

# Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

## Begleiterscheinungen und Komplikationen bei der Vaccination gegen Poliomyelitis. *Baumann, Th. und J. Felder. (1957) Schweiz. med. Wschr. 87, 962.*

Een vaccin is een „complex” antigeen, waarin verscheidene allergenen en eventueel direct toxisch werkende stoffen kunnen voorkomen. Bij massa-vaccinaties zal men dus verschillende allergische verschijnselen kunnen verwachten. Ze kunnen reeds optreden na de eerste injectie, als de betreffende persoon reeds vroeger gesensibiliseerd is voor een der in het vaccin voorkomende stoffen. Vanzelfsprekend zal men echter vaker een dergelijke reactie kunnen verwachten na de tweede of derde injectie. De schrijvers bespreken de complicaties die waargenomen werden bij 138.528 vaccin-injecties, dat wil zeggen twee injecties bij 69.264 personen met een tussentijd van drie weken. (De derde injectie moet nog volgen en is niet in dit overzicht opgenomen. Ref.).

Er werd geënt met vaccin van de Amerikaanse firma's namelijk Parke-Davis en Lilly. Deze vaccins bevatten naast het gedode virus kleine hoeveelheden van de cultuur-vloeistof, kleine hoeveelheden penicilline, dihydrostreptomycine, door trypsine ontleend apennier-eiwit en als conserveermiddelen fenolchloride of andere stoffen. Er zijn dus verschillende „allergenen” in deze vaccins aanwezig.

Na deze 138.528 injecties kwam geen postvaccinale poliomyelitis voor. Verreweg het grootste aantal complicaties was zeer onschuldig en kortdurend. Schrijvers nemen daarom aan, dat deze complicaties niet van toxische, maar van allergische aard zijn; aetiologisch is over de antigenen in de verschillende gevallen echter niets bekend, daar geen allergie-proeven gedaan zijn (geen der patiënten was opgenomen in een ziekenhuis).

Lokale reacties kwamen betrekkelijk weinig voor. Ze bestonden uit lichte zwelling, roodheid en soms pijn. Deze verschijnselen ons'onden meestal op de dag van de vaccinatie en waren na twee à drie dagen weer verdwenen. Moehheid en hoofdpijn kwamen veel voor, vooral bij volwassenen. Soms begonnen deze bezwaren reeds enige uren na de inenting en duurden enkele uren of dagen. Bij een deel der ingeënte personen traden deze verschijnselen alleen op na de eerste inenting, bij een ander deel alleen na de tweede inenting. Koorts werd in 29 gevallen waargenomen. De koorts begon meestal reeds enige uren na de vaccinatie, liep op tot 38° à 39° C en verdween na 12 tot 24 uren. Urticaria en lichte meest klein-vlekkige exanthenen kwamen in 13 respectievelijk 11 gevallen voor. Driemaal werd een astma aanval gemeld die reeds enige uren na de inenting optrad. Twee gevallen werden gemeld waarbij gegeneraliseerde gewrichtspijnen optraden, vooral in de knieën, met lichte drukpijnlijkheid, zonder objectieve verschijnselen van polyarthritis. Genezing volgde in enige dagen. Collaps na de inenting werd driemaal waargenomen. Zwaar gevoel in de arm waarin geënt is werd negenmaal waargenomen. Neurologisch werden geen objectieve afwijkingen gevonden. Voorbijgaande slappe paresthesen waren alle kortdurend (enige uren of dagen) en genazen volkomen. Hieruit mag geconcludeerd worden dat deze paresthesen van allergische aard zijn en niet gerekend kunnen worden tot de gevallen van entpoliomyelitis sensu strictiori.

Meningeale prikkelingsverschijnselen en andere cerebrale complicaties zijn in de vorm van encefalitis of encefalose vooral bekend geworden bij de pokken en difterie-kinkhoest vaccinatie. Aetiologisch wordt veelal aangenomen dat hieraan een allergisch proces ten grondslag ligt, dat zich afspeelt in de capillairen van hersenen en meningen. Verlopen deze processen zeer licht dan zijn er alleen lichte subjectieve bezwaren: vermoeidheid, hoofdpijn en dergelijken. Verlopen ze

ernstiger dan zijn er symptomen van een acute meningo-encefalitis: koorts, hoofdpijn, convulsies, bewustzijnsstoornissen, verlammingen en eventueel liquor veranderingen. Histologisch vindt men hierbij verwijde capillairen, abnormale doorlaatbaarheid van de capillairen en bij dodelijke gevallen, purpura cerebri; soms volledige restitutio ad integrum, soms genezing met defecten. Vooral die patiënten, wier centrale zenuwstelsel reeds beschadigd is door een vroegere ziekte, lopen gevaar voor deze meningo-encefalitiden. Er worden zeven gevallen beschreven waarbij meningo-encefalitis verschijnselen van verschillende ernst optraden, die echter alle volledig genazen.

Uit dit overzicht over de begeleidingsverschijnselen en complicaties bij de poliomyelitis-inenting blijkt, dat de lichte bezwaren, zoals moehheid, hoofdpijn, zwaar gevoel in de geënte arm, vaak optreden, in het bijzonder bij jongeren en volwassenen. De ernstiger complicaties met aandoening van het centrale zenuwstelsel zijn relatief zeldzaam en komen vooral bij kinderen voor. Zowel voor de poliomyelitis-vaccinatie als voor alle actieve immunisaties gelden de volgende contra-indicaties: slechte algemene toestand, acute manifeste infectieziekten, incubatie of reconvalescentie van infectieziekten, ernstige allergische reacties in de anamnese, individuele of familiale neurologische aandoeningen en vooral ook een reeds doorgemaakte poliomyelitis.

