

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### MEDISCHE STUDIEBEURZEN WERELDGEZOND- HEIDSORGANISATIE EN RAAD VAN EUROPA

Evenals in voorgaande jaren stelt het Regionale Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie te Kopenhagen en de Raad van Europa te Straatsburg voor het jaar 1971 een aantal beurzen beschikbaar bestemd voor hen, die een voortgezette studie willen maken in het buitenland van een onderwerp op het terrein van de volksgezondheid.

Gegadigden voor een dergelijke beurs dienen zich schriftelijk te wenden tot de Directeur-Generaal voor Internationale Zaken, Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Zeestraat 73 te 's-Gravenhage, onder bijvoeging van een curriculum vitae en referenties, alsmede een zo gedetailleerd mogelijke omschrijving van het onderwerp van studie, onder vermelding van de namen van de instituten en (of) deskundigen, waar de studie bij voorkeur dient te worden ondernomen.

De datum van inzending van een dergelijk verzoek sluit op 1 augustus 1970.

### SUBSIDIE NEDERLANDSE HARTSTICHTING

De Nederlandse Hartstichting stelt gelden beschikbaar voor wetenschappelijk werk op cardiovasculair gebied. Deze gelden kunnen besteed worden aan fellowships, reis- en verblijfskosten voor studiereizen, materiële en personele hulp.

Aanvragen voor subsidie voor het jaar 1971 dienen vóór 1 oktober 1970 gericht te worden tot het Medisch Directoraat van de Nederlandse Hartstichting, Jan van Nassaustraat 87 te 's-Gravenhage. Belangstellenden wordt verzocht gebruik te maken van door de Stichting beschikbaar te stellen formulieren, die op aanvraag zullen worden toegezonden. Degenen die een dergelijke subsidie ontvangen zijn verplicht na een jaar een rapport van hun werkzaamheden in te zenden.

's-Gravenhage, april 1970  
A. C. ARNTZENIUS,  
A. V. G. BRUSCHKE,  
T. B. GAN,  
H. C. HEMKER,  
*waarnemend Medisch Directoraat*

### STUDIEBEURZEN VOOR KANKERONDERZOEK

De „International Union Against Cancer” zal voor 1971 wederom studiebeurzen ter beschikking stellen ten behoeve van het kankeronderzoek. Dit wordt mogelijk gemaakt door fondsen, afkomstig van de „American Cancer Society”.

De beurzen zijn bestemd voor geroutineerde onderzoekers, die reeds hun kundigheid op het gebied van het onafhankelijke onderzoek hebben bewezen en deze thans door een studieperiode op een buitenlands instituut wensen te verdiepen. Alleen deskundigen, die als staffid verbonden zijn aan een universiteit, academisch ziekenhuis, research-laboratorium en dergelijke, komen voor een beurs in aanmerking. Er zal daarbij geen onderscheid worden gemaakt of de gegadigde experimenteel dan wel klinisch onderzoek verricht. De beurzen zijn *niet* bestemd voor hen, die in eerste instantie hun methoden op het gebied van de opsporing van kanker wensen te verbeteren of die verschillende buitenlandse instituten in een korte tijd willen bezoeken.

De duur van de periode waarvoor de beurs beschikbaar

is, bedraagt gewoonlijk een jaar, maar deze tijd kan in bijzondere gevallen langer of korter zijn.

De stipendia zijn gebaseerd op het huidige salaris van de gegadigde en het salaris van met zijn functie vergelijkbare personen in de plaats van studie. Voorts zal een tegemoetkoming worden gegeven in de reiskosten alsmede voor gezinsleden, die de „fellow” eventueel wenst mede te nemen. Aanvragen moeten vóór 1 september 1970 worden ingediend; de beurzen zullen na 1 maart 1971 ingaan. Het adres voor de aanvragen is: International Union Against Cancer, P.O. Box 400, 1211 Geneva 2, Switzerland.

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)*

### RADIOLOGISCHE ASPECTEN VAN RENOVASCULAIRE HYPERTENSIE

In zijn artikel komt collega MULDER (1970) o.a. tot de conclusie, dat de intraveneuze pyelografie onbetrouwbaar is bij de selectie van patiënten met hypertensie voor aortografie. Onze bevindingen stemmen hiermee niet overeen. Wij analyseerden de resultaten van het „snel” intraveneuze pyelogram en de nierarteriografie bij 100 lijdende aan bloeddrukverhoging en kwamen tot de conclusie dat de intraveneuze pyelografie — mits op adequate wijze uitgevoerd — een belangrijke bijdrage kan leveren voor genoemde selectie. Het I.V.P. bleek in dit verband voor 85 pct betrouwbaar te zijn. Deze op een betrekkelijk klein aantal patiënten gebaseerde constatering vindt in de literatuur ruime steun. Zo vond HALIKIOPOULOS c.s. (1962) bij 80 pct van zijn patiënten met een nierarterie-stenose op het I.V.P. voor deze aandoening verdachte afwijkingen; CORREA c.s. (1962) bij 89 pct; DEYTON c.s. (1963) bij 93 pct; MAXWELL c.s. (1964) bij 93 pct; KENNEDY c.s. (1965) bij 92 pct; MICHEL (1968) bij ruim 90 pct en ALBRECHT en RAUEN (1968) bij 95 pct.

