

voor de officiële geneeskunst en tegen laetrile en alternatieve kankerbehandeling.

Mede omdat iedere generatie zijn eigen conventioneel-rationele therapie kent, zouden VERMEY e.a. er goed aan gedaan hebben te definiëren wat zij onder een conventioneel-rationele therapie verstaan. Mijns inziens begaan zij een ongeoorloofde beperking door te suggereren dat die therapie vooral bestaat uit chirurgie, radiotherapie en chemotherapie.

Een van de pluspunten die de alternatieve geneeskunst heeft en die bij de „officiële geneeskunst” niet ruim vertegenwoordigd is, is dat de patiënt steun en vitaliteit kan ontlenen aan de overtuiging dat hij door gebruik te maken van bietensap, vitaminen en alternatief voedsel, zijn gezondheid in positieve zin kan beïnvloeden. In de officiële geneeskunst is dat gevoel van zelfbewustzijn en soms van vitaliteit dat kan ontstaan door de mogelijkheid om de eigen gezondheid actief te beïnvloeden, beslist niet zwaar vertegenwoordigd.

Door hun absolute opstelling wekken VERMEY e.a. de suggestie dat de grens van hun marktaandeel bedreigd is. Zij hadden de geneeskunst een grotere dienst bewezen indien zij zich beraden hadden over de vraag welke attracties de alternatieve geneeskunst biedt, dat deze een zo groot marktaandeel weet te verwerven. Wellicht dat zij dan tot de conclusie waren gekomen dat die alternatieve geneeskunst attracties heeft die misschien de moeite van het overnemen waard zijn.

*Literatuur:* VERMEY, A., J. OLDHOFF, E. VAN DER PLOEG e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2109.

Hoensbroek, januari 1980

M. Vos

De strekking die collega Vos onze Brief aan de Redactie toedicht, komt geheel voor zijn rekening. Hetzelfde geldt voor de stellingen – met name de eerste twee – die hij uit de inhoud meent te kunnen afleiden. De subtiele tweeenheid, die door geneeskunde en geneeskunst in de behandeling van patiënten wordt gevormd, hebben wij geenszins willen verbreken. Daarom is, zeker niet zonder opzet, zorgvuldig vermeden in ons schrijven deze begrippen te hanteren.

De beste behandelingsmethode van kanker is die, welke in alle gevallen tot het zo zeer gewenste resultaat leidt: genezing van het ziekteproces. Het is in principe secundair of die methode van „officiële” dan wel van „alternatieve” herkomst is. Primair is, dat er bewijzen voor geleverd kunnen worden.

De zakelijke informatie aan de patiënt, waar wij over schreven, is bedoeld om hem het maken van een keuze, zo hij die wenst, te vergemakkelijken. Geheel los van het verband, waarin collega Vos zijn tweede stelling plaatst, zijn we overigens wel bereid die vooralsnog te onderschrijven.

Dat de alternatieve geneeswijzen van kanker mogelijk in een leemte voorzien die door de officiële wetenschap lijkt te worden achtergelaten is aannemelijk. Ons bezwaar is dat de waarde van die methoden voor de genezing van het kankerproces in het geheel niet is aangetoond. Dat is het ene gat stoppen met het andere. Collega Vos gaat voorbij aan onze waarneming dat zulks er toe kan leiden dat patiënten zich in eerste instantie tot alternatieve methoden wenden. Omdat wij dáár bezwaar tegen hebben, zijn wij tot onze algemene stellingname gekomen. We menen dat dit al voldoende belicht is in de antwoorden aan de collegae, die – zo vriendelijk waren reeds eerder op onze brief te reageren.

Het denken in marktaandelen doet ons in dezen wat vreemd aan. Wat ons zelf betreft wordt dat tot nihil gereduceerd. Het gaat erom, dat de kankerpatiënt van zijn ziekteproces geneest. De methoden die daartoe kunnen leiden moeten hun gunstige effect bewezen hebben. Tot heden is dat in beperkte mate het geval met chirurgie, radiotherapie, chemotherapie en combinaties daarvan. Dat de resultaten daarvan te wensen overlaten mag geen argument zijn om methoden toe te laten die zich in dit opzicht zelfs niet aannemelijk hebben gemaakt.

Groningen, januari 1980

A. VERMEY  
J. OLDHOFF  
E. VAN DER PLOEG  
H. SCHRAFFORDT KOOPS  
R. C. J. VERSCHUEREN

## *Een patiënt met Q-koorts-pneumonie in Nederland*

Enkele weken geleden verscheen een artikel van MAESEN e.a. (1980) over een patiënte met Q-koorts. Zij constateren dat deze ziekte in Nederland zelden voorkomt, en wijden daarom een uitgebreide uiteenzetting aan deze infectie. Ten behoeve van deze auteurs en van andere in deze ziekte geïnteresseerde lezers hieronder de vermelding van een vijftal Nederlandse publikaties over dit onderwerp.