Aangezien de beschreven complicaties en ziekteverschijnselen alle van allergische aard zijn, komen als therapeutica in aanmerking antihistaminica en cortison met zijn derivaten.

J. de Boer

## The assesment of the British vaccine aigainst poliomyelitis. A report to the Medical Research Council by its poliomyelitis vaccines comittee. (1957) *Brit. Med. J. I., 1271.*

Dit rapport is een equivalent van het Amerikaanse, waaruit bleek dat de zogenaamde Salk-entstof bij kinderen tussen zes en negen jaar meer dan 61 procent bescherming gaf tegen poliomyelitis met verlammingen.

De Britse entstof bevat de virulente Mahony-stam niet, maar de minder virulente Brunenders-stam als component van het type I van het virus, dat kinderverlamming veroorzaakt; overigens wel dezelfde type II (MEF-1) en type III (Saukett) stammen. De eerste vraag, die men zich had gesteld was, of deze Brunenders-stam ook bescherming zou geven en in de tweede plaats, of de kinderen jonger dan zes jaar (die bij een epidemie van kinderverlamming in Engeland het zwaarst getroffen worden) beschermd worden door deze inenting. Beide vragen konden in bevestigende zin worden beantwoord. Over het gehele land (ook Schotland) werd de inenting verspreid. Het was niet mogelijk het ideaal van een vergelijkbare controlegroep, die dan placebo-injecties zou krijgen, te bereiken. Wel werd het voorkomen van kinderverlamming vergeleken met dat bij niet-geënten. De opzet was alle kinderen tussen 5½ en 9½ jaar, die in november geboren waren, en alle kinderen tussen 1½ en 5½ jaar, die in november en maart waren geboren, twee injecties met ten minste drie weken tussenruimte te geven. De injecties werden intramusculair in de linker arm gegeven. Van begin mei tot einde juni 1956 kregen 178.161 kinderen twee injecties en 32.379 kinderen één injectie, telkens van één ml entstof.

Van begin mei 1956 tot eind januari 1957 werden alle gevallen van kinderverlamming geregistreerd onder de genoemde jaargroepen (dus van nul tot negen maanden na de eerste inenting. Ref.). Het betrof 512 kinderen, waarvan drie niet volledig onderzocht konden worden, weshalve zij werden uitgesloten van de analyse (deze drie waren wel geregistreerd

maar niet ingeënt). De analyse berust nog niet op alle gegevens, die pas veel later bekend zullen zijn bij een ziekte als deze. Ontlasting- en serumonderzoek op het virus vond steeds plaats. De sera zijn nog niet volledig onderzocht, zodat deze uitslag ook nog niet kon worden verdisconteerd.

In de groep geënte kinderen, geboren tussen 1947 en 1950, bedroeg het aantal gevallen van kinderverlamming met verlammingen 1,3 per 100.000, hetgeen zestien procent was van dat bij de niet geënte kinderen (8,2 per 100.000). Of anders gezegd: was het percentage gevallen bij de geënte kinderen hetzelfde als dat bij de niet geënte, dan zouden er 6,1 gevallen zijn geweest tegen nu één. Deze vermindering is significant:  $P = 0,019$  (single tail test). Statistisch kan de mate van bescherming hebben gevarieerd tussen 6 en 99 procent. Bij de jonge kinderen geboren tussen 1951 en 1954 was het aantal gevallen van kinderverlamming 4,1 per 100.000 of wel 20 procent van dat bij de niet geënte kinderen (20,1 per 100.000). Anders gezegd: was het percentage gevallen als dat bij de niet geënte kinderen, dan zouden er 14,9 gevallen zijn geweest tegen nu drie. Deze vermindering is hoogst significant:  $P = 0,0005$  (single tail test). Statistisch kan de mate van bescherming hebben geschommeld tussen 39 en 96 procent.

Kinderverlamming zonder verlammingen kwam in even sterke mate voor bij de wel en niet geënte kinderen.

Faeces voor onderzoek werd van bijna driekwart der gevallen verkregen en in 70 procent werd het kinderverlammingsvirus geïsoleerd, overwegend type I. Minder vaak werd het virus geïsoleerd bij de gevallen van kinderverlamming zonder verlammingen, maar ook hier in dezelfde mate type I. Er was een groep die slechts één injectie kreeg. Hierin was het aantal gevallen weliswaar minder dan bij niet geënte kinderen, maar deze vermindering was niet significant. Om deze reden en omdat deze groep van heterogene samenstelling was, is het onmogelijk enige conclusie te trekken.

Er blijven nog voldoende vragen over. Zoals reeds was opgemerkt, betreffen de waarnemingen zowel bij het Amerikaanse als bij het Britse onderzoek alleen de maanden direct na de

inenting. Een derde injectie, een half jaar na de tweede gegeven, geeft, volgens een studie der antilichamen door Salk, een hogere antilichamentiter, die ook langer hoog blijft. Betekent deze hogere titer een betere bescherming, met andere woorden, is een derde dosis noodzakelijk? Theoretisch zijn er gevaren en praktische nadelen verbonden aan het geven van veel herhaalde injecties.

