

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bespoediging van plaatsing behoudt de Redactie zich het recht voor, de stukken te bekorten)

TOEDIENING VAN HORMONPREPARATEN BIJ DREIGENDE MISKRAAM

Het „Commentaar” (1962) over de toediening van hormoonpreparaten bij dreigende miskraam lokt uit tot tegencommen-taar. Natuurlijk is het onmogelijk, het hele, buitengewoon ingewikkelde probleem van de behandeling van de dreigende miskraam op driekwart bladzij tot zijn recht te doen komen. Maar juist als men zich tot doel stelt, in een zo kort mogelijk bestek enkele hoofdzaken aan te duiden, moet ieder woord op een goudschaaltje gewogen worden en dat is hier mijns inziens niet gebeurd.

Nadat de schrijver heeft uiteengezet, dat een deel der bloedingen vanzelf ophoudt, zonder schade aan de zwangerschap, en dat in een ander deel der gevallen de bloeding het begin is van de uitstoting van een embryo dat al dood is, volgt de zin: „In grote lijnen kan gezegd worden dat er in ongeveer de helft van de gevallen van abortus imminens geen behandeling nodig, en dat in de overige gevallen behandeling ondoeltreffend is”.

Wanneer een therapie in 50 pct der gevallen (welke 50 pct?) onnodig en in 50 pct ondoeltreffend is, is het resultaat van de therapie dus nul. Maar dan komt als deus ex machina: „De meest rationele behandeling moet bestaan uit psychotherapie al of niet ondersteund met sedativa, advies het kalm aan te doen en coitus achterwege te laten . . .”

Hoewel uit de voorafgaande zin moet worden opgemaakt, dat dit dan onnodig of ondoeltreffend zal zijn, zijn dit alom gebruikelijke therapeutische maatregelen. Of dit „de meest rationele” maatregelen zijn is echter niet zó zeker, dat men ervan kan zeggen dat de behandeling daaruit „moet” bestaan. De waarde van psychotherapie is wél waarschijnlijk gemaakt bij de *preventieve* behandeling van *habituële* abortus (MANN 1956; BEVIS 1957; JAVERT 1960). Bij *dreigende* abortus hebben psychologische factoren hoogstwaarschijnlijk soms wel een betekenis, maar de „psychotherapie” die in een dergelijke acute situatie gegeven kan worden, moet zich toch beperken tot een mogelijk placebo-effect van de gegeven medicamenten en een wat valse geruststelling, want wij weten immers zelf ook niet hoe het zal aflopen. Hierna vervolgt de schrijver: „Niet altijd zal hierdoor aan de therapeutische behoefte van de patiënte of haar omgeving voldaan zijn, en dat verklaart de bonte rij medicamenten, die alleen al de laatste 25 jaar zijn aanbevolen en weer verworpen en waarvan vitamine E, progestine en diëthylstilboestrol de meest bekende zijn”.

Neen, dat verklaart die bonte rij niet. Wat die bonte rij wél verklaart, is ons gebrek aan kennis, en niet de therapeutische behoefte van de patiënte of haar omgeving. En wat de verworpen medicamenten betreft: Inderdaad staan de papieren van vitamine E en diëthylstilboestrol bij de dreigende abortus tegenwoordig wel zwak, maar het is toch niet juist te beweren, dat de progestinetherapie verworpen is. Ook zeer kritische onderzoekers, die sceptisch staan tegen iedere vorm van therapie, menen dat er een indicatie bestaat voor progestine (COLVIN e.a. 1950; GREENHILL 1955; GOLDZIEHER e.a. 1958). En als slechts enkele procenten van het totale aantal dreigende abortusgevallen door progestine behouden kunnen worden, ook al weten wij achteraf niet eens welke gevallen dat zijn geweest, dan heeft die therapie een reden van bestaan.

