

Leiden, februari 1978

G. D. DE JONG

Als wij het betoog van collega DE JONG van zijn franje ontdoen, dan blijft er één punt waarover wij met hem van gedachten zouden willen wisselen, namelijk de wenselijkheid mazelenvaccin toe te dienen aan 9-jarige kinderen die geen mazelen hebben doorgemaakt respectievelijk er niet tegen zijn geïmmuniseerd.

Collega DE JONG heeft gelijk als hij stelt dat de meeste kinderen van 9 jaar op het ogenblik onvatbaar zijn voor mazelen. Er zullen echter in de toekomst steeds meer kinderen van die leeftijd komen die geen immuniteit tegen mazelen bezitten omdat zij niet tegen mazelen werden gevaccineerd noch zelf mazelen hebben gehad. Ruim 82% van de kinderen die in 1975 geboren zijn, werden in 1976 tegen mazelen gevaccineerd. In 1978 zullen behalve de eenjarigen op de leeftijd van 14 maanden ook de vierjarigen (geboren in 1974) en negenjarigen geboren in 1969, die daarvoor in aanmerking komen, worden gevaccineerd. Indien men de epidemische verheffing in 1977 hierbij in aanmerking neemt, mag worden verwacht dat het aantal gevoelige kinderen beneden de 10 jaar de eerste jaren ver beneden het kritische aantal zal blijven, dat collega DE JONG aanhoudt. Dat betekent dat in Nederland de eerste jaren geen mazelenepidemie meer kan worden verwacht.

Het is dus voor nog vatbare kinderen van groot belang dat hun alsnog de kans tot vaccinatie wordt geboden. Dit kan het eenvoudigste op de leeftijd van 4 jaar en 9 jaar geschieden. Voor mazelen gevoelige kinderen lopen in de toekomst namelijk bij bezoek aan gebieden waar het mazelenvirus nog circuleert, een relatief groot risico op ernstige complicaties. Dit verschijnsel wordt in de Verenigde Staten thans reeds waargenomen. Het is om deze reden dat de Geneeskundige Hoofdinspectie in haar folder „Vakantie en hygiëne” adviseert deze kinderen alsnog te vaccineren.

Bilthoven, maart 1978

H. COHEN

Foliumzuurdeficiëntie, „de pil” en de verzwe- gen anamnese

Er zijn in de laatste jaren tegenstrijdige meningen geuit over het bestaan van een nadelige invloed van anticonceptiva op de resorptie van foliumzuur. Dit valt ook te lezen in de „beschouwing” van het artikel van D. E. MENDES DE LEON (1978).

Titel en samenvatting ervan wekken de verwachting dat in dit artikel wordt aangetoond dat anticonceptiva mede oorzaak waren van megaloblastaire anemie door tekort aan foliumzuur. Deze verwachting wordt helaas niet bewaarheid door de beschreven waarnemingen bij drie vrouwelijke patiënten, gezien het ontbreken van enig objectief gegeven over de resorptie van foliumzuur. Het is onzes inziens onjuist om te veronderstellen dat een progestatieve stof alleen (bij patiënte A), of in combinatie met een oestrogene stof (bij patiënten B en C), de opname van foliumzuur in de darm ongunstig hebben beïnvloed. Ook zonder vermelding van de anticonceptiva in de ziektegeschiedenissen zouden wij geen enkele moeite hebben gehad om het gebrek aan foliumzuur toe te schrijven aan slechte voeding en (of) gestoorde darmfunctie.

De invoering van radioactieve bepalingmethoden voor vitamine B₁₂ en foliumzuur op basis van competitieve binding (en niet radio-immunologisch, zoals de schrijver zegt) heeft het mogelijk gemaakt om snel tussen beide deficiënties te differentiëren. Deze bepalingen worden in het hematologische laboratorium van het A.Z.R.-Dijkzigt al sinds enkele jaren één- tot tweemaal per week verricht. Onze technieken zijn ook door enkele andere laboratoria in Nederland overgenomen. De competitieve bindingsbepalingen kunnen zeer nauwkeurig zijn evenals de microbiologische. Het is niet juist om de bepaling van foliumzuur met *Lactobacillus casei* als niet erg betrouwbaar te bestempelen, omdat onbetrouwbaarheid niet inherent is aan de methode maar wel afhankelijk is van de kwaliteit van de serummonsters en de uitvoering van de bepaling. Wij hopen dan ook dat niet getwijfeld hoeft te worden aan de betrouwbaarheid van de foliumzuurgehalten die in de tabel staan vermeld, hoewel zij naar onze indruk wel microbiologisch werden vastgesteld. Wij zijn het eens met de opmerking dat de anamnese bij de differentiatie van megaloblastaire anemie zeer belangrijk is, maar wij geloven niet dat de microscopische morfologie van het beenmerg een richtingwijzer kan zijn bij de keuze tussen gebrek aan foliumzuur of vitamine B₁₂. De ziektegeschiedenissen demonstren ook nog eens duidelijk, dat de proef van Schilling diagnostisch erg storend kan zijn door de inspuiting van farmacologische hoeveelheden vitamine B₁₂.

