

licht ik bij die vraag toe dat men die anderen redelijk goed moet kennen. Aangezien ook dat nog te vaag is, vermeld ik erbij, dat men die ander(en) van achternaam moet kennen, moet weten waar zij wonen, werken en wat voor werk zij doen.

De vragen 16, 17 en 18 werden geformuleerd, om een indruk te kunnen krijgen over de mate van openheid ten opzichte van de eigen omgeving in zoverre men zich daar affectief mee verbonden voelt. Hoewel het niet als een afzonderlijke vraag vermeld staat, is het uiteraard van belang te weten of bij gehuwde homofielen de echtgenoot (echtgenote) op de hoogte gebracht is en wanneer.

Blijkt uit vraag 25 dat iemand eerder in medische behandeling geweest is, dan is het gemakkelijk nadere details te vernemen. Bij praktiserend gelovigen vraag ik ook naar de openheid ten aanzien van de dominee of de biechtvader.

De overige vragen spreken voor zichzelf. Ik zou er nog aan willen toevoegen, dat de antwoorden en passant meer gegevens verschaffen dan men er eerst van verwacht had.

Bij mijn onderzoek (de autoanamnese) leg ik de vragen voor, zodra de patiënt klaar is met mij te vertellen waarom hij gekomen is, en zodra de diagnose homofilie door mij is gesteld. In feite gebeurt dat bijna altijd tijdens het eerste interview.

Verantwoording

Het zal duidelijk zijn dat deze vragen een bepaalde kijk op de praktische aanpak verraden. De beantwoording ervan houdt immers een stuk informatie in, wijst althans een richting aan, ook al beseft de onder-vraagde patiënt dit zelf wellicht niet. Ik verheel mij dan ook niet dat deze lijst de suggestie inhoudt, dat aanvaarding en een aangepaste mate van openheid voor elke homofiel de beste oplossingen biedt voor zijn moeilijkheden. Niet iedereen zal het daarmee eens zijn en daarom deze lijst liever niet gebruiken. Dat, en waarom, aanvaarding in alle gevallen de enig verantwoorde weg is, heb ik elders uiteengezet (1967a en b).

Literatuur:

- BIEBER, I. e.a. (1962) *Homosexuality, a psychoanalytic study*. Basic Books, New York.
 GIESE, H. (1958) *Der homoseksuelle Mann in der Welt*. Enke-Verlag, Stuttgart.
 HIRSCHFELD, H. (1914) *Die Homosexualität des Mannes und des Weibes*. 2e druk. Marcus, Berlijn.
 SENGERS, W. J. (1967a) Homofilie en homoseksualiteit in de medische praktijk. *Ned. T. Geneesk.* **111**, 350; (1967b) Over de innerlijke houding van de homofiel. *Maandbl. geest. Volksgezondh.* **22**, 224.

Juli 1967

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

MOGELIJKE TOXICITEIT VAN SELSUN

Vraag Nr. 6. Enkele van mijn patiënten behandelen reeds gedurende verscheidene jaren wekelijks de hoofdhuid met Selsun ter bestrijding van seborroe. Is door eventuele resorptie van de bestanddelen daarvan geen chronische intoxicatie te verwachten?

Antwoord. De toxiciteit van Selsun-shampoo (seleniumsulfide-suspensie 2½ pct) wordt besproken in een artikel van MAGUIRE en KLIGMAN (1962). Daarin wordt gezegd dat 2½ pct seleniumsulfide-shampoo zelfs bij intensief gebruik geen toxisch effect heeft op het haar. Over chronische vergiftiging bericht dit artikel niet. Van het hoofdkwartier van Abbott in Frankrijk kreeg onze adviseur een brief waarin stond dat voor muizen die Selsun per os kregen, de LD₅₀ van 5,8 tot 8 ml/kg varieerde; voor ratten was deze dosis 6,6 tot 13,4 ml/kg. Ook dit beantwoordt de gestelde vraag niet geheel. Gevallen van selenium-intoxicatie door Selsun heeft onze adviseur niet in de literatuur beschreven gevonden; dit bewijst niet dat ze niet voorgekomen zijn.

Literatuur: MAGUIRE, H. C. en A. M. KLIGMAN (1962) *J. invest. Derm.* **39**, 469.

INGEZONDEN

BEHANDELING VAN ECLAMPISIE

Het komt ons voor dat bij beantwoording van Vraag 50 (1967) over de behandeling van eclampsie onvoldoende recht is gedaan aan de ervaring (ook door ons in navolging van anderen opgedaan) dat de behandeling van hypertensie

bij deze toestand van groot belang is. De schrijver van het antwoord legt er sterk de nadruk op hoe gering het nut is van hypertensiebehandeling en hoe groot de gevaren daarvan zijn. Dit betoog is verrat in een aantal op zichzelf ware opmerkingen zoals „dat er geen parallel is tussen de hoogte van de bloeddruk en de ernst van de eclampsie, dat men zich niet door onbewezen hypothesen moet laten leiden, dat het risico van een of meer aanvallen wellicht te verkiezen is boven een ernstige iatrogene intoxicatie en dat men de grootst mogelijke voorzichtigheid moet betrachten”. Wij kunnen deze uitspraken van harte onderschrijven.

