

die niet altijd mogelijk, en een exactheid die niet met de werkelijkheid in overeenstemming is. Wanneer ergens bv. de gewoonte zou bestaan om in alle gevallen waarin een tevoren gezonde (?) man dood wordt aangetroffen of plotseling overlijdt „oorzaak onbekend” op te geven in plaats van het zogenaamd exactere „hartinfarct”, kan men toch moeilijk volhouden dat er iets mis is met de betrouwbaarheid van de doodsoorzakenstatistiek.

Dat het bovenstaande consequenties heeft voor de beoordeling van geografische verschillen in de sterfte aan multipale sclerose ligt voor de hand. Dit is niet zozeer een gevolg van verkeerde diagnoses door verschil in medisch niveau — bij de lange gemiddelde duur van deze ziekte is er in den regel gelegenheid genoeg geweest om tot een juiste doodsoorzaak te komen — als wel van de in sommige onderontwikkelde streken nog altijd ontoereikende medische voorzieningen. Niet duidelijk is of dit verschil in volledigheid van de berichtgeving de enige oorzaak is van de veelvuldig in de literatuur geciteerde bevindingen met betrekking tot een hogere kans op multipale sclerose poolwaarts van de 40e breedtegraad.

Het gegeven „repatriant” komt weliswaar op de persoonskaart voor, doch naar dit aspect wordt in de doodsoorzakenstatistiek geen onderscheid gemaakt, waardoor het dus niet mogelijk is met de beschikbare gegevens een onderzoek in te stellen als door de vrager wordt gesuggereerd.

*Literatuur:* ACHESON, E. D. (1965) in: McALPINE, LUMSDEN en ACHESON, *Multiple sclerosis*. The Williams and Wilkins Co., Baltimore.

#### HET AANDEEL VAN DE VROEDVROUW BIJ DE BESTRIJDING VAN ZWANGERSCHAPSANEMIE

*Vraag Nr. 20.* Wanneer het absoluut noodzakelijk is in de laatste vier maanden aan alle zwangeren ijzer toe te dienen, is het dan ook niet noodzakelijk hierover de vroedvrouwen in te lichten, eventueel ook over het preparaat dat zij het beste kunnen geven (gesteld dat zij dit zelfstandig mogen voorschrijven, wat naar ik meen het geval is)?

*Antwoord.* Het begin van de vraag: „Wanneer het absoluut noodzakelijk is”, veronderstelt een eensgezindheid van opvatting, die er — althans op dit ogenblik — niet is. Men behoeft de vaderlandse literatuur uit een recent verleden er maar op na te slaan, om daarover uitvoering te worden geïnformeerd.

Natuurlijk moet een zwangere wel worden onderzocht op anemie en zo nodig worden behandeld. Daar de vroedvrouw echter niet bevoegd is zelf deze anemie te diagnostiseren, zal zij zich tot de huisarts van de zwangere moeten richten, ten einde te laten vaststellen of er van bloedarmoede sprake is. Door deze dient dan ook een behandeling te worden ingesteld en het effect ervan te worden gecontroleerd. Tegenwoordig is er voor vele vroedvrouwen de mogelijkheid geopend, deze bepalingen te laten verrichten door bureaus voor prenatale zorg. De vroedvrouw is niet door de wet gemachtigd, zelf de anemie-bestrijdende medicamenten voor te schrijven.

De vroedvrouwen worden tijdens hun opleiding gewezen op de noodzaak, het bloedgehalte bij zwangeren te laten nazien, en dit niet uitsluitend in de laatste vier maanden, maar reeds in de eerste weken van de zwangerschap. (Zij kregen immers bij wetsvaststelling van 1 juni 1951 de bevoegdheid de zorg voor de zwangere op zich te nemen gedurende de gehele zwangerschap, volgens normen bij de wet geregeld, en niet — zoals tot die datum — alleen gedurende de tweede helft van de zwangerschap).

*Literatuur:* EVERS, J. E. M. (1964) IJzerebrekanemie en zwangerschap. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 510; (1965) Het voorkomen van ijzerdeficiëntie bij Nederlandse zwangere vrouwen. *Ned. T. Geneesk.* **109**, 2445. — VERLOOP, M. C. (1964) Zwangerschapsanemie. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1486; (1966) Het voorkomen van ijzerdeficiëntie bij Nederlandse zwangere vrouwen. *Ned. T. Geneesk.* **110**, 260.

#### INGEZONDEN

##### ORALE ANTICONCEPTIVA EN MENOPAUIZE

In het antwoord op Vraag nr. 5 (1966) wordt wel zeer apodictisch iets gesteld dat m.i. een genuanceerder visie waard is.

U schrijft: „het gevaar bestaat . . . dat men deze middelen zinloos lang zou blijven toepassen” en: „het is beter, na het 45e jaar orale anticonceptie slechts in uitzonderingsgevallen toe te passen”.

