

is beslist onjuist. Onze adviseur heeft een normale zwangerschap gezien bij een 51-jarige vrouw, eindigend met de geboorte van een gezond kind. In de wereldliteratuur zijn nog veel krassere staaltjes te vinden.

Over het algemeen kan men stellen, dat een vrouw van omstreeks 50 jaar na een spontaan ingetreden amenorroe van een jaar niet meer met de mogelijkheid van zwangerschap behoeft rekening te houden. Door het periodiek toedienen van preparaten die uit een combinatie van oestrogenen en gestagenen bestaan, kunnen zich regelmatige onttrekkingsbloedingen voordoen bij vrouwen die eigenlijk de menopauze al gepasseerd zijn. Het gevaar bestaat daarbij dus inderdaad dat men deze middelen zinloos lang zou blijven toepassen. De enige oplossing is dan ook, na het 48e levensjaar ieder half jaar de toediening dezer middelen enige maanden te staken, om na te gaan of er nog spontane bloedingen verschijnen. Gedurende deze perioden moeten dan andere methoden van anticonceptie worden toegepast. Zelfs zo bestaat overigens nog de mogelijkheid dat men de ovulatierepressie nog enige tijd toepast zonder dat dit noodzakelijk is. Het is dan ook beter, na het 45e jaar orale anticonceptie slechts in uitzonderingsgevallen toe te passen.

#### ENDOMETRITIS TUBERCULOSA

*Vraag No. 6.* Hoe zijn de inzichten ten aanzien van de behandeling van endometritis tuberculosa (positieve kweek van het menstruatie-bloed, en pathologisch-anatomisch aangetoonde tuberkels in het uterus-slijmvlies, verkregen door curettage)?

*Antwoord.* Er zijn verschillende wijzen van behandeling. Een daarvan is de volgende:

a. Als het proces actief is (verhoogde bloedbezingingsnelheid, temperatuurverhoging en eventueel palpabele afwijkingen aan de adnexa) klinische behandeling met dagelijks 1 gram streptomycine, 12 gram PAS en 300 mg isoniazide. Is het proces inactief geworden dan wordt de patiënte gemobiliseerd en verder poliklinisch gecontroleerd. Het gebruik van PAS en isoniazide gaat door tot 2 jaar nadat de cavia-proef met menstruatiebloed negatief is geworden. De controle bestaat uit om de twee maanden verrichten van een caviaproef. Indien deze negatief is, een week vóór de volgende caviaproef medicijnen staken. Na het afnemen van het menstruatiebloed doorgaan met de therapie.

b. De behandeling van de inactieve vorm volgt uit het bovenstaande. Controle door de longarts is gewenst.

#### INGEZONDEN

##### PERIARTHRTIS HUMEROSCAPULARIS

Op gevaar af het voor de steller van Vraag Nr. 49 (1965) nog ingewikkelder te maken, wilde ik toch gaarne iets toevoegen aan de antwoorden, door resp. een radiotherapeut en een reumatoloog gegeven.

Hoewel de vraagsteller alleen spreekt over de acute peri-arthritis humeroscapularis en de acute (?) tennisarm, betrekken beide antwoorders terecht ook de chronische vorm in hun betoog, maar wat ik gemist heb, is een zo scherp mogelijke indeling van de verschillende vormen van de peri-arthritis en de tennisarm, waardoor de therapie veelal bepaald dient te worden.

Ik meen dat wij mogen onderscheiden: A. acute peri-arthritis humeroscapularis, B. een primair chronische vorm, en C. een secundaire vorm.

A. De acute vorm wordt in de bovengenoemde beschouwingen reeds beschreven; ik wil er slechts aan toevoegen, dat de pijn zeer hevig is, ook spontaan, zodat de patiënt de arm nauw tegen het lichaam aangesloten houdt en vaak nog met de andere arm ondersteunt. Er zijn drie mogelijke drukpunten: 1. op de top van het tuberculum majus, aanhechting van de pees van de supra-spinatus, 2. op de plaats van de uitloper van de bursa sub-acromialis (vroeger bursa sub-deltaoidea genaamd), 3. voor aan de humeruskop.

Als men er vroeg bij is, en dat is men als huisarts vrijwel altijd omdat de toestand voor de patiënt zó onaangenaam is, dat hij er zelf meestal geen dag mee wacht, is de eenvoudigste therapie die vrijwel nooit in de steek laat, het direct inspuiten van één ml hydrocortison. Voorwaarde is het deponeren op de juiste plaats: Men tast voorzichtig de zeer pijnlijke vaak wat gezwollen schouder-kap af en vindt altijd één van bovengenoemde plaatsen duidelijk pijnlijk, zodat zelfs de zachtste druk een hevige pijnreactie geeft. Op deze plaats spuit men in, een pijnlijke „ingreep” weliswaar met nog een pijnlijke na-werking, maar in vrijwel alle gevallen is de pijn de volgende dag voor 90 pct verdwenen. Een korte nabehandeling met oefeningen is meestal nog wel nodig.

