

## INGEZONDEN

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

### *Echinokokkose in Turkana (Kenia)*

In de referatenrubriek tropische geneeskunde beschrijft ZUIDEMA (1977) het endemisch voorkomen van echinokokkose in Turkana (Kenia). Bij de operatieve verwijdering van hydatide kysten wordt het wondbed meestal met een formale-oplossing gespoeld. Over de sterkte van de daarvoor te gebruiken oplossing kan gemakkelijk verwarring ontstaan. Formaline (officiële naam solutio formaldehydi) is een ongeveer 36%-oplossing van formaldehyde in water. De juiste sterkte voor wondspoeling is een 6 à 10%-formaline-oplossing, wat neerkomt op een 2 à 3%-oplossing van formaldehyde in water.

*Literatuur:* ZUIDEMA, P. J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 806.

Amsterdam, juni 1977

P. E. KAMP

### *Autonome innervatie en vruchtbaarheid van de man*

Met grote belangstelling heb ik de beide artikelen van collega SWAAB (1977) gelezen. Getuige één van de stellingen bij mijn onlangs verschenen proefschrift (1977), ben ik het met de strekking volledig eens. Toch wil ik bij sommige punten enige kanttekeningen plaatsen en wel in de eerste plaats waar het gaat over het erectiemechanisme. Volgens de schrijver zou erectie uitsluitend optreden via de parasympathische nervus pelvicus. De in de literatuur vermelde gevallen van impotentie verklaart SWAAB in de eerste plaats uit „psychische” factoren en in de tweede plaats door er naar te verwijzen dat het begrip impotentie niet altijd duidelijk gedefinieerd wordt. Het laatste is zeker het geval. Dat echter erectie uitsluitend d.m.v. de nervus pelvicus tot stand zou komen, is niet geheel juist blijktens de literatuur. BORS en COMARR (1960) bestudeerden bij 529 militairen die tijdens de Koreaanse oorlog een dwarslaesie opliepen, het seksuele functioneren. Van degenen met een complete dwarslaesie van het sacrale merg vertoonden 26% erecties tegen 93% met een complete laesie welke boven het sacrale merg gelegen was. Uit een onderzoek door COMARR (1970) bij 115 militairen die tijdens de Vietnam-oorlog een complete dwarslaesie opliepen, bleek dat 93% met een laesie boven het sacrale merg door stimulatie van de penis erecties konden induceren, terwijl 9% door „psychogene” stimuli hiertoe in staat waren. Bij patiënten met een complete dwarslaesie ter hoogte van het sacrale merg waren deze percentages resp. 0 en 24. Op grond van deze bevindingen concludeerden deze onderzoekers dat er bij de mens een „psychogeen activeerbaar erectiecentrum” aanwezig is ter hoogte van de overgang van het thoracale naar het lumbale merg. Vanuit dit centrum treden autonome vezels uit de segmenten Th.11 tot L.2 en lopen dan via de grensstreng, welke zij via het ganglion L.1 verlaten, met de nervi splanchnici naar de sympathische plexus op de grote vaten. Van hier lopen zij met de nervus

hypogastricus via de plexus pelvicus naar de penis. Deze vezels zouden bij de totstandkoming van erectie een rol spelen d.m.v. het verminderen van de gewoonlijk aanwezige vasoconstrictoire tonus. Ook TARABULCY (1972) en VERKUYL (1976) onderschrijven het bestaan van een thoracolumbaal erectiecentrum. Bij verschillende diersoorten is een dergelijk ruggemercentrum ook beschreven (voor overzicht zie mijn proefschrift). Erectiestoornissen na beschadiging van sympatische banen moeten in de eerste plaats verklaard worden op basis van dit erectiecentrum. De aanwezigheid van twee afzonderlijke spinale centra voor erectie met de daarbij behorende perifere zenuwbanen heeft therapeutische consequenties voor patiënten met dwarslaesies. Afhankelijk van de hoogte van de laesie kan nl. erectie door psychische stimuli (erotische fantasieën e.d.), dan wel door somatische stimuli vanuit de uitwendige genitalia (reflectoire erectie) teweeggebracht worden (VERKUYL 1976).

Een ander punt betreft de opmerking van de schrijver dat de idee om d.m.v. sympathicusremmers een tijdelijke infertilitet bij de man te induceren, in de literatuur nog niet eerder geopperd zou zijn. Dit is echter niet juist. Ook KEDIA en MARKLAND (1975) waren van mening dat „... their ( $\alpha$ -adrenergic blocking agents) use as reversible male contraceptives should be investigated”. BAUMGARTEN e.a. (1975) noemen deze mogelijkheid ook, hoewel zij wegens de bijwerkingen van sympathicolytica toch pessimistischer zijn.

