

Procaïnetherapie, „the ever continuing story”

Het antwoord op vraag 17 (1982) raakt een interessant probleem: regionale verschillen in het therapeutische denken. In de *Romanian Journal of Gerontology and Geriatrics* (1980) handelen liefst 13 van de 22 artikelen over de procaïne-therapie. Een overwegend Angelsaksisch gericht overzichtsartikel van OSTFELD e.a. (1977) ziet weinig heil in deze therapie. Wel concluderen deze schrijvers dat vele in Boekarest behandelde patiënten zich kennelijk beter voelen en er beter uitzien, maar . . . „the drug has been used for 24 years in over 100,000 patients, and there is still no sound evidence upon which to conclude that it has value”. Dit herinnert enigszins aan de twijfel die in de jaren zestig ten opzichte van acupunctuuranesthesie werd geuit. „Can millions of Chinese be wrong?” was de vraag der tegenpartij.

De medisch historicus ACKERKNECHT (1970) heeft zich intensief beziggehouden met de factoren die van invloed zijn op het aanvaarden van een therapie. Hij noemt daarbij de empirie, of juist wellicht de „Kollektive Erfahrung”; voorts de bestaande algemene ziekte-theorieën en economische, sociale, religieuze en morele motieven. Ook wijst hij op het feit dat van elders komende geneesmethoden vaak door medici niet worden geaccepteerd.

Wellicht heeft deze „esprit de corps” ertoe geleid dat in het antwoord in het Tijdschrift, de pendant van de *Wiener medizinische Wochenschrift* („Oostenrijks artsbladje”) slechts één regel van de (Engelse) samenvatting werd gereproduceerd: „No statistically significant differences . . . were found between KH₃ and placebo groups after 3 months application of KH₃.” Dit staat er inderdaad, maar waarom de vóórgaande conclusies niet geciteerd? „(1) Increase of the psychomotor tempo of the dominant hand . . . (2) Reduction of reaction errors determined by a vigilance measurement instrument. (3) Improvement of multiple-choice reactions to optic, acoustic and orientation-linked stimuli (fewer false and delayed reactions). (4) Increase of

visual attentiveness and visual short time memory.” Deze verbeteringen werden evenwel na vijf maanden KH₃-toediening waargenomen. Werd de „esprit (?) de corps” hier niet wat te ver doorgedreven? Of verwacht een westers gerontoloog bij een jarenlang voortgeschreden biologische veroudering onmiddellijk succes? Ook hier zouden dan regionale verschillen in opvattingen naar voren kunnen komen.

Literatuur: ACKERKNECHT, E.H. (1970) *Therapie von den Primitiven bis zum 20. Jahrhundert*. Enke Verlag, Stuttgart. – OSTFELD, A., C.M. SMITH en B.A. STOTSKY (1977) *J. Amer. geriat. Soc.* 25, 1. – Rom. *J. Gerontol. Geriat.* (1980) 1, 5. – Vraag 17 (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 780.

Baarn, mei 1982

G.T. HANEVELD

Collega Haneveld slaat de spijker op de kop. Als de Roemeense patiënt heilig gelooft dat hij baat vindt bij door zijn arts voorgeschreven procaïne-kuren, als de Zwitserse patiënt met genoeg verdunde magnesiumchloride in Schuls-Tarasp-Vulpera drinkt tot een defaecatiefrequentie van tienmaal per dag, en als de inwoner van Nairobi liever aan malaria sterft onder toezicht van een medicijnman dan dat hij zich door een westerse arts laat genezen, is hij daar volledig vrij in. Wij leven echter in een Noordwesteuropees land, waar een rationeel, wetenschappelijk gefundeerd, bewijs voor de werkzaamheid van geneesmiddelen gevraagd wordt door de overgrote meerderheid van de artsen, geleverd wordt door universitaire klinische onderzoekers, en geëist wordt door de overheid. Als universitair medewerker dient collega Haneveld te weten dat „millions of Chinese” (naar believen te vervangen door housewives, farmers, Eskimo's) *can* be wrong, dat de officiële Chinese geneeskunde zich gedistantieerd heeft van de misleidende acupunctuurdemonstraties voor westerse journalisten in de tijd van de culturele revolutie, en dat het goed opgezette en uitgevoerde clinical trial nooit vervangen kan worden door de indruk van duizenden of zelfs miljoenen.

REFERATEN

*Verloskunde en vrouwenziekten**Hormonen en seksualiteit van de vrouw*

De seksualiteit van de vrouw onder invloed van hormonen wordt in de literatuur verschillend beschreven. Pieken van seksueel verlangen en activiteit worden toegekend aan iedere fase van de menstruele cyclus. Het ontbreken van oestrogenen en progesteron in de postmenopauze leidt tot een verminderde seksuele belangstelling, een verminderde capaciteit voor orgasme en een lagere coitusfrequentie. In enkele dubbelblinde onderzoeken is getracht de invloed van geslachtshormonen op de seksuele houding van vrouwen na te gaan. Zo vond CAMPBELL (1976) dat door het geven van oestrogenen in vergelijking met een placebo wel de droogheid van de vagina verminderde, maar dat de frequentie van coitus, orgasme of masturbatie niet veranderde. FEDOR-FREYBERGH (1977) daarentegen meende dat oestrogene stoffen wel een versterkende invloed hadden op libido, seksuele activiteit, seksuele fantasieën en orgasme.

DENNERSTEIN c.s. (1980) deed een vergelijkend dubbelblind onderzoek bij 49 vrouwen die wegens een goedaardige aandoening hysterectomie hadden ondergaan met medeneming van beide adnexa. In de loop van 12 maanden kregen deze vrouwen afwisselend, telkens gedurende drie maanden, een oestrogeenpreparaat of een progesteronproduct of een combinatie van beide of een placebo. De gemiddelde leeftijd dezer vrouwen was 46 jaar. Oestrogene stoffen bleken het seksuele verlangen te stimuleren, evenals de lubricatie van de vagina en het orgasme. Dit effect verminderde door toevoeging van progestagenen en ook als alleen laatstgenoemd hormoon werd toegediend. Op de coitusfrequentie hadden oestrogene stoffen geen invloed. De auteurs vermoeden dat deze frequentie meer wordt bepaald door wensen van de partner, terwijl de aard en frequentie van orgasme meer afhankelijk zijn van interne factoren bij de vrouw.

Literatuur: DENNERSTEIN, L., G.D. BURROWS en C. WOOD (1980) *Obstet. Gynec.* 56, 316. – CAMPBELL, D. (1976) *The*