vindecat cu mențiunea „Medicul corpului îl va ține sub observație și-i va completa tratamentul“. N'a mai fost revăzut,

VI. Obs. Dr. Florescu.

Hidrocel dublu sifilitic. Sold. V. T. 21 ani, plugar, Reg. 20 Inf. intră în serviciu la 5 X. 1924 pentru afecțiune care datează de aproape 2 ani, diagnosticată la corp de hernie-inghino-scrotală stg.

Boala a debutat de aproape acum 2 ani, prin apariția unei mărituri continue a bursei stg. Tumora scrotală care un-i cauza decât o jenă suportabilă cu oarecari dureri iradiate în membrul inf. stâng și lombe, a continuat să crească neîntrerupt.

Local se constată că bursa stângă este ocupată de o tumoră ovoidă, de volumul unui pumn de adult, care se întinde din fundul burselor până la nivelul orificiului inghinal extern. Nereductibilă, mată, dură, renitentă, netedă, nedureroasă. Se simte în interiorul tumorii prezența de lichid sub tensiune, iar la polul ei inf. prezența unui corp ovoid, dur, ceva mai sensibil la presiune, testiculul. Tegumentele scrotale normale, mobile, distinse, cu pliurile dispărute.

De partea dreaptă se constată că testiculul, dur, mărit de volum, este învălit într-o pânză de lichid de aproape un centimetru grosime, în interiorul căreia balotează ușor.

Epididimul palpabil, îngroșat.

Se pune diagnosticul de hidrocel bilateral și se decide intervenția. Reexaminat a doua zi, câteva simptome apar dubioase.

Tumora scrotală (cea stg. mai ales) este prea netedă, prea dură, prea grea și mai ales testiculul este puțin sensibil la presiune, prea dur și greu și el pentru un hidrocel esențial. Bolnavul mai prezenta pe hipogastru și flancuri o serie de cicatrici depigmentate, suspecte. Se reia cu insistență anamneza și examenul, mărturisesc că însurat de 2 ani a avut un nou născut mort și că acum 6 ani a suferit o infecție specifică de la un frate muscular.

R. W. intens pozitiv ne-a întărit în etiologia luetică.

Tratament arseno-mercurial, total 5 gr. neosalvarsan. Sub influința tratamentului tumora scrotală diminuează și se ramolește treptat, așa că la sfârșitul primei serii se constată: *de partea dr.* lichidul dispărut. Testiculul de mărime, de consistență aproape normală. Epididimul puțin îngroșat. *De partea stg.* tumora mult redusă, duritatea vaginalei dispărută, lichidul parțial resorbit, testiculul și epididimul reduse de volum, puțin mărite încă. În această stare bolnavul părăsește serviciul cu un concediu medical și cu mențiunea: „Medicul corpului îl va ține sub observație și îi va continua tratamentul la întoarcerea din concediu”. Bolnavul n’a mai fost revăzut.

VII. Obs. Dr. Săvescu.

Hidrocel stg. sifilitic. Bolnavul Gh. M. 32 ani, mecanic, vine pentru *hidrocel stg. tipic*. Nimic din partea cordonului nici în antecedente. Insurat, nevasta n’a avut avorturi. După incizia vaginală se observă că aceasta e îngroșată și hiperemiată. Testiculul și epididimul formează o masă de mărimea unui ou de găină acoperit cu masse alburii-grisate și hiperemiate în rest. La palpare se simte în partea posterioară o porțiune alungită cu duritate inegală, neregulată, care face impresia că ține de epididim, deși cordonul era normal. Facem diagnostic de tuberculoză și castrăm. La secțiune massa alungită era un testicul mărit. Epididimul sănătos. Aspectul leziunilor era de gomă tuberculoasă. Examenul histologic înclină către o legiune specifică *R. W.* + așa că fusese vorba de un sifilis terțiar al testiculului și din eroare se făcuse castrația, crezându-se o tuberculoză iar hidrocelul fusese o manifestația secundară.

HIDROCELUL CA SEMN AL HEREDO-SIFILISULUI LA NOII NĂSCUȚI.

Observațiile lui P. Vallery și Salès.

Obs. VIII. A... H... născut la 26 Ianuarie 1922 în vârstă de 2 luni. *Hidrocel drept ireductibil cu un nodul epididimar* Splina palpabilă, mărită, fontanela posterioare deschisă. Ramoliție uniformă a marginilor suturilor și fontanelor. Rețeaua venoasă epicraniană evidentă, cranio-tabes. După puncția hidrocelului, testiculul foarte dur, atrofiat, vaginala îngroșată. Tratament specific.

