

ARTS EN SAMENLEVING



BESPREKINGEN

DE VOEDING DER KINDEREN. — Een gemengde commissie uit de F.A.O. (Food and Agriculture Organisation) en de O.M.S. (Organisation mondiale de la Santé) is, onder voorzitterschap van prof. E. GORTER uit Leiden, van 23 tot 26 Juli 1947 te Washington bijeen geweest om de toestand der kinderen in de verwoeste gebieden van Europa en China te bespreken. Het is duidelijk gebleken, dat het tekort aan juiste voeding, in het bijzonder aan melk, voor zwangere en zogende vrouwen en voor zuigelingen de voornaamste oorzaak is van de hoge kindersterfte. De voeding der kleuters, der kinderen tussen kleuter- en schoolleeftijd en der adolescenten is bestudeerd, uit het oogpunt van de benodigde hoeveelheid calorieën, eiwitten, minerale zouten en vitamines. Het onderzoek heeft als resultaat opgeleverd enige wensen ter aanbeveling. De gegevens hebben aangetoond, dat zogende vrouwen en de kinderen van elke leeftijd in de bezochte landen aanvullend voedsel nodig hebben. Men moet trachten zwangere en zogende vrouwen een liter melk per dag te verschaffen. Een hoeveelheid melk minder dan 600 cm³ kan het gewicht en de gezondheid der kinderen ernstig schaden. Volle melk in poedervorm kan aan zuigelingen onder het jaar worden verstrekt. In verschillende landen kan het nodig zijn zuigelingen suiker en bloem te verschaffen. Kinderen tot 2 jaar moeten 400—500 I.E. vitamine D en 3000 I.E. vitamine A krijgen; 3 tot 5 g levertraan bevatten ongeveer deze hoeveelheid.

Taptemelk in poedervorm is het doeltreffendste voedsel voor kinderen op de leeftijd van 3 tot 6 jaar, de groep die in verschillende landen het meest veronachtzaamd is. Aanbevolen wordt vet in een of andere vorm daar aan toe te voegen. Een hoeveelheid melk van 600 cm³ per dag als aanvullend rantsoen wordt nodig geacht. De kinderen van 5 tot 6 jaar (âge préscolaire) moeten 5 g levertraan en in de loop van de dag een warme maaltijd krijgen, daarbij inbegrepen de extra melk. Voor schoolkinderen is als aanvullend voedsel melk het beste, 400 cm³ zo mogelijk per dag. Voorts zijn voor deze groep kinderen nuttig margarine, waaraan de vitamines A en D zijn toegevoegd, vlees en vis (*Chronique de l'Organisation mondiale de la Santé*, dl 2, no. 1, 1948).

E. SLUITER

INGEZONDEN

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zo nodig enige bekorting aan te brengen



AANGEBOREN HARTGEBREKEN BIJ DEXTROCARDIE EN DEXTROPOSITIE VAN DE AORTA

De gewaardeerde belangstelling, welke collega J. H. BIJTEL (*N. T. v. G.* 92 I 13, blz. 957) in de pathologische physiologie en in de dynamische bio-physicsa van

het embryonale hart stelt, doet haar op háár terrein (de experimentele embryologie, dynamische bio-morphologie) in aanraking komen met de biologische groeibewegingen. Deze zijn door HUGO DE VRIES 1), P. C. VAN DER WOLK 2), C. E. B. BREMEKAMP 3) en vele anderen toegeschreven aan de translatie (groeirichting) en aan de daaraan tegengesteld gerichte spankracht. Deze krachten bestaan bij ieder groeiend object, zij veroorzaken een spiraalvormige schuifdraaibeweging ervan.

