

oestrogeensubstitutie na castratie op jonge leeftijd de door Svanberg beschreven nadelige effecten gunstig zou kunnen beïnvloeden.

LITERATUUR

¹ Svanberg L. Acta Obstet Gynecol Scand 1982; 106 (suppl): 11.

P.G. HART

Seksuologie

Heeft speeksel een negatieve invloed op de spermamotiliteit?

Niet zelden is dyspareunie een hinderlijk verschijnsel waardoor de coïtus maar moeizaam verloopt. Gelukkig is er een aantal goede oplossingen voor dit probleem, zoals lubricantia. Het komt evenwel ook nogal vaak voor dat men zich behelpt met huismiddeltjes of als men niets anders bij de hand heeft met speeksel. Dit kan zonder bezwaar gebeuren, tenzij het onvruchtbare echtparen betreft. Onlangs verscheen er namelijk een mededeling van Tulandi et al. over het effect van speeksel op de beweeglijkheid en activiteit van de spermatozoa.¹ Nu is een seksuele disfunctie als dyspareunie, in het bijzonder in het kader van een infertiliteitsonderzoek, geen zeldzaamheid, want voor vele echtparen die met vruchtbaarheidsproblemen kampen is dit onderzoek vaak een enorme belasting. Met name het „op commando” moeten uitvoeren van de coïtus in verband met bijvoorbeeld de post-coïtum-test (PCT) of andere spermapenetratie-tests levert dan ook veel meer last dan lust op. Het gevolg van deze last is o.a. een onvoldoende vaginale lubricatie. Het advies kan dan een glijmiddel zijn. Van veel van deze middelen is echter bekend dat zij een spermicide werking hebben. Het „terug naar de natuur” heeft wellicht een rol gespeeld bij het adviseren om dan maar speeksel te gebruiken. Zo merken Amelar et al. op dat bij infertiliteits-

problemen geen commerciële lubricantia moeten worden gebruikt, maar beter speeksel kan worden gebruikt als een fysiologisch en makkelijk verkrijgbaar middel.² En zo men wil kan men ook nog een vers ei klutsen en het eiwit gebruiken waarvan bekend is, aldus Amelar et al., dat het niet schadelijk is voor de motiliteit. Tulandi et al. gingen in een onderzoek het effect na van speeksel op het sperma, waarbij gebruik werd gemaakt van het ejaculaat van 38 fertiele donors. Bij 0,5 ml semen werd 0,1 ml speeksel gevoegd of 0,1 ml fysiologisch zout. Aldus werd een speekselconcentratie in het semen van 20% verkregen. Het speeksel (pH 7) was afkomstig van 4 mannen en 2 gezonde vrouwen. Iedere twee uren werd het percentage beweeglijke en propulerende spermatozoa nagegaan. Verder werd het semen nog vermengd met verschillende hoeveelheden speeksel, waardoor behalve de concentratie van 20% ook onderzocht werden die van 10%, 4%, 2% en 1%. Uit het onderzoek komt naar voren dat speeksel een schadelijke invloed heeft op de genoemde spermakwaliteiten. Waarschijnlijk speelt thiocyanaat hierbij ook een rol. De bactericide werking van het speeksel wordt hieraan toegeschreven.

Hoewel speeksel een fysiologische oplossing is, moet het als lubricans ontraden worden als er infertiliteitsproblemen aanwezig zijn. Op gelijke wijze moet men het speeksel evenmin gebruiken als vervloeimiddel wanneer verhoogde viscositeit in het spel is. Wil men toch gebruik maken van een lubricans dan zijn Sensilube, vaseline en glycerine aan te raden omdat deze stoffen nauwelijks of geen schadelijke invloed hebben op de motiliteit.

LITERATUUR

¹ Tulandi T, Plouffe L, Mc Innes RA. Effect of saliva on sperm motility and activity. Fertil Steril 1982; 38: 721-3.

² Amelar RD, Dubin L, Schoenfeld C. Sperm motility. Fertil Steril 1980; 34: 197-213.

