

levenservaring meer bestaat uit negatieve kritiek op anderen dan uit werkelijke rijpheid. De man verwacht van zijn vrouw, dat zij tegen hem zal opzien en hem trouw zal verzorgen, zoals hij zijn weinig capabele moeder altijd heeft zien doen. Hij wordt daardoor aangetrokken door deze jongere, onvolwassen vrouw, die een appèl doet op zijn flink-zijn, dat hij uiterlijk wel, maar innerlijk helemaal niet kan opbrengen. Maar als hij eenmaal getrouwd is, gaat hij ervaren, dat zijn vrouw lang niet achterlijk is, veel dingen sneller doorziet dan hijzelf en hem lelijk in de kou laat staan als hij aan haar verwachtingen niet beantwoordt. Geen wonder dat deze mensen zich door elkaar bedreigd gingen voelen en na enige jaren in een krampachtige verdedigingshouding tegenover elkaar stonden. Wanneer dan in de hulpverlening de goede relatie met de maatschappelijk werker een tegenwicht gaat vormen tegen het gevoel bedreigd te worden, kan het gelukken het verwachtingspatroon van ieder wat minder stringent te maken en het gedrag wat minder reactief. De onderlinge verhouding verbetert dan aanmerkelijk, terwijl dit huwelijk toch zijn typische vorm en inhoud bewaart, die door deze twee mensen wordt bepaald.

Samenvattend zou ik ten aanzien van huwelijks-

conflicten in de praktijk dus de volgende stellingen willen poneren:

1 Elke huwelijksverhouding tussen twee mensen is eigensoortig en wordt voor een groot deel bepaald door de persoonlijkheidsstructuur en de verwachtingen, die ieder van deze mensen in het huwelijk meebrengen.

2 Normatief is een bepaalde huwelijksverhouding vergelijkbaar met andere huwelijken naar de criteria van gezondheid en ethiek, maar voor de hulpverlening bij conflicten is normatieve vergelijking nutteloos en zelfs belemmerend.

3 Op grond van de wisselwerking tussen de echtgenoten ligt de schuld bij conflicten altijd aan beide kanten. Bij de hulpverlening moet de schuld derhalve als een schakel in de keten van oorzaak en gevolg, maar niet als een grondoorzaak worden aangemerkt.

*Gynaecologische aspecten van huwelijksconflicten **

DOOR PROF. DR A. J. M. HOLMER TE LEIDEN

Deze Boerhaave-cursus is een gevolg van het feit dat men in de laatste decennia steeds meer is gaan inzien dat het milieu extérieur (in casu sociale omstandigheden) van betekenis is bij het ontstaan van ziekten. De psychosomatiek staat tegenwoordig evenzeer in het middelpunt van de belangstelling als drie tot vier decennia geleden de leer van constitutie en habitus. Als gevolg van deze belangstelling voor de invloed van de psyche op de functie en de zo vaak daarmee gecorreleerde bouw van organen en weefsels bezien wij tegenwoordig aandoeningen als vaginismus, dyspareunie, hyperemesis gravidarum en pelycopathie (veneuze bekkenhyperemie, vascular congestion and hyperemia, pelvic congestion and fibrosis syndrome, parametropathia spastica) fundamenteel anders dan dertig jaren geleden.

Natuurlijk is het altijd nodig de ziekelijke toestand van de organen te analyseren, voordat de ziekte als „psychogeen” wordt beschouwd en de patiënt aan een psychologisch onderzoek en aan psychotherapie wordt onderworpen. Men ontgaat dan het gevaar alles op psychische oorzaken te schuiven. Helaas zijn de verschijnselen van psychogene aandoeningen in de gynaecologie weinig kenmerkend en wat een psychogene aandoening schijnt, zou in werkelijkheid wel een uteruscarcinoom kunnen zijn. Uit mijn Haagse tijd herinner ik mij een 32-jarige vrouw, die wegens haar huwelijksmoeilijkheden, op rekening waarvan ook haar buikklachten werden gebracht, langdurig door huisarts en zenuwarts was behandeld; tenslotte werd zij naar

mij verwezen omdat de onregelmatige vloeiingen toch wel tē indrukwekkend waren. Zij bleek een cervixcarcinoom stadium III te hebben, waaraan zij een half jaar later is bezweken. De raadgeving, die ik vroeger nogal eens hoorde: „Was man nicht diagnostisieren kann, das sehe man als hysterisch an” is dom en gevaarlijk; daarmee helpt men de vrouwen niet en het is toch juist onze taak de patiënten te helpen.

