

103. (Verslag Congres Ned. Ver. Bevord. Chir. Wetenschappen.)
- BEKS, J. W. F. (1973) Effects of increased supratentorial pressure in cats. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* Ter perse.
- CUSHING, H. (1902) Some experimental and clinical observations concerning states of increased intracranial tension. *Amer. J. med. Sci.* 124, 375.
- GREENFIELD, J. C. en G. T. TINDALL (1965) Effect of acute increase of intracranial pressure on blood flow in the internal carotid artery of man. *J. clin. Invest.* 44, 1343.
- LANGFITT, T. W. (1972) Pathophysiology of increased intracranial pressure. In: M. BROCK en H. DIETZ, *Intracranial pressure*, bl. 361. Springer, Berlijn.
- LANGFITT, T. W., J. D. WEINSTEIN, N. F. KASSEL en F. A. SIMEONE (1964) Transmission of increased intracranial pressure. *J. Neurosurg.* 21, 989.
- LASSEN, N. A. (1964) Autoregulation of cerebral blood flow. *Circulat. Res. Suppl.* 15, 201.
- MILLER, D. en H. ADAMS (1972) Physiology and management of increased intracranial pressure. In: M. CRITCHLEY, J. L. O'LEAVY en B. JENNETT, *Scientific foundations of neurology*, Heinemann, Londen.
- PIA, H. W. (1957) Die Schädigung des Hirnstammes bei raumfordernden Prozesse des Gehirns. *Acta neurochir. (Wien)* Suppl. 4.
- PLUM, F. (1960) Neural mechanisms of abnormal respiration in humans. *Arch. Neurol. (Chic.)* 3, 484.
- ROY en SCHEINKER: citaat SKINHØJ (1966)
- SEEGER, W. (1968) Atemstörungen bei intrakraniellen Massenverschiebungen. *Acta neurochir. (Wien)* Suppl. 17.
- SHALIT, M. N., O. M. REINMUTH, S. SHIMOJYO en P. SCHEINBERG (1967) Carbon dioxide and cerebral circulatory control. II. The intravascular effect. *Arch. Neurol. (Chic.)* 17, 337.
- SKINHØJ, E. (1966) Regulation of cerebral blood flow as a single function of the interstitial pH in the brain. *Acta neurol. scand.* 42, 604.
- SKINHØJ, E. en S. STRANDGAARD (1973) Hypertension and cerebral blood flow. *Lancet* I, 461.
- TARLOV, I. M., A. GIANCOTTI en A. RAPISARDA (1959) Acute intracranial hypertension. Experimental-clinical correlations. *Arch. Neurol. (Chic.)* 1, 3.
- ZWETNOW, N. N. (1970) Effects of increased cerebro-spinal fluid pressure on the blood flow and on the energy metabolism of the brain. *Acta physiol. scand.* Suppl. 339.

Mei 1973

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Bijensteek tegen reuma

Vraag 60. Een mijner patiënten, wier zoon imker is, vertelt mij vol trots dat zij zich nogal eens door bijen laat steken, „tegen reuma” (preventief). Is dit bijgeloof of is u hiervan iets bekend? (Lokale warmte? Verandering in de autoimmuunsituatie?)

Antwoord. Voor het zg. effect van bijensteken „tegen reuma”, zowel preventief als therapeutisch, bestaat geen duidelijke wetenschappelijke verklaring. Veranderingen in bv. de „auto-immuunsituatie” zijn niet waargenomen. Bijengif e.d. geven bij injectie (artificieel of langs de natuurlijke weg via het insect) o.a. lokale hyperemie die wel eens een tijdelijk verlichtend effect op pijn in het bewegingsapparaat in de directe nabijheid van de injectie teweegbrengt.

Het gaat te ver om van bijgeloof te spreken, maar het „geloof” dat de betrokkene eraan hecht, speelt een belangrijke rol bij het al of niet „aanslaan” van dergelijke behandelwijzen.

INGEZONDEN

Welk beenlengteverschil moet behandeld worden?

Naar mijn mening is het evident dat het antwoord op vraag 34 (1973) aanvulling behoeft.