A.M.C.M. SCHELLEN

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Enkele summere gegevens over 1100 klinisch behandelde patiënten met anorexia nervosa

De bewijskracht van een nauwkeurige verzameling gegevens, zoals die door Hoogendoorn betreffende 1100 patiënten met anorexia nervosa gepresenteerd wordt, is heel groot.¹ Men moet daarom heel voorzichtig zijn bij de bewerking van een dergelijke set gegevens. De conclusie, dat de opnamefrequentie bij 15-24-jarigen het hoogst is, is spijkerhard en zonder diepgaande kennis van de statistiek te trekken. Vervolgens worden in het artikel een aantal significante uitkomsten gepresenteerd, die met een geavanceerde statistische methode zijn opgespoord. Dat de statistiek juist is toegepast op de gegevens geloof ik onvoorwaardelijk. Wel vraag ik mij af in hoeverre het juist in de leeftijdsgroep van 15-24-jarigen veelvuldig voorkomende verhuizen van invloed geweest kan zijn op de gegevens met betrekking tot de plaats van herkomst?

Zeer interessant zou het zijn, wanneer gegevens met

betrekking tot de sociale achtergrond van deze patiënten ter beschikking zouden komen. In een dergelijke context lijkt me toetsing naar plaats van herkomst zinnvoller en minder het resultaat van het, omwille van de statistiek, „door de computer halen” van enkele summere gegevens.

LITERATUUR

¹ Hoogendoorn D. Enkele summere gegevens over 1100 klinisch behandelde patiënten met anorexia nervosa. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1631-3.

Amstelveen, september 1983

W.M. VERWEIJ

De woonplaatsen van patiënten, die klinisch worden behandeld wegens anorexia nervosa, blijken niet gelijkmatig over het land verspreid te liggen. Sommige provincies en gemeentegroepen zijn oververtegenwoordigd. De inzender vraagt zich af of deze verschillen kunnen zijn beïnvloed door verhuizingen. Dit laatste is stellig denkbaar, maar vermoedelijk in tegengestelde zin als door Verweij wordt veron-

dersteld. Indien namelijk tussen bepaalde regio's feitelijke verschillen in opnamefrequentie wegens anorexia nervosa bestaan, dan moet men verwachten dat binnenlandse migratie deze verschillen vervaagt. Men kan daarom zeggen, dat de in het artikel genoemde verschillen in frequentie konden worden aangetoond *ondanks* de nivellerende invloed van verhuizingen. Dit is evenzeer van toepassing op bepaalde leeftijdsgroepen, die wellicht frequent van woonplaats veranderen. Overigens is door middel van standaardisatie de invloed van tussen bevolkingsgroepen bestaande verschillen in leeftijdsopbouw geëlimineerd.

Ik deel schrijvers mening, dat nader onderzoek van de sociale achtergrond en van wellicht vele andere factoren wenselijk is. „Gemeente van geboorte” zou hierbij niet misstaan. Gegevens hierover zijn bij de Stichting Medische Registratie niet aanwezig. Het door mij geschreven artikel bedoelt niets meer te zijn dan een eerste oriëntatie. In het opschrift is niet voor niets het woord „summier” opgenomen.

Wijhe, oktober 1983

D. HOOGENDOORN

Enteritis necroticans, een vergeten ziekte

In de klinische les van Van Enk en Oomen¹ miste ik destijds een mijns inziens niet onbelangrijke, differentiële diagnostische overweging nl. de gevolgen van behandeling door de traditionele geneeskunde. Nu is dit interessante artikel een bewerking van patiëntenmateriaal uit de tropen van ruim 10 jaar geleden en, zo redeneerde ik, de auteurs zijn reeds lang terug in de traditie van de westerse geneeskunde en daarin past zo'n overweging dan zeker niet. Daar thans ook het ingezondene van collega De Wind (N.B. praktizerend tropenarts in Oeganda) deze overweging niet noemt,² meen ik toch te moeten reageren.

Zonder de noodzaak van literatuurverwijzing is het elke arts die enige tijd in de tropen werkzaam is geweest, bekend dat hij in de meeste gevallen niet de eerste was die voor de ziekte van de patiënt geconsulteerd werd. De verse scarificaties op de huid, de reuk van het kind, de pasta in het haar treffen direct de zintuigen van de onderzoeker en zijn gemakkelijk waarneembare tekenen van behandelingsmethoden uit de traditionele geneeskunde. Het gebruik van transorale of transrectale middelen is minder gemakkelijk na te gaan en het is waarschijnlijk dat de patiënt de informatie hierover aan de arts onthoudt. De behandeling door de medicijnman of zelfmedicatie van de patiënt met traditionele geneesmiddelen kan een aanvankelijk in de westerse geneeskunde te classificeren aandoening tot een zeer complexe en „bijzondere aandoening” verheffen. Vooral het oraal of rectaal gebruik van traditionele middelen bij gastro-enteritiden met de bedoeling het kwaad nog sneller weg te spoelen kan ernstige nadelige gevolgen hebben. Zo is voor „Cow's urine”, dat gebruikt wordt in Nigeria voor de bestrijding van convulsies, door dierexperimenteel onderzoek vastgesteld dat de complicaties veel ernstiger zijn dan de naam doet vermoeden. Het wijdverbreide gebruik ervan is een volksgezondheidsvraagstuk van hoge orde.³

