

Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

Multiple sclerosis. *Mc Alpine, D. (1957) Brit. med. J. I, 475*

De patiënt met multipale sclerose wordt veelal verwaarloosd door een defaitistische houding onzerzijds. Als oorzaak hiervoor wordt onder andere aangewezen de onjuiste opvatting, dat de ziekte, ofschoon grillig in haar verloop, steeds tot invaliditeit en voortijdige sterfte moet leiden, terwijl er therapeutisch weinig tegen te doen is. Volgens schrijver wijzen de feiten en onze huidige kennis in de richting van een allergische aetiologie. Het familiäre voorkomen en het samen gaan met andere allergische verschijnselen versterken deze opvatting. De schrijver wijst op onze onjuiste instelling ten opzichte van deze ziekte. Immers bij asthma bronchiale en chronisch reuma spannen wij ons wél terdege in om te trachten de patiënt voor verergering van de ziekte te behoeden.

Uit de studie is gebleken, dat multipale sclerose kan verlopen met slechts enkele aanvallen, zodat van een benigne vorm kan worden gesproken (in een serie van 586 gevallen waren er na 15 jaar nog 13%, die geen invaliditeit vertoonden). Daar de ziekte kan uitbreken of recidiveren na (in volgorde van belangrijkheid): intercurrente infectie, vermoeienis, emotie en trauma (onder andere operatie), moet men deze schadelijke factoren zo veel mogelijk uitschakelen (ook schadelijke factoren in de sociale sfeer!). Bijvoorbeeld dient men een zwangere gedurende de zwangerschap en daarna extra huis-houdelijke hulp te verstrekken. Bovendien zal men de diagnose zo spoedig mogelijk moeten stellen om de patiënt een goede rustkuur te kunnen geven. Een langdurige reconvalescentie is van groot belang.

Wanneer een geval verdacht is voor multipale sclerose, zullen opname en specialistische behandeling nodig zijn om de diagnose te bevestigen (onder andere lumbaalpunctie) en volledige bedrust te garanderen. Schadelijke bijkomende invloeden moeten worden uitgeschakeld (sinusitis, tonsillitis chronica, aandoeningen van het gebit, urineweginfecties, psychische moelijkheden, enz.). Een spoedige diagnose dient gebaseerd te zijn op het herkennen van ogenschijnlijk psychogene (neurotische) klachten en op het voorkomen van onjuiste interpretaties der verschijnselen (zoals het betitelen daarvan als „neuritis“).

Nieuwe Leden N.H.G.

AANVULLENDE LIJST NR. 6

Dr L. M. Sonnaville, Huize „De Elt”, Beuningen	nr 578
J. J. M. Michels, Raadhuisstraat 29a, Hooge Zwaluwe	nr 579
F. W. M. Hoffmans, Weststraat 111, Den Helder	nr 580
A. K. Iwema, te Ens (N.O.P.)	nr 581
J. E. van der Pot, Kerkplein 22, Dalfsen	nr 582
Dr M. E. Kulsdom, Gron. Straatweg 29, Leeuwarden	nr 583
L. Morsink te Minnertsga	nr 584
J. Kwast te Berlikum	nr 585
H. J. B. Valken te Beetsterzwaag	nr 586
O. G. E. de Boer, P. C. Hooftplein 10, Rotterdam-W	nr 587
J. Nootter, Van Hemessenkade 20, Woubrugge	nr 588
Dr W. Binnendijk, Nassaukade 172, Amsterdam-W	nr 589
G. Bink, Middenweg 10, Vught	nr 590

Mutaties:

D. Blees, Amersfoort, verhuisd naar Klompweg 3, Nigtevecht.
H. A. M. Ruhe, Hilvarenbeek, is geworden Dr H. A. M. Ruhe.
H. J. Klein Obbink, Amsterdam is geworden Dr H. J. Klein Obbink.
H. Takens, Roodeschool, is geworden Dr H. Takens.

Deze lijst is bijgewerkt tot en met 24 augustus 1957

Gelet dient te worden op:

1. de voorgeschiedenis, waarin soms vergeten of als onbelangrijk aangemerkte neurologische verschijnselen voorkomen en op het familiäre karakter daarvan;
2. prodromen, zoals snelle vermoeibaarheid, bemoeilijkte concentratie, vage pijnen in de extremiteiten;
3. de aard der eerste symptomen, namelijk het vluchtige karakter daarvan, waardoor de patiënt dikwijls niet veront-rust en het eigen geweten in slaap gesust wordt.

