

otitis media. De leeftijden varieerden van twee maanden tot elf jaar. Slechts 121 kinderen konden audiometrisch worden vervolgd. De belangrijkste reden was dat 43 in 1964 nog te jong waren om nauwkeurig te worden onderzocht.

Bij de eerste „follow-up” bleken 25 kinderen (20%) een gehoorverlies te hebben van 20 of meer db in het spraakgebied aan één of beide oren. De gemiddelde tijd tussen de aanval en de normalisering van het gehoor werd op gemiddeld 23 maanden geschat, maar deze schatting is, gezien de lage frequentie van de audiometrische bepalingen, uiteraard weinig exact. Negentien kinderen (15%) bleken een gehoorvermindering te hebben van 10-20 db aan één of beide oren. Aldus bleek 35 procent van de kinderen gedurende een respectabele tijd aan een gehoorvermindering te lijden. Bij het laatste onderzoek bleken evenwel slechts twee kinderen (1,5%) een doofheid van 20 db of meer aan beide oren te hebben. Zes (5%) anderen hadden deze graad van doofheid aan één oor, waarvan twee met een verlies van 40 db.

Vijfentwintig kinderen werden otologisch behandeld: adenotomie (en eventueel tonsillectomie), myringotomie of proefparacentese. Uit het onderzoek bleek, dat de enige factor, welke de kans op blijvende doofheid deed toenemen, herhaalde aanvallen van otitis media was. De otorrhoe bleek geen duidelijk nadelig effect te hebben. Ook de leeftijd waarop de eerste aanval optrad bleek geen duidelijke invloed te hebben.

De oorspronkelijke opzet van het onderzoek was om de ene helft van de kinderen met een antibioticum te behandelen en de andere niet, ten einde te zien of genoemd medicament invloed had op de preventie van gehoorvermindering. Om verschillende, in het artikel genoemde, praktische redenen werden alle kinderen met een oraal penicilline-preparaat behandeld.

Tot slot wijzen de auteurs erop dat de geconstateerde gehoorvermindering na acute otitis media de betrokken kinderen bij hun schoolprestaties parten kan spelen. Ling (1956) vond dat 39 van 40 kinderen met een lichte doofheid (minder dan 25 db) een significante achterstand te zien gaven in wiskunde of in Engels of in beide vakken. Tevens wordt door de auteurs nog gewezen op de geringe waarde van de fluisterspraaktest. Het bleek namelijk dat kinderen met een verlies van 25 db een gefluisterd woord op circa vier meter afstand hoorden. C. H. Bowles

66-12. Small-bowel ulceration induced by potassium chloride. Ashby, W. B., John Humphreys, Sinclair J. Smith. (1965) *Brit. med. J. II*, 1409-1412.

In dit artikel worden zes ziektegevallen beschreven van patiënten met heftige buikklachten, meestal van koliekachtig karakter, die gedurende korte of lange tijd enteric-coated tabletten, waarin een diureticum en kaliumchloride, hadden gebruikt. Bij operatie werden meestal gelokaliseerde stricturen gevonden, gewoonlijk tezamen met een ulcus dat zich cirkelvormig om het darm-lumen uitbreidde. Resectie van het gestructureerde darmdeel of bypassenterostomie (in de „poorrisk”-gevallen) gaf volledig herstel. In een geval werd darmperforatie gevonden, maar in de meeste gevallen betrof het een intestinale obstructie. In een geval trad vermindering der klachten op na staken van de medicamenteuze therapie op eigen initiatief van de patiënt.

Wat de lokalisatie van de lesie betreft, blijkt deze gelijkelijk verdeeld te zijn over jejunum en ileum. In de meeste gevallen is er een solitaire lesie; enkele malen werd door anderen op twee plaatsen een lesie aangetroffen. Auteurs wijzen nog eens op de merkwaardige annulaire vorm der aandoening, waardoor strictuurvorming optreedt. In het kort worden de experimenten van anderen aangehaald waaruit blijkt dat niet het diureticum, noch het diethylphthalaat (als coatingmateriaal), maar het kaliumchloride de oorzakelijke factor bij het ontstaan der ulceraties is. Waarschijnlijk is de grote concentratie van deze stof als gevolg van het oplossen van de omhullende laag in de dunne darm als oorzaak aan te wijzen voor het ontstaan van de lesie. Er wordt op gewezen dat deze afwijking weliswaar zeldzaam is, gezien de grote consumptie van het geneesmiddel, maar het verdient toch aanbeveling het kaliumchloride zodanig in een andere vorm toe te dienen. C. H. Bowles

Boekbesprekingen

Therapie compendium (11e geheel herziene druk). Samen-gesteld door Dr. H. R. M. de Haan. Stafleu's Wetenschap-pelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden, 1966; 618 blad-zijden. Prijs f 30,—.