Een zogenaamde proefbehandeling geeft dan ook geen bruikbare informatie als de dosering van de beproefde vitamine niet ligt in de buurt van de fysiologische behoefte. Voor foliumzuur bedraagt dit ongeveer 0,1 milligram per dag en voor vitamine B₁₂ hoogstens enkele microgrammen per etmaal. Commerciële vitamine B₁₂-ampullen of foliumzuurtabletten zijn daarom voor dit doel niet geschikt. Tenslotte moet er rekening mee worden gehouden dat patiënten met foliumzuurgebrek door voedingstekort na enkele dagen in het ziekenhuis een reticulocytenstijging kunnen tonen door gebruik van normale ziekenhuisvoeding.

Literatuur: MENDES DE LEON, D. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 146.

Rotterdam, februari 1978

J. ABELS

J. LINDEMANS

Ik heb niet geschreven dat op grond van mijn waarnemingen een verband tussen (orale) anticonceptiva en foliumzuurdeficiëntie is aangetoond, alleen heb ik getracht zulk een verband aannemelijk te maken, zowel op grond van gegevens uit de literatuur als uit eigen waarnemingen bij 3 patiënten. Men kan erover redetwisten of deze jonge vrouwen ook zonder anticonceptiva een zo ernstige vorm van foliumzuur-deficiëntie ontwikkeld zouden hebben; waarschijnlijk lijkt mij dit niet, o.a. gezien de klinische ervaringen met vele andere patiënten, die 's avonds 2 l wijn drinken en zich gedurende een aantal weken slecht voeden; bijzonder suggestief in dit opzicht is de ziektegeschiedenis van de 3e patiënte, die een latente coeliakie had.

T.a.v. de rol die anticonceptiva kunnen spelen in de foliumzuurhuishouding, heb ik mij beperkt tot de vermelding van de hypothese van Streiff en Stephens. Er zijn echter ook nog andere verklaringen mogelijk, bv. binding van foliumzuur aan macro-moleculaire complexen in serum en leukocyten (DA COSTA en ROTHENBERG 1974).

De folaatgehalten van de sera van onze patiënten werden bepaald d.m.v. de *Lactobacillus casei*-methode, met als controles standaard-sera.

Ik heb met nadruk gewezen op wat ik noemde het „wilde aspect” van het beenmerg — zonder nadrukkelijk te stellen

dat dit een onderscheid met megaloblastaire anemie t.g.v. vitamine B₁₂-deficiëntie mogelijk maakt. Ik vond het nuttig om dit aspect van het beenmerg te vermelden, omdat dit mij — ook bij reeds eerder behandelde patiënten met een foliumzuur-deficiëntie — was opgevallen en mij dit ook uit persoonlijke mededelingen van anderen bekend was.

De Schillingtesten (bij patiënten A en C) werden pas verricht nadat alle overige diagnostische onderzoeken voltooid waren.

Literatuur: COSTA, M. DA en S. P. ROTTENBERG (1974) *J. Lab. clin. Med.* 83, 207.

Maastricht, maart 1978

D. E. MENDES DE LEON

Verklarende diagnostiek in de psychiatrie

Naar aanleiding van de publikatie van R. E. ABRAHAM (1978) zou ik het volgende willen opmerken.

In het voor het overige zeer duidelijke artikel is mij één gedeelte zeer onduidelijk gebleven, namelijk de tweede alinea op bl. 183, die begint met: „Bij de complexe productieprocessen...”. Dit gedeelte lijkt meer op sensatiejournalistiek dan op een wetenschappelijke publikatie. ABRAHAM stapt hier van het bespreken van de werksituatie over op de cultuur. Hij stelt dat het accent in onze doelgerichte, rationele cultuur isolatie van het gevoel in de hand werkt. Hij laat dit zonder bron(nen) of motivatie. Hij vervolgt: „Het christelijke geloof dreigt dan een dictatuur van het geweten te worden, die weinig ruimte laat voor het bevredigen van verlangens.” Met het woordje dan wil hij een logisch gevolg, een conclusie uit het voorafgaande aanduiden; een conclusie die ik helemaal niet kan volgen. Ook hier ontbreekt iedere bron of motivatie.

Vervolgens stelt ABRAHAM dat oorlogen e.d. begrepen kunnen worden als geestesziek gedrag van een cultuur die haar leden in hun ontwikkeling en in de bevrediging van hun behoeften, overmatige beperkingen oplegt. Wat is een geesteszieke cultuur? De enige relatie die ik met het voorafgaande kan vinden, is dat zowel christelijk geloof (onder bepaalde omstandigheden?) als een „geesteszieke” cultuur bevrediging van verlangens, resp. behoeften in de weg staat. Hieruit zou o.a. oorlog te verklaren zijn. Ook bij dit gedeelte weer geen enkele bron of motivatie.

