

beslist een betrouwbaarder beeld van het resultaat der dieet-insulinebehandeling over de 24 uur, dan de periodiek uitgevoerde bepaling van het nuchtere bloedsuikergehalte.

Het door VAN SCHOONHOVEN VAN BEURDEN noodzakelijk geachte nauwkeurig afwegen van vetten (boter, kaas), groenten, fruit en vlees, betekent een last voor de patiënt, welke wij om de redenen, uiteengezet in artikel I onder III (bl. 846), overbodig en onwenselijk achten. De individueel sterk wisselende calorieënbehoefte resp. spijsvoorkeur bepalen de hoeveelheid vet en de mate van eiwittoevoer. Dat deze laatste beslist 1 gram per kg lichaamsgewicht zou moeten bedragen, staat allerminst vast. Talloze mensen komen bij volkomen welbevinden om allerlei redenen (van financiële of vegetarische aard enz.) hier lang niet aan toe, anderen hebben behoefte aan veel meer eiwit en de behandeling van chronische nieraandoeningen heeft ons geleerd, met hoe weinig eiwit men kan volstaan mits de calorieënbehoefte voldoende gedekt is.

In de drie artikelen is uitsluitend de behandeling van diabetes ter sprake gekomen, er is met geen woord gerept over de diagnostiek. Voor deze laatste zijn vanzelfsprekend bepalingen van het bloedsuikergehalte herhaaldelijk onontbeerlijk en met name zijn bloedsuikercurven noodzakelijk voor het aantonen van renale en initiële glucosuriën. Maar wat de bepaling van het nuchtere bloedsuikergehalte betreft:

a. Ze waarschuwt niet tegen renale en initiële glucosurie, want ze is bij deze toestanden normaal.

b. Tegen insuline-overdosering kan men — zoals in bijzonderheden door ons werd aangegeven in artikel I onder V (bl. 848) — in den regel ook zonder nuchtere bloedsuikerbepalingen maatregelen nemen, hetgeen niet verhindert, dat „bepalingen van het bloedsuikergehalte op tijdstippen, waarop men hypoglykemie mag verwachten, van nut zijn voor het opsporen daarvan”.

c. Als er sterke hyperglykemie is geweest of als de tolerantie is gedaald, toont ook het onderzoek van de urine dit zeker aan.

d. De urine (eventueel in de spreekkamer geloosd) is een veel eenvoudiger en veel vaker aan te wenden hulpmiddel van „medische recherche” om knoeien van de patiënt aan te tonen.

e. De ochtendurine geeft, indien suikervrij, evenmin als het vrijwel normale nuchtere bloedsuikergehalte de garantie, dat ook gedurende het verdere deel van het etmaal het bloedsuikergehalte niet te hoog zal stijgen. Of dieet en insulinedosering goed afgestemd zijn, moet juist telkens in de loop van het etmaal worden nagegaan, en niets is eenvoudiger dan dit door middel van de vier urineporties te doen.

Voor zeer vele artsen is het allerminst gemakkelijk, het bloedsuikergehalte door een ander te laten bepalen, om maar te zwijgen van de hoeveelheid tijd en energie, welke voor de patiënt verloren gaat met het reizen naar verafgelegen poliklinieken en het wachten in wachtkamers. De patiënt heeft voor het door ons aanbevolen urine-onderzoek zeker geen dag te verzuimen! Integendeel, hij moet vooral zijn normale werkzaamheden en dagindeling blijven volgen (men late geen urineporties verzamelen op zondagen door patiënten wier leefwijze op weekdays sterk afwijkt van die op zondagen). Hij neme dus een paar lege flesjes mee naar het werk en (of) wenne zich aan het urineren op vaste tijden die het werk niet storen. In geval alle 4 porties suikervrij zijn, verminderde men de hoeveelheid insuline of vermeerdere men de hoeveelheid koolhydraten, zeker indien er zich lichte verschijnselen van hypoglykemie hebben voorgedaan (zie artikel I, onder V, bl. 848 en artikel II onder II,

bl. 896 onder Ad b). In het algemeen zal een bepaling van het nuchtere bloedsuikergehalte hier geen uitkomst geven. Dan is nog eerder het maken van een dagcurve aangewezen, immers eventuele hypoglykemie zal zich over het algemeen in de loop van de dag, na het toedienen van de insuline, voordoen. Met scherp letten op hypoglykemische klachten en door voorzichtig de hoeveelheid koolhydraten te vermeerdere of (en) de insuline-dosis te verminderen, kan men dan een heel eind komen. In moeilijke en doorgaans op het terrein van de specialist liggende gevallen is het herhaaldelijk nuttig, een dagcurve te vervaardigen of enkele bepalingen van het bloedsuikergehalte op bepaalde tijdstippen van de dag te verrichten.