*Literatuur:* DEKKING, F. en H. C. ZANEN (1958) Q-koorts in Nederland. *Ned. T. Geneesk.* 102, 65. – JANSEN, J. (1953) Komt Q-koorts in Nederland voor? *T. Diergen.* 78, 838. – MAESEN, FR., D. DE MUNCK, J. LAMERS e.a. (1980) Een patiënte met Q-koorts-pneumonie in Nederland. *Ned. T. Geneesk.* 124, 74. – TERWINDT, V. A. M. en J. W. HOLTEN (1967) Q-koorts. *Ned. T. Geneesk.* 111, 1951. – WESTRA, S. A., E. LOPES CARDOZO en J. A. G. TEN BERG (1958) De eerste gevallen van Q-koorts in Nederland. *Ned. T. Geneesk.* 102, 69. – WOLFF, J. en W. KOUWENAAR (1954) Een onderzoek naar het voorkomen van Q-koorts in Nederland. *Ned. T. Geneesk.* 98, 2726.

Amsterdam, februari 1980

F. DEKKING

In het artikel van MAESEN e.a. (1980) over een Nederlandse patiënte met Q-koorts-pneumonie, wordt gesteld dat Q-koorts in Nederland zeer zeldzaam is en niet inheems. Nu kan deze conclusie voor wat betreft de gepubliceerde gevallen binnen onze landsgrenzen zeker worden getrokken. Het onderzoek van onze inlandse koeien en schapen bijv. werd altijd als negatief beoordeeld (JANSEN 1953; DEKKING en ZANEN 1958).

In België zien wij echter een ander beeld. De oudere onderzoeken brengen negatieve resultaten (KAECKENBEEK 1955). Later worden regelmatig antistoffen tegen *Coxiella burneti* aangetoond bij Vlaamse en Waalse koeien, honden en mensen (JADIN e.a. 1959, 1960, 1966, 1969; DUPONT 1969a, b; PIERARD 1973). Rickettsia werd ook geïsoleerd uit inheemse Belgische teken (JADIN e.a. 1969). Het is niet goed denkbaar dat rickettsia en teek zich laten tegenhouden door het douanekantoor. Net als in Zuid-Duitsland zou in de Benelux de geografische verbreiding van Q-koorts bij het vee kunnen worden bepaald door de verbreiding van de teek *Dermacentor reticulatus*. De noordelijke grens van het areaal van deze teek is in ons gebied helaas niet bekend. Er is slechts één vondst uit de Benelux gemeld (COOREMAN 1950).

Er is echter een andere vector voor *Coxiella burneti* welke wel in behoorlijke aantallen aanwezig is, en dan vooral binnenshuis. De teek *Rhipicephalus sanguineus*, ooit een zeldzame importteek, wordt nu regelmatig aangetroffen in Nederlandse huizen (GARBEN e.a. 1980). De gehele cyclus van deze teek speelt zich in ons land binnenshuis af, gedeeltelijk op de huishond, gedeeltelijk op de muren van het huis.

Het interessante door MAESEN e.a. gepubliceerde geval speelde zich af in Zuid-Limburg, blijkbaar dus relatief dicht bij het Belgische grondgebied. Maar de auteurs vermelden geen contact met plaatselijk vee. Als mogelijke besmettingsbron geven zij aan schapen welke waarschijnlijk uit Italië of de Balkan afkomstig waren. In die landen parasiteert *Rhipicephalus sanguineus* vaak op deze dieren. In Italië en de Balkan leeft de teek ook buitenshuis. Indien de geslachte schapen geïnfesteerd zijn geweest, zullen de teken vermoedelijk vanuit de kelder naar de rest van het huis getrokken zijn. De teken hebben namelijk de neiging omhoog te klimmen. Wanneer er in het huis een hond aanwezig was, hebben de teken hun levenscyclus kunnen voltooien.

Wij zouden bovengenoemde auteurs willen vragen of is nagegaan of een hond aanwezig was in het huis van de patiënte dan wel of een hond op bezoek is geweest sinds de schapen werden geslacht. Indien dat het geval is, zouden wij willen adviseren huis en huisdieren op *Rhipicephalus*-parasitisme te onderzoeken. De rickettsia, indien aanwezig, kan namelijk een reservoir vormen in hond en teek, en daar is niemand mee geziend.

*Literatuur:* COOREMAN, J. (1950) *Bull. Ann. Soc. Entomol. belge* 86, 200. – DEKKING, F. en H. C. ZANEN (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 65. – DUPONT, A. (1969a) *Arch. belges Derm.* 25, 151; (1969b) *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.* 76, 548. – GARBEN, A. F. M., B. T. BOSMAN en J. E. M. H. VAN BRONSWIJK (1980) *Ned. T. Diergeneesk.* 105, 192. – JADIN, J., P. GIROUD en D. LE RAY (1969) *Proceed. 2nd Int. Congr. Acarology 1967*, bl. 615. Akadémiai Kiadó, Boedapest. – JADIN, J., L. LÉONARD en J. THOMAS (1960) *Soc. belg. Biol.* 154, 1127. – JADIN, J., J. LÉONARD, M. WERY en D. LE RAY (1966) *Arch. Inst. Pasteur Tunis* 43, 345. – JADIN, J., J. THOMAS en J. LÉONARD (1959) *C.R.Soc. Biol. (Paris)* 153, 1881. – JANSSEN, J. (1953) *T. Diergeneesk.* 78, 838. – KAECKENBEEK, A. (1955) *Ann. Méd. vét.* 99, 555. – MAESEN, F., D. DE MUNCK, J. LAMERS e.a. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 74. – PIERARD, G. (1973) *Arch. belg. Dermatol.* 28, 167.