De ijsbehandeling, die vroeger werd toegepast met vaak ook goede resultaten, heb ik nooit meer gebruikt sinds deze hydrocortison-injecties geregeld werden toegepast.

B. De chronische vorm, die werkelijk zijn oorzaak vindt in de omgeving van het gewricht zelf, ontstaat wellicht onder invloed van macro- en microtraumata, overbelastingen e.d. Wat er precies gebeurt, is dikwijls niet duidelijk, en het is hier niet de plaats er nader op in te gaan. Maar het acute moment ontbreekt. Er is een langzaam aan ontstane bewegingsbeperking en bewegingspijn met weinig spontane pijn en irradiatie tot niet verder dan de elleboog. Evenmin als bij de acute vorm heb ik hier de hulp van een radiotherapeut nodig gehad. Fysische therapie is hier aangewezen, maar ultra-kortegolf doet hierbij weinig. Vochtige warmte in de vorm van fango- of andere modderinpakkingen heeft de voorkeur, gevolgd in dezelfde zitting door oefentherapie, die zeer nauwkeurig moet geschieden. Slechts in een kleine minderheid der gevallen komt men hiermede niet uit, en zal oprekken onder narcose de gewenste beweging althans gedeeltelijk doen terugkeren.

C. Veel gevallen van chronische peri-arthritis humeroscapularis zijn echter een gevolg van andere aandoeningen, waarschijnlijk als een vegetatieve reactie. Ik noem o.a. het cervicaal syndroom, hartinfarct, processen in de longen. De spontane pijn is dan meestal groter met meer uitstraling en paresthetische verschijnselen. De drukpijnen, die bij de zui-vere vorm zich meer bevinden aan spieraanhechtingen (supra-spinatus; lange en korte kop van de biceps, deltoideus), zijn bij deze secundaire vorm tevens te vinden op de plexus en de stamzenuwen. Wanneer een cervicale spondylosis of arthrosis deformans de oorzaak is van de peri-arthritis humeroscapularis, moet men de behandeling tevens hierop

richten. Wij behandelden deze meestal door micro-golfbestraling, goed gericht op de foramina, histamine-iontoforese van de arm en natuurlijk ook de vochtige warmte plus oefeningen voor het ev. gefixeerde schoudergewricht. Injecties met hydrocortison kunnen deze behandeling soms ondersteunen, maar de eclatante successen als bij de acute vorm vindt men niet.

Het is mijn ondervinding dat de categorie C vaak misduid wordt en dat er nodeloos ultra-kortegolf gegeven wordt, waardoor deze vorm van fysische therapie in discreditie geraken kan.

In alle gevallen van A, B, en C late men geen tijd verloren gaan met het alleen geven van salicylaten of andere anti-rheumatica. Vooral bij de acute vorm is dan het goede moment voor de hydrocortison-injectie voorbij.

De „tennisarm”, de epicondylitis lateralis, wat geen „itis” is, maar die men beter zou kunnen noemen tendo-periostosis epicondyli, ken ik alleen in een chronische vorm. Als ik de vraagsteller goed begrijp, doelt hij op een acute vorm. Wel kan de ene epicondylitis wat sneller ontstaan dan de andere, maar het meer inflammatoire beeld van de acute peri-arthritis humeroscapularis is toch wel heel anders. Wij moeten deze aandoening toch zien als een tendo-periostosis, zoals die op meer plaatsen voorkomt. Ook de chronische vorm van de peri-arthritis humeroscapularis valt er wellicht onder, de styloiditis (osis) radii of ulnae, de tendo-periostosis trochanterica. Allemaal plaatsen waar een krachtige spiergroep insereert aan een klein oppervlak.

Maar ook hier: al deze vormen kunnen zuiver plaatselijk zijn of het gevolg van een andere aandoening.

Om mij te beperken tot de „tennisarm”. De zuivere vorm, met zijn drukpijn op of even boven de epicondylus lateralis (het kan trouwens ook mediaal voorkomen) en zijn typische pijn bij een stevige vuist maken, zal in de meeste gevallen voortreffelijk reageren op een paar injecties met hydrocortison ook weer precies op de pijnlijke drukplaats. Helpt het niet, dan is dat veelal een teken, dat het geen zuivere vorm is maar het gevolg van een cervicaal syndroom. De behandeling zal zich dan daarnaar moeten richten. Chirurgisch ingrijpen is slechts in enkele gevallen nodig.

