

1978). Daarbij stijgt het gehalte aan vrij, ongeconjugerd oestriol minder dan het totale oestriolgehalte. Maar na orale toediening van oestriol, ook in veel hogere doses (bijv. 8 mg) is bijna alle oestriol in het plasma geconjugerd. Oestradiol en oestriol worden na orale toediening waarschijnlijk reeds in de darmwand deels omgezet in oestron, dat tijdens de leverpassage door verdere omzetting en conjugatie overgaat in een biologisch inactieve vorm. Voor alle drie bovengenoemde oestrogenen wijzen de bevindingen na intravaginale applicatie op een langzamere en wellicht ook geringere omzetting, hetgeen een grotere biologische werkzaamheid zou betekenen. Dit alleen al maakt het gebruik van lagere doses dan bij orale toepassing gewenst. Maar zelfs dan nog moet men rekening houden met algemene effecten, die deels gunstig zijn, zoals een vermindering van „opvliegingen”, maar deels ongewenst zoals endometrium-hyperplasie en onregelmatige bloedingen.

*Literatuur:* ENGLUND, D. E. en E. D. B. JOHANSSON (1979) *Acta universitatis upsaliensis* 335, 1. – SCHIFF, I., B. WENTWORT, B. KOOS e.a. (1978) *Fertil. Steril.* 30, 278. – WHITEHEAD, M. I., J. MINARDI, Y. KITCHIN e.a. (1978) In: I. D. COOKE, *The role of oestrogen/progestogen in the management of the menopause*, bl. 63. MTP Press, Lancaster.

C. B. M. TESTER-DALDERUP

#### *Profylaxe en therapie van mastitis puerperalis*

Nu het geven van borstvoeding weer aan populariteit schijnt te winnen, worden ook meer gevallen van ernstige stuwings- en mastitis waargenomen. De prolactineremmer bromocriptine (Parlodel) blijkt voor de profylaxe en therapie van mastitis puerperalis een therapeutische aanwinst te zijn. GERSTNER en WAGNER (1980) behandelden 31 vrou-

wen met ernstige zogstuwings- die niet reageerden op de gebruikelijke middelen zoals ijsblazen, natte compressen, afkolven, resorberende zalven of een neusspray met oxytocine. Van deze vrouwen werden er 16 behandeld met een drukverband van de mammae en remming van de zogsecretie door toediening van een synthetisch oestrogeenpreparaat. Tevens kregen zij vochtbeperking en diuretica. De 15 andere vrouwen kregen bromocriptine ter onderdrukking van de zogsecretie. In de oestrogeengroep werd bij 10 van de 16 vrouwen binnen 24 uur een verbetering vastgesteld, in de bromocriptinegroep bij 13 van de 15. Ook bij een mastitis, die meestal pas na de 10e dag van het kraambed ontstaat, had bromocriptine een gunstige invloed. De 38 vrouwen met een mastitis puerperalis kregen allen een antibioticum en een analgeticum, maar de lactatie werd bij 20 van hen geremd met een oestrogeenpreparaat en bij 18 met bromocriptine. Een duidelijke klinische verbetering ontstond significant later in de oestrogeengroep dan in de bromocriptinegroep. Bovendien was in de eerste groep bij 18 van de 20 vrouwen incisie van een abces nodig tegen 10 van de 18 in de tweede groep.

Volgens VORHERR (1977) is bij 70 tot 80% van de vrouwen met mastitis, abcesvorming niet te voorkomen door toediening van antibiotica. Bromocriptine onderdrukt de prolactinesecretie specifiek, waardoor een verminderde zogsecretie zeker is. Doordat de borsten sneller hun spanning kwijt zijn, werken de antibiotica vermoedelijk beter. Vermindering van oedeem en lymfestuwings komen ook de eigen afweer tegen bacteriën ten goede.

*Literatuur:* GERSTNER, G. en G. WAGNER (1980) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 40, 1078. – VORHERR, K. (1977) *Physiologie und Pathologie der Laktation*. Urban & Schwarzenberg, München.

P. G. HART

## INGEZONDEN

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

### *Rapport Alternatieve Geneeswijzen*

De commissie Alternatieve Geneeswijzen-Muntendam (CAG) doet in haar Rapport (1981) een krachtig beroep op de Regering om meer ruimte te scheppen voor AG, o.m. door deze methoden op te nemen in het ziekenfondspakket en door niet-artsen toe te laten tot de uitoefening der geneeskunde onder eigen verantwoordelijkheid. In dit Tijdschrift werden door VAN DAM, ZWAVELING en VAN BEKKUM (1981) hierbij reeds enkele behartigenswaardige kanttekeningen geplaatst, maar daarbij is – evenals in het Rapport zelf – een belangrijk, zo niet het belangrijkste aspect der AG in de verdrukking geraakt: de reden van hun bestaan.

