

situaties kunnen leiden. Het zou een heel goede klinische les geweest zijn, wanneer deze vervolgens was afgesloten met de juiste voedingsadviezen bij acute diarree in termen die door huisartsen gegeven en door moeders begrepen kunnen worden.

De auteurs realiseren zich vermoedelijk zelf niet welk een medicaliserend beleid zij adviseren door het zelf bereiden van voeding als een voorbeeld van verkeerde zuinigheid te interpreteren. Het blijkt voor bevolking en huisartsen soms nog moeilijk te accepteren dat bij acute diarree geneesmiddelen onnodig en bij het overgrote deel van de patiënten ongewenst zijn.¹ Het is wel van groot belang, dat dit besef doordringt, omdat dit zeer vaak voorkomende ziektebeeld daardoor tot het gebied van de zelfzorg blijft behoren. Het adviseren van een middel dat uitsluitend in de apotheek verkrijgbaar is, staat haaks op de zelfzorg. Dáár zit het probleem, niet in zuinigheid. Het is jammer dat ook Taminiu in zijn *caput selectum* over dit onderwerp (1984; 2224-9) wel een aantal voedingsmiddelen afwijst, maar geen bruikbare alternatieven in de levensmiddelen sfeer aangeeft. Het is toch te gek om te veronderstellen dat degenen die ons dagelijks van koffie, thee en hele middagmalen voorzien, niet in staat zouden zijn een simpele oplossing, bestaande uit water, zout en suiker samen te stellen? Het verschil zit kennelijk in de consequenties, die een verkeerde samenstelling kan hebben.

Het is goed, dat degenen die diarree in de thuissituatie behandelen, huisartsen, van dergelijke calamiteiten horen. Het lijkt verstandig het daarna aan huisartsen over te laten conclusies voor het beleid te trekken. Dat kan soms tot orale rehydratie-oplossing leiden. Het gemak waarmee specialisten menen in de kolommen van „ons tijdschrift” te kunnen aangeven hoe huisartsen eigenlijk zouden moeten handelen, lijkt vaak omgekeerd evenredig met hun kennis van de huisartsengeneeskunde. Het is niet juist, dit uitsluitend de auteurs van de genoemde artikelen te verwijten. Het tijdschrift als zodanig ademt een sfeer van overwaardering van specialistische kennis in het kader van de Nederlandse geneeskunde. Daarop is al eerder gewezen.² Het lijkt niet veel te helpen. Dat is jammer, want het is wel ons áller Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

LITERATUUR

¹ Meyboom WA, Post D, Thomas S. Het voorschrijven van geneesmiddelen aan kleine kinderen. *Huisarts Wet* 1984; 27: 300-5.

² Aulbers BJM. Waarom komt de huisartsengeneeskunde in dit tijdschrift zo weinig aan bod? *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 1349.

Dedemsvaart, november 1984

W.A. MEYBOOM

Wij danken collega In 't Veld en collega Meyboom voor hun reacties. Wij zijn het geheel eens met de zienswijze dat onnodige medicalisering door artsen een ongewenste zaak is. Wij hebben in ons artikel dan ook op geen enkele wijze gepropageerd, dat elke diarree met orale rehydratie-solutie behandeld zou moeten worden. Is er echter een dusdanige dehydratie dat behandeling nodig is, dan gaat het om een situatie die vooral bij jonge kinderen tot ernstige morbiditeit en mortaliteit kan leiden. Er bestaat dan dus geen onnodige medicalisering. Het gaat erom doeltreffend te behandelen en onnodige risico's te vermijden. O.a. door het onderzoek van Hutchins werd aangetoond dat er vele foutenbronnen zijn bij het voorschrijven van zelf te bereiden oplossingen. Het is in het belang van het gedehydrateerde kind om deze foutenbronnen zoveel mogelijk te omzeilen. Een manier hiertoe is het voorschrijven van sachets.

Amsterdam, december 1984

E. FLIERS

Hoeveel moedermelk heeft een prematuur geboren kind nodig?

Met veel belangstelling hebben wij in dit tijdschrift (1984; 2113-4) de klinische les van Verheul, Cornelissen en Waelkens gelezen over de benodigde hoeveelheid moedermelk bij een prematuur geboren zuigeling. Na een zwangerschapsduur van 30 weken leidde toediening van 200 ml/kg/dag moedermelk tot onvoldoende groei gedurende de tweede helft van de eerste levensmaand. Dit werd door de schrijvers verklaard door onvoldoende eiwitaanbod in de voeding. Grotere hoeveelheden moedermelk (tot 230 ml/kg/dag) leverden wel het gewenste resultaat op.

Hiermede werd evenwel voorbijgegaan aan de eventuele rol van zoutdepletie. Op grond van onderzoek bij zuigelingen met een geboortegewicht beneden 1300 gram werd geconcludeerd dat een totale natriumopname van 3 meq/kg/dag nodig is tot het gewicht van 1500 gram bereikt is.¹ Anderen schatten de minimale natriumbehoefte op 5 meq/kg/dag voor prematuur geboren zuigelingen na een zwangerschapsduur van minder dan 30 weken en op 4 meq/kg/dag voor prematuur geboren zuigelingen na een zwangerschapsduur tussen 30 en 35 weken gedurende de eerste twee levensweken.² Deze grote natriumbehoefte is het gevolg van de nog gebrekkige tubulaire terugresorptie van natrium bij deze jonge zuigelingen.

