

VRAAG EN ANTWOORD

VEGETARISCH VOEDSEL EN HARDHORENDHEID

Vraag No. 13. Kan door een stipt gevolgd vegetarisch dieet hardhorendheid worden verminderd of tegengegaan? Zo ja, is er daarvoor een aannemelijke verklaring?

Antwoord. Hardhorendheid kan door allerlei oorzaken worden verwekt. Gehoorsvermindering, ontstaan door ontstekingsprocessen (otitis media) of trauma's (schedelletsels), moet zeker als onbeïnvloedbaar door welk dieet dan ook beschouwd worden. Het is verder niet erg aannemelijk dat een bepaalde voeding invloed zou kunnen hebben op otosclerotische haarden. Toch zijn velen van mening dat het otosclerotische proces zou kunnen worden gestuit door een „gezond leven”. Als zodanig worden dan beschouwd: veel beweging in de buitenlucht, groenten- en vruchtenrijk dieet, geregelde stoelgang enz. Aangezien een dergelijke leefwijze wel voor niemand schadelijk zal zijn, lijkt het ook bij otosclerose-patiënten nooit nadelig. Of het werkelijk op de voortschrijding van het beenproces invloed heeft, valt wel te betwijfelen. Bij ziekte van Ménière heeft een dergelijke leefwijze zonder twijfel een gunstige invloed op de psychische componenten die deze hydroops labyrinthi eigenlijk altijd begeleiden. Een enkele maal merkt men bij patiënten met deze ziekte, dat bij een dergelijke leefwijze de aanvallen van duizeligheid, die meestal met gehoorsvermindering gepaard gaan, verdwijnen. Tenslotte is de behandeling van sommige binnenoor- en zenuwslechthorendheden met vitamines bekend. Sommige onderzoekers zweren bij vitamine A, andere bij B of delen daarvan, weer anderen zien van deze behandelingen geen enkel resultaat. Het erger worden, verbeteren of op hetzelfde niveau blijven van het gehoor is zonder nauwkeurig kwantitatief audiometrisch onderzoek bijzonder moeilijk te beoordelen, daar subjectieve elementen in de beoordeling daarvan een grote betekenis hebben. Door een bepaald dieet zou men zich een regulering van de vitaminespiegels kunnen voorstellen, die dan invloed zou kunnen hebben op de perceptiestoornis.

Alles bijeen kan men zeggen, dat er geen aanwijzingen zijn dat een vegetarisch dieet, al of niet stipt gevolgd, invloed op slecht horen zou kunnen uitoefenen. In bepaalde gevallen moet de mogelijkheid van een dergelijke invloed wel worden afgewezen; in andere gevallen is het niet uit te sluiten dat een bepaald dieet — door vitamines, door bevordering van de stoelgang enz. — op de lange duur niet geheel zonder gunstige uitwerking zou kunnen blijven.

MODERNE WASMIDDELEN EN LUIERECZEEM

Vraag No. 14. Men hoort de laatste tijd wel de stelling verkondigen dat de moderne, synthetische wasmiddelen een aandeel zouden hebben bij het veroorzaken van het „luiereczeem” en dat dit eczeem zich niet of althans in mindere mate zou voordoen bij gebruik van „ouderwetse” reinigingsmethoden. Is hiervan in wetenschappelijke zin iets bekend?

7 APRIL 1962 NED. T. GENEESK. 106. I. 14

Antwoord. Gevallen van luiereczeem door moderne detergentia zijn ons niet door eigen waarneming bekend. In de dermatologische literatuur van de laatste jaren is er weinig over te vinden. Er is een vorm van luiereczeem beschreven die door het gebruik van een dergelijk wasmiddel veroorzaakt zou zijn (PICHON 1957), maar het is bij een enkele mededeling gebleven. Er is ook wel een allergisch eczeem door een bepaald modern wasmiddel beschreven, waarbij na jaren de overgevoeligheid nog was aan te tonen (NILZÉN 1958). Dergelijke waarnemingen bij gebruik van een bepaald middel mag men niet uitbreiden op de gehele groep van de moderne detergentia. PERDRUP (1955) verrichtte een systematisch onderzoek bij 167 proefpersonen; het dragen van ondergoed dat met moderne middelen werd gewassen verwekte bij geen hunner sensibilisatie.

