

in de Verenigde Staten heeft COHEN (1971) een nullipare vrouw beschreven die door hardnekkig pogen erin was geslaagd borstvoeding te geven aan het geadopteerde kind.

Het moet dus in principe mogelijk worden geacht op de door vraagsteller beschreven wijze borstvoeding op gang te doen komen bij een vrouw die nooit zelf zwanger is geweest. Waarschijnlijk zullen deze volhardende moeders echter wel uitzonderingen blijven. De vereniging Borstvoeding Natuurlijk kan over deze onderwerpen nadere inlichtingen verschaffen (Postbus 119, 3960 BC Wijk bij Duurstede).

Literatuur: AUERBACH, K. G. en J. L. AVERY (1980) *Pediatrics* 65, 236. – BROWN, R. E. (1977) *Pediatrics* 60, 116. – COHEN, R. (1971) *Pediatrics* 48, 996. – JELLIFFE, D. B. en E. F. P. JELLIFFE (1972) *Pediatrics* 50, 170.

Geen prismabril bij latent strabisme

Vraag 28. Heeft het zin, latente strabismus te behandelen met prismabriden? Zo ja, moet de correctie dan over beide glazen verdeeld worden en in een bepaalde verhouding? Zijn er – afgezien van de prijs – nadelen aan het dragen van een prismabril verbonden?

Antwoord. Het heeft geen zin om een latente strabismus te behandelen met een prismacorrectie. Bijna iedereen heeft een heteroforie en uitsluitend bij klachten is een orthoptisch onderzoek geïndiceerd, al dan niet gevolgd door een behandeling door een oogarts of orthoptist. Slechts zeer zelden zal de behandeling dan bestaan uit het geven van een prismabril. Het dragen van een prismabril lost het probleem van de heteroforie niet op; integendeel, de heteroforie blijkt in het algemeen toe te nemen. De indicatie voor een prismabril is in het algemeen beperkt tot paralytisch scheelzien, zodat het voorschrijven ervan uitsluitend dient te geschieden door een oogarts.

Heeft de ziekte van Bechterew invloed op het karakter?

Vraag 29. Is er iets bekend over karakterveranderingen bij patiënten met morbus Bechterew? Kan de mechanische druk op het centrale zenuwstelsel en op de vascularisatie ervan zodanige invloed hebben dat er een „knik” ontstaat in het gedragspatroon? Of is dit „alleen maar” een somato-psychische kwestie?

Antwoord. Over „karakterveranderingen” bij de ziekte van Bechterew is in feite tot nog toe niets met zekerheid bekend (CHAMBERLAIN 1980). In tegenstelling tot reumatoïde arthritis heeft spondylitis ankylopoetica tot nog toe nauwelijks de aandacht van psychosomatici getrokken. Dit is des te verwonderlijker omdat onder reumatologen de hypothese opgeld doet dat lijders aan de ziekte van Bechterew vaak gekenmerkt zijn door een sthenische en ambitieuze karakterstructuur. Dit is echter een onbewezen veronderstelling. Mocht het waar blijken te zijn

dat Bechterew-patiënten inderdaad een min of meer specifieke karakterstructuur hebben (en dit is onderwerp van onderzoek), dan zijn er in principe twee mogelijkheden: (1) De karakterstructuur is genetisch bepaald. Spondylitis ankylopoetica is immers een aandoening die in belangrijke mate genetisch wordt bepaald (getuige erfelijkheidsonderzoekingen en het verband tussen het hebben van de ziekte en het HLA-B27-antigeen). (2) De genoemde karakterologische eigenschappen zijn verworven. Hierbij moet men vooral bedenken dat de aandoening in vele gevallen gedurende jaren wordt miskend en dat de betrokkene grote risico's loopt te worden beschouwd als een „aansteller”.

Mechanische druk op, of circulatiestoornissen van het centrale zenuwstelsel komen bij spondylitis ankylopoetica eigenlijk niet voor, behalve in het zeldzame geval van luxatie of fractuur van de wervelkolom, in het bijzonder in het cervicale gedeelte.

