

Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELDOCUMENTATIE

Schaumgummiunterlagen für Säuglinge und Wöchnerinnen. *Wetzel, F (1957) Münch. med. Wschr. 99, 817*

Reeds lang was bekend, dat het gebruik van gummizeiltjes bepaalde nadelen met zich meebrengt. Deze zeiltjes laten onder andere geen lucht door, zodat bij gebruik ervan de huid geïrriteerd kan worden. Men ziet vooral veel huidaandoeningen die een gevolg zijn van de afsluitende onderlaag van kinderwagens. De kinderwagen, die tegenwoordig bestaat uit een bak welke water- en luchtdicht is gemaakt, wordt bij de slechts beperkte woonruimte waarover vele gezinnen beschikken, vaak permanent voor de baby gebruikt. Vooral in de zomer dreigen hier gevaren, zelfs zou warmtestuwing niet denkbeeldig zijn.

Sedert twee jaar heeft de schrijver nu ervaring met matjes van schuimrubber. Voor gebruik bij zuigelingen hebben deze matjes een grootte van 25 bij 25 cm, voor kraamvrouwen wordt een mat van 60 bij 60 cm toegepast. De matten zijn 2 cm dik. Aan de ene zijde bevinden zich grote poriën, aan de andere zijde zeer fijne poriën, die nog wel lucht doorlaten, maar vrijwel geen vocht. Bij zuigelingen wordt dit matje zo gelegd, dat de zijde met de grote poriën naar de huid is gekeerd. Tussen huid en matje kan men nog een onderlegger aanbrengen. Het absorberend vermogen is groot, waardoor de huid droog blijft. Bij kraamvrouwen wordt de zijde met de fijne poriën naar de huid gekeerd.

In de praktijk is gebleken, dat het schuimrubber zelf een anti-bacteriële activiteit kan ontwikkelen, zodat deze stof als regel geen bron van besmetting vormt. Bovendien is het materiaal gemakkelijk te reinigen in verdunde oplossingen van desinfecterende vloeistoffen. M. Reyerse

Relationship between nausea and/or vomiting in early pregnancy and abortion. *Medalie, Jack H. (1957) Lancet, II, 117.*

Teneinde na te gaan of er verband bestaat tussen de mate van zwangerschapsbraken en het optreden van abortus in de eerste drie maanden van de zwangerschap, werden de gegevens van honderd zwangere vrouwen uit een plattelandspraktijk in Israël, die zich achtereenvolgens in twee jaar voor prenataal onderzoek aanmeldden, nader bekeken. De leeftijd varieerde van 17 tot 37 jaar, er waren 59 primi- en 41 multiparae; drie vrouwen waren in Israël geboren, de anderen woonden korter of langere tijd in Israël en kwamen van elders.

Schrijver maakte een verdeling in vier groepen, te weten: vrouwen die niet misselijk waren en niet braakten, vrouwen die alleen 's morgen misselijk waren en/of braakten, vrouwen wier misselijkheid de gehele dag duurde en die minstens tweemaal per dag braakten en tenslotte vrouwen die voortdurend braakten bij voedselopname. Van de onderzochte vrouwen had 71 procent last van misselijkheid en/of braken, terwijl 23 procent alleen een vaginale bloeding had en zes procent geen van beide verschijnselen vertoonde.

Het bleek, dat bij de eerste en tweede groep, bestaande uit 48 vrouwen elf complete en elf dreigende abortussen voorkwamen. Bij de derde en vierde groep van 52 vrouwen kwam een geval van dreigende abortus voor, echter geen enkele complete abortus. Er bleek geen verband te bestaan tussen abortus en leeftijd, pariteit of duur van het verblijf in Israël. Wel bleek er statistisch een duidelijk verband te bestaan tussen misselijkheid en/of braken en abortus. Volgens de auteur moet men bij vrouwen met weinig of geen misselijkheid of braken op zijn hoede zijn voor abortus, terwijl men bij de an-

deren hiervoor vrijwel niet hoeft te vrezen. Speert en Gutmacher (1954) *J. Amer. med. Ass 155, 712*, beschouwen de mate van misselijkheid zelfs als een prognostisch teken bij vaginale bloeding zonder krampen, gunstig bij blijvende misselijkheid, ongunstig bij afwezigheid daarvan.

