

EEN KLEIN HOERA VOOR MAMMON

Bij de waardering die ik heb voor de research van de farmaceutische industrie en voor de daaruit resulterende vergroting van de farmacotherapeutische mogelijkheden, word ik toch geplaagd door enkele vragen betreffende bepaalde aspecten van het farmaceutisch bedrijf. Eén ervan zou ik nu naar aanleiding van het ontwapenende artikel van DUKES (1968) als volgt willen formuleren:

Kan de medicus aan gene zijde van de Rubicon, die volgens DUKES meebouwt „aan de totstandkoming van het beleid” van het farmaceutisch bedrijf, nu werkelijk de volgende punten met zijn wetenschappelijke verantwoordelijkheid dekken?

1. Het gebruik van „een vergezuiverd leverextract met hoog gehalte natuurlijk vitamine B₁₂ (10 mcg/ml)” bij pernicieuze anemie, waarbij alleen vitamine B₁₂ is vereist en waarvoor ter beschikking staan ampullen zuiver B₁₂ (cyanocobalamine) met 15, 20, 30, 50 en zelfs 1000 mcg/ml!

2. Het gebruik van leverpoeder, ontvet pyloruspoeder en kopercarbonaat in een ijzerpreparaat voor ijzergebreekemie, waarbij een ferrozout voldoende is.

3. Het gebruik van een anabool steroïd bij de reconvalescentie van kinderen.

4. Het gebruik van 10 vitamines „ter completering van de dagelijkse voeding”, terwijl een goede afwisselende voeding, zoals in ons land regel is, voldoende vitamines bevat om aan de behoefte te voldoen en het lichaam over een grote voorraad beschikt, zodat een tijdelijk geringe toevoer kan worden opgevangen.

5. Het gebruik van zeer kleine hoeveelheden prednison in een tablet met bronchospasmodica en een sedativum voor astma (1 mg/tablet) en in een tablet met o.a. vitamines en kaliumchloride voor bejaarden (0,25 mg/tablet).

6. Het gebruik van vitamines, anabole steroïden, mineralen, ijzer, sporenelementen, B₁₂ (oraal!) al of niet in combinatie, als roborans, als „geriatriesch supplement”, voor „nieuwe kracht en energie, levenslust en vitaliteit”. Is er ooit door middel van een goed klinisch onderzoek, dat werkelijk voldoet aan de eisen, die men tegenwoordig mag stellen, de werkzaamheid hiervan aangetoond voor deze „indicaties”?

Literatuur: DUKES, M. N. G. (1968) Een klein hoera voor Mammon. *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1743.

Den Haag, 29 september 1968

F. KALSBEK

In mijn artikel heb ik gewezen op het bestaan van sterk uiteenlopende opvattingen onder medici ten aanzien van nagenoeg ieder soort geneesmiddel. De bedenkingen die collega KALSBEK hier aanvoert, gericht vooral tegen een aantal aanbevolen indicaties en oudere „combinatie-preparaten” zijn voldoende bekend; met dergelijke bedenkingen wordt wel degelijk rekening gehouden bij de „totstandkoming van het beleid”, vooral met betrekking tot wijzigingen in preparaten die reeds vele jaren in de handel zijn. Dat zulke bedenkingen echter niet altijd doorslaggevend zullen zijn is evident. Even evident is het dat, indien de industriarts zich, na de beide kanten van de wetenschappelijke medaille te hebben bestudeerd, uitspreekt tegen een wijziging, hij zich in feite bij de vele praktizerende artsen schaart die op grote schaal gebruik maken van het bestaande preparaat of de onderhavige indicatie.

Het zou te ver voeren om op deze plaats uitgebreid te gaan debatteren over de voorbeelden die collega KALSBEK opnoemt. Het zou de discussie ook op een zijspoor voeren; mijn hoofdbetoog in dezen is geweest dat de huidige procedure voor de beoordeling van dergelijke kwesties binnen en buiten

de industrie een gezonde procedure is, waarbij de medicus een essentiële functie heeft. De veronderstelde juistheid of onjuistheid van het resulterend beleid in enkele geselecteerde gevallen doet hier weinig ter zake.

Oss, 8 oktober 1968

M. N. G. DUKES

MENSTRUATIESTOORNISSEN NA HET GEBRUIK VAN ORALE OVULATIEREMMERS

In zijn klinische les stelt professor PLATE (1968): „Hoewel het natuurlijk niet geheel vaststaat, mag men aannemen, dat bij de beschreven patiënten het gebruik van de ovulatieremmers de oorzaak van de menstruatiestoornissen is geweest.”

Het komt mij voor dat als in een wetenschappelijke voordracht iets „natuurlijk niet geheel vast staat”, men niets mag aannemen. Ter illustratie bespreek ik kort het gepresenteerde patiëntenmateriaal:

Patiënte A: aanvankelijk onregelmatige menstruaties, na de tweede bevalling normaal (?); patiënte gebruikte na deze partus echter een oraal anti-conceptivum.

Patiënte B: oorspronkelijk steeds onregelmatige menstruaties.

Patiënte C: late menarche, onregelmatige menstruele cyclus, na medicijnen (welke?) regelmatig.

Patiënte D: normaal menstruatie-patroon.

Patiënte E: gedurende 4 jaar spontaan onregelmatige menstruaties.

Patiënte F: menstruaties bleven ieder jaar tweemaal weg.

Resteert één patiënte met een oorspronkelijk normaal menstruatiepatroon, die na het gebruik van een ovulatieremmend middel geen normale menstruaties terug kreeg, echter wel ovuleerde. De overige vijf van deze wel zeer kleine serie van zes patiënten vertoonden al vóór het gebruik van ovulatieremmers een niet geheel normaal menstruatiepatroon.

Samenvattend: Wij mogen (natuurlijk) niet aannemen, dat bij de beschreven patiënten het gebruik van ovulatieremmers de oorzaak van de menstruatiestoornissen is geweest, aangezien er vóór het gebruik van de ovulatieremmers al menstruatiestoornissen waren. De titel van de klinische les is dan ook onvolledig: Besproken werden enige patiënten met menstruatiestoornissen vóór en na het gebruik van orale ovulatieremmers.

Literatuur: PLATE, W. P. (1968) Menstruatiestoornissen na het gebruik van orale ovulatieremmers. *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1721.

Wormerveer, 29 september 1968

G. VAN GELDORP

Collega VAN GELDORP noopt mij de ziektegeschiedenissen van mijn patiënten nog eens te vermelden, waarbij ik de nadruk moet leggen op de menstruatiestoornis die door mij bedoeld wordt. Een onregelmatige menstruatiecycclus behoeft niet te betekenen dat er geen ovulaties zijn; patiënte A werd ondanks een onregelmatige cyclus tweemaal zwanger. Het gebruik van de ovulatieremmers werd bij mijn patiënten gevolgd door een anovulatie, die tot uiting komt in amenorroe of in anovulatore bloedingen.

Patiënte A: laatste bevalling in juli 1963, daarna regelmatige menstruatie. In november 1963 orale anticonceptie, daarna 7 maanden amenorroe.

Patiënte B: na Lyndiol-gebruik amenorroe van 9 maanden, daarna anovulatore bloeding.

Patiënte C: menstruatie op jonge leeftijd gereguleerd door medicijnen (geen ovulatieremmers). Na gebruik van Lyndiol amenorroe van 10 maanden, daarna minstens één anovula-