Collega MULDER noemt de frequentie van de verschillende pyelografische symptomen van een nierarterie-stenose bij de door hem onderzochte patiënten alleen afzonderlijk en maakt geen melding van de uitkomst van het totale I.V.P. Nu is het voorkomen van de verschillende pyelografische afwijkingen afhankelijk van de ernst van de stenose en de mate waarin de glomerulusfiltratie is gedaald. Bij sterke daling hiervan is er een zeer verminderde uitscheiding van het contrastmiddel, maar tevens is dan een ander pyelografisch symptoom, nl. hyperconcentratie, niet zichtbaar. Het is dan ook niet juist, de pyelografische symptomen alleen afzonderlijk op hun bruikbaarheid voor screening te toetsen en op grond hiervan een oordeel uit te spreken over de waarde van het totale I.V.P. Ook als de verschillende symptomen, alle afzonderlijk genomen, bij een stenose onvoldoende vaak aanwezig zouden zijn — onze ervaring wijst overigens niet in die richting — kan toch het totale I.V.P. voldoende aanwezig geven.

Opmerkelijk in het onderzoek van collega MULDER is, dat met name wat het aantonen van een vertraagde uitscheiding betreft het snel I.V.P. — dat juist gericht is op het aantonen van een dergelijke afwijking — slechtere resultaten geeft dan de conventionele pyelografie. Een verklaring voor deze bij goede techniek in een representatieve patiëntengroep althans onmogelijke bevinding wordt niet gegeven.

Hoewel het I.V.P. een m.i. hoge mate van betrouwbaarheid heeft bij het opsporen van een nierarterievernauwing moet bij een normale uitkomst van het I.V.P. in klinisch zeer suspecte gevallen toch een arteriografie worden gedaan.

De opmerking van collega MULDER dat een combinatie

van renografie met intraveneuze pyelografie de beste waarborgen biedt voor een juiste selectie van patiënten voor arteriografie, onderschrijf ik geheel.

*Literatuur:* ALBRECHT, K. F. en F. R. RAUEN (1968) Das Frühurogramm in der Diagnostik des renovaskulären Hochdruckes. *Radiol. Clin. et Biol.* **37**, 254. — CORREA, R. J., B. H. STEWART en D. E. BOBLITT (1962) Intravenous pyelography as a screening test in renal hypertension. *Amer. J. Roentgenol.* **88**, 1135. — DEYTON, W. E., J. F. MARTIN, W. H. BOYCE en J. F. GLENN (1963) Differential renal function evaluation by minute sequence pyelography. *J. Urol. (Baltimore)* **90**, 611. — FRENCKEN, V. A. M. (1969) *De intraveneuze pyelografie bij het opsporen van een nierarterievernauwing*. Proefschrift Groningen. — HALIKIPOULOS, H. J., L. BALLOU en D. F. McDONALD (1962) The excretory urogram and radiographic kidney size as screening devices in hypertension of unilateral renal origin. *J. Urol. (Baltimore)* **88**, 456. — KENNEDY, A. C., R. G. LUKE, J. D. BRIGGS en W. BARR STIRLING (1965) Detection of renovascular hypertension. *Lancet* II, 963. — MAXWELL, M. H., H. C. GONICK, R. WITTA en J. J. KAUFMAN (1964) Use of rapid-sequence intravenous pyelogram in the diagnosis of renovascular hypertension. *New Engl. J. Med.* **270**, 213. — MICHEL, J. R. (1968) L'urographie intraveineuse dans l'étude de l'hypertension rénovasculaire. *Radiol. Clin. et Biol.* **37**, 209. — MULDER, J. D. (1970) Radiologische aspecten van renovasculaire hypertensie. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 501.

Tilburg, maart 1970

V. A. M. FRENCKEN

Het komt mij voor dat men, wanneer men de aan- of afwezigheid van een aandoening wil vaststellen op grond van een aantal criteria die bij deze aandoening kunnen optreden, er verstandig aan doet allereerst te onderzoeken in welke mate ieder criterium afzonderlijk tot de diagnose bijdraagt; men hoopt zodoende criteria te vinden die obligaats bij de aandoening horen; andere criteria zullen hoogstens de diagnose kunnen ondersteunen.

FRENCKEN voert als bezwaar aan tegen mijn argumentatie, dat het I.V.P. geen wezenlijke bijdrage levert tot het opsporen van een nierarterie-stenose bij een patiënt met hypertensie, dat ik ieder criterium afzonderlijk op zijn merites beoordeelde en niet alle criteria gezamenlijk in de beoordeling betroek.