Obs. IX. R... J... născut la 10 Februarie 1922 înainte de termen. Mama prezintă asimetrie facială. Copilul prezintă fimosis, paloare, coriză dela naștere, vegetații adenoide, splină mărită, hidrocel bilateral dela naștere, apoi unilateral. Testiculul mic și dur Poliadenită. *R. W. la mamă slab +*, negativă la copil. Copilul e supus tratameatului specific.

Obs. X. E... D... născut la 9 Iunie 1922. Greutatea = 2.500 gr. Pânțece mare, cu circulație venoasă foarte dezvoltată,

ficat mare, splină mare. Pielea cenușie, cranio-tobes. Sifilide papuloase tipice pe membrele inf. mai ales pe planta piciorului, în jurul genuchiului și pe fese. Plăci mucoase erozive anale și scrotale. *Hidrocel bilateral ireductibil*. Testicule mici, dure. Se institue tratament specific arsenical, după primele injecții hidrocelul măbindu-se apoi dispare. La 28 August apare Pseudoparalizia lui Parrot a membrului sup. drept. cu crepitații și tumefiere.

Obs. XI. H... D... născut la 29 Decembrie 1921. *Hidrocel bilateral ireductibil*. După evacuarea lichidului, testiculul dur. Apariția unui strabism convergent. Lichidul cefalic clar, albumină 0.50 fără limfocitoză.

Obs. XII. P... D... născut la 12 Aprilie 1922. *Hidrocel dr.* Mama a pierdut 2 gemeni la 15 zile. Puncția vaginală dă lichid clar, limfocitoză considerabilă, testiculul mic și dur.

Obs. XIII. L... A... născut 8 Oct. 1922. gemen. Greutate la naștere = 2.800 gr. Talia 47 cm. Debilitate. Rețeaua venoasă craniană dezvoltată. Fontanela post. deschisă, bosele parietale eșite. Paloarea enormă. Onixis și perionixis al policelului stâng. *Hidrocel stg. ireductibil*. Testiculul f. mic și dur. Coriză.

Obs. XIV. G... B. născut la 16 Oct. 1922. Hidrocel drept și coriza, splina mărită, paloare, pânțec mare, malformația pavilionului urechii drepte, testiculul stg. dur. *Hidrocel drept ireductibil*.

Obs. XV. C... A. născut la 17 Ianuarie 1922. Greutatea la naștere 2180 gr. Gemen. Celălalt mort după 24 zile. Încă un copil mort la 6 luni. Neoseficarea craniană. *Hidrocel bilateral*. Coriza, nas în șea, ganglioni supraepitrocleeeni, splenomegalie, cranio-tobes. Tratament prin fricții mercuriale. Slăbire. Tratament arsenical care dă ameliorare considerabilă, hidrocelul dispare.

Obs. XVI. K... M. de 3 luni 1922 a avut strabism convergent. *Hidrocel drept ireductibil voluminos*. Testiculul după puncție mic și dur, epididimul dur și cu un nodul. Cutireacția de 2 ori negativă. R. W. — Limfocitoză însemnată în lichidul hidrocelic Coriză, obstrucție nazală, splenomegalie.

Obs. XVII. J... B... de 3 luni 1922 în stare de hipotripisie. Circulația venoasă abdominală, mătânii costale, paloare, adenopatie generalizată, onixis la al IV-lea și V-lea deget stg. Ulcerația pavilionului urechii stângi, coriză unilaterală crustoasă în partea stângă. Cutireacția negativă. Vene epicraniene dilatate. Fisuri labiale, sifilide lenticulare ale bărbi, splenomegalie, slăbire, piele sbârcită. *Hidrocel drept ireductibil*. După puncție epididimul voluminos, nodos și dur. Testiculul mărit, dur. Lichidul hidro-

celic=20 limfocite pe câmp. *R. W. intens* †. Lichidul cefalo-rahi-dian=18 limfocite pe câmp. *R. W. intens* †. Tratament cu novar-senobenzol.

Cazuri personale

Culese în serviciul chirurgical al Dlui Prof. Dr. Iacobovici

Obs. XVIII. P... A. 33 ani, căsătorit, muncitor. Intră în serviciul chirurgical la 18-XI. 1924. *Ant. heredo-col*: 8 frați morți la diferite vârste. Părinții sănăoși. *Ant. personale*. Neagă maladiile infecto-contagioase sau dermato-venerice. Tabagic, alcoolic moderat.