De mens reageert naar eigen aard en op eigen wijze op aangename en onaangename prikkels. Aangezien daarbij toch enkele hoofdgroepen zijn te onderscheiden, is enige kennis van de leer van de constitutie beslist noodzakelijk. Het is geen toeval dat bepaalde constitutietypen onder onze patiënten met bepaalde klachten duidelijk de overhand hebben.

De harmonie van het huwelijk zal wel of niet aanwezig zijn naar gelang de echtgenoten min of meer goed op elkaar zijn ingespeeld. Hierbij is niet alleen het constitutietype van de vrouw, maar ook dat van de man van betekenis. De arts dient in te dringen in de psychische verhoudingen in het huwelijk, anders zal hij seksueel-psychische conflicten niet kunnen beoordelen en behandelen.

Ieder individu heeft zijn eigen sterkte van seksualiteit. Het geslacht, zowel van man als vrouw, is een compromis tussen mannelijke en vrouwelijke seksualiteit. Het evenwicht tussen deze ligt bij ieder mens op een volkomen eigen niveau en bepaalt goeddeels de individualiteit.

Wanneer uitwendige of inwendige factoren tot een psychisch conflict leiden is de basis voor de neurose aanwezig. Een bijzonder sterke belevenis kan de

* Voordracht, gehouden in de Boerhaave-cursus Conflicten in en van het huwelijksleven, Leiden, april 1962.

psychische draagkracht van een gezond en vitaal mens te boven gaan, zodanig dat hij zonder andere disponerende momenten ziek wordt. Men kan dan spreken van een zuiver exogene neurose. Meestal zijn er ook endogene factoren aan te wijzen. Iedereen heeft gevoelige plekken en als daarop herhaaldelijk wordt gedrukt kan dit pathogeen werken. Ook een „eenmalig” ernstig trauma kan ziekte ten gevolge hebben (flauwvallen, schrikbloeding, amenorrhoe).

Men deelt de neurosen wel in naar de aard van de situatie, die aanleiding tot het ontstaan heeft gegeven. Zo spreekt men — overigens zonder dat men hieraan een al te grote betekenis moet toekennen — van schrikneurose, angst-, afweer- of seksuele neurose.

Als een vrouw lijdt aan vaginisme — een goed voorbeeld van een seksuele neurose, maar tevens een afweer- en soms een angstneurose — blijkt er vrijwel steeds een disharmonische verhouding tussen de partners te bestaan. Wij stellen vast dat de vita sexualis niet in orde is, maar veelal gaat de afweer veel verder dan het verweer tegen de coitus. Als de toestand volledig is ontwikkeld treedt de kramp-toestand in de *M. constrictor cunni* en in de bekkenbodemspieren ook reeds op, als de arts op de vrouw toeloopt en haar nog in het geheel niet heeft aangeraakt. Tracht hij dit laatste te doen, dan blijft de vrouw niet in steensneeligging op de stoel liggen, maar de adductoren komen reflectoir in contractie: de dijen worden tegen elkaar geklemd; dit geschiedt tegen de wil van de patiënte. Het kan zelfs zó zijn, dat de vrouw reeds bij het zien van een man de knieën tegen elkaar brengt. De oorzaak van deze gedragingen ligt in een diepgaande stoornis van het menselijk, althans echtelijk contact en reikt dus veel verder dan men geneigd zou zijn aan te nemen.