In het onderzoek naar de etiologie van enteritis necroticans, zoals in de klinische les is samengevat, ontbreekt de traditionele geneeskunde in anamnese, differentiële diagnostische overweging en etiologische beschouwing. Ik hoop dat de collegae Van Enk en Oomen op grond van eigen

ervaring dan wel literatuurstudie, hierover nadere informatie kunnen verstrekken. Misschien dat collega De Wind er voor zijn onderzoek een aandachtsveld bij krijgt.

LITERATUUR

- ¹ Enk A van, Oomen HAPC. Enteritis necroticans, een vergeten ziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 537-40.
- ² Wind CM de. Enteritis necroticans. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1746.
- ³ Oyebola DDO, Elegbe RA. Cow's urine poisoning in Nigeria, experimental observations in mice. Trop Geogr Med 1975; 27: 194-202.

Nijmegen, 19 september 1983

J.J. MANNI

Inderdaad waren sommige patiënten voordat zij bij ons kwamen eerst bij een traditionele geneeskundige geweest, maar steeds nadat de klachten begonnen waren. Wij geloven niet dat enteritis necroticans veroorzaakt kan worden door traditionele geneeskunde. Dat zou niet passen bij de overeenkomst tussen enteritis necroticans in verschillende delen van de wereld, ondermeer in het na-oorlogse Duitsland. We zijn het geheel eens met uw opmerking dat iatrogene schade door traditionele geneeskundigen in de differentiële diagnose van veel merkwaardige ziektebeelden in de tropen opgenomen moet worden.

Amsterdam, oktober 1983

A. VAN ENK

HH specialisten in de WW

Terecht stelt J. van der Meer dat arbeidstijdverkorting voor medisch specialisten nodig is.¹ Gezien een steeds toenemende vraag naar tijd en aandacht voor de patiënt, zal bij het terugbrengen van de werkweek tot 40 uur eerder een tekort dan een overschot aan specialisten ontstaan.

Wij willen de volgende kanttekeningen plaatsen:

– De redenering van J. van der Meer volgend, dringt de vraag zich op hoe het inkrimpen van de opleidingscapaciteit zich verdraagt met een mogelijk tekort aan specialisten. De toenemende werkloosheid onder pas geregistreerde medische specialisten als argument voor het inkrimpen van de opleidingscapaciteit vervalt onzes inziens bij een dreigend tekort aan specialisten. Het lijkt dus dat vooral financiële overwegingen hierbij een rol gespeeld hebben. Dat aan de aanpassingen van de verdeling van werk, voorgesteld door J. van der Meer, ook individuele financiële consequenties verbonden zijn, is evident.

– Bij het handhaven of zelfs uitbreiden van het aantal opleidingsplaatsen zal de kans op een stuwmeer van basisartsen verminderen, mogelijk zelfs ontbreken. Op grond van bovenstaande argumenten alleen, is een beperking van de instroom van eerstejaarsstudenten onjuist.

– 600 van de 1300 à 1400 basisartsen „kiezen” per jaar voor een opleiding tot medisch specialist. En wat valt er te kiezen? Behalve de opleiding kies je noodgedwongen ook voor een werkweek van 70-80 uur gedurende zo'n vijf jaar; d.w.z. een sterk beperkt privéleven. Een normale werkweek van 40 uur en de mogelijkheid tot part time opleidingen zijn voorwaarden om de opleiding tot medisch specialist ook toegankelijk te maken voor mensen die nu hun privéleven niet kunnen of willen beperken. Bovendien willen we er de nadruk op leggen dat een 24-urige zorg alleen verricht kan worden door uitgeslapen artsen. Dit kan slechts gerealiseerd worden bij een normale werkweek van 40 uur.

Van der Meer heeft een aantal ontwikkelingen geschetst