In elk geval is er volledige zekerheid, dat deze entstof doeltreffend de verlamming tengevolge van kinderverlamming voorkomt bij kinderen vanaf het tweede jaar.

P. Zwanenburg

#### Untersuchungen über die Unreife der Leber bei Frühgeburten. *Perl. E. (1957) Schweiz. med. Wschr. 87, 334.*

Tot aan het begin van het extra-uterine leven vervult de placenta grotendeels de functies van de belangrijke organen van het kind zoals bijvoorbeeld de leverfunctie. Na de geboorte moeten de verschillende organen hun functies zelf vervullen. Afhankelijk van de onrijpheid respectievelijk rijpheid van de organen komt het tot bepaalde insufficiëntieverschijnselen. Bij de vroeggeboorte is de aanpassing natuurlijk moeilijker. De functie van de lever is afhankelijk van zijn rijpheidsgraad. De zogenaamde „fysiologische icterus” zal bij de vroeggeborene met een geboorte gewicht beneden 1500 gram eerder optreden en ernstiger zijn dan bij neonati die zwaarder zijn. Bij de aanvang van de longademhaling komt het tot een te gronde gaan van erythrocyten. Het daarbij vrijkomende bilirubine kan door de onrijpe lever nog niet volledig omgezet en uitgescheiden worden. Daardoor ontstaat een hyperbilirubinemie, welke minder afhankelijk is van het te gronde gaan van de erythrocyten dan wel van de rijpheid van de lever.

Bij bloedsuikerbepalingen ziet men dat de koolhydraatstofwisseling de eerste vijf dagen aan grote schommelingen onderhevig is. Ook analyse van de eiwitstofwisseling toont een onrijpheid van de lever aan. De protrombinetijd is de eerste en tweede levensdag verlaagd; normale waarden vindt men

## Efficiënte antisepsis

Bij 10.000 gevallen deed zich geen irritatie voor \*

'HIBITANE' Antiseptisch Glijmiddel bevat het nieuwe antisepticum chloorhexidine, dat het ideale desinfectiemiddel voor de verloskunde is. 'Hibitane' Antiseptisch Glijmiddel vormt een blijvend bactericide werkend laagje op de huid. De crème is uitgietbaar, kan gemakkelijk met water afgewassen worden, is handig in het gebruik en geeft geen irritatie van het vaginaal epitheel.

\* *Brit. med. J. (1956) ii, 200*

### 'HIBITANE'

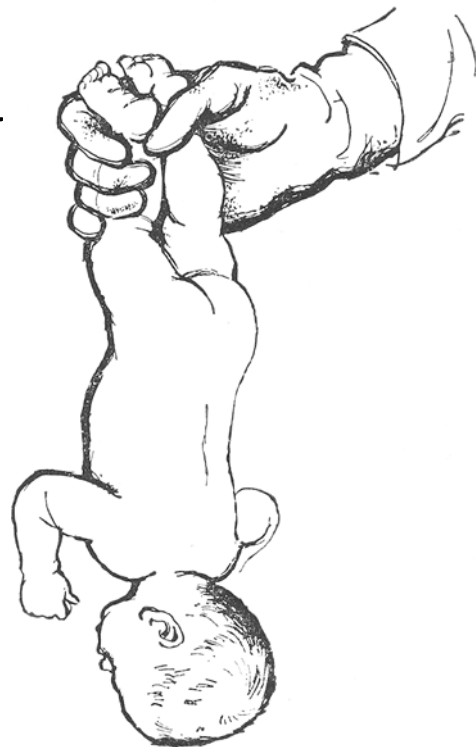
ANTISEPTISCH GLIJMIDDEL

(ook voor catheters)

Verpakkingen met 100 en 2000 cm<sup>3</sup>



IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES (HOLLAND) N.V.  
WIJNHAVEN 107 ROTTERDAM



pas op de derde tot vijfde dag. Blijkens het onderzoek vindt bovendien een onvolledige desaminering in de lever plaats. Samenvattend kan worden gezegd dat de uitslag van alle leverfunctieproeven vlak na de geboorte pathologisch was, hetgeen als een bewijs kan worden gezien van een nog niet volledig ontwikkelde leverfunctie, van een „leveronrijpheid” dus. De leverfunctie werd in de loop van de volgende levensdagen tot maanden langzamerhand normaal.

J. D. Th. Wolters

**Über den gegenwärtigen Stand und die Zukunft der Calmetteschen Impfung.** Wallgren, A (1957) *Schweiz. med Wschr.* 87, 227.

Door dierexperimenten en klinisch-epidemiologische ervaring is bewezen dat een eenmaal goed doorstane primaire tuberculeuze infectie tot een verhoogde resistentie tegen nieuwe exogene infecties voert. Slechts een zeer grote infectiedosis zoals deze bij normale aerogene infecties niet voorkomt is in staat de bij de primaire infectie ontstane immuniteit te doorbreken. Een gunstig verlopen primaire infectie leidt bij de mens tot gevoeligheid voor tuberculine. Deze gevoeligheid is daarom tot een aanduiding voor de bestaande immuniteit geworden.

Teneinde door middel van vaccinatie een immuniteit tegen tuberculose te scheppen moet men als entstof levende bacillen gebruiken. Als levende entstof heeft men thans de beschikking over de kunstmatig bereide bacteristam BCG en de natuurlijke stam *Mycobacterium Vole-Bacillus*. Deze beide avirulente *Mycobacteriën* verwekken een even sterke immuniteit doch de lokale reacties zijn bij het Vole-vaccin sterker dan bij de BCG stam.