Ik vraag mij af waarom? Anticonceptie in haar meest betrouwbare vorm is juist op deze leeftijd zeer gewenst. Een mislukking van een andere anticonceptieve methode (peridieke onthouding!) brengt, meer dan op jongere leeftijd, sociale en obstetrische bezwaren met zich mee, die tot catastrofes kunnen leiden. Een additioneel voordeel van orale anticonceptie is, dat de cyclus regelmatig blijft (van onschatbare invloed op de psyche van de vrouw) en dat er zich praktisch geen climacterische klachten voordoen.

Zijn er nadelen verbonden aan orale anticonceptie op deze leeftijd? Ik meen dat dit hier niet anders ligt dan op jeugdiger leeftijd. Ook hier is goede instructie en begeleiding noodzakelijk. Het antwoord op de vraag contrasteert ook sterk met een ontwikkeling die in de Engels-Amerikaanse literatuur valt waar te nemen. Er zijn nl. een aantal recente publikaties, waaruit blijkt dat er een groeiende belangstelling bestaat voor het voortzetten van de cyclische toediening van oestrogenen gecombineerd met progestatieve stoffen tot ver in de menopauze. Op deels theoretische, deels feitelijke gronden verwacht men door een dergelijke behandeling een aantal menopauzale uitvalverschijnselen te kunnen compenseren c.q. voorkomen: zoals osteoporose, mamma-atrofie, stijging van serum-cholesterolgehalte, verminderde elasticiteit van de huid, eniele vaginitis, enz. Als resultaten van een dergelijke behandeling worden voorts gerapporteerd: het uitblijven van het kleiner worden van de oudere vrouw, een psychisch en misschien ook wel qua uiterlijk jonger blijven, het zich niet ontwikkelen van dyspareunie, waardoor er zich minder huwelijksmoeilijkheden voordoen, en zelfs minder kans op hypertensie, hartinfarct, arthritis, enz.

Het blijven verschijnen van regelmatige bloedingen zou voor de vrouwen psychisch zeer belangrijk zijn.

Natuurlijk maakt tijdens een dergelijke behandeling in climacterium en menopauze het voorkomen van irregulaire bloedingen een uitvoerig gynecologisch onderzoek noodzakelijk. Met een preparaat zoals Lyndiol in de oorspronkelijke sterkte wordt dit probleem tot een minimum teruggebracht

omdat de „menstruaties” juist bijzonder regelmatig zijn en tussentijdse bloedingen vrijwel niet voorkomen.

Deze nieuwe ontwikkelingen mogen misschien veel vragen van de flexibiliteit van ons denken; wij hebben immers menopauze en de daarmee samenhangende en eruit voortvloeiende fenomenen als onvermijdelijk beschouwd. Toch vraag ik mij af of op grond van deze nieuwe ontwikkelingen de boven aangehaalde uitspraken niet wat minder apodictisch afwijzend hadden moeten zijn.

*Literatuur:* ALVAREZ, W. C. (1965) *Geriatr.* **20**, 3. — OS-MOND-CLARKE, F. en M. MURRAIJ (1965) *Brit. med. J.* **II**, 1249. — WILSON, R. A. en TH. A. WILSON (1963) *J. Amer. geriatr. Soc.* **9**, 347. — Vraag nr. 5 (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 148.

Apeldoorn, 19 januari 1966

G. LINTHORST

Dat betrouwbare anticonceptie dikwijls zeer gewenst is in de laatste jaren voor de menopauze, zal iedereen wel met de inzender eens zijn. Wanneer men dan ook alleen de keuze zou hebben tussen orale anticonceptie en periodieke onthouding zoals collega LINTHORST suggereert, zouden wij hem willen bijvallen. Dit is echter zeker niet het geval. Van daar ons advies alleen dan tot orale anticonceptie over te gaan, wanneer andere betrouwbare methodes afgewezen worden.

Het bezwaar van orale anticonceptie blijft namelijk, dat men telkens enige tijd moet stoppen (en op een andere vorm van anticonceptie moet overschakelen) om na te gaan of de menopauze inmiddels heeft plaatsgevonden.

Wanneer men mét de inzender van mening is, dat dit niet nodig is, omdat het juist aanbeveling verdient ook vrouwen die allang in de postmenopauze verkeren nog steeds regelmatig een bloeding uit de uterus te bezorgen, dan vervalt ook dit bezwaar. Naar onze mening is echter tot dusverre nog geen enkel bewijs geleverd, dat de op zichzelf interessante proefnemingen met het verstrekken van oestrogenen en gestagenen aan vrouwen (en mannen) op oudere leeftijd ook werkelijk zoveel voordelen bieden dat zij op grote schaal nagevolgd moeten worden.

Beschouwen zouden wij oestrogenen en gestagenen willen beschouwen als medicamenten en niet als een soort levenselixier.