De eerste symptomen, zoals een gestoord gezichtsvermogen, tintelingen of doof gevoel in de extremiteiten, kunnen soms zeer kort bestaan, soms slechts enkele minuten duren. Terwijl het gelijktijdig voorkomen van meerdere symptomen zeer suggestief kan zijn, kan het beeld ook monosymptomatisch zijn. Zo bleek bij een groep van 309 patiënten in niet minder dan 63% der gevallen één enkel symptoom het begin der ziekte aan te kondigen. In volgorde van frequentie waren dit: retrobulbaire neuritis, paraesthesieën, motorische zwakte, dubbelzien en duizeligheid of braken. Bij de retrobulbaire neuritis ziet men het wazig zien vaak ontstaan na inspanning, vermoeienis en fel licht. De paraesthesieën uiten zich, zoals gewoonlijk, in tintelen, gevoelloosheid, een prikkend of een doof gevoel. De motorische zwakte doet zich voor in de vorm van moeheid, zwaar aanvoelende extremiteiten of stijfheid, vooral na wandelen. De duizeligheid en het braken veroorzaken soms verwarring met het syndroom van Menière.

In het algemeen dient men aan de patiënt de diagnose niet mede te delen, behalve wanneer de ziekte tot blijvende invaliditeit gaat leiden. Om in de beginnende gevallen de patiënt tot medewerking te bewegen, is echter een zekere mate van ziekteinzicht soms gewenst.

De therapie omvat dus:

1. het trachten een zo goed mogelijk herstel te bereiken na de eerste flinke aanval, waartoe ook een reconvalescentieperiode van twee tot zes maanden behoort;
2. het voorkomen van recidieven, door aandacht te blijven besteden aan de algemene gezondheidstoestand en door het bevorderen van een gezonde leefwijze;
3. een arsenicumkuur in de vorm van neoarsphenamine intraveneus (vier kuren per jaar, onderbroken door solutio Fowleri) gedurende vijf jaren of langer.

Met onvoldoende succes zijn geprobeerd: isoniazide, vasodilatatoren, vaccins, sera, vitamine B₁₂, corticotrophinen en cortison.

I. Ph. L. Koperberg

Acute epiglottitis *Morus Jones, H. en F. E. Camps (1957) Practitioner 77,223.*

Indien men met spoed ontboden wordt bij een stervend of dood kind, waarbij men enkele uren tevoren nog slechts een lichte infectie vermoedde, kan er sprake zijn van het syndroom van Waterhouse-Friderichsen, maar ook van een plotselinge afsluiting van de larynx ten gevolge van een acute epiglottitis, veroorzaakt door haemophilus influenzae (type B). De diagnose wordt in de meeste gevallen eerst gesteld door obductie. Als enige afwijking vindt men dan een sterk gezwollen epiglottitis en oedeem van de weefsels boven de stembanden.

Vóór de griepiepidemie van 1918 meende men, dat acute larynxobstructie uitsluitend door difterie werd veroorzaakt. In die tijd echter ontdekte men de niet difterische, acute laryngotracheobronchitis. Pas sinds de laatste tijd weet men, dat de obstructie ook alleen boven de stembanden gelokaliseerd kan zijn.

De acute epiglottitis is een ziekte van jonge kinderen. De 29 gevallen van de schrijvers variëren in de leeftijd van jon-

ger dan een jaar tot twaalf jaar (50 procent tussen twee en vijf jaar). In het begin zijn de klinische verschijnselen: lichte keelpijn, slechte eetlust, lichte hoest en meestal flinke koorts. Enkele uren later ontstaat acuut het beeld van een afsluiting van de bovenste luchtwegen. Soms kan door druk op de tong de gezwollen epiglottis zichtbaar gemaakt worden. De dood kan zeer snel intreden. De gehele ziekte is een kwestie van uren.

Differentieel diagnostisch dienen overwogen te worden: larynxdifterie, laryngotracheitis (pseudo-kroep) en corpus alienum. Kenmerkend is, dat bij de acute epiglottitis de heesheid ontbreekt en wel slijkstoornissen aanwezig zijn. De therapie bestaat uit tracheotomie en het toedienen van een breedspectrum antibioticum (aureomycine), dat in het begin intraveneus wordt gegeven. Tracheotomie moet onmiddellijk gebeuren indien er sprake is van onrust, cyanose, diepe inspiratoire intrekkingen of ontbreken van auscultatoire ademhalingsgeruisen. Van de 29 gevallen van de schrijvers werden er slechts drie gered. (Vergelijk ook Wijckerheld-Bisdom, C. J. (1953) Ned. T. Geneesk. 97, 2583. In dit artikel wijst de schrijfster er nog op, dat het vervoer van deze patiëntjes naar het ziekenhuis in zittende houding dient te geschieden). G. J. Bremer

Lung Cancer and other causes of Death in relation to Smoking. Doll, Richard en A. Bradford Hill (1956) *Brit. med. J.* II, 1071.