Istoric. Boala actuală datează dela 10 ani, observând că testiculul stg. crește în volum, accentuându-se pe timpul cât a fost soldat.

Semne subiective: Jenă și dureri în mers.

Semne obiective: Ganglionii inghinali palpabili, pupilele rotunde, inegale, cea din stânga dilatată. Reacționează bine la acomodatie și lumină. Reflexele osteo-tendinoase normale.

Examenul local: În partea stângă se constată o tumoră sub tensiune mare, de volumul unui cap de făt, dureroasă, elastică la presiune, ireductibilă, mată la percuție și de formă elipsoidă. Efortul nu mărește tumora. Se observă o vascularizație pe suprafața tumorii iar tegmentele sunt intacte. La polul inferior al tumorii la presiune mai pronunțată se simte testiculul care e dureros, pe când restul tumorii e indolar. Ganglionii din vecinătate palpabili. Cordonul și elementele lui nu prezintă nimic patologic. La tușeul rectal prostata se arată normală. Veziculele seminale nu se pal-pează.

Examen de laborator 1. Urina

culoare = galbenă-portocalie
Densitate = 1025
Reacție = acidă
Albumina = 0
Zahăr = 0
Puroi = 0
Sediment = 0

2. *R. W. în sânge negativ* No. 53874.

R. W. în lichidul hidrocelic †† (††) - No. 53876
ss. Dr. Konradi

Bazați pe rezultatul intens † al lichidului hidrocelic diag-nosticăm de *hidrocel sifilitic* și se institue tratament arseno-mer-curial.

La 19-XI 1924 se face puncție pentru *R. W.* și se ia sânge.

La 20-XI " bolnavul se simte ușurat în urma puncției.

Tumefierea scrotului redusă.

22-XI 1924. Injecție cu neosalvarsan intravenos 0.15 gr.

23-XI " Afebril. Injecție intravenoasă cu cianur de Hg.

0.02 ctgr.

25-XI 1924. Injec. cu cianur de Hg. 0.02. Scrotul red. din vol. său.
 27-XI 1924. Injecție cu cianur de Hg. 0.02.
 29-XI " " " neosalvarsan 0.15 ctgr.
 1-XII " Starea generală bună, afebril. Tumefacția în scrot
 redusă. Injecție intravenos cu neosalvarsan 0.15 ctg.
 3-XII 1924. Injecție intravenos cu cianur de Hg. 0.02 ctg.
 5-XII " " " " neosalvarsan 0.30 "
 7-XII " " " " cianur be Hg. 0.02 "
 9-XII " " " " neosalvarsan 0.30 "
 11-XII " Tumora redusă de volum. Se decide intervenția
 chirurgicală pe care o refuză. Părăsește clinica cu indicație de a
 continua tratamentul. Până în prezent nu a mai fost revăzut.

*Obs. XIX. L... H. 56 ani, căsătorit, zidar. Intră în serviciul
 chirurgical la 8-XII 1924. Ant. heredo-col:* Părinții morți de boli
 necunoscute. 6 copii morți de boli necunoscute. *Ant. pers.* Neagă
 maladiile infecto-contagioase precum orice maladie dermato-venerică.
 A suferit de pneumonie.

Istoric. Maladia datează de 7 ani, debutând prin apariția unei
 tumori de mărimea unei nuci în reg. inghinală dreaptă — de formă
 rotundă, elastică, mobilă și ireductibile. Indolară. După 4 ani ri-
 dicând o piatră mare și căzând observă că tumora a dispărut, tu-
 mefiindu-se însă penisul mult, ca după 2 ore să dispară și această
 tumefacție. După o lună reapare în reg. inghinală dr. tumora din-
 nainte. Dela această dată timp de 3 ani, până acum tumora se
 mărește, scoborându-se spre scrot, și ajungând cât 2 pumni de adult.
 După $\frac{1}{2}$ an observă că bursa din stg. se tumefiază formându-se
 o tumoră comună cu cea din dreapta în mijlocul cărei tumori peni-
 sul a dispărut. *Semne subiective:* Dureri, jenă în mers, pentru care
 vine în clinică spre a fi operat.