Literatuur: Vraag Nr. 49 (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 2352.

Wolfeuze 15 december 1965

E. G. VAN HEUSDEN

## BOEKAANKONDIGINGEN

K. HANSEN en H. SCHLIACK, *Segmentale Innervation*. Ihre Bedeutung für Klinik und Praxis (2e druk van: K. HANSEN en H. VON STAA, Reflektorische und algetische Krankheitszeichen der inneren Organe). 428 bl., 358 fig. (waaronder gekleurde), tabellen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1962. Prijs: geb. DM. 98.

De titel van dit boek is enigszins misleidend. Het hoofdbestanddeel wordt namelijk gevormd door de 2e druk van het in 1938 verschenen boek van Prof. HANSEN en Mevr. VON STAA over de reflectore en de pijn betreffende ziekteverschijnselen van de inwendige organen; dit deel omvat 205 van de 428 bladzijden.

Destijds waren de schrijvers uitgegaan van de ongelijkheid der pupillen bij interne ziekten; het bleek, dat deze functionele sympathische anisocorie slechts één van de verschijnselen was van een nerveuze prikkelingstoestand, die

ontstaat bij interne aandoeningen. De talrijke neurologische elementen, waaruit dit beeld bleek te bestaan, deden inzien dat de segmentale innervatie van veel grotere betekenis is voor het verloop van de ziekten, het ontstaan van de symptomen en de differentiële diagnostiek, dan over het algemeen wordt aangenomen. Door middel van talrijke ziekte-geschiedenissen, aangevuld en verlevendigd door duidelijke schema's wordt dit duidelijk gemaakt. Men krijgt bij het doorlezen van het boek het gevoel dat de schrijvers wel dikwijls in herhalingen vervallen, doch, gezien het grote belang van het onderkennen van deze verschijnselen en de minutieuze uitwerking van de kleine onderlinge verschillen, zijn deze herhalingen alleszins verantwoord.

Behalve de neurologische ziekten, zoals aandoeningen van de wortels en intervertebrale ganglia, op grond waarvan de segmentale innervatie bestudeerd wordt, vinden wij de algemene verschijnselen vermeld, die reflectoor kunnen ontstaan bij interne aandoeningen. Verder worden de verschillende diagnostische methoden besproken, benevens de gegevens die door vergelijkend onderzoek van gezonden verkregen werden. Er volgt dan nog een uitvoerige beschrijving van de reflectore en de pijn betreffende symptomen bij de verschillende met name genoemde interne ziekten. Tenslotte worden met betrekking tot de symptomen de anatomie en de fysiologie besproken, terwijl er ook nog aandacht geschonken wordt aan de „segmenttherapie”.

Het geheel is zo uitstekend bewerkt, dat men de plank niet ver mis slaat, wanneer men dit boek als handboek betitelt. Het is een zeer bruikbaar naslagwerk voor het belangwekkende randgebied tussen de interne geneeskunde en de neurologie.

H. W. STENVERS,  
Amsterdam

R. SPRUIT, *Een analyse van vorm en ligging van de MM. glutaei en de adductoren*. Proefschrift Leiden, 25 februari 1965 (promotor: Prof. Dr. J. M. F. LANDSMEER). 84 bl. 25 fig. Drukkerij Albani, 's-Gravenhage 1965.

Uitgaande van het feit dat het heupgewricht als kogelgewricht is gekenmerkt door een volledige instabiliteit, wordt in deze studie verondersteld, dat de bewegingsassen waaromheen de bewegingen plaatshebben, in wezen bepaald worden door het krachten spel der spiercontracties. Naar enkele van deze „reële” assen van het heupgewricht werd een onderzoek ingesteld. Daarbij werd uit de ligging van enkele spiergroepen ten opzichte van het caput femoris afgeleid, dat zulke reële assen hier werkelijk aanwijsbaar zijn, en dat hun ligging — zoals wel te verwachten was — afwijkt van de drie theoretische vaste assen, waarvan de ligging betrokken is op de lichaamsvlakken; deze drie theoretische assen werden tot dusver vrijwel uitsluitend tot uitgangspunt voor beschouwingen over de spierwerking genomen. Het is de grote verdienste van dit proefschrift, dat het de aandacht op deze reële assen richt, omdat hierdoor stellig een beter begrip kan worden verkregen van hetgeen er bij contracties van spieren of spiergroepen werkelijk gebeurt. Duidelijke schetsen illustreren de bevindingen. Dit proefschrift, waarvan de inhoud mede een basis kan vormen voor de interpretatie van langs elektromyografische weg verkregen gegevens, kan een ieder ter lezing worden aanbevolen, die in de bouw en functie van het bewegingsapparaat belangstelt.

J. VAN LIMBORGH