

uteriene vruchtdood door placenta-insufficiëntie en solutio placentae hebben ook een verhoogde trombosekans. Het lijkt waarschijnlijk dat de predispositie van deze groep berust op een „vaatfactor” die ook erfelijk kan zijn. Hiervoor pleit ook dat vooral bij vrouwen uit deze groep soms een duidelijke uitgesproken neiging tot recidiveren van de trombose na een volgende zwangerschap bestaat.

Tenslotte zijn er sterke aanwijzingen dat, althans op het noordelijk halfrond, de kans op trombose het grootst is in de winter en het laagst in de zomer.

Er zijn dus exogene en endogene factoren die de trombosekans beïnvloeden.

Ten aanzien van de ons voorgelegde vraag valt op te merken dat een herhaaldelijk ingesteld inwendig onderzoek na het breken van de vliezen de kans op trombose kan hebben doen toenemen. Anderzijds zijn er ook aanwijzingen voor het bestaan van endogene factoren bij de beschreven vrouw (familie-anamnese, late abortus).

Wanneer de huidige zwangerschap normaal verloopt, zonder toxicose, eindigt in een spontane baring en de eerste vier dagen van het kraambed de temperatuur volkomen normaal blijft, zouden wij een behandeling met anticoagulantia willen afraden.

Indien aan een dezer voorwaarden niet wordt voldaan, zou het aanbeveling verdienen de vierde dag met anticoagulantia te beginnen (waarvoor dicumarolpreparaten het meest zijn aangewezen) totdat de stollingstijd tussen de 2 à 2½ maal verhoogd is. Wanneer de vrouw weer volledig gemobiliseerd is, kan men vanaf de 11e dag de therapie geleidelijk gaan minderen en na 14 dagen staken.

BEHANDELING VAN MIGRAINE BIJ ZWANGERE VROUW

Vraag No. 12. Een patiënte van mij heeft elke week enkele migraine-aanvallen. Hiertegen helpt Cafergot of Migril. Daarentegen heeft zij geen baat bij Optalidon, Faivre cachets enz. Zij is nu zwanger, en dus rijst de vraag of Cafergot tijdens de zwangerschap niet tegenaangewezen is. Is er eventueel een ander middel? Als de vrouw geen Cafergot neemt, is zij twee à drie dagen volkomen „buiten gevecht”.

Antwoord. Cafergot en Migril bevatten secale-alkaloiden die, vooral in de tweede helft van de zwangerschap, een tonus-verhogende invloed op de uterus uitoefenen. De kans op intra-uteriene vruchtdood en op solutio placentae wordt daardoor vergroot. Het gebruik van deze middelen moet dan ook beslist ontraden worden.

Fenobarbital (tot 150 mg daags), eventueel gecombineerd met een kleine dosis pulvis glandulae thyroideae en zoutloos dieet is in de zwangerschap het beste. Men zie ook de beantwoording van Vraag 53 (1963, bl. 1984).

INGEZONDEN

BEHANDELING VAN ANAFYLACTISCHE REACTIES

Naar aanleiding van de discussie tussen MEYLER, HUIZINGA en VOORHORST zou ik graag de volgende aanvullende opmerking willen maken:

VOORHORST drukt in zijn antwoord twijfel uit over het nut van het al of niet toedienen van calcium bij antihistaminica. Een wetenschappelijke basis voor het nut ervan zou men kunnen afleiden uit de waarnemingen van PARROT e.a. (1964). In de Franse literatuur verschijnen sedert een aantal jaren telkens artikelen over het verdwijnen of afwezig zijn van de capaciteit tot histamine-binding bij allergische personen. PARROT e.a. toonden aan, dat deze histaminopoxie ook verdwijnt in andere situaties, bv. na injectie met een kaliumzout. Door calciumchloride kan de histaminopoxie weer hersteld worden, ook bij astmatische patiënten, die van nature meestal al een lage of afwezige histaminopoxie hebben.

Een en ander maakt het toch wel waarschijnlijk dat hier niet alleen van een placebo-effect sprake is.

Literatuur: MEYLER, L. en J. HUIZINGA (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 2419. — PARROT, J. L., C. LABORDE-BURTIN en A. SAINDALLE (1964) *Ann. Allergy* bl. 511 en 598. — VOORHORST, J. L. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 2138; (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 95.

Heerlen, 27 januari

V. H. RUTGERS

De door PARROT in 1951 ontwikkelde in-vitro-proef, de histaminopexietest, houdt in, dat gedurende 24 uur gedialyseerd normaal serum de reactie van de geïsoleerde cavia-darm op histamine met ongeveer 30 pct vermindert, met dien verstande, dat de reactie op 1 mg histamine wordt gereduceerd tot die op 0,7 mg. Sera van patiënten met astma, hooikoorts, urticaria, eczemen, migraine, maagzweer, enz. zouden dit vermogen niet bezitten. Kalium-ionen remmen de histaminopexie, calcium-ionen neutraliseren dit effect weer.

Hoewel PARROT hierover zeer veel heeft gepubliceerd, blijft het verschijnsel zeer moeilijk te interpreteren. Vele buitenlandse onderzoekers kunnen het ook niet bevestigen (zie het recente artikel van BEALL 1964).

Zou men eventueel bereid zijn, collega RUTGERS in zijn ongeoorloofde extrapolatie van in-vitro-proef naar een toestand van endogene histamine-intoxicatie bij de mens te volgen, dan heeft men nog geen enkel inzicht in de kwantitatieve factoren, die hierbij een rol spelen. Het blijft volledig onbekend wat deze „pouvoir histaminopexique” bij anafylactische shock van de mens doet en wat toediening van extra calcium-ionen hieraan zal kunnen veranderen.

In mijn ingezonden stukken heb ik er slechts op willen wijzen, dat de therapie met antihistaminica op veel betere experimentele en klinische gronden steunt dan die met calcium, dat mogelijk nuttig is (wij gebruiken het ook zelf) doch nimmer de antihistaminica bij anafylactische toestanden kan vervangen. Anafylactische shock, histamine-vergiftiging, vraagt in de eerste plaats om een intraveneuze injectie met een antihistaminicum.

Literatuur: BEALL, G. N. (1964) *Int. Arch. Allergy* **25**, 249. — PARROT, J. L., D. A. URQUIA en C. LABORDE (1951) *C.R. Soc. Biol.* **145**, 885.

Leiden, 9 februari 1965

R. VOORHORST