

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. STIRRAW 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 schedelelektrode 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 BLOEMSMAN (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. BLOEMSMAN (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 VLIET 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-scintigrafie 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-scintigrafische 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-scintigrafie, dat zij geen beeldvormende detectie-techniek hebben gebruikt (gamma-camera), maar een blinde collimator, waarmee een initiële tijd-activiteitscurve geregistreerd wordt.

Wij menen dat bij de technische mogelijkheden om de klinische diagnostiek van de hersendood te bevestigen de serie-scintifotografie na een intraveneuze injectie de voorkeur moet hebben als methode om het ontbreken van intracerebrale circulatie vast te stellen.

*Literatuur:* BRAUNSTEIN, P., J. KOREN, I. KRICHEFF e.a. (1973) *Amer. J. Roentgenol.* 118, 757. — GOODMAN, J. M. en L. L. HECK (1977) *J. Amer. med. Ass.* 238, 966. — KORTBEEK, L. H. TH. S. en L. M. GEUSKENS (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 198. — VLIJGER, M. DE, P. CREZÉE en K. J. VAN DONGEN (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 33.

Eindhoven, januari 1978

L. H. TH. S. KORTBEEK  
L. M. GEUSKENS

Het commentaar van de collegae KORTBEEK en GEUSKENS op onze klinische les biedt ons een welkome gelegenheid om enkele kanttekeningen te maken bij de passage over „angio-scintigrafie” de tekst van ons artikel, waar wij kennelijk niet duidelijk geweest zijn.

Wij willen echter ook bij het commentaar van genoemde collegae kanttekeningen maken. Wij schreven „angio-scintigrafie”. Bij deze methode wordt een radio-actieve tracer snel ingespoten in de A. carotis interna (BROCK e.a. 1969). Op bl. 197 van hun publikatie schrijven BROCK e.a. letterlijk: „An inert diffusable radioactive tracer rapidly injected into the internal carotid artery is recorded.” Wij geven toe dat duidelijker was geweest, als we daarna het volgende geschreven hadden: „BRAUNSTEIN e.a. (1973) hechten zeer veel waarde aan het meten van de cerebrale circulatie met radio-actieve tracers die intraveneus worden ingespoten” en dat we de bedside-methode van de auteurs wat uitvoeriger hadden moeten beschrijven.

Nu stellen de collegae KORTBEEK en GEUSKENS dat de serie-scintigrafie na een intraveneuze injectie met een radio-actieve bolus de voorkeur moet hebben als methode om het ontbreken van intra-cerebrale circulatie vast te stellen. Zij verwijzen hierbij naar hun ingezonden commentaar (1977) op een artikel van STORM VAN LEEUWEN (1976) getiteld „Toepassing doodscriteria”. Toch zijn er naar onze mening ook met deze methode enkele problemen.

I. In zijn antwoord op het commentaar van KORTBEEK en GEUSKENS stelt STORM VAN LEEUWEN (1977) dat er rekening

gehouden moet worden met het feit dat de serie-scintifotografie ca. 20-30 seconden duurt en in feite een moment-opname is. STORM VAN LEEUWEN meent dat het onderzoek, omdat het een moment-opname is, na een half uur herhaald moet worden.

2. De radio-actieve tracers circuleren zowel door het gebied van de A. carotis interna als door dat van de A. carotis externa. De circulatie door de A. carotis externa kan de beelden beïnvloeden.

3. Wij wezen erop dat Nederland voor dit onderzoek strenge voorschriften heeft. Bij informatie is ons gebleken dat de methode die in de literatuur als bedside-methode wordt aangeduid, in Nederland alleen in een daarvoor speciaal uitgeruste ruimte kan worden toegepast. Helaas gaven KORTBEEK en GEUSKENS niet aan hoeveel mC hun tracer bevat. BRAUNSTEIN e.a. (1973) gebruikten 2 mC <sup>99m</sup>Tc 04. Doordat het artikel van GOODMAN e.a. (1977) in augustus verscheen en ons manuscript in juli geaccepteerd was, werd dit niet meer door ons gerefereerd. Zij gebruikten echter 20 mC <sup>99m</sup>Tc menselijk serum-albumen. Dit is een zeer grote hoeveelheid radio-actieve isotoop. Ook wij menen met STORM VAN LEEUWEN loc. cit. dat voor de serie-scintifotografie de patiënt naar het toestel vervoerd dient te worden en dat dit voor een beademde patiënt een aanzienlijke complicatie kan betekenen.

Tenslotte was de teneur van onze klinische les niet het miskennen van de angio-scintigrafie. Wij rekenden haar in onze klinische les tot een van de meest relevante methoden. Anderzijds hebben wij willen stellen, dat ook deze methode evenals de andere door ons besproken methoden, beperkingen en tekortkomingen heeft.

*Literatuur:* BRAUNSTEIN, P., J. KOREIN, I. KRICHEFF e.a. (1973) *Amer. J. Roentgenol.* 118, 757. — BROCK, M., K. SCHÜRMAN en A. HADJIDIMOS (1969) *Acta neurochir. (Wien)* 20, 195. — GOODMAN, J. M. en L. L. HECK (1977) *J. Amer. med. Ass.* 238, 966. — KORTBEEK, L. H. TH. S. en L. M. GEUSKENS (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 198. — STORM VAN LEEUWEN, W. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1896; (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 199.

Rotterdam, februari 1978

M. DE VLIJGER  
P. CREZÉE  
K. J. VAN DONGEN

## BERICHTEN

### Buitenland

#### VERENIGDE STATEN

*Polycythemie bij zware rokers.* — J. R. SMITH en S. S. LANDAN van het Veterans Administration Hospital, Syracuse (N.Y.) vonden bij 22 patiënten, die wegens polycythemie naar de hematologische afdeling waren verwezen, een verhoogd carboxyhemoglobinegehalte (4,2-21,3% tegen normaal < 1%) en een verhoogde hematocrietwaarde bij de 18 mannen 55,2 ± 3,4% tegen 47,0 ± 2,5% bij een controlegroep en bij de 4 vrouwen 51,8 ± 3% tegen 42,0 ± 2,5%. Zij rookten minstens 1½ pakje sigaretten per dag of minstens 4 sigaren met of zonder sigaretten. Allen inhaalden de rook.

Bij 14 van de 18 patiënten was het volume van de erytrocyten verhoogd (> 30 ml/kg lichaamsgewicht). Bij even-

eens 14 patiënten was het plasmavolume verminderd, bij 2 was het normaal, en bij 2 verhoogd (wellicht door excessief alcoholgebruik). Bij proeven op vrijwilligers was reeds eerder aangetoond, dat het plasmavolume onder invloed van roken snel daalt, hetgeen ook na het inademen van CO-gas gebeurt. Het mechanisme van dit effect is niet bekend.

Het hoge koolmonoxydegehalte van het bloed belemmert de zuurstofbinding aan hemoglobine, maar ook nog de oxygenatie van de weefsels doordat het de dissociatiegraad van het zuurstof-hemoglobinecomplex verlaagt en dit in sterkere mate bij hoger CO-gehalte. De bij hypoxie door O<sub>2</sub>-gebrek meestal waargenomen stijging van het 2,3-difosfoglyceraat-gehalte van de erytrocyten, waardoor de dissociatiegraad van het zuurstof-hemoglobinecomplex wordt verhoogd, treedt bij CO-hypoxie niet op.

Vijf patiënten staakten of verminderden het roken waar-