De verschillende theorieën over de oorzaak van het zwangerschapsbraken worden nagegaan. Geen enkele theorie geeft een afdoende verklaring, al valt volgens de schrijver het meest te zeggen voor een verklaring op endocriene basis, waarbij ook de psyche een grote rol speelt. Schrijver meent, dat zijn onderzoek van belang zou kunnen zijn bij het zoeken naar een verklaring van het zwangerschapsbraken. (Mogelijk kan deze publicatie aanleiding zijn tot het instellen van een onderzoek in N.H.G.-verband, waarbij door een groter aantal gegevens het door schrijver aangetoonde beter zou kunnen worden getoetst. Ref.) A. Fuldauer

Le praticien devant une diabétique enceinte *Deuil, R. et M. Duranteau, (1956) Rev. Prat. VI, 3213.*

De gevaren van de diabetes in de zwangerschap zijn tweërlei: ontregeling van de diabetes van de moeder en gevaar voor het kind vóór, tijdens of na de geboorte.

De insulinebehoefte van de moeder kan in de laatste drie maanden van de zwangerschap stijgen, nadat deze in de eerste zes maanden stabiel is gebleven. Aan de hoeveelheid glucose in de urine heeft men echter geen betrouwbare maatstaf, daar de drempelwaarde van de nier verlaagd kan zijn. Geregelde bloedsuikerbepalingen zijn dan ook absoluut noodzakelijk. Ook kan de insulinebehoefte in de laatste drie maanden juist lager worden. Dit komt vooral voor bij vrouwen die in de eerste maanden moeilijk te regelen waren. Het schijnt dat de foetale pancreas hier insuline aan de moeder „leent”.

Na de partus kan het nog enige tijd duren voordat de insulinebehoefte het oorspronkelijke peil weer heeft bereikt. Het gevaar voor ketose en acidose is tijdens de zwangerschap veel groter. Men moet de klinische symptomen hiervan niet afwachten, maar zeer regelmatig de urine op aceton onderzoeken. Wanneer zwangerschapsbraken optreedt, kan de diabetesbehandeling ernstig bemoeilijkt worden.

De gevaren die de vrucht bedreigen zijn de volgende: abortus gedurende de eerste drie maanden; intrauterine vruchtdood gedurende de laatste weken van de zwangerschap met daarna partus prematurus, waarbij een grote gemacereerde foetus wordt geboren; te hoog gewicht van het kind, met daardoor voortvloeiende moeilijkheden bij de bevalling en ademhalingsstoornissen en hypoglycemie na de geboorte.

Terwijl de gemiddelde mortaliteit van alle zwangerschappen (met inbegrip der abortussen) 13 à 14 procent bedraagt, vindt men bij diabetesche gravidæ een foetale mortaliteit van 35 à 55 procent. Bij „prediabeticæ” vindt men een mortaliteit van 25 procent! Er schijnt dus een factor te zijn, die de foetale mortaliteit doet stijgen ook al duurt het nog verscheidene jaren voordat de diabetes bij de moeder manifest wordt. Men heeft een correlatie gevonden tussen het gewicht van het kind bij de geboorte en de kans op een latere diabetes. Wanneer men staat voor gevallen van onverklaarde intrauterine vruchtdood, abnormaal zware kinderen, vooral wanneer in de familie diabetes voorkomt, is er alle reden om tijdens de volgende zwangerschap ernstig naar tekenen van diabetes te zoeken, onder anderen door middel van een bloedsuikercurve.

De schrijver geeft dan nog richtlijnen voor de dieet- en insulinebehandeling, die in principe niet verschillen van de

behandeling buiten de zwangerschap en legt de nadruk op een goede samenwerking tussen internist en verloskundige. Voor de bevalling worden de volgende adviezen gegeven: Meestal is het gewenst, dat de partus wordt opgewekt in de 36e week. De intrauterine vruchtdood wordt voorkomen en het gewicht van het kind is lager. Bij multiparae en een kind van normale grootte kan men een normale partus opwekken. Bij primiparae en wanneer het kind zwaar is, is een sectio caesarea aangewezen. In ieder geval moet de partus niet lang duren.