De BCG entstof kent men in twee vormen, namelijk de verse, vloeibare en een gedroogde vorm. Het laatste vaccin heeft door de bereiding een deel van zijn vitaliteit verloren waardoor men bij de dosering met een verminderde activiteit moet rekening houden. Het gedroogde vaccin is echter minstens een jaar houdbaar. De activiteit van het verse, vloeibare vaccin gaat bij bewaren snel verloren onder anderen door inwerking van licht. De produkten van de verschillende laboratoria verschillen onderling nogal en dit is een verklaring voor het feit dat mededelingen over bijwerkingen in verschillende landen uit elkaar lopen.

De BCG enting wordt op verschillende wijzen uitgevoerd. De eerste toedieningswijze was de perorale. Calmette gaf de entstof in hoge dosering aan pasgeborenen. Door deze techniek bereikte men dat een algehele doorvoering van de enting in Frankrijk mogelijk was omdat ook vroedvrouwen dit konden doen. Toen bij latere onderzoeken bleek dat deze enting zelden of pas zeer laat aansloeg werd de perorale methode verlaten. Bij subcutane inenting worden vaak sterke, ongunstige reacties en klierabscessen waargenomen. Andere parenterale methoden zijn de scarificatie en de intracutane injectie. Door middel van intradermale vaccinatie zijn reeds miljoenen mensen ingeënt, deze vaccinatie geeft een goede immuniteit met een minimum aan complicaties.

Met de BCG enting wekt men kunstmatig een goedaardige tuberculeuze infectie op. Een nadeel van de BCG enting is echter dat er niet een zo grote mate van immuniteit optreedt tegen een massale reïnfectie als door de natuurlijke infectie. Bovendien is de immuniteit van kortere duur. De natuurlijke immuniteit duurt het gehele leven, de kunstmatige varieert echter van één tot enkele jaren (zelfs tot tien jaar of langer). De enige controle welke men heeft is de tuberculinereactie. De immuniteit welke men vindt hoeft niet alleen door de enting veroorzaakt te zijn. Er kan namelijk een subklinische virulente superinfectie hebben plaats gevonden waardoor de BCG immuniteit is versterkt of verlengd.

Immuniteit beschermt tegen hernieuwde virulente infectie van buiten af. De onmiddellijke gevolgen van een exogene superinfectie zoals het klinische primaircomplex, treden niet op. Men ziet ook geen meningitis of miliair tuberculose. Het lichaam herbergt echter virulente tuberkelbacillen, die, wanneer de weerstand van het lichaam op een of andere wijze vermindert, aanleiding kunnen geven tot postprimaire ziekten, meestal longtuberculose. De immuniteit beschermt namelijk niet tegen endogene infectie. Uit massale onderzoeken is het belang gebleken van profylactische enting bij op tu-

berculine negatief reagerende personen. In landen met een hoge tuberculose morbiditeit en mortaliteit, geringe weerstandskracht van de bevolking en groot besmettingsgevaar zoals bijvoorbeeld India, zou BCG enting gewenst zijn. In landen waar de morbiditeit en de mortaliteit gering zijn en de weerstand van de bevolking hoog, bestaat weinig behoefte aan enting. In deze landen is het echter toch belangrijk om die mensen, welke speciaal aan infectie blootstaan, te enten, zoals artsen, verpleegsters en leden van een gezin waarin tuberculose voorkomt.

Als complicaties worden genoemd onder anderen de te sterke lokale reactie. In de tweede plaats het ontstaan van lupus in het vaccinatielitteken (zeer zelden). Voorts zijn gevallen bekend van hematogene tuberculeuze orgaanziekte, zelfs met dodelijke afloop, waarschijnlijk bij een individu met een totaal gebrek aan weerstand. Deze complicaties bepalen daarom mede het besluit of men al dan niet tot massale enting zal overgaan in een land waar dit in verband met een geringe morbiditeit eigenlijk niet nodig zou zijn.

J. D. Th. Wolters

**Aetiological factors in mouth cancer.** Wynder, E. L. en I. J. Bross (1957) *Brit. med. J.* I, 1137.

Dit rapport behandelt enkele factoren, die de ontwikkeling van kanker van de mondholte beïnvloeden. De gegevens werden verkregen uit een onderzoek van een serie patiënten met kanker van de mondholte (543 mannen en 116 vrouwen) en van een serie controlepatiënten (207 mannen en 246 vrouwen). Beide groepen waren vergelijkbaar voor wat betreft leeftijd, godsdienst, „hospital status” en sociaal-economische achtergrond. Alle gevallen werden microscopisch gediagnosticeerd en alle bleken epidermoidkanker te zijn. Over het algemeen bevestigden de gegevens van de vrouwelijke patiënten de bij de mannelijke patiënten gevonden uitkomsten, zodat in dit referaat volstaan wordt met de vermelding van laatstgenoemde uitkomsten.