In het voorwoord bij deze elfde druk van het meer dan 600 bladzijden bevattende Therapie Compendium wordt door de samensteller medegedeeld dat „dit Compendium verschijnt in een vorm die representatief mag worden genoemd voor de huidige stand der geneeskunde”. Het doel dat de auteur en zijn medewerkers hebben nagestreefd is het samenstellen van een „memento voor de arts, die niet in een grote stad naast het ziekenhuis woont”. In dit memento moet „de algemene arts op het platteland, op zee of in overzeese gebieden (moet hierin) richtlijnen vinden voor behandeling, ook wanneer de voornaamste therapie om welke reden dan ook, op dat moment niet mogelijk is”. De auteur voegt hieraan toe dat zeer bewust niet alle oude behandelingen als obsoleet zijn verlaten en dat in verband met het grote aantal geneesmiddelen steeds meer kruisreferentie moet bestaan met het tweede deel, het Geneesmiddelen Compendium.

In de volgende inleiding wordt uiteengezet dat de algemene therapie gebaseerd is op drie pijlers en wel op de psychische, de biochemische en de technische benadering van de ziekte. Het streven om bovenvermelde doelstellingen op de genoemde brede basis te realiseren is voorwaar geen geringe opgave en zoals blijkt na de bestudering van het boekwerk, een te zware opgave.

In een Therapie Compendium anno 1966 mag men toch tenminste adequate informatie betreffende (farmaco-)therapie verwachten die up to date is. Indien men daarnaast een opsomming wenst te geven inzake (obsoleete) therapeutische opvattingen van de laatste 50 jaar, dient men dit op overzichtelijke en systematische wijze te doen en duidelijk te laten uitkomen waar men met een verouderde behandelingswijze te maken heeft. Dit blijkt in het onderhavige boekwerk niet het geval te zijn. Rijp en groen worden door elkaar vermeld.

Naast het goede dat ongetwijfeld in het boekje gevonden kan worden treffen we onder meer het volgende aan: Bladzijde 12: Longabces. Dit blijkt behalve met antibiotica en chirurgische therapie te kunnen worden behandeld met „Bestraling met elektrische gloeilamp 15-20 min. tot sterk zweten, hierna warm bad, afdrogen en rust”. Tevens wordt vermeld: „zebaden, zwavelbaden”. Bladzijde 26: Hier wordt onder andere vermeld dat bij de behandeling van delirium tremens phenylbutazonum kan worden gebruikt. Over het gevaar van agranulocytose wordt niet gerept. Op bladzijde 74 blijkt dat bij de behandeling van bronchitis acuta behalve antibiotica ook diaforetica en linimenten een rol kunnen spelen. Een mosterdverband met „Charta sinapizata” schijnt ook te kunnen worden gebruikt. Ter voorkoming van exacerbaties of complicaties van chronische bronchitis schijnt onder meer een penicilline-aerosol in aanmerking te komen. (Resistentie?! Bladzijde 102. Conjunctivitis. Deze blijkt men onder andere te kunnen behandelen met orale toediening van „sulfadiazine b.d.d. 500 mg - 1 g”. Bladzijde 133 en 134. Bij de behandeling van dysmenorrhoe vindt men geen vermelding van de therapie met ovulatiemiddelen doch wel van de behandeling met phenylbutazonum (dat agranulocytose kan veroorzaken!). Een onschuldiger analgeticum lijkt hier meer op zijn plaats. Bij de abortief behandeling van furunkels (bladzijde 178) blijkt oxyphenbutazonum te kunnen worden gebruikt, terwijl bij resistente stafylokokken erythromycinum blijkbaar het aangewezen middel is. (Waarom hier geen semi-synthetische penicillinase-resistente penicilline geïndiceerd is, is niet duidelijk.) Ook bacitracinum (ernstig nefrotoxisch bij systematische toediening!) en thyrothricinum (lokaal?) schijnen als therapie in aanmerking te komen, terwijl bij furunkels in het *gelaat* zowel biergistpillen (sic) als sulfonamiden (stafylokokken!) geïndiceerd zouden zijn. Penicillines worden pas in de laatste plaats genoemd. Blijkens blad-

zijde 244 kan bij mastodynie onder meer testosteron aangewezen zijn (virilisatie!). Lokaal schijnt 2 procent benzocaïne in vaseline werkzaam te zijn, (wordt dit dan door de intacte huid opgenomen?) Bij pneumonie (bladzijde 303) wordt onder meer het in feite obsoleete sulfathiazol (bijwerkingen) nog aangeprezen terwijl ook hier de penicilline-aerosol wordt vermeld. Op bladzijde 533 wordt bij *sulfonamiden* nog het volkomen verlaten sulfanilamidum vermeld. Dit zijn slechts enkele uit de vele te noemen voorbeelden.