In Nederland deed S. DE LEVIE-FRANKENHUIS (1958) mededeling van het voorkomen van vulva-eczeem bij volwassen vrouwen, dat aan wassen van ondergoed met een bekend middel in nieuwe samenstelling werd toegeschreven. Naar aanleiding hiervan richtte VLEUGELS SCHUTTER (1959) op verzoek van de fabrikant van het bewuste middel een enquête tot de Nederlandse artsen. Uit deze enquête bleek niet dat het wasmiddel als een dikwijls voorkomende oorzaak van eczeem of huid-irritatie werd beschouwd.

Overvloedig contact met de moderne wasmiddelen bij onoordeelkundig gebruik daarvan kan de huid irriteren, eventueel een eczeem doen ontstaan of in stand houden. Hetzelfde kan echter van zeep worden gezegd. Er is echter geen duidelijke aanwijzing, dat het gebruik van de moderne middelen voor de luiers nadelig is voor het kind oplevert indien het voorschrijf, de luiers goed te spoelen, wordt gehandhaafd.

Literatuur: LEVIE-FRANKENHUIS, S. DE (1958) Vulva-eczeem door Sunil. *Ned. T. Geneesk.* **102**, 2190. — NILZÉN, A. (1958) *Acta dermat. venerol.* **38**, 104. — PERDRUP, A. (1955) *Nord. Med.* **54**, 1887. — PICHON, R. (1957) *Maroc méd.* **36**, 402. — VLEUGELS SCHUTTER, G. J. N. (1959) Vulva-eczeem door wasmiddelen? *Ned. T. Geneesk.* **103**, 1404.

INGEZONDEN

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING BIJ ASPHYXIA NEONATORUM

Naar aanleiding van het antwoord op vraag No. 68 (1961) zou ik het volgende willen opmerken:

Asphyxia neonatorum is een ernstige zaak. Eventuele nadelen van een onmiddellijke behandeling moeten worden afgewogen tegenover de speculatieve ernst van het niets doen behalve het vrijmaken en vrijhouden van de luchtweg, lichte trendelenburg-ligging, het kind afdekken met warme doeken. Het afwachten tot het kind gedurende 5 minuten geen adembeweging maakt, om het dan pas met zuurstof onder overdruk van ten hoogste 15 à 20 cm water te behandelen, lijkt mij speculatief voor de toekomst van het kind. Immers SCHREIBER (1938), COURVILLE (1952), D'AVIGNON en KEILSON (1953) vonden, dat bij hypoxie-kinderen 50 pct meer afwijkingen in het encefalogram, de intelligentietest en het karakter voorkomen, dan bij kinderen die niet

asfyctisch waren bij de geboorte (TOSSETTI 1961). GREWEL (1959) concludeert: „De voornaamste oorzaak van infantiele encefalopathie is echter de blauwe asfyxie; een overgroot aantal der cerebraal gestoorde kinderen, die men thans (nog) ziet, is bij de geboorte blauw geweest, en is slechts met enige moeite gaan ademen; een langdurige uitdrijvingsperiode is de voornaamste oorzaak”. Ook de narcose-encefalopathieën zijn een gevolg van een hypoxie, resp. anoxie (RADEMAKER 1952; KLEIN 1954).

Volgens BÜCHNER (1954) worden de organen van de foetus door een tekort aan zuurstof (hypoxie, anoxie) in de onderstaande volgorde beschadigd: lever, hart, nieren, hersenen. Prognostisch is de graad en de duur der asfyxie van belang, waarbij ook de individuele tolerantie van de foetus ten opzichte van het zuurstof-tekort een betekenis heeft.

