

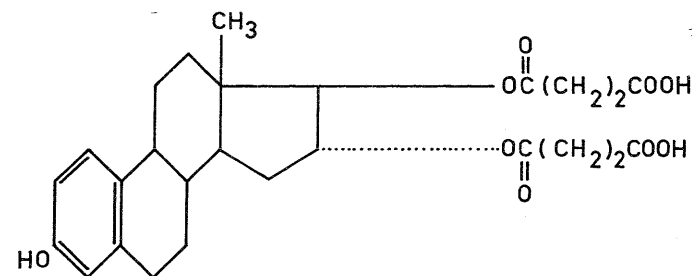
## INGEZONDEN

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

### BEHANDELING VAN KLACHTEN IN HET CLIMACTERIUM

In het overzicht dat Dr. P. G. HART (1969) van deze therapie geeft (kennelijk beschrijft hij het climacterium van de vrouw), wordt terecht op de gynaecologisch-chirurgische problematiek gewezen. Als collega HART de suggestieve en medicamenteuze therapie aangeeft, laat hij volgens mij te weinig uitkomen of hij zichzelf voldoende bewust is van het feit dat hij suggererend en conditionerend „onderwijst”. Dat suggereren effect heeft, is genoegzaam bekend, maar als men vergeet wanneer men zo handelt, lijkt mij dat een gevaarlijke zaak. Als men nl. een patiënt iets „uitlegt”, komt dat meestal neer op een vorm van beïnvloeden. Dat kan dan goed bedoeld zijn, maar niet zonder potentieel gevaar. Vooral bij de vrouw (en de man) in het climacterium is nl. het resultaat van dit „uitleggen” in de praktijk, dat de woorden vaak slecht overkomen en de zieke niet helpen, maar in een verder isolement brengen. Dat betekent, dat de patiënt de ervaring krijgt van een zich-niet-begrepen-voelen.

Verder meen ik dat collega HART inconsequent is als hij de symptomatische therapie van de uitvalsverschijnselen prefereert nadat hij eerst „estrogen lack” als de meest aanvaarde oorzaak voor dit syndroom vermeldt. Ook al zouden de meeste auteurs menen dat „pas in laatste instantie tot hormonale therapie moet worden besloten”. Hij verklaart dit wonderlijke feit met voorbeelden van de bijwerkingen van deze therapie met de gebruikelijke hormonen en met wat zou kunnen heten „Stokpaardje-carcinofobie”. Vooral dit laatste begrijp ik niet goed, in het bijzonder niet als in dezelfde Universiteitskliniek (RERING e.a. 1969) een pleidooi wordt gehouden voor de placentaalokalisatie met behulp van gammascintillografie. Wat de „Estrogen Replacement Therapy” betreft, die de laatste jaren ook buiten de Verenigde Staten weer opgang maakt, kan ik uit eigen waarnemingen gedurende 3-36 maanden bij vier en negentig vrouwen met climacterische dervingsverschijnselen vermelden dat estriolsuccinaat\* (2-4 mg per dag) een goed bruikbare estrogene stof is. In totaal 46 patiënten werden na een therapieduur van enige weken klachtenvrij, 31 gingen goed vooruit, 13 redelijk en bij 2 bleef de toestand stabiel, terwijl 2 patiënten achteruit gingen. Daar het preparaat — in tegenstelling tot combinatiepreparaten van androgenen en estrogenen — de eetlust niet stimuleert, bleef het lichaamsgewicht van de vrouwen constant. De tolerantie voor het preparaat was goed.



Bij geen van de vrouwen traden dysfunctionele uterusbloedingen op, ook niet bij de 16 die 2 jaar of langer continu met estriolsuccinaat werden behandeld. Virilisatieverschijn-

\*Beschikbaar gesteld door N.V. Organon; nog niet in de handel.

selen kwamen niet voor en de libido werd niet hinderlijk beïnvloed. Psychopharmaca heb ik alleen voorgeschreven als daar dringend aanleiding toe bestond, bijvoorbeeld in ernstige gevallen van depressie of onrust, of bij hardnekkige slapeloosheid. Als collega HART in zijn overzicht een lans breekt voor de „sedativa” raad ik de lezer aan in dat zelfde tijdschrift 5 bladzijden verder te zien wat BIJLSMA (1969) daarvan als de consequenties vermeldt. Ikzelf meen dat de toxische bijwerkingen en „drug-dependence” van phenobarbitalum maar al te vaak worden onderschat.

Tenslotte ben ik blij dat collega HART de zo vaak verdoemde wekaminen de pluim geeft die ze verdienen. Als ze door op-sensatie-beluste individuen worden misbruikt, mogen wij bij het verbannen van deze stoffen hun therapeutische kwaliteiten niet mee over boord zetten. Ik ben het met collega HART eens dat deze pharmaca soms goede diensten kunnen bewijzen; misbruik heb ik in een jarenlange praktijk nooit vastgesteld.

*Literatuur:* BIJLSMA, U. G. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1068. — HART, P. G. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1062. — RERING, C. H., M. F. CSÁNKY en E. MULDER (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1050.

Amsterdam, 4 juli 1969

D. GRANAAT

Ik ben blij dat collega GRANAAT er nog eens op wijst dat er ook een climacterium bij de man bestaat. Het bedoelde Caput Selectum handelde daar niet over. Het is zeker, dat suggererend en conditionerend onderwijzen gevaren met zich kan brengen. Niettemin ben ik van mening dat een dergelijke benadering van de patiënte vaak onontbeerlijk is, ondanks de soms daaraan verbonden bezwaren.

Zolang niet bewezen is, dat behandeling met oestrogene stoffen van betekenis kan zijn voor het ontstaan van een maligne proces, en er een andere therapie voorhanden is, kan deze laatste therapie de voorkeur verdienen, ook al is deze slechts symptomatisch. In dit verband is het wel duidelijk dat de opmerking van GRANAAT over de gammascintillografie irrelevant is. Zijn goede resultaten met oestriolsuccinaat kunnen een aanwijzing zijn dat de „Estrogen lack theory” juist is. Het ontbreken van dysfunctionele uterusbloedingen en andere door hem genoemde bijverschijnselen bewijst echter geenszins dat hij met het goede preparaat of in de juiste dosering „substitueert”. Dat BIJLSMA in „dat zelfde tijdschrift 5 bladzijden verder” consequenties van sedativa vermeldt, noopt mij bijna deze auteur te verzoeken een dergelijk artikel te schrijven over de wekaminen. Het lijkt mij dat ook deze medicamenten hun nadelen zullen hebben, ook als ze gebruikt worden door niet „op sensatie beluste individuen”.

Utrecht, 30 juli 1969

P. G. HART

### KALA-AZAR IN NEDERLAND

Met veel belangstelling las ik het artikel van de collegae VAN DER LINDE, MEUWISSEN en VAN GORP (1969) over kala-azar in Nederland.

Enige tijd geleden heb ik eveneens een patiënt met kala-azar behandeld. Het betreft een 69-jarige man, die zijn vakanties geregeld op Majorca doorbracht. In september 1968 werd hij ziek met koorts en algemene malaise. Aangezien de temperatuur verhoogd bleef, werd hij 14 oktober 1968 in het St. Joseph Ziekenhuis te Eindhoven opgenomen. Bij lichamelijk onderzoek werden geen duidelijke afwijkingen gevonden, met name geen vergroting van milt, lever of lymfeklieren. Bezinkingssnelheid 96 mm na één uur; sterke leukopenie (2200 leukocyten per mm<sup>3</sup>, later nog verder ge-