

door de huisarts ten zeerste ontraden wordt; het zou hem zelfs bij de wet verboden moeten worden. Voor het oplossen van meningsverschillen zou het misschien zin hebben ex cathedra-uitspraken, geboden en verboden te vermijden. Er zou eerst eens nagegaan moeten worden hoe een bepaalde aanpak werkt, zonder deze op voorhand af te wijzen. Natuurlijk is de verstrekking van methadon door huisartsen niet dé oplossing van het heroïneprobleem, maar deze verstrekking is een te overwegen onderdeel van mogelijke wijzen van hulpverlening aan heroïneverslaafden.

Literatuur: NOACH, E.L. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 430.

Amsterdam, april 1982

D. DE VRIES

Proteus-infectie van de urine?

SLORS, RASKER en NETELENBOS (1982) mogen gelukgewenst worden met hun publikatie waarin zij de aandacht vestigen op de rol van de ureum splitsende bacteriën in de pathogenese van urinewegstenen. Zoals ROSENSTEIN e.a. (1980) hebben beschreven, komt het nogal eens voor dat in de literatuur over stenen in de urinewegen geen of nauwelijks aandacht wordt besteed aan infectiestenen. De schrijvers pleiten voor een nauwkeurig en voortdurend onderzoek naar urinestenen wanneer een patiënt lijdt aan een Proteus-urineinfectie, speciaal wanneer de klinische symptomen dit suggereren. Zij verduidelijken hun standpunt met twee interessante praktijkgevallen. Mijns inziens zou een onderzoek bij een groter aantal patiënten een beter inzicht in de relatie tussen steenvorming en Proteus-urineinfectie gegeven hebben dan deze twee casuïstische mededelingen.

Hoewel *Escherichia coli* de meest voorkomende pathogene bacterie bij urineinfectie is, zijn Proteus sp. niet zeldzaam bij patiënten in een huisartspraktijk. BROWN e.a. (1971) stelden Proteus sp. verantwoordelijk voor 9% van de urineinfecties. HALLETT e.a. (1976) hebben het veelvuldig voorkomen van Proteus-urineinfecties aangetoond bij jonge mannelijke patiënten. Bij 71 jongens werden geen urinestenen gevonden. STAMEY (1980) stelt: „The physician should beware of the patient with recurrent bacteriuria due to *P. mirabilis*. To be sure, *P. mirabilis* is not an uncommon cause of bacteriuria (about 25% of us carry *P. mirabilis* in our fecal flora), and most *P. mirabilis* infections are not associated with formation of struvite stones. Most of these latter instances, however, are of short duration, while struvite formation is associated with a protracted infection with *P. mirabilis*.”

Het is duidelijk dat het wenselijk zou zijn criteria te hebben om de patiënten te selecteren, bij wie een intensief onderzoek wenselijk is. Van de lijst van bacteriën die volgens de schrijvers ureum splitsend vermogen hebben, zijn Proteus sp. sterke ureaseproducenten, evenals *Staphylococcus saprophyticus*, *S. epidermidis*, *Pseudomonas*-stammen en *Klebsiella* zijn veel zwakker positief, terwijl *E. coli* bijna altijd negatief is. Men dient terughoudend te zijn om bacteriële species „zwak urease-positief” te noemen. Het is bekend, dat andere enzymen, bijv. arginine-dihydrolase, een stijging van pH in ureumbouillon kunnen veroorzaken na langere incubatie, en aldus de indruk wekken dat de bacterie zwak urease-positief is.

De schrijvers vestigen onze aandacht op het feit dat niet iedereen het er mee eens is dat infectie met urease producerende micro-organismen leidt tot de ontwikkeling van urinewegstenen; sommigen geloven dat het ureolytische vermogen van bacteriën slechts een bestaande steen doet groeien. Wanneer zij zeggen „de primaire oorzaak van steenvorming zou een kristallisatie in de bacterie zelf zijn”, denk ik dat zij bedoelen „kristallisatie rondom de bacterie”. Over intrabacteriële kristallisatie is mij niets bekend.

Het mag aanmatigend lijken voor een bacterioloog in discussie te treden over een behandeling, maar ik heb altijd begrepen dat het probleem met geïnfecteerde stenen de aanwezigheid van hele kleine steentjes is, die de chirurg niet kan zien en die aanleiding geven tot het weer opleven van de infectie.

De schrijvers leggen er terecht de nadruk op hoe belangrijk chemotherapie is, eventueel aangevuld met aanzuren van de urine. Hoe staat het met de toepassing van ureaseremmers? Samen met chirurgie en chemotherapie zouden ze een rol kunnen spelen bij de behandeling van infectiestenen, en ze zijn zeker de moeite van overwegen waard.

Ik hoop dat dit artikel de interesse in het onderzoek in de richting van het probleem van de infectiestenen zal stimuleren.