Semne obiective. Nimic din partea organelor, afară de submati-
 tatea ambelor vârfuri pulmonare — pulmon emfizematic. Matitatea
 precordială diminuată șocul apexian în spațiul al 5-lea, sgomotele
 clare, afară de al II-lea care e accentuat. Puls ritmic, vasele san-
 ghine sclerozate. Nimic din partea aparatului ocular și osteo-tendios.

Examenul local. La nivelul scrotului se constată o tumoră de
 mărimea unui cap de copil de consistență elastică pe alocurea
 fluctuantă, sub tensiune f. mare. Tegumentele normale, destinse
 mult. Penisul complet înglobat în tumoră. Tumora indolară, ire-
 ductibilă mată. Testiculele și epididimele impalpabile Ganglionii
 din vecinătate nu se palpează.

Examen de laborator 1. Urina

{	Col = galben-roșietică	
	Dens = 1014.	
	Reacție = acidă	
	Alb =	
	Zahăr =	{ negativ
	Puroin =	
Sedim. =	rar leucocite, oxalat de Ca,	

2. R. W. în sânge = negativă No. 239.

" " în lichidul hidrocelic = $\begin{matrix} \dagger & (\dagger & \dagger & \dagger) \\ \dagger & (\dagger & \dagger & \dagger) \end{matrix}$ No. 240.

ss. Dr. Konradi

Pe baza reacții și antecedente, diagnosticul este de *Hidrocel inghino-scrotal bilateral sifilitic*.

14-XII 1924 Injecție intravenoasă cu Cianur de Hg. 0.02

16 " " " " neosalvarsan 0.15

18 " " " " cianur de Hg. 0.02

20 " " " " " " 0.02

Nici o modificare a tumorii în volum

22-XII 1924. Injecție intravenoasă cu cianur de Hg. 0.02

24 " " " " neosalvarsan 0.15

26 " " " " cianur de Hg. 0.02

27 " " " " neosalvarsan 0.30

Tumora nu se moidfică și se decide operația după insistența bolnavului.

30-XII 1924 Operația. No. C. o. = 1457. Anestezie locală cu novocaină } Operator: Decent Dr. Teposu
Ajutor: Dr. Popoviciu.

Cura radicală proc. Storp. pe cale inghinală.

Se face o incizie paralelă cu arcada crurală dreaptă. Se pătrunde strat cu strat, găsiindu-se o scleroză. Se pune în evidență, tunică vaginală care e f. vascularizată și îngroșată. Se incizează vaginala, evacuându-se sub un jet puternic un lichid sero-citrin. În jurul elementelor cordonului există un sac separat, de mărimea unui ou de găscă care comunică printr'un orificiu foarte mic cu cavitatea vaginală. Se rezecă acest sac. Testiculul mărit de volum, complect alterat și aderent pe întreaga întindere la vaginală. Se face eversia vaginalei și fixarea la canalul inghinal după care se face hemostaza. Se închide plaga, se drenează.

3-I 1925. Pansament, schimbându-se meșă.

Survenind o supurație bolnavul părăsește clinica la 18-II 1925 cu o mică și superficială plagă, după cerere, cu indicația de a urma tratamentul, și să revină pentru a se interveni și în partea stg.

Obs. XX. M. A. 36 ani, căsătorit, lucrător. Intră în clinică la 17 Mai 1925. *Ant. heredo-col.* Tatăl mort cardiac; mamă-sa moartă fără să știe cauza. *Ant pers.* În 1918 gripă spaniolă. Neagă maladiile dermato-venerice sau infecto-contagioase.

Istoric. Boala datează de 8 ani. Debut insidios. În bursa stg. observă o tumefiere ajungând în mod lent de mărimea unui ou. Tumora uneori se ridică până în regiunea inghinală bombând-o. Nu a cauzat nici o durere. De-acum 2 săptămâni acuză dureri la mers și eforturi, alteori și la ședere durând o oră sau o zi, dispărând apoi.

Semne subiecte. Dureri sub formă de săgetături, — care apar aproape zilnic — de 2 săptămâni, în special la mers și eforturi. Jenă la mers.

Semne obiective. Aparatul respirator: murmur vezicular, sonoritate la percuție. Ganglionii inghinali palpabili. Nimic important din partea celorlalte organe.

Examenul local. Bursa stângă e ocupată de o tumoră, formă ovoidă, acoperită de tegumente destinse, de culoare normală. Ireductibilă, renitentă, elastică, cu senzație că conține lichid sub tensiune, indoloră, mată. Testiculul nu se palpează. Tumora e translucidă.

