

„Niet kunnen klaarkomen”, een rondgang door de geneeskunde

Het blijkt nuttig te zijn dat 25 jaren na de eerste publikatie in dit Tijdschrift (LEVIE 1957) weer eens de schijnwerper wordt gericht op ejaculatoire impotentie. Hoe nodig dit is, wordt duidelijk aangetoond in het artikel van SLOB en PISA-MINDERMAN (1982) dat de aandacht vestigt op de nog in brede kringen bestaande onbekendheid met deze aandoening.

Het is te betreuren dat seksiatrie, zijnde de medische seksuologie, nog niet in alle medische opleidingen aandacht krijgt. Dat bovendien ondanks drie universitaire leerstoelen de beoefenaars van dit specialisme nog niet een geregistreerde status hebben, mag er ook toe hebben bijgedragen dat de beschreven patiënt niet direct naar de seksuoloog is verwezen.

Wat deze patiënt betreft, moge ik er op wijzen dat uit de beschrijving de conclusie zou kunnen worden getrokken als zou de jongeman door goede voorlichting van zijn onwetendheid en hierdoor van de impotentia ejaculandi zijn afgeholpen. Zulk een gevolgtrekking zou echter onjuist zijn. In werkelijkheid berust de stoornis namelijk niet op onwetendheid, maar op een verinnerlijkt neurotisch verbod op seksuele lust. Dus niet op een niet weten, maar op een niet – mogen – weten resp. een niet – mogen ervaren van seksuele lust en een zich niet mogen laten gaan tot er een ejaculatiereflex annex orgasme optreedt bij vrijen, masturbatie of coitus.

Hoe sterk de afweer van het weten is in deze „neurotische onkunde” – de benaming is van Westerman Holstijn – demonstreerde een van mijn patiënten. Deze man was veehouder. Hij bezocht mij wegens kinderloosheid, die op ejaculatoire impotentie berustte. Bij nadere informatie bleek, dat de man direct na de penetratie in vaginam stil bleef liggen en zaad trachtte te produceren door sterk te persen; hetgeen uiteraard niet lukte. Deze man nu had een fokstier die als zodanig goed functioneerde. Dat deze man niet uit dit menigvuldige voorbeeld de lering mocht – ik herhaal: mócht – trekken dat penale fricties in de schede tot ejaculatie leiden, is evident.

De door collegae SLOB en PISA-MINDERMAN vermelde patiënt was therapeutisch een licht geval van ejaculatoire impotentie. Niet altijd is de autoritaire machtiging – want die vormde de essentie van hun therapeutische maatregelen – om „zijn plekje te ontdekken” en zich lust toe te staan, voldoende om de lustdrempel te overschrijden. Soms is langdurige en eventueel dieper gaande behandeling noodzakelijk en zelfs dan kan de therapie falen.

Dat ten slotte een herhaald urologisch onderzoek is geschied zonder kennelijk te informeren naar (of waarde te hechten aan) de nachtelijke zaademissies en zonodig de hierbij ontstane spermaplekken in het linnengoed op zaadcellen te onderzoeken na spoelen in fysiologische zoutoplossing, is bepaald een omissie.

Literatuur: SLOB, A.K. en J.L.Y. PISA-MINDERMAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1484. – LEVIE, L.H. (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 1900.

Amsterdam, augustus 1982

L.H. LEVIE

Naar aanleiding van Levie's ingezonden brief een paar opmerkingen. Levie suggereert dat de in onze klinische les beschreven patiënt „direct naar een seksuoloog verwezen had moeten worden”. Hoe nuttig en nodig misschien ook in andere situaties doorverwijzen naar een seksuoloog kan zijn, bij deze patiënt geloven wij niet dat dat nodig was. Immers, als de huisarts een seksuologische anamnese had opgenomen en eenvoudig lichamelijk onderzoek had gedaan, was hem of haar duidelijk geworden dat er geen ejaculatie én orgasme waren bij masturberen en dat lichamelijk alles in orde was. Ons idee is dat de huisarts een of meer informatieve gesprekken met de patiënt had kunnen voeren, omdat niets erop wees dat hier sprake was van ernstige psychiatrische problematiek. Verder stelt Levie dat bij deze patiënt niet zo zeer sprake was van onwetendheid, maar van een „verinnerlijkt neurotisch verbod op seksuele lust”. Hoe het ook zij, en hoe je het ook wilt benoemen, opvallend blijft dat de jongeman geholpen was na één uitvoerig geruuststellend gesprek.