Literatuur: BROWN, P.C.C., M.C. DONAGHY, P.H. DOOTSON e.a. (1971) *Practitioner* 207, 819. – HALLETT, R.J., L. PEACH en R. MASKELL (1976) *Lancet II*, 1107. – ROSENSTEIN, I., J.M.T. HAMILTON-MILLER en W. BRUMFITT (1980) *J. Infection* 3, 211. – SLORS, J.F.M., F.M.T. RASKER en J.C. NETELENBOS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 225. – STAMEY, T.A. (1980) *Pathogenesis and treatment of urinary tract infections*, bl. 181. Williams & Wilkins, Baltimore.

Amsterdam, februari 1982

D.M. MACLAREN

Urethra-aandoeningen door fietsen

De door collega VAN GOOSWILLIGEN (1982) geciteerde opmerking van „onze” oud-wereldkampioen – en wielrenner – Kneteman dat „een vrouw niemand beter kan treffen dan een goed getrainde wielrenner”, gaf mij aanleiding tot overpeinzen. Onze wielrenner lijkt ervan uit te gaan, dat „een vrouw” het niet anders dan verrukkelijk kan vinden als er zo'n goed getrainde en potente sportfiguur op haar weg komt. Wat mij nu intrigeert is, of collega Van Gooswilligen – dat blijkt niet uit zijn stuk – het met deze opvatting van Kneteman eens is. Er is dacht ik, nogal wat af te dingen op deze uitspraak. De laatste tijd komen er ook uit emancipatoire vrouwenkringen andere geluiden, waarin bijv. ook aan de factor „tederheid” grote betekenis wordt toegekend.

Verder heb ik bij mijn weten voor 't eerst gelezen, dat training libido verhogend werkt. Dit roept ook weer vragen bij mij op: Zou toediening van testosteron dan toch een therapie voor impotentie kunnen zijn? Ik meen, dat ik altijd had gehoord van niet. En hoe staat het met de libido van onze goed getrainde zwemmers, boksers, schaatsers, voetballers en balletdansers? Wat is de invloed van „trimmen” op de libido? Heb ik alle 20 jaar, dat ik huisarts was, niet geweten van zijn eenvoudig advies als „ga flink sporten” bij impotentieklachten? En een laatste vraag: Staat inderdaad vast, dat er een verband bestaat tussen conditie en libido dan wel potentie?

Literatuur: GOOSWILLIGEN, J.C. VAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 565.

Hoornsterzwaag, maart 1982

W. VAN DEN BERGH

Gaarne zou ik naar aanleiding van het artikel van VAN GOOSWILLIGEN (1982) een paar opmerkingen willen maken. De conclusie dat door irritatie van het zadel urethradivertikels kunnen ontstaan, lijkt mij niet juist. Urethradivertikels zijn congenitale aandoeningen in tegenstelling tot de zogenaamde pseudodivertikels, die kunnen ontstaan na het maken van fausse routes, bijv. bij gebruik van instrumenten in de lagere urinewegen. De foto in het artikel laat, naast het al aanwezige divertikel, nog een configuratie zien, die zeer verdacht is voor het bestaan van een urethrastricture, die op zichzelf al aanleiding kan geven tot strangurie en zeker, wanneer na het fietsen dan ook nog kleine hoeveelheden geconcentreerde urine het geïrriteerde slijmvlies van de urethra passeren. Het blijft m.i. dan nog altijd de vraag of deze urethrastricturen het gevolg zijn van het „fietsletsel” van de urethra.

Het libido verhogende effect van sportbeoefening wil ik niet betwisten, hoewel ik wel van mening ben dat een opmerking van een wielrenner niet als bewijs aangevoerd mag worden.

Tenslotte vraag ik mij af of de acute impotentie wel door het fietsen komt. Zou het niet veel meer het gevolg zijn van de grote vermoeidheid, die na elke grote langdurige krachtsinspanning kan optreden? Zodra deze vermoeidheid verdwijnt zal ook de impotentie reversibel blijken te zijn.

Literatuur: GOOSWILLIGEN, J.C. VAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 565.

's-Gravenhage, april 1982

P.J.R.O. VAN HELSDINGEN

Het normale kraambed

Bij het lezen van het artikel van prof. HUISJES (1982a) en zijn antwoord (1982b) op de reactie van mw. ROMBACH (1982) krijg ik de indruk dat hij het herstellingsproces in het kraambed onderschat en zo ook het wennen aan de nieuwe situatie, moeder worden c.q. gezinsuitbreiding. Naar mijn idee is rust in het kraambed van essentieel belang voor de maanden daarna. (En rust wil ik niet verwarren met inactiviteit.) De mogelijkheid tot professionele hulp moet in deze tijd waarin gezinnen vaak zo geïsoleerd staan niet verder afnemen.

