

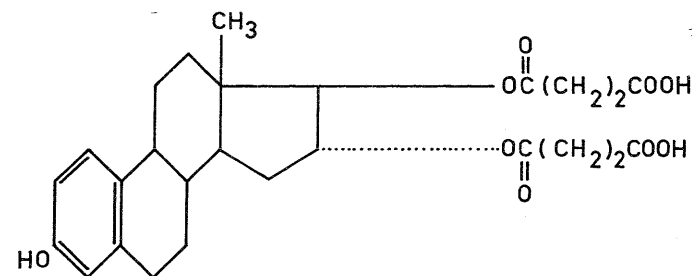
## INGEZONDEN

(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

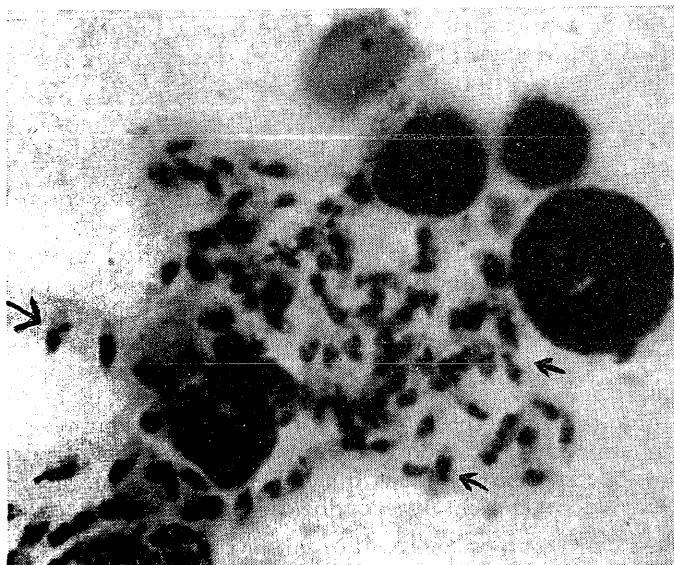
P. G. HART

### 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-

daald tot 600 per  $\text{mm}^3$ ), trombocyten 46000-90000, sterke hypergammaglobulinemie (3 g/100 ml) en sterk verhoogd IgG. De diagnose kala-azar werd begin december gesteld door Dr. M. C. VERLOOP, doordat in het beenmerg zeer veel Leishman-Donovanlichaampjes (zie figuur) werden aangetroffen.



Op advies van Prof. Dr. P. J. ZUIDEMA werd patiënt behandeld met natrium antimoon gluconaat (Pentostam); in totaal werd 120 ml ingespoten. Reeds na enkele injecties daalde de temperatuur en voelde patiënt zich veel beter. Op 7 februari 1969 werd hij zonder klachten ontslagen. Ik zag de patiënt enkele malen poliklinisch terug voor controle. Op 4 juli 1969 gaf het bloedonderzoek de volgende waarden: Hemoglobine 14 g/100 ml, erythrocyten 4.060.000, leukocyten 4500 per  $\text{mm}^3$ . Bloedbezinking 37 mm na 1 uur, 69 mm na 2 uur. Het totale eiwitgehalte van het serum bedroeg 77,8 g/l, waarvan 52,7 pct albumine (= 4,1 g/100 ml) en 25,0 pct gamma-globuline (= 1,95 g/100 ml). De patiënt voelt zich uitstekend, weegt thans weer 83 kg en heeft geen enkele klacht meer.

De ziektegeschiedenis van deze patiënt werd uitvoerig medegedeeld door Prof. P. J. ZUIDEMA op de vergadering van 25 april 1969 van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde; in dit *Tijdschrift* zal hierover een verslag worden opgenomen.

*Literatuur:* LINDE, D. L. VAN DER, O. J. A. TH. MEUWISSEN en L. H. M. VAN GORP (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1413.

Eindhoven, 18 augustus 1969

G. H. W. JORDANS

## SYMFYSIOTOMIE IN ONTWIKKELINGSLANDEN

Het is een goede gedachte geweest van collega LAMMES (1969) zijn ervaringen met symfyiotomie op schrift te stellen. Ondergetekende is een van de waarschijnlijk velen die, met betrekkelijk geringe obstetrische ervaring werkzaam in een ontwikkelingsland, geconfronteerd worden met deze ingreep die hun in het vaderland in het gunstigste geval alleen maar theoretisch werd geïnstrueerd.

