

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

### *Het paroxismale vingerhematoom*

Naar aanleiding van het artikel van professor VAN DIJK c.s. (1973) over het paroxismale vingerhematoom wil ik een patiënte van mij beschrijven met een identieke aandoening, waaraan de patiënte noch ik als haar huisarts zoveel belang hechtte, zodat nooit nader specialistisch onderzoek hiervoor heeft plaatsgevonden.

Het betreft een gehuwde vrouw, geboren in 1932, met vier gezonde kinderen. Zij kreeg voor het eerst last van deze aandoening toen ze 37 jaar was. Zij was dus veel jonger dan de leeftijd van voorkeur, die Prof. VAN DIJK aangeeft. De zwelling begint altijd aan de ventrale zijde van de middenphalanx. Zij krijgt deze afwisselend in de derde, vierde of vijfde vinger, vaker links dan rechts; zelden aan de tweede vinger, het meest aan de vierde en derde vinger. De zwelling ontstaat in de loop van de dag, in korte tijd en krijgt een roodblauwe verkleuring, die later livide wordt. De vinger is nog nooit bleek of koud geworden, maar voelt subjectief gespannen aan door de zwelling. Ze ontstaat spontaan of na gebruik van de hand om iets te pakken of te draaien. Patiënte is rechtshandig. Zij heeft geen varicosis (slechts één vena op het scheenbeen is iets verwijd); zij rookt 6 sigaretten per dag en heeft op 25-jarige leeftijd een ulcus duodeni gehad. Van tijd tot tijd slikt patiënte antacida. Het al of niet gebruiken van de „pil” heeft geen invloed op het aantal noch op de hevigheid van de aanvallen. Patiënte is goed gezond en geeft geen aanleiding het bestaan van slechte vaten te overwegen. Er zijn geen seizoen-invloeden en gedurende de laatste vier jaar heeft zij het minstens drie keer per jaar gehad. Wel heeft patiënte een enkele keer een lichte aanval van Quincke-oedeem gehad van de bovenlip. Het is voor de patiënte noch voor mij ooit onrustbarend geweest. In enkele dagen is alles weer normaal.

Voor één ding moet ik waarschuwen. De patiënte voelt de aandoening opkomen en doet snel de trouwring af (verstandig om afknellen te voorkómen).

*Literatuur:* DIJK, E. VAN (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 982.

Haarlem, 2 juli 1973

F. M. KROUWELS

### *Vaccinaties voor de tropen en subtropen*

In de belangwekkende gedachtenwisseling omtrent vaccinatieschema's is door collega WOLFF (1973) de BCG-vaccinatie ter sprake gebracht. In zijn antwoord merkt Prof. ZUIDEMA (1973) op: „Longartsen achten BCG-vaccinatie voor bepaalde groepen zo belangrijk dat deze bij tijdgebrek zonder voorafgaande reactie van Mantoux... mag worden verricht.” Ik wil daarbij gaarne de volgende opmerking maken.

De zogenaamde directe BCG-vaccinatie (i.e. zonder voorafgaand tuberculine-onderzoek) heeft van het WHO Expert Committee on Tuberculosis (1963) na lange aarzeling als volgt het „groene licht” gekregen: „In countries where BCG vaccination is essential to the effective control of tuberculosis, where cost is of major importance, and where prior tuberculin testing would considerably reduce coverage, direct BCG vaccination is recommended by the Committee as a public health procedure. However, before this procedure is applied throughout a country, a pilot study should be conducted in order to determine its acceptability and the age-

groups in which it will be carried out during the subsequent country-wide programme.”

Hier geldt de overweging dat in landen waar jonge kinderen *massaal* met BCG worden gevaccineerd, de voordelen van directe BCG-vaccinatie tegen de nadelen kunnen opwegen.

Bij individuele BCG-vaccinatie van expatriërende Nederlanders is voorafgaand tuberculine-onderzoek echter geïndiceerd omdat directe vaccinatie geen voordelen doch wel nadelen biedt. Er bestaat bij hen een met de leeftijd stijgende kans op tuberculinegevoeligheid. Is die aanwezig, dan is BCG-toediening niet alleen zinloos, doch ze kan tevens leiden tot het zg. fenomeen van Koch, een onaangenaam euvel, dat tuberculostatische behandeling noodzakelijk kan maken.

Directe BCG-vaccinatie „uit tijdnood” moet daarom worden ontraden; men voorkomt tijdnood door het tuberculine-onderzoek in het vaccinatieschema op te nemen. In verband met de lange incubatie van de eventueel aansluitende BCG-vaccinatie, is het gewenst dat aan het begin van — of voorafgaand aan — het schema te doen.

*Literatuur:* WOLFF, H. L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 963. — WHO Expert Committee on Tuberculosis (1964) *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.* Nr. 290, bl. 11. — ZUIDEMA, P. J. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 964.