Het is overigens niet zo dat vaginismus slechts bij *virgines intactae* voorkomt. Ook als een volkomen geslaagde defloratie heeft plaats gevonden, kan er later nog wel vaginismus ontstaan. De operatieve behandeling, welke nog in vele leerboeken wordt aangeraden, moet als principieel irrationeel worden beschouwd. Hierbij toch wordt het hymen geresceerd, de *introitus vaginae* verwijd en de hypertrofisch geworden *M. constrictor cunni*, en in de regel zelfs een deel van de *M. levator ani*, gekliefd. De toegang tot de vagina is hierna ruimer geworden, maar de verweermiddelen tegen de *immissio penis* zijn hiermee niet vernietigd of uitgeschakeld. De spastische contracties van de adductoren van de benen zijn effectief genoeg tot het verhinderen van de coitus.

Bespreken wij thans de dysmenorrhoe. De vrouw wordt in het geslachtsrijpe tijdperk telkens tot bloedens toe gelederd. Ovulatie en menstruatie, defloratie en bevalling komen niet tot stand zonder verwonding. Van al deze verwondingen is alleen de defloratie uniek; ovulatie en menstruatie hebben cyclisch plaats. En de meeste vrouwen krijgen enige malen in haar leven een kind. Deze herhaalde traumata gaan niet onbemerkt aan de vrouw voorbij, al

heeft de buitenstaander neiging de lesies te bagateliseren.

Als men echter studie maakt van de veranderingen, welke zich — met name bij de menstruatie — voltrekken in het baarmoederslijmvlies, dan wordt men getroffen door de ravage, welke in de oppervlakkige lagen van het endometrium, de zogenaamde *pars functionalis*, wordt aangericht. Het beeld lijkt volkomen op dat van een hemorrhagisch etterige ontsteking en is (behalve qua etiologie, welke hormonaal en niet microbiotisch is) identiek met hetgeen men bij een etterig-flegmoneuze ontsteking te zien krijgt. Hij, die uit ervaring weet welke klachten een flegmone geeft, mag zich dan ook erover verwonderen dat de vrouwen in het algemeen zo weinig klagen over pijn tijdens de menstruatie.

Dat psychische affecten ook op dit gebied veranderingen kunnen teweeg brengen is zeker en dit was ook a priori wel te verwachten. Aanwezige dysmenorrhoe kan verdwijnen. Maar ook kan, in aansluiting op een ander affect, het uitgeschakelde psychosomatische reflexmechanisme weer in gang worden gezet, zodat de dysmenorrhoe weer in oude hevigheid ontstaat. Ik heb dit enige malen zien gebeuren in gevallen, waarin de vrouw — met reden — haar echtgenoot van ontrouw verdacht. Men krijgt hierbij de indruk dat de gekrenkte, zich vernederd en belachelijk voelende vrouw de onaangename sensaties als hevige, krampachtige pijnen interpreteert, misschien zoals zij vroeger ook heeft gedaan. Het lijkt mij niet onmogelijk dat hierbij ook nog van invloed kan zijn het onbewuste verlangen de gevoelens van genegenheid en liefde bij de echtgenoot weer wakker te roepen omdat deze toch nog wel zoveel voor haar zal voelen dat hij haar niet zó zal kunnen zien lijden.

Overigens moeten wij de vegetatieve grond voor de klachten bij de dysmenorrhoe erkennen. Door de omstandigheden is de realisatiedrempel verlaagd. Ik heb in enige van dergelijke gevallen waargenomen dat — wanneer de menstruatie werd vervangen door een anovulatoire bloeding, welke zich fenotypisch in geen enkel opzicht onderscheidt van de echte menstruatie, maar die in het microscopisch beeld gekenmerkt is door het ontbreken van de dissociërende, het slijmvlies desintegrerende infiltratie met leucocyten en erythrocyten — de „menstruatie” onpijnlijk was geworden.

Ook bij het syndroom van de premenstruele spanning, dat tegenwoordig zozeer in de belangstelling staat — ook van de farmaceutische industrie — is het huwelijksconflict in een zeer groot aantal der gevallen op de achtergrond te vinden. Het herkennen van dit conflict heeft zeker evenveel therapeutische waarde als de tranquillizers, waarvan het resultaat alleen maar symptomatisch en nooit werkelijk curatief zal zijn.