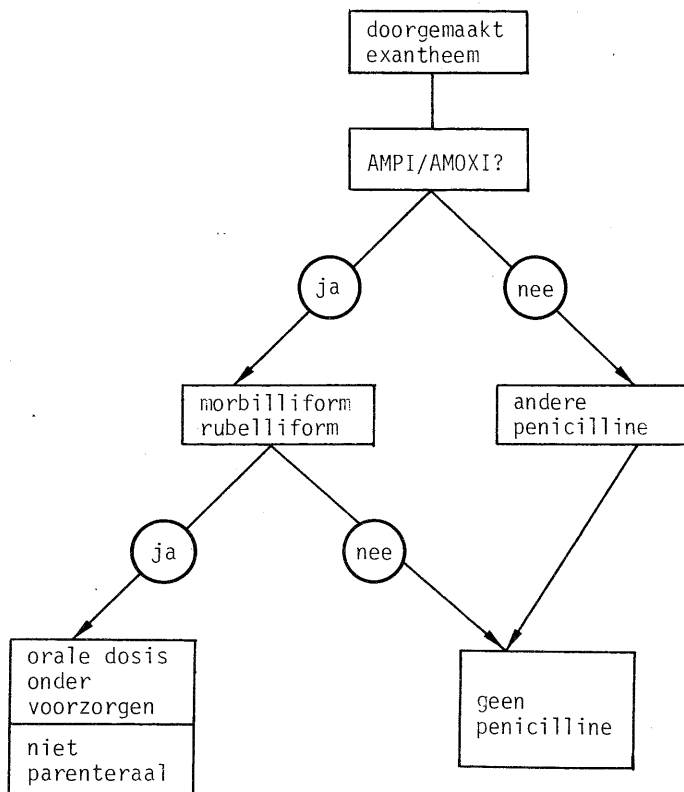
Literatuur: CHAMBERLAIN, M. A., (1980) Socio-domestic and psychological factors in management. In: J. M. H. MOLL, *Ankylosing spondylitis*, bl. 227. Churchill-Livingstone, Edinburgh.

INGEZONDEN

Ampicilline-exantheem of penicilline-allergie?

Het antwoord op vraag 4 (1981) behoeft volgens ons enige aanvulling.

Het praktische belang van het onderscheid is uiteraard dat een ampicilline-exantheem geen absolute contra-indicatie voor toekomstige behandeling met penicillines



(inclusief ampicilline en amoxicilline) behoeft te zijn. Vooropgesteld dient te worden dat, hoewel het ampicilline-c.q. amoxicilline-exantheem inderdaad dikwijls morbilliform of rubelliform is en de „echte” penicilline-allergie veeleer een urticariëel of erythemateus karakter heeft, het onderscheid op klinische gronden vaak moeilijk is. Ook kan een „typisch” ampicilline-exantheem wel eens op een penicilline-allergie berusten.

In het antwoord wordt gesuggereerd dat het verdwijnen van het exantheem bij voortgezette toediening pleit voor ampicilline-exantheem; dit is echter vaak ook het geval bij een exantheem door penicilline. In het algemeen is daarom voortzetting van de toediening wel gewettigd, mits het niet gaat om een urticariële reactie of een ernstige erythrodermie, en mits de patiënt dagelijks gecontroleerd wordt. Wegens de kans op een acute allergische reactie is het hervatten van de behandeling met een penicillinepreparaat, na staken wegens een exantheem, riskanter dan voortzetten onder goede controle.

Bij een patiënt, die in het verleden een exantheem op

een penicillinepreparaat doormaakte, zal men zich eerst moeten afvragen op welk penicillinepreparaat de reactie is opgetreden (zie de figuur). Was het ampicilline of amoxicilline én was het exantheem morbilliform of rubelliform, dan is orale toediening gerechtvaardigd mits de eerste dosis onder toezicht (gedurende een uur) wordt ingenomen. Het risico op een acute allergische reactie (anafylactische shock, Quincke's oedeem, urticaria) is namelijk het grootst bij de eerste dosis. Vanzelfsprekend dient de arts over adrenaline, een injecteerbaar snelwerkend glucocorticoïd en een injecteerbaar antihistaminicum te beschikken. Parenterale toediening van een penicilline dient o.i. in een dergelijk geval in de huispraktijk niet te geschieden. In alle andere gevallen is het veiliger geen penicillinepreparaat toe te dienen, tenzij als ultimum refugium.