Utrecht, februari 1980

J. E. M. H. VAN BRONSWIJK  
A. F. M. GARBEN

Als antwoord op de vraag van J. E. M. H. VAN BRONSWIJK en A. F. M. GARBEN het volgende: „Bij navraag blijkt er nooit een hond in huis geweest te zijn, noch bij de familie A, noch bij de vorige bewoner, de Marokkaanse gastarbeider.”

Heerlen, maart 1980

FR. MAESEN

### *Uterusextirpatie, een geweldige ingreep*

De klinische les van HASPELS en MUSAPH (1980) noopt mij tot een tweetal kanttekeningen. In de eerste plaats is het een onjuiste voorstelling van zaken wanneer uteruscontracties bij herhaling genoemd worden als een het or-

gasme vergezellend verschijnsel. In werkelijkheid contraheren dan de in- en uitwendige spieren van het bekken doch orgastische contracties van de baarmoeder zelf zijn nooit waargenomen; ze zijn trouwens ook bijzonder onwaarschijnlijk. Want in dat geval zou bij een zwangere vrouw haar orgasme de kans op abortus ongetwijfeld verhogen, hetgeen gelukkig geenszins met de ervaring strookt. De op het terrein van de seksuele fysiologie buitengewoon deskundige MASTERS en JOHNSON (1966) zeggen nadrukkelijk dat seksuele respons bij de vrouw leidt tot een (door extra-uteriene krachten veroorzaakte) opgerichte stand van de baarmoeder, waarna „... There is no further total organ response to effective sexual stimulation during terminal plateau phase or the orgasmic experience”.

Gaarne onderschrijf ik het hoofdthema van de klinische les, uitgedrukt in de titel. Want vele malen behandelde ik dergelijke vrouwen met een in aansluiting aan hysterec-tomie opgetreden anorgasmie, libido deficiens of aversio sexualis. Daarom betreur ik het dat in het onderhavige opstel de therapie er zo pover afkomt. Slechts in één geval wordt gerept van psychotherapie met kennelijk niet geheel bevredigend resultaat („duidelijke verlichtingen van de seksuele aversie”) na een kennelijk zeer uitgebreide en diepe psychische exploratie.

Juist hier moge ik verwijzen naar een artikel over traumatisch-neurotische seksuele stoornissen (LEVIE 1967). Want veel vrouwen ondergaan hysterectomie niet slechts als een geweldige maar zelfs als een gewelddadige ingreep, een psychotrauma dat de infantiele castratiedreiging mobiliseert en actualiseert. En wel in zodanige vorm dat de vrouw zich psychoseksueel „dood” voelt of – zoals de auteurs de woorden van een hunner patiënten weergeven – „berooft”. Wanneer zij dan ook naar aanleiding van een vrouw met postoperatieve seksuele aversie spreken over „pogen het raadsel op te lossen hoe het komt dat patiënte zo sterk reageert op een situatie die zij verstandelijk volkomen kan aanvaarden”, verwijs ik naar de neuroseleer en in het bijzonder naar onze kennis van traumatische neurosen.

Bijzonder gunstige ervaringen met hypnose hebben mij ertoe gebracht hypnotherapie te beschouwen als zeer waardevol, zelfs als een specificum, bij seksuele stoornissen na ingrepen in de tractus genitalis. Veelal is er in dergelijke gevallen reeds na zéér weinige, vaak slechts na één of twee zittingen, een spectaculaire verbetering waar te nemen: het „dode gevoel” of de aversio sexualis is verdwenen en libido-, potentie- of orgasmestoorissen zijn overwonnen.

Ik hoop dat deze behandeling in voorkomende gevallen ook in de Utrechtse Vrouwenkliniek zal worden toegepast.

*Literatuur:* HASPELS, A. A. en H. MUSAPH (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 217. – LEVIE, L. H. (1967) *Ned. T. Geneesk.* III, 534. – MASTERS, W. H. en V. E. JOHNSON (1966) *Human sexual response*, bl. 112. Little, Brown & Comp., Boston.

Amsterdam, februari 1980

L. H. LEVIE

Graag willen wij collega LEVIE danken voor zijn belangstelling voor onze klinische les en voor zijn vriendelijke woorden aan ons adres. Wij zijn het echter niet met hem eens wanneer hij uteruscontracties als een het orgasme vergezellend verschijnsel eën onjuiste voorstelling van zaken noemt. Ons onderzoek leidde tot andere conclusies. De uitspraak van de ook door ons als autoriteiten geziene MASTERS en JOHNSON is niet in strijd met onze visie. Terecht schrijven zij: „There is no further total (cursivering