Bij een in oktober 1951 gehouden enquête onder 40.000 artsen in het Verenigd Koninkrijk informeerde men naar hun rookgewoonten op dat tijdstip of naar het tijdstip, waarop zij ophielden met roken. Naar aanleiding van de antwoorden verdeelde men hen in enige groepen, namelijk niet-rokers en rokers (of ex-rokers). De laatsten onderscheidde men, al naar de grootte van hun tabaksverbruik, in drie groepen, namelijk lichte rokers (1 tot 14 g per dag), middelmatige rokers (15 tot 24 g per dag) en zware rokers (25 g of meer per dag). Een sigaret komt overeen met bijna 1 gram. Bij vergelijking van degenen, die de laatste tien jaar met roken waren opgehouden of langer dan tien jaar niet hadden gerookt, bleek er een progressieve en significante reductie in sterfte te zijn, evenredig met de duur van het niet-roken.

Bevestiging van de diagnose longkanker werd gezocht bij de arts, die de overlijdensakte had ondertekend en indien nodig bij het ziekenhuis. Aanvullende gegevens werden voor elk geval verkregen, zodat men onderscheid kon maken tussen vaststaande diagnoses (obductie, histologisch onderzoek, enzovoort) en minder vaststaande (geen histologische bevestiging). Toch bleek voor beide groepen een toegenomen sterfte bij toegenomen tabaksverbruik, zodat de gevonden relatie niet kon worden toegeschreven aan een vooringenomen houding der medici om longkanker als doodsoorzaak op te geven.

De analyse liet ook zien, dat de sterftetoename bij toegenomen tabaksverbruik ook gold voor elk enquêtejaar afzonderlijk (vier jaar).

Daar in het vierde jaar de sterfte onder de artsen niet minder dan 92 procent bedroeg van de sterfte onder alle artsen, was het onwaarschijnlijk, dat de stijging der sterfte met het roken louter als een artefact moest worden beschouwd door een vooringenomenheid van degenen, die antwoordden op de enquête.

De analyse van een willekeurige groep geënuquêteerden toonde aan, dat er merkwaardig weinig verschil bestond tussen de rookgewoonten van dokters in de stad en op het platteland, zodat de gevonden correlaties tussen longkanker en roken niet konden worden toegeschreven aan atmosferische verontreiniging.

Bestudering van de sterfte aan kanker van andere organen dan van de long, lieten op één mogelijke uitzondering na zien, dat er geen verband bestond tussen sterfte en roken. De uitzondering was kanker van de bovenste ademhalingswegen en van het bovenste gedeelte van de tractus digestivus, waarvan de getallen echter te klein waren voor een betrouwbare conclusie.

De sterftetoename aan longkanker tengevolge van roken werd niet gecompenseerd door een teruggang in sterfte aan kanker van andere organen. Het resultaat geeft dus een aan-

wijzing, dat de totale sterfte aan kanker bij rokers groter is dan kon worden verwacht zonder roken.

Indien de doodsoorzaak enkel volgens de overlijdensverklaring werd geaccepteerd, was er een kleine doch significante correlatie tussen coronairtrombose en roken. Deze bestond echter alleen bij de leeftijdsgroep van 35 tot 45 jaar.

Drie andere doodsoorzaken lieten een regelmatige toename in sterfte zien van niet-rokers naar zware rokers, namelijk chronische bronchitis, maagzweer en longtuberculose. Slechts bij chronische bronchitis was deze neiging statistisch significant.

Uit de retrospectieve studie der rookgewoonten van bijna 1500 patiënten met longkanker en van meer dan 3000 patiënten met andere ziekten wordt geconcludeerd dat, indien grotere groepen personen met verschillende rookgewoonten over een aantal jaren worden geobserveerd, zij een duidelijk verschil zouden laten zien in sterfte aan longkanker, namelijk een grotere sterfte bij rokers dan bij niet-rokers, een grotere sterfte bij zware dan bij lichte rokers, een grotere sterfte bij sigarettenrokers dan bij pijprokers en een grotere sterfte bij hen, die met roken doorgingen dan bij hen, die er mee ophielden. De correlaties waren duidelijk, ondanks het feit, dat de methode van onderzoek zodanig was, dat een constante onderschatting der sterfteverschillen plaats vond. De oorzaak van deze onderschatting was, dat rookgewoonten op één tijdstip werden onderzocht en de vroegere rookgewoonten niet in rekening werden gebracht.