Conclusie: De elfde druk van Therapie Compendium geeft een onsamenhangende samenvatting van de therapeutische mogelijkheden van de laatste 50 jaar. Moderne therapie zal men er slechts weinig in vinden. Op bijwerkingen wordt onvoldoende aandacht gevestigd. Voor de ervaren therapeut is het een interessant doch soms anachronistisch naslagwerk; de jonge arts zal echter spoedig door de bomen het bos niet meer kunnen zien. Het volkomen gemis aan systematiek in de beschreven behandelingswijzen is opvallend.

W. M. Rosinga

Geneesmiddel compendium (4e geheel herziene en bijgewerkte druk). Samengesteld door Dr. H. R. M. de Haan met medewerking van A. H. Weenink, apotheker. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden, 1965; 650 bladzijden. Prijs f 35,—.

In het voorwoord bij de eerste druk van het onderhavige boekwerk vermeldt De Haan dat de bedoeling van het Geneesmiddel Compendium is een aanvulling te geven op het eerder verschenen Therapie Compendium, waarin „op overzichtelijke en compacte wijze een nadere definitie of samenvatting van de in het Therapie Compendium genoemde geneesmiddelen wordt gegeven”. Het voorwoord bij de vierde druk gaat niet in op doel en functie van het boek, noch op de indeling daarvan, hetgeen beslist een tekortkoming moet worden genoemd en de bruikbaarheid niet ten goede komt. Voor de oplettende lezer zal echter spoedig duidelijk worden dat spécialité-namen met een kleine letter en een o worden aangeduid. Daarachter wordt de soortnaam gegeven en waar deze nog niet algemeen aanvaard is, de chemische naam.

Het boekje bevat twee ingangen. Een op spécialiténaam en één op stofnaam (= generische naam). Dit vergroot de doelmatigheid van het boek. Enige schoonheidsfoutjes (zet-duiveltje!) ontsieren het overigens bruikbare boekje.

Kleine onjuistheden zijn onder meer de volgende: op bladzijde 119 wordt ten onrechte vermeld dat Broxil ook in tabletten van 12,5 mg beschikbaar zou zijn; bladzijde 153: Chlorotetracyclinum in plaats van Chlortetracyclinum; bladzijde 156: Chlorzoxanonum in plaats van Chlorzoxazonum; bladzijde 509: °Rixapen wordt hier vermeld als clometocelinum in plaats van clometocillinum; bladzijde 604: °Valium Roche wordt hier ten onrechte als diazepamum betiteld.

Het aantal van deze foutjes, voor een zo uitgebreid werk als het onderhavige, echter gering. De zorg die de samenstellers aan het boekje hebben besteed komt hierin tot uitdrukking. Als naslagwerk is het boekje zeer bruikbaar.

W. M. Rosinga

C.R.N.F. van Joost en M. A. Bleiker. Epidemiologie van tuberculose en tuberculinehuidgevoeligheid. Deel 12 van de de Nederlandse bibliotheek der geneeskunde. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden, 1966; 136 bladzijden, prijs in abonnement f 12,—; afzonderlijk f 15,—.

De tuberculose is „a sleeping dragon”, die zo nu en dan opschudding veroorzaakt door kleine uitbarstingen, die spectaculair worden tegen de achtergrond van een afnemende ziekte. Om het gevaar van deze uitbarstingen te onderkennen is het tuberculine-onderzoek onmisbaar door zijn brede spectrum van informaties bij de vaststelling van de omvang van de tuberculose-endemie. Terecht wordt het tuberculine-onderzoek de radar van de tuberculose-bestrijding genoemd.

