

genomen moeten worden (klinische observatie, corticosteroiden).

Literatuur: Redactie (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 716.

Amsterdam, mei 1981

W. G. VAN KETEL
D. P. BRUYNZEEL
P. DE HAAN

Behandeling van mastitis

Zoals bij de meeste natuurlijke functies aanmaak en afvloed van het lichaamsprodukt chemisch door ons kunnen worden beïnvloed, zo is dat ongetwijfeld ook bij de borstvoeding het geval. Daarom wil ik een enkele aanvulling geven op het antwoord op vraag 2 (1981), dat zo verfrissend nu eens de nadruk legt op de fysiologische mogelijkheden in een dergelijk geval (zie ook Ingezonden 1981).

1. Waar stuwings bestaat en een infiltraat bezig is zich te ontwikkelen, kan het best zo vaak mogelijk die borst geëegd worden. Geef dan dus het advies, aan beide borsten zeer frequent aan te leggen (bijv. 8-10 maal per dag). Per keer hoeft nooit langer dan 2×5 min. gezoogd te worden, daar in die tijd verreweg de meeste melk wordt gedronken, mits de toeschietreflex intact is.

2. Stuwings ontstaat door een niet op elkaar afgestemd zijn van vraag en aanbod (bijv. door abrupt minder vaak te gaan voeden of door een te kort schietende toeschietreflex bij tepelkloven). De pijn op het moment van aanleggen in het laatste geval, kan voorkomen worden door eerst aan de gezonde zijde aan te leggen, waardoor het toeschieten pijnloos tot stand komt (bilateraal!) en waarna vervolgens ook de aangetaste kant zonder moeite gegeven kan worden. Voorts is een iets andere positie van het kind aan de borst vaak al voldoende om het vaak onzichtbare maar zeer pijnlijke kloofje te laten genezen (men houde het kind ter afwisseling bijv. onder de rechter arm bij voeden aan de rechterkant). Deze eenvoudige adviezen plus een geruststellende begeleiding doen vaak de melk weer voldoende afvloeien en maken dan de medicinale ingrepen overbodig.

Literatuur: Ingezonden (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 471. Vraag 2 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 21.

Soest, maart 1981

A. W. CHAVANNES

Onregelmatigheid van de cyclus een beletsel voor orale anticonceptie?

De beantwoording van vraag 21 (1981) draagt volledig mijn goedkeuring weg, doch behoeft wellicht nog een toelichting n.a.v. het recente congres inzake jeugdgyneacologie te München (maart 1981), waarbij een aparte panel was gewijd aan de anticonceptie bij jeugdige tieners, waarbij met name ook de vraag gesteld werd of anticonceptie verantwoord was bij nog erg jonge tieners met een nog niet gestabiliseerde cyclus. Bij 100 zeer jonge meisjes die op mycrogynon-30 stonden gedurende 3-24 maanden, bracht de reactie op 100 RH-LH in vergelijking met een controlegroep van 50 meisjes geen verschillen aan het licht. Met andere woorden, de hypothalamus-hypofysaire-ovariële as is zodanig reactief en bereidwillig, dat ook na stoppen van de OAC deze as zich weer snel herstelt. Men kan dan ook rustig de pil geven aan zeer jonge meisjes, ook al bestaan er menstruatie-stoornissen, zoals bijv. oligomenorroe. Bij voorkeur moet men dan de sub-50 pil geven. Voor een zg.

post-pilamenorroe behoeft men niet bevreesd te zijn. Wel werd opgemerkt, dat men inderdaad zuinig met oestrogenen moet zijn bij deze jongeren, met het oog op een kans, later mammopathologie te zien ontstaan. Immers men wordt vaak toch al zoveel jaren blootgesteld aan oestrogenen.

Literatuur: Vraag 21 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 552.

Sittard, april 1981

A. M. C. M. SCHELLEN

Collega Schellen verschilt nauwelijks met ons van mening. Toch is het ons niet geheel duidelijk waarom de proef met 100 zeer jonge meisjes zo geruststellend is. Wij mogen immers aannemen dat de as hypothalamus-hypofyse-ovarium door orale contraceptiva hoofdzakelijk op het niveau van de hypothalamus wordt geremd. Een goede reactie op toediening van LHRH (het releasing hormoon dat de productie van gonodotrofinen in de hypofyse stimuleert, en dat zelf in de hypothalamus wordt geproduceerd) bewijst alleen dat hypofyse en ovarium goed kunnen functioneren, maar zegt niets over de functie van de hypothalamus, en dus ook niets over het eventueel optreden van postpilamenorroe.