De schrijver geeft tenslotte een schema voor de behandeling met oestrogene stoffen, waarvan de waarde echter in twijfel wordt getrokken.

P. A. Roorda

Traitement hormonal de la grossesse diabétique

Depoorter, L. (1956) *Rev. Prat.* VI, 3223

De schrijver bespreekt een Engelse enquête over de behandeling van 150 diabetische zwangeren, waarbij speciaal de invloed van de behandeling met oestrogene hormonen werd bestudeerd. Hierbij werd aan de helft van de vrouwen stilboestrol en progesteron toegediend en aan de andere helft een placebo. De foetale mortaliteit bij beide groepen was gelijk, namelijk resp. 24 en 26 procent. Zij komen tot de conclusie dat de hormonale behandeling geen zin heeft en dat de foetale mortaliteit slechts door drie factoren gunstig kan worden beïnvloed: strenge controle van de diabetes, partus arte premature of sectio caesarea in de 37e week en nauwkeurig teamwork van internist, verloskundige en kinderarts.

Het is opvallend dat de duur en de ernst van de diabetes geen invloed hadden op de foetale mortaliteit. Gevallen met duidelijke vasculaire afwijkingen werden echter buiten beschouwing gelaten.

In volslagen tegenspraak hiermee zijn de resultaten van de Joslin Clinic in Amerika. Hier vond men bij twee vergelijkbare groepen bij 104 niet met hormonen behandelde vrouwen een foetale mortaliteit van 46 procent, bij 628 wel met hormonen behandelde een mortaliteit van 11 procent. De dosering werd aangepast aan de mate van stoornis in de hormoonuitscheiding in de urine. Deze stoornis schijnt groter te zijn, naarmate er meer vasculaire afwijkingen bestaan. De onderzoekers uit de Joslin Clinic critiseerden het Engelse onderzoek op de volgende punten. De Engelse mortaliteit is veel te hoog (24 tegen 11 procent); de hormonen moeten parenteraal worden toegediend, daar de resorptie vanuit het darmkanaal in de zwangerschap vaak gestoord is; de gevallen met vasculaire stoornissen mogen niet buiten beschouwing worden gelaten, daar juist hierbij het succes vaak groot is.

Als bewijs voor het succes van de hormoonbehandeling wordt aangevoerd, dat het gewicht van de kinderen der behandelde moeders gemiddeld lager is dan bij de onbehandelde moeders. Andere Amerikaanse onderzoekers zijn echter zeer sceptisch gestemd over de hormoonbehandeling. Zij kregen even goede resultaten alleen door nauwkeurige diabetesbehandeling en adequate verloskundige maatregelen.

Deense en Zweedse auteurs zijn unaniem tegen de hormoonbehandeling. Ook zij kregen goede resultaten bij nauwkeurige diabetesbehandeling en goede samenwerking tussen internist en verloskundige.

De schrijver concludeert dat de hormonale behandeling gebaseerd is op een nog onvoldoende bewezen theorie. Er zijn uitvoerige statistische onderzoeken aan de gang in Amerika, die hopelijk zekerheid zullen verschaffen over dit vraagstuk.

P. A. Roorda

Differences in the distribution of hypertension in Negroes and Whites; an appraisal. Lennard, H. en C. Glock (1957) *J. of chron. dis.* 5, 187.

Bij blanken en negers blijken de procentuele cijfers van lijders aan hypertensie zeer verschillend te liggen. Wil men trachten voor dit verschil een verklaring te geven, dan moet in deze studie betreffende de hypertensie de factor „ras” in aanmerking worden genomen en het is de vraag op welke wijze dit dient te geschieden.