I. Ph. L. Koperberg

The efficacy of penicillin V in the treatment of mild and of moderately severe pneumococcal pneumonia Austrian, R. en A. L. Winston (1956) *Amer. J. med. Sci.* 232, 624.

Bij de behandeling van 73 lichte en matig ernstige gevallen van pneumococcenpneumonie met het oraal toe te dienen penicilline V (phenoxymethylpenicilline) bleken de resultaten geheel gelijkwaardig te zijn met die van intramusculaire toediening van 300.000 E penicilline G om de 12 uur. De dosering was 400.000 E penicilline V, direct nadat de diagnose gesteld was en 8 uur later en vervolgens om de 12 uur, totdat de temperatuur gedurende 72 uur normaal was. Bij één patiënt verergerde de toestand desniettemin en werd penicilline G intramusculair gegeven, waarna de patiënt genas. Eén patiënt overleed plotseling ten gevolge van een perifere vasculaire collaps.

Schrijvers adviseren de behandeling te beginnen met een intramusculaire injectie van penicilline G om hiermede snel een hoge bloedspiegel te bereiken en eventuele resorptiestoornissen te ontgaan. Hoewel geen gevallen van overgevoeligheid gezien werden, moet toch met de mogelijkheid daarvan rekening gehouden worden. J. G. Antvelink

Penicilline V (phenoxymethylpenicilline)

Macleod, J. (1957) Practitioner 77, 485.

De ontwikkeling van de therapeutische penicillinepreparaten heeft de volgende stadia doorlopen. Eerst werden gemaakt de natrium- en kaliumzouten van de organische zuren, gevormd door penicillium notatum; voornamelijk van benzylpenicilline (penicilline G). Vervolgens de organische zouten van benzylpenicilline, onder meer procainepenicilline en benzathinepenicilline (penidural). Dit zijn dus de preparaten met verlengde werking. Tenslotte werd ontwikkeld phenoxymethylpenicilline (penicilline V). Dit preparaat wordt in kristallijne vorm toegepast.

De belangrijkste eigenschap van penicilline V is de zuurbestendigheid, waardoor de stof oraal kan worden toegediend zonder dat er ontleding door het maagzuur plaats vindt. In het proximale deel van de dunne darm wordt het penicilline V dan gemakkelijk geresorbeerd. Na toediening van 120 mg van deze stof ontstaat een bloedspiegel, die te vergelijken is met die na een injectie van 100.000 eenheden penicilline G. De hoogste spiegel verkrijgt men door het preparaat een half uur na de maaltijd te geven.

De antibacteriële werking komt praktisch overeen met die van penicilline G. De dosering dient individueel te worden aangepast. Meestal doseert men om de vier uur, waarbij, om de nachtrust te sparen, de laatste dagdosis verdubbeld kan



Uit voorraad leverbaar!



poliomyelitis vaccin R.I.T.

BEREID IN DE VACCIN LABORATORIA VAN RECHERCHE ET INDUSTRIE THÉRAPEUTIQUES S.A. - RIXENSART - BELGIË

- Recente onderzoeken in het Virologisch Laboratorium van de Universiteit te Leuven hebben bewezen, dat het R.I.T.-vaccin, qua antigene werking, behoort tot de meest potente poliomyelitis vaccins ter wereld.
- Door gebruikmaking van een apathogene stam van type 1, in plaats van de uiterst virulente Mahoney-stam, blijft het R.I.T.-vaccin het meest veilige poliomyelitis vaccin.

poliomyelitis vaccin R.I.T.

is thans, door sterk verhoogde productie, voor individuele toepassing onbeperkt leverbaar.

Voor levering ten behoeve van massavaccinaties gelden speciale condities, welke op aanvraag gaarne worden verstrekt.

Voor nadere inlichtingen, literatuur, enz.:

PHARMACHEMIE HAARLEM

Rozenstraat 1 - Telefoon 02500-17542 (3 lijnen)