Examen de laborator. 1. Urina

col = galben-cărămiziu
Dens = 1026.
Reacție = acidă
Alb =
Zahăr = } negativ.
Puroiu = }
Sediment = fosfați amorfi.

2. R. W. în sânge = negativă No. 56555.

" " " lichidul hidrocelic = $\frac{++}{++} \frac{++}{++}$ —

ss. Dr. Konradi.

Diagnosticul. Hidrocel stg. sifilitic.

13. V. 1925. Operația No. C. 0 = 600. Rahianestezie cu stricnină-stovaină } Operator: Prof. Dr. Iacobovici.
Ajutor: Asist. Dr. Filipescu.

Cura radicală proc. Winkelmann calea inghinală.

Incizie inghinală stg. Se palpează hidrocelul, se prepară în intregime tunică vaginală, se perforează, evacuându-se o cantitate considerabilă de lichid sero-citrin, se inversează vaginala, se suturează în bursă, apoi se face orhidopexia după proc. Winkelmann. Se reface peretele prin 3 suturi după proc. Toma Ionescu.

15. V. 1925. Se constată sufuziuni sanghine la nivelul bazei penisului și un edem al scrotului.

18. V. 1925. Edemul scrotului diminuat.

20. " " Comprese cu Burow pe scrot. Hematomul se stabilește.

23. V. 1925. Se evacuează hematomul prin presiune, pansament compresiv.

27. V. 1925. Doza I-a Bismiochin

29. " " " II-a " Scrotul stg. edemațiat, dur.

31. " " " III-a " Plaga vindecată.

2. VI. " " IV-a "

4. " " " V-a " Hematoceleul în descreștere.

6. " " " VI-a "

9. " " " VII-a "

10. " " ese din clinică spre a veni la pansament și injecții.

Cazurile personale din spitalul militar Corp. VI armată.

Obs. XXI. Sold. S. C. 22 ani, căsătorit, plugar. Intră în serviciul chirurgical la 4. V. 1925.

Ant. heredo-col. Mama a avut 2 avorturi.

„ *personale*. Neagă sifilisul ori alte maladii infecto-contagioase.

Istoric. Maladia datează dela naștere, luând treptat dimensiunile actuale fără ca în evoluție să acuze jenă, durere în mers sau coit.

Semne subiective. Nimic de remarcat.

„ *obiective*. Nas în formă de șea, dinți implantați neregulat, tibiile ușor îngroșate și cu neregularități pe ele. Ganglionii inghinali ușor palpabili. Nimic altceva din partea celorlalte aparate.

Examenul local. În partea dreaptă a bursei se constată o tumoră de mărimea unui ou de găscă de formă conică, cu vârful în jos, cu diametrul mare în jos. Tegumentele normale. Tumora indoloră, renitentă, elastică, mată la palpat, regulată. La polul inf. al tumorii se constată epididimul dilatat dând impresia unui chist cu o rezistență mai mică decât restul tumorii. Tumora întregă e liberă sub tegumente. La polul sup. prezintă și o hernie inghinală bilaterală.

8. V. 1925. R. W în sânge-negativă No. 2118.

R. W în lichidul hidrocelic-intens + No. 2119.

ss. Dr. Olaru.

Diagnosticul bazat pe antecedentele mării, stigmat și reacția din lichidul hidrocelic, este de *hidrocel sifilitic*.

Se institue 15 injecții cu bismiochin și 2 doze neosalvarsan a 0.15. La sfârșitul tratamentului tumora redusă simțitor din volum, fără să dispară. Se decide operația.

6. VI. 1925. Operația Co. No. 150. Rahianestezie cu novocaină } Operator Dr. Căpitan Nichita
Ajutor Medic Lt. Rădulescu.

Cura radicală proc. Bergmann pe cale inghinală.

Se face în partea stg. o incizie cu direcția spina iliacă-pubis și plan cu plan se incizează până la elementele sacului. Se izolează elementele, apoi se rezecă sacul herniar, făcând o fixare la obligul transvers. Sutura.