Ondanks de omstandigheid, dat in de Verenigde Staten alle studies betreffende het voorkomen van hypertensie bij negers en blanken sterk onderling verschillen (werkwijze, selectie, etc.) blijkt toch, dat de neger in de Verenigde Staten vaker dan de blanke lijdende is aan hypertensie of ziekten, die hypertensie veroorzaken. Er is voor zover bekend, geen ander onderzoek, dat tot een tegenovergestelde conclusie komt. Mortaliteitsstatistieken onderstrepen de conclusie, die uit het morbiditeitsonderzoek reeds getrokken kon worden. De mortaliteit aan hypertensie is in sommige staten bij negers, in vergelijking tot die voor blanken, twee tot driemaal hoger. Beschouwt men het mortaliteitscijfer van overeenkomstige leeftijds groepen (van vijf jaar) voor de leeftijden van 20 tot en met 84 jaar, dan blijkt van iedere groep dit cijfer voor de neger hoger te liggen dan voor de blanke. Tussen de 30 en de 55 jaar is de mortaliteit der negers soms zelfs vijf tot negen maal zo groot. Volgens de schrijvers zijn er verschillende theorieën geformuleerd om dit verschil te verklaren. Enige daarvan zijn van belang voor een verdere uitbreiding van het onderzoek naar de factoren die hypertensie veroorzaken. Deze worden vervolgens uitvoerig besproken. Ten eerste de erfelijkheidstheorie. De hypertensie of de predispositie voor hypertensie zou bij het negerras hereditair zijn. Of een dergelijke factor aanwezig is, valt eigenlijk moeilijk te onderkennen omdat de factor ras in vroegere onderzoeken nooit in aanmerking genomen is. Vergelijkende cijfers over verschillende generaties betreffende verdeling van hypertensie over het blanke en het zwarte ras zijn daarom in de Verenigde Staten niet bekend. Wel valt na te gaan of de besproken verschillen ook aanwezig zijn in andere gebieden waar blank en zwart tezamen leven. En mocht daar inderdaad dit verschil ook bestaan, dan zou dit een argument te meer zijn voor de erfelijkheidstheorie. Bij een onderzoek van de Afrikaanse bevolking kwam men tot zeer verschillende conclusies. In West-Indië en Centraal Afrika komt de hypertensie relatief meer voor bij negers dan bij de inheemse Indianen en ook relatief iets meer dan bij de plaatselijke blanke bevolking. De sociale positie van de neger en de blanke liggen in voornoemde gebieden echter op hetzelfde niveau. Het is daarom mogelijk, dat bij de neger eerder de sociale status dan het ras verantwoordelijk is voor de predispositie voor hypertensie. Dit probleem wacht dus op een nadere bestudering.

Ten tweede de psychosomatische theorie. Een steeds groter aantal onderzoekers meent, dat de hypertensie onder de psychosomatische ziekten moet worden gerangschikt. Psychologische factoren zouden een grote rol spelen bij de etiologie, de ontwikkeling en het verloop van de hypertensie. Deze factoren vallen uiteen in twee groepen, namelijk psychologische conflicten, die moeilijk te bedwingen agressieve impulsen opwekken, en emotionele „stress”. De Amerikaanse neger staat steeds onder sociale en psychologische druk van de zijde der blanken. Tot dusver heeft men geen systematisch onderzoek verricht naar de hierop volgende psychische reacties bij de neger. Nog minder is bekend hoe de invloed is van deze eigenaardige psychologische en sociale situatie op de fysiologische gesteldheid van de neger.

Assurantiekantoor BONSET

Assuradeuren - Financieringsexperts

Koninginneweg 123 - Amsterdam-Z.