Referenten Studiegroep Artikelendocumentatie

Antvelink, J. G.	Amer. Journal of Med. Science
Beer, B. de	South African Practitioner
Beest, H. M. van	British Medical Journal
Berghuis, S. H. H.	New Engl. Journal of Medicine
Bessem, N.	Presse Médicale
Blees, D.	Lancet en J. of Med. Educat.
Boer, J. de	Schweiz. Medizin. Wochenschr.
Bonke, J. J.	Annals of Rheumatic Diseases
Bremer, G. J.	Practitioner
Duysens, J. J. V. E.	J. Amer. Med. Ass.
Duyvendak, C. D.	Münch. Medizin. Wochenschr.
Fuldauer, A.	Lancet
Haar, H. W. ter	New Engl. Journal of Medicine
Holthuis, J. H.	reserve-referent
Jongen, J. W. M.	Annals of Int. Medicine
Kok, A.	J. Amer. Med. Ass.
Lakmaker, H.	General Practitioner
Leferink op Reinink, B. H. G.	Wiener Klin. Wochenschrift
Mühring, K. J.	Postgraduate Medicine
Pilon, H. E. G.	Maandschr. v. Kindergeneesk.
Post, H. J. W.	Wiener Klin. Wochenschrift
Reyerse, M.	Münch. Medizin. Wochenschrift
Risseeuw, I. J.	Presse Médicale
Roorda, P. A.	Revue du Practicien
Savornin Lohman, W. H. de	Ned. Tijdschrift v. Psychologie
Schueler, J. B.	Journal of Chronic Diseases
Vos, R.	Amer. Journal of Medicine
Wolters, J. D. Th.	Voeding en Schweiz. Med. Wochenschrift
Zwanenburg, P.	British Medical Journal

worden. De stof is verkrijgbaar in capsules met 30 en 60 mg en ook als oplossing.

Penicilline V geeft goede resultaten bij infecties, veroorzaakt door voor penicilline gevoelige microorganismen. Zo nodig kan men de behandeling inleiden met een intramusculaire injectie van een daartoe geschikt penicillinepreparaat.

Bijwerkingen van penicilline V zijn zeldzaam. Diarree kan voorkomen door een verandering van de darmflora, doch noopt zelden tot staken van de therapie. Overgevoeligheidsverschijnselen komen, evenals bij de andere penicillinepreparaten, in het bijzonder voor bij patiënten met een allergische constitutie. Deze variëren van een eryteem tot een echte serumziekte. Zeer zeldzaam is een anafylactische shock. Een patiënt, die overgevoelig is voor penicilline G, behoeft dit niet te zijn voor penicilline V. Dit is een van de voordelen van het preparaat, temeer daar overgevoeligheidsverschijnselen voor penicilline G bij steeds meer patiënten worden waargenomen. G. J. Bremer

Influenza vaccination in a Residential Boy's School.

Hawkins, G.F.C., L. A. Hatch en J. C. Mc Donald (1956) Brit. med. J. II, 5003.

In februari 1956 kwamen gevallen van influenza A voor op een jongensschool. Van de 664 jongens waren er 120 in december 1954 ingeënt met een vaccin, dat influenza A en B stammen bevatte; 100 jongens waren in november ingeënt met een vaccin, dat de A/Eng 19/55 stam bevatte; nog een honderdtal tenslotte had beide inenting ondergaan.

De influenza kwam voor bij respectievelijk twaalf procent, acht procent en twee procent van de gevaccineerde jongens en bij twintig procent van de niet behandelde groep. Van 73 der 92 patiënten werden keeluitstrijken gemaakt, waaruit in 44 gevallen influenza A virus geïsoleerd werd. Van deze 44 patiënten waren er 40 uit de groep der niet gevaccineerden; de resterende vier waren allen in 1954 ingeënt. Ofschoon er geen controleserie is, lijken bovenvermelde cijfers vergelijkbaar. Het blijkt dus dat de groep die alleen in 1954 ingeënt werd, nog een lichte immuniteit vertoonde, terwijl de groep die zowel in 1954 als in 1955 ingeënt werd een hoge graad van onvatbaarheid bezat. H. M. van Beest

Pokkenvaccinatie bij de zeer jonge zuigeling. Doorschodt, H. J. (1957) Maandschr. Kindergeneesk. 25, 1

De pokkenvaccinatie vindt in ons land bijna steeds plaats op een leeftijd van zes tot twaalf maanden. Er bestaat nog steeds een weerstand bij de ouders om hun kinderen te laten inenten, omdat veel kinderen enkele dagen na de vaccinatie flink ziek zijn. Schrijver heeft zich afgevraagd of het niet nuttig zou zijn de vaccinatie van zeer jonge zuigelingen in ons land ingang te doen vinden, zoals in het voormalige Nederlands-Indië, waar soms reeds op de tweede levensdag werd gevaccineerd.

De voordelen van een vroege vaccinatie zijn:

1. de kinderen zijn praktisch niet ziek, waardoor de weerstand der ouders tegen de vaccinatie grotendeels vervalt;
2. de kinderen liggen stil in de wieg, waardoor de kans op mechanische verspreiding van de pokstof gering is;

3. de kans op encephalitis postvaccinalis is zeer gering;
4. de kans op contraindicaties tegen de vaccinatie, zoals eczeem en contact met acute infectieziekten, is op deze leeftijd zeer gering;
5. er kan tijdig met andere vaccinaties begonnen worden.

