

calcium onder invloed van 25-hydroxycholecalciferol, geproduceerd door zonlicht. Soldaten in groep A werden in het „koele” seizoen gebruikt en reageerden in het „hete” seizoen op dezelfde manier als nog niet geacclimatiseerden en niet gebruikten. Blijkbaar is er een snelle reactie met toegenomen calciumuitscheiding op zonlicht waartegen voorafgaande zonverbranding een geringe bescherming geeft. Schrijvers zien het toegenomen aantal „zonuren” als voornaamste oorzaak van de hypercalciurie, al menen zij dat de invloed van

25-hydroxycholecalciferol, secundair aan huidstimulatie door ultraviolet licht, nog verder moet worden onderzocht. Bij twee van de 91 soldaten ontstonden stenen binnen 3 jaar na hun terugkeer uit de Golf.

Literatuur: PARRY, E. S. en I. S. LISTER (1975) *Lancet* I, 1063.

P. A. KAGER

INGEZONDEN

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

Geneeskunst, geneeskitsch en pseudogeneeskunde

De opvatting van de Leidse hoogleraar Dr. THUNG (1975), uitgesproken op het laatste congres van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst in Zwolle, waarbij hij de celtherapie volgens Prof. Dr. P. NIEHANS heeft gecatalogiseerd onder „Geneeskitsch”, vraagt om een antwoord. Deze op niets gefundeerde uitspraak gaat volledig voorbij aan de 30-jarige research, waarop de celtherapie stoelt. Meer dan 1000 wetenschappelijke publikaties uit de hele beschaafde westerse academische wereld negeert hij volledig. Hij haalt in zijn literatuur-opgave alleen „een lezing” van Prof. NIEHANS aan, hoewel hij als man van de wetenschap zou moeten en kunnen weten dat research-mensen van de allereerste orde de celtherapie op haar waarde getoetst hebben, tot in dubbelblinde proeven toe. Dat Prof. THUNG de celtherapie in één adem noemt met de „Samuels-therapie” doet vermoeden dat hij zich met de wetenschappelijke achtergronden van de celtherapie niet heeft beziggehouden.

De internationale wetenschappelijke adviesraad van het „Forschungsgesellschaft für Zelltherapie”, waarin ik zitting heb, is zonder meer bereid aan iedereen de literatuur ter beschikking te stellen die voor een wetenschappelijk denken en handelen van waarde is. Een veroordeling ex cathedra heeft nog nooit in de wetenschappelijke wereld tot successen geleid.

Literatuur: THUNG, P. J. (1975) Geneeskunde, geneeskunst, geneeskitsch. *Ned. T. Geneesk.* 119, 1603.

Rotterdam, november 1975 F. L. L. M. MERCKELBACH

Een patiënte met primaire amenorroe

In zijn klinische les geeft collega HART (1975) een uiteenzetting omtrent de hedendaagse ovulatie-inductie door middel van parenterale toediening van gonadotrope hormonen.

Er wordt een patiënte gedemonstreerd die lijdt aan het betrekkelijk zeldzame ziektebeeld van primaire amenorroe in combinatie met een afwijkende sella turcica. Een dergelijke combinatie doet het syndroom van Forbes vermoeden. Bij dit syndroom moet tevens sprake zijn van galactorroe.

Zoals lang werd vermoed, is in de laatste jaren gebleken dat er in deze gevallen een adenoom van de hypofyse bestaat, dat prolactine produceert. Overproductie van dit hormoon kan leiden tot amenorroe en galactorroe. Hyperprolactinemie is echter ook beschreven zonder galactorroe. Wegens de langzame progressie van deze adenomen of het stationair blijven ervan, is een neurochirurgische ingreep volgens velen pas dan op zijn plaats, als er neurologische en (of) oftalmologische complicaties dreigen (KOHLER en ROSS 1973).

Was dit in 1967 niet mogelijk, sedert 1972 kan het plasma-prolactine-gehalte worden bepaald. Tevens is het mogelijk geworden om de hypofyse beter te onderzoeken met behulp van stimulatie-tests van LH en FSH door middel van het decapeptide LH/FSH/RH (Releasing Hormone) en TSH en prolactine door middel van het tripeptide TRH (Thyrotropin Releasing Hormone).

Collega HART spreekt zijn verwondering uit over het niet volledig zijn van de hypofysectomie, gezien het behouden blijven van de schildklier- en bijnierfunctie. Uit de literatuur blijkt evenwel, dat een transsfenoidale hypofysectomie vaak onvolledig is (KOHLER en ROSS 1973). Het is, omdat de zojuist genoemde provocatie-tests achterwege bleven, niet mogelijk een uitspraak te doen omtrent de postoperatieve gonadotrope status van deze patiënte. Dat een preoperatieve hyperprolactinemie zeer wel zou kunnen persisteren, wordt gesuggereerd door de exorbitant hoge doses HMG, die nodig bleken om de ovaria te stimuleren tot een ovulatie. Ook vóór de operatie, terwijl patiënte nog normogonadotroop was, gelukte het niet door middel van PMS ovulaties te bewerkstelligen. Juist bij de patiënten met een zekere ovariële resistentie tegen parenteraal toegediende gonadotrope hormonen, is een hyperprolactinemie uitermate waarschijnlijk (ROLLAND 1974).

Op het einde van zijn klinische les spreekt collega HART de wens uit in de toekomst alle patiënten die in aanmerking komen voor ovulatie-inductie, te behandelen d.m.v. zg. „gerichte kuren” met HMG en HCG. Hierbij wordt — zo nemen wij aan — de groep vrouwen niet betrokken, die lijdt aan anovulatie die zich met clomifeen laat behandelen.

Tevens wordt verzuimd twee andere mogelijkheden te noemen om anovulatie te beïnvloeden: 1. Indien hyperprolactinemie bestaat, kan door toediening van de dopamine-agonist broomergocryptine (2-Br- α -ergocryptine) de hypofysaire afgifte en produktie van dit hormoon worden stilgelegd, waarna het plasma-prolactine-gehalte daalt. De ovariële functie normaliseert zich dan op fysiologische wijze, zonder gevaar voor overstimulatie. 2. Binnenkort lijken LH/FSH-