Roken, en wel speciaal het roken van pijpen en sigaren, bleek een belangrijke factor te zijn bij de ontwikkeling van kanker van de mondholte. Een bepaalde voorkeurslokalisatie in deze holte bleek niet te bestaan. Van de patiënten met mondkanker rookte twintig procent overwegend sigaren, twaalf procent pijpen en drie procent sigaren en pijpen, tegen respectievelijk dertien procent, vijf procent en twee procent van de controlepatiënten. Interessant is hierbij, dat bij de bestudering van patiënten met kanker van de tractus respiratorius het percentage pijp- en sigarenrokers toeneemt als men hoger in deze tractus komt, terwijl het percentage sigarettenrokers toeneemt bij afdaling in dit orgaanstelsel. Als mogelijke oorzaken van dit feit worden genoemd: inhalatie, grotere gevoeligheid van het bronchusepitheel, inniger contact met de tabak en enkele andere factoren.

In een redactioneel artikel in dit zelfde nummer \*) wordt er op gewezen, dat onder de bewoners van Engeland en Wales het jaarlijkse sterftecijfer aan kanker van de mondholte tussen 1935 en 1955 daalde van 145 tot 60 per miljoen, terwijl in diezelfde tijd het sterftecijfer aan longkanker steeg van 131 tot 693 per miljoen. Hoewel het pruimen van tabak enige invloed blijkt te hebben op het ontstaan van enkele gevallen van mondkanker, speciaal van het palatum en van het wangslimvlies, is toch deze invloed minder belangrijk dan het roken van tabak.

Zwaar alcoholgebruik, vooral dat van whisky, bleek eveneens een belangrijke factor te zijn bij het ontstaan van kanker van de mondholte, en wel in het bijzonder van farynx (46 procent), mondbodem (44 procent) en tonsillen (42 procent). Het gevaar voor het ontstaan van mondkanker bleek zeer snel toe te nemen bij de zware drinkers; dat zijn zij, die meer dan zeven „shots” whisky, of de gelijkwaardige hoeveelheid bier of wijn, per dag tot zich nemen. Factoren die bij het ontstaan van mondkanker bij zware drinkers een rol spelen, zouden kunnen zijn dat alcohol de hoeveelheid beschermend speeksel doet verminderen, waardoor een grotere gevoeligheid voor de invloed van de tabak ontstaat, en verder dat alcohol op de weefsels direct inwerkt of indirect door voedingsdeficiëntie.

Syfilis bleek ook een niet te verwaarlozen factor te zijn (elf procent van de patiënten met mondkanker had syfilis

tegen vijf procent van de controlepatiënten) met als pre-dilectieplaatsen de lip en de tong (22 procent op het voorste 2/3 deel tegen drie procent op het achterste 1/3 deel).

Geen definitieve uitkomsten werden verkregen bij het bestuderen van een slecht gebit, van vroeger doorgemaakte ziekten (behalve leukoplakie lokaal), van voedingsafwijkingen, van werk buitenshuis (behalve voor lipkanker), van de temperatuur van het voedsel, van een algemeen trauma van de mondholte en van het voorkomen van kanker in de familie als mogelijke factoren, die bij het ontstaan van kanker van de mondholte een rol spelen. Wel speelt het syndroom van Plummer-Vinson (speciaal bestudeerd in Zweden, waar relatief veel vrouwen met dit syndroom voorkomen) een rol bij het ontstaan van mondkanker.

Tenslotte spreken de schrijvers de verwachting uit, dat het mogelijk moet zijn het aantal gevallen van mondkanker drastisch te beperken. Als het roken en drinken van alcohol gestaakt wordt, verwachten zij dat bij mannen vier van de vijf gevallen van mondkanker vermeden kunnen worden. Alleen zij die per dag minder dan tien sigaretten of de gelijkwaardige hoeveelheid sigaren of pijpen roken, lopen een betrekkelijk kleine kans om kanker van het bovenste deel van de tractus digestivus of tractus respiratorius te krijgen. De schrijvers zeggen er geen aanspraak op te kunnen maken dat al hun beweringen absoluut juist zijn, omdat deze niet onderworpen zijn aan de uiteindelijke toets der ervaring. Het bewijs dat een ziekte kan worden beperkt kan niet verkregen worden zonder dat deugdelijke maatregelen tot beperking van deze ziekte zijn genomen.

P. Zwanenburg

\*) *Oral Cancer (1957) Brit. med. J. I,1169.*

**De indicatiestelling voor tonsillectomie en adenotomie.** *Struben, W. H. Maandschr. kindergeneesk. (1957) 25, 5.*

Er moet onderscheid worden gemaakt tussen de gezonde tonsil, die zijn functie kan blijven verrichten en de zieke tonsil, die zelf een bron van infectie geworden is. De moeder kan het best het kind observeren; de huisarts of kinderarts van de personen, die het best een objectieve anamnese aan de keelarts kunnen verstrekken. De keelarts moet de uiteindelijke beslissing nemen voor het al of niet verwijderen van de tonsillen. Een slechte neuspassage door adenoid kan de reden zijn tot veel keelklachten door mondademhaling en tot sinusitis en otitis. Een adenoid dat klachten geeft moet worden verwijderd. Deze ingreep is niet gebonden aan enige leeftijdsgrens. Indicaties voor tonsillectomie zijn:

a. recidiverende angina. Een echte angina duurt twee tot drie weken. Wanneer de ouders beweren dat hun kind iedere week een angina heeft, is dit onjuist, dan zal de medicus eerst zelf de angina moeten observeren;

b. chronische tonsillitis. Dit is een moeilijke diagnose. Er moet aan drie voorwaarden worden voldaan, namelijk: geen hoge temperatuur, algemene malaise van het kind en duidelijk gezwollen halslymfklieren;

c. peritonsillair abces. De tonsil heeft gefaald in zijn functie en zal waarschijnlijk weer falen bij een volgende aanval van buitenaf;

d. focal infection. Men moet eerst de focal infection uitgaande van het gebit en de bijholten uitsluiten, alvorens men deze in de tonsillen lokaliseert en overgaat tot tonsillectomie. Niet elke reuma, niet elke nefritis of endocarditis berust op een focal infection. Er moet een zeker oorzakelijk verband kunnen worden aangetoond;

e. difteriebacillendragers. De werking van de tonsillectomie hierbij is niet bekend. De resultaten zijn echter gunstig.

f. sepsis na angina.