's-Gravenhage, 26 juni 1973

J. MEIJER

Collega MEIJER schrijft in de laatste alinea dat men tijdnood voorkomen kan. Was dit maar zo! De moeilijkheid is juist dat vele aanstaande reizigers zich pas kort voor vertrek voor vaccinatie melden. Wat dan te doen bij een hip jongmens dat voornemens is vele maanden door India te zwerfen? Dergelijke gevallen had ik op het oog toen ik, na overleg met Dr. R. B. SPANJAARD (directeur districtsconsultatiebureau der Amsterdamse Vereniging tot bestrijding der tuberculose), schreef dat BCG-vaccinatie zonder voorafgaande reactie van Mantoux verricht kan worden. Ik begrijp nu dat de longartsen op deze vraag geen eensluidend antwoord geven. Daar de reactie van Mantoux en de BCG-vaccinatie op de consultatiebureaus voor tuberculose worden uitgevoerd, lijkt het me aanbevelingswaard dat de longartsen zich over deze vraag nog eens beraden en daarna hun standpunt kenbaar maken.

Amsterdam, 9 juli 1973

P. J. ZUIDEMA

### *Andrologische aspecten van de menselijke vruchtbaarheid*

In zijn artikel (1973) doet KREMER uitspraken die hij niet aannemelijk maakt en die m.i. niet onweersproken mogen blijven.

De exacte bespreking van verantwoord sperma-onderzoek en van de functie van het „slijmloperkje” zijn lezenswaardig, al zouden er psychosomatische kanttekeningen bij gemaakt kunnen worden (BLIJHAM, 1960). Meer tot reactie prikkelend wordt het echter wanneer KREMER ingaat op coitusproblemen, potentieproblemen en ejaculatiestoornissen. Zijn schema „impotentia coeundi” heeft m.i. behalve onjuistheden ook alle gevaren in zich van een simplificerend schema; het

reduceert de problematiek op een ongewenste wijze, in diverse opzichten.

De impotentia erigendi is niet zelden afwisselend relatief en absoluut; het criterium „al of niet voorafgegaan door ejaculatio praecox” is niet zo absoluut schematisch te hanteren. Het is zeer de vraag of er vormen van potentiëstoornissen en ejaculatiëstoornissen bestaan die „altijd psycho-geen” zijn.

Ik meen dat er bij al deze stoornissen wel steeds sprake is van een multiconditiënele constellatie van causale factoren. Een dergelijke constellatie ontgaat de medicus nogal eens ten gevolge van onvolledig onderzoek of onvoldoende scholing. Dit geldt zowel de eenzijdig somatisch denkenden als ook de psychiaters met blinde vlekken voor de somatische factoren. Ik zou de of-of-formule van KREMER willen vervangen door de en-en-benadering. Men denke bv. aan de multiconditiënele gedetermineerde potentiëstoornissen bij diverse neurologische, organisch cerebrale en internistische ziektebeelden waarbij er behalve deze aspecten vrijwel steeds tevens persoonlijke, c.q. neurotische elementen meespelen.

Soortgelijke kritiek geldt het deel van het schema van KREMER betreffende de impotentia ejaculandi. Dat de verhoudingen in feite veel ingewikkelder liggen dan het schema van KREMER wil doen geloven, moge o.m. ook blijken uit een artikel van ondergetekende (BLIJHAM 1961). Het gelanceerde schema verraadt de biologische instelling van KREMER, zoals ook blijkt uit de zinsneden: het echtpaar moet als een biologische eenheid worden onderzocht. M.i. een gevaarlijke benadering van een zo persoonlijke aangelegenheid als de menselijke seksualiteit, alsmede het voortplantings-aspect daarvan.

In elk „fysisch-organisch” menselijk gebeuren speelt altijd de psychische dimensie mee en omgekeerd! Vaak niet speciaal in een oorzaak-gevolg-relatie in natuurwetenschappelijke zin, maar wel steeds als een uitdrukking van een zijns-wijze. Zo goed als een somatische behandeling kan falen door onvoldoende aandacht te schenken aan deze existentiële-antropologische aspecten, zo goed (het zij met nadruk gezegd) mislukken er nogal eens psychiatrische andrologische behandelingen om omgekeerde redenen.

Ten slotte nog dit. De bezwaren van psychiatrische zijde gelden niet zo zeer de homologe inseminatie als zodanig, maar het toepassen ervan zonder vooraf voldoende onderzoek te hebben verricht naar de hoedanigheden van de huwelijksrelatie en het te verwachten ouderschap (BLIJHAM 1962). Impotentia coeundi is niet zelden een uiting van een ernstig gestoord functioneren in de relatie met de partner. Dat daarbij de huwelijksrelatie toch als „goed” kan imponeren, is bekend. Deze verhoudingen worden echter helaas vaak onvoldoende herkend en doorschouwd.