Het commentaar gaat dan verder: „Tegenwoordig worden de synthetische, oraal werkzame gestagenen (Gestanon,

Primolut, Enavid enz.) gepropageerd. Er is echter geen betrouwbaar onderzoek bekend, waaruit blijkt dat deze middelen bij de mens werkzaam zijn ter voorkoming van een abortus . . .”. Inderdaad is zo'n onderzoek niet bekend, maar evenmin is er een onderzoek bekend waaruit bewezen wordt, dat deze middelen *niet* werkzaam zijn. En zolang op theoretische gronden zeer goed mogelijk is (COLVIN e.a. 1950; GOLDZIEHER e.a. 1958; KAUFMANN e.a. 1959; JAYLE e.a. 1960; TAUSK 1960; WILLEMSSEN 1960) dat therapie met gestagenen in bepaalde gevallen zin heeft, kan men deze therapie met goed recht verdedigen.

De schrijver heeft deze tegenwerping blijkbaar voorzien, maar hij heeft nog een troef achtergehouden: Degenen die toch progestatieve stoffen zouden willen geven, moeten bedenken dat er ten minste evenveel reden is te vrezen, dat toediening van deze stoffen schade zou kunnen berokkenen. Vele progestagenen hebben bv. een viriliserend effect . . .”.

Dus de kans dat men met gestagenen kwaad doet, is even groot of groter dan de kans dat men daarmee goed doet. Het kwade is het in leven houden van het kind. Dus liever een dood kind dan een gemasculiniseerd kind. Dat staat er toch eigenlijk, maar dat zal de schrijver toch heus niet bedoelen. Dit alles dus in het geval dat masculinisatie onvermijdelijk zou zijn. Maar dan zegt hij ook: *Vele* synthetische progestagenen enz. (Waarom niet gestagenen?). Dat betekent dus niet *alle*. En welke dan niet? Genoemd werden Gestanon, Primolut (bedoeld wordt waarschijnlijk Primolut N) en Enavid. Van deze drie werkt Primolut N inderdaad enigszins viriliserend, Enavid minder en van Gestanon is beslist geen virilisatie aangetoond. Hierbij zou men nog Duphaston kunnen noemen, dat zeker ook niet viriliserend werkt (SCHÖLER e.a. 1961; TAUSK 1961). Progestine zelf werkt eveneens niet masculiniserend op de vrucht. Bovendien is gebleken dat virilisatie zich praktisch alleen dan voordoet, wanneer men de viriliserende middelen gedurende lange tijd in hoge dosering toedient, in een totale hoeveelheid die de optimaal werkzame vele malen overtreft (WILKINS e.a. 1958).

De conclusie van de schrijver is: „Wij menen dan ook het geven van hormoonpreparaten bij een dreigende abortus te moeten ontraden”.

Mijn conclusie is: Het probleem van de hormonale behandeling van de dreigende abortus is nog lang niet opgelost. Vast staat, dat een gunstige werking, zo deze er is, zich slechts in een gering aantal gevallen zal openbaren. Vast staat, dat een therapie met hormoonpreparaten, indien men een niet viriliserend preparaat in de juiste dosering toedient, onschadelijk is. Vast staat, dat het „Commentaar” een eenzijdig en onjuist beeld geeft van de huidige kennis over het probleem van de dreigende abortus.

Literatuur: BEVIS, D. C. A. (1957) *Lancet* II, 207. — COLVIN, F. D. e.a. (1950) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **59**, 1208. — Commentaar (1962) *Ned. T. Geneesk.* **106**, 839. — GOLDZIEHER, J. W. e.a. (1958) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **75**, 1202. — GREENHILL, J. (1956-56) *Yearbook Obstet. Gynec.* bl. 24. — JAYLE, M. F. e.a. (1960) *Gynec. et Obstet.* **59**, 47. — JAVERT, C. T. (1960) *Spontaneous and habitual abortion*. New York. — KAUFMANN, C. e.a. (1959) *Dtsch. med. Wschr.* **84**, 347. — MANN, E. C. (1956) *Obstet. and Gynec.* **7**, 589. — SCHÖLER, H. F. L. e.a. (1961) *Acta endocr. (Kbh.)* **38**, 128. — TAUSK, M. (1960) *Ned. T. Geneesk.* **104**, 2060; (1961) *Coll. s.noresteroides progestacionales*, bl. 33. Buenos Aires. — WILKINS, L. e.a. (1958) *J. clin. Endocr.* **18**, 559. — WILLEMSSEN, H. (1960) Proefschrift Groningen.

