

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 (Kenya), 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 Kenya 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

f 7,75. Men zou ook het hoofdstuk „The killing of pain” uit IVAN ILLICH's *Medical nemesis* moeten lezen.

Literatuur: ILLICH, I., *Medical nemesis. The expropriation of health.* Marion Boyars, London. — MELZACK, R. (1973) *The puzzle of pain.* Penguin Science of Behaviour, Middlesex. — SEVENTER, R. VAN, JOH. SPIERDIJK, W. LUYENDIJK, B. ZAPLETAL, J. R. GRAVELLOTTE-MULDER en L. MENGES (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 468. — WEERDT, C. J. DE en A. J. VAN RIJN (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 478.

Rotterdam, april 1976

G. M. POOL

Inderdaad is het de bedoeling van de Leidse Pijngroep om met elektrostimulatie meer ervaring op te doen en de resultaten op langere termijn te evalueren alvorens we deze therapie in ruime kring zouden willen aanbevelen. We zouden gaarne vernemen wat collega POOL bedoelt met: (1) eenvoudige therapie; (2) bepaalde gevallen; (3) terreinwinst; (4) niet duur. Ter oriëntatie: een stimulatieapparaat kost f 1000,— en wordt lang niet altijd door het ziekenfonds vergoed.

Wij zullen ook van onze verdere ervaringen met elektro-

stimulatie verslag uitbrengen. Die van collega POOL zien we gaarne tegemoet.

Leiden, mei 1976

JOH. SPIERDIJK
R. VAN SEVENTER

Collega POOL wijst er terecht op dat deze eenvoudige methode van pijnbehandeling zeer goed door de huisarts kan worden verricht.

Het is uit onze tabel duidelijk dat de behandeling slechts dan succes lijkt te hebben bij omschreven ziektebeelden; een juiste diagnose is nodig. Hierbij kan nog worden opgemerkt dat soms frappante successen zijn te bereiken bij hevige ischialgiforme pijnen — helaas slechts tijdelijk en afhankelijk van de oorzaak — als via naalden wordt gestimuleerd, die vlak bij de N.ischiadicus worden geplaatst aan de dorsale zijde van het bovenbeen.

Naar onze mening verdient het de voorkeur, als toch een apparaat wordt aangeschaft, een eenvoudig „elektriseer-toestel” te kopen; tenslotte opent dit meer diagnostische en therapeutische mogelijkheden.

Emmen, mei 1976

C. J. DE WEERDT
A. J. VAN RIJN

BERICHTEN

Buitenland

AUSTRALIË

Passieve beschermingsmaatregelen beter dan actieve. In het *Medical Journal of Australia* (13 maart bl. 335) neemt E. C. WIGGLESWORTH te Melbourne de maatregelen onder de loep, die worden toegepast ter bescherming van het individu of van de bevolking. Hij gaat uit van de bedrijfsongevallen. Hun frequentie is gedurende de laatste tien jaar met 12 pct afgenomen, maar bedraagt toch nog ongeveer 200.000 per jaar. Vooral mannen zijn slachtoffer: 6 mannen tegen één vrouw. Op de maandagen is het aantal ongevallen het hoogst, op de vrijdagen het laagst.

Generaliserend zegt de auteur dat passieve beschermingsmaatregelen, waarbij de medewerking van de mens niet vereist is, effectiever zijn dan actieve, waaraan de mens wel moet medewerken. Deze uitspraak geldt voor een veel breder gebied dan alleen de bedrijfsongevallen. In het verleden heeft men gemeend dat de meeste ongevallen door menselijk tekort schieten werden veroorzaakt; in vele landen is toen een vloed van wettelijke en opvoedkundige maatregelen over de bevolking uitgestort, om de mensen ertoe te brengen, actief aan hun beveiliging te laten meewerken. Het is gebleken dat deze maatregelen weinig werkzaam zijn geweest. Steeds meer groeit het inzicht dat passieve bescherming meer effect sorteert. Dit geldt voor allerlei gezondheidsproblemen. Fluoridatie van water is veel effectiever dan tandenborstelen; automatische sproeiers zijn werkzamer dan de met de hand te bedienen brandblusapparaten; zuiver leidingwater biedt betere bescherming tegen allerlei infectieziekten dan het koken van water.

DUITSLAND (B.R.)

Replantatie van geamputeerde vingers. Geamputeerde vin-

gers kunnen tegenwoordig, door toepassing van de operatiemicroscoop en een speciaal ontwikkeld instrumentarium, met grote kans op succes worden gereplanteerd. In het *Deutsches Ärzteblatt* (13 mei bl. 1367) beschrijven Prof. Dr. URSULA SCHMIDT-TINTEMANN en medewerkers, uit het „Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität” te München, hun ervaringen in dit toegespitst gespecialiseerde gebied der heelkunde. Indrukwekkend zijn de afbeeldingen van de afgehakte vingers, met daarnaast de herstelde hand. De eerste replantatie van een geheel afgesneden duim is in 1965 in Japan uitgevoerd door KOMATSU en TAMAI. In China zijn in de jaren 1966-73 meer dan 200 totaal of subtotaal geamputeerde vingers gereplanteerd. In 1975 had de Australiër OWEN een ervaring van tien jaar, waarin hij 275 replantaties had uitgevoerd. De replantatiegroep in München is haar klinisch werk op 5 november 1975 begonnen, na elf maanden experimenteren op dieren. De groep heeft bij 16 patiënten in totaal 28 afgesneden vingers weer aangehecht en het resultaat is bij 26 vingers gunstig geweest. Alleen valt over het functionele eindresultaat nog niets definitiefs te zeggen.

De beste prognose heeft de hechting indien de vinger glad afgesneden is, omdat alle afgesneden vaten en zenuwen in dat ene vlak gehecht kunnen worden. Soms, bij grillige wonden, is het nodig een gaping tussen vaten te overbruggen door implantatie van een stuk vena. Voorwaarde voor succes is een zo snel mogelijk vervoer van de patiënt naar de kliniek, mét de afgesneden vingers. De eerste hulp is van het grootste belang: de wondvlakten van de hand en van de afgesneden vingers mogen niet worden gereinigd of behandeld; bloedingen moeten alleen door het aanleggen van een drukverband worden gestelpt; de geamputeerde vingers moeten in een schoon gaascompres worden gewikkeld en daarna in een plastic zak worden gestoken, die met ijsblokjes wordt omgeven, zodat het amputaat tot ongeveer 4°C wordt afge-