Met behulp van eigen waarnemingen en door literatuurstudie heb ik vrijwel alle gevolgen van deze samengestelde beweging voor het hart en bloedvatstelsel nagegaan en geobserveerd. Nu de gegevens vrijwel volledig zijn, lenen zij zich zelfs voor beknopte artikelen in een feestbundel, waarin geen plaats is voor beschouwingen. Deze beknoptheid moge het artikel ontsieren, bij dr. BIJTEL had ik geen begripsverwarring kunnen verwachten. Ik schreef op blz. 638: „Een enkele maal ziet men een rechtszijdige aorta in lage ligging, die men uit de rechter 4e kieuwboogarterie mag afleiden. Deze vorm van dextroaortie is een primair-statische anomalie, enz.”

Op blz. 640 volgt nadrukkelijk: „Zij heeft geen pathogenetische betekenis, omdat zij in de hoek tussen trachea en bronchus (rechts) vastzit.” Het betoog van dr. BIJTEL inzake de rechts aangelegde aortaboog is dus juist, maar niet ter zake.

Het raadsel, dat coll. BIJTEL bezig houdt, schuilt in de dextropositie van de linkszijdige aorta in de 6e week van het embryonale tijdperk. Deze dextropositio aortae is bij volwassenen soms terug te vinden als rechtszijdige aorta in hoge ligging.

De dextropositie ontstaat door de lengteasdraaibeweging van hart en vaatstelsel, waardoor het bloedyat ook vóór de slokdarm kan geraken. De fysiologische reversie houdt deze beweging meestal tegen, maar soms geschiedt de reversie pathogenetisch en ontstaan er primair-mechanische klepgebreken enz.

Uitvoerige gegevens hierover zijn ter perse.

Gelukkig is het hart nooit een starre buis, zodat het orgaan zich kan aanpassen. De embryonale bloedcirculatie blijft volkomen normaal, zodat een goed ontwikkeld kind wordt geboren. De aanpassingsmechanismes zijn, zonder er „eigen groeipotenties” of andere factoren bij te halen, op eenvoudige (maar wiskundige) wijze te verklaren: de mechanica leert ons met krachten om te gaan; de (overigens bekende) anatomische toestanden van het embryo hebben met deze natuurkundige krachten rekening te houden.

Literatuur over corrigerende transpositie en partiële inversie der hartkamers is te vinden o.a. bij: G. VON ROKITANSKY 4), GEISZEL 5), MÖNCKEBERG 6). Zie echter vooral A. SPITZER 7). Deze laatste auteur sluit zich aan bij de gedachtenwereld van MECKEL en KEITH, die de menselijke hartpathologie opbouwen uit de hartconstructies, welke zij aantreffen bij insecten, kreeften, mosselen, slakken, inktvissen, vissen, kikkers, reptielen en schildpadden.

De autoriteit dezer onderzoekers heeft het reptielenhart tot een veel voorkomende creatie van de mens gemaakt. Dit kon geschieden met behulp van het belangrijkste 5e transpositietype van SPITZER, waarover slechts zelden wordt gesproken: de z.g. inverse Transposition. Door deze *veronderstelde* solitaire draaiing van de hartkamers wordt de normale anatomie bij transpositie hersteld en kan er b.v. een solitaire pulmonalisstenose achterblijven. Zo werd SPITZER's transpositieleer een allesomvattende theorie.

1) *Arb. d. Bot. Inst. Würzburg* I, 1872; *Arch. Néerl. d. Sc. et Natur.* 15, 1880.

2) *Verh. Kon. Akad. v. Wetensch.* 20, 1911.

3) *Rec. d. Trav. bot. Néerl.* 9, 1912.

4) *Die Defekte der Scheidewände des Herzens*, Wien 1875.

5) *Arch. Kinderheilk.* 35, 1903.

6) *Handbuch der Spez. Path. Anat.* Bd. II, blz. 165.

7) VIRGHOWS *Arch.* 243, blz. 81—272, 1923.

Mijn artikel had ten doel de corrigerende transpositie van VON ROKITANSKY te beschrijven, welk begrip SPITZER ook gaarne toepast. Deze geeft echter zelf toe, dat een analogon in het dierenrijk niet bestaat en daarom is deze gedachten-gang wel degelijk autistisch. Dit is dus een diagnose, geen verwijt.