Haarlem, 30 april 1962

P. A. ROORDA

Zoals wij in ons antwoord op het ingezonden stuk van collega BLOEMERS (bl. 1209) reeds uiteengezet hebben, is het door ons gegeven advies niet bedoeld als therapie, maar als de te volgen gedragslijn bij de „behandeling” van een patiënte met abortus imminens. De ratio van deze gedragslijn maakten wij in ons antwoord duidelijk.

Wanneer collega ROORDA de bonte rij van ondoeltreffende behandelingen liever wil verklaren door medische onkunde dan door de therapeutische behoefte van de patiënte en haar omgeving (waartoe wij ook de arts rekenen), dan vragen wij ons toch wel af waarom medische onkunde altijd moet leiden tot polypragmasie. Naar onze mening zou erkenning van ons therapeutisch onvermogen een betere stimulans vormen tot verder onderzoek dan de op geen enkel feit berustende optimistische verwachting dat de ons thans ter beschikking staande medicamenten af en toe toch wel eens het behoud van een anders verloren zwangerschap zouden kunnen veroorzaken.

Wanneer op theoretische gronden een therapeutisch effect van een middel niet uitgesloten is te achten, dan is het gerechtvaardigd een dergelijk middel in de praktijk te beproeven. Dat is echter nog heel wat anders dan het middel als routinemethode aan te bevelen, zolang over het werkelijke resultaat van het middel nog niets verstandigs valt te zeggen. Dit klempt te meer, wanneer ondertussen nadelige gevolgen van de toepassing met zekerheid aan het licht zijn gekomen.

Met opzet schreven wij: *vele* synthetische (pro)gestagenen, omdat inderdaad bij de snel wassende stroom van deze producten niet in alle gevallen het viriliserend effect met zekerheid is aangetoond. Dat van de nieuwste producten, waarover de ervaring het kleinst is, (nog) geen nadelige effecten aan het licht zijn gekomen, biedt geen zekerheid over hun onschadelijkheid.

De conclusies waarmee collega ROORDA zijn ingezonden stuk besluit, zullen vele lezers van dit *Tijdschrift* nog eens extra duidelijk gemaakt hebben op welk een wankel basis de toediening van hormonpreparaten als routine bij alle gevallen van abortus imminens rust. Dit te meer omdat de inzending in gebreke blijft, aan te geven, wat een *juiste* dosering dezer preparaten dan wel is. Gaarne laten wij aan de kritische lezers over, te bepalen of de inzending zijn slotconclusie in zijn ingezonden stuk waargemaakt heeft.

Amsterdam, 1 juni 1962

REDACTIE

BERICHTEN BUITENLAND

Duitsland

Homoseksualiteit in het toekomstige strafrecht. — Bij de voorbereiding van een nieuw wetboek van strafrecht houdt men zich ook druk bezig met de strafbaarheid van homoseksuele handelingen. De thans geldende wet bedreigt alle homoseksuele handelingen tussen volwassen mannen met straf. In de laatste 50 jaar hebben talrijke psychiaters vrijwel eenstemmig erop aangedrongen „den Straftatbestand der homosexuellen Betätigung angemessen einzuschränken”. De grote strafrechtcommissie heeft zich aan dit advies gehouden en de „Liquidierung des Grundtatbestandes” aanbevolen, maar de wetgever kon „aus zeitbedingtpolitischen Gründen” daartoe niet besluiten. In het nieuwe ontwerp is de strafbaarheid dus slechts beperkt, namelijk tot „beischlafähnliche Handlungen”. „Eine homosexuelle Handlung wird demnach in der neuen Rechtsordnung desto weniger strafwürdig sein, je weiter sie sich — wie etwa im allgemeinen die mutuelle Onanie — von den Praktiken des natürlichen Beischlafs ent-

fernt”. Kritiek op deze conceptie blijft niet uit. (*Dtsch. med. Wschr.*, bl. 1080).