Verlangen naar kinderen dient zo veel mogelijk te worden geanalyseerd op zijn determinanten, op verantwoorde en vakkundige wijze, vanaf het ogenblik dat de medicus daarin gaat interveniëren. Van de risico's die het inseminatie-kind anders loopt, zijn mij afschuwelijke voorbeelden bekend.

*Literatuur:* BLIJHAM, H. (1960) *Psychosomatische factoren in het steriele huwelijk*. Proefschrift Groningen; (1961) A patient cured by psychotherapy. *Studies in honor of professor Giuseppe Tesauro*, Vol. I, bl. 162. Napels; (1962) Discussie over Rapport kunstmatige inseminatie. *Med. Contact (Amst.)* 17, 341. — KREMER, J. (1973) Andrologische aspecten van de menselijke vruchtbaarheid. *Ned. T. Geneesk.* 117, 734.

Groningen, juni 1973

H. BLIJHAM  
*Ned. T. Geneesk.* 117, nr. 31, 1973

Collega BLIJHAM heeft kritiek op mijn schema betreffende impotentia coeundi. Hij meent dat dit schema de problematiek op ongewenste wijze reduceert. Elk schema heeft als doel een overzichtelijke samenvatting van het geheel te geven en moet daarom reducerend zijn. Dat het door mij opgestelde schema de problematiek op ongewenste wijze reduceert, wordt door het betoog van collega BLIJHAM niet waar gemaakt.

Collega BLIJHAM betwijfelt of er obligeert psychogene potentië- en ejaculatië-stoornissen bestaan. Hij is van mening dat bij al deze stoornissen steeds (cursivering van mij) sprake is van een multiconditiënele constellatie van causale factoren. Het is prijzenswaard wanneer BLIJHAM als psychiater ook aan de somatische genese van de potentiëstoornissen een plaats wil toekennen. Hij moet het echter niet overdrijven. Wanneer een man komt met de klacht dat zijn erectie verdwijnt zodra de phallus de introitus vaginae nadert, dan is het mij niet duidelijk waarom hierbij nog aan een andere dan aan een psychogenese gedacht moet worden. Wanneer de ejaculatiëreflex niet in gang gebracht kan worden door intravaginale frictie en wel spontaan in gang komt tijdens de slaap, dan is psychogenese toch wel zeer voor de hand liggend. Een somatische genese van dit verschijnsel is, voor zover mij bekend, nog nooit beschreven.

Waarom het schema mijn biologische instelling verraadt, is mij niet duidelijk. Veel in het artikel zou hierop kunnen wijzen, maar het schema juist niet, omdat hierin aan de psychogenese een belangrijke plaats wordt toegekend.

Terecht waarschuwt BLIJHAM tegen KIH bij een echtpaar als de impotentia coeundi een uiting is van een gestoorde huwelijksrelatie. Niet alleen KIH, maar elke causale of symptomatische fertiliteitsbehandeling is dan gecontraïndiceerd. Het echtpaar noch het kind wordt hiermee een goede dienst bewezen. Daarom heb ik in mijn artikel de indicatiëstelling voor de KIH bij impotentia coeundi ook beperkt tot echtparen bij wie overigens alle tekenen van een goede huwelijksrelatie aanwezig zijn. Niet optimaal seksueel functioneren is wel een groot gemis in het huwelijk maar sluit een goede huwelijksrelatie niet uit! Het weigeren van hulp aan deze echtparen is m.i. niet terecht.

Groningen, juni 1973

J. KREMER

### *Rubellavaccinatie en zwangerschap*

Terecht wijst DEKKING (1973) er in een Commentaar op, dat bij beperking van de rubellavaccinatie tot de kinderleeftijd er een niet onaanzienlijke populatie oudere vrouwen overblijft, die niet immuun is tegen rodehond. Waarschijnlijk tegen zijn bedoeling in zou men de indruk kunnen krijgen, dat de medewerking van de kant der laboratoriumartsen tot het verrichten van het serologisch onderzoek voor deze populatie gering is.

Deze indruk wordt gewekt door de uitspraken: a. dat de prijs van een hemagglutineringsreactie in veel plaatsen hoger is dan de prijs van vaccinatie; b. dat voor een bepaling in de stad New York  $f 1,-$  in rekening wordt gebracht; daarbij wordt niet vermeld of dit een kwantitatieve of een kwalitatieve bepaling is.

Het lijkt mij daarom nuttig op het volgende te wijzen:

1. Dat de honorering van het onderzoek op antistoffen met de hemagglutineringsreactie op advies van de Technische Laboratorium Commissie door de ziekenfondsen plaatsvindt met 18 B punten ( $f 26,44$  volgens de huidige puntenwaardering). Deze honorering is afgestemd op een kwantitatieve bepaling en tevens op een uitvoering binnen