Het is u allen bekend dat vrouwen in het begin van de zwangerschap plegen te braken. Meestal vindt dit braken plaats in de ochtend, bij het opstaan en soms nog één- à tweemaal in het verloop

van de dag. Gewoonlijk is de hoeveelheid braaksel gering en bestaat dit vrijwel uitsluitend uit maagslijm. Het meeste voedsel wordt wel ingehouden en benut. Door overgevoeligheid van het orgaanstelsel, dat de braakreflex veroorzaakt, ontstaat het neurotische syndroom: hyperemesis gravidarum, waardoor de gezondheid van de zwangere ernstig wordt benadeeld en zelfs haar leven in gevaar kan worden gebracht. Reuk- en smaakprikkelers, welke gewoonlijk ver beneden de drempel van reactie liggen, maar ook psychische prikkelers kunnen de braakreflexen in gang zetten. Tenslotte kan het braken vrijwel tot een automatisme worden.

Het begin van het zwangerschapsbraken ligt, naar thans algemeen wordt aangenomen, op het gebied van de conflictneurosen. Het is merkwaardig dat vrijwel alle neurosen in het begin van de zwangerschap als symptoom het ernstige tot onstilbare zwangerschapsbraken hebben.

Als vrouwen bij ons komen klagen over het verminderen of verdwijnen van de libido sexualis of over anorgasmie of dyspareunie of pruritus vulvae et vaginae, dan blijkt herhaaldelijk een huwelijksconflict de grond te zijn van de psychosomatische aandoening. Nogmaals wil ik er op wijzen dat men door nauwkeurig, eventueel histologisch onderzoek een anatomische oorzaak, bijvoorbeeld leucoplakie, kraurosis of carcinoom, dient uit te sluiten!

Hiermee zijn wij op onze staalkaart van psychogene aandoeningen gekomen bij die ziekelijke toestanden, welke zich niet alleen manifesteren door dysfunctie, maar ook door duidelijke veranderingen in de structuur van het orgaan.

Lijderessen aan endometriosis hebben zó dikwijls psychische moeilijkheden en een gestoorde, onderdrukte of onvolledige vita sexualis, dat verband met een conflictneurose zoal niet evident dan toch in hoge mate waarschijnlijk is. Ik zou hierover lang kunnen spreken, maar het lijkt mij beter in de mij nog resterende tijd uw belangstelling te vragen voor een gynecologische aandoening welke, ofschoon zij de vrouwenartsen reeds vele decennia heeft geïntrigeerd, toch niet voldoende algemeen bekend is geworden. Ik bedoel de pelycopathie*, welke naam overigens weinig zegt over de aard en de etiologie van deze ziekte.

Uit het feit dat ik de aandoening hier met u ga bespreken zult ge reeds hebben begrepen dat zij als een psychosomatische afwijking moet worden beschouwd. Het is nodig dat ik even de anatomie van het bekkenbindweefsel met u bekijk. Dit bind- of steunweefsel is van betekenis voor de plaats van de uterus; het wordt ook wel het retinaculum uteri genoemd. De uterus heeft een beperkte mate van beweeglijkheid. De ligamenta sacro-uterina en cardinalia fixeren de cervix uteri enigszins, zodat de uterus bij persen wel iets, maar niet erg veel lager kan komen. De ligamenta lata en rotunda staan de

uterus toe te „knikkebollen”, evenwel in niet te uitbundige excursies. Zo is de baarmoeder wel min of meer te vergelijken met een ballon captif. Links en rechts van de uterus lopen de uteriene vaten, die eigenlijk grote vaatplexus vormen en die tegen de menstruatie en vooral in de zwangerschap een enorme ontwikkeling en uitzetting krijgen. De ligamenta zijn geen bindweefselbanden, maar bestaan ten dele ook uit glad spierweefsel. De eisen, welke aan dit steun- en bevestigingsapparaat worden gesteld, zijn vooral in de zwangerschap groot. De uterus hypertrofieert dan tot wel twintigmaal het oorspronkelijk gewicht en bevat het zwangerschapsprodukt, dat tegen het einde van de graviditeit wel op 5 à 6 kg moet worden geschat ($3\frac{1}{2}$ kg voor het kind, $\frac{1}{2}$ kg voor de placenta, 1 kg voor het vruchtwater).