La dreapta aceiași incizie, izolarea sacului și rezecția lui, urmărindu-se până la testicul, care se herniază, apoi se decolează până la vaginală, pe care o puncționează scurgându-se un lichid sero-citrin 60—80 cc. Se rezecă complet vaginala parietală. Pe fața internă a vaginalei parietale și pe cea externă a celei viscerele se observă leziuni ce pledează pentru vaginalită cronică, manifestându-se prin îngroșări a tunicelor, cu aspect rugos, spongioid. Se face hemostază prin surjet, apoi se repune testiculul care nu prezintă nimic anormal. Sutura plăgii, drenaj la polul inf. al ei cu fire de crin.

Mersul post-operator bun.

La 26 Iunie 1925 bolnavul părăsește serviciul în concediu cu indicația de a urma tratamentul la corp cu injecții.

Obs. XXII. Sold. S. G. Bat. 6. M. Contig. 1925.

Intră în serviciul chirurgical la 24. Sept. 1925.

Ani. heredo-col. Părinții sănătoși, nu au suferit de nici o maladie. Au fost 10 copii, dintre cari 4 morți între 6 săptămâni și 24 ani.

Ant-pers. Neagă orice maladie dermato-venerică, La 15 Iunie 1918 operat de hernie.

Istoric. În luna Iulie intră în spitalul militar Cluj cu o hernie inghinală, pe care o operează. După 15 zile vindecat, părăsește serviciul încă cu bursa tumefiată, o tumefiere de mărimea unui ou de găscă, simțind o durere locală în mers și o tracțiune pe traectul inghinal. Tumefierea tinde a se desvolta în decursul vremii, luând aspect globulos cât un pumn de adult. Dureri accentuate. Subiectiv și obiectiv nimic important.

Local. În partea dreaptă a bursei scrotale, o tumefiere globuloasă, cu suprafața, tegumente destinse, infiltrate, culoare roșie-violacee, libere pe această tumoră. Mărimea tumorii cât un pumn de adult, renitentă dureroasă, mai ales în marș, eforturi, iradiind durerile pe traectul inghinal către abdomen. Ireductibilă, matitate la percuție. În regiunea inghino-abdominală de-asupra arcadei crurale la vre-o 2—3 cm. se observă o cicatrice liniară.

Examen de laborator.

20. X. 1925. R. W. în sânge parțial † No. 4572.

R. W. lichidul hidrocelic autofixare No. 4573.
(ss.) Dr. Slăvoacă.

Diagnostic. Hidrocel sifilitic dr.

Unele lipsuri de material mă opresc de a-i institui tratament anti-luetic.

19. X. 1925. Operație No. C. 0-334. Cloroformizare.

(Operator Medic Lt. Rădulescu.

(Ajutor Dr. Căpitan Nichita.

Cura radicală proc. Vautrin pe cale scrotală.

Incizie de 3 cm. în partea externă a scrotului. Se disecă strat cu strat până la tunica vaginală. Se puncționează vaginala, scurgându-se un lichid sero-citrin limpede cam de 80 cc. Se herniază testiculul din vaginală, făcând o răsturnare a vaginalei. Vaginala parietală aderentă de cea viscerală. Se desfac aderențele făcându-se hemostaza minuțios. Vaginala îngroșată, scleroasă, de culoare rozată, ușor congestionată. Se face rezecția parțială a vaginalei, hemostază prin surjet. Se repune testiculul în bursă, sutură, drenaj la polul inf. al plăgii ca o meșă cu alcool. Pansament compresiv.

27. IX. 1925. Se scot firele. Pansamentul imbibat cu sânge. Meșa asemenea infiltrată cu serozitate și sânge. Supurație a țes-

suturilor la locul firelor de sutură. Se drenează cu meșă cu apă oxigenată și se tincturează plaga. Testiculul drept, tumefiat, ne-regulat, dureros.

1. XI. 1925. Pansament.

4. XI. 1925. Testiculul redus puțin, dur, dureros.

7. XI. 1925. Idem.

10. XI. 1925. Testiculul redus la mărime normală, puțin dureros. Vindecare.

12i XI. 1925, Părăsește serviciul cu indicația : „A se face tratament antisifilitic la regiment“. Bolnavul nu a mai fost revăzut.

Concluziuni.

1. Nu există o reacție seroasă esențială, ci numai reacțiuni ale unor cauze necunoscute dar existente.

2. Hidrocelul esențial deci este o nomenclatură care nu poate explica un efect fără cauză.

3. Hidrocelul simptomatic sau secundar, este cel care trebuie să ocupe locul celui de sus, întru cât atât observațiile macroscopice și microscopice au demonstrat larg, că există leziuni la nivelul organelor testiculo-epididimare și vaginală.