Twee vragen dienen beantwoord te worden, ten eerste: slaat de vaccinatie op zo jeugdige leeftijd aan; ten tweede: is de ontstane immuniteit gelijk aan die van oudere kinderen? Ter beantwoording van deze vragen heeft schrijver een onderzoek gedaan bij ruim 1000 zuigelingen. Hierbij bleek dat bij zeer jonge zuigelingen de vaccinatie even goed aanslaat als bij oudere kinderen; de techniek vereist misschien meer zorg. Voorts bleek dat bij vaccinatie van zuigelingen van verschillende leeftijdsgroepen (respectievelijk zes tot veertien weken, veertien weken tot zes maanden en ouder dan zes maanden) de hoeveelheid gevormde antilichamen, bepaald door middel van de haemagglutineringsreactie, bij de jongste groep slechts iets kleiner te zijn dan bij de beide andere groepen.

Wanneer men dus bij een kind, dat na de vierde maand is gevaccineerd, een voldoende immuniteit aanneemt, mag men deze ook bij de op jongere leeftijd gevaccineerden aanwezig achten. Alleen zal het aantal zuigelingen met een zeer hoge anti-haemagglutinatietiter wat lager liggen dan in de oudere leeftijdsgroepen.

H. E. G. Pilon

Immediate effect of chewing tobacco on circulation of habitual chewers, Simon, D. L. (1957) J. Amer. med. Ass. 163,354.

Hoewel er nog steeds aanzienlijke hoeveelheden pruimtabak worden geconsumeerd, zijn er vrijwel geen gegevens bekend over het effect van het pruimen van tabak op het hart en de circulatie. Het is bekend, dat nicotine onder meer een perifere vasoconstrictie geeft, die een verhoging van de bloeddruk en de polsfrequentie en een verlaging van de huidtemperatuur veroorzaakt. Nu bevat een normale sigaret een gram tabak, die ongeveer twintig mg nicotine bevat; slechts drie mg hiervan komt in de rook terecht. Men schat, dat 66 tot 77 procent van deze nicotine door het slijmvlies van de mondholte wordt geresorbeerd als de rook twee seconden in

de mond wordt gehouden.

De schrijvers hebben 24 proefpersonen pruimen van tien gram laten kauwen, die 153 mg nicotine bevatten. Men liet hen daarna 45 minuten rusten en bepaalde dan de polsfrequentie, de bloeddruk en de huidtemperatuur en maakte ballistocardiogrammen. Het bleek nu, dat de polsfrequentie met gemiddeld 13.4 slagen per minuut steeg, dat de systolische bloeddruk gemiddeld 17.9 mm kwik en de diastolische bloeddruk gemiddeld 11.8 mm kwik steeg, dat de huidtemperatuur over het algemeen met een tot zes graden Celsius daalde en dat de ballistocardiogrammen gedurende een uur abnormale complexen vertoonden. Dit laatste werd bij analoge onderzoeken bij het normale roken van sigaretten nooit gevonden.

De schrijvers nemen dus aan, dat bij het normale pruimen veel grotere hoeveelheden nicotine in het lichaam worden opgenomen dan bij het normale roken en dat het pruimen dus een grotere belasting van hart en circulatie met zich meebrengt.

A. Kok

Dangers of chickenpox. (1957) Brit. med. J. I, 511

Waterpokken is een van de onschuldigste ziekten. Primaire waterpokkenpneumonie is een enkele maal beschreven. Onlangs werden zestien gevallen beschreven in Boston, Massachusetts. De toestand had gemakkelijk niet herkend kunnen blijven en toegeschreven kunnen worden aan een secundaire pneumonie. In bijna alle gevallen was er een zeer uitgebreide uitslag (bijna confluerend) met veel blaasjes in de mondkeelholte. Binnen vijf dagen na het verschijnen van de eruptie ontstond er bij de patiënten (meestal volwassenen) een ernstige hoest, waarbij wat sputum met bloedstreepjes werd opgegeven. De hoge begintemperatuur zakte na een tot twee weken lytisch. Antibiotica hadden geen effect; wel voorkomen zij waarschijnlijk een secundaire infectie. De longen vertoonden een typisch röntgenbeeld. In deze serie kwamen geen sterfgevallen voor.

Overeenkomstige longafwijkingen met ernstige viscerale afwijkingen zijn beschreven bij in utero besmette pasgebore-



CYCLOSPASMOL

forte dragées

voor de veilige
en langdurige
behandeling van

periphere vaatstoornissen

o.a. ulcus cruris, claudicatio intermittens, diabetisch gangraen, angina pectoris, morbus Bürger, morbus Raynaud, perniones

Dosering: 3 à 10 dragées
à 100 mg daags.

