

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.<sup>2</sup> 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.<sup>3,4</sup> De spreiding van het natriumgehalte van afgekolfde melk van moeders van prematuur geboren zuigelingen is echter zeer groot.<sup>5</sup>

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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;<sup>1</sup> 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

- Moerman N, Taat CW. Gangreen na intra-arteriële injectie. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1877-81.
- 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.<sup>1</sup> 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,