(1) Hetgeen eventueel behandeld moet worden is niet het beenlengteverschil, doch de daaruit voortvloeiende bekken-scheefstand. En deze is niet alleen afhankelijk van het beenlengteverschil doch ook van de bekkenbreedte. Bij smalgebouwde kinderen kan een verschil van 1 cm reeds veel invloed hebben.

(2) Het beenlengteverschil kan een compensatie zijn voor een scheefstand van het sacrum t.o.v. het bekken. Maar een scheef bekken kan de situatie ook verergeren.

(3) Behandeling heeft slechts zin wanneer het desbetreffende kind of de desbetreffende volwassene een dusdanige periode van de dag achter elkaar staat of loopt, of zware lasten moet tillen, dat daardoor overbelasting mogelijk wordt.

(4) Bij behandeling van jeugdigen verdient het wellicht aanbeveling om zeker niet volledig te corrigeren, omdat een matige overbelasting mogelijk een groeiprikkel levert, waardoor het verschil spontaan kleiner kan worden, of althans niet groter wordt.

(5) Men corrigeer niet het beenlengteverschil . . . maar de daaruit voortvloeiende scoliose, of nog exacter: indien er nog geen statische veranderingen zijn in de wervelkolom, richt men de correctie op de opheffing van de scoliotische houding, indien er wel (reeds?) statische veranderingen zijn, is extra voorzichtigheid geboden ten einde geen overbelasting in de andere richting te veroorzaken.

Literatuur: Vraag 34 (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1129.

Venlo, augustus 1973

A. J. POSTMES

Gedragslijn bij serotiniteit

Bij de beantwoording van vraag 35 (1973) volgt de „redactie” wel zeer nauwgezet de mening van één van de Nederlandse hoogleraren in de verloskunde en gynaecologie. Voor de Nederlandse verloskunde is indertijd de publikatie van deze mening van zeer grote betekenis geweest, omdat zij het bestaan van gevaren, verbonden aan een te lange zwangerschapsduur, erkende en beschreef, tegenover een vrijwel algemene ontkenning van zulke gevaren, op instigatie van de grote leermeester van de desbetreffende hoogleraar. In

deze opvatting wordt evenwel het cardinale punt in de serotiniteitsproblematiek miskend, omdat serotiniteit als een tijdsbepaling, nl. een zwangerschapsduur van langer dan 42 weken, wordt opgevat.

Daar de zwangerschap een fysiologisch gebeuren is, zal haar duur — evenals alle fysiologische processen — aan een fysiologische spreiding onderhevig zijn; dit betekent dat een zwangerschapsduur van langer dan 42 weken (serotiniteit) voor sommige zwangerschappen inderdaad te lang, voor andere evenwel optimaal en voor een enkele misschien zelfs te kort zal zijn om een kind in optimale conditie, een rijp kind, geboren te laten worden.

Indien nu bij deze tijdsbepaalde serotiniteit blijkt dat de perinatale sterfte aanzienlijk toeneemt (plus een niet te berekenen, maar aan de perinatale sterfte gecorreleerde toename van perinataal veroorzaakte kinderlijke morbiditeit), zal de toename van deze perinatale sterfte veroorzaakt worden door de groep, voor wie de zwangerschap echt te lang duurde en niet door de groep, bij wie de fysiologische zwangerschapsduur langer was dan de gemiddelde. En indien al een therapie bestaat om bij de echt te lang durende zwangerschap de placentaire dysfunctie te verbeteren, zal deze therapie alleen zin hebben bij die groep.

Het ligt daarom voor de hand te proberen deze groep als zodanig te diagnostiseren, in plaats van *alle* nulliparae vanaf de 40e zwangerschapsweek een streng zoutarm dieet met gebruik van melk en melkproducten („*contradictio in terminis*”) te geven (waarvan de betekenis en nut na zoveel jaren nog steeds bewezen moeten worden) en hen alle aan het einde van de 42e week op te nemen en bedrust voor te schrijven. Voor velen is deze therapie overbodig, voor anderen twijfelachtig. Trouwens, waarom zouden wij, indien er een placentaire dysfunctie bestaat ten gevolge van overdragen zijn, proberen met onzekere middelen deze placentaire dysfunctie te verbeteren en niet de meest logische weg kiezen van beëindigen van deze te lang geduurd hebbende zwangerschap?