Intensivering des Entbindungserlebnis. — Een Duitse obstetricus heeft zijn opstel, getiteld „Das Spiegelbild-erlebnis bei der Entbindung” opgedragen aan de nagedachte- nis van zijn vriend DICK-READ. „Wir haben im letzten Jahr- zehnt bei über 600 Geburten S p i e g e l verwandt, so dass die Frauen „das Abenteuer der Entbindung” nun mehr nicht nur empfinden, sondern auch sehend erleben konnten”. (*Münch. med. Wschr.*, bl. 902).

De bloedbezinking automatisch geregistreerd. — Op de internationale ziekenhuistoonstelling te Keulen kan men kennismaken met een nieuw apparaat ter automatische registrering van de snelheid der bloedbezinking. Het noteert het beloop van de bezinking naar de tijd, zodat het op bepaalde tijden aflezen niet nodig is. De bloedbezinkingscurve wordt met licht van een kwiklamp op voorbijgeschuivend gevoelig papier getekend. (*Dtsch. med. Wschr.*, bl. 1080).

Engeland

Warn the patient. — Een coroner heeft de artsen aangeraden hun patiënten met hartziekte op de hoogte te brengen van „the risk of sudden collapse”. Lijders aan ischemische hartziekte behoren naar zijn mening van chaufferen af te zien. „It seems strange”, he said, „that when the Ministry of Transport is advising all sorts of restrictions on drivers, there is no positive injunction to anyone to see that a driver who has a heart condition is warned”. Hij zei dit naar aanleiding van de plotselinge dood van een ambtenaar van de posterijen, bij wie hij coronaire trombose had vastgesteld. Vier jaar geleden had deze patiënt een hartaanval gehad, maar zijn artsen hadden hem de aard van zijn ziekte niet verteld „because it was not current medical practice to do so”. (*Lancet*, 19 mei, bl. 1067).

Toenemend gebrek aan artsen. — Een comité van de British medical Association over „Recruitment to the Medical Profession” heeft rapport uitgebracht. De samenvatting van de „recommendations” van het comité en een „leading article” van meer dan vier kolom vindt men in de *British medical Journal* van 12 mei (bl. 1325 en 1336).

Frankrijk

Geestelijke gezondheidszorg voor studenten. — Een psychiater heeft berekend dat van 10 studenten er 3 hulp nodig hebben voor studie- of aansluitingsmoeilijkheden; van 100 studenten hebben er 3 ambulante of psychotherapeutische hulp nodig wegens ernstige aanpassingsmoeilijkheden, lichte neurose, of als nazorg van een behandeling in een kliniek; van 1000 studenten moeten 3 worden opgenomen in een kliniek voor het ondergaan van een psychotherapeutische behandeling, al dan niet ondersteund door een biologische kuur; van 10.000 studenten moeten er 3 geïnterneerd worden in een psychiatrische inrichting. (*Maandbl. geest. Volksgezondh.*, bl. 119).

Poids et mesure. — De eerste meter van BORDA en LAPLACE zou het tienmiljoenste deel zijn van het kwadrant van de door Parijs gaande meridiaan. In 1794 heeft men de in platina uitgevoerde standaardmeter plechtig in het staatsarchief gedeponneerd. Reeds in 1829 stelde een der leden van de internationale hoge autoriteit op het gebied van maat en gewicht voor, uit te gaan van een lichtgolf als een in de natuur gegeven lengtemaat. Pas in 1960 besloot men dit denkbeeld te verwezenlijken. Volgens dit besluit is de meter thans het veelvoud van de golflengte van een spectraallijn van het krypton-atoom. Het veelvoud is zo gekozen dat de lengte