Tot slot nog een reactie naar aanleiding van het voorbeeld dat Levie aanvoert van de veehouder die „direct na penetratie in vaginam stil bleef liggen en zaad trachtte te produceren door sterk te persen”. Levie schrijft verder dat de man „een fokstier had die als zodanig goed functioneerde”. Mijns inziens is ook hier sprake van onwetendheid. Wat de man namelijk deed was exact hetzelfde als wat hij bij het gedrag van de stier regelmatig zag. Bij de paring van koe en stier beklimt op een gegeven moment de stier de koe van achteren, bereikt een intromissie en ejaculeert vrijwel direct. Er zijn geen „penale fricties in de schede die tot ejaculatie leiden” (Levie bedoelt waarschijnlijk de bekkenstoten die bij veel dieren wel worden vertoond), behalve die ene tijdens de „penetratie in vaginam”. De veehouder, misschien met een lage seksuele behoefte of met angsten, maar zeker ook met de nodige onwetendheid, kon dan ook niet begrijpen dat er bij hem geen ejaculatie volgde na intromissie. Ik denk dat één of enkele gesprekken met Levie deze man geholpen hebben. Gesprekken die wellicht ook gevoerd zouden kunnen zijn door de huisarts.

Rotterdam, augustus 1982

A.K. SLOB

Vaccinaties voor reizigers

Graag wil ik nog eens de aandacht vestigen op de samenhang tussen het artikel „Vaccinatie voor reizigers” (HUISMAN 1982) en de epidemiologische mededeling „Aangegeven patiënten met infectieziekten 1981” in hetzelfde nummer (BIJKERK 1982). Bij de belangrijke aanwijzingen die Huisman geeft voor de vaccinatie van reizigers, gaat hij uiteraard niet in op de afloop van de ziekte. Dank zij de huidige mogelijkheden zal de patiënt die met vakantie of voor zaken in het buitenland buiktyphus of een andere ziekte oploopt, waarschijnlijk wel volledig herstellen. Poliomyelitis anterior acuta heeft echter veelal ernstige verlammingen tot gevolg, waarvan het nog maar de vraag is of volledig herstel bereikt kan worden. Het zou naar de mening van het bestuur van het Prinses Beatrix Fonds van groot belang zijn, wanneer artsen bij de voorlichting over vaccinaties bijzondere aandacht zouden schenken aan de vacci-

natiestatus van volwassenen. Vooral door hen erop te wijzen dat een volledige vaccinatie niet in enkele dagen kan worden verricht.

Het artikel van Bijkerk wijst juist op die ene patiënt, die niet tegen polio was gevaccineerd en de ziekte tijdens vakantie in Tunesië heeft opgelopen. De enorme uitgaven voor de geneeskundige behandeling, de verpleging, de verzorging en de revalidatie, om nog maar niet te spreken van de aanpassingen aan de woning als gevolg van de handicap, hadden voorkomen kunnen worden als ook deze patiënt tegen polio gevaccineerd was. Elk geval van poliomyelitis in Nederland is één te veel, bij de huidige vaccinatiemogelijkheden.

Het bestuur van het Prinses Beatrix Fonds heeft de autoriteiten gevraagd om bij herdruk van de „Vakantie en hygiëne. Wenken voor reizigers en toeristen” aan het sterk invaliderende karakter van de polio extra aandacht te schenken, ten einde arts en reiziger nogmaals te doordringen van het belang van een tijdige en volledige vaccinatie tegen polio.

Literatuur: BIJKERK, H. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1339. – HUISMAN, J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1312.

Diepenveen, augustus 1982

T. LANDHEER,
Medische adviseur
Prinses Beatrix Fonds

Landheer wijst terecht op de noodzaak van (re-)vaccinatie van reizigers naar gebieden met minder goede hygiënische omstandigheden dan de onze. Hij pleit voor extra aandacht voor de polio bij een herdruk van de brochure „Vakantie en hygiëne. Wenken voor reizigers en toeristen”. Hoewel polio in deze brochure voldoende aandacht krijgt, heb ik het voornemen bij een herdruk erop te wijzen dat het nalaten van de poliovaccinatie in het verleden reeds enkele malen aanleiding heeft gegeven tot ernstige polio bij Nederlandse toeristen na terugkeer uit het buitenland.