Gewaarschuwd moet worden tegen tonsillectomie bij het vasomotorische kind. Deze kinderen zijn doorlopend verkouden, hebben vaak de mond open en snurken. Ze voelen zich het beste in de buitenlucht. Het slijmvlies van de neus is blauwrood gezwollen. De neus is in de buitenlucht open en in de warme kamer verstopt. De aandoening berust op primair minderwaardig slijmvlies van de gehele tractus respiratorius. Het is een constitutionele afwijking waarbij tonsillectomie geen resultaat heeft. De rest van het slijmvlies reageert dan met hypertrofie. De therapie voor deze kinderen is algemeen robo-

## Nieuwe Leden N.H.G.

### AANVULLENDE LIJST NR. 7

C. P. van Amerongen, Waalstraat 43, Amsterdam	nr 641
S. T. Bok Jr., Utrechtseweg 20, Hilversum	nr 642
H. Damsma, J. v. d. Waalsstraat 60, Amsterdam	nr 643
K. E. W. Ebeling Koning, Elzentaal 40, Eindhoven	nr 644
W. Ephraïm, Bos en Lommerweg 261, Amsterdam	nr 645
J. B. G. M. Essink, Beatrixstraat 7, Oldenzaal	nr 646
E. F. Gillissen, Hillevliet 27, Rotterdam	nr 647
W. K. Gunst, Nw. Ginnekenstraat 32, Breda	nr 648
G. C. v. d. Heuvel, Pr. Julianalaan 81, Rotterdam	nr 649
J. Kakes, Ruysdaelstraat 14, Zaandam	nr 650
G. D. A. Kuyken, Groene Zoom 128, Rotterdam	nr 651
A. J. van Leusen, Van Tuylweg 34, Velsen	nr 652
K. Maltha, Stationsweg 357, Holwerd (Fr.)	nr 653
I. S. Meerscham, Brouwersgracht 47, Amsterdam	nr 654
H. L. Maessen, Aldenhofstraat 76, Meerbeek-Beek (L.)	nr 655
C. van Noort, Rozenburglaan 11, Rotterdam	nr 656
C. R. Post, Rollandslaan 35, Haarlem (post Overveen)	nr 657
J. G. Prins, Wassenaarseweg 97, Den Haag	nr 659
J. Roosdorp, Voorstraat 5, Kollum (Fr.)	nr 660
A. E. N. de Vries, Loon op Zand	nr 661
Th. J. Weterman, Korte Wensinkweg 1, Borne	nr 662
J. Zeydner, Stationsstraat 13, Elst (Gld.)	nr 663
M. A. Oorthuys, Rusthoekstraat 14, Scheveningen	nr 664
Ch. A. Poll, Tuinlaan 92, Schiedam	nr 665
Dr M. Barkey van Geersdijk, Maartensdijk (U.)	nr 666
C. R. P. Barneveld, Venedien 1, Purmerend	nr 667
Jhr. Dr G. J. Th. Beelaerts van Blokland, Hoofdstraat 117, Driebergen	nr 668
J. J. Bergsma, Rozenbos 6, De Steeg	nr 669
J. Berkhout, Akerstraat 71, Treebeek	nr 670
J. Binkhorst, Steynlaan 3, Breda	nr 671
H. Bloembergen, Appeldijk 65, Gorinchem	nr 672
J. G. P. Bloemen, Coevorden	nr 673
M. Blok, Spui 113, Den Haag	nr 674
B. H. van Boeijen, Idenburglaan 50, Rijswijk (Z.H.)	nr 675
P. T. F. v. d. Boogaard, Vulkaanstraat 25, Gaanderen	nr 676
C. H. Breijer, Nassaukade 69, Amsterdam	nr 677
N. G. M. Courtens, Scharnerweg 157, Maastricht	nr 678
L. J. Degenaar, Burg. Jaslaan 1a, Dubbeldam	nr 679
H. A. van Duyn, Bezuidenhout 119, Den Haag	nr 680
A. H. van Dijk, Lislein 26, Rotterdam	nr 681
Mevr. H. G. Frenkel-Tietz, Hemonylaan 12, Amsterdam	nr 682
G. van Gangelen, Oosterbrugstraat 43, Sliedrecht	nr 683
J. A. van Gellicum, Neede	nr 684
Mevr. C. K. Gorter-Veerkamp, Pr. Beatrixlaan 12, Zeist	nr 685
G. J. v. d. Harten, Elsloo (L.)	nr 686
J. van Hazel, H. Koningsbergerstr. 82, Amsterdam-W. II	nr 687
H. J. Hermans, Hoofdstraat 97, Driebergen-Rijsenburg	nr 688
G. L. van Iterson, Dorpsstraat 43, Landsmeer	nr 689
P. M. Jacobse, Amsteneraderweg 38, Hoensbroek	nr 690
E. H. A. Kerkhof, Tijnje (Fr.)	nr 691
A. Q. C. Klomp, Juliana van Stolbergstraat 3, Schiedam	nr 692
P. J. H. Kramers, Ooltgensplaat	nr 693
H. W. van Kuppevelt, Aert Willemsstraat 21, Volkel	nr 694
V. Ph. Leunissen, Fred. Hendrikplein 21, Den Haag	nr 695
G. de Lind van Wijngaarden, Randweg 103, Rotterdam	nr 696
S. Luitse, Herengracht 76, Muiden	nr 697
T. C. M. Melchers, Nieuwstraat 66, Koewacht	nr 698
J. G. Mous, Caumerbeeklaan 76, Heerlen	nr 699
Dr J. C. Ogterop, Sw. van Zuylenweg 6, Utrecht	nr 700
G. A. J. Polderman, Middenweg 193, Amsterdam-O.	nr 701
J. A. J. van Poppel, Huize de Geerlaan 15, Utrecht	nr 702
F. Rademaker, Hatertseweg 76, Nijmegen	nr 703
W. Reisma, Poirterlaan 4, Eindhoven	nr 704
A. J. Reijnders, Majellapark 34, Utrecht	nr 705
A. C. Ringeling, Heiijplaat (Rotterdam)	nr 706
A. Th. Rooyackers, Fatimastraat 6, Sprundel	nr 707
H. G. Rupert, B. Grothestraat 49, Soestdijk	nr 708
S. A. Schoustra, Grouw	nr 709
A. J. Schreuder, Oud-Gastel	nr 710
F. Schreuder, Raadhuisstraat 40, Hengelo (Gld.)	nr 711
W. M. v. d. Tempel, A 472, Marum	nr 712
G. Verdoss Kleyn, Haagweg 161, Rijswijk (Z.H.)	nr 713
J. T. Vervloet, Beetgummolen	nr 714
A. P. J. Vreebrug, Heusden	nr 715
N. A. Vrijman, Iependijk 2, Goor	nr 716
J. H. Vijgen, Torenstraat 19, Brunssum	nr 717
E. v. d. Wall, Harderwijkweg 25, Ermelo	nr 718
H. Wefers Bettink Jr., Kortenaerstraat 5, Enschede	nr 719