Parallel met de fysiologische zwangerschapsduur — niet met de in tijd uitgedrukte zwangerschapsduur — dat is parallel met de rijping, c.q. overrijp zijn van de foetus, treden veranderingen in aspect en biochemische samenstelling van het vruchtwater op, zodat uit bestudering van het vruchtwater conclusies getrokken kunnen worden omtrent de mate van rijpheid, c.q. overrijpheid van de foetus.

In uw antwoord komt deze bestudering van het vruchtwater, en wel via de amnioscopie, pas in aanmerking na de 42e zwangerschapsweek, wanneer de nullipara reeds 14 dagen streng zoutarm dieet heeft en reeds is gehospitaliseerd. Is het, daar het aspect en de biochemische samenstelling van het vruchtwater een indicator zijn voor de rijpheid van de foetus, niet logischer dit onderzoek van het vruchtwater primair te stellen en op deze wijze de te lang durende zwangerschap met overrijp kind te onderscheiden van de fysiologisch langer durende met een zich normaal ontwikkelend kind? In het eerste geval kan dan — zo men wil en kan — een therapie toegepast worden om de placenta-functie te verbeteren, logischer is het de zwangerschap te beëindigen; in het tweede geval kan de zwangerschap zonder enige therapie doorgaan.

Het lijkt niet raadzaam bij de bewaking, gebaseerd op het aspect van het vruchtwater, met beëindigen van de zwangerschap te wachten totdat het vruchtwater meconium bevat, daar meconium immers reeds een teken van duidelijke asfyxie is; beter is, de baring in te leiden op dat moment, waarop vruchtwater een duidelijke à-terme-aspect heeft, dat is vóórdat een placentaire dysfunctie op grond van overdragen zijn tot ontwikkeling is gekomen.

Daar naast *aspect* veranderingen bij de rijping van de foetus

ook biochemische veranderingen in het vruchtwater optreden, is bestudering van het door middel van transabdominale punctie verkregen vruchtwater te verkiezen boven bezichtiging van het vruchtwater door de vliezen heen, zoals bij de amnioscopie gebeurt. In de eerste plaats is de aspectbeoordeling van het zo verkregen vruchtwater veel correcter en in zekere zin ook te kwantificeren, in de tweede plaats zijn biochemische parameters, gecorreleerd aan de rijping van de foetus, te verkrijgen. Zo kan een nauwkeurig beeld verkregen worden omtrent de graad van rijpheid c.q. overrijpheid van de foetus.

Ten gevolge van de fysiologische spreiding in rijping, waardoor bij de zwangerschap van langer dan 42 weken slechts een gedeelte van de foetus overrijp zal zijn — een ander deel rijp c.q. onrijp — zal bij een zwangerschapsduur van *minder* dan 42 weken ook een aantal foetus overrijp zijn. Daar deze vroeg-overrijpe foetus dezelfde schade ondervinden van hun overrijpheid, zal de bewaking van de foetus vóór de 42e week moeten beginnen.

Indien het woord serotiniteit gebruikt wordt voor een zwangerschapsduur langer dan 42 weken, als m.a.w. het begrip serotiniteit tijdsbepalend is, omvat het rijpe, overrijpe en een enkele niet-rijpe foetus; wanneer echter serotiniteit functioneel bepaald is, een *te* lang durende zwangerschap betekent, omvat het alleen overrijpe foetus, onafhankelijk van de zwangerschapsduur. Daar onder het eerste tijdsbepaalde begrip serotiniteit foetus vallen met zeer verschillende rijpheidsgraad, kan deze groep onmogelijk als homogeen worden gezien en is het niet reëel deze groep bij beoordeling en therapie als eenheid te zien; het functioneel bepaalde begrip serotiniteit daarentegen omvat een groep van overrijpe foetus, die alle voor dezelfde therapie en dat is beëindigen van de zwangerschap in aanmerking komen, waarbij de mate van overrijpheid de wijze van beëindigen van de zwangerschap bepaalt.

