

ik het met salicyl, een barbituur en alcohol. Dat ging wel zo'n beetje maar de bijwerkingen waren ongewenst. Toen adviseerde ik de vrouwen hun huidcirculatie reflectorisch op te voeren o.a. door douches, liefst warm, maar koud mocht ook en ook door massage.

KRUYVER schrijft: men behandelt ook „met stoffen die op een meer directe wijze het vegetatieve zenuwstelsel beïnvloeden zoals sommige secale preparaten en clonidine”. Deze therapie kan echter niet helpen want de huidvaten worden er juist door afgesloten.

LAPPÖHN schrijft: „in een samenleving, waarin de postmenopauzale vrouw een hoge maatschappelijke status heeft, geeft het climacterium geen klachten”. Dat is niet in strijd met mijn theorie. Zij hebben dezelfde vasovegetatieve stoornissen, maar in de zg. ontwikkelde landen wordt de seks hoger gewaardeerd, en wanneer de hormonen verdwijnen is er minder levensvreugde. De postmenopauzale vrouwen, die alsnog in aanzien staan, hebben hun seksuele behoeften in de loop van hun leven gesublimeerd. Het is bekend, dat wanneer men iets heerlijk beleefd, men „van binnen helemaal warm wordt”. In werkelijkheid is dat niet van binnen, maar in de huid.

Als VAN SEUMEREN en VAN DER DOES schrijven: „de vegetatieve en psychische constitutie van de vrouw bepalen de verschijnselen van het climacterium” bedoelen zij de klachten. Nu is de vegetatieve en psychische constitutie van de mens iets dat voor een groot gedeelte geregeld wordt door de levensopvatting. En deze kan niet in enkele weken veranderd worden. Collega LAPPÖHN schrijft dat de behandeling van het climacteriële syndroom als een existentieel probleem van de vrouw door de arts zelf ter hand genomen moet worden. Ik ben van mening dat de arts er beter aan doet de huiddoorbloeding te bevorderen; behandeling van het existentiële probleem is iets dat hij meestal niet kan. Mijns inziens moet dat gebeuren door de pastoor of de dominee.

Literatuur: KRUYVER, G. P. M. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 383. — LAPPÖHN, R. E. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 396, 810. — SEUMEREN, E. G. C. VAN en C. D. VAN DER DOES (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 809.

Eindhoven, mei 1979

J. F. M. DE KOK

Myocardabces als complicatie van infectieuze endocarditis

De betekenis van de casuïstische mededeling van LIEM c.s. (1979) ligt in het benadrukken van het feit dat bij verdenking op pericarditis, bij een reeds eerder vastgestelde bacteriële endocarditis van een hartklep, perforatie van het hart dreigt. Het natuurlijke beloop van de ziekte moet onder dergelijke omstandigheden als infaust worden beschouwd en dit zal het therapeutische beleid in belangrijke mate beïnvloeden. Tot zover behoort het artikel van LIEM c.s. zich in een brede belangstelling te verheugen.

Het wekt echter verbazing dat geen gegevens worden verstrekt over de auscultatiebevindingen en het electrocardiogram gedurende het beloop van de ziekte, vooral omdat mag worden verwacht dat de reeds gerezen verdenking op pericarditis daardoor versterkt zou worden. Mocht nadere verificatie van belang worden geacht dan is echocardiografie een betrouwbaarder methodiek voor het vaststellen van vocht in de pericardholte dan de door de auteurs verrichte (en ook door hen gepropageerde) angiocardiografie. Het is daarom jammer dat de gevaren van hartcatheterisa-

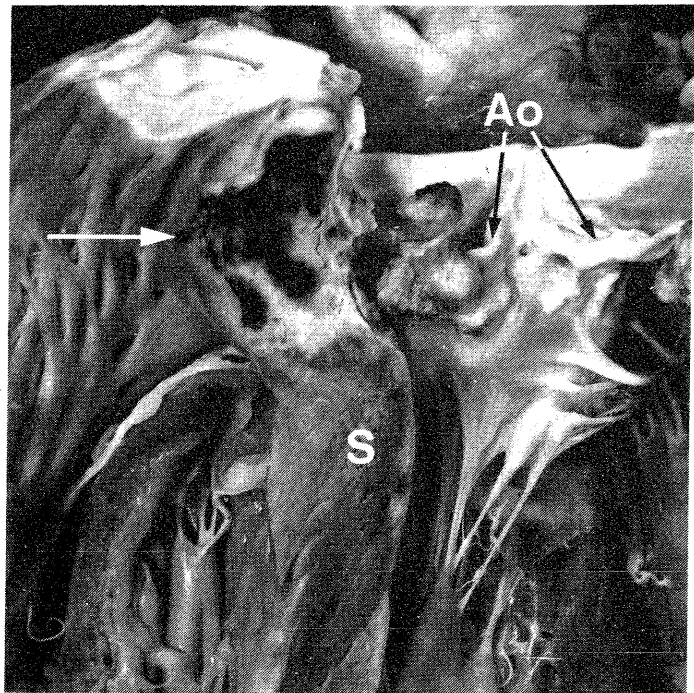


Foto van een hart met infectieuze endocarditis van een congenitaal bicuspidale aortaklep (AO). Het infectieuze proces heeft zich uitgebreid in het kamerseptum (S) en is geperforeerd naar de rechter kamer (pijl).

