

structuur van de normale en niet gedescenseerde testis toont aan, dat bij de maldescensus testis reeds bij de geboorte atrofie van de Leydigcellen bestaat (HADZISELIMOVIĆ 1977). Deze slechte fertiliteitsprognose rechtvaardigt ons, mede gezien het onderzoek van Hadziselimović, vroegtijdig met HCG te beginnen.

Weinig kritisch is de opmerking dat kinderen met retractiele testes geen behandeling behoeven: kinderen met laag ingedaalde retractiele testes behoeven noch chirurgische, noch hormonale therapie.

Uitgebreid endocrinologisch onderzoek als een routine bij maldescensus testis acht ik op dit moment nog prematuur. Zo is in het bijzonder de waarde van de LH-RH-test, en HCG-test op zeer jeugdige leeftijd nog zeer omstrede. Tegen een goed voorbereide wetenschappelijke studie heb ik uiteraard geen bezwaar.

Prof. VISSER maakt tenslotte bezwaar tegen behandeling door de huisarts, terwijl ik de tijdige herkenning als een taak van de huisarts in mijn slotbeschouwing opnam. Een goede samenwerking tussen huisarts en specialist lijkt mij ook hier overigens zeer gewenst.

Literatuur: HADZISELIMOVIĆ, F. (1977) *Advances in anatomy, embryology and cell biology*. Vol. 53, Fasc. 3. Cryptorchidism. – LUDWIG, G. en J. POTEMPA (1975) *Dtsch. med. Wschr.* 100, 680. – RICHTER, W., M. PRÖSCHOLD, O. BUTENANDT e.a. (1976) *Klin. Wschr.* 54, 467.

Aken februari 1981

H. H. J. LELIEFELD

Na het goed gedocumenteerde artikel van LELIEFELD en LUTZEYER (1980) waarbij een lans wordt gebroken voor orchidopexie op jongere leeftijd, halen MOLENAAR en SCHOLTMEIJER (1980) in een commentaar een uitspraak aan van de redactie van dit tijdschrift uit 1975, dat de orchidopexie op jongere leeftijd het best kan worden uitgevoerd door de kinderchirurg of kinderuroloog. Dit niet met nadere reden omklede pleidooi geeft o.i. echter weinig blijk van realiteitszin. Immers, het gaat hier om 5500 operaties (SMR-gegevens 1979) terwijl er in Nederland slechts ongeveer 8 kinderchirurgen en 1 kinderuroloog werkzaam zijn. Deze hooggespecialiseerde collegae zouden o.i. beter hun tijd kunnen besteden aan de diagnostiek en behandeling van zeldzaam voorkomende congenitale aandoeningen, resp. gecompliceerde correctie-technieken, waarin het voor de „algemene” chirurg en uroloog moeilijk is om ervaring op te doen. Dit gaat duidelijk niet op voor het cryptorchisme; ten eerste is het niet zeldzaam en ten tweede vergt dit niet een zeer gecompliceerde operatie-techniek.

Het ware beter geweest de ongeveer 150 werkzame urologen, die als hun specialisme hebben „de behandeling van de urinewegen en de mannelijke genitaliën” en zich als zodanig dagelijks bezighouden met de orchidopexie, enkele gedetailleerde aanwijzingen te geven, voor zover nog nodig. Immers, welk essentieel verschil is er in techniek van de orchidopexie van een 8-jarige, resp. 2-jarige, anders dan een nauwkeurige prepareertechniek? Iets dat wij onze assistenten reeds dagelijks trachten bij te brengen.

Literatuur: LELIEFELD, H. H. J. en W. LUTZEYER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2043. – MOLENAAR, J. C. en R. J. SCHOLTMEIJER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2048.

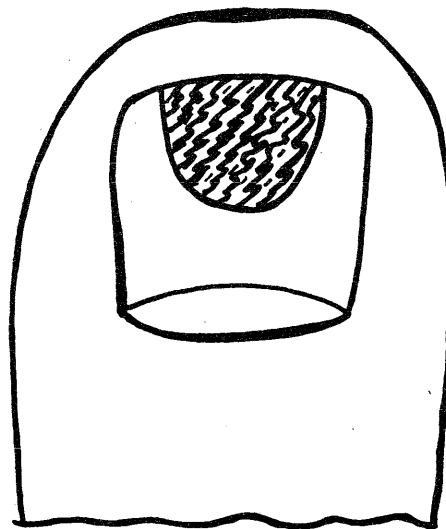
's-Hertogenbosch, december 1980

R. A. JÄNKNEGT
L. M. H. SCHREINEMACHERS
A. J. SMANS

Partiële matrixexcisie als behandeling van de ingroeivende nagel

Naar aanleiding van het artikel van SCHÜTTE (1980) het volgende:

Het zo ver mogelijk wegschaven van de nagel tot (vrijwel) op het nagelbed, met behoud van de randen, doet de pijn op slag verdwijnen en maakt de patiënt bij werkverzuim direct weer arbeidsgeschikt (zie figuur). De druk van de nagelrand op de omslagplooi verdwijnt en de nagel kan zonder enige moeilijkheid en zonder enige mutilatie uitgroeien. Het kan zijn dat na enkele weken bijgeschaafd moet worden. Deze behandeling gaat prima met een Sandvik No 402 (schuurstaal, spits schaafmodel, extra fijn).



Deze mededeling is niet bedoeld als kritiek op het artikel van collega SCHÜTTE, doch slechts als vermelding van een zeer eenvoudige, in de huisartsenpraktijk toe te passen behandeling. Een behandeling die, alvorens chirurgisch in te grijpen, het toepassen alleszins waard is.

Literatuur: SCHÜTTE, P. R. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1868.

Rotterdam, december 1980

J. P. M. TROUW

Is urologisch onderzoek bij enuresis geïndiceerd?

Gaarne zou ik willen reageren op de klinische les van prof. SCHOLTMEIJER (1981).

De vraag die collega SCHOLTMEIJER stelt wordt door hem maar gedeeltelijk beantwoord. Het antwoord moet naar mijn mening duidelijk positief zijn; het komt er echter alleen maar op aan dat men vaststelt welk urologisch onderzoek nodig is en wat men verstaat onder enuresis. Terecht stelt hij in het slot van zijn klinische les als beleid voor het onderzoek: een uitgebreide anamnese (waarbij ook moet worden vastgesteld of er een enuresis nocturna, diurna of beide bestaan), een goed lichamelijk en urine-onderzoek, en observatie van de urinestraal. Dit onderzoek, dat ook „urologisch” is te noemen, kan door iedere arts worden uitgevoerd. Het is jammer, dat SCHOLTMEIJER hierna niet vaststelt dat, als deze onderzoeken normale uitkomsten geven, verder „urologisch” onderzoek in de zin van functioneel, endoscopisch en röntgenonderzoek onnodig is bij de typische primaire enuresis nocturna.