Tenslotte wil ik opmerken dat het m.i. interessant geweest zou zijn indien dr. SWAAB ook het therapeutische gebruik van op het autonome zenuwstelsel werkende stoffen wegens infertilitet bij mannen had besproken. Immers, slechts bij ongeveer de helft van mannen met verminderde vruchtbaarheid is een oorzaak bekend (AAFJES en DE VIJVER 1976). De mogelijkheid dat motiliteitsstoornissen van de epididymis hierbij een rol spelen, is geenszins uitgesloten. Het lijkt daarom niet irreëel om deze categorie mannen met pharmaca welke op het autonome zenuwstelsel hun werking uitoefenen, te behandelen. Een dergelijke experimentele behandeling dient uiteraard onder nauwgezette controle te geschieden.

*Literatuur:* AAFJES, J. H. en J. C. M. VAN DER VIJVER (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 865. — BAUMGARTEN, H. G., CH. OWMAN en N. O. SJÖBERG (1975) In: J. J. SCIARRA, C. MARKLAND en J. J. SPEIDEL, *Control of male fertility*, bl. 26. Harper and Row, Hagerstown (Maryland). — BORS, E. en A. E. COMARR (1960) *Urol. Surv.* 10, 191. — COMARR, A. E. (1970) *Urol. Int. (Basel)* 25, 134. — KEDIA, K. en C. MARKLAND (1975) In: J. J. SCIARRA, C. MARKLAND en J. J. SPEIDEL, *Control of male fertility*, bl. 240. Harper and Row, Hagerstown (Maryland). — LODDER, J. (1977) Proefschrift Rotterdam. — SWAAB, L. I. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1018 en 1046. — TARABULCY, E. (1972) *Paraplegia* 10, 201. — VERKUYL, A. (1976) *Handbook of clinical neurology*, deel 26, bl. 437.

Slikkerveer, juni 1977

J. LODDER

De aanvulling door collega LODDER is waard gelezen te worden. Gezien zijn literatuur-opgave sub 3 voeg ik mijn gelukwensen toe met zijn recente promotie.

De mogelijkheid dat de sympathicus eveneens een bijdrage

levert voor de erectie werd door mij vermeld op bl. 1022 en 1049. Hierbij werd opgemerkt dat volgens TALBOT een psychogene erectie bij dwarslaesie er op wijst dat het ruggemerg ter plaatse niet volledig is gedestruëerd, ondanks het uitvallen van motoriek en sensibiliteit. Het lijkt zeker niet onmogelijk dat de verklaring die collega LODDER geeft, de juiste zal blijken te zijn en dat een tweede (lumbair) erectiecentrum moet worden aangenomen.

Over het verbeteren van subnormaal sperma met autonome pharmaca is weinig bekend (zie mijn citaat van BELL op bl. 1021). Deze therapie heeft mijns inziens geen zin indien — zoals veelal het geval is — tevens het percentage abnormale koppen verhoogd is, aangezien dan een fout in de spermatogenese waarschijnlijker is dan een afwijking in de epididymis. Atropine is wel toegepast als spasmolyticum in de veronderstelling dat de subfertiliteit zou kunnen berusten op een kramp in de afvoerwegen. Gezien de overheersende invloed van androgenen o.a. op de secretie in de epididymis wordt nogal eens mesterolon (Proviron) voorgeschreven, overigens met wisselend resultaat.

Mijn bijdrage werd bijna twee jaar geleden ingezonden, zodat een deel van de door collega LODDER geciteerde literatuur nog niet voorhanden was. Inderdaad hebben na mij ook anderen het idee opgevat sympathicolytica als contraceptivum te testen. In een naschrift werd KEDIA in mijn artikel vermeld; dit post scriptum werd door de inzender kennelijk niet opgemerkt.

Amsterdam, juli 1977

L. I. SWAAB

## *Os naviculare bipartitum*

Naar aanleiding van het referaat van collega KINGMA (1977) kan ik de volgende mededeling doen:

Zo er al in de pols (handwortel) geen congenitaal os naviculare bipartitum bestaat, in de voetwortel bestaat het naar mijn ervaring wel. Ik ben dit als volgt op het spoor gekomen:

Ongeveer tien jaar geleden nog huisartsenpraktijk uitoefenende kreeg ik een man van middelbare leeftijd onder behandeling wegens een niet ernstig voettrauma. De klachten bleven lang aanhouden zodat ik de man naar een naburig academisch ziekenhuis verwees waar een fractuur van het os naviculare werd vastgesteld, althans een in tweeën liggend botje. Het is een langdurig geval geworden; de man heeft zijn oude werk waarbij hij op stalen sporten moest klimmen nooit meer kunnen doen, hij is later pompbediend geworden.