Telefoon 722555, 725676 (K 20)

Praktijkfinanciering (ook kleine bedragen)

Autoverzekering - Autofinanciering

Alle verzekeringen

Hypotheek (eerste en tweede)

Ten derde de theorie van de „physical exertion”. Verschillende onderzoekers menen, dat verhoogde lichamelijke inspanning kan resulteren in de tijdelijke verhoging van de bloeddruk. Hoewel er geen aanwijzingen zijn dat overmatige lichamelijke activiteit een hypertensie kan veroorzaken, is toch de totale hoeveelheid arbeid, die door een hypertensiepatiënt wordt verricht, van belang voor de prognose. Aangezien de neger veelal ongeschoolde of halfgeschoolde arbeid verricht, worden van hem langdurige en zware fysieke prestaties geëist. Als illustratie wordt vermeld, dat door de Labor Force Statistics in 1953 26,2 procent van de negers als arbeider was geregistreerd; voor de blanken was dit percentage 6,4; voor vrouwen zijn de percentages respectievelijk 41,4 en 5,1 procent. Engelse onderzoekers (Morris c.s.) menen na een recent onderzoek, dat de fysiek zeer actieve mens minder gepredisponereerd is voor aandoeningen van de coronairvaten dan hij, die fysiek inactief is.

De mortaliteit aan ziekten van de coronairvaten blijkt voor de negerbevolking 50 procent lager te liggen dan voor de blanke bevolkingsgroep. De veronderstelling van Morris geeft zodoende verdere steun aan de theorie, dat zowel de hoge mortaliteit van negers aan hypertensie als hun lage mortaliteit aan ziekten van de coronairvaten kunnen worden verklaard door het grotere aandeel dat de neger heeft in de arbeid, welke lichaamskracht vergt.

Resumerende menen de schrijvers, dat alle theorieën een verklaring kunnen geven voor het bij het blanke en het zwarte ras opgemerkte verschil in morbiditeit en mortaliteit aan hypertensie. Verder onderzoek is zeer gewenst en vooral de interrelatie van deze theorieën moet worden overwogen. Men moet bij dit onderzoek de langzame ontwikkeling van de hypertensie en het chronische karakter van de ziekte in aanmerking nemen, zodat het tijdelement dat van belang is voor het totstandkomen van de interrelatie, voldoende kan worden gewaardeerd.

J. B. Schueler

The „Dieting Depression”. Incidence and clinical characteristics of untoward responses to weight reduction regiments. Stunkard, A. J. (1957) *Am. J. Med. XXII*, 77.

Wanneer een patiënt met vage klachten bij de arts komt en er worden dan bij het lichamenlijk onderzoek geen afwijkingen gevonden, behalve obesitas, dan is men snel geneigd een standaard-dieet voor te schrijven. Vroeger werden vermageringsdiëten meer uit cosmetische overwegingen gegeven, thans geschiedt dit meer op therapeutische gronden. Maar tevens is gebleken, dat men met het simpele meegeven van een dieet schade kan berokkenen.

Het feit, dat iemand te dik is, heeft vaak al een psychologische oorzaak, hetgeen soms, tengevolge van het dieet, een pathologische toestand tot gevolg kan hebben. Anorexia nervosa, thyreotoxicose en schizofrene processen zijn voorgekomen na een vermageringskuur.

Het onderzoek naar de ziekelijke reacties op een dieet wordt sterk bemoeilijkt door de omstandigheid dat te dikke patiënten de neiging hebben, weer met hun dieet op te houden.

De symptomen die het meest voorkomen, zijn onder andere depressies in de vorm van eigenaardige perioden van apathie en droefheid, zoals dit ook in de adolescentenperiode der schizoiden voorkomt. Deze depressies worden meestal voorafgegaan door een periode van overmoed, waarin de patiënt vaak de binding aan een bepaalde persoon, die tot dat ogenblik als een vast en veilig punt in zijn bestaan had gegolden, opgeeft. Na deze periode van overmoed komt eerst nog een periode van angst om het verlorene, waarna dan de eigenlijke depressie volgt, die soms maanden kan duren. De meeste patiënten beginnen dan weer overvloedig te eten en knopen na hun herstel de oude relaties weer aan.

Verdere symptomen die zich tijdens het dieet kunnen ontwikkelen zijn: slaptegevoel, nervositeit (angst en radoeloesheid), snel geïrriteerd zijn, vermoeidheid, verminderd concentratievermogen en apathie. Het soort dieet speelt geen rol bij het ontstaan van deze symptomen. De binding met de therapeut kan ook een grote invloed hebben op de resultaten van een dieet, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld.

