

Een verklaring voor deze bevinding wordt in beide publicaties niet gegeven. Wel is bekend dat een verhoogde SAFP behalve bij congenitale afwijkingen van de neurale buis, ook wordt waargenomen bij tweeling-zwangerschappen, dreigende abortus en intra-uteriene vruchtdood. Een gemeenschappelijke factor lijkt niet zo waarschijnlijk.

Literatuur: BROCK, D. J. H., L. BARRON, P. JELEN e.a. (1977) *Lancet II*, 267. — WALD, N., H. CUCKLE, G. M. STIRRAT e.a. (1977) *Lancet II*, 268.

P. G. HART

Spontane geboorte van een levend kind bij placenta praevia totalis

Bij een placenta praevia totalis is sectio caesarea aangegeven, wil de placenta niet eerder worden geboren dan het kind. Het bloedverlies heeft meestal een dusdanige omvang, dat tot deze ingreep ook wordt besloten als het kind reeds intra-uterien overleden blijkt. WINTER (1977) stelde bij een II-gravida (1 maal abortus) echografisch een placenta praevia totalis vast, nadat de vrouw, die geen weeën voelde, bij een zwangerschapsduur van 30 weken wegens bloedverlies

was opgenomen. Gezien de zwangerschapsduur werd de baring tegengegaan en na 2 weken kon zij met een intacte zwangerschap worden ontslagen. In de 39e week bleek echografisch de inwendige baarmoedermond vrij te zijn van placentaweefsel zodat men aannam dat de placenta zich had verplaatst. Toen de vrouw een week later in partu kwam, werd er bij inwendig onderzoek geen placentaweefsel gevoeld. Er kon een schedelektrode worden aangelegd en er werd volgens Saling bloed uit de schedelhuid afgenomen voor enkele microbepalingen. Enige uren later beviel zij spontaan en zonder noemenswaardig bloedverlies van een gezonde zoon van 3100 gram; de Apgarscore was 9. Bij inspectie van de placenta bleek zich in het centrum een groot gat te bevinden waardoor het kind geboren was. De placenta was kennelijk door druk van de kinderschedel tijdens de zwangerschap centraal genecrotiseerd en vervolgens door het kind doorboord. De auteur heeft in de literatuur geen overeenkomstige waarneming beschreven gevonden.

Literatuur: WINTER, R. (1977) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 37, 793.

P. G. HART

INGEZONDEN

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

Is suïcidaal gedrag ziek?

De inhoud van de klinische les van GIEL en BLOEMSMA (1977) bevreemdt mij. De schrijvers besteden nauwelijks aandacht aan de persoonlijkheid (svorming) van de patiënte en vermelden niet of zij vrijwillig of gedwongen werd opgenomen, terwijl zij geen omschrijving geven van het begrip „ziek"! Daardoor kunnen zij filosoferen over „opvattingen van de hulpverleners" en „therapeutische overwegingen", zonder enig houvast te bieden. Dit culmineert in de beschrijvingen van negatieve houdingen en opvattingen van alle partijen, inclusief de arts en in het „reglement van de ziekenrol". Maar die opvattingen zijn voor de wetenschap onbelangrijk omdat voorbijgegaan wordt aan de alles overheersende factor: de onmacht, onvrijwillig, tot adequaat reageren en het wezen daarvan, c.q. het „waardoor" van gedrag in het algemeen, en van de patiënte in het bijzonder. Het is bijvoorbeeld van generlei waarde (om te weten) hoeveel procent van honderdzestig hulpverleners de patiënte „psychiatrisch ziek" vindt. Deze vraag wordt pas ter zake dienende in de samenhang met vragen als die naar de „vrijheid" om zich het leven te benemen, in hoeverre is ingrijpen verantwoord als de beoordeling van eigen toestand te gestoord wordt geacht en hoe dient de hulpverlening te zijn. Uit het oogpunt van doeltreffendheid is omschrijven onontbeerlijk.

Naar mijn mening heeft de behandelend arts als „beroepsbemoeder met de medemens" de verplichting zijn ziektebegrip te omschrijven. Hij dient zijn houding te baseren op zijn omschrijvingen van begrippen als ziek, gedrag, persoonlijkheid e.d. De hulpzoekende medemens, de patiënt-consultant zal daarbij ongetwijfeld centraal worden gesteld. De hulpverlener zal zich daarbij in dienst hebben te stellen van de patiënt-consultant en van de wetenschap.

Literatuur: GIEL, R. en F. BLOEMSMA (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 2033.

's-Gravenhage, december 1977

H. K. SCHEFFER

Enkele technische aspecten van de diagnostiek van hersendood

De mogelijkheden van het isotopenonderzoek als een voor de patiënt weinig belastende, eenvoudig uitvoerbare en betrouwbare methode werden in de klinische les van DE VLIÉGER e.a. (1978) niet juist naar voren gebracht. Zij schreven dat bij de angio-scintigrafie een radioactieve tracer snel in de A. carotis interna wordt ingespoten. Ten onrechte schreven zij dat BRAUNSTEIN e.a. (1973) aan die methode veel waarde hechten; BRAUNSTEIN e.a. schreven dat zij de tracer *intraveneus* hebben ingespoten.

Wij hebben reeds in dit tijdschrift (1977) melding gemaakt van onze gunstige ervaringen met de serie-scintifotografie bij de diagnostiek van de hersendood, waarbij een radioactieve bolus door een eenvoudige intraveneuze injectie wordt ingebracht. Onlangs hebben GOODMAN en HECK (1977) hun ervaringen beschreven met de serie-scintifotografische methode in 90 gevallen van hersendood, waarbij in 14 gevallen gebruik werd gemaakt van een mobiele gamma-camera voor bedside-gebruik. De methode is niet belastend voor de patiënt en geeft snel betrouwbare informatie over het ontbreken van intracerebrale circulatie. De werkwijze van BRAUNSTEIN e.a. is in zoverre verschillend van de serie-scintifotografie, dat zij geen beeld-vormende detectie-techniek hebben gebruikt (gamma-camera), maar een blinde collimator, waarmee een initiële tijd-activiteitscurve geregistreerd wordt.