Ook wij zijn van mening – zoals uit het antwoord op vraag 21 bleek – dat de sub-50 pil de voorkeur verdient bij jonge vrouwen. Het lijkt ons niet gerechtvaardigd daarbij onrust te wekken over eventueel later optredende „mammopathologie”.

Vaatverwijders bij circulatiestoornissen in het oog

Met belangstelling las ik het antwoord op de vraag van een geriater, over de toepassing van vaatverwijders bij circulatiestoornissen in het oog (Vraag 9, 1981). Als, nu vrijwel rustend oogarts, na ruim 35-jarige oogheelkundige praktijk is het mij een behoefte, dit onderwerp, dat in dit artikel zuiver op theoretisch wetenschappelijke wijze werd benaderd, eens te vergelijken met enige ervaringen uit de dagelijkse praktijk, waarin deze middelen door mij op vrij ruime schaal werden toegepast, aanvankelijk in de vorm van nicotinezuur-preparaten, later ook dihydro-ergotoxine (Hydergine).

De op zo grote schaal voorkomende vasculaire afwijkingen in het fundusbeeld van de peracuut optredende afsluiting van de arteria centralis retinae en haar takken, tot de zeer frequente degeneratieve beelden van vasculair-sclerotische aard toe, waarbij de progressie vaak bevorderd lijkt te worden door in de achterpool optredend retina-oedeem, zijn zowel voor patiënt als voor oogarts vaak zo deprimerend bij hun respectievelijk subjectieve en objectieve constatering, dat de oogarts maar wat graag een therapeuticum zal proberen, dat daarvoor, in de periodiek verstrekte repertoria, als nuttig staat aangegeven. Van zowel nicotinezuur-preparaten zoals bijv. xantanol-nicotinaat (Complamine), als ook dihydro-ergotoxine, worden hierin duidelijk gunstige effecten op de functie van het cerebrale vaatstelsel beschreven, die toch in tegenspraak zijn met de bevindingen van de door uw redactie geraadpleegde deskundigen en ook, naar mijn bescheiden mening, met vrij talrijke klinisch ervaringen in mijn praktijk opgedaan. Ik meen bijv. duidelijk geconstateerd te hebben dat bij de beruchte, acute afsluiting van de arteria centralis retinae, wanneer de patiënt zich na de plotseling wegvallende visus uit het aangetaste oog, zo spoedig mogelijk bij de oogarts meldt, in-

traveneuze injectie van Complamine vrijwel onmiddellijk na de injectie de retinadoorbloeding belangrijk verbeterd, hetgeen in het oogspiegelbeeld is te verifiëren, waardoor zelfs in enkele gevallen de functie van de macula gespaard werd. Ook van het chronische gebruik van Hydergine, helaas nog altijd zo'n verschrikkelijk duur preparaat, zou ik node afstand hebben gedaan door de subjectief vaak zo gunstige reactie op hoofdpijnen van vasosclerotische of vasospastische aard, door het soms zeer duidelijke effect op het retina-oedeem en tenslotte om het feit, dat de achteruitgang van de visus, na toediening ervan, vaak jarenlang gestabiliseerd werd op een aanvaardbaar peil.

Deze ervaringen hebben mij dan ook positief doen staan achter mijn voorgeschreven therapie; aan een jongere generatie van in de praktijk werkende oogartsen het overlatend om mijn eventueel gelijk te bevestigen of te ontkennen.

Literatuur: Vraag 9 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 244.

Diepenveen, februari 1981

P. HOLTHUIS

De bevinding van collega Holthuis kunnen wij onderschrijven, in het bijzonder de verbetering van het gezichts-

vermogen korte tijd na het oogheelkundig spectaculaire gebeuren van de acute afsluiting van de arteria centralis retinae. Soms wordt het zelfs weer geheel normaal. We zien dit vooral als emboli afkomstig uit sclerotische plaques in de arteria carotis de oorzaak zijn van de arteriële occlusie in de retina. De amaurosis fugax kan dan zo kort duren dat visus en fundusbeeld niet zelden weer normaal zijn wanneer de patiënt de spreekkamer van de oogarts heeft bereikt. Als de circulatie pas na verloop van langere tijd verbetert en het gezichtsvermogen weer toeneemt, terwijl de patiënt inmiddels een medicament heeft gebruikt, doet zich de eeuwige durende vraag van het „post of propter” voor. Hetzelfde geldt voor degeneratieve vaatprocessen in de retina, die soms snel progressief zijn maar ook wel langere tijd nagenoeg stationair blijven.