Wanneer we rekening houden met de natriumconcentratie in de eigen moedermelk op de 28e levensdag van de prematuur geboren zuigeling, kan worden geschat dat bij een aanbod van 200 ml/kg/dag ongeveer 2,5 meq/kg/dag natrium wordt toegediend.³ Het is dus goed mogelijk dat uitsluitend extra zouttoediening bij de beschreven zuigeling tot de gewenste gewichtstoename zou hebben geleid. Bestudering van de natriumbalans en eventueel bepaling van het reninegehalte in het plasma van dit kind hadden deze opvatting kunnen ondersteunen. Bij ons bleek bij vergelijkbare kinderen de bepaling van de renineactiviteit in het plasma een gevoelige maatstaf te zijn voor zouttekort, ook wanneer het natriumgehalte van het serum laag-normaal was.

LITERATUUR

¹ Roy RN, Chance GW, Radde IC, Hill DE, Willis DM, Sheepers J. Late hyponatremia in very low birthweight infants (< 1.3 kilograms). *Pediatr Res* 1976; 10: 526-31.

² Al-Dahhan J, Haycock GB, Chantler C, Stimmler L. Sodium homeostasis in term and preterm neonates. *Arch Dis Child* 1983; 58: 335-42.

³ Gross SJ, David RJ, Bauman L, Tomarelli RM. Nutritional composition of milk produced by mothers delivering preterm. *J Pediatr* 1980; 96: 641-4.

Nijmegen, november 1984

C.H. SCHRÖDER

J.M. BOON

L.A.H. MONNENS

Geheel terecht wijzen de collegae Schröder, Boon en Monnens op de mogelijkheid dat een te laag zoutgehalte in de moedermelk ook een verklaring zou kunnen vormen voor de matige groei van de beschreven pasgeborene. Zij attenderen op literatuurgegevens waarin wordt vermeld dat prematuur geboren zuigelingen met een geboortegewicht beneden 1300 gram een grotere natriumbehoefte hebben als gevolg van een nog gebrekkige tubulaire natriumterugresorptie. Bij prematuur geboren zuigelingen zou overigens niet alleen deze resorptie gebrekkig zijn, ook de gastro-intestinale resorptie is niet volledig; tot 10% van de opname kan zo verloren gaan.¹

Een tekort aan natrium in de voeding van ons patiëntje kunnen wij niet geheel uitsluiten, maar wel dient opgemerkt te worden dat onvoldoende natrium in de voeding vooral van klinische betekenis is wanneer dit ook tot hyponatriëmie aanleiding geeft.² Bij ons patiëntje was het elektrolytenghalte steeds normaal. Natriumconcentraties in het serum tussen 132 en 135 mmol/l werden gemeten. De eiwitconcentratie daarentegen lag tussen 42-44 g/l. Het ureum als eindproduct van het eiwitmetabolisme was minder dan 2 mmol/l. In één gepooled voedingsmonster dat op een later tijdstip werd afgenomen is één keer de natriumconcentratie gemeten (4,2 mmol/l) en deze lag in het laag-normale gebied.^{3,4} De spreiding van het natriumgehalte van afgekolfde melk van moeders van prematuur geboren zuigelingen is echter zeer groot.⁵

We hebben in onze klinische les in de eerste plaats willen aanduiden dat er grote kwaliteitsverschillen bestaan in de samenstelling en dat hiernaar hoognodig nader onderzoek moet worden verricht om voor de Nederlandse bevolking geldende referentiewaarden te verkrijgen. Ook de elektrolytsamenstelling zal daarbij betrokken moeten worden.

LITERATUUR

- 1 Al Dahhan J, Haycock GB, Chantler C, Stimmler L. Sodium homeostasis in term and preterm neonates. II. Gastro-intestinal aspects. Arch Dis Child 1983; 58: 343-5.
- 2 Chance PW, Radde JC, Willis DM, Park E. Postnatal growth of infants of < 1,3 kg birth weight: Effects of metabolic acidosis, of caloric intake, and of calcium, sodium and phosphate supplementation. J Pediatr 1977; 91: 787-93.
- 3 Schanler RJ, Oh W. Composition of breast milk obtained from mothers of premature infants as compared to breast milk obtained from donors. J Pediatr 1980; 96: 697-81.
- 4 Lemons JA, Moye L, Hall D, Simmons M. Differences in the composition of preterm and term human milk during early lactation. Pediatr Res 1982; 16: 113-7.
- 5 Gross SJ, Geller J, Tomarelli RM. Composition of breast milk from mothers of preterm infants. Pediatr 1981; 68: 490-3.

