

onbekende stoornis in de stofwisseling van vitamine D achten zij wel mogelijk, evenals een nog onbekende deficiëntie. De bevindingen bij de patiënte die geen voeding meer kreeg, steunen dit echter niet. De kans op het vóórkomen van een toxische stof in de parenterale voedingsvloei-stof die de schrijvers gebruiken, lijkt groter, vooral gezien het verdwijnen van de klachten bij de patiënte die niet meer werd gevoed. Hoewel parenterale voeding, ook gedurende langere tijd, overal ter wereld veel wordt toegepast, leren deze waarnemingen ons dat wij nog maar aan het begin staan van onze kennis van de metabole gevolgen van deze kunstmatige maar vaak levensreddende therapie.

Literatuur: KLEIN, C. L., M. E. AMENT, R. BLUESTONE e.a. (1980) *Lancet II*, 1041.

H. P. SAUERWEIN

Verloskunde en vrouwenziekten

Echografisch vaststellen van urineretentie na gynaecologische operaties

Veelvuldig wordt na uterusextirpatie of prolapsplastiek een urineretentie waargenomen. Tot nu toe kon het be-

staan van urineretentie alleen worden bewezen door catheterisatie nadat de vrouw spontaan had geürineerd. Deze invasieve methode leidt echter, ook als ze onder steriele omstandigheden wordt uitgevoerd, menigmaal tot infecties van de blaas. Na een prolapsplastiek zal vaker catheterisatie nodig zijn; daarbij is traumatische beschadiging van de urethra niet steeds te vermijden en de ingreep is voor de vrouw altijd onaangenaam. LEUCHT e.a. (1980) beschreven een methode om urineretentie aan te tonen en de hoeveelheid in de blaas achtergebleven urine echografisch te meten. Bij 17 vrouwen werd na een uterusextirpatie regelmatig de retentie gemeten, zowel met de catheter als door middel van ultrageluid. Een urineretentie van meer dan 20 ml kon steeds echografisch worden vastgesteld. Bij een retentie tussen de 20 en 60 ml was het verschil tussen beide metingen nooit meer dan 10 ml; boven de 60 ml was de variatiebreedte iets groter. Deze methode lijkt een aanwinst, vooral voor vrouwen met een hardnekkige urineretentie, omdat veelvuldig catheteriseren op deze wijze kan worden vermeden.

Literatuur: LEUCHT, W., E. MÜLLER, H. HEYES e.a. (1980) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 40, 1107.

P. G. HART

INGEZONDEN

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

De reactieve-hyperemieproef; eenvoudig uitvoerbare methoden om de perifere, arteriële bloedstroom onder belasting te onderzoeken

De redactie betreurt het dat onderstaand naschrift abusievelijk niet is afgedrukt waar dat had moeten gebeuren, onder het Ingezonden van BUTH (1981).

In zijn commentaar op ons artikel (1981) begint collega BUTH (1981) met op te merken, dat voor het onderscheid tussen benen met een normale en een gestoorde arteriële circulatie de enkel-armbloeddrukindex in rust voldoende is. Wij zijn het daarmee volledig eens en nergens in ons artikel komt dan ook een ontkenning van dit gegeven voor. Het ging ons ook niet om de gegevens in rust, maar om de gegevens gedurende of na belasting, zoals ook duidelijk uit de titel van het artikel moge blijken.

In de rest van zijn commentaar laat Buth zijn duidelijke voorkeur voor de tredmolentest blijken, hetgeen uiteraard zijn goed recht is; alleen baseert hij die voorkeur op een aantal veronderstellingen, waarmee wij het niet geheel eens kunnen zijn. De eerste daarvan is, dat het lopen op een tredmolen vergelijkbaar is met het normale lopen. Dat is, zeker voor de patiënt met claudicatio intermittens, onjuist. De tredmolen „dwingt” hem tot lopen, in het algemeen houdt hij zich vast aan twee armbeugels en niet zelden beangstigt het apparaat hem. Men moet op een tredmolen „leren lopen”, zoals ook uit onze vroegere ervaring met het tredmolenonderzoek is gebleken.

Dit brengt ons op de tweede veronderstelling van Buth, nl. dat het tredmolenonderzoek gestandaardiseerd zou zijn uit te voeren, hetgeen vooral voor de follow-up van patiënten met perifere arteriosclerose van groot belang kan

zijn. Juist de gewenning aan de tredmolenbelasting en het feit dat de patiënt niet steeds dezelfde claudicatie-afstand heeft – overeenkomend met de zo vaak bij deze patiënten gehoorde mededeling „de ene dag gaat het beter dan de andere” – maken de reproduceerbaarheid van de tredmolentest juist zo dubieus, zoals niet zo lang geleden nog door CLYNE e.a. (1979) werd bevestigd. Dit is in tegenstelling tot de reactieve-hyperemieproef waarbij juist wel een gestandaardiseerde belasting wordt gegeven.

Het is derhalve onze overtuiging dat onze conclusies onverkort gehandhaafd kunnen blijven.

Literatuur: BUTH, J. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1309. – CLYNE, C. A., A. TRIPOLITIS, C. W. JAMIESON e.a. (1979) *Surg. Gynec. Obstet.* 149, 727. – VERHAGEN, P. E. en TH. J. M. V. VAN VROONHOVEN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 466.

Tilburg, juni 1981

P. F. VERHAGEN

TH. J. M. V. VAN VROONHOVEN

Salazosulfapyridine of 5-aminosalicylzuur voor behandeling van colitis ulcerosa en morbus Crohn

Het referaat van collega VAN DEN BRANDT-GRÄDEL (1981) over de behandeling van colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn met salazosulfapyridine (SASP) en 5-aminosalicylzuur (5-ASA), naar aanleiding van het artikel van KLOTZ e.a. (1980), besluit met de aanbeveling om patiënten met een colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn voortaan te behandelen met 5-aminosalicylzuur in de vorm van zetpillen. Deze aanbeveling geeft ons aanleiding tot enkele opmerkingen.