### MUTATIES:

Dr R. S. ten Cate, Wassenaar, verhuist naar: Burchtlaan 9, Wassenaar (nr 189); H. J. van Baarzel, Den Haag, verhuist naar: Loevesteinlaan 204, Den Haag; B. Moussault, Zaandam, verhuist naar: Jacob Rekstraat 8, Zaandam; J. C. de Neef, Wassenaar, verhuist naar: Wilhelminalplein 1, Wassenaar; Dr H. J. Eijkman, Rotterdam, verhuist naar: Doktershuis, Zoutmanstraat 4, Rotterdam.

rend, waarna men dan de klachten op oudere leeftijd (15 jaar) ziet verdwijnen.

De tonsillotomie kan zeer nuttig zijn bij kinderen met grote tonsillen zonder keelontstekingen, die na een verkoudheid lang blijven nahoesten door neusslijm dat in de nasopharynx blijft hangen. Na de tonsillotomie is de passage ruimer, men ziet dan de klachten verdwijnen. H. E. G. Pilon

#### Die perkutorische Auskultation eines Knochenbruches. Smola, E. (1957) Münch. med. Wschr. 99, 107.

Er bestaat niet altijd gelegenheid direct een röntgenfoto te vervaardigen bij het vermoeden van een fractuur. In dergelijke gevallen komt deze pijnloze methode van pas om zich grotere zekerheid te verschaffen, wanneer de klassieke symptomen niet duidelijk zijn. Daar een geluid door bot goed, door kraakbeen minder goed en door weke delen slecht wordt voortgeleid, kan hiervan gebruik gemaakt worden voor het vaststellen van een botbreuk. Hiervoor is slechts nodig een stethoscoop met een zo klein mogelijke trechter. Het geluid wordt opgewekt door met de middelvinger op een zelfde plaats te trommelen. De stethoscooptrechter wordt steeds verder van de geluidsbron verplaatst, totdat bij het overschrijden van de fractuurlijn de boventonen ineens verdwijnen. De doffere grondtonen worden door de weke delen langs de fractuurplaats geleid, de uit korter golven bestaande boventonen worden hoofdzakelijk door het bot voortgeplant. Men moet ervoor zorgen steeds langs dezelfde zijde van het bot te ausculteren, het liefst langs de zijde waarop zich weinig of geen weke delen bevinden.

De methode is het beste bruikbaar voor de tibia en in afnemende mate ook voor: ulna, radius, femur, humerus, clavicula, costae, patella en pelvis. Zelfs bij de ribben, waar de spiermantel aan de rug storend werkt, komt men vaak tot een diagnose door te percuteren op het sternum of op de betreffende wervel. Ook een benige genezing kan men zo onderscheiden van een pseudartrose of een onvoldoende consolidatie.

Een niet geheel pijnloze variant van deze methode bestaat in het verplaatsen van de trommelende vinger met de trechter mee. Dit is nuttig bij adipositas of oedeem. Al met al een eenvoudige, snelle en onschadelijke onderzoeksmethode.