Dit alles bewijst echter nog niet dat eclampsiebehandeling primair geen hypertensie-bestrijding dient te zijn. Beter ware het woord „primair” te vervangen door „uitsluitend”. Er zijn immers sterke aanwijzingen dat bij de pathogenese van eclampsie hypertensie een essentiële rol speelt. Tijdige hypertensiebehandeling is bij het voorkómen van zowel toxicose (FINNERTY 1966) als eclampsie (TOWNSEND 1963) wel van primair belang. Ook wij zagen steeds symptomen van „pre-eclampsie” verdwijnen zodra de bloeddruk door een veratrum-infusie omlaag wordt gebracht (niet gepubliceerde waarnemingen). Het gevaar bestaat dat de lezer van het antwoord de indruk krijgt als zouden hypertensie en eclampsie weinig met elkaar te maken hebben, ook al is dit wellicht niet zo bedoeld.

Is de eclampsie eenmaal uitgebroken, dan is het uiteraard onjuist, zich tot hypertensiebestrijding te beperken. Ongetwijfeld zijn ook sedativa en magnesiumsulfaat dan op hun plaats. Een voortduren van de insulsten of bewusteloosheid na (al of niet spontaan) normaliseren van de bloeddruk, berust vrijwel zeker op hersencel-oedeem. In dit geval zagen wij steeds succes van hypertone mannitol-toediening, die overigens ook een dreigende anurie kan voorkómen. Hiermee kan een veel krachtiger osmotische werking dan met magnesiumsulfaat worden verkregen. Wel blijft hierbij de hypertensiebestrijding nodig.

Wij zijn het niet eens met de stelling dat toediening van bloeddrukverlagende middelen niet beter is gebleken dan van fenobarbital en morfine. De inderdaad zeer schaarse vergelijkende onderzoeken wijzen op een beter resultaat van hypotensieve therapie (FINNERTY en FUCHS 1953). Daarnaast zijn vele onderzoekers zo tevreden over het gebruik met name van veratrum dat zij het achterwege laten hiervan niet meer verantwoord achten (KÄSER 1954; PICKERING 1961; TOWNSEND 1963).

Overigens kunnen wij het pleidooi voor werken in teamverband alsmede voor de noodzaak dat hierbij wel één arts de leiding moet hebben, onderschrijven. Een deel van de in het antwoord genoemde bezwaren tegen té actieve therapie zijn immers ingegeven door het niet denkbeeldige gevaar van onoordeelkundige toepassing. Hieronder valt ook gebruik van de intraveneuze toegangsweg, die wel gemakkelijk tot overhydratie kán, maar zeker niet behóeft te leiden.

Literatuur: FINNERTY, F. A. en G. J. FUCHS (1953) The veratrum treatment of toxemia of pregnancy. *Amer. J. Obstet. Gynec.* **66**, 830. — FINNERTY, F. A. en F. BEPKO (1966) Lowering the perinatal mortality and prematurity rate. *J. Amer. med. Ass.* **195**, 429. — KÄSER, O. (1954) Die Behandlung der hypertensiven Spättoxikosen mit Protoveratrin. *Schweiz. med. Wschr.* **84**, 171. — PICKERING, J. W. (1961) *The treatment of hypertension*. Thomas ed., Springfield. — TOWNSEND, S. L. (1963) The management of hypertension in pregnancy. *Modern trends in obstetrics*, bl. 15. Butterworth, Londen. — Vraag 50 (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 2143.

Utrecht, 5 december 1967

E. J. DORHOUT MEES
P. BLOM VAN ASSENDELFT

In ons antwoord op de vraag hoe eclampsie behandeld moet worden, hebben wij ons bewust gedistancieerd van de behandeling van de toxicose. Eclampsie is een proces dat, ook zonder enige therapie, altijd binnen 24 uur vanzelf tot staan komt. Meestal behoeft men zelfs geen nieuwe aanvallen meer te vrezen wanneer de patiënte 12 uur na een aanval geen nieuwe convulsies meer gekregen heeft. In een zo kort tijdsverloop is een behandeling van hypertensie moeilijk uitvoerbaar, vooral omdat een te sterke daling van de bloeddruk ernstige gevaren met zich meebrengt en de sterk wisselende bloeddruk, die vlak voor een aanval zeer hoog en kort na een aanval zeer veel lager pleegt te zijn, een juiste dosering buitengewoon moeilijk maakt. Niet voor niets is de aderlating (toch ook een soort hypertensiebehandeling) door vrijwel iedereen bij de behandeling van eclampsie in discredit geraakt wegens de onvoorspelbare shock-reacties die zich soms al na het afnemen van een kleine hoeveelheid bloed voordeden. Wij krijgen sterk de indruk dat de inzenders bij hun betoog de behandeling van toxicose of pre-eclampsie voor ogen hadden staan en niet die van eclampsie.

