

## 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 geïnfiltréerd 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-nerveuse

overbelasting, welke vooral in de tropen de blanke bevolking treft, in de eerste plaats komt" van een te verre strekking.

Afgezien van het feit, dat, sedert de betere kennis van de physiologie van het autonome zenuwstelsel en dat reeds lang te voren werd uitgedrukt in de formule, dat wij geen ziekten doch zieken te behandelen krijgen, er wel bijna geen enkele orgaanziekte is, waarbij niet stoornissen van de zijde van dit zenuwstelsel zijn aan te toonen, is de uitspraak, dat vooral in de tropen de blanke bevolking getroffen wordt door een autonoom-nerveuse overbelasting, te gewaagd. Het wil mij voorkomen, dat deze overbelasting in de Westersche landen met hun oneindig meer gecompliceerde verhoudingen van oeconomischen zoowel als van cultureelen aard, verre die van de Indische maatschappij overtreft.

Het aantal hyper- en asympathicotonieën, dat men in onze gewesten aantreft en dat bij nauwkeuriger kennis van het sympathische stelsel nog wel grooter zal blijken te zijn, is buitengewoon groot. En toch ziet men in Europa deze aandoeningen, men mag wel zeggen, nooit gepaard gaan met het symptomencomplex van den tractus intestinalis, dat men met den naam van spruw bestempelt en dat zóó karakteristiek is voor de tropen, dat men het „Indische spruw" noemt. Hier moet dus nog een andere factor als causa proxima aanwezig zijn. En deze factor is een climatologische, nutritief-toxische. Het komt mij voor, dat bij het ontstaan dezer ziekte de rijsttafel een overwegende beteekenis heeft. Deze beteekenis moge dan van infectieusen of van vitamineusen aard zijn en de gevolgen mogen zich dan in hooge mate doen gevoelen in het gebied van het autonome zenuwstelsel, primair moet m.i. zijn de laesie, waaraan de spijsverteringsorganen eerst op lateren leeftijd worden blootgesteld, de corrosieve werking der rijsttafelbenoedigdheden. Dat de inlander, die van jongsaf hieraan gewend is, veel minder vatbaar voor deze ziekte is, bewijst niets tegen deze opvatting. Streng wetenschappelijk zou zij te bewijzen zijn, wanneer kon worden aangetoond:

- 1°. dat de geïmporteerde Europeanen, die in de tropen nooit rijsttafel gebruiken, (en dit aantal zal wel zeer klein zijn) nooit spruw krijgen;
- 2°. dat zij, die groote porties van de rijsttafel verorberen (en dit aantal is zeer groot) bij voorkeur voor deze ziekte voorbeschikt zijn;
- 3°. dat in Indië geboren en opgevoede Europeanen niet of in geringe mate voor spruw vatbaar zijn.

Een nauwgezet, statistisch onderzoek in deze richting zou in hooge mate gewenscht zijn.

Den Haag, 31 Maart 1929.

F. J. SOESMAN.

## BERICHTEN.

### BUITENLAND.

**LONDEN. — Zorg voor geslachtsziekten.** In het graafschap Londen zijn zes ziekenhuizen geheel en zeventien ten deele beschikbaar voor de behandeling van geslachtsziekten. Alle houden ook policliniek voor deze aandoeningen, vier daarvan zelfs den geheelen dag, waarbij zich weldra twee andere zullen voegen. Het aantal personen, dat in 1928 aan deze inrichtingen in behandeling is gekomen, bedroeg 25996, doch daarvan bleken 9595 niet aan een geslachtsziekte te lijden. Het jaar te voren waren er 1676 patiënten meer geweest. Van de nieuwe patiënten waren er 5270, die aan syphilis leden, 10896 met gonorrhoe en 235 met ulcus molle. Ten behoeve van patiënten der practiseerende artsen werden bovendien kosteloos 29406 bacteriologische onderzoeken verricht. Aan 459 artsen is bevoegdheid toegekend om salvarsaan en soortgelijke middelen toe te dienen. Hun werden voor hun mindermogende patiënten deze stoffen kosteloos verstrekt. De kosten van al deze voorzieningen zijn voor 1929—1930 geraamd op 108760 P. St., waarvan 75 pCt. door het Rijk, 20<sup>3</sup>/<sub>4</sub> pCt. door Londen en 4<sup>1</sup>/<sub>4</sub> pCt. door omliggende plaatsen wordt betaald (*Brit. med. Journ.*, 22 Maart).