Eindhoven, december 1984

F.E.A.M. VERHEUL
P.J.H.C. CORNELISSEN
J.J.J. WAELEKENS

Behandeling van een patiënt met ergotisme

Bij de casuïstische mededeling van de collegae Kerker, Westerhof en Van Heijst in dit tijdschrift (1984; 1901-4) wilde ik het volgende opmerken: Patiënte ontving een intraveneuze infusie met o.a. procaine. Nu heeft procaine, evenals lidocaïne (Xylocaïne), een uitstekend spasmolytisch effect op de vaatwand en, indien het intra-arterieel wordt toegediend, en wel in de A. femoralis superficialis van het meest getroffen been, zal het „steal“-effect te verwaarlozen zijn;¹ slechts een klein deel komt in de grote circulatie; de algemene bijwerkingen zullen dus gering zijn, daarentegen de lokale werking maximaal. Het verdient mijns inziens daarom aanbeveling de injectie met het vaatverwijdende middel i.c. Nitroprussidenatrium toe te dienen in de A. femoralis superficialis van het meest getroffen been.

Als voorbeeld 2 ziektegevallen uit eigen praktijk in een verpleeghuis:

a. Een vrouw van 89 jaar met een acute ischemie van het linker been, voor wie een vaatchirurgisch ingrijpen een te groot risico werd geacht, gaf ik via de A. femoralis superficialis 10 ml lidocaïne 1%, de volgende dag een combinatie van 10 ml lidocaïne, 10 mg tolazoline en procainamide (Pronestyl; als anti-arrhythmicum). Deze combinatie werd telkens na enkele dagen of weken herhaald

tot 9 injecties binnen 2 maanden. De circulatie in het been heeft zich goed hersteld.

b. Een ischemisch, niet genezend ulcus op de tibia bij een 81-jarige diabetica, behandelde ik met een reeks van wekelijkse injecties van bovengenoemde samenstelling. Het ulcus genas toen vlot. Ook de nachtelijke ischemische pijn was verdwenen.

LITERATUUR

- 1 Moerman N, Taat CW. Gangreen na intra-arteriële injectie. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1877-81.
- 2 Molen HR van der. Vasoactive intra-arterial therapy in peripheral occlusive arterial disease (with follow-up after 6,5 years). Angiology Apr 1980; 31: 221-9.

Tiel, november 1984

B.A. SCHERMER

De invloed van roken op de mortaliteit binnen echtparen

Dit artikel (1984; 1934-7) bevat enige uitkomsten over het actief en passief roken door vrouwen die onverwacht zijn en die de auteurs afdoen met „statistische onbetrouwbaarheid“, door interpretatieregels te hanteren die voor mannen en vrouwen verschillen en door te veronderstellen dat de totale sterfte geen goede indicatie is voor de effecten van roken bij vrouwen.

1. In het artikel is geen indicatie over de duur van het roken en eventuele veranderingen in het rookpatroon opgenomen. Behalve de intensiteit mag ook de duur van het roken geacht worden het sterfterisico te beïnvloeden. In de onderzochte periode zijn in het bijzonder bij vrouwen, ook in de oudere leeftijdscohorten, grote veranderingen in het rookpatroon ontstaan.¹ De sterfterisico's van het roken door vrouwen zijn vermoedelijk hierdoor niet valide, terwijl deze voor mannen onderschat zijn.

2. Statistische onbetrouwbaarheid kan ondervangen worden door de afzonderlijke verschillen te toetsen of door bijvoorbeeld een (logistische) regressie-analyse uit te voeren. De indeling in olopemde intensiteit van het roken nodigt hiertoe uit. Zo te zien zullen de b's van de regressievergelijking bij de vrouwen significant van nul afwijken. Bij afzonderlijke toetsing van de verschillen zijn vermoedelijk alleen de meest extreme significant, voor mannen en voor vrouwen. Toetsing met kleinere betrouwbaarheidsintervallen, geëigend wanneer wij rokers geen vals gevoel van veiligheid willen geven, levert meer significante verschillen op, die echter bij de vrouwen onverwachte en moeilijk te interpreteren uitkomsten geven. Gezien de orde van grootte van de verschillen kan geconcludeerd worden dat bij beide geslachten de sterfterisico's een derde hoger zijn bij intensief roken. Bij de mannen is dit 20 sigaretten of meer, maar bij de vrouwen 5 sigaretten of meer. Op grond van deze gegevens zou ik niet durven beweren dat vrouwen beter bestand zijn tegen roken.

3. Bij de vaststelling van het passief roken door de vrouwen lijkt er iets fundamenteel scheef te zitten. Niet-actief rokende vrouwen hebben een sterfterisico van 0,291, terwijl de niet-passief en niet-actief rokende vrouwen een sterfterisico hebben van 0,381 na 25 jaar. Ook wanneer de categorieën niet „zuiver“ zouden zijn, zouden wij ongeveer gelijke sterfterisico's verwachten. Dit blijkt niet zo te zijn, zodat gedacht kan worden aan een selectiefactor (vrijwillige deelname aan het onderzoek?).

4. De auteurs vinden blijkbaar alleen min of meer lineaire verbanden, zodat zij bij het passief roken door vrouwen,