Dezelfde benadering als voor nulliparae geldt voor vrouwen, die reeds gebaard hebben, daar ook bij deze een ruime fysiologische spreiding in rijping voorkomt, en naar onze ervaring in tijd niet of weinig verschillend van die bij nulliparae. Ook bij meervoudige zwangerschap bij toxicose, bij groeivertraging enz. is dezelfde gedragslijn te volgen, zij het dat overrijpheid, in deze pathologische gevallen, veel vroeger kan optreden, soms reeds ver vóór de 40e zwangerschapsweek, dus serotiniteit bij prematuriteit, is dysmaturiteit.

Literatuur: Vraag 35 (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1130.

's-Gravenhage, 31 juli 1973

J. C. SEELEN

De opmerkingen van Dr. J. C. SEELEN zijn behartigenswaardig. Inderdaad vertoont zwangerschap qua duur — zoals elk biologisch gebeuren — een grote variabiliteit. Zou men gemakkelijk in staat zijn om „biologische serotiniteit” te onderscheiden van „tijdsgebonden serotiniteit”, dan zou de door collega SEELEN voorgestelde handelswijze zeker de voorkeur verdienen.

Dr. SEELEN suggereert dat vruchtwateronderzoek het onrijp, rijp of overrijp zijn van de foetus kan doen vaststellen. Dit is een bewering die een degelijke bewijsvoering vereist; bij velen bestaat de mening dat differentiatie tussen rijp en overrijp zijn van het vruchtwater nog niet met zekerheid mogelijk is (VERPOEST e.a. 1972; SEELEN 1973). Het is daarom dat laatstgenoemden menen vooralsnog „tijdsgebonden serotiniteit” als criterium voor hoger risico van een *bepaalde groep zwangeren* te moeten accepteren.

Hoger risico voor de groep nulliparae met tijdsgebonden serotiniteit blijkt geneutraliseerd te kunnen worden door de in het antwoord op vraag 35 voorgestelde procedure.

Met SEELEN zijn wij van mening dat de betekenis en het nut van een streng zoutarm dieet vanaf de 40e zwangerschapsweek bij nulliparae nog bewezen moeten worden; voor de betekenis en het nut bestaan slechts indirecte aanwijzingen.

Dat de in het antwoord gegeven gedachtengang en de voorgestelde procedure logischerwijs moeten leiden tot „beëindigen van de zwangerschap bij nulliparae meteen na de 40e week” is onzes inziens een verkeerde conclusie.

Het is gebleken, dat voor de groep nulliparae met een zwangerschap van 40-42 weken met de in het antwoord voorgestelde gedragslijn geen reëel gevaar bestaat dat tot handelen behoeft te nopen.

Literatuur: SEELEN, J. C. (1973) Amniocentese en vruchtwateronderzoek. In: *De bewaking van het kind in utero*. (Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde.) Stafleu Leiden. — VERPOEST, M. J. L. T., W. WLADIMIROFF en J. C. SEELEN (1972) Vruchtwateronderzoek bij serotiniteit. *Ned. T. Geneesk.* 116, 1967.

BOEKAANKONDIGINGEN

Urologische Operationslehre. Lief. 10. Onder redactie van G. W. HEISE en E. HIENZSCH. 172 bl., 91 fig. VEB Georg Thieme, Leipzig 1972. Prijs: ingen. M. 53,—.

Deel 10 van deze serie bespreekt de nieroperaties (E. HIENZSCH, Jena), de parathyreoïdectomie (E. SCHMIEDT, München), de perorale litholyse van uraatstenen (G. W. HEISE, G. W. MULLER en B. LANGKNOFF, Maagdenburg) en de therapie en prophylaxis der cystine-stenen (V. KRIZEK, en MARIANSKE LASZNE, USSR).

Wat de nieroperatie betreft, valt weer op de fraaie wijze waarop de ingrepen zijn geïllustreerd na een uitvoerige beschrijving der topografie (verhouding van nier tot duodenum, colon, pleura) en van de anatomie der vaat-, zenuw- en lymfebanen.