De postpartum-asfyxie kan men gradueel volgens FLAGG (1928) verdelen in drie fasen:

1. Een depressie-fase: de foetus ademt onregelmatig; eventueel minder frequent dan normaal; beginnende cyanose. Tonus, hartfunctie, pharynx-reflexen zijn normaal.

2. Een spastische fase: de foetus haalt af en toe adem, onregelmatig, verkrampd.

3. Een atonische fase: de foetus haalt nog slechts een enkele keer adem, oppervlakkig. Atonie. Geen pharynx-reflexen. Langzame, eventueel aritmische hartwerking.

De behandeling van de derde fase is moeilijker dan die van de tweede en eerste.

Gezien de kans op irreversibele veranderingen van hersencellen en dientengevolge de kans op een infantiele encefalopathie door neonatale asfyxie, lijkt het mij toch zeer riskant, een asfyctisch kind zonder spontane adem-bewegingen pas na 5 minuten met zuurstof te behandelen, zoals wordt aangeraden in het antwoord op vraag No. 68. Het lijkt mij beter de asfyxie van een foetus, indien deze niet na het vrijmaken der luchtwegen onmiddellijk spontaan duidelijk zichtbaar begint te ademen, intensiever te behandelen. Men mag niet vergeten, dat met het vrijmaken van de luchtwegen ook al 1 à 2 minuten gemoeid zijn.

De intensievere behandeling kan bijvoorbeeld bestaan uit:

a. Kunstmatige ademhaling door middel van uitwendige manipulaties, zondig met zuurstof-inhalatie.

b. Beademing door middel van overdruk: speciaal zuurstofapparaat voor insufflatie (bv. volgens SAS 1957); lucht-resuscitator; mond-op-mond-insufflatie, zo nodig met speciale tube, resp. met een mondmasker volgens TOMASHEFSKI en OLIVER 1960).

c. Medicamenteuze therapie met analeptica.

d. Gecombineerde therapie (combinaties van a, b en c).

Door genoemde reanimatie-maatregelen wordt gepoogd, het ademhalingscentrum te prikkelen, dus de foetus spontaan te laten ademen en aldus de gevaarlijke hypoxie en anoxie op te heffen.

Bij verreweg de meeste bevallingen in de algemene praktijk en ook in inrichtingen en klinieken hebben de verloskundigen geen resuscitatie-apparatuur ter beschikking. Medicamenteuze middelen ter bestrijding van neonatale asfyxie kan iedere verloskundige uit de aard der zaak altijd gemakkelijk ter beschikking hebben. Prethcamide (Micoran) verdient hierbij de voorkeur boven andere analeptica. Prethcamide is een centraal stimulerend analepticum met vooral stimulerende werking op het ademhalingscentrum, waardoor de ventilatie door vergroting van het adem-volume verbeterd wordt, bij nagenoeg gelijk blijvende ademfrequentie. Prethcamide heeft een zeer geringe en snel voorbijgaande invloed op de hartfunctie en de bloedvaten, d.w.z. bloeddruk

en polsfrequentie blijven nagenoeg ongewijzigd (WATERBORG 1961). RUBIRALTA (1955) en WATERBORG behandelde asphyxia neonatorum met prethcamide, nadat de luchtweg van de foetus was vrijgemaakt. Zij zagen bij een dosering van 0,37 ml (= 60 mg werkzame stof van een 15 pct oplossing in water) nooit spasmen of cardio-respiratoire anomalieën. Prethcamide wordt in de navel-vena ingespoten, waarna de navelstreng naar het lichaam toe enige malen wordt leeggestreken. Alle behandelde asfyctische kinderen begonnen binnen 60 seconden na de applicatie „goed en flink te schreeuwen en adem te halen”.

