

hoge titer tegen influenza-B, naast een zeer lage tegen influenza-A. Ook in Engeland is in Februari l.l. volgens een mondelinge mededeling van dr. C. H. ANDREWES plaatselijk influenza-B verschenen ten tijde van het begin van de A-epidemie. Daar influenza-B zich in sommige epidemieën voordoet als een ziekte met een langzame verbreiding, is het van belang op het ogenblik nog steeds op het voorkomen van influenza-achtige ziektebeelden te letten. In het bijzonder bij het terugkeren van klinische influenza in een bepaalde plaats of in een bepaald instituut wordt de behandelende arts vriendelijk verzocht daarvan melding te maken aan ondergetekende, daar over influenza-B in ons land nog zo goed als niets bekend is.

Academisch Ziekenhuis, Leiden, 10 Maart 1949

J. MULDER

CRYPTORCHISME

Naar aanleiding van het antwoord op vraag 60 (dit *Tijdschrift*, bl. 3857, 1948): „Wat is de therapie tegen een- of beiderzijdse cryptorchismus?” willen wij gaarne enkele opmerkingen maken. Wij menen, dat het gemaakte onderscheid tussen cryptorchismus en retentio testis tot verwarring aanleiding kan geven en ook niet in overeenstemming is met de gangbare nomenclatuur.

Een onvolledige ontwikkeling van de mannelijke genitalia kan men beschrijven naar 1e. localisatie, 2e. morfologie, 3e. functie. Voor zover ons bekend, is de meest gebruikte nomenclatuur voor het niet ingedaald zijn van de testis tot de normale plaats — in het scrotum — *cryptorchisme*. Het onevenredig klein zijn van de uitwendige genitalia t.o.v. de verdere lichamelijke ontwikkeling noemt men *hypogenitalisme*. Het onvoldoende functioneren van de testis t.o.v. de productie van hormonen en/of zaadcellen wordt aangegeven met *hypogonadisme*. Uiteraard hebben plaats, vorm en werking invloed op elkaar en ook de definities dekken elkaar hierdoor slechts gedeeltelijk. Het is echter niet juist, aan zuiver descriptieve definities oorzakelijke of gevolg-hebbende conclusies te verbinden. Dit doet men wel, wanneer men onderscheid maakt tussen „cryptorchisme” en „retentio testis”. Het is immers bekend, dat hormonale zowel als mechanische oorzaken nu eens een abdominale, dan weer een inguinale ligging van de testis tot gevolg kunnen hebben (o.a. EINHORN 1)) en therapeutische gevolgtrekkingen kan en mag men dus evenmin op grond van deze nomenclatuur maken. Wij stellen voor, dat men zich algemeen houdt aan de bovengenoemde definitie van cryptorchisme.

Ofschoon wij te Leiden over een behoorlijke ervaring op dit gebied beschikken, voelen wij ons nog niet gerechtigd scherpe richtlijnen voor de therapie aan te geven. HELLER 2), die op het ogenblik wel de meeste ervaring op het gebied van mannelijk hypogenitalisme en hypogonadisme bezit, wijst erop, dat bij vele cryptorchisten voor de puberteit een normale indaling plaats vindt. Bovendien, dat de biopsie van een niet en een wel ingedaalde testis vóór het begin van de puberteit eenzelfde beeld geeft, maar dat een niet ingedaalde testis na het intreden van de puberteit duidelijke involutie van zaadvormende elementen toont, terwijl na het volwassen worden dan zelden meer spermatogenese plaats vindt. Op grond hiervan raadt hij endocrine therapie bij cryptorchisme vrijwel geheel af, hetgeen ons te ver gaat. Onjuist acht hij het, chirurgische therapie in te stellen vóór het intreden van de puberteit; eveneens raadt hij orchidopexie hierna — dus in de adolescentie — af. Het enig juiste ogenblik acht hij het begin van de puberteit, gekenmerkt door groei van penis en scrotum en begin van pubesbehandling.

Wij zijn echter van mening, dat men aan een tijdige indaling van de testikels de voorkeur moet geven. Het staat vast, dat weliswaar de testosteronproductie door het interstitium bij ligging van de testikels in de buikholte kan ontstaan,

1) N. H. EINHORN en L. G. ROWNTREE, Result of treatment in 40 selected cases of cryptorchidism, *J. Clin. Endocrinol.* I, 8, 649, 1941.

