

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 perniciëuze 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-biopsisch 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 onvolledige 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