Er zouden volgens het antwoord op vraag No. 68 (1961) overtuigende om-en-om-behandelingen met prethcamide ontbreken. Maar de zeer positieve ervaringen van RUBIRALTA en WATERBORG mogen volgens mij als een soort om-en-om-behandeling gelden. WATERBORG concludeert ten aanzien van de behandeling van neonati, die door de narcose van de moeder asfyctisch waren geworden, als volgt: „Bij deze kinderen was het resultaat zeer duidelijk (d.w.z. flink schreeuwen en goed ademen binnen 60 seconden na applicatie), vooral in vergelijking met de vaak moeizame reanimatie-pogingen bij soortgelijke, door narcose versufte kinderen, vroeger, voor wij het middel gebruikten”. Dezelfde ervaringen met prethcamide publiceert RUBIRALTA.

Inderdaad kan prethcamide bij hoge dosering resp. overdosering bij pasgeborenen krampen veroorzaken, zoals in het antwoord op vraag No. 68 wordt vermeld, maar niet indien men zich aan de doseringsvoorschriften houdt: 0,37 ml van een 15 pct oplossing in de navelvena inspuiten, navelstreng leegstrijken naar het lichaam toe. Bij prematuren zou men nog lager moeten doseren (bv. 5 tot 9 mg per kg lichaamsgewicht, zeer langzaam inspuiten in de navelvena).

WATERBORG zag ook met een halve ml (= 75 mg werkzame stof) intraveneus geen krampen bij asfyctische pasgeborenen optreden, maar wel met 1 ml. Prethcamide doet, zoals blijkt uit de literatuur, binnen de 60 seconden spontane ademhalingen ontstaan bij alle asfyctische pasgeborenen.

In verband met de behandeling van asfyctische neonati met een resuscitator merk ik op, dat deze behandeling moet worden volgehouden zolang het hart nog klopt. Dit bewijst de mededeling van BULLOUGH (1959) over een geval van neonatale asfyxie, waarbij het kind pas 40 minuten post partum begon te ademen, nadat er zuurstof intratracheaal en intragastrisch was geapliceerd.

Bij witte asphyxia neonatorum kan men prethcamide ook voorzichtig als ademhalings-analepticum toepassen, omdat het slechts een zeer geringe en een snel voorbijgaande invloed op de bloeddruk en de pols-frequentie heeft en dus eventueel bestaande hersenbloedingen niet kan verergeren. Mijn eigen ervaringen met prethcamide zijn gunstig; ik heb nooit krampen gezien.

Tenslotte de beantwoording van de gestelde vraag, of het gebruik van lobeline bij neonatale asfyxie obsoleet is. Deze vraag moet bevestigend worden beantwoord. MONGRIEFF (1935) en WILSON e.a. (1937) stelden vast, dat lobeline niet (voldoende) werkt als ademhalings-stimulans en raden het gebruik ervan af. CURTIS en WRIGHT (1926) vonden, dat lobeline alleen in hoge dosering werkzaam was, maar dan ook circulatie-depressie veroorzaakte. LEE (zie SAS 1957) constateerde krampen bij applicatie van lobeline. RAU (1957) en ik zelf verrichtten vergelijkende onderzoeken over de ademhalings-stimulerende werking van prethcamide en lobeline bij intraveneuze barbituraat-narcosen. Wij vonden, dat prethcamide zeer significant de ademhaling versterkt en dat lobeline noch op het ademvolume, noch op de ademhalings-frequentie duidelijk invloed heeft. Prethcamide

heeft tevens ook een wek-effect bij de barbituraat-narcose.

TOSETTI past Micoren ook toe bij intra-uteriene foetale asfyxie. Hij dient hiervoor prethcamide toe aan de barende vrouw. Dat lijkt mij zeer riskant, omdat prethcamide de placenta passeert, zodat het ademcentrum van de foetus gestimuleerd kan worden; de foetus gaat dan intra-uterien ademhalen en aspireert vruchtwater.