Leidschendam, augustus 1982

H. BIJKERK

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITANNIË

Gastroenteritis door onbekende oorzaak na het eten van ingeblikte zalm uit de noordelijke Pacific. – In de eerste helft van 1982 werden in Groot-Brittannië 28 patiënten waargenomen met gastroenteritis 1-48 uur na het eten van Canadese zalm uit blik. Van de patiënten hadden er 4 neurologische stoornissen: verminderde visus (4), dubbelzien (2), spreek- en slikmoelijkheden (1). Een 28-jarige tevoren gezonde man, en een 76-jarige vrouw die een oesofagusruptuur kreeg, overleden. In 1978 en 1979 kregen 30 patiënten gastroenteritis 1-6 uur na het eten van Russische zalm uit blik. Hier bestonden geen neurologische complicaties en geen van de patiënten overleed. In geen van deze twee episoden werden in de zalm pathogene micro-organismen, bekende biotoxinen of zware metalen aangetroffen. Men veronderstelt dat een onbekende biotoxine onder bijzondere omstandigheden aanwezig is in zalm uit de noordelijke Pacific. (*Comm. Dis. Rep.* 82/32.)

VERENIGDE STATEN

Vermindering van toxiciteit van adriamycine door de koppeling aan een stof die de celwand niet doordringt. – De cytotoxische werking van adriamycine op de kanker celwand zou berusten op een verstoring van de DNA-synthese. Omdat er o.a. geen duidelijke correlatie bestaat tussen het vermogen van dergelijke stoffen om de DNA-synthese te remmen en hun cytotoxiciteit, hebben TRITTON en YEE van de Yale Universiteit (*Science* (1982) 217, 240) de werking onderzocht van adriamycine gebonden aan een stof die de celwand niet doordringt. Het bleek dat deze stof in vitro even toxisch was voor murine kankercellen als ongebonden adriamycine. Het effect wordt toegeschreven aan de interactie van adriamycine met de celmembranen.

De schrijvers verwachten dat op deze wijze metabole nadelen van het geneesmiddel kunnen worden beperkt, en dat volgens dit principe nieuwe geneesmiddelen tegen kanker kunnen worden ontwikkeld.

A.L. NOORDAM

Verhoogde sterfte na hittegolf. – Ongewoon hoge luchttemperatuur enkele dagen achtereenvolgend kan leiden tot hoge ziekte- en sterftcijfers; direct door warmtestuwing of indirect door toeneming van sterfte aan ziekten die niet door hitte worden veroorzaakt (o.a. hartziekten, cerebrovasculaire accidenten). JONES e.a. (*J. Amer. med. Ass.* (1982) 247, een groter risico te lopen dan de actieveren; lichamelijke sterfte in de Staat Missouri, in het bijzonder in de steden Kansas City en St. Louis. In Kansas City was de maximumtemperatuur gedurende 17 opeenvolgende dagen 38,9°C of hoger en 10 van deze dagen zelfs 42,2°C of hoger. In St. Louis was gedurende 16 opeenvolgende dagen de maximale temperatuur 37,8°C of hoger en 4 van deze dagen 40°C of hoger. De algehele sterfte in Kansas City en St. Louis was in juni 1980 vergeleken met het gemiddelde van 1978 en 1979 respectievelijk 164% en 157%. Eén op de 1000 inwoners in beide steden werd gedurende die maand in een ziekenhuis opgenomen dan wel overleed aan „heatstroke”; in juli 1979 was geen enkel geval voorgekomen. Bij personen boven 65 jaar kwam warmtestuwing 10-15 maal zo vaak voor; bij niet-blanken 3 maal (St. Louis) en 6 maal (Kansas City) zo vaak als bij blanken. Bij de groep met de laagste sociale status was de incidentie 6 maal zo groot als bij die met de hoogste. De factoren ras en sociale status konden niet onafhankelijk van elkaar worden bepaald.

De plattelandsbevolking van Missouri leed veel minder onder de hittegolf; de temperatuur was daar ook lager. Op 27 km van Kansas City waren de maximale en de minimale temperatuur 2,5°C en 4,1°C lager. De algehele sterfte op het platteland was verhoogd tot slechts 109,5%. Merkwaardig was, dat het aantal ziekenhuisopnamen wegens „warmte-ziekten” in de 2 steden reeds afnam enkele dagen voordat de hittegolf afzwakte. Mannen waren in 1980 niet vaker slachtoffer dan vrouwen, hetgeen bij vorige hittegolven wel werd waargenomen. Dit zou komen door de minder zware lichamelijke arbeid van de man. Ook de vroeger geconstateerde verhoogde kwetsbaarheid van kinderen bleek nu niet, misschien doordat door verbeterde hygiëne darm- en luchtweginfecties minder voorkwamen dan vroeger.