Een in het huwelijk teleurgestelde dame, die haar teleurstelling had omgezet in vet, werd verliefd op de therapeut en hoopte zijn liefde te winnen door slank te worden. Deze bindingen komen het meest voor tegenover artsen die zich intensief bezig houden met de psychische problemen van hun patiënten. Voordat de arts een dieet voorschrijft, dient hij zich derhalve eerst op de hoogte te stellen van de psychische anamnese van de patiënt(e). Heeft deze reeds eerder met bovengenoemde symptomen op een dieet gereageerd, dan is een nader psychiatrisch onderzoek gewenst. De arts dient zich bewust te zijn van de vele therapeutische mislukkingen op dit terrein en van de vaak veel te hoge verwachtingen die de patiënt van een bepaald dieet heeft. Het beste is het, een dieet als een noodzakelijke hygiënische maatregel voor te stellen en te trachten daarnaast de psychische moeilijkheden van de patiënt op te vangen en te bespreken.

(Aangezien nog weinig over dit onderwerp is gepubliceerd en onderzocht, ware een onderzoek naar bovengenoemde verschijnselen ook in ons land wellicht de moeite waard. Ref.)

R. Vos

Need for syphilisprophylaxis in the treatment of acute gonorrhoea. Reiches, A. J. (1957) *Gen. Practit.* 15, 101.

Gewezen wordt op het belang van syfilisprophylaxis bij de therapie van acute gonorrhoe. Schrijver baseert dit belang op een recente ervaring bij zeven patiënten die secundaire lues kregen, nadat zij wegens een acute gonorrhoe behandeld waren met een dosis penicilline, welke te laag was om de later uitbrekende luetische infectie te voorkomen. Het gevaar van de relatief geringe hoeveelheid penicilline, met welke bij de behandeling van acute gonorrhoe kan worden volstaan is gelegen in het maskeren van een begeleidende, mogelijk gelijktijdig verkregen luetische infectie.

De gewoonte, 300.000 — 500.000 E te geven bij gonorrhoe maakt de diagnose van gelijktijdige lues onmogelijk. Er ligt een tijdsverschil van tenminste drie tot vier weken tussen het manifest worden van gonorrhoe en van vroege lues, welk verschil verlengd kan worden tot acht of tien weken of nog langer door het maskeren ten gevolge van de gebruikelijke lage dosering van penicilline. Een aantal autoriteiten op dit gebied propageert nu de toepassing van tenminste 1.200.000 eenheden procaine penicilline in olie met twee procent aluminium monostearaat (P.A.M.) of benzathine-penicilline G; de meeste gevallen van vroege, nog serum-negatieve lues zouden hierdoor kunnen genezen en de acute gonorrhoe geneest er uiteraard ook door. Zowel de mogelijkheid, grote hoeveelheden in één injectie toe te dienen, als de betrekkelijk lage prijs van dit antibioticum maken deze behandeling gemakkelijk uitvoerbaar en efficiënt.

De schrijver schat, dat één tot vijf procent der gonorrhoe gevallen tevens met lues geïnfecteerd zijn. Tenslotte wijst hij er nog op, dat bij een venerische infectie als gonorrhoe na de eerste behandeling verder contact tussen de patiënt en de behandelende arts pleegt te ontbreken. Door direct 1.200.000 eenheden van een depotpreparaat penicilline te geven, kan men in veel gevallen voorkomen, dat men de diagnose van de veel ernstigere luetische infectie mist.

H. Lakmaker

INHOUD

| | Blz. |
|--|------|
| Het N.H.G.-ledencongres 1957 | 63 |
| De rubriek „Medisch-farmacologische voorlichting” 64 | |
| L. F. M. Steenwinkel: | |
| Duieligheid en het standen- en bewegingszintuig 65 | |
| F. J. A. Huygen: Huisarts en opleiding II | 71 |
| G. J. van Weerden: Klinisch longfunctieonderzoek 73 | |
| Nieuwe leden N.H.G. | 75 |
| Referaten | 76 |