4. Nedepistarea acestor leziuni macroscopicește fac pe cei mai mulți de a eticheta maladiile drept *esențiale*, în mod eronat.

5. Sifilisul își găsește frecvent ospitalitate la nivelul aparatului testiculo-epididimar prin însăși structura lui, determinând foarte des formarea hidrocelelor sifilitice.

6. La copii *persistența* unui hidrocel peste 4—5 luni, mai ales dacă este *unilateral, ireductibil* și starea testiculului subiacent este *dură și pe cale de atrofie*, trebuie să ne facă să ne gândim la origina sifilitică a lui.

7. Apariția sa la un nou născut cu semne suspecte (splină mare, anemie, deformații craniene, cranio-tabes, rețea venoasă dilatată) poate fi un sprijin bun de diagnostic de heredo-sifilis.

În fața unui hidrocel niciodată nu trebuie neglijată R. W. atât în sânge cât și în lichidul hidrocelic, pentru că de foarte multe ori, e singurul mijloc de a depista un sifilis ignorat.

9. În așa zisele impotențe funcționale glandulare, când puterea de a procrea este lezată, nu hidrocelul este cauza, ci atrofia organului care după Fournier este o castratie sub-albuginee.

10. Tratamentul în caz de hidrocel sifilitic este cel arseno-mercurial și tratamentul operator prin procedeul von Bergmann sau Vautrin, deoarece tratamentul antisifilitic se adresează mai mult infecției generale, oculte, decât scopului de a accelera resorbția lichidului hidrocelic.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei,

ss. Prof. Dr. I. IACOBOVICI

Decanul Facultății,

ss. Prof. Dr. I. NIȚESCU



B I B L I O G R A F I E

- | | |
|--------------------------|---|
| Bayon et Cade | Cytologie des hydroceles. |
| " " | A propos des hydroceles. ⁵ Cytologie, inoculations, resultats. |
| Bailly | Hydrocèle de la vaginale. Rupture. |
| Dopter et Tanton | Etude cytologique des épanchements des diverses matières séreuses. |
| Prof. Felix Franke | Medizinische Klinik. 1921. |
| Dr. Florescu și Căpruciu | Trei cazuri de hidrocel dublu sifilitic.
Revista sanitară militară 1925. |
| Gencuville et Peraire | Cure de l'hydrocèle par la transposition extra-séreuse du testicul après incision, retournement et suture retro-funiculaire de la vaginale. |
| Gambier | Cure radicale de l'hydrocele par le retournement de la vaginale. |
| Hondé | Des differents traitements chirurgicaux de l'hydrocele et en particulier du traitement par l'inversion. |
| Hutinel et Lereboullet | Traité des maladies des enfants. |
| Prof. Iacobovici | Un caz de hidrocel sifilitic. |
| Jousset | Raports de l'hydrocèle simple et de la tuberculose 1910. |
| Laboulbène | Anatomie pathologique de l'hydrocele. |
| Lougnet | Traitement de l'hydrocèle |
| Larmandieu | Valeur comparative de la resection et de l'éversion dans le traitement de l'hydrocèle. |
| Lisbonne | Cuagulation cloroformique des hydrocèles. |
| Morestin | Hydrocél rompue. (Journal d'urologie 1912). |
| Michelson | La syphilis de l'épididyme. 1919. |
| Marfan | Les hydrocèles chez les enfants. |
| Mauclair | Symptomes, diagnostique et traitement des hydroceles. 1911. |
| Posner | Zur Pathologie und Theorapie der hydrocele. |
| Ravaut et Lemièrre | Inoculation dans deux cas d'hydrocèle essetielle. |
| Bantzer | Hidrocel dublu sifilitic (spitalul 1924). |
| Rolnick | Syphilis des Nebendhodens. 1925. |
| Radot-Vallery-Salès | L'hydrocèle du nourisson dans se rapports avec la syphilis hereditaire. 1924. |
| Strominger | Hidrocel dublu sifilitic (spitalul 1921). |
| Săvescu | 2 cazuri particulare de hidrocel sifilitic (spitalul 1924). |
| Saieff | Autosérothérapie comme nouveau procédé de traitement de l'hydrocèle. |
| Tuffier | Hydrocelès simples contenant des bacilles de la tuberculose decelés par la methode de Jousset. 1903. |
| Zdanowicz | L'emploi de l'autosérothérapie dans les hydroceles. |