Literatuur: AVIGNON, M. D' en I. KEILSON (1953) *Acta paediat. (Uppsala)* **42**, 407. — BÜCHNER, F. (1954) in: H. KILIAN en H. WEESE, *Die Narkose*. Stuttgart. — BULLOUGH, J. (1959) Asphyxie van de neonatus. *Spectrum* **3**, 122. Pfizer & Co. — COURVILLE, C. B. (1952) *Amer. J. Dis. Child.* **84**, 64. — CURTIS, F. R. en S. WRIGHT (1926) *Lancet* **II**, 1955. — FLAGG, P. J. (1928) *J. Amer. med. Ass.* **91**, 788. — GREWEL, F. (1959) *Ned. T. Geneesk.* **103**, 460. — KLEIN, S. A. (1954) *De narcose*, bl. 123. De Erven F. Bohn N.V., Haarlem. — MONGRIEFF, A. (1935) *Lancet* **I**, 664. — RADEMAKER, C. G. J. (1952) *Ned. T. Geneesk.* **96**, 1682. — RAU, G. (1957) *Schweiz. med. Wschr.* **87**, 137. — Referaat (1960) *Ned. T. Geneesk.* **104**, 2467. — RUBIRALTA, S. (1955) *Pren. méd. mex.* **20**, 100. — SAS, M. (1957) *Zbl. Gynäk.* **79**, 1758. — SCHREIBER, F. (1938) *J. Amer. med. Ass.* **III**, 303. — TOMASHEFSKI, J. F. en T. K. OLIVER (1960) *J. Amer. med. Ass.* **172**, 1888. — TOSETTI, K. (1961) *Zbl. Gynäk.* **83**, 1639. — Vraag No. 68 (1961) *Ned. T. Geneesk.* **105**, 2339. — WATERBORG, H. (1961) *Ned. T. Geneesk.* **105**, 68. — WILSON, R. A., M. A. TORREY en K. S. JOHNSON (1937) *Surg. Gynec. Obstet.* **65**, 101.

Amsterdam, december 1961

O. J. G. KRONIG

Het ingezonden stuk van Dr. KRONIG getuigt van de opvatting dat situaties die zich ernstig aan laten zien, tot een groot aantal verrichtingen aanleiding behoren te geven. De inzender gaat zelfs zo ver, dat hij een waarschuwing tegen overbodige en schadelijke handelingen alleen maar kan begrijpen als te zijn voortgekomen uit een miskennis van de ernst van de situatie. Dat deze opvatting in de geneeskunde — en zeker ook in de verloskunde — tot veel leed aanleiding heeft gegeven, kan met talrijke voorbeelden worden aangetoond. Als argument tegen de door ons aanbevolen werkwijze is het dan ook niet steekhoudend.

Vervolgens noemt spreker een aantal zeer uiteenlopende handelingen, die hij ten onrechte als min of meer gelijksoortig beschouwd wil zien.

Hieruit verkiest hij de analeptica boven de beademingsmethodieken op grond van het feit dat ze gemakkelijk overal en door iedereen toe te passen zijn. In het licht van de boven reeds gesignaleerde geesteshouding begrijpelijk en zelfs consequent, maar weinig overtuigend.

De woorden „nooit”, „altijd” en „alle”, die door de inzender in zijn pleidooi voor prethcamide met zoveel enthousiasme worden aangehaald, zouden voor hem juist een waarschuwing moeten zijn dat de „zeer positieve ervaringen” van RUBIRALTA en WATERBORG als een voorlopige mededeling beschouwd moeten worden bij een weinig omvangrijke groep patiënten.

De stelligheid waarmee de inzender thans lobeline afwijst — hoewel dit middel toch vele jaren lang door vooraanstaande onderzoekers met evenveel warmte is aanbevolen en toegepast als thans prethcamide — onderstreept nog eens, dat het verlangen om iets te kunnen doen, de kritische zin dikwijls in verwarring brengt.

