R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA
MISCELL. A 40 34
sc A 40.34

DOTT. ADOLFO ARCANGELI

Di una anormale inserzione del GUBERNACULUM TESTIS, osservata in un' ernia inguinale

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA

FOLIGNO
Reale Casa Editrice F. Campitelli
—
1906

DOTT. ADOLFO ARCANGELI

Di una anormale inserzione del GUBERNACULUM TESTIS, osservata in un' ernia inguinale

MEDICA

FOLIGNO
Reale Casa Editrice F. Campitelli

1906

Per la patogenesi della migrazione incompleta del testicolo credo non privo d'interesse il caso che mi è occorso e di cui riferisco brevemente la storia clinica.

Carmelo B... d'anni 27, bracciante, è affetto da ernia inguinale sinistra. Nulla d'interessante si rileva dai precedenti anamnestici. Da 7 o 8 anni a sinistra, senza causa apprezzabile, ha avvertito manifestarsi una piccola tumefazione alla regione inguinale, che gli è sempre stata causa di dolori di ventre e localmente. Ha provato più volte l'applicazione di un cinto, ma non è mai riuscito a sopportarlo, essendogli causa di gravi molestie. La tumefazione scompariva completamente nel riposo a letto e si lasciava ridurre con grande facilità nel cavo addominale.

Negli ultimi mesi però i dolori locali, ma in special modo gli addominali, si sono fatti molto più gravi ed erano spesso accompagnati da fatti di enterite, per cui l'infermo non era più in grado di lavorare.

All'esame obbiettivo si trova un giovane di costituzione scheletrica regolare, di aspetto sano e robusto, con organi toracici e addominali sani.

All'inguine di sinistra esiste una tumefazione di figura ovoidale alquanto allungata, col diametro maggiore parallelo

al decorso del canale inguinale, e che non sembra sorpassare di molto con l'estremità inferiore la linea corrispondente al forame inguinale esterno. La pelle che ricopre la regione e lo scroto è normale. Negli sforzi della tosse la tumefazione si fa ancor più manifesta. Alla palpazione la pelle della regione inguinale sinistra si mostra al termotatto di temperatura normale e sollevabile per ogni dove in pliche. La tumefazione ha superficie liscia, consistenza elastica e scompare con le manovre di un moderato taxis. Invaginando coll' indice lo scroto, verso l'orifizio inferiore dei canali inguinali si nota che, mentre a destra la punta del dito esploratore non riesce ad impegnarvisi affatto, a sinistra invece ciò si compie abbastanza facilmente. Se, mantenendo la punta dell'indice in detto orifizio a sinistra, si fa tossire l' infermo, il polpastrello avverte l'impulso di un corpo rotondeggiante, liscio, di consistenza molle elastica che tende a farsi strada fra i pilastri del canale inguinale. Ricercando i rapporti di tale tumefazione con gli elementi del funicello spermatico, non si riscontra nel canale inguinale traccia alcuna di esso.

La metà scrotale corrispondente è piccolissima, quasi rudimentale e alla palpazione appare completamente vuota. In nessun punto del tragitto inguinale è dato avvertire la presenza del testicolo.

Fatta diagnosi di ernia inguinale congenita da ectopia del testicolo, si procede all'atto operativo. Incisa la cute e l'aponevrosi del grande obliquo, si mette allo scoperto il sacco erniario che si mostra molto aderente ai tessuti circostanti, tanto che durante le manovre di dissezione si lacera facilmente. Isolatolo e legato alla base, lo si asporta al di sotto della legatura. Ricercando però attentamente i rapporti del sacco, si trova che posteriormente ad esso decorre il canale deferente, il quale viene a formare una specie di ansa situata nell'interno del canale inguinale. Inserito sulla convessità dell'ansa esiste una specie di cordone di tessuto fibro-muscolare

che va a perdersi nella borsa scrotale e che viene perciò riconosciuto per il *gubernaculum testis*. Si incide questo fra due legature; e traendo sul deferente, si riesce con facilità a trarre all'esterno il testicolo atrofico che si trovava situato subito al di dietro dell'anello interno del canale inguinale. La vaginale del testicolo è lacerata e ricopre quindi incompletamente l'organo. Allora con due fili di seta, che passano attraverso l'albuginea e che racchiudono nelle loro anse le tuniche interne dello scroto senza interessare la pelle, si fissa il testicolo nella borsa. In questa manovra però si incontra una certa difficoltà per la grande brevità dei vasi del cordone spermatico. Si ricostituisce quindi il canale inguinale secondo il metodo Bassini.