Als slotconclusie stelt ABRAHAM op bl. 184: „Het blijven zoeken naar eenvoudige verbanden, ziekte-eenheden, kan begrepen worden uit de behoefte aan algemeen geldende waarheden, maar is in dit verband even irreëel als het zoeken naar de steen der wijzen. Want de ontstaanswijze van geestesziek gedrag is voor elke patiënt min of meer uniek en kan alleen begrepen worden door beoordeling van de betekenis van elk van de oorzakelijke factoren.” Blijkbaar heeft hij hier zelf toch niet zo'n moeite mee als het over het macro-milieu gaat, gezien zijn stellingen op bl. 183.

Tenslotte heb ik ook niet goed begrepen waarom ABRAHAM het religieuze alleen tot het macro-milieu rekent (zie o.a. tabel: Oorzakelijke factoren van geestesziek gedrag, bl. 180). M.i. kan het religieuze ook tot het micro-milieu gerekend worden.

Literatuur: ABRAHAM, R. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 179.

Slidrecht, februari 1978

A. A. TANIS

Vooral na het gesystematiseerde en officieel gesanctioneerde moorden op grote schaal in de Duitse concentra-

tiëkampen gedurende de tweede wereldoorlog is het besef gegroeid dat niet alleen individuen, maar ook grote groepen, irrationeel, voor zichzelf en voor anderen schadelijk gedrag kunnen vertonen. Dit niet uit uitwendige noodzaak te verklaren gedrag dat de persoon en de belangen van anderen niet respecteert en dat in het algemeen op den duur ook de daders weinig bevrediging biedt, wordt, in analogie met de kwalificatie van dergelijk gedrag bij het individu, als „geestesziek” aangeduid. De analytische of psychodynamische visie op dergelijk gedrag kan, met zekere terughoudendheid, zoals die bij elke analogie betracht moet worden, goede hypothesen geven voor de verklaring van dit gedrag en ook concrete en bruikbare richtlijnen voor de preventie ervan. MITSCHERLICH heeft dit in verschillende publikaties uitgewerkt.

Het christelijke geloof heeft soms een functie die te vergelijken is met die van een bovenmatig streng geweten bij het individu. En we weten dat dit kan leiden tot cumulatie van onvrede en spanning, affectisolatie, rigiditeit, verlies van empathie — het vermogen je in een ander te verplaatsen — en eventueel tot agressief en wreed gedrag tegenover anderen. Dit is, om misverstanden te voorkomen, mijns inziens niet inherent aan het christelijke geloof. Het kind wordt in interactie met zijn sleutelfiguren (micromilieu) impliciet geconfronteerd met hun culturele normen en waarden. Expliciet gebeurt dit o.a. door contacten met de Kerk als instituut, in het macro-milieu.

Literatuur: MITSCHERLICH, A., *Op weg naar een vaderloze maatschappij*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Amsterdam, maart 1978

R. E. ABRAHAM

Het hyperkinetische syndroom van het hart

Naar aanleiding van het belangwekkende artikel van VERHEUGT (1978) wil ik wijzen op een symptoom, dat op te wekken is bij „patiënten”, die verschijnselen vertonen van het hyperkinetische syndroom.

Als men bij de liggende patiënt met de membraan van de stethoscoop toenemende druk uitoefent op de arteria femoralis ontstaat er een systolisch geruis, dat weer verdwijnt als de arteria femoralis geheel wordt dichtgedrukt. Als hierna de druk geleidelijk weer wordt verminderd en men ter plaatse blijft ausculteren komt eerst het systolische geruis weer terug en het wordt bij verder verminderen van de druk gevolgd door een continu geruis, dat soms vrij luid kan zijn. Het blijft verschillende seconden voortduren en heeft het karakter van „het ruisen van de zee” in een grote schelp, die tegen het oor gehouden wordt. Het geruis is te vergelijken met de „venous hum” die men bij kinderen kan horen boven de vena jugularis en boven de vena cava superior.

Het continue geruis wordt naar mijn mening veroorzaakt door een sterke toename van de bloedstroom in de vena femoralis, die langer werd dichtgedrukt dan de arteria femoralis. Dat dit continue geruis vooral duidelijk zal zijn bij een vergroting van het hartminutenvolume valt gemakkelijk te begrijpen.

Het is te hopen dat dit eenvoudig op te wekken symptoom bijdraagt tot een betere herkenning van het op zichzelf onschuldige hyperkinetische syndroom.

Literatuur: VERHEUGT, A. P. M. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 76.

Rotterdam, februari 1978

A. DE NEELING