C. D. Duyvendak

## Uit de Centra

### Centrum Oost-Brabant

Op een op 24 september gehouden bijeenkomst van het Centrum Oost-Brabant heeft v. d. Hoeven een voordracht gehouden over moderne behandeling van parkinsonisme. Naar aanleiding van deze voordracht werd besloten dat enkele collegae, die patiënten met parkinsonisme kennen, een werkschema zullen opstellen voor een uitvoerig onderzoek naar parkinsonisme. Besproken werd de vorming van een studiegroep. Als onderwerp zou mogelijk gekozen kunnen worden: milieufactor bij asthma bronchiale; familiale ziekten. Eerst zal met een allergist worden besproken of er voor wat betreft asthma bronchiale een waardevol huisartsenonderzoek mogelijk is. Het Centrum heeft als richtlijn aangenomen dat er op elke bijeenkomst voor een of meer leden gelegenheid zal zijn patiënten te bespreken en te demonstreren, met andere woorden dat ook gewone gevallen kunnen worden besproken. Voorafgaand overleg met de secretaris is, in verband met de tijdsfactor, voor dit onderdeel van de bijeenkomst („casuïstiek”) wel geboden.

### INHOUD

	Blz.
C. L. C. van Nieuwenhuizen: De toekomst van de hartchirurgie .....	41
G. J. van Weerden: Fysiologie van de ademhaling .....	55
Referaten .....	58
Uit de Centra .....	62
Rechterhand gevonden! .....	62

## Rechterhand gevonden!

De activiteit in het N.H.G. en de werkzaamheden van het Secretariaat gaan parallel. Vakantie eerst, griep later, deed vele vergaderingen in Centra en van Commissies uitstellen. Werden van 15 februari tot 3 oktober 630 uitgaande stukken verzonden, in nog geen maand tijd werd ten koste van veel en langdurig overwerk op 2 november stuk nr 974 bereikt. De griep lijkt voorbij.

Mej. J. Westenberg wordt nu bijgestaan door een werkstudent voor halve dagen. De secretaris heeft de belangeloze hulp gekregen van Dr. A. Beek, arts „in ruste” te 's-Gravenhage.

Collega Dr. Arnold Beek vestigde zich in 1923 als huisarts te Oss, waar hij tevens als controlerend en keurend arts werd verbonden aan Zwanenberg's fabrieken. Zijn werkkring bracht hem „frequent” in aanraking met Brucellosis Bang. Het onderwerp van zijn dissertatie werd dan ook „Brucella infecties bij slagers”.

Van 1935—1957 was collega Beek huisarts te Gouda, waar hij onder meer voorzitter van de plaatselijke huisartsenvereniging was, secretaris van het Afdelingsbestuur van de Maatschappij, Afdelingsvertrouwensarts en afwisselend nog meerdere functies bekleedde waar men nu eenmaal voor „gestrikt” wordt als ze je wat langer kennen.

Ontvluchten naar Den Haag heeft niet geholpen. Jong blij je als je blijft werken. Welkom! De nood was hoog! Br.

### Centrum Groningen

In een bijeenkomst van het Centrum Groningen op 25 september werd medegedeeld dat op 15 oktober te Groningen een laboratorium voor huisartsen is geopend, die daardoor nu zelf meer bepalingen kunnen laten verrichten. Van deze vooruitgang kunnen ook plattelandsartsen gebruik maken. Van de Ziekenfondsraad is goedkeuring verkregen; de Ziekenfondsen zullen het bedrijf bekostigen. Bij discussie is de vraag opgeworpen of vanwege het N.H.G. voor medische studenten geen inleidingen zouden kunnen worden gehouden over het werk van de huisarts. Burema heeft mededelingen gedaan van zijn onderzoek van 140 bejaarden; het lichamenlijk onderzoek was nog uitgebreider dan bij het T.N.O. onderzoek het geval is geweest. De doelstelling van dit onderzoek is nog niet precies omschreven; in dit verband wordt behoefte gevoeld aan meer kennis omtrent de statistiek.

### Centrum Zuid-Limburg

In de vergadering van het Centrum Zuid-Limburg is gebleken dat door toetreding van nieuwe leden een herindeling van studiegroepen noodzakelijk is geworden. Uit een verslag van Michiels bleek dat Studiegroep II drie keer en steeds voltallig bijeen is geweest; in deze bijeenkomsten werden inleidingen gehouden over geloofs- en gebedsgenezing, conceptieregeling en reumatoïde artritis.

Er bleek een tendens om samenkomsten van studiegroepen daar te houden, waar het ook mogelijk is patiënten te demonstreren; het kiezen van de juiste inleiders op deze samenkomsten is echter in de eerste plaats van belang. Het Centrum zal zich terzake van de totstandkoming van een trombosediensdienst diligent tonen.

## Mededelingen

De Nederlandse Anthropogenetische Vereniging heeft ter gelegenheid van haar jaarlijks ledencongres voor leden en belangstellenden een symposium georganiseerd, met als thema de diabetes mellitus.

Sprekers zijn: dr. P. M. J. Schweitzer (Heerlen): Kliniek, dr. Jean Frésal (Parijs): Anthropogenese, B. Wartena (Leeuwarden): Sociaal Milieu, dr. J. van den Bosch (Leiden): Geografie en J. H. Pannekoeck (Deventer): Therapie. Het symposium wordt gehouden op zaterdag 30 november in het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden.

Op het administratief secretariaat, Wassenaarseweg 56, Leiden, zijn inlichtingen verkrijgbaar.