Borstvoeding is weliswaar een natuurlijke functie van de vrouw post partum, maar dit wil allerm minst zeggen dat het allemaal vanzelf goed gaat. Dit blijkt wel uit het feit dat nu 5 jaar geleden een vereniging als „Borstvoeding Natuurlijk” is opgericht. Het zegt iets over een tekort aan vakkundige professionele hulp en over de omvang van de behoefte.

En dan een uiting als „een kraamvrouw is geen patiënte maar een gezonde vrouw”; hoe juist deze uitspraak strikt genomen ook is, toch blijkt in de praktijk veelvuldig dat op het adaptievermogen van de kraamvrouw een dusdanig beroep wordt gedaan, dat dit vermogen gestoord raakt. We moeten dan wel degelijk van een patiënte spreken. Verwarring kan echter ontstaan doordat kraamvrouwen nogal eens een façade optrekken waarachter, zoals prof. Huisjes ongetwijfeld weet, gigantische angsten; depressieve gevoelens en agressie schuil kunnen gaan. (Iedereen verwacht dat de moeder opgetogen over haar gezonde baby is.) Vrouwen

bekennen elkaar (gelukkig) hun zwakte en heetgebakerdheid als ze hiertoe in de gelegenheid gesteld worden, bijv. in groepen postnatale gymnastiek.

In aansluiting op de laatste vraag van mw. Rombach wil ik nog opmerken dat bovengenoemde vereniging „Borstvoeding Natuurlijk” adviseert om niet met orale anticonceptiva te beginnen voordat de lactatie goed op gang is gekomen (6-8 weken post partum). Tevens is mij een onderzoekje bekend uit 1980 (Vrouwenklinik, Wilhelmina Gasthuis) waaruit geconcludeerd kan worden dat borstvoeding en orale anticonceptiva negatief zijn gecorreleerd, hetzij farmacologisch, hetzij psychologisch. Van de 254 vrouwen die met orale anticonceptiva en borstvoeding gevend uit de kliniek waren ontslagen, bleek op de polikliniek 6 weken later dat 86 nog borstvoeding gaven (33,9%). Van de 266 vrouwen die zonder orale anticonceptiva en wel borstvoeding gevend de kliniek verlieten, waren dat er 176 (66,2%). (Scriptie C. Melvill en T. Trietsch. De conclusie is voor mijn rekening.)

Literatuur: HUISJES, H.J. (1982a) *Ned. T. Geneesk.* 126, 340; (1982b) 126, 690. – ROMBACH, S.C. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 690.

Castricum, mei 1982

J.H.E. AFMAN-POPKEN

Of ik het proces van herstel in het kraambed onderschat of niet is een kwestie van appreciatie: het heeft weinig zin daarover in discussie te treden. Het is evenmin eenvoudig het punt aan te geven waar een gezonde kraamvrouw een patiënte wordt. Het was niet mijn bedoeling het herstelproces te onderschatten, of te ontkennen dat sommige kraamvrouwen somatisch of psychisch ziek worden. Het zou echter m.i. te ver gaan elke depressieve stemming, elk agressief gevoel tot ziekte te bestempelen waarvoor professionele hulp nodig is. Professionele hulp die 10 dagen moet duren en niet 6 of 7. Collega Afman geeft zelf al een alternatief aan: de postnatale gymnastiek. Dit is zeker één van de mogelijkheden om reacties op de nieuwe situatie af te reageren. Deze reacties zijn waarschijnlijk voor vele vrouwen gezonder dan het uitblijven ervan.

De problemen bij borstvoeding zijn mijns inziens niet zozeer een gevolg van tekort aan professionele hulp, als wel van gebreken in de aard van die hulp. Dit laatste lijkt me ook veel meer de basis van de vereniging „Borstvoeding Natuurlijk” dan het eerste. Het is de aard van de benadering, meer dan de omvang van de hulp, die centraal moet staan. Dat wordt voortreffelijk onder woorden gebracht in de folder „Borstvoeding, zo natuurlijk mogelijk” (die overigens in de Groningse kliniek voor alle zwangeren beschikbaar is); „Wij zullen proberen je zo veel mogelijk informatie te geven, maar uiteindelijk moet je op je eigen inzicht, gevoel, intuïtie en moederinstinct afgaan.” Een intensieve, langdurige professionele hulp is geen garantie voor een natuurlijk verloop van welk fysiologisch proces dan ook!

Groningen, juni 1982

H.J. HUISJES

Normpraktijk en normtoekomst

In de brief van prof. MEIJLER (1982) staat dat het vaststellen van een norm voor een praktijk een onmogelijke opgave is. Dit klinkt mij vreemd in de oren. Het vaststellen van een gemiddelde met standaarddeviatie (= norm) is een toch zeer gebruikelijk iets in de medische wetenschap om