Als patiënten vooral hulp zoeken in het alternatieve circuit, omdat zij op reguliere wijze niet geholpen worden (Rapport 1981; ZWAVELING 1981) dan moet het bestaan van AG op de eerste plaats geduid worden als een alarmsignaal dat de reguliere geneeskunde te kort schiet. Een wet Bevoegdheidsregulering Individuele Gezondheidszorg (BIG) zal met een ferme maatregel als titelbescherming de geneeskunde bij haar falen niet meer soelaas bieden dan een vijgeblad en er zal meer ernst gemaakt moeten worden met het probleem der AG dan tot dusver het geval is geweest. Zo vond de CAG, waarvan slechts enkele praktizerende artsen deel uitmaakten, het onnodig de AG te (laten) toetsen,

alvorens zij de Regering verstrekkende aanbevelingen deed, evenals veertig jaar geleden DE JONGH (1943) toetsing naliet. Deze auteur kwam tot een afwijzend oordeel over een alternatieve geneeswijze, de homeopathie, zonder proefondervindelijk vergelijkend klinisch onderzoek, laat staan „uitputtend” onderzoek, zoals Van Bekkum abusievelijk vermeldt. Ook sommige critici der CAG schijnen de betekenis der AG als potentiële helpers in de medische nood niet al te hoog aan te slaan. Het is de vraag of dat gerechtvaardigd is.

Het is geen geheim dat artsen, eenmaal in de praktijk, hun therapeutische armslag dikwijls trachten te vergroten met natuurgeneeswijzen, acupunctuur, homeopathie, enz. RITTER (1968) en HABIGHORST (1969) vonden, dat in de regio's Stuttgart en Koblenz/Montabaur maar 15% van de algemene practici, 30% van de zenuwartsen, internisten en longartsen en 40% van de kinderartsen zich uitsluitend hielden aan de reguliere therapie, tegen 50-55% van de gynaecologen, KNO-artsen en oogartsen. Dit is niet in tegenspraak met de bevinding van consultatieve artsen, dat het voor de medicus van vandaag een moeilijke opgave is om betrekkelijk eenvoudige kwalen, zoals recidiverende verkoudheid, overgangsklachten, acne, kuitkramp, menstruatiestoelingen, met reguliere middelen snel, afdoende en zonder risico's te genezen, om niet te spreken van talrijke

ziekten, zoals oorontsteking, eczeem, neuralgieën, incontinentie, astma, allergieën, fistels, gestoorde wondgenezing, vatbaarheid voor infecties, waarmee huisarts noch specialist goed raad weet.

Zelf heb ik getracht om enig idee te krijgen van de waarde van minder gebruikelijke geneeswijzen en ik heb, naar aanleiding van verbluffende genezingen waarvan ik als praktijkassistent bij de Arnhemse huisarts Bakker getuige was, ruim 35 jaar kritisch geëxperimenteerd met de homeopathie. Over andere geneeswijzen heb ik geen oordeel kunnen vormen, maar ik moet erkennen, dat de methode Hahnemann een belangrijke bijdrage kan leveren aan de farmacotherapie van vele ziekten, o.a. de reeds genoemde. De farmacotherapie van een geduchte ziekte als reuma, in het *Geneesmiddelenbulletin* (1975) omschreven als een „kwestie van behelpen”, kan meer dan behelpen zijn. Wat ik ervan gezien heb, werd kort geleden bevestigd door GIBSON e.a. (1978, 1980), die bij dubbelblind statistisch onderzoek vaststelden, dat homeotherapie bij chronische reumapatiënten een significant beter effect had dan de gebruikelijke anti-rheumatica, gemeten aan pijn, stijfheid, „limbering-up time” en grijpkracht. Zelfs bij psychomotorische retardatie is soms nog veel te bereiken door aanmerkelijk inlopen van de achterstand bij menig „afgeschreven” kind. Paracentese en tonsillectomie waren in mijn huisartsenpraktijk zelden nodig, evenals antibiotica, steroïden, hypnotica, sedativa, hoe nuttig c.q. onmisbaar deze middelen in bepaalde situaties ook mogen zijn.

Zolang echt genezen langs reguliere weg nog zeldzaam is, kunnen wij ons, naar het mij voorkomt, niet veroorloven de AG te bekijken als een folkloristisch en soms irritant nevenverschijnsel der geneeskunde. AG zijn een teken aan de wand van de medische opleiding en hoe eerder goede alternatieve methoden regulier worden, des te eerder zal het probleem der AG zichzelf geruisloos oplossen, zelfs zonder commissies. Opname van ondeugdelijke methoden in het ziekenfondspakket en nog meer het toelaten van niet-artsen tot het uitoefenen van de geneeskunde onder eigen verantwoordelijkheid vormen wel het andere uiterste.

In dit verband is het streven van de CAG om, vóór er sprake is geweest van toetsing der AG op groter schaal, AG – en wel alleen deze – vrij te geven voor niet-artsen, op zijn minst opmerkelijk. Ook bij alternatief behandelen kunnen zich onverwachte complicaties voordoen, welke de niet-arts bezwaarlijk het hoofd zal kunnen bieden. Voorts kan ondeskundigheid leiden tot het nemen van onverantwoorde risico's, door bijv. de moeizaam opgebouwde „allopathische” medicatie van een ernstige astmalijder of de anti-epileptica voor een hersentumorpatiënt abrupt opzij te zetten. Een patiënt met een maligne naevus kan ervan weerhouden worden tijdig adequate hulp te zoeken. Mij en andere artsen zijn dergelijke gevallen bekend.