Nu hadden wij in onze artsenkring een eenvoudig Philips-röntgentoestelletje in gebruik voor fracturen van de kleine botten. Hoe ik er toe kwam weet ik niet precies meer, maar toen het geval van de voet als maar doorzourde, heb ik ook een foto van de andere voet gemaakt. Tot mijn verbazing zag ik hetzelfde beeld verschijnen als van de getraumatiseerde voet. In een boek dat we nogal eens plachten na te slaan: *Normales und Pathologisches im Röntgenbild* (de schrijver ben ik vergeten) werd beschreven dat er congenitale ossa navicularia bipartita in de voetwortel voorkomen en dat de afwijking erfelijk kan zijn. Nu had mijn patiënt twee zonen die ik ijlings voor het röntgenapparaat heb laten verschijnen. Beide hadden beiderzijds een os naviculare bipartitum in hun voetwortels! Dit zullen wel niet allemaal oude fracturen geweest zijn.

Over de handwortel durf ik niet te oordelen, maar in de voetwortel bestaat het congenitale os naviculare bipartitum!

*Literatuur:* KINGMA, M. J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1104.

Zeist, juli 1977

J. W. BOEHMER

## *Vroege diagnostiek van maagcarcinoom bij risicodragers*

Op ons artikel (1977) zijn van diverse zijden reacties en kritiek gekomen, speciaal wat betreft de wijze waarop de screening voor maagcarcinoom dient te geschieden.

Vooralsnog heeft de „screening” zich naar onze mening te beperken tot patiënten met pernicioze anemie. Voor de maagsectie-patiënten lijkt het aangewezen de resultaten van de lopende onderzoeken dienaangaande af te wachten. Voor de screening van de asymptomatische pernicioso-patiënten gaat onze voorkeur uit naar de jaarlijkse endoscopie met multiële biopsie, omdat het vooral de epitheliale dysplastische veranderingen zijn die dienen te worden opgespoord, liefst nog voordat er bij röntgenonderzoek of endoscopie duidelijke afwijkingen waarneembaar zijn. Dit endoscopisch biopteren dient als een alternatief te worden beschouwd van de jaarlijkse exfoliatieve cytologie die tot voor kort in diverse gastro-enterologische centra werd toegepast bij pernicioso-patiënten. Exfoliatieve cytologie is echter arbeidsintensief en vereist gespecialiseerde cytotechnologische kennis die op de meeste plaatsen ontbreekt. Wel is een oriënterend röntgenonderzoek ter anatomische informatie bij het begin van het screeningprogramma bij deze patiënten wenselijk.

Afgaand op de reacties die ons bereikten schijnt ons artikel de indruk te kunnen wekken dat wij endoscopie verkiezen als eerste onderzoek, ook bij het routine-onderzoek van maag-darm-patiënten met klachten bij wie maagonderzoek noodzakelijk wordt geacht. Deze „gedachtensprong” is evenwel volledig voor rekening van de lezer, want dit hebben wij nergens in het artikel geschreven en het is ook beslist niet onze mening. Integendeel, totdat goed opgezette prospectieve onderzoeken eventueel het tegendeel bewijzen, is het onze standaardregel de maag-darm-patiënt met klachten die een afwijking aan maag-duodenum doen vermoeden allereerst röntgenologisch te onderzoeken, op voorwaarde dat het röntgen-onderzoek optimaal kan worden uitgevoerd, en daarna, zo nodig, gericht endoscopisch-bioptisch verder te gaan met het onderzoek. De vele redenen hiervoor vallen buiten het bestek van dit ingezonden. We kunnen ons wel voorstellen dat, afhankelijk van de lokale omstandigheden, van deze standaard-volgorde röntgenologie-endoscopie wordt afgeweken wanneer maag-röntgen-diagnostiek onvolgende mogelijk is.

Wij hopen dat met dit schrijven onduidelijkheden in ons artikel zijn opgehelderd.

*Literatuur:* TYTGAT, G. N., K. HUIBREGTSE en W. DEKKER (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 903.

Amsterdam, juli 1977

G. N. TYTGAT