Wij zouden collega Holthuis graag willen bijvallen want er zijn patiënten met involutievervalsingen waardoor het gezichtsvermogen op oudere leeftijd achteruitgaat. Helaas kan dat niet omdat er, nog afgezien van de eigen ervaring, een grote mate van eenstemmigheid in de internationale literatuur bestaat, die nog ondersteund wordt door fundamenteel experimenteel onderzoek bij dieren dat de door collega Holthuis genoemde preparaten geen aantoonbaar gunstig effect hebben op circulatiestoornissen in de retina.

BOEKAANKONDIGINGEN

C. B. RABIN en M. G. BARON, *Radiology of the chest*. 2e druk. (Diagnostic radiology, deel 3.) 728 bl., 576 fig. Williams & Wilkins, Baltimore 1980. Prijs: geb. \$ 85,-.

Deze monografie maakt deel uit van „Golden's diagnostic radiology”, een serie leerboeken die thans 22 delen telt. RABIN en BARON hebben deze nieuwe druk met zorg bijgewerkt, zich beperkend tot de belangrijkste zaken.

In dit leerboek worden de meest voorkomende aandoeningen van longen, mediastinum en thoraxwand behandeld. Van de cardio-vasculaire aandoeningen worden alleen de pulmonale manifestaties besproken. De stijl is duidelijk en didactisch, en de behandeling van de problematiek is gericht op de klinische praktijk. De illustraties zijn met veel zorg gekozen en afgedrukt en zijn zeer goed te beoordelen. Literatuurlijst en index hebben een redelijk niveau.

Dit boek kan de vergelijking met enkele andere goede monografieën over de pulmonale röntgendiagnostiek zeer goed doorstaan en onderscheidt zich door zijn compacte karakter en zijn vlotte leesbaarheid.

A. E. VAN VOORTHUISEN

Alle de brieven van Antoni van Leeuwenhoek. Deel IX (1692-1694). Onder redactie van J. HENIGER. Deel X (1694-1695). Onder redactie van L. C. PALM. (Uitgegeven onder auspiciën van de Leeuwenhoek-Commissie der Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen.) Resp. 469 bl. en 351 bl. Swets & Zeitlinger, Lisse 1976 en 1979. Prijs per deel: geb. f 208,-.

De consciëntieuze uitgave van de brieven van Antoni van Leeuwenhoek onder auspiciën van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen heeft met de uitgave van het tiende deel bijna de helft van Leeuwenhoek's wetenschappelijk vruchtbare periode bereikt, dat zich althans wat publikaties uitstrekt van 1673 (eerste brief aan de Royal Society) tot 1722 (publikatie van de Latijnse editie

van zijn verzamelde brieven). De onderhavige delen IX en X bevatten de zorgvuldig geannoteerde brieven no. 120-133 en no. 134-147. Het merendeel van deze correspondentie is reeds herhaaldelijk eerder afgedrukt, zij het niet op dergelijk wetenschappelijk onderbouwde wijze als thans het geval is. De brieven, die in deze uitgaven voor het eerst worden gepubliceerd, zijn korte brieven van en aan Richard Waller en aan Peter Rabus. Aan deel IX is toegevoegd een herdruk van een in 1965 verschenen artikel van B.C. Damsteegt over de syntaxis in het taalgebruik van Van Leeuwenhoek, zowel in het Engels als in het Nederlands. In deel X zijn minder uitgebreide voetnoten opgenomen, omdat de redactie deze uitgave niet langer wilde vertragen door het wachten op toegezegde maar niet aankomende bijdragen van externe medewerkers. Om praktische redenen verschijnen deel X en volgende delen in iets kleiner formaat.

J. K. VAN DER KORST

Strahlentherapie. Radiologische Onkologie. Onder redactie van E. SCHERER. 2e druk. 1003 bl., 309 fig., 149 tabellen. Springer-Verlag, Berlijn 1980. Prijs: geb. DM. 198,-.

Reeds 4 jaar na het verschijnen van de eerste druk in 1976 volgt de tweede herziene druk. Aan deze tweede druk zijn nieuwe hoofdstukken toegevoegd over dosisoptimalisatie, neutrontherapie en chemotherapie. Alle aspecten van de radiotherapie komen in dit standaardwerk ruim en op verzorgde wijze aan bod.

Voor de Nederlandse lezer, die gewend is zich te richten op Angelsaksische literatuur, is het interessant te zien hoe de radiotherapie in Duitsland zich snel en langs andere wegen ontwikkelt tot een belangrijk specialisme in de bestrijding van de gevolgen van kanker. Dit boekwerk verdient een plaats op alle radiotherapie-afdelingen als naslagwerk.

A. H. TIERIE