Een geneeswijze, alternatief of niet, kan niet op verantwoorde wijze toegepast worden zonder volledige diagnostiek en zonder voldoende kennis van andere, met name reguliere, behandelingsmogelijkheden. Dit geldt althans voor de homeopathie (CAG-rapport, werkgroep homeopathie), welke in handen van niet-artsen riskant is. Voor de CAG is echter diagnostische incompetentie van de genezer blijkbaar onschadelijk voor de alternatieve patiënt, maar wel schadelijk voor zijn reguliere lotgenoot. Terwijl toch ook op regulier terrein niet-artsen verdienenlijk doende zijn geweest (en op dit moment ongetwijfeld nóg zijn), zoals enige tijd geleden een pseudo-(long)chirurg bij de Amerikaanse marine en zojuist nog een dito radioloog in ons eigen Heerenveen. En er zijn meer voorbeelden te noemen. Rest de vraag, wat de CAG verhinderd heeft om reeds nu de

uitverkoop van de geneeskunde te completeren door ook chirurgie, radiologie en andere reguliere methoden rijp te verklaren voor niet-artsen.

Met van Bekkum, Van Dam en Zwaveling ben ik het eens, dat de eis van evaluatie lege artis onverkort voor alle geneeswijzen geldt. De CAG tekent echter hierbij (m.i. terecht) aan, dat de wijze van evaluatie aangepast moet zijn aan hetgeen geëvalueerd gaat worden, niet omgekeerd. Een astronoom krijgt de manen van Jupiter niet te zien met een microscoop, en een strikt individuele vorm van farmacotherapie als homeopathie is met geen mogelijkheid te evalueren volgens de formule „middel X bij ziekte Y”. Evaluatie is wel mogelijk, als niet middel X, maar de methode als geheel variabel is, zoals bij het onderzoek, beschreven in de reeds genoemde publikatie van Gibson c.s. Er zijn wat homeopathie aangaat op dit punt geen principiële bezwaren, wel (grote) technische problemen, welke de hulp van grote, goed geoutilleerde klinieken onontbeerlijk maken.

Van Bekkum wil de kosten van een evaluatie („... objectieve beoordeling van de huidige reguliere en niet-reguliere handelingen...”) verhalen op de ziektekostenverzekeraars. Dat lijkt mij een vergissing. Evaluatie van geneeswijzen is de taak van publieke instellingen als universitaire klinieken; de financier hiervan – de gemeenschap – mag van hen eisen, dat zij de kwaliteit van de geneeskundige hulpverlening waarborgen, dus ook geneeswijzen welke zich aandienen, aan de tand voelen. Dit kan in redelijkheid niet verlangd worden van drukbezette practici en zeker niet van verzekeraars.

Van Bekkum meent, dat financiële gegevens met betrekking tot de AG in het CAG-rapport ontbreken, maar ze komen erin voor (werkgroep-rapport-homeopathie bl. 41, o.a.). Daar wordt verwezen naar de publikatie van ELLENBROEK (1974), die op grond van o.m. mijn cijfers van de Haagse ziekenfondsen over 1972 berekende dat in dat jaar reeds de 4500 huisartsen in ons land, zeer voorzichtig geschat, minstens 400 miljoen gulden op de kosten van de gezondheidszorg hadden kunnen besparen door naast hun reguliere middelen een passende plaats in te ruimen voor de homeotherapie. De geneesmiddelkosten per ziel zouden half zo laag kunnen zijn, het aantal verwijzingen naar specialisten een 30% lager en het aantal opnamen in het ziekenhuis zou eveneens minder kunnen zijn. Het genoemde bedrag zou nu uiteraard aanzienlijk hoger uitvallen.

Deugdelijk bevonden alternatieve geneeswijzen in handen van artsen, zouden de effectiviteit van de gezondheidszorg kunnen bevorderen en de kosten drukken, hetgeen niet waarschijnlijk is bij invoering van een wet-BIG.

*Literatuur:* BEKKUM, D. W. VAN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 434. – DAM, F. S. A. M. VAN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 387. – ELLENBROEK, A. J. TH. (1974) *Homeopathie: mogelijke consequenties voor de gezondheidszorg*. Scriptie Sociale Geneeskunde KU Nijmegen. – *Geneesmiddelenbulletin* (1975) 9, nr 6. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. – GIBSON, R. G. (1978) *Brit. J. clin. Pharmacol.* 6, 391. – GIBSON, R. G. e.a. (1980) *Brit. J. clin. Pharmacol.* 9, 453. – HABIGHORST, H. G. (1969) *Z. Allgemeinmed. (Landarzt)* 45, 1215. – JONGH, D. K. DE (1943) *Critische beschouwingen over de homeopathie*. Proefschrift Amsterdam. – Rapport Commissie Alternatieve Geneeswijzen-Muntendam (1981). – RITTER, H. (1968) *Dtsch. Ärztebl.* 39, 2113. – ZWAVELING, A. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 392.

Mierlo, mei 1981

A. VAN 'T RIET