Voor ziekenfonds-
verzekerden toegestaan

Literatuur op aanvraag.

Ned. Octrooi Nr. 68.704



CYCLOSPASMOL

amygdalas 3.5.5-trimethylcyclohexanoli - B.S. 572

N.V. KONINKLUKE PHARMACEUTISCHE FABRIEKEN V/H
BROCADES-STHEEMAN & PHARMACIA
AMSTERDAM MEPPEL

nen. De aandacht wordt er op gevestigd, dat waterpokken een foudroyant verloop kunnen krijgen bij diegenen, die wegens andere aandoeningen cortison krijgen. Geadviseerd wordt dan ook de cortisontoedoeing direct te staken bij verdachte gevallen en bij hen, die aan besmetting hebben blootgestaan.

I. Ph. L. Koperberg

Fitz en Meiklejohn beschrijven twaalf gevallen van varicellenpneumonie, waarvan drie dodelijke (Amer. J. med. Sci. (1956), 232, 489). In ons land werd door Roos en Doyer één geval beschreven (Ned. T. Geneesk. (1956), 100, 3633).

Redactie

Anaemia in pregnancy, Davidson W. M., (1957) *Practitioner* 178, 161.

Iedere ziekte, die anaemie veroorzaakt, kan in de zwangerschap optreden, doch de ferripriva anaemieën komen het meest voor (96%). In Dublin had ongeveer 25% van de zwangeren een haemoglobinegehalte beneden 10 g%. Speciaal vrouwen, die al anaemisch waren, voordat zij zwanger werden, kunnen ernstige vormen van anaemie vertonen. De meeste vormen ontstaan echter later in de graviditeit. De zogenaamde physiologische zwangerschapsanaemie dient kritisch beschouwd te worden omdat behandeling vaak verbetering geeft. Vindt men in de 32ste zwangerschapsweek een lager haemoglobinegehalte dan 12 g%, dan dient men ijzer per os te geven. Dieetadviezen zijn nodig. Hierna controle in de 35ste zwangerschapsweek. Is er geen verbetering, dan dient men zich af te vragen:

1. werd het ijzer ingenomen, 2. is de diagnose juist (uitvoeriger onderzoek is dan nodig, o.a. soms beenmergpunctie), 3. is er een infectie (urinewegen!). 4. is er bloedverlies?

Is de ijzerresorptie gestoord, dan kan ijzer parenteraal gegeven worden: intraveneus of intramusculair. De intramusculaire weg is veiliger. Beide methoden hebben echter nadelen. De bedoeling is geen enkele vrouw te laten bevallen met een haemoglobinegehalte beneden 10.5 g%. Beneden 9 g% kan een transfusie gegeven worden vóór de bevalling.

In de differentiële diagnose dienen nog betrokken te worden: pernicieuze anaemie, anaemie door infecties en rheuma en de maligne bloedziekten.

G. J. Bremer

The sphygmomanometer Oram, S. (1957) *Practitioner* 77, 369.

Voor het meten van de bloeddruk is de kwikmanometer te prefereren omdat deze het eenvoudigst van constructie is en daardoor minder onderhevig aan onzuiverheid in de aanwijzing dan manometers van andere constructie. Een veermanometer is wel bruikbaar, mits deze minstens eenmaal per jaar aan een kwikmanometer wordt geijkt.

Belangrijk is de breedte van de manchet. Voor personen van normale afmetingen dient de breedte dertien cm te bedragen. Maar wanneer de arm abnormaal dik is of wanneer er metingen aan het bovenbeen gedaan worden, moet deze achtien tot twintig cm zijn, daar men anders te hoge waarden vindt. Bij jonge kinderen dient men een manchet van acht cm breedte te gebruiken, waartoe men de oorspronkelijke band in de lengte dubbel kan vouwen; bij zuigelingen een manchet van tweeënhalve cm breed. Het is belangrijk, dat de patiënt tijdens het meten van de bloeddruk geestelijk en lichamenlijk in rust is. Daarom verdient het aanbeveling de bloeddruk zowel aan het begin als aan het einde van het onderzoek te meten. De houding van de patiënt moet daarbij zo zijn, dat het midden van de manchet zich bevindt ter hoogte van de vierde intercostaalruimte, dat wil zeggen ter hoogte van het begin van de aorta.

Voor het bepalen van de systolische bloeddruk begint men deze palpatoir te meten, waarna men de manchet 30 mm hoger oppompt. Eerst hierna volgt de auscultatoire meting. Op deze wijze wordt de „silent gap” of „trou auscultatoire” vermeden. De hoogste druk, waarbij tonen gehoord worden geeft de systolische druk aan. Laat men de druk in de manchet nu dalen, dan veranderen de tonen van karakter, waarbij men vijf fasen onderscheidt: dof bonzende tonen, meer broemmende tonen, scherp bonzende tonen, die vrij plotseling overgaan in meer gedempte tonen, tenslotte het ontbreken van tonen.