In dit goed uitgegeven boekje wordt de epidemiologie van de tuberculose door Van Joost besproken. De beschrijving van de ontwikkelingsstadia van onze kennis hierover en de

methoden hiervan worden helder weergegeven. Voor de huisarts is het van belang zich op de hoogte te stellen, hoe de moderne opvattingen betreffende de epidemiologie zijn („maagdelijke bodem”, aspecifieke tuberculine-gevoeligheid, boviene tuberculose, voeding, rasverschillen, besmettingsgraad van tuberculose in de verschillende landen en in Nederland).

Het tweede gedeelte, tuberculine-huidgevoeligheid en tuberculose is geschreven door Bleiker, die sterk de nadruk legt op het feit, dat grote ervaring en deskundigheid van tuberculose-artsen nodig is om de tuberculine-reactie te kunnen beoordelen. Tevens bevat dit hoofdstuk vele kernachtige opmerkingen betreffende misverstanden, welke bij anderen dan deskundige tuberculose-artsen bestaan (onder andere afleesfouten en betrouwbaarheid van de reactie van Mantoux). Bij de steeds verdergaande specialisatie loopt men de kans de taal van de ander niet meer te kunnen verstaan. Als de huisarts in de frontlinie voor het bewaken van de gezondheid van zijn patiënt met succes zijn taak wil volbrengen, zal hij zich zeker aangaande het tuberculose-probleem goed op de hoogte moeten stellen. Daartoe kan dit boekje hem een goede leidraad geven. Het is vlot en in goede stijl geschreven. Aan het slot van beide hoofdstukken wordt een korte literatuurlijst gegeven.

J. A. Stoop

M. P. Hennink. Borstvoeding; een onderzoek te Leiden naar enkele sociaal-geneeskundige aspecten met betrekking tot de borstvoeding. Academisch proefschrift, Leiden, 1966. N.V. Drukkerij v/h Battaljee en Terpstra, Leiden; 108 bladzijden.

Om een juist beeld te krijgen van het beloop van de borstvoeding werden 428 moeders van in 1961-1962 in Leiden geboren en wonende kinderen in het eerste levenshalfjaar driemaal bezocht. Behalve een groot aantal biologische en sociale gegevens over moeder, kind en gezin, zwangerschap, bevalling en postnatale periode, werden vele gegevens verzameld over de voeding van de zuigelingen in deze gezinnen.

Slechts 3,7 procent van de moeders deed (ten dele op medische indicatie) geen enkele poging tot het zelf voeden; 5,4 procent voedde korter dan vijf dagen haar kind zelf. Op de tiende dag kreeg 86 procent van de kinderen al of niet volledig borstvoeding. Op de leeftijd van drie maanden was dit percentage 37 en met zes maanden 18.

Als belangrijkste significante variabelen, die de borstvoedingsduur beïnvloedden werden gevonden: het opleidingsniveau van de moeder (bij hogere opleiding langer borstvoeding) en/of de moeder als kind ook overwegend borstvoeding had gekregen (een anamnestic en niet erg betrouwbaar gegeven - ref.). Bij een zeer bewerkelijk huishouden en bij ingetrokken tepels was de duur van de borstvoeding significant korter. Geen invloed werd onder andere gezien van aard en duur van de kraamverzorging, aard van de obstetrische hulp, tijdstip aanvang prenatale zorg of rangnummer van het kind. Een geringe — niet significante — verlenging leverde onder andere het gevolgd hebben van een moedercurcus op.

Een herhaling van dit onderzoek na een aantal jaren zal kunnen aangeven of de vaak gehoorde (doch nimmer bezwen) uitlating, dat het aantal kinderen met borstvoeding in Nederland afneemt, juist is. Dat slechts 4 procent van de moeders in de zwangerschap voorlichting van arts of vroedvrouw over de borstvoeding kreeg, illustreert dat deeltaak 11 van het NHG-Woudschotenrapport: „bijdragen tot gezondheidsvoorlichting en -opvoeding”, nog geen gemeengoed onder de huisartsen is.

Collega Hennink, huisarts te Leiderdorp, heeft dit onderzoek als een sociaal geneeskundige enquête opgezet. Hij heeft er van af gezien een onderzoek te verrichten naar de psychologische achtergronden van het al of niet geven van borstvoeding, daar hiervoor een grote kennis van de gedragswetenschappen en een geheel andere onderzoeksmethodiek nodig zou zijn geweest. Het is verheugend dat wederom een huisarts de gelegenheid heeft gevonden een proefschrift te bewerken. Dit goede en plezierig te lezen boekje kan huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, vroedvrouwen en leidsters van kraamcentra worden aanbevolen.

J. D. Mulder