In de maanden december 1968 tot en met juni 1969 vonden in het Villa Maria Hospitaal te Masaka 239 bevallingen plaats, waarvan 6 met een keizersnede en 7 met symfyiotomieën. Dit aantal ligt procentueel ver boven dat van collega LAMMES; ik wijk dat aan twee oorzaken. Vooreerst zal mijn

gemis aan obstetrische vooropleiding en derhalve mijn onervarenheid met keizersneden er de oorzaak van zijn dat ik in het algemeen eerder mijn toevlucht neem tot de symfyiotomie dan tot de technisch veel moeilijker keizersnede. Tot op heden ben ik gelukkig nog niet geconfronteerd met de inderdaad weinig aantrekkelijke situatie dat na symfyiotomie een vaginale baring onmogelijk bleek, en dus alsnog tot keizersnede moest worden overgegaan.

Een tweede reden voor mijn veel hoger percentage ligt mijns inziens ook in een verschil van mening ten aanzien van de indicatiestelling. Collega LAMMES noemt bij zijn opsomming van de contra-indicaties ook het geval dat er zich een litteken in de uterus bevindt. Ik beschouw een dergelijke toestand juist als een indicatie tot symfyiotomie omdat naar mijn mening juist bij deze patiënten een overrekking van het onderste uterussegment en daarmee de kans op een uterusruptuur zoveel mogelijk vermeden moet worden. Is er bij volledige ontsluiting bij een vrouw met een litteken-uterus, in de uitdrijvingsfase ook maar de indruk dat de partus niet vlot en in redelijk korte tijd zal geschieden, dan ga ik over tot symfyiotomie met tot nu toe altijd nog het verwachte gevolg: binnen enkele seconden tot minuten de geboorte van het kind.

Voorts mis ik bij collega LAMMES' opsomming van de indicaties de situatie dat bij een stuitbevalling het nakomend hoofd moeilijkheden biedt of dreigt te bieden. Het komt hier niet zelden voor dat een vrouw op een dusdanig tijdstip van de partus op de verloskamer arriveert dat ampele overwegingen (op grond van bekkenmaten en geschatte grootte van het kind) of het kind langs vaginale dan wel langs abdominale weg geboren moet worden onmogelijk zijn. Men heeft de stuit als zodanig te accepteren of men wil of niet. In zulke gevallen kan men zich voorstellen dat het op voorhand toedienen van een lokaal anaestheticum en het klaar hebben van de symfyiotomiebehoeftigheden, levensreddend kunnen zijn voor het kind. Mij dunkt dat deze indicatie niet uitsluitend voor de ontwikkelingsgebieden geldt, maar in voorkomende gevallen ook in Nederland van toepassing zal zijn!

*Literatuur:* LAMMES, F. B. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1017.

Masaka (Uganda), 28 juli 1969

M. F. G. HAAN

De combinatie sectiolitteken en vernauwd bekken moet worden beschouwd als een contra-indicatie voor symfyiotomie. Indien er nog geen volkomen ontsluiting is, zal men het litteken niet mogen beproeven wegens het grote gevaar van een uterusruptuur. Als de patiënte wordt opgenomen met volkomen ontsluiting is de kans groot dat er reeds een ruptuur is ontstaan. Wanneer nog geen symptomen daarvan aanwezig zijn, is daarmee de ruptuur zeker niet uitgesloten. Het hoofd tamponneert de ruptuur, doch zodra het kind geboren is raakt de vrouw snel in shock. Daarom zal ook bij volkomen ontsluiting en een dergelijke anamnese de veiligste weg toch een sectio caesarea zijn. Ik ben mij er echter goed van bewust dat in de omstandigheden waarin collega HAAN werkt, bij het afwegen van de verschillende risico's tot een andere beslissing wordt gekomen.

Ook CRIGHTON beveelt de symfyiotomie aan als een oplossing voor problemen bij het nakomende hoofd. Zelf heb ik geen ervaring met deze indicatie. Meestal is toch nog te beoordelen of vaginale baring van de stuitligging acceptabel is. Of de symfyiotomie op tijd soelaas kan bieden als de gebruikelijke handgrepen falen is voor mij nog een open vraag.

Leiden, 21 augustus 1969

F. B. LAMMES