

Uit het antwoord op vraag 25 (1975) blijkt weer eens te meer dat de onderscheiding van de retractiele testikel een grote moeilijkheid blijft. Ik meen dat bij de pasgeborene de retractiele testikel zeer zeldzaam is. Zou dat waar zijn, dan wordt van het grootste belang (ik doe dat zelf al vele jaren) bij iedere pasgeborene zowel te onderzoeken als te noteren of de testes in het scrotum zijn. Het zo zelden voorkomen van retractiele testikel bij de pasgeborene zou te verklaren zijn uit de hoge geslachtshormoonspiegel op dat moment.

Literatuur: Vraag 25 (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1357.

Zwolle, september 1975

J. G. SCHWANTJE

Uit de reacties op het antwoord dat werd gegeven op de vraag „Wat wordt tegenwoordig de beste behandeling geacht voor cryptorchisme (hormonaal en (of) operatief), wat is de optimale leeftijd voor de behandeling en hoe is de prognose voor het functioneren van de testis?” blijkt enerzijds dat de meningen hierover nog steeds sterk verdeeld zijn, anderzijds dat het gegeven antwoord inderdaad wat eenzijdig gesteld was.

Uit de hoeveelheid van literatuur valt op te maken dat spontane indaling van een geretineerde testikel na het eerste levensjaar door velen wordt betwijfeld of ontkend (JOHNSTON 1968; HÖSLI 1971; SCORER en FARRINGTON 1971; PUNCH e.a. 1974).

De diagnose retractiele testikel is soms niet zo gemakkelijk te stellen als wordt verondersteld en daarom zullen af en toe retractiele testikels voor geretineerde testikels worden aangezien. Soms zijn verscheidene onderzoeken nodig om de diagnose retentio testis met zekerheid te stellen, waarbij veel geduld van de onderzoeker en oplettenheid van de ouders worden gevraagd (sterk retractiele testikels komen soms alleen tijdens het baden in het scrotum). Enerzijds treft men in de literatuur uitspraken aan waaruit valt op te maken dat een succesvolle hormonale behandeling berust op het feit dat het succes niet herkende retractiele testikels betrof (JOHNSTON 1968; HÖSLI 1971), anderzijds wordt beschreven dat hormonale therapie in 33% der gevallen met dubbelzijdige retentio testis succes heeft en in 16% der enkelzijdige gevallen (PUNCH e.a. 1974). Opvallend is daarbij de bevinding van HÖSLI (1971) dat het histologische beeld van testisbiopten na een geslaagde hormonale behandeling even slecht is als bij onbehandelde geretineerd gebleven testikels. Ook onze adviseur zag nimmer succes van hormonale behandeling, waardoor hij zich met JOHNSTON en SCORER schaart onder de voorstanders van operatieve behandeling.

Dat bij de neonaat in de regel geen retractiele testikels worden waargenomen berust op het feit dat kort na de geboorte de cremasterreflex meestal nog afwezig is (SCORER en FARRINGTON 1971). De latere retractiele testikel ligt bij de neonaat nog in het scrotum.

Als argument voor het vroeg opereren van de retentio testis moge worden verwezen naar de artikelen van HÖSLI, JOHNSTON, LATTIMER, PUNCH en SCORER. Bij het onderzoek van testisbiopten bleek dat bij vroeg geopereerde testikels de histopathologische veranderingen geringer waren naarmate de operatie in een vroeger stadium werd uitgevoerd, waarna vele testikels zich normaal ontwikkelden. Ook bij dubbelzijdige retentio testis werd soms nog een goede fertiliteit verkregen mits de operatie voor de puberteit had plaatsgevonden. Enkelen, o.a. HÖSLI, menen op grond van

histologische onderzoeken dat het gunstigste tijdstip voor operatie nog vroeger valt dan het vijfde levensjaar en wel direct na het tweede jaar. De prognose ten aanzien van de fertiliteit zou bij vroeg opereren vooral bij de eenzijdige retentio testis gunstig zijn, omdat bij enkelzijdige afwijkingen slechts in een gering percentage sprake is van een dysplastische testikel (HÖSLI; SCORER).

Dat vroege operatie een groter gevaar voor beschadiging van de vascularisatie van de testikel met zich brengt en soms minder fraaie resultaten geeft, is helaas niet te ontkennen en een argument temeer om deze operatie niet te bagatelliseren en alleen toe te vertrouwen aan ervaren operateurs die een grote „kinderpraktijk” hebben en veelvuldig orchidopexie verrichten. In de regel zullen dit kinderchirurgen of kinderurologen zijn.

Gezien de recente literatuur moet er naar worden gestreefd dat de testikels zich in het vijfde jaar in het scrotum bevinden. In hoeverre hierdoor een verbetering van de fertiliteit zal worden verkregen is nog een open vraag en is de moeite waard voor een prospectief onderzoek zoals door de Leidse Werkgroep wordt voorgestaan.

Literatuur: HÖSLI, P. O. (1971) Zur Problematik der Behandlung des Kryptorchismus. *Actuelle Urologie* 2, 107. — JOHNSTON, J. H. (1968) Cryptorchism. In: D. INNES WILLIAMS, *Paediatric urology*. Butterworths, Londen. — LATTIMER, J. K., A. M. SMITH en L. J. DOUGHERTY (1974) Cryptorchism. In: J. H. JOHNSTON en W. E. GOODWIN, *Reviews in paediatric urology*. Excerpta Medica, Amsterdam. — PUNCH, L., TH. ACETO en H. F. L. MEIJER-BAHBURG (1974) *Cryptorchism. A paediatric review*. The Urological Clinics of North America. Oktober, bl. 573. — SCORER, C. G. (1964) The descent of the testis. *Arch. Dis. Childh.* 39, 605. — SCORER, C. G. en G. H. FARRINGTON (1971) *Congenital deformities of the testis and epididymis*. Butterworths, Londen.

REDACTIE

Bladvulling

Woningnood in Amsterdam

„Dat ook in ons vaderland in verscheidene gemeenten de woningtoestanden over het algemeen verre van voldoende zijn te achten, is bekend. In Amsterdam bijv. kan een werkmans (vakman) met zijn gezin, met een gemiddeld weekloon van f 15 (60 uur werktijd tegen f 0,25 per uur), zoo hij niet geheel aan de grenzen der gemeente wil wonen, niet veel meer voor woning krijgen dan één kamer met alfoon en keuken, tegen f 2,80 - 2,20 's weeks, al naar gelang van de ligging der woning in het perceel, 1-, 2- of 3-hoog, voor of achter. De arbeider met minder verdiensten en verder de eigenlijke paupers, hebben over het algemeen niet meer dan één kamer ter hunner beschikking, waarin het geheele gezin moet huizen en slapen, waarin gekookt, gewassen en het goed gedroogd moet worden. Woningen dikwijls zonder privaat en gootsteenwaterlozing, soms bovendien zonder waterleiding; in huizen dikwijls bouwvallig of slecht onderhouden; vaak voorzien met allerlei gebreken als vochtigheid, slechte toevoer van lucht en licht, wegens ligging aan een nauwe gang of slop, ongedierte enz.”

(RINGELING, H. G. (1901) *Ned. T. Geneesk.* 37 I, 144.)