Deze veranderingen in de anatomie van de inwendige genitalia in de zwangerschap berusten, evenals de zwangerschapsveranderingen elders in het lichaam, op geweldige veranderingen in de spiegel van diverse hormonen. Echter ook psychische factoren zijn hierbij van betekenis. Op psychische prikkelers berustende vaatcontracties kunnen de zwangerschap verstoren.

De pathologie van het steunapparaat gaat veelal in de richting van een te grote beweeglijkheid van de uterus door insufficiëntie van het steunapparaat. Jarenlang heeft men retroflexio uteri en prolapsus uteri et vaginae beschouwd als de uitingen hiervan. Toch waren ook wel toestanden bekend, welke waren gekenmerkt door vermindering van de beweeglijkheid van de uterus en pijnlijkheid in onderbuik of kruis bij spontane of opgewekte excursies van de baarmoeder. Meestal werd als oorzaak hiervoor ontsteking van het bekkenbindweefsel aangegeven (parametritis). Voor die gevallen, waarin duidelijke infiltraten van het losmazige bekkenbindweefsel aanwezig waren, ligt dit voor de hand. En parametritis, welke zelfs tot abscessen kan leiden, komt — als gevolg van infectie — inderdaad tamelijk veelvuldig voor.

Ook het carcinomateuze infiltraat kan de zoëven aangegeven bewegingsbeperking van de baarmoeder geven. De pijn, welke hierbij gevoeld pleegt te worden, berust, behalve op de belemmerde zwaai-bewegingen van de uterus door druk van het buikpakket of van de onderzoekende vinger of de bewegingen bij de coitus, ook op het invreten van het carcinoom in de zenuwvezels van de parametria.

Wanneer de duidelijke infiltratie van het bekken-celweefsel ontbreekt kunnen de ligamenten alléén verdikt en verkort (geschrompeld) zijn. Er lijkt dan een vermeerdering van het bindweefsel in deze banden te hebben plaats gevonden (fibrosis), maar dikwijls blijkt de verkorting en verharding te berusten op spastische contractie van de gladde spiervezels, die zich in de banden bevinden. Deze toestand is vroeger zeer vaak aangeduid als parametritis, meestal als parametritis posterior. De uterus werd daarbij in een dwangstand aangetroffen ten gevolge van de verkorting van de aangetaste ligamenten. De coitus wordt bij een dergelijke fixatie

* Het woord pelycopathie is afgeleid van Gr. pelux = bekken. Een andere vorm is pelviphathie (van Lat. pelvis). In de Angelsaksische literatuur gebruikt men vaak de naam peliphathia, waarvan de afleiding niet duidelijk is.

van de uterus ondraaglijk ten gevolge van de pijn. Er bestaat dus dyspareunie.

Opitz heeft reeds in het eerste decennium van deze eeuw erop gewezen dat de parametritis posterior niet op ontsteking berust en dus geen parametritis is, maar dat spasmen in de gladde musculatuur van het parametranale weefsel van ligamenta sacro-uterina en ligamenta cardinalia (en dan vooral aan de linker kant) het anatomisch substraat van de klachten zijn. Hij stelde zich voor dat prikkels, uitgaande van de inwendige genitalia, de oorzaak zouden zijn van het ontstaan van de spasmen in de gladde musculatuur van het bekkenbindweefsel. Hij noemde als zodanig: chronische cervicitis, portioerosie, endometriosis en endometritis, maar ook coitus interruptus, masturbatie, gebruik van intra-uteriene pessaria en andere anticonceptionele middelen, onvervulde kinderwens en aversie tegen de coitus en tegen de echtgenoot.

Opitz, Walthard en in de laatste tijd Howard Taylor hebben erop gewezen dat deze parametropathia spastica wordt voorafgegaan door vaatverwijdingen, gepaard gaande met veneuze congestie.