tie onder gegeven omstandigheden onvoldoende tot uiting komen, temeer daar de onderkenning van het potentiële risico er mede toe heeft bijgedragen dat het diagnostische beleid in deze situatie belangrijk veranderd is. Het lijkt daarom gewenst nogmaals aandacht te vragen voor het ervaringsfeit dat infectieuze endocarditis, vooral die voorkomend aan de aortakleppen, zich per continuitatem kan uitbreiden naar aangrenzende hartstructuren zoals mitralisklep en rechter harthelft. Zowel de rechter boezem als de tricuspidalisklep en de rechter kamer kunnen worden aangetast, ondanks het feit dat de infectie primair in de linker harthelft is gelokaliseerd (figuur). Elk invasief onderzoek, ook wanneer dit beperkt blijft tot de rechter harthelft, draagt dan ook het risico van hartperforatie of embolie van geïnfecteerde trombotische vegetaties. In de beschreven situatie staat de informatie die invasief onderzoek kan opleveren in geen verhouding tot het risico dat de ingreep met zich meebrengt.

Het artikel van LIEM c.s. zou mij niet tot deze reactie hebben verleid, ware het niet dat de auteurs in hun conclusie invasief onderzoek nadrukkelijk propageren.

Literatuur: LIEM, K. S., M. T. M. SINDRAM, W. A. F. D. VAN DOUVEREN e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 831.

Amsterdam, juni 1979

A. E. BECKER

Voor bovenstaand ingezonden artikel willen we allereerst onze waardering kenbaar maken.

We willen vooral nader ingaan op het gestelde over de gevaren van hartcatheterisatie bij infectieuze endocarditis. Dit houdt niet in dat we het met de andere opmerkingen eens kunnen zijn, maar wij achten deze ene opmerking van groot belang voor ons verdere beleid bij dit ziektebeeld.

Endocarditis vormt soms een operatie-indicatie, wel-

is waar vaak met een verhoogd operatierisico. In deze discussie zouden we de volgende vragen in overweging willen geven:

1. Vormt een myocardabces een operatie-indicatie?
2. Zou een chirurgische behandeling voor infectieuze endocarditis gerechtvaardigd zijn zonder catheterisatiegegevens?
3. Wegen de risico's van hartcatheterisatie op tegen een zo volledig mogelijke informatie?

WELTON e.a. (1979) beschreven 34 hartcatheterisaties tijdens acute infectieuze endocarditis. Bij 33 van de 34 patiënten werd een „links-catheterisatie” gedaan. Door dit onderzoek werd o.a. bij 5 patiënten een, klinisch niet gediagnostiseerd, myocardabces gevonden. Bij 8 patiënten werd een onverwachte aantasting van een tweede hartklep door endocarditis aangetoond. De complicaties van deze serie catheterisaties waren: bij 1 patiënt boezemfibrilleren en bij 3 patiënten complicaties van de arteriotomie. Embolische complicaties werden niet gezien, ondanks echocardiografische verdenking op vegetaties aan de aortaklep bij 16 patiënten.

Wij zouden zelfs coronaria-angiografie in overweging

willen geven. Bij een 38-jarige man, bij wie wegens endocarditis de aortaklep moest worden vervangen, hebben wij een ongewone uitsparing waargenomen in de rechter arteria coronaria, vermoedelijk het gevolg van embolie (figuur). Bij deze patiënt werd behalve de aortaklepverving ook een veneuze aorto-coronair-, „bypass”-operatie verricht.

Dat invasief onderzoek risico's met zich meebrengt en indien mogelijk vermeden dient te worden, zal niemand tegenspreken. Ook zijn wij het volledig met de opmerking eens, dat het natuurlijke beloop van de ziekte, zoals beschreven bij onze patiënt, als infaust moet worden beschouwd. Een reden temeer om in de toekomst pogingen te wagen dit beloop te veranderen, ook als hiervoor een hartcatheterisatie nodig mocht blijken.

Literatuur: WELTON, D. E., J. B. YOUNG, A. E. RAIZNER e.a. (1979) *Amer. J. Cardiol.* 43, 407.