2) C. G. HELLER en W. O. MADDOCK, The clinical use of testosterone in the male, *Vitamins and Hormones* V, 393 e.v., 1947.

maar ook, dat de spermatogenese daar niet tot stand komt. Aangezien wij niet precies weten of deze twee functies zich gelijktijdig ontwikkelen, zou het kunnen voorkomen, dat de spermatogenese reeds beschadigd is, voordat men de uitwendige tekenen van testosteronproductie, i.c. de ontwikkeling der secundaire geslachtskenmerken, kan waarnemen.

Tenslotte wijzen wij erop, dat ook om psychische redenen het soms nodig kan zijn, reeds vóór de puberteit een indaling van de testis te bewerkstelligen.

Leiden, 1 Maart 1949

H. A. VAN GILSE en A. QUERIDO

HET BLOEDBEELD BIJ NIET SPECIFIEKE CHIRURGISCHE ONTSTEKINGEN

Tegen het onder genoemde titel verschenen artikel van collega ELSBACH (dit *Tijdschrift*, blz. 634, 1949) zij het mij veroorloofd enige ernstige bezwaren naar voren te brengen.

De waarde van het bloedbeeld is zeer sterk afhankelijk van het inzicht van degene die gewend is bloedbeelden te beoordelen. De haematoloog — en ik stipuleer nadrukkelijk, dat ik hieronder wil verstaan de clinicus, hetzij internist of paediatr, die voor het bestuderen van ziekten van het bloed en de bloed-bereidende organen, naast het onderzoek van de patiënt, gebruik maakt van bepaalde haematologische onderzoekstechnieken — kent slechts enkele ziekten, waarbij aan het bloedbeeld een volstrekt diagnostische betekenis mag worden toegekend. Er zijn tijden geweest (vgl. SCHILLING in *Das Blutbild und seine klinische Verwertung*), dat men de haematologie identificeerde met het stellen van de diagnose en de prognose, welke uitsluitend gebaseerd was op de differentiële telling der leucocyten. Deze diagnostiek kon van achter de schrijftafel worden bedreven. Het behoeft geen nader betoog, dat onbekendheid met de ziekte-geschiedenis en de resultaten van het klinische onderzoek, dikwijls aanleiding gaf tot het stellen van volkomen foutieve „haematologische diagnoses”, en dat critische clinici weinig eerbied konden tonen voor dit werk. Uit het artikel van collega ELSBACH krijgt men thans sterk de indruk, dat hij deze voorbijge phase en donkere bladzijde in de haematologie weer in ere wil gaan herstellen. Dat betekent een stap achteruit en in dit geval — want hij heeft hier het oog op chirurgische ontstekingen — zelfs geen geheel ongevaarlijke stap.

Wanneer collega ELSBACH meent, dat hij de verschillende phases van een chirurgische ontsteking in het bloedbeeld kan herkennen (er worden 2 gevallen meegedeeld), dan dient men m.i. daarbij toch wel te bedenken, dat de veranderingen in het haemogram het gevolg zijn der klinische verschijnselen, d.w.z. na en niet *gelijktijdig met* deze verschijnselen ontstaan. Al vindt hij derhalve, op grond van een bloedbeeld, dat een patiënt met een appendiculair infiltraat in de regressieve phase is en niet geopereerd mag worden, dan geloof ik toch, dat een nauwgezet clinicus het risico van afwachten niet zal willen nemen, indien het klinische onderzoek hem daartoe niet uitdrukkelijk het recht geeft.

Amsterdam, 5 Maart 1949

S. I. DE VRIES

KOUDETRAUMATA

In aansluiting aan het belangwekkende artikel van dr. P. H. KRAMER over Oorlogsnephritis moge ik hier een juist gedane waarneming vermelden van het ziek worden na koudetrauma, een verschijnsel, dat steeds en overal de aandacht heeft getrokken en trekt, getuige de er op betrekking hebbende passages in de tocht der tienduizend bij XENOPHON in diens *Anabasis*, tot het artikel van J. M. MASSONS ESPLUGAS: Factores etiologicos de las congelaciones, in de zo juist verschenen aflevering van de te Barcelona uitgegeven *Acta Médica Hispanica*.

Bij een elfjarige knaap word ik door de huisarts in consult geroepen wegens hevige buikpijn met hoge koorts. Objectief was bij deze zwaar zieke jongen, behoudens een bleekgele gelaatstint, sterk zweten, hoge temperatuur en albuminurie eigenlijk geen verklaring te vinden voor zijn vrijwel algemene spierpijnen, die in rust en bij beweging bestaande, vooral ook bij druk verergerden. De