De klachten zijn nogal uiteenlopend. Meestal is het pijn diep onder in de buik, die de vrouw naar de arts drijft. De pijn is dof, wisselt nogal in hevigheid, maar wordt in de regel erger tegen en tijdens de menstruatie. Als de vrouw vermoeid is of aan emotionele spanningen is onderworpen, wordt de pijn erger. Ook lage rugpijn, sacralgie, is een veelgeuite klacht. Deze low back pain pleegt 's avonds erger te zijn dan 's ochtends bij het opstaan en ook deze pijn wordt erger bij het naderen van de menstruatie. Secundaire dysmenorrhoe is eveneens een frequente klacht. Ook dyspareunie behoort in dit patroon. Bijna alle patiënten klagen over een gevoel van zwaarte onder in de buik. Soms wordt de pijn als brandend of drukkend beschreven. De menstruatiecycclus wordt niet ontregeld, wel treedt nogal eens een intermenstruele bloeding op in het midden van de cyclus: het zogenaamde ovulatiesyndroom. Bijna de helft van de patiënten klaagt over premenstruele spanning. Chronische vermoeidheid, slapeloosheid en zenuwspanning behoren ook bij het syndroom. De lijderezen zijn psychisch bijzonder labiel en niet zelden blijkt dat dit haar al onder de behandeling van de zenuwarts heeft gebracht.

Bij het gynecologische onderzoek valt op dat het diep palperen van de buik pijnlijk wordt gevonden. Er is dikwijls een hyperalgie in het beloop der grote vaten. De cervix uteri is wat gezwollen en de ligamenta lata en sacro-uterina voelen pasteus-dik aan. Door degeen, die met het beeld vertrouwd is, wordt dit dadelijk als teken van veneuze stuwning in het kleine bekken herkend. De pijnlijkheid bij palpation van de parametria is opvallend en pathognomonisch. Ook de ovaria zijn diffuus wat vergroot en bij betasten pijnlijker dan gewoonlijk. Het stoten tegen de portio vaginalis uteri alsmede het heen en weer bewegen van de uterus veroorzaakt pijn en een gevoel van misselijkheid.

De neiging tot het optreden van veneuze bekkenhyperemie is groter, wanneer het uterussteunapparaat — tengevolge van bevalling(en) — minder deugdelijk is geworden. In de bekkenaders zijn de kleppen slechts matig ontwikkeld en de invloed van het rechtop gaan komt onder andere tot uiting in de verergering van de symptomen tegen het einde van de dag. Ook hormonale prikkels, zoals de verhoogde oestron-progesteron-spiegel in de premenstruele fase van de cyclus, lijken van invloed te zijn op de ernst van de klachten. Het autonome zenuwstelsel is verantwoordelijk voor de vasodilatatie — zowel de acute als de chronische — in aansluiting op of ten gevolge van onfysiologische seksuele gedragingen of van niet-specifieke, emotionele spanningen.

Conflicten in het huwelijksleven, vooral als deze zich telkens herhalen, kunnen de gladde spieren van het retinaculum uteri in een duurzame spasmus brengen. Ook kunnen zij veneuze stuwning in de parametranale en uteriene vaten veroorzaken. Het is gebleken dat vele patiënten met een dergelijke pijnlijke verkorting van het parametrium en met veneuze bekkenhyperemie psychische insulten hebben gehad of nog voortdurend aan dergelijke insulten zijn blootgesteld.

Op dezelfde wijze als sommige mensen na angst en schrik reageren met buikpijn ten gevolge van spasmen van de darmmusculatuur, kunnen de reacties na angst, ruzie, schrik, aversie, onbevredigde seksuele gevoelens of overdreven seksuele verrichtingen, sympathicotone verkortingsverschijnselen geven in de gladde spieren van het bekken, waardoor de uitstralende en doffe pijnen onder in de buik en in het kruis worden veroorzaakt. De ligamenta sacro-uterina zijn blijkbaar een bijzonder gevoelig reactiegebied in het vrouwelijk lichaam.

In dit verband lijkt het nuttig te wijzen op de bevindingen van Taylor, die vijftig gevallen van deze aandoening heeft geanalyseerd. In twee-en-twintig gevallen bleek er een ernstige echtelijke disharmonie te bestaan; achtmaal was er kort tevoren een echtscheiding uitgesproken; zesmaal bleken man en vrouw noodgedwongen gescheiden te leven; viermaal bestonden er niet nader genoemde seksuele problemen; driemaal waren er verlovingsmoeilijkheden; en eenmaal was er een ernstig conflict in de dienstbetrekking van de patiënte. Slechts bij zes gevallen leek er geen psychische oorzaak aanwezig te zijn.