BOEKAANKONDIGINGEN

K. H. DEGENHARDT, G. A. VON HARNACK en H. WEYERS, *Drillingsstudien*. 66 bl., 27 fig., 10 tabellen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1961. Prijs: ingen. DM. 17,80.

Het is nog niet voorgekomen dat men, zoals de auteurs van dit beknopte boek, 22 stellen drielingen die op het ogenblik van onderzoek nog allen in leven waren, heeft kunnen bestuderen. De leeftijd bedroeg 2 tot 9 jaar; 7 stellen waren een-eiig (met soms lichte discordanties), 11 twee-eiig en 4 drie-eiig. Alle drielingen zijn uitstekend afgebeeld. Zowel onder de dizygotische als onder de trizygotische drielingen kwamen in sekse verschillende paartjes-tweelingen voor. In deze studie wordt men nog eens herinnerd aan het ontstaan van twee- of meerlingen, aan de erfelijke grondslag van het krijgen van twee-eiige tweelingen en aan de methodiek van de groepsdiagnose. De auteurs gebruikten de polysymptomatische methode, waaraan zij tevens odontologische kentekenen toevoegden. Deze laatste stelden wel wat teleur, doordat hier vrij veel peristatische invloeden werkzaam zijn. In twijfelgevallen, die veelal op discordanties van het gebit berustten, nam men het onderzoek van 9 systemen van bloedgroepen te hulp, wat altijd uitsluitel gaf. Men maakt ook kennis met de psychologie van drielingen.

Ik kan de lectuur van deze studie van harte aanbevelen. Men ziet in welke opzichten drielingen nog iets vóór hebben op tweelingen. Het spijt mij alleen, dat alle drie auteurs kinderarts zijn. Ik werd bijvoorbeeld getroffen door één geval van concordant scheelziende een-eiige drielingjongens en één geval van dizygotische drielingen (twee meisjes uit één ei en één jongen) die allen een bril dragen en ook alle drie scheelzien. Men hoort echter niet, of dit scheelzien en de daarbij niet-genoemde brekingsafwijking reeds bij andere familieleden voorkwam. Wel vernemen wij, dat op 7 gevallen, waarbij ook tweelingen in het voorgeslacht voorkwamen, dit 6 maal plaatsvond in de families van de twee-eiige drielingen. De vraag of en hoe di-ovulatie tot di-embryonie voorbeschikt, die bij drielingen (en meerlingen) onwillekeurig bij ons opkomt, wordt door de auteurs niet behandeld.

P. J. WAARDENBURG

ACTH. Proceedings of the Sheffield corticotropin Conference, held at Crewe Hall, University of Sheffield, 7th and 8th January 1960. Onder redactie van H. F. WEST. 135 bl., fig. en tabellen. Ferring Ab, Malmö 1960.

In deze bijeenkomst werden een tiental voordrachten gehouden; ongeveer de helft hiervan was aan fundamentele problemen gewijd, de overige aan de klinische toepassing van ACTH. De onderwerpen waren o.a. de chemie van ACTH en MSH, de ijking van ACTH, de werking van ACTH op de bijnierschors, verworven resistentie tegen ACTH tijdens therapie, en een vergelijking van de klinische resultaten bij reumatoïde arthritis verkregen met langwerkende ACTH-preparaten en met orale corticosteroidtherapie. De bespreking van resistentie tegen ACTH (gebaseerd op het teruglopen van de uitscheiding van de metaboliëten in de urine en de vermindering van het klinische effect) bevat interessante gegevens verkregen met zuiver corticotrofine A, dat in deze gevallen de bijniëren weer wel tot verhoogde productie aanzette.

De voordrachten en de discussies bevatten vele nuttige gegevens, echter in het algemeen weinig nieuwe gezichtspunten.

A. QUERIDO, Leiden