Dat de drempelwaarde bij sclerotische en pyelonefritische nierziekten doorgaans verhoogd is, werd in artikel I onder V (bl. 848) nadrukkelijk vermeld, evenals het feit, dat dit behandeling vereist, „indien er zich complicaties voordoen of te verwachten zijn”. Dit is niet altijd het geval en in die gevallen — waarin de urine dus suikervrij is — kan behandeling met insuline achterwege blijven. De beslissing tot behandeling met insuline moet individueel worden genomen en zal in het algemeen — evenals de behandeling zelf — door de specialist worden gegeven. De leeftijd, de algemene toestand en de graad van nierbeschadiging van de patiënt, de toestand der perifere vaten, de eventuele neurologische verschijnselen enz. zijn hier van betekenis en bepalen mede, of behandeling met insuline al dan niet is aangewezen.

Amsterdam, 1 juni 1959

E. KITS VAN WAVEREN

#### CARCINOMA COLLI UTERI, GECOMBINEERD MET INTRA- EN EXTRA-UTERIENE GRAVIDITEIT

Collega SMALBRAAK deelt in zijn artikel (1959) mede, dat hij in de literatuur geen beschrijving kon vinden van de combinatie van cervixcarcinoom met een intra-uteriene én een extra-uteriene graviditeit. De publikatie van zijn geval brengt hierin geen verandering, omdat er niets vermeld wordt over het pathologisch-anatomische onderzoek van de weggenomen uterus, en alleen dit onderzoek het bewijs zou kunnen leveren.

Literatuur: SMALBRAAK, H. B. (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 1061.

Leiden, 19 mei 1959

TH. G. VAN RIJSSEL

Bij het doorlezen van de belangwekkende casuïstische mededeling van collega SMALBRAAK (1959) over het gelijktijdig voorkomen van een extra-uteriene en een intra-uteriene zwangerschap bij een patiënte met een carcinoma colli uteri, rees bij mij de volgende vraag:

Zou het niet mogelijk zijn, dat de in het curettagemateriaal gevonden chorionvlok afkomstig is geweest van op drift geraakt chorionweefsel van de tuba-graviditeit, die dreigde in een abortus te eindigen? Dit zou evengoed als het aanwezige carcinoom de bloeding kunnen verklaren. Deze vraag klemt temeer, daar uit het operatieverslag blijkt, dat de tuba-zwangerschap erg mediaal gelegen was.

Het geval zou dan zijn herleid tot een enkelvoudige zwangerschap bij een patiënte met een collumcarcinoom. Deze combinatie ziet men weliswaar ook niet vaak, maar het is geenszins een novum, wat het samengaan van intra- en extra-uteriene zwangerschap bij een lijdere aan carcinoom van de baarmoederhals wel zou zijn geweest.

Eindhoven, 21 mei 1959

A. E. HENSEN

De beide ingezonden reacties hebben een gemeenschappelijke gedachte, namelijk de twijfel aan intra-uteriene gravi-

diteit in het door mij gepubliceerde geval. Deze twijfel verwondert mij niet; ik acht er echter niet voldoende grond voor aanwezig.

De extra-uteriene graviditeit bevond zich wel dicht bij de uterus, maar een afstand van  $2\frac{1}{2}$  cm maakt het migreren van chorionvlokken naar het lumen van de uterus onwaarschijnlijk. De curettage werd elders verricht. Er zijn mij geen gegevens bekend over het resterende weefsel dat bij de curettage werd verwijderd; evenmin weet ik welk deel hiervan voor pathologisch-anatomisch onderzoek werd gebruikt.

Daar de extra-uteriene graviditeit nog intact was, zal men nog zeker zwangerschapsveranderingen in de uteruswand kunnen aantreffen; het aantonen hiervan kan niets bewijzen. Na de operatie heb ik niet naar chorionvlokken in de uteruswand gezocht, daar ik deze 19 dagen na een curettage niet meer in de uteruswand verwachtte.

Eindhoven, 9 juni 1959

H. B. SMALBRAAK

### SINAASAPPEL-ILEUS

In aansluiting op de „Nuttige Notities” No. 2 (1959) is het misschien leerzaam het volgende geval van voedsel-ileus mede te delen:

Een mijnwerker van 40 jaar werd gedurende zijn werk in de put overvallen door hevige pijn, tamelijk hoog in de buik en zich met regelmatige tussenpozen herhalend. Er waren braakaanvallen die echter geen verlichting brachten. Vier uur na het begin van de aandoening zat ik aan het ziekbed: de regelmaat der crisissen, van elkaar gescheiden door een welbevinden, dat alleen gestoord werd door de angst voor nieuwe aanvallen, deed dadelijk het vermoeden van ileus rijzen. Er waren geen klinkende darmgeruisen te horen. Alleen bij zijdelingse inspectie scheen het epigastrium wat opgeheven gedurende de aanval. De ondervraging bracht weinig nieuws. Bij de laparotomie werd in de eerste dunne-darmlis een plaatselijke zwelling gevonden waarop de peristaltiek scheen vast te lopen. Bij het openen van de darm aldaar vond de chirurg een conglomeraat van nage-noeg ongekauwde sinaasappelschijfjes. De patiënt herstelde vlot na de operatie.

Bij ondervraging bekende de patiënt, dat hij onder het werk, door dorst gekweld, gulzig een sinaasappel had uitgezogen en inderhaast naar binnen had gewerkt.

*Literatuur:* Nuttige notities No. 2 (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 1171.