Als men de congestieve en spastische toestanden in het kleine bekken met succes wil behandelen dient men een goede analyse van het geval te maken. Wanneer daarbij blijkt dat men te doen heeft met een op affectieve grondslag berustende sympathicotone toestandsverandering, zal alleen de op de juiste wijze gegeven zakelijke voorlichting de patiënte kunnen bevrijden van de angst aan een ernstige aandoening in de onderbuik te lijden (dikwijls vrezende deze vrouwen aan carcinoom te lijden). Wij dienen haar duidelijk te maken dat de door haar gevoelde pijnen en de door ons geconstateerde af-

wijkingen een algemene en geen lokale oorzaak hebben. Onze raadgevingen tot het uitschakelen van deze algemene, psychische of in de levenshouding schuilende, schadelijke invloed en eventueel onze pogingen de patiënte te brengen tot het aan-

vaarden van en zich voegen naar de haar prikkelende verhoudingen, zullen — mits de toestand niet al te lang heeft bestaan — in de regel een vaak wonderlijk prompt verdwijnen van de klachten ten gevolge hebben.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

62-9r. Participation in a multiple screening clinic with five-year followup. *Wylie, C.M. (1961) Public Health Reports 76,596.*

Uitgangspunt van deze studie is een onderzoek in Baltimore naar het vóórkomen van ziekte. Eén op de tachtig gezinnen, tezamen 11.574 individuen, werd daartoe onderzocht. Van 98 procent van deze groep konden rapporten worden opgemaakt waarvan 6.967 personen van 17 jaar en ouder gezond leken te zijn. Deze mensen werden uitgenodigd deel te nemen aan een onderzoek, waarbij gebruik zou worden gemaakt van verschillende ziftmethoden (screening tests). Dit onderzoek geschiedde in 1954 bij 2.023 deelnemers of wel 29 procent van de genodigden.

Een beschrijving van dit onderzoek kan men vinden in het artikel, Multiple screening in the Baltimore study of chronic illness. Roberts, D. W. en C. M. Wylie (1956) *J. Amer. med. Ass.* 161, 1442. Enige gegevens hieruit zijn onmisbaar voor een goed begrip van het artikel van Wylie. Door het gebruik van ziftmethoden hoopt men te bereiken, dat het medisch onderzoek wordt geconcentreerd op die individuen uit een groep, welke een grotere kans hebben afwijkingen te vertonen.

In Baltimore werden daartoe de volgende ziftmethoden gebruikt: lengte en gewicht als maat voor vetzucht; vragenlijst voor hartaandoeningen; electrocardiogram in zes afleidingen; bloeddruk; gezichtsscherpte; gehoorscherpte; kleinbeeld-thoraxfoto; eiwitreactie in urine; glucosereactie in urine en bloedsuikerbepaling 50 minuten na het gebruik van 50 gram glucose; hemoglobinebepaling en een serologische reactie voor syfilis.

De resultaten van deze tests werden naar de huisartsen gezonden en enige dagen daarna kregen ook de onderzochten bericht. Wanneer de mogelijkheid van het bestaan van een ernstige afwijking werd overwogen, kreeg de onderzochte de raad zich voor verder onderzoek en eventuele behandeling tot de huisarts te wenden. Contact werd daarna weer opgenomen met de onderzochten en hun artsen, om de resultaten van het nadere onderzoek vast te kunnen leggen.

Uit deze resultaten werd de doeltreffendheid en de opbrengst van de gebruikte opsporingsmethoden bepaald. De conclusie was, dat „multiple screening” wellicht waardevol was, doch dat nader onderzoek van de doelmatigheid van de gebruikte ziftmethoden en van de factoren, die de opbrengst van het onderzoek ongunstig beïnvloeden nodig is. Dit betreft: de vals-negatieve resultaten van de tests; het niet voldoen aan het verzoek tot nader onderzoek (in dit geval 42 procent van degenen, die verwezen waren); inadequaat onderzoek van de huisartsen; bij de test gestelde diagnoses, die door het nader onderzoek zijn bevestigd, doch waarvoor behandeling wordt geweigerd of onmogelijk is.