Ik heb dit alsnog gedaan, waarbij de aanwezigheid van een vertraagde uitscheiding (conventioneel c.q. snel I.V.P.), een verschil in contrastdichtheid tussen beide nieren en een vertraagde „washout” als passend bij een nierarterie-stenose werden genoteerd.

Van 83 patiënten met een nierarterie-stenose was een I.V.P. beschikbaar; in 46 gevallen (55 pct) waren één of meer van bovengenoemde criteria aanwezig, d.w.z. bij 45 pct een vals-negatieve bevinding! (De dubieuze uitkomsten als negatief gerekend.) Bij patiënten zonder nierarterie-stenose beschikte ik over 59 I.V.P.'s; bij 13 van hen waren één of meer van bovengenoemde criteria ook aanwezig, d.w.z. een vals-positieve bevinding bij 23 pct!

Dat de uitkomsten van het snel I.V.P. in vergelijking met het conventioneel I.V.P. in mijn onderzoek ongunstiger zijn, vormt voor mij een argument te meer, dat het I.V.P. als indicator voor een nierarterie-stenose verwaarloosbaar is.

Mijn bezwaar tegen het oordeel van collega FRENCKEN over de bruikbaarheid van het I.V.P. geldt vooral het te geringe aantal onderzoeken waarop dit oordeel is gebaseerd, nl. slechts 27 gevallen met een bewezen nierarterie-stenose;

hierop is een betrouwbaar statistisch onderzoek nauwelijks mogelijk.

Ook de Leidse kliniek moest het aanvankelijk gekoesterde optimisme ten aanzien van het nut van het I.V.P., althans voor het opsporen van een arteria-renal-stenose, laten varen.

Leiden, 8 april 1970

J. D. MULDER

## HYPEREMESIS GRAVIDARUM, EEN ZIEKTEBEELD MET COMPLICATIES

Het is goed dat HOUTZAGER en GABRIËLS (1970) nog eens wijzen op de ernstige neurologische complicaties die kunnen worden gezien na hyperemesis gravidarum. Hoewel HOUTZAGER aangeeft zulks niet te hebben gevonden, moet toch worden vermeld dat eerder in de Nederlandse literatuur waarnemingen zijn beschreven „over patiënten met een hyperemesis, gepaard gaande met een op het Wernicke-syndroom gelijkende beeld” (VERHAART e.a. 1955; ENDTZ en DEKKER 1961). In deze publikaties werd met name gewezen op de invloed van thiamine en van eenzijdige koolhydraatvoeding bij deze patiënten. Nu vermelden HOUTZAGER en GABRIËLS dat hun patiënte tussen de 12e en de 22e week elders werd behandeld met geïsoleerde verpleging, glucose-infusies en sedativa in verband met een hyperemesis gravidarum. Het lijkt waarschijnlijk dat de neurologische complicaties die daarna zijn ontstaan ook daardoor zijn veroorzaakt.

Reeds in 1946 wordt in de discussie van een mededeling van AGNEW een verband tussen een verhoogde koolhydraat-toevoer en het ontstaan van de zwangerschaps-polioëncefalopathie verondersteld. Verscheidene onderzoeken maken dit verband waarschijnlijk. De verhoogde thiamine-behoefte van zwangeren — en het tekort bij een deel van hen — is reeds voor de laatste wereldoorlog op fraaie wijze in Nederland aangetoond door WESTENBRINK en GOUDSMIT (1938) en VAN COEVORDEN (1939). De provocerende invloed van een koolhydraatrijk dieet, althans bij proefdieren, is eveneens in Nederland aangetoond: door WESTENBRINK met een thiamine-deficiënt voedsel gevoederde duiven die daarnaast veel koolhydraten in hun voedsel kregen bleken bij onderzoek van de hersenen sterker uitgesproken afwijkingen te tonen dan dieren die weinig koolhydraten kregen (VERHAART e.a. 1955). Thiaminedeficiëntie uit zich onder andere in een verhoging van het pyrodruivenzuurgehalte van het bloed, die meer uitgesproken wordt na toevoer van koolhydraten. Deze bepaling geeft ook de invloed weer van een ingestelde behandeling en kan in een behandelingsverslag niet gemist worden.

Hyperemesis gravidarum moet derhalve behandeld worden met koolhydraatrestrictie naast toevoer van o.a. thiamine. „Voor velen is echter”, schreven wij in 1961, „de behandeling van de hyperemesis gravidarum gravis uit parenterale of rectale koolhydraatrijke voeding blijven bestaan.” Wat betreft het neurologische beeld van de patiënte van HOUTZAGER en GABRIËLS moge nog worden gewezen op een belangwekkend aspect, te weten de betrekkelijke zeldzaamheid van de door hen gevonden visusdaling. In de serie van 52 patiënten, lijdende aan de ziekte van Wernicke ten gevolge van deficiënte voeding, die door DE WARDENER en LENNOX (1947) is beschreven, komt dit verschijnsel slechts in twee gevallen voor. Bij hun patiënte vermelden HOUTZAGER en GABRIËLS tenslotte een „spastische parese”. Nu behoort een