De vijfde fase kan ontbreken, onder andere bij aortainsufficiëntie.

De diastolische bloeddruk kan alleen auscultatoir gemeten worden. In Engeland neemt men het begin van de vierde fase als maat aan, in Amerika het begin van de vijfde fase. Na intraarteriële metingen is de tweede methode de juiste gebleken.

Daar de bloeddruk een weinig schommelt met de ademhaling, is het nauwkeurig genoeg deze in veelvoud van vijf te noteren.

Over wat een normale bloeddruk is, is men het nog steeds niet geheel eens. De diastolische bloeddruk is als maatstaf voor de perifere weerstand het belangrijkste en is ook minder aan schommelingen onderhevig dan de systolische. Overigens doet men er goed aan, niet met één meting genoegen te nemen.

In tegenstelling tot wat men vroeger meende, blijkt de bloeddruk aan de benen, mits gemeten met de juiste manchetbreedte, even hoog te zijn als die aan de armen. Het verdient aanbeveling om bij elke hypertensie de arteria femoralis te palperen om een mogelijke coarctatio aortae uit te sluiten.

G. J. Bremer

Studies on medical and population subjects, Redactioneel artikel (1956) *Practit*, 76, 585.

In Engeland worden onder auspiciën en in het kader van de National Health Service (N.H.S.) aan de huisartsen uniforme kaarten en enveloppen verstrekt voor het medisch kaartstelsel. In 1951 begon het Centrale Bureau van de N.H.S. van een uitgezocht aantal huisartsen de medische gegevens te verzamelen. De eerste publicatie hierover was in (1953) *Practit*, 171, 592. De resultaten van de twee volgende jaren zijn verkregen uit de tien praktijken van dertien huisartsen met totaal 37000 patiënten. Ongeveer tweederde deel van de patiënten heeft de huisarts eenmaal of meer keer per jaar nodig. Van deze laatsten consulteert de helft hem vier of meer keer per jaar en deze helft is verantwoordelijk voor 80% van alle consulten en visites. Per patiënt worden 3,7 verrichtingen per jaar gevraagd; het minst door mannen tussen 15 en 44 jaar (2,6 verrichtingen per jaar) en het meest door vrouwen boven 65 jaar (5,7 verrichtingen per jaar); 5% van alle verrichtingen heeft niet betrekking op ziekte in de eigenlijke zin van het woord, maar zijn zwangerschapscontroles, algemene onderzoeken en adviezen op sociaal gebied betreffende het gezin.

Door de „College of General Practitioners” en het Centrale Bureau van de N.H.S. is thans een onderzoek ingesteld bij ongeveer een half miljoen patiënten in de praktijken van omstreeks 170 huisartsen.

Dr. R. S. Ten Cate

La Trichomycine: Chappaz, G. en P. Bertrand (1957) *Presse méd.* 65, 425.

Japanees onderzoekers (onder andere Magara) hebben in 1952 een antibioticum geïsoleerd, hetwelk zij trichomycine noemden en dat zeer werkzaam is tegen trichomonas vaginalis, candida albicans en amoeben. Op andere pathogene organismen en op saprophyten, zoals de bacillus vaginalis van Döderlein, heeft trichomycine geen invloed. De werkzaamheid van dit antibioticum wordt uitgedrukt in U(nité) T(richomonas), dit is de kleinste hoeveelheid antibioticum, welke de groei belet van trichomonas vaginalis in 1 ml cultuur.

De schrijvers bevestigen de resultaten van de proeven in vitro van Magara. Bovendien hebben zij het trichomycine in ruim 100 gevallen klinisch toegepast door inbrengen van vaginale tabletten of door continue plaatselijke applicatie. De resultaten waren, na een behandeling van 48 uur, buitengewoon goed. Door toevoeging van lactose en een cultuur van bacillus vaginalis aan de lokale behandeling wordt de vaginale flora zeer spoedig weer normaal. Om recidieven te voorkomen moet de behandeling 10-14 dagen worden voortgezet, terwijl ook een eventueel aanwezige besmetting der urinewegen en infectie van de partner behandeld moeten worden. De urineweginfectie kan met succes behandeld worden door 100.000 U.T. per 24 uur per os te geven gedurende 10-14 dagen. Trichomycine prikkelt niet bij plaatselijke toepassing en is niet toxisch bij gebruik per os; bovendien belet het de ontwikkeling van schimmels in de vagina.

N. Bessum