Doel van het onderzoek door Wylie in 1960 gedaan was de verschillen na te gaan tussen deelnemers en niet-deelnemers aan het beschreven onderzoek; de beantwoording te beschrijven van een vragenlijst; adresveranderingen te vergelijken, en sterftecijfers en doodsoorzaken gedurende vijf jaren van de groep deelnemers en niet-deelnemers te beoordelen.

Getracht werd alle deelnemers en, willekeurig, één op de vijf afzijdigen te bereiken. Daarna werd de vragenlijst ver-

zonden en probeerde men zoveel mogelijk ingevulde lijsten weer terug te krijgen. Tenslotte werden met behulp van de doodsoorzaakverklaringen van de stad Baltimore en van de staat Maryland de in de vragenlijsten opgegeven sterftegevallen gecontroleerd en werd gezocht naar het mogelijk daarin voorkomen van de namen van degenen met wie tevergeefs contact was gezocht.

Gevonden is, dat de meeste deelnemers aan het beschreven onderzoek tot de leeftijdsgroepen 25-54 jaar behoorden; er waren meer blanken dan negers onder de deelnemers; bij de blanken geen sexeverschil; bij de negers meer vrouwelijke deelname. Uit de feiten, dat meer deelnemers, dan afzijdigen een telefoon bezaten, de deelnemende groep minder vaak was verhuisd en de doodsoorzaken hypertensie, maligne gezwellen en ziekten van de spijsverteringsorganen het meest bij de deelnemende groep werd gevonden, terwijl de afzijdigen vaker stierven aan hartziekten zonder verhoogde bloeddruk, aan aandoeningen van de hersenvaten en door ongevallen is onder meer afgeleid, dat de deelnemers tot een hogere welstands-groep moeten worden gerekend.

Vergelijking met andere onderzoeken heeft nog geen vaststaande resultaten opgeleverd, hoewel er indicaties zijn, dat bepaalde onderzoekprogramma's voor bepaalde bevolkingsgroepen meer aantrekkingskracht bezitten.

Gevonden is verder, dat de deelnemers behoorden tot een bevolkingsgroep, die gemakkelijker te bereiken was en meer bereid was tot samenwerken.

Uit de sterftecijfers en doodsoorzaken is af te leiden, dat er geen verschil is tussen deelnemers en afzijdigen voor wat betreft het aantal sterfgevallen per leeftijdsgroep of voor het aantal sterfgevallen per jaar in de jaren na het onderzoek. Dat wil dus zeggen, dat niet bewezen is, dat deelnemers wel gevaren zijn bij een spoedige verwijzing voor geneeskundige behandeling.

Wel is gebleken, dat er verschillen waren in doodsoorzaken-verhoudingen, als uiting van de verschillen in leeftijd, ras en socioeconomische samenstelling van de groepen.

Tenslotte is er een aanwijzing gevonden, dat deelnemers aan het beschreven onderzoek vaker medische hulp plegen in te roepen dan niet-deelnemers.

N. Bessem.

62-07. Influence of reduction of serum lipids on prognosis of coronary heartdisease. *Oliver, M. F. en G. S. Boyd. (1961) Lancet II, 499.*

Uit ruim 180 personen, die hun eerste myocardinfaret hadden doorgemaakt, werden honderd mannen geselecteerd, die geen van allen hypertensie (diastolische druk boven de 100 mm Hg), decompensatio cordis na het infarct, overgewicht (15 procent boven de standaard), hypercholesterolemie (meer dan 400 mg %), myxoedeem of diabetes hadden.

50 mannen kregen een oestrogeen hormoon (aethinyl-oestradiol) en het gelukte hiermee gedurende de gehele periode van de proef, vijf jaren, het cholesterolgehalte van het bloed significant lager te houden dan bij de controlegroep, die lactose kreeg. Dit bleek ook het geval voor de cholesterol-phospholipidenverhouding. Deze cijfers, die voor het begin van de proef