

Onze voorkeur gaat in het algemeen zonder meer uit naar de eerste gedachtengang. Er zouden echter in de onderhavige kwestie bijzondere redenen kunnen zijn om van het principe af te wijken. Een dergelijke reden zou kunnen zijn dat, hoewel het klinische bewijs van de effectiviteit niet is geleverd, er uit de pathofysiologie van habituele abortus argumenten te halen zijn, die het nut van progestativa zeer waarschijnlijk maken. Bepaling van de pregnandiolexcretie op de gebruikelijke wijze, d.w.z. als men afgaat op een te gering aantal bepalingen, geeft geen aanwijzingen voor een tekort aan progesteron bij abortus. Frequente bepalingen van plasma-progesteron in de luteale fase van cycli bij vrouwen met gestoorde fertiliteit wijzen wel in die richting (JONES e.a. 1970; COOKE e.a. 1972; LÉPOUTRE e.a. 1973). Te lage waarden worden echter vrijwel steeds gevonden bij van de norm afwijkende hormoonwaarden in de proliferatiefase en deze zijn terug te voeren op stoornissen in de follikelrijping (JONES e.a. 1970; ROSS e.a. 1970; STROTT e.a. 1970; SHERMAN en KORENMAN 1974).

Op grond van deze gegevens zou men met een eventuele therapie reeds vóór de ovulatie moeten starten, en dan niet in de vorm van progestativa, maar bijvoorbeeld van clomifeen of zelfs gonadotropinen (JONES e.a. 1970; SHERMAN en KORENMAN 1974).

Er zijn dus uit wat bekend is over de pathofysiologie van sommige vormen van habituele abortus meer argumenten te putten voor een medicatie met geheel andere stoffen dan progestativa. Toediening van progestativa is geen therapie die aansluit op de pathofysiologie en er kan niet van verwacht worden dat enige correctie wordt verkregen. Toediening nadat conceptie is aangetoond, is gezien het moment waarop dit in de praktijk gebeurt, om dezelfde reden geen rationele therapie (YOSHIMI e.a. 1969).

Bij ontbreken van andere argumenten lijkt ons het standpunt van de redactie het enige dat te handhaven is.

Hoe het betoog van WILDSCHUT tenslotte kan dienen als verdediging van een beleid waarin „bij zwangerschappen met een verhoogd abortusrisico” en „bij uiteenlopende zwangerschapbedreigende toestanden” progestativa worden toegediend, is ons volstrekt onduidelijk.

*Literatuur:* COOKE, I. D., C. A. MORGAN e.a. (1972) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth* 79, 647. — JONES, G. S., R. D. MAFFEZZOLI e.a. (1970) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 108, 847. — LÉPOUTRE, L., M. DHONT e.a. (1973) *Ann. Endocr. (Paris)* 34, 327. — ROSS, G. T., C. M. CARGILLE e.a. (1970) *Rec. Progr. Hormone Res.* 26, 11. — SHERMAN, B. M. en S. G. KORENMAN (1974) *J. clin. Endocr.* 30, 89. — STROTT, C. A., C. M. CARGILLE e.a. (1970) *J. clin. Endocr.* 30, 246. — Vraag 38 (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1904. — WILDSCHUT, J. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 296. — YOSHIMI, T., C. A. STROTT e.a. (1969) *J. clin. Endocr.* 29, 225.

Groningen, april 1976

H. J. HUISJES  
R. E. LAPPÖHN

### *Moderne geneesmiddelen tegen tuberculose*

Met zeer veel interesse heb ik het artikel van Dr. ROOSENBURG (1976) gelezen. Werkend in Kenja heb ik veel met tuberculose te maken. In de landen van de zg. Derde Wereld is deze ziekte een enorm probleem; er worden hier jaarlijks

ongeveer 6000 nieuwe gevallen gediagnostiseerd en de groep van niet ontdekte gevallen is veel groter.

De routine-behandeling geschiedt met streptomycine en isoniazide (Thiazina); vele patiënten ontwikkelen een resistentie. Slechts zeer weinig patiënten komen in aanmerking voor een „second-line treatment”. Deze behandeling met bv. rifampicine en ethambutol is erg duur en de patiënten moeten aan zeer strenge eisen voldoen, willen zij in aanmerking komen voor zo'n behandeling. Zo moeten zij bv. binnen het bereik van een ziekenhuis wonen, waar een arts aanwezig moet zijn die iedere dag de medicijnen persoonlijk aan de patiënten kan geven; een voorwaarde, waaraan slechts in weinig gevallen kan worden voldaan.

De reden van mijn reactie is het gemak waarmee in Nederland over dit kostenaspect heen gestapt wordt. U schrijft: „In ons land met zijn goed ziekteverzekeringsapparaat en zijn goede sociale instellingen kan rifampicine altijd worden gebruikt als middel van eerste keus.” Is het niet de plicht van iedere arts om de absurd hoge kosten van de gezondheidszorg te drukken waar dat maar mogelijk is?

*Literatuur:* ROOSENBURG, J. G. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 240.

Kangundo (Kenja), april 1976

J. J. VAN BINSBERGEN

De deskundigen in Nederland zijn heel goed op de hoogte welke enorme problemen de tuberculose en de tuberculosebestrijding in de zg. Derde Wereld scheppen en het moet voor iemand als collega VAN BINSBERGEN die in Kenja werkt soms wel frustrerend zijn als hij leest met welk een gemak de geringe problemen op dit gebied in Nederland opgelost kunnen worden. Eens te meer komt naar voren hoezeer economische en politieke factoren een rol spelen bij de aanpak van de verschillende facetten van de gezondheidszorg.

Hoewel de hoge kosten van de gezondheidszorg in Nederland zorgwekkend worden, toch mag dit geen reden zijn om patiënten niet optimaal te behandelen om hen zo snel en zo veilig mogelijk te genezen. De duurte van verschillende geneesmiddelen is een heel ander chapter dat op het ogenblik zeer in de belangstelling staat, maar het is hier niet de plaats daar verder op in te gaan.

's-Gravenhage, mei 1976

J. G. ROOSENBURG

### *Pijnbestrijding door elektrische stimulatie van de huid*

Ongetwijfeld is pijn een der belangrijkste symptomen waarvoor medische hulp wordt gevraagd, zoals de Pijn-groep terecht opmerkt, maar dit zou juist de reden moeten zijn om de elektrostimulatie niet naar de kliniek te trekken maar aan de huidarts voor te stellen om er ervaring mee op te doen. De brief aan de redactie van DE WEERDT en VAN RIJN (1976) stimuleert daartoe meer dan het artikel van de Leidse Pijn-groep (VAN SEVENTER e.a. 1976).

Het komt mij voor dat de eenvoudige stimulatie-therapie voor bepaalde gevallen een mooie gelegenheid zou zijn om de huisarts wat terrein terug te laten winnen. Het toestel van Medtronic is niet duur. Het voortreffelijke boekje van MELZACK, *The puzzle of pain*, is zeer aan te raden en kost