Apeldoorn, juli 1979

K. S. LIEM
M. T. M. SINDRAM
W. A. F. VAN DOUVEREN
G. FEDDER

De „lege-pakjes-actie”

De lege-pakjes-actie van de Fa. Niemeyer bewerkstelligt dat allerlei, in de praktijk vaak jongere, leden van clubs aangezet worden tot het verzamelen van ledige rookwarenverpakkingen (die uiteraard eerst vol gekocht moeten worden). Deze actie is m.i. dermate in strijd met het gezondheidsbelang, speciaal van deze kinderen, dat een protest hiertegen van medische zijde geboden lijkt. Hiertoe zou ik uw lezers dan ook willen uitnodigen via dit ingezonden.

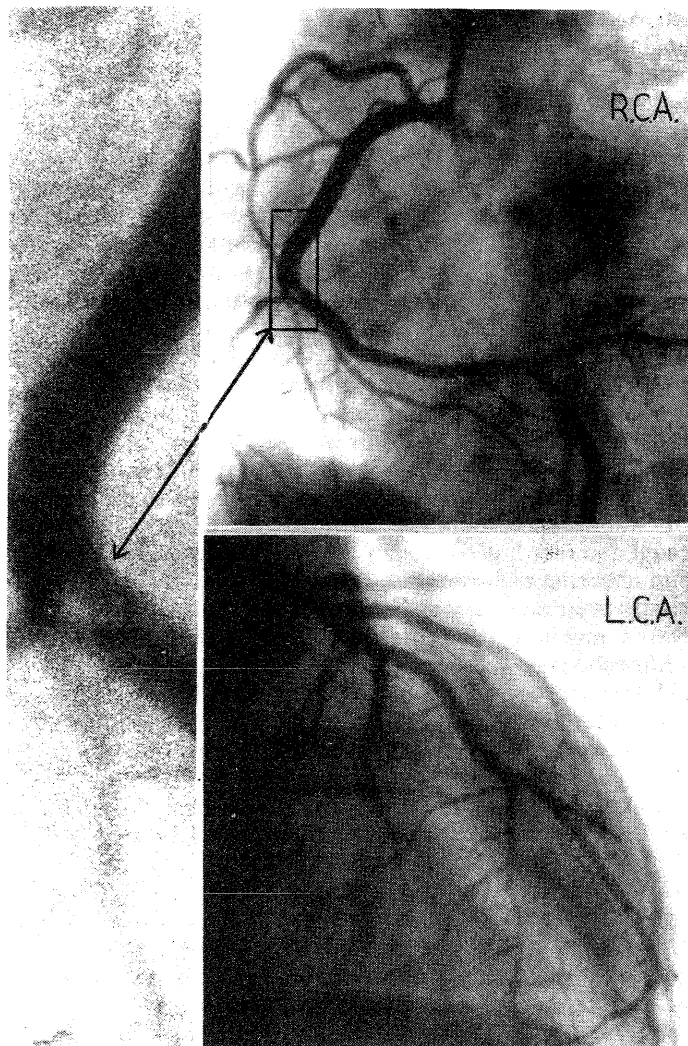
's-Gravenhage, juli 1979

E. WENNEN

Artsen als „deskundigen” voor een „rechter”

Eerst onlangs kwam mij het artikel van SCHUURMANS STEKHOVEN (1979) onder ogen. Ter wille van een juiste voorlichting over de forensische psychiatrie zou ik hierbij alsnog enkele kanttekeningen willen plaatsen. Zij betreffen slechts het gedeelte, vermeld onder 6 op bl. 178, dat handelt over de gerechtelijke psychiater in strafzaken.

De schrijver merkt op dat er „gelukkig thans (cursivering van mij, J. K. S.) een paar leerstoelen in de forensische psychiatrie zijn: in Leiden... en in Groningen...”. Gelukkig is het met het wetenschappelijk onderwijs in de forensische psychiatrie niet zo pover gesteld als hier wordt weergegeven. Niet alleen in Leiden en Groningen, maar ook in Utrecht, Amsterdam (V.U.), Nijmegen en Tilburg bestaan dergelijke leerstoelen. Evenmin dateert het academisch onderwijs in de forensische psychiatrie van vandaag of gisteren. Reeds in 1929 werd D. WIERSMA als privatdocent toegelaten tot het onderwijs geven in de criminale psychologie te Leiden; sinds 1954 zette hij dit werk voort als buitengewoon hoogleraar in de forensische psychiatrie. De Utrechtse universiteit kan echter bogen op de oudste leerstoel in dit vak: 1952. Ook daar was de toen tot hoogleraar benoemde psychiater-jurist P. BAAN al enige jaren werkzaam als privatdocent in dit vak. Bovendien bestaat in Utrecht een unieke relatie met de voor de praktijk der forensische psychiatrie zo belangrijke Psychiatrische Observatiekliniek van het gevangeniswezen (P.O.K.) opgericht in 1949 en thans Pieter Baan Centrum geheten.



Coronariogram van een patiënt met endocarditis. In de rechter coronairarterie was een ongewone uitsparing aanwezig (zie pijl). Verder werden in de rechter en linker coronairarterie geen afwijkingen gezien. Vermoedelijk berustte de uitsparing op een embolus.