Il decorso post-operatorio è stato normale: in quarta giornata però si trova che i punti di sutura dati per fissare il testicolo nella borsa hanno mancato allo scopo e l'organo trovasi addossato contro l'anello esterno del canale inguinale, dove, palpando, il malato avverte la sensibilità propria del testicolo.

In questo caso dunque esisteva un'ernia inguinale congenita dovuta alla ritenzione del testicolo, che trovavasi situato nella fossa iliaca ed applicato contro la parete dell'orifizio inguinale interno.

La concomitanza dell'ernia inguinale con l'ectopia del testicolo è una evenienza abbastanza frequente e così universalmente ammessa che non meriterebbe certo che io me ne occupassi.

A me pare invece meriti attenzione il fatto che nel caso da me osservato esisteva una inserzione anormale del *gubernaculum testis,* il quale, anzichè all'estremità inferiore del testicolo e alla coda dell'epididimo, era attaccato al canale deferente che era stato perciò attratto nel canale inguinale dove formava un'ansa, la cui porzione convessa giungeva in basso al di fuori dell'anello esterno del canale fin contro la cavità della borsa.

Io ho fatto ricerche in vari trattati di chirurgia e di anatomia, ma in nessuno mi è riuscito trovare anche soltanto accennata l'anomalia, nella quale mi sono incontrato praticando una operazione radicale di ernia.

Ora tutti gli autori, parlando delle anomalie di posizione del testicolo, ne riportano l'origine all'influenza di certe cause meccaniche, allo stabilirsi di aderenze intra ed extra-addominali del testicolo, a formazione abnorme degli organi genitali; ne ammettono l'influenza ereditaria: accennano infine alla possibilità di una anormale inserzione del *gubernaculum*.

Si tratta però in tutti questi casi di inserzione viziosa dell'estremo scrotale e non del testicolare di esso.

Ma il Reclus, per spiegare i casi in cui l'epididimo solo si è trovato disceso nelle borse mentre il testicolo era ectopico nel canale inguinale, suppone che in quei casi il *gubernaculum*, invece di attaccarsi, come generalmente accade, al testicolo e all'epididimo, si sia inserito soltanto su quest'ultimo. Egli stesso però appare così poco convinto di tale ipotesi, che subito dopo aggiunge: « La teoria è ingegnosa, ma le manca la sanzione anatomo-patologica. E su quanti esami difatti si conta per affermarne il valore? Uno o due tutt'al più, e ancora sono contestabili ». Il caso però da me osservato non mi sembra dia luogo a dubbio alcuno; e come causa della ritenzione del testicolo può la viziosa inserzione del *gubernaculum* ugualmente essere incolpata tanto se si attribuisce a quest'organo un ufficio attivo nella discesa della ghiandola, quanto se lo si consideri soltanto come organo destinato ad indicare la direzione che il testicolo deve seguire nella sua migrazione.

Ad ogni modo se noi diamo uno sguardo alla embriologia degli organi sessuali e teniamo conto dei rapporti che col testicolo, l'epididimo e il canale deferente ha il *gubernaculum* nei vari periodi della vita fetale, possiamo in qualche modo trovare una spiegazione all'anomalia da me osservata.

Risulta infatti dalle ricerche del Brannann e di altri che

verso la fine del secondo mese e il principio del terzo il testicolo ha forma allungata e dista circa un millimetro dall'orifizio inguinale interno. Dietro di esso trovasi l'epididimo che sorpassa il testicolo con la sua estremità inferiore e passa nel canale deferente, che si dirige quasi orizzontalmente verso la faccia posteriore della vescica. Intanto il *gubernaculum*, che non è ancora unito direttamente al testicolo, discende quasi verticalmente dal punto ove il canale deferente esce dall'epididimo verso la regione dell'anello inguinale. Verso la fine del terzo mese e il principio del quarto il testicolo discende più in basso e arriva alla regione dell'anello inguinale interno. A questo periodo l'unione del *gubernaculum* al testicolo non è ancora avvenuta: questa si compie soltanto più tardi. In tale epoca (13-16 settimane) il testicolo si allontana di nuovo dalla regione dell'anello inguinale e rimonta nell'addome. Allora il *gubernaculum* aumenta di spessore e di lunghezza e va ad unirsi all'estremità inferiore del testicolo. Dall'alto del *gubernaculum* rimontano verso il testicolo delle fibre, alcune in avanti, la maggior parte all'indietro del canale deferente, in modo che questo scorre a traverso e sulla faccia anteriore del *gubernaculum* stesso.

Se pertanto noi supponiamo che in questo periodo della vita embrionale il *gubernaculum* non si sviluppi tanto da raggiungere l'estremità inferiore del testicolo, si comprende facilmente come possa stabilirsi l'anomalia da me osservata.

3685