Roeselare, 7 juni 1959

W. J. G. DE CLERCK

### DE GEESTELIJKE ONTWIKKELING VAN DE TE VROEG GEBORENE

Aan het slot van zijn klinische les over de behandeling van het te vroeg geboren kind gedurende de eerste levensdagen, wees Prof. JONXIS (1959) erop, dat vaak de vraag rijst, hoe de verdere levensloop van de te vroeg geborene met een laag geboortegewicht zal zijn en hoe de geestelijke ontwikkeling zich zal voltrekken. Naar zijn mening zijn waarschijnlijk de anoxie en de sterk vermeerderde indirect reagerende bilirubine, die beide beschadigend op de hersenen werken, de twee voornaamste oorzaken van geestelijke achterstand. Het is immers een vaststaand feit, dat vroeggeboorte en een zeer laag geboortegewicht op zichzelf geen oorzaken behoeven te zijn van een vertraagde geestelijke ontwikkeling. Om dit verband leek ons de volgende ervaring het vermelden waard.

Op 7 mei 1958 kwam een moeder op mijn spreekuur met het verzoek haar dochtertje te onderzoeken. Zij twijfelde

eraan of dit meisje het gewone lagere onderwijs zou kunnen volgen.

Het kind was terstond na haar geboorte op 13 mei 1952 opgenomen in het Groot Zieken Gasthuis te 's-Hertogenbosch. Haar geboortegewicht bedroeg 950 gram, haar lengte 35 cm. De eerste dagen na haar geboorte daalde het gewicht tot 820 gram. Bij haar ontslag uit het ziekenhuis, ruim 4 maanden later, woog zij 3000 gram. Collega WEIJERS uit 's-Hertogenbosch bevestigde deze gegevens. Ook had hij de moeder aangeraden om contact te zoeken met de schoolarts voordat zij haar dochtertje zou opgeven voor de lagere school.

Bij het lichamelijk onderzoek vond ik geen afwijkingen, behalve strabismus convergens van het linkeroog. Het was een tener meisje; haar gezondheid en voedingstoestand evenwel waren goed. Ook wat haar intelligentie betreft, maakte zij een volkomen normale indruk. Gezien de instelling van de moeder werd besloten, dit meisje aan een intelligentie-test te onderwerpen. Het rapport van dit onderzoek luidde: „Het meisje maakt een wat slappe indruk. Ook raakt zij gauw vermoeid, zij is nogal snel afgeleid. De fijne motoriek is nog wat stijf. Het kritische inzicht, begrip en ruimtelijke voorstellingsvermogen zijn goed ontwikkeld. Het mechanisch geheugen is wat zwak. Het is een normaal begaafd kind. Haar intelligentiequotiënt bedraagt 109 (Binet-Terman)”.

Dit meisje vormt wel een duidelijk bewijs, dat ook het te vroeg geboren kind, met een uiterst laag geboortegewicht, zich geestelijk normaal kan ontwikkelen. Wellicht mag men verwachten, dat door de in de bovengenoemde klinische les besproken nieuwe behandelingsmethoden, een groot aantal te vroeg geboren en voor hersenbeschadigingen zullen worden behoed, en zich evenals het bovenbeschreven meisje tot normale, geestelijk volwaardige kinderen zullen ontwikkelen.

*Literatuur:* JONXIS, J. H. P. (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 941.

's-Gravenhage, 4 mei 1959

A. H. BERGINK

### VENEUZE DRUK, VENEUZE TOEVOER EN MINUUTVOLUME BIJ HET HART

Naar aanleiding van de bijdrag van GERBRANDY in het *Nederlands Leerboek der Interne Geneeskunde* over de pathofysiologie van het gedecompenseerde hart, zou ik gaarne het volgende opmerken.

GERBRANDY stelt hier een directe evenredigheid tussen centraal veneuze druk en het minuutvolume bij het normale gecompenseerde en bij het gedecompenseerde hart. Op bladzijde 681 schrijft hij: „ . . . . De bloedtoevoer naar het hart, die in de kliniek aan de centraal veneuze druk kan worden beoordeeld . . . .” en op bladzijde 686 naar aanleiding van STARLINGS „Law of the heart”: „Totdat de optimale uitstarding van het hart wordt bereikt, bestond er een directe evenredigheid tussen de centraal veneuze druk, de dilatatie van het hart en het minuutvolume”.

De wet van Starling berust op de algemene regel, dat er een verband bestaat tussen initiële lengte van een spiervezel en de contractiekracht van deze spiervezel, in deze zin, dat een toeneming van de initiële lengte, mits een bepaalde optimale grens niet wordt overschreden, de contractiekracht verhoogt. Indien deze algemene regel wordt toegepast op het hart, mogen wij zeggen, dat er tot een bepaalde optimale grens een evenredigheid bestaat tussen diastolische kamer-vulling en systolische kamerdruk; of anders uitgedrukt, tussen veneuze aanvoer en — aangenomen, dat de hartfrequentie constant blijft — minuutvolume. Deze verhoogde veneuze aanvoer zal het hartdebiet, tot een optimale grens, dus