Amsterdam, april 1966

REDACTIE

### ASPHYXIA NEONATORUM

Met het gezonde standpunt dat uw adviseur inneemt ten aanzien van de therapie bij de resuscitatie van de asfyctische pasgeborene (Vraag Nr. 7, 1966) ben ik het eens. De aanbeveling om de „analeptica” zo veel mogelijk te vermijden, kan alleen goede resultaten afwerpen. Het is zeker juist dat een gedeprimeerd ademhalingscentrum — zenuwcellen met een grote zuurstofbehoefte — betere kansen zal hebben om zijn normale functie te vervullen, als voldoende geoxygeneerd bloed deze cellen bereikt. Dit is een *conditio sine qua non* voor iedere soort resuscitatie (GARCÍA MARTÍNEZ 1965). Desondanks ben ik zo vrij enkele therapeutische overwegingen te vermelden, die naar mijn mening in dit opzicht genoemd moeten worden.

De cellen van het ademhalingscentrum en die van de chemoreceptoren kunnen op verschillende wijzen worden geïntoxiceerd (gedepimeerd), namelijk:

a. Door de combinatie hypoxie-hypercapnie, ontstaan door de intra-uteriene asfyxie of door onvoldoende resuscitatie na de geboorte.

b. Door anesthesische middelen die aan de moeder zijn toegediend.

c. Door het verstrekken van middelen die het centrale zenuwstelsel deprimeren, bv. barbituraten die de placenta passeren.

d. Door de toediening van narcotica aan de zwangere vrouw.

In de gevallen a en b kan geen betere behandeling worden aangeraden dan een ventilatore oxygenatie als éniġ therapeutisch middel. Vooral de kinderen in de groep b zullen hier zeker beter door worden en dikwijls volledig herstellen. Anaesthetica die door inhalatie aan de moeder zijn gegeven, zullen ook via de longen van de pasgeborene worden uitgescheiden.

De kinderen uit groep c, van wie de moeder barbituraten heeft ingenomen of andere middelen die het centrale zenuwstelsel deprimeren, behoeven eveneens in de eerste plaats de voorgestelde ventilatie, liefst met zuurstof. Bovendien kan men in sommige gevallen aanzienlijk profijt trekken van de toediening van de combinatie coffeïne-natriumbenzoaat. Het milde stimulerende effect van dit middel, dat het kind geen schade doet, verhoogt de zuurstofbehoefte van de hersenen niet onnodig (GOODMAN en GILMAN 1955). Vaak ziet men dat het kind hierdoor voldoende gaat ademen en dat deze toestand blijft voortduren. Toch is hier wel een waarschuwing op zijn plaats: zelfs als de injectie met coffeïnebenzoaat succes heeft, mag de toediening van zuurstof niet onderbroken worden (een schijnbaar tijdelijk herstel van de respiratie zou kunnen leiden tot het staken van de resuscitatiemogingen), want even later kan het kind wederom onder invloed van het barbituraat zijn (ABRAMSON 1960).

De toediening van coffeïnebenzoaat als secundaire therapie heeft geen bewezen bezwaren, en kan in deze situaties als veilig worden beschouwd (Committee on infant mortality 1956).

Geen van de analeptica verdient een plaats bij de medicamenten, die kunnen dienen om een bemoeilijkte respiratie te herstellen. Dit geldt zowel voor de pasgeborene als voor de volwassene (ECKENHOFF 1949; ECKENHOFF en DAM 1956). Met analeptica tracht men de beperkte mogelijkheid tot reageren van een geïntoxiceerde groep cellen te stimuleren. Bijna alle zijn convulsiva. Zodra er zich convulsies in de spieren voordoen, wordt er zuurstof uit de bloedcirculatie van de hersenen onttrokken. Dit heeft een verergering van de hypoxie van de hersencellen tot gevolg, waardoor de vicieuze cirkel wordt gesloten van hersenhypoxie die aanleiding geeft tot convulsies, en convulsies die de hersenhypoxie bevorderen. Voorzover bekend is, geldt dit niet voor de combinatie coffeïnebenzoaat.

Nog een enkel woord over de kinderen van groep d. Ook deze komen voor méer dan alleen zuurstoftherapie in aanmerking. Middelen zoals nalorfine (Nalline) en levallorfan (Lorfan) zijn specifieke antidota van opiaten (TELFORD en KEATS 1961). Mogelijk kunnen deze therapeutische middelen al tijdens de baring aan de moeder worden gegeven, doch als dit niet gebeurt is, zal toediening ervan aan de pasgeborene, zeker gunstige resultaten geven.

*Literatuur:* ABRAMSON, H. (1960) *Resuscitation of the newborn infant*. Mosby, St. Louis. — ECKENHOFF, J. E. (1949) A status report on analeptica. *J. Amer. med. Ass.* **139**, 780. — ECKENHOFF, J. E. en W. DAM (1956) Treatment of barbiturate intoxication with and without analeptica. *Amer. J. Med.* **20**, 912. — GARCÍA MARTÍNEZ, R. (1965) Asphyxia neonatorum. Vraagstukken betreffende resuscitatie. *Ned. T. Geneesk.* **109**, 1873. — GOODMAN, L. S. en A. GILMAN (1955) *The pharmacological basis of therapeutics*. 2e druk. MacMillan, New York. — Resuscitation of newborn infants. A report by the special committee on infant mortality of the medical society of the county of New York (1956) *Obstet. Gynec.* **8**,