Zij, die een transpositie van de rijdende aorta weten te onderscheiden van een transpositie met septumdefect en pulmonalisstenose bij dextrocardie door dextroversie, en deze formaties kunnen losmaken van de physiologische situs inversus der borstorganen, weten met welke moeilijkheden MECKEL, PEAGOCK, HALBERTSMA, VON ROKITANSKY en SPITZER te maken hadden. Zij bewonderen hun praestaties en verstaan hun denkwijze. Ik acht mijn onderzoek in een stadium gekomen, waarin de practische kant van het vraagstuk mag worden belicht. Maar daarover later meer.

Leeuwarden, 28 Maart 1948

R. A. HOEKSTRA

GOUDINTOXICATIE BIJ RHEUMATHERAPIE EN HAAR GENEZING MET BAL

Dat de patiënte, waarover in het artikel door de collegae URLINGS en AMERICA gesproken wordt, een ernstige goudintoxicatie heeft gekregen, verwondert niemand die, wat de goudtherapie betreft, ter zake kundig is. En dat deze intoxicatie ernstig was bewijzen o.a. de agranulocytose, het aplastische beenmerg en de hevige dermatitis. Maar er is hier veel en veel te veel goud gegeven en bovendien veel te snel met de dosis gestegen. Er werd gebruikt een 20 pCt. oplossing van Solganal B. oleosum. Begonnen werd met 2 maal 50 mg, daarna de volgende weken twee maal 100 mg, daarna twee maal 150 mg en op 6 September opeens 200 mg tegelijk. Twee dagen daarna was de catastrofe er. Hier is tegen elke regel, wat de goudtherapie betreft, gezondigd. Als het juist was geweest, had gegeven moeten worden 2 maal 10 mg, twee maal 20 mg, twee maal 30 mg en het laatst 40 mg, in totaal dus 160 mg en niet 800 mg zoals in dit geval. En dan had de dosis nooit boven de 100 mg per keer mogen stijgen. Dat men door een dergelijke wijze van doen ongelukken maakt, spreekt van zelf. BAL heeft hier de redding gebracht, maar nadat pas door geheel onoordeelkundig goud geven de intoxicatie was opgewekt.

Amsterdam, 16 April 1948

H. W. LUBBERHUIZEN,
rheumatoloog

GOUDINTOXICATIE BIJ RHEUMATHERAPIE EN HAAR GENEZING MET BAL

Naar aanleiding van het overigens lezenswaardige artikel van de collegae URLINGS en AMERICA (*Ned. T. v. G.* II, No. 15, 1948) over BAL-therapie bij goudintoxicatie, heb ik een opmerking omtrent de wijze van dosering van het goudpraeparaat, die collega URLINGS toepaste, vooral ook omdat misschien collegae zich hiernaar zouden kunnen richten.

Volgens het artikel ontving de patiënt de eerste week 2 maal 0.25 cm³ 20 pCt. solganal, dat wil zeggen 2 maal 50 mg goud, dus als beginosis in één week tijds 100 mg goud. De tweede week werd de dosis verdubbeld, dus 200 mg goud, en in de 3de week ontving de patiënt 300 mg. Daarna werd nog een injectie gegeven van 200 mg. Dus binnen 4 weken ontving de patiënt in totaal 800 mg. Dit is wel zeer in tegenstelling tot de gebruikelijke dosering, zoals deze in de literatuur is aangegeven en ook door de meeste rheumatologen bij ons wordt toegepast.

Op het Consultatiebureau voor Rheumatische Ziekten te Amsterdam geven wij de volgende dosering: De eerste 14 dagen ontvangt de patiënt 2 injecties per week, te beginnen met 10 mg goud en stijgend elke keer met 10 mg, dus in de eerste week 30 mg en in de tweede 70 mg, dus totaal 100 mg. Daarna 1 maal per week een injectie elke keer verder stijgend met 10 mg tot 100 mg bereikt zijn, dan verder elke week 100 mg. Volgens dit schema zou de patiënt dus in