

## OVER STEELDRAAIING VAN DEN TESTIS.

Naar aanleiding van het referaat van collega KOPF over deze aandoening — in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 1929, bldz. 1608 — wil ik hier melding maken van een geval, dat ik kort geleden onder behandeling kreeg. Ook deze waarneming illustreert m.i. duidelijk de moeilijke diagnose, die ook wanneer men aan de bedoelde afwijking denkt, volstrekt niet steeds te stellen zal zijn. Het gold hier een 14-jarigen knaap, die 10 dagen te voren pijn had gekregen in de rechter scrotumhelft, aanvankelijk niet ernstig, geleidelijk toenemend in intensiteit, totdat patiënt het na eenige dagen niet meer kon uithouden en geneeskundige hulp inriep. Het bleek toen, dat rechter testis en epididymis ter grootte van een kippenei waren gezwollen en dat de bedekkende huid niet veranderd was, wel pijnlijk bij aanraking. In den loop van enkele dagen ontwikkelden zich boongroote, bij betasting ietwat gevoelige klierzwellingen in de overeenkomstige liesplooi. De waarschijnlijkheidsdiagnose werd gesteld op een snelgroeïend sarcoom. Toen ik patiënt zag, was de zwelling van testis en epididymis nog toegenomen, beide waren niet goed onderling af te grenzen, mede door de pijnlijkheid, en vrij hard elastisch van consistentie. Functie met een dikke naald bracht wat serosanguinolent vocht te voorschijn, zonder weefseldeeltjes. Bij de ondernomen operatie bleek, dat testis en epididymis beide sterk gezwollen waren. De testis was niet duidelijk verkleurd, voelde deegachtig aan, maakte geheel den indruk van geïnfilteerd te zijn door een gezwel. De epididymis evenzeer sterk gezwollen, voelde wat harder aan, bevatte in de uitgezette venae bloedstolsels. De ruim blootgelegde *funiculus* vertoonde *nergens* een *torsie* of een aanduiding, dat deze bestaan had. Er waren geen afwijkingen aan gubernaculum HUNTERI of mesorchium.

Daar ook nu de mogelijkheid van sarcoom nog ernstig overwogen werd, met ingroeiing in de vaten, werd semicastratie verricht met medenemen van de rechter helft van het scrotum. De *funiculus* werd zoo hoog mogelijk onderbonden en gereceerd. Exstirpatie van de lieslymphklieren.

Het verdere beloop was geheel naar wensch: 10 dagen na de operatie werd patiënt genezen ontslagen. Dr. E. C. VAN RIJSEL was zoo vriendelijk het praeparaat histologisch te onderzoeken en kwam tot de conclusie: necrotische testis, sterk gestuwde epididymis. In de lymphklieren geringe sinuscatarrh. *Vermoedelijk*: torsie van ductus deferens met plexus.

Volgens VON BRAMAAN-RAMMSTEDT (Chirurgie d. Hodens u. seiner Hüllen, in *Handb. d. prakt. Chir.* VON BRUNS, GARRÉ, KÜTTNER) zijn de clinische verschijnselen en ook de anatomische veranderingen bij de torsie van de zaadstreng vrijwel dezelfde als bij het — door VOLKMANN het eerst beschreven — *testis infarct*, dat volgens waarnemingen van VOLKMANN e.a. soms door embolie ontstaat. Echter had reeds NICOLADONI er op gewezen, dat vele als embolisch infarct beschreven gevallen wel dikwijls torsies zullen geweest zijn.

Voor embolie was ook in ons geval geen aanknoopingspunt te vinden. Het waarschijnlijkst schijnt dus wel, dat de necrose door torsie was ontstaan, en dat door retorsie weer een normale ligging was tot stand gekomen.

Rotterdam, 30 Maart 1929.

A. G. J. HERMANS.

## AUTONOME INSUFFICIËNTIE EN SPRUW.

Bovengenoemd belangrijk opstel van dr. F. H. G. VAN LOON in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* van 30 Maart j.l. geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen. Hoewel het den schrijver gelukt is aan te toonen, dat bij de Indische spruw het autonome zenuwstelsel in belangrijke mate beschadigd is en het opstel dus daarom reeds van waarde is, lijkt mij zijn eindconclusie, dat „de volgorde in de ontstaanswijze der spruw worde omgekeerd zóó, dat inplaats van de voedings- en diëetfouten als oorzaak van endocrine stoornissen (ASHFORD) de autonoom-nervouse