Literatuur: Vraag 4 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 200.

Leiden, maart 1981

J. W. M. VAN DER MEER
H. MATTIE

BOEKAANKONDIGINGEN

P. H. M. SCHILLINGS en J. H. SCHURMANS STEKHOVEN, *Atlas of glomerular histopathology*. 143 bl., 230 fig., 1 tabel. S. Karger, Bazel 1980. Prijs: geb. DM. 117,-.

Hoewel geen expert zijnde op het gebied van de histopathologie van de nier – en dan nog speciaal de glomeruli – heeft uw recensent dit boek met veel genoegen bestudeerd. In een zeer bondige tekst beschrijven onze Nederlandse collegae de histologie, de immunohistologie en meestal ook het elektronenmicroscopische beeld van de glomerulopathieën. De afbeeldingen zijn goed en talrijk (230!), al mist men bij alle zwart-wit foto's wel eens de kleur waardoor de afwijkingen soms markanter zouden uitkomen. Het boek zou dan echter wel zeer kostbaar zijn geworden.

Deze atlas kan zonder restrictie aanbevolen worden aan allen die met nierbiopten te maken krijgen; vooral voor internisten, nefrologen, patholoog-anatomen en misschien ook vele immunologen is dit boek van nut.

J. VAN GOOL

Pijn bij mens en dier. Onder redactie van P. VAN DUIN e.a. (Biologische raad reeks.) 112 bl., fig. Pudoc, Centrum voor landbouwpublicaties en landbouwdocumentatie, Wageningen 1980. Prijs: ingen. f 22,50.

Dit zijn voordrachten uitgesproken tijdens een symposium georganiseerd door de Biologische Raad van de Koninklijke Akademie van Wetenschappen. De sprekers stonden voor de moeilijke taak in een kort bestek kennis over te dragen over een onderwerp waar onze inzichten nog vele hiaten vertonen. Zij zijn daar in het algemeen goed in geslaagd. VAN PUTTEN behandelt de pijn bij dieren. VOORHOEVE geeft een goed overzicht over de tegenwoordige stand van zaken, gezien door de bril van de fysioloog. HASPELS' heldere beschrijving van de pijn bij de baring wordt aangevuld met een zo objectief mogelijk oordeel over de verschillende methoden die een pijnloze, natuurlijk

ke baring zouden bevorderen. MENGES behandelt de psychologie van de patiënt met pijn. Met dit alles kan men vrede hebben. Het is moeilijk een gevoel van wrevel te onderdrukken bij het laatste hoofdstuk, getiteld: „Zin en onzin van pijn”. Het werkt bepaald niet verhelderend voor iemand die zich in kort bestek wil oriënteren over een gecompliceerd onderwerp. Onderschrijft de spreker nu werkelijk de mening dat „wij terug moeten naar de voorwetenschappelijke kennis van de mens”? Bij de referent althans ligt na driemaal herlezen van deze voordracht het accent op het tweede woord van de titel.

W. NOORDENBOS

Short-term test systems for detecting carcinogens. Onder redactie van K. H. NORPOTH en R. C. GARNER. 417 bl., 211 fig., 132 tabellen. Springer-Verlag, Berlijn 1980. Prijs: geb. DM. 72,-.

Gezien de bewerkelijkheid en daardoor de enorme kosten van het testen van chemische stoffen op kankerverwekkend vermogen in een chronische dierproef, wordt op vele laboratoria in de wereld onderzoek verricht naar kort durende proeven die op betrouwbare wijze een dergelijk effect kunnen voorspellen. De meeste, zo niet alle, kort durende proeven zijn gebaseerd op de interactie van een stof met de erfelijkheidsmoleculen (DNA) leidend tot meetbare binding, inductie van DNA-herstelprocessen, mutaties, cytogenetische veranderingen en transformatie van cellen in culturen. In verschillende systemen, lopend van bacteria tot zoogdiercellen, worden redelijke tot goede (Ames-test)resultaten geboekt. Het idee heeft postgevat dat een batterij van tests in de toekomst aan de gestelde eis zou kunnen voldoen. Het boek bevat veel nuttige informatie over de stand van zaken en de moeilijkheden die zich op dit gebied voordoen.

P. EMMELOT