De uitruiming van de V. cava bij niertumoren, de bacteriële shock, de houding tegenover nierrupturen, de naaldbiopsie, de bijnierchirurgie inclusief de postoperatieve substitutie van elektrolyten en hormonen, worden besproken. De hyperparathyreoïdectomie zal de uroloog slechts zijdelings interesseren.

De perorale litholyse van uraatstenen is boeiend beschreven. Men leert hoe de urine op de vereiste pH kan worden gebracht en hoe de allopurinol-therapie, die rechtstreeks op de urinezuurstofwisseling werkt, wordt uitgevoerd. Ook de risico's (Ca-fosfaatafzetting, losraken van steenbrokken) worden besproken.

De behandeling en profylaxe der cystine-steenziekte met penicillamine (en de complicaties hiervan) en met methionine-arm dieet, de wijze van alkalisatie der urine en de wijze waarop de ziekte kan worden opgespoord door kwalitatief urine-onderzoek (Brand-test) worden helder uiteengezet.

De gehele serie van de Oostduitse *Urologische Operationslehre* is zo instructief opgezet, dat ik deze serie als een der eerste zou aanbevelen aan de a.s. uroloog.

W. A. MOONEN

M. MASON en H. L. F. CURREY, *Klinische reumatologie*. Voor Nederland bewerkt door J. J. DE BLÉCOURT, J. K. VAN DER KORST en R. L. F. NIENHUIS. 374 bl., fig. Stafleu, Leiden 1973. Prijs: geb. f 50,—.

An introduction to clinical rheumatology is een onder redactie van MASON en CURREY door de staf van „the London

Ned. T. Geneesk. 117, nr. 47, 1973

Hospital” helder en beknopt geschreven boek, dat een voortreffelijk inzicht geeft in een aantal reumatische aandoeningen. Wij kunnen de collegae DE BLÉCOURT, VAN DER KORST en NIENHUIS dankbaar zijn dat zij de moeite genomen hebben dit boek in het Nederlands te vertalen. Vergeleken met de Engelse uitgave is de Nederlandse uitgave met een aantal fraaie illustraties uitgebreid en de röntgenfoto's zijn ook aanzienlijk beter gereproduceerd.

In het hoofdstuk over de immunologische aspecten van reumatische ziekten wordt de zeer goede indeling van Gell en Coombs gevolgd. Het is jammer dat de vertalers hiervan op één punt afwijken door de immunoreacties die weefselbeschadiging veroorzaken in vijf in plaats van in vier typen in te delen. De Nederlandse uitgave is uitgerust met een zeer uitgebreid register, dat nog aan praktische bruikbaarheid zou winnen wanneer aan de vele verwijzingen achter een zelfde woord een tweede trefwoord zou worden toegevoegd, zoals in de meer beperkte woordenlijst van de Engelse uitgave is geschied. Voorts vormt de beknopte literatuurlijst in de Nederlandse uitgave een belangrijke aanwinst.

Ik wil mij hier gaarne aansluiten bij de wens van Prof. MUNTENDAM in zijn woord vooraf, namelijk dat dit boek niet alleen in handen van vele praktizerende artsen komt, maar tevens dat het bij het onderwijs aan onze universiteiten intensief zal worden gebruikt.

A. CATS

Blood platelets 1971. An annotated bibliography. Samengesteld door B. MAUPIN. 293 bl. Excerpta Medica, Amsterdam 1973. Prijs: ingen. f 67,—.

Dit boek bevat referaten van de artikelen over trombocyten die in de loop van 1971 verschenen zijn. Biochemische, stollingsfysiologische, morfologische, immunologische en klinische bijdragen, die op een of andere wijze betrekking hebben op de trombocyten, zijn erin opgenomen. Voor MAUPIN moet het een grote inspanning geweest zijn deze bij elkaar te brengen. Het boek zal zeker zijn weg vinden, want het is een handig naslagwerk voor al degenen, die in laboratorium en kliniek zich intensief met de trombocyten bezig houden.

H. O. NIEWEG

1775