Dat bij het voorkómen van eclampsie de hypertensiebehandeling een plaats heeft, willen wij zeker niet betrijden, maar daar ging het bij de vraagstelling niet om.

Heden ten dage zijn er slechts twee categorieën van eclampsie overgebleven. De eerste groep bestaat uit verwaarloosde patiënten die met convulsies worden opgenomen. De tweede groep bestaat uit patiënten die zonder duidelijke toxicoseverschijnselen onverwacht epileptiforme insulsten krijgen waarvan de oorzaak even onduidelijk is als bij de genuïne epilepsie. Voor beide categorieën patiënten is er voor behandeling van hypertensie tijdens de kortdurende, met convulsies gepaard gaande situatie geen plaats. Dat de moderne resultaten van eclampsie-behandeling beter zijn

dan vroeger, is ongedwongen te verklaren uit het feit dat de groep verwaarloosde patiënten sterk kleiner wordt, waardoor, met welke therapie ook, betere resultaten verwacht kunnen worden dan vroeger behaald werden.

Het feit dat de collegae DORHOUT MEES en BLOM VAN ASSENDELFT steeds succes zagen van intraveneuze mannitol-toediening en daarmee ook dreigende anurie (wat is dat?) konden voorkomen, moet wel samenhangen met hun onvermijdelijk beperkte ervaring. Lang durende bewusteloosheid na een eclamptisch insult kan namelijk ook berusten op een hersenbloeding, en dan is van mannitoltherapie niet veel te verwachten. Hetzelfde geldt voor een anurie door ernstige intravasale stolling wat bij uitzondering reeds na één eclamptisch insult kan worden waargenomen. Onze uiter-aard óók beperkte ervaring betreft een serie van 68 patiënten met eclampsie. In deze groep verloren wij drie patiënten die succombeerden resp. na 1 aanval (2×) en na 2 aanvallen (1×). Alle overige patiënten herstelden volledig, waarbij 8 patiënten die meer dan 10 aanvallen hadden door-gemaakt. Het is niet in te zien hoe een behandeling met bloeddrukverlagende middelen na de eerste aanval hierbij een verbetering te zien gegeven zou kunnen hebben.

Amsterdam, 5 januari 1968

REDACTIE

BOEKAANKONDIGINGEN

Specific tumor antigens. A symposium organized by the International Union against cancer and the U.S.S.R. Academy of Medical Sciences. Onder redactie van R. J. C. HARRIS. 365 bl., vele fig. en tabellen. Munksgaard, Kopenhagen 1967. Prijs: geb. D. kr. 126.

Deze monografie bevat de verslagen van een door de U.I.C.C. (International Union against Cancer) en door de Academie van Medische Wetenschappen georganiseerd symposium in de Sovjetunie (mei 1965). De meest vooraanstaande immunologen hebben aan dit symposium deelgenomen. Hun bijdragen en de bijbehorende discussies geven een uitstekend overzicht van de verschillende aspecten van de tumor-immuniteit. Zowel voor experimentele onderzoekers als voor klinici die in immunologische problemen belangstellen, is deze monografie van waarde.

O. MÜHLBOCK

A. E. VAN VOORTHUISEN, *Ervaringen met selectieve arteriografie van de arteria coeliaca en de arteria mesenterica superior.* 239 bl., 157 fig. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij N.V., Leiden 1967. Prijs: ingen. f 45,—.

Deze monografie, die oorspronkelijk als proefschrift werd uitgegeven, handelt over de arteriografie van de buikvaten; ze omvat een studie van 176 patiënten die in de Leidse Radiologische Kliniek met deze methode onderzocht werden. De techniek en de indicatiestelling worden duidelijk uiteengezet; ook de complicaties worden nauwkeurig besproken. De conclusies die de schrijver uit zijn onderzoek trekt, zijn helder en duidelijk.

Het is een voortreffelijk werk, dat er zeker toe zal bijdragen dat het arteriografisch onderzoek bij de diagnostiek van pancreas- en leveraandoeningen meer ingang zal vinden. Ik kan dit boek aan